

ANNOTATIE

De zorgplicht van de huisarts

mr. C. Velink

*Annotatie bij Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 26-02-2024,
ECLI:NL:TGZCTG:2024:48*

*Annotatie bij Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, 26-02-2024,
ECLI:NL:TGZCTG:2024:49*

Inleiding

In Nederland is de beschikbaarheid en belastbaarheid van de huisartsenzorg een actueel probleem. Er is naast een tekort aan huisartsen ook een tekort aan specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten. Hierdoor neemt de druk op de huisartsen verder toe.[1] Om het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten op te vangen werd door het kabinet aanvankelijk voorgesteld om een deel van de zorg aan cliënten met een indicatie op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz), te weten de ‘medisch-generalistische zorg’, tot de verantwoordelijkheid van de huisarts te maken.[2] Dit voorstel stuitte onder de huisartsen op veel verzet en bleek ook niet haalbaar. Om de beschikbaarheid van ‘medisch-generalistische zorg’[3] voor Wlz-cliënten toch te kunnen garanderen, moeten er volgens voormalig minister Helder ‘niet-vrijblijvende’ afspraken worden gemaakt.[4] Wat daaronder moet worden verstaan, maakte Helder echter niet duidelijk. Uit de twee uitspraken (ECLI:NL:TGZCTG:2024:48 en ECLI:NL:TGZCTG:2024:49) van het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) wordt in ieder geval duidelijk dat een eerder gemaakte afspraak over het verlenen van huisartsenzorg aan een instelling voor verstandelijk gehandicapten kan worden beëindigd en een huisarts niet verplicht kan worden zorg te verlenen aan een bijzondere

patiëntenpopulatie. Een grote opluchting voor de huisartsen in Nederland. In deze noot wordt de reikwijdte van de zorgplicht van huisartsen nader toegelicht en wordt stilgestaan bij enkele, mijns inziens enigszins gekunstelde, overwegingen van het CTG. Allereerst nog een korte schets van de casus.

De casus

A. is een woonlocatie voor volwassenen met een (ernstige) verstandelijke beperking. De cliënten van A. vallen onder de Wet langdurige zorg (Wlz). Er is sprake van verblijf met behandeling. Sinds 1993 werkt A. samen met een huisartsenpraktijk voor de huisartsenzorg aan de cliënten van A. Deze samenwerking ligt sinds 2016 vast in een overeenkomst waarin een opzegtermijn van drie maanden is opgenomen. In verband met pensionering heeft de huisarts zijn huisartsenpraktijk per 1 april 2021 overgedragen aan twee opvolgend huisartsen. Eén van deze twee huisartsen was reeds werkzaam als waarnemer in de huisartsenpraktijk. Op 19 november 2020 hadden de drie huisartsen een gesprek met A. De huisartsen maakten kenbaar dat zij zorgen hadden over de samenwerking, onder meer omdat er op één van de locaties van A. geen arts verstandelijk gehandicapten (AVG-arts) beschikbaar was. Omdat de toegezegde verbeteringen uitbleven, zegde de huisarts-praktijkhouder de overeenkomst met A. op per 1 april 2021. De praktijkhouder verwees daarbij naar de leidraad 'Algemeen medisch zorg voor verstandelijk gehandicapten in VG-zorginstellingen' van de LHV (hierna: de LHV-leidraad). A. verzette zich tegen de beëindiging van de overeenkomst. De opvolgend huisartsen lieten vervolgens weten uit coulance bereid te zijn om tot 1 juni 2021 zorg te verlenen, zodat A. meer tijd zou hebben om een andere contractspartij te vinden. A. liet het er echter niet bij zitten en diende, samen met een aantal cliënten, een klacht in tegen de drie huisartsen. A. stelde onder meer dat de opvolgend huisartsen de zorg aan de cliënten onterecht en eenzijdig zouden hebben beëindigd.

Wat deze casus bijzonder maakt, is dat het niet gaat om reguliere huisartsenzorg aan patiënten op grond van de Zorgverzekeringswet maar om huisartsenzorg aan Wlz-cliënten.

Huisartsenzorg aan Wlz-cliënten

De Wlz geeft recht op zorg aan verzekerden die blijvend zijn aangewezen op permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Het gaat veelal om ouderen met vergevorderde dementie of mensen met een ernstige verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap. In de Wlz is het verzekerde pakket bepaald.[5] Alleen verzekerden met de indicatie 'verblijf en behandeling' hebben aanspraak op specifieke én algemeen medische zorg vanuit de Wlz.[6] Voor verzekerden met andere indicaties dan 'verblijf en behandeling' wordt de specifieke medische zorg vanuit de Wlz bekostigd en de algemeen medische zorg, zoals de huisarts,

tandarts of geneesmiddelen, vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw).[7]

Instelling A. uit de casus biedt zorg aan cliënten met een indicatie ‘verblijf en behandeling’ en is dus gehouden zorg te dragen voor zowel specifieke medische zorg als algemeen medische zorg. Op grond van de zorgovereenkomst met A. hebben de cliënten jegens A. derhalve aanspraak op deze vormen van zorg, waaronder huisartsenzorg. De zorgovereenkomst wordt veelal naar analogie gezien als behandelingsovereenkomst in de zin van artikel 7:446 BW.[8]

Op welke wijze de instelling de zorg regelt, is aan haar te bepalen, mits de organisatie door de zorgaanbieder maar (redelijkerwijs) tot goede zorg leidt. [9] De instelling kan ervoor kiezen om de specifieke medische zorg én algemeen medische zorg zelf ‘in huis’ te hebben door gekwalificeerde artsen in dienstverband te nemen of in te kopen bij een zorgorganisatie of zzp’ers.

Uit de casus blijkt dat A. ervoor heeft gekozen de algemeen medische zorg voor haar cliënten in te kopen bij een reguliere huisartsenpraktijk, derhalve een praktijk met patiënten die huisartsenzorg ontvangen op grond van de Zvw.

Zorgplicht huisarts

Ten opzichte van ingeschreven patiënten rust op de huisarts ingevolge de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (Boek 7, titel 7, afdeling 5, Burgerlijk Wetboek) de verplichting zich bij zijn werkzaamheden op te stellen als goed hulpverlener.[10] Daartoe behoort dat de huisarts handelt in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid voortvloeiende uit de professionele standaard. De professionele standaard wordt ingevuld door de kwaliteitsstandaarden, normen en richtlijnen van de beroepsgroep, zoals de NHG en LHV. Onderdeel van die normen is dat de huisarts gedurende de reguliere openingstijden basisaanbod biedt en gedurende de avond-, nacht- en weekenduren (ANW) voorzien heeft in huisartsenzorg die niet kan wachten.[11] De zorgplicht van de huisarts is niet onbegrensd. De grenzen van de huisarts(enzorg) worden bepaald door capaciteit en deskundigheid van de huisarts.

Capaciteit

Op het moment dat de zorgverlening aan bijzondere doelgroepen, zoals de zorg aan verstandelijk gehandicapten, ten koste gaat van de vereiste beschikbaarheid in de reguliere praktijk, is de grens bereikt.[12] Het zou ten opzichte van de thuiswonende patiënten onjuist en onredelijk zijn als de huisarts minder spreekuur kan doen of geen visite kan afleggen, omdat hij zijn tijd moet besteden aan zorgverlening in instellingen voor verstandelijk gehandicapten of kleinschalige woon/zorgvoorzieningen. Daarnaast zal de huisarts al snel

aanlopen tegen organisatorische belemmeringen: bovenop de reguliere praktijkvoering komt de zorgverlening aan een bijzondere patiëntenpopulatie. Dat vergt mogelijk aanzienlijk meer tijd en inspanning: afhankelijk van de Wlz-indicatie van de cliënt, zal voor goede zorgverlening aan de cliënten van instellingen voor verstandelijk gehandicapten of woon/zorgvoorzieningen soms multidisciplinair overleg moeten plaatsvinden met zowel de verpleging en verzorging alsook met de specialist ouderengeneeskunde (SO), arts verstandelijk gehandicapten (AVG) en gedragswetenschappelijke behandelaren.

Deskundigheid

Als de zorg voor cliënten die behoren tot bijzondere doelgroepen niet meer behoort tot wat tot het basisaanbod huisartsgeneeskundige zorg behoort, is er ook een grens bereikt. Dit sluit ook aan bij de Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg.[13] Eén van de aandachtspunten is dat huisartsen alert moeten zijn op de grenzen van de eigen mogelijkheden en deskundigheid (aandachtspunt 7). Dit sluit ook aan bij de door de LHV geformuleerde randvoorwaarden in haar Leidraad Algemeen medische zorg voor verstandelijk gehandicapten in VG zorginstellingen.[14]

Deskundigheid wordt op individueel niveau bepaald door opleiding en ervaring en op collectief niveau door de opvattingen van de beroepsgroep. Wat de LHV als huisartsenzorg beschouwt, is beschreven in het document Aanbod huisartsgeneeskundige zorg (2022):

– ‘*Basisaanbod*’ wordt geboden door iedere huisarts, tijdens de reguliere openingstijden en spoedeisende huisartsenzorg tijdens de ANW-uren. Het basisaanbod gaat altijd vóór het extra aanbod.

– ‘*Extra aanbod*’ betreft (verrichtingen)aanbod en zorg die huisartsoverstijgend zijn en vaak primair tot het takenpakket van andere zorgverleners behoort. Dit aanbod vergt extra scholing, deskundigheidsbevordering en/of een aangepaste praktijkvoering. Extra aanbod kan alleen worden geboden als het basisaanbod hierdoor niet in de verdrukking komt. Duidelijke afspraken met andere artsen, zoals SO en/of AVG over de medische verantwoordelijkheid zijn nodig.

Zorg voor verstandelijk gehandicapten valt niet onder het basisaanbod van de huisartsenzorg maar onder ‘extra aanbod’. Het extra aanbod zal de huisarts alleen maar kunnen bieden als hij daartoe bekwaam is en als wordt voldaan aan de randvoorwaarden die aan deze vormen van huisartsenzorg gesteld zijn door de LHV. Het is de huisarts zelf die de grenzen bepaalt. Dat kan niemand anders doen, omdat zorgverlening de individuele verantwoordelijkheid is van de huisarts die daarop ook, bijvoorbeeld tuchtrechtelijk, aangesproken kan worden. De opvolgend huisartsen uit de casus hadden gegronde redenen om zich niet bekwaam te achten

en derhalve geen 'extra aanbod' aan te willen bieden.

Niet-aangaan of beëindigen van een geneeskundige behandelingsovereenkomst

Indien een nieuwe patiënt zich aandient en de huisarts met een beroep op zijn professionele standaard voorziet dat hij geen goede zorg aan deze patiënt kan bieden, zal hij geen geneeskundige behandelingsovereenkomst moeten aangaan. De KNMG Richtlijn 'Niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst' van januari 2021 geeft redenen voor het niet-aangaan van een behandelingsovereenkomst (hierna: de KNMG Richtlijn). De drie belangrijkste redenen zijn:

1. De aard of omvang van de hulpvraag gaat de expertise of mogelijkheden van de arts te buiten.
2. Door eerdere ervaringen met de patiënt ontbreekt bij voorbaat een vertrouwensbasis voor de behandelingsovereenkomst.
3. De arts heeft een aanzienlijk belang, meestal organisatorisch, om de behandelingsovereenkomst niet aan te gaan.

De KNMG Richtlijn wijst in dit verband als voorbeeld op een uitspraak van het RTG Zwolle van 22 november 2018 waarin werd geoordeeld dat een huisarts mocht weigeren om een overeenkomst aan te gaan met een patiënt in een woon/zorgcentrum, omdat de zorg de normale huisartsenzorg oversteeg.[15] Er worden wel zorgvuldigheidseisen gesteld aan een weigering om een behandelingsovereenkomst aan te gaan: het besluit moet worden besproken met de patiënt, noodzakelijke hulp (hulp die niet kan worden uitgesteld) moet worden verleend en eventuele gegevens worden met toestemming van de patiënt verstrekt aan de behandelaar.[16]

Een andere vraag is of een reeds bestaande behandelingsovereenkomst door de huisarts kan worden opgezegd als de huisarts vindt dat de grenzen van hetgeen redelijkerwijs van hem gevegd kan worden zijn bereikt. De wet bepaalt dat de hulpverlener de behandelingsovereenkomst, behoudens gewichtige redenen, niet kan opzeggen.[17] Bij de vraag wat onder 'gewichtige redenen' verstaan kan worden biedt de hiervoor genoemde KNMG Richtlijn houvast. Eén van de gronden is dat de arts een aanzienlijk belang heeft bij het beëindigen en wel zodanig dat voortzetting niet van hem kan worden gevegd. In de richtlijn wordt als voorbeeld genoemd de situatie dat de patiënt verhuist naar een zover van de praktijk gelegen locatie, dat de huisarts niet meer in staat is de zorg goed en tijdig te kunnen verlenen.[18] Een andere belangrijke grond is dat de aard en/of omvang van de hulpvraag wezenlijk wijzigt en de expertise van de arts te buiten gaat.[19] De hulpvraag kan bijvoorbeeld

zodanig wijzigen dat de arts niet (meer) beschikt over voldoende deskundigheid. Goede zorgverlening kan ook in het gedrang komen als de hulpvraag meer vraagt qua tijd en omvang dan de arts kan leveren.

Geneeskundige behandelingsovereenkomst met instelling A.?

Eén van de vragen in onderhavige casus was of er sprake was van een geneeskundige behandelingsovereenkomst tussen de huisartsen en de cliënten van instelling A. Het CTG oordeelde dat geen sprake was van een 'directe' duurzame geneeskundige behandelingsovereenkomst: de cliënten waren niet op naam van de huisarts(en) ingeschreven, de zorg werd verleend op basis van de overeenkomst met A. en die heeft een overwegend algemeen karakter van een overeenkomst van opdracht en kwalificeert niet als een behandelingsovereenkomst. Volgens het CTG sloot de huisarts op het moment van zorgverlening slechts tijdelijke behandelingsovereenkomsten met de desbetreffende cliënten. Door de opzegging van de overeenkomst tussen A. en de praktijkhouder, kunnen er – zo begrijp ik de overweging van het CTG[20] – geen kortdurende behandelingsovereenkomsten meer worden gesloten met de cliënten. Mede omdat er al sinds 1993 steeds kortdurende behandelingsovereenkomsten werden gesloten, oordeelde het CTG dat de opzegging van de overeenkomst met A. (de schakel tussen het verlenen van zorg door de huisarts aan de cliënten) moest worden getoetst aan de KNMG Richtlijn. Overwogen werd vervolgens dat de huisarts-praktijkhouder een gewichtige reden had om de overeenkomst met A. te beëindigen wegens zijn pensionering en de veranderde zorgvraag.

Het geheel komt mijns inziens iets gekunsteld over. Enerzijds wordt immers geoordeeld dat de overeenkomst tussen A. en de praktijkhouder geen geneeskundige behandelingsovereenkomst is, en anderzijds wordt geoordeeld dat de opzegging van deze generieke overeenkomst toch getoetst moet worden aan de KNMG Richtlijn. Als een parallel wordt getrokken met de zorg in ziekenhuizen, verleend door vrijgevestigde medisch specialisten, dringt zich de vraag op of er in casu geen sprake is van twee behandelingsovereenkomsten: één tussen de instelling en de cliënten en één tussen de huisartsen en de cliënten.[21] In deze redenering had het CTG zonder twijfel de beëindiging van de (volgens het CTG kortdurende) individuele behandelingsovereenkomsten met de cliënten van instelling A. langs de meetlat van artikel 7:460 BW en de KNMG Richtlijn kunnen leggen.

In de zaak van de twee opvolgend huisartsen werd door het CTG toegevoegd dat de huisartsen tot 1 april 2021 slechts in het kader van waarneming zorg hadden verleend. De desbetreffende huisartsen merkte het CTG aan als hulppersonen van de praktijkhouder bij het uitvoeren van de overeenkomst van opdracht. Deze redenering is begrijpelijk, nu het CTG had geoordeeld

dat de overeenkomst tussen de praktijkhouder en instelling A. niet kwalificeert als behandelingsovereenkomst. Als dat anders zou zijn geweest, had ook aangesloten kunnen worden bij artikel 7:457, lid 2 BW op grond waarvan een waarnemer wordt beschouwd als medebehandelaar bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst. Vanaf 1 april 2021 hadden de huisartsen slechts uit coulance en kortdurend noodzakelijke zorg verleend aan de cliënten op grond waarvan het CTG oordeelde dat er slechts tijdelijke behandelingsovereenkomsten waren gesloten die met het behandelen van de hulvraag meteen weer waren beëindigd. Geoordeeld werd dat het handelen van de huisartsen daarom niet ook getoetst hoefde te worden aan de voorwaarden van de KNMG Richtlijn ten aanzien van het beëindigen van de overeenkomst maar alleen voor wat betreft het niet-aangaan van een behandelingsovereenkomst. Met een verwijzing naar de LHV-leidraad hadden de opvolgend huisartsen volgens het CTG gewichtige redenen om geen (generieke) overeenkomst aan te gaan met A. Voor zover er wel getoetst had moeten worden aan de KNMG Richtlijn, was de uitkomst echter niet anders geweest.

Als de huisarts niet meer in staat is om goede zorg te verlenen, omdat de grenzen van de capaciteit of deskundigheid zijn of concreet dreigen te worden overschreden, kan dit een gewichtige reden opleveren voor het beëindigen van de behandelingsovereenkomst met de patiënt. De bewijslast rust op de individuele huisarts: hij zal moeten aantonen dat de gevraagde huisartsenzorg redelijkerwijs niet meer van hem gevegd kan worden onder verwijzing naar zo concreet mogelijke belemmeringen en risico's.

Zorg voor verstandelijk gehandicapten valt niet onder het basisaanbod van de huisartsenzorg. Huisartsen kunnen ervoor kiezen deze zorg te verlenen als zij zichzelf hiervoor voldoende bekwaam achten. Dit kan alleen als er aan de randvoorwaarden van de LHV-leidraad wordt voldaan. De (opvolgend) huisartsen hadden in casu gegronde redenen om zich niet bekwaam te achten. Van de opvolgend huisartsen werd in onderhavige casus niet verwacht dat zij per individuele cliënt hadden moeten beoordelen of zij een behandelingsovereenkomst konden aangaan. Andersom geredeneerd hadden zij mijns inziens ook collectief de bestaande behandelingsovereenkomsten met de cliënten van instelling A. kunnen beëindigen wegens gewichtige redenen omdat de grenzen van de capaciteit of deskundigheid waren bereikt.

Bij het beëindigen van de behandelingsovereenkomst gelden eveneens zorgvuldigheidseisen. De arts die de behandelingsovereenkomst opzegt, zal zorg moeten dragen voor de continuïteit van de zorg voor de patiënt, aangezien dit één van de voorwaarden is die aan het opzeggen van de behandelingsovereenkomst gesteld worden. Gelet op de schaarste aan huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, artsen verstandelijk gehandicapten én verpleeghuiscapaciteit, zal dit in de praktijk een knelpunt zijn. In zoverre is het oordeel van het CTG dat de opvolgend huisartsen geen overeenkomst met A. resp. met de individuele

cliënten van A. hoefden aan te gaan, in hun voordeel geweest.

Tot slot

Linksom of rechtsom, de uitkomst van deze procedures zal voor de meeste huisartsen in Nederland een grote opluchting zijn. Zoals het CTG benadrukte, onderstrepen de uitspraken wel het belang van het maken van duidelijke afspraken over samenwerking. Dat voorkomt mogelijk vergelijkbare procedures in de toekomst.

mr. C. Velink

Advocaat bij Velink & De Die advocaten

[1] Zie bijvoorbeeld: E. Arbouw, 'Tekort aan huisartsen? Daar kampt Nederland door de jaren heen steeds weer mee', *De Volkskrant* 15 maart 2024; 'Duizenden gehandicapten verstoken van huisartsenzorg, Skipr, 3 oktober 2019, I. Kleijne, Medische zorg Wlz-patient niet op bord huisarts', *Medisch Contact* 15 juli 2022.

[2] *Kamerstukken II 2021/22, 35925 XVI, nr. 170.*

[3] Medisch-generalistische zorg wordt door de NZa omschreven als 'zorg zoals huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicaptenzorg in samenspel plegen te bieden aan patiënten. Zowel overdag als in de avond, nacht en weekend (ANW)', zie NZa, 'Rapport Medisch-generalistische zorg Wlz-patiënten', 9 juni 2020, p. 9. Medisch-generalistische zorg is echter geen wettelijk begrip. Het komt noch in de Wlz noch in de Zvw voor.

[4] *Kamerstukken II 2021/22, 29389, nr. 111.*

[5] Art. 3.1.1 Wlz.

[6] Art. 3.1.1, lid 1 onder d Wlz.

[7] Zie voor een schematisch overzicht: NZa, 'Rapport Medisch-generalistische zorg Wlz-patiënten', 9 juni 2020, p. 8. Voor patiënten met een indicatie 'verblijf en behandeling' die kiezen voor een pgb of een vpt geldt dat de algemene medische zorg ook ten laste komt van de Zvw.

[8] Zie bijvoorbeeld v.zr. Rechtbank Noord-Nederland 22 december 2017, ECLI:NL:RBNNE:2017:5005. Toepassing van de schakelbepaling van art. 7:464 BW is denkbaar maar heb ik nog niet teruggezien in de jurisprudentie.

[9] Art. 2 en 3 Wkkgz.

[10] Art. 7:453 BW, zie ook art. 2 Wkkgz.

[11] LHV Aanbod huisartsgeneeskundige zorg'2015, p. 8.

[12] LHV-Leidraad Algemeen medische zorg voor verstandelijk gehandicapten in VG zorginstellingen, 2019, p. 2/5. Vgl. LHV-Leidraad Medische zorg voor ouderen in (kleinschalige) woonzorginstellingen, 2018, p. 3/5.

[13] KNMG et al., Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, 26 januari 2010.

[14] LHV-Leidraad Algemeen medische zorg voor verstandelijk gehandicapten in VG zorginstellingen 2019, p. 2/5. Vgl. LHV-Leidraad Medische zorg voor ouderen in (kleinschalige) woonzorginstellingen, 2018, p. 3/5.

[15] RTG Zwolle 22 november 2018, ECLI:NL:TGZRZWO:2018:178.

[16] KNMG Richtlijn Niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst, januari 2021, p. 11 en 12.

[17] Art. 7:460 BW.

[18] KNMG Richtlijn Niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst, januari 2021, p. 18.

[19] KNMG Richtlijn Niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst, januari 2021, p. 13-14.

[20] Zie r.o. 4.6 van CTG 26 februari 2024, ECLI:NL:TGZCTG:2024:48.

[21] Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht*, achtste druk, Den Haag: Boom juridisch 2020, p. 110.