

Interessante uitspraak tuchtrechter: geen inzage in rapport extern medisch adviseur verzekeraar



Op 11 december 2019 deed het Regionaal Tuchtcollege Eindhoven een opmerkelijk uitspraak. Het betrof een zaak waarbij een patiënt een tuchtklacht instelde tegen een arts die als extern medisch adviseur van een aansprakelijkheidsverzekeraar een rapport uitbracht aan dat bedrijf. In dat rapport ging het om de vraag of er volgens de regels der geneeskunst (lege artis) gehandeld was in een ziekenhuis waar de patiënt behandeld was door een gynaecoloog. Met het maken van een medische fout als gevolg. Het Regionaal Tuchtcollege stelde in de uitspraak dat de patiënt geen recht had op inzage in het rapport dat de externe arts, ook gynaecoloog, maakte voor de verzekeraar. Het college stelde dat iedere partij een eigen recht heeft om haar verdediging in vrijheid en beslotenheid voor te bereiden. Aan dat recht zou afbreuk worden gedaan in geval er een verplichting zou bestaan tot het openbaar maken van (lees: het verlenen van inzage in) correspondentie en (medische) adviezen.

Wringen

Het tuchtcollege stelt dat vaststaat dat externe rapporteur de klagster niet zelf heeft beoordeeld. De arts gaf ook aan dat zijn medisch advies niet zag op het beoordelen van klagsters gezondheidstoestand, maar op de vraag of lege artis was gehandeld door de betrokken behandelaar. Volgens verweerder is hem gevraagd een advies voor intern gebruik door de verzekeraar, op te stellen. Daar gaat het Regionaal

Tuchtcollege in mee. Deze uitspraak wringt toch behoorlijk. De reden is dat bij het beoordelen van het lege artis handelen door de behandelend gynaecoloog de gezondheidstoestand van de patiënte voor, tijdens en na de behandeling altijd onderdeel zal zijn van de beoordeling door de rapporteur. Het handelen van de gynaecoloog in het ziekenhuis kan nooit los gezien worden van het subject van de behandeling, de patiënt.

Rechtsartikelen

Bij de uitspraak komen twee artikelen uit het Burgerlijk Wetboek(BW) ter sprake. In de eerste plaats gaat het om artikel 7:456 BW dat bepaalt dat een hulpverlener een patiënt desgevraagd inzage in en afschrift van de gegevens uit het dossier verstrekt. Dit artikel is van toepassing als sprake is van een behandelrelatie. Er is geen sprake (geweest) van een behandelrelatie tussen klagster en de arts die extern rapporteur was voor de verzekeraar. In de tweede plaats gaat het om artikel 7:464 lid 1 BW. Daarin staat dat artikel 7:456 BW ook van toepassing is indien in de uitoefening van een geneeskundig beroep of bedrijf anders dan krachtens een behandelingsovereenkomst handelingen op het gebied van de geneeskunst worden verricht, *voor zover de aard van de rechtsbetrekking zich daartegen niet verzet.*

Juist om die beoordeling van de aard van de rechtsbetrekking gaat het.

Inequality of arms

Het feit dat het een interne rapportage is voor de verzekeraar bepaalt volgens het tuchtcollege dat de rechtsbetrekking zich verzet tegen openbaarmaking c.q. delen met de eisende partij. Het standpunt van het tuchtcollege is mijns inziens onjuist en op zijn zachtst gezegd tamelijk formalistisch. Het miskent dat er in de rapportage altijd sprake zal zijn van informatie over de gezondheidstoestand van de patiënt en veranderingen daarin door gewraakte acties van de behandelend specialist. Doordat

die aan de patiënt gerelateerde informatie niet terechtkomt bij de patiënt als eisende partij is er sprake van een ongelijke informatiepositie, een “inequality of arms” dus.

Parallel met zorgverzekeraars?

In dit geval gaat het om een externe medisch adviseur van een schadeverzekering, een aansprakelijkheidsverzekering. Het is de vraag hoever dit oordeel van het Regionaal Tuchtcollege doorwerkt naar andere verzekeringen. Binnen de verzekeringsmarkt zijn zorgverzekeraars ook spelers waar medische adviseurs het handelen van zorgaanbieders beoordelen. Daar zou de zorgverzekeraar kunnen stellen dat de medisch adviseur in bepaalde gevallen slechts het handelen van de zorgaanbieder beoordeelt en niet noodzakelijkerwijs de gezondheidstoestand van de patiënt. In dat geval zou de zorgverzekeraar met de uitspraak van het tuchtcollege in de hand kunnen zeggen geen informatie hoeven te verstrekken over de achtergronden van een standpunt van de medisch adviseur. Dat zou heel vervelende financiële gevolgen voor de patiënt kunnen hebben.

Hoger beroep

De berichtgeving rond deze zaak vermeldt niet of er bij het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg in Den Haag in deze zaak hoger beroep is aangetekend. Het is namelijk maar de vraag of dit oordeel van het Regionaal Tuchtcollege stand houdt in geval van een hoger beroep. Deze uitspraak blijft dus voorlopig één die vragen oproept.

W.J. Jongejan, 2 januari 2020

Afbeelding van succo via Pixabay

Ikazia ziekenhuis, zorgomleiding en VGZ. Overwegingen bij man-made- disaster



De afgelopen week houdt het initiatief van zorgverzekeraar VGZ om haar verzekerden naar andere ziekenhuizen dan het Ikazia-ziekenhuis in Rotterdam te verwijzen de gemoederen flink bezig. Het gaat halverwege het jaar al om een dreigende budgetoverschrijding ten gevolge van krappe zorginkoop. Over dit onderwerp was ik de afgelopen dagen in gesprek met huisarts en publicist op Twitter, Glenn Mitrasing, uit Heerhugowaard. We spraken hoe het allemaal zo, schijnbaar rechtmatig, kan gebeuren. Datgene wat VGZ nu doet, kan niet los gezien worden van de wijze waarop het Nederlandse zorgstelsel na 2006 is ingericht na het ingaan van de Zorgverzekeringswet(Zvw). Politiek en ambtenarij fietsen sindsdien dwars door een verzekering heen die in principe een particuliere verzekering is.

Private verzekering

Glenn verbaast zich erover dat alle voorstanders van het huidige zorgstelsel niet willen begrijpen dat de zorgverzekering een particulier verzekering is die rechten geeft aan verzekerden die een ziekenfondsverzekerde niet heeft. De zorgverzekeraars zijn private verzekeraars die gewoon schade verzekeren en daarmee risico lopen. Een particulier verzekeraar kan geen budgetplafond opleggen aan zijn verzekerden. Dan is het immers geen verzekering meer maar een voorziening. Bij een voorziening geldt wel op=op. De enige plicht die de "verplicht" verzekerde in dit land heeft,

bestaat uit het betalen van zijn premie, de bijdrage aan het Geneesmiddelen VergoedingsSysteem en zijn eigen risico.

Overheid

Zoals gezegd, fietst daar de overheid, lees: het ministerie van VWS, tussendoor. De minister helpt de zorgverzekeraars met twee handen als kolenschoppen: het MacroBeheersInstrument zorg (MBI) en de MacroBeheersHeffing(MBH). Een overschrijding van het macrobudget kan VWS corrigeren met het MBI, een korting voor alle zorgaanbieders in dat segment. Om extra druk te zetten op zorgaanbieders is er ook nog de MBH, waarbij de korting alleen wordt geheven bij niet gecontracteerde zorgaanbieders. **Bij overschrijdingen van het door het ministerie vastgestelde macro-budget wordt het teveel teruggehaald bij de zorgverleners.** Dan kunnen zorgverzekeraars inderdaad stellen dat zij doen alsof zij met alle ziekenhuizen een contract hebben afgesloten. Via de Minister komt het 'teveel' betaalde altijd terug!

Meerwerk

Glenn schreef in 2010 al profetische woorden:

“Als in Nederland meerwerk (in de hand gewerkt door factoren als vergrijzing, nieuwe innovatieve medische ontwikkelingen etc), wordt geduid als ineffectief met korting als gevolg voor...de zorgverleners(!!!) dan kunnen we met een stijgende zorgvraag nog onze lol wel op”.

Geniepig

De zorgverzekeringwet bevat een geniepige clausule. De te verzekeren zorg, de schadelast van de zorgverzekeraars, is in die wet functioneel beschreven. Een verzekerde heeft ondanks dat zijn/haar polis met vrije artskeuze toch geen recht op zorg in het Ikazia ziekenhuis of het Erasmus UMC. In de wet staat dat de verzekerde recht heeft op zorg zoals gegeven door

een medisch specialist, huisarts of apotheek. Niet de locatie, tijd en exacte omschrijving van wat en door wie dat geleverd moet worden staat in de wet. Een voorbeeld: de verzekerde heeft geen recht op een exact omschreven nieuwe heup, maar op een nieuwe heup van acceptabele kwaliteit in een ziekenhuis binnen x minuten reistijd en y weken wachttijd. Dat is in een notendop de zorgplicht van de zorgverzekeraar.

Budgetprobleem

Het Ikazia ziekenhuis had ook in 2018 een budgetprobleem met VGZ. Toen was er een overschrijding van drie miljoen euro (op een VGZ-budget voor 2018 van 30 miljoen euro) die het ziekenhuis uit eigen zak betaald heeft. Dus wel zorg geleverd aan VGZ-verzekerden, maar niet door VGZ betaald. Het ziekenhuis wilde dat niet een twee jaar doen en tekende dus ook niet een zorgplicht-papier dat VGZ hen ook dit jaar voorhield. **Het vreemde is dat VGZ in het Ikazia-ziekenhuis eigenlijk maar een kleine krabbelaar is.** Met andere verzekeraars zoals Achmea en CZ, die veel meer omzet (medische behandelingen) bij Ikazia vergoeden (zo'n 140 miljoen euro per jaar), heeft directeur Kievit van dat ziekenhuis géén probleem, zegt hij in een artikel in de NRC op 9 juli 2019. De vraag is dan ook wat VGZ bezielt om zich zo op te stellen.

Het gaat niet om kwaliteit

Het budgetprobleem laat zien dat het helemaal niet gaat om kwaliteit. Alles draait om het door de minister toegestane budget met daarbij ook nog de beperkingen van het recent afgesloten Bestuurlijke Hoofdpijnen Akkoord voor de zorg 2019-2022. Geld. Dat was al zo in de ziekenfondstijd en veranderde sinds 2006 niet. Wim van der Meeren, tot voor kort bestuursvoorzitter van zorgverzekeraar CZ, zei ooit: "Er is met het ingaan van de nieuwe zorgverzekeringwet in dat opzicht niets veranderd". Eén verschil bestaat wel. Sinds 2006 moet je naar de burgerlijke rechter om je recht te halen.

Dat is lastig want de Zvw zegt dat de zorgverzekeraars alles mogen eisen, mits ze maar aan hun zorgplicht voldoen.

Het model van de nieuwe zorgverzekeringswet verkocht men ooit als dat iedereen gelijk zou worden behandeld. Men heeft echter niet door dat als iedereen even slecht behandeld wordt dat ook goed is.

Iedereen is immers dan toch ook gelijk?

W.J. Jongejan, 11 juli 2019

Zorgverzekeraar in VS is zes hard discs met 950.000 medische dossiers kwijt



Op de website van The Register, een internationaal online-magazine over techniek (voornamelijk ICT), staat heden een zeer schokkend bericht. Zes harde schijven met medische dossiers van bijna een miljoen mensen zijn zoek bij zorgverzekeraar Centene in de Verenigde Staten. Men was een data-project aan het uitvoeren met laboratoriumgegevens om de resultaten van de zorg te verbeteren (volgens het zorgverzekeraar). Het gaat om gegevens van 2009 tot 2015. De gegevens bestaan uit naam, adres, geboortedatum, sociaal

verzekeringsnummer, verzekeringsnummer EN medische data. Centene geeft aan dat de zes (mobiele) harde schijven zoek bleken bij inventarisatie, waarschijnlijk in het kader van een audit. Dat wekt de suggestie dat er niet meer mee gewerkt werd, maar de gegevens komen mede uit 2015, dus zal analyse van de data nog niet afgesloten zijn.

PR

Het is altijd zeer leerzaam te kijken hoe de CEO van een bedrijf met een dergelijk probleem zijn persverklaring heeft opgesteld. In de eerste plaats suggereert het bedrijf dat de ontbrekende harde schijven mogelijk nog ergens in het bedrijf rondhangen door te wijzen op een intensieve interne zoektocht. Men is ze kwijt, dus ze kunnen even goed buiten het bedrijf in criminele handen zijn. In de tweede plaats wordt gezegd dat men niet gelooft dat er ongepast gebruik gemaakt is van de data. Het is een veronderstelling die nergens mee te bewijzen is. Verder stelt men dat de gegevens geen financiële informatie of betaal-info bevat. Dat is niet bepaald relevant want alleen al op basis van de verloren data kan er identiteitsfraude en betaalfraude gepleegd worden. Daarnaast geeft men aan alle instanties op de hoogte te stellen van het probleem en krijgen de verzekerden een aanbod voor een korting op te verlenen zorg. Tenslotte en zeker niet in de laatste plaats staat nergens of deze data versleuteld(gecodeerd) op de harde schijven stond. Het ontbreken van informatie daarover doet het ergste vermoeden, namelijk geen versleuteling. Het persbericht bevat dus de nodige mitigerende taal.

Nieuwe goud

Al enige tijd verschijnen steeds meer berichten dat medische informatie het nieuwe goud is in handen van criminelen. Zes van de tien datalekken in de VS berusten op criminele activiteiten. Beschreven wordt dat medische data tien keer waardevoller zijn voor criminelen dan creditcards. De gegevens worden onder andere gebruikt om medische apparatuur of

medicijnen frauduleus aan te schaffen en door te verkopen. Ook kunnen met een patiënt-ID-nummer valse claims bij de zorgverzekeraar worden ingediend. Daarnaast blijken criminele hackers ook hackers overigens ook interesse te hebben in de computers van röntgen- en laboratoriumcomputers om op die manier patiëntgegevens illegaal te verkrijgen.

Digitalisering

In een analyse van datalekken in de medische sector in de VS blijkt dat wetgeving die bedoeld was om digitalisering in de zorg verplicht te stellen juist averechts heeft gewerkt. Door die verplichting werden veel oude systemen, zogenaamde legacy-systems, gekoppeld aan modernere systemen. Juist die legacy-systemen hadden een onvoldoende beveiliging waardoor grotere systemen gecompromitteerd werden en datadiefstal mogelijk werd. Het geforceerd inzetten op papierloos werken in ziekenhuizen kent dus de nodige problemen. Dat is een les die ook voor Nederland geldt.

Moraal

Wat uit dit alles te leren valt is, dat zodra medische data op compacte media geschreven staan, zoals USB-sticks, mobiele harde schijven of laptops etc., deze gegevens door het formaat van de drager snel zoek kunnen raken of meegenomen kunnen worden. Zodra men toch gebruikt maakt van dit soort opslagmedia dienen de daarop staande data volledig versleuteld te zijn zodat inzage niet makkelijk mogelijk is. Ook geforceerde digitalisering zonder goede aandacht voor de koppelbaarheid van systemen is een slechte zaak. In Nederland kunnen even goed deze problemen zich voordoen.

Nog even dit. The Register bracht in eerste instantie het bericht: "Medical data went AWOL". Amerikanen zijn gek op afkortingen met drie of vier letters, acronyemen genaamd.

AWOL betekent: : "Absent Without Official Leave"

VGZ blundert met spooknota's



Dit artikel is aangevuld op 19-06-2015

Zorgverzekeraar VGZ blijkt spook-acceptgiro's gestuurd te hebben aan mensen die niet bij haar verzekerd zijn. Dat bleek na ontvangst van een brief van VGZ die ik op 17 juni 2015 ontving. In de brief, gedateerd 31 mei 2015, van de afdeling creditmanagement bevond zich een acceptgiro van € 31,50, door mij te betalen aan VGZ. In het begeleidende schrijven stond dat ik één of meerdere vergoedingsoverzichten gekregen had met daarop de specificatie van het bedrag. Nu speelde er wel een groot probleem. Ik ben namelijk nooit bij VGZ verzekerd geweest en had dus ook nooit vergoedingsoverzichten gekregen.

Klantenservice

In het telefonisch contact met de klantenservice bleek al gauw dat er geen rekeningoverzicht op mijn naam passend bij het in de brief vermelde klantnummer bestaat. Ook bij de afdeling creditmanagement was ik niet bekend. De dame van klantenservice deed nog een poging of ik misschien via een sub-merk van VGZ verzekerd was, maar dat moest ik ook ontzenuwen.

Ik heb haar kenbaar gemaakt dat ik mijzelf niet als uniek beschouwde en waarschuwde daarom ook voor een systeemfout, waar meer mensen last van konden hebben. Het leek haar niet erg waarschijnlijk. Na inscannen van brief en acceptgiro heb ik het verhaal nogmaals per mail in twee rondes aan VGZ voorgelegd.

Resultaat

Zojuist ontving ik een mail van VGZ, waarin zij excuses aanbieden voor het feit, dat er intern een storing is geweest waardoor men onterecht facturen heeft verstuurd. Meerdere mensen zullen dus last hebben van dit probleem. Blijft dan toch de vraag waarom een zorgverzekeraar een nota verstuurt aan mensen die niet bij hen verzekerd zijn. Er moet toch wel sprake zijn van een vreemde kronkel in het ICT-systeem van VGZ.

Relatie

De enige relatie, die ik met VGZ had, was als huisarts van een aantal patiënten in de huisartspraktijk die ik medio 2007 beëindigde. Het stoppen was destijds duidelijk met VGZ gecommuniceerd en de afgelopen acht jaren ontving ik nimmer correspondentie over voormalige praktijkzaken. De brief van VGZ was overigens niet gericht aan de huisarts (n.p.), maar aan mij als persoon met als onderwerp het vergoeden van zorg.

ICT-mix?/BSN-fout?

Het meest waarschijnlijke is dat het ICT-systeem van VGZ zorgvergoeding-acceptgiro's is gaan maken bij mensen die als (voormalig) zorgaanbieder in hun systeem staan. Het is natuurlijk zeker niet uitgesloten dat er fouten zijn gemaakt met de invoer en controle van Burgerservicenummers, waardoor persoonsverwisseling heeft plaatsgevonden. Alert blijven is noodzakelijk.

W.J. Jongejan

19-06-2015: Inmiddels heeft VGZ middels twee tweets laten weten, dat door een eenmalige systeemfout zorgaanbieders ten onrechte acceptgiro's hebben ontvangen en heeft VGZ excuses aangeboden. Het blijft dan nog steeds vreemd dat een 8 jaar geleden gepensioneerde zorgaanbieder, die als huisarts niet meer in het BIG-register geregistreerd is, nog steeds als zorgaanbieder in het VGZ-ICT-systeem zit.

W.J. Jongejan