

Magazine over zorg en recht



VOORZORG

TK



advocaten notarissen

Bestuurders aan
het woord

Aansprakelijkheid
bestuurders

Marktregulering
curatieve zorg



Welkom

Aansprakelijkheid	3-5
Dubbelportret 1	6-8
Zorgverzekering	9
Boerhaavewijsheid	9
Dubbelportret 2	10-12
Column	13
Klant aan het woord	14-15
Marktregulering	16-17
Illustratie	17
Colofon	17
TK informatie	18

Door dit blad maakt u kennis met mensen en zaken op het snijvlak van zorg en recht. U treft informatie aan van en over professionals uit de zorg en uit de juridische sector. Het blad is vooral bedoeld voor bestuurders, toezichthouders en directies in de zorg bij wijze van present(atie) van het Team Zorg van TeekensKarstens advocaten notarissen. De zorg – als onderdeel van de publieke sector – vraagt en krijgt steeds meer aandacht van de kant van deskundige adviseurs. Dan worden, bijvoorbeeld door wetgeving en andere op de sector afgestemde zaken, nogal eens specifieke kennis en vaardigheden vereist als het om juridische aangelegenheden gaat.

TeekensKarstens wil u met deze uitgave wijzen op het eigen team betrokken adviseurs op het terrein van zorg en recht. Het gaat dan niet alleen om het ‘doen’ van een zaak, maar u kunt evenzeer denken aan het voorkomen ervan door u tijdig te laten informeren door of te overleggen met de ervaren adviseurs.

De inhoud van Voorzorg is bepaald door verschillende aspecten die te vinden zijn op het raakvlak van recht en zorg. U maakt kennis met professionals op het zorgterrein, u leest over ervaringen met adviseurs, een promovenda schrijft, Kees van Oosten behandelt de aansprakelijkheid van bestuurders en toezichthouders, er zijn *faits divers* en een heuse column en nog meer. Soms leest u via een link de volledige bijdrage op de website van TeekensKarstens. Zo komt u via deze voorzorgsmaatregel toch en als vanzelf uit bij de specialisten die u graag willen adviseren.

Overigens staat op die website het gehele blad nog een keer: u kunt dit exemplaar na lezing dus met een gerust hart doorgeven aan een andere belangstellende.

Veel genoegen met *Voorzorg*!

Rens Heruer



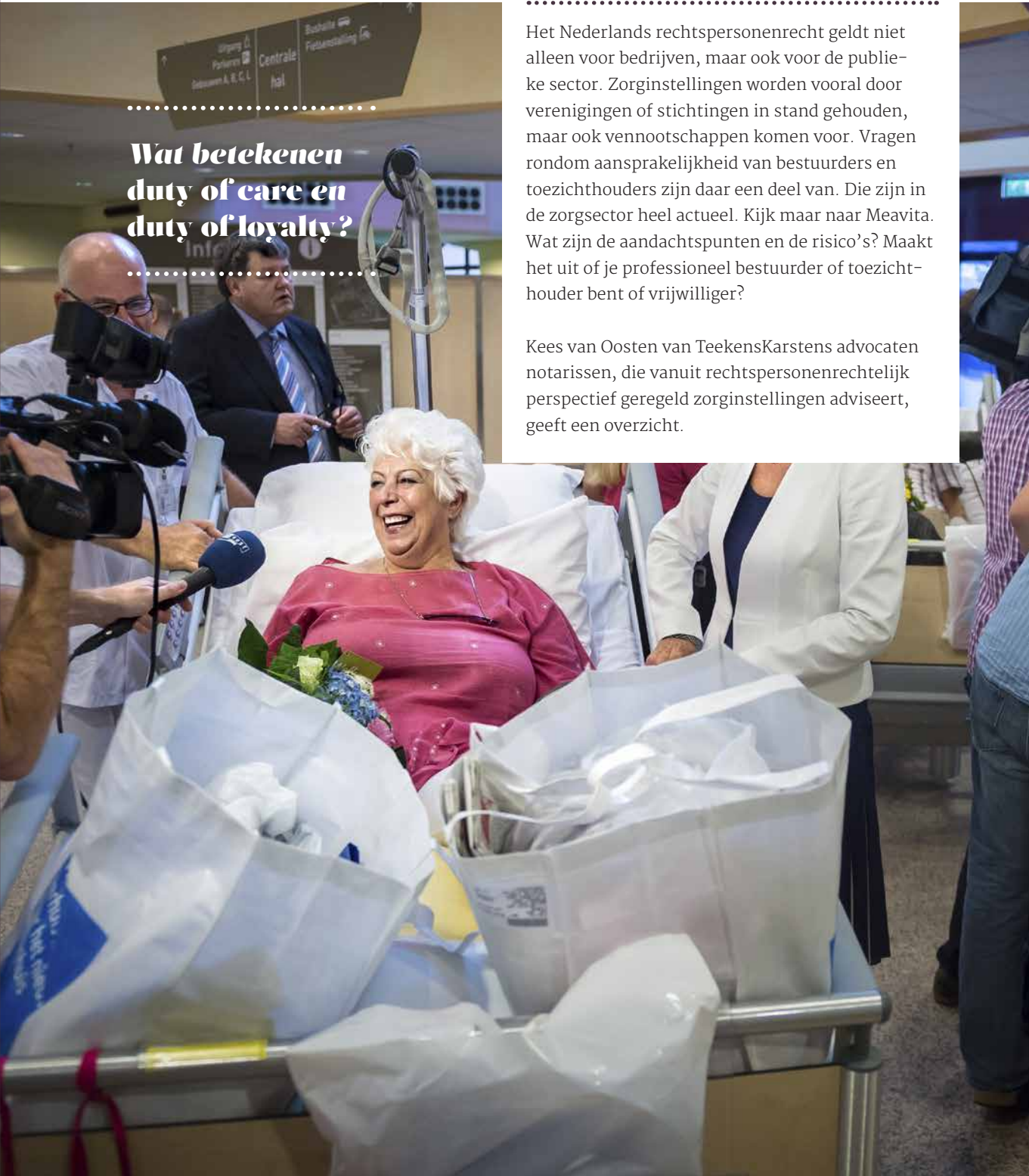
Kees van Oosten

Aansprakelijkheid van bestuurders en toezichthouders in de zorg

.....
**Wat betekenen
duty of care en
duty of loyalty?**
.....

.....
Het Nederlands rechtspersonenrecht geldt niet alleen voor bedrijven, maar ook voor de publieke sector. Zorginstellingen worden vooral door verenigingen of stichtingen in stand gehouden, maar ook vennootschappen komen voor. Vragen rondom aansprakelijkheid van bestuurders en toezichthouders zijn daar een deel van. Die zijn in de zorgsector heel actueel. Kijk maar naar Meavita. Wat zijn de aandachtspunten en de risico's? Maakt het uit of je professioneel bestuurder of toezichthouder bent of vrijwilliger?

Kees van Oosten van TeekensKarstens advocaten notarissen, die vanuit rechtspersonenrechtelijk perspectief geregeld zorginstellingen adviseert, geeft een overzicht.



Aansprakelijkheid van bestuurders en toezichthouders in de zorg

Als het in een organisatie mis gaat, komt tegenwoordig ook steeds de vraag op wie daarvoor verantwoordelijk en aansprakelijk is. In de private sector zie je dat vooral na faillissement, zoals bij Meavita, maar in de publieke sector gebeurt dat ook vaak *going concern*. Kijk maar naar de grote Amsterdamse woningcorporaties. In toenemende mate wordt financiële aansprakelijkheid vastgesteld met als gevolg dat er daadwerkelijk betaald moet worden. Dit betreft tot nu toe vooral bestuurders, maar bij Meavita hebben we gezien dat ook toezichthouders financieel worden aangesproken als de toezichthoudende taak onvoldoende is ingevuld. Bestuurdersaansprakelijkheid in de zorgsector is actueler dan ooit.

Het kernbegrip dat de wet naar voren brengt bij bestuurdersaansprakelijkheid is onbehoorlijke taakvervulling. Volgens vaste jurisprudentie is sprake van onbehoorlijke taakvervulling als de bestuurder een ernstig verwijt kan worden gemaakt. Dat een bestuurder verwijtbaar heeft gehandeld is dus niet voldoende. Het verwijt moet ernstig zijn. Wat ‘ernstig’ is wordt door de omstandigheden van het geval bepaald. Het is vooral op dit punt dat de zorgsector zich onderscheidt van de private sector. In de private sector kan men besluiten nemen waarin bepaalde risico’s besloten liggen en waarvan je achteraf, als het fout is gegaan, kan vaststellen dat het een fout, dus mogelijk ook verwijtbaar besluit was. Maar dat hoeft geen ernstig verwijt te zijn omdat risico’s nemen hoort bij ondernemen. In de publieke sector ligt dat anders. Dat laat zich het beste toelichten aan de hand van de plichten van de bestuurder. Deze kunnen worden verdeeld in twee categorieën. De eerste is *duty of care*: van de bestuurder mag worden verwacht dat hij of zij de taak zorgvuldig vervult, op een wijze zoals die naar algemeen inzicht van een bekwaam bestuurder mag worden verwacht. Ook met het oog op wettelijke en statutaire verplichtingen. In de zorg is er uitgebreide sectorale wetgeving en zijn er governancecodes. Deze spelen bij de invulling van de *duty of care* een belangrijke rol. Wet-

en regelgeving, codes, richtlijnen en aanwijzingen moeten nauwkeurig worden opgevolgd. De tweede categorie is *duty of loyalty*. Dit houdt in dat de bestuurder zich moet richten naar de belangen van de organisatie, die worden bepaald door de statutaire doelomschrijving en de taak die de wet voorschrijft. Als door bijvoorbeeld vastgoedprojecten, financiële avonturen, strategische trajecten etc. de aandacht voor zorgkwaliteit in het gedrang komt, wordt niet meer voldaan aan de *duty of loyalty*. Het spreekt verder voor zich dat het belang van de organisatie voor het eigen belang gaat.

Wat moet een rechter doen?

Bij de beoordeling of sprake is van onbehoorlijke taakvervulling in de zorg speelt de aard van de activiteiten een belangrijke rol. Een zorginstelling moet een publieke taak vervullen: het geven van goede zorg. Daarbij is de instelling in overwegende mate afhankelijk van publieke middelen of van door het publiek via (verplichte) verzekeringen opgebrachte middelen. Het lopen van grote financiële risico’s is daarmee niet verenigbaar. Derivatenproblemen, die ook in de zorg welig hebben getierd, maken de bestuurders die betrokken waren bij het afsluiten daarvan, dus kwetsbaar, want de financiële risico’s van derivaten zijn enorm. Overigens hebben de banken in sommige gevallen hun voorlichtende taak verzaakt door vooral de nadruk te leggen op de stabiliserende werking van derivaten ten aanzien van bijvoorbeeld rentetarieven en zijn de risico’s onderbelicht gebleven. Maar je kunt je afvragen waarom veel instellingen bij het aanschaffen van die financiële producten niet zelf onafhankelijk advies hebben ingewonnen. Er lopen genoeg adviseurs rond die de meest ingewikkelde producten begrijpen en risico’s in kaart kunnen brengen. Vastgoedtrajecten zijn evenzeer risicovol voor zorgbestuurders en toezichthouders. Eenmaal gestart, is er geen weg meer terug, ook als de zaak uit de hand loopt. Maar ook zorginhoudelijke omstandigheden kunnen bestuurdersaansprakelijkheid in de hand werken.

Toezicht

Hoe zit het met de toezichthouders? Toezichthouders moeten toezicht houden op het bestuur. Opletten hoe het gaat met de invulling van de *duty of care* en de *duty of loyalty*. Doorvragen, zorgen dat er inzicht is in de aspecten van de bedrijfsvoering en de besluitvorming. Ingrijpen als het mis gaat. Gebeurt dat onvoldoende, dan kan de toezichthouder (mede-)aansprakelijk zijn en dat zien we in het bedrijfsleven en in de publieke sector dan ook regelmatig gebeuren. Dat de toezichthouder onvoldoende wordt voorgelicht, of misschien zelfs is misleid door het bestuur is lang niet altijd een reden om aansprakelijkheid te ontgaan. Van een toezichthouder mag worden verwacht dat hij of zij diep gaat bij het verzamelen van informatie, toetst en door (te) mooie verhalen ‘heen prikt’. Zoals een gerenommeerde publieke figuur als Loek Hermans afgaat door de zijdeur en ook nog eens financieel kan afrekenen, is nog niet eerder vertoond in de publieke sector, maar zal in de toekomst vaker voorkomen.

Strakkere regelgeving op komst

Zie hier hoe ver het kan komen als het echt mis gaat. En dat is nog niet alles. Er is conceptwetgeving voorgelegd aan de juridische gemeenschap, die er op ziet dat de aansprakelijkheidswetgeving die nu geldt voor B.V.’s, N.V.’s en commerciële stichtingen, verenigingen en coöperaties, ook gaat gelden voor niet-commerciële stichtingen en verenigingen. Daar vallen zorginstellingen ook onder. De maatschappelijke tendens is dus dat ook het repressieve, achteraf-toezicht strenger wordt en daarmee worden de risico’s voor zorgbestuurders groter.

Meavita

In de zorgsector hebben we al vaker faillissementen gezien. Veel vaker dan bijvoorbeeld in het onderwijs. Denk aan de faillissementen van ziekenhuizen zoals het Ruwaard van Puttenziekenhuis. Opvallend is dat bestuurdersaansprakelijkheid of aansprakelijkheid van toezichthouders daarbij nauwelijks aan de orde lijkt te zijn gekomen. Inzake Meavita was

dat geheel anders. Door vele fusies en overnames was Meavita een groot concern van zorgverleners geworden met aan de top een Raad van Toezicht. Er was onvoldoende controle in de organisatie. En zo kon het onder meer gebeuren dat een project binnen Meavita betreffende videoverbindingen met cliënten volledig uit de hand liep. Zodanig, dat de benodigde apparatuur al bij de leverancier was besteld, dat was betaald en geleverd, terwijl nog niet vast stond of de organisatie het kon implementeren. Ten tijde van het faillissement bleek dat dit ehech een miljoenenschade had opgeleverd. Op zichzelf beschouwd kon Meavita gelet op haar omvang die schade wel opvangen, maar er was meer aan de hand dan dat. Opvallend is, dat de Ondernemingskamer van het Gerechtshof aan wie de vraag was voorgelegd of ook de toezichthouders een ernstig verwijt trof, dit ehech er uit pikte en vervolgens tot de conclusie kwam dat er sprake was van onbehoorlijke taakvervulling door de toezichthouders en dat hen ter zake een ernstig verwijt trof. Meavita is een sprekend voorbeeld van hoe niet alleen bestuurdersaansprakelijkheid kan ontstaan, maar ook aansprakelijkheid van de toezichthouders.

Slot

Concluderend kan worden gesteld dat alle zorgbestuurders en -toezichthouders, groot of klein, professional of vrijwilliger op dezelfde manier bloot staan aan aansprakelijkheid ingeval een ernstig verwijt kan worden gemaakt van onbehoorlijke taakvervulling. Gelet op de omvangrijke sector-specifieke regelgeving kan deze aansprakelijkheid sneller worden vastgesteld dan in de commerciële sector. Er is dus alle reden om hier goed bij stil te staan bij aanvang van een bestuurders- of toezichthouderschap en ervoor te zorgen dat de instelling een bestuurdersaansprakelijkheidsverzekering in stand houdt ten behoeve van haar bestuurders en toezichthouders.

Dubbelportret I

In het dubbelportret worden twee ‘portretten’ gegeven van professionals op sterk bij de zorg betrokken terreinen. Van beide personen zijn er twee opnames in woord en beeld: een en profiel ter nadere kennismaking en de ander en face met vragen op de man/vrouw af voor het beeld achter de foto.

En profiel

Over Heleen. In relatie tot de vragen is het goed om te weten dat ik oud-hoogleraar medische ethiek in Leiden ben en 16 jaar lid van de Eerste Kamer met de portefeuille volksgezondheid was. Voor veel mensen is de combinatie ethiek en politiek niet te plaatsen, maar ik leg dan altijd graag uit dat het in de ethiek gaat om ‘het goede’, om de vraag hoe je voor mensen het leven beter maakt. En dat geldt ook voor de politiek. Als mensen dat niet zien, is dat eigenlijk een aanklacht tegen de politiek, die blijkbaar de indruk wekt dat doel niet na te streven en niet integer te zijn. En dat je in de politiek compromissen moet sluiten is niet uniek; ook in de ethiek moet dat: het goede ligt niet voor het oprapen. Soms is het goede dan het minst slechte. Dat aanzien van de politiek is wel zorgwekkend, omdat de politiek macht bezit. En dat is in de ethiek niet aan de orde. In de ethiek geldt de macht van het argument, het betere argument. Ik heb geen bijzondere geheimen te vertellen over mijn leven of persoon. Wat ik wil melden is dat ik eindelijk een minder druk leven leidt en heerlijk kan genieten van mijn prachtige tuin en de rust.

Onderwijs. Ik kom uit een artsengezin. Mijn vader was een zeer betrokken huisarts met vooruitstrevende opvattingen en aan tafel werden vragen van medisch-ethische aard open en uitvoerig besproken. Dat legde voor mij een basis. Een andere factor die mijn keus bepaalde was de eigen ervaring van een ziekenhuisopname, waarbij mij opviel hoe weinig met patiënten gesproken werd over hun aan-doening en de behandeling. Ik wond me daarover nogal op in die periode, waarin ik theologie studeerde. Ik kon een proefschrift schrijven bij de hoogleraar wijsgerige ethiek en het besluit was al snel, dat het moest gaan over medische ethiek. Ik was

nog niet klaar of ik werd door de medische faculteit gevraagd om te werken aan de daadwerkelijke invulling. De confessionele universiteiten hadden wel ethici, maar niet in de medische faculteit. Ook internationaal was het gebied nog nauwelijks betreden. Het was dus pionieren. Door de grote aandacht in de media voor medisch-ethische vragen, denk aan anticonceptie en abortus en euthanasie, enerzijds en door mijn nevenfuncties anderzijds heb ik veel in het openbaar opgetreden. Vraagstukken van ethische aard blijven altijd veel aandacht trekken van publiek en media en dat is natuurlijk begrijpelijk. Ik denk dat ik redelijk in staat was om de dingen te zeggen op een duidelijke manier.

Ambitie. Werk was voor mij een belangrijk doel en een belangrijke drijfveer. Ik heb ook kandidaats rechten gehaald, maar heb destijds toch besloten om binnen de theologische setting de ethiek te kiezen, ook omdat daar werk genoeg in te vinden was. Ik ben dus wel geworden wat ik wilde zijn. Als je nu vraagt wat ik nog zou willen bereiken dan zie ik geen rol meer voor mezelf. Mijn wens zou wel zijn dat eindelijk eens met betere argumenten gesproken wordt over het levenseinde. Het niveau van het debat daarover is te laag: onvoldoende feitenkennis, inzicht en durf. Ik heb er genoeg over gezegd om mij nu nog te mengen in het gesprek. Overigens is het belangrijkste medisch-ethische probleem het stoppen met behandelen aan het eind van het leven, maar ook aan het begin ervan en gedurende het leven. Daar moet nog veel veranderen, maar daar moeten nu dus maar anderen over gaan.



De ethicus prof. dr. Heleen M. Dupuis

Ontmoeting. Wie ik graag wil ontmoeten? Dat is de inspecteur-generaal van de IGZ. Ik zou kunnen bellen, want wij kennen elkaar, maar voor deze gelegenheid wil ik nog eens aan de inspectie en aan iedereen laten horen dat de toetsing van de kwaliteit van verpleeghuizen op volkomen absurde wijze plaats vindt. Als voorzitter van een raad van toezicht van 12 verpleeghuizen zie ik wat er gebeurt (ook wij zijn 'aan de beurt' geweest): een insulinenepen van een zojuist overleden cliënt die wordt aangetroffen in een afgesloten medicijnkast en die eigenlijk afgevoerd had moeten zijn, leidt tot een uitvoerige briefwisseling heen en terug. Dat zou de inspectie ook niet moeten willen en ik begrijp niet hoe dit in de wereld is gekomen. Het zou moeten gaan om hoe de mensen erbij zitten en of ze zich goed voelen. De zorglast is enorm toegenomen, omdat steeds meer intensieve zorg nodig is vanwege de situatie van patiënten. Het is voor de mensen die in de zorg werken zeer ontmoedigend als op deze wijze hun werk getoetst wordt. Die toetsing zou anders moeten en zich meer moeten richten op de feitelijke zorg en op het welbevinden van patiënten. Dat is voorwaar niet makkelijk, maar zoals het nu gebeurt, is het een aanfluiting. Ik durf iedereen zonder aankondiging mee te nemen naar de huizen die ik ken en dan zal blijken dat de zorg niet zo slecht is als je steeds hoort. Al die perikelen zijn demotiverend voor de mensen die heel hard en goed werken in de zorg en daardoor is er sprake van een scheef beeld over de zorgkwaliteit. Ik ken veel voorbeelden waarop enorme discussies, rapportages en brieven gebaseerd zijn, terwijl het gaat om onjuiste uitleg, verkeerde aannames, foute cijfers enz. Intussen moeten de werkers in de zorg het allemaal maar blijven doen. Je zou toch denken, dat de redelijkheid, de rede zou toeslaan en er een einde komt aan die verkeerde methodes. Daarover wil ik nog wel graag praten met de inspecteur...

Beslissingen. De beslissing waarmee ik in en door mijn werk het meest te maken had was de beslissing over wel of niet behandelen. Dat was en is nog steeds een kernkwestie. In feite is de hele medische ethiek samen te vatten in die ene vraag: wel of niet behandelen? Het geldt voor alle mogelijke momenten in het leven. Geef je IVF? Behandel je een pasgeboren kind met een ernstige aandoening? Euthanasie ja of nee? De vraag is er in vele gedaanten en op allerlei momenten. Daarover bestaat wel een misverstand als het gaat om de beslissing en wie die neemt. In Nederland heb je als patiënt het recht om behandeling te weigeren, altijd. Je kunt niet behandeling eisen, maar wel je wensen kenbaar maken. Er is dus wel een schildrecht met betrekking tot behandeling, maar geen claimrecht. Andere aspecten of andere personen werken dan in op de beslissing, zoals het verzekeringspakket of de professionele kennis van de arts. In Nederland is het allemaal behoorlijk geregeld, terwijl veel buitenland denken dat we elkaar hier de keel afsnijden. Het is, integendeel, helemaal niet zo makkelijk om te beschikken over je eigen einde. Dat had eigenlijk al eerder beter geregeld moeten worden. Ik denk dat ik het niet meer meemaak dat men zijn eigen laatste pil kan aanschaffen, behalve bij het ontstaan van een wereldbrand. Ik heb geen zorgen over mijn eigen leven, maar eerlijk gezegd heb ik die wel over de toekomst van de wereld.



Vraag. De vraag wat ‘kan’ in de uitvoerende zorg is een wetenschappelijke vraag. Het gaat dan primair om de stand van de wetenschap binnen de geneeskunde. Vanuit ethisch opzicht bekeken, is het antwoord: het kan als het goed is voor de patiënt. In de ethiek is de centrale vraag hoe je mensen goed doet. Ben je in staat om mensen een beter leven te geven? Eigenlijk is dat een opdracht voor iedereen, maar in het bijzonder voor artsen. ‘Wat is goed om te doen?’ in deze bepaalde situatie. Als de techniek er is, dan moet je de vraag beantwoorden of je die gaat gebruiken. Een ethicus moet over voldoende feitenkennis beschikken om een goed oordeel te hebben. Ik heb daar altijd veel werk van gemaakt, opdat ik de afwegingen zo goed en volledig mogelijk kon maken. Meninge worden makkelijk gegeven, maar komen vaak voort uit gebrek aan feitenkennis, ja zelfs uit domheid. Dat leidt tot prietpraat en dat is slecht voor de geneeskunde.

Grenzen. Aan wetenschappelijk onderzoek zitten altijd morele grenzen. Grenzen worden bepaald door verschillende zaken zoals de doelstelling van een onderzoek, maar ook door de (on)mogelijkheid van iets. Zo is het in Nederland verboden om onderzoek te doen aan embryo’s, omdat men groeiend leven daarvan wil vrijwaren. Zo ook kun je zieke mensen niet zieker maken ter wille van een onderzoek. Nederland heeft heel goede wetgeving op het terrein van medische experimenten; Europa spiegelt zich aan ons. Alle onderzoeksinstituten hebben commissies om te beoordelen of onderzoeken binnen de regels blijven. Aan de toepassing van resultaten van onderzoek zitten ook grenzen. Niet alles wat kan, kan of moet altijd toegepast worden. De situatie van een patiënt kan toepassing verhinderen. Zo is reanimatie niet altijd gewenst, maar vaak ook niet effectief. En het kostenaspect is van invloed. De farmaceutische industrie vraagt waanzinnige prijzen: 300.000 euro per jaar voor de behandeling van een patiënt. Onbetaalbaar! Daarmee is dus duidelijk,

dat er geen recht kan bestaan op zorg. Er is altijd die terugkerende vraag over behandelen of verstrekken: ja of nee. De overheid moet krachtens artikel 22 van de Grondwet regulerend optreden als het gaat om de voorzieningen in de gezondheidszorg, maar daaraan is geen recht te ontnemen en overigens ook geen plicht tot zorgverlening. Nederland heeft het meest uitgebreide pakket tegen hoge kosten. En toch is dat niet voldoende. Afweging blijft: kunnen we dat als samenleving betalen? We zullen meer te maken gaan krijgen met eigen betalingen om het allemaal in de lucht te houden.

Minister. De minister moet onverwijld snijden in de bureaucratie. Met een hakbijl grof kappen, zou ik zeggen. Ingrijpen in een dramatische toestand, waar de hele sector onder gebukt gaat. Tijd- en geldverslindende procedures over detailkwesties, waarmee we elkaar gek maken. De wetgeving onmiddellijk aanpassen en niet meer uitgaan van wantrouwen. De politiek heeft een gebrek aan empathie voor mensen die in de zorg werken. En dat is moordend voor de sector. De sfeer van wantrouwen die leidt tot eindeloos verantwoord ‘molt’ de zorg en de mensen die daar heel hard in werken.

Juristen. Aan het begin van regelgeving zijn juristen erg belangrijk, mits zij ook verstand hebben van het zorgterrein. De juridische kwaliteit van de wetgeving die uit de Tweede Kamer komt, is ronduit slecht. De Eerste Kamer probeert daarin te corrigeren, mede aan de hand van adviezen van de Raad van State en vakjuristen. De laatste linie voor een jurist in de praktijk is de redelijkheid en de billijkheid. De regelgeving is echter heel strak. Een jurist komt er daardoor, mede afhankelijk van het type kwestie, niet altijd uit. Er is steeds minder ‘ruimte’ waarin hij in een concrete zaak partijen kan overtuigen van de (on)juistheid van een standpunt.

Zorgverzekering van particulier naar basis

.....

Via de 'gildebussen' en de eerste commerciële verzekeringen in 1780 ontstond in 1846 het eerste ziekenfonds. Verzekeringen bleven lang vrijwillig van karakter.

Rond 1940, aan het begin van de Tweede Wereldoorlog, was grofweg twee derde van de Nederlandse bevolking in meer of mindere mate verzekerd tegen medische kosten. Het was echter tijdens de bezetting dat een zorgverzekering voor alle Nederlanders verplicht werd gesteld. Vanuit Duitsland werd in 1941 het systeem van de Duitse Krankenkasse ook in Nederland ingevoerd. Vanaf dat moment werd iedereen onder een bepaalde inkomensgrens verplicht lid van het ziekenfonds. Na de bezetting besloot men het ingevoerde systeem van verplichte zorgverzekering te houden. Er werden diensten aan de zorgpakketten toegevoegd en het ziekenfondswezen werd geprofessionaliseerd. Kleine verzekeraars fuseerden tot grote verzekeringsmaatschappijen wat het aantal verzekeringsondernemingen in Nederland terugbracht van ruim 200 tot enkele tientallen. Het verschil tussen de particuliere en de ziekenfondssector bleef echter wel bestaan.

Op initiatief van staatssecretaris van Volksgezondheid Hendriks werd in 1974 de discussie geopend over het verschil tussen de particulier verzekerden en de ziekenfondsverzekerden. De vraag of dit onderscheid nog wel wenselijk was, stond hierbij centraal. Er werd gesproken over een algemene basiszorgverzekering voor iedereen, ongeacht de hoogte van het inkomen. Het bleek een onderwerp waar men niet zomaar over uitgesproken zou raken. Een voorstel van staatssecretaris Simons voor een algemene basiszorgverzekering aan het begin van de jaren 90 strandde, waarna minister Borst het in 2001 opnieuw probeerde met de nota 'Vraag en Aanbod'. Pas in 2004 werd door de toenmalige minister Hoogervorst van VWS een wetsvoorstel ingediend dat wel voet aan de grond kreeg. Het plan dat de eerdere voorstellen van de voorgaande ministers van volksgezondheid als basis had, werd uiteindelijk goedgekeurd door het parlement. De nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) trad 1 januari 2006 daadwerkelijk in werking. Hiermee viel het verschil tussen ziekenfonds en particulier weg.

10 Boerhaaviana, 10 annexen en een paar vragen

.....

Opdracht 1 – Koppel de Boerhaaviana (a. t/m j.) aan de juiste annexen (1 t/m 10).

Opdracht 2 – In welke plaats is het Boerhaave Medisch Centrum gevestigd?

Opdracht 3 – Wat is de relatie tussen Samuel Johnson en Herman Boerhaave?

Opdracht 4 – Waardoor ontstaat het syndroom van Boerhaave vaak?

- a. Boerhaavemuseum Leiden
- b. Standbeeld Boerhaave Leiden
- c. Grafmonument Boerhaave
- d. Boerhaave in Oegstgeest
- e. 'De Hollandse dokter'
- f. Boerhaave
- g. Syndroom van Boerhaave
- h. Graf Boerhaave
- i. Boerhaave in Voorhout
- j. Boerhaave als directeur

- 1. Slokdarm
- 2. Pieterskerk Leiden
- 3. Hortus botanicus Leiden
- 4. Carlo Goldoni
- 5. Frans Hemsterhuis
- 6. Caecilia Gasthuis
- 7. Oud-Poelgeest
- 8. 31 december 1668
- 9. Drogisterij
- 10. Jean T. Stracké

Antwoorden naar publiekesector@tk.nl met vermelding van 'Voorzorg'. Inzenders ontvangen bericht terug met de juiste antwoorden. Dat bericht geeft recht op een kosteloos eerste adviesgesprek op een locatie naar uw keuze.

Dubbelportret 2

In het dubbelportret worden twee 'portretten' gegeven van professionals op sterk bij de zorg betrokken terreinen. Van beide personen zijn er twee opnames in woord en beeld: een en profiel ter nadere kennismaking en de ander en face met vragen op de man/vrouw af voor het beeld achter de foto.

En profiel

Over Frans. Vanaf 2004 ben ik voorzitter van de Raad van Bestuur van het Rijnlands Revalidatie Centrum (RRC) in Leiden. Voor velen is het RRC, gelukkig, niet bekend. Want wanneer je in aanraking komt met het RRC is dat meestal als gevolg van een ziekte of een aandoening. Het RRC heeft 40 klinische bedden waar 7 x 24 uur medisch specialistische zorg wordt geboden, daarnaast wordt heel veel poliklinisch behandeld. In totaal zien we circa 10.000 patiënten per jaar. Sommigen kennen het RRC door het sporten of het zwemmen. Dat er een sporthal en zwembad is in een revalidatiecentrum is niet onlogisch. Een van de onderdelen die terugkeer in de maatschappij mogelijk maakt is het sporten. Mensen met een beperking ontlenen vaak weer veel persoonlijke levenskracht uit hun mogelijkheden bij het sporten. Daarnaast is revalidatie in het RRC een vorm van topsport. Mensen die in aanmerking komen voor de revalidatie moeten dan ook redelijk belastbaar zijn om met een hoge frequentie en intensiteit de behandelprogramma's te volgen. Revalidatie is een soort containerbegrip. Tegenwoordig kan je op alle niveaus revalideren. De Medisch Specialistische Revalidatie van het RRC onderscheidt zich van de andere vormen van revalidatie door de complexiteit van de aandoening en de multidisciplinaire aanpak. Dat wil zeggen dat de revalidatiearts leiding geeft aan een team van professionals waaronder meestal een fysiotherapeut, ergotherapeut, logopedist, maatschappelijk werker en psycholoog. Dat team bepaalt in overleg met de patiënt wat voor hem/haar het beste traject is om na het incident weer te herstellen en terug te keren in het maatschappelijk bestaan. Niet alleen neurologische aandoeningen en de gevolgen van een ernstig ongeluk worden in het RRC behandeld. Ook patiënten met complexe gevolgen van een hart- of longaandoening kunnen bij het RRC terecht.

Daarnaast beschikt het RRC ook over een grote kinderrevalidatieafdeling. De meeste kinderen daar hebben een beperking opgelopen door een aangeboren afwijking. Veel van die kinderen zitten op de mytylschool de Thermiek, die via een corridor met het revalidatiecentrum is verbonden.

.....

Onderwijs. Mijn belangstelling voor de revalidatie dateert al vanaf mijn prille jeugd. Mijn opa zat in het bestuur van het Rijnlands Zeehospitium (voorzitter van het RRC), omdat zijn vader het in 1908 had opgericht. Zo ging dat toen. Wij woonden in Den Haag, achter de duinen. Ik ging vaak met mijn opa mee naar het Zeehospitium om daar te spelen, vooral met tuberculose-kinderen. Na de middelbare school studeerde ik fysiotherapie. Op mijn dertigste werd ik gevraagd om docent fysiotherapie te worden op de Hogeschool Leiden. Ik heb dat vele jaren gecombineerd met praktisch werk in de eerste lijn. Ik word altijd gedreven door innovatie en zo heb ik aan de wieg gestaan van het Gezondheidscentrum Stevenshof in Leiden. Toen een zeldzaamheid, zeker ook omdat de professionals in het gezondheidscentrum allemaal in loondienst waren. Het gezondheidscentrum had een academische status vanwege de verbinding met het LUMC en de Hogeschool. Naast patiëntenzorg werd ook aandacht besteed aan onderwijs en onderzoek in de eerste lijn. In 1985 werd mij gevraagd om directeur van het centrum te worden. Daarmee koos ik voor bestuurlijk-organisatorisch werk in de zorg. Door een aantal projecten (o.a. in Rusland) kreeg ik de smaak te pakken van het management. Aan de universiteit in Tilburg ging ik een postdoctorale MBA volgen om mij op het gebied van bedrijfskunde en management ook meer theoretisch te scholen. In functies als directeur bij een verpleeghuis en – later – bij het Rijnlands Revalidatie Centrum, kon ik dat goed kwijt. Daarmee was de cirkel rond en laat mijn zoon nu toevallig in opleiding zijn voor revalidatiearts...



De bestuurder

Frans A. van den Broek d'Obrenan, MBA

Wat ik als bestuurder uit mijn verleden heb meegenomen is het belang om werk te doen waarbij je je betrokken voelt. Revalidatie bevindt zich blijkbaar al vanaf mijn vroege jeugd op mijn pad. In mijn rol als bestuurder ken ik het denkpatroon van de professional, gewoonweg omdat ik zelf fysiotherapeut ben geweest. Daardoor kan ik met eenzelfde passie bestuurlijk werk verrichten als de fysiotherapeut bij zijn patiënt. Ook mijn onderwijservaring is gestoeld op een principe dat ik in mijn functie als bestuurder goed kan gebruiken. Bij onderwijs gaat het om leren en om vernieuwen. Dit is ook één van mijn leidende principes die ik hanteer in mijn rol als bestuurder. Ik geloof in *lifelong learning*. Het houdt je jong en in beweging en dat is exact wat er in de revalidatie ook gebeurt. De hele dag ben je als patiënt aan het 'leren' van nieuwe bewegingspatronen die door een aandoening of ongeval zijn veranderd. En dat geldt niet alleen voor patiënten, het geldt ook voor medewerkers. Sommige medewerkers hebben verborgen talenten die je in een leerproces boven tafel kunt krijgen.

Ambitie. Ik heb nooit van tevoren bedacht hoe mijn carrière er uit zou zien. Het is 'gewoon' zo gelopen. Je hebt als mens een eigen verantwoordelijkheid om je persoonlijke mogelijkheden zo goed mogelijk in te zetten bij je dagelijkse werkzaamheden. Daar heb je niet altijd een keus in, maar je kan er wel invloed op uitoefenen. Op momenten dat je niet meer met plezier je werk kan doen, is het tijd voor iets anders. Ik word enthousiast van vernieuwing. Als bestuurder loop je daarmee het risico dat je zoveel kansen ziet dat het soms moeilijk is om de juiste keuze te maken en er zorg voor te dragen dat ideeën worden omgezet in een actie met een resultaat. Dan moet je beslissingen durven nemen en dat past bij ondernemerschap. Lef tonen, waarbij je soms succesvol bent en soms je verlies moet nemen.

Ontmoeting. Ik zou de architect Tadeo Ando willen ontmoeten. Ik was recent in Japan. Er waren vele redenen om daarheen te gaan, zoals de natuur, de zen-cultuur, maar ook de architectuur, in het bijzonder die van Tadeo Ando. Ik heb de plaats bezocht op Naoshima waar meerdere gebouwen door hem zijn ontworpen, zoals het Contemporary Art Museum en het wereldberoemde Chichu Museum. Het meest kenmerkende in zijn ontwerpen is het koppelen van schoonheid aan minimalisme, waarbij hij gebruik maakt van de kracht van lichtinval. Ando is in staat het licht te laten schijnen over de duisternis. Door de eenvoud van zijn ontwerpen ontstaat de diepgang. Het maakt je stil en brengt je tot diepere gedachten. Ik zag een verband met de revalidatie. Voor patiënten betekent het krijgen van een invaliderende aandoening een duistere gebeurtenis die het leven van de ene op de andere dag totaal verandert. Het revalidatieproces daarna betekent vaak voor patiënten een lichtpuntje, waarbij zij een nieuw perspectief creëren. Dat creëren van een perspectief zie ik terug in de werken van Tadeo Ando en het inspireert mij door het geloof dat door het aanbieden van vaak simpele middelen het licht in het leven van een patiënt met een trauma weer kan gaan schijnen.

Beslissingen. De moeilijkste beslissingen in mijn loopbaan kwamen in de periode, kort geleden, toen we door bezuinigingen genoodzaakt waren om te reorganiseren en medewerkers te ontslaan. Vaak gepassioneerde mensen die zich met hart en ziel inzetten om patiënten met een beperking weer terug te laten keren in de maatschappij. Dan ben je als directeur-bestuurder de boeman, niet leuk maar horend bij het vak. In deze functie moet je er zijn zowel in goede als in slechte tijden. Ik heb ervaren hoe belangrijk het is om authentiek te besturen. Het is geen trukendoos, het is mensenwerk. Ik tracht daarbij altijd dicht bij onze medewerkers te staan.



Afstand. Natuurlijk staat besturen op afstand van het primaire proces. Dat is soms jammer omdat je mist wat de patiënt daadwerkelijk drijft om hier te komen revalideren. Aan de andere kant: zorg is zakelijker geworden. Wel is er een duidelijke tendens om patiënten meer te betrekken bij het bestuur. Dat is geformaliseerd via wetgeving waarbij cliëntenraden de vertegenwoordiging vormen van de patiënten in het gesprek met het bestuur. Het geluid van de patiënt moet echter hoorbaar zijn aan de bestuurstafel. Binnen het RRC zijn we ons daar goed van bewust. Een patiëntenvertegenwoordiging zit aan tafel als het gaat om onze strategieontwikkeling.

.....

Grenzen. Zorg is begrensd door de fysieke mogelijkheden van de patiënt. De levensverwachting is als een rechte lijn de afgelopen decennia gestegen. Er is geen enkele reden om te veronderstellen waar om die lijn nu ineens naar beneden zou afbuigen. De technologische ontwikkelingen gaan in zo'n rap tempo door dat wij nu nog niet kunnen vermoeden waar de grenzen liggen. De overheid echter wil én zorg dragen voor een brede toegankelijkheid van de zorg én zorgdragen voor betaalbaarheid van de zorg. Deze twee uitgangspunten zijn moeilijk met elkaar te verenigen.

.....

Minister. De zorg zou meer op vertrouwen gebaseerd mogen zijn. De afgelopen jaren heeft een toenemende marktwerking gezorgd voor een toenemende controledwang, waarbij financiën, kostenbesparing, leidend is. De kwaliteit van de zorg lijkt in de onderhandelingen met verzekeraars nauwelijks een rol te spelen. De huis-tuin-en-keukenmarkt wordt bepaald door vraag en aanbod. De minister bepaalt echter het aanbod en daarmee is er geen evenwicht meer in vraag en aanbod. Bovendien leidt de marktwerking tot perverse prikkels. Een behandelprogramma wordt niet langer bepaald door de noodzakelijke kwaliteit en de vraag van de patiënt, maar

alleen door het beschikbare geld. Ik ben voorstander van een systeem waarbij aanbieders beloond worden voor doelmatig gedrag. De marktwerking moet worden opgeheven. In de gezondheidszorg gaat het om mensen die uniek zijn en die ook om maatwerk vragen. Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel is *money driven* waarbij de unieke mens geen rol speelt. Dat betekent niet dat er ongebreideld behandeld zou moeten worden. Ja, de marktwerking heeft wel uitwerking gehad: zorgorganisaties werken meer doelmatig en medewerkers zijn meer kostenbewust. De minister vond dat zij door de HJ Schoo-lezing de kans kreeg om te laten zien dat de samenleving de Nederlandse gezondheidszorg stelselmatig onderschat en hoe we onterecht het verleden idealiseren. Ik ben ervan overtuigd dat de Nederlandse gezondheidszorg tot de beste ter wereld behoort, maar niet als resultaat van het financieringssysteem. We moeten niet terug naar het verleden, maar het moet wél anders. Ik sta niet alleen: niemand die werkzaam is in de zorg is enthousiast over het huidige DBC-systeem. Professionals hebben genoeg van het huidige systeem, de bureaucratie neemt meer tijd in beslag dan de tijd die beschikbaar is voor de zorg: dat kan toch niet de bedoeling zijn! De minister zou ook eens professionals moeten bevragen bij het bedenken van een werkbaar financieringssysteem in de zorg.

.....

Juristen. Juridische kwesties komen steeds vaker voor in de zorg. Het gaat daarbij niet alleen om arbeidsrechtelijke zaken, maar ook om claims van patiënten. Ook spelen vraagstukken over vastgoed die om juridische expertise vragen en niet in de laatste plaats zien we in de zorg door de toegenomen complexiteit steeds vaker concentratie van zorgaanbieders waarbij mededingsrechtelijke kwesties een rol spelen. Dat vraagt om gespreide juridische expertise. De complexiteit van deze afzonderlijke vraagstukken is dermate groot dat je op al die terreinen over specifieke expertise zou moeten beschikken.

Onnozele zuinigheid

Natuurlijk is de kans heel klein dat ik dood ga. En mocht dat ten langen leste toch gebeuren, dan gaat dat zeker niet op de manier waarop al die oude mensen heen gaan; met van die lange, pijnlijke ziekbedden of na zo'n vernederende, geestelijke aftakeling. Tegen die achtergrond heb ik mij uiteraard een ziektekostenverzekering aangemeten voor een prijs van een etentje voor twee personen in een middenklasse restaurant, ja bijna goedkoper zelfs nog dan de verplichte maandelijkse ziekenfondspremie van bijna dertig jaar geleden.

Ik ben heel hard met mijn neus op de feiten gedrukt. Mijn onnozelheid van de jaren dat ik twintig/dertig was, is in een fractie van een seconde weggespoeld. Een herseninfarct zorgde voor totale uitschakeling van mijn veel te grote omhulsel.

Gelukkig trad na langdurige revalidatie herstel op. De schade is uiteindelijk beperkt gebleven tot een verlamde linkerarm (inclusief schouder) en een gebrekkig functionerend linkerbeen. Maar ik kan weer kilometers lopen, rijd weer (aangepast) auto. Ben heel blij dat mijn 'brein' niet is aangetast; dat ik in feite nog net zo onaardig kan zijn als voor de beroerte. Ik ben blij dat ik leef, dat ik een geweldige partner heb met wie de liefde onvoorwaardelijk is gebleken, dat we mooie en verre vakanties kunnen vieren (stond onlangs op de Chinese muur – zeker tot mijn eigen verbazing).

Maar van één ding heb ik spijt, namelijk dat ik mij nooit heb verdiept in ziektekostenverzekeringen. Daar loop ik nu tegen aan, want nog elke week heb ik diverse keren fysiotherapie om dat lichaam een beetje in goede beweging te houden. Ik kende het verschil niet tussen een natura- en een restitutieverzekering; wist niet in welke mate ik verzekerd was voor de kosten van bijvoorbeeld fysiotherapie. Bovendien zijn er verzekeringsbedrijven – daar kwam ik pas later achter – die nagenoeg alle therapie betalen. Ik vind het dom van mijzelf dat ik goedkoop verzekerd bleef, terwijl ik mij betere (duurdere) verzekeringen makkelijk (een paar tientjes meer in de maand) had kunnen permitteren. Ik ben nu

van mening dat ik zo rond mijn vijftigste mij beter had moeten informeren omtrent de mogelijkheden. Waar liep ik tegen aan? Ik had een chronische indicatie voor fysiotherapie aan mijn inerte en pijnlijke schouder. Er ontstonden problemen met mijn verzekering omdat ik buiten de statistieken viel, in feite te lang bezig was (buiten de gemiddelden viel) met therapie. Een ander probleem was dat de feitelijke therapie was veranderd, omdat mijn therapeut zich zorgen maakt over mijn manier van lopen, en op termijn schade vreest aan mijn heupen. Eigenlijk heb ik nu preventieve therapie. En er is niks moeilijkers dan je ziektekostenverzekering ervan te overtuigen dat ze moeten betalen voor iets waarmee 'duurdere' problemen in de toekomst wellicht kunnen worden voorkomen. Het zijn vervelende discussies.

Fysiotherapie wordt alleen maar belangrijker. Al die 55-plussers die – als ik sommige publicaties tenminste moet geloven – roekeloos met opgevoerde fietsen circuscapriolen uithalen en dagelijks naar de wijnfles grijpen, komen zichzelf straks tegen, en wel bij de fysiotherapeut. Mijn therapeut voorziet zelfs dat fysiotherapie straks ook een (vergoede) sociale gebeurtenis wordt om ouderen uit hun isolement te halen. Een groep oudere dames (tussen de 65 en de 80) krijgt bij mijn fysiotherapeut fitness voor eigen rekening. En gezellig dat die Leidse meisjes het hebben. Op z'n Leids gezegd maken ze een teringherrie, maar ze blijven er gezonder bij en ze houden een beetje toezicht op elkaar, of de therapeut telefoneert even als een van hen langere tijd wegblijft.

Inmiddels – het heeft even geduurd – ben ik wijzer geworden. Mijn leven zal zeker niet anders verlopen dan dat van mijn ouders. En misschien zal ik net als mijn vader uiteindelijk verlangen naar de dood, maar hij was toen wel bijna 100 jaar oud. Trouwens die geloofde tot zijn 99ste ook niet dat hij ooit zou sterven!

Henk van der Post

Jan Bastiaansen waardeert de continuïteit en kwaliteit van TeekensKarstens

Jan Bastiaansen is al enige jaren voorzitter van de raad van toezicht van verschillende grotere zorgorganisaties en van een grote onderwijsgroep in het speciaal onderwijs. Hij is in een vergelijkbare functie actief in de dovenhulpverlening. Voor zijn pensionering was hij lid van de raad van bestuur van een regionale organisatie in de geestelijke gezondheidszorg na langdurige werkervaring in dezelfde sector elders in het land. In die voorgaande periode was hij ook 'bevoegd gezag' van een aan de zorgorganisatie verbonden school voor langdurig zieke kinderen. In het landschap van de zorg en dat van de jeugdzorg deden en doen zich majeure veranderingen voor. Bastiaansen maakte de veranderingen mee en regisseerde de benodigde omslag die daaruit voortvloeide. Uit opeenvolgende veranderingen in wet- en regelgeving in de zorg kunnen vraagstukken voortkomen die ertoe leiden dat de raad van toezicht ondersteuning vraagt aan externe deskundigen. Vanuit zijn ervaring als bestuurder en toezichthouder spreekt hij o.a. over de rol van de gespecialiseerde adviseurs die hij leerde kennen bij TeekensKarstens.

Rode draad

Bastiaansen ziet het werk in gezondheidszorg en onderwijs als de rode draad in zijn leven en beleeft nog steeds plezier aan het werk, nu als toezichthouder. *'Maatschappelijk actief blijven is belangrijk en het werk als toezichthouder doet er echt toe. Het vraagt wezenlijke inspanning en betrokkenheid. Dan is je eerdere professionele ervaring een pluspunt.'* De discussies over de governance zijn volgens Bastiaansen wat sneller gegaan in de tweede lijn van de zorg dan in het onderwijs. De eerstelijnszorg en het primair onderwijs zijn vergelijkbaar qua ontwikkelstadium. De invloed van verzakelijking (via marktwerking of 'lumpsumfinanciering') en professionalisering heeft bij de grote instellingen eerder tot wijzigingen in bestuurlijke structuren geleid.

Toegenomen verantwoordelijkheid

Bastiaansen ervaart de afgelopen jaren in zijn huidige functies duidelijk een toename van (regel) druk en verantwoordelijkheid. Er wordt – terecht – meer transparantie gevraagd door de buitenwacht. Bijvoorbeeld de financieringswijze vraagt beleid en niet het vroegere, relatief eenvoudige, op-de-winkel-passen. Er is sprake van hogere eisen, die niet alleen negatief uit te leggen zijn, maar waaraan men wel moet wennen in de zorg en overigens ook in het onderwijs. De inspecties kruipen meer op de zaken en de druk is evident als het een keer fout gaat. Er is sprake van het spreekwoordelijke vergrootglas, waarbij in de afgelopen jaren de rol van de sociale media enorm is toegenomen. Dat is niet alleen zo als het gaat om de snelheid waarmee een incident wereldkundig wordt, maar ook als het gaat om de inhoud ervan. Er kan *framing* ontstaan, ook in de andere media, en dat vraagt veel en soms nieuwe vaardigheden in de organisatie. Soms ook leidt het tot een gevoel van onzekerheid en onveiligheid. Het blijft belangrijk in een periode waarin een ingrijpend incident speelt om de rolverdeling tussen bestuur en toezicht in acht te blijven nemen, maar er kan wel sprake zijn van bijstelling van balans. Een toezichthouder zal meer vragen en de bestuurder zal zijn dilemma's wellicht willen delen en daarover

'Werk als toezichthouder doet er echt toe.'

willen spiegelen. De grenslijn moet echter intact blijven en niet overschreden worden. De raad van toezicht dient zich te overtuigen van de validiteit van aangereikte informatie met gebruik van de (ook eigen) instrumenten die daarvoor zijn. Maar toch kan dat ook wel eens mis gaan, ondanks de balans tussen vertrouwen en controle. In zo'n situatie dien je je interventies te intensiveren zonder uit je toe-

zichtról te vallen. Per slot zul je immers ook je rol als werkgever van het bestuur moeten kunnen spelen, als dat op enig moment noodzakelijk is.

Externe adviseurs

Gevraagd naar zijn visie op de positie van externe adviseurs voor de zorg, acht Jan Bastiaansen vanuit zijn functie als toezichthouder zulk advies met name van belang in zijn rol als werkgever van het bestuur. De zorgsector waarin hij opereert heeft niet zo veel te doen met onroerend goed of fusies,

.....
‘Mijn ervaring is, dat je dit niet aan iedere willekeurige notaris moet vragen.’
.....

ofschoon daar in voorkomend geval wel vaak notariswerk bij komt kijken. *‘Gegeven de kennis en ervaring in een raad van toezicht heb je echt specialistische kennis nodig bij een ‘werkgeverszaak’ en dan moet je zo snel mogelijk ondersteuning krijgen voor het juist en tijdig en volledig nemen van de stappen die nodig zijn. Weloverwogen en niet te snel handelen met een specialist aan tafel vanaf een vroeg moment. Daarmee heb ik goede ervaringen bij TeekensKarstens. Ook in de discussies over governance en het weergeven van de structuur in teksten als statuten en reglementen, is het meedenken en adviseren zeer nuttig. Het gaat daarbij ook om de verbinding met algemeen levende opvattingen over governance die door de adviseur worden ingebracht of verwoord. Mijn ervaring is, dat je dit soort werk niet aan iedere willekeurige notaris moet vragen.’* Andere externe adviseurs zijn te vinden bij andere bureaus die op de zorg gerichte eerstelijnsdiensten verlenen. Bastiaansen heeft daar als toezichthouder zelf minder een directe relatie mee, maar ziet wel, dat deze adviseurs een goede schakel zijn met de specialisten die hij kent van TeekensKarstens. Hij

merkt op, dat bij het inwinnen van advies door de raad van toezicht uiteraard aan de orde moet komen of niet vanuit de organisatie al andere opdrachten zijn of worden verstrekt, waardoor spanning kan ontstaan. Bastiaansen waardeert de eigen controle die door TeekensKarstens op dit punt werd en wordt uitgevoerd.

Continuïteit en kwaliteit

Als het gaat om het vinden van de zorgmarkt door adviseurs, denkt Bastiaansen niet aan reclame, niet aan fancy optreden in 3-delig grijs. *‘Continuïteit en professionele en servicekwaliteit zijn de beste garantie voor het werven en behouden van klanten in de zorg. Kwaliteit in meedenken en in juridische kennis, continuïteit door het regelen van achtervang, bijvoorbeeld in vakantietijd, de wederzijdse kennis in persoon, afstemming van toon, het in alle opzichten managen van de relatie, het zijn allemaal elementen die tot een trouwe klantenkring leiden, soms zelfs dóór kantoorwisselingen heen. Verschil kan er natuurlijk zijn tussen verschillende zorgsectoren, maar ‘de vent of vrouw in de tent’, daar blijft het om gaan.’* Bastiaansen zegt een tevreden klant te zijn. De relatie met zijn zorginstellingen en eerder ook anderszins heeft uitstekend vorm gekregen. Natuurlijk merkt ook hij stijlverschil tussen medewerkers en soms ‘klikt’ het wat minder. Maar zijn tevredenheid is duidelijk: de toon van TeekensKarstens maakt de goede muziek. Zijn ervaring met het meedenken, de tactische inbreng en het begrip voor de dynamiek van bepaalde processen vormen voor Bastiaansen een meerwaarde die hij waardeert in zijn contacten met TeekensKarstens.

Marktregulering, privaatrecht en financiering van curatieve zorg

Handelt een zorgverzekeraar onrechtmatig jegens een leverancier van zorg indien zijn voorkeursbeleid in strijd is met de Zorgverzekeringswet? Bepalen door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) uitgevaardigde declaratieregelingen voor curatieve GGZ en medisch specialistische zorg wanneer vorderingen van zorgverleners op zorgverzekeraars voor geleverde zorg ontstaan? Deze vragen rezen recent in gerechtelijke procedures over de contractering van curatieve zorg.¹

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben te maken met een veelheid aan regelgeving als zij contracteren over curatieve zorg. Hun rechtsverhouding is privaatrechtelijk, maar ten behoeve van de borging van publieke belangen stelt ook sector-specifieke regelgeving buiten het Burgerlijk Wetboek grenzen aan hun handelen. Te denken valt aan de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De sector-specifieke regelgeving in de zorg wordt bestuursrechtelijk gehandhaafd door toezichthouders zoals de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Het is niet altijd duidelijk wat de privaatrechtelijke betekenis is van sector-specifieke regelgeving.

Het voorkeursbeleid dat VGZ c.s. wilden toepassen op de levering van drinkvoeding was inderdaad onrechtmatig jegens producent van drinkvoeding Nutricia vanwege strijd met art. 11 lid 1 Zvw. Art. 11 lid 1 Zvw bepaalt dat zorgverzekeraars ervoor zorg moeten dragen dat hun verzekerden zorg zelf ontvangen of vergoeding van de kosten van de zorg die tot het wettelijk voorgeschreven pakket behoort. De Hoge Raad oordeelde dat de zorgplicht van art. 11 lid 1 Zvw niet alleen strekt ter bescherming van verzekerden, maar ook van leveranciers van zorg zoals producenten van diervoeding.²

In een zaak waarin de privaatrechtelijke rechtsgevolgen van de Regeling declaratiebepalingen DBC's in de curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ)³ een rol speelt is cassatieberoep ingesteld bij de Hoge Raad. Volgens de declaratieregeling moeten zorgaanbieders declareren per afgeronde 'Diagnose

Behandeling Combinatie'(DBC). Een DBC is volgens art. 3 sub h 'het geheel van prestaties voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor een cliënt een zorgaanbieder consulteert.' Op grond van art. 4 Declaratieregeling 'kan' een zorgaanbieder een tarief voor een DBC pas 'declareren' indien de verrichte werkzaamheden zijn getypeerd en geregistreerd en de DBC is gesloten en gevalideerd.⁴ Het doel van de regeling is dat zorgaanbieders de juiste tarieven voor hun prestaties declareren.⁵ De Declaratieregeling bepaalt niet wanneer vorderingen van zorgaanbieders voor door hen verleende zorg ontstaan of opeisbaar worden. Heeft de regeling in de privaatrechtelijke verhouding tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars of patiënten tot gevolg dat vorderingen van de zorgaanbieder tot betaling voor verleende zorg pas ontstaan na afsluiting en validatie van de DBC waarop die zorg gedeclareerd wordt?

Volgens het hof Amsterdam is dat zo als partijen de declaratieregeling volgen en over het ontstaan van vorderingen niets hebben afgesproken.⁶ Consequentie is dan dat een pandrecht ten behoeve van een financier op een vordering tot betaling voor verleende zorg ook pas tot stand komt na afsluiting van de DBC.⁷ Bij een faillissement van een zorgaanbieder kan de financier zich dan niet met voorrang op vorderingen voor nog niet afgesloten DBC's verhalen. De maximale looptijd van een DBC in de curatieve GGZ is 365 dagen⁸ dus het belang van het verkrijgen van voorfinanciering van wat ook wel onderhanden werk wordt genoemd is aanzienlijk. Als het oordeel van het hof in cassatie in stand blijft zullen kredietverstrekkers als Fa-Med wellicht minder snel of onder andere voorwaarden krediet verstrekken voor onderhanden werk.

Mijns inziens geeft de declaratieregeling hooguit voorwaarden voor de opeisbaarheid van vorderingen, zoals ook de rechtbank oordeelde.⁹ Uit de Memorie van Toelichting bij de Wmg blijkt immers dat declaratieregels geen inbreuk maken op de privaatrechtelijke rechten en plichten van partijen.¹⁰ Bepaalt de declaratieregeling het ontstaansmoment, dan maakt ze een grotere inbreuk op de rechten van onder

andere zorgaanbieders dan wanneer de regeling het moment van opeisbaarheid bepaalt. Het wachten is evenwel op een oordeel van de Hoge Raad.

Deze zaak en de drinkvoedingszaak laten zien dat de vraag naar de privaatrechtelijke gevolgen van (markt)regulering voor privaatrechtelijke verhoudingen van groot belang kan zijn. Gezien de veelheid aan toepasselijke regelgeving in de curatieve zorg zullen allicht nog andere procedures volgen.

Noten

1. Zie bijv. ook Hoge Raad 11 juli 2014, ECLI:NL:HR:2014:1646, NJ 2015/83 m.nt. J. Legemaate over art. 13 lid 1 Zww.
2. Hoge Raad 6 november 2015, ECLI:NL:HR:2015:3241, GJ 2016/33 m.nt. J.G. Sijmons (VGZ c.s./Nutricia en SPVD c.s.), r.o. 3.11.4-3.11.5.
3. Waarschijnlijk NZa, NR/CU-524. In de uitspraken van rechtbank en hof wordt het nummer van de declaratieregeling niet gegeven.
4. De thans geldende NR/CU-565 kent nagenoeg dezelfde bepalingen. Zie ook iets minder expliciet art. 31 lid 4 en 33 lid 2 Regeling medisch-specialistische zorg, NR/REG-1713, op grond waarvan zorgverleners alleen het integrale tarief voor een DBC mogen declareren.
5. Toelichting bij de declaratieregeling.
6. Hof Amsterdam 29 maart 2016, ECLI:NL:GHAMS:2016:1143, GJ 2016/100 m.nt. J.J.D. de Leur (*Kreikamp q.q./Fa-Med*).
7. Een pandrecht op enkel toekomstige vorderingen kan men ook bij voorbaat vestigen ex art. 3:98 jo. 3:84, 3:97 en 3:239 BW, maar het pandrecht komt pas tot stand op het moment dat de vordering ontstaat en de pandgever beschikkingsbevoegd is.
8. Spelregels DBC-registratie ggz versie 20120907, 1 januari 2013, art. 5.1.
9. Rb. Amsterdam ECLI:NL:RBAMS:2015:9653, JOR 2016/14, m.nt. B.A. Schuijling, r.o. 4.6 en 4.9.
10. *Kamerstukken II 2004/05*, 30186, nr. 3, p. 62.

Mr. H.A. (Hetty) ten Oever is als promovenda en docent verbonden aan het Instituut voor Privaatrecht van de Universiteit Leiden. Zij verricht promotieonderzoek naar de contractuele rechtsverhouding tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder bij de uitvoering van de Zorgverzekeringswet. Zij werkt op dit moment aan een groter artikel over de hier besproken uitspraken.

Illustratie Arjenne Fakkell



Colofon

Magazine voor relaties van het Team Zorg van TeekensKarstens advocaten notarissen

© 2016. TeekensKarstens en/of de individuele auteur

Concept – De Uiver, Leiden (Rens Heruer)

Redactie – Rens Heruer

Bijdragen – Jan Bastiaansen, Frans van den Broek d'Obrenan, Heleen Dupuis, Rens Heruer, Hetty ten Oever, Kees van Oosten, Henk van der Post

Fotografie – Marc de Haan (p. 6,10,16), Hollandse Hoogte (cover; p. 3)

Illustratie – Arjenne Fakkell

Ontwerp – Sam Gobin Grafisch Ontwerp

Druk – Offsetdrukkerij Nautilus

Oplage – 1.500

Cover: Centrale hal AMC

Dit blad wordt in gedrukte vorm verspreid onder relaties van het Team Zorg van TK. Het blad is als digitale en uitgebreide versie te lezen op de website van TeekensKarstens tk.nl/nl/voorzorg



Wat bieden wij

In het **Team Zorg van TeekensKarstens** zijn de volgende rechtsgebieden vertegenwoordigd: arbeids- en medezeggenschapsrecht, gezondheidsrecht, IE/ICT-recht, privacy-recht, rechtspersonenrecht, governance, structurering en begeleiding bij insolventie, aanbestedings- en mededingingsrecht, vastgoedrecht (waaronder huur- en bestuursrecht), zorgfinanciering en notarieel recht. De medewerkers hebben specifieke kennis van en ervaring met juridische problematiek binnen de zorg. Indien gewenst worden externe deskundigen betrokken uit de universitaire wereld of specialisten op het terrein van mediation, finance, strafrecht en fiscaal recht.

Wij streven als *trusted advisor* samenwerking na met de cliënt, waarbij het uitgangspunt om problemen te voorkomen zal leiden tot langdurig partnership. Ontzorging van de cliënt staat bij ons voorop, waarbij kostenbewustheid en kwaliteitseisen hand in hand gaan. Het team kent de zorgwereld en begrijpt, dat speciale afspraken over kosten en inzet aan de orde kunnen zijn.

Het Team Zorg van TeekensKarstens bestaat uit de advocaten **Dick Timmermans** (gezondheidsrecht en governance), **Ginny Kessels** (arbeids- en medezeggenschapsrecht), **Liesbeth Mol** (arbeidsrecht en integriteit), **Roos Tijssen** (arbeidsrecht), **Debby Boulassel** (arbeids- en medezeggenschapsrecht), **Tagea Telg** (arbeidsrecht), **Emiel van der Veen** (gezondheidsrecht, privacy-recht en regulatory), **Floris van Galen** (vastgoedrecht en zorgfinanciering), **Lizette Jaques** (aanbestedings- en mededingingsrecht, IE/ICT-recht), **Edward van Lent** (vastgoedrecht), **Kees van Oosten** (rechtspersonenrecht, governance, structurering en begeleiding bij insolventie) en notaris **Rik Kamps** (governance en structurering). Het team wordt ondersteund door de praktijkassistenten **Angelique Vogelsang** (advocatuur) en **Fabienne Wessels** (notariaat).

TK

advocaten notarissen

.....

Locatie Leiden
Vondellaan 51
2332 AA Leiden
T 071 535 80 00
E info@tk.nl

Locatie Alphen aan den Rijn
Prins Bernhardlaan 4
2405 VZ Alphen aan den Rijn
T 017 241 98 44
E info@tk.nl

Locatie Amsterdam
De Cuserstraat 93
1081 CN Amsterdam
T 020 894 91 88
E info@tk.nl

www.tk.nl