

Nieuwsbrief GZR Updates - Nummer 18, 2019

Nummer 18, 2019

Redactie: mr. dr. R.P. Wijne, mr. L. Beij, mr. drs. R.M. Bertens, mr. J.W. Bosman, mr. M. Christe, mr. A.C. de Die, mr. M.A. Goldschmidt, mr. J.F. Groen, mr. N.A.D. Groot, mr. I.W. Hanemaaijer, mr. M.M. Hofstee, mr. A. Jagt, mr. J.M. Janson, mr. drs. C. van der Kolk, mr. X.R. van der Kruk-Ras, mr. I.J. de Laat, mr. E. Lam, mr. M. Martin, mr. A.M. De Nijs, mr. C. Pluijgers, mr. T.R. Riemersma, mr. A. Rube, mr. D. Schuurman, mr. S. Snelder, mr. C. Velink, mr. C.W.M. Verberne, mr. H.B.M. Vrieling, mr. J.M. de Vries, mr. D. van der Wal en mr. K.S. Waldron.

INHOUDSOPGAVE

Hof

[Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden, ECLI:NL:GHARL:2019:5467](#) 02-07-2019

X/Y

[Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden, ECLI:NL:GHARL:2018:8351](#) 18-09-2018

Regenboog/Zilveren Kruis

Rechtbank

[Rechtbank Noord-Holland, ECLI:NL:RBNHO:2019:8043](#) 12-09-2019

X/stichting Spaarne Gasthuis

[Rechtbank Den Haag, ECLI:NL:RBDHA:2019:9506](#) 11-09-2019

X/Y

[Rechtbank Noord-Nederland, ECLI:NL:RBNNE:2019:3825](#) 03-09-2019

X/Y

[Rechtbank Gelderland, ECLI:NL:RBGEL:2019:3316](#) 05-07-2019

X/Y

[Rechtbank Den Haag, ECLI:NL:RBDHA:2019:7545](#) 01-04-2019

X/Y

[Rechtbank Zeeland-West-Brabant, ECLI:NL:RBZWB:2018:7334](#) 09-11-2018

X/Y

Tuchtcolleges

[Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, ECLI:NL:TGZCTG:2019:237](#) 17-09-2019

X/Y

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam, ECLI:NL:TGZRAMS:2019:182](#) 16-09-2019

X/Y

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 's-Gravenhage, ECLI:NL:TGZRSGR:2019:149](#) 27-08-2019

X/Y

Uitspraken zonder ECLI

[Geschillencommissie Zorg Algemeen](#) 07-06-2019

Cliënte/Stichting GGZ Momentum

Bij deze uitspraak ontbreekt de ECLI

Annotatie

[De zorgverzekering en het cessieverbod: een nieuw obstakel.](#)

mr. E. Jacobs

RECHTSPRAAK

X/stichting Spaarne Gasthuis

Patiënte X stelt zich op het standpunt dat zij door een verwijtbaar delay in de behandeling van haar longtumor een grotere kans heeft op terugkeer van de longtumor en een grotere kans op andere vormen van kanker. Patiënte doet ter onderbouwing een beroep op een medisch advies van de medisch adviseur van haar advocaat. De rechtbank volgt patiënte echter niet en gaat daarbij uit van het oordeel van de door partijen gezamenlijk ingeschakelde deskundige.

Feiten

In 2013 stond X onder behandeling van een longarts van het Spaarne Gasthuis in verband met COPD. Op 24 september 2013 is een röntgenfoto van de longen gemaakt die beoordeeld is door de longarts. Hij beoordeelde de foto als verbeterd ten opzichte van de foto die in februari 2013 was gemaakt. Hij heeft een vervolgspraak gemaakt voor vier tot vijf maanden later. De radioloog van het Spaarne Gasthuis heeft de foto van 24 september 2013 ook beoordeeld. De radioloog heeft in haar verslag vermeld dat er een verdichting zichtbaar was en heeft vervolgonderzoek geadviseerd. Hoewel de longarts heeft aangevinkt dat hij het verslag van de radioloog heeft gelezen, heeft hij het advies van de radioloog niet opgevolgd.

Op 3 augustus 2015 heeft X een bezoek gebracht aan een reumatoloog. In het kader van een onderzoek is een röntgenfoto gemaakt waarna vervolgens is geconstateerd dat zich een tumor bevond in een van de longen van X. Gebleken is dat deze tumor tijdens het onderzoek op 24 september 2013 ook al aanwezig was.

In verband met uitblijvende behandeling destijds is de longtumor gegroeid. In 2015 is een longtumor stadium III geconstateerd. Het is niet bekend in welk stadium de longtumor zich in 2013 bevond. Het is ook niet met zekerheid te zeggen welke behandeling X in 2013 zou hebben gekregen.

X is in 2015 behandeld aan de longtumor. Ten tijde van de mondelinge behandeling in

onderhavige zaak waren er geen aanwijzingen van tumoractiviteit en leek sprake te zijn van complete remissie.

Op 5 februari 2016 heeft X het Spaarne Gasthuis aansprakelijk gesteld voor het niet-opvolgen van de adviezen dan wel de bevindingen van de radioloog door de longarts in september 2013. Op 1 april 2016 heeft het Spaarne Gasthuis aansprakelijkheid erkend.

Partijen hebben prof. dr. J.G.J.V. Aerts als deskundige benaderd om de gevolgen van het delay in de behandeling van de longtumor in kaart te brengen. Aerts heeft op 3 juli 2017 gerapporteerd.

Het Spaarne Gasthuis heeft in 2016 in termijnen een bedrag van in totaal € 45.000 aan X betaald ter vergoeding van immateriële schade.

X is vervolgens een deelgeschilprocedure begonnen waarin zij onder meer betaling van een bedrag van € 100.000 verzoekt. Aan haar verzoek legt X ten grondslag dat niet alleen haar geleden schade vergoed moet worden maar ook de schade die zich misschien in de toekomst zal voordoen. Door het delay is de kans op terugkeer van de longkanker vergroot. Daarnaast loopt X door het delay een risico op het krijgen van andere kankersoorten. De medisch adviseur van haar advocaat heeft berekend dat X door het delay 61 procent aan kansen heeft verloren om te overleven, dan wel dat haar kans om te overlijden ruim 8,5 maal groter is geworden door het delay. De longkankertumor 'slaapt' volgens X.

Oordeel

De rechtbank is, mede gelet op het deskundigenrapport van Aerts tot het oordeel gekomen dat X onvoldoende aannemelijk heeft kunnen maken dat het delay de kwade kans op terugkeer van de longtumor heeft vergroot. Bovendien is ook niet dan wel onvoldoende gebleken dat X een grotere kans heeft gekregen op ontwikkeling van andere vormen van kanker doordat zij pas in 2015 is behandeld in plaats van in 2013. De rechtbank is dan ook van oordeel dat het betalen van een hogere vergoeding dan de schadevergoeding die zij thans heeft gekregen niet in de rede ligt. De rechtbank heeft dit deel van het verzoek afgewezen.

mr. dr. R.P. Wijne

Instantie: Rechtbank Noord-Holland

Datum uitspraak: 12-09-2019

ECLI: ECLI:NL:RBNHO:2019:8043

Zaaknummer: C/15/284908 HA RK 19/31

Rechters: J.S. Reid

Advocaten: A. van der Weijden en C. van Dijk

Wetsartikelen: 1019aa Rv en 1019z Rv

ANNOTATIE

De zorgverzekering en het cessieverbod: een nieuw obstakel.***mr. E. Jacobs*****Inleiding**

Zorgaanbieders zonder contract lopen tegen een aantal moeilijkheden aan die niet alleen de vrije artskenkeuze betreffen. Dat blijkt uit de onderhavige casus waar het gaat om het cessieverbod dat een aantal zorgverzekeraars in de polisvoorwaarden met de verzekeringnemers heeft opgenomen, waardoor zorgaanbieders niet meer de door verzekerden gecedeerde vordering kunnen indienen bij de zorgverzekeraar. Allereerst worden de feiten en het oordeel in eerste aanleg besproken. Vervolgens wordt ingegaan op de uitspraak van het Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden en tot slot wordt gekeken naar de gevolgen voor de rechtspraak.

Feiten

Regenboog vertegenwoordigt een aantal apothekers die voornamelijk gespecialiseerd zijn in de behandeling van ADHD, depressies, verslavingen en afbouw van medicatie voor diverse psychiatrische aandoeningen. Zij hebben zorg geboden aan verzekerden van Zilveren Kruis, Interpolis en Avéro, allen onderdeel van Achmea (hierna: Zilveren Kruis). De apotheken hebben geen overeenkomst met Zilveren Kruis. Dat betekent dat de verzekerden eerst de kosten zelf moeten betalen en die kosten daarna via hun verzekeraar terug moeten vragen. In de praktijk wordt de vordering van de verzekerde op de zorgverzekeraar gecedeerd aan de apotheek, zodat de apotheek zelf de kosten van de verzekeraar vergoed krijgt. In de polisvoorwaarden heeft Zilveren Kruis echter een cessieverbod opgenomen. Dat houdt in dat de vordering die de verzekerden hebben op de zorgverzekeraar niet gecedeerd kan worden aan de apotheek. De apotheek moet dus in de praktijk wachten op de betaling van de verzekerde totdat deze de betaling van de zorgverzekeraar heeft ontvangen. Dit levert voor de apothekers een aantal problemen op. Het kan bijvoorbeeld zijn dat ze langer op hun betaling moeten wachten, omdat de verzekerde de medicatie niet direct zelf kan betalen of dat de

betaling uitblijft als de verzekerde financiële problemen heeft en het geld van de verzekeraar ergens anders voor gebruikt. Regenboog wil daarom dat het cessieverbod in de polisvoorwaarden verboden wordt en heeft Zilveren Kruis verzocht om het cessieverbod op te heffen dan wel een betalingsovereenkomst aan te gaan met de apotheken. Beide verzoeken heeft Zilveren Kruis geweigerd. In eerste aanleg heeft Zilveren Kruis aangegeven geen enkele rechtsverhouding te willen met Regenboog aangezien er in het verleden sprake was van onjuist declaratiegedrag. Het cessieverbod biedt een extra controlepost nu de verzekerde eerst de nota krijgt en deze kan controleren. De rechtbank oordeelt dat Zilveren Kruis vrij is om een cessieverbod op te nemen in de polisvoorwaarden (art. 3:83 lid 2 BW), maar daarbij niet in het geheel de belangen van Regenboog uit het oog mag verliezen. In dit geval wegen de redenen voor Zilveren Kruis zodanig zwaar dat de rechtbank in het voordeel van Zilveren Kruis oordeelt en daarmee het cessieverbod toestaat. Ook is Zilveren Kruis niet verplicht een betalingsovereenkomst aan te gaan.

Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden

Regenboog stelt in hoger beroep dat de wetgever niet heeft bedoeld om met de Zorgverzekeringswet ook werkelijk een extra controlesysteem voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders in te stellen. Het is louter de bedoeling geweest om de verbintenisrechtelijke verhoudingen weer te geven. Daarnaast is Regenboog van mening dat het cessieverbod onrechtmatig is. Het cessieverbod is bedoeld, aldus Regenboog, om verzekerden te bewegen naar een gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Het cessieverbod zou alleen mogen indien de aard van de vordering zich tegen uitbetaling aan een derde verzet. Dit ligt besloten in artikel 3:83 lid 2 BW. Het hof oordeelt dat de opvatting van Regenboog een te beperkte uitleg van artikel 3:83 BW is. In dit geval wilde Zilveren Kruis geen rechtsverhouding met Regenboog vanwege eerdere onjuiste declaraties en dit is voldoende voor een cessieverbod, aldus het hof. De zorgverzekeraar komt contractsvrijheid toe die onder meer door deze polisvoorwaarden tot uiting is gekomen. Zodoende doorkruist het cessieverbod van artikel 3:83 lid 2 BW de bepalingen van de Zorgverzekeringswet in dit geval niet. De belangen van Regenboog mogen echter niet volledig worden verwaarloosd. Ook niet-gecontracteerde zorgaanbieders hebben een sterk belang bij de overeenkomst tussen zorgverzekeraar en verzekeringnemer en dit belang mag de zorgverzekeraar niet veronachtzamen. Het hof moet dus beoordelen of bij het invoeren van het cessieverbod de belangen van de zorgverzekeraar, de verzekerde en de zorgaanbieder voldoende zijn afgewogen. Het hof overweegt daarop het volgende. Zilveren Kruis heeft voldoende aannemelijk gemaakt dat het met de invoering van het cessieverbod fraude en slechte besteding van zorggeld wil tegengaan. In het specifieke geval met Regenboog heeft Zilveren Kruis geen enkele rechtsverhouding willen aangaan nu eerder sprake was van onjuiste declaraties. Dat verzekerden nu mogelijk voor een gecontracteerde aanbieder gaan, is

een bijkomstigheid die niet alleen gemotiveerd hoeft te zijn door betaalgemak. Regenboog heeft niet aan kunnen tonen in hoeverre verzekerden zijn overgestapt naar een gecontracteerde aanbieder.

Regenboog heeft deels de problemen weten op te lossen door van klanten van Zilveren Kruis te vragen dat zij een pinbetaling verrichten bij het afhalen van de medicijnen. Het is echter voor te stellen, aldus het hof, dat dit niet altijd mogelijk is bij dure medicijnen. Daarom mag van Zilveren Kruis verwacht worden dat hij deze verzekerden vanuit de vergoedingsplicht die de zorgverzekeraar heeft, tegemoetkomt door samen naar een oplossing te zoeken indien de verzekerden aannemelijk hebben gemaakt dat zij de medicatie bij Regenboog moeten afnemen. Een betalingsovereenkomst hoeft Zilveren Kruis ook niet aan te gaan met Regenboog. Zilveren Kruis heeft voldoende duidelijk gemaakt geen rechtsverhouding met Regenboog te willen en de verzekerde als extra controlepost te willen houden. Een betalingsovereenkomst zou deze extra controle tenietdoen en bovendien extra administratieve lasten met zich meebrengen. Regenboog heeft dit onvoldoende weerlegd. Het hof gaat daarom mee met de argumenten van Zilveren Kruis.

Het bestreden vonnis wordt, gelet op de voorgaande overwegingen, bekrachtigd en de eis van Regenboog wordt afgewezen.

Gevolgen voor de rechtspraak

Het cessieverbod zoals dit in de polisvoorwaarden van Zilveren Kruis is opgenomen, is een goed voorbeeld van het feit dat de zorgverzekering nog altijd een privaatrechtelijke overeenkomst is, zij het met publiekrechtelijke kenmerken. De Zorgverzekeringswet verbiedt een cessieverbod in de polisvoorwaarden niet en dat betekent dat de algemene regels van Boek 3 en Boek 7 BW gelden. Het zou nog kunnen dat de aard van de zorgverzekering zich verzet tegen een cessieverbod, zoals in deze casus beschreven. In dit geval is het Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden echter duidelijk van mening dat zorgverzekeraar Zilveren Kruis contractsvrijheid toekomt, zoals de wetgever dit ook met de Zorgverzekeringswet heeft bedoeld. Die contractsvrijheid is daarentegen wel eindig, zo blijkt uit deze uitspraak, en de zorgverzekeraar zal het eigen belang en de belangen van de eigen verzekerden altijd moeten afwegen tegen de belangen van de zorgaanbieder, ook al is deze niet gecontracteerd, omdat de belangen van de zorgaanbieder zo sterk verband houden met de overeenkomst tussen zorgverzekeraar en verzekeringnemer. Het hof houdt mijns inziens hiermee dan ook een pleidooi voor maatwerk. De zorgverzekeraar heeft de vrijheid om te contracteren, zolang dit aan de randvoorwaarden van de Zorgverzekeringswet voldoet en Boek 3 en Boek 7 BW, maar mag de belangen van de zorgaanbieder niet volledig verwaarlozen en moet bovendien rekening houden met de verplichting die de zorgverzekeraar heeft ten opzichte van de

verzekerde. De verzekerde heeft immers recht op de vergoeding van de zorg bij een niet-gecontracteerde aanbieder.

Het heeft er weg van dat Regenboog zich beroept op een inbreuk op de vrije artskenkeuze die verzekerden hebben door aan te stippen dat Zilveren Kruis met het cessieverbod in de polisvoorwaarden het extra moeilijk maakt voor verzekerden om zorg te betrekken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Een beroep op artikel 13 Zvw, waar de vrije artskenkeuze in is vastgelegd, had in deze casus echter geen kans van slagen gehad aangezien dit artikel erop toeziet dat de hoogte van de vergoeding zodanig moet zijn dat het geen feitelijke hinderpaal opwerpt voor een verzekerde om zorg te betrekken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Het zegt niets over aanvullende eisen die een zorgverzekeraar mag stellen aan de manier waarop de rekening wordt ingediend. Dit neemt niet weg dat de casus met betrekking tot artikel 13 Zvw en deze casus gelijkenissen vertonen. Dat zit hem onder meer in de roep van het hof om meer informatie te krijgen over hoeveel verzekerden het betreft die overstappen naar een andere aanbieder als gevolg van deze polisvoorwaarde. Dit is ook voorgekomen in uitspraken omtrent artikel 13 Zvw, waarbij niet-gecontracteerde zorgaanbieders claimden cliënten te missen door het vergoedingsbeleid van zorgverzekeraars. De Hoge Raad heeft in de meest recente uitspraak hieromtrent (HR 7 juni 2019, ECLI:NL:HR:2019:853) nog maar eens aangegeven dat de bepalingen in de Zorgverzekeringswet strekken ter bescherming van de verzekerde en niet ter bescherming van de bedrijfsvoering van de zorgaanbieder. Deze argumentatie is mijns inziens ook van toepassing in deze casus. De grenzen van het cessieverbod en de waarborg van de vrije keuze van de verzekerde om naar een zorgaanbieder van zijn keuze te gaan, strekken niet tot bescherming van de zorgaanbieder, maar tot bescherming van de verzekerde. Het is ook de verzekerde die uiteindelijk opdraait voor onjuist ingediende declaraties.

Tot slot

Het cessieverbod is opnieuw een obstakel voor de niet-gecontracteerde zorgaanbieder om klanten te trekken en te behouden. Zoals uit deze uitspraak blijkt, is het niet de eerste bedoeling om een nieuw obstakel op te werpen voor verzekerden om zorg te betrekken bij een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Ook al is het de bedoeling om een extra controlepost tegen fraude in te stellen, het kan niet ontkend worden dat het een bijkomend effect kan zijn dat verzekerden naar een andere zorgaanbieder gaan. Het zou interessant zijn om daar concrete cijfers over te zien.

mr. E. Jacobs

RECHTSPRAAK

X/Y

Klacht tegen een arts sociale en medische advisering van een GGD over het opstellen van een onjuiste rapportage en het niet-wijzen op het blokkeringsrecht. Verweerster beroept zich zonder succes op misbruik van tuchtrecht. Inhoudelijk oordeelt het RTG dat de rapportage aan de eisen voldeed. Verweerster heeft klager niet geïnformeerd over en (dus) niet in de gelegenheid gesteld gebruik te maken van het inzage- en blokkeringsrecht, dat ook bij Wmo-advies van toepassing is. Verweerster krijgt een waarschuwing. Het CTG laat de uitspraak in stand.

Feiten

Verweerster is arts sociale en medische advisering bij een GGD-instelling. Zij geeft adviezen en indicaties aan diverse gemeenten en overige opdrachtgevers, onder meer in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Bij klager heeft een MRI-onderzoek aan zijn linkerknie plaatsgevonden. De conclusie van de radioloog luidde:| 'verdenking discoïde laterale meniscus met bijkomende degeneratieve signaalintensiteitsveranderingen. Chondropathie ter plaatse van de mediale femurcondyl, zowel het mediale compartiment als patellofemoraal.'

Klager heeft de gemeente verzocht om voorzieningen in het kader van de Wmo, te weten aanpassing van de woning (traplift) en hulp bij het huishouden. De gemeente heeft de GGD verzocht te adviseren, waarna verweerster in dat kader een medisch advies over klager heeft opgesteld. Verweerster heeft haar rapportage rechtstreeks naar de gemeente gestuurd, waarna de gemeente de aanvraag van klager heeft afgewezen. Klager werd niet op de hoogte gesteld van de strekking van het advies. De reden daarvan is dat voor het maken van dit advies nog informatie werd ingewonnen. Klager maakt bezwaar tegen het afwijzingsbesluit en in verband daarmee heeft verweerster een aanvullende rapportage opgesteld. De inhoud van de aanvullende rapportage luidt: '(...) Uit deze brief blijkt, dat er sprake is van geringe afwijkingen

van een deel van het kniegewricht. (...) De informatie die in bezwaar werd verkregen geeft geen reden om het oorspronkelijke advies te wijzigen.' Het bezwaar van klager is door de gemeente ongegrond verklaard, waarna klager bij de rechtbank in beroep is gegaan. De rechtbank oordeelt dat er geen grond is voor twijfel aan de juistheid, zorgvuldigheid en volledigheid van het onderzoek en de bevindingen van de GGD en verklaart het beroep ongegrond. Klager heeft hoger beroep ingesteld bij de Centrale Raad van Beroep.

Klager heeft ook een second opinion gevraagd en dat heeft geleid tot een bemiddelingsgesprek met de klachtenfunctionaris van het desbetreffende ziekenhuis. Klager dient ook een klacht in tegen de adviserend arts van de GGD.

Klacht

Klager verwijt verweerster dat zij:|

- (i) een onjuiste rapportage heeft opgesteld omdat zij daarin, gezien klagers ernstige slotklachten aan zijn linker knie, ten onrechte heeft geoordeeld dat klager in staat is om zwaar huishoudelijk werk te doen;|
- (ii) klager niet heeft aangeboden om gebruik te maken van zijn blokkeringsrecht en dat zij haar advies (rapportage) zonder klagers toestemming en zonder dat klager van het advies op de hoogte was gebracht naar de gemeente heeft verzonden.

Verweer

Voorafgaand aan het inhoudelijk |verweer van verweerster voert zij aan dat klager oneigenlijk gebruik c.q. misbruik maakt van het tuchtrecht. Naar de mening van verweerster gebruikt klager de dreiging met talloze klachten bij het tuchtcollege alleen om zijn zin te krijgen en daar is het tuchtrecht niet voor bedoeld. Over de adviezen is eerder geprocedeerd: bestuursrechtelijk in verband met het afwijzingsbesluit van de gemeente en tuchtrechtelijk tegen een collega van verweerster die ook medisch advies over klager heeft uitgebracht.

Oordeel RTG

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG) wijst het beroep van verweerster op misbruik van procesrecht af met de volgende overwegingen. Klager heeft een zakelijk geformuleerde klacht ingediend over het beroepsmatig handelen van verweerster. Verweerster is met betrekking tot dit handelen niet eerder door klager in een tuchtrechtprocedure betrokken. Verweerster stelt bovendien dat zij het voor haarzelf, maar ook voor andere adviserende en/of keurende artsen van belang acht dat er duidelijkheid komt over de reikwijdte van het blokkeringsrecht waarop de klacht (deels) betrekking heeft. De in het

verweerschrift beschreven voorgeschiedenis, waaronder dat klager talloze conflicten met diverse instanties zou hebben gehad en eerder al een klacht heeft ingediend tegen een collega van verweerster over diens adviezen, doen aan het voorgaande niet af.

Ten aanzien van klachtonderdeel (i) neemt het RTG de volgens vaste jurisprudentie geldende zorgvuldigheidseisen van rapportage tot uitgangspunt:

1. Het rapport vermeldt de feiten, omstandigheden en bevindingen waarop het berust.
2. Het rapport geeft blijk van een geschikte methode van onderzoek om de voorgelegde vraagstelling te beantwoorden.
3. In het rapport wordt op inzichtelijke en consistente wijze uiteengezet op welke gronden de conclusies van het rapport steunen.
4. Het rapport vermeldt de bronnen waarop het berust, daaronder begrepen de gebruikte literatuur en de geconsulteerde personen.
5. De rapporteur blijft binnen de grenzen van zijn deskundigheid.

Klager is van mening dat de rapportage onjuist is, omdat verweerster de ernstige slotklachten aan zijn linkerknie in de rapportage niet juist heeft beoordeeld dan wel meegewogen. Klager verwijst naar het verslag van de radioloog van het MRI-onderzoek. Het RTG is van oordeel dat de door klager aangehaalde stukken, die deels dateren van ruim drie jaar na de rapportage, geen informatie bevatten die aanleiding geeft te twijfelen aan de juistheid van de rapportage en aan de door verweerster getrokken conclusie. Verweerster was op de hoogte van de knieklachten door onder meer de informatie van de radioloog. Ook overigens is niet gebleken dat de – weliswaar beknopte – rapportage van verweerster niet aan de criteria voldeed. Het RTG acht het klachtonderdeel ongegrond.

Ten aanzien van het tweede klachtonderdeel oordeelt het RTG als volgt. Verweerster heeft op verzoek van de gemeente een medisch advies over klager opgesteld vanwege zijn aanvraag voor Wmo-voorzieningen. De verhouding tussen klager en verweerster kan daarmee niet gekwalificeerd worden als behandelingsovereenkomst als bedoeld in artikel 7:446 BW, aangezien lid 4 van dat artikel handelingen ter beoordeling van de gezondheidstoestand of medische begeleiding van een persoon in opdracht uitsluit. Artikel 7:464 lid 2 sub b BW bepaalt vervolgens: 'Betreft het handelingen als omschreven in artikel 446 lid 4, dan: (...) [b. wordt de persoon op wie het onderzoek betrekking heeft in de gelegenheid gesteld mee te delen of hij de uitslag en de gevolgtrekking van het onderzoek wenst te vernemen. Indien die wens is geuit en de handelingen niet worden verricht in verband met een tot stand gekomen

arbeidsverhouding of burgerrechtelijke verzekering dan wel een opleiding waartoe de betrokkene reeds is toegelaten, wordt bedoelde persoon tevens in de gelegenheid gesteld mee te delen of hij van de uitslag en de gevolgtrekking als eerste kennis wenst te nemen teneinde te kunnen beslissen of daarvan mededeling aan anderen wordt gedaan.' Uit deze wettelijke bepalingen vloeit naar het oordeel van het RTG voort dat het inzage- en blokkeringsrecht van toepassing is op medische advisering in het kader van de Wmo.]

Verweerster stelt, onder verwijzing naar de wetsgeschiedenis en verschillende juridische publicaties, dat de wettelijke bepalingen onduidelijkheid scheppen over de reikwijdte van het blokkeringsrecht. Het RTG deelt die mening niet. De tekst van de artikelen 7:446 BW en 7:464 BW is voor de onderhavige situatie voldoende duidelijk. Het RTG verwijst in dit verband aanvullend nog naar de uitspraak van 21 november 2017 van het CTG inzake advisering door een arts in het kader van de Wmo in 2015 (ECLI:NL:TGZCTG:2017:318).

Verweerster heeft verklaard dat zij aan het eind van het spreekuurbezoek met klager heeft gesproken over het (direct) doorsturen van het advies naar de gemeente. Volgens verweerster maakte klager geen bezwaar tegen deze gang van zaken, maar gaf evenmin expliciet toestemming voor het direct doorsturen van het advies naar de gemeente. Verweerster heeft het zwijgen van klager opgevat in die zin dat klager instemde met het direct doorsturen van het advies. Naar het oordeel van het RTG is niet gebleken dat verweerster klager in de gelegenheid heeft gesteld, eventueel nadat de nadere informatie was ingewonnen, mee te delen of hij de uitslag en de gevolgtrekking van het onderzoek wenste te vernemen en vervolgens, bij een positief antwoord, of hij daarvan als eerste kennis wenste te nemen om te kunnen beslissen of daarvan mededeling aan de gemeente zou worden gedaan, zoals artikel 7:464 lid 2 BW vereist. Nu verweerster deze rechten niet aan klager heeft meegedeeld, kan hem niet worden aangerekend dat hij die rechten niet heeft uitgeoefend. Verweerster mocht het zwijgen van klager niet zonder meer opvatten als zijn instemming met het direct en rechtstreeks doorsturen van het advies naar de gemeente.

Verweerster heeft zich nog beroepen op de omstandigheid dat zij heeft gehandeld en mocht handelen in overeenstemming met de richtlijn van haar werkgever. Dit beroep slaagt niet. Verweerster heeft als arts immers een eigen professionele verantwoordelijkheid tot het naleven van geldende wet- en regelgeving die, naar het oordeel van het RTG, voldoende duidelijk was. Dit klachtonderdeel is gegrond.

Het RTG legt verweerster de maatregel van een waarschuwing op. Daarbij overweegt het RTG dat verweerster zich tijdens de procedure toetsbaar heeft opgesteld en de geldende richtlijn inmiddels is aangepast in die zin dat daarin is opgenomen dat een cliënt bij de aanvraag een brief ontvangt met de mededeling dat hij een inzage-, correctie- en blokkeringsrecht heeft.

Oordeel CTG

Klager heeft tegen de ongegrondverklaring van het eerste klachtonderdeel hoger beroep ingesteld. De behandeling in beroep heeft het Centraal Tuchtcollege (CTG) geen aanleiding gegeven tot het vaststellen van andere feiten of tot andere beschouwingen en beslissingen dan het RTG, zodat het beroep is verworpen.

mr. A.C. de Die

Instantie: Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Datum uitspraak: 17-09-2019

ECLI: ECLI:NL:TGZCTG:2019:237

Zaaknummer: c2019.061

Advocaten: C. Riemens

Wetsartikelen: 47 lid 1 Wet BIG, 71 Wet BIG, 7:446 BW, 7:464 lid 2 BW en Wmo

RECHTSPRAAK

X/Y

Een neuroloog krijgt een klacht in het kader van een beoordeling van de aanspraak op een arbeidsongeschiktheidsverzekering van klager. De neuroloog had kritiek op de rapportage van de ingeschakelde neuropsycholoog. Het rapport van de neuroloog, waarin hij tot een andere conclusie komt dan de neuropsycholoog, mist echter (ook) deugdelijke onderbouwing. Deels gegrond, waarschuwing.

Feiten

Klager is zzp'er en heeft in april en in juni 2018 een aanval van dubbelzien gehad. Hij heeft sindsdien last van geheugenverlies en aanvallen van vermoeidheid. Klager heeft zich in juli 2018 ziek gemeld. Klager is alleen verzekerd voor arbeidsongeschiktheid in verband met fysieke klachten. In het kader van klagers arbeidsongeschiktheidsverzekering is door vijf verschillende specialisten onderzoek gedaan naar de vraag of de klachten van klager fysiek of psychisch van aard zijn. Klager is op verzoek van zijn verzekeraar onderzocht door verweerder, neuroloog. Verweerder heeft klager geadviseerd neuropsychologisch onderzoek te laten doen om nadere duidelijkheid te verkrijgen over de aard van zijn klachten. Klager heeft daarop aan zijn verzekeraar laten weten dat hij niet voelt voor een dergelijk onderzoek, omdat daarmee de oorzaak van zijn klachten niet kan worden vastgesteld. Ondanks het standpunt van klager heeft verweerder toch een neuropsychologisch onderzoek aangevraagd en dit ook aan klager gemotiveerd.

Klager heeft zich vervolgens laten testen door een neuropsycholoog. De neuropsycholoog heeft geconcludeerd dat 'de gevonden afwijkingen passend kunnen zijn als cognitieve restverschijnselen van de doorgemaakte TIA's'. In een uitgebreide brief heeft verweerder de neuropsycholoog meegedeeld dat hij erg ontevreden is over het door hem verrichte onderzoek, omdat het onderzoek aan alle kanten tekortschiet.

Verweerder heeft vervolgens een rapport uitgebracht aan de arbeidsongeschiktheidsverzekeraar van klager, waarin hij benoemt dat het

neuropsychologisch onderzoek beperkt van omvang is en de uitkomst ervan niet leidt tot een eenduidige interpretatie of conclusie. In de beantwoording van de vraagstelling van verweerder over de arbeidsongeschiktheid van klager staat onder meer: 'Ik acht het goed denkbaar dat secundaire factoren, zoals verwerkingsproblematiek, een rol spelen in het klachtenpatroon. In dat opzicht lijkt mij gestructureerde psychologische ondersteuning voor betrokkene van belang. Bovendien is aangetoond dat cognitieve trainingsprogramma's bij milde cognitieve stoornissen, ook van vasculaire origine, een verbetering kunnen geven'. Klager is het met de conclusies van verweerder niet eens en wijst hem erop dat verweerder hem juist had doorgestuurd voor neuropsychologisch onderzoek, omdat hij zelf geen oordeel kon vormen. Het verbaast hem dat verweerder na het neuropsychologisch onderzoek tot een tegengestelde conclusie komt. Na een korte correspondentie over en weer dient klager een klacht tegen verweerder in.

Klacht

De klacht luidt dat verweerder:

- (i) het oordeel van de neuropsycholoog dat de klachten van klager fysiek van aard zijn naast zich neer heeft gelegd en een tegenovergestelde conclusie aan de verzekeraar van klager heeft doorgegeven;
- (ii) deze tegenovergestelde conclusie aan de verzekeraar van klager heeft doorgegeven, terwijl hij zelf heeft aangegeven onvoldoende kennis te hebben van het vakgebied waarop klager is onderzocht;
- (iii) heeft geprobeerd invloed uit te oefenen op de resultaten van het onderzoek door de neuropsycholoog.

Oordeel

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Zwolle (RTG) neemt de volgens vaste jurisprudentie geldende criteria ten aanzien van rapportages tot uitgangspunt:

- (i) De rapportage vermeldt de feiten, omstandigheden en bevindingen waarop het berust.
- (ii) Het rapport geeft blijk van een geschikte methode van onderzoek om de voorgelegde vraagstelling te kunnen beantwoorden.
- (iii) In het rapport wordt op inzichtelijke en consistente wijze uiteengezet op welke gronden de conclusies van het rapport steunen.
- (iv) Het rapport vermeldt de bronnen waarop het berust, daaronder begrepen de gebruikte

literatuur en de geconsulteerde personen.

(v) De rapporteur blijft binnen de grenzen van zijn deskundigheid.

Verweerder heeft, om meer duidelijkheid te verkrijgen over de aard van de door klager ervaren klachten, de neuropsycholoog gevraagd neuropsychologisch onderzoek te doen. Het rapport van de neuropsycholoog is volgens het RTG aan te merken als hulppapier. Anders dan klager veronderstelt, rust op verweerder als rapporteur de plicht zich ervan te vergewissen of een hulppapier volgens de regelen der kunst is opgesteld. Verweerder heeft gemotiveerd en overtuigend uiteengezet waarom dat volgens hem niet het geval was. Verweerder had dit overigens duidelijker in zijn rapport aan de verzekeraar kunnen vermelden. Nu het rapport van de neuropsycholoog volgens verweerder onvoldoende basis bood om tot een verdere diagnose op neuropsychologisch gebied te komen, heeft verweerder in zijn rapport gesteld dat geen zekere etiologie kan worden gegeven voor de klachten van klager. Dat verweerder een aan de conclusie van de neuropsycholoog tegenovergestelde conclusie zou hebben gerapporteerd aan de verzekeraar van klager is onjuist. Verweerder heeft in zijn rapport slechts geconcludeerd dat een zekere oorzaak van de klachten van klager niet kan worden gegeven. Dat verweerder hiermee de conclusie van de neuropsycholoog niet integraal heeft overgenomen is hem volgens het RTG niet te verwijten. Hij is hier evenmin mee buiten zijn eigen deskundigheid getreden. Het RTG acht klachtonderdeel (i) dan ook ongegrond.

Anders dan klager stelt, is niet gebleken dat verweerder heeft getracht invloed uit te oefenen op de onderzoeksresultaten van de neuropsycholoog. Verweerder heeft in zijn brief aan de neuropsycholoog slechts zijn visie gegeven op de kwaliteit van het door de neuropsycholoog verrichte onderzoek. Dat stond hem vrij. Daarmee wordt ook klachtonderdeel (iii) ongegrond verklaard.

Ten aanzien van klachtonderdeel (ii) oordeelt het RTG als volgt. Het advies van verweerder voor gestructureerde psychologische ondersteuning geeft volgens het RTG blijk van het oordeel dat verwerkingsproblematiek een belangrijke bijdrage levert aan de klachten van klager. Uit het rapport blijkt echter niet op grond waarvan verweerder tot die conclusie is gekomen. Het enige dat verweerder hierover in zijn rapport vermeldt is zijn indruk dat betrokkene door de doorgemaakte aanvallen en de diagnostiek onzeker is geraakt. Verweerder heeft ter zitting gesteld dat deze opmerking algemeen is bedoeld, maar dit blijkt niet uit het rapport dat een specifiek op klager gericht voorstel betreft. Dat algemeen bekend is dat verwerkingsproblematiek een rol kan spelen na een voorbijgaande neurologische gebeurtenis, is onvoldoende om tot de conclusie te komen dat daarvan waarschijnlijk ook bij klager sprake is. Een nadere onderbouwing ontbreekt, ook in het rapport van de neuropsycholoog, wat nu juist een van de redenen was om dit rapport als onder de maat te beschouwen. Verweerder

heeft deze conclusie dan ook onvoldoende onderbouwd en in zoverre voldoet zijn rapport niet aan het derde vereiste. Klachtonderdeel (ii) is gegrond.

Het RTG legt verweerder een waarschuwing op.

mr. A.C. de Die

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam

Datum uitspraak: 16-09-2019

ECLI: ECLI:NL:TGZRAMS:2019:182

Zaaknummer: 2019/249

Wetsartikelen: 47 lid 1 Wet BIG

RECHTSPRAAK

X/Y

Het begrip ‘uitdrukkelijk en ernstig verlangen’ in artikel 293, lid 1 Sr valt niet samen met het begrip ‘vrijwillig en weloverwogen verzoek’ (eerste zorgvuldigheidseis in artikel 2, eerste lid, onder a, Wtl). Er bestaat geen wettelijke plicht om bij een demente patiënt de actuele stervenswens te onderzoeken in relatie tot het ‘uitdrukkelijk en ernstig verlangen’. Ook in het kader van de beoordeling van een beroep op de bijzondere strafuitsluitingsgrond bestaat juridisch geen plicht om bij een demente patiënt de actuele stervenswens te onderzoeken, al schrijven medische richtlijnen dat voor.

F eiten

Op 22 april 2016 paste een specialist ouderengeneeskunde euthanasie toe op een demente patiënte. Deze patiënte had, nadat bij haar in oktober 2012 de diagnose van dementie, type Alzheimer was gesteld, een schriftelijk (NVVE-)euthanasieverzoek, met een euthanasieverklaring, opgesteld. (*‘Ik wil gebruikmaken van het wettelijk recht om vrijwillige euthanasie op mij toe te passen, wanneer ik nog enigszins wilsbekwaam ben en niet meer in staat om thuis bij mijn man te wonen. Ik wil beslist niet geplaatst worden in een instelling voor demente bejaarden. Ik wil een menswaardig afscheid nemen van mijn dierbare naasten. Mijn moeder is 12 jaar dement verpleegd in een instelling voordat zij stierf, dus heb ik dit van dichtbij meegemaakt. Ik weet dus waar ik over praat. Dit wil ik beslist niet meemaken. Het heeft mij ernstig getraumatiseerd en heeft de hele familie veel verdriet gedaan. Vertrouwende dat tegen de tijd dat de kwaliteit van mijn leven in bovengenoemde situatie is terechtgekomen ik vrijwillig geëuthanaseerd mag worden.’*)

In januari 2015 heeft zij een herziene euthanasieverklaring opgesteld, inhoudende dat zij bij vergevorderde dementie beslist niet in een verpleeghuis wilde worden opgenomen. (*‘(...) Ik wil gebruikmaken van het wettelijk recht om euthanasie op mij toe te passen, wanneer ik daar zelf de tijd voor rijp acht. Ik wil beslist niet geplaatst worden in een instelling voor demente bejaarden. Ik*

wil tijdig een menswaardig afscheid nemen van mijn dierbare naasten. Mijn moeder is indertijd 12 jaar verpleegd in een instelling voordat zij stierf, dus heb ik dit proces van dichtbij meegemaakt. Ik weet dus waar ik over praat. Dit wil ik beslist niet meemaken, het heeft mij ernstig getraumatiseerd en heeft de hele familie veel verdriet gedaan. Vertrouwende, tegen de tijd dat de kwaliteit van mijn leven zodanig slecht is geworden, dat ik op mijn verzoek euthanasie zal worden toegepast. (...)'

Over de dementieclausules heeft de patiënte regelmatig met haar huisarts en geriater gesproken. Beiden waren van oordeel dat de patiënte wilsbekwaam was toen zij de euthanasieverklaring en dementieclausules tekende. Ook met haar dochter en haar echtgenoot besprak zij vaak en jarenlang haar euthanasiewens. Toen de patiënte halverwege 2015 erg achteruitging stelde de huisarts vast dat zij niet meer wist wat euthanasie betekende; zij was toen wilsonbekwaam.

Toen ze begin 2016 in het verpleeghuis werd opgenomen, onderzocht de specialist ouderengeneeskunde of op basis van de door de patiënte afgegeven wilsverklaring euthanasie kon worden toegepast. Daartoe werd het medisch dossier doorgenomen en gesproken met huisarts, echtgenoot en dochter. Ook werd overlegd met het behandelteam in het verpleeghuis, de psycholoog en een consulent van de levenseindekliniek. Ook had de arts contact met de patiënte, voerde met haar gesprekken en observeerde de specialist ouderengeneeskunde haar meermalen en ook langdurig. Met toestemming van de familie maakte opnamen van de patiënte werden eveneens door de specialisten gezien. Daaruit kwam het beeld naar voren van een diep demente, wilsonbekwame patiënte; de patiënte had een enorme ontluistering van haar persoon doorgemaakt en maakte die nog steeds door. Er waren geen medicijnen om haar toestand wat te verlichten.

De specialist ouderengeneeskunde won daarnaast het advies in van een psychiater, tevens SCEN-arts en een SCEN-arts, tevens internist. Na onderzoek oordeelde dezen dat het euthanasieverzoek van de patiënte aan alle wettelijke eisen voldeed. Vervolgens is euthanasie toegepast en heeft de specialist ouderengeneeskunde dat ook aan de lijkschouwer gemeld.

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg oordeelde dat de specialist ouderengeneeskunde niet aan alle zorgvuldigheidseisen van de Euthanasiewet had voldaan en aan haar werd de maatregel van waarschuwing opgelegd.

De specialist ouderengeneeskunde werd vervolgd voor het feit zij op of omstreeks 22 april 2016 te Den Haag (als specialist ouderengeneeskunde) opzettelijk het leven van de patiënte op haar uitdrukkelijk en ernstig verlangen heeft beëindigd door toediening van euthanatica. Subsidiair, dat zij (als specialist ouderengeneeskunde) de patiënte opzettelijk en al dan niet met voorbedachten rade van het leven heeft beroofd door toediening van euthanatica.

O ordeel

I. Niet-ontvankelijkheid

Het door de verdediging gedane beroep op niet-ontvankelijkheid van het OM, bestaande uit schending van het verbod van willekeur, c.q. het feit dat de vervolging geen redelijk strafrechtelijk doel meer diende en de belangen van de verdachte in ernstige mate zou schaden, wordt door de rechtbank verworpen. Een dergelijke vervolgingsbeslissing leent zich slechts in zeer beperkte mate voor een inhoudelijke rechterlijke toetsing in die zin dat slechts in uitzonderlijke gevallen plaats is voor een niet-ontvankelijkverklaring van het OM in de vervolging op de grond dat het instellen of voortzetten van die vervolging onverenigbaar is met de wet, een verdrag of beginselen van een goede procesorde, waaronder ook het verbod op willekeur en het beginsel van een redelijke en billijke belangenafweging.

Van schending van willekeur, dat het OM de ene verdachte wel en de andere niet vervolgt, hoewel deze verdachten in een sterk vergelijkbare positie verkeren, is geen sprake. Van een onredelijke en onbillijke belangenafweging evenmin. Alleen als de rechter meent dat geen redelijk handelend lid van het OM heeft kunnen oordelen dat met (voortzetting van) de vervolging enig door strafrechtelijke handhaving beschermd belang kan zijn gediend, zou het OM niet-ontvankelijk kunnen worden verklaard, maar die omstandigheden doen zich echter niet voor. Zo legde het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg aan de specialist ouderengeneeskunde op 19 maart 2019 een waarschuwing op, waarbij werd overwogen dat de specialist ouderengeneeskunde niet had voldaan aan de zorgvuldigheidseisen van artikel 2, eerste lid, aanhef en onder a en f, van de Wtl. Nu een tuchtrechtelijke veroordeling ook aan strafrechtelijke vervolging niet in de weg staat, en het bij de tuchtrechtelijke toets gaat om het overtreden van (medische) normen, gekoppeld aan het professionele handelen van de verdachte in het kader van haar BIG-registratie, terwijl het in de strafzaak gaat om belangrijke juridische aspecten, die juist bij uitstek aan de strafrechter ter beoordeling staan, is het OM ontvankelijk. Bovendien is in de tuchtprocedure de vraag, die in de strafzaak juist aan de orde is, namelijk of op de arts de plicht rust tot verificatie van de actuele levens- of stervenswens bij een wilsonbekwame, diep demente patiënte, niet aan de orde geweest.

II. Bewezenverklaring: ‘uitdrukkelijk en ernstig verlangen’ (art. 293 Sr) en ‘vrijwillig en weloverwogen verzoek’ (art. 2 Wtl)

Het OM rekwireerde tot vrijspraak voor het primair ten laste gelegde (euthanasie) en tot een veroordeling ter zake het subsidair ten laste gelegde (moord) met toepassing van artikel 9a Sr. De verdediging meende dat een bewezenverklaring ter zake euthanasie diende te volgen.

De rechtbank concludeert dat de patiënte ten tijde van het opstellen van het

euthanasieverzoek en de dementieclausules van 2012 en 2015 wilsbekwaam was en dat haar wens serieus, weloverwogen en duurzaam was. Zij heeft deze ook nimmer herroepen. Zij wenste ondubbelzinnig euthanasie bij opname in een verpleeghuis wegens vergevorderde dementie en heeft ondubbelzinnig haar regie over het moment van euthanasie bij een opname uit handen willen geven aan een arts. De uitleg dat zij alleen euthanasie wilde zolang zij dat moment zelf nog kon bepalen, zou haar schriftelijke wilsverklaring van elke betekenis ontdoen en deze alleen tot een aankondiging maken van een verzoek op een later moment. Dat was nu juist niet de bedoeling van patiënte.

De vraag rijst vervolgens of de begrippen ‘uitdrukkelijk en ernstig verlangen’ in artikel 293, eerste lid Sr en het begrip ‘vrijwillig en weloverwogen verzoek’, dat als eerste zorgvuldigheidseis in artikel 2, eerste lid, onder a, Wtl is opgenomen, identiek zijn en samenvallen. De rechtbank beantwoordt deze vragen ontkennend.

Met artikel 293 Sr heeft de wetgever beoogd een persoon die voldoet aan iemands uitdrukkelijk en ernstig verlangen om hem van het leven te beroven aanmerkelijk lichter te straffen dan de schuldige aan gewone moord. Dit artikel is van toepassing op iedereen en niet op alleen op artsen. Artikel 293 lid 2 Sr bevat een bijzondere strafuitsluitingsgrond voor artsen, als zij voldoen aan de zorgvuldigheidseisen als bedoeld in artikel 2 van de Wtl. Bij de wetswijziging in 2001 is in lid 1 alleen het woord ‘levensberoving’ gewijzigd in ‘levensbeëindiging’ en is de term ‘uitdrukkelijk en ernstig verlangen’ ongewijzigd gebleven. Bij het zorgvuldigheidsvereiste van artikel 2, eerste lid, onder a van de Wtl is gekozen voor de bewoordingen: ‘vrijwillig en weloverwogen verzoek’. Volgens de rechtbank gaat het bij ‘uitdrukkelijk en ernstig verlangen’ (293 Sr) en ‘vrijwillig en weloverwogen verzoek’ (art. 2 Wtl) dan ook om verschillende begrippen met verschillende toetsingscriteria. Wil een arts (na een bewezenverklaring) een geslaagd beroep kunnen doen op de bijzondere strafuitsluitingsgrond, dan dient hij te voldoen aan een aantal zorgvuldigheidseisen. Eerst moet bewezen verklaard worden dat sprake is van levensbeëindiging op uitdrukkelijk en ernstig verlangen; daarna komt de strafuitsluitingsgrond (voldoen aan de zorgvuldigheidseisen) aan de orde. Deze zorgvuldigheidseisen maken geen onderdeel uit van de delictsomschrijving.

III. Verificatie van de actuele levens- of stervenswens

Ook rijst de vraag of de zorgvuldigheidseis van artikel 2, eerste lid, onder a, Wtl met zich brengt dat een schriftelijke wilsverklaring nog steeds geverifieerd moet worden, zolang een wilsonbekwame patiënt nog in staat is om een concrete (coherente) levens- of stervenswens

kenbaar te maken.

Uit de wetsgeschiedenis noch de jurisprudentie volgt dat verificatie van de actuele levens- of stervenswens bij een wilsonbekwame, diep demente patiënt onderdeel zou uitmaken van de toets of sprake is van 'uitdrukkelijk en ernstig verlangen'. Nog daargelaten dat de wet voor de toets of sprake is van een 'uitdrukkelijk en ernstig verlangen' geen juridische plicht kent de actuele levens- of stervenswens van een wilsonbekwame, diep demente patiënt te verifiëren komt het de rechtbank ook niet betekenisvol en daarmee niet noodzakelijk voor dit te doen. Gelet daarop komt de rechtbank tot het oordeel dat voldaan is aan de criteria die blijkens de wetgeschiedenis, de juridische literatuur en de jurisprudentie worden gesteld aan 'uitdrukkelijk en ernstig verlangen'. Daarmee komt de rechtbank tot een bewezenverklaring.

IV. Beroep op bijzondere strafuitsluitingsgrond: voldaan aan de zorgvuldigheidseisen?

Vervolgens komt de vraag aan de orde of de specialist een beroep kan doen op de bijzondere strafuitsluitingsgrond voor artsen zoals genoemd in artikel 293, tweede lid, Sr en of zij heeft gehandeld overeenkomstig de in artikel 2, eerste lid, van de Wtl geformuleerde zorgvuldigheidseisen. Die vraag wordt bevestigend beantwoord.

Levens- of stervenswens

Op grond van artikel 2, tweede lid, van de Wtl kan een arts, indien een patiënt niet langer in staat is zijn wil te uiten, maar voordat hij in die staat geraakte tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake in staat werd geacht, en een schriftelijke verklaring inhoudende een verzoek om levensbeëindiging heeft afgelegd, aan dit verzoek gevolg geven. Hierbij zijn de zorgvuldigheidseisen van artikel 2, eerste lid, van de Wtl van overeenkomstige toepassing.

De rechtbank oordeelt dat de specialist ouderengeneeskunde terecht de overtuiging heeft gekregen dat het euthanasieverzoek vrijwillig en weloverwogen is geuit toen patiënte nog tot een redelijke waardering van haar belangen ter zake in staat werd geacht. Volgens de wetsgeschiedenis moet bij wilsonbekwaamheid en diepe dementie van een patiënt de overtuiging zijn gebaseerd op een eigen beoordeling van het medisch dossier en de concrete situatie van de patiënt, overleg met andere hulpverleners die met de patiënt een behandelrelatie hebben of hadden en overleg met familie en naasten, nu mondelinge verificatie van zijn wensen en lijden niet mogelijk is.

Gelet op de diep demente toestand van de patiënte rustte op de specialist

ouderengeneeskunde niet de plicht te informeren naar een actuele levens- of stervenswens van de patiënte. Daarmee wordt een eis gesteld die de wet niet kent. De specifieke positie van de wilsonbekwame patiënt brengt met zich dat mondelinge verificatie van zijn wens en zijn lijden niet mogelijk is. Met die eis zou afbreuk worden gedaan aan de wilsverklaring, die nu juist bedoeld is voor de situatie dat degene die de wilsverklaring heeft afgegeven in een situatie van ondraaglijk en uitzichtloos lijden zal geraken en niet langer in staat is zijn wil te uiten. Ook de wetsgeschiedenis dwingt hiertoe niet.

Patiënte verkeerde, zoals al eerder aangegeven, in een diep demente toestand, had geen enkel ziektebesef meer en kon haar wil niet meer coherent (in de betekenis van Van Dale: helder en samenhangend) kenbaar maken. Coherent is dan ook – anders dan de officier van justitie betoogt – niet hetzelfde als concreet. Ingevolge de Wtl kan een wilsonbekwaam persoon geen rechtsgeldig euthanasieverzoek doen. Van een weloverwogen verzoek kan dan immers geen sprake zijn. Het zou naar het oordeel van de rechtbank in strijd zijn met de strekking van de Wtl dat een eenmaal wilsonbekwaam geworden persoon wel in staat zou zijn een eerder door hem of haar gedaan rechtsgeldig euthanasieverzoek te herroepen.

De richtlijnen in de medische wereld, waarbij het standpunt wordt ingenomen dat de behandelend arts ook bij wilsonbekwamen nog wel moet proberen het standpunt van de patiënt over diens actuele euthanasiewens te verifiëren, zijn echter strenger dan de wet. Hoewel het vanuit een oogpunt van medische zorgvuldigheid mogelijk aanbeveling verdient om zelfs met een persoon die daar de portee absoluut niet meer van kan inzien, te spreken over de actualiteit van zijn jaren geleden aangegeven en sedertdien regelmatig geactualiseerde stervenswens, ziet de rechtbank daarvan echter de noodzaak niet, laat staan dat daartoe een juridische plicht bestaat.

Uitzichtloos en ondraaglijk lijden?

Ook aan deze eis is voldaan.

Hoewel dementie, al dan niet in de vorm van de ziekte van Alzheimer, op zichzelf geen reden is voor levensbeëindiging op verzoek, is de vraag of bij dementie feitelijk sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden een medisch-professioneel oordeel, dat is voorbehouden aan de arts, en slechts marginaal kan worden getoetst.

In dit geval is de arts op basis van het euthanasieverzoek en de dementieclausules, de

gesprekken met de echtgenoot en de dochter, haar eigen observaties van de patiënte, de beelden en de bevindingen van het behandelteam en de bevindingen van de consulent van de levenseindekliniek tot de conclusie gekomen dat de patiënte uitzichtloos en ondraaglijk leed. De door haar geraadpleegde SCEN-artsen deelden het oordeel van de verdachte op dit punt. De rechtbank merkt volledigheidshalve op dat het oordeel van de verdachte ook werd gedeeld door de Regionale Toetsingscommissie Euthanasie en de tuchtcolleges bij wie zij zich heeft moeten verantwoorden. De rechtbank kan slechts marginaal toetsen en vindt dat het professioneel oordeel van de verdachte op zorgvuldige wijze tot stand is gekomen.

Patiënte voldoende voorgelicht over de situatie en haar vooruitzichten? Deze voorwaarde moet worden gezien in het licht van hetgeen de feitelijke situatie toelaat. Aangezien de patiënte niet meer tot een redelijke waardering ter zake in staat was, heeft de specialist ouderengeneeskunde niet zelf de patiënte kunnen voorlichten over haar situatie en prognoses, maar heeft zij dat moeten vaststellen op basis van haar eigen beoordeling van het medisch dossier en de concrete situatie van de patiënte, overleg met andere hulpverleners die met de patiënte een behandelrelatie hebben of hadden en overleg met familie en naasten.

Ook aan deze zorgvuldigheidseis is voldaan.

Geen redelijke andere oplossing?

Ook deze voorwaarde moet worden gezien in het licht van wat de feitelijke situatie toelaat. De arts heeft terecht deze overtuiging kunnen krijgen. Zij heeft geprobeerd met medicatie het lijden van de patiënte te verlichten. Dit bood echter geen soelaas. Psychosociale interventies werkten evenmin. De geconsulteerde psychiater, tevens SCEN-arts, zag evenmin alternatieve behandelopties. De rechtbank is van oordeel dat aan deze zorgvuldigheidseis is voldaan.

Raadplegen van ten minste één onafhankelijk arts?

De specialist heeft een psychiater, die tevens SCEN-arts was en een SCEN-arts (internist) geconsulteerd. Deze beide artsen hebben de patiënte zelf gezien en hebben hun schriftelijk oordeel gegeven. Dat oordeel luidt dat voldaan is aan de wettelijke zorgvuldigheidseisen voor euthanasie. Daarmee is ook aan deze eis voldaan.

Medisch zorgvuldige uitvoering?

De arts was op de hoogte van de toen geldende richtlijnen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (hierna ook: KNMP) betreffende een zorgvuldige uitvoering en heeft de wijze van uitvoering besproken met de familie van de patiënte, overleg gehad met een apotheker over de dosering van de premedicatie en heeft de sedatieprocedure besproken met de SCEN-arts (internist). Het gebruik van premedicatie maakt de uitvoering van de euthanasie niet onzorgvuldig. De rechtbank ziet ook niet in waarom de arts met deze wilsonbekwame en diep demente patiënte had moeten overleggen over het moment dat en de wijze waarop de euthanasie zou worden uitgevoerd. Een dergelijk gesprek zou niet alleen zinloos zijn, omdat bij de patiënte het begrip over deze onderwerpen ontbrak, maar zou mogelijk ook nog grotere agitatie en onrust hebben veroorzaakt. De fysieke en verbale reacties die de patiënte vertoonde bij het uitvoeren van de euthanasie betreffen volgens de deskundige reflexmatige reacties die niet tot het bewustzijn van de patiënte doordrongen. De rechtbank is van oordeel dat de euthanasie zorgvuldig is uitgevoerd.

Gelet op al het vorenstaande komt de rechtbank tot een ontslag van alle rechtsvervolgning.

mr. J.F.M. Wasser

Instantie: Rechtbank Den Haag

Datum uitspraak: 11-09-2019

ECLI: ECLI:NL:RBDHA:2019:9506

Zaaknummer: 09/837356-18

Rechters: M.T. Renckens, G.P. Verbeek en W.G. de Boer

Advocaten: R.J. van Eenennaam en mr. A.C. de Die

Wetsartikelen: 293 Sr en 2 Wtl

RECHTSPRAAK

X/Y

De rechtbank oordeelt dat de overschrijding van een in de zorginkoop-overeenkomst opgenomen omzetplafond verwijtbaar is overschreden. De zorgaanbieder dient de declaraties die zijn vergoed en die het omzetplafond overstijgen terug te betalen.

Feiten Zorgaanbieder is werkzaam als psychiater en verleent via haar praktijk geestelijke gezondheidszorg als omschreven in de Zorgverzekeringswet. Zorgverzekeraar heeft met zorgaanbieder voor de jaren 2015, 2016 en 2017 een zorginkoop-overeenkomst voor GGZ gesloten. Deze overeenkomsten bevatten een omzetplafond. Dit plafond betreft het maximale bedrag dat gedurende het desbetreffende jaar door zorgaanbieder bij zorgverzekeraar mag worden gedeclareerd ter zake van aan bij zorgverzekeraar verzekerden verleende zorg.

Voor zorgaanbieder gold voor het jaar 2015 een omzetplafond van aanvankelijk € 85.497,83. Zorgverzekeraar heeft dit omzetplafond op verzoek van zorgaanbieder een aantal keer verhoogd. In verband met de verhoging van het omzetplafond tot het bedrag van € 125.773,20 is door partijen op 7 september 2015 een gewijzigde zorginkoop-overeenkomst ondertekend. Op 22 juni 2018 heeft zorgverzekeraar aan zorgaanbieder de eindafrekening over het jaar 2015 toegezonden. Hieruit volgt dat zorgaanbieder in 2015 een bedrag van € 175.015 aan zorgkosten bij zorgverzekeraar heeft gedeclareerd en dat zorgaanbieder van dit door zorgverzekeraar uitgekeerde bedrag binnen dertig dagen een bedrag van € 49.242 dient terug te betalen. Zorgverzekeraar heeft zorgaanbieder erop gewezen dat laatstgenoemd bedrag bij het uitblijven van een betaling zal worden verrekend met nog te betalen declaraties. Zorgaanbieder stelt dat van een verwijtbare overschrijding van het omzetplafond geen sprake is, nu op zorgaanbieder de verplichting rust om haar patiënten te behandelen als hiervoor niet direct een alternatief aanwezig is. Daarnaast wijst zorgaanbieder zorgverzekeraar op haar verplichting uit hoofde van de Zorgverzekeringswet om haar verzekerden alle benodigde zorg te verstrekken, welke verplichting volgens haar met het hanteren van het omzetplafond wordt geschonden doordat patiënten nodeloos op wachtlijsten worden geplaatst, terwijl voor hen psychiatrische hulp voorhanden is. Zorgaanbieder doet een beroep op opschorting voor wat betreft de vermeende terugbetalingsverplichting over de jaren 2015, 2016 en 2017. Daarbij heeft zorgaanbieder

verzocht om inmiddels verrekenende declaraties alsnog aan haar uit te betalen.

Na latere intrekking van het kort geding door zorgaanbieder vordert zorgverzekeraar in reconventie veroordeling van zorgaanbieder tot betaling van het teveel aan zorgkosten gedeclareerde en betaald gekregen bedrag van € 49.242.

Oordeel

Uitgangspunt is de tussen partijen voor het jaar 2015 gesloten zorginkoop-overeenkomst. In deze overeenkomst is uitdrukkelijk bepaald dat declaraties boven het omzetplafond niet voor vergoeding in aanmerking komen. Krachtens de zorginkoop-overeenkomst komt aan zorgverzekeraar in beginsel de bevoegdheid toe om het boven het omzetplafond uitgekeerde bedrag van zorgaanbieder terug te vorderen dan wel dit bedrag te verrekenen met nadien door zorgaanbieder ingediende declaraties.

Vooropgesteld wordt dat het hanteren van een omzetplafond door een verzekeraar in de zorgverzekeringsbranche zeer gebruikelijk is en als zodanig niet strijdig is met de Zvw dan wel enige andere wettelijke bepaling. Meer in het bijzonder is van de gestelde strijd met artikel 13 Zvw geen sprake. Dit artikel waarborgt de aanspraak van een verzekerde met een natura- of combinatiepolis op een door de zorgverzekeraar te bepalen vergoeding voor door hem betrokken zorg van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Dat zorgverzekeraar deze aanspraak jegens zijn verzekerden niet honoreert, is echter gesteld noch gebleken. Daarbij komt dat het recht op vrije artskeuze een aan de verzekerde toekomend recht betreft en in de gegeven omstandigheden niet valt in te zien waarom in deze procedure ook aan zorgaanbieder een beroep op dit recht zou moeten toekomen. Het ter discussie gestelde omzetplafond is onder meer bedoeld om tot een spreiding te komen van de zorgbehoefte van verzekerden over de gecontracteerde zorgaanbieders en de zorgkosten in de hand te houden.

Op zorgaanbieder rust geen verplichting om een behandelovereenkomst aan te gaan met (een naar haar doorverwezen) patiënt. Zorgaanbieder bepaalt daarmee dus zelf hoeveel patiënten zij jaarlijks aanneemt. De zorginkoop-overeenkomst bepaalt in lijn met dit uitgangspunt dat het aan zorgaanbieder is om het overeengekomen omzetplafond te bewaken en een dreigende overschrijding hiervan aan zorgverzekeraar te melden, al dan niet in combinatie met het verzoek om verhoging van het omzetplafond. Zorgaanbieder heeft dit na de verhoging van het omzetplafond tot het bedrag van € 125.773,20 niet meer gedaan en evenmin heeft zij melding gemaakt van een dreigende overschrijding van dit omzetplafond.

Uit de door zorgaanbieder ingediende declaraties valt op te maken dat zij, ook nadat zij aan zorgverzekeraar een patiëntenstop had bevestigd, nog nieuwe patiënten heeft aangenomen. Daarmee heeft zorgaanbieder zorgverzekeraar de mogelijkheid ontnomen om deze nieuwe

patiënten te bemiddelen naar een andere door haar gecontracteerde zorgaanbieder in de desbetreffende regio en heeft zij zodoende zelf in de hand gewerkt dat het overeengekomen omzetplafond werd overschreden. Dat deze nieuwe patiënten zorg behoeften die uitsluitend door haar kon worden geleverd, is in het geheel niet aannemelijk gemaakt. Evenmin is door zorgaanbieder aannemelijk gemaakt dat deze patiënten de door hen benodigde zorg niet binnen een redelijke termijn via een andere door zorgverzekeraar gecontracteerde zorgaanbieder hadden kunnen verkrijgen.

In haar stelling dat de zorgbehoefte van door haar aangenomen patiënten niet op voorhand door haar kon worden ingeschat, kan zorgaanbieder evenmin worden gevolgd. Zorgaanbieder moet immers aan de hand van de door haar vast te stellen behandelplannen en de haar bekende door zorgverzekeraar gehanteerde vergoedbare tarieven, voldoende in staat worden geacht om voorafgaand aan het starten van de behandeling een realistische inschatting te kunnen maken van de zorgbehoefte van haar patiënten. Hierdoor is zorgaanbieder in staat de krachtens de zorginkoop-overeenkomst maximaal door haar te verlenen zorg gelijkmatig over het desbetreffende jaar te verdelen.

De aan de orde zijnde overschrijding van het omzetplafond is niet door zorgverzekeraar goedgekeurd en is volgens de voorzieningenrechter kennelijk het gevolg van een bewuste keuze van zorgaanbieder om het overeengekomen omzetplafond te negeren uit onvrede over de beperkingen die dit plafond in haar beleving voor haar praktijkvoering heeft. Zorgaanbieder handelt daarmee zonder meer in strijd met de door haar uit vrije wil met zorgverzekeraar gesloten zorginkoop-overeenkomst. Onder die omstandigheden kan niet worden geconcludeerd dat zorgverzekeraar naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid jegens zorgaanbieder geen beroep op het omzetplafond toekomt. Aldus valt met een grote mate van waarschijnlijkheid te verwachten dat de bodemrechter de vordering van zorgverzekeraar tot terugbetaling door zorgaanbieder van een bedrag van € 47.004,67 zal toewijzen. Nu zorgverzekeraar daarnaast voldoende aannemelijk heeft gemaakt dat hij een voldoende spoedeisend belang heeft bij zijn vordering aangezien zorgaanbieder geen declaraties meer indient waarmee zorgverzekeraar het verschuldigde bedrag kan verrekenen en zorgaanbieder naar eigen zeggen in betalingsproblemen verkeert, is deze vordering in kort geding toewijsbaar en veroordeelt de rechtbank zorgaanbieder tot terugbetaling van een bedrag van € 47.004,67.

mr. B. Wallage

Instantie: Rechtbank Den Haag

Datum uitspraak: 01-04-2019

ECLI: ECLI:NL:RBDHA:2019:7545

Zaaknummer: C-09-566148-KG ZA 19-22

Advocaten: E.A.C. Nijhof-Top en J. Ekelmans

Wetsartikelen: 13 Zvw

RECHTSPRAAK

X/Y

Weigering zorgkantoor om met zorgaanbieder overeenkomst te sluiten voor het verlenen van zorg onder de Wlz. Zorgaanbieder heeft onvoldoende aangevoerd om die weigering als onjuist te bestempelen; de zorgaanbieder voldeed niet aan de eisen.

Feiten Eiser in kort geding is een toegelaten zorgaanbieder onder de Wlz die zich onder meer bezig houdt met persoonlijke verzorging, begeleiding en verpleging. Gedaagde is het zorgkantoor dat is gemachtigd door Wlz-uitvoerders om overeenkomsten te sluiten met zorgaanbieders voor het verlenen van zorg aan verzekerden die aanspraak maken op zorg onder de Wlz. Zorgkantoren hanteren een landelijk inkoopkader, aangevuld met regionale inkoopdocumenten, waarin de voor de totstandkoming van een overeenkomst met een zorgaanbieder geldende regels zijn opgenomen. In het landelijk inkoopkader Wlz 2018-2020 is onder meer opgenomen dat wanneer zorgaanbieders hun zorg grotendeels doorcontracteren via onderaanneming de richtlijn is dat ten minste twee derde van de verwachte gecontracteerde zorg door de zorgaanbieder zelf geleverd wordt. Zorgaanbieder liet op 1 juni 2017 de Wlz-zorg volledig door zzp'ers uitvoeren. Het zorgkantoor is daarom met hem in gesprek gegaan wat ertoe heeft geleid dat er een overeenkomst is gesloten tussen beide partijen met de voorwaarde dat de zorgaanbieder aantoonbaar voldoende stappen zet om te gaan voldoen aan het vereiste dat de zorg grotendeels zelf geleverd moet worden. Als de zorgaanbieder op 1 augustus 2018 niet aan het genoemde vereiste voldoet dan wel niet aantoonbaar voldoende concrete stappen gezet heeft om aannemelijk te maken dat uiterlijk eind 2018 aan het vereiste voldaan wordt zal het zorgkantoor maatregelen nemen om de cliënten bij de zorgaanbieder door te bemiddelen naar zorgaanbieders die wél aan het genoemde vereiste voldoen. Daarnaast mogen tot het moment dat de zorgaanbieder aantoonbaar voldoet aan het genoemde vereiste geen nieuwe cliënten in zorg worden genomen. Als de zorgaanbieder aan kan tonen aan dit vereiste te voldoen wordt de cliëntenstop opgeheven.

Zorgaanbieder heeft op 27 juli 2018 bij het zorgkantoor een inschrijfformulier ingediend om in aanmerking te worden gebracht voor een overeenkomst voor het bieden van Wlz-zorg voor de

jaren 2019-2020. In de bestuursverklaring heeft zorgaanbieder gemeld dat er wijzigingen hebben plaatsgevonden in het register van de Kamer van Koophandel ten opzichte van de inschrijving voor 2018. Daarbij heeft hij een uittreksel uit het handelsregister ingediend d.d. 8 maart 2018, waarin is opgenomen dat er twee toezichthouders zijn ingeschreven. Zorgaanbieder heeft tevens verklaard vanaf de datum van inschrijving te voldoen aan de verder in het formulier geformuleerde eisen en dat gedurende de looptijd van de overeenkomst te blijven doen. Daarbij verklaart zorgaanbieder wat betreft de eisen van bekwaamheid vanaf de datum van inschrijving te voldoen aan de eis dat hij beschikt over een meervoudig samengesteld toezichthoudend orgaan dat is vastgelegd in de statuten en het handelsregister. Ten slotte heeft hij gemeld dat hij voornemens is in 2019 voor een derde deel te werken met onderaannemers.

Bij brief van 12 september 2018 heeft het zorgkantoor aan zorgaanbieder bericht dat het heeft vastgesteld dat bij de inschrijving een uittreksel uit het handelsregister is overlegd dat stelt dat zorgaanbieder een raad van commissarissen heeft die uit twee leden bestaat. Ten tijde van de inschrijving was de samenstelling echter gewijzigd waardoor het toezichthoudend orgaan bestond uit één lid en daarmee niet voldeed aan de eis dat het toezichthoudend orgaan meervoudig dient te zijn.

Het zorgkantoor stelt zich niet aan de indruk te kunnen onttrekken dat welbewust een verkeerde indruk is gewekt, mede doordat op de website van zorgaanbieder is aangegeven dat er een vacature is voor een functie in de raad van commissarissen. Zorgaanbieder heeft het zorgkantoor voorafgaand hieraan niet op de hoogte gebracht van de ontstane situatie, terwijl dit op grond van de overeenkomst wel gesteld wordt. Daarnaast is het zorgkantoor, na overleg met zorgaanbieder, er niet van overtuigd dat hij voldoet aan de bepaling ten aanzien van het vereiste dat de zorg grotendeels zelf geleverd moet worden, zoals in de overeenkomst is vastgelegd. Op basis hiervan stelt het zorgkantoor dat zorgaanbieder niet in aanmerking komt voor een overeenkomst voor 2019. Zorgaanbieder stelt dat hij voldoet aan de voorwaarden die gelden op grond van de inkoopvoorwaarden ten aanzien van het toezichthoudend orgaan en ten aanzien van onderaanneming en dat hij daarom recht heeft op een overeenkomst voor 2019-2020.

Oordeel

Bij een inkoopprocedure als hier aan de orde wordt de (pre)contractuele verhouding tussen de inkoper en de inschrijver beheerst door de redelijkheid en billijkheid. De punten van geschil tussen partijen vergen uitleg van de desbetreffende voorwaarden. Zorgaanbieder betoogt dat hij aan de gestelde voorwaarde heeft voldaan omdat in zijn statuten is opgenomen dat hij een meervoudig samengestelde raad van commissarissen heeft. Hij behoefde niet te begrijpen dat

hij als gevolg van de tijdelijke situatie dat hij maar een commissaris had niet aan de eis voldeed.

De voorzieningenrechter is van oordeel dat een behoorlijk geïnformeerde en normaal oplettende inschrijver moest begrijpen dat de voorwaarde inhoudt dat een zorgaanbieder ten tijde van de inschrijving dient te beschikken over een toezichthoudend orgaan dat uit ten minste twee personen bestaat en dat hij gedurende de looptijd van een overeenkomst aan deze voorwaarde dient te blijven voldoen. De bewoordingen van de voorwaarde zijn op zichzelf al duidelijk: men dient te beschikken over een meervoudig samengesteld toezichthoudend orgaan. Dat geeft een feitelijke situatie weer. De Governancecode waaraan deze voorwaarde (mede) is ontleend en die bij zorgaanbieder bekend is, beschrijft het belang van een toezichthoudend orgaan waarin toezichthouders zich ten opzichte van elkaar kritisch kunnen verstaan. Dat is feitelijk niet mogelijk wanneer er maar een toezichthouder is. Zorgaanbieder heeft daarnaast door de inschrijving verklaard akkoord te gaan met alle daartoe gestelde voorwaarden. Op grond van het gelijkheidsbeginsel dient het zorgkantoor die voorwaarde voor alle inschrijvers op gelijke wijze toe te passen.

Wat betreft de voorwaarde voor onderaannemers geldt het volgende. Het is niet toegestaan grotendeels zorg niet zelf te verlenen. Het woord 'grotendeels' betekent: voor het grootste gedeelte. Het zorgkantoor beoogt die betekenis nader te concretiseren door een richtlijn te noemen. De woorden 'richtlijn' bezien in samenhang met voormelde tekst van het inkoopdocument maken dat de richtlijn hier niet als een zacht uitgangspunt of streefgetal is te verstaan maar als een stringente voorwaarde: ten minste twee derde deel van de zorg dient door de zorgaanbieder zelf te worden verleend. Wanneer aan deze voorwaarde, op deze wijze uitgelegd, gedurende de looptijd van de overeenkomst niet meer wordt voldaan, wordt een gesprek gehouden waarbij afspraken worden gemaakt om weer wel aan de voorwaarde te voldoen. Voor zorgaanbieder is dit vormgegeven in de overeenkomst voor 2018 waarin het zorgkantoor een voorwaarde heeft gesteld, die zorgaanbieder heeft aanvaard. Ten tijde van de inschrijving dient zorgaanbieder aldus te voldoen aan de voorwaarde dat hij per 1 januari 2019 de te verlenen zorg voor twee derde deel zelf verleent.

Uit het vorenstaande volgt dat zorgaanbieder de weigering van het zorgkantoor om met hem een Wlz-overeenkomst voor 2019-2020 te sluiten niet met toereikende gronden heeft aangevochten. De vorderingen worden afgewezen.

mr. B. Wallage

Instantie: Rechtbank Zeeland-West-Brabant

Datum uitspraak: 09-11-2018

ECLI: ECLI:NL:RBZWB:2018:7334

Zaaknummer: C/02/350004 / KG ZA 18-594

Advocaten: K. van Berloo en A.J.H.W. M Versteeg

RECHTSPRAAK

Clïente/Stichting GGZ Momentum

De zorgaanbieder heeft zonder toestemming en zonder medeweten van cliënte medische informatie gedeeld met de huisarts van cliënte en met behandelaren uit het multidisciplinair overleg die niet bij de directe behandelrelatie betrokken waren. Dit levert schending van de geheimhoudingsplicht op. Daarnaast is de klachtencommissie van de zorgaanbieder niet onafhankelijk omdat een van de leden uit die commissie werkzaam is bij de zorgaanbieder. Voor wat betreft de samenstelling van de klachtencommissie geldt dat een zorgaanbieder transparant moet zijn. Dat betekent dat uit de uitspraak van de klachtencommissie duidelijk moet blijken welke personen in de commissie zitting nemen en welke functie zij bekleden.

Feiten

Clïente heeft zich vanwege psychische klachten onder therapeutische behandeling gesteld bij de zorgaanbieder. Tijdens de behandeling heeft zij persoonlijke informatie over haar regiebehandelaar met haar psycholoog besproken. Clïente heeft gevraagd deze informatie niet met de desbetreffende behandelaar te delen maar dat is toch gebeurd. Ook heeft de psycholoog volgens cliënte informatie uit haar dossier zonder toestemming gedeeld met de huisarts en met behandelaren uit het multidisciplinair overleg die niet bij de behandelrelatie betrokken waren.

Deze klachten zijn door cliënte voorgelegd aan de klachtencommissie van de zorgaanbieder. De klachtencommissie heeft alleen de klacht over de informatiedeling met de regiebehandelaar gegrond verklaard. De overige klachten zijn niet behandeld. Clïente legt de kwestie vervolgens voor aan de Geschillencommissie Zorg Algemeen (hierna: 'de commissie'). Naast de hiervoor genoemde klachten klaagt cliënte ook over het feit dat een van de leden van de klachtencommissie werkzaam is bij de zorgaanbieder en dat daarmee de onafhankelijkheid in het geding is. Tot slot stelt cliënte dat de zorgaanbieder haar niet (tijdig) heeft geïnformeerd

over de genomen verbetermaatregelen.

Oordeel

De commissie oordeelt dat niet is gebleken dat cliënte op de hoogte was van het feit dat vertrouwelijke informatie met de huisarts en behandelaren uit het multidisciplinair overleg zou worden gedeeld, laat staan dat ze daarvoor toestemming heeft gegeven.

De commissie is verder van oordeel dat de klachtencommissie niet voldoende onafhankelijk is samengesteld omdat een van de leden bij de zorgaanbieder werkt. Daar komt bij dat uit de uitspraak van de klachtencommissie duidelijk moet blijken welke personen in de klachtencommissie zitting nemen en welke functie zij bekleden, maar daarover wordt in de uitspraak niets gezegd.

Tot slot overweegt de commissie dat de zorgaanbieder heeft nagelaten cliënte binnen één maand schriftelijk te informeren over eventuele verbetermaatregelen die hij heeft genomen.

Nu de klachten gegrond worden verklaard, ziet de commissie aanleiding om te bepalen dat de zorgaanbieder het klachtengeld ad € 52,50 aan cliënte dient te vergoeden.

mr. V.M.A. Vos

Instantie: Geschillencommissie Zorg Algemeen

Datum uitspraak: 07-06-2019

Zaaknummer: 122292

RECHTSPRAAK

X/Y***Onvoldoende motivering door de gemeente van toereikendheid van een persoonsgebonden budget. De vraag waar het om gaat is of de aanvrager de benodigde zorg in haar specifieke situatie met het persoonsgebonden budget daadwerkelijk kan bekostigen.***

Feiten Eiseres heeft ondersteuning in de vorm van een persoonsgebonden budget toegekend gekregen voor een maatwerkvoorziening beschermd wonen op grond van de Wmo 2015. Op basis van de Wmo-verordening geldt voor niet-gecontracteerde zorg of een daarmee te vergelijken zorgaanbieder een tarief van 75 procent ten opzichte van het door de gemeente gecontracteerde aanbod beschermd wonen. Eiseres is van mening dat de gemeente haar een pgb moet verstrekken tegen een tarief van honderd procent van het gecontracteerde aanbod. Zij voert daartoe aan dat de door haar gekozen niet-gecontracteerde zorgaanbieder de gewenste adequate zorg levert.

Oordeel

De rechtbank stelt vast dat niet in geschil is welke zorg eiseres blijkens het onderliggende indicatiebesluit nodig heeft en dat de door haar gekozen zorgaanbieder in deze zorg kan voorzien. Verder benadrukt de rechtbank dat in artikel 2.3.5 lid 3 van de Wmo 2015 de beginselen van compensatie en maatwerk tot uitdrukking worden gebracht. Dit heeft tot gevolg dat de gemeente ervoor dient zorg te dragen dat eiseres met het aan haar toegekende pgb de zorg kan inkopen die zij volgens het indicatiebesluit nodig heeft. De rechtbank overweegt dat aan het besluit dat hier aan de orde is een nadere motivering ten grondslag dient te liggen, waaruit blijkt dat eiseres met het aan haar toegekende pgb de door haar benodigde zorg daadwerkelijk kan bekostigen. De rechtbank is van oordeel dat de gemeente het bestreden besluit in dit verband onvoldoende heeft gemotiveerd. De gemeente heeft verzuimd om concreet aan te geven bij welke instellingen eiseres met haar persoonsgebonden budget de indicatie die haar in het indicatiebesluit is toegekend, daadwerkelijk kan realiseren en op welke termijn dit kan gebeuren. Het door de gemeente enkel noemen van zorgaanbieders die personen met de indicatie zoals die van eiseres in theorie kunnen

huisvesten en behandelen, is daartoe onvoldoende. Daarmee blijft immers onduidelijk of eiseres daar met haar problematiek en het aan haar toegekende pgb ook daadwerkelijk terecht kan. Dit betekent naar het oordeel van de rechtbank dat verweerder niet de vereiste compensatie en maatwerk heeft geleverd. Dat verweerder ten aanzien van de desbetreffende zorgaanbieder een tarief van 75 procent hanteert, maakt dit niet anders, omdat dit feitelijk voor eiseres tot gevolg heeft dat zij met het aan haar toegekende pgb niet de zorg kan bekostigen die zij nodig heeft, terwijl van een adequaat alternatief niet is gebleken.

De rechtbank is van oordeel dat, indien zoals in het geval van eiseres wordt gekozen om een pgb toe te kennen, de gemeente gehouden is om te onderzoeken of het pgb daadwerkelijk toereikend is om in het individuele geval de goedkoopste adequate maatwerkvoorziening te bekostigen. Artikel 2.3.6 lid 1 van de Wmo 2015 bepaalt immers dat verweerder een pgb verstrekt dat de cliënt in staat stelt de diensten die tot de maatwerkvoorziening behoren van derden te betrekken. In het geval van eiseres dient verweerder naar het oordeel van de rechtbank te onderzoeken of eiseres daadwerkelijk (in haar specifieke situatie) voor het door verweerder toegekende pgb terecht kan bij een (al dan niet gecontracteerde) aanbieder die de door eiseres benodigde zorg kan leveren. Uit het voorgaande volgt dat het bestreden besluit in strijd is met artikel 7:12 lid 1 van de Algemene wet bestuursrecht, omdat een deugdelijke motivering ontbreekt.

mr. A.L.N. Luigies

Instantie: Rechtbank Noord-Nederland

Datum uitspraak: 03-09-2019

ECLI: ECLI:NL:RBNNE:2019:3825

Zaaknummer: AWB 18/1370

Advocaten: L.R.J. Folkers en R. Miltenburg

Wetsartikelen: 2.3.1 Wmo 2015, 2.3.5 Wmo 2015, 2.3.6 Wmo 2015 en 7:1 lid 1 Awb

RECHTSPRAAK

Regenboog/Zilveren Kruis

Een zorgverzekeraar komt contractsvrijheid toe en mag de reikwijdte daarvan bepalen door middel van de polisvoorwaarden. Het betekent echter niet dat een zorgverzekeraar de belangen van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder geheel mag verwaarlozen. Onder omstandigheden moet de zorgverzekeraar met de niet-gecontracteerde naar een oplossing zoeken.

Feiten

Regenboog bestaat uit een aantal apotheken en is gespecialiseerd in de behandeling van ADHD, depressies, verslavingen en afbouw van medicatie voor diverse psychiatrische aandoeningen. Regenboog heeft geen contract met Zilveren Kruis, Interpolis en Avéro (hierna: Zilveren Kruis), maar heeft wel zorg geleverd aan deze verzekerden. Zilveren Kruis is met deze verzekerden een cessieverbod overeengekomen dat opgenomen is in de polisvoorwaarden. Dat betekent dat de verzekerden de vordering die zij hebben op Zilveren Kruis niet aan apotheken van Regenboog kunnen cederen. Verzekerden moeten zelf hun rekening indienen. Regenboog is het hier niet mee eens, omdat dit voor hen onzekerheid en mogelijk het verlies van klanten met zich meebrengt. Regenboog voert aan dat veel klanten de medicijnen niet eerst zelf kunnen betalen en daarom moeten wachten totdat de zorgverzekeraar het bedrag vergoedt. Hierdoor moet Regenboog ook wachten op het bedrag en soms betalen klanten helemaal niet, omdat er financiële problemen zijn en het bedrag voor het betalen van een andere rekening wordt gebruikt. De wetgever heeft volgens Regenboog met de Zorgverzekeringswet niet bedoeld een extra controlesysteem voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders in te stellen. Het cessieverbod wordt ook onrechtmatig gebruikt, omdat het ervoor moet zorgen dat verzekerden van Zilveren Kruis naar een gecontracteerde apotheek gaan. Dit gaat in tegen artikel 3:83 lid 2 BW, dat volgens Regenboog alleen een cessieverbod toelaat als de aard van de vordering zich tegen uitbetaling aan een derde verzet. Regenboog vordert daarom dat het cessieverbod door het hof wordt verboden of dat Zilveren Kruis wordt verplicht een betalingsovereenkomst aan te gaan. Zilveren Kruis voert verweer. Zilveren Kruis

is overgegaan tot het opnemen van een cessieverbod om zo een extra controlepost in te voeren. De verzekerde moet namelijk zelf de rekening indienen en kan daardoor zien of de zorg op de declaratie wel daadwerkelijk wordt geleverd. Zo wil Zilveren Kruis het aantal fraudegevallen verminderen. Daarnaast wil Zilveren Kruis geen betalingsovereenkomst aangaan met Regenboog, omdat eerder is gebleken dat Regenboog onjuiste declaraties heeft ingediend. Regenboog is hier ook voor veroordeeld. Zilveren Kruis wil daarom bewust geen enkele rechtsverhouding met Regenboog hebben.

Oordeel

Het hof is van oordeel dat Regenboog artikel 3:83 lid 2 BW te beperkt uitlegt. Het feit dat Zilveren Kruis geen enkele rechtsverhouding wil met Regenboog is voldoende om een cessieverbod op te nemen in de polisvoorwaarden. Een verplichting tot het aangaan van een betalingsovereenkomst kan evenmin bestaan. De zorgverzekeraar komt contractsvrijheid toe en mag de reikwijdte daarvan bepalen door middel van de polisvoorwaarden. Het betekent echter niet dat de zorgverzekeraar de belangen van de niet-gecontracteerde zorgaanbieder, in dit geval Regenboog, geheel mag verwaarlozen. Het hof moet dus beoordelen of bij het invoeren van het cessieverbod de belangen van de zorgverzekeraar, de verzekerde en de zorgaanbieder voldoende zijn afgewogen. Het hof overweegt daarop het volgende. Zilveren Kruis heeft voldoende aannemelijk gemaakt dat hij met de invoering van het cessieverbod fraude en slechte besteding van zorggeld wil tegen gaan. In het specifieke geval met Regenboog heeft Zilveren Kruis geen enkele rechtsverhouding willen aangaan nu eerder sprake was van onjuiste declaraties. Dat verzekerden nu mogelijk voor een gecontracteerde aanbieder gaan, is een bijkomstigheid die niet alleen gemotiveerd hoeft te zijn door betaalgemak. Regenboog heeft niet kunnen aantonen in hoeverre verzekerden zijn overgestapt naar een gecontracteerde aanbieder. Daarnaast vraagt Regenboog inmiddels aan klanten van Zilveren Kruis om een pinbetaling te doen bij het kopen van de medicijnen. Het hof houdt er rekening mee dat niet alle klanten direct de medicijnen kunnen betalen. Het mag daarom van Zilveren Kruis worden verwacht dat hij deze verzekerden vanuit de vergoedingsplicht die de zorgverzekeraar heeft, tegemoet komt door samen naar een oplossing te zoeken indien de verzekerden aannemelijk hebben gemaakt dat zij de medicatie bij Regenboog moeten afnemen.

mr. dr. R.P. Wijne

Instantie: Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden

Datum uitspraak: 18-09-2018

ECLI: ECLI:NL:GHARL:2018:8351

Zaaknummer: 200.227.884

Advocaten: K. Mous en D. Hooft Graafland

RECHTSPRAAK

X/Y

Uitleg begrip 'budgetplafond' in overeenkomst tussen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Er is geen sprake van onrechtmatig handelen door de zorgverzekeraar. De vorderingen worden door de rechtbank afgewezen.

Feiten

Tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar is met betrekking tot 2017 een overeenkomst tot stand gekomen voor het leveren van thuiszorg, op grond waarvan de zorgaanbieder gecontracteerde zorg mocht leveren aan verzekerden van de zorgverzekeraar. De zorgaanbieder had in 2017 tegenover de zorgverzekeraar recht op betaling van ten hoogste het overeengekomen budget van € 150.000. Ten aanzien van de daarop volgende jaren is tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar een overeenkomst gesloten aangaande inkoopvoorwaarden, waarin het budgetplafond voor 2018 en 2019 wordt geïndexeerd met de CBS-index voor cao-lonen.

In kort geding staat de vraag centraal of de zorgaanbieder recht heeft op betaling door de zorgverzekeraar van alle door hem gemaakte zorgkosten in de jaren 2017, 2018 en 2019. De zorgaanbieder is van mening dat dit het geval is, omdat naar zijn oordeel de tussen partijen gesloten overeenkomsten en de naar aanleiding daarvan overeengekomen budgetplafonds een maximum declaratiebedrag per verzekerde per jaar behelzen en die plafonds nog niet waren overschreden. De zorgverzekeraar stelt dat de overeengekomen budgetplafonds totaalbedragen betreffen voor de zorgkosten voor alle verzekerden in een bepaald kalenderjaar, waarboven de zorgverzekeraar niet gehouden is de gedeclareerde kosten te betalen. De vraag die voorligt is hoe de overeenkomsten en de daarin overeengekomen budgetplafonds dienen te worden uitgelegd.

Oordeel

De voorzieningenrechter stelt dat deze vraag dient te worden beantwoord aan de hand van de daarvoor geldende maatstaven. Deze maatstaven houden in dat bij de uitleg van een

schriftelijke overeenkomst niet enkel naar de taalkundige betekenis moet worden gekeken, maar ook naar de zin die partijen in de gegeven omstandigheden over en weer redelijkerwijs aan de bepalingen van de overeenkomst mochten toekennen en aan hetgeen zij over en weer redelijkerwijs van elkaar mochten verwachten.

In de overeenkomsten 2017 en 2018-2019 is ten aanzien van de zorgkosten bepaald dat wat betreft het bedrag van het budget moet worden gekeken naar de som van rechtmatige declaraties die worden ingediend voor zorg verleend aan verzekerden in het betreffende jaar. De tekst van de bepaling spreekt van verzekerden in meervoudsvorm. Uit deze schriftelijke bewoordingen van de bepalingen kan niet anders worden afgeleid dan dat sprake is van een totaalbedrag voor alle verzekerden gezamenlijk en niet van een individueel plafond per verzekerde. Ook in de afzonderlijke brieven aangaande de hoogte van de budgetplafonds voor de jaren 2017 en 2018 wordt niet gesproken van een maximaal bedrag per verzekerde. Hoewel in die brieven evenmin is gespecificeerd dat het totaalbedragen voor alle verzekerden tezamen betreft, bestaan geen aanwijzingen voor een andersluidende uitleg en had de zorgaanbieder de bedragen, gelet op de meervoudsvorm in de overeenkomsten, wel als zodanig moeten begrijpen, ook gezien het evidente doel van een budgetplafond het beheersbaar houden van de zorgkosten is. Voorshands geoordeeld dienen de overeenkomsten en de in dat kader overeengekomen budgetplafonds dan ook zo te worden uitgelegd dat de zorgaanbieder in de betreffende jaren voor alle aan verzekerden van de zorgverzekeraar geleverde zorg tezamen maximaal tot de hoogte van die plafonds mocht declareren.

De stelling van de zorgaanbieder dat de zorgverzekeraar hem niet aan de hiervoor bedoelde budgetplafonds kan houden omdat de zorgverzekeraar de zorgaanbieder tijdens de uitvoering van de overeenkomsten erop had moeten wijzen dat de plafonds werden overschreden, gaat niet op. In de overeenkomsten 2017 en 2018-2019 is bepaald dat de zorgaanbieder die verwacht het budget te gaan overschrijden dat aan de zorgverzekeraar meedeelt wanneer zeventig procent van dat budget is bereikt. In dat geval zou dan op basis van inzet en zelfredzaamheid en doelmatigheid in relatie met het zorgaanbod in de regio de zorgverzekeraar met de zorgaanbieder overleg hebben gepleegd en hebben beoordeeld of additioneel budget zou worden toegekend. Het had op basis hiervan aldus op de weg van de zorgaanbieder gelegen om, op het moment dat hij zeventig procent van het budgetplafond in een bepaald jaar had bereikt, daarvan melding te maken bij de zorgverzekeraar. Vaststaat dat de zorgaanbieder dit niet heeft gedaan. Bij gebreke van een dergelijke melding kan de zorgverzekeraar vervolgens niet worden verweten dat hij schadebeperkend had moeten optreden voor de zorgaanbieder.

De voorzieningenrechter wijst de vorderingen van de zorgaanbieder af en veroordeelt hem tot betaling van de proceskosten.

mr. B. Wallage

Instantie: Rechtbank Gelderland

Datum uitspraak: 05-07-2019

ECLI: ECLI:NL:RBGEL:2019:3316

Zaaknummer: 354650

Advocaten: K.S. Loilargosain en R.P. Scherer

RECHTSPRAAK

X/Y

Zilveren Kruis en FBTO hebben besloten om, een uitzondering daargelaten, afbouwmedicatie niet te vergoeden. Een verzekerde die afbouwmedicatie heeft gebruikt en zijn apotheek (appellanten) vorderen een afschrift van onderzoeksrapporten van het onderzoek dat de zorgverzekeraars in dit verband hebben verricht. Appellanten hebben onvoldoende aannemelijk gemaakt dat de onderzoeksrapporten bestaan en om die reden wordt het bestreden vonnis bekrachtigd.

Feiten Een apotheek levert aan haar patiënten zelfbereide afbouwmedicatie, verpakt in taperingstrips met op maat gemaakte doseringen voor de afbouw van onder meer het geneesmiddel Venlafaxine. Deze door de apotheek bereide afbouwmedicatie is geen geregistreerd geneesmiddel en komt alleen voor vergoeding in aanmerking als het kan worden aangemerkt als rationele farmacotherapie.

Twee zorgverzekeraars hebben besloten om de taperingstrips, een uitzondering daargelaten, niet te vergoeden. De zorgverzekeraars stellen zich op het standpunt dat, behalve voor de afbouw van Venlafaxine van 37,5 mg naar 0 mg, niet is aangetoond dat de door de apotheek bereide afbouwmedicatie rationele farmacotherapie is. De zorgverzekeraars hebben literatuur- en veldonderzoek gedaan naar de rationaliteit van afbouwmedicatie in de vorm van taperingstrips.

Een verzekerde die deze afbouwmedicatie heeft gebruikt en de apotheek die de zelfbereide afbouwmedicatie levert aan haar patiënten vorderen op grond van artikel 843a Rv een afschrift van de onderzoeksrapporten van het onderzoek dat de verzekeraars in dit verband hebben verricht. De voorzieningenrechter heeft de vordering in eerste instantie afgewezen. Tegen dit vonnis hebben appellanten grieven aangevoerd. De grieven strekken ertoe dat de zorgverzekeraars worden veroordeeld tot afgifte van de onderzoeksrapporten. Appellanten doelen hiermee op iedere vorm van vastlegging van het door de zorgverzekeraars uitgevoerde

literatuur- en veldonderzoek, met de analyse, conclusies, verslagen, rapportages en bevindingen die daarbij horen.

Oordeel

Voor toewijzing van deze vordering is onder meer vereist dat aannemelijk is dat de onderzoeksrapporten bestaan. Appellanten stellen dat de onderzoeksrapporten er zijn. Zij voeren hiertoe aan dat de zorgverzekeraars in diverse berichten, gericht aan verzekerden en de minister, aangeven dat er onderzoek is gedaan en dat er zorgvuldig is gehandeld, waaruit volgens appellanten voldoende blijkt dat er vastlegging van die onderzoeken is geweest. Ter ondersteuning van hun stelling voeren appellanten aan dat de zorgverzekeraars verplicht zijn hun standpunt dat er geen sprake is van rationele farmacotherapie duidelijk te onderbouwen, waarbij op zijn minst aangegeven moet worden welke literatuur is bestudeerd en inzichtelijk moet worden gemaakt om welke redenen er niet aan de rationaliteitseis is voldaan.

De zorgverzekeraars hebben gemotiveerd betwist dat de onderzoeksrapporten, die appellanten nog niet tot hun beschikking hebben, bestaan. De zorgverzekeraars hebben gesteld dat het door hen verrichte literatuuronderzoek zich heeft beperkt tot het bestuderen van de door appellanten aangeleverde literatuur en een eigen zoekpoging naar literatuur waaruit de rationaliteit van taperingstrips blijkt, die niets opleverde. Het veldonderzoek heeft eruit bestaan dat de zorgverzekeraars gesprekken over de rationaliteit van de taperingstrips hebben gevoerd met artsen, psychiaters en apothekers. Appellanten hebben dit niet gemotiveerd tegengesproken. Appellanten verbinden aan dit literatuur- en veldonderzoek de conclusie dat hiervan een verslag en rapportage moet zijn gemaakt, hetgeen van de zijde van de verzekeraars in de stukken en op vragen van het hof uitdrukkelijk is betwist. Voor deze aanname ziet het hof voorshands onvoldoende grond.

Voor zover de vorderingen zijn gericht op verstrekkingen van de namen van personen en instellingen betrokken bij het veldonderzoek, ook als deze niet op enige wijze zijn vastgelegd, geldt dat artikel 843a Rv daarvoor geen grondslag biedt. Dit artikel kent immers alleen onder nadere voorwaarden het recht toe om inzage, uittreksel of afschrift te vorderen van bestaande bescheiden. Gesteld noch gebleken is dat daarvan bij deze gegevens sprake is.

Appellanten hebben onvoldoende aannemelijk gemaakt dat de door hen bedoelde andere onderzoeksrapporten bestaan. Het hoger beroep faalt. Het bestreden vonnis zal daarom worden bekrachtigd.

mr. B. Wallage

Instantie: Gerechtshof Arnhem-Leeuwarden

Datum uitspraak: 02-07-2019

ECLI: ECLI:NL:GHARL:2019:5467

Zaaknummer: 200.254.628

Advocaten: D.J.C. Post en D. Hooft Graafland

RECHTSPRAAK

X/Y

Gegronde klacht tegen een psychiater. Het declareren van niet-verleende zorg leidt ertoe dat ten onrechte gelden aan de gezondheidszorg worden onttrokken en is in zoverre in strijd met een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg. Beklaagde heeft jarenlang nagelaten zorgvuldig de patiëntendossiers bij te houden. Verder heeft beklagde niet meegewerkt aan verschillende fraudeonderzoeken. Er volgt doorhaling van de inschrijving in het BIG-register en schorsing van de inschrijving bij wijze van voorlopige voorziening.

Feiten

Klaagster is een zorgverzekeraar. Beklaagde is psychiater, die sinds 2010 bij verschillende bedrijven werkzaam is.

In mei 2014 zijn met de AGB-code van beklagde bij klaagster declaraties ingediend voor specialistische geestelijke gezondheidszorg die in 2013 aan verzekeren van klaagster zou zijn geleverd. Beklaagde zou de hoofdbehandelaar zijn geweest. Klaagster heeft op basis van ontvangen meldingen een (fraude)onderzoek ingesteld en civiele procedures aangespannen tegen een aanzienlijk aantal zorginstellingen waar beklagde als psychiater werkzaam is geweest, alsmede tegen hun statutaire en feitelijke bestuurders, en ook tegen beklagde. Hen wordt verweten ten onrechte declaraties te hebben ingediend op grond waarvan betalingen zijn verricht, onder meer aan beklagde. Klaagster heeft in de jaren 2014 tot en met 2018 onderzoek gedaan naar declaraties van behandelingen waarbij beklagde als behandelaar zou zijn betrokken. Ten aanzien van de patiëntendossiers van beklagde is bij verschillende zorgorganisaties waar beklagde werkte een zogeheten detailcontrole gehouden. Verschillende patiëntendossiers van beklagde zijn gecontroleerd. Klaagster heeft naar aanleiding van deze controles bevonden dat geen enkel dossier volledig en goed gevuld was. Door het ontbreken van een gepersonaliseerde verslaglegging kon daarom niet worden

vastgesteld of de zorg daadwerkelijk is geleverd.

Beklaagde heeft tijdens de controle aangegeven dat zijn AGB (Algemeen Gegevens Beheer) -code is misbruikt en dat hij niet bekend is met werkzaamheden voor twee zorgorganisaties, waar hij wel als werknemer stond geregistreerd en die hij bij zijn AGB-code wel als werkgever had opgegeven. Verder heeft hij verklaard dat hij de voor de declaratie benodigde gegevens van zijn AGB-code aan W ter hand heeft gesteld.

Klaagster verwijt beklaagde, onder meer, dat hij onrechtmatig jegens klaagster heeft gehandeld door in 2014 bij klaagster opzettelijk declaraties in te dienen voor zorg die in 2013 door hem zelf zou zijn verricht, terwijl die in werkelijkheid hooguit door iemand anders zou zijn geleverd. Bovendien verwijt klaagster beklaagde dat zijn dossiers niet voldoen aan de professionele eisen zoals deze aan de beroepsgroep mogen worden gesteld en dat hij niet heeft meegewerkt aan fraudeonderzoeken.

Oordeel

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg te Den Haag (hierna: RTG) acht de klacht in alle onderdelen gegrond.

Voor het RTG is niet in geschil dat met de AGB-code van beklaagde declaraties bij klaagster zijn ingediend voor door beklaagde verleende psychiatrische zorg. Het RTG kan niet vaststellen of de verklaring van beklaagde – waaruit kan worden afgeleid dat niet hijzelf, maar W de declaraties heeft ingediend – juist is. Als de verklaring niet juist is, moet het ervoor worden gehouden dat hij zelf de bewuste declaraties heeft ingediend voor zorg die hij niet heeft verleend. Als de verklaring wel juist is, dan heeft hij zijn persoonlijke AGB-code met de bijbehorende gegevens aan W ter beschikking gesteld, terwijl hij wist dat zij op zijn naam declaraties zou indienen die geen enkele betrekking hadden op hem of door hem geleverde zorg. Beklaagde heeft nog tot verweer aangevoerd dat hij bij V heeft gemeld dat zijn AGB-code werd misbruikt. Dit kan niet afdoen aan het feit dat beklaagde in 2013 of 2014 welbewust heeft ingestemd met het gebruik van zijn AGB-code door W. Nu klaagster bovendien onweersproken heeft gesteld dat de bedragen van de declaraties op een op naam van beklaagde staand bankrekeningnummer zijn uitbetaald, kan (eventueel) declareren door W op de AGB-code van beklaagde aan hem worden toegerekend.

Bij de gehouden dossiercontroles is volgens klaagster gebleken dat er geen zorg is verleend door de instellingen of dat de gedeclareerde zorg wegens diverse redenen niet voor vergoeding in aanmerking zou komen. Beklaagde heeft de uitkomsten van deze controles voor een deel gemotiveerd weersproken, alsmede dat de zorg niet voor vergoeding in aanmerking zou komen. Hij heeft in zijn verweerschrift en ter zitting echter erkend dat hij in de genoemde

jaren tot aan het moment van de indiening van de klacht nauwelijks patiëntendossiers heeft bijgehouden. Hiervoor had hij – naar zijn zeggen – geen tijd en ook had hij daarvoor geen secretaresse (meer). Hij heeft verklaard dat hij volstrekte voorrang heeft gegeven aan de behandeling van en de zorg voor zijn patiënten. Bij het opmaken van de dossiers heeft beklaagde vaak gebruikgemaakt van sjablonen, die hij per patiënt aanpast. Het RTG concludeert dat hieruit volgt dat beklaagde jarenlang heeft nagelaten zorgvuldig de patiëntendossiers bij te houden.

Het RTG overweegt voorts dat uit de hem overgelegde stukken is gebleken dat klaagster al gedurende drie jaar brieven aan beklaagde had verstuurd met betrekking tot declaraties. In de pleitnota heeft klaagster, onder verwijzing naar de civiele dagvaarding van (onder andere) beklaagde, concreet gemaakt dat hem bij verschillende brieven om medewerking is verzocht in het onderzoek naar een zorgorganisatie. Uit de genoemde passage volgt ook dat beklaagde die brieven heeft ontvangen, maar er niet op heeft gereageerd. In zoverre heeft hij dus niet meegewerkt aan het betreffende fraudeonderzoek. Ook is hij een toezegging tijdens een gesprek met klaagster gedaan niet nagekomen. Beklaagde was tot dergelijke medewerking wel verplicht op grond van artikel 7.4 van de Regeling Zorgverzekering.

Wat betreft de maatregel overweegt het RTG dat er sprake is van ernstige tekortkomingen aan de zijde van beklaagde. Gelet op de aard, de omvang en de duur van de tekortkomingen heeft het RTG er onvoldoende vertrouwen in dat beklaagde in staat is om zijn praktijkvoering grondig te verbeteren. Een professionele beroepsuitoefening vereist een professionele houding, naast kennis en vaardigheden. Beklaagde heeft in zijn verweerschrift aangevoerd dat hij niet eerder met een tuchtklacht te maken heeft gehad. Het RTG beschikt echter over twee uitspraken, die het in tuchtzaken, aangespannen tegen beklaagde, zelf heeft gegeven. In de eerste zaak heeft het RTG beklaagde berispt vanwege geconstateerde vermenging van zakelijke en medische verantwoordelijkheden, terwijl ook de bedrijfsvoering, met name de bewaking en overdracht van de medische dossiers, verwijtbare leemten vertoonde. In de tweede zaak is de klacht afgewezen omdat zowel klaagster als beklaagde ter zitting niet was verschenen en de ingediende klacht onvoldoende feitelijk was onderbouwd. Het RTG heeft in die uitspraak ten overvloede opgemerkt dat het RTG ambtshalve bekend was met de al langer bestaande problemen van beklaagde en dat het het RTG zorgen baarde dat hij nog steeds handelingen verrichtte op het gebied van de geneeskunst. Het RTG stelt vast dat beklaagde desondanks in de daarop volgende jaren zijn attitude en werkwijze niet heeft geprofessionaliseerd. Hij heeft patiëntendossiers aan het RTG doen toekomen ter ondersteuning van zijn stelling in het verweerschrift dat in de verslaglegging wel steeds een primaire diagnose en gepersonaliseerd behandelplan aanwezig was. Ter zitting is echter komen vast te staan dat beklaagde de betreffende dossiers na de dossiercontroles door

klaagster nog heeft aangevuld. Dit geeft blijk van een verontrustend gebrek aan inzicht, verantwoordelijkheid en integriteit, waarvan niet te verwachten is dat dit met een coachingstraject op het punt van de dossiervoering voldoende kan worden hersteld.

Het RTG is er niet van overtuigd dat beklaagde voldoende inzicht heeft in het grensoverschrijdende van zijn handelen en zijn eigen rol daarin, en dat hij zijn handelwijze voldoende kan veranderen om herhaling te voorkomen. Het RTG heeft zich er voorts ernstig rekenschap van gegeven dat het werk van beklaagde als psychiater zijn broodwinning is en dat hij een gezin heeft. Er staan voor hem dus grote belangen op het spel en doorhaling zal ingrijpende gevolgen hebben voor hem en zijn naasten. Gelet op de ernst van de aan beklaagde te maken verwijten, in het bijzonder de fraude en de langdurig gebrekkige dossiervoering, in combinatie met het ontbreken van voldoende perspectief op verbetering, ziet het RTG echter geen andere mogelijkheid dan doorhaling van de inschrijving van beklaagde in het BIG-register te bevelen, en de inschrijving bij wijze van voorlopige voorziening te schorsen.

mr. M.F. Mooibroek

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 's-Gravenhage

Datum uitspraak: 27-08-2019

ECLI: ECLI:NL:TGZRSGR:2019:149

Zaaknummer: 2019-084

Advocaten: H.J. Arnold en A.K.M.T. Rongen

Wetsartikelen: 47 Wet BIG, 7:454 BW en 7.4 Regeling Zorgverzekering