

den. Het bureau jeugdzorg inventariseert de hulpvraag en indiceert vervolgens de hulp. De wet zou daarmee moeten leiden tot kortere lijnen binnen de jeugdzorgvoorzieningen. De nieuwe wet zal over twee jaar geëvalueerd worden. Het is de bedoeling dat de jeugdzorg dan kortere wachttijden heeft, een forse afname van bureaucratie en betere hulp voor multiprobleemgezinnen.

Zorgstelsel

Op 22 december 2004 heeft de Tweede Kamer ingestemd met de nieuwe zorgverzekeringswet. Het is de bedoeling dat deze op 1 januari 2006 in werking treedt. Daarmede zal een basisverzekering curatieve zorg voor alle Nederlanders worden ingevoerd. In de nieuwe verzekering is iedere volwassen burger verplicht zich voor ziektekosten te verzekeren. Zorgverzekeraars krijgen een acceptatieplicht, een verbod op premiedifferentiatie en bovendien wordt er een zorgtoeslag ingevoerd. De nieuwe basisverzekering omvat een standaard pakket van noodzakelijke zorg dat door de overheid wordt vastgesteld.

De huidige ziekenfondswet, de wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen en de wet MOOZ zullen met de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet vervallen.

Het wetsvoorstel voor de nieuwe zorgverzekeringswet is sterk gericht op marktwerking. Hiermee hangt vanzelfsprekend andere wetgeving samen.

In dat kader is van belang dat op 7 december 2004 de Eerste Kamer akkoord is gegaan met de WTG-expres en met de Wet Herziening Overeenkomstenstelsel Zorg. Deze twee laatste wetten zullen in werking treden per 1 februari 2005.

Daarmede zal ook de feitelijke invoering van de diagnose behandelcode kunnen worden geëffectueerd. Dit systeem houdt in dat zorgverzekeraars de zorg die ziekenhuizen verlenen niet meer per aparte verrichting vergoeden maar als één totaalbehandeling, de zogenaamde DBC-code. Voor een beperkt aantal ingrepen kunnen zorgverzekeraars en ziekenhuizen vanaf 1 februari a.s. prijsafspraken maken zoals bijvoorbeeld voor knieoperaties en liesbreukbehandelingen. Verzekeraars behoeven ook niet meer met elk ziekenhuis ter zake een contract af te sluiten waardoor echte onderhandelingen mogelijk zijn.

Het is de bedoeling dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars daardoor meer zicht krijgen op de kosten van een behandeling en dat er betere kwaliteit en service zal worden geboden.

De wet toelating zorg instellingen (WTZi) is in januari nog niet door de Eerste Kamer behandeld. Datum van inwerkingtreding is dan ook nog niet bekend. De bedoeling van deze wet is dat het stelsel van overheidsbemoedening met het aanbod van

Gezondheidsrecht

Mw.prof.mr. W.R. Kastelein

1 WET EN REGELGEVING

Wet op de Jeugdzorg

Op 1 januari 2005 is de Wet op de Jeugdzorg van kracht geworden. Hiermede is het bureau jeugdzorg de toegangspoort voor de jeugdzorg gewor-

zorginstellingen wordt vereenvoudigd. Daartoe wordt het bouwregime in de zorg gedereguleerd terwijl daarnaast zorginstellingen in de toekomst winst mogen gaan maken. Het college Bouw blijft overigens vooralsnog als zelfstandig bestuursorgaan bestaan.

Eveneens per 1 januari 2005 is de zogenaamde no-claimregeling voor ziektekosten ingegaan. Deze regeling geldt voor burgers die verzekerd zijn in het ziekenfonds. Hun maandpremie gaat omhoog, maar in ruil daarvoor kunnen zij een no-claimkorting krijgen van maximaal € 255,- per jaar indien zij in dat jaar geen gebruik hebben gemaakt van de gezondheidszorg. Bezoek aan de huisarts is op aandringen van de Tweede Kamer buiten de no-claimregeling gehouden, evenals zorg voor kinderen onder de 18 jaar, kraamzorg en verloskundige zorg.

Wijziging WGBO

De ministerraad heeft op 10 december 2004 ingestemd met een wetsvoorstel van de ministers van Justitie en van Volksgezondheid, waarbij de bestaande termijn voor het bewaren van patiëntgegevens van tien jaar wordt verlengd naar vijftien jaar. Het gaat hier om een voorlopige maatregel in afwachting van besluitvorming over voorstellen tot verlenging van de bewaartermijn van patiëntgegevens die door de Gezondheidsraad zijn gedaan.

Volgens de berichtgeving van het ministerie van VWS stelt de ministerraad voorts voor het zogenaamde blokkeringsrecht definitief te beperken tot situaties waar het gaat om een beoogde arbeids-overeenkomst, een nog niet tot stand gekomen burgerlijke verzekering en een opleiding waartoe betrokkene nog niet is toegelaten. Hiertoe zou de AMvB van 13 maart 2000, *Stb.* 121, worden gewijzigd en verlengd. De ministers hebben het wetsvoorstel voor advies naar de Raad van State gezonden.

Wet ambulancezorg

Op 18 oktober 2004 heeft de regering een nieuw wetsvoorstel over de ambulancezorg bij de Tweede Kamer ingediend. Kernelementen uit het wetsvoorstel zijn dat de planningsrol van de provincies verdwijnt, dat de ambulancezorg binnen 24 regionale ambulancevoorzieningen wordt georganiseerd en dat er een vergunningensysteem komt, door de minister van VWS vastgesteld per regio en niet meer per ambulancedienst. De minister zal een programma van eisen vaststellen alvorens tot de vergunningverlening over te gaan. De minister zal zich daartoe mede laten adviseren door zorgverzekeraars. Deze zullen ook verantwoordelijk zijn voor het maken van bekostigingsafspraken.

2 EUTHANASIE EN HULP BIJ ZELFDODING

Naar aanleiding van de jurisprudentie in de zogenaamde Brongersma-zaak heeft het federatiebestuur van de KNMG de commissie Dijkhuis geïnstalleerd genoemd naar zijn voorzitter prof. J.H. Dijkhuis, met als opdracht te adviseren over een nadere standpuntbepaling van de KNMG inzake hulpverlening bij de problematiek van 'klaar met het leven'. De commissie heeft het Federatiebestuur van de KNMG in december 2004 geadviseerd om een ruimer maar niet onbegrensd medisch professioneel domein voor de arts als uitgangspunt te nemen. Dit zou betekenen dat de ene arts zich met een veel ruimer gebied van lijden bij de patiënt bemoeit dan de andere arts. Voor de artsen die zich daarmee willen bemoeien geldt dat zij ook over meer deskundigheid dienen te beschikken. De commissie had een duidelijke voorkeur voor deze variant boven de strikte interpretatie die de Hoge Raad in het Brongersma-arrest heeft gegeven van het medisch dossier of een veel ruimere interpretatie zoals in de literatuur wel wordt verdedigd, inhoudende dat gezocht wordt naar mogelijkheden tot het verlenen van de hulp bij zelfdoding door andere professionele hulpverleners dan artsen dan wel, nog verdergaand, dat de in de huidige wettelijke criteria voor gerechtvaardigde hulp bij zelfdoding gelegen beletsel moeten worden weggenomen ten gunste van meer of zelfs onbeperkte ruimte om op verzoek hulp bij zelfdoding te verlenen aan in beginsel ieder wilsbekwaam persoon.

De commissie constateert dat voor artsen in de praktijk in het al dan niet kunnen vaststellen van een classificeerbare somatische of psychische aandoening bij de patiënt – anders dan de uitspraak van de Hoge Raad suggereert – niet de sleutel is gelegen voor oplossing van de problemen die zij ervaren bij de taxatie van 'uitzichtloos en ondragelijk' lijden bij de patiënt. Bij alle patiënten – ook die met een classificeerbare somatische of psychische aandoening – wordt het lijden in belangrijke mate bepaald door de aard van de klachten en beperkingen in samenhang met de (resterende) draagkracht van de patiënt.

De commissie constateert verder dat niet elke arts van mening is dat 'lijden aan het leven' vanzelfsprekend tot zijn verantwoordelijkheid behoort, maar dat daarin nuances zijn te onderscheiden die samenhangen met de taakopvatting en de ervaring van de arts.

Enerzijds concludeert de commissie dat lijden aan het leven niet zonder meer buiten het medisch professioneel domein van de arts kan worden geplaatst, anderzijds ziet de commissie reden voor behoedzaamheid en kan deze problematiek ook

niet zonder enig voorbehoud aan het medisch professioneel domein toegerekend worden. De KNMG wordt de taak toebedeeld de discussie binnen de beroepsgroep te bevorderen en de ontwikkeling van handvatten te stimuleren om de vraag te beantwoorden hoe artsen binnen de huidige juridische context op verantwoorde wijze kunnen omgaan met grensvragen. Voorts zou de KNMG de ruimte voor diversiteit onder artsen in de keuze voor situaties waarin zij al dan niet bereid zijn om in te gaan op een verzoek van een patiënt om hulp bij levensbeëindiging wegens lijden aan het leven dienen te verdedigen.

3 JURISPRUDENTIE

Vermeldenswaard in de jurisprudentie is nog de discussie over de reikwijdte van artikel 1 van de Wet BIG. In september 2004 zijn er twee tegenstrijdige uitspraken geweest over de vraag of het handelen van een radioloog die leeftijdsonderzoek verricht bij asielzoekers onder artikel 1 respectievelijk artikel 47 van de Wet BIG valt. Het Gerechtshof te 's-Gravenhage oordeelde op 9 september 2004 vooralsnog van niet (TvGR 2004/57) en het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam oordeelde op 28 september 2004 in exact dezelfde casus van wel (RT 03/27). Deze discussie wordt ongetwijfeld nog vervolgd. ❄