

# Kroniek van het gezondheidsrecht

Aart Hendriks<sup>1</sup>

De afgelopen twee jaar was er veel onrust binnen en rond de gezondheidszorg. De media berichtte vooral over stijgende kosten, disfunctionerende artsen, omvallende en fuserende ziekenhuizen, gedupeerde patiënten en een blunderende toezichthouder. Gelukkig valt er meer te melden over de afgelopen periode, al worden we niet overal vrolijk van.

De gezondheidszorg vormde het belangrijkste thema in de aanloop naar de Tweede Kamerverkiezingen van 2012. Het is, in de woorden van minister Schippers, weliswaar 'leuk om over kwaliteit te praten, maar het gaat over geld.'<sup>2</sup> En in de gezondheidszorg gaat het om veel geld. In onderstaande kroniek ga ik niettemin grotendeels voorbij aan de financiële dimensies van de zorg. In dit tweejaarlijkse overzicht sta ik stil bij ontwikkelingen op het terrein van wetgeving en rechtspraak die raken aan de normatieve fundamenten van het gezondheidsrecht. Die werden, zoals uit het navolgende zal blijken, niet zelden ingegeven door incidenten waarover veel ophef ontstond.

## Patiëntenrechten

### Wet cliëntenrechten zorg

Het voorstel van Wet cliëntenrechten zorg (Wcz), een wet bedoeld om de patiëntenrechten te versterken en om al deze rechten zoveel mogelijk onder te brengen in één wet, is geen gelukkig lot beschoren.<sup>3</sup> De voortgang van dit wetgevingsproject liep flinke averij op. Door het voortijdig struikelen van een kabinet is dit omstreden wetsvoorstel tweemaal controversieel verklaard. Maar ook anderszins stuit dit wetgevingsproject vooral op weerstand, met name van de zijde van gezondheidsjuristen en zorgaanbieders, vanwege zijn juridische gebreken en andere tekortkomingen.

In een schijnbare poging invoering van dit wetsvoorstel onafwendbaar te maken, heeft minister Schippers vier wetsvoorstellen aangehaakt bij en schijnbaar afhankelijk gemaakt van de Wcz.<sup>4</sup> Deze poging om de zwakke

plekken van het wetsvoorstel te maskeren, heeft geen indruk gemaakt. De bewindspersonen van VWS hebben dit ingezien. In februari 2013 stuurden zij een brief naar de Tweede Kamer met de mededeling dat zij de Wcz in vijf delen zouden opknippen.<sup>5</sup> In plaats van de Wcz komt er een Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg. Voor vier andere onderdelen uit de 'oude' Wcz, te weten goed bestuur, medezeggenschap, klassieke patiëntenrechten en toelating zorginstellingen, komt bij gelegenheid aparte wetgeving.<sup>6</sup>

### Beginselenwet AWBZ-zorg

Een ander aanhangig wetsvoorstel, bedoeld om de rechtspositie van patiënten te versterken, is het voorstel van de Beginselenwet AWBZ-zorg.<sup>7</sup> Het doel hiervan is het verbeteren van de positie van patiënten die langdurig zijn aangewezen op AWBZ-zorg en het wettelijk verankeren van hun rechten. Daartoe bevat deze wet rechten over de inrichting van het dagelijks leven van patiënten in zorginstellingen, zoals het recht op lichamelijke hygiëne ('recht op douchen') en het recht op voldoende gezonde voeding en drinken ('recht op bruine boterhammen'). De zorgverlener moet op grond van deze wet met de patiënt over een negental zaken afspraken maken en dit vastleggen in het zorgplan. Patiënten krijgen volgens deze wet de mogelijkheid om ernstige klachten over hun persoonlijke verzorging rechtstreeks te melden bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Deze kan bestuursrechtelijke maatregelen opleggen, zoals een bestuurlijke boete of een last onder dwangsom. Het introduceren van een rechtstreeks klachtrecht bij de IGZ staat overigens haaks op de rol van de IGZ als organisatie die 'toezicht op toezicht'<sup>8</sup>

#### Auteur

1. Prof. mr. A.C. Hendriks is hoogleraar gezondheidsrecht aan de Universiteit Leiden/LUMC.

#### Noten

2. S. Broersen, 'Schippers wil door als minis-

ter', *Medisch Contact* 2012, p. 1571.

3. *Kamerstuknr.* 32 402.

4. Wijziging van de Wcz in verband met voorwaarden voor winstuitkering aanbieders van medisch-specialistische zorg (*Kamerstuknr.* 33 178), in verband met de taken en bevoegdheden op het gebied van

de kwaliteit van zorg (*Kamerstuknr.* 33 243), in verband met het tijdig signaleren van risico's voor de continuïteit van zorg (*Kamerstuknr.* 33 253) en i.v.m. cliëntenrechten bij elektronische verwerking van gegevens (*Kamerstuknr.* 33 509).

5. *Kamerstukken II* 2012/13, 32 620, nr.

78, p. 8. J. Legemaate, 'Goed nieuws voor de patiëntenrechten', *NJB* 2013/498, afl. 10, p. 614.

6. *Kamerstukken II* 2012/13, 32 620, nr. A. 7. *Kamerstuknr.* 33 109.

8. *Kamerstukken II* 1993/94, 23 633, nr. 3, p. 13 en p. 16.

houdt en die 'risicogestuurd systeemtoezicht' moet houden.<sup>9</sup>

Net als de Wcz is de Beginselenwet AWBZ-zorg op 5 juni 2012 controversieel verklaard. Dit werd door weinigen betreurd, ook nu deze aparte wet vrijwel niets toevoegt aan de door brancheorganisaties opgestelde Algemene Voorwaarden voor zorg met verblijf.<sup>10</sup> Tot verrassing van velen maakte de Staatssecretaris van VWS op 25 januari 2013 bekend dat het kabinet de behandeling van het wetsvoorstel toch wil doorzetten.<sup>11</sup> Dit terwijl de toekomst van de AWBZ zelf onzeker is en het omstreven is waarom cliënten die zijn aangewezen op Wmo-zorg niet evenveel rechtsbescherming zouden moeten krijgen. Wordt dus vervolgd.

### Overige wetten

We zouden haast vergeten dat het evenmin erg opschiet met de vervanging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ). Het voornemen is om deze verouderde en ondoorgrondelijke wet te vervangen door twee regelingen: de Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten (Wzd)<sup>12</sup> en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (WvGGZ).<sup>13</sup> De Wzd ligt nog immer voor in de Tweede Kamer; inmiddels zijn we sinds juli 2012 toe aan de vijfde nota van wijziging waardoor het oorspronkelijke wetsvoorstel flink is gewijzigd. De behandeling van de WvGGZ verloopt zowaar nog trager; de laatste brief van de regering over dit wetsvoorstel dateert uit februari 2011.<sup>14</sup> Zowel inhoudelijk als qua tijdsplanning dreigen beide wetsvoorstellen steeds meer van elkaar te gaan vervreemden.

Veel vlotter, daarentegen, verloopt de behandeling van de Wet forensische zorg (Wfz),<sup>15</sup> een kaderwet gericht op het verbeteren van de organisatie van de forensische zorg. Dit wetsvoorstel werd gelijktijdig met de WvGGZ naar de Tweede Kamer gestuurd. De Wfz ligt thans voor in de Eerste Kamer. Het was de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie die roet in het eten dreigde te gooien. Hij diende namelijk een nota van wijziging in met als doel behandelaars te kunnen verplichten medische gegevens te overleggen ingeval een verdachte medewerking weigert aan een tbs-onderzoek.<sup>16</sup> De gedachte achter deze wijziging is dat aldus alsnog kan worden vastgesteld of de betrokkene lijdt aan een gebrekkige ontwikkeling of geestelijke stoornis van de geestvermogens, die een tbs-maatregel rechtvaardigt. Het doorgeven van medische gegevens zonder toestemming van de patiënt vormt echter een zeer ernstige inbreuk op het beroepsgeheim van artsen om redenen die geen verband houden met de volksgezondheid.<sup>17</sup> Bovendien houdt deze regeling geen verband met de doelen van de Wfz. Op dit voorstel kwam dan ook zware kritiek, vanuit zowel de Raad van State, de Kamer als de samenleving. De staatssecretaris heeft dit voorstel daarop enigszins aangepast, in de zin dat er meer rechtswaARBorgen zijn gekomen, zonder echt af te doen aan de regeling zelf.<sup>18</sup> De Tweede Kamer kon leven met deze aanpassingen, waarop het wetsvoorstel alsnog aan de Eerste Kamer kon worden voorgelegd.

Wat betreft de euthanasiewetgeving kan, tot slot, worden gemeld dat de zogeheten 'Euthanasiewet' in 2012 voor de tweede maal is geëvalueerd.<sup>19</sup> Uit dit onderzoek blijkt dat artsen de wet goed naleven. Toch bestaat er over

diverse punten onduidelijkheid. Dit betreft bijvoorbeeld de betekenis van schriftelijke wilsverklaringen en euthanasie bij dementie.<sup>20</sup> Daarnaast is niet iedereen gelukkig met het optreden van de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie. Passen deze commissies nu slechts de wet toe of mogen zij zelf jurisprudentie ontwikkelen? Hoe kenbaar zijn de oordelen van de commissies? En kunnen zij belangrijke beslissingen nemen zonder enige vorm van toezicht of controle?<sup>21</sup>

### Rechtspraak

Twee recente uitspraken benadrukken nog eens het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt in de zorg, al vindt de rechter er geen doekjes om hoe dit recht soms moet worden ingekleurd. In zijn uitspraak in de *Millecam*-zaak

## Twee recente uitspraken benadrukken nog eens het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt in de zorg, al vindt de rechter er geen doekjes om hoe dit recht soms moet worden ingekleurd

reken de Hoge Raad het twee alternatief werkende artsen aan dat zij hebben 'nagelaten Millecam "adequaat (met een op de persoon van Millecam toegesneden indringende vasthoudendheid) en herhaaldelijk" te stimuleren "het haar toekomstige zelfbeschikkingsrecht op een juiste wijze uit te oefenen."<sup>22</sup> Het onvolledig informeren betekent ook volgens de Rechtbank Groningen dat een patiënt daardoor "onvoldoende in staat kon worden geacht haar zelfbeschikkingsrecht als patiënt uit te oefenen."<sup>23</sup>

### Beroepsgeheim en patiëntgegevens

Afgelopen verslagperiode was er in Nederland veel reuring over het vermeend verkeerde gebruik van het beroepsgeheim door artsen. Naar aanleiding van enkele schokkende gebeurtenissen, waaronder de schietpartij in Alphen aan den Rijn, ontstond bij sommigen het beeld dat het medisch beroepsgeheim in de weg stond aan het voorkomen en oplossen van ernstige strafbare feiten. Onder andere de IGZ verweet de behandelaars van Tristan van der V. dat zij de regels inzake het beroepsgeheim niet goed hadden nageleefd.<sup>24</sup> De Onderzoeksraad voor de Veiligheid (OVV) deed in zijn eindverslag over de Alphen schietpartij een oproep aan de beroepsverenigingen een standpunt te bepalen over de vraag hoe behandelaars en andere zorgverleners kunnen handelen indien zij kennis hebben over '(voorgenomen) wapenbezit bij één van hun patiënten en bij mogelijk gevaar voor derden.'<sup>25</sup> Ook de politiek deed een duid in het zakje. De Minister van Veiligheid en Justitie betoogde dat het beroepsgeheim niet in beton was gegoten en benadrukte

de burgerplicht van artsen.<sup>26</sup> En de Minister van VWS gaf begin 2012 opdracht voor een onderzoek naar het medisch beroepsgeheim, onder andere in hoeverre dit strafrechtelijk onderzoek bemoelijkijkt.<sup>27</sup>

De indruk ontstond daarop dat artsen die gebruik maken van hun beroepsgeheim wel iets te verbergen moeten hebben. Dat het beroepsgeheim een wettelijke plicht is om te verzekeren dat iedereen zich vrijelijk voor hulp en bijstand tot een arts kan wenden en ter waarborging van de privacy van de patiënt werd gemakshalve vergeten. Het beeld dat het beroepsgeheim een gevaar vormt voor de samenleving nam, gelukkig, allengs af nadat neurochirurg Tulleken zich opwierp als alternatieve Rijksvoorlichtingsdienst en opnemingen in het VUmc gepaard bleken te gaan met ongevraagde televisieopnames.<sup>28</sup>

De Minister van VWS reageerde begin 2013 op het onderzoeksrapport 'Medisch beroepsgeheim in dubio' (oktober 2012), waartoe zij eerder opdracht had gegeven.<sup>29</sup> De minister benadrukte in haar reactie nog eens het belang dat toekomt aan het medisch beroepsgeheim. Tegelijkertijd is zij, anders dan de onderzoekers, van mening dat de bestaande mogelijkheden om het beroepsgeheim in voorkomende gevallen te doorbreken tekortschieten. Zij acht wetgeving ter doorbreking van het beroepsgeheim nodig in het kader van de bestrijding van arbeidsongeschiktheids- en zorgfraude en in situaties waarin sprake is van een observandus die medewerking weigert aan tbs-onderzoek. Voor de eerste situatie moet nieuwe wetgeving komen, voor de tweede situatie kennen we inmiddels dus de Wfz.

Ook de (tucht)rechtspraak rond het medisch beroepsgeheim was afgelopen kroniekperiode in beweging. Het Hof Arnhem benadrukte nog eens dat de geheimhoudingsplicht ook doorwerkt na overlijden.<sup>30</sup> De rechtspraak van de Hoge Raad kent daarentegen twee gezichten. Enerzijds lijkt de Hoge Raad meer ruimte te bieden om het verschoningsrecht te doorbreken in geval van 'zeer uitzonderlijke omstandigheden', door deze uitzondering ruimer uit te leggen.<sup>31</sup> Anderzijds bepaalde de Hoge Raad dat indien de IGZ dossiers vordert bij een verschoningsgerechtigde en zij overweegt, als organisatie met een afgeleid verschoningsrecht, deze dossier over te dragen aan het OM, de IGZ dan terug moet naar de oorspronkelijke verschoningsgerechtigde voor toestemming.<sup>32</sup>

De tuchtrechter waakt in de regel strikt over de naleving van het beroepsgeheim. Maar een psychiater moet echter, conform de wet, de naasten informeren over het voorgenomen ontslag van een gedwongen opgenomen patiënt.<sup>33</sup> Afgelopen kroniekperiode introduceerde het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) tegelijkertijd een nieuwe uitzondering: indien een arts zich grote zorgen maakt over een patiënt, maar deze patiënt staat het de arts niet toe hierover met anderen te spreken, kan er een situatie aanbreken waarin het bieden van zorg bij de betrokken patiënt een doorbreking van het beroepsgeheim kan rechtvaardigen.<sup>34</sup>

### *Elektronische uitwisseling patiëntgegevens*

De invoering van een landelijke elektronische infrastructuur, waarlangs zorgverleners patiëntgegevens in heel Nederland elektronisch moeten kunnen gaan uitwisselen, doet denken aan de komst van een FYRA-verbinding met Brussel. Op 5 april 2011 verwierp de Senaat alsnog het wetsvoorstel dat de wettelijke basis moest leggen

## **De invoering van een landelijke elektronische infrastructuur doet denken aan de komst van een FYRA-verbinding met Brussel**

voor een landelijk elektronisch patiëntendossier (EPD).<sup>35</sup> Minister Schippers berichtte Nictiz – beheerder van het Landelijk Schakelpunt (LSP) – daarop dat zij haar medewerking aan het LSP zou afbouwen. Vervolgens hebben koepels van zorgaanbieders het initiatief genomen te kijken naar een private doorstart van het LSP. Eind 2011 werd bekend dat de landelijke organisaties van apothekers, huisartsen, huisartsenposten en ziekenhuizen overeenstemming hadden bereikt over zo'n doorstart voor

9. Toezichtvisie VWS voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg, bijlage bij *Kamerstukken II 2011/12*, 33 149, nr. 4, p. 17.

10. [http://www.ser.nl/nl/taken/zelfregulering/consumentenvoorwaarden/algemene\\_voorwaarden/~/\\_media/Files/Internet/Consumentenvoorwaarden/AV/cz\\_94.ashx](http://www.ser.nl/nl/taken/zelfregulering/consumentenvoorwaarden/algemene_voorwaarden/~/_media/Files/Internet/Consumentenvoorwaarden/AV/cz_94.ashx).

11. *Kamerstukken II 2012/13*, 33 109, nr. 9.

12. *Kamerstuknr.* 31 996.

13. *Kamerstuknr.* 32 399.

14. V.E.T. Dörenberg, 'Het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg', *TvGR 2011*, p. 280-294.

15. *Kamerstuknr.* 32 398.

16. *Idem*, nr. 10.

17. E.J.C. de Jong, 'Over tbs, de weigerende observandus en het verschoningsrecht', *TvGR 2012*, p. 406-413.

18. *Kamerstukken II 2012/13*, 32 398, nr. 19.

19. A. van der Heide e.a., *Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*, Den Haag: ZonMw 2012.

20. *Kamerstukken II 2012/13*, 32 647, nr. 16.

21. *Kamerstukken II 2012/13*, 33 400-XVI, nr. 142.

22. HR 12 maart 2013, *LJN BY4876/ BY4858*.

23. Rb. Groningen 21 maart 2013, *LJN BZ5022*.

24. IGZ, Rapport calamiteitenonderzoek naar de hulpverlening aan V., dader van het schietincident in Alphen aan den Rijn op 9 april 2011, Den Haag: september 2011, p. 16.

25. OVV, *Wapenbezit door sportschutters*, Den Haag, september 2011, p. 10.

26. Y. Buruma, 'Komt een agent bij de dokter', *NJB 2012/459*, afl. 8, p. 517.

27. *Kamerstukken II 2011/12*, 33 000 XVI, nr. 170.

28. A.C. Hendriks, 'Hartelijk dank, dokter Tulleken en VUmc', *NJB 2012/589*, afl. 10, p. 672.

29. *Kamerstukken II 2012/13*, 33 400 XVI, nr. 129. M.A.J.M. Buijsen, 'Zwijgplicht

inperken is gevaarlijk', *Medisch Contact* 2013, p. 621-623.

30. Hof Arnhem 10 januari 2012, *LJN BV0470*.

31. HR 5 juli 2011, *LJN BP6138* en HR 28 februari 2012, *LJN BU6088*.

32. HR 12 februari 2013, *LJN BV3004*.

33. CTG 22 januari 2013, nr. C2012/276, *LJN YG2618*.

34. CTG 15 december 2011, *LJN YG1658* en CTG 12 januari 2012, *LJN YG1704*.

35. *Kamerstuknr.* 32 546.

het regionaal uitwisselen van patiëntgegevens. Volgens deze afspraken hebben de zorgverzekeraars voldoende garanties gegeven voor de financiering van de technische infrastructuur, voorziet het doorstartmodel in een ondersteuning van een regionale gegevensuitwisseling door het LSP en vormden de door het College bescherming persoonsgegevens (CBP) gestelde eisen uitgangspunt voor het waarborgen van de privacy van de patiënt. Om een en ander nader uit te werken hebben de betrok-

### Met taakherschikking is gedurende deze kroniekperiode een forse stap vooruit gezet

ken zorgaanbieders de Vereniging van Zorgaanbieders voor Zorgcommunicatie (VZVZ) opgericht. De VZVZ is nu verantwoordelijk voor de gegevensverwerking via de landelijke infrastructuur en fungeert tevens als opdrachtgever aan het Servicecentrum voor Zorgcommunicatie.

De elektronische uitwisseling van patiëntgegevens op basis van het nieuwe particuliere initiatief kent enkele belangrijke verschillen ten opzichte van het systeem waarin de EPD-wet voorzag. Anders dan volgens de EPD-wet vindt informatie-uitwisseling niet landelijk maar (voorlopig) alleen regionaal plaats. In de tweede plaats moet de patiënt expliciet toestemming geven voor deelname (opt-in), in plaats van bezwaar maken tegen deelname (opt-out). En in de derde plaats geschiedt informatie-uitwisseling zonder wettelijke basis,<sup>36</sup> al heeft de minister inmiddels een wetsvoorstel ingediend om de rechten van patiënten adequaat te beschermen.<sup>37</sup> Veldpartijen hebben daarop een Handreiking opgesteld, bedoeld voor zorgverleners die patiëntgegevens elektronisch uitwisselen.<sup>38</sup> Daarnaast wordt gewerkt aan de totstandkoming van een Gedragscode Elektronische Gegevensuitwisseling in de Zorg (EGiZ). Deze code zal later dit jaar ter toetsing worden voorgelegd aan het CBP.

Of deze en andere waarborgen de bestaande zorgen rond de veiligheid van het elektronisch uitwisselen van patiëntgegevens kunnen wegnemen, zal moeten blijken.

### Beroepenwetgeving, taakherschikking en tuchtrecht

#### *Herregistratie*

Bij de introductie van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), in 1995, was het de bedoeling dat het recht op het mogen voeren van een wettelijk beschermde beroepstitel – zoals arts – afhankelijk zou worden van een periodiek onderzoek naar de deskundigheid van de betrokkene. Met de invoering van de betreffende wetsbepaling (art. 8) is evenwel gewacht tot dat duidelijk was hoe het nieuwe BIG-register werkte.<sup>39</sup>

Art. 8 Wet BIG is in 2009 alsnog in werking getreden.<sup>40</sup> Tegelijk is voor fysiotherapeuten, verloskundigen en verpleegkundigen de herregistratieplicht ingevoerd.<sup>41</sup> Vanaf 1 januari 2012 geldt deze plicht eveneens voor artsen en de

houders van de overige wettelijk beschermde beroepstitels.<sup>42</sup> Al diegenen die op 1 januari 2009 respectievelijk 1 januari 2012 stonden ingeschreven in het BIG-register moeten zich per 1 januari 2014 respectievelijk 2017 laten herregistreren willen zij hun beroepstitel blijven behouden. Voor herregistratie gelden twee criteria: voldoende werkervaring over de periode van de voorafgaande vijf jaar dan wel voldoende scholing in het betrokken vakgebied.

Dit systeem van registratie en vijfjaarlijkse herregistratie voor de basisberoepstitels geschiedt overigens separaat van de registratie en herregistratie van specialistentitels in de zorg, zoals 'chirurg' of 'internist'. Medisch specialisten moeten zich ook laten (her)registreren in het specialistenregister onder verantwoordelijkheid van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialismen (RGS).

#### *Taakherschikking*

In de gezondheidszorg wordt al jaren getracht de taken tussen de verschillende beroepen en beroepsgroepen te herverdelen in een poging de zorg op termijn toegankelijk en betaalbaar te houden. In het kader van deze taakherschikking moeten bijvoorbeeld artsen zich meer inlaten met specialistische handelingen en de routinematige handelingen overlaten aan daarvoor opgeleide andere beroepsbeoefenaren, zoals verpleegkundigen en praktijkondersteuners.<sup>43</sup> De Wet BIG, met een strikt onderscheid tussen beroeps- en opleidingstitels en een uitputtende lijst van zogeheten voorbehouden handelingen, vormt vaak een obstakel voor taakherschikking in de praktijk.

Met taakherschikking is gedurende deze kroniekperiode een forse stap vooruit gezet. Op 1 januari 2012 is de Wet tot wijziging van de Wet BIG in verband met taakherschikking in werking getreden.<sup>44</sup> Deze wet voegt een nieuw art. 36a toe aan de Wet BIG. Deze bepaling kent de Minister van VWS de bevoegdheid toe via lagere regelgeving aan categorieën van beroepsbeoefenaren een tijdelijke bevoegdheid toe te kennen om zelfstandig voorbehouden handelingen te indiceren en te verrichten. Op grond van dit nieuwe wetsartikel heeft de minister bepaalde bevoegdheden tijdelijk toegekend aan de verpleegkundig specialist en de physician assistant,<sup>45</sup> en werkt zij aan een soortgelijke regeling voor de klinisch technolog.<sup>46</sup> Deze wijzigingen hebben gevolgen voor artsen die samenwerken met deze beroepsgroepen, nu de verantwoordelijkheden en bevoegdheden voor geneeskundige handelingen anders zijn komen te liggen. Zorgverzekeraars zijn overigens vooralsnog niet onder de indruk van deze ontwikkelingen; alleen artsen kunnen nog DBC's (diagnosebehandelingcombinaties) openen.<sup>47</sup>

#### *Tuchtrecht*

Het voert in het kader van deze kroniek te ver de ontwikkelingen op het terrein van het medisch tuchtrecht uitvoerig te verslaan.<sup>48</sup> Voor een volledig overzicht van de uitspraken verwijs ik naar de website<sup>49</sup> en de jaarverslagen van de tuchtcolleges. Opmerkelijk was wel de open brief van de voorzitter van het CTG, waarin hij aangeeft te betreuren dat in een uitspraak van zijn college 'een ondeugdelijke rechtsoverweging is opgenomen,' overigens met instandhouding van het eindoordeel.<sup>50</sup>

In een poging de patiënt meer handvatten te bieden bij het zoeken naar een goede hulpverlener heeft de Tweede Kamer in 2011 besloten dat iedereen eenvoudig kennis

moet kunnen nemen van door de tuchtrechter opgelegde berispingen en boeten.<sup>51</sup> Na wijziging van de Wet BIG<sup>52</sup> is op 1 juli 2012 het nieuwe Registratiebesluit BIG in werking getreden.<sup>53</sup> Dit bepaalt dat een arts of andere BIG-geregistreerde aan wie de tuchtrechter na die datum een berisping of geldboete heeft opgelegd, deze maatregel voor een periode van vijf jaar achter zijn naam in het BIG-register krijgt aangetekend.<sup>54</sup> Die aantekening is voor iedereen online zichtbaar en wordt doorgegeven aan mensen die een uittreksel opvragen. Daarnaast schrijft het registratiebesluit voor dat van zo'n maatregel de werkgever of het bestuur van de instelling van de betrokkene in kennis wordt gesteld. Voorts wordt er in de *Staatscourant* en in één of meer regionale bladen een bericht geplaatst met de naam van de betrokkene, inclusief 'de aard van het vergrijp' dat reden vormde voor de berisping of boete.

## Deze, als punitief ervaren, regeling zorgt voor veel onrust, zeker door de soms forse advertenties in regionale kranten onder vermelding van de woonplaats van de beroepsbeoefenaar

Deze, als punitief ervaren, regeling zorgt voor veel onrust, zeker door de soms forse advertenties in regionale kranten onder vermelding van de woonplaats van de beroepsbeoefenaar.<sup>55</sup> Is hier geen sprake van een disproportionele schending van de privacy?

### Kwaliteit en veiligheid van zorg

Het bevorderen van de kwaliteit en veiligheid van zorg is de laatste jaren geworden tot een speerpunt van beleid. Het aantal goede initiatieven afkomstig van zorgaanbieders en anderen is nauwelijks bij te benen. Speciale vermelding behoeven de veiligheids- en certificeringssystemen, alsmede de kwaliteitskaders die alle via zelfregulering tot stand zijn gekomen. Maar de zorg kan altijd beter. Voor het veld blijft er dus ook de komende tijd werk aan de winkel.

Kunnen we de kwaliteit en veiligheid van zorg wel

toevertrouwen aan zorgaanbieders? De afgelopen jaren wordt deze vraag in toenemende mate ontkennend beantwoord, lijkt het wel. Niet alleen is er een sterke roep om meer toezicht en handhaving, maar ook wordt gepleit voor meer wetgeving. Die behoefte aan wetgeving laat zich in het bijzonder voelen na incidenten, zoals rond de ex-neuroloog Jansen Steur die de gemoederen in Nederland flink bezighoudt. Hoewel niet meer ingeschreven in het Nederlandse BIG-register, ontstond er begin dit jaar grote reuring toen bleek dat Jansen Steur in Duitsland zijn werkzaamheden als arts gewoon kon voortzetten.<sup>56</sup> Dit lijkt te pleiten voor ook een Europees – en misschien wel mondiaal – systeem om onbevoegde beroepsbeoefenaren te beletten in een ander land in hun oude hoedanigheid aan de slag te gaan. Minister Schippers, gesteund door de Kamer, voelt daar wel voor. Zij pleit in Europees verband al enkele jaren voor een 'zwarte lijst' in combinatie met een herziening van Richtlijn 2005/36/EG betreffende de erkenning van beroepskwalificaties en bilaterale afspraken met buurlanden.<sup>57</sup> Vanuit de beroepsorganisaties wordt vooral aangedrongen op een actieve informatie-uitwisseling tussen Europese registratieautoriteiten, gebruikmakend van het zogeheten IMI-systeem (Interne Markt Informatie Systeem) en voor het verstrekken van een CCPS (Certificate of Current Professional Status) rechtstreeks aan bevoegde autoriteiten. Dit laatste moet beletten dat een doorgehaalde beroepsbeoefenaar met een oud bewijs van inschrijving zich in een ander land gewoon kan laten registreren als arts. Door de grote verschillen tussen de Europese lidstaten is het niet eenvoudig om op korte termijn een oplossing te vinden voor dit probleem. Bovendien kunnen we ook vraagtekens plaatsen bij het zondermeer overnemen van buitenlandse (tucht)maatregelen. Waarom zou een arts die in Polen *lege artis* een abortus heeft uitgevoerd en daarvoor is geschorst zich in Nederland niet mogen laten registreren als arts? Een individuele toetsing blijft, zo lijkt het, altijd nodig.

De VVD heeft wat betreft het dossier kwaliteit en veiligheid, op nationaal niveau, de regie naar zich toegetrokken. In november 2012 bracht de fractie een initiatiefnota patiëntveiligheid uit, met tal van voorstellen gericht op het verbeteren van de patiëntveiligheid.<sup>58</sup> Deze voorstellen, waarop het nodige valt af te dingen, zijn bovenal gericht op de ziekenhuissector. Dat laatste verbaast, omdat de patiëntveiligheid in deze sector onbetwist het verst is gevorderd.

Is de VVD-nota bovenal gericht op het tegengaan van

36. Voor het stellen van functionele, technische en organisatorische eisen heeft de minister wel een AMvB op basis van de WBP in voorbereiding. *Kamerstukken II* 2012/13, 27 529, nr. 115.  
37. *Kamerstuknr.* 33 509.  
38. KNMG, KNMP, NHG & VHN, 'Handreiking Privacy bij regionale uitwisseling van patiëntgegevens', september 2010.  
39. Een door de overheid ingesteld en beheerd register, waar beroepstitelhouders zich moeten inschrijven als voorwaarde voor het mogen voeren van een wettelijk

beschermde beroepstitel.  
40. *Stb.* 2008, 556.  
41. *Stb.* 2008, 515.  
42. *Stb.* 2011, 433.  
43. D.Y.A. van Meersbergen, 'De veranderende positie van de verpleegkundige in de Wet BIG', *TvGR* 2012, p. 203-217.  
44. *Stb.* 2011, 568.  
45. *Stb.* 2011, 658 respectievelijk *Stb.* 2011, 659.  
46. *Kamerstukken II* 2012/13, 29 282, nr. 169.  
47. *Aanhangsel Handelingen II* 2012/13,

nr. 1439.  
48. Zie daartoe de 'Kroniek rechtspraak tuchtrecht' van W.R. Kastelein en E.W.M. Meulemans in het *TvGR*.  
49. <http://tuchtrecht.overheid.nl/nieuw>.  
50. *TvGR* 2012, p. 48.  
51. M.A.J.M. Buijsen, 'De openbaarmaking van niet-beroepsbepenkende tuchtmaatregelen', *TvGR* 2012, p. 460-471.  
52. *Stb.* 2011, 568.  
53. *Stb.* 2012, 269.  
54. H. van der Meer, 'Berispingen zichtbaar in BIG-register' (Column), *Medisch Contact*

2012, p. 1790.  
55. H. van Santen, 'Symboolwetgeving' (Hoofddredactioneel), *Medisch Contact* 2013, p. 413.  
56. *Kamerstukken II* 2012/13, 31 016, nr. 37.  
57. *Kamerstukken II* 2011/12, 21 501-XXXI, nr. 275.  
58. [http://online.vvd.nl/files/TK/51840154/in\\_patiëntveiligheid.pdf](http://online.vvd.nl/files/TK/51840154/in_patiëntveiligheid.pdf) en *Kamerstukken II* 2012/13, 33 497 nr. 4.

misstanden in de zorg; er zijn ook wetgevingsinitiatieven primair gericht op het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid. Zo is er de afgelopen kroniekperiode vaart gemaakt met de oprichting van een nationaal kwaliteitsinstituut. Dat instituut moet de kennis en ervaring van diverse organisaties samenbrengen, en de bestaande taken en verantwoordelijkheden op het gebied van kwaliteit gaan bundelen. Door dit alles onder te brengen bij het Kwaliteitsinstituut kan het bevorderen van kwaliteit van zorg efficiënter vorm krijgen, zo is de idee. In april 2012 heeft de regering daartoe een wetsvoorstel ingediend, dat dit instituut een wettelijke basis moet geven.<sup>59</sup> Dit wetsvoorstel is op 5 februari 2013 door de Tweede Kamer aangenomen. Met deze wet wil de regering geen aparte instelling in het leven roepen, maar een organisatie oprichten die wordt aangesloten bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ), dat nadien Zorginstituut Nederland gaat heten. Het Kwaliteitsinstituut, als onderdeel van het ZI, moet op allerlei manieren permanente verbetering van kwaliteit van zorg gaan stimuleren. In dat kader zal het Kwaliteitsinstituut de totstandkoming en de toepassing van kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten ondersteunen, informatie over kwaliteit van zorg gaan ontsluiten en het gepast gebruik van zorg stimuleren. Opvallende bevoegdheden van dit instituut zijn het bijhouden van een openbaar register, waarin door het veld ontwikkelde professionele standaarden na goedkeuring worden opgenomen, en het zo nodig zelf (laten) opstellen van professionele standaarden. Op deze laatste bevoegdheid is kritiek mogelijk, waaronder op de ruime omschrijving van het begrip professionele standaard in het wetsvoorstel<sup>60</sup> – die feitelijk eerder een bedreiging dan een verbetering vormt voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Onduidelijk is in hoeverre het Kwaliteitsinstituut juridisch aansprakelijk is voor het opnemen van standaarden in het register die achteraf minder goed blijken te zijn dan aangenomen.

Wanneer het instituut officieel van start kan gaan met zijn werkzaamheden is afhankelijk van de vraag wanneer de Eerste Kamer het wetsvoorstel zal aannemen.

### Toezicht en openbaarheid

De IGZ is veruit de belangrijkste toezichthouder in de gezondheidszorg, zeker wat betreft de kwaliteit en veiligheid van zorg. Ondanks pogingen zich als moderne, krachtdadige toezichthouder te profileren,<sup>61</sup> lag zij afgelopen jaren geregeld onder vuur. Zo was er forse kritiek over de wijze waarop de IGZ de klachten in de zogeheten zaak *Baby Jelmer* had afgehandeld,<sup>62</sup> de 'deals' die de IGZ met disfunctionerende artsen zou hebben gesloten<sup>63</sup> en – recentelijk – het 'per abuis' zenden van een vertrouwelijke lijst met 1000 calamiteitenmeldingen naar RTL Nieuws.<sup>64</sup>

Naar aanleiding van de zaak *Baby Jelmer* kondigde de Minister van VWS een tweeledig onderzoek aan naar het functioneren van de IGZ, te weten een onderzoek naar de organisatie en een dossieronderzoek.<sup>65</sup> Deze rapporten zijn in november 2012 verschenen.<sup>66</sup> Uit de kabinetsreactie wordt duidelijk dat het kabinet aankeert op meer handhaving en een aangepaste wijze van klachtbehandeling door de IGZ, alsmede op het doorvoeren van wijzigingen binnen de IGZ en het bestuurlijk kader.<sup>67</sup>

De IGZ heeft via actieve openbaarmaking de afgelopen jaren al getracht zoveel mogelijk transparant te zijn over haar toezichthoudende werkzaamheden en het publiek,

waar nodig, te waarschuwen. De bevoegdheid van de IGZ om vrijwel standaard openbaar te maken blijft omstreden.<sup>68</sup> Afgelopen kroniekperiode werd duidelijk dat die algemene bevoegdheid er niet is; er moet altijd een belangenafweging plaatsvinden.<sup>69</sup> Het actief openbaar maken om patiënten en collega's te informeren over een maatregel kan, op basis van een nadere afweging van belangen, gerechtvaardigd zijn,<sup>70</sup> maar is dat niet indien de belangen van de betrokkene onevenredig worden benadeeld.<sup>71</sup>

## De bevoegdheid van de IGZ om vrijwel standaard openbaar te maken blijft omstreden

De in 2012 gehouden internetconsultatie tot wijziging van de Gezondheidswet en de Wet op de jeugdzorg zou aan dit probleem een einde moeten maken. Het voorstel is namelijk bedoeld om aan actieve, niet-geanonimiseerde openbaarmaking door organen als de IGZ een wettelijke grondslag te bieden.<sup>72</sup> Mocht dit wetsontwerp de status van wet verkrijgen dan rust voortaan op de IGZ de plicht bepaalde informatie aangaande toezichtshandelen openbaar te maken. Idee is dan dat dit tevens leidt tot minder Wob-verzoeken, omdat de informatie dan op internet staat.<sup>73</sup> De betrokkene die zo'n besluit juridisch wil aanvechten, moet zich dan – anders dan bij een Wob-besluit – wenden tot de civiele rechter. Of dit alles een vooruitgang is, durf ik te betwijfelen.<sup>74</sup>

Ook patiënten(organisaties) maken allerlei gegevens over zorgaanbieders via internet 'actief openbaar'. Indien deze 'waarderingen' op naam gebeuren, zijn zij vanuit privacyaspectief problematisch. In de eerste plaats staan dergelijke commentaren over individuele zorgverleners gelijk aan het 'verwerken van persoonsgegevens' in de zin van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) en rusten op de hiervoor verantwoordelijke tal van wettelijke plichten, waaronder een informatieplicht jegens de betrokken zorgaanbieder. In de tweede plaats is het voor een zorgverlener lastig te reageren op zo'n digitale waardering, omdat hij dan al snel zijn beroepsgeheim schendt.

Sommige patiënten(organisaties) laten zich hierdoor niet afschrikken en gaan op internet volledig 'los'. Enige jaren speelde de vraag of dergelijke kritiek integraal bescherming genoot onder de vrijheid van meningsuiting. De rechter heeft over deze vraag afgelopen kroniekperiode helderheid geboden: de vrijheid van meningsuiting vormt geen vrijbrief om ongefundeerde beschuldigingen te uiten over zorgverleners, die op geen enkele wijze feitelijk worden onderbouwd.<sup>75</sup> Dergelijke kritiek schendt de eer en goede naam, alsmede de persoonlijke levenssfeer van de betrokkene.

### Kindermishandeling, NODO en volwassenengeweld

Naast kindermishandeling is er de afgelopen jaren steeds meer aandacht gekomen voor andere vormen van huise-

lijk geweld, waaronder geweld tegen ouderen. Het snel en adequaat bieden van hulp, ter beëindiging van deze bedreigingen voor personen, veronderstelt dat risico's zo vroeg mogelijk wordenesignaleerd. Met het oog daarop heeft de regering in 2011 een wetsvoorstel ingediend op grond waarvan organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaars, die beroepshalve signalen kunnen krijgen van huiselijk geweld of kindermishandeling, moeten beschikken over een meldcode.<sup>76</sup> Organisaties mogen een eigen meldcode opstellen, uitgaande van de landelijke basismodel meldcode<sup>77</sup> en in overeenstemming met een aantal wettelijke eisen, nader uit te werken in een AMvB.<sup>78</sup> De Eerste Kamer heeft dit wetsvoorstel op 12 maart 2013 aangenomen. Het zal naar verwachting op 1 juli 2013 in werking treden. De Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling bevat voor professionals geen meldplicht, maar wel de verplichting een meldcode te hebben en die na te leven. Artsenorganisatie KNMG heeft, vooruitlopend daarop, begin 2012, haar meldcode kindermishandeling herzien.<sup>79</sup>

Een ander instrument mede bedoeld ter bestrijding van kindermishandeling vormt de inwerkingtreding van de procedure Nader Onderzoek naar de DoodsOorzaak (NODO) per 1 oktober 2012.<sup>80</sup> Sinds 2010 geldt voor behandelend artsen reeds de wettelijke verplichting om na het overlijden van een minderjarige altijd te overleggen met een gemeentelijk lijkschouwer. Indien beiden overtuigd zijn van een natuurlijke dood, kan de overlijdensverklaring worden afgegeven. Indien de doodsoorzaak evenwel onverklaard blijft, moeten zij – sinds 1 oktober 2012 – contact opnemen met een NODO-centrum, waarvan er in Nederland twee bestaan (Amsterdam en

Utrecht). Onder verantwoordelijkheid van zo'n centrum vindt vervolgens een uitgebreid, niet-justitieel onderzoek plaats naar de doodsoorzaak van een minderjarige.

Opmerkelijk is dat de rechter in de eerste twee zaken over de NODO-procedure het verzoek tot het verkrijgen van vervangende toestemming ter uitvoering van een sectie afwees. In beide zaken kende de rechter meer gewicht toe aan het belang van de ouders, die zich tegen onderzoek verzetten dan het onderzoeksbelang, waarbij de rechter in ogeschouw nam dat het doel van deze procedure toch vooral was het achterhalen van strafbare feiten, kindermishandeling in het bijzonder.<sup>81</sup> Daarmee trekt de rechter de algehele noodzaak tot het verrichten van onderzoek naar de doodsoorzaak bij minderjarige, die ligt besloten in art. 2 EVRM, in twijfel en lijkt de NODO-procedure een soort doodgeboren kindje te zijn.

## Uitleiding

Uit bovenstaand overzicht blijkt dat enkele incidenten een groot stempel hebben gezet op de ontwikkelingen in het gezondheidsrecht. Deze gebeurtenissen, zoals de Alphense schietpartij en enkele gevallen van disfunctionerende artsen, hebben met name gezorgd voor discussie rond het medisch beroepsgeheim en aanscherping van de kwaliteitsregelingen. Ook is er een roep om meer openheid en strenger toezicht, door een anders georganiseerde IGZ. Belangrijke veranderingen vonden plaats in het kader van de beroepenwetgeving, waaronder aangaande de taakherstelling en de openbaarmaking van berispingen. Op het gebied van de patiëntenwetgeving valt er daarentegen weinig vooruitgang te melden, tenzij het niet doorgaan van de megalomane Wcz als verbetering wordt aangemerkt. •

59. Kamerstuknr. 33 243.

60. J.K.M. Gevers & M.C. Ploem, 'Wettelijke vormgeving van de regiefunctie betreffende kwaliteit van zorg; zijn we op de goede weg?', *TvGR* 2012, p. 648-658.

61. J.H. Hubben, 'De IGZ: van stille kracht naar publieke waakhond', *TvGR* 2012, p. 96-108.

62. No 15 december 2011, rapport 2011/357. Zie ook de discussie in *NJB* 2012, afl. 9, p. 598-600 (*NJB* 2012/528, *NJB* 2012/529 en *NJB* 2012/530).

63. *Aanhangsel Handelingen II* 2012/13, nr. 1438.

64. Antwoord Minister van VWS op Kamervragen (26 maart 2013).

65. *Kamerstukken II* 2011/12, 33 149, nr. 9.

66. Ph.S. Kahn, 'De Inspectie opnieuw onderzocht' (Forum), *TvGR* 2013, p. 29-28.

67. *Kamerstukken II* 2012/13, 33 149, nr. 17.

68. A.C. de Die & C. Velink, 'Rechtsbescherming tegen publicatie van het instellen van verscherpt toezicht op internet', *TvGR* 2012, p. 109-113

69. ABRvS 7 september 2011, *LJN* BR6938.

70. ABRvS 22 februari 2012, *LJN* BV6576.

71. Voorzieningenrechter Rb. Haarlem 30

november 2012, *LJN* BY4920.

72. <http://www.row.minvws.nl/upload/row/wijz.%20gezondheidswet,%20versie%20mrt.%202012.pdf>

73. Ter illustratie: in 2012 ontving het Ministerie van VWS 170 Wob-verzoeken.

74. A.C. Hendriks, 'Teveel transparantie schaadt' (Column), *Medisch Contact* 2012, p. 1062.

75. Hof Arnhem 18 september 2012, *LJN* BX9224 en Voorzieningenrechter Almelo 31 augustus 2012, *LJN* BY1807.

76. Kamerstuknr. 33 062.

77. *Kamerstukken II* 2010/11, 28 345 nr.

111.

78. *Kamerstukken II* 2011/12, 33 062, nr. 23.

79. <http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/Meldcode-kindermishandeling-en-huiselijk-geweld-2012.htm>

80. *Kamerstukken II* 2011/12, 33 000-VI, nr. 113.

81. Rb. Amsterdam 11 december 2012, *LJN* BY8242 en Rb. Amsterdam 18 februari 2013, *LJN* BZ2754.