

Nieuwsbrief - GZR Updates 2023-7

Nummer 7, 2023

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

Hoge Raad

[Hoge Raad, ECLI:NL:HR:2023:504](#) 31-03-2023

Schadevergoeding 5:16 Wvoggz-termijn. Schadevergoeding is uitgangspunt, tenzij geringe overschrijding of aan betrokkene te wijten. Aanbeveling forfaitaire schadevergoeding.

[Hoge Raad, ECLI:NL:HR:2023:501](#) 31-03-2023

Wvoggz. Overschrijding beslistermijn door rechtbank. Schadevergoeding moet in afzonderlijke procedure worden verzocht. Bij termijnoverschrijding is uitgangspunt billijke schadevergoeding, tenzij bijzondere omstandigheden.

Rechtbank

[Rechtbank Noord-Holland, ECLI:NL:RBNHO:2023:2558](#) 15-03-2023

Geen onderbouwing voor tekortschieten in behandelingsovereenkomst, patiënt moet kosten behandeling betalen.

[Rechtbank Gelderland, ECLI:NL:RBGEL:2023:1611](#) 10-03-2023

Valt verbaal verzet onder verzet als bedoeld in de Wzd?

[Rechtbank Den Haag, ECLI:NL:RBDHA:2023:2685](#) 03-03-2023

Inkoop wijkverpleging door zorgverzekeraars. Verplichting hanteren reële tarieven.

[Rechtbank Den Haag, ECLI:NL:RBDHA:2022:15699](#) 10-06-2022

Klachtzaak Wvoggz. Zorgaanbieder heeft artikel 8:9 lid 3 Wvoggz niet nageleefd. Rechtbank te laat beslist op verzoek zorgmachtiging. Schadevergoeding van € 80.

Tuchtcolleges

[Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg, ECLI:NL:TGZCTG:2023:65](#) 05-04-2023

Klacht tegen specialist ouderengeneeskunde deels niet-ontvankelijk wegens ontbreken persoonlijke verwijtbaarheid. Voor overige terugverwijzing.

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam, ECLI:NL:TGZRAMS:2023:87](#) 03-04-2023

Klacht tegen psychiater wegens onvoldoende aanpassen van eerder gestelde diagnose. Kennelijk ongegrond.

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam, ECLI:NL:TGZRAMS:2023:86](#) 31-03-2023

Bedrijfsarts laat zich tendentius uit over klager jegens werkgever en geeft onvoldoende uitleg aan klager over zijn zienswijze. Berisping.

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Zwolle, ECLI:NL:TGZRZWO:2023:82](#) 31-03-2023

Klacht van huisarts tegen huisarts van Hagro wegens tekortschietende waarneming. Financiële schade raakt niet de individuele gezondheidszorg.

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Zwolle, ECLI:NL:TGZRZWO:2023:90](#) 31-03-2023

Klacht tegen radioloog wegens screening borstkanker in kader van bevolkingsonderzoek. Geen diagnostische situatie. Klacht kennelijk ongegrond.

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Zwolle, ECLI:NL:TGZRZWO:2023:78](#) 30-03-2023

Berisping opgelegd aan verloskundige wegens ongemotiveerde afwijking van de richtlijn.

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Zwolle, ECLI:NL:TGZRZWO:2023:75](#) 24-03-2023

Klager dient klacht in bij RTG waarover reeds eerder is geoordeeld. Geen nieuwe feiten en omstandigheden. Kennelijk ongegrond.

[Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Zwolle, ECLI:NL:TGZRZWO:2023:80](#) 24-03-2023

Huisarts informeert patiënt met euthanasieverklaring, inclusief dementieclausule, niet dat hij geen euthanasie uitvoert bij dementie.

Uitspraken zonder ECLI

[Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden](#) 13-03-2023

Ontbinden cliëntenraad.

Bij deze uitspraak ontbreekt de ECLI

[Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden](#) 17-02-2023

Regeling persoonsgebonden was.

Bij deze uitspraak ontbreekt de ECLI

[Geschillencommissie ziekenhuizen](#) 22-04-2022

Klaagster niet-ontvankelijk omdat het geschil te laat is ingediend.

Bij deze uitspraak ontbreekt de ECLI

[Rechtbank Amsterdam](#) 16-03-2023

Terugkomen op vergaande mate van overeenstemming over vragen aan deskundige is naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar.

Bij deze uitspraak ontbreekt de ECLI

[Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden](#) 07-03-2023

Vervangende toestemming vaststellen Medezeggenschapsregeling.

Bij deze uitspraak ontbreekt de ECLI

Annotatie

[De olievlek die de discussie om reële tarieven heet](#)

mr. N.A.D. Groot

RECHTSPRAAK

Ontbinden cliëntenraad.

De zorginstelling verzoekt de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden om toestemming te verlenen om de cliëntenraad te ontbinden. De Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden wijst het verzoek tot ontbinding toe.

Feiten

De Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden (hierna: LCvV) wordt door de zorginstelling verzocht om toestemming te verlenen om de cliëntenraad te ontbinden.

Oordeel

De LCvV kan op grond van artikel 13 jo. artikel 14 lid 3 sub b Wmcz 2018 op verzoek van een zorginstelling toestemming geven tot ontbinding van een cliëntenraad, als gebleken is dat die cliëntenraad daar zelf niet mee instemt en er sprake is van structureel tekortschieten in de behartiging van het gemeenschappelijk cliëntenbelang en er redelijkerwijs geen andere oplossing is dan ontbinding van de cliëntenraad.

Na een eerdere uitspraak van de LCvV (22-014) is er een gecertificeerd mediator voorgedragen waar de raadsleden in eerste instantie mee instemden, maar bleek na een eerste ronde van individuele gesprekken dat er geen gemeenschappelijk draagvlak was voor het uitvoeren van de mediation.

De LCvV stelt vast dat de cliëntenraad structureel tekortschiet in de behartiging van het gemeenschappelijk cliëntenbelang. Er bestaat bij de cliëntenraadsleden geen bereidheid om de onderlinge geschillen te beslechten en de samenwerking als geheel te hervatten, vanwege diepgewortelde en langdurige animositeit tussen bepaalde leden. Mediation en/of coaching als alternatief voor ontbinding heeft hierdoor geen reële kans van slagen (meer). De LCvV wijst het verzoek tot ontbinding van de cliëntenraad toe.

mr. X.R. van der Kruk-Ras

Instantie: Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden

Datum uitspraak: 13-03-2023

Zaaknummer: 23-002

ANNOTATIE

De olievlek die de discussie om reële tarieven heet

mr. N.A.D. Groot

Inleiding

De inkoop van zorg en meer specifiek de tarieven die daarbij worden gehanteerd door de zorginkoper, zijn al geruime tijd een belangrijk onderwerp van gesprek. Sinds de decentralisatie van zorg, werk en jeugdhulp in 2015,[1] voeren zorgaanbieders zowel binnen als buiten de rechtszaal discussies over de door gemeenten gehanteerde (financiële) voorwaarden bij de inkoop van maatschappelijke ondersteuning in het kader van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en jeugdhulp in het kader van de Jeugdwet. Recente rechtspraak laat zien dat deze discussie niet meer uitsluitend tussen zorgaanbieders en gemeenten plaatsvindt.

Een vonnis van 3 maart 2023 is hier wederom een voorbeeld van.[2] De voorzieningenrechter van de rechtbank Den Haag oordeelde namelijk dat een zorgverzekeraar ook gehouden is reële tarieven vast te stellen. Of die plicht altijd zal gelden voor zorgverzekeraars en of de 'olievlek' zich nog verder zal uitbreiden, is echter een tweede. Daar zal ik dan ook op ingaan in deze annotatie, nadat ik eerst stilsta bij het vonnis zelf en uiteenzet welke juridische grondslagen worden gehanteerd voor de plicht om reële tarieven te stellen door de diverse zorginkopers die Nederland kent.

Feiten en oordeel rechtbank Den Haag

Feiten

De zaak draait om een zorgaanbieder (Stichting) die al jarenlang actief is in de regio Friesland als aanbieder van wijkverpleging en zorgverzekeraars Zilveren Kruis c.s.,[3] met wie de Stichting ook al een jarenlange contractuele relatie heeft. Verreweg het grootste gedeelte van de cliënten van de Stichting zijn ook verzekerd bij Zilveren Kruis c.s.

Zilveren Kruis c.s. hebben een inkoopprocedure georganiseerd voor de inkoop van wijkverpleging ten behoeve van hun verzekerden per 1 januari 2023. In deze inkoopprocedure

hebben Zilveren Kruis c.s. een systematiek gehanteerd waarbij alle zorgaanbieders in aanmerking komen voor een basisbudget. Dit basisbudget is gebaseerd op het gedeclareerde tarief over 1 juni 2021 tot en met 31 mei 2022, vermenigvuldigd met het tarief voor 2023.

Voor productie boven het basisbudget kunnen zorgaanbieders een aanvullende vergoeding verkrijgen. De (hoogte van de) aanvullende vergoeding is afhankelijk van de doelmatigheidscategorie waarin zij worden ingedeeld. De aanvullende vergoeding verschilt per doelmatigheidscategorie. Uiteindelijk wordt door Zilveren Kruis c.s. een integraal tarief betaald per vijf minuten op basis van de overeenkomst.

Zilveren Kruis c.s. hebben een tariefvoorstel aan de Stichting voorgelegd ter hoogte van € 5,35 per vijf minuten met inachtneming van deze systematiek. Op basis daarvan zijn partijen met elkaar in overleg getreden. De Stichting heeft daarin een tegenvoorstel gedaan van € 5,94 per vijf minuten. Ter onderbouwing daarvan heeft zij gewezen op een door Berenschot ontwikkelde en door haar ingevulde kostprijstool. Verder heeft de Stichting erop gewezen dat de indexatie voor 2023 nog moest worden doorgevoerd ten aanzien van het door haar voorgestelde tarief en dat nog geen rekening was gehouden met gelden voortvloeiende uit het Integraal Zorg Akkoord (IZA-gelden).

Het overleg tussen partijen heeft uiteindelijk geresulteerd in een finaal voorstel zijdens Zilveren Kruis c.s. van € 5,71 per vijf minuten. De Stichting heeft daarop de overeenkomst voor wijkverpleging wel ondertekend, maar onder protest en onder voorwaarden, verband houdende met de uitkomst van het door de Stichting aanhangig gemaakte kort geding.

In dit kort geding stelt de Stichting zich – kort gezegd – op het standpunt dat Zilveren Kruis c.s. reële tarieven moeten hanteren gelet op:

- a. de precontractuele maatstaven van redelijkheid en billijkheid die van toepassing is op de rechtsverhouding tussen partijen, waarbij eveneens acht moet worden geslagen op de langdurige contractuele relatie tussen partijen;
- b. de aanbestedingsbeginselen van objectiviteit, transparantie en non-discriminatie die volgens haar in volle omvang van toepassing zijn op de inkoopprocedure;
- c. de aanmerkelijke marktmacht waarover Zilveren Kruis c.s. beschikken voor wijkverpleging in de provincie Friesland;
- d. een analoge toepassing van de jurisprudentie die geldt voor de vaststelling van tarieven door gemeenten voor de levering van hulp bij het huishouden onder de Wmo; en
- e. de zorgplicht die geldt voor zorgverzekeraars op basis van artikel 11 van de

Zorgverzekeringswet.

Zilveren Kruis c.s. hebben niet in overeenstemming met het voorgaande gehandeld door geen reëel tarief vast te stellen. Dat geen sprake is van een reëel tarief blijkt volgens de Stichting uit:

f. de omstandigheid dat de Stichting – ondanks dat zij een redelijk efficiënt functionerende aanbieder is – in 2021 en 2022 verlies heeft geleden met de levering van wijkverpleging;

g. de door haar ingevulde kostprijstool van Berenschot, waaruit volgt dat het door Zilveren Kruis c.s. gehanteerde tarief onder de kostprijs van de Stichting ligt als gevolg waarvan ook in 2023 en 2024 een verlies zal worden geleden met de levering van wijkverpleging;

h. een onjuiste toepassing van de indexering voor 2023 door Zilveren Kruis c.s.;

i. een onjuiste aanwending van de IZA-gelden ad € 175 miljoen;

j. een te lage vergoeding voor onplanbare nachtzorg; en

k. een niet-realistische doelmatigheidsopslag van 2%, te behalen over twee jaar.

Oordeel

Toetsingskader: verplichting vaststellen reële tarieven?

De voorzieningenrechter van de rechtbank Den Haag komt tot het belangrijke oordeel dat Zilveren Kruis c.s. verplicht zijn om reële tarieven te hanteren. Dat oordeel is gebaseerd op een toepassing van de maatstaven van precontractuele maatstaven van redelijkheid en billijkheid. Deze maatstaven brengen volgens de voorzieningenrechter mee dat Zilveren Kruis c.s. bij hun handelen een bijzondere zorgvuldigheid in acht dienen te nemen jegens de Stichting.[4] Het standpunt van de Stichting zoals hiervoor onder a. verwoord, wordt dus gehonoreerd.

Dat is echter niet volledig het geval voor de standpunten van de Stichting zoals hiervoor onder b. tot en met e. beschreven.

In de eerste plaats is volgens de voorzieningenrechter geen sprake van een aanbestedingsprocedure in de zin van de Aanbestedingswet 2012. Zilveren Kruis c.s. hebben daar ook niet vrijwillig voor gekozen. De beginselen van het aanbestedingsrecht zijn dan ook niet in volle omvang van toepassing op de inkoopprocedure.

In de tweede plaats en ten aanzien van de aanmerkelijke marktmacht oordeelt de voorzieningenrechter als volgt. Hij oordeelt dat het zeer grote marktaandeel van Zilveren Kruis c.s. in de regio waar de Stichting werkzaam is, een van de factoren vormt die leidt tot de

conclusie dat Zilveren Kruis c.s. in dit geval een bijzondere zorgvuldigheid in acht dienen te nemen jegens de Stichting. Dat komt dus tot uiting bij toepassing van de maatstaven van precontractuele redelijkheid en billijkheid.

In de derde plaats verwerpt de voorzieningenrechter een analoge toepassing van de jurisprudentie omtrent de vaststelling van tarieven door gemeenten voor de levering van hulp bij het huishouden onder de Wmo. De voorzieningenrechter overweegt dat er inderdaad gelijkenissen zijn, maar ook een essentieel verschil, namelijk dat in de Wmo wettelijk is geregeld aan welke eisen de vastgestelde tarieven moeten voldoen. Daarvan is in de Zorgverzekeringswet geen sprake. Die jurisprudentie is hier dus niet (analoog) van toepassing.

De voorzieningenrechter gaat niet meer expliciet in op de zorgplicht die voortvloeit uit artikel 11 Zorgverzekeringswet.

Wel oordeelt de voorzieningenrechter tot slot nog dat de verplichting om een reëel tarief vast te stellen voor de Stichting niet inhoudt dat Zilveren Kruis c.s. zijn gehouden om voor de bepaling van de hoogte van het tarief aan te sluiten bij de kostenopgave van de Stichting. Deze verplichting houdt volgens de voorzieningenrechter in dat zij een tarief moeten bieden dat een redelijk efficiënt zorgaanbieder in staat stelt om de diensten te leveren met de vereiste kwaliteit. Daarbij hoeven zij niet uit te gaan van de kosten die de Stichting heeft becijferd.

Na de vaststelling dat Zilveren Kruis c.s. verplicht zijn om reële tarieven te hanteren, komt vervolgens de vraag aan bod of Zilveren Kruis c.s. ook een reëel tarief hebben vastgesteld voor de Stichting.

Toepassing: is sprake van een reëel tarief?

Deze vraag beantwoordt de rechtbank Den Haag ontkennend. De voorzieningenrechter komt tot de conclusie dat Zilveren Kruis c.s. hun bijzondere zorgplicht jegens de Stichting hebben geschonden, en dus geen reëel tarief hebben vastgesteld voor de Stichting.

De voorzieningenrechter oordeelt dat de Stichting de door haar beweerde verliezen voor de levering van wijkverpleging in het verleden onvoldoende heeft weten te onderbouwen. Als gevolg daarvan kan niet worden geconcludeerd dat de tarieven voor 2023 verlieslatend zullen zijn.

Vervolgens oordeelt de voorzieningenrechter, gelet op het verweer van Zilveren Kruis c.s., dat de kostprijstool van Berenschot niet kan dienen als onderbouwing van het standpunt van de Stichting dat er geen reële tarieven worden geboden. Redengevend daarvoor is dat de juistheid van de resultaten voortvloeiende uit de kostprijstool niet althans onvoldoende kan worden

vastgesteld.

Ten aanzien van de onjuiste toepassing van de indexering door Zilveren Kruis c.s., boekt de Stichting wel succes. Zilveren Kruis c.s. hebben voor 2023 een indexering toegepast voor de compensatie van de gestegen kosten van 4,75% (OVA en materiële kosten) op basis van de aanpassing van de cijfers in september 2023 door de NZa. Zij hebben echter niet de correctie voor 2022 toegepast. De Stichting heeft deze correctie (onweersproken) berekend op 2,17% (de definitieve index 2022 van 4,903% minus de voorlopige index 2022 van 2,79%).

Het achterwege blijven van deze correctie is van belang omdat Zilveren Kruis c.s. bij het vaststellen van het tarief voor 2023, het tarief voor 2022 tot uitgangspunt hebben genomen. De voorzieningenrechter oordeelt dat toepassing van de correctie voor 2022 noodzakelijk is om te voldoen aan de eis om de Stichting een reëel tarief te bieden. Immers, de kosten zijn daadwerkelijk met dit percentage gestegen. De voorzieningenrechter acht het daarom voldoende aannemelijk dat de Stichting dit percentage nodig heeft om haar diensten te kunnen blijven leveren met de vereiste kwaliteit.

Dan komen de IZA-gelden aan bod. De Stichting meent dat Zilveren Kruis c.s. gehouden zijn om het volledige bedrag van € 175 miljoen dat aan extra IZA-gelden beschikbaar is gekomen, als IZA-indexatie toe te passen. Daar wordt de Stichting echter niet in gevolgd. De voorzieningenrechter oordeelt dat geen specifieke afspraken zijn gemaakt over de wijze van besteding van de IZA-gelden en dat het Zilveren Kruis c.s. vrij stond om niet dit gehele bedrag als IZA-indexatie toe te passen. Dat andere zorgverzekeraars dat wel doen, maakt dat niet anders.

Ten aanzien van de vergoeding voor onplanbare nachtzorg en het standpunt van de Stichting dat deze vergoeding te laag is, oordeelt de voorzieningenrechter dat hij geen aanleiding ziet een voorziening te treffen. De reden daarvoor is gelegen in een nog lopend onderzoek naar de hoogte van deze vergoeding en de toezegging van Zilveren Kruis c.s. dat zij voornemens zijn de uitkomsten van het onderzoek op te volgen. Het kan dus zijn dat de vergoeding voor onplanbare nachtzorg nog wordt verhoogd. In die omstandigheden komt een oordeel van de voorzieningenrechter over de hoogte van deze vergoeding volgens hem te vroeg.

Tot slot gaat de voorzieningenrechter in op de doelmatigheidsafpraak c.q. -opslag van 2%. Hier is hij echter kort over. De Stichting stelt dat het de vraag is of de doelmatigheidsafpraak haalbaar is. Dat standpunt is volgens de voorzieningenrechter echter te weinig concreet om aan te kunnen nemen dat Zilveren Kruis c.s. op dit onderdeel geen reëel tarief bieden aan de Stichting.

De conclusie van de voorzieningenrechter luidt dan ook dat Zilveren Kruis c.s. op één

onderdeel hun bijzondere zorgplicht jegens de Stichting hebben geschonden, namelijk ten aanzien van de indexering. Zilveren Kruis c.s. dienen dan ook bij de vaststelling van het tarief voor wijkverpleging voor 2023 naast de indexering van 4,75%, ook de correctie voor 2022 van 2,17% toe te passen. De overeenkomst met de Stichting moet op dit punt worden aangepast.

De discussie omtrent reële tarieven nader beschouwd

Zoals in de inleiding van deze annotatie opgemerkt, zijn de tarieven die door zorginkopers worden vastgesteld in inkoopprocedures al geruime tijd een belangrijk onderwerp van discussie.

Deze discussie leek in eerste instantie hoofdzakelijk beperkt te zijn tot de vaststelling van tarieven door gemeenten bij de inkoop van zorg op basis van de Wmo en de Jeugdwet. Op zich logisch, nu expliciet uit deze wetgeving voortvloeit dat de door gemeenten vastgestelde prijs in een goede verhouding moet staan tot de door gemeenten gestelde eisen aan de kwaliteit.[5] Met andere woorden, gemeenten moeten op basis van deze wetgeving een 'reëel tarief' vaststellen voor de dienstverlening die zij uitvragen.

Wanneer echter sprake is van een 'reëel tarief', daar verschillen de meningen nogal eens over. Dit heeft sinds 2015 geresulteerd in een stroom van gerechtelijke uitspraken die – in overwegende mate – niet positief uitpakten voor de inkoopende gemeenten.[6] Deze stroom van uitspraken over zorg inkoopende gemeenten lijkt aanleiding te zijn geweest om ook de tarieven die worden gehanteerd door andere zorginkopers voor te leggen aan de rechter.

In 2020 oordeelde de rechtbank Den Haag dat de Dienst Justitiële Inrichtingen bij de inkoop van forensische zorg tegen vooraf vastgestelde tarieven, ook reële tarieven moet hanteren.[7] In datzelfde jaar oordeelde dezelfde rechtbank Den Haag dat ook zorgkantoren reële tarieven moeten vaststellen in het kader van een inkoopprocedure voor zorg op grond van de Wet langdurige zorg.[8]

Inmiddels is daarmee op basis van de Jeugdwet, de Wmo, de Aanbestedingswet 2012 (Aw), de algemene beginselen van het aanbestedingsrecht en de algemene beginselen van behoorlijk bestuur een meer en meer uitgekristalliseerd kader ontwikkeld waar zorginkopers zich aan moeten houden bij het vaststellen van tarieven voor in te kopen zorg. Dat kader zal ik hieronder uiteenzetten.[9]

Het is momenteel bestendige rechtspraak en praktijk dat verplichtingen op basis van artikel 2.6.6 Wmo ook (naar analogie) gelden voor (art. 2.12 van) de Jeugdwet.[10] Op grond van de algemene maatregel van bestuur reële prijs Wmo (AMvB) moeten gemeenten ten minste op grond van de volgende kostprijs-elementen een reële prijs vaststellen voor Wmo-diensten én

zorg uit hoofde van de Jeugdwet:

- kosten van de beroepskracht;
- redelijke overheadkosten;
- kosten voor niet-productieve uren van de beroepskrachten als gevolg van verlof, ziekte, scholing, werkoverleg;
- reis en opleidingskosten;
- indexatie van de reële prijs voor het leveren van een dienst; en
- overige kosten als gevolg van door de gemeente gestelde verplichtingen voor aanbieders waaronder rapportageverplichtingen en administratieve verplichtingen.

De fundamentele beginselen van het aanbestedingsrecht, in het bijzonder de beginselen van non-discriminatie, gelijkheid, transparantie en proportionaliteit, zijn eveneens van toepassing op de te doorlopen inkoopprocedures.[11] Of dit nu aanbestedingsprocedures zijn in de zin van de Aw of inkoopprocedures op basis van het (semi-)open house-model.[12]

Het proportionaliteitsbeginsel brengt mee dat de voorwaarden die worden gesteld aan de uitvoering van de opdracht, in een redelijke verhouding tot het voorwerp van de opdracht dienen te staan. Dat volgt niet alleen onmiskenbaar uit de uitspraken inzake jeugdzorg,[13] maar ook uit jurisprudentie die niet specifiek ziet op zorg.[14] Het transparantiebeginsel brengt mee dat geboden tarieven moeten worden gemotiveerd.[15]

Voorts is specifiek ten aanzien van gemeenten van belang dat zij ook bij het uitoefenen van privaatrechtelijke bevoegdheden – namelijk het sluiten van overeenkomsten met aanbieders – en bij het bepalen van reële tarieven gebonden zijn aan de algemene beginselen van behoorlijk bestuur.[16] In het kader van de inkoop van zorg spelen in dat kader met name het motiverings-, evenredigheids- en proportionaliteitsbeginsel een belangrijke rol.

Daarnaast vloeit uit de precontractuele redelijkheid en billijkheid voort dat zorginkopers reële tarieven moeten hanteren en dit moeten kunnen onderbouwen. Deze expliciet in de rechtspraak erkende verplichting hangt samen met de volgende omstandigheden:

- Zorginkopers organiseren inkoopprocedures ter uitvoering van een op hen rustende wettelijke verplichting. De uit dergelijke procedures voortkomende overeenkomsten kennen een expliciete wettelijke grondslag.[17]
- Zorginkopers oefenen ten opzichte van zorgaanbieders een machtspositie uit.[18]

Kort gezegd, volgt uit de jurisprudentie tot nu toe dat zorginkopers bij het bepalen van een reële prijs het volgende in acht moeten nemen. Zij:

- hebben een onderzoeks- en informatieplicht (algemene beginselen van behoorlijk bestuur);[19]
- dienen actief kennis te vergaren;[20]
- dienen rekening te houden met de kostprijs van een redelijk efficiënt functionerende aanbieder;[21]
- moeten zich verdiepen in de relevante arbeidsvoorwaarden en functiemix voor de vraag of hun tarieven een kostendekkende levering van de gevraagde diensten mogelijk maakt;[22]
- dienen rekening te houden met de sectorale uitvoeringswerkelijkheid;[23] en
- dienen acht te slaan op regionale en organisatie specifieke omstandigheden.[24]

Uit het vonnis van 3 maart jl. leid ik af dat de Stichting heeft getracht het gehele bovenstaande kader van toepassing te laten zijn op zorginkoop *door zorgverzekeraars*. Dat is de Stichting echter niet gelukt.

Vooropgesteld geldt dat de Stichting hier naar mijn mening een belangrijke overwinning heeft behaald voor met zorgverzekeraars contracterende zorgaanbieders. Immers, de voorzieningenrechter oordeelt wel dat de zorgverzekeraars gehouden zijn om reële tarieven te hanteren.

De voorzieningenrechter wil echter niet verder gaan dan het oordeel dat zorgverzekeraars contractsvrijheid toekomt en dat deze contractsvrijheid wordt begrensd door de maatstaven van redelijkheid en billijkheid. Uit die maatstaven van redelijkheid en billijkheid vloeit in dit specifieke geval een bijzondere zorgplicht voort die maakt dat de zorgverzekeraars reële tarieven moeten hanteren. Heel duidelijk is het kader waarbinnen zorgverzekeraars moeten handelen daarmee nog niet. Dat terwijl inmiddels voor andere vormen van zorg toch een (relatief) duidelijk kader is ontwikkeld.

Eenzijds kan ik dit oordeel van de voorzieningenrechter volgen. Het hierboven geschetste kader voor het vaststellen van tarieven bij zorginkoop is grotendeels gebaseerd op de rol van zorginkoper als aanbestedende dienst of dusdanige gelijkenissen met een aanbestedingsprocedure, dat daarmee de algemene beginselen van het aanbestedingsrecht ‘in huis worden gehaald’.

In dat kader lijkt echter van belang dat tot 2015 een uitgebreide discussie is gevoerd over de

vraag of zorgverzekeraars kwalificeren als aanbestedende dienst of niet. Die discussie is beëindigd met het arrest van het gerechtshof 's-Hertogenbosch van 12 mei 2015, waarin het hof oordeelde dat zorgverzekeraars niet kwalificeren als publiekrechtelijke instelling in de zin van artikel 1.1 Aw en daarmee dus ook niet als aanbestedende dienst.[25]

Gelet op deze achtergrond kan ik mij voorstellen dat de voorzieningenrechter niet heeft willen oordelen dat de inkoopprocedure dusdanige gelijkenissen heeft met een aanbestedingsprocedure, dat als gevolg daarvan de algemene beginselen van het aanbestedingsrecht van toepassing zijn. Daarmee heeft de voorzieningenrechter ook niet het gehele tot nu toe ontwikkelde kader voor 'reële tarieven' van toepassing willen verklaren op zorginkoop door zorgverzekeraars.

Anderzijds kan de vraag worden gesteld wat nu eigenlijk 'echt' het verschil is tussen de inkoop van jeugdhulp, maatschappelijke ondersteuning, forensische zorg en langdurige zorg aan de ene kant en inkoop van wijkverpleging aan de andere kant. Ten aanzien van forensische en langdurige zorg is evenmin expliciet in de wet bepaald dat sprake moet zijn van reële tarieven. Toch heeft de rechter daar – mede over de band van het proportionaliteitsbeginsel – geoordeeld dat de zorginkopers in kwestie reële tarieven dienen te hanteren. Hoewel ik niet bekend ben met de inhoud van de inkoopdocumenten die de zorgverzekeraars hebben gehanteerd, komt het mij voor dat de voorzieningenrechter hier ook tot een ander oordeel had kunnen komen.

Toekomst zorgverzekeraars?

Het bovenstaande brengt mij bij de volgende en laatste vraag in deze annotatie. Wat betekent dit vonnis voor toekomstige zorginkoopprocedures door zorgverzekeraars? Het antwoord op deze vraag is – vrees ik – teleurstellend. Mijns inziens is dit namelijk nog niet helemaal duidelijk.

De voorzieningenrechter oordeelt weliswaar dat op de zorgverzekeraars een plicht rust om reële tarieven vast te stellen. Dat oordeel lijkt echter te zijn ingegeven door de omstandigheden van het geval. De voorzieningenrechter lijkt veel waarde te hechten aan het hoge marktaandeel van Zilveren Kruis c.s. in de provincie Friesland en de omstandigheid dat de Stichting reeds een langdurige contractuele relatie heeft met Zilveren Kruis c.s. De vraag is dus of dit vonnis ook algemene gelding kan hebben voor andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Zo uitzonderlijk is de situatie uit deze uitspraak nu ook weer niet. Er zijn veel zorgaanbieders en zorgverzekeraars die jaar in, jaar uit met elkaar overeenkomsten sluiten. Ook zijn er veel zorgverzekeraars die in bepaalde regio's – namelijk die waar zij vóór 2006 als ziekenfonds

actief waren – hoge marktaandelen hebben. Daarom kan ik mij voorstellen dat een vergelijkbare casus zich ook in andere regio's kan voordoen. Het is wat mij betreft dan ook niet gezegd dat de zorgverzekeraars dit vonnis kunnen afdoen als een 'incidenteel geval', zodat zij er goed aan doen om (extra) zorgvuldig te handelen bij het vaststellen van tarieven in inkoopprocedures. Daarmee lijkt de 'olievlek' van discussies omtrent reële tarieven zich – weliswaar beperkt – toch weer uit te breiden.

mr. N.A.D. Groot

Advocaat bij AKD

[1] www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gemeenten/decentralisatie-van-overheidstaken-naar-gemeenten.

[2] Rb. Den Haag 3 maart 2023, ECLI:NL:RBDHA:2023:2685.

[3] De Stichting heeft de volgende partijen gedagvaard: Zilveren Kruis zorgverzekeringen N.V., Interpolis zorgverzekeringen N.V., FBTO zorgverzekeringen N.V., De Friesland zorgverzekeraar N.V. en Achmea zorgverzekeringen N.V.

[4] Rb. Den Haag 3 maart 2023, ECLI:NL:RBDHA:2023:2685, r.o. 4.3.

[5] Zie art. 2.6.6 Wmo en de op basis daarvan vastgestelde AMvB Reële prijs Wmo en art. 2.11 Jeugdwet.

[6] Zie ook het overzichtsartikel uit 2021 van S.B. Groenwold & G.E. van den Beuken, 'Reële tarieven binnen het sociaal domein: einde zoektocht gemeenten nog niet in zicht', *TA* 2021/4, p. 6-18.

[7] Rb. Den Haag 28 januari 2020, ECLI:NL:RBDHA:2020:544.

[8] Rb. Den Haag 1 oktober 2020, ECLI:NL:RBDHA:2020:9527.

[9] Zie ook mijn annotatie bij ECLI:NL:GHDHA:2022:613" >het arrest van het hof Den Haag d.d. 19 april 2022, ECLI:NL:GHDHA:2022:613 in *TBR* 2022/90.

[10] Vgl. Parket bij de Hoge Raad 26 maart 2021, ECLI:NL:PHR:2021:181, r.o. 3.27.

[11] Onder omstandigheden ook bij inkoop van zorg door zorgkantoren, zo is gebleken uit het vonnis van Rb. Den Haag 1 oktober 2020, ECLI:NL:RBDHA:2020:9527.

[12] Zie bijvoorbeeld Rb. Limburg 20 december 2021, ECLI:NL:RBLIM:2021:9688, r.o. 4.3.

[13] Hof Den Haag 7 juli 2020, ECLI:NL:GHDHA:2020:1120; Rb. Den Haag 28 januari 2020, ECLI:NL:RBDHA:2020:544; Rb. Limburg 9 januari 2020, ECLI:NL:RBLIM:2020:120, r.o. 4.16; Hof Den Bosch 30 oktober 2018, ECLI:NL:GHSHE:2018:4534; Rb. Zeeland-West-Brabant 13 november 2017, ECLI:NL:RBZWB:2017:7312; Rb. Noord-Holland 3 november 2017, ECLI:NL:RBNHO:2017:9242; Hof Den Haag 14 februari 2017, ECLI:NL:GHDHA:2017:260.

[14] Rb. Midden-Nederland 8 januari 2016, ECLI:NL:RBMNE:2016:104, r.o. 4.44 en 4.45.

[15] Rb. Den Haag 1 oktober 2020, ECLI:NL:RBDHA:2020:9527, r.o. 5.9.

[16] Rb. Midden-Nederland 10 juni 2021, ECLI:NL:RBMNE:2021:2420, r.o. 3.2; Rb. Midden-Nederland 27 november 2020, ECLI:NL:RBMNE:2020:5180, r.o. 4; Rb. Limburg 24 november 2020, ECLI:NL:RBLIM:2020:9229, r.o. 4.11; Rb. Noord-Nederland 13 december 2019, ECLI:NL:RBNNE:2019:5168, r.o. 4.24; Rb. Den Haag 22 oktober 2019, ECLI:NL:RBDHA:2019:11096, r.o. 5.10; Hof Den Bosch 30 oktober 2018, ECLI:NL:GHSHE:2018:4534, r.o. 6.13; Rb. Noord-Holland 3 november 2017, ECLI:NL:RBNHO:2017:9242, r.o. 4.10.

[17] Zie bijvoorbeeld art. 2.1 e.v. Jeugdwet jo. art. 2.12 Jeugdwet, maar ook art. 4.1.2 jo. 4.1.1 Wet langdurige zorg.

[18] Rb. Den Haag 1 oktober 2020, ECLI:NL:RBDHA:2020:9527, r.o. 5.5 en 5.24.

[19] Hof 's-Hertogenbosch 30 oktober 2018, ECLI:NL:GHSHE:2018:4534.

[20] Rb. Noord-Holland 3 november 2017, ECLI:NL:RBNHO:2017:9242.

[21] Hof Den Haag 7 juli 2020 ECLI:NL:GHDHA:2020:1120; Rb. Den Haag 28 januari 2020, ECLI:NL:RBDHA:2020:544; Rb. Midden-Nederland 27 november 2020, ECLI:NL:RBMNE:2020:5180.

[22] Hof 's-Hertogenbosch 30 oktober 2018, ECLI:NL:GHSHE:2018:4534, r.o. 6.24.

[23] Hof Den Haag 7 juli 2020 ECLI:NL:GHDHA:2020:1120; Rb. Den Haag 28 januari 2020, ECLI:NL:RBDHA:2020:544; Rb. Midden-Nederland 27 november 2020, ECLI:NL:RBMNE:2020:5180.

[24] *Ibid.*

[25] Hof 's-Hertogenbosch 12 mei 2015, ECLI:NL:GHSHE:2015:1697, *GJ* 2015/109, m.nt. J.J.

Rijken.

RECHTSPRAAK

Regeling persoonsgebonden was.

De LCvV geeft geen vervangende toestemming voor het nemen van een besluit over de wijziging regeling en tarieven persoonsgebonden was. De LCvV beveelt aan dat de instelling en de CCR meer gedetailleerd en met aandacht voor elkaars standpunten een gesprek voeren over de beoogde regeling, de (financiële) onderbouwing en de al dan niet aanwezige alternatieven, waarbij de uitkomsten van dit gesprek het vervolg uitwijzen.

Feiten

Een zorginstelling met meer dan twintig locaties, waaronder negen woonzorglocaties wil komen tot een nieuwe, uniforme regeling van de persoonlijke was voor alle bewoners die in een woonzorgcentrum van de zorginstelling wonen. De centrale cliëntenraad (CCR) heeft niet ingestemd met het voorgenomen besluit tot de uniforme regeling van de persoonlijke was en stelt dat er sprake is van gebrekkige informatie aangaande de onderbouwing van de uniforme regeling van de persoonlijke was. Daarnaast stelt de CCR dat hij niet het bevoegde medezeggenschapsorgaan is ingevolge de Medezeggenschapsregeling.

Hierbij dient opgemerkt te worden dat in het kader van een geschil in 2020 over een eerdere waskostenregeling (uitspraak 20-001) de LCvV geoordeeld heeft dat het instemmende besluit van de CCR niet op de juiste wijze, volgens de toen geldende medezeggenschapsregeling, tot stand was gekomen. Daarbij is door de LCvV aan partijen bevolen om de samenwerkingsovereenkomst aan te passen in het licht van de per 1 juli 2020 (toentertijd nog) in werking te treden Wmcz 2018. Daarbij is door de LCvV benadrukt dat het van belang is om deze afspraken ook na te leven. Op 16 mei 2022 is de – mede naar aanleiding van de uitspraak 20-001 – gewijzigde medezeggenschapsregeling vastgesteld.

De zorginstelling verzoekt de LCvV vervangende toestemming te geven tot het nemen van een besluit aangaande een nieuwe regeling en tarieven van de persoonsgebonden was (hierna: regeling) en geeft aan dat er zwaarwegende redenen zijn die vergen om het besluit te nemen

en dat daarnaast het niet-instemmen van de CCR onredelijk is.

Oordeel

De LCvV behandelt eerst het standpunt van de CCR dat hij inzake de Regeling niet het bevoegde medezeggenschapsorgaan is. De LCvV constateert dat in de Medezeggenschapsregeling op verschillende plekken een bevoegdheidsverdeling tussen de lokale cliëntenraden en de CCR is opgenomen. De LCvV oordeelt dat in casu de CCR het bevoegde orgaan is en dat de zorginstelling terecht bij de CCR om instemming verzocht heeft.

De LCvV geeft aan dat op grond van artikel 8 lid 6 Wmcz 2018 de zorginstelling, voor een voorgenomen besluit waar de cliëntenraad geen instemming voor heeft gegeven, de LCvV kan vragen om vervangende toestemming. De LCvV geeft deze toestemming enkel wanneer de beslissing van de cliëntenraad om geen instemming te geven onredelijk is, of het voorgenomen besluit van de instelling gevegd wordt om zwaarwegende redenen.

De LCvV oordeelt dat de CCR voldoende heeft onderbouwd dat een besluit over de wijze van organiseren van persoonsgebonden was van invloed kan zijn op de kwaliteit van leven van individuele bewoners voor wie de was deel uitmaakt van de dagbesteding. Daarnaast is de LCvV van oordeel dat de regeling een kostenstijging ten gevolg zal hebben die voor de doelgroep van grote invloed kan zijn. De LCvV is daarmee van oordeel dat het niet-instemmen door de CCR reeds op deze gronden niet als onredelijk te kwalificeren is.

De LCvV constateert dat het de commissie slechts vrij staat om vervangende toestemming te verlenen als zij van oordeel is dat de zorginstelling een zwaarwegend belang heeft bij het voorgenomen besluit en dat uit de parlementaire geschiedenis bij dit artikel onder andere volgt dat het in dit kader aan de zorginstelling is om de redenen die zij heeft voor het besluit, duidelijk en overtuigend in beeld brengen.

De LCvV oordeelt dat de instelling zeker argumenten lijkt te hebben om tot een gewijzigde regeling te komen, maar dat een goede uitwisseling van standpunten en berekeningen nog niet heeft plaatsgevonden. De LCvV geeft aan dat zij voor het overige geen acute argumenten heeft vernomen van de zorginstelling die zwaarwegend genoeg zijn om nu al over te gaan tot vervangende toestemming. Daarom geeft de LCvV geen vervangende toestemming voor het nemen van het besluit over de wijziging regeling en tarieven van persoonsgebonden was. De LCvV beveelt aan dat de instelling en de CCR meer gedetailleerd en met aandacht voor elkaars standpunten een gesprek voeren over de beoogde regeling, de (financiële) onderbouwing en de al dan niet aanwezige alternatieven, waarbij de uitkomsten van dit gesprek het vervolg uitwijzen.

mr. X.R. van der Kruk-Ras

Instantie: Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden

Datum uitspraak: 17-02-2023

Zaaknummer: 23-003

RECHTSPRAAK

Klaagster niet-ontvankelijk omdat het geschil te laat is ingediend.

De commissie oordeelt dat klaagster het geschil eerder had moeten indienen. De klachtbehandeling bij de zorgaanbieder was in 2018 afgesloten. Door het geschil pas in 2021 in te dienen is de termijn van twaalf maanden overschreden.

Feiten

Een dochter beklagt zich bij de commissie over de behandeling van haar in 2014 overleden vader. Hij zou nalatig en onzorgvuldig zijn behandeld, zijn mishandeld en uiteindelijk zijn overleden.

Het ziekenhuis heeft aangevoerd dat het geschil niet tijdig zou zijn ingediend en heeft zich beroepen op het bepaalde in artikel 6, eerste lid, onder a van het reglement van de commissie. Het geschil had binnen twaalf maanden na 11 november 2015, op welke datum zij de klacht bij het ziekenhuis had ingediend, dan wel binnen twaalf maanden na het gesprek met de raad van bestuur van het ziekenhuis op 17 januari 2018, aanhangig moeten zijn gemaakt. Ook heeft het ziekenhuis een beroep gedaan op het bepaalde in artikel 5 lid 1 onder b van het reglement van de commissie omdat het Regionaal Tuchtcollege (RTG) en het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) reeds uitspraak hebben gedaan over de klachtonderdelen die klaagster aan de commissie heeft voorgelegd.

Klaagster bestrijdt dat het geschil niet tijdig aanhangig zou zijn gemaakt en heeft daartoe aangevoerd dat het gesprek met de raad van bestuur op 17 januari 2018 niet de afhandeling van de klacht betrof, maar was bedoeld om te bezien of partijen tot beslechting van hun geschil konden komen. Volgens klaagster is de klacht eerst op 20 augustus 2018 aan het ziekenhuis voorgelegd en moet voor de twaalf-maanden-termijn worden uitgegaan van 20 augustus 2020 toen de klacht door het ziekenhuis werd afgehandeld door middel van de brief van een expertisebureau. Op 19 augustus 2021 is de klacht volgens klaagster tijdig ingediend. Klaagster stelt dat het ziekenhuis onrechtmatig heeft gehandeld, zodat de schade die daardoor

is geleden tot aansprakelijkheid leidt en door het ziekenhuis moet worden vergoed. Een tuchtcollege doet geen uitspraak over schadevergoeding en daarom kan met het begrip 'rechter' in het door het ziekenhuis genoemde artikel 5 volgens klaagster niet de tuchtrechter bedoeld zijn.

Oordeel

De commissie overweegt dat de klachten zien op een behandeling in 2013 en 2014. De echtgenote van de overleden patiënt heeft bij brief van 7 november 2015 bij het RTG een klacht ingediend over die behandeling en een afschrift van die brief gezonden aan onder meer de raad van bestuur en de medische staf van het ziekenhuis. De raad van bestuur heeft de ontvangst van die brief op 19 november 2015 schriftelijk bevestigd en aangegeven de klacht met de meest betrokken artsen en verpleegkundigen te bespreken waarna hij contact zou opnemen om te bezien of een gesprek mogelijk was. De raad van bestuur heeft de ingediende tuchtklacht dus – ook al was deze niet aan het ziekenhuis geadresseerd – opgevat als een mede tot het ziekenhuis gerichte klacht en deze ook als zodanig behandeld. Voorts overweegt de commissie dat het ziekenhuis onbetwist heeft gesteld dat de klachtenfunctionaris op 9 december 2015 met klaagster contact heeft opgenomen om na te gaan of zij openstond voor bemiddeling. Klaagster heeft toen laten weten dat de familie behoefte had aan een schriftelijke reactie van de betrokken artsen en verpleegkundigen in de tuchtprocedure alvorens een gesprek met de raad van bestuur te overwegen. Daarmee heeft klaagster het ziekenhuis volgens de commissie niet in de gelegenheid gesteld het doel van behandeling van de klacht te bereiken, namelijk een voor klaagster en het ziekenhuis bevredigende oplossing, zoals volgt uit artikel 16 lid 2 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. De commissie volgt het ziekenhuis dan ook in diens stelling dat de klacht voor het ziekenhuis op dat moment was afgehandeld. Na de uitspraak van het RTG heeft op 17 januari 2018 een gesprek plaatsgevonden tussen de raad van bestuur van het ziekenhuis en de familie. Dat gesprek heeft tussen partijen niet tot een (afdoende) oplossing van de klacht geleid. In de visie van de commissie is daarmee in ieder geval op 17 januari 2018 sprake geweest van een situatie waarin de klacht was afgehandeld doordat de klacht dan wel de onvrede daarover bij klaagster en haar familie niet kon worden weggenomen door het ziekenhuis. Klaagster heeft de klacht eerst op 11 september 2021 respectievelijk 17 december 2021 door middel van het vragenformulier Geschillencommissie Ziekenhuizen bij de commissie ingediend. Daarmee heeft klaagster de twaalf-maanden-termijn zoals bedoeld in artikel 6, eerste lid, aanhef en onder a van het reglement van de commissie ruimschoots overschreden. De commissie deelt het standpunt van klaagster niet dat voor de twaalf-maanden-termijn moet worden uitgegaan van de brief van het expertisebureau van 20 augustus 2020. Die brief bevat namelijk niet de afhandeling van de klacht maar de afhandeling van de door klaagster en haar familie van het ziekenhuis bij

brief van 20 augustus 2018 geclaimde schadevergoeding. Dat die claim is getoetst aan de gebeurtenissen die aan de klacht ten grondslag hebben gelegen, maakt in de visie van de commissie niet dat gesteld kan worden dat de klacht pas op 20 augustus 2020 door het ziekenhuis is afgehandeld. De commissie concludeert dat klagster in haar klacht niet-ontvankelijk is en komt niet toe aan een inhoudelijke beoordeling van de klacht.

mr. L. Beij

Instantie: Geschillencommissie ziekenhuizen

Datum uitspraak: 22-04-2022

Zaaknummer: 128660/150538

RECHTSPRAAK

Inkoop wijkverpleging door zorgverzekeraars. Verplichting hanteren reële tarieven.

De rechtbank Den Haag oordeelt dat – in dit geval – de betreffende zorgverzekeraars reële tarieven dienen te hanteren bij de inkoop van wijkverpleging.

Feiten

De zaak draait om een zorgaanbieder (Stichting) die al jarenlang actief is in de regio Friesland als aanbieder van wijkverpleging en zorgverzekeraars Zilveren Kruis c.s., met wie de Stichting ook al een jarenlange contractuele relatie heeft. Verreweg het grootste gedeelte van de cliënten van de Stichting zijn ook verzekerd bij Zilveren Kruis c.s.

Zilveren Kruis c.s. hebben een inkoopprocedure georganiseerd voor de inkoop van wijkverpleging ten behoeve van hun verzekerden per 1 januari 2023. In deze inkoopprocedure hebben Zilveren Kruis c.s. een systematiek gehanteerd waarbij alle zorgaanbieders in aanmerking komen voor een basisbudget. Dit basisbudget is gebaseerd op het gedeclareerde over 1 juni 2021 tot en met 31 mei 2022, vermenigvuldigd met het tarief voor 2023.

Voor productie boven het basisbudget kunnen zorgaanbieders een aanvullende vergoeding verkrijgen. De (hoogte van de) aanvullende vergoeding is afhankelijk van de doelmatigheidscategorie waarin zij worden ingedeeld. De aanvullende vergoeding verschilt per doelmatigheidscategorie. Uiteindelijk worden door Zilveren Kruis c.s. een integraal tarief betaald per vijf minuten op basis van de overeenkomst.

Zilveren Kruis c.s. hebben een tariefvoorstel aan de Stichting voorgelegd ter hoogte van € 5,35 per vijf minuten met inachtneming van deze systematiek. Op basis daarvan zijn partijen met elkaar in overleg getreden. De Stichting heeft daarin een tegenvoorstel gedaan van € 5,94 per vijf minuten. Ter onderbouwing daarvan heeft zij gewezen op een door Berenschot ontwikkelde en door haar ingevulde kostprijstool. Verder heeft de Stichting erop gewezen dat de indexatie voor 2023 nog moest worden doorgevoerd ten aanzien van het door haar voorgestelde tarief en dat nog geen rekening was gehouden met gelden voortvloeiende uit het

Integraal Zorg Akkoord (IZA-gelden).

Het overleg tussen partijen heeft uiteindelijk geresulteerd in een finaal voorstel zijdens Zilveren Kruis c.s. van € 5,71 per vijf minuten. De Stichting heeft daarop de overeenkomst voor wijkverpleging wel ondertekend, maar onder protest en onder voorwaarden verband houdende met de uitkomst van het door de Stichting aanhangig gemaakte kort geding.

In dit kort geding stelt de Stichting zich – kort gezegd – op het standpunt dat Zilveren Kruis c.s. reële tarieven moeten hanteren gelet op:

- a. de precontractuele maatstaven van redelijkheid en billijkheid die van toepassing is op de rechtsverhouding tussen partijen, waarbij eveneens acht moet worden geslagen op de langdurige contractuele relatie tussen partijen;
 - b. de aanbestedingsbeginselen van objectiviteit, transparantie en non-discriminatie die volgens haar in volle omvang van toepassing zijn op de inkoopprocedure;
 - c. de aanmerkelijke marktmacht waarover Zilveren Kruis c.s. beschikken voor wijkverpleging in de provincie Friesland;
 - d. een analoge toepassing van de jurisprudentie die geldt voor de vaststelling van tarieven door gemeenten voor de levering van hulp bij het huishouden onder de Wmo; en
 - e. de zorgplicht die geldt voor zorgverzekeraars op basis van artikel 11 van de Zorgverzekeringswet.
- Zilveren Kruis c.s. hebben niet in overeenstemming met het voorgaande gehandeld door geen reëel tarief vast te stellen. Dat geen sprake is van een reëel tarief blijkt volgens de Stichting uit:
- f. de omstandigheid dat de Stichting – ondanks dat zij een redelijk efficiënt functionerende aanbieder is – in 2021 en 2022 verlies heeft geleden met de levering van wijkverpleging;
 - g. de door haar ingevulde kostprijstool van Berenschot, waaruit volgt dat het door Zilveren Kruis c.s. gehanteerde tarief onder de kostprijs van de Stichting ligt als gevolg waarvan ook in 2023 en 2024 een verlies zal worden geleden met de levering van wijkverpleging;
 - h. een onjuiste toepassing van de indexering voor 2023 door Zilveren Kruis c.s.;
 - i. een onjuiste aanwending van de IZA-gelden ad € 175 miljoen;

j. een te lage vergoeding voor onplanbare nachtzorg; en

k. een niet-realistische doelmatigheidsopslag van 2%, te behalen over twee jaar.

Oordeel

Toetsingskader: verplichting vaststellen reële tarieven?

De voorzieningenrechter van de rechtbank Den Haag komt tot het belangrijke oordeel dat Zilveren Kruis c.s. verplicht zijn om reële tarieven te hanteren. Dat oordeel is gebaseerd op een toepassing van de maatstaven van precontractuele maatstaven van redelijkheid en billijkheid. Deze maatstaven brengen volgens de voorzieningenrechter mee dat Zilveren Kruis c.s. bij hun handelen een bijzondere zorgvuldigheid in acht dienen te nemen jegens de Stichting. Het standpunt van de Stichting zoals hiervoor onder a. verwoord, wordt dus gehonoreerd.

Dat is echter niet volledig het geval voor de standpunten van de Stichting zoals hiervoor onder b. tot en met e. beschreven.

In de eerste plaats is volgens de voorzieningenrechter geen sprake van een aanbestedingsprocedure in de zin van de Aanbestedingswet 2012. Zilveren Kruis c.s. hebben daar ook niet vrijwillig voor gekozen. De beginselen van het aanbestedingsrecht zijn dan ook niet in volle omvang van toepassing op de inkoopprocedure.

In de tweede plaats en ten aanzien van de aanmerkelijke marktmacht oordeelt de voorzieningenrechter als volgt. Hij oordeelt dat het zeer grote marktaandeel van Zilveren Kruis c.s. in de regio waar de Stichting werkzaam is, een van de factoren vormt die leidt tot de conclusie dat Zilveren Kruis c.s. in dit geval een bijzondere zorgvuldigheid in acht dienen te nemen jegens de Stichting. Dat komt dus tot uiting bij toepassing van de maatstaven van precontractuele redelijkheid en billijkheid.

In de derde plaats verwerpt de voorzieningenrechter een analoge toepassing van de jurisprudentie omtrent de vaststelling van tarieven door gemeenten voor de levering van hulp bij het huishouden onder de Wmo. De voorzieningenrechter overweegt dat er inderdaad gelijkenissen zijn, maar ook een essentieel verschil, namelijk dat in de Wmo wettelijk is geregeld aan welke eisen de vastgestelde tarieven moeten voldoen. Daarvan is in de Zorgverzekeringswet geen sprake. Die jurisprudentie is hier dus niet (analoog) van toepassing.

De voorzieningenrechter gaat niet meer expliciet in op de zorgplicht die voortvloeit uit artikel 11 Zorgverzekeringswet.

Wel oordeelt de voorzieningenrechter tot slot nog dat de verplichting om een reëel tarief vast te stellen voor de Stichting niet inhoudt dat Zilveren Kruis c.s. zijn gehouden om voor de bepaling van de hoogte van het tarief aan te sluiten bij de kostenopgave van de Stichting. Deze verplichting houdt volgens de voorzieningenrechter in dat zij een tarief moeten bieden dat een redelijk efficiënt zorgaanbieder in staat stelt om de diensten te leveren met de vereiste kwaliteit. Daarbij hoeven zij niet uit te gaan van de kosten die de Stichting heeft gecijferd.

Na de vaststelling dat Zilveren Kruis c.s. verplicht zijn om reële tarieven te hanteren, komt vervolgens de vraag aan bod of Zilveren Kruis c.s. ook een reëel tarief hebben vastgesteld voor de Stichting.

Toepassing: is sprake van een reëel tarief?

Deze vraag beantwoordt de rechtbank Den Haag ontkennend. De voorzieningenrechter komt tot de conclusie dat Zilveren Kruis c.s. hun bijzondere zorgplicht jegens de Stichting hebben geschonden, en dus geen reëel tarief hebben vastgesteld voor de Stichting.

De voorzieningenrechter oordeelt dat de Stichting de door haar beweerde verliezen voor de levering van wijkverpleging in het verleden onvoldoende heeft weten te onderbouwen. Als gevolg daarvan kan niet worden geconcludeerd dat de tarieven voor 2023 verlieslatend zullen zijn.

Vervolgens oordeelt de voorzieningenrechter, gelet op het verweer van Zilveren Kruis c.s., dat de kostprijstool van Berenschot niet kan dienen als onderbouwing van het standpunt van de Stichting dat er geen reële tarieven worden geboden. Redengevend daarvoor is dat de juistheid van de resultaten voortvloeiende uit de kostprijstool niet althans onvoldoende kan worden vastgesteld.

Ten aanzien van de onjuiste toepassing van de indexering door Zilveren Kruis c.s., boekt de Stichting wel succes. Zilveren Kruis c.s. hebben voor 2023 een indexering toegepast voor de compensatie van de gestegen kosten van 4,75% (OVA en materiële kosten) op basis van de aanpassing van de cijfers in september 2023 door de NZa. Zij hebben echter niet de correctie voor 2022 toegepast. De Stichting heeft deze correctie (onweersproken) berekend op 2,17% (de definitieve index 2022 van 4,903% minus de voorlopige index 2022 van 2,79%).

Het achterwege blijven van deze correctie is van belang omdat Zilveren Kruis c.s. bij het vaststellen van het tarief voor 2023, het tarief voor 2022 tot uitgangspunt hebben genomen. De voorzieningenrechter oordeelt dat toepassing van de correctie voor 2022 noodzakelijk is om te voldoen aan de eis om de Stichting een reëel tarief te bieden. Immers, de kosten zijn daadwerkelijk met dit percentage gestegen. De voorzieningenrechter acht het daarom

voldoende aannemelijk dat de Stichting dit percentage nodig heeft om haar diensten te kunnen blijven leveren met de vereiste kwaliteit.

Dan komen de IZA-gelden aan bod. De Stichting meent dat Zilveren Kruis c.s. gehouden zijn om het volledige bedrag van € 175 miljoen dat aan extra IZA-gelden beschikbaar is gekomen, als IZA-indexatie toe te passen. Daar wordt de Stichting echter niet in gevolgd. De voorzieningenrechter oordeelt dat geen specifieke afspraken zijn gemaakt over de wijze van besteding van de IZA-gelden en dat het Zilveren Kruis c.s. vrij stond om niet dit gehele bedrag als IZA-indexatie toe te passen. Dat andere zorgverzekeraars dat wel doen, maakt dat niet anders.

Ten aanzien van de vergoeding voor onplanbare nachtzorg en het standpunt van de Stichting dat deze vergoeding te laag is, oordeelt de voorzieningenrechter dat hij geen aanleiding ziet een voorziening te treffen. De reden daarvoor is gelegen in een nog lopend onderzoek naar de hoogte van deze vergoeding en de toezegging van Zilveren Kruis c.s. dat zij voornemens zijn de uitkomsten van het onderzoek op te volgen. Het kan dus zijn dat de vergoeding voor onplanbare nachtzorg nog wordt verhoogd. In die omstandigheden komt een oordeel van de voorzieningenrechter over de hoogte van deze vergoeding volgens hem te vroeg.

Tot slot gaat de voorzieningenrechter in op de doelmatigheidsafpraak c.q. -opslag van 2%. Hier is hij echter kort over. De Stichting stelt dat het de vraag is of de doelmatigheidsafpraak haalbaar is. Dat standpunt is volgens de voorzieningenrechter echter te weinig concreet om aan te kunnen nemen dat Zilveren Kruis c.s. op dit onderdeel geen reëel tarief bieden aan de Stichting.

De conclusie van de voorzieningenrechter luidt dan ook dat Zilveren Kruis c.s. op één onderdeel hun bijzondere zorgplicht jegens de Stichting hebben geschonden, namelijk ten aanzien van de indexering. Zilveren Kruis c.s. dienen dan ook bij de vaststelling van het tarief voor wijkverpleging voor 2023 naast de indexering van 4,75%, ook de correctie voor 2022 van 2,17% toe te passen. De overeenkomst met de Stichting moet op dit punt worden aangepast.

mr. N.A.D. Groot

Instantie: Rechtbank Den Haag

Datum uitspraak: 03-03-2023

ECLI: ECLI:NL:RBDHA:2023:2685

Zaaknummer: C-09-641078-KG ZA 23-27

Rechters: T.F. Hesselink

Advocaten: M.M. Fimerius en T.R.M. van Helmond

Wetsartikelen:

RECHTSPRAAK

Terugkomen op vergaande mate van overeenstemming over vragen aan deskundige is naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar.

Een jongetje komt ter wereld met hersenschade, wat volgens de ouders wel en volgens het ziekenhuis niet verwijtbaar is, en partijen besluiten tot een medische expertise. Na een onderhandeling van tien maanden hebben de ouders en de verzekeraar van het ziekenhuis overeenstemming over de aan de deskundige voor te leggen vragen, op één vraag na. Dat is voor het ziekenhuis reden om met een nieuwe vraagstelling te komen. Naar het oordeel van de rechtbank is het echter in een zaak als deze, waarin de ouders als individuen tegenover een professionele aansprakelijkheidsverzekeraar staan, naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar om terug te komen van een in een eerder stadium bereikte vergaande mate van overeenstemming over de vraagstelling. De rechtbank beslist over de openstaande vraag.

Feiten

Twee weken na de uiterekende datum komt een jongetje in april 2016 in het OLVG via een spoedkeizersnede ter wereld, naar later blijkt met hersenschade. De ouders stellen in juli 2020 het ziekenhuis aansprakelijk. Volgens hen heeft, kort gezegd, het team van artsen, verloskundigen en verpleegkundigen verzuimd het behandelbeleid op de bijzondere risico's van de bevalling af te stemmen. Centramed, de verzekeraar van het ziekenhuis, erkent geen aansprakelijkheid, waarna partijen besluiten tot een medische expertise. Over de deskundige zijn partijen het eens, maar over de vraagstelling niet. In een periode van tien maanden corresponderen partijen hierover. De ouders sturen een conceptvraagstelling, en op verzoek van Centramed passen zij die twee keer aan, op één vraag na, daarover blijft verschil van

mening bestaan. Centramed bericht de ouders vervolgens dat er geen overeenstemming bestaat, en stuurt na nog weer drie maanden een aangepaste vraagstelling. Reden voor de ouders om de rechter te verzoeken een voorlopig deskundigenbericht te bevelen. Zij stellen dat over de vraagstelling al in vergaande mate overeenstemming was bereikt en dat OLVG daarvan niet meer kan terugkomen. Volgens de ouders hoeft de rechtbank alleen nog maar over die ene vraag te oordelen. Volgens OLVG betekent het feit dat partijen in een eerder stadium bijna overeenstemming bereikt hadden over de aan de deskundige voor te leggen vragen, niet dat OLVG daartegen nu geen inhoudelijk verweer meer mag voeren.

Oordeel

De rechtbank is van oordeel dat bij de ouders de gerechtvaardigde verwachting is ontstaan dat partijen overeenstemming zouden bereiken over de aan de deskundige voor te leggen vragen. Partijen hebben elkaar in de onderhandelingen in vergaande mate genaderd en over een groot deel van de vragen overeenstemming bereikt. Het is in een zaak als deze, waarin de ouders als individuen tegenover een professionele aansprakelijkheidsverzekeraar staan, naar maatstaven van redelijkheid en billijkheid onaanvaardbaar om terug te komen van een in een eerder stadium bereikte vergaande mate van overeenstemming over de vraagstelling, aldus de rechtbank. De ouders mochten erop vertrouwen dat Centramed niet meer terug zou komen van diens standpunt over de vragen waarover tussen partijen overeenstemming was bereikt. Dit betekent dat in beginsel zal worden uitgegaan van die vraagstelling, met uitzondering van de vraag waarover nog geen overeenstemming bestond. Over die vraag neemt de rechtbank vervolgens de beslissing.

De ouders stellen voor om de vragen vooraf te laten gaan door een voorwoord en daarnaast een algemene instructie te geven aan de deskundige, om tegemoet te komen aan de wens van OLVG de vragen een normatief karakter te geven. Nu OLVG hiertegen geen verweer voert, volgt de rechtbank de ouders hierin.

De rechtbank formuleert de inleiding en de vraagstelling en beveelt het deskundigenbericht.

mr. dr. R.P. Wijne

Instantie: Rechtbank Amsterdam

Datum uitspraak: 16-03-2023

Zaaknummer: C/13/725882 / HA RK 22-391

RECHTSPRAAK

Vervangende toestemming vaststellen Medezeggenschapsregeling.

De zorginstelling verzoekt de LCvV om vervangende toestemming te verlenen voor het besluit om een nieuwe Medezeggenschapsregeling vast te stellen voor de cliëntenraad, nu de cliëntenraad niet heeft ingestemd met de nieuwe Medezeggenschapsregeling. De LCvV verleent vervangende toestemming voor het vaststellen van de Medezeggenschapsregeling voor de cliëntenraad.

Feiten

De zorginstelling verzoekt de Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden (hierna: LCvV) om vervangende toestemming te verlenen voor het besluit om een nieuwe Medezeggenschapsregeling vast te stellen voor de cliëntenraad, nu de cliëntenraad niet heeft ingestemd met de nieuwe Medezeggenschapsregeling.

Oordeel

De LCvV constateert dat de nieuwe Medezeggenschapsregeling geen ingrijpende wijziging beoogt aan te brengen in de bevoegdhedenverdeling en de structuur van de medezeggenschap. In de vorige regeling (gebaseerd op de Wmcz (1996)) was ook al sprake van een structuur met lokale cliëntenraden en een CCR, waarbij de lokale cliëntenraden formeel bevoegdheden met betrekking tot advisering over locatie overstijgende onderwerpen hadden overgedragen aan de CCR. In de nieuwe Medezeggenschapsregeling wordt deze overdracht van bevoegdheden niet (noemenswaardig) uitgebreid. Voorts geeft de LCvV aan dat de bezwaren van de cliëntenraad principieel van aard en ingegeven zijn door een gering vertrouwen in de beweegredenen van de raad van bestuur bij het tot stand brengen van nieuw of gewijzigd beleid. De LCvV geeft aan dat zij in de Medezeggenschapsregeling met voldoende waarborgen omkleed terugziet dat beleidswijzigingen op zowel centraal als lokaal niveau voor advies en/of instemming worden voorgelegd.

De LCvV oordeelt dat het niet instemmen met de nieuwe Medezeggenschapsregeling door de cliëntenraad niet redelijk is te achten en verleent de instelling vervangende toestemming voor het vaststellen van de Medezeggenschapsregeling.

mr. X.R. van der Kruk-Ras

Instantie: Landelijke Commissie van Vertrouwenslieden

Datum uitspraak: 07-03-2023

Zaaknummer: 23-001

RECHTSPRAAK

Klacht tegen radioloog wegens screening borstkanker in kader van bevolkingsonderzoek. Geen diagnostische situatie. Klacht kennelijk ongegrond.

Bij bevolkingsonderzoek borstkanker is er sprake van een screening en niet van diagnostiek. Uitslag geeft geen zekerheid. Op mammogram geen aanwijzingen voor afwijking die vervolgonderzoek rechtvaardigt. Kennelijk ongegrond.

Feiten

Op 10 juli 2020 heeft klagster deelgenomen aan het Bevolkingsonderzoek Borstkanker. Ongeveer twee weken later hebben de radioloog en zijn collega (mede beklaagde) aan klagster schriftelijk meegedeeld dat zij op de röntgenfoto's geen aanwijzingen hebben gevonden voor borstkanker.

In januari 2021 is bij klagster de diagnose borstkanker gesteld.

Klacht

Klagster verwijt de radioloog dat hij op de mammografieën ten onrechte niet heeft gezien dat sprake was van een verdachte afwijking. Klagster stelt dat daarop duidelijk een tumor in haar rechterborst was te zien. Klagster wil schadevergoeding.

Oordeel

Het Bevolkingsonderzoek Borstkanker is erop gericht om in de doelgroep borstkanker in een vroeg stadium op te sporen en zo sterfte aan borstkanker in die doelgroep terug te dringen. De radioloog beoordeelt alleen de mammogrammen en heeft geen direct contact met de vrouwen. Beklaagde kan dus niet bespreken of sprake is van borstklachten en, zo ja, in welke borst en op welke plek. Evenmin heeft hij/zij de mogelijkheid tot lichamelijk of aanvullend onderzoek in de vorm van een tomografie of een echografie. Er is bij screening in het kader van het Bevolkingsonderzoek Borstkanker dus geen sprake van een diagnostische setting. De

screeningsradioloog kan alleen op basis van de mammogrammen een inschatting maken van de waarschijnlijkheid op aan- of afwezigheid van borstkanker. Dit heeft tot gevolg dat bij het Bevolkingsonderzoek Borstkanker fout-positieve en fout-negatieve uitslagen kunnen voorkomen. Zowel in de informatiefolder bij de uitnodiging als in de brief met de uitslag wordt expliciet gewezen op het feit dat de uitslag geen volledige zekerheid geeft en dat drie van de tien gevallen van borstkanker bij een bevolkingsonderzoek borstkanker niet worden ontdekt.

Op de beschikbare beelden van het screeningsonderzoek is geen aanwijzing te zien voor een afwijking die een verwijzing voor vervolgonderzoek rechtvaardigt. Op de plaats waar de tumor later is ontdekt, is op de screeningfoto's alleen een minimaal verschil (asymmetrie) tussen rechter- en linkerborst in bind- en klierweefsel zichtbaar. Dit is echter niet verdacht. Er is bij de beoordeling geen vergelijking met een eerder onderzoek mogelijk geweest. Het verschil kan dan ook niet met oudere opnamen worden vergeleken. Wanneer het minimale verschil nieuw zou zijn geweest in vergelijking met oude opnamen zou er wellicht twijfel zijn. Dat is nu niet het geval.

Het verschil tussen rechter- en linkerborst in bind- en klierweefsel op het mammogram van 10 juli 2020 is klein en met de wetenschap van achteraf als verdacht aan te merken. Dit is beklagde in deze screeningssituatie niet aan te rekenen, nu beklagde geen achteraf-kennis had en het verschil geen duidelijke maligne kenmerken heeft.

De klacht is kennelijk ongegrond.

mr. C. Velink

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Zwolle

Datum uitspraak: 31-03-2023

ECLI: ECLI:NL:TGZRZWO:2023:90

Zaaknummer: Z2022/4070

Wetsartikelen: 47, lid 1 Wet BIG

RECHTSPRAAK

Klacht tegen specialist ouderengeneeskunde deels niet-ontvankelijk wegens ontbreken persoonlijke verwijtbaarheid. Voor overige terugverwijzing.

Het RTG oordeelt dat klaagster niet-ontvankelijk is wegens twijfels over de vertegenwoordiging van de wil van de patiënt. Het CTG oordeelt op andere gronden tot niet-ontvankelijkheid en verwijst de zaak voor het overige terug naar het RTG.

Feiten

De specialist ouderengeneeskunde was sinds begin 2021 de behandelend arts van een 84-jarige man (patiënt). Klaagster is de dochter van patiënt. Tijdens het verlof van de specialist ouderengeneeskunde is de zorg voor patiënt tijdelijk overgenomen door onder andere een collega specialist ouderengeneeskunde. Patiënt werd in die periode benauwd, had koorts, een lage bloeddruk en een lage saturatie. De collega specialist ouderengeneeskunde heeft patiënt via een vlindernaald morfine gegeven en heeft hem ingestuurd naar het ziekenhuis. Enkele dagen later is de patiënt overleden aan de gevolgen van refractair hartfalen.

Klacht

Klaagster verwijt de specialist ouderengeneeskunde dat zij 1) klaagster noch de familie heeft geïnformeerd of gekend in het proces c.q. beleid dat zij heeft opgestart, 2) de patiënt pas na forse druk vanuit klaagster naar het ziekenhuis heeft ingestuurd, en 3) de patiënt zonder overleg via een vlindernaald morfine heeft toegediend.

Oordeel RTG

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG) verklaart klaagster niet-ontvankelijk omdat sprake is van dermate bijzondere omstandigheden die aanleiding geven om te twijfelen of klaagster met het indienen van haar klacht de wil van de overleden patiënt vertegenwoordigt. Het RTG vindt het opmerkelijk dat de klacht is ingediend op het moment dat de patiënt nog in leven was. Onbestreden is dat hij aanspreekbaar was en zijn wil kon

uiten. Of de klacht met instemming van de patiënt is ingediend blijkt niet uit de klacht. Uit het medisch dossier volgt verder niet dat hij ontevreden was over het medische beleid en de gemaakte afspraken, waaronder een beleid gericht op comfort en het niet meer insturen naar het ziekenhuis. Vastgesteld wordt dat hij desondanks wel is ingestuurd. Dat hieraan een discussie voorafging tussen klaagster, de patiënt en de dienstdoende specialist ouderengeneeskunde, maakt nog niet dat de patiënt hierover had willen klagen. Het medisch dossier biedt hier ook geen aanknopingspunt voor.

Oordeel CTG

Vaststaat dat de specialist ouderengeneeskunde op de dag waarop de vlindernaald is gezet en de dag waarop patiënt naar het ziekenhuis is ingestuurd, niet aanwezig was. Deze verwijten kunnen dan ook niet aan de specialist ouderengeneeskunde worden tegengeworpen. Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) is dan ook van oordeel dat klaagster ten aanzien van deze twee klachtonderdelen niet-ontvankelijk is, zij het op andere gronden dan het RTG.

Het CTG oordeelt dat klaagster wel ontvankelijk is in het eerste klachtonderdeel. Met dit klachtonderdeel verwijt klaagster de specialist ouderengeneeskunde dat zij klaagster noch de familie heeft geïnformeerd of gekend in het proces c.q. beleid dat zij heeft opgestart, de zogenoemde stervensbegeleiding. Voor zover dit klachtonderdeel ziet op gebrek aan informatie jegens klaagster zelf, is zij daarin ontvankelijk. Ten aanzien van dit klachtonderdeel waar het patiënt zelf betreft, is het CTG van oordeel dat *geen* sprake is van bijzondere omstandigheden die aanleiding geven om te twijfelen aan het uitgangspunt dat klaagster met het indienen van de klacht de veronderstelde wil van patiënt uitdrukt. Klaagster was namelijk de eerste contactpersoon en betrokken bij de zorg voor patiënt. Patiënt had met de specialist ouderengeneeskunde afgesproken dat klaagster op de hoogte werd gehouden van zijn gezondheidssituatie. De klacht is ingediend op 1 oktober 2021 en een dag later, op 2 oktober 2021, is patiënt overleden. Op grond van het medisch dossier en de toelichting op de zitting door partijen, is het zeer aannemelijk dat de patiënt op 1 oktober 2021 niet meer in staat was om een weloverwogen keuze te maken ten aanzien van het indienen van de klacht. Daar komt bij dat klaagster op 29 oktober 2021 de klacht heeft uitgebreid. Deze uitbreiding dateert van na het overlijden van patiënt en daarvan kon hij logischerwijs niet op de hoogte zijn. Het eerste klachtonderdeel is dus niet te zien als een klacht van patiënt zelf, maar als een van het klachtrecht van de patiënt afgeleide klacht.

Alles overziend heeft het CTG onvoldoende aanwijzingen aangetroffen dat patiënt geen klacht wilde indienen, en is het van oordeel dat geen sprake is van bijzondere omstandigheden op basis waarvan gereede twijfel ontstaat aan het feit dat klaagster met het indienen van de klacht

de veronderstelde wil van patiënt uitdrukt. Dit betekent dat klagster ontvankelijk is in de klacht voor zover deze ziet op het ingezette beleid en de communicatie hieromtrent.

Omdat het RTG niet is toegekomen aan behandeling van de hoofdzaak en beide partijen hebben verzocht om terugwijzing, zal de zaak worden teruggewezen naar het RTG.

Omdat het beroep gedeeltelijk wordt verworpen en de klacht voor het overige deel wordt terugverwezen is er voor het CTG geen aanleiding voor een proceskostenveroordeling.

mr. C. Velink

Instantie: Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

Datum uitspraak: 05-04-2023

ECLI: ECLI:NL:TGZCTG:2023:65

Zaaknummer: C2022/1401

Advocaten: mr. M.F. Mooibroek en P.W.M. Huisman

Wetsartikelen: art. 65 lid 1 onder a Wet BIG

RECHTSPRAAK

Klacht van huisarts tegen huisarts van Hagro wegens tekortschietende waarneming. Financiële schade raakt niet de individuele gezondheidszorg.

Klacht van huisarts tegen huisarts van de Hagro is deels niet-ontvankelijk omdat vermogensschade niet raakt aan de individuele gezondheidszorg. Het alleen waarnemen voor spoedgevallen, is op zichzelf onvoldoende voor een tuchtrechtelijk verwijt.

Feiten

Klaagster bezat een huisartsenpraktijk in I. Er was een waarneemovereenkomst met de huisartsengroep (Hagro), waar beklaagde werkt. Tijdens arbeidsongeschiktheid van klaagster zou gedurende dertig dagen de praktijk worden waargenomen door de huisartsen van de Hagro. Wanneer klaagster na deze dertig dagen geen waarnemer zou kunnen vinden, dan zou beklaagde samen met de andere huisartsen van de Hagro een waarnemer aantrekken op kosten van klaagster. Klaagster viel vanaf 26 november 2021 door ziekte uit. De huisartsen van de Hagro namen voor twee dagen in de week de patiëntenzorg over.

Klacht

Klaagster verwijt beklaagde, en de andere huisartsen van de Hagro (zie ECLI:NL:TGZRZWO:2023:83 t/m 87), dat hij zich niet heeft gehouden aan de waarneemovereenkomst. Beklaagde heeft geen waarnemend huisarts geregeld en slechts spoedgevallen gezien. Hij heeft geen verantwoordelijkheid genomen voor de telefonische advisering door de assistentes en de praktijkverpleegkundige geen mogelijkheid te geven te overleggen met een huisarts. Ook heeft beklaagde niet bijgehouden welke patiënten gezien zijn ten behoeve van de continuïteit en declaratie.

Ontvankelijkheid

De voorzitter oordeelt dat de klacht niet-ontvankelijk is voor zover deze is gebaseerd op de stelling dat klaagster financiële schade heeft geleden door wanprestatie van beklaagde.

Vermogensschade raakt niet aan de individuele gezondheidszorg.

Voor zover klaagster stelt dat door toedoen van beklaagde de patiëntenzorg in het geding is gekomen, is de klacht wel ontvankelijk. Dit is een concreet eigen belang, nu het hier ging om patiënten uit haar eigen praktijk, waarvoor zij als huisarts verantwoordelijkheid droeg. Die verantwoordelijkheid omvatte tevens een adequate waarneming van de dagelijkse patiëntenzorg.

Inhoudelijke beoordeling

Het enkele feit dat beklaagde alleen voor spoedgevallen zou hebben waargenomen, is op zichzelf onvoldoende grondslag om hem een tuchtrechtelijk verwijt te maken. Klaagster lijkt uit te gaan van de veronderstelling dat beklaagde alle patiënten van klaagster diende te zien. Zo ver gaat de waarneemovereenkomst, zoals die er destijds lag (art. 4), niet. Dat beklaagde noodzakelijke zorg aan patiënten van klaagster heeft geweigerd, heeft zij niet onderbouwd. Enig bewijs dat assistenten geen telefonisch contact hebben gehad voor advies met beklaagde en dat beklaagde geen verslaglegging heeft gedaan in het dossier van de patiënten, heeft zij niet overgelegd. Daarbij blijkt niet dat beklaagde ooit is aangesproken op zijn werkzaamheden. Ook van het gestelde gebrek aan communicatie met de praktijkverpleegkundige ontbreekt enige aanwijzing of bewijs.

De voorzitter verklaart de klacht kennelijk niet-ontvankelijk voor zover deze gaat over vermogensrechtelijke schade en verklaart de klacht voor het overige kennelijk ongegrond.

mr. C. Velink

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Zwolle

Datum uitspraak: 31-03-2023

ECLI: ECLI:NL:TGZRZWO:2023:82

Zaaknummer: Z2022/5068

Wetsartikelen: 65, lid 1 Wet BIG

RECHTSPRAAK

Klacht tegen psychiater wegens onvoldoende aanpassen van eerder gestelde diagnose. Kennelijk ongegrond.

Klager verwijt psychiater dat de diagnose niet volledig is aangepast. Het is echter gebruikelijk om de diagnose van eerdere behandelaars aanvankelijk over te nemen. Vervolgens is de diagnose door de psychiater zorgvuldig heroverwogen.

Feiten

Klager, geboren in 1990, is in februari 2017 naar F. verwezen vanuit de afdeling E. Daarvoor was op 17 februari 2016 in het G. de diagnose schizofrenie van het paranoïde type gesteld. De behandelaars bij E. hebben deze diagnose overgenomen en klager ingesteld op het antipsychoticum quetiapine.

De psychiater was destijds werkzaam bij F. Zij was de regiebehandelaar van klager. Verpleegkundig specialist H. was uitvoerend behandelaar van klager.

De intake bij F. vond plaats op 21 maart 2017. De behandeling van klager duurde voort tot september 2018. In die tijd werd klager ambulante door zijn behandelaars gezien en werd de medicatie afgebouwd. Het ging steeds beter met klager en hij gebruikte geen cannabis meer.

Vlak voor het einde van de behandeling vroeg klager aan zijn behandelaars of hij een second opinion kon krijgen voor wat betreft de diagnose schizofrenie die in het G. was gesteld. De behandelaars hebben klager vervolgens uitgenodigd om hierover te spreken op 18 juli 2018. Tijdens dit gesprek werd besproken dat de behandelaars van mening waren dat er geen sprake was van schizofrenie maar eerder van psychotische klachten door het destijds gebruik van cannabis.

Na het laatste gesprek werd de behandeling afgerond.

Klacht

Klager verwijt de psychiater dat zij de diagnose schizofrenie niet volledig aangepast heeft.

Oordeel

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG) overweegt dat de psychiater op een zorgvuldige wijze de diagnose heeft aangepast. Het is gebruikelijk om de diagnose van eerdere behandelaren in eerste instantie over te nemen. De psychiater is vervolgens tegemoet gekomen aan de wens van klager om de diagnose te heroverwegen. Dit heeft zij op zorgvuldige wijze gedaan en klager kon zich destijds hierin vinden. Voor zover klager de psychiater verwijt dat zij niet, met terugwerkende kracht, de eerder tijdens de behandeling door anderen gestelde diagnoses aanpast, overweegt het RTG dat de psychiater dit niet kan. Zij kan niet verder gaan dan door haar is gedaan.

Het RTG beoordeelt de klacht als kennelijk ongegrond.

mr. C. Velink

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam

Datum uitspraak: 03-04-2023

ECLI: ECLI:NL:TGZRAMS:2023:87

Zaaknummer: A2022/3972

Advocaten: D. Zwartjens

Wetsartikelen: 47, lid 1 Wet Big

RECHTSPRAAK

Bedrijfsarts laat zich tendentius uit over klager jegens werkgever en geeft onvoldoende uitleg aan klager over zijn zienswijze. Berisping.

Bedrijfsarts laat zich in een verklaring tendentius uit over het gedrag van klager tegen advocaat werkgever. Ook legt de bedrijfsarts zijn zienswijze in een consult met klager niet goed uit. Berisping.

Feiten

Klager is in het kader van verzuimbegeleiding behandeld door verschillende bedrijfsartsen van X. Verweerder is bedrijfsarts en stafarts/teamcoördinator bij X.

Zijn ervaringen met de bedrijfsartsen van X. waren voor klager aanleiding een second opinion bij een onafhankelijke bedrijfsarts aan te vragen. Op 21 december 2017 heeft klager deze second opinion ontvangen. Daarin staat de aanbeveling om het eerstvolgend spreekuur niet op de locatie van de werkgever te laten plaatsvinden.

Op 9 januari 2018 heeft klager de second opinion per e-mail doorgestuurd naar X. Op 10 januari 2018 was voor klager een consult ingepland bij een collega van de bedrijfsarts

(hierna: de collega bedrijfsarts) op de locatie van de werkgever. Een derde bedrijfsarts (hierna: de derde bedrijfsarts) werd die dag ingewerkt en zou als toehoorder bij het consult aanwezig zijn. Klager heeft zich gemeld voor dit consult, maar toen bleek dat door de (collega en derde) bedrijfsartsen nog geen kennis was genomen van de second opinion en zij daar ter plekke ook geen kennis van konden nemen, heeft het consult niet op reguliere wijze doorgang gevonden.

Op 18 januari 2018 heeft de bedrijfsarts daarover aan de advocaat van de werkgever van klager onder meer bericht dat klager op 10 januari 2018 heeft geweigerd zich op een adequate manier te onderwerpen aan een medisch onderzoek en klager zich ten overstaan van alle daar aanwezigen heeft gedragen op een wijze die door de medewerkers als intimiderend is ervaren. Ook schrijft de bedrijfsarts dat er tijdens het consult op 10 januari 2018 veel discussie was over

de procedure 'zoals altijd'.

Op 22 januari 2018 had klager een consult bij de bedrijfsarts. De bedrijfsarts heeft toen benoemd dat er sprake was van stressgerelateerde klachten en dat eerst het arbeidsconflict moest worden opgelost om daarna verder aan de gezondheid van klager te kunnen werken. Zijn interventieadvies luidde om mediation in te zetten. In de tussentijdse evaluatie die naar aanleiding van het consult op 22 januari 2018 is opgesteld, heeft de bedrijfsarts opgenomen dat hij verwacht dat klager de eigen werkzaamheden voor 100% kan hervatten.

Op 12 februari 2018 heeft de werkgever van klager een ontbindingsprocedure aanhangig gemaakt. Deze procedure heeft geleid tot de ontbinding van de arbeidsovereenkomst.

Klacht

Klager verwijt de bedrijfsarts:

- a) schending van het beroepsgeheim/onpartijdigheid;
- b) valsheid in geschrifte, althans onjuiste en onwaarachtige verslaglegging;
- c) passiviteit/tegenwerking;
- d) onvolledige en niet gelijktijdige informatievoorziening en correspondentie.

Oordeel

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG) overweegt dat de bedrijfsarts zich had moeten onthouden van verklaringen over het gedrag van klager jegens de advocaat van de werkgever. Feitelijk heeft het consult op 10 januari 2018 niet op reguliere wijze doorgang gevonden omdat de betrokken bedrijfsartsen geen kennis hadden genomen/kunnen nemen van de inhoud van de second opinion. Tot een mededeling van die strekking had de bedrijfsarts zich kunnen en ook moeten beperken tegenover

de (advocaat van de) werkgever. Niet alleen vermeldt de bedrijfsarts in het geheel niets over de feitelijke oorzaak, de tendentieuze toon van zijn bericht heeft (voorzienbaar) het gevaar in zich dat klager daarmee wordt geschaad, aldus het RTG.

Ten aanzien van de tussentijdse evaluatie heeft de bedrijfsarts toegelicht dat zijn advies inhield het arbeidsconflict buiten de ziektewet op te lossen. De mediation die hij voorstond kwam steeds door 'ziekte-argumenten' niet op gang. Arbeidsgeschiktheid, met vrijstelling van

werk, zou het mediationtraject in gang zetten. De bedrijfsarts erkent dat hij dit tegenover klager misschien niet zo helder heeft benoemd. Wel heeft hij steeds aan klager uitgelegd dat het oplossen van het arbeidsconflict in het belang van zijn gezondheid zou zijn. Het RTG oordeelt dat het advies in de tussentijdse evaluatie door de bedrijfsarts goed moge zijn doordacht, goed is bedoeld en 'vrijstelling van werk' inhoudt, maar duidelijk is dat de bedrijfsarts zijn zienswijze in het consult met klager niet goed heeft uitgelegd en/of heeft besproken. Het RTG acht het dan ook niet onbegrijpelijk dat dit klager onwaarachtig voorkomt en zijn achterdocht heeft gewekt. Het RTG acht aannemelijk dat ook voor de werkgever de bedoeling van de bedrijfsarts niet zonder meer uit de tussentijdse evaluatie is af te leiden.

Duidelijk is dat de bedrijfsarts de oplossing voor de medische problemen van klager in mediation zag en dit heeft hij ook uitgedragen. Van een passieve houding of tegenwerking van de bedrijfsarts is het RTG niet gebleken.

Klager stelt tot slot dat de (advocaat van de) werkgever consequent eerder en vollediger is geïnformeerd over het ziekteverzuimverloop dan klager. Volgens de bedrijfsarts echter is het arbeidsgeschiktheidsoordeel gelijktijdig naar de werkgever en klager gestuurd, maar, zo leerde navraag bij de administratie, bevatte het e-mailadres van klager een tikfout. Het RTG is van oordeel dat dit de bedrijfsarts niet kan worden verweten. Van overige verschillen in de

informatievoorziening is het RTG niet gebleken.

De conclusie is dat de eerste twee klachtonderdelen gegrond zijn. Het RTG rekent het de bedrijfsarts in het bijzonder aan dat hij zich tegenover de advocaat van de werkgever op tendentieuze toon over klager heeft uitgelaten. Zijn functie als stafarts en teamcoördinator brengt in dat opzicht nog een grotere verantwoordelijkheid met zich. De erkenning dat hij, achteraf bezien, misschien terughoudender had moeten zijn en de bejegeningaspecten van het gedrag van

klager niet had moeten benoemen, overtuigt het RTG er niet van dat de bedrijfsarts dit ten volle beseft. Wat betreft het advies in de tussentijdse evaluatie had de bedrijfsarts klager mee moeten nemen in zijn gedachten daarover. Het RTG geeft een berisping.

mr. C. Velink

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam

Datum uitspraak: 31-03-2023

ECLI: ECLI:NL:TGZRAMS:2023:86

Zaaknummer: A2022/4120

Advocaten: M. Hoekman en S. Slabbers

Wetsartikelen: 47, lid 1 Wet BIG

RECHTSPRAAK

Valt verbaal verzet onder verzet als bedoeld in de Wzd?

In artikel 3a van de Wzd is bepaald dat een cliënt kan instemmen met zorg of zich hiertegen kan verzetten. Volgens de toelichting van de Wzd is sprake van ‘verzet’ als een cliënt tegenstand vertoont tegen een hem betreffende vorm van zorg, omdat die door hem wordt ervaren als een niet juiste vorm van machtsuitoefening. Dat betrokkene geen aanstalten maakt om naar huis te gaan, bijvoorbeeld door haar jas aan te doen, doet naar het oordeel van de rechtbank niet af aan haar duidelijke en consistente wens om naar huis te willen.

Feiten

Betrokkene lijdt aan een psychogeriatrische aandoening. Ze is gediagnosticeerd met dementie, waarschijnlijk passend bij Alzheimer.

Ten aanzien van betrokkene is door het Centrum Indicatiestelling Zorg (‘CIZ’) een verzoek ingediend tot het verlenen van een opvolgende rechterlijke machtiging voor de duur van vijf jaar als bedoeld in artikel 24 Wzd.

Op 17 maart 2022 heeft de rechtbank een machtiging tot opname en verblijf verleend tot en met 17 maart 2023.

De psycholoog stelt dat betrokkene zich niet zelfstandig kan verzorgen. Er is bijsturing en ondersteuning nodig en er is sprake van verzet. Betrokkene heeft incidenteel richting de hulpverlening geslagen en geschopt. Ook houdt ze mensen op de kamer vast totdat ze iemand heeft gesproken over haar eis te kunnen vertrekken. Betrokkene is daarnaast niet altijd bereid medicatie in te nemen. Voorts stelt de zorgverantwoordelijke dat betrokkene in het begin nog met haar jas aan stond om weg te gaan. Momenteel is vooral sprake van verbaal verzet. Betrokkene geeft dagelijks aan dat zij weg wil uit de accommodatie.

Betrokkene begrijpt niet waarom ze bij de accommodatie moet verblijven. Haar advocaat verzoekt om de rechterlijke machtiging af te wijzen, omdat geen sprake is van ‘verzet’. De

advocaat verwijst naar een uitspraak van de rechtbank Oost-Brabant van 24 maart 2020 met zaaknummer: FA RK 20-898. In die zaak uit betrokkene zich uitsluitend verbaal tegen het verblijf in de instelling. Er is daarom, net als in het onderhavige geval, geen sprake van verzet, aldus de advocaat.

Oordeel

De rechter oordeelt dat is gebleken dat betrokkene lijdt aan een psychogeriatrische aandoening. Haar gedrag dat voortvloeit uit deze aandoening leidt tot ernstig nadeel, gelegen in (het aanzienlijk risico op) levensgevaar, ernstig lichamenteel letsel, ernstige psychische schade, ernstige verwaarlozing en maatschappelijke teloorgang.

De rechtbank is van oordeel dat is gebleken dat betrokkene zich verzet tegen de voortzetting van het verblijf. In artikel 3a van de Wzd is bepaald dat een cliënt kan instemmen met zorg of zich hiertegen kan verzetten. Volgens de toelichting van de Wzd is sprake van 'verzet' als een cliënt tegenstand vertoont tegen een hem betreffende vorm van zorg, omdat die door hem wordt ervaren als een niet juiste vorm van machtsuitoefening. De term 'machtsuitoefening' ziet op het feit dat sprake is van een afhankelijkheidsrelatie in de zorg. Het is primair aan de verzorger/behandelaar om te bepalen of sprake is van verzet op basis van het bestaande beeld. Dit beeld is compleet als duidelijk is dat het gedrag van de cliënt verzet inhoudt, waartegen het verzet zich richt en welke redenen cliënt heeft om zich te verzetten. Is het beeld onvoldoende compleet, dan moet het ingevuld worden met interpretaties van anderen. Volgens de memorie van toelichting is een langdurige behandelrelatie met de cliënt helpend bij het invullen van dit beeld.

In dit geval toont betrokkene consistent verbaal verzet tegen de voortzetting van het verblijf. Ook tijdens de mondelinge behandeling geeft betrokkene telkens aan dat zij zich gedumpt voelt en niet in de accommodatie wil verblijven. Zij wil liever vandaag dan morgen naar huis. Volgens de psycholoog, de zorgverantwoordelijke en de dochter zegt betrokkene vrijwel dagelijks dat ze naar huis wil. Dat zij geen aanstalten maakt om naar huis te gaan, bijvoorbeeld door haar jas aan te doen, doet naar het oordeel van de rechtbank niet af aan haar duidelijke en consistente wens om naar huis te willen. Het is immers duidelijk dat ze niet instemt met de voortzetting van het verblijf.

Gelet op het voorgaande is volgens de rechter voldaan aan de criteria voor verlening van een opvolgende rechterlijke machtiging tot voortzetting van het verblijf als bedoeld in de Wzd. De machtiging zal worden verleend voor de (verzochte) duur van vijf jaar.

mr. A.M. De Nijs

Instantie: Rechtbank Gelderland

Datum uitspraak: 10-03-2023

ECLI: ECLI:NL:RBGEL:2023:1611

Zaaknummer: C/05/415507 / FA RK 23-544

Rechters: E.L. de Jongh

Wetsartikelen: 24 Wzd en 3a Wzd

RECHTSPRAAK

Klachtzaak Wvggz. Zorgaanbieder heeft artikel 8:9 lid 3 Wvggz niet nageleefd. Rechtbank te laat beslist op verzoek zorgmachtiging. Schadevergoeding van € 80.

Klachtzaak Wvggz. Zorgaanbieder heeft de 8:9-brief niet uitgereikt aan de advocaat terwijl dat wel op de brief stond. Zorgaanbieder had de afwijkende gang van zaken in het dossier moeten noteren. Rechtbank heeft te laat op verzoek om zorgmachtiging beslist. Schadevergoeding van (8 x € 10 per dag =) € 80.

Feiten

Ten aanzien van betrokkene is verplichte zorg verleend krachtens een zorgmachtiging die geldig was van 20 november 2020 tot en met 20 februari 2021. Op 18 februari 2021 is een verzoek tot een aansluitende machtiging door de rechtbank afgewezen. Betrokkene heeft een klacht ingediend tegen het handelen van de zorgaanbieder omtrent de opname in een accommodatie van 30 januari 2021 tot 18 februari 2021. De klachtencommissie heeft niet tijdig op de klachten beslist.

Betrokkene verzoekt de rechtbank de door haar ingediende klachten alsnog gegrond te verklaren, en de zorgaanbieder en de Staat te veroordelen tot betaling van een bedrag aan schadevergoeding ter hoogte van € 20.000.

Oordeel

Betrokkene klaagt over de beslissing tot het verlenen van verplichte zorg en overige wettelijke regels die niet in acht zouden zijn genomen door de zorgaanbieder, de rechter en het Openbaar Ministerie. Zij heeft klachten ingediend over het vastleggen van de wilsonbekwaamheid en de regels die daarvoor gelden (art. 1:5 Wvggz), het aantekening houden van gegevens in het medisch dossier (art. 8:4 Wvggz), het verlenen van verplichte zorg, genoemd in de zorgmachtiging (art. 8:7 Wvggz), de regels die van toepassing zijn bij de uitvoering van een zorgmachtiging (art. 8:9 Wvggz), de regels omtrent het toepassen van

tijdelijke verplichte zorg (art. 8:11, 8:12 en 8:13 Wvggz) en het doen van veiligheidsonderzoek (art. 8:14 Wvggz).

De rechtbank overweegt dat voldoende onderbouwd is dat er ten tijde van de inzet van de verplichte zorg sprake was van sterke aanwijzingen dat verzoekster psychotisch gedecompenseerd was en dat er sprake was van daaruit voortvloeiend ernstig nadeel. Voorts overweegt de rechtbank dat de verplichte zorg noodzakelijk en doelmatig was.

Wat betreft de procedurele verplichtingen oordeelt de rechtbank dat enkel de klacht op grond van artikel 8:9 lid 3 Wvggz gegrond is. Niet in geschil is dat het afschrift van het besluit tot verplichte zorg niet aan de advocaat is verstrekt, ondanks het feit dat dit wel op het besluit is vermeld. De rechtbank acht het 'niet onaannemelijk' dat betrokkene de zorgaanbieder heeft meegedeeld dat zij niet meer door haar toenmalige advocaat wilde worden bijgestaan en de brief niet aan de advocaat mocht worden verstrekt. De rechtbank stelt echter vast dat de zorgaanbieder deze gang van zaken niet in het dossier heeft vastgelegd, hetgeen wel van haar kan worden verwacht nu deze gang van zaken afwijkend is en tevens iets anders onder het betreffende besluit is vermeld.

Oordeel schadevergoedingsverzoek

Wat betreft het verzoek om toekenning van schadevergoeding overweegt de rechtbank dat het niet verstrekken van het besluit aan de advocaat tot gevolg kan hebben dat de betrokkene verstoken is van rechtsbijstand. Bij betrokkene was dat echter niet aan de orde, nu (de zaak waarneemster van) haar toenmalige advocaat direct contact heeft opgenomen met (de moeder van) betrokkene. De moeder heeft echter besloten een andere advocaat in de arm te nemen. Er is onvoldoende causaal verband tussen de gestelde immateriële schade en het niet nakomen van de verplichting door de zorgaanbieder, aldus de rechtbank. De rechtbank wijst het verzoek af.

Voorts wordt overwogen dat de rechtbank te laat heeft beslist op het verzoek om een zorgmachtiging te verlenen. De rechtbank heeft de wet dus niet in acht genomen. De rechtbank volgt de Raad voor de Rechtspraak in diens voorstel de schadevergoeding vast te stellen op € 10 per dag termijnoverschrijding, derhalve een totaal van € 80, hetgeen de rechtbank een billijke vergoeding acht.

Wat betreft het verzoek tot vergoeding van de kosten van rechtsbijstand overweegt de rechtbank dat die kosten in zijn algemeenheid zijn te beschouwen als redelijke kosten ter vaststelling van schade en aansprakelijkheid c.q. redelijke kosten ter verkrijging van voldoening buiten rechte, maar dat deze kosten in dit geval onder de verleende toevoeging vallen. De toevoeging is ook niet ingetrokken. De rechtbank wijst dit deel van het

schadevergoedingsverzoek af.

De rechtbank verklaart de klacht over artikel 8:9 lid 3 Wvggz gegrond en verklaart de overige klachten ongegrond. De rechtbank veroordeelt de Staat tot betaling van € 80 en wijst het overige af.

mr. J.F. Groen

Instantie: Rechtbank Den Haag

Datum uitspraak: 10-06-2022

ECLI: ECLI:NL:RBDHA:2022:15699

Zaaknummer: C/09/627177 / FA RK 22-1938

Rechters: L. Koper, C.M. van der Kleijn en R.J. Wortelboer

Advocaten: M.A. Smits

Wetsartikelen: 10:11 Wvggz, 10:12 Wvggz, 1:5 Wvggz, 8:4 Wvggz, 8:7 Wvggz en 8:9 Wvggz

RECHTSPRAAK

Wvggz. Overschrijding beslistermijn door rechtbank. Schadevergoeding moet in afzonderlijke procedure worden verzocht. Bij termijnoverschrijding is uitgangspunt billijke schadevergoeding, tenzij bijzondere omstandigheden.

Overschrijding beslistermijn rechtbank na cassatie en terugwijzing in Wvggz-klachtprocedure. Schadevergoeding ten laste van de Staat moet in afzonderlijke procedure worden verzocht (art. 10:12 Wvggz). Bij termijnoverschrijding is uitgangspunt billijke schadevergoeding, tenzij bijzondere omstandigheden.

Feiten

Bij beschikking van 30 juni 2020 heeft de rechtbank ten aanzien van betrokkene een zorgmachtiging verleend. Op 30 juli 2020 heeft de geneesheer-directeur de beslissing genomen om de verantwoordelijkheid voor het verlenen van zorg op grond van de zorgmachtiging toe te wijzen aan een andere zorgaanbieder (art. 8:16 lid 1 Wvggz; hierna: 'de verwijsbeslissing'). De klachtencommissie heeft de klacht van betrokkene tegen de verwijsbeslissing ongegrond verklaard. De rechtbank heeft de klacht gegrond verklaard voor het klachtonderdeel dat ziet op de motivering van de verwijsbeslissing.

Bij beschikking van 16 juli 2021 heeft de Hoge Raad de beschikking van de rechtbank over de klacht vernietigd en de zaak teruggewezen. Na cassatie en terugverwijzing heeft de rechtbank bij beschikking van 8 november 2021 de klacht van betrokkene (opnieuw) gegrond verklaard en het verzoek om schadevergoeding afgewezen (ECLI:NL:RBROT:2021:10861), waartegen betrokkene cassatieberoep heeft ingesteld.

Bij beschikking van 17 juni 2022 heeft de Hoge Raad betrokkene niet-ontvankelijk verklaard in het cassatieberoep tegen de afwijzing van het schadevergoedingsverzoek (ECLI:NL:HR:2022:891). Daartoe stond immers hoger beroep open. Het hof heeft de beschikking van de rechtbank bekrachtigd (ECLI:NL:GHDHA:2022:899). Tegen de

beschikking van het hof heeft betrokkene (weer) cassatieberoep ingesteld.

Oordeel Hoge Raad

Betrokkene voert aan dat het hof het schadevergoedingsverzoek van betrokkene wegens overschrijding van de beslistermijn door de rechtbank ingevolge artikel 10:12 lid 3 Wvvggz niet kon behandelen, omdat slechts de zorgaanbieder in de procedure betrokken was en de schadevergoeding ten laste komt van de Staat. Deze klacht slaagt. Schadevergoeding ten laste van de Staat dient te worden verzocht in een zelfstandige procedure op grond van artikel 10:12 lid 3 Wvvggz, aldus de Hoge Raad.

Voorts overweegt de Hoge Raad dat ook in een procedure na cassatie en verwijzing in beginsel binnen vier weken na de uitspraak van de Hoge Raad een mondelinge behandeling dient plaats te vinden en dan vervolgens in beginsel binnen vier weken na die mondelinge behandeling dient te worden beslist. Indien door de rechter of de officier van justitie een uit de Wvvggz voortvloeiende beslistermijn is overschreden en de betrokkene verzoekt om schadevergoeding voor nadeel dat hij als gevolg daarvan heeft ondervonden, is uitgangspunt, behoudens bijzondere omstandigheden, dat de betrokkene nadeel heeft ondervonden in de vorm van spanning en frustratie over het uitblijven van een beslissing binnen de beslistermijn. De betrokkene heeft dan op grond van artikel 10:12 lid 3 Wvvggz recht op schadevergoeding. De rechter dient de omvang van deze schadevergoeding naar billijkheid vast te stellen en is daarbij niet gebonden aan de grenzen voor de toekenning van vergoeding van ander nadeel dan vermogensschade, vervat in artikel 6:106 BW. Indien slechts sprake is van een geringe overschrijding van de beslistermijn en de rechter van oordeel is dat in de vaststelling dat de beslistermijn is overschreden afdoende genoegdoening is gelegen voor het nadeel dat de betrokkene door de termijnoverschrijding heeft ondervonden, kan de rechter met deze vaststelling volstaan. Zie ook ECLI:NL:HR:2023:504.

mr. J.F. Groen

Instantie: Hoge Raad

Datum uitspraak: 31-03-2023

ECLI: ECLI:NL:HR:2023:501

Zaaknummer: 22/03092

Rechters: C.E. Du Perron, A.E.B. ter Heide, F.R. Salomons, K. Teuben en M.J. Kroeze

Advocaten: G.E.M. Later en M.E. Bruning

Wetsartikelen: 10:12 Wvvggz en 10:7 Wvvggz

RECHTSPRAAK

Schadevergoeding 5:16 Wvggz-termijn. Schadevergoeding is uitgangspunt, tenzij geringe overschrijding of aan betrokkene te wijten. Aanbeveling forfaitaire schadevergoeding.

Schadevergoeding wegens overschrijding 5:16 Wvggz-termijn. Uitgangspunt is schadevergoeding naar billijkheid. Bij geringe overschrijding kan de rechter met de vaststelling daarvan volstaan. Geen aanspraak op schadevergoeding bestaat voor zover de termijnoverschrijding aan betrokkene is te wijten. De Hoge Raad beveelt forfaitaire schadevergoedingsbedragen aan.

Feiten

Op 8 juni 2020 heeft de geneesheer-directeur, overeenkomstig artikel 5:4 lid 2, sub a Wvggz, aan betrokkene meegedeeld dat de officier van justitie heeft besloten een verzoek voor een zorgmachtiging voor te bereiden. Bij brief van 2 september 2020 heeft de officier van justitie betrokkene ingevolge artikel 5:16 lid 1 Wvggz meegedeeld dat aan de criteria voor verplichte zorg is voldaan. Op dezelfde datum heeft de officier een verzoekschrift voor een zorgmachtiging ingediend bij de rechtbank Rotterdam. Bij beschikking van 23 september 2020 heeft de rechtbank het verzoek tot het verlenen van de zorgmachtiging toegewezen.

Betrokkene verzoekt om schadevergoeding op grond van artikel 10:12 lid 3 Wvggz ten laste van de Staat, omdat de in artikel 5:16 lid 1 Wvggz genoemde termijn van vier weken is overschreden.

Feitelijke instanties

De rechtbank heeft de Staat veroordeeld tot betaling van € 570 (57 x € 10 per dag dat de termijn is overschreden). De Staat is tegen deze uitspraak in hoger beroep gekomen. Het hof heeft de beschikking van de rechtbank bekrachtigd (ECLI:NL:GHDHA:2022:1403). Het hof overwoog dat bij de beantwoording van de vraag of een termijnoverschrijding een recht op

schadevergoeding als bedoeld in artikel 10:12 lid 3 Wvggz met zich brengt, de (overige) omstandigheden van het geval, waaronder in wiens risicosfeer de ontstane termijnoverschrijding ligt, niet dienen te worden betrokken. Dit zou immers op gespannen voet staan met vorenbedoelde achtergrond van artikel 5:16 lid 1 Wvggz en artikel 10:12 lid 3 Wvggz. Daarbij wordt in aanmerking genomen dat de schadevergoedingsregeling als bedoeld in artikel 10:12 lid 3 Wvggz betrekking heeft op een kwetsbare groep, bij wie sprake is van een psychiatrische aandoening die hun denken en handelen kan beïnvloeden. Hierdoor is het lastig, zo niet onmogelijk, vast te stellen of, en zo ja, in hoeverre zij zelf enig aandeel in de termijnoverschrijding hebben gehad zodat de termijnoverschrijding in de eigen risicosfeer zou moeten blijven. Een termijnoverschrijding als voornoemd brengt dan ook een recht op schadevergoeding als bedoeld in artikel 10:12 lid 3 Wvggz met zich indien schade is geleden. De (overige) omstandigheden van het geval, waaronder in wiens risicosfeer de ontstane termijnoverschrijding ligt, zijn daarbij niet relevant.

Oordeel Hoge Raad

Ten eerste overweegt de Hoge Raad dat de officier van justitie geen belang heeft bij het cassatieberoep, omdat hij heeft verklaard dat de schadevergoeding al aan betrokkene is betaald en niet zal worden teruggevorderd. De Hoge Raad verwerpt het cassatieberoep.

Ten overvloede geeft de Hoge Raad toch enige overwegingen over schadevergoeding wegens overschrijding van de termijn van artikel 5:16 lid 1 Wvggz. De Hoge Raad overweegt dat indien door de rechter of de officier van justitie een uit de Wvggz voortvloeiende beslistermijn is overschreden en de betrokkene verzoekt om schadevergoeding voor nadeel dat hij als gevolg daarvan heeft ondervonden, uitgangspunt is dat, behoudens bijzondere omstandigheden, de betrokkene nadeel heeft ondervonden in de vorm van spanning en frustratie over het uitblijven van een beslissing binnen de beslistermijn (vgl. ECLI:NL:HR:2020:1806). De betrokkene heeft in een zodanig geval op grond van artikel 10:12 lid 3 Wvggz recht op schadevergoeding. De rechter dient de omvang van deze schadevergoeding naar billijkheid vast te stellen en is daarbij niet gebonden aan de grenzen voor de toekenning van vergoeding van ander nadeel dan vermogensschade, vervat in artikel 6:106 BW. Indien slechts sprake is van een geringe overschrijding van de beslistermijn en de rechter van oordeel is dat in de vaststelling dat de beslistermijn is overschreden afdoende genoegdoening is gelegen voor het nadeel dat de betrokkene door de termijnoverschrijding heeft ondervonden, kan de rechter met deze vaststelling volstaan.

Geen aanspraak op schadevergoeding bestaat indien en voor zover de termijnoverschrijding aan de betrokkene is te wijten. De omstandigheid dat de betrokkene enige tijd vrijwillig zorg heeft geaccepteerd, vormt geen grond om te oordelen dat de termijnoverschrijding aan de

betrokkene is te wijten.

Op praktische gronden en met het oog op een voortvarende afhandeling van verzoeken om schadevergoeding verdient het aanbeveling daarvoor als uitgangspunt forfaitaire bedragen te hanteren, waarvan op grond van bijzondere omstandigheden van het geval kan worden afgeweken, aldus de Hoge Raad.

mr. J.F. Groen

Instantie: Hoge Raad

Datum uitspraak: 31-03-2023

ECLI: ECLI:NL:HR:2023:504

Zaaknummer: 22/03393

Rechters: C.E. Du Perron, C.H. Sieburgh, H.M. Wattendorff en F.J.P. Lock

Advocaten: G.C. Nieuwland en M.A.M. Wagemakers

Wetsartikelen: 5:16 Wvvgz, 10:12 Wvvgz en 6:106 BW

RECHTSPRAAK

Huisarts informeert patiënt met euthanasieverklaring, inclusief dementieclausule, niet dat hij geen euthanasie uitvoert bij dementie.

Deze klacht gaat over de vraag of de huisarts in 2013 en 2020/2021 klaagster had moeten informeren dat hij geen euthanasie uitvoert bij dementie. In verband met rechtspraak HR deels gegrond zonder oplegging van een maatregel.

Feiten

Klaagster, geboren in 1960, stond ingeschreven in de praktijk waar beklaagde als huisarts werkzaam is. Zij had al lange tijd chronische pijnklachten en kreeg in 2017 ook hartklachten. In 2020 is vastgesteld dat zij drager is van een gen-mutatie die het Brugada-syndroom kan veroorzaken en in januari 2022 zijn uitgebreide vasculaire wittestof-afwijkingen en een lacunair infarct geconstateerd. Op 20 februari 2013 hebben partijen een gesprek gevoerd over eventuele toekomstige euthanasie.

Op 1 maart 2013 heeft klaagster een euthanasieverzoek van de Nederlandse Vereniging voor een Vrijwillig Levenseinde met bijlagen overhandigd aan beklaagde. In dit euthanasieverzoek is een clausule dementie opgenomen. Klaagster heeft in een bijlage een persoonlijke toelichting op haar wilsverklaring gegeven. De huisarts heeft dit ook in het medisch dossier bij 1 maart 2013 genoteerd.

Klaagster heeft op 13 mei 2020 per e-mail bij de huisartsenpraktijk een herziene versie van de euthanasieverklaring ingediend. Ook in deze verklaring is de clausule dementie opgenomen.

Vanwege recente medische ontwikkelingen heeft klaagster in januari 2022 een afspraak gemaakt bij de huisartsenpraktijk. Zij kon op 24 januari 2022 terecht op het spreekuur van de collega van beklaagde. Zij heeft een herziene versie van de euthanasieverklaring (met een aangevulde persoonlijke verklaring) meegestuurd. Ook hierin is de clausule dementie opgenomen.

In het gesprek tussen klaagster en de collega is de euthanasieverklaring van klaagster aan de orde gekomen en is ook gesproken over euthanasie bij dementie. De collega heeft in het medisch dossier over dit gesprek genoteerd dat klaagster aangaf dat de vraag nu niet actueel was, maar op korte termijn wel actueel zou kunnen worden. De collega heeft naar aanleiding van dit consult overleg gehad met de andere huisartsen in de praktijk waaronder beklagde. Zij heeft vervolgens klaagster telefonisch en in een vervolgesprek meegedeeld dat de artsen niet behulpzaam konden zijn bij de uitvoering van euthanasie in dit stadium. Daarbij heeft zij ook te kennen gegeven dat de artsen in deze praktijk geen euthanasie uitvoeren bij dementie.

De collega heeft vervolgens nog een gesprek met klaagster gehad, de overwegingen van haar en haar collega's uitgelegd en haar gewezen op de mogelijkheid van verwijzing naar H. Klaagster heeft in dit gesprek aangegeven geen vertrouwen meer te hebben in de praktijk. Zij heeft zich vervolgens, met behulp van beklagde, ingeschreven bij een andere huisarts.

Klacht

De klacht komt erop neer dat klaagster vindt dat beklagde tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld door haar niet te informeren over het feit dat hij geen euthanasie uitvoert bij dementie.

Oordeel

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG) constateert dat de lezingen van partijen over wat er in de gesprekken met elkaar over de euthanasieverklaringen precies is besproken van elkaar verschillen. Klaagster ontkent ten stelligste dat beklagde daarbij heeft gezegd dat hij geen euthanasie uitvoert in het geval van dementie. Beklagde stelt dat hij in het gesprek heeft aangegeven dat hij euthanasie uitvoert als deze aan de wettelijke vereisten voldoet. Hij wijst er echter op dat volgens de in 2013 geldende KNMG-richtlijnen euthanasie bij dementie niet mogelijk was. Volgens beklagde heeft hij ook aan klaagster verteld dat hij geen euthanasie uitvoert in geval van dementie.

Nu de lezingen van partijen hierover uiteenlopen en het medisch dossier geen uitsluitel biedt, kan het RTG niet vaststellen wat er destijds precies is gezegd. Maar ook als juist is dat beklagde alleen heeft gezegd dat hij aan euthanasie zou meewerken als dit binnen de wettelijke kaders past, heeft hij naar het oordeel van het RTG daarmee niet tuchtrechtelijk verwijtbaar gehandeld. Een euthanasieverzoek kan in zeer uiteenlopende situaties actueel worden. Het is begrijpelijk dat beklagde niet is ingegaan op mogelijke scenario's die zich in de toekomst zouden kunnen voordoen en met dit algemene antwoord heeft volstaan. De destijds geldende KNMG-richtlijnen waren zeer terughoudend over euthanasie bij dementie. Beklagde mocht ervan uitgaan dat dit niet aan de orde zou zijn. De chronische

pijnproblematiek van klaagster stond destijds op de voorgrond en dementie speelde bij haar in het geheel nog niet.

Anders ligt dit bij de aanvullende euthanasieverklaringen van 2020 en 2022 die klaagster per e-mail aan de praktijk heeft gestuurd. In deze verklaringen heeft klaagster (wederom) het verzoek om euthanasie bij dementie expliciet vermeld. Op dat moment was er, in tegenstelling tot 2013, een ontwikkeling geweest waardoor euthanasie bij dementie, onder strenge voorwaarden, mogelijk werd. Het RTG verwijst hiervoor naar het arrest van de Hoge Raad van 21 april 2020 (ECLI:NL:HR:2020:713): de wet biedt voor een arts de mogelijkheid om euthanasie te verlenen bij iemand die een schriftelijk euthanasieverzoek heeft maar niet langer in staat is zijn wil te uiten door verder gevorderde dementie. Hierbij moet grote zorgvuldigheid worden betracht die in voornoemd arrest verder is uitgewerkt.

Gelet op deze ontwikkeling en mede in aanmerking genomen dat het ging om een specifieke wens van een relatief jonge vrouw, had het indienen van de geactualiseerde verklaring met dementieclausule aanleiding voor de beklagde moeten zijn om met klaagster in gesprek te gaan. Beklaagde had klaagster in dit gesprek moeten informeren dat hij de verklaring met dementieclausule had gezien, maar dat hij aan euthanasie in die situatie niet zou meewerken. Klaagster had dan zelf de keuze kunnen maken om zich in te schrijven bij een andere huisartsenpraktijk. Door dit na te laten en klaagster hierover in het ongewisse te laten heeft beklagde naar het oordeel van het RTG tuchtrechtelijk verwijtbaar gehandeld.

De huisarts heeft verklaard dat hij van deze klacht heeft geleerd en dat hij het van belang vindt op dit punt duidelijker met zijn patiënten te communiceren. Hij heeft daartoe wijzigingen in de praktijk ingevoerd. Zo moet er nu naar aanleiding van aanvullende euthanasieverzoeken altijd een gesprek met de patiënt plaatsvinden en krijgen patiënten nu een brief 'levenseinde' mee, waarin staat in welke gevallen euthanasie kan plaatsvinden. Ook worden patiënten die in het verleden een euthanasieverzoek hebben ingeleverd nu actief benaderd door beklagde om de wensen te bespreken en duidelijkheid te geven. De reflectie van de huisarts en de aanpassingen in de praktijkvoering zijn voor het RTG reden te volstaan met een gedeeltelijke gegronde verklaring van de klacht zonder oplegging van een maatregel.

mr. C. Velink

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Zwolle

Datum uitspraak: 24-03-2023

ECLI: ECLI:NL:TGZRZWO:2023:80

Zaaknummer: Z2022/4203

Advocaten: V.C.A.A.V. Daniels

Wetsartikelen:

RECHTSPRAAK

Klager dient klacht in bij RTG waarover reeds eerder is geoordeeld. Geen nieuwe feiten en omstandigheden. Kennelijk ongegrond.

Klager verwijt verpleegkundige dat hij niet naar een andere tandarts mag. RTG en CTG hebben hierover reeds geoordeeld. Klager heeft niet nader gemotiveerd dat de omstandigheden zijn gewijzigd. Voorzitter acht klacht kennelijk ongegrond.

Feiten

Klager verblijft sinds 2019 op een long-stay-afdeling. Beklaagde is verpleegkundige en werkt sinds 2020 als zorgmanager bij de Medische Dienst. Voor de tandheelkundige zorg is een overeenkomst gesloten met het bedrijf F. Eens per maand komt een aan F. verbonden tandarts met een mobiele praktijk naar de kliniek te B. Klager is in de periode augustus 2020 tot en met april 2021 meermaals door de aan F. verbonden tandarts gezien en behandeld.

Op 25 augustus 2021 meldde klager zich bij de medische dienst met kiespijn. Klager kon terecht bij de tandarts van de kliniek. Klager liet de medische dienst vervolgens weten dat hij geen gebruik meer wilde maken van de tandarts van bedrijf F. De medische dienst deelde klager mee dat als hij gebruik wilde maken van een andere tandarts, klager zelf de kosten diende te betalen en hij dit moest afstemmen met de zorgmanager. In een gesprek met een medewerker van de medische dienst laat klager weten het niet eens te zijn met het besluit van beklagde dat hij niet naar een andere tandarts mocht voor een behandeling en dat hij een tuchtklacht wilde indienen tegen beklagde.

Op 15 oktober 2021 sprak klager met beklagde, waarvan beklagde een gespreksnotitie heeft gemaakt.

Klager dient vervolgens een klacht in bij het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG), mede tegen beklagde. Deze klacht wordt bij beslissing van 28 juni 2022, nr. Z2021/3558, kennelijk ongegrond verklaard. Het RTG overwoog dat beklagde kon vasthouden

aan het uitgangspunt dat klager voor mondzorg naar de tandarts van F. kon gaan en dat als hij een andere tandarts wilde raadplegen, klager de kosten daarvan zelf zou moeten betalen. Dat klager ontevreden was over de zorg leidde niet een ander oordeel. Tegen deze beslissing heeft klager beroep aangetekend. Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) heeft het beroep van klager bij uitspraak van 18 januari 2023 verworpen.

Klager dient op 25 januari 2023 opnieuw een klacht in.

Klacht

Klager verwijt beklagde dat hij niet wil tegemoetkomen aan de wens van klager niet meer behandeld te worden door de tandarts van bedrijf F. maar door de tandarts in de kliniek te D. De tandarts die op locatie van de kliniek komt heeft volgens klager zijn gebit kapot gemaakt, daarom wil hij niet meer door hem behandeld worden.

Oordeel

Bij brief van 6 maart 2023 is klager verzocht nader te motiveren waarom deze klacht ziet op ander handelen of nalaten dan de eerdere klacht. Klager heeft in het aanvullend klaagschrift toegelicht waarom hij niet naar de mobiele tandarts van de kliniek wil en dat hij klachten blijft indienen zolang beklagde hem niet naar de tandarts te D. stuurt. Klager is van mening dat de mobiele tandarts zijn gebit heeft beschadigd, dat hij niet meer door hem geholpen wil worden maar dat wel tandheelkundige hulp noodzakelijk is omdat hij veel pijn heeft.

De voorzitter van het RTG overweegt dat klager niet nader gemotiveerd heeft dat de omstandigheden inmiddels zijn gewijzigd ten opzichte van het handelen waarover al in beroep een oordeel is gegeven. Nu geen nieuwe feiten en omstandigheden zijn gesteld die mogelijk zouden kunnen leiden tot een ander oordeel is de voorzitter van oordeel dat de door klager voorgelegde klacht kennelijk ongegrond is.

mr. C. Velink

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Zwolle

Datum uitspraak: 24-03-2023

ECLI: ECLI:NL:TGZRZWO:2023:75

Zaaknummer: Z2023/5302

Wetsartikelen: 47, lid 1 Wet BIG

RECHTSPRAAK

Geen onderbouwing voor tekortschieten in behandelingsovereenkomst, patiënt moet kosten behandeling betalen.

Een tandarts plaatst vullingen bij een man, die er – volgens de man – zijn uitgevallen. De man betaalt om die reden de kosten niet. De factoringmaatschappij waaraan de tandarts de vordering heeft gecedeerd, gaat over tot incasso. De man onderbouwt op geen enkele wijze zijn stelling. De kantonrechter wijst de vordering toe. De tegenvordering van de man om de zaak online te zetten wijst de kantonrechter af. De man voert geen grondslag aan en de tandarts is geen partij in deze rechtszaak.

Feiten

In de periode december 2017 – april 2018 plaatst een tandarts meerdere vullingen bij een man. De kosten daarvan (€ 298,41) betaalt de man niet. Volgens de man heeft de tandarts ondeugdelijk werk geleverd; de vullingen zijn eruit gevallen, aldus de man. De tandarts cedeert zijn vordering aan een factoringmaatschappij en die gaat over tot incasso, eerst buitengerechtelijk en thans gerechtelijk. De man stelt een tegenvordering in. Hij vordert vergoeding van de kosten van vervanging van zijn vullingen door een andere tandarts, en hij vraagt toestemming aan de kantonrechter om de communicatie over deze (rechts)zaak op een door de man speciaal opgerichte website (waarin de naam van de tandarts is verwerkt) te mogen plaatsen.

Oordeel

Vaststaat dat de tandarts de behandelingen heeft verricht. In principe dient de man dan ook de daaraan verbonden kosten te betalen. Dit zou anders kunnen zijn als vast zou komen te staan dat de tandarts in de nakoming van de behandelingsovereenkomst is tekortgeschoten. De bewijslast daarvan ligt – overeenkomstig artikel 150 Rv – bij de man. Die heeft echter totaal

niet onderbouwd dat de vullingen er daadwerkelijk zijn uitgevallen en dat – als dit wel het geval zou zijn – dit aan onkunde van de tandarts te wijten is. De door de man aangekondigde verklaring van zijn nieuwe tandarts overlegt hij niet. Ook is uit niets gebleken dat met de facturen kosten voor het herplaatsen van uitgevallen vullingen in rekening zijn gebracht. Bovendien is niet gebleken dat de man voorafgaand aan de gerechtelijke procedure over de in rekening gebrachte behandelingen heeft geklaagd, laat staan dat hij de tandarts in de gelegenheid heeft gesteld herstelwerkzaamheden te verrichten.

In tegenstelling tot wat de man stelt, heeft de tandarts geen toestemming gegeven voor het online delen van gegevens over deze procedure. Voor zover de man bedoelt de kantonrechter om vervangende toestemming te vragen, faalt dat, nu de tandarts in deze procedure geen partij is. Voor deze vordering voert de man ook geen grondslag aan, om welke reden alleen al afwijzing zou volgen.

De kantonrechter wijst de vordering van de factoringmaatschappij toe en de vorderingen van de man af.

mr. dr. R.P. Wijne

Instantie: Rechtbank Noord-Holland
Datum uitspraak: 15-03-2023
ECLI: ECLI:NL:RBNHO:2023:2558
Zaaknummer: 10018595 \ CV EXPL 22-4464
Rechters: M.M. Kruithof
Wetsartikelen: 150 Rv

RECHTSPRAAK

Berisping opgelegd aan verloskundige wegens ongemotiveerde afwijking van de richtlijn.

Klacht over het handelen resp. nalaten van een verloskundige naar aanleiding van drie contacten van klagster op een dag in verband met het voelen van minder leven en over de nazorg nadat het kindje was overleden tijdens de behandeling in de tweede lijn. Ongemotiveerde afwijking van de KNOV richtlijn 'Verminderde Kindsbewegingen' levert een berisping op.

Feiten

Klagster was medio juni 2021 twaalf weken zwanger van haar vierde kind. Zij was nog in zorg bij een verloskundigenpraktijk in een andere plaats. Vanwege een verhuizing zou zij in de zomer overgaan naar de praktijk van de verloskundige. De intake werd op 24 augustus 2021 gedaan door een collega van de verloskundige. Bij de intake meldde klagster dat aan het einde van de derde zwangerschap een herseninfarct bij de baby was opgetreden. Klagster wilde daarom niet over de veertig weken heen. Dit werd genoteerd in het intakeverslag. Op 29 september 2021 sprak klagster voor de eerste maal met de verloskundige. De verloskundige noteerde dat het goed ging, dat er een goed gesprek was geweest met de gynaecoloog en dat er nog geen datum was vastgelegd. Op 26 oktober 2021 testte klagster positief op corona. Nadat zij sinds zondag 31 oktober 2021 minder leven voelde, belde klagster op maandag 1 november 2021 driemaal met de praktijk. Zij sprak alle keren met de verloskundige in opleiding (hierna: verloskundige i.o.), die op dat moment visites deed met de verloskundige. De verloskundige kon de gesprekken grotendeels volgen en besprak het beleid met de stagiaire. De afspraken en het beleid werden genoteerd:

'Belt dat ze zich wat zorgen maakt, vorige week woensdag positief getest op covid. Veel klachten, ook nog steeds koorts, vanochtend 38.9 na pcm 37.7. Maakt zich wat zorgen om de kleine, voelt de kleine ook iets minder bewegen sinds gisteren. Tips, linker zij, glas water, twee uur de tijd nemen en bijhouden hoe vaak ze de baby voelt. Over 2 uur weer contact over leven voelen. -> belt om 14

uur terug. Heeft de baby nu wel zeker 10 keer per uur gevoeld, maakt zich daar niet zo zorgen meer over. Vooral zorgen over de groei van de baby nu ze door corona bijna niet eet. Uitleg gegeven dat de baby neemt wat hij nodig heeft. Ook zorgen dat de koorts nog niet zakt, HA hierover even bellen voor info. Groeiecho voor woensdag verplaatst naar volgende week, mag pas vanaf zondag uit quarantaine. Belinstr +. —> 14:55 belt opnieuw, heeft contact gehad met de HA zegt dat de zorg voor het kind bij ons ligt en dat het heel belangrijk is dat wij de groei in de gaten houden. Opnieuw uitleg gegeven dat het kindje wel neemt wat hij nodig heeft en wij op dit moment bij haar thuis ook geen groeiecho kunnen doen. Kindje beweegt even veel als normaal, alleen minder hard. Uitleg gegeven dat het kindje minder ruimte heeft en misschien ook wat anders ligt waardoor de bewegingen minder duidelijk voelbaar zijn. HA zei dat de koorts wel tot 10 dagen kan aanhouden. Belinstr minder leven, ongerust.'

De verloskundige heeft in het dossier van klaagster geen redenen gezien tot een andere afweging.

Klaagster werd op 5 november 2021 opgenomen op de corona-afdeling van het ziekenhuis. Dezelfde dag is klaagster gezien vanuit de afdeling verloskunde, omdat zij minder leven voelde. De klinisch verloskundige vroeg de praktijk van de verloskundige de zwangerschapskaart van klaagster op te sturen. In de dagen na opname had de verloskundige tevergeefs geprobeerd contact met klaagster te krijgen. Wel sprak zij op 8 november 2021 een arts-assistent die haar informeerde over de actuele situatie: de groei van de baby leek af te buigen, het CTG en de flow-metingen waren goed. Klaagster voelde de baby iets minder bewegen, maar dit kon ook het gevolg zijn van de medicatie. De verdere zwangerschap zou in de tweede lijn worden vervolgd. De verloskundige probeerde op 16 november 2021 meerdere malen klaagster te bereiken. Toen dit niet lukte nam zij contact op met het ziekenhuis. Daar bleek dat klaagster op 10 november 2021 naar huis was gegaan en dat klaagster de volgende dag een controle zou hebben op de poli verloskunde. Bij de controle in het ziekenhuis op 17 november 2021 bleek het kindje te zijn overleden. In de vroege ochtend van 18 november 2021 werd het kindje geboren. Een arts-assistent liet dit de praktijk weten op 18 november 2021 in de middag. Op 19 november 2021 legde een collega van de verloskundige met de verloskundige i.o. een visite af bij klaagster. Daar bleek dat klaagster erg teleurgesteld was in de praktijk omdat ervoor gekozen was haar niet te zien op 1 november 2021. Zij wilde graag een gesprek met de verloskundige, als eindverantwoordelijke. Op 22 november 2021 legde de verloskundige met haar collega een visite af. Een gepland vervolggesprek met de collega van de verloskundige werd door klaagster afgezegd.

Klacht

Klaagster verwijt de verloskundige dat:

- a. zij ondanks aandringen van klaagster en het advies van de huisarts op 1 november 2021 niet langs wilde komen, klaagster niet wilde zien en klaagster niet wilde doorsturen naar het ziekenhuis;
- b. zij daarna geen contact meer met klaagster heeft opgenomen, niet in de periode van 1 tot en met 5 november 2021, niet toen ze hoorde dat klaagster met corona was opgenomen en ook niet toen zij op de hoogte was gesteld van het feit dat klaagster weer thuis was;
- c. de nazorg na het overlijden van het zoontje van klaagster onvoldoende was.

Oordeel

Ontvankelijkheid

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG) heeft klaagster ontvankelijk beoordeeld. De verloskundige was op 1 november 2021 als verantwoordelijke verloskundige en supervisor op pad met de verloskundige i.o. Zij heeft de telefoongesprekken grotendeels kunnen volgen en met de verloskundige i.o. het te volgen beleid doorgesproken en afgestemd. De klacht, die betrekking heeft op het door de verloskundige bepaalde beleid is daarmee ontvankelijk. Voor zover de klacht betrekking heeft op de rol van de verloskundige bij het uitblijven van contact na 1 november 2021 en bij de nazorg na het overlijden is de klacht ook ontvankelijk.

Klachtonderdeel a

Bij de beoordeling refereert het RTG aan de NVOG/KNOV richtlijn 'Verminderde Kindsbewegingen'. Daaruit volgt dat de zorgverlener aandacht moet besteden aan een melding van afname van de kindsbewegingen, zeker na een zwangerschapsduur van 28 weken. Bij het afnemen van de anamnese en het lichamelijk onderzoek (par. 8.2) moet de verloskundige alert zijn op signalen van placenta-insufficiëntie of aangeboren afwijkingen. Verder staat in par. 8.1: '*Indien na een eerste evaluatie blijkt dat er geen sprake is van afname van kindsbewegingen, er harttonen aanwezig zijn en de zwangerschap een ongecompliceerd beloop heeft, dan kan geruststelling volgen. Echter, bij blijvende ongerustheid is uitgebreidere evaluatie in de tweede lijn aangewezen.*' Het RTG overweegt dat bij verminderd leven voelen het tellen van kindsbewegingen geen toegevoegde waarde heeft. In dit geval lag het initiatief voor het contact op 1 november 2021 bij klaagster. Zij meldde dat zij veel klachten had van corona en dat zij haar kindje sinds de dag daarvoor minder voelde bewegen. Na uitvoering van het eerste advies (het tellen van kindsbewegingen) was klaagster volgens de notitie gerustgesteld. Ook

na het derde telefoongesprek was de indruk nog dat klaagster gerustgesteld was. Hiermee was volgens de verloskundige de zorgvraag van dat moment afgehandeld. Dat klaagster corona had, speelde volgens de verloskundige geen rol bij de beslissing om niet langs te gaan bij klaagster. Het RTG constateert dat de verloskundige, door af te zien van lichamelijk onderzoek, van de richtlijn is afgeweken. De verloskundige deed dit omdat klaagster naar haar indruk gerustgesteld was over de afname van het aantal kindsbewegingen. Zij was in de veronderstelling daarmee overeenkomstig de richtlijn te handelen. De verloskundige had in de gegeven situatie echter geen genoegen mogen nemen met de constatering dat klaagster gerustgesteld was. De omstandigheid dat klaagster voor een derde keer belde, was een signaal dat klaagster nog altijd ongerust was. Daarbij komt dat in het derde telefoongesprek nog aan de orde kwam dat er wel degelijk een afwijking was in het bewegingspatroon van het kindje. Genoteerd werd namelijk: *'Kindje beweegt even veel als normaal, alleen minder hard. Uitleg gegeven dat het kindje minder ruimte heeft en misschien ook wat anders ligt waardoor de bewegingen minder duidelijk voelbaar zijn.'* Het minder hard voelen van beweging was een afwijking van het door klaagster normaal gevoelde bewegingspatroon. De daaraan gegeven uitleg dat het kindje minder ruimte heeft, paste niet bij een zwangerschapsduur van 32 weken. Ook is bij de verloskundige onvoldoende aandacht geweest voor de lichamelijke toestand van klaagster. Het RTG sluit niet uit dat het feit dat de verloskundige klaagster, ook toen zij voor de derde keer belde, niet zelf gesproken heeft, bij dit alles een rol heeft gespeeld. De conclusie is dat de verloskundige beleid heeft bepaald zonder voldoende zicht op de situatie. De verloskundige had in de gegeven omstandigheden aanleiding moeten zien klaagster te beoordelen en lichamelijk onderzoek te doen of haar rechtstreeks door moeten sturen naar de tweede lijn.

Klachtonderdeel b

Het niet zoeken van contact met klaagster in de periode tussen 1 en 5 november 2021 is door het RTG niet als verwijtbaar geoordeeld. Het paste bij de aanname dat de zorgvraag zorgvuldig was afgehandeld. Dat deze aanname onjuist was, volgt al de grondverklaring van klachtonderdeel a. Uit het dossier blijkt dat wel een aantal malen is geprobeerd contact te krijgen met klaagster nadat zij was opgenomen, maar dat dit niet is gelukt. Niet kan worden geconcludeerd dat de vanuit de praktijk ondernomen pogingen onvoldoende waren, en, als dit al het geval was, dit de verloskundige is aan te rekenen. Daarbij is van belang dat al snel na de opname het bericht kwam dat de zwangerschap in de tweede lijn zou worden vervolgd. De continuïteit van zorg was dus gewaarborgd.

Klachtonderdeel c

Over de geboden nagesprekken oordeelt het RTG dat er door de collega verloskundige en de verloskundige i.o. en vervolgens ook door de verloskundige gesprekken zijn gevoerd met klaagster. Het RTG overweegt dat het beter was geweest als de verloskundige of een collega van de praktijk zelf initiatief had genomen voor een nader contact toen klaagster geen contact opnam voor een nieuwe afspraak. Het voert echter te ver de verloskundige hiervan een tuchtrechtelijk verwijt te maken.

Maatregel

Ten aanzien van het gegrond verklaarde klachtonderdeel is het RTG van oordeel dat de ongemotiveerde afwijking van de richtlijn, in de veronderstelling dat de richtlijn gevolgd werd, een ernstig verwijt oplevert, voortkomend uit onvoldoende kennis van de geldende richtlijnen, het onvoldoende op waarde schatten van uit anamnese verkregen informatie en het onvoldoende voor ogen hebben welke informatie relevant was voor het te bepalen beleid. Om die redenen heeft het RTG een berisping op zijn plaats geacht.

mr. A.C. de Die

Instantie: Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Zwolle

Datum uitspraak: 30-03-2023

ECLI: ECLI:NL:TGZRZWO:2023:78

Zaaknummer: Z2022/4290

Wetsartikelen: 47 lid 1 Wet BIG en 7:453 BW