

Cursusoverzicht

Gezondheidsrecht

Verdiepingscursus

Intern en extern toezicht op de kwaliteit van zorg

Dinsdag 1 april 2014 • Hotel Breukelen

NOvA: 3PO

Prof. mr. J. Legemaate - Hoogleraar gezondheidsrecht UvA.

Verdiepingscursus

Medische aansprakelijkheid

Donderdag 19 juni 2014 • Hotel Breukelen

NOvA: 4PO

Mr.dr. R.P. Wijne - Docent gezondheidsrecht (UvA), lid-jurist Regionale Tuchtcolleges voor de Gezondheidszorg te Den Haag en Amsterdam en medewerker wetenschappelijk bureau Holla Advocaten (Eindhoven).

Verdiepingscursus

Tuchtrecht in de zorg

Donderdag 18 september 2014 • Hotel Breukelen

NOvA: 4PO

Prof. mr. J. Legemaate - Hoogleraar gezondheidsrecht UvA.

Mr. dr. W.R. Kastelein - Advocaat/partner Nysingh Advocaten, Zwolle.

Mr. A.C. de Die - Advocaat/partner Velink & De Die Advocaten, Amsterdam.

Mr. dr. Ph. S. Kahn - Secretaris Raad van bestuur Reinier Haga Groep.

Prof. mr. J.C.J. Dute - Hoogleraar gezondheidsrecht Radboud Universiteit Nijmegen.

Prof. mr. J.K.M. Gevers - Emeritus-hoogleraar gezondheidsrecht AMC/UvA.

Mr. A.H.A. Scholten - Voorzitter van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg.

Verdiepingscursus

Actualiteiten patiëntenrechten

20 November 2014 • Hotel Breukelen

NOvA: 3PO

Prof. mr. J. Legemaate - Hoogleraar gezondheidsrecht UvA.

Een overzicht van alle cursussen? Neem een kijkje op onze website:

www.sdujuridischeopleidingen.nl

INHOUD

INHOUDSOPGAVE TIJDSCHRIFT ZORG & RECHT IN DE PRAKTIJK
NUMMER 2, JAARGANG 1, FEBRUARI 2014

ZIPSignaleringen	40
Zorgverlening	40
Ondernemerschap	42
Verzekering & voorziening	43
Marktordening	45
Farmacie	47
(Over-) behandelen van kwetsbare ouderen	51
<i>Maarten Verkerk, Dirk Jan Bakker en Theo Boer</i>	
Tijd voor verzakelijking van de opzeggingsregeling in overeenkomst tussen vrijgevestigd specialist en ziekenhuis	56
<i>Cezanne Philips-Santman</i>	
Wanneer kunnen hulpverleners strafrechtelijk worden vervolgd?	62
<i>Tom Schalken</i>	
Wetgevingsoverzicht	66

Tijdschrift Zorg & recht in Praktijk is een uitgave van Sdu Uitgevers bv en verschijnt achtmaal per jaar. Naast dit tijdschrift ontvangen abonnees wekelijks per e-mail nieuws op het gebied van ondernemingsstrafrecht. De auteur verklaart zich ermee bekend dat door aanbieding van een artikel de exploitatierechten worden overgedragen aan de uitgever.

Uitgever

Drs. G.J. (Gert-Jan) Schinkel
Sdu Uitgevers
Postbus 20025, 2500 EA Den Haag
g.schinkel@sdu.nl

Redactie Sdu
M.J. (Maaikje) Blom
m.blom@sdu.nl
070-3789408

Redactiesecretariaat

mr. A.M. (Alexia) Franse (UMC Utrecht)
a.m.franse-2@umcutrecht.nl

Redactie

mr. T.A.M. (Tessa) van den Ende (Nysingh advocaten-notarissen)
mr. G.R.J. (Rolf) de Groot (Pels Rijkken & Droogleevers Fortuijn)
mr. H.M. (Hedwig) den Herder (Pels Rijkken & Droogleevers Fortuijn)
mr. D.Y.A. (Diederik) van Meersbergen (KNMG)
mr. M.W.S. (Michiel) Veersma (Nederlandse Zorgautoriteit)

Vaste medewerkers

mr. A.F.T. (Anne) ten Brummelhuis (Nysingh advocaten-notarissen)
mr. I.A. (Ineke) van Houten (Nederlandse Zorgautoriteit)
mr. F. (Fiona) Lijffijt (Nysingh Advocaten en Notarissen)
mr. H.C.B. (Hilde) van der Meer (KNMG)
mr. C.M.E. (Elize) Michels (Nederlandse Zorgautoriteit)
mr. M.W.M. (Martijn) Peters (Nederlandse Zorgautoriteit)
mr. M.A.M. (Margriet) Verduijn (Pels Rijkken & Droogleevers Fortuijn)

Ontwerp en vormgeving

(M/V) ontwerp, www.mv-ontwerp.nl

ISSN 2214-6393

Alle rechten voorbehouden. Behoudens de door de Auteurswet gestelde uitzonderingen, mag niets uit deze uitgave worden vervoelvoudigd (waaronder begrepen het opslaan in een geautomatiseerd gegevensbestand) en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Abonnementen

De abonnementsprijs bedraagt € 199,- per jaar inclusief de wekelijkse e-mailnieuwsdienst en inclusief verzamelband (excl. btw, incl. verzend- en administratiekosten). Losse nummers € 30,- (excl. btw, incl. verzend- en administratiekosten). Prijswijzigingen voorbehouden.

Toegang tot ZIP via de Sdu Tijdschriften App (Stapp, te downloaden in de App Store en via Google Play) maakt ook onderdeel uit van het abonnement. Stapp is geschikt voor zowel iOS (Apple) als Android (Google).

Abonnementenadministratie/adreswijziging

Sdu Klantenservice
Postbus 20014, 2500 EA Den Haag
Telefoon: 070-3789880
www.sdu.nl/klantenservice

Voor advertenties bel: 070-3780562 of stuur een e-mail naar:

sdu.adverteren@sdu.nl
www.sduadverteren.nl

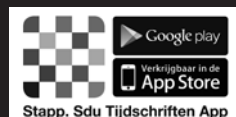
Advertentietarieven op aanvraag. De uitgever kan zonder opgaaf van redenen advertenties weigeren.

Citeertitel: ZIP jaartal/volnummer artikel, bv ZIP 2014/27.

© Sdu Uitgevers, Den Haag 2014

Vanwege de aard van de uitgave, gaat Sdu uit van een zakelijke overeenkomst; deze overeenkomst valt onder het algemene verbintenissenrecht. Wij verwerken uw gegevens voor de uitvoering van de (abonnements)overeenkomst en om u van informatie te voorzien over Sdu Uitgevers bv en zorgvuldig geselecteerde andere bedrijven. Als u geen prijs stelt op deze informatie, kunt u dit schriftelijk melden bij Sdu Uitgevers, Postbus 20014, 2500 EA Den Haag. Voor informatie over onze leveringsvoorwaarden kunt u terecht op www.sdu.nl. Abonnementen gelden voor minimaal één jaar. Het abonnement wordt automatisch met een jaar verlengd, tenzij uiterlijk twee maanden voor het verstrijken van het abonnementsjaar schriftelijk wordt opgezegd bij Sdu Klantenservice.

www.tijdschriftzip.nl



ZIPSignaleringen

Zorgverlening

WETGEVING

30. Voorschrijfbevoegdheid voor diabetes- en longverpleegkundigen

Vanaf 1 februari 2014 mogen diabetes- en longverpleegkundigen zelf bepaalde geneesmiddelen aan patiënten voorschrijven. De 'Regeling voorschrijfbevoegdheid verpleegkundigen' (Stcrt. 2013, 33354) maakt dit mogelijk.

In de Wet BIG (artikel 36) is bepaald welke beroepsbeoefenaren UR (uitsluitend op recept)-geneesmiddelen mogen voorschrijven. Van oudsher zijn dat de artsen, tandartsen en verloskundigen. Sinds 1 januari 2012 mogen ook verpleegkundig specialisten en physician assistants onder bepaalde voorwaarden geneesmiddelen voorschrijven. Hierbij komen nu een aantal groepen gespecialiseerde verpleegkundigen. Het gaat om verpleegkundigen die een post-hbo opleiding binnen hun specialisatie hebben afgerond. De verpleegkundige moet de bevoegdheid om geneesmiddelen voor te schrijven laten aantekenen in het BIG-register. Op die manier is voor een ieder, maar bijvoorbeeld ook specifiek voor apothekers die geneesmiddelen op basis van de recepten moeten afleveren, na te gaan welke verpleegkundigen een bevoegdheid tot voorschrijven hebben. Het gaat om een voorschrijfbevoegdheid op het specifieke deskundigheidsgebied van de betreffende gespecialiseerde verpleegkundigen. Voor de longverpleegkundigen is dit, zo beschrijft de 'Regeling voorschrijfbevoegdheid verpleegkundigen', medicatie op het gebied van astma en COPD. Voor de diabetesverpleegkundigen gaat het om medicatie op het gebied van diabetes mellitus. De bevoegdheid om geneesmiddelen voor te schrijven voor deze gespecialiseerde verpleegkundigen geldt nadat door een arts de diagnose astma/

COPD respectievelijk diabetes mellitus is gesteld. Bovendien moet gewerkt worden aan de hand van richtlijnen, standaarden en protocollen. Binnen deze kaders mogen daarvoor geregistreerde longverpleegkundigen met ingang van 1 februari 2014 inhalatiemedicatie voorschrijven en diabetesverpleegkundigen bloedglucoseregulerende middelen.

De 'Regeling voorschrijfbevoegdheid verpleegkundigen' regelt ook de kaders van een voorschrijfbevoegdheid voor oncologieverpleegkundigen. Voor deze groep geldt de aanvullende voorwaarde dat zij een scholing farmacotherapie moeten afronden. Omdat de opleidingsinstituten nog bezig zijn met de ontwikkeling van die aanvullende module farmacotherapie voor oncologieverpleegkundigen treedt de regeling voor hen op een later moment in werking. De verwachting is dat oncologieverpleegkundigen met ingang van 1 september 2014 een voorschrijfbevoegdheid krijgen voor geneesmiddelen voor de behandeling van klachten en symptomen ten gevolge van de behandeling van de ziekte kanker (anti-diarrhoica, anti-emetica, benzodiazepinen, laxantia, pijnbestrijdingsmiddelen en secretieremmers).

31. Concept Handreiking afzien eten en drinken

Artsenfederatie KNMG en vereniging voor verpleegkundigen en verzorgenden V&VN hebben op 8 januari jl. een concept handreiking gepubliceerd over zorg aan patiënten die bewust stoppen met eten en drinken. De handreiking is primair bedoeld om artsen, verpleegkundigen en verzorgenden, die te maken met een patiënt die de keuze maakt om bewust te stoppen met eten en drinken in staat te stellen deze patiënt goed voor te bereiden, te begeleiden en adequate palliatieve zorg te verlenen.

De handreiking moet zorgverleners helpen patiënten en hun naasten goed voor te bereiden en voor te lichten over waar zij in deze situatie mee te maken krijgen.

De KNMG en V&VN verwachten dat artsen, verpleegkundigen en verzorgenden in toenemende mate geconfronteerd zullen worden met patiënten die bewust afzien van eten en drinken om hun levenseinde te bespoedigen. Het zal dan naar verwachting vooral gaan om oudere patiënten, die, mede als gevolg van de maatschappelijke discussie over het zelfgekozen levenseinde vaker vragen zullen stellen aan hun arts over voltooid leven en bewust kiezen voor het stoppen met eten en drinken. In sommige gevallen zal het gaan om patiënten van wie eerder een euthanasie verzoek is afgewezen.

De concept handreiking stelt voorop dat de patiënt die bewust afziet van eten en drinken recht heeft op adequate zorg van artsen, verpleegkundigen en verzorgenden. De zorgverlener respecteert in principe de keus van een wilsbekwame volwassen patiënt en verleent de noodzakelijke zorg. Toch biedt de concept handreiking ook ruimte voor gewetensbezwaren. Artsen en andere hulpverleners voor wie deze keuze van de patiënt tot gewetensbezwaren leidt mogen de zorg overdragen aan een collega, maar moeten wel als een goed hulpverlener passende zorg blijven verlenen die hoort bij bewust afzien van eten en drinken tot het moment van overdracht. Dit element in de concept handreiking is inmiddels al aanleiding voor discussie onder zorgverleners en in de media.

Een ieder kan nog tot 14 maart a.s. commentaar op de concept handreiking geven via de websites van onder meer KNMG (www.knmg.nl) en V&VN (www.venvn.nl). Ook tijdens een viertal KNMG districts-avonden kan over de concept handreiking

gediscussieerd worden. Na inventarisatie van de reacties zal naar verwachting in de loop van dit jaar een definitieve handreiking worden vastgesteld.

32. Bevolkingsonderzoek darmonderzoek

Vanaf 1 januari 2014 wordt het bevolkingsonderzoek darmkanker gefaseerd ingevoerd.

Eind 2009 heeft de Gezondheidsraad de minister van VWS geadviseerd om iedere man en vrouw tussen de 55 en 75 jaar een tweejaarlijkse screening op darmkanker aan te bieden. In opdracht van de minister heeft het RIVM geadviseerd dat het bevolkingsonderzoek financieel en organisatorisch mogelijk is, maar dat de invoering daarvan wel goed moet worden voorbereid en gefaseerd dient te gebeuren. Deze fasering is noodzakelijk in verband met de beperkte capaciteit bij de zorgaanbieders.

Op grond van deze twee adviezen heeft de minister de Tweede Kamer bij brief van 1 juni 2011 bericht dat het bevolkingsonderzoek zal worden ingevoerd, maar dat een termijn van twee jaar nodig zou zijn voor de voorbereidingen. Ruim twee jaar later, in september 2013 is de pilot naar het bevolkingsonderzoek darmkanker van start gegaan waarin de procedures zijn gecontroleerd en waar nodig aangepast.

Het doel van het onderzoek is om in een vroegtijdig stadium darmkanker te ontdekken, zodat het nog goed kan worden behandeld. Het onderzoek begint met een ontlastingtest (iFOBT). De deelnemer moet de ontlastingtest terugsturen naar het laboratorium van de screeningsorganisatie.

De huisarts zal naast de screeningsorganisaties, een belangrijke rol krijgen bij het bevolkingsonderzoek. Een positieve iFOBT-uitslag zal eerst naar de huisarts worden gezonden en twee dagen later naar de deelnemer. Het is aan de huisarts of deze de deelnemer actief benadert. De deelnemer zal bij een positieve uitslag in ieder geval, zonder verwijzing van de huisarts, worden uitgenodigd voor een intakegesprek bij de screeningsorganisatie. De deelnemer kan deze uitnodiging wijzigen of afzeggen. In dat geval zal de huisarts hiervan bericht ontvangen. Mocht de deelnemer geen behoefte hebben aan het intakegesprek en verder geen actie willen ondernemen, dan zal deze deelnemer na twee jaar niet opnieuw een iFOBT ontvangen, maar direct een uitnodiging voor een intakegesprek.

Het intakegesprek wordt gedaan bij de screeningsorganisatie, waarin nut en noodzaak van een coloscopie zullen worden besproken. De screeningsorganisatie kan de deelnemer doorverwijzen naar een MDL-arts voor een coloscopie. De deelnemer komt vervolgens in behandeling bij de MDL-arts. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft voor de huisartsen een NHGPraktijkhandleiding "Bevolkingsonderzoek darmkanker, de organisatie en uitvoering van het bevolkingsonderzoek darmkanker in de huisartsenpraktijk, november 2013" opgesteld. Daarin is de taak van de huisarts bij de uitslag van de iFOBT en bij een mogelijk vervolgbeleid beschreven. Indien de patiënt zich los van het bevolkingsonderzoek meldt bij de huisarts met klachten die mogelijk duiden op darmkanker, dan zal de patiënt worden doorverwezen naar het reguliere zorgtraject.

33. Landelijk Meldpunt Zorg

In november 2012 zijn twee onderzoeksrapporten over het functioneren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) aan de minister van VWS aangeboden: "Doorpakken" en "Van incident naar effectief toezicht". Eén van de aanbevelingen uit beide onderzoeken was om de burger met een klacht over de zorg beter te begeleiden door een advies- en meldpunt bij de IGZ op te richten. De minister heeft deze aanbeveling ter harte genomen. In reactie op de onderzoeksrapporten heeft zij de Tweede Kamer laten weten een "Zorgloket" te zullen oprichten. Burgers zouden zich tot het loket kunnen wenden met klachten over de zorg. Zorgaanbieders kunnen bij het loket de verplichte meldingen op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen (Kwz) doen. Naar aanleiding van een motie in de Tweede Kamer heeft de minister bij de Tweede Kamer nader geïnformeerd over de taken van dit zorgloket, alsmede over de verhouding van het loket tot de IGZ (Tweede Kamer, vergaderjaar 2012/2013, 32 402, nr. 66).

De nieuwe naam van het zorgloket is "Landelijk Meldpunt Zorg" en krijgt vier hoofdtaken:

- Adviseren en begeleiden van burgers met (klacht gerelateerde) vragen en klachten over de zorg;
- Monitoren van tijdige klachtafhandeling door zorgaanbieders en het monitoren van de afhandeling van burgerklachten die door de IGZ worden onderzocht;

- Ontvangen, registreren en direct doorgeleiden van wettelijk verplichte meldingen van zorgaanbieders en fabrikanten aan de IGZ;

- Opstellen van een jaarlijks extern te publiceren klachtbeeld.

De focus ligt op de curatieve zorg, de langdurige zorg, de publieke gezondheidszorg, de farmacie en de medische technologie en uitdrukkelijk niet op de WMO.

De minister zal het Landelijk Meldpunt Zorg scheiden van de IGZ, omdat de IGZ zich volledig dient te richten op het organisatorische verbetertraject. Het Landelijk Meldpunt Zorg zal daarom als zelfstandige unit worden ondergebracht bij het CIBG. Als adviseur en begeleider voor burgers met klachten en termijnbewaker bij de klachtafhandeling door de zorgaanbieder en de IGZ, zijn de taken van het Landelijk Meldpunt Zorg voldoende afgebakend ten opzichte van de taken van de IGZ.

Voor wat betreft de verplichte meldingen op grond van de Kwz is er echter een samenloop met de wettelijke taak van de IGZ. Het Landelijk Meldpunt Zorg is niet wettelijk verankerd in het wetsvoorstel Kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Artikel 11 van dat voorstel bepaalt dat de zorgaanbieder bij "het Staatstoezicht op de volksgezondheid" onverwijld iedere calamiteit moet melden. Om de samenloop te ondervangen, heeft de minister toegelicht dat alle medewerkers van het Landelijk Meldpunt Zorg zullen worden aangesteld bij de IGZ om van daaruit te worden gedetacheerd bij het Landelijk Meldpunt Zorg. Daarnaast zullen ook "medewerkers van de IGZ" werkzaam zijn bij het Landelijk Meldpunt Zorg. Dit in verband met hun kennis en deskundigheid.

Hoewel het Landelijk Meldpunt Zorg niet zal treden in de inhoud van de klacht, is het wel de bedoeling dat bij een klacht die ziet op een calamiteit of een structurele tekortkoming in de kwaliteit van de zorg, het Landelijk Meldpunt Zorg een eerste screening uitvoert naar de klacht. De medewerkers van de IGZ zullen deze screening uitvoeren. Het al dan niet starten van een toezichtsonderzoek is uitsluitend de verantwoordelijkheid van de IGZ. Naast deze personele verwevenheid met de IGZ, zal er ook sprake zijn van "ongehinderde informatie-uitwisseling" tussen het Landelijk Meldpunt Zorg en de IGZ. Het lijkt vooral te gaan om de uitwisseling van klachten en meldingen, zodat dubbele registratie

daarvan wordt voorkomen. De klachten en meldingen worden niet direct openbaar gemaakt door het Landelijk Meldpunt Zorg, dan wel de IGZ.

Het streven is dat het Landelijk Meldpunt Zorg per 1 juli 2014 het loket zal openen.

34. Wet op de orgaandonatie

Op 23 december 2013 heeft de Raad van State zijn advies op het initiatief wetsvoorstel van Pia Dijkstra tot wijziging van de Wet op de orgaandonatie (WOD), openbaar gemaakt (Kamerstukken II 2013/2014, 33 506, nr. 4). Naar aanleiding van dit advies is er een aangepast wetsvoorstel en een gewijzigde memorie van toelichting ingediend bij de Tweede Kamer (Kamerstukken II 2013/2014, 33 506 nrs. 5 en 6).

Het wetsvoorstel ziet op een wijziging in het beslismodel voor orgaandonatie. Het huidige systeem van opt-in (informed consent) zou moeten worden gewijzigd in een opt-out systeem. Het voorstel ziet op "actieve donorregistratie" (ADR-systeem), hetgeen betekent dat iedere Nederlander vanaf 18 jaar een donorformulier zal ontvangen met het verzoek het formulier binnen zes weken te retourneren. Net als nu kunnen er vier keuzes worden gemaakt: 1) ja, ik geef toestemming, 2) nee, ik geef geen toestemming, 3) mijn nabestaanden beslissen of 4) een specifieke derde persoon beslist. Indien er na zes weken geen reactie is ontvangen, volgt een rappel. Als zes weken daarna nog steeds geen reactie is ontvangen wordt toestemming van de persoon voor orgaandonatie verondersteld. In dat geval komt na overlijden aan de nabestaanden geen beslissende rol meer toe. Deze

veronderstelde toestemming kan bij leven wel worden gewijzigd of ingetrokken.

De Raad van State heeft kritische kanttekeningen geplaatst bij de belangenafweging zoals die blijkt uit de memorie van toelichting. Naar de mening van de Raad van State dient er meer te worden stilgestaan bij de telkenmale bewuste keuze van de wetgever voor een toestemmingsstelsel. Drie evaluaties van de WOD en ook het Masterplan Orgaandonatie van de Coördinatiegroep Orgaandonatie uit 2008, waarin een ADR-systeem was aanbevolen, brachten daarin geen verandering. Volgens de minister diende het uitgangspunt te blijven dat de donatie moet zijn gebaseerd op een expliciete wilsverklaring of op een beslissing door naasten. De Raad van State merkt daarbij nog op dat het ADR-systeem zoals thans wordt voorgesteld, nog in geen enkel land is ingevoerd.

Naast de zorgvuldige afweging van zowel het maatschappelijk belang (toename van beschikbare organen) als het individuele belang (zelfbeschikkingsrecht, inmenging in het privéleven), is het naar de mening van de Raad van State ook van belang om "zeker te stellen dat wordt voldaan aan de criteria van relevantie, subsidiariteit en proportionaliteit, zoals die voortvloeien uit artikel 11 Grondwet en artikel 8 EVRM."

De Raad van State heeft geadviseerd om de toelichting aan te vullen op de onderwerpen:

- Precieze omvang en achtergronden van het probleem van het tekort aan donororganen;
- Voldoende rechtvaardiging voor de voorgestelde wettelijke verandering van

het beslissingsstelsel en de betekenis van de notie van solidariteit als dragende ethische overweging voor het voorstel;

- Proportionaliteit, effectiviteit en draagvlak;
- Subsidiariteit (alternatieven);
- Samenloop van verschillende wilsverklaringen;
- Positie van nabestaanden in geval van veronderstelde toestemming;
- Jongmeerderjarigen in verband met het bepalen van de wil in relatie tot het kunnen overzien van de consequenties.

Ten aanzien van wilsonbekwamen en feitelijk onbekwamen (analfabeten, laaggeletterden of mensen die de Nederlandse taal onvoldoende machtig zijn) is het advies van de Raad van State om het wetsvoorstel aan te passen, omdat van stilzwijgende informed consent geen sprake kan zijn. Voor deze twee groepen moet voorkomen worden dat het recht op onaantastbaarheid van het lichaam en het zelfbeschikkingsrecht illusoir worden.

De indiener heeft als reactie gegeven dat de meeste adviezen inmiddels in de gewijzigde memorie van toelichting zouden zijn opgenomen, behoudens de ontwikkelingen in het verleden nu blijken de richtlijn voor het opstellen van een wetsvoorstel volstaan kan worden met een probleemschets. Tot slot acht de indiener een sluitende regeling voor wilsonbekwamen en feitelijk onbekwamen onmogelijk en onnodig, omdat daar in de praktijk voldoende aandacht voor zou zijn. Het gewijzigde wetsvoorstel ligt nu ter toetsing voor aan de Tweede Kamer.

Ondernemerschap

NIEUWS

35. Levensindekliniek

De Levensindekliniek is bedoeld voor mensen met een stervenswens die aan de zorgvuldigheidseisen van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding voldoen, maar van wie de arts geen euthanasie of hulp bij zelfdoding kan of wil geven. Eén van de zorgvuldigheidseisen van deze wet is dat bij een patiënt sprake moet zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. In totaal hebben zich in 2013 749 mensen gemeld bij de kliniek met een euthanasiewens en is 133 maal eutha-

nasie uitgevoerd via de kliniek. Veel van de patiënten kloppen aan bij de kliniek omdat hun doodswens volgens de gewone artsen lastig te rijmen is met wetgeving. Het ging daarbij in 2013 vooral om dementerenden, mensen met diverse ouderdomsklachten en psychiatrische patiënten. De kliniek heeft ook mensen geholpen met ziekten zoals ALS, MS, longziekten of de gevolgen van een hersenbloeding. Uit de cijfers van 2013 van de Regionale toetsingscommissies voor levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding blijkt dat dementie maar 1 procent van het landelijk totaal aantal euthanasiegevallen bedraagt. Bij de

Levensindekliniek is dat 18 procent. Bij psychisch lijden is het landelijk minder dan 1 procent, tegen 5 procent bij de Levensindekliniek. In vergelijking met 2012 tonen de cijfers over 2013 van de Levensindekliniek een sterke groei van euthanasie aan in deze groepen. Vergeleken met 2012 steeg het aantal dementerenden dat euthanasie kreeg van 5 tot 24 personen, van mensen die psychisch ernstig lijden van 0 tot 9, en van ouderen met een opeenstapeling van ouderdomsklachten van 4 tot 23 mensen. Euthanasie bij psychiatrische patiënten is omstreden, omdat een dergelijke doodswens vaak juist onderdeel uitmaakt van de

ziekte. In veel van die gevallen voldoet de wens niet aan het wettelijke criterium van 'ondraaglijk en uitzichtloos lijden', omdat er nog behandel mogelijkheden lijken te zijn.

36. Nictiz en Kwaliteitsinstituut publieke boek keurmerken zorg

Op 16 januari 2014 hebben Nictiz (Nationaal ICT Instituut in de Zorg) en het Kwaliteitsinstituut van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) het boek 'Keurmerken, certificaten en kwaliteitsverklaringen in de zorg' gepresenteerd. Het boek bevat een overzicht van 75 keurmerken in de zorg. Het boek voorziet in een behoefte: de afgelopen vijf jaar kwamen er per jaar gemiddeld acht nieuwe zorggerelateerde keurmerken bij.

De keurmerken in het boek zijn onderverdeeld in vijf categorieën: zorggerelateerde keurmerken, instellingsgerelateerde keurmerken, keurmerken voor websites, keurmerken voor medische hulpmiddelen en ict-gerelateerde keurmerken. Per keurmerk is onder meer aangegeven wie de eigenaar is, hoe het keurmerk verkregen kan worden, welke kosten eraan verbonden zijn en hoeveel keurmerken er al zijn uitgegeven. Het boek is kosteloos te bestellen via de website van Nictiz. Ook kan op deze website een digitale versie van het boek worden gedownload.

Het boek past bij het gemeenschappelijk doel van Nictiz en het Kwaliteitsinstituut: het verbeteren van de kwaliteit van zorg. De focus van Nictiz ligt op de ICT, terwijl het Kwaliteitsinstituut zich richt op de zorg die door professionals of instellingen aan patiënten wordt geleverd.

Het Kwaliteitsinstituut maakt nu nog deel uit van het CVZ. Per 1 april 2014 zal het CVZ het 'Zorginstituut Nederland' (Zorginstituut) komen te heten. Op 10 december 2013 heeft de Eerste Kamer het wetsvoorstel tot wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg aangenomen (Stb. 2013, 578). Het

wetsvoorstel geeft invulling aan de taken van het Zorginstituut op het gebied van de kwaliteit van zorg. Van het Zorginstituut zal een Adviescommissie Kwaliteit deel uitmaken, die het Zorginstituut adviseert over 'aangelegenheden betreffende de kwaliteit van zorg'.

Terwijl Nictiz en het Kwaliteitsinstituut het belang van keurmerken onderstrepen, gaat de discussie over het meten van de kwaliteit van zorg door. De Gezondheidsraad heeft deze discussie in een op 10 december 2013 gepubliceerd signalement in kaart gebracht. De Gezondheidsraad signaleert dat hoewel het 'zichtbaar maken' van de kwaliteit van zorg de afgelopen jaren een belangrijk doel van de overheid is geweest, dit doel maar zeer gedeeltelijk is bereikt.

WETGEVING

37. Voorontwerp Wet normering topinkomens 2

De Wet normering van bezoldiging van topfunctionarissen in de publieke en semipublieke sector (WNT) is per 1 januari 2013 ingegaan. Hierin is geregeld dat topfunctionarissen niet meer mogen verdienen dan het wettelijke maximum: de WNT-norm. Deze norm wordt jaarlijks vastgesteld in een ministeriële regeling. De WNT-norm voor 2013 is € 228.599 (130 procent van een ministersalaris). Er is voorzien in drie verschillende bezoldigingsregimes (in aflopende zwaarte):

1. bezoldigingsmaximum;
2. sectorale bezoldigingsnorm;
3. openbaarmakingsverplichting.

Naarmate een onderdeel van de semipublieke sector zich dichterbij de publieke sector bevindt, is het bezoldigingsbeleid strikter. Zorgbestuurders vallen onder het eerste regime van de WNT. Deze categorie is bedoeld voor publieke instellingen. In het tweede regime, de privaatrechtelijk

vormgegeven zelfstandige bestuursorganen, mag de beloning niet uitstijgen boven de voor die sector geldende norm. Het derde regime houdt in dat het kabinet de beloning niet normeert. Dit geldt voor één sector, de zorgverzekeraars, voor hen geldt niet de WNT-norm maar een sectorale norm.

In het voorontwerp van een aanpassing van de Wet normering topinkomens (WNT 2) staat dat zorgbestuurders vanaf 1 januari 2015 geen 130 maar nog slechts 100 procent van een ministersalaris mogen ontvangen als maximale bezoldiging voor hun werkzaamheden. Met dit wetsvoorstel beoogt de regering, volgens de memorie van toelichting, de bezoldiging van de topfunctionarissen in de publieke en semipublieke sector naar een maatschappelijk meer aanvaardbaar, evenwichtiger en om onwenselijke salarisontwikkelingen uit het verleden te corrigeren. Deze norm geldt voor nieuwe contracten met bestuurders. Voor bestaande contracten is er een afbouwregeling. Het voorstel maakt onderscheid tussen bestuurders die vanaf 1 januari 2013 boven de norm van 130 procent zaten en bestuurders op 130 procent of daaronder. Voor de eerste groep verandert er niet direct iets. De bezoldiging wordt vier jaar behouden om vervolgens in drie jaar tijd te worden teruggebracht naar 130 procent en daarna in twee jaar tijd naar 100 procent. Dat betekent dat de bezoldiging voor deze groep van bestuurders pas in 2022 maximaal 100 procent van een minister salaris bedraagt. Voor de tweede groep, bestuurders met nieuwe contracten, waaronder dus ook zorgbestuurders, geldt dat zij vanaf 2015 geen 228.599 maar 178.540 euro ontvangen. De NVZD en de NVTZ hebben kritisch gereageerd op het voorontwerp van de WNT 2.

Verzekering & voorziening

WETGEVING

38. Nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 naar de Tweede Kamer

De Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) zal naar verwachting per 2015 worden afgeschaft. Daarvoor in de plaats komen de 'Wet langdurige intensieve zorg'

(in de afgelopen uitgave van Zorg & Recht in Praktijk besproken, ZIP 2014/1, p. 10, no. 16) en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. Verpleging en verzorging (in de praktijk aangeduid met 'zorg in de wijk') worden ondergebracht in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Zorgverzekeraars zullen deze verzekerde prestaties in hun polissen

vorm gaan geven (Kamerstukken II 2013-2014, 30597, nr. 280). De Wet langdurige intensieve zorg is op 15 november naar de Raad van State gestuurd en zal naar verwachting begin 2014 bij de Tweede Kamer worden ingediend. Op 14 januari jongstleden heeft de staatssecretaris Van Rijn van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (de

staatssecretaris) de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (de nieuwe Wmo) naar de Tweede Kamer gestuurd (wetsvoorstel 33 841). De nieuwe Wmo zal de huidige Wet maatschappelijke ondersteuning vervangen.

De nieuwe Wmo bevat een regeling op basis waarvan de gemeenten verantwoordelijk zijn voor de maatschappelijke ondersteuning van hun inwoners. De regering geeft met dit wetsvoorstel uitwerking aan het deel van de maatregelen die in het regeerakkoord 'Bruggen slaan' zijn opgenomen over de decentralisatie van de verantwoordelijkheid voor langdurige ondersteuning naar gemeenten. De regering bouwt met dit wetsvoorstel voort op de ervaringen die zijn opgedaan met de Wmo sinds 2007 en doet voorstellen voor het uitbreiden van de verantwoordelijkheid van gemeenten voor maatschappelijke ondersteuning.

Gemeenten worden met dit wetsvoorstel verantwoordelijk voor het ondersteunen van de zelfredzaamheid en participatie van mensen met een beperking, chronische psychische of psychosociale problemen. Die ondersteuning moet erop gericht zijn dat mensen zo lang mogelijk in de eigen leefomgeving kunnen blijven. Voor mensen met psychische of psychosociale problemen of voor mensen die, al dan niet in verband met risico's voor hun veiligheid als gevolg van huiselijk geweld, de thuissituatie hebben verlaten, voorzien gemeenten in de behoefte aan beschermd wonen en opvang. Voor de uitoefening van de nieuwe verantwoordelijkheden krijgen gemeenten €3,9 miljard.

De gemeenteraad zal op grond van de nieuwe Wmo periodiek een plan moeten vaststellen over het te voeren beleid met betrekking tot de maatschappelijke ondersteuning. De gemeenteraad bepaalt zelf op welke wijze hij daaraan invulling geeft; de gemeente beschikt dus over beleidsruimte. Het wetsvoorstel geeft aan welke onderwerpen de gemeente in ieder geval moet uitwerken. De gemeenteraad stelt bij verordening de regels vast die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van het plan en de door het college ter uitvoering daarvan te nemen besluiten of te verrichten handelingen.

In de nieuwe Wmo blijft de mogelijkheid bestaan voor mensen om de ondersteuning met een persoonsgebonden budget (pgb) zelf in te kopen. Het pgb wordt beheerd

door de Sociale verzekeringsbank, die de betaling aan de zorgaanbieder of leverancier doet. Het pgb-geld wordt niet meer op de rekening van de cliënt gestort. Gemeenten werken binnen de nieuwe Wmo actief samen met de zorgverzekeraars bij het organiseren van de zorg en ondersteuning in buurten, wijken en dorpen. Deze samenwerking is de sleutel voor het bieden van zorg en ondersteuning via de sociale wijkteams. De wijkverpleegkundige is daarbinnen een belangrijke schakel tussen welzijn, ondersteuning en zorg. De regering streeft er naar dat de nieuwe Wmo per 1 januari 2015 in werking treedt.

NIEUWS

39. Onderzoeken CZ en Achmea naar onregelmatigheden declaraties

In deze signalering wordt kort ingegaan op de berichtgeving over de resultaten van onderzoeken van zorgverzekeraars CZ en Achmea. Het gaat om het onderzoek van CZ naar fraude met persoonsgebonden budget gelden (pgb-gelden) en onderzoek van Achmea naar onregelmatigheden met declaraties van tandartsen.

CZ heeft het afgelopen jaar voor € 5,3 miljoen aan fraude met en oneigenlijk gebruik van pgb-gelden opgespoord. Pgb is een subsidie voor zorg, verleend door zorgkantoren op grond van de Regeling subsidies AWBZ (Stcrt. 2005, 242) aan verzekerden die daartoe op grond van een indicatie gerechtigd zijn. Volgens CZ is van de € 5,3 miljoen aan verdachte declaraties, € 4 miljoen afkomstig van aanvragen voor zorg op grond van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ). Voor de overige € 1,3 miljoen gaat het om aanvragen in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het bedrag is meer dan het bedrag dat CZ het jaar daarvoor heeft opgespoord, namelijk € 2 miljoen. Volgens CZ komt dit door een nieuw systeem dat zij gebruikt om data te analyseren. Hierdoor zou fraude met zorg-declaraties sneller aan het licht komen.

Fraude met pgb-gelden komt regelmatig in het nieuws. Zo verscheen onlangs nog het bericht dat de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (ISZW) op 4 november vorig jaar twee personen heeft aangehouden die verdacht worden van miljoenenfraude met pgb-gelden. De aanpak van pgb-fraude heeft hoge prioriteit gekregen. In de brief van 2 december 2012 aan de

Tweede Kamer, gaf de staatssecretaris Volksgezondheid, Welzijn en Sport (de staatssecretaris) aan dat in het Begrotingsakkoord 2013 er € 30 miljoen was gereserveerd voor de aanpak van pgb-fraude. In de brief van de 19 december 2013 aan de Tweede Kamer (Kamerstukken II 2012/13, 28828, nr. 54) geven de minister Volksgezondheid, Welzijn en Sport (de minister) en staatssecretaris een overzicht van maatregelen om pgb-fraude te bestrijden. Zo zal in 2014 het pgb worden omgezet in een trekkingsrecht. In november 2013 is al gestart met een pilot met trekkingsrechten. Vanaf 2015 zal de Sociale Verzekeringsbank de betalingen verrichten. Het budget wordt niet meer op de rekening van de budgethouder gestort.

Achmea heeft aangekondigd de komende maanden voor € 4 miljoen aan onrechtmatige declaraties terug te vorderen bij meer dan duizend tandartsen. Volgens Achmea hebben de tandartsen gedurende de afgelopen drie jaar de onterechte declaraties ingediend. Het zou gaan om declaraties die niet met elkaar kunnen samengaan, zoals het apart declareren van het aanbrengen van een beschermklaag bij een tand of kies terwijl die ook al in rekening is gebracht bij de declaratie van een reparatie aan een kies of tand. Ook gaat het om declaraties van behandelingen die helemaal niet of niet volgens de regels hebben plaatsgevonden. Volgens Achmea hebben de tandartsen niet altijd met opzet gehandeld. De reden zou ook kunnen liggen aan de ingewikkeldheid van de declaraties, de omschrijvingen van de prestaties zijn achterhaald. Achmea kondigt aan zich hard te willen maken voor een declaratiesysteem van codes dat beter past bij de vernieuwingen in de mondzorg. Tezamen met de bestrijding van fraude in de zorg door de overheid, krijgt ook de uitvoering van controles op declaraties door zorgverzekeraars meer aandacht. De minister heeft aangegeven dat zorgverzekeraars een belangrijke rol toekomen in de bestrijding van fraude. Zorgverzekeraars Nederland neemt deel aan de Taskforce Integriteit Zorgsector en het Expertisecentrum Zorgfraude Bestrijding (Kamerstukken II 2012/13, 28828, nr. 50, en bijlagen).

Kostenstijging langdurige zorg

Op 9 januari jongstleden heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) haar marktscan AWBZ 2010-2012 en begeleidende beleidsbrief bekend gemaakt. In deze marktscan

geeft de NZa een feitelijke weergave van de intramurale en de extramurale Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ). Daarbij wordt voor de intramurale AWBZ zorg ingezoomd op de zorgzwaartepakketten (ZZP's) in de gehandicaptensector (GHZ) en verpleging en verzorging (V&V). Voor de extramurale AWBZ wordt ingezoomd op de functies persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling. Het nieuwsbericht van de NZa van 9 januari jongstleden benoemt de wellicht meest in het oog springende conclusie van de marktscan. Namelijk dat de kosten voor langdurige zorg tussen 2010 en 2012 met 16,4% zijn gestegen. In de intramurale AWBZ-zorg stijgen de kosten van de ZZP's V&V (verpleging en verzorging) met € 1,2 miljard, de ZZP's GHZ (verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap) stijgen met € 0,8 miljard. De uitgaven aan de extramurale AWBZ-zorg zijn tussen 2010 en 2012 met € 651 miljoen gestegen. Volgens de NZa is de kostenstijging voor bijna € 1,3 miljard toe te schrijven aan

hogere tarieven voor de ZZP's. De stijging van de ZZP-tarieven heeft meerdere oorzaken. Allereerst zorgt de jaarlijkse standaard indexatie voor een stijging van de tarieven. Daarnaast is de stijging van de tarieven in 2012 ook het gevolg van een eenmalige verhoging van de ZZP-tarieven door toevoeging van de intensiveringsmiddelen (de 'Agema-gelden'). Deze middelen zijn in 2012 beschikbaar gesteld voor de verbetering van de kwaliteit van de zorg. Het gaat om een eenmalige toevoeging. De NZa ziet verder de kosten stijgen door een toename van het aantal cliënten en door zorgverzwaring. De NZa wijst er op dat ook zonder de eenmalige toevoeging van de Agema-gelden er een aanzienlijke stijging van de uitgaven te zien is. Uit de marktscan blijkt verder dat in de ouderenzorg niet meer bewoners zijn verzorgd. Het aantal cliënten in verplegings- of verzorgingshuizen bleef gelijk. In de gehandicaptenzorg nam het aantal cliënten wel toe, met 7,8%. Dat is aanzienlijk groter dan de bevolkingsgroei 1,2% in dezelfde peri-

ode). De toename van het aantal cliënten in de AWBZ is volgens de NZa de oorzaak van 18% van de kostenstijging. Oorzaken van de groei zijn eerder onderzocht door het Sociaal en Cultureel Planbureau en gepubliceerd in het rapport "Steeds meer verstandelijk gehandicapten? Ontwikkelingen in vraag en gebruik van zorg voor verstandelijk gehandicapten 1998-2008" (rapport van 10 maart 2010). Dit onderzoek beslaat echter de periode 1998-2008 en is daarmee gedateerd. In haar beleidsbrief verzoekt de NZa de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (de minister) daarom onderzoek te doen naar de opvallende stijging. Voor cliënten met een V&V-ZZP geldt het omgekeerde. Het aantal cliënten met een V&V-ZZP stabiliseert en volgt daarmee juist niet de bevolkingsgroei. De NZa adviseert de minister ook deze trend te onderzoeken. In 2014 volgt er geen nieuwe marktscan AWBZ. De NZa adviseert om vanaf 2015 de effecten van de hervormingen in de langdurige zorg in kaart te brengen.

Marktordening

NIEUWS

40. Minister stelt debat over winstuitkering in de zorg uit

Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (de minister) heeft op het laatste moment het debat in de Tweede Kamer over het wetsvoorstel dat beoogt winstuitkering in de medisch specialistische zorg mogelijk te maken uitgesteld. De plannen om het doen van winstuitkeringen in de medisch specialistische zorg mogelijk te maken, stuiten op hevig politiek verzet. De ChristenUnie, CDA, PVV en GroenLinks zijn felle tegenstanders van winstuitkering in de zorg, waardoor de plannen van de minister door de Tweede Kamer dreigen te worden verworpen.

De minister heeft de kamerbehandeling naar eigen zeggen uitgesteld omdat ze heeft geconstateerd dat voor het wetsvoorstel Voorwaarden voor winstuitkering aanbieders medisch specialistische zorg (wetsvoorstel 33 168) een nota van wijziging nodig is. Onderdelen van het wetsvoorstel moeten nog nader worden onderzocht; dit kan volgens de minister leiden tot een aantal – zowel inhoudelijke als technische – wijzigingen. In het bijzonder

wijst de minister erop dat winstuitkering door aanbieders van medisch specialistische zorg enkel mogelijk zou moeten zijn als het eigen vermogen (uitgedrukt als percentage van het balanstotaal) ten minste 20 % is en alleen bij winst uit reguliere exploitatie. Nieuwe inzichten geven mogelijk aanleiding deze voorwaarden nog steviger te verankeren in het wetsvoorstel. Dit vergt nadere bestudering.

Momenteel geldt voor ziekenhuizen een verbod op winstuitkering. Hierdoor is het moeilijker voor ziekenhuizen om privaat kapitaal aan te trekken, waardoor ze voor leningen vooral afhankelijk zijn van banken. Het wetsvoorstel voor winstuitkering in de medisch specialistische zorg beoogt hierin verandering te brengen, door te regelen dat aanbieders van medisch-specialistische zorg onder voorwaarden winst uit kunnen keren. Met de mogelijkheid om winst uit te keren wordt het volgens de minister voor private partijen interessanter om in ziekenhuizen te investeren, waardoor de kwaliteit, dienstverlening en doelmatigheid van de medisch-specialistische zorg zouden kunnen worden verbeterd.

Om de beschikbaarheid en kwaliteit van de medisch specialistische zorg te garanderen,

is het doen van winstuitkering op grond van het huidige wetsvoorstel enkel onder een aantal strikte voorwaarden toegestaan. In het wetsvoorstel wordt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) belast met het houden van toezicht op die voorwaarden. Aanbieders van medisch specialistische zorg moeten in dat verband binnen drie maanden na het doen van een winstuitkering aan de NZa verantwoorden dat aan de voorwaarden is voldaan. Het niet voldoen aan de voorwaarden kan leiden tot het opleggen van handhavingsmaatregelen.

41. Tussenrapportage onderzoek zorgfraude NZa

Op 19 december 2013 heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) haar tussenrapport 'Onderzoek zorgfraude' gepubliceerd. Het rapport is onderdeel van de bredere aanpak zorgfraude die de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (de minister) in haar brief aan de Tweede Kamer van 16 september 2013 heeft aangekondigd (Kamerstukken II 2012/13, 28828, nr. 50). In de tussenrapportage geeft de NZa inzicht in de kwetsbare plekken van het zorgstelsel en geeft zij aanbevelingen over de mogelijkheden om die kwetsbaarheden

te verminderen. Verder heeft de NZa de uitkomsten van de eerste vier kwantitatieve deelanalyses van de omvang van fraude in de zorg in het rapport opgenomen. Uit het rapport van de NZa blijkt dat in alle markten die zijn onderzocht risico's op fraude aanwezig zijn. Het gaat onder meer om de markten huisartsenzorg, extramurale farmaceutische zorg, medisch specialistische zorg en ABWZ (zorg in natura en PGB). Per sector heeft de NZa de risico's meer specifiek in kaart gebracht. Zo blijken bijvoorbeeld bij huisartsenzorg onregelmatigheden plaats te vinden bij het declareren van inschrijftarieven, zoals het onterecht in rekening brengen van een opslag voor achterstandswijken terwijl de patiënt daar niet woonachtig is.

De NZa doet in haar rapport verschillende aanbevelingen. De aanbevelingen zijn gericht aan onder meer zorgaanbieders, zorgverzekeraars, de Minister en de NZa zelf. De belangrijkste aanbevelingen in de tussenrapportage richten zich op vier thema's:

- beheers de toegang van zorgaanbieders tot financiering ten laste van de Zorgverzekeringswet en AWBZ, en maak het voor verzekeraars mogelijk om, in geval van twijfel, aanbieders uit te sluiten van vergoeding;
- maak materiële controle op declaraties door zorgverzekeraars door middel van een aselecte steekproef mogelijk, en stel die ook verplicht;
- richt het vergoedingensysteem uit de centrale kas naar verzekeraars en zorgkantoren zodanig in dat de business case voor controle en fraudepreventie ook echt loont;
- maak de regelgeving rond aanspraken en declaratietitels eenduidiger.

Naast de beschrijving van de risico's en bevindingen in de verschillende zorgmarkten, heeft de NZa ook een inschatting laten maken van het bedrag dat met de onregelmatigheden is gemoeid. Deze schatting is gemaakt door het Fraude Detectie Expertise Centrum (FDEC), en geldt voor de huisartsenzorg, de mondzorg, de farmaceutische zorg en de geestelijke gezondheidszorg over de jaren 2010 - 2011. FDEC spreekt van onregelmatigheden, omdat op basis van data-analyses dat niet kan worden gesteld of er sprake is van fraude. FDEC concludeert dat er in 2010 voor een bedrag € 70,3 miljoen aan declaraties in strijd met de declaratieregels is gedeclareerd. Zorgverzekeraars hebben dit bedrag

onterecht vergoed. Daar komt nog een bedrag van € 7,1 miljoen aan gevonden declaraties bij, die mogelijk onrechtmatig zijn. Deze declaraties zouden nader moeten worden onderzocht. Voor 2011 gaat het om een bedrag van € 74,2 miljoen, dat in strijd met de declaratieregels is gedeclareerd en vergoed. Er is voor dat jaar € 8,1 miljoen aan mogelijk onrechtmatige declaraties gevonden, die nog nader moeten worden onderzocht.

Het tussenrapport van de NZa heeft veel stof doen opwaaien. Zorgverzekeraars Nederland (ZN), dat stelt zich te kunnen vinden in de aanbevelingen van de NZa, plaatste vraagtekens bij de kwaliteit van het onderzoek. Een van de spraakmakende voorbeelden in het tussenrapport (bijlage, FDEC, Onregelmatigheden in declaratiebestanden bij huisartsen, mondzorg, farmacie en GGZ) sprak van een tandarts die 123 declaraties indiende voor het uitvoeren van extracties. Volgens ZN is deze constatering onjuist en zou blijken dat de betreffende tandartsrekening wel degelijk correct is verwerkt.

In juli 2014 komt de NZa met een eindrapportage. Daarin zitten onder meer data-analyses van de AWBZ, medisch specialistische zorg en fysiotherapie. De NZa geeft dan ook een raming van de omvang van de fraude in de zorg.

42. NKI-AVL mag activiteiten Slotervaart-ziekenhuis overnemen

Op 19 december 2013 heeft de Autoriteit Consument en Markt (ACM) de overname van bepaalde activa van het Slotervaartziekenhuis door Stichting Het Nederlands Kanker Instituut - Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis (NKI-AVL) goedgekeurd. ACM heeft geen reden om aan te nemen dat de concentratie de daadwerkelijke mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan op significante wijze zou kunnen belemmeren en stelt vast dat er na overname genoeg concurrentie overblijft.

De activa zijn aan NKI-AVL doorverkocht door de MC Groep van Loek Winter, die het Slotervaartziekenhuis heeft overgenomen. Het gaat daarbij om de ziekenhuisapotheek, de daaraan verbonden onderzoeksactiviteiten, de neurologische oncologie en een perceel grond.

De overname door de MC Groep is tot op heden niet zonder problemen verlopen. Door de verkoop aan de MC Groep ont-

stond een geschil tussen de erven van de overleden vastgoedhandelaar Jan Schram en Aysel Erbudak, voormalig bestuursvoorzitter en minderheidsaandeelhouder van het Slotervaartziekenhuis. Erbudak was het niet eens met de overnameprijs en de opdeling van het ziekenhuis. In een door de familie Schram gestarte procedure om de verkoop af te dwingen, zette de Ondernemingskamer vraagtekens bij de noodzaak van de overname door de MC Groep. De Ondernemingskamer achtte Charlotte Insinger, de door de Ondernemingskamer benoemde tijdelijke bestuurder van het Slotervaartziekenhuis, niettemin in staat om zonder tussenkomst van de algemene vergaderingen van aandeelhouders van Meromi Holding B.V. en Jeemer B.V., te beslissen of de verkoop van het Slotervaartziekenhuis al dan niet moest doorgaan. Zij besloot – na een zorgvuldige belangenafweging en met inachtneming van de door de Ondernemingskamer opgeworpen vragen – de verkoop aan de MC Groep uiteindelijk toch door te zetten. Vervolgens probeerde (de familie van) Aysel Erbudak de overname door de MC Groep nog tegen te gaan door beslag te laten leggen op de aandelen van het ziekenhuis. Door dit beslag kon de vastgoedmaatschappij die het ziekenhuis aan de MC Groep wilde verkopen, Delta Onroerend Goed, de aandelen niet aan de MC Groep leveren. De voorzieningenrechter in Haarlem heeft het beslag op 20 december 2013 opgeheven. Wel loopt er momenteel op aangeven van de Ondernemingskamer nog een onderzoek naar het beleid en de gang van zaken bij Meromi Holding B.V. en Jeemer B.V., de houdstermaatschappijen waar het Slotervaartziekenhuis tot de verkoop onder viel, in verband met de uitgifte van 5 miljoen cumulatief preferente aandelen in het kapitaal van het Slotervaartziekenhuis aan Delta Onroerend Goed. De Ondernemingskamer acht gegronde redenen aanwezig om aan een juist beleid en een juiste gang van zaken te twijfelen. De uitkomsten van dit onderzoek zijn nog niet bekend. (Bron: www.nrc.nl).

43. Kamerbrief bestuurlijke aansprakelijkheid en ondertoezichtstelling in de zorg

Op 20 december 2013 hebben minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (de minister) en staatssecretaris Van Rijn van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (de staatssecretaris) een brief gestuurd

aan de Tweede Kamer over bestuurlijke aansprakelijkheid en ondertoezichtstelling in de zorg (kenmerk 164161-112369-MC). Hiermee wordt voldaan aan toezeggingen om de Kamer te informeren over de voor- en nadelen van een bestuurlijke ondertoezichtstelling en over de (on)mogelijkheden om bestuurders aan te spreken bij onterechte betalingen.

Voor wat betreft de voor- en nadelen van het instrument van bestuurlijke ondertoezichtstelling voor de zorg wordt door de minister en de staatssecretaris verwezen naar een onderzoeksrapport van Pels, Rijcken & Droogleever Fortuijn advocaten (Pels Rijcken). De onderzoekers constateren dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op dit moment al over voldoende bevoegdheden en handhavinginstrumenten beschikt om effectief te kunnen optreden bij problemen op bestuurlijk niveau bij zorginstellingen in die gevallen waarin de kwaliteit of veiligheid van zorg in het geding is. Op basis hiervan zien de minister en de staatssecretaris voor deze gevallen geen noodzaak tot het ontwikkelen van aanvullende, nieuwe instrumenten. Het bestaande instrumentarium kan wel ruimer worden ingezet. Uitgangspunt blijft dat de overheid niet verantwoordelijk is voor het bestuur van een private zorginstelling en/of de financiële gang van zaken daarbinnen. Voor problemen op bestuurlijk niveau waarbij de kwaliteit en veiligheid niet aan de

orde zijn, stellen de minister en de staatssecretaris vast dat het instrumentarium beperkter is. Ook hiervoor geldt echter, dat er mogelijkheden zijn voor het aansprakelijk stellen van bestuurders die verantwoordelijk zijn voor ongewenst gedrag van een zorgaanbieder, zoals bij onterechte betalingen. Het Burgerlijk Wetboek (BW) biedt hiervoor diverse aanknopingspunten. Zo kan het geld worden teruggevorderd op grond van onverschuldigde betaling en kan de zorgaanbieder als rechtspersoon een bestuurder in een voorkomend geval aansprakelijk stellen voor de geleden schade, ook in het geval van schade als gevolg van door de Nederlandse Zorgautoriteit (de NZa) opgelegde bestuursrechtelijke maatregelen. Daarnaast bestaat er voor derden de mogelijkheid de bestuurder van een instelling aansprakelijk te stellen op grond van onrechtmatige daad (artikel 6:162 BW). Voorts zijn door de minister van Veiligheid en Justitie maatregelen aangekondigd met betrekking tot het aanscherpen van de aansprakelijkheid van bestuurders en interne toezichthouders. Hierbij zal onder meer ook de aansprakelijkheid van interne toezichthouders bij stichtingen en verenigingen worden geregeld, hetgeen op dit moment nog niet het geval is. Ten slotte beschikt ook de NZa over een ruim handhavingsinstrumentarium om op te treden in het geval van onterechte betalingen. Het handelen van de NZa is er daarbij op gericht op

terugbetaling van de onterechte betalingen en de betrokken instellingen hun beleid te laten bijstellen. Daarbij beschikt de NZa over de mogelijkheid tot het geven van een aanwijzing en, in het geval er geen sprake is van verbetering, het openbaar maken van de naam van de instelling en/of het zorgkantoor. Ook kan de NZa een last onder dwangsom of een bestuurlijke boete opleggen aan een zorgaanbieder en/of een bestuurder van de zorgaanbieder op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg en artikel 5:1 van de Algemene wet bestuursrecht. De NZa heeft in de afgelopen periode meerdere malen een aanwijzing gegeven of een andere handhavingmaatregel getroffen en daarbij de namen van de betrokken partijen openbaar gemaakt. Het is volgens de minister en de staatssecretaris wel van groot belang dat ook bestuurders en interne toezichthouders hun verantwoordelijkheid nemen en zich onthouden van onbehoorlijke en onrechtmatige handelingen. Interne toezichthouders dienen daarbij tegengas te geven aan bewust en onbewust slecht gedrag van bestuurders. De minister en de staatssecretaris benadrukken hierbij wel dat de Nederlandse zorginstellingen over het algemeen goed worden bestuurd en de zaken intern over het algemeen goed op orde hebben.

Farmacie

JURISPRUDENTIE

44. Vonnis kort geding Regenboog Apotheek tegen Achmea

Regenboog Apotheken heeft verschillende vestigingen in Nederland. In 2013 is tussen één van de vestigingen en zorgverzekeraar Achmea een geschil ontstaan. Volgens Achmea heeft deze vestiging onrechtmatig declaraties ingediend voor een apotheekbereiding van het geneesmiddel methylfenidaat retard. Achmea stelt hierdoor schade te hebben geleden. De verzekerden die het geneesmiddel gebruiken zijn aangeschreven door Achmea met de mededeling dat het geneesmiddel niet meer vergoed wordt. Verder heeft Achmea alle Regenboog Apotheken laten weten dat zij geen Farmacie Basisovereenkomst krijgen aangeboden voor 2014-2015. Regenboog

Apotheken heeft daarom een kort geding aangespannen tegen Achmea. Zij vorderen dat Achmea alsnog wordt verplicht om een Farmacie Basisovereenkomst te sluiten en dat een rectificatie wordt verzonden aan de verzekerden van Achmea. Volgens de Regenboog Apotheken handelt Achmea in strijd met de redelijkheid en billijkheid door het weigeren van het sluiten van een nieuwe Farmacie Basisovereenkomst. De Regenboog Apotheken voeren ook aan dat een contract met Achmea essentieel is voor het voortbestaan van de apotheken. Geen contract betekent een faillissement. Achmea geeft aan dat zij geen contract wil sluiten omdat voor ongeveer € 2 miljoen aan onrechtmatige declaraties is ingediend door één van de vestigingen van de Regenboog Apotheek. De voorzieningenrechter is van oordeel dat voldoende aannemelijk

is dat de bodemrechter zal oordelen dat sprake is van een onzorgvuldigheid in het declaratiegedrag van de apotheek. Volgens de voorzieningenrechter levert dit een zwaarwegende grond op om geen nieuw contract aan te gaan met de Regenboog Apotheken. Verder blijkt volgens de voorzieningenrechter dat sprake is van een afwijkend declaratiepatroon van de betreffende vestiging van de Regenboog Apotheek. De voorzieningenrechter wijst de vorderingen af. De Regenboog Apotheken hebben aangekondigd in hoger beroep te gaan tegen dit vonnis.

NIEUWS

45. Wijzigingen Farmacie 2014

Met ingang van 1 januari 2014 zijn er een aantal wijzigingen in de vergoedingen van

de farmaceutische zorg.

Een van de wijzigingen is het schrappen van de vergoeding van de Diane-35 pil. De Diane-35 pil was in 2013 in het nieuws vanwege bijwerkingen van deze pil met een mogelijke fatale afloop. Per brief van 4 december 2013 heeft de minister de Tweede Kamer geïnformeerd over het schrappen van de vergoeding voor de Diane-35 pil vanuit het basispakket. Orale anticonceptie voor vrouwen boven de 21 jaar wordt sinds 1 januari 2011 niet meer vergoed vanuit het basispakket. De Diane-35 pil werd nog wel vergoed, maar slechts voor toepassing bij ernstige acne. Na recente aanpassingen van de richtlijnen hebben anticonceptiemiddelen een meer bescheiden rol gekregen bij de behandeling van acne. Tevens is gebleken dat het aantal eerste verstrekkingen van de Diane-35 pil drastisch is gedaald. De reden voor het schrappen is dat volgens de minister het risico bestaat dat het middel off-label wordt voorgeschreven als anticonceptiemiddel, zonder dat daar grip

op te krijgen is.

Een tweede belangrijke wijziging is de overheveling van de fertiliteitshormonen van het Geneesmiddelen Vergoeding Systeem (GVS) naar de bekostiging voor de medisch specialistische zorg. Deze middelen zijn met ingang van 1 januari 2014 niet langer onderdeel van de "extramurale aanspraak farmaceutische zorg" en kunnen derhalve niet meer door openbare apotheken worden afgeleverd. Een aantal van deze fertiliteitshormonen is daarnaast aangemerkt als duur geneesmiddel en kan door de ziekenhuizen als add-on worden gedeclareerd. De kosten voor de middelen die niet zijn aangemerkt als duur geneesmiddel dienen te worden opgenomen in het DBC-tarief. Niet alleen de fertiliteitshormonen zijn overgeheveld naar de medisch-specialistische zorg. De dialysevloeistoffen worden per 1 januari 2014 tevens uitsluitend vergoed als medisch specialistische zorg. Tot 1 januari 2014 werden dialysevloeistoffen en thuis dialyseapparatuur als medisch-

hulpmiddel vergoed. Vanaf 1 januari 2014 dienen de kosten voor deze producten in de DBC-tarieven te worden opgenomen. Een van de wijzigingen in de vergoeding van de farmaceutische zorg is niet ingegeven door aanpassingen van het verzekerde pakket, maar door de zorgverzekeraars. Ten aanzien van niet geregistreerde allergeen extracten hebben de zorgverzekeraars te kennen gegeven dat zij deze vanaf 1 januari 2014 niet langer vergoeden. Deze middelen worden alleen nog maar vergoed aan patiënten die een individuele machtiging hebben van de zorgverzekeraar. Voorwaarden zijn daarbij dat het middel in de handel mag zijn van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, dat de arts een toelichting geeft waarom de patiënt niet behandeld kan worden met een geregistreerd product en de arts bij zijn aanvraag twee wetenschappelijke artikelen aanlevert waaruit de werkzaamheid van het betreffende product blijkt.

Geraadpleegde bronnen voor ZIPSignaleringen (tot en met 4 februari 2014)

Actuele Rechtspraak Ondernemingspraktijk (ARO)
 Ars Aequi & Ars Aequi Katern (AA)
 Fiscaal Praktijkblad
 Fiscale Berichten voor het Notariaat (FBN)
 Forfaitair
 Het Financieel Dagblad
 Journaal Insolventie, Financiering & Zekerheden (Journaal IF&Z)
 Journaal ondernemingsrecht
 Juridische Berichten voor het Notariaat (JBN)
 Juridisch up to Date (JutD)
 Jurisprudentie Arbeidsrecht («JAR»)
 Jurisprudentie Burgerlijk Procesrecht («JBPr»)
 Jurisprudentie in Nederland («JIN»)
 Jurisprudentie Onderneming & Recht («JOR»)
 Maandblad voor Belastingrecht & Belastingpraktijk (MBB)
 Nederlands Juristenblad (NJB)
 Nederlandse Jurisprudentie (NJ)
 Nederlands Tijdschrift voor Fiscaal Recht (NTRF)

Nieuwsbrief Bedrijfsjuridische Berichten (Bb)
 NJ Feitenrechtspraak civiele uitspraken (NJF)
 Notafax
 Onderneming & Financiering (O&F)
 Ondernemingsrecht
 Rechtspraak van de Week (RvdW)
 Rechtspraak.nl
 Staatscourant (Stcrt.)
 Themis
 Tijdschrift Fiscaal Ondernemingsrecht
 Tijdschrift voor Insolventierecht (TvI)
 Tijdschrift voor Ondernemingsbestuur (TvOB)
 Trema
 Tribuut
 Vennootschap & Onderneming (V&O)
 Weekblad voor Fiscaal Recht (WFR)
 Weekblad voor Privaatrecht, Notariaat en Registratie (WPNR)



Ieder meesterwerk begint met de juiste richting

Een meesterwerk kan pas ontstaan, als de juiste richting is gevonden. Sdu Jurisprudentie biedt u deze richting. Een ervaren redactie staat garant voor een scherpe selectie van uitspraken van gerechtelijke instanties, voorzien van hoogstaande annotaties, een praktijkgerichte samenvatting, trefwoorden en wetsartikelverwijzingen. Relevant en altijd actueel.

Sdu Jurisprudentie is er voor bijna ieder juridisch vakgebied in de vorm van een tijdschrift, online en app (Android, iPhone & iPad). Zo blijft u bij op de manier die bij u past, waar en wanneer u dat wilt.

Oordeel zelf. Kijk op www.sdujurisprudentie.nl en neem een gratis proefabonnement.



www.sdujurisprudentie.nl





Advocatie

Dé nieuwssite voor de advocatuur



Download nu de nieuwe app



- Advocatie.nl:**
- ✓ dagelijks actueel nieuws, trends, columns en ontwikkelingen
 - ✓ voor en over advocaten, notarissen en legal counsels
 - ✓ onafhankelijk en altijd journalistiek gedegen

Blijf op de hoogte van alle trends en ontwikkelingen in de advocatuur, legal counsel en notariaat. Schrijf je in voor de nieuwsbrief op

Sdu UITGEVERS

➔ [ie.nl/aanmelden">advocatie.nl/aanmelden](https://advocat<span style=)

Over(-)behandelen van kwetsbare ouderen¹

MAARTEN VERKERK, DIRK JAN BAKKER EN THEO BOER

Er werd al langere tijd over gesproken en geschreven: 'Ouderen worden in de laatste levensfase te lang doorbehandeld.' Verschillende klinisch geriaters en hoogleraren ouderengeneeskunde hadden de noodklok al eerder geluid, maar weinigen hadden op hun signaal gereageerd. Totdat Medisch Contact verslag deed van een enquête onder de artsen-leden van de KNMG waaruit bleek dat maar liefst 62% van de respondenten de stelling onderschrijft dat artsen patiënten in de laatste levensfase langer doorbehandelen dan nodig en wenselijk is.² In dit artikel geven we een eerste verkenning van de zorg voor kwetsbare ouderen en van het verschijnsel 'overbehandeling'. Daarna presenteren we een ethisch kader om te bepalen wanneer er sprake is van overbehandeling en laten zien dat dit kader kan helpen om overbehandeling te identificeren en terug te dringen.

Wat is overbehandelen?

In de afgelopen jaren hebben verschillende deskundigen gepleit voor het beter inrichten van de zorg voor kwetsbare ouderen. Zij zijn van mening dat het zorgaanbod onvoldoende aansluit bij de specifieke situatie van deze groep burgers. Uit het veld komen steeds meer geluiden dat er – met name in de laatste levensfase – te lang wordt doorbehandeld, met als gevolg dat de patiënt wordt geschaad en er veel overbodige kosten worden gemaakt.

Wat is overbehandelen precies? En wanneer is er sprake van te lang doorbehandelen? Allereerst willen we helder aangeven wat overbehandeling niet is. Overbehandeling slaat niet op de dagelijkse zorg voor de patiënt, cliënt of bewoner, zoals het geven van extra liefde en aandacht in de vorm van een goed gesprek, een bijzondere maaltijd of een extra glas wijn ('verwenzorg'). Overbehandeling heeft echter altijd betrekking op medische of paramedische behandelingen: het is een vorm van medisch ingrijpen veelal dat nagelaten had moeten worden. De casus 'Ik heb weer hoop gekregen' geeft een duidelijk voorbeeld van overbehandelen.

Casus 'Ik heb weer hoop gekregen'³

Peter Bongers was 82 jaar toen de oncoloog hem vertelde dat hij dikkedarmkanker (coloncarioom) had en dat er uitzaaiingen waren geconstateerd. Hij was geschokt door de diagnose, maar toen de oncoloog hem vertelde dat een operatie tot de opties behoorde, putte hij nieuwe hoop. Het zou een zware en risicovolle operatie worden waarbij de galblaas, een stuk van de dikke darm, een deel van de alvleesklier en mogelijk een stukje van de lever verwijderd zouden moeten worden. Zonder operatie zou hij naar verwachting nog twee tot drie maanden te leven hebben, maar met een operatie misschien nog wel een half jaar.

De dochters van meneer Bongers gingen eerst een gesprek aan met de oncoloog en daarna met de internist. De oncoloog vertelde hen dat hun vader weinig kans had om te overleven. Bij een geslaagde operatie zou hij alleen met veel hulpmiddelen en medicatie enkele maanden langer kunnen leven. De internist uit hetzelfde ziekenhuis wees hen op de risico's en het beperkte effect van de operatie en adviseerde palliatieve behandeling. De dochters vroegen een tweede gesprek met de oncoloog aan. Ze stelden hem de vraag of een operatie wel echt aan te bevelen was en of palliatieve zorg niet beter zou zijn. De oncoloog gaf aan dat hij de mogelijkheid van palliatieve zorg niet met de patiënt had besproken. De dochters gingen hierover alsnog in gesprek met hun vader.

1 Deze bijdrage is gebaseerd op Boer, T, M.J. Verkerk, en D.J. Bakker (2013), *Over(-)behandelen. Ethiek van de zorg voor kwetsbare ouderen*, Amsterdam: Reed Business.

2 Visser, J. (2012), 'De arts staat in de behandelmodus', in: *Medisch Contact* 67, p. 1326-1329.

3 De casussen in dit artikel zijn geanonimiseerd, wat betekent dat in alle gevallen persoonlijke gegevens veranderd zijn. Daarnaast zijn de casussen ingekort door het weglaten van minder relevante details.

Meneer Bongers wilde echter van geen wijken weten: hij moest en zou die operatie ondergaan want hij had immers weer hoop gekregen. De operatie werd als geslaagd gezien. Na acht weken verliet hij het ziekenhuis en enkele maanden later stierf hij in het verpleeghuis. Deze casus is een duidelijk voorbeeld van overbehandeling.

Overbehandeling is een eufemisme voor slechte zorg die het lijden van de patiënt vergroot en verlengt

De oncoloog sprak niet over palliatieve zorg, maar adviseerde de patiënt een zware behandeling die het leven hoogstens met enkele maanden zou rekken. De mogelijkheid van palliatieve zorg kwam pas aan de orde nadat de dochters van de patiënt met de internist hadden gesproken. Maar toen wilde de patiënt daar niets van weten: hij had immers 'hoop gekregen'. De patiënt leefde inderdaad iets langer, maar het waren slechte maanden. De oncoloog had deze behandeling niet moeten aanbieden. Deze casus is een voorbeeld van overbehandeling die geïnitieerd is door de arts. De casus 'Toch nog sondevoeding' laat zien dat er ook overbehandeling plaatsvindt op wens van de familie.

Casus 'Toch nog sondevoeding'

Berend In 't Veld, 84 jaar, leed aan dementie en de ziekte van Parkinson. Op een dag werd hij opgenomen in het verpleeghuis. Zijn algemene toestand verslechterde en hij leek niet lang meer te leven te hebben. Hij werd via een neussonde gevoed. Het probleem was dat hij de sonde steeds verwijderde (uittrok) waardoor deze dan weer ingebracht moest worden, wat met veel problemen gepaard ging. Hij had door de sondevoeding al een paar keer een verslikpneumonie gehad. Kennelijk had hij veel last van de sonde. De familie echter wilde per se dat het verpleeghuis met de sondevoeding door zou gaan. Men eiste dat er een sonde werd ingebracht via de buikwand waardoor het voedsel direct in de dunne darm zou komen (PEG-sonde). De specialist ouderengeneeskunde had hier grote problemen mee. Het inbrengen van zo'n sonde is immers een medische ingreep en de slechte conditie en beperkte overlevingskansen van meneer In 't Veld waren redenen om deze operatie niet uit te voeren. Toch volgde hij de wens van de familie. Onder een 'lichte' anesthesie werd in het ziekenhuis een sonde geplaatst waarna hij terugging naar het verpleeghuis. Enkele weken later overleed meneer In 't Veld.

Deze casus is ook een voorbeeld van overbehandeling. Meneer In 't Veld was in de stervensfase en gaf duidelijk aan dat hij de sonde niet meer wilde. Maar toch werd er op wens van de familie nog een ingreep uitgevoerd.

Bij het begrip overbehandeling denken veel mensen aan 'te veel van het goede'. Dit 'te veel' zou vooral naar voren komen in de extra diagnostiek die gedaan wordt om alles uit te sluiten en de additionele behandeling die gedaan wordt als uiterste inspanning. De bovenstaande casussen laten zien dat dit beeld te rooskleurig is: overbehandeling brengt schade toe aan de patiënt en vergroot zijn of haar lijden. In totaal hebben we meer dan vijftientig casussen

onderzocht. Hieruit blijkt dat bij vrijwel alle vormen van overbehandeling de patiënt wordt geschaad. Soms wordt een (zeer bescheiden) goede werking bereikt, maar ook dan zijn de neveneffecten vaak zo groot dat het middel op geen enkele manier te rechtvaardigen is. Met andere woorden: overbehandeling is een eufemisme voor slechte zorg die het lijden van de patiënt vergroot en verlengt.

Ethisch kader

Hoe zorg je goed voor kwetsbare ouderen? Hoe kun je overbehandeling voorkomen? Hoe kun je artsen, patiënten en familieleden ondersteunen om onderscheid te maken tussen *goede zorg* en overbehandelen? Bij al deze vragen gaat het niet alleen om de techniek van het medische handelen maar vooral om de vraag naar goede zorg voor een specifieke doelgroep. Daarmee komen we op het gebied van de ethiek en de vraag naar een ethisch kader. We beginnen met de vraag naar de voorwaarden waaraan zo'n kader zou moeten voldoen. Daarna laten we zien dat er drie benaderingen in de ethiek zijn om dit soort vragen te bespreken. Ten slotte presenteren we de vier principes die Beauchamp en Childress aan deze benaderingen ontleend hebben en maken aannemelijk dat deze gebruikt kunnen worden om de vraag naar overbehandeling op een vruchtbare manier aan de orde te stellen.

Voorwaarden

In de praktijk zal een ethisch kader om goede zorg te leveren en overbehandeling te voorkomen alleen gebruikt worden als het aan de volgende voorwaarden voldoet:

- *Vooraf bepalen.* De afweging moet altijd vooraf gedaan kunnen worden. Met de wijsheid van achteraf is het gemakkelijk oordelen, maar artsen, patiënten en familieleden hebben nu eenmaal geen andere kennis dan kennis vooraf.
- *Acceptatie.* In de praktijk van de zorg spelen verschillende actoren een belangrijke rol. Al deze actoren moeten kunnen instemmen met de principes die aan dit kader ten grondslag liggen.
- *Pluriformiteit.* Op de een of andere manier moet recht gedaan worden aan en rekening worden gehouden met de pluriformiteit van ethische opvattingen in onze samenleving. Het gaat daarbij niet alleen om christelijke, humanistische en postmoderne opvattingen, maar ook om islamitische, boeddhistische en andere waardensystemen.
- *Dialoog.* Het wordt steeds duidelijker dat de kwaliteit van medische beslissingen toeneemt als de patiënt, familieleden en andere betekenisvolle naasten hier nauw bij betrokken zijn. Dat betekent dat het betreffende kader de dialoog tussen de verschillende partijen moet kunnen faciliteren.

Drie verschillende benaderingen

In de geschiedenis zijn drie belangrijke ethische theorieën ontwikkeld die antwoord geven op de vraag naar goede zorg: deugdeethiek, deontologie en consequentialisme.

De deugdeethiek concentreert zich op de persoonlijke kwaliteiten van degene die handelt. Volgens veel klassieke filosofen is het belangrijkste in een mensenleven dat iemand zich bepaalde deugden eigen maakt. Hoofddede bij dit type ethiek is dat de beste manier om goed te leven is om het juiste karakter, c.q. de juiste houding of gezindheid te verwerven. Met goede mensen aan het roer komt het ook met de praktijk wel in orde.

De deontologie c.q. plicht- of regelethiek focust op de normen en de plichten waaraan het handelen moet beantwoorden. Traditioneel zijn de joodse en de christelijke ethiek vaak als een plichtethiek gezien en niet zonder reden: het Oude Testament met de Tien Geboden is een van de indrukwekkendste ‘catalogi’ van plichten. Het belangrijkste voorbeeld van een moderne plichtethiek is de ethiek van Kant. Volgens hem is de kern van de moraal het handelen uit achting voor, en in overeenstemming met plichten. Dat betekent dat je bepaalde zaken onder geen beding zult doen, al wil je ze nog zo graag en al zijn de gevolgen nog zo verlokkelijk.

Het consequentialisme c.q. de gevolgethiek concentreert zich op de doelen die met het handelen worden beoogd of op de bestemming die het menselijk bestaan heeft. De bekendste versie is het utilisme van Jeremy Bentham, later uitgewerkt door John Stewart Mill. Volgens Bentham is het doel van de moraal ‘zoveel mogelijk mensen zo gelukkig mogelijk maken’. Deze vorm van ethiek stelt dat het gevolg of het resultaat van een handeling het belangrijkste criterium is om haar te beoordelen.

Elk van deze benaderingen heeft sterktes en zwaktes en worden daarom nogal eens als concurrerend gezien. De verschillen hoeven echter niet te worden overdreven: elk van de drie benaderingen kent voorbeelden die in de praktijk een bruikbare en humane vorm van ethiekbeoefening opleveren. De drie klassieke ethieken functioneren eerder als alternatieve ‘talen’ om een en dezelfde praktijk mee te normeren. Hoewel de benaderingen van ethische kwesties zich soms nadrukkelijk van elkaar onderscheiden, tref je in de praktijk zelden een van deze typen onvermengd aan. Elementen van elk van deze hoofdstromingen kun je in bijna elke morele discussie terugvinden.

Vier principes

Een voorbeeld van een meerzijdige ethiekbenadering vinden we in het boek *Principles of Biomedical Ethics* van Tom Beauchamp en James Childress.⁴ De auteurs, die een gevolgethische respectievelijk een plichtethische achtergrond hebben, beogen verschillende morele talen naar elkaar toe te buigen. Zo kan ook bij een toenemende verscheidenheid van de moraal, op zinvolle wijze medische ethiek worden beoefend. Volgens Beauchamp en Childress moet er in de zorg rekening worden gehouden met vier morele principes (of waarden):

- *respect voor autonomie*: de wens van een patiënt zo veel mogelijk respecteren;

- *niet-schaden*: mensen geen schade toebrengen;
- *weldoen*: zo veel mogelijk het welzijn van mensen bevorderen, inclusief hun leven beschermen;
- *rechtvaardigheid*: de ene persoon niet anders (minder of beter) behandelen dan de andere persoon met dezelfde behoefte.

Uit de keuze voor deze principes blijkt de dubbele achtergrond van de schrijvers: het principe van weldoen hoort thuis in het utilisme (de meest gangbare versie van een gevolgethiek). Volgens het utilisme beoogt de moraal om zo veel mogelijk mensen zo gelukkig mogelijk te maken. Om het belangrijkste bezwaar van het utilisme te ondervangen – dat het doel alle middelen heiligt – zijn de principes van niet-schaden, respect voor autonomie en rechtvaardigheid opgenomen. Samen leggen zij noodzakelijke beperkingen op aan de harde kanten van het utilistische principe van weldoen. In de loop der jaren is er ook kritiek gekomen op het ontwerp van Beauchamp en Childress. Volgens sommigen leidt de nadruk op het handelen tot een veronachtzaming van deugden, attitudes en intenties. Wij delen deze kritiek. Een kwetsbare oudere is niet alleen gebaat bij professionals die de genoemde principes respecteren, maar ook bij zorgverleners die gekenmerkt worden door deugden als wijsheid, geduld, empathie en zorgzaamheid. Desalniettemin vormen deze vier principes een vruchtbaar kader om een casus te analyseren en van te voren te bespreken of een bepaalde medische behandeling terecht is of als overbehandeling gezien moet worden.

Casus ‘Ik heb weer hoop gekregen’

We komen terug op de casus ‘Ik heb weer hoop gekregen’. Op het eerste gezicht lijkt het principe van de autonomie tot een eenduidige conclusie te leiden: de patiënt wilde de operatie en daarom is het terecht dat deze is uitgevoerd. Maar hierbij zijn wel twee kanttekeningen te plaatsen. Allereerst heeft de oncoloog de patiënt ‘hoop gegeven’ en helemaal niet over palliatieve zorg gesproken waarmee

Een kwetsbare oudere is niet alleen gebaat bij professionals die de genoemde principes respecteren, maar ook bij zorgverleners die gekenmerkt worden door deugden als wijsheid, geduld, empathie en zorgzaamheid

de vraag naar voren komt in hoeverre de patiënt een geïnformeerde keuze heeft gemaakt. Daarnaast heeft de naaste familie grote vraagtekens bij het beleid wat op zijn minst ongelukkig is. De principes ‘niet-schaden’ en ‘weldoen’ leveren een ander beeld op. Van te voren werd ingeschat dat de patiënt maar enkele maanden langer zou leven. Ook werd verwacht dat de kwaliteit van leven tijdens en na de behandeling veel slechter zouden zijn in vergelijking met de situatie dat er palliatieve zorg zou zijn gegeven. De balans tussen deze twee pleit duidelijk voor palliatieve zorg en niet voor de oncologische ingreep

4 Beauchamp, T.L. and J.F. Childress (1994, vierde druk), *Principles of Biomedical Ethics*, New York/Oxford: Oxford University Press.

(zoals de internist ook geadviseerd had). Ook vanuit het principe van de rechtvaardigheid kunnen er kritische vragen worden gesteld. De kosten die voor deze extra maanden zijn gemaakt zijn relatief hoog; zeker als deze kosten gecorrigeerd worden voor de kwaliteit van leven. Deze analyse laat zien dat het gepresenteerde ethisch kader een genuanceerde discussie over deze casus mogelijk maakt en tevens bevestigt dat hier sprake is van overbehandelen.

Casus 'Toch nog sondevoeding'

Bij eerste lezing lijkt dit een voorbeeld van overbodig medisch handelen in de laatste levensfase, maar nu op wens van de familie. De ethische afweging is echter wel moeilijker. Bij het niet geven van sondevoeding zou de patiënt eerder overlijden; het is dus een zinvolle (medische) handeling. Het principe van de autonomie levert hier ook weer een genuanceerd beeld op. De patiënt lijkt te weigeren, maar is door de onderliggende ziekten niet

wandelde graag en veel, en consulteerde de orthopeed in het grote plaatselijke ziekenhuis. Bij onderzoek werd ernstige artrose van het rechter heupgewricht vastgesteld en de specialist adviseerde om het heupgewricht operatief te vervangen. Meneer Van der Velde was het hier direct mee eens. Hij vertelde verder dat hij als actief internetgebruiker op een Amerikaanse website over heupvervangende een ideale heupprothese had aangetroffen. Het bleek om een prototype te gaan dat nog in ontwikkeling was. De lange termijnresultaten waren nog niet bekend en de prothese kostte ongeveer vijf maal het bedrag dat in Nederland gebruikelijk is.

De medische directie van het ziekenhuis weigerde om medische en financiële redenen de prothese te bestellen en de verzekeraar stelde zich achter deze beslissing. Meneer Van der Velde was teleurgesteld en verliet de polikliniek met de opmerking dat hij zich dan wel in Amerika zou laten opereren.

Allereerst botst in deze casus de autonomie van de chirurg en de autonomie van de patiënt: de chirurg was niet overtuigd van de veiligheid van de nieuwe prothese en de patiënt wilde deze wel. Maar zelfs al zou de prothese veilig en beproefd genoeg zijn, dan nog blijft er een niet onbelangrijk rechtvaardigheidsprobleem. Een prothese voor meneer Van der Velde kost evenveel als de protheses voor vijf andere patiënten samen. Gegeven het feit dat de stijging van de zorgkosten in westerse landen voor een groot deel wordt veroorzaakt door het beschikbaar komen van nieuwe dure technieken en medicijnen is het te begrijpen dat het ziekenhuis en de verzekeraar ook om financiële redenen deze prothese afwees.

Gezamenlijke besluitvorming

Er zijn meerdere methoden ontwikkeld om de gezamenlijke besluitvorming tussen behandelaar, patiënt en familie te ondersteunen. In *Shared Decision Making* ligt de nadruk op gezamenlijk beslissen en in *Advance Care Planning* in het systematisch bespreken van de doelen en voorkeuren voor zorg. Naar hun aard zijn deze methodieken ook geschikt om in gesprek te gaan over de zorg rond het levenseinde.

Conclusie

Uit een enquête van de KNMG onder haar leden kwam naar voren dat kwetsbare ouderen in de laatste levensfase langer doorbehandeld worden dan nodig en wenselijk is. In dit artikel hebben we aan de hand van twee casussen laten zien dat te lang doorbehandelen of overbehandelen niet leidt tot betere zorg maar tot het vergroten en/of verlengen van het lijden. We hebben een ethisch kader geïntroduceerd om dit soort casussen te analyseren en overbehandeling van kwetsbare ouderen tegen te gaan. Dit kader, dat gevormd wordt door de vier principes van Beauchamp en Childress, voldoet aan de gestelde eisen van 'vooraf bepalen', 'acceptatie', 'pluriformiteit' en 'dialogo'.

Op basis van dit kader trekken we de volgende conclusies over het fenomeen 'overbehandeling':

- *Autonomie.* Overbehandeling is iets wat iemand niet

De hoop van iedere professional is dat een ethisch kader in alle gevallen gemakkelijk toe te passen is

voldoende wilsbekwaam en de familie kan dus voor hem beslissen. Toch moet de reactie van de patiënt wel ernstig worden meegewogen: hij trok de sonde er steeds weer uit. Het principe 'niet-schaden' pleit voor het achterwege laten van de curatieve interventie: een operatie voegt zichtbaar leiden toe door de operatie en het inbrengen van de sonde. Het principe 'weldoen' laat zien dat de sondevoeding de patiënt weliswaar nog even in leven kan houden, maar vanwege zijn slechte algemene conditie is dit effect zeer tijdelijk. Al met al, deze drie principes geven weer – vooraf beoordeeld – een genuanceerd beeld. Maar uiteindelijk alles overwegend is hier sprake van overbehandeling.

Dilemma's

De hoop van iedere professional is dat een ethisch kader in alle gevallen gemakkelijk toe te passen is. Hoe begrijpelijk die hoop ook is: de werkelijkheid is ingewikkelder en veel casussen hebben het karakter van een dilemma. Verschillende principes, waarden en belangen botsen met elkaar en dus moet er bepaald worden welk principe het zwaarste weegt. Eigenlijk kwamen we dat al een beetje tegen in de casussen 'Ik heb hoop gekregen' en 'Toch nog sondevoeding'. In de praktijk komen we verschillende soorten dilemma's tegen: tussen autonomie en niet-schaden, tussen autonomie en weldoen, tussen autonomie en rechtvaardigheid, tussen niet-schaden en weldoen, en rond het concept autonomie zelf. We geven een casus waarin niet alleen een dilemma tussen autonomie en rechtvaardigheid optreedt, maar ook een dilemma rond het concept autonomie zelf naar voren komt.

Casus 'De allernieuwste heup'

Guus van der Velde was 69 jaar en gepensioneerd bestuursvoorzitter van een beursgenoteerde onderneming. De laatste maanden kreeg hij toenemende pijn in de rechterheup, zowel bij het lopen als in rust. Hij jogde en

wenst en wat hem door de medische stand, de maatschappij of zijn naasten wordt opgedrongen.

- *Niet-schaden.* Naarmate een behandeling meer ongemakken, bijwerkingen en lijden veroorzaakt in vergelijking met het gestelde doel, zullen we het eerder als overbehandeling classificeren.
- *Weldoen.* Er is sprake van overbehandeling als een behandeling niet bijdraagt aan iemands kwaliteit van leven.
- *Rechtvaardigheid.* Naarmate een behandeling duurder is en dus een groter deel van de schaarse middelen neemt, spreken we sneller over overbehandeling.

Onze eindconclusie is dat de vier principes van Beauchamp en Childress een goed kader vormen voor artsen om in gesprek te gaan met kwetsbare ouderen en/of hun familie over verdere behandelingen. Het nodigt de verschillende partijen uit om deze principes te bespreken en tegen elkaar af te wegen. In dit soort gesprekken is het van groot belang dat de arts gekenmerkt wordt door deugden als wijsheid, geduld, empathie en zorgzaamheid. Wij zijn van

mening dat in het behandel- en zorgproces rustmomenten gecreëerd moeten worden om vragen over behandelen in de laatste levensfase expliciet aan de orde te stellen. Dit zou kunnen door gebruik te maken van methodieken als Shared Decision Making en Advanced Care Planning.

Wij verwachten dat de principes van Beauchamp en Childress ook gebruikt kunnen worden om in dialoog te gaan over het geven van passende zorg aan andere groepen patiënten. Gezien de grote invloed van de context bevelen we aan om een specifieke studie voor die doelgroep te verrichten.

Over de auteurs

Dr. M.J. (Maarten) Verkerk is bijzonder hoogleraar Christelijke Wijsbegeerte aan de Technische Universiteit Eindhoven en de Universiteit Maastricht. Hij is tevens lid van de Raad van Bestuur van VitaValley, een innovatienetwerk in de zorg.

Dr. D.J. (Dirk-Jan) Bakker was medisch directeur in het AMC. Hij was medeoprichter en lid van de Raad van Bestuur van VitaValley.

Dr. T.A. (Theo) Boer is universitair docent ethiek aan de Protestantse Theologische Universiteit te Groningen. Hij is ook lid van een Regionale Toetsingscommissies Euthanasie.

Tijd voor verzakelijking van de opzeggingsregeling in overeenkomst tussen vrijgevestigd specialist en ziekenhuis

CEZANNE PHILIPS-SANTMAN

De mogelijkheid dat een toelatingsovereenkomst tussen medisch specialist en ziekenhuis onder omstandigheden niet-opzegbaar is, blijkt in de praktijk nagenoeg illusoir, dwingt partijen tot een polariserende houding, draagt daarmee bij aan de escalatie van conflicten en laat zich niet rijmen met de praktijk van opzegging van duurovereenkomsten. Om al die redenen is een herziening van de opzeggingsregeling in de contractuele relatie tussen medisch specialist en ziekenhuis wenselijk. Uitgangspunt van die nieuwe regeling moet zijn dat het ziekenhuis de overeenkomst kan opzeggen, maar in beginsel wel een vergoeding aan de betrokken specialist is verschuldigd. Intentie daarbij is niet de specialist minder bescherming te bieden, maar om die bescherming op een andere manier vorm te geven.¹

Conflicten tussen medisch specialist en ziekenhuis

Recent was de (voormalige) maatschap dermatologie in Eindhovense Catharina Ziekenhuis volop in het nieuws.² De maatschap zou zonder medeweten van de Raad van Bestuur in het ziekenhuis een praktijk voor cosmetische dermatologie zijn begonnen. De Raad van Bestuur beschuldigde de dermatologen van het schenden van integriteitregels. De maatschap stelde daar tegenover dat zij van de bestuursvoorzitter toestemming had voor de desbetreffende activiteiten. Wat volgde was een bijna twee jaar durend hevig conflict dat ten dele ook in de media werd uitgevochten. Stevige beschuldigingen over en weer werden niet geschuwd. Een procedure bij het Scheidsgerecht Gezondheidszorg leidde tot het gedwongen vertrek van de gehele maatschap. Het ziekenhuis moet de dermatologen gezamenlijk één miljoen euro betalen als vergoeding naar billijkheid.³ Maar daarmee is het conflict nog niet ten einde. De dermatologen stellen de bestuursvoorzitter

van het ziekenhuis persoonlijk aansprakelijk voor de reputatieschade die zij ten gevolge van de ontstane situatie hebben geleden. Het lijdt geen twijfel dat alle bij dit conflict betrokken partijen er schade van ondervinden. Een van de betrokken dermatologen vat het treffend samen: “[...] *er zijn in dit ellendige conflict, met name door de halsstarrige houding van de raad van bestuur, geen winnaars meer van te maken.*”⁴

Het Scheidsgerecht Gezondheidszorg kwalificeerde de Eindhovense kwestie als een “*odeloze escalatie van conflicten*” en verwijt partijen “*dat onvoldoende is gedescaleerd*”.⁵ Die opmerkingen zijn terechte aanmoedigingen om dit soort conflicten op een elegantere en meer zakelijke wijze op te lossen. Om specialisten en ziekenhuizen daartoe aan te zetten, is een verzakelijking van de opzeggingsregeling in de contractuele relatie tussen vrijgevestigd medisch specialist en ziekenhuis nodig. Zoals ik hierna zal toelichten, is deze herziening zowel in het belang van ziekenhuis als specialist.

¹ Met dank voor het waardevolle commentaar van mr. G.R.J. de Groot op eerdere versies van dit artikel.

² Zie bijvoorbeeld NRC Handelsblad 4 januari 2014 ‘Artsen krijgen miljoen mee na conflict’ en Financieel Dagblad 8 januari 2014 ‘Specialisten zitten niet op een eiland in een ziekenhuis’. Ook werden er Kamervragen over de kwestie gesteld: Kamervragen van het lid Klever (PVV) van 9 januari 2014, vergaderjaar 2013/14, vraagnummer 2014Z00167.

³ De desbetreffende uitspraak van het Scheidsgerecht Gezondheidszorg is (nog) niet gepubliceerd.

⁴ Gertrud Krekels geciteerd op: http://www.bnr.nl/nieuws/216457-1401/miljoen-voor-dermatologencatharina?s_cid=blogitems.

⁵ Aldus bestuursvoorzitter Piet Batenburg in een persbericht van het Catharina Ziekenhuis van 3 januari 2014: https://www.catharinaziekenhuis.nl/files/Pers/PDF/20140103-Handhaven_integriteit_kost_Catharina_Ziekenhuis_1_miljoen_euro.pdf.

De vrijgevestigd medisch specialist

Medisch specialisten oefenen hun specialisme (in de regel) uit in een ziekenhuis. Dat veronderstelt samenwerking tussen ziekenhuis en specialist. Het komt vaak voor dat partijen die samenwerking – om welke reden dan ook – niet wensen voort te zetten. Als die wens alléén van het ziekenhuis afkomstig is, leidt dat opvallend vaak tot problemen.

De vraag of en onder welke omstandigheden de relatie tussen specialist en ziekenhuis kan worden beëindigd, wordt primair beheerst door hetgeen tussen specialist en ziekenhuis is overeengekomen.⁶ Dit artikel is beperkt tot de vrijgevestigd medisch specialist die op grond van een toelatingsovereenkomst (TLO) tot een ziekenhuis is toegelaten. De TLO geeft de medisch specialist het recht om – in samenwerking met de artsen die zijn toegelaten tot hetzelfde vakgebied – zijn specialisme als enige in volle omvang voor eigen rekening en risico uit te oefenen. In de praktijk wordt voor deze samenwerkingsvorm de door de Orde van Medisch Specialist en Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen opgestelde Model Toelatingsovereenkomst (MTO) veel gebruikt.

Met ingang van 1 januari 2015 zal de verhouding tussen de vrijgevestigd specialist en ziekenhuis veranderen als gevolg van het nieuwe systeem van integrale bekostiging van ziekenhuis en specialist. Indien de huidige vrijgevestigde medisch specialist zijn (fiscale) status van zelfstandig ondernemer wil behouden, zal de relatie met het ziekenhuis op een andere manier moeten worden georganiseerd. De huidige MTO is dan niet langer actueel. Een groot aantal onderwerpen uit de huidige MTO – waaronder de opzeggingsregeling – zal echter ook in een nieuw organisatie-model moeten worden geregeld.

Opzeggingsregeling in de MTO

De huidige versie van de MTO bevat een opzeggingsregeling die bestaat uit een limitatieve opsomming van zes opzeggingsgronden.⁷ De eerste vijf opzeggingsgronden

zijn redelijk concreet.⁸ De zesde en laatste opzeggingsgrond in de MTO behelst een open norm: *‘opzegging van de samenwerking is steeds mogelijk op grond van omstandigheden welke van dien aard zijn, dat redelijkerwijs niet van het ziekenhuis kan worden verlangd de overeenkomst met de medisch specialist ongewijzigd in stand te houden’*.

De opzeggingsregeling in de MTO is als de belofte van een huwelijk: samen tot de dood ons scheidt. Als in een huwelijk één van de echtgenoten niet meer met de ander verder wil, betekent dat – ondanks die belofte – meestal het einde van het huwelijk. De praktijk van de opzegging van toelatingsovereenkomsten sluit daar bij aan. Zelden worden ziekenhuis en specialist door het Scheidsrecht Gezondheidszorg veroordeeld tot het voortzetten van hun samenwerking.⁹ En net als bij sommige huwelijken – eindigt de relatie tussen specialist en ziekenhuis (helaas) met regelmaat in een vechtscheiding.

Escalatieladder

Het beeld dat conflicten tussen specialisten en ziekenhuizen vaak zo hoog oplopen, is mede ontleend aan de casuïstiek in de jurisprudentie van het Scheidsrecht.¹⁰ In de praktijk eindigen (gelukkig) niet alle conflicten in een procedure bij het Scheidsrecht, maar worden ook minnelijke regelingen getroffen. Door in algemene zin iets te zeggen over de aard van deze conflicten, beoog ik uitdrukkelijk niet alle specialisten en ziekenhuisbestuurders over een kam te scheren.

De opzeggingsregeling in de MTO is als de belofte van een huwelijk: samen tot de dood ons scheidt

6 De juridische relatie tussen medisch specialisten en ziekenhuizen kan op drie manieren worden vormgegeven. In academische ziekenhuizen werken medisch specialisten op grond van een ambtelijke aanstelling. Medisch specialisten in niet-academische ziekenhuizen zijn ofwel in loondienst ofwel als vrijgevestigd specialist op grond van een toelatingsovereenkomst toegelaten tot het ziekenhuis.

7 In eerdere versies van de MTO was een algemene norm voor de opzegging van de TLO opgenomen. Opzegging van de TLO door het ziekenhuis kon slechts op grond van ‘gewichtige redenen van zodanig klemmende aard, dat redelijkerwijs van het ziekenhuis niet kan worden gevergd de overeenkomst te continueren’. Strekking van deze norm is dat een ziekenhuis bij de opzegging van een TLO grote terughoudendheid moest betrachten. In de meest recente versie van de MTO is deze algemene norm komen te vervallen. In de toelichting bij de meeste recente versie van de MTO wordt over de redenen voor het schrappen van de overkoepelende norm niets opgemerkt. In materiële zin lijkt er niets te zijn veranderd. De jurisprudentie van het Scheidsrecht biedt daar ook geen aanknopingspunten voor.

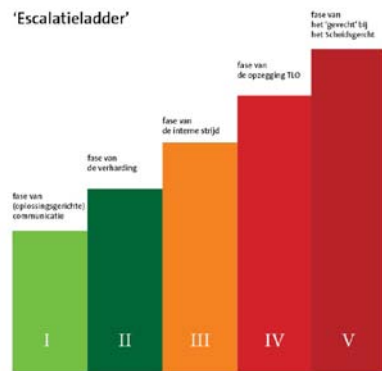
8 Zie artikel 23 van de MTO versie 20 september 2011. De opzeggingsgronden komen (in vereenvoudigde versie) op de volgende neer: (1) de specialist blijft ondanks waarschuwing ernstig in verzuim met de nakoming van de TLO; (2) de specialist blijft niet of niet meer de bekwaamheid of geschiktheid te bezitten om zijn praktijk uit te oefenen; (3) door een gebrek aan samenwerking kan voortzetting van de werkzaamheden redelijkerwijs niet van het ziekenhuis worden gevergd; (4) de medisch specialist is drie maanden na beëindiging van de samenwerkingsovereenkomst met andere specialisten van hetzelfde moeder- of deelspecialisme (bijvoorbeeld maatschapovereenkomst) geen nieuwe samenwerkingsovereenkomst aangegaan; (5) de medisch specialist weigert zonder voldoende zwaarwegende redenen in te stemmen met een wijziging van de TLO die is goedgekeurd door de meerderheid van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren in het ziekenhuis.

9 Zie hierna onder voetnoot 11.

10 In de MTO versie 20 september 2011 is in artikel 32 lid 2 bepaald dat geschillen die ontstaan naar aanleiding van de MTO worden beslecht door het Scheidsrecht Gezondheidszorg.

De uit de *mediation* afkomstige figuur van de ‘escalatieladder’ blijkt een adequate metafoor voor het mogelijke beloop van een conflict tussen ziekenhuis en specialist.

Figuur 1 - Escalatieladder



Deze figuur brengt tot uitdrukking dat er aan het begin van een conflictsituatie vaak nog een fase is waarin de gemoederen van betrokken partijen vatbaar zijn voor minnelijk overleg (fase I). Als dat ‘momentum’ niet wordt benut, is er vaak geen weg meer terug. Posities verhard en loopgraven worden gegraven (fase II). In fase III krijgt het conflict een breder karakter: stafbesturen worden gehoord, onderzoekscommissies worden benoemd en het dossier dat de opzegging van de TLO moet dragen wordt opgebouwd. Dat leidt tot een interne strijd, waarin verschillende kampen worden gevormd. De ‘collateral damage’ als gevolg van die interne strijd kan groot zijn: een conflict dat begon tussen één specialist of maatschap en de Raad van Bestuur kan zich als een olievlek door het ziekenhuis verspreiden en leiden tot spanning en onrust in de hele organisatie.

In fase IV volgt de opzegging van de TLO – vaak voorafgegaan door een voorgenomen besluit – en het horen van betrokken specialist en/of samenwerkingsverband. In fase V is de escalatie maximaal: bij het Scheidsrecht wordt een felle strijd gevoerd die meestal tot wederzijds nadeel leidt.

Dan is er nog eventuele media-aandacht die een conflict – ongeacht de fase waarin het verkeert – kan compliceren en de dynamiek van het conflict kan beïnvloeden. Beweerdelijk slecht presterende of ruziënde dokters en beweerdelijk falend toezicht van de Raad van Bestuur hebben grote nieuws- dan wel amusementswaarde. Eenmaal in de ‘spotlights’ is het voor partijen haast onmogelijk om een ingenomen standpunt te nuanceren zonder gezichtsverlies te lijden. In plaats daarvan verhard de standpunten en neemt de polarisatie toe.

Rol van de opzeggingsregeling in het beloop van een conflict

In hoeverre is de opzeggingsregeling in de MTO debet aan het escalerende beloop van dit soort conflicten? Het – op grond van de MTO – best haalbare resultaat voor de specialist is onverkorte voortzetting van de TLO. Het best haalbare resultaat voor het ziekenhuis is directe beëindiging van de TLO, zonder toekenning van enige vergoeding. Als de hiervoor bedoelde ‘minnelijke fase’ voorbij is zullen partijen – daartoe aangemoedigd door hun (juridisch) adviseurs – inzetten op het voor hen maximaal haalbare resultaat. Je zou kunnen zeggen dat de opzeggingsregeling partijen dwingt tot een polariserende grondhouding: de Raad van Bestuur besluit de TLO eenzijdig op te zeggen, de specialist legt zich daar niet bij neer en vecht die beslissing aan bij het Scheidsrecht Gezondheidszorg. Vanaf de opzegging raakt de escalatie in een stroomversnelling. Blijven of vertrekken is immers een ‘digitale’ keuze, daartussenin is er niet veel. Een voor partijen schadelijke en kostbare strijd volgt.

Beoordeling door het Scheidsrecht: inzet versus uitkomst procedure

Voor de specialist staat veel op het spel. Het is de vraag of hij zijn specialisme in een ander ziekenhuis (onder dezelfde voorwaarden) kan uitoefenen. Dat zal onder meer afhangen van de arbeidsmarkt voor zijn specialisme, zijn leeftijd én de reputatieschade die hij ten gevolge van de situatie heeft geleden. De inzet van de procedure bij het Scheidsrecht voor de specialist is voortzetting van zijn werkzaamheden in het ziekenhuis. De uitkomst is meestal een andere. Uit de jurisprudentie blijkt dat zelden door het Scheidsrecht wordt geoordeeld dat een opzegging niet in stand kan blijven en ziekenhuis en specialist tot een voortzetting van de samenwerking worden veroordeeld. In de periode 1998 tot heden is slechts vijf maal geoordeeld dat de opzegging van een TLO ongeldig was en zonder rechtsgevolg moest blijven.¹¹ Dat het Scheidsrecht maar zo zelden een opzegging ongeldig acht, kan verschillende oorzaken hebben. Niet alle uitspraken worden gepubliceerd, het kan dus zo zijn dat het Scheidsrecht een opzegging vaker ongeldig heeft geoordeeld dan uit de gepubliceerde uitspraken blijkt.¹² Het kan ook zo zijn dat

11 Scheidsrecht Gezondheidszorg 24 november 1998, nr. 12 (ongeldige opzegging had in dit geval een louter procedurele reden); Scheidsrecht Gezondheidszorg 18 juni 2001, nr. 7; Scheidsrecht Gezondheidszorg 30 augustus 2001, nr. 10; Scheidsrecht Gezondheidszorg 12 december 2002, nr. 16, en Scheidsrecht Gezondheidszorg 15 juli 2005, 04/23. Zie in dit verband ook de drie verschenen kronieken over de rechtspraak van het Scheidsrecht Gezondheidszorg: P.J.M. van der Wersch, ‘Jurisprudentieoverzicht Scheidsrecht Gezondheidszorg 1998-1999’, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* nr. 8/2000, p. 509; J.H.M. van Swaaij en P.J.M. van der Wersch, ‘Kroniek Rechtspraak Scheidsrecht Gezondheidszorg’, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, nr. 4/2009, p. 283; T.A.M. van den Ende, ‘Kroniek rechtspraak Scheidsrecht Gezondheidszorg’, *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, nr. 3/2012, p. 229.

12 Anderzijds zou je verwachten dat het Scheidsrecht uitspraken waarin

ziekenhuizen niet licht overgaan tot opzegging van TLO's en als het onverhoopt wel zo ver komt, de omstandigheden van het geval de opzegging rechtvaardigen. Maar een andere oorzaak is mijns inziens zeker niet uit te sluiten: als een ziekenhuis echt niet meer wil samenwerken met een specialist, dan trekt de specialist – ondanks de beperkte opzeggingsgronden die nopen tot terughoudendheid bij de beëindiging van de TLO – snel aan het kortste eind.

De jurisprudentie van het Scheidsgerecht is casuïstisch. Niettemin is er een zekere lijn over opzegging van TLO's uit af te leiden. Het Scheidsgerecht oordeelt primair of de opzegging geldig is. Dat is het geval als de concrete omstandigheden van het geval de opzegging op grond van één (of meer) van de overeengekomen opzeggingsgronden rechtvaardigen. Indien het ziekenhuis de TLO op goede gronden heeft beëindigd, is er volgens vaste jurisprudentie van het Scheidsgerecht in beginsel géén grond om de betrokken specialist een schadevergoeding toe te kennen.¹³ Dat kan anders zijn indien aan het ziekenhuis een verwijt valt te maken ter zake van de aan de orde zijnde gewichtige redenen of indien er bijzondere omstandigheden aanwezig zijn die een vergoeding naar billijkheid of schadevergoeding rechtvaardigen. In uitzonderlijke gevallen is aan de betrokken specialist een schadevergoeding toegekend ter hoogte van eenmaal de jaarwinst. Meestal is dat bedrag een stuk lager.

Over deze benaderingswijze door het Scheidsgerecht werd opgemerkt: *'als vrijgevestigde medisch specialist moet je het behoorlijk "bont" maken alvorens een opzegging van de toelatingsovereenkomst wordt gesanctioneerd, maar als het Scheidsgerecht vindt dat het ziekenhuis terecht heeft opgezegd, dan moet je niet op een al te grote schadeloosstelling rekenen.'*¹⁴ De vraag is of niet het omgekeerde aan de hand is: als een ziekenhuis écht niet meer wil samenwerken met een specialist kan het de TLO in beginsel opzeggen. Als het ziekenhuis echter een (niet gering) verwijt ter zake van de samenwerkingsproblematiek is te maken, bestaat er een goede kans dat het ziekenhuis de betrokken specialist een substantiële vergoeding moet betalen. De gang van zaken bij de Eindhovense dermatologen bevestigt dit: in een tussenvonnis stelde het Scheidsgerecht partijen nog in de gelegenheid de relatie te herstellen.¹⁵ Het Scheidsgerecht zou hebben geoordeeld dat de aan artsen *'verweten*

gedragingen niet zo ernstig zijn dat zij de opzegging van de toelatingsovereenkomst kunnen rechtvaardigen'.¹⁶ De maatschapsleden geven in diverse persuitlatingen aan dat zij mogelijkheden tot herstel van de relatie zagen. Het ziekenhuis volhardde echter in de wens de TLO's te beëindigen. Eindoordeel van het Scheidsgerecht is dan ook dat de samenwerking onherstelbaar is beschadigd en de TLO's rechtsgeldig zijn opgezegd. De te betalen vergoeding is bekend.

Opzegging van duurovereenkomsten

Een TLO is een duurovereenkomst.¹⁷ Als in een TLO niets over opzegging zou zijn overeengekomen dan moet worden teruggevallen op het beëindigingsregime voor duurovereenkomsten. De wet regelt niets over opzegging van duurovereenkomsten. In de jurisprudentie ging het voorheen vaak om de vraag of een duurovereenkomst opzegbaar is of niet. De laatste stand van zaken is dat de Hoge Raad de vraag of opzegging van een duurovereenkomst in beginsel mogelijk is (behoudens wet of overeenkomst), bevestigend heeft beantwoord.¹⁸ Uitgangspunt is dat een duurovereenkomst in beginsel opzegbaar is, vervolgvraag is of opzegging moet worden geflankeerd door bijkomende maatregelen zoals schadevergoeding of een passende opzegtermijn. Uit de toelichting bij de MTO volgt dat de laatste opzeggingsgrond in de MTO meer bescherming aan de specialist beoogt te bieden dan het geval zou zijn als het beëindigingsregime voor duurovereenkomsten geldt.¹⁹ Deze bescherming is gelegen in de – naar mijn mening haast

De bredere noodzaak tot herziening van de afspraken tussen ziekenhuis en vrijgevestigd specialist biedt een uitgelezen kans ook de huidige opzeggingsregeling een andere inhoud te geven

theoretische – mogelijkheid dat onder omstandigheden *niet* kan worden opgezegd. Reëler is die bescherming niet langer te zoeken in de (on)mogelijkheid van opzegging, maar in de compenserende maatregelen bij opzegging.

een opzegging wel ongeldig wordt geoordeeld juist zou publiceren omdat het een relatieve zeldzaamheid betreft en publicatie reeds daarom waardevol voor de praktijk is. Het criterium voor publicatie is opgenomen in artikel 29 lid 3 van het arbitragereglement van het Scheidsgerecht Gezondheidszorg waarin is bepaald dat het Scheidsgerecht tot publicatie kan besluiten indien en voor zover de uitspraak van meer dan incidenteel belang is te achten.

13 Zie bijvoorbeeld Scheidsgerecht Gezondheidszorg 16 januari 2001, nr. 2.

14 P.J.M. van der Wersch, 'Jurisprudentieoverzicht Scheidsgerecht Gezondheidszorg 1998-1999', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* nr. 8/2000, 511.

15 Ook het tussenvonnis is (nog) niet gepubliceerd. Informatie over de inhoud daarvan is ontleend aan diverse perspublicaties, waaronder <http://www.zorgvisie.nl/Personen/Nieuws/2013/5/Dermatologen-Catharina-moeten-definitief-vertrekken-1257101W/> en kan door de auteur niet op juistheid worden gecontroleerd.

16 Citaat ontleend aan: Joost Visser, 'Dermatologen Catharina krijgen één miljoen euro' in *Medisch Contact*, 3 januari 2014.

17 Zie ook in deze zin: J.H.M. van Swaaij en P.J.M. van der Wersch, 'Kroniek Rechtspraak Scheidsgerecht Gezondheidszorg', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, nr. 4/2009, p. 286.

18 Zie: HR 14 juni 2013, *NJ* 2013/341 en HR 28 oktober 2010, *NJ* 2012/685; of, en zo ja onder welke voorwaarden, een duurovereenkomst opzegbaar is, wordt bepaald door de inhoud daarvan en door de van toepassing zijnde wettelijke bepalingen. Indien wet en overeenkomst niet voorzien in een regeling van de opzegging, geldt dat de overeenkomst in beginsel opzegbaar is. De eisen van redelijkheid en billijkheid kunnen in verband met de aard en inhoud van de overeenkomst en de omstandigheden van het geval meebrengen dat opzegging slechts mogelijk is indien een voldoende zwaarwegende grond voor de opzegging bestaat en/of dat een bepaalde opzegtermijn in acht moet worden genomen of dat de opzegging gepaard moet gaan met het aanbod tot betaling van een (schade)vergoeding.

19 Toelichting bij MTO versie 20 september 2011.

Tijd voor verandering

Als gezegd verandert er met ingang van 1 januari 2015 een hoop voor de huidige vrijgevestigde specialist. De bredere noodzaak tot herziening van de afspraken tussen ziekenhuis en vrijgevestigd specialist biedt een uitgelezen kans ook de huidige opzeggingsregeling een andere inhoud te geven.

Een regeling die beide partijen vooraf meer duidelijkheid biedt over de consequenties van opzegging leidt hopelijk tot een constructievere opstelling in de fase die voorafgaat aan opzegging

Hiervoor heb ik betoogd dat de huidige opzeggingsregeling partijen dwingt tot een polariserende grondhouding tijdens een conflict. Eenmaal bij het Scheidsgerecht is de mogelijkheid dat het Scheidsgerecht een specialist en ziekenhuis weer tot samenwerking veroordeelt, nagenoeg illusoir. Daar komt bij dat de huidige opzeggingsregeling niet meer past in de veranderende cultuur van medisch specialistische ziekenhuiszorg. Meer dan vroeger zijn ziekenhuizen ondernemingen die moeten concurreren en ook failliet kunnen gaan. Concentratie en spreiding van medisch specialistische zorg vindt plaats en daarbij past de beslissing om bepaalde specialismen niet langer uit te oefenen. Onder omstandigheden moeten ziekenhuizen daarom ook om beleidsmatige of bedrijfseconomische redenen afscheid kunnen nemen van een specialist. De huidige opzeggingsregeling in de MTO biedt daarvoor – anders dan in het geval van een ‘gewone’ duurovereenkomst – geen grond.²⁰

Om al deze redenen is een verzakelijking van de opzeggingsregeling in de contractuele regeling tussen vrijgevestigd specialist en ziekenhuis die als uitgangspunt heeft dat het ziekenhuis de overeenkomst kan opzeggen, wenselijk. Daarbij moet wel rekening worden gehouden met het feit dat een vrijgevestigd specialist geen gewone ondernemer is. Hij is voor de uitoefening van zijn specialisme (in geval van de meeste specialismen) afhankelijk van het ziekenhuis. Er is maar een beperkt aantal plekken waar hij zijn werk kan doen en hij zal niet eenvoudig ander werk kunnen gaan doen. Dat zijn redenen om de specialist in beginsel verdergaand te beschermen dan een gewone contractspartij bij een duurovereenkomst. Bij het formuleren van een nieuwe opzeggingsregeling is het dan ook niet de intentie de specialist minder bescherming te bieden, maar wel om die bescherming op een andere manier vorm te geven.

Hoe moet een herziene opzeggingsregeling eruit zien?

Een herziene opzeggingsregeling heeft de volgende vertrekpunten:

- I. de relatie tussen ziekenhuis en specialist kan – ongeacht de redenen daarvoor – worden beëindigd;
- II. aan de betrokken specialist wordt bij opzegging – in beginsel – een financiële vergoeding toegekend;
- III. maatregelen die de arbeidsmobiliteit van de specialist beperken, worden weggenomen en het ziekenhuis spant zich daarnaast in die mobiliteit te bevorderen.

Uitgangspunt I behoeft geen nadere toelichting; opzeggen kan.

Uitgangspunt II is lastiger. Voor de hoogte van de financiële compensatie moet een regeling worden ontworpen waarin de omstandigheden van het geval voldoende tot uitdrukking kunnen worden gebracht. De systematiek van de in het arbeidsrecht gebruikte kantonrechtersformule leent zich daar goed voor. De hoogte van een ontslagvergoeding wordt berekend door het product van de variabelen A, B en C. A staat – kort gezegd – voor de gewogen arbeidsduur, B voor het maandsalaris (bij de specialist bijvoorbeeld de tot een maandbedrag herleide jaarwinst) en C is de correctiefactor. De correctiefactor kan de vergoeding tot nul reduceren of leiden tot een veelvoud van het product van A en B – al naar gelang de concrete omstandigheden van het geval daar redenen voor geven. In de C-factor kan tot uitdrukking worden gebracht of de specialist of het ziekenhuis in meer of mindere mate verwijtbaar heeft gehandeld. Ook overige relevante omstandigheden, zoals bijzonder slechte arbeidsmarktperspectieven kunnen in de correctiefactor tot uitdrukking worden gebracht. De uitkomst van een dergelijke formule staat van te voren niet vast en kan nog steeds tot geschillen leiden. In voorkomende gevallen kunnen die door het Scheidsgerecht worden beslecht. Om maximale duidelijkheid vooraf te creëren en discussie over de hoogte van de vergoeding te vermijden, kunnen partijen er uiteraard ook voor kiezen een ‘fixed fee’ overeen te komen.

Uitgangspunt III vraagt een verdere aanpassing van de MTO en/of nieuwe contractuele relatie tussen ziekenhuis en specialist. Bij het vereenvoudigen van de opzegmogelijkheid past géén concurrentiebeding dat de mobiliteit van de specialist na opzegging beperkt.²¹ Een dergelijk beding moet dus komen te vervallen. De huidige opzegtermijn van 6 maanden zou kunnen worden gehandhaafd.²² Een langere opzegtermijn staat haaks op het gegeven dat partijen niet samen verder willen of kunnen. Een kortere opzegtermijn

20 Hooguit een ‘afgeleide’ grond voor zover een opzegging op grond van beleidsmatige overwegingen de toets van de zesde opzeggingsgrond zou kunnen doorstaan.

21 In artikel 27 MTO is een concurrentiebeding opgenomen. Dat beding ziet zowel op het uitoefenen van werkzaamheden door de specialist buiten het ziekenhuis gedurende zijn toelating (lid 2 en 3) als na het eindigen van zijn toelating (lid 5).

22 In artikel 23 lid 3 MTO is bepaald dat het ziekenhuis bij opzegging van de TLO een opzegtermijn van 6 maanden in acht neemt, tenzij een dringende reden de onmiddellijke opzegging rechtvaardigt.

zou de specialist onevenredig benadelen, bijvoorbeeld bij het zoeken naar een alternatieve werkomgeving. Ten slotte is er nog het – altijd lastige – onderwerp van betaalde of opgebouwde goodwill. Goodwill regaardeert in beginsel de relatie tussen medisch specialisten onderling. Het ziekenhuis staat daar buiten. Een regeling over de betaling van goodwill hoort in principe niet thuis in een contractuele regeling tussen ziekenhuis en specialist.²³ Toch kan het in het kader van mobiliteitsbevorderende maatregelen passen dat het ziekenhuis een (inspannings)verplichting op zich neemt om het de specialist mogelijk te maken goodwill te bedingen.²⁴

Als vangnet voor een verzakelijkte opzeggingsregeling is er nog altijd de norm van artikel 6:248 lid 2 BW waardoor alle overeenkomsten – dus ook de TLO – worden beheerst.²⁵ Als het naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is dat het ziekenhuis zich jegens de specialist beroept op de overeengekomen opzeggingsregeling, dan kan de derogerende werking van de redelijkheid en billijkheid verlangen dat die opzeggingsregeling – voor dat individuele geval – buiten toepassing blijft en het ziekenhuis niet, of slechts onder andere voorwaarden kan opzeggen.²⁶ In dit verband is ook de ontwikkeling van de rechtspraak over overeengekomen maximale ontslagvergoedingen op grond van de Wet normering bezoldiging topfunctionarissen publieke en semipublieke sector (WNT) vermeldenswaard. Indien de billijkheid klaarblijkelijk eist dat een hogere vergoeding wordt toegekend dan het in de WNT genoemde maximumbedrag van € 75.000,-, staat de WNT naar het oordeel van de kantonrechter daaraan niet in de weg.²⁷ Ook indien van te voren tussen specialist en ziekenhuis een duidelijke regeling over een vergoeding (of zelfs een *fixed fee*) is overeengekomen, blijft er dus een kans bestaan dat procederen over die regeling loont.

Het is echter de hoop en de verwachting dat een zakelijke opzeggingsregeling als hiervoor bedoeld een positief effect heeft op het beloop van conflicten. Fase III van de escalatieladder (interne strijd) zou bijvoorbeeld grotendeels achterwege kunnen blijven. Als vaststaat dat de TLO kan worden opgezegd, is dossieropbouw om de opzegging te dragen immers niet langer nodig. Ook fase V wordt voorkomen of krijgt minst genomen een andere inhoud. Voor zover het Scheidsgerecht nog wordt aangezocht, zal het onderwerp van een procedure de hoogte van de financiële compensatie en eventuele andere flankerende maatregelen zijn. Een discussie daarover laat zich echter beter in der minne voeren dan de – meer principiële – discussie over opzegging als zodanig. Het is dan ook de verwachting dat een duidelijke en zakelijke opzeggingsregeling tot minder procedures bij het Scheidsgerecht zal leiden.

Tot slot

De mogelijkheid dat een TLO onder omstandigheden niet-opzegbaar is, blijkt in de praktijk nagenoeg illusoir, dwingt partijen tot een polariserende houding, draagt daarmee bij aan de escalatie van conflicten en laat zich niet rijmen met de praktijk van opzegging van duurovereenkomsten. Waarom zou niet expliciet worden gemaakt wat in de praktijk *de facto* de uitkomst is van de procedures bij het Scheidsgerecht: opzeggen van de overeenkomst tussen vrijgevestigd specialist en ziekenhuis kan in beginsel, er hangt alleen een prijskaartje aan.

De specialist zal één illusie armer zijn: zijn werkzaamheden in het ziekenhuis eindigen als de Raad van Bestuur daartoe besluit. Het ziekenhuis zal tevoren meer zicht hebben op de (mogelijk aanzienlijke) kosten die aan opzegging zijn verbonden. Een regeling die beide partijen vooraf meer duidelijkheid biedt over de consequenties van opzegging leidt hopelijk tot een constructiever opstelling in de fase die *voorafgaat* aan opzegging. Als partijen beter voor ogen hebben wat hen boven het hoofd hangt als ze het niet eens worden, kunnen ze ook beter bepalen wat het hen waard is dat te voorkomen. Het belangrijkste effect van een meer zakelijke opzeggingsregeling is dat conflicten die onvermijdelijk tot wederzijds nadeel van partijen leiden – zoals bij de Eindhovense dermatologen – in de kiem worden gesmoord.

23 In artikel 26 MTO is bepaald dat de medisch specialist het recht heeft goodwill te bedingen bij de overname van zijn medisch specialistische praktijk uitgeoefend in het ziekenhuis, tenzij schriftelijk anders is overeengekomen.

24 Onder omstandigheden zou zelfs vergoeding van de betaalde of opgebouwde goodwill door het ziekenhuis passend zijn. Te denken valt aan de situatie waarin het ziekenhuis uit beleidsmatige overwegingen de TLO met de specialist opzegt, bijvoorbeeld omdat het ziekenhuis besluit een bepaald specialisme niet langer uit te oefenen. Als gevolg van die beslissing is er geen mogelijkheid een opvolger te vinden die goodwill aan de opgezegde specialist betaalt.

25 Een tussen partijen als gevolg van de overeenkomst geldende regel is niet van toepassing voor zover dit in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar zou zijn. De term onaanvaardbaar brengt tot uitdrukking dat bij de toepassing van artikel 6:248 lid 2 terughoudendheid is geboden, zie HR 14 december 2001, NJ 2002, 59 en HR 15 oktober 2004, NJ 2005, 141.

26 Zie in dit verband Scheidsgerecht Gezondheidszorg 18 juni 2001, nr. 7 waarin het Scheidsgerecht het oordeel dat de opzegging in casu zonder rechtsgevolg moet blijven, plaatst in de sleutel van de tekst van artikel 6:248 lid 2 BW: 'De opzegging van de toelatingsovereenkomst kan niet in stand blijven, omdat zij in de gegeven omstandigheden naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar is.'

27 Zie bijvoorbeeld Rechtbank Noord-Nederland, 4 juli 2013, NJF 2013/143, rov. 2.7.

Over de auteur

Mr. C.E. (Cezanne) Philips-Santman is advocaat bij Pels Rijcken & Drooglever Fortuijn advocaten en notarissen te Den Haag.

Wanneer kunnen hulpverleners strafrechtelijk worden vervolgd?

TOM SCHALKEN

In deze bijdrage staat de vraag centraal op basis van welke criteria hulpverleners in de zorg de kans lopen dat zij door justitie vervolgd worden. Die kans is niet erg groot. Het aantal strafvervolgingen van dokters, verpleegkundigen of zorginstellingen staat in geen verhouding tot het aantal meldingen van medische fouten. Dat neemt niet weg dat justitie steeds actiever is geworden in het vooronderzoek. Tijdens dat onderzoek wordt bekeken of zich een 'zeer uitzonderlijk' geval voordoet waarin het belang van de waarheidsvinding belangrijker wordt geacht dan de vertrouwelijkheid van de zorg. Dat blijkt niet eenvoudig.

1. Inleiding

Het strafrecht en de gezondheidszorg hebben een merkwaardige want paradoxale verhouding met elkaar. Aan de ene kant neemt de aandacht van justitie voor calamiteiten in de zorg toe, aan de andere kant leidt die aandacht niet tot navenant meer strafvervolgingen, zeker niet als men het aantal daarvan afzet tegen de omvang van het aantal vermijdbare schade- en sterfgevallen in de zorg.¹ Er zijn diverse ontwikkelingen aan te wijzen die de toegenomen aandacht van het Openbaar Ministerie (OM) – het overheidsorgaan dat exclusief bevoegd is inzake strafvervolgingen – verklaren. Allerlei omstandigheden hebben ertoe bijgedragen dat het aanvankelijk gesloten medische bolwerk steeds meer als een open systeem is gaan functioneren, zoals daar zijn de neoliberale markteffecten op de zorg, meer extern toezicht en controle, een terugtrekkende overheid in het publieke domein van de zorg, het afnemende ontslag voor het gezag van medici en de daarmee samenhangende toegenomen mondigheid van patiënten, met meer nadruk op hun rechten als cliënt in de zorg², de introductie van de 'veiligheidssamenleving', waardoor de repressie toenam en de tolerantie voor risico's afnam, hetgeen allemaal versterkt werd door het vliegwieltje van de publiciteit, de niet-gezochte openbaarheid die niet nuanceert, waardoor de beeldvorming met betrekking tot 'medische missers' niet altijd overeenkomt met de werkelijkheid.

De hier aan de orde zijnde vraag of er in het vervolgingsbeleid van het OM, gezien de maatschappelijke complexiteit van factoren die dit beleid beïnvloeden, enige lijn valt te ontdekken, is lastig te beantwoorden. In het kader van dit artikel kunnen slechts enkele opvallende kenmerken worden toegelicht.

2. Horen dokter en diender bij elkaar?

Bij de beoordeling van incidenten in de gezondheidszorg staat in eerste instantie de vraag centraal hoe de gemaakte fouten in de toekomst kunnen worden vermeden en hoe de kwaliteit van de zorg dus kan worden verbeterd. Met het oog hierop is het medisch tuchtrecht in het leven geroepen, dat niet in de eerste plaats het belang van de patiënt op het oog heeft.

In het strafrecht gaat het niet zozeer om de vraag naar de vermijdbaarheid, maar om de kwestie van de verwijtbaarheid. In hoeverre de dokter of verpleger of de zorginstelling van het incident een verwijt kan worden gemaakt. Niet de kwaliteit van de zorg is het primaire doel van de strafrechtelijke procedure, maar de beantwoording van de schuldvraag. De omstandigheid dat de individuele of institutionele verwijtbaarheid in het strafrecht centraal staat, impliceert dat het om een ernstig en dus strafbaar feit moet gaan. Om dat feit op te helderen zijn de overheid, politie en justitie, vergaande bevoegdheden en dwangmiddelen toegekend die zeker op het terrein van de zorg, in een huisartspraktijk of een ziekenhuis, extra diep kunnen ingrijpen.

Diender en dokter zijn dan ook geen natuurlijke partners van elkaar. Het strafrecht hoort in principe niet thuis in de hulpverlening, het kan zelfs het pad van de zorg doorkruisen. Daarom is – afgezien van criminele feiten zoals seksueel misbruik of fraude met declaraties – bijzondere afweging

1 In deze zin ook J.G. Sijmons e.a. (red), *Tweede evaluatie Wet op beroepen in de individuele gezondheidszorg*, Den Haag: ZonMw 2013, p. 216 en 278. Zie ook hierna sub 4 slot.

2 Zie de onlangs door de Eerste Kamer goedgekeurde Wet cliëntenrechten zorg (wetsontwerp 33 243).

en afstemming vereist ten aanzien van die gevallen waarin de inzet van het strafrecht in de zorg al dan niet gerechtvaardigd is.

Het is om die reden dat de Hoge Raad als maatstaf hanteert voor doorbreking van de vertrouwelijkheid van de zorg – die immers door het medisch beroepsgeheim en het daaraan gerelateerde verschoningsrecht wordt beschermd – dat slechts in “zeer uitzonderlijke omstandigheden” het belang van de strafrechtelijke waarheidsvinding belangrijker mag zijn dan het belang van de wettelijk vastgelegde geheimhouding rond de zorg.³

In dit verband is het goed vast te stellen dat de Hoge Raad in zijn rechtspraak aan de grondslag van de medische geheimhouding een belangrijke uitbreiding heeft gegeven. Werd eerst de onbelemmerde toegankelijkheid van de zorg – zonder vrees voor openbaarmaking – als voornaamste publieke peiler van de medische vertrouwelijkheid gezien, later gaf de Hoge Raad daaraan een tweede betekenis: de patiënt moet niet alleen vrijelijk en onbevreesd toegang tot de zorg hebben, hij dient ook toegang te krijgen tot de informatie die voor de beoordeling van een hem betreffend incident relevant is. Ook in dat geval is een maatschappelijk belang in het geding, zegt de Hoge Raad⁴, het is immers ook een zaak van publiek vertrouwen dat ernstige medische fouten worden opgehelderd en medische gegevens beschikbaar komen voor justitieel onderzoek.⁵

Deze opvatting van de Hoge Raad wordt ondersteund in de rechtspraak van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens, dat een actieve onderzoeksverplichting voor de overheid formuleert in geval op het publieke domein van de zorg ernstige incidenten plaatsvinden.⁶

Dat ook de medische sector in die situaties niet gevrijwaard kan blijven van onderzoek, en mogelijk vervolging, door de overheid, wordt op zichzelf niet betwist. De vraag is alleen of de Hoge Raad niet een te ruime toepassing heeft gegeven aan het oprukkende strafrecht in de zorg door de “uitzonderlijkheid” van ingrijpen als voorwaarde te verruimen tot 1. die zaken waarin de medisch geheimhouder zelf niet als verdachte kan worden aangemerkt, en 2. die zaken waarin dat wel het geval is, maar de verdenking betrokken wordt op handelen binnen een hulpverleningsrelatie, waarvoor het strafrechtelijk toetsingskader niet primair bedoeld en geschikt is.

Dit laatste is met name het geval wanneer de verweten gedraging wordt beoordeeld in het kader van de zogenaamd culpoze delicten (zoals letsel of dood door schuld), waardoor ook een professionele onzorgvuldigheid of nalatigheid binnen het bereik van het strafrecht kan

worden gebracht hetgeen in de praktijk ook gebeurt. Van een terughoudende strafrechtelijke toetsing is allang geen sprake meer.⁷

De echte uitzondering doet zich voor wanneer de hulpverleningsrelatie wordt *misbruikt* voor het plegen van het feit (ontucht, valsheid in geschrifte), met andere

De strijd tussen het strafrecht en de zorg voltrekt zich al voordat de arena wordt betreden

woorden: wanneer het verdenkingsbegrip ten aanzien van de medisch geheimhouder beperkt blijft tot die gevallen waarin deze weliswaar binnen een hulpverleningsrelatie heeft gehandeld, maar niet *met het oog op* hulpverlening (die vaak meer omvat dan de enkele situatie van de patiënt, zoals bijvoorbeeld in het geval van kindermishandeling, waarbij ook de gezinssituatie betrokken dient te worden). Hulp is soms belangrijker dan straffen.

3. Het strafrechtelijk vooronderzoek

Terug naar het vervolgingsbeleid van het OM. Of het OM actief wordt, hangt van diverse factoren af. In de eerste plaats is relevant de wijze waarop het OM kennis krijgt van een incident. Het kan zijn dat een gemeentelijk lijkschouwer wordt ingeschakeld bij een melding van niet-natuurlijke dood. Dan heeft de officier van justitie een zelfstandige titel voor nader onderzoek, bijvoorbeeld door een obductie bij het Nederlands Forensisch Instituut (NFI) te gelasten of de politie opdracht te geven om getuigen te ondervragen.

Als aangifte bij de politie is gedaan, heeft het OM ook de zelfstandige bevoegdheid om op basis daarvan nader onderzoek te doen en zelf te beslissen over al dan niet vervolgen. Uitgangspunt voor het OM is of er sprake is van een strafrechtelijke verdenking, aldus de OM-Aanwijzing in medische strafzaken (2010).

Ingewikkelder wordt het als een melding bij de Inspectie voor de Volksgezondheid (IGZ) binnenkomt. Die gaat dan in principe zelf aan de slag. Het OM is van mening dat het vaak te laat of onvolledig door de IGZ van een ernstig feit op de hoogte wordt gebracht.⁸ Er zijn inderdaad procedures (zoals in de Jelmer-zaak in Groningen en de Twentse zaak tegen de neuroloog Jansen Steur) waarin op het optreden van de IGZ stevige kritiek werd geuit. Ondanks een recent tot stand gekomen samenwerkings- en informatieprotocol laat het overleg tussen OM en IGZ nog steeds te wensen over.⁹

Als het OM reden heeft om zelf – soms ook op basis van publiciteit – een onderzoek te beginnen loopt het vaak tegen het medisch beroepsgeheim c.q. het verschoningsrecht van

3 Voor een mooi en recent overzicht van de rechtspraak van de Hoge Raad op dit punt zie W.R. Kastelein, “Strafrechtelijke inbeslagname bij de medisch verschoningsgerechtigde” in *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2013/8, p. 764.

4 HR 26 mei 2009 (LUMC), «GJ» 2009/82 m.nt. Schalken en NJ 2009/263 m.nt. Legemaate.

5 HR 21 oktober 2008 (Erasmus MC), «GJ» 2009/10 m.nt. Schalken en NJ 2008/630 m.nt. Legemaate.

6 Vgl. F. Vellinga-Schootstra, “Positieve verplichtingen en het verschoningsrecht” in *Delikt en Delinkwent* 2011/9, p. 1027.

7 Vgl. W.R. Kastelein, o.c., p. 769.

8 Aldus mr. Marjolein van Eykelen, medisch officier van justitie, in Jansen & Knapen (red), *Over de grenzen van het medisch beroepsgeheim. Dilemma's rond privacy en vertrouwen in de zorg*, Uitgeverij Pepijn/Celsus Juridische uitgeverij, 2012, p. 169.

9 In die zin ook de Tweede BIG-evaluatie (2013), p. 213 en 226.

de hulpverlener aan. Als deze een beroep doet op zijn verschoningsrecht en het OM toch inbeslagneming van het medisch dossier vordert, wordt dit dossier vaak bij de rechter-commissaris in verzegelde envelop in bewaring gegeven, waarna beklag volgt bij de raadkamer van de rechtbank en mogelijk cassatie bij de Hoge Raad tegen de beschikking van de raadkamer.

Van een terughoudende strafrechtelijke toetsing in de zorg is allang geen sprake meer

In deze procedure ligt de vraag ter tafel of er sprake is van “zeer uitzonderlijke omstandigheden” op grond waarvan het medisch beroepsgeheim moet wijken voor het belang van de waarheidsvinding. Aangezien uitzonderingen de neiging hebben zich te verbreden tot regel, wordt doorbreking van het medisch beroepsgeheim vaak toegestaan (en moet het medisch dossier aan het OM worden afgestaan) onder verwijzing naar het belang van openbaarheid in een strafrechtelijk onderzoek naar een ernstig feit.

Als het OM in deze beklagprocedure geen gelijk krijgt, ligt dat doorgaans aan de presentatie van de zaak op basis van een zwakke verdenking (vanwege onvoldoende onderzoek), maar ook en regelmatig aan het onvoldoende onderzoeken van een redelijk alternatief, hetgeen in strijd is met het beginsel van subsidiariteit (eerst bezien of de medische informatie ook op een andere minder ingrijpende manier kan worden verkregen), zoals het inschakelen van een deskundige als vertrouwenspersoon (die kennis kan nemen van het dossier), nader onderzoek door middel van getuigen of het horen van het slachtoffer.

4. Waar ligt het criterium voor strafvervolgning?

Het aantal aan de rechter voorgelegde strafzaken mag dan niet erg indrukwekkend zijn, de werkelijke bemoeienis van justitie met de wereld van de gezondheidszorg vindt plaats tijdens het strafrechtelijk onderzoek voorafgaande aan een eventueel later te entameren strafproces. Het is met name in die fase waarin strafrecht en gezondheidszorg op gespannen voet met elkaar verkeren.

In dat stadium wordt het OM, op basis van vele meldingen of anderszins, geconfronteerd met diverse mogelijkheden en moeilijkheden, vooral het laatste, met name op bewijsrechtelijk terrein. Het OM noemt in dit verband vooral de volgende omstandigheden.¹⁰ Het beroepsgeheim levert vaak een belemmering dan wel een grote vertraging op (zeker als eerst de uitkomst van de beklagprocedure wordt afgewacht). De leesbaarheid van medische dossiers – immers niet ten behoeve van justitie opgesteld – komt het onderzoek ook niet altijd ten goede. Ook het vinden van een onafhankelijke medisch deskundige, die desgevraagd het dossier moet beoordelen, blijkt vaak een probleem. De strijd tussen het strafrecht en de zorg voltrekt zich al voordat de arena wordt betreden.

Vanwege de deskundigheid die nodig is om het vervolgingsbeleid in medische strafzaken in goede banen te leiden, is de coördinatie daarvan binnen het OM opgedragen aan het Expertisecentrum Medische Zaken (EMZ), ondergebracht bij het parket te Rotterdam, onder leiding van een medisch officier van justitie. Deze officier van justitie gaf in een interview onlangs een aardig inzicht met betrekking tot de (zowel praktische als juridische) problemen waarvoor het OM zich gesteld ziet bij te nemen beslissingen in concrete strafzaken.¹¹

Bij het vormgeven van het vervolgingsbeleid zal het OM in elk geval anticiperen op de criteria die in de rechtspraak zijn geformuleerd als leidraad bij de selectie van “uitzonderlijke” gevallen waarin het strafrechtelijk onderzoek belangrijker wordt geacht dan de vertrouwelijkheid van de zorg. Daarbij spelen de volgende factoren een belangrijke rol: de aard, omvang en context van de gevraagde gegevens, belang en ernst van de strafzaak, toestemming van de patiënt of nabestaande, mogelijke verdenking tegen de verschoningsgerechtigde, proportionaliteit (redelijke verhouding tot het doel?) en subsidiariteit (geen alternatief?), en belang van de gevorderde gegevens (ook ten opzichte van ander onderzoek).¹²

Daarnaast kunnen, op basis van het opportuniteitsbeginsel, ook andere wegingsfactoren een rol spelen, zoals de mate waarin de zaak en de betrokken persoon in de publiciteit is geweest, de omstandigheid dat deze reeds arbeidsrechtelijk of tuchtrechtelijk is ‘gestraft’, de lange duur van de procedure et cetera.

Het probleem bij de beoordeling van het beleid van het OM over de gehele linie is, dat niet altijd duidelijk is welke factoren in de belangenafweging een doorslaggevende rol spelen, als die in de afweging al expliciet worden meegenomen. Wel zou men kunnen zeggen dat de (vermoedelijke) ernst van de zaak in elk geval een voornaam uitgangspunt vormt bij het nemen van de uiteindelijke beslissing, alsmede de bewijsbaarheid van de zaak (zoals bij alternatieve genezers die hun boekje ernstig te buiten zijn gegaan met de dood tot gevolg).^{13,14}

Als alle hobbels genomen zijn kan de medische zaak aan de strafrechter worden voorgelegd. Het aantal daadwerkelijk aangebrachte zaken blijkt echter in verhouding tot alle signalen uit de zorg (meldingen en aangiften) erg laag te zijn (gemiddeld één tot twee zaken per jaar, met een uitschieter van 13 in 2012).¹⁵ Opvallend is dat het aantal

10 Zie voetnoot 11.

11 Mr. Marjolein van Eykelen in Jansen & Knapen 2012, o.c., p. 169.

12 Nader uitgewerkt bij W.R. Kastelein, o.c., p. 769 v.

13 Bijv. Rechtbank Groningen, 21 maart 2013, «GJ» 2013/85 en Rechtbank Noord-Holland, 13 juni 2013, «GJ» 2013/102, beide m.nt. Schalken.

14 Als zich evenwel de mogelijkheid voordoet om snel bewijs te vergaren, kan het zijn dat het OM ook wel eens al te voortvarend te werk gaat, zoals in de geruchtmakende zaak van de huisarts te Tuitjenhorn die ervan verdacht werd dat hij een stervende patiënt met een veel te hoge dosis morfine had laten inslapen. Had het hier niet veeleer voor de hand gelegen wanneer – in plaats van terstond een doorzoeking in de huisartspraktijk te organiseren – eerst de IGZ, op basis van hoor en wederhoor, een onderzoek te laten instellen?

15 Tweede BIG-Evaluatie (2013), p. 216. Het rapport spreekt over ‘zeer incidenteel’.

ook erg laag is in verhouding tot het aantal meldingen dat door medisch officieren van justitie aan het OM-Expertise-centrum wordt gedaan, een aantal overigens dat de laatste jaren een (onverklaarbare) dalende lijn laat zien.¹⁶

Het aantal ingestelde strafvervolgingen biedt derhalve geen representatief beeld om daaruit een vaste trend in het vervolgingsbeleid af te leiden, of het zou moeten zijn dat de conclusie gerechtvaardigd is dat hulpverleners weinig van het strafrecht te duchten hebben.

Deze conclusie is niet helemaal juist, omdat het OM in het voortraject wel degelijk in contact met de zorgsector actief kan zijn (en steeds meer is) om te bezien of er onderzoek gedaan moet worden op basis waarvan later een strafvervolging zou kunnen plaatsvinden. Het aantal uiteindelijk ingestelde strafvervolgingen zegt weinig tot niets over het aantal gevallen waarin het OM in het vooronderzoek richting de zorg actie heeft ondernomen.

Bovendien is ook niet altijd zichtbaar of en hoe het OM reeds in het vooronderzoek, buiten de rechter om, de zaak heeft afgedaan (zoals met een transactie in de zaak van VUmC/Eyeworks, waarin patiënten op de Spoedeisende Hulp zonder voorafgaande toestemming werden gefilmd).

5. Tot slot

In het kader van de Tweede BIG-Evaluatie (2013) zijn reguliere beroepsbeoefenaren geïnterviewd, ook met betrekking tot de vraag of men vindt dat burgers onvoldoende door de overheid worden beschermd tegen fouten van beroepsbeoefenaren. Slechts een klein percentage is die mening toegedaan.

In het algemeen wordt het tuchtrecht meer geschikt geacht om disfunctionerende beroepsbeoefenaren ter verantwoording te roepen. Vooral arts-specialisten, leden van tuchtcolleges en advocaten stellen zich op dat standpunt, hoewel een laag percentage van de hele groep ook vindt dat het OM voldoende optreedt. Met name de verpleegkundigen zijn van mening dat onvoldoende wordt opgetreden tegen fouten van beroepsbeoefenaren.¹⁷

In het evaluatierapport worden nuttige (juridische en beleidsmatige) voorstellen gedaan om de werking van zowel het tuchtrecht als het strafrecht in de praktijk te verbeteren, niet alleen om de kwaliteit van de zorg te bevorderen en te bewaken, maar ook om het publiek tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen te beschermen.

Bij al dit soort maatregelen dient wel te worden bedacht dat het niet alleen gaat om de vraag of en wanneer de hulpverlener ter verantwoording kan of moet worden geroepen, maar ook om de vraag op welke wijze het rechtssysteem zodanig kan worden ingericht dat de benadeelde patiënt adequate compensatie c.q. genoegdoening kan worden geboden.

Want dat blijft een heikel probleem, welke juridische route men ook bewandelt. In vele gevallen is de patiënt ontevreden over de tuchtrechtelijke afdoening, hetgeen niet verbaast omdat het tuchtrecht ook niet in dienst staat van

zijn belang. Datzelfde geldt voor het strafrecht. Hoewel de positie van het slachtoffer de laatste jaren is verbeterd, zijn rol blijft ondergeschikt. Het civiele recht, met name het aansprakelijkheidsrecht, is al evenmin geschikt voor genoegdoening in individuele gevallen, omdat de lange, kostbare en ingewikkelde procedures tot veel onzekerheid en daaruit voortvloeiende ergernis leiden¹⁸.

De individuele patiënt verdient in de toekomst reeds daarom extra aandacht, omdat hij – juist in dit tijdperk van neoliberale marktwerking – steeds vaker komt te staan tegenover samenwerkende of fuserende zorginstellingen die zich tot ‘machtsblokken’ ontwikkelen ten opzichte van andere partijen die op de zorgmarkt van vraag en aanbod eveneens actief zijn (zoals de toezichthouders en zorgverzekeraars).

Het nieuwe stelsel nodigt uit tot een belangenstrijd, waarbij economische belangen de behartiging van medische belangen negatief kunnen beïnvloeden. Als dit gepaard zou gaan met een bestuurlijke cultuur die in feite faciliterend werkt als voedingsbodem voor het ontstaan of het niet voorkomen van medische incidenten of calamiteiten, lijkt het zinvol om de aansprakelijkheid te verleggen naar de rechtspersoon als zodanig (het ziekenhuis) of zijn bestuurders.¹⁹

In dat perspectief – waarin de patiënt een weinig invloedrijke partij is – dient tevens nagedacht te worden over een regeling, waarbij de patiënt op basis van een redelijke risico-verdeling aanspraak kan maken op compensatie of genoegdoening, zonder de nadelen die aan het huidige rechtssysteem kleven (zoals het centraal stellen van juridische vragen met betrekking tot de mate van verwijtbaarheid en het precieze causale verband tussen zorgschade en medisch handelen).

De huidige neoliberale stelselherziening, vooral gericht op kostenbeheersing, is geen succes geworden als de conclusie zou luiden: Operatie geslaagd, de patiënt is overleden.

‘Waar blijft de patiënt?’, dient bij elke regelgeving op het gebied van de zorg de telkens weerkerende vraag te zijn.

Over de auteur

Prof. mr. T.M. Schalken is emeritus hoogleraar strafrecht en strafprocesrecht aan de Vrije Universiteit Amsterdam (nadere informatie is te vinden op zijn website www.tomschalken.nl).

18 Zie bijv. J.L. Smeehuijzen & A.J. Akkermans, ‘Ontwikkelingen rond medische aansprakelijkheid’, *Ontwikkelingen rond medische aansprakelijkheid*, preadvies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht 2013, Den Haag 2013, p. 19 v.

19 Zie hierover uitgebreid Tom Schalken, ‘Het strafbare ziekenhuis. Over verdampende verantwoordelijkheden en risico-aansprakelijkheid in medische zaken’, in J.W.Fokkens e.a. (red), *Ad hunc modum, liber amicorum* voor Ad Machiels, Deventer: Kluwer 2013, p. 275 (ook te raadplegen op www.tomschalken.nl/Opinie 2013/4).

16 Tweede BIG-Evaluatie (2013), p. 216 (van 85 naar 60 in 2010-2012, p. 215).

17 Evaluatierapport, p. 218/219.

WETGEVINGSOVERZICHT

Bijgewerkt tot 1 februari 2014

■ Wijziging ten opzichte van het schema in de vorige aflevering

		Tweede Kamer		Eerste Kamer		Staatsblad	Datum inwerkingtreding
		Behandeling Tweede Kamer	Aangenomen Tweede Kamer	Behandeling Eerste Kamer	Aangenomen Eerste Kamer		
27 529	Informatie- en Communicatietechnologie (ICT) in de Zorg						
31 996	Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten						
32 022	Wijziging van de Drank- en Horecawet met het oog op de terugdringing van het alcoholgebruik onder met name jongeren enz.						
32 154	Wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Wet toelating zorginstellingen (Wet AWBZ-zorg buitenland)						
32 398	Wet Forensische Zorg						
32 399	Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg						
32 402	Regels ter bevordering van de kwaliteit van zorg en de behandeling van klachten en geschillen in de zorg (Wkkgz) / voorheen Wet cliëntenrechten zorg						
33 109	Bepalingen ter versterking van de zeggenschap en bescherming tegen geweld in de zorgrelatie van cliënten in de AWBZ-zorg (Beginselenwet AWBZ-zorg)						
33 168	Wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg en enkele andere wetten (voorwaarden voor winstuitkering aanbieders medisch-specialistische zorg)						
33 243	Wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg en andere wetten (Kwaliteitsinstituut)					2013, 578	
33 253	Wijziging van Wmg, Wcz en andere wetten (zorgspecifieke fusietoets en continuïteit van zorg)					2013, 592	1-1-2014
33 362	Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten (verbod op verticale integratie, wijziging 13 Zvw)						
33 438	Wijziging van de Wet bijzondere medische verrichtingen						
33 507	Voorstel van wet houdende wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Zorgverzekeringswet en de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet (Veegwet VWS 2013)					2013, 560	Verschillende inwerkingtredingsdata, zie Stb. 2013, 560 artikel XXXIII
33 509	Voorstel van wet houdende wijziging van de Wet cliëntenrechten zorg, de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg, de Wet marktordening gezondheidszorg en de Zorgverzekeringswet (cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens)						
33 619	Wijziging van de Wet op de jeugdzorg en enkele andere wetten (kwaliteitseisen en kwaliteitsregister)						
33 684	Taken van de gemeente inzake de jeugdzorg en invoeren eigen bijdrage jeugdzorg (Jeugdwet)						



De Praktijk van Ferry, Erik, Laurien, Mark, Mieke, Jolling, Rieme-Jan, Rik en Toon

DE PRAKTIJKBLADEN VAN SDU



SDU PRAKTIJKBLADEN: RECHT IN DE PRAKTIJK

Met de Praktijkbladen van Sdu leest u op een ontspannen wijze over alle ontwikkelingen binnen uw vakgebied. De deskundige redactie volgt jurisprudentie, rechtspraak en literatuur op de voet en vertaalt nieuwe inzichten naar leesbare, verdiepende en praktijkgerichte artikelen. Hiermee bent u altijd op de hoogte van de laatste ontwikkelingen en kunt u uw cliënten op de juiste wijze adviseren.

Voor bijna ieder juridisch vakgebied is er een Praktijkblad in de vorm van een tijdschrift, online en app (Android, iPhone & iPad), inclusief een wekelijks e-zine. Zo blijft u bij op de manier die bij u past, waar en wanneer u dat wilt.

Oordeel zelf. Kijk op www.rechtindepraktijk.nl voor een gratis proefabonnement.



Ondernemende Advocaat



ISABEL KNOOP, 41 JAAR,
ARBEIDSRECHTADVOCaat,
MOEDER, POLITICA
EN ONDERNEMER

OndernemendeAdvocaat.nl – Partner van uw praktijk

Naast zelfstandig arbeidsrechtadvocaat is Isabel Knoop actief in de lokale politiek en verzorgt zij haar drie kinderen. Reizen doet ze met het openbaar vervoer. Ondernemende Advocaat van Sdu Uitgevers raadpleegt zij dagelijks. Met Ondernemende Advocaat worden advocaten ondernemers. U beheerst alle facetten van het vak en gebruikt alleen dat wat voor u

van toepassing is. Ondernemende Advocaat is een uitgebreid palet waar u, naast het vinden van de beste content, de meest relevante pakketten, opleidingen en tools, ook kennis kunt delen. Een nieuwe manier van denken, werken en ondernemen. Isabel kan zo het ondernemerschap moeiteloos combineren met haar drukke bestaan.

