

1 Inleiding

In Nederland zijn de algemene rechten van patiënten geregeld in Boek 7, titel 7, afdeling 5 van het Burgerlijk Wetboek (BW), waar het gaat over de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling. Deze regeling staat alom bekend als de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). De WGBO werd van kracht op 1 april 1995, dit jaar 30 jaar geleden.¹ Die inwerkingtreding was het voorlopige eindpunt van een discussie over patiëntenrechten die toen al zo'n 20 jaar duurde. Een belangrijke ontwikkeling in die periode vormde de rapportage uit de periode 1977-1982 van de Commissie rechten van de patiënt uit de toenmalige Centrale Raad voor de Volksgezondheid. In die rapportage, waar alle stakeholders uit de gezondheidszorg bij betrokken waren, was een duidelijke blauwdruk voor een wettelijke regeling van de rechten van de patiënt opgenomen. In 1987 maakte de regering, sterk geïnspireerd door de genoemde rapportage, een voorontwerp van wet bekend en in 1990 volgde de indiening van het wetsvoorstel geneeskundige behandelingsovereenkomst (wetsvoorstel 21561) bij de Tweede Kamer.² Tijdens de parlementaire behandeling (1990-1994) werd het wetsvoorstel nog op een aantal punten gewijzigd en aangevuld. De inwerkingtreding van de WGBO maakte een einde aan een tijd waarin patiëntenrechten moesten worden afgeleid uit gedragsregels van beroepsorganisaties en de rechtspraak. Nu was er een wet.

In de 30 jaar na de inwerkingtreding van de WGBO is er met betrekking tot de patiëntenrechten veel gebeurd. De WGBO is al lang niet meer de enige wettelijke regeling waarin patiëntenrechten zijn geregeld. Patiëntenrechten zijn ook te vinden in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), de Wet aanvullende bepalingen verwerking persoonsgegevens in de zorg (Wabvpz), de Wet langdurige zorg (Wlz) en in algemene regelingen als de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG). Daarnaast is er een groot aantal wetten waarin rechten van patiënten over meer specifieke thema's zijn te vinden (medisch-wetenschappelijk onderzoek, orgaandonatie, medische keuringen, gedwongen/ onvrijwillige zorg e.d.).

1 Over de inhoud en strekking van de WGBO verschenen na 1995 diverse boeken. Zie B. Sluijters & M.C.I.H. Biesart, *De geneeskundige behandelingsovereenkomst*. Deventer: Kluwer, 2005; J. Legemaate (red.), *De Wgbo: van tekst naar toepassing*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1998; E.-B. van Veen, *De Wgbo – De betekenis voor de hulpverleners in de gezondheidszorg*. Den Haag: Koninklijke Vermande, 2002; R.P. Wijne, *De geneeskundige behandelingsovereenkomst*. Deventer: Wolter Kluwer, 2017.

2 De totstandkoming van de WGBO was dus een fraaie samenwerking tussen de overheid en de partijen in het veld. Dat zouden we nu 'cocreatie' noemen (J. Legemaate, *Beter (met) gezondheidsrecht*. Den Haag: Boom, 2024, p. 18).

Sinds 1995 is de gezondheidszorg sterk veranderd. Die ziet er met betrekking tot aspecten als de omvang, de organisatie/financiering, de samenhang, de verantwoordelijkheidsverdeling en de impact van technologie heel anders uit dan 30 jaar geleden. Daarnaast zijn er allerlei relevante ontwikkelingen in de samenleving die van invloed zijn op de inhoud van en visie op de gezondheidszorg, zoals de sterk toegenomen digitalisering. De WGBO is al die tijd vrijwel ongewijzigd gebleven. Alleen in 2020 werd de WGBO op enkele punten aangepast. De laatste jaren wordt steeds vaker de vraag gesteld of de 30-jarige WGBO nog wel toekomstbestendig is (zie nader par. 5). Die vraag is begrijpelijk, maar niet eenvoudig te beantwoorden. In deze bijdrage probeer ik, mede vanuit een historisch perspectief, aan die beantwoording een bijdrage te leveren.

2 Kenmerken van de WGBO

Grote problemen met betrekking tot de WGBO hebben zich de voorbije decennia eigenlijk niet voorgedaan.³ Naar moet worden aangenomen heeft dat in belangrijke mate te maken met de opzet van de wet: de WGBO bevat overwegend globale bepalingen, die een richting aangeven, maar niet gedetailleerd voorschrijven hoe in een bepaalde situatie wel of niet gehandeld moet worden. Denk aan artikel 7:448 lid 2 BW ('Bij het uitvoeren van de [informatieplicht] laat de hulpverlener zich leiden door hetgeen de patiënt redelijkerwijze dient te weten (...)') en artikel 7:460 BW ('De hulpverlener kan, behoudens gewichtige redenen, de behandelingsovereenkomst niet opzeggen'). Ook kan worden gewezen op een kernbepaling uit de WGBO, namelijk artikel 7:453 lid 1 BW ('De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen (...)'). Preciseringen met betrekking tot dergelijke thema's zijn dus niet te vinden in de WGBO. Daarvoor moeten we andere bronnen raadplegen, zoals rechterlijke uitspraken (tuchtrecht, aansprakelijkheidsrecht) en richtlijnen van beroepsorganisaties. Vooral ook die richtlijnen spelen een belangrijke rol bij het nader uitwerken van de algemene bepalingen van de WGBO. Zo geeft de KNMG-richtlijn *Niet aangaan of beëindiging van de behandelingsovereenkomst* (meest recente versie 2021) een uitvoerig normenkader voor beslissingen als bedoeld in artikel 7:460 BW, op basis van uitspraken van tucht- en civiele rechters daarover. Het valt op dat de wijzigingen die in 2020 in de WGBO zijn aangebracht wat minder globaal van aard zijn dan de oorspronkelijke bepalingen van de wet. Dat geldt met name voor de toen ingevoegde artikelen 7:458a en 7:458b BW, over het recht van naasten om het dossier van een overleden patiënt in te zien.

3 De WGBO is eenmaal geëvalueerd, in 2000 (J.C.J. Dute e.a., *Evaluatie Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst*. Den Haag: Zorgonderzoek Nederland, 2000). Zie over de conclusies en aanbevelingen van die evaluatie p. 26-39.

Een ander kenmerk van de WGBO is de wijze waarop de patiëntenrechten zijn geformuleerd: niet als rechten van de patiënt, maar als door de hulpverlener jegens de patiënt of zijn naasten in acht te nemen verplichtingen. In de Wkkgz, die in 2016 van kracht werd, zien we die insteek nog steeds. Wkkgz-bepalingen die een recht van patiënten betreffen, vangen steeds aan met de woorden ‘de zorgaanbieder biedt ..., verstrekt ..., informeert ...’ Ook in andere wettelijke regelingen die van belang zijn voor de rechten van de patiënt is dit doorgaans de aanpak. De formulering is steeds wat de hulpverlener/zorgaanbieder jegens de patiënt moet doen of laten. Het gaat daarbij dus om indirecte formuleringen van patiëntenrechten. Op de vraag of dat relevant is, bijvoorbeeld voor de rechtskracht van de patiëntenrechten, kom ik in de volgende paragraaf terug.

3 Een poging (onder meer) de WGBO te vervangen: het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg

Een aantal jaren geleden is een poging ondernomen om de WGBO te vervangen door een andere regeling. Daartoe diende de regering in juni 2010 bij de Tweede Kamer het wetsvoorstel cliëntenrechten zorg in (wetsvoorstel 32402). Het wetsvoorstel werd aangekondigd in een Kamerbrief uit mei 2008, waarin de regering het programma *Zeven rechten voor de cliënt in de zorg: investeren in de zorgrelatie aanbod*.⁴ Hiermee toonde de regering zich gevoelig voor de kritiek uit de hoek van de patiëntenbeweging, dat een nieuw zorgstelsel (geïntroduceerd in 2006) vroeg om een nieuwe regeling van de patiëntenrechten. Daartoe bepleitte de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) in 2007 een brede zorgconsumentenwet, die in de plaats zou moeten komen van een aantal bestaande wetten, waaronder de WGBO.⁵ Dit zou onder meer de (wettelijke) versnippering van de patiëntenrechten moeten tegengaan. Onder gezondheidsjuristen leidde dit tot verdeelde reacties. Van Wijmen sprak steun uit voor het voornemen om een brede zorgconsumentenwet tot stand te brengen,⁶ anderen, onder wie ikzelf, waren (zeer) kritisch.⁷

4 *Kamerstukken II* 2007/08, 31476, nr. 1.

5 NPCF, *De Zorgconsumentenwet: wat er in moet staan*. Utrecht, 2007.

6 F.C.B. van Wijmen, ‘Simpeler en beter – Over vereenvoudiging en verbetering van wetgeving betreffende patiëntenrechten’, *NJB* 2009, p. 2338-2344.

7 Zie bijvoorbeeld J.C.J. Dute, ‘De Zorgconsumentenwet: grote stappen snel thuis?’, *TvGR* 2006, p. 414-422; M.M. ten Hoopen, ‘Wet cliënt en kwaliteit van zorg: een heilzame operatie?’, *NJB* 2008, p. 1990-1994; J.K.M. Gevers, ‘Wetgeving inzake de positie van de cliënt in de zorg: op koers of op drift?’, *TvGR* 2009, p. 70-78; J. Legemaate, ‘Goed nieuws voor de patiëntenrechten!’, *NJB* 2013, p. 614.

Het in juni 2010 ingediende wetsvoorstel cliëntenrechten zorg strekte tot het vervangen van vijf (toenmalige) wettelijke regelingen: de WGBO, de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ), de Kwaliteitswet zorginstellingen (KZI), de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen en de Wet toelating zorginstellingen. Met het oog op een discussie over de toekomstbestendigheid van de WGBO is het nuttig nog eens te kijken naar de argumenten die de regering in 2010 noemde om deze stap te zetten. In de memorie van toelichting van wetsvoorstel 32402 komen we de volgende (hoofd)argumenten tegen:⁸

- het accentueren van de centrale rol van de patiënt ('markering van de omslag in het denken over de regie en sturing van de zorg');
- bijdragen aan de toegankelijkheid en inzichtelijkheid van de regelgeving over patiëntenrechten (tegengaan versnippering, bevorderen samenhang);
- het wegnemen van lacunes en onvolkomenheden in de wetgeving (zoals het ontbreken van een recht op goede zorg);
- het opnemen in de wetgeving van belangrijke ontwikkelingen in de rechtspraak (zoals de erkenning van het recht op informatie over fouten en van het recht van nabestaanden om dossiers van overleden patiënten te mogen inzien).

Een belangrijk verschil tussen de WGBO en het wetsvoorstel Wet cliëntenrechten zorg (Wcz) was gelegen in de formulering van de patiëntenrechten: niet langer als plicht van de hulpverlener, maar als individuele rechten van de patiënt. Zie bij wijze van voorbeeld artikel 5 van het wetsvoorstel: 'De cliënt heeft jegens de zorgaanbieder recht op goede zorg, (...).' In de memorie van toelichting werd opgemerkt dat 'de rechten (...) daardoor voor de cliënten en de zorgaanbieders beter herkenbaar [zijn]'. Daardoor zou het makkelijker worden hulpverleners op het niet-naleven van de rechten van patiënten aan te spreken.⁹ De regering merkte nog wel op dat het voor de afdwingbaarheid niet uitmaakte of de wet rechten voor cliënten of plichten voor zorgaanbieders formuleerde.¹⁰

De kritiek op de nogal 'megalomane' Wcz beperkte zich niet tot gezondheidsjuristen en beroepsorganisaties in de gezondheidszorg. Tijdens de parlementaire behandeling van wetsvoorstel 32402 werd steeds duidelijker dat ook de Tweede Kamer niet warmliep voor zo'n ingrijpende wetgevingsherschikking. Begin 2013 besloot de regering om de Wcz niet door te zetten: 'Gebleken is dat de gekozen opzet van het wetsvoorstel vragen oproept en weerstand ontmoet.'¹¹ Aangekondigd werd dat de Wcz zou worden opgeknipt in een aantal onderdelen, die over

8 *Kamerstukken II 2009/10, 32402, nr. 3, p. 2-10.*

9 *Kamerstukken II 2009/10, 32402, nr. 3, p. 19-22.*

10 *Kamerstukken II 2009/10, 32402, nr. 3, p. 21.*

11 *Kamerstukken II 2012/13, 32403, nr. 11, p. 1.*

verschillende wetten zouden worden verspreid. In dit kader zijn twee onderdelen van belang:

- Het wetsvoorstel 32402 werd beperkt tot de thema's kwaliteit, klachten en geschillen en kreeg een andere naam: Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Die wet trad in 2016 in werking en kwam in de plaats van de WKCZ en de KZI.
- Enkele losse bepalingen uit de oorspronkelijke Wcz werden opgenomen in een wetsvoorstel tot wijziging van de WGBO. Die wijzigingswet werd in 2020 van kracht.¹²

Er moet nog een andere ontwikkeling worden vermeld. In december 2011 diende de regering bij de Tweede Kamer een Beginselenwet AWBZ-zorg in (wetsvoorstel 33109), gericht op de rechtspositie van patiënten in de langdurige zorg. Het doel was die patiënt meer zeggenschap te geven over zijn leven. Dit wetsvoorstel heeft in de ingediende vorm de eindstreep niet gehaald, omdat gaandeweg de parlementaire behandeling bleek dat de toekomst van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) zelf onzeker was en de Tweede Kamer er een voorkeur voor had de inhoud van wetsvoorstel 33109 op te nemen in de nieuwe AWBZ. Aldus geschiedde. Wetsvoorstel 33109 werd in september 2013 door de regering ingetrokken. Enkele jaren daarna trad de 'nieuwe AWBZ' in werking, in de vorm van de Wlz. In die wet is een hoofdstuk 8 opgenomen onder de titel 'Zeggenschap van de verzekerde over zijn leven'. De drie bepalingen uit dat hoofdstuk zijn overgenomen uit de ingetrokken Beginselenwet AWBZ-zorg. In deze drie bepalingen gaat het onder meer over het betrekken van de patiënt bij beslissingen over het inrichten van zijn leven, het recht van de patiënt om een persoonlijk plan in te brengen, de verplichting van de zorgaanbieder om een zorgplan op te stellen en de vertegenwoordiging van minderjarigen en wilsonbekwame patiënten. Ten aanzien van het laatste onderwerp bevat artikel 8.1.2 Wlz specifiekere bepalingen dan de WGBO.

4 Ontwikkelingen buiten Nederland

Ten tijde van de ontwikkeling en inwerkingtreding van de WGBO speelde Nederland op het terrein van de patiëntenrechten een voortrekkersrol.¹³ In de periode daarna is de aandacht voor patiëntenrechten in Europa sterk toegenomen en heeft dat ook in andere landen geleid tot nationale wetgeving op dat gebied. Een goed beeld van die ontwikkelingen komt naar voren uit recente overzichten uit de hoek

12 J. Legemaate, 'Aanpassingen van de WGBO', *TvGR* 2018, p. 556-564.

13 Zie in dat kader H. Leenen, S. Gevers & G. Pinet, *The rights of patients in Europe – A comparative study*. Deventer: Kluwer, 1993.