

Vergaderjaar 2008–2009

31 700 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2009

Nr. 173

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 24 juli 2009

Begin 2009 is er publiciteit ontstaan over een niet goed functionerende neuroloog, die in dienst is geweest van het Medisch Spectrum Twente (MST). Met mijn brief van 19 februari jl.¹ heb ik u het onderzoeksverslag toegezonden van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) over haar handelswijze in deze kwestie. In de slotbeschouwing van haar rapport benoemt de IGZ knelpunten in haar handhavingpraktijk en mogelijke oplossingen daarvoor om bij toekomstige soortgelijke casuïstiek zo adequaat mogelijk te kunnen reageren.

In de genoemde brief van 19 februari jl. heb ik aangegeven dat ik samen met de IGZ een onafhankelijk advies zal vragen over de aanbevelingen die de IGZ in haar onderzoeksverslag doet. In overleg met de Inspecteur Generaal heb ik prof.mr. J. Legemaate van de Vrije Universiteit Amsterdam gevraagd een advies op te stellen. Hierbij ontvangt u dit advies «Verantwoordelijkheid nemen voor kwaliteit».²

In mijn brief van 19 februari jl. heb ik u ook bericht over de «Commissie Lemstra», die op verzoek van MST zelf de gang van zaken binnen het ziekenhuis onderzoekt met betrekking tot de voornoemde neuroloog. MST heeft toegezegd dat het onderzoeksrapport van de commissie Lemstra aan de IGZ zal worden verstrekt en openbaar zal worden gemaakt. Vooralsnog is het MST onderzoek nog niet afgerond.

De aanbevelingen in het IGZ-onderzoeksverslag

In het onderzoeksverslag van de IGZ dat ik uw Kamer 19 februari jl. heb toegezonden, doet de IGZ in haar slotbeschouwing een aantal suggesties om in de toekomst adequaat op kwesties als die van de MST neuroloog te kunnen reageren of in staat te zijn deze zo veel mogelijk te voorkómen. Het betreft allereerst suggesties voor systeemoptimalisatie, dus aanpassingen van beleid en/of regelgeving waarvoor het initiatief bij de minister van VWS ligt. Een belangrijke aanbeveling is om het BIG-register uit te breiden met beroepsbeperkende afspraken die de IGZ maakt met de

¹ Tweede Kamer, vergaderjaar 2008–2009, 31 700 XVI, nr. 130.

² Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

beroepsbeoefenaar en met beroepsbeperkingen die zijn opgenomen in bevelen en/of aanwijzingen door de IGZ. Daarbij dient wel een zorgvuldigheidstoets te worden opgenomen. Andere aanbevelingen zijn het introduceren van een spoedprocedure bij het College Medisch Toezicht (CMT), actieve openbaarmaking van beroepsbeperkingen door de IGZ en het ontwikkelen van een Europees registratiesysteem om de problematiek van niet functionerende beroepsbeoefenaren ook grensoverschrijdend transparant te maken.

Daarnaast doet de IGZ suggesties voor operationele verbeteringen. Het gaat dan om het concreet uitwerken van het handhavingskader en het consequent gebruik daarvan door de IGZ. Het handhavingskader op hoofdlijnen is 23 december 2008 naar de Tweede Kamer gestuurd. Dit handhavingskader wordt door de IGZ in elk onderzoek geëxpliciteerd en zal per wettelijk handhavingsmiddel door de IGZ worden uitgewerkt. Dit najaar zal de IGZ de nadere invulling voor de instrumenten «bestuurlijke boete», «bevel Kwaliteitswet zorginstellingen», «advies tot aanwijzing Kwaliteitswet zorginstellingen», «bevel Wet BIG» en «voordracht CMT en tuchtrecht» openbaar maken. Daarnaast vult de IGZ conform het Meerjarenbeleidsplan 2008–2011 haar rol bij het aanspreken van de zorgaanbieders, die primair verantwoordelijk zijn voor het leveren van kwalitatief goede zorg, meer proactief in.

Het advies Legemaate

In overleg met de inspecteur-generaal heb ik prof. Legemaate gevraagd om een onafhankelijk advies over de lessen die uit de onderzoeksrapportage van de IGZ getrokken kunnen worden. Het gaat ons daarbij vooral om een toekomstgericht advies: welke aanpassingen van praktijk, beleid of regelgeving zijn wenselijk of noodzakelijk om beter te kunnen reageren op situaties als die met de MST neuroloog of om dergelijke situaties te kunnen voorkomen.

Legemaate betreft in zijn advies zowel aandachts- en verbeterpunten met betrekking tot handhaving door de IGZ als gewenste aanpassingen in wet- en regelgeving om de handhaving te optimaliseren. De inhoudelijke adviezen hebben in grote lijnen allereerst betrekking op het borgen van de kwaliteit door middel van heldere verantwoordelijkheidsverdelingen en goed bestuur. Daarnaast gaat het advies in op de inzet van beroepsbeperkende afspraken en maatregelen en de benodigde transparantie hierover. Hieronder worden de conclusies uit het advies samengevat.

Heldere verantwoordelijkheidsverdelingen en goed bestuur

- *Explicitering en toedeling verantwoordelijkheden.*
Legemaate beschrijft in zijn advies de uit de bestaande wetgeving voortvloeiende gezamenlijke verantwoordelijkheid van ziekenhuisbestuur en medisch specialisten om verantwoorde zorg te leveren. Maar juist die gezamenlijkheid heeft ertoe geleid dat bestuurders, specialisten en hun organisaties te vrijblijvend met die verantwoordelijkheid zijn omgegaan. Om die reden is het van belang dat partijen binnen het ziekenhuis kwaliteitsverantwoordelijkheden expliciteren en toedelen in een kwaliteitskader. Op de naleving van de in dat kader geëxpliciteerde verantwoordelijkheden dient toezicht te worden uitgeoefend door de IGZ en indien de verantwoordelijkheden niet worden nagekomen, dienen daaraan gevolgen te worden verbonden. In het verlengde van dit punt zou de inhoud van het overkoepelend kwaliteitskader vertaald moeten worden in andere relevante documenten: arbeidsovereenkomsten, toelatingsovereenkomsten, maatschapscontracten, vakgroepreglementen, het kwaliteitsreglement van de medische staf, het document medische staf en de Zorgbrede gover-

nancecode. In het kader van het toezicht van de IGZ beveelt Legemaate ook aan om de bevoegdheid van de IGZ tot het gebruik van het instrument van actieve openbaarmaking expliciet te verankeren in de Wet Cliëntenrechten zorg. Dit instrument kan bijvoorbeeld van belang zijn om zorgaanbieders of fabrikanten publiekelijk tot de orde te roepen, om patiënten of publiek te waarschuwen, om nadere informatie te verkrijgen of om effectief te kunnen optreden tegen een beroepsbeoefenaar die afspraken niet nakomt;

- *Stimuleren verantwoordelijkheden van «derden».*
De colleges die eisen formuleren voor herregistratie van specialisten, de wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten en zorgverzekeraars zouden meer werk kunnen maken van de op hen rustende kwaliteitsverantwoordelijkheden. Daarbij zouden afspraken tussen IGZ en zorgverzekeraars gemaakt moeten worden over structurele contacten tussen deze organisaties;
- *Versterken cliëntenrechten*
Zorgaanbieders moeten zorgdragen voor het naleven van patiëntenrechten. Daarnaast dienen de rechten van de cliënten op informatie over incidenten met merkbare gevolgen en het klachtrecht beter in wetgeving te worden geregeld. Daarbij stelt Legemaate dat naar zijn mening de klachtenregeling die een zorgaanbieder dient te treffen moet voldoen aan de eis van onafhankelijkheid.

Beroepsbeperkingen en transparantie daarover

- *Beroepsbeperkende maatregelen op grond van een rechterlijke uitspraak*
Het advies geeft aan dat er een duidelijk onderscheid moet worden aangebracht tussen beroepsbeperkende maatregelen die op grond van een onherroepelijke rechterlijke uitspraak worden opgelegd (door het College van Medisch Toezicht of door de tuchtrechter) en beroepsbeperkende afspraken die door de IGZ worden gemaakt met een beroepsbeoefenaar. Beroepsbeperkende maatregelen moeten altijd worden geregistreerd en kenbaar zijn, hetzij voor het publiek, hetzij voor derden met een gerechtvaardigd belang. Zij moeten goed en makkelijk toegankelijk zijn.
- *Beroepsbeperkende afspraken met de IGZ*
Beroepsbeperkende afspraken zijn privaatrechtelijke afspraken tussen een beroepsbeoefenaar en de IGZ. Vanuit juridisch perspectief zitten hier problematische kanten aan. Ze zijn niet kenbaar voor derden en leveren daarmee geen bijdrage aan het verwezenlijken van een kwalitatief goede gezondheidszorg. Daarnaast geven zij een risico op (sterk) verminderde rechtsbescherming van de betrokken beroepsbeoefenaar, die een druk kan voelen met de afspraken akkoord te gaan. Als het doel van een afspraak is dat betrokkene niet meer (of met beperkingen) werkzaam zal zijn in het betrokken beroep zou volgens Legemaate altijd de juridisch correcte weg moeten worden bewandeld, namelijk het volgen van een procedure bij het tuchtcollege of het College van Medisch Toezicht. Andersoortige afspraken die door de IGZ worden gemaakt over verbetermaatregelen in het persoonlijk functioneren acht Legemaate wel aanvaardbaar. Dit geeft de IGZ een informeel instrument in handen, die het starten van formele procedures kan voorkomen in gevallen waarin betrokkene wil meewerken. Het advies geeft in overweging deze beroepsbeperkende afspraken een duidelijke positie te geven, bijvoorbeeld door een regeling op te nemen naar het model van art. 49a Mededingingswet. Een beroepsbeoefenaar zou de IGZ kunnen vragen een door hem gedane toezegging in relatie tot het

verlenen van verantwoorde zorg bindend te verklaren. Een dergelijke toezeggingsverklaring zou dan in het BIG-register geregistreerd kunnen worden. Belangrijk is in elk geval dat de IGZ de procedure met betrekking tot beroepsbeperkende afspraken vastlegt in een duidelijk handboek.

- *Uitbreiden van het BIG register met een besloten deel*
Legemaate adviseert om niet alle beroepsbeperkende afspraken die de IGZ met beroepsbeoefenaren maakt aan te tekenen in het openbare BIG-register. Het gaat om (privaatrechtelijke) afspraken tussen de IGZ en een beroepsbeoefenaar. Opneming daarvan in een openbaar register is een onevenredige inbreuk op de privacy van betrokkene. Wel zouden deze afspraken opgenomen kunnen worden in een besloten deel van het BIG-register. Dit besloten deel van het BIG-register zou dan toegankelijk moeten zijn voor derden met een gerechtvaardigd belang. Op basis van deze registratie kunnen derden die met de beroepsbeoefenaar een overeenkomst willen sluiten van betrokkene een verklaring verlangen, waarin vermeld staat of over hem gegevens in het register zijn opgenomen, en zo ja, welke. Zo nodig kunnen zorginstelling/werkgever en zorgverzekeraar ook zelf het register raadplegen. De registratie in het besloten deel van het BIG-register dient te vervallen als de met de beroepsbeperkende afspraken beoogde doelen naar de mening van de IGZ zijn bereikt, dan wel als een bepaalde termijn, bijvoorbeeld vijf jaar, is verstreken.
- *Invoeren van een voorlopige voorziening bij de tuchtrechter*
Het verdient volgens het advies sterke aanbeveling om aan de wettelijke regelingen op het gebied van het tuchtrecht en het CMT de mogelijkheid toe te voegen dat de IGZ het college kan vragen om in gevallen die daartoe aanleiding geven reeds onmiddellijk na het indienen van de klacht een voorlopige voorziening te treffen (bijvoorbeeld een tijdelijke schorsing). Met deze mogelijkheid, die in deze vorm thans niet bestaat, kan tegemoet worden gekomen aan de bezwaren die de IGZ momenteel met betrekking tot de gang naar tuchtcollege of CMT ervaart en zal de slagkracht van deze beide instrumenten kunnen worden vergroot. Hierbij maakt Legemaate overigens de kanttekening dat het aan te bevelen is om de taken en bevoegdheden van het CMT over te hevelen naar de regionale tuchtcolleges.
- *EU-registratiesysteem*
Er is (nog steeds) geen sprake van een goed functionerend EU informatiesysteem betreffende beroepsbeoefenaren ten aanzien van wie beroepsbeperkende maatregelen of afspraken gelden. De participatie van EU-lidstaten in bestaande initiatieven (het project «Health Professionals Crossing Borders») kan worden vergroot. Aangedrongen moet worden op de vervolmaking van nationale registraties. De totstandbrenging van een database op Europees niveau verdient serieuze overweging;
- *Goed professioneel gedrag*
Ten slotte geeft het rapport als aandachtspunt mee dat goed professioneel gedrag een randvoorwaarde is om de kwaliteit van zorg op een hoger niveau te krijgen. Het aanleren van goed professioneel gedrag behoort een belangrijk onderdeel van de opleiding van beroepsbeoefenaren in de zorg te zijn.

Reactie

Het «advies Legemaate» bevat zinvolle en bruikbare suggesties om de relevante wet- en regelgeving passender en meer cliëntgericht te maken. Het ligt daarmee in het verlengde van de aanbevelingen in het IGZ onderzoeksverslag. Het advies benoemt welke verantwoordelijkheden en rollen de verschillende partijen in de zorg hebben en geeft daarbij aan dat al die partijen (van beroepsbeoefenaar, het bestuur van instellingen, tot IGZ en het kerndepartement VWS) daar invulling aan moeten geven om een verbetering van de kwaliteit van zorg tot stand te kunnen brengen. Helder is dat voor alle betrokken partijen in de zorg ruimte voor verbetering is. De laatste jaren is wel een transitie in gang gezet, maar die moet nu voortvarend worden voortgezet. Daarmee krijgt het «advies Legemaate» een breed perspectief. Het «advies Legemaate» ervaar ik als steun in de rug voor het beleid dat ik in deze regeerperiode heb ingezet. Een beleid dat er voor moet zorgen dat verantwoorde en veilige zorg, die ook transparant is voor de cliënt, is geborgd¹. Hieronder geef ik u mijn reactie op afzonderlijke onderdelen van het «advies Legemaate».

Heldere verantwoordelijkheidsverdeling en goed bestuur

- *Explicitering en toedeling verantwoordelijkheden.*

De afgelopen jaren zijn veel veranderingen in gang gezet in de zorg. Centrale tendens in die veranderingen is dat zorgaanbieders meer ruimte krijgen om in te spelen op de specifieke wensen van cliënten en om het proces van veilige en verantwoorde zorgverlening naar beste inzicht vorm te geven. Die ruimte is echter niet vrijblijvend: daar horen ook verantwoordelijkheden bij. Zoals de staatssecretaris en ik al eerder hebben aangegeven is op basis van meerdere incidenten onze stellige indruk dat met name op het gebied van kwaliteit en veiligheid bestuurders en interne toezichthouders niet in alle gevallen voldoende verantwoordelijkheid nemen (of *kunnen* nemen) voor de gang van zaken in hun organisatie. Het *bestuur* is te allen tijde eindverantwoordelijk voor de veiligheid en de kwaliteit van de zorg zoals die wordt geleverd binnen de organisatie. Daarbij verdient met name in ziekenhuizen *de relatie tussen bestuur en de medische professional* aandacht. Ook de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering voor de Geneeskunst (KNMG) hebben dat recent aangegeven². Vanuit de sector zijn op dit terrein initiatieven in gang gezet. Het doet mij genoegen dat de sector dit zelf ook heel serieus neemt. De gezamenlijke brancheorganisaties van aanbieders van zorg, verenigd in «BOZ brancheorganisaties Zorg» hebben het initiatief genomen om een proeve op te stellen voor een nieuwe Zorgbrede Governance code 2010. Daarin beschrijft de sector hoe de verantwoordelijkheidsverdeling in de instelling eruit hoort te zien. Met die aanpak nemen zij uitdrukkelijk zelf hun verantwoordelijkheid. In het verlengde van deze initiatieven uit de sector zullen de staatssecretaris en ik een aantal maatregelen treffen die zijn gericht op de versterking van de positie en de professionalisering van het bestuur en het interne toezicht. Niet omdat wij zelfregulering overbodig achten, maar vooral om een aantal essentiële vereisten (die ook vastgelegd kunnen zijn in zelfregulering) niet vrijblijvend te laten zijn. Op deze terreinen liggen zelfregulering en regelgeving in elkaars verlengde. Zo zullen wij in de Wet Cliëntenrechten Zorg (WCZ) de verplichting verankeren om één van de leden van het bestuur expliciet aan te wijzen als portefeuillehouder voor de kwaliteit en veiligheid van zorg. Met een dergelijke portefeuillehouder hebben verzekeraars, cliënten en de inspectie een helder aanspreekpunt binnen het bestuur. Om vervolgens de verantwoordelijkheid van het bestuur voor kwaliteit en veiligheid waar te kunnen maken zal het bestuur opdrachten moeten kunnen

¹ In dat licht verwijs ik ook naar de brief «Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning» die de staatssecretaris en ik uw Kamer op 9 juli jl. hebben toegestuurd.

² De IGZ wijdt in 2009 haar zorgbrede jaarthema «Staat van de Gezondheidszorg» aan dit onderwerp: «Besturen van en toezicht houden op kwaliteit en veiligheid van de zorg». Dit betreft met name de verantwoordelijkheid van bestuur en intern toezicht in nauwe relatie met de professionals met betrekking tot hun onderscheiden rollen en verantwoordelijkheden inzake kwaliteit en veiligheid. Hierover zal de IGZ eind 2009 rapporteren.

geven aan zorgprofessionals die werkzaam zijn binnen de instelling. Zoals Legemaate opmerkt moet het bestuur immers de spelregels en de horizon bepalen zodat betrokkenen weten waar zij aan toe zijn en wat er van hen mag worden verwacht. Iedere zorgprofessional zal ook verantwoording moeten afleggen aan het bestuur van de instelling waarbinnen hij of zij werkzaam is, ongeacht of sprake is van een arbeidsovereenkomst. Als er geen arbeidsovereenkomst is dient deze verantwoording op een andere wijze te worden geregeld. Bestaande documenten (denk aan arbeidscontracten, toelatingsovereenkomsten tussen de zorgaanbieder en de professional, maatschapscontracten, overeenkomsten van het ziekenhuis met de maatschap en de medische staf, e.d.) mogen daarbij geen beletsel vormen. Indien nodig dienen dergelijke documenten in lijn te worden gebracht met de in de wet vastgelegde normen. Als dat niet gebeurt binnen een nog vast te leggen overgangstermijn zullen de overeenkomsten, voorzover zij strijdig zijn met de wet, nietig zijn¹.

Met deze expliciete verankering van de primaire verantwoordelijkheid van het bestuur voor kwaliteit en veiligheid wordt helder wie aanspreekbaar is. Het is vervolgens aan het instellingsbestuur om in de interne organisatie daar nadere afspraken over te maken c.q. interne kwaliteitskaders op te stellen, die voor de professionals niet langer vrijblijvend zijn. Het bestuur is daarbij het aanspreekpunt voor de IGZ en voor de cliënt. Het bestuur dient zodanige afspraken te maken en vast te leggen met de individuele medisch specialisten, met de maatschap/vakgroep en met de medische staf, dat het bestuur daarmee zijn eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid ook daadwerkelijk en aantoonbaar waar kan maken. Aandachtspunten kunnen daarbij zijn:

- de specialist houdt zich aantoonbaar en toetsbaar aan de landelijke kwaliteits- en veiligheidsrichtlijnen en aan de afspraken die m.b.t. kwaliteit en veiligheid door het bestuur na overleg met de medische staf zijn vastgesteld;
- verplichte deelname aan het professionele kwaliteitssysteem van de beroepsgroep, zowel landelijk als binnen het ziekenhuis;
- het afleggen van verantwoording aan het bestuur over de deelname aan het professionele en ziekenhuiskwaliteitssysteem en over de resultaten van de zorg;
- melding aan het bestuur van calamiteiten, (dreigende) misstanden met risico's voor de patiëntenzorg en tuchtzaken;
- de aanwezigheid van een door het bestuur goedgekeurde procedure binnen de medische staf over «disfunctionerende specialist»;
- het bestuur van de zorginstelling meldt (dreigende) ernstige problemen m.b.t. de kwaliteit en veiligheid van de zorg vroegtijdig bij de IGZ. Hier geldt een parallel met het te ontwikkelen «early warning systeem» voor ernstige financiële problemen, die potentieel de continuïteit van zorg bedreigen.

Naast deze formele regeling van de verantwoordelijkheden van bestuur en professionals is het van belang dat ook *de interne toezichthouder* (Raad van Toezicht) zijn verantwoordelijkheid inzake het toezicht op het functioneren van het primaire proces (kwaliteit en veiligheid) expliciet met het bestuur vastlegt en uitvoert. Essentiële onderdelen daarbij zijn vastgelegde en dus ook toetsbare afspraken welke informatie de Raad van Bestuur periodiek aan de Raad van Toezicht verstrekt over de aanpak en resultaten van het interne kwaliteits-/veiligheidssysteem en de resultaten van de patiëntenzorg: een zg. *informatieprotocol RvB-RvT*. De IGZ houdt als sluitstuk van dit interne borgingssysteem voor kwaliteit en veiligheid van zorg extern toezicht dat al deze aspecten van «good governance» m.b.t. de kwaliteit en veiligheid van de zorg adequaat zijn geregeld en ook als zodanig functioneren. De IGZ zal hiertoe een specifiek handhavingkader ontwikkelen, passend binnen het algemene handhavingkader van

¹ De afgelopen decennia zijn betrokken partijen (zowel op instellingsniveau als landelijk) ondanks de gebleken noodzaak en ondanks vele pogingen daartoe onvoldoende in staat gebleken om de toelatingsovereenkomst van de medisch specialist in ziekenhuizen zodanig aan te passen dat het bestuur zijn eindverantwoordelijkheid voor kwaliteit en veiligheid van de zorg ook daadwerkelijk waar kan maken.

de IGZ. Daarbij zullen de resultaten van de «Staat van de Gezondheidszorg 2009» (met als thema governance in de zorg), dat eind 2009 zal verschijnen, worden betrokken.

Vanzelfsprekend behouden zorgprofessionals binnen deze structuur een eigen professionele verantwoordelijkheid in hun zorgrelatie met de individuele patiënt. In de Wet cliëntenrechten zorg zal worden opgenomen dat professionals verantwoording moeten afleggen aan het bestuur. Het is onacceptabel als zorgprofessionals weten van (dreigende) misstanden met risico's voor de patiëntenzorg maar dat niet melden aan het bestuur of als professionals zorg verlenen waarvan ze weten dat de veiligheid van patiënten in het geding kan zijn. In dit soort gevallen kunnen zij via het civiele recht, het strafrecht of het tuchtrecht aangesproken worden.

Ik beraad mij nog op de aanbeveling van Legemaate om de bevoegdheid van de IGZ tot actieve openbaarmaking expliciet te verankeren in de Wet cliëntenrechten zorg. Met name de privacy-aspecten van dit voorstel vergen nadere bestudering.

- *Stimuleren verantwoordelijkheden van derden*

Veel partijen in het zorgveld zijn – direct of indirect – betrokken bij de levering van kwalitatief goede, verantwoorde zorg. Dat geldt natuurlijk allereerst voor de instellingsbestuurders en zorgprofessionals en interne toezichthouders. Ook speelt de kwaliteitstoezichthouder IGZ een belangrijke rol in het handhaven en stimuleren van kwaliteit in zorg. Daarop ben ik hierboven uitgebreid ingegaan. Een suggestie die in het rapport wordt gedaan is om de criteria voor herregistratie van de specialisten te verbreden, door daarbij de kwaliteit van het functioneren te betrekken. Om geherregistreerd te kunnen worden als specialist, zou de specialist moeten deelnemen aan collegiale evaluatie en zou hij een verklaring van de zorginstellingen moeten kunnen overleggen, waaruit blijkt dat met betrekking tot het professioneel functioneren van de specialist geen bedenkingen bestaan.

Op zich lijken mij dit goede aanbevelingen, doch zij moeten wel in een goede onderlinge verhouding komen te staan met de andere gedane aanbevelingen op het vlak van het moeten overleggen van verklaringen. Het moeten overleggen van een veelheid van verklaringen moet voorkomen worden. Een en ander moet in onderlinge samenhang worden gezien. Ik zal de aanbevelingen in elk geval onder de aandacht brengen van de Colleges, die de criteria vaststellen voor herregistratie.

Zorgverzekeraars dienen aspecten van kwaliteit en veiligheid mee te nemen in de onderhandelingen over contractering van zorg. Zij zouden hierbij – meer dan tot dusver – gebruik kunnen maken van de openbare informatie die vanuit de IGZ beschikbaar is. Andersom zouden zorgverzekeraars vanuit hun maatschappelijke verantwoordelijkheid de IGZ moeten melden wanneer zij kennis krijgen van situaties die risicovol zijn voor de patiëntenzorg. De IGZ kan deze meldingen dan (laten) onderzoeken conform haar leidraad meldingen. Ik zal hierover met de IGZ en zorgverzekeraars in gesprek gaan.

- *Versterken cliëntenrechten*

Wat betreft de aanbeveling in het «advies Legemaate» rondom de versterking van de cliëntenrechten merk ik op dat de staatssecretaris en ik de lijn van het advies delen. Zoals wij u al eerder hebben bericht zijn wij druk doende de versterking van cliëntenrechten wettelijk te borgen in het Wetsvoorstel cliëntenrechten zorg. Daarin zal, zoals uitvoerig beschreven in onze brief van 23 mei 2008¹, een aantal rechten van cliënten worden uitgewerkt. In relatie tot het advies Lege-

¹ Tweede Kamer, 2007–2008, 31 476, nr. 1.

maate zijn met name de versterking van het recht op informatie alsmede het recht op een effectieve, laagdrempelige klacht- en geschillenbehandeling relevant. In mijn brief van 19 februari (aanbieding IGZ-rapportage) ben ik daar al op ingegaan. Legemaate adviseert om in wetgeving te verankeren dat de door de instelling vorm te geven klachtenregeling moet voldoen aan de eis van onafhankelijkheid. In het Wetsvoorstel cliëntenrechten zorg stellen de staatssecretaris en ik deze eis niet aan de klachtenregeling door de instelling zelf. Wij willen zorgaanbieders de ruimte geven de klachtenregeling in te richten op een wijze die hen goeddunkt, binnen de waarborgen die de Wet cliëntenrechten zal stellen. De cliëntenraad krijgt een instemmingsrecht bij de klachtenregeling. Mocht de cliënt onverhoopt niet tevreden zijn over de afhandeling van een klacht (bijvoorbeeld doordat de zorgvuldigheid van de behandeling in twijfel wordt getrokken) dan wordt in het Wetsvoorstel cliëntenrechten zorg geregeld dat de klacht kan worden voorgelegd aan een onafhankelijke geschilleninstantie. De uitspraken van die onafhankelijke geschilleninstantie zijn bindend. Wij hebben het wetsvoorstel recent doorgeleid naar de Raad van State en verwachten het rond de komende jaarwisseling in te dienen bij de Tweede Kamer.

Beroepsbeperkingen en transparantie daarover

- *Beroepsbeperkende maatregelen*

Als uitgangspunt geldt, dat maatregelen die strekken tot beperking van de beroepsuitoefening gebaseerd moeten zijn op een rechterlijke uitspraak. Zoals ook in het «advies Legemaate» aan de orde wordt gesteld, kan bij het opleggen van beroepsbeperkingen niet, met doorkruising van de publiekrechtelijke weg, door middel van privaatrechtelijke middelen rechtsbescherming aan de betrokken beroepsbeoefenaar worden onthouden.

Onder beroepsbeperkingen versta ik ook de gevallen waarin een beroepsbeoefenaar zich van een bepaalde handeling dient te onthouden, of alleen onder supervisie mag verrichten. Het gaat dan om maatregelen c.q. voorwaarden, waarvan het opleggen tot de bevoegdheid van de tuchtrechter behoort dan wel – in het kader van een schriftelijk bevel – door de IGZ aan de beroepsbeoefenaar opgelegd kunnen worden.

Aan de mogelijkheid van het maken van privaatrechtelijke afspraken door de IGZ met individueel disfunctionerende beroepsbeoefenaren blijkt vooral behoefte te bestaan vanwege het ontbreken van de mogelijkheid van een voorlopige voorzieningprocedure bij met name het College van Medisch Toezicht (CMT) en – in mindere mate – de tuchtrechter.¹ Met andere woorden: er kan op dit moment nog geen ordemaatregel worden opgelegd door de tuchtrechter respectievelijk het CMT.

Legemaate beveelt aan om aan de wettelijke regelingen op het gebied van het tuchtrecht en de regeling van het College van Medisch Toezicht (CMT) de mogelijkheid toe te voegen dat de IGZ het CMT kan vragen om in gevallen die daartoe aanleiding geven², reeds onmiddellijk na het indienen van de klacht een voorlopige voorziening te treffen (bijvoorbeeld een tijdelijke schorsing).

In mijn brief van 17 november 2008 over het moderniseren van het tuchtrecht³ heb ik uiteengezet welke wijzigingen in het tuchtrecht zullen worden aangebracht. Ik heb daarbij gewezen op de totstandkoming van de Kaderwet tucht(proces)recht, die thans door de staatssecretaris van Justitie wordt voorbereid en die naar verwachting na het zomerreces ter consultatie zal worden aangeboden. In deze wet zal specifiek de mogelijkheid worden geregeld van het treffen van een voorlopige voorziening (b.v. schorsing) van een beroepsbeoefenaar in de uitoefening van diens praktijk of beroep. Dit zal mogelijk worden indien jemens de beroeps-

¹ Bij de tuchtrechter kan nog wel een spoedbehandeling worden aangevraagd, bij het CMT kan dit niet.

² Het gaat hierbij om beroepsbeoefenaren die wegens geestelijke of lichamelijke gesteldheid of wegens gewoonte van drankmisbruik of verslavende middelen, geacht worden niet geschikt te zijn tot het uitoefenen van hun beroep.

³ Tweede Kamer, 2008–2009, 31 700 XVI, nr. 89.

beoefenaar een ernstig vermoeden is gerezen van een handelen of nalaten waardoor een individueel belang of het algemeen belang zeer ernstig wordt geschaad of dreigt te worden geschaad. Ook zal het tuchtcollege andere ordemaatregelen kunnen treffen.

Gelet op deze nieuw te introduceren mogelijkheid en omdat ik het onderscheid tussen tuchtklachten en signalen over disfunctioneren door ziekte of verslaving – net zoals Legemaate – kunstmatig acht, wil ik de eveneens in het kader van de evaluatie van de Wet BIG gedane aanbeveling¹, om de beoordeling van disfunctioneren wegens ziekte en verslaving onderdeel te maken van de taak van de tuchtcolleges, opvolgen. Dit betekent dat er daarna geen rol meer zal zijn weggelegd voor het College van Medisch Toezicht. Ik verwacht dat een betere wettelijke regeling van de voorlopige voorziening bij de tuchtrechter en het overhevelen van de taak van het CMT naar de regionale tuchtcolleges, het voor de IGZ veel eenvoudiger en aantrekkelijker zal maken de weg naar het tuchtcollege te bewandelen.

Met de invoering van de voorlopige voorziening wordt de noodzaak om via individuele afspraken snel tot beroepsbeperkende maatregelen te kunnen komen geringer. Opgemerkt zij, dat invoering van deze voorlopige voorzieningprocedure alleen open staat voor die beroepsbeoefenaren waarop het publiekrechtelijke tuchtrecht van toepassing is, te weten de zgn. artikel 3-beroepen. Voor de artikel 34-beroepsbeoefenaren geldt het publiekrechtelijke tuchtrecht niet.

Ten aanzien van beide categorieën van de beoefenaren beschikt de IGZ echter over de mogelijkheid om een bevel te geven op grond van artikel 87a Wet BIG als blijkt dat een beroepsbeoefenaar niet of onvoldoende de op hem of haar rustende verplichting nakomt tot het leveren van verantwoorde zorg. Het bevel is zo nodig met bestuursdwang te versterken. Een dergelijk bevel kan inhouden een verbod om zich van bepaalde handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg te onthouden. De bevelsmogelijkheid zal overigens, zoals aangekondigd in mijn brief d.d. 2 maart 2009 aan Uw Kamer, onder de Wet Cliëntenrechten Zorg (WCZ) worden uitgebreid naar beroepsbeoefenaren van een niet wettelijk geregeld beroep dan wel opleiding.²

Met de invoering van de hiervoor aangekondigde voorzieningen c.q. aanpassingen ga ik ervan uit dat voor het maken van afspraken met een beroepsbeoefenaar die een beroepsbeperking inhouden in veel mindere mate noodzaak meer zal bestaan. De publiekrechtelijke weg is beschikbaar en zal ook zodanig zijn aangepast dat een snelle en adequate reactie mogelijk zal zijn.

Desalniettemin zijn er concrete situaties denkbaar waarbij het maken van afspraken tussen IGZ en beroepsbeoefenaren over beroepsbeperkingen sneller en/of effectiever zijn dan de publiekrechtelijke weg dan wel de omstandigheden zodanig zijn dat publiekrechtelijke handhaving via bevel of tuchtrecht niet proportioneel is. Denk bijvoorbeeld aan situaties waarin eventueel disfunctioneren nog niet evident kan worden aangetoond en onderzoek ten behoeve van publiekrechtelijke handhaving derhalve nog loopt, maar IGZ en beroepsbeoefenaar in overleg overeenkomen dat de beroepsbeoefenaar zijn werkzaamheden lopende het onderzoek neerlegt. Een ander voorbeeld is wanneer met een beroepsbeoefenaar die een bepaalde periode, bijvoorbeeld vanwege overspannenheid, niet werkzaam is geweest als beroepsbeoefenaar maar daarna weer aan de slag wil gaan, afgesproken wordt dat hij tijdelijk onder supervisie gaat werken.

Ik wil daarom de mogelijkheid van dit type afspraken niet uitsluiten. Uitgangspunt is dat de IGZ, zeker waar het gaat om een aantoonbaar disfunctionerende beroepsbeoefenaar het werken *definitief* onmogelijk te maken, de publiekrechtelijke weg volgt (met name tuchtrechtprocedure, zonodig en zo mogelijk voorafgegaan door een bevel), tenzij in redelijkheid kan worden aangetoond dat (tijdelijke) privaatrechtelijke afspraken

¹ Evaluatie van de Wet BIG, Cuperus-Bosma e.a. (2002), aanbeveling 70, p. 213.

² Brief van 2 maart 2009, TK 2008–2009, 31 476, nr. 8.

de veiligheid van cliënten sneller en effectiever dienen dan (alleen) de (langere) publiekrechtelijke weg.

Voor alle helderheid: bovenstaande betreft privaatrechtelijke afspraken die betrekking hebben op beroepsbeperkingen. Daarnaast heeft de IGZ wel altijd de mogelijkheid om met beroepsbeoefenaren andersoortige (dus geen beroepsbeperkende) afspraken te maken om tot verbetering van bepaalde aspecten van de beroepsuitoefening te komen.

- *Transparantie over beroepsbeperkende maatregelen*
Indien en voor zover de bevoegdheid van een beroepsbeoefenaar wordt beperkt, is het van groot belang dat ook het publiek hiervan kan kennis nemen. Maatregelen opgelegd door de tuchtrechter¹ worden op grond van artikel 9 en 11 van de Wet BIG openbaar gemaakt in de Staatscourant, doch blijken niet altijd gemakkelijk voor het publiek te achterhalen. De ministerraad heeft op 5 juni 2009 ingestemd met mijn voorstel tot wijziging van het Registratiebesluit BIG. Na wijziging van het Registratiebesluit zal het juridisch mogelijk worden om de gegevens inzake doorhalingen en andere opgelegde maatregelen eenvoudig via internet (via de website van het BIG-register www.rizibiz.nl en via www.kiesbeter.nl) te raadplegen. Eerder heb ik de Kamer al laten weten een wijziging van de Wet BIG voor te staan, waardoor er een wettelijke grondslag komt om een aantekening in het BIG-register te kunnen maken van een schriftelijk bevel dat de IGZ een beroepsbeoefenaar op grond van artikel 87a van de Wet BIG heeft gegeven wanneer dit bevel de beroepsuitoefening beperkt². Daarvoor zal nog nader onderzocht moeten worden in hoeverre het openbaar maken van een bevel van de IGZ mogelijk is binnen geldende wettelijke kaders (wet bescherming persoonsgegevens).
- *Uitbreiden van het BIG-register met een besloten deel*
Ik ben met Legemaate van mening dat in die situaties waarin de IGZ privaatrechtelijke beroepsbeperkende afspraken maakt, deze afspraken geregistreerd moeten worden. Optie daarvoor is een besloten deel van het BIG-register dat kan worden geraadpleegd door derden met een gerechtvaardigd belang. Bij de vormgeving van een dergelijk besloten deel van het BIG-register dienen het privacybelang van de beroepsbeoefenaar en de (administratieve) lasten die een dergelijk systeem met zich zou brengen te worden gewogen. Ik zal onderzoeken hoe zo'n registratie het best vorm kan worden gegeven. Overigens zal een dergelijke uitbreiding van het BIG-register wel wetsaanpassing vergen.
- *EU-registratiesysteem*
In het kader van het vrije dienstenverkeer en de vrijheid van vestiging zijn er in de Europese Economische Ruimte (EER) verplichtingen en informele afspraken over uitwisseling van tuchtrechtelijke, bestuursrechtelijke maatregelen en strafrechtelijke sancties. Artikel 8 en 56 van Richtlijn 2005/36/EG, bepalen dat lidstaten van de EER onderling informatie uitwisselen over bevoegdheidsbeperkingen. De bevoegde autoriteiten voor de medische beroepen hebben in het kader van de Health-care Professionals Crossing Borders conferentie in 2005 in Edinburgh afspraken gemaakt over een standaard verklaring van bevoegdheid die de beroepsbeoefenaren bij migratie naar een andere lidstaat *altijd* moeten overleggen. Deze verklaring heet het European Certificate of Current Professional Status (ECCPS). De meeste lidstaten houden zich aan de in 2005 gemaakte afspraken over het ECCPS. Echter, sommige lidstaten kennen een decentrale organisatie van bevoegde autoriteiten (registers). Dit bemoeilijkt de informatie-uitwisseling, zowel op nationaal niveau als tussen de lidstaten. Hoewel de Europese diensten-

¹ Het betreft schorsingen, door de tuchtrechter opgelegde voorwaarden, gedeeltelijke ontzegging van de bevoegdheid het beroep uit te oefenen en de doorhalingen uit het BIG-register (artikel 9 en 11 Wet BIG). Openbaarmaking geschiedt gedurende de periode dat de maatregelen van toepassing zijn. Na beëindiging van die periode verdwijnt de aantekening hiervan uit het BIG-register.

² Tweede Kamer, 2008–2009, 31 700 XVI, nr. 89.

richtlijn niet van toepassing is op diensten in de gezondheidszorg, wordt hierin toch ingegaan op bepalingen over administratieve bijstand die in deze richtlijn en in de Nederlandse (ontwerp)Dienstenwet, (waarbij de richtlijn wordt geïmplementeerd) zijn opgenomen. De richtlijn en de wet kennen een procedure voor het verkrijgen van informatie over de betrouwbaarheid van de dienstverrichter en voorziet in een mogelijkheid om bij de relevante bevoegde instantie in een andere lidstaat informatie op te vragen over tuchtrechtelijke of bestuursrechtelijke maatregelen of strafrechtelijke sancties. De informatie-uitwisseling vindt plaats langs de elektronische weg, het zogenaamde IMI systeem, dat ontwikkeld is en beheerd wordt door de Europese Commissie¹. Het systeem voorziet niet in centrale registratie van gegevens, maar is een besloten elektronisch netwerk, waarin bevoegde instanties rechtstreeks met elkaar informatie kunnen uitwisselen over de dienstverleners en hun diensten. De bevoegde instantie kan zijn vraag rechtstreeks stellen aan de bevoegde instantie in een andere lidstaat. Alleen vragende en antwoordende instanties hebben per geval toegang tot de persoonsgegevens van een dienstverrichter.

Naast de informatie-uitwisseling bestaat er echter geen Europees-rechtelijke basis voor een centrale database voor het opslaan en toegankelijk maken van gegevens over strafrechtelijke en tuchtrechtelijke maatregelen. Om dit in de toekomst te kunnen realiseren is het allereerst van belang om de bestaande informatie-uitwisseling in het kader van richtlijn EG 2005/36 en van het IMI systeem goed uit te voeren. Om te bezien hoe de andere lidstaten staan ten opzichte van een Europese centrale database, waarin artsen vermeld zouden worden die op grond van een tuchtrechtelijke uitspraak hun beroep niet in eigen land en ook niet over de grens mogen uitvoeren, zal ik in de eerstvolgende Raad van ministers van Volksgezondheid dit idee bij de andere lidstaten polsen.

- *Goed professioneel gedrag*
In het advies wordt voorts goed professioneel gedrag een randvoorwaarde genoemd om de kwaliteit van zorg op een hoger niveau te krijgen. Opleidingen van beroepsbeoefenaren in de zorg zouden daaraan kunnen bijdragen. In het advies pleit Legemaate op verschillende plaatsen voor aanpassing van bestaande wetgeving. Tegelijkertijd constateert hij in het advies dat het veranderen van gedrag ook een kwestie van cultuur en attitude is. Hieraan moet zowel in de praktijk maar ook in de opleiding van beroepsbeoefenaren aandacht worden geschonken. Het aanleren van «goed» professioneel gedrag behoort een belangrijk onderdeel te zijn van de opleiding van beroepsbeoefenaren in de zorg. Ik ben het eens met de auteur dat het aanleren van «goed» professioneel gedrag van belang is in de opleiding van beroepsbeoefenaren in de zorg. Ik ga er vanuit dat dit onderdeel al een belangrijk onderdeel is in de opleiding, maar zal in dit kader de aanbeveling van de heer Legemaate voorleggen aan de betreffende beroepsorganisaties en opleidingsinstellingen.

Tot slot

Met deze brief ben ik nader ingegaan op het «advies Legemaate». Over dezelfde kwestie heeft een aantal leden uit uw Kamer op 14 april jl. vragen gesteld. De antwoorden op deze vragen zal ik u zo spoedig mogelijk doen toekomen.

Ik vertrouw erop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink

¹ Het IMI is nog in een opbouwende fase en nu nog slechts in het kader van de EG richtlijn 2005/36 in werking voor een aantal beroepen, waaronder in de gezondheidszorg de beroepen arts, tandarts en verpleegkundigen.