



Landelijk instituut sociale verzekeringen

LISV

Beheer gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts

februari 1998

Colofon

Uitgave

Landelijk instituut sociale verzekeringen

Postadres

Postbus 74765

1070 BT Amsterdam

Bezoekadres

Gebouw Metropolitan

Buitenveldertselaan 3

1082 VA Amsterdam

Algemeen telefoonnummer

020 504 75 00

Beheer gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts

Verzekeringsgeneeskundige standaard

februari 1998

Deze standaard werd ontwikkeld door een werkgroep bestaande uit:

J.A.W. Dekker, verzekeringsarts en jurist, werkzaam bij het ABP/USZO

H.J. Hullen, verzekeringsarts, werkzaam bij GAK Nederland BV

S. Knepper, verzekeringsarts, werkzaam bij het Lisv

B.H.J.J. Kroeze, als adviseur medisch-juridische zaken werkzaam bij KPN Arbo BV

A.G. Maris, verzekeringsarts, werkzaam bij Cadans

J.A.J. Schepman, verzekeringsarts, werkzaam bij het GUO

Inhoudsopgave

	pagina
1. Inleiding	
1.1. Voorgeschiedenis	6
1.2. Doel	8
1.3. Verantwoording	9
1.4. Opzet richtlijn	10
2. Richtlijn 'Beheer gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts'	
2.1. Uitgangspunten: beroepsgeheim, zwijgplicht, spreekplicht	12
2.2. Gegevens, vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts	12
2.3. Medisch dossier: beheer alle gegevens, vallend onder het medisch beroepsgeheim	12
2.4. Rapportage: motivering met relevante gegevens	12
2.5. Gebruik gegevens binnen de sociale verzekering	12
2.6. Gebruik gegevens buiten de sociale verzekering	13
2.7. Voorlichting	15
3. Toelichting op de richtlijn	
3.1. Uitgangspunten	16
3.2. Gegevens, vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts	21
3.3. Medisch dossier: beheer alle gegevens, vallend onder het medisch beroepsgeheim	21
3.4. Rapportage: motivering met relevante gegevens	23
3.5. Gebruik gegevens binnen de sociale verzekering	25
3.6. Gebruik gegevens buiten de sociale verzekering	29
3.7. Voorlichting	36
Literatuur	37

1. Inleiding

1.1. Voorgeschiedenis

Er bestaat onduidelijkheid over de verantwoordelijkheid van de verzekeringsarts voor het beheer van gegevens, vallend onder het medisch beroepsgeheim. De opvatting van Hazewinkel-Suringa (1) dat verzekeringsartsen helemaal geen beroepsgeheim hebben en dus vrijuit kunnen spreken, wordt in de literatuur in het algemeen niet gedeeld.

Tegenover deze opvatting staat de mening dat verzekeringsartsen aan derden uitsluitend conclusies en geen feiten of meningen over hun cliënt mogen geven zonder toestemming van de cliënt “leer van de loutere gevolgtrekking” (2).

De onduidelijkheid is een gevolg van een gebrek aan samenhang tussen datgene wat verschillende wetten zoals de **Organisatiewet sociale verzekeringen** (Osv), het **Burgerlijk Wetboek** (BW), waarvan boek 7, de **Wet Geneeskundige Behandelings Overeenkomst** (WGBO) in het bijzonder, de **Algemene wet bestuursrecht** (Awb), de **Wet persoonsregistraties** (Wpr) en de wet op de **Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg** (BIG) aangaande de strekking van het medisch beroepsgeheim in de sociale verzekering impliceren.

Zo is in de BIG, na het vervallen van de Medische Tuchtwet, de tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid van de arts nader aangescherpt: niet het schenden van het vertrouwen in de medische stand, maar het te kort schieten in de zorg voor de patiënt, is de verantwoordelijkheid waarop de arts zal worden aangesproken. In de WGBO wordt zorg omschreven als het recht doen aan de rechten van de patiënt (waaronder: recht op privacy, informatie, inzage, vrije artskeuze). De zorg dient aan de professionele standaard te voldoen. De WGBO, voor zover in werking getreden, is van overeenkomstige toepassing voor zover de aard van de rechtsbetrekking in de sociale verzekering zich daartegen niet verzet. In de BIG wordt daarentegen onder handelingen op het gebied van de geneeskunst verstaan: alle verrichtingen -het onderzoeken en het geven van raad daaronder begrepen- rechtstreeks betrekking hebbende op een persoon en er toe strekkende hem van een ziekte te genezen, hem voor het ontstaan van een ziekte te behoeden of zijn gezondheidstoestand te beoordelen, danwel hem kortstondige bijstand te verlenen. Het is niet altijd duidelijk hoe de relatie tussen deze wetten, de regelgeving van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG) en de uitvoeringspraktijk gezien moet worden. Bovendien is er onduidelijkheid vanwege de onbekendheid buiten het terrein van de sociale verzekering met het werk van verzekeringsartsen en met de oplossingen die daar al in de loop der jaren gevonden zijn voor het hanteren van gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts.

De al lang sluimerende noodzaak tot duidelijkheid te komen over de spreekplicht van de verzekeringsarts is vooral actueel geworden als gevolg van de invoering van de Awb in 1994. Deze wet vereist dat een bestuursorgaan zijn beslissingen behoorlijk motiveert. De Awb is van toepassing op de publieke sector, dus op sociale verzekeringsinstellingen; niet op particuliere instellingen en evenmin op arbodiensten. Met name de artikelen 3:2 en 3:9 Awb vereisen dat het bestuursorgaan zich bij de voorbereiding van een beslissing op de hoogte stelt van de relevante feiten en zich ervan vergewist dat het onderzoek zorgvuldig heeft plaatsgevonden. Sluyters (3) meent dat het nauwelijks voorstelbaar is dat beslissingen die een bestuursorgaan alléén baseert op de *conclusies* van een (verzekerings)arts - de ‘loutere gevolgtrekkingen’ - in het licht van deze bepalingen zorgvuldig genoemd kunnen worden. Hij citeert een uitspraak van het College van Beroep voor het Bedrijfsleven waaruit blijkt dat het bestuursorgaan zich moet

vergewissen van een zorgvuldige motivering van medische en arbeidskundige beoordelingen. De wetgever heeft deze uitspraak instemmend opgenomen in de Memorie van Toelichting (MvT) op het wetsvoorstel Awb.

De Awb heeft zodoende het al bestaande spanningsveld versterkt tussen enerzijds het medische beroepsgeheim en anderzijds de motiveringseis. Sluyters (3) heeft het dilemma kernachtig weergegeven met de keuze tussen 'veel geheim houden of goed beslissen'.

De laatste jaren heeft de wetgever het belang van een geëxpliciteerde verantwoording door de verzekeringsarts ook in een breder kader benadrukt. In het rapport van de Commissie Buurmeijer (1992) en bij de behandeling van de wijziging van de arbeidongeschiktheids-wetten (1993) is herhaaldelijk gewezen op de noodzaak van een toetsbare, controleerbare en reproduceerbare verzekeringsgeneeskundige beoordeling (4). Deze wens van de wetgever heeft de afgelopen jaren geresulteerd in het opstellen van richtlijnen en standaarden voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling, waarvan deze er één is. De richtlijnen hebben niet alleen ten doel de inzichtelijkheid van die beoordeling te vergroten, maar evenzeer om een houvast te bieden voor de uitvoeringspraktijk.

Tot voor kort is de motiveringseis in de literatuur vooral gezien als een voorwaarde die aan een *afwijzing* van een uitkering of voorziening gesteld moet worden. In dat verband werd de motiveringseis de facto vaak ten tonele gevoerd als een voorwaarde om het werk van advocaten en rechters te faciliteren. Bovengenoemde ontwikkelingen impliceren echter dat de motiveringseis aan *iedere* beoordeling gesteld moet kunnen worden. De motiveringseis is primair het recht van iedere burger *als cliënt* - of deze nu bezwaar wil maken of niet. Aan deze opvatting is expliciet gestalte gegeven met de wijziging van de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) per 01-01-1998 in het kader van de Wet premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen (Pemba). In artikel 88d WAO wordt daarbij vereist dat het bestuursorgaan een aparte medische motivering geeft van zijn beslissingen, voorzover daar een 'medisch besluit' aan ten grondslag ligt. Deze motivering wordt alleen kenbaar gemaakt aan de cliënt. In bredere zin kan de motiveringseis ook gezien worden als een recht van de burger in het algemeen *als premiebetaler* om bestuursorganen namens hem in staat te stellen de rechtmatigheid van de toekenning van rechten te kunnen toetsen.

Al geruime tijd vóór de invoering van de Awb is in de verzekeringsgeneeskundige praktijk een steeds grotere nadruk op motivering en argumentatie komen te liggen. Dit liep parallel met de toenemende mondigheid van burgers. Daarnaast speelde vanaf de tweede helft van de tachtiger jaren de omstandigheid dat uitkeringen vaker geweigerd of verlaagd werden. Daardoor groeide de belangstelling voor de argumenten die ten grondslag liggen aan de verzekeringsgeneeskundige beoordeling.

De uitvoering van de sociale verzekering werd in de loop der jaren bovendien zóveel ingewikkelder en daardoor professioneler, dat de verzekeringsarts steeds minder in staat was alléén de totale problematiek te onderzoeken. Het aandeel van de arbeidsdeskundige in het onderzoek werd steeds groter en sinds enkele jaren heeft de arbeidsbemiddeling zich op zijn beurt weer ontwikkeld als een aparte arbeidskundige specialisatie. Het sociaal verzekeringsrecht en arbeidsrecht zijn veel complexer geworden waardoor ook specialisten op dit terrein intensiever bij de behandeling van arbeidsongeschiktheid betrokken zijn geraakt. Al deze deskundigen zijn voor het kunnen uitvoeren van hun taken mede afhankelijk van de relevante bevindingen, argumenten en conclusies van de verzekeringsarts. Anderzijds bepalen juridische- en arbeidskundige randvoorwaarden op hun beurt weer de aard van de vraagstelling waarop de verzekeringsarts zijn onderzoek richt. Doorgaans beperkt deze vraagstelling zich tot de mogelijkheden van de cliënt om - in het algemeen - te functioneren. Meestal zal de verzekeringsarts geen uitspraken doen

over het recht op uitkering, de mate van arbeidsongeschiktheid of de arbeidsmogelijkheden, omdat dit niet in overeenstemming zou zijn met zijn deskundigheid. Alleen in geval van evidente volledige arbeidsongeschiktheid of wanneer bij kortdurend verzuim slechts de geschiktheid voor het eigen werk in het geding is, kan het hele onderzoek zich beperken tot alleen een verzekeringsgeneeskundige beoordeling. Dit heeft tot gevolg dat het verzekeringsgeneeskundig onderzoek vooral bij wat langer durende arbeidsongeschiktheid gewoonlijk *onderdeel* is van een veel bredere vraagstelling. Die betreft in wezen de arbeidsmogelijkheden, waaraan wettelijke aanspraken op een uitkering of reïntegratiefaciliteiten ontleend kunnen worden. De beantwoording van deze vraagstelling vereist overdracht van relevante informatie tussen alle betrokken disciplines.

Zodoende groeide de noodzaak de verzekeringsarts uit hoofde van zijn wettelijke taak in staat te stellen gegevens ten behoeve van deze doelen te verstrekken. Anderzijds noopten technische ontwikkelingen zoals geautomatiseerde verwerking en opslag van gegevens tot een betere bescherming van alle gegevens die de verzekeringsarts uit hoofde van zijn functie verzamelt. Na de opheffing van de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD) in 1994 ging de medisch-arbeidskundige behandeling van arbeidsongeschiktheid één geheel vormen met het omvangrijke administratieve apparaat van de uitvoeringsinstellingen. Dat noopte tot het verbeteren van de garanties voor het beheer van gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts en een beschrijving van de kring van functionarissen die zonder expliciete toestemming van de cliënt toegang moeten kunnen hebben tot voor de uitoefening van hun taak relevante gegevens.

Om in die behoefte te voorzien werd in 1987 door de toenmalige GMD een *rapportage-protocol* voor de verzekeringsgeneeskunde ontwikkeld. Deze rapportage omvat in feite de spreekplicht van de verzekeringsarts - in de praktijk vooral een *schrijfplicht*. Deze omvat wat de Registratiekamer in een recente publikatie de *formele* en de *materiële* motivering van de beoordeling noemt (5). De publikatie handelt over vergelijkbare situaties bij het hanteren van het medisch beroepsgeheim bij de uitvoering van de **Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG)**. Het rapportageprotocol is verder ontwikkeld door het Landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv) en zal de formele status van voorschrift krijgen (6).

Het rapportageprotocol is een steeds belangrijker rol als informatiedrager van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling en begeleiding gaan spelen. In mei 1995 accepteerde een werkgroep van voorzitters van de sectoren bestuursrecht van de Arrondissementsrechtbanken het protocol als een adequate methodiek voor de verantwoording van de motivering in bestuursrechtelijke procedures (7). Te voorzien valt dat het protocol de komende jaren ook een belangrijk instrument zal blijken bij de kwaliteitszorg binnen de uitvoeringsinstellingen. Bovendien zal het een centraal document worden bij de overdracht van informatie in het kader van het SWI-project (Samenwerking Werk & Inkomen), met name met gemeenten en de arbeidsvoorziening. In het wetsvoorstel Wet op de (re)Integratie wordt aan die samenwerking ook concreet gestalte gegeven.

Om deze redenen heeft het rapportageprotocol een centrale plaats ingenomen bij de ontwikkeling van deze richtlijn.

1.2. Doel

Met het opstellen van deze richtlijn wordt beoogd een eind te maken aan de onduidelijkheid over de status van gegevens, vallend onder het beroepsgeheim van de verzekeringsarts. Daarmee wordt gehoor gegeven aan aanbevelingen in de literatuur (2 en

8) om voor het beheer en verkeer van medische gegevens in de verzekeringsgeneeskunde een specifieke regeling te treffen. In 1987 drong de Sociale Verzekeringsraad (SVr) al op zo'n regeling aan (9).

Deze richtlijn geeft concreet aan hoe de verzekeringsarts gegevens moet hanteren die onder zijn medisch beroepsgeheim vallen. Dat geeft niet alleen de verzekeringsarts zelf houvast in de dagelijkse praktijk, maar biedt ook duidelijkheid aan de betrokken cliënten, bedrijfsartsen, behandelend artsen en instanties en deskundigen waarmee de verzekeringsarts samenwerkt. Dat vergemakkelijkt de communicatie.

De problematiek van het hanteren van het medisch beroepsgeheim bij de uitvoering van de arbeidsongeschiktheidswetten vertoont grote gelijkenis met situaties elders in de sociale gezondheidszorg en het particulier verzekeringsbedrijf. Mogelijk biedt de richtlijn daarom uiteindelijk aangrijpingspunten voor het regelen van het hanteren van het medisch beroepsgeheim op dit hele terrein.

1.3. Verantwoording

In 1991 verscheen een notitie aangaande het beheer van medische gegevens van de toenmalige SVr op initiatief van J.C. Streng, destijds medisch adviseur (10). De notitie gaf de gezamenlijke beroepsopvatting weer van alle medisch adviseurs van uitvoeringsorganen. Op 27-11-1992 adviseerden medische- en juridische stafmedewerkers gezamenlijk de directie van het Gemeenschappelijk Administratie Kantoor (GAK) maatregelen te nemen aangaande het beheer van medische gegevens (11). Aanbevolen werd de verantwoording van beslissingen met medische gegevens duidelijk te regelen conform de eisen van het bestuursrecht; anderzijds het de verzekeringsarts mogelijk te maken zijn wettelijk vastgelegde verantwoordelijkheid te dragen voor het beheer van gegevens vallend onder het beroepsgeheim. Dit laatste was volgens de adviseurs eigenlijk alleen goed mogelijk door invoering van een *medisch dossier* dat de verzekeringsarts beheert. Daarnaast zou de verzekeringsarts voor zijn beoordeling relevante gegevens en argumenten moeten vastleggen in een rapportage en een belastbaarheidsprofiel, die in een gevalsbehandelingsdossier opgenomen zouden moeten worden ten behoeve van diegenen waarmee de verzekeringsarts uit hoofde van zijn taak nauw samenwerkt. Beide dossiers zouden strikt gescheiden moeten blijven van het uitkeringsdossier, omdat de functionarissen die met dat dossier werken uit hoofde van die taak geen kennis hoeven te nemen van de inhoud van de sociaal-medische behandeling. De notitie was een reactie op voorstellen om alle gegevens eenvoudigheidshalve in één dossier op te slaan.

Begin 1995 was nog geen initiatief genomen. Het Platform Verzekeringsgeneeskunde (PVG) van het Tijdelijk instituut coördinatie en afstemming (Tica, vanaf 1 maart 1997 Landelijk instituut sociale verzekeringen - Lisv) deed daarom voorstellen nadere richtlijnen voor het beheer van gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim op te stellen. Nadat het management van de uitvoeringsinstellingen daarover gehoord was ging het Tica akkoord. Daarop werd een werkgroep ingesteld bestaande uit:

J.A.W.Dekker,
H.J. Hullen
S.Knepper,
B.H.J.J.Kroeze,
A.G.Maris,
J.A.J.Schepman.

Deze werkgroep stelde de voorliggende richtlijn op aan de hand van recente literatuur, waaronder met name enkele publikaties van de Registratiekamer, bestaande richtlijnen waaronder met name de 'Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens' (12) en de 'Code beheer en verkeer sociaal-medische gegevens' van de KNMG (13). Het Handboek Gezondheidsrecht van H.J.J. Leenen vormde daarnaast een belangrijke bron en met name het hoofdstuk over beroepsuitoefening en derdenbelang (14). De werkgroep is er conform de opvattingen van de Registratiekamer en de door haar geraadpleegde deskundigen van uitgegaan dat de WGBO 'van overeenkomstige toepassing' geacht moet worden voor de sociale verzekering, hoewel de integrale invoering voor deze sector is opgeschort tot april 2000.

Gezien de materiële consequenties van het conform de eisen van de WGBO aanleggen van een apart medisch dossier werden vóórdat alle betrokkenen in het veld hun commentaar uitbrachten, de concept-voorstellen in februari 1997 voorgelegd aan het Tica-bestuur. Het bestuur ging akkoord met het ingaan van de commentaarfase van de richtlijnontwikkeling.

In de commentaarfase is aan 50 verzekeringsartsen om een reactie gevraagd. Zij hebben vrijwel allemaal gereageerd, sommigen zeer uitvoerig. De uitvoeringsorganen hebben hoofdzakelijk gereageerd via hun centrale stafverzekeringsartsen. Zes organisaties die namens de cliënten zouden kunnen reageren is om een reactie gevraagd. Daarvan heeft alléén het WAO-platform commentaar gegeven. Het Centraal Medisch Tuchtcollege en de Centrale Raad van Beroep (CRvB) hebben niet gereageerd op een uitnodiging om commentaar te geven. Wel werd een reactie verkregen van diverse deskundigen, van enkele bestuursrechters op persoonlijke titel en van de beroepsorganisaties van de verzekeringsartsen (NVVG), bedrijfsartsen (NVAB), arbeidsdeskundigen (NVvA) en van de sociaal geneeskundigen (LVSG). Ook werden enkele spontane reacties ontvangen van verzekeringsartsen, arbeidsdeskundigen en arbeidsbemiddelaars.

De werkgroep is een ieder die reageerde dank verschuldigd en met name de KNMG en de Registratiekamer die leden van de werkgroep verschillende malen gastvrij ontvingen voor een uitvoerige gedachtenwisseling.

1.4. Opzet richtlijn

Na deze inleiding volgt eerst de richtlijn zelf. Daarbij worden de uitgangspunten en de gegevens die onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts vallen eerst zo volledig mogelijk beschreven. Daarna hoe alle gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim bewaard worden, wat 'relevante' gegevens zijn en hoe die vastgelegd worden en vervolgens welke gegevens zonder en welke met gerichte toestemming aan anderen verstrekt kunnen worden binnen en buiten de sociale verzekering. Tenslotte komt de voorlichting aan de orde.

De toelichting bevat per onderwerp de argumenten en overwegingen voor de keuzen die de richtlijn maakt.

Er wordt een begrippenlijst opgenomen in de Naslag Gevalsbehandeling waarin ook de begrippen die uit deze richtlijn toelichting behoeven, worden opgenomen.

Drie begrippen verdienen hier een nadere toelichting.

De werkgroep heeft de aanduiding '*medische gegevens*' zoveel mogelijk vermeden, omdat het adjectief 'medisch' verwijst naar de inhoud van die gegevens, terwijl het gezondheidsrecht het beroepsgeheim niet relateert aan de inhoud van gegevens, maar aan de context waarin zij verkregen zijn. Alles wat artsen uit hoofde van hun beroep over

cliënten vernemen valt daaronder, niet alleen bijvoorbeeld de diagnose, maar net zo goed de bankrekening van de cliënt als die ter sprake is gekomen.

De Awb spreekt met betrekking tot het motiveren van beslissingen over '*bestuursorganen*'. De sociale verzekering kent voorzover het de uitvoering van de arbeidsongeschiktheidswetten betreft twee bestuursorganen - het Lisv en het College van toezicht sociale verzekeringen (Ctsv). Er zijn momenteel vijf uitvoeringsinstellingen die in opdracht van het Lisv deze wetten uitvoeren, zij zijn géén bestuursorganen. Het Ctsv is toezicht-houder van zowel de uitvoeringsinstellingen als het Lisv. Verzekeringsartsen zijn in dienst van deze uitvoeringsinstellingen en niet van het Lisv. De beslissingen over aanspraken van cliënten worden kenbaar gemaakt in naam van het Lisv. De richtlijn beschouwt deze publieke organisatie van de sociale verzekering als één geheel, kortweg aangeduid als 'sociale verzekering'. De *private* takken van de uitvoeringsinstellingen behoren daar niet toe.

Als gevolg van het karakter van de sociale verzekering ligt het accent vaak op documenten die *geschreven* informatie bevatten. Datgene wat daarover in deze richtlijn gesteld wordt is echter evenzeer bedoeld voor iedere vorm van *mondelijke* overdracht van informatie. Omdat de richtlijn zelf vrij kort en duidelijk is, is er géén aparte versie voor praktijkgebruik toegevoegd zoals bij andere standaarden.

Amsterdam, februari 1998

2. Richtlijn 'Beheer gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts'

2.1. Uitgangspunten

2.1.1. Beroepsgeheim

De verzekeringsarts heeft een medisch beroepsgeheim.

Het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts wordt beperkt door het wettelijk kader van zijn taak waar zijn *spreekplicht* een essentieel onderdeel van is. De verzekeringsarts heeft een onoverdraagbare verantwoordelijkheid voor de manier waarop hij het medisch beroepsgeheim in dit spanningsveld hanteert.

2.1.2. Zwijgplicht

De verzekeringsarts heeft een *zwijgplicht* voorzover hij niet hoeft te spreken uit een wettelijke noodzaak. De cliënt kan de verzekeringsarts van zijn zwijgplicht ontheffen door hem schriftelijk toestemming te geven om te spreken.

2.1.3. Spreekplicht

Een beroep van cliënten op de verzekering impliceert dat ter toetsing van dat beroep van hen een inbreuk op hun medisch geheim moet worden gevegd. Op grond van wettelijke noodzaak kan de verzekeringsarts zonder toestemming van de cliënt spreken.

2.2. Gegevens, vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts

Alle gegevens die de verzekeringsarts uit hoofde van de uitoefening van zijn beroep aangaande een cliënt bekend worden alsmede zijn conclusies vallen onder het medisch beroepsgeheim.

2.3. Medisch dossier: beheer alle gegevens, vallend onder het medisch beroepsgeheim

Schriftelijke gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim worden aan de verzekeringsarts geadresseerd en door de verzekeringsarts bewaard in een medisch dossier dat zodanig gearhiveerd wordt, dat de verzekeringsarts zijn verantwoordelijkheid voor het beroepsgeheim kan waarmaken. De verzekeringsarts is gehouden de documenten in het medisch dossier te bewaren gedurende een termijn van tien jaar.

2.4. Rapportage: motivering met relevante gegevens

De verzekeringsarts *motiveert* zijn beoordeling op geëigende momenten met relevante gegevens conform het Lisv-rapportageprotocol verzekeringsgeneeskunde waaronder het belastbaarheidsprofiel wanneer dat aan de orde is.

2.5. Gebruik gegevens binnen de sociale verzekering

Binnen de sociale verzekering verstrekt de verzekeringsarts gegevens, vallend onder zijn medisch beroepsgeheim, aan diegenen die deze gegevens in het kader van hun wettelijke taakuitoefening nodig hebben zonder toestemming van de cliënt.

2.5.1. Verzekeringsartsen

De verzekeringsarts kan het medisch dossier gebruiken op ieder moment dat dit uit hoofde van zijn taak noodzakelijk is. Hij kan alleen medische dossiers van andere verzekeringsartsen gebruiken voorzover hij hen opvolgt, voor hen waarneemt, een beoordeling gelijktijdig plaats vindt of gevraagd is een bezwaarschrift te behandelen.

2.5.2. Andere deskundigen binnen de sociale verzekering

De verzekeringsarts maakt zijn beoordeling alsmede de daaraan ten grondslag liggende motivering kenbaar aan de arbeidsdeskundige en de medewerker die de beslissing namens het bestuursorgaan motiveert. De verzekeringsarts ziet erop toe dat vragen aangaande zijn beoordeling uitsluitend door hem beantwoord worden conform het bepaalde in deze richtlijn.

2.5.3. Kwaliteitszorg

Uit hoofde van zijn verantwoordelijkheid voor de kwaliteitszorg kan de lokale of centrale stafverzekeringsarts het medisch dossier voor dat doel gebruiken.

Uit hoofde van hun wettelijke verantwoordelijkheden inzake de kwaliteit van de uitvoering kunnen de door het Lisv of het Ctsv als zodanig aangewezen onderzoekers het medisch dossier voor dat doel gebruiken.

2.5.4. Bezwaarschriftprocedure

De bezwaarschriftverzekeringsarts beoordeelt aan de hand van het bezwaarschrift of er verzekeringsgeneeskundige aspecten aan de orde zijn.

Als dat het geval is, overhandigt de verzekeringsarts aan alle deelnemers in de bezwaarschriftprocedure de op het bezwaar betrekking hebbende relevante documenten. In het geval dat een bezwaarschriftprocedure door een *werkgever* is aangespannen, overhandigt de verzekeringsarts de op het bezwaar betrekking hebbende relevante documenten alleen met toestemming van de cliënt. Als hij daarvoor geen toestemming geeft, dienen de relevante documenten aan een door deze werkgever aan te wijzen arts-gemachtigde overhandigd te worden.

2.6. Gebruik gegevens buiten de sociale verzekering

Doorgaans is voor het verstrekken van gegevens vallend onder het medisch beroepsgeheim aan personen of instanties buiten de sociale verzekering hoe dan ook gerichte schriftelijke toestemming van de cliënt nodig tenzij er een wettelijke plicht of bevoegdheid bestaat.

2.6.1. Cliënt en/of zijn gemachtigde

De cliënt en/of zijn gemachtigde kan het medisch dossier op ieder gewenst moment inzien. Gegevens die volgens de cliënt onjuist zijn, zal de verzekeringsarts als hij de visie van de cliënt deelt, desgevraagd corrigeren. Bij verschillen in perceptie kan de cliënt zijn visie aan het dossier toevoegen. De cliënt en/of zijn gemachtigde kan desgewenst afschriften van alle documenten uit het medisch dossier verkrijgen.

2.6.2. Bedrijfsartsen

De verzekeringsarts bewaart alle gegevens die hij van de bedrijfsarts mondeling of schriftelijk ontvangt in het medisch dossier. De verzekeringsarts verstrekt de bedrijfsarts informatie uit het medisch dossier uitsluitend met toestemming van de cliënt.

2.6.3. Rechterlijke macht

2.6.3.1. Bestuursrechtelijke procedures

De bezwaarschriftverzekeringsarts beoordeelt aan de hand van het beroepschrift of er verzekeringsgeneeskundige aspecten aan de orde zijn. In dat geval overhandigt de verzekeringsarts zonder toestemming van de cliënt aan de functionaris die met de

behandeling van de beroepszaak belast is een verzekeringsgeneeskundige rapportage en een belastbaarheidsprofiel.

Bij een nader verzoek van de rechter om andere documenten uit het medisch dossier verstrekt de verzekeringsarts deze in tweede instantie zonder toestemming van de cliënt aan de functionaris die met de behandeling van de beroepszaak belast is. Bovendien beantwoordt hij eventuele vragen van de rechter en geeft gevraagd of ongevraagd commentaar voor zover dat relevant is op de in het geding zijnde documenten.

2.6.3.2. Civielrechtelijke procedures

Als de rechter de verzekeringsarts om informatie vraagt zal hij zich kunnen beroepen op zijn verschoningsrecht, tenzij de cliënt hem van zijn zwijgplicht ontheft.

2.6.4. Behandelaars

De verzekeringsarts communiceert met de curatieve sector - artsen en niet-artsen - conform de standaard '*communicatie met behandelaars*' met gerichte schriftelijke toestemming van de cliënt.

2.6.5. Andere deskundigen buiten de sociale verzekering

De verzekeringsarts kan zijn vraagstelling aan deskundigen die hij om advies vraagt, artsen en niet-artsen, zonder toestemming van de cliënt documenteren voorzover dat voor zijn vraagstelling relevant is.

2.6.6. Arbeidsbemiddelaars

De verzekeringsarts verstrekt bemiddelaars werkzaam bij de instellingen waarmee de uitvoeringsinstelling een contract gesloten heeft zonder toestemming van de cliënt zijn rapportage en belastbaarheidsprofiel.

2.6.7. Regionaal Directeur Arbeidsvoorziening

De verzekeringsarts verstrekt de RDA in het kader van een advies over de behandeling van een ontslagaanvraag zonder toestemming van de cliënt zijn rapportage en het belastbaarheidsprofiel.

2.6.8. Medisch adviseurs particuliere verzekeringen

De verzekeringsarts informeert de medisch adviseur van particuliere verzekeringsmaatschappijen alleen desgevraagd en op basis van gerichte schriftelijke toestemming van de cliënt.

2.6.9. Instanties 'Besluit gegevensverstrekking sociale verzekeringen 1997'

Aan de instanties die genoemd worden in het 'Besluit gegevensverstrekking sociale verzekeringen 1997' verstrekt de verzekeringsarts de verzekeringsgeneeskundige rapportage en het belastbaarheidsprofiel met gerichte schriftelijke toestemming van de cliënt, voorzover dat uit hoofde van hun taak noodzakelijk is. Hij verstrekt deze gegevens slechts aan een arts of aan een arbeidsbemiddelaar in het kader van een reïntegratieplan.

2.7. Voorlichting

De verzekeringsarts informeert de cliënt over de manier waarop diens claim behandeld zal worden, wat de positie van de cliënt daarin is en wie hij op welke wijze aangaande zijn bevindingen en conclusies zal informeren.

De uitvoeringsorganisatie faciliteert de informatie over het beheer en verkeer van de medische gegevens.

3. Toelichting

3.1. Uitgangspunten

3.1.1. Beroepsgeheim

Wettelijke basis

Het beroepsgeheim wordt tegenwoordig gezien als het recht van de patiënt op zijn geheim. Het betreft dus een plicht van de arts om te zwijgen over het medisch geheim van de patiënt.

Beljaars (15) geeft een overzicht van de wettelijke grondslagen van de medische geheimhoudingsplicht. De plicht tot geheimhouding is geregeld in artikel 10 van de Grondwet dat bepaalt dat ieder recht heeft op eerbiediging van zijn persoonlijke levenssfeer. Het beroepsgeheim is nader gespecificeerd in artikel 272 Wetboek van Strafrecht (WvSr) en betreft 'personen die uit hoofde van ambt of beroep dan wel vroeger beroep' een geheim moeten bewaren. Artikel 88 wet-BIG vereist geheimhouding bij de uitoefening van een beroep op het gebied van de individuele gezondheidszorg. Artikel 11, lid 3 Wpr verhindert verstrekking van gegevens voor zover uit hoofde van ambt, beroep of wettelijk voorschrift geheimhouding geboden is. Artikel 34, lid 2 Arbeidsomstandigheden wet (Arbowet) verplicht tot geheimhouding van vertrouwelijke gegevens, tenzij een wettelijk voorschrift tot bekendmaking verplicht. Artikel 7:457 BW regelt de geheimhoudingsplicht behoudens toestemming van de patiënt of wettelijk voorschrift. Artikel 98, lid 1 Osv 1997 legt iedereen die bij de uitvoering van de sociale verzekering betrokken is een geheimhoudingsplicht op, tenzij enig wettelijk voorschrift tot mededeling verplicht of toestaat danwel uit de taak de noodzaak tot mededeling voortvloeit. De verzekeringsarts is dus op basis van verschillende wettelijke regelingen aansprakelijk voor zijn geheimhoudingsplicht.

Dubbele doelstelling

Het medisch beroepsgeheim ligt in het verlengde van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, maar voegt daar nog een dimensie aan toe. Behalve bescherming van de persoonlijke levenssfeer is het tevens de bedoeling te bewerkstelligen dat burgers in het algemeen hun gezondheidsproblemen aan artsen kunnen voorleggen in het vertrouwen dat de arts zal zwijgen. Het beroepsgeheim werd zodoende onderdeel van normatieve afspraken tussen arts en patiënt, Leenen (14) wijst erop dat de gedachte van een 'behandelingsovereenkomst' daaruit ontstaan is.

WGBO

Geheimhouding kreeg ook gestalte in de WGBO, opgenomen in boek 7 van het BW. Beoordelingen in verband met verzekeringen en het kunnen uitvoeren van bepaalde werkzaamheden zijn volgens artikel 7:446 lid 5 BW uitgesloten, omdat zij bezwaarlijk als gevolg van een 'behandelingsovereenkomst' opgevat kunnen worden. Maar artikel 464 BW verklaart de bepalingen van de WGBO vervolgens weer 'van overeenkomstige toepassing voor de overige geneeskundige behandelingen, voorzover de aard van de rechtsbetrekking zich daar niet tegen verzet'. De verzekeringsgeneeskunde is dus wat Gevers (8) noemt een 'artikel 464 beroep'.

Uit de MvT blijkt echter, dat de WGBO voor lopende verzekeringen eerst in april 2000 van toepassing zal worden 'opdat de gevolgen voor de bestaande verhoudingen goed overdacht kunnen worden'. De wetgever wil dan eventueel nadere regelingen treffen die ondermeer gericht zijn op het specifieke karakter van de relatie tussen verzekeringsarts en cliënt.

Deze richtlijn gaat er daarentegen vanuit dat de WGBO in principe wel van toepassing is op deze relatie voor zover de aard van de rechtsbetrekking zich daar niet tegen verzet. Niet in hoofdlijnen, maar wel in enkele belangrijke details verschilt die relatie van de 'behandelingsovereenkomst' tussen een behandelend arts en zijn patiënt. Dat is met name daar waar wettelijke eisen de cliënt een medewerkingsplicht opleggen, van de verzekeringsarts een motivering van zijn beoordeling verlangen en voorts ten aanzien van bewaartermijnen en het recht van de cliënt de verzekeringsgeneeskundige rapportage te blokkeren. Daar waar dergelijke eisen van de sociale verzekeringswetgeving op gespannen voet staan met wat de WGBO bepaalt, laat de wetgever het sociaal verzekeringsrecht prevaleren.

Verzekeringsarts

Ook de verzekeringsarts heeft een beroepsgeheim. Dat heeft een duidelijk *eigen* karakter, omdat de verzekeringsarts zélf het leeuwendeel van alle gegevens van de cliënt verkrijgt in één of meerdere persoonlijk contacten. Het beroepsgeheim van de verzekeringsarts is niet een afgeleide van het beroepsgeheim van de behandelend arts. Bovendien geldt dat wanneer de behandelend arts de verzekeringsarts gegevens verstrekt diens beroepsgeheim daarmee doorbroken is. Vervolgens is de verzekeringsarts tegenover de cliënt verantwoordelijk voor het beheer van die gegevens en niet de behandelend arts. De gedachte van het afgeleide beroepsgeheim voert eigenlijk terug op het idee dat het beroepsgeheim het geheim is van de behandelend arts, terwijl het om het geheim van de cliënt gaat.

3.1.2. Zwijgplicht

Doel en omvang zwijgplicht verzekeringsarts

De zwijgplicht die met het beroepsgeheim van de verzekeringsarts samenhangt, heeft ten doel het in het algemeen mogelijk maken dat cliënten hun problemen met verzekeringsartsen kunnen bespreken voorzover zij dat willen. Dat bevordert de kwaliteit van de beoordeling en begeleiding.

De zwijgplicht van de verzekeringsarts kan alleen met toestemming van de cliënt of op basis van wettelijke eisen doorbroken worden. Voor het overige slechts onder uitzonderlijke omstandigheden.

De problemen waardoor cliënten langdurig arbeidsongeschikt raken zijn doorgaans zeer ingrijpend en complex. Cliënten willen dat meestal uitgebreid toelichten om de ernst van hun probleem te illustreren en de verzekeringsarts te overtuigen. Dat heeft een emotionele functie, maar ook een rationele: het kan bijdragen aan het begrip van de verzekeringsarts. Ook als de verzekeringsarts van tevoren duidelijk maakt wat zijn positie is en het gesprek structureert zal hij dus vele feiten vernemen die niet direct relevant zijn voor de motivering van zijn beoordeling, maar wel betekenis hebben in de context daarvan. Bovendien blijkt vaak pas bij nader inzien welke feiten relevant zijn. Om dezelfde redenen is ook in de communicatie tussen verzekeringsartsen en bedrijfsartsen of behandelend arts niet steeds op voorhand duidelijk wat relevant is.

De zwijgplicht van de verzekeringsarts strekt zich uit tot alle feiten die de verzekeringsarts op deze manier uit hoofde van de uitoefening van zijn beroep ter kennis gekomen zijn, tenzij doorbreking op grond van wettelijke eisen, in uitzonderlijke omstandigheden en door toestemming van de cliënt. Bovendien is de verzekeringsarts gehouden te zwijgen tegenover al diegenen waar hij niet tegen hoeft te spreken.

Zwijgplicht tegenover (andere) artsen

De zwijgplicht geldt tegenover artsen evenzeer als tegenover niet-artsen. Het is dus niet zo dat het de verzekeringsarts vrij staat tegenover andere verzekeringsartsen, bedrijfsartsen of behandelend artsen allerlei mededelingen te doen, alleen maar omdat zij arts zijn. Ook daar geldt dat het doorbreken van de zwijgplicht moet voortvloeien uit de toestemming van de cliënt of uit een wettelijke noodzaak.

Doorbreking zwijgplicht door wettelijke eisen

De positie van de verzekeringsarts kenmerkt zich onder meer doordat zijn taak met zich meebrengt dat hij op grond van wettelijke eisen zijn zwijgplicht doorbreekt. Dat betreft met name de voor de motivering van zijn beoordeling relevante feiten en conclusies. Deze doorbreking omvat de *spreekplicht* van de verzekeringsarts, de facto vaak in de vorm van een *schrijfplicht*.

De doorbreking van de zwijgplicht door wettelijke eisen heeft altijd een bepaald (wettelijk) doel en bestaat slechts tegenover functionarissen die dergelijke gegevens in het kader van dat doel voor de uitoefening van hun taak nodig hebben. Doorgaans hebben deze functionarissen een eigen wettelijke geheimhoudingsplicht. De verzekeringsarts mag geen mededelingen doen over zijn beoordeling en begeleiding tegenover diegenen, die daar uit hoofde van hun taak en functie geen kennis van hoeven te nemen.

Doorbreking zwijgplicht in uitzonderlijke omstandigheden,

De zwijgplicht kan behalve door gerichte toestemming en wettelijke eisen in uitzonderlijke gevallen door *conflict van plichten* doorbroken worden, bijvoorbeeld omdat zwijgen ernstig gevaar voor de cliënt zelf of andere personen met zich mee kan brengen. Voor deze bijzondere situatie geven de richtlijnen van de KNMG nadere overwegingen (12). Alles moet eerst in het werk gesteld worden om toch de toestemming van de cliënt te verkrijgen.

Doorbreking zwijgplicht door toestemming

De cliënt kan de verzekeringsarts van zijn zwijgplicht ontheffen door hem toestemming te geven om te spreken. Dat betekent nog niet dat daaruit voor de verzekeringsarts de plicht voortvloeit mededelingen te doen. Ervan uitgaande dat de cliënt verantwoordelijk is voor zijn eigen beslissingen en zich behoorlijk informeert alvorens zijn toestemming te verlenen, zal dat natuurlijk meestal wel het geval zijn. Het is lang niet altijd mogelijk de gevolgen van deze doorbreking van de zwijgplicht te voorzien, noch voor de arts die de betreffende gegevens verstrekt, noch voor degene die de informatie ontvangt. Het is uiteindelijk aan de cliënt om een afweging te maken. Vaak is het verstrekken van informatie in elk geval in zijn belang, omdat hij een medewerkingsplicht heeft. Daardoor heeft de cliënt maar een beperkte vrijheid om zijn toestemming te weigeren. De jurisprudentie geeft aan dat dan al gauw het belang van zorgvuldig afwegen en beslissen overweegt (16).

Het toestemmingsvereiste heeft daardoor de facto vaak meer het karakter van het zorgvuldig informeren van de cliënt dan van het in vrijheid geven van toestemming omtrent de aard en de reden van de informatieverstrekking. Om dit bezwaar zoveel mogelijk te compenseren is goede informatieverstrekking van wezenlijke betekenis. Dit betekent dat de verzekeringsarts de cliënt attendeert op zijn medewerkingsplicht zelf en daarbij de beperkte verspreiding van relevante gegevens in die situatie aangeeft, alsmede de wettelijke geheimhoudingsplicht van de betrokken functionarissen. Ook verdient het in dit verband aanbeveling dat de verzekeringsarts met toestemming ontvangen informatie zoveel mogelijk met de cliënt bespreekt wat betreft de relevantie voor zijn beoordeling (17).

Toestemming mag niet worden aangenomen in geval een zeer algemene machtiging tot het verstrekken van inlichtingen door de cliënt gegeven is, omdat dan geen sprake is van een *gerichte* toestemming (14). Dit gebeurt bijvoorbeeld wanneer gevraagd wordt naar een heel dossier, relevante gegevens zonder nadere aanduiding of informatie over de arbeidsongeschiktheid. Vaak wordt met toestemming van de cliënt gevraagd naar kopieën van documenten, meestal de verzekeringsgeneeskundige rapportage of het belastbaarheidsprofiel. Wanneer aannemelijk is dat het doel waarvoor deze informatie gevraagd wordt, overeenstemt met het doel waarvoor de verzekeringsarts deze documenten opstelde, kan een dergelijk verzoek als een gerichte toestemming van de cliënt opgevat worden. Dergelijke vragen komen veel voor in het kader van premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid of bovenwettelijke aanvullingen of samenloop met particuliere verzekeringen.

De verzekeringsarts bewaart een afschrift van de gerichte toestemming in het medisch dossier. Het geven van bedoelde toestemming is niet alleen van belang voor het vereiste dat de verzekeringsarts de cliënt moet informeren waar de gegevens heen gaan, maar is vooral van belang voor een actieve betrokkenheid van de cliënt.

Tenslotte verstrekt de verzekeringsarts géén van derden afkomstige documenten, maar verwijst terug naar deze bronnen.

Verschoningsrecht

Wanneer de verzekeringsarts door de rechter opgeroepen wordt om te getuigen kan hij zich in verband met zijn zwijgplicht beroepen op het *verschoningsrecht* dat in artikel 218 WvSv geregeld is. Aangezien de administratieve rechter uiteindelijk over '*alle op de zaak betrekkelijke stukken*' kan beschikken heeft het verschoningsrecht weinig betekenis in bestuursrechtelijke procedures. De verzekeringsarts heeft in de praktijk slechts een verschoningsrecht met betrekking tot de gegevens die niet op de zaak betrekking hebben. Zo goed als de verzekeringsarts desgevraagd schriftelijk commentaar geeft, zal hij ook in persoon vragen van de rechter moeten beantwoorden.

In de meeste zaken is dat zelfs in het belang van de cliënt, omdat die vaak eiser is en er dus belang bij heeft dat de verzekeringsarts op verzoek van de rechter als getuige verschijnt. In het geval dat de werkgever eiser is, zal het geschil achter gesloten deuren behandeld worden in aanwezigheid van een andere arts, gemachtigd namens de werkgever.

In civielrechtelijke procedures zal de verzekeringsarts eveneens gebruik kunnen maken van zijn verschoningsrecht vanwege handhaving van zijn plicht, namelijk de bescherming van het geheim van de cliënt, behoudens toestemming van de cliënt om te getuigen.

3.1.3. Spreekplicht

Het meest relevant voor de spreekplicht is artikel 3:2 Awb dat verlangt dat het bestuursorgaan de nodige kennis over de relevante feiten vergaart en artikel 98 lid 1 Osv dat voor de medewerkers van de sociale verzekering veronderstelt dat uit hun taak de noodzaak tot mededeling voortvloeit. Deze eisen brengen met zich mee dat de verzekeringsarts zijn beoordeling en begeleiding zo feitelijk mogelijk onderbouwt. Sluyters (3) en ook Gevers (18) gaan ervan uit dat dit met zich meebrengt dat de verzekeringsarts zijn conclusies moet motiveren. Verder manifesteert de spreekplicht zich in het kader van de *medewerkingsplicht* van cliënten die in diverse wetsbepalingen geformuleerd is. Als het de verzekeringsarts blijkt dat een cliënt niet aan deze bepalingen voldoet, zal hij geen appèl

kunnen doen op het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts om daarover te zwijgen.

Spreekplicht over motivering inzake arbeidsgeschiktheid

De noodzaak zijn beoordeling te motiveren manifesteert zich primair tegenover de deskundigen waarmee de verzekeringsarts samenwerkt. Zij kunnen hun wettelijke taak niet verrichten zónder behoorlijke informatie over de conclusies en overwegingen van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek. Daarnaast manifesteert de spreekplicht zich tegenover de sociale verzekering als zodanig, dat ingevolge artikel 4:16 Awb en artikel 88d WAO zijn beslissingen behoorlijk moet motiveren. Tenslotte manifesteert de spreekplicht zich tegenover de bestuursrechter die een oordeel moet kunnen geven over een door de cliënt of zijn werkgever bestreden beslissing.

Spreekplicht over verantwoording en herstelgedrag cliënt

Als werknemer in dienst van de sociale verzekering heeft de verzekeringsarts de taak cliënten aan te spreken op hun *medewerkings- en inlichtingenplicht*. Als de cliënt niet meewerkt aan de uitvoering van de sociale verzekering, kan dat tot een *boete of maatregel* leiden, zoals verwoord in de wet Boeten, maatregelen en terug- en invordering sociale zekerheid (wet BMT) die sinds augustus 1996 van kracht is. De medewerkingsplicht en bijbehorende sancties zijn vastgelegd in de artikelen 45 Ziekte Wet (ZW), 25, 28 en 29a WAO, artikelen 45, 46 en 48 Wet Arbeidsongeschiktheidsverzekering Zelfstandigen (WAZ) en de artikelen 37, 38 en 40 Wet Arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong). De medewerkingsplicht is bovendien vastgelegd in artikel 4:5 Awb.

In dit kader is de verzekeringsarts ten eerste betrokken bij controlevoorschriften zoals het desgevraagd verschijnen op het spreekuur en zich legitimeren. Ten tweede bij het meewerken aan het onderzoek zelf, zoals inlichtingen verstrekken en het desgevraagd ondergaan van een onderzoek. Ten derde bij voorschriften die beogen de kans op werkhervatting te vergroten: bevordering herstelgedrag. Daarbij kan men denken aan: het niet opzettelijk arbeidsongeschiktheid veroorzaken, het zich onder behandeling stellen, het opvolgen van voorschriften van de behandelaar of de verzekeringsarts zelf etc.

Spreekplicht over fraude

Artikel 1, lid 1 van het 'Besluit gegevensverstrekking sociale verzekeringen 1997' formuleert een imperatieve mededelingsplicht bij fraude. De inbreuk op de persoonlijke levenssfeer prevaleert volgens lid 2 nooit. In 1990 heeft de toenmalige Federatie van Bedrijfsverenigingen (FBV) echter het standpunt ingenomen dat de verzekeringsarts niet aan opsporing hoeft mee te werken, omdat zijn primaire taak de bepaling van de mate van arbeidsongeschiktheid en het bevorderen van reïntegratie betreft (19). Steun voor die opvatting is te vinden in artikel 162:3 WvSv dat bepaalt dat diegene niet informatieplichtig is waarvoor in het kader van opsporing door het verstrekken van inlichtingen gevaar ontstaat voor een vervolging van zichzelf of van iemand bij wiens vervolging hij zich van het afleggen van getuigenis zou kunnen verschonen(20). Dit betekent niet dat de verzekeringsarts in dit kader geen gegevens zonder toestemming mag verstrekken. De verzekeringsarts is gehouden zijn positie als medewerker van de sociale verzekering duidelijk te maken. Als hij dat gedaan heeft, kan de cliënt niet verwachten dat de verzekeringsarts bij de uitoefening van zijn wettelijke taak zwijgt over fraude. Als hij gegevens verstrekt is het van belang dat hij zijn vermoedens eerst expliciet met de cliënt besproken heeft. Overigens dienen deze gegevens uitsluitend betrekking te hebben op fraude van de cliënt.

3.2. Gegevens, vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts

Alles wat de verzekeringsarts uit hoofde van zijn functie verneemt, is een gegeven, vallend onder zijn medisch beroepsgeheim. Dat betekent dat alle mededelingen over de cliënt van anderen dan de cliënt zelf, alle bevindingen bij medisch onderzoek inclusief de diagnose en conclusie daarvan, maar ook de mededelingen van de cliënt over zijn beperkingen in het functioneren en de verzekeringsgeneeskundige conclusies daarover alsmede alle sociale achtergronden die de verzekeringsarts bij zijn onderzoek ter kennis gekomen zijn onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts vallen.

Als deskundige, werkzaam binnen de uitvoeringsinstelling ziet de verzekeringsarts erop toe dat antwoorden op vragen door de organisatie aan cliënten over hun gezondheidstoestand en mogelijkheden om te functioneren alleen door hem worden gegeven.

3.3. Medisch dossier: beheer alle gegevens, vallend onder het medisch beroepsgeheim

De verzekeringsarts moet de wettelijke verantwoordelijkheid voor zijn medisch beroepsgeheim kunnen dragen. Ingevolge de wettelijke bepalingen in artikel 7:454 BW heeft de verzekeringsarts daarom een *dossierplicht*. Schriftelijke gegevens, zoals een reïntegratieplan van de bedrijfsarts, die onder het medisch beroepsgeheim vallen, dienen dan ook uitsluitend aan de verzekeringsarts geadresseerd te worden en buiten de administratie gehouden te worden.

De richtlijn ziet dus af van de mogelijkheid van één gezamenlijk gevalsbehandelingsdossier met de arbeidsdeskundige en arbeidsbemiddelaar. Dit, omdat de verzekeringsarts in het kader van diverse wetten *persoonlijk* verantwoordelijk is voor het medisch geheim. Het is ook in het belang van de uitvoeringsinstelling dat het beheer van medische gegevens goed geregeld is. Uitgaande van een rechtsbetrekking tussen de uitvoeringsinstelling en de verzekeringsarts is de uitvoeringsinstelling op grond van artikel 6:170 BW niettemin aansprakelijk voor de verzekeringsarts als de kans op een fout door de opdracht tot het verrichten van zijn taak wordt/is vergroot.

Vanwege deze redenen kan de verzekeringsarts niet met de andere betrokken deskundigen uit één gezamenlijk dossier werken.

Bij de ontwikkeling van de richtlijn is vaak het bezwaar gehoord dat andere deskundigen hun werk niet zouden kunnen doen zonder toegang tot alle medische gegevens, met name van de kant van de arbeidsdeskundigen. Als de verzekeringsarts volledig rapporteert, is dit bezwaar te herleiden tot een onnodige behoefte aan op zichzelf irrelevante medische achtergrondinformatie. Ook als de verzekeringsarts niet goed rapporteert kan daarin geen aanleiding gezien worden om alle medische stukken aan de arbeidsdeskundige of de jurist te overhandigen. De geëigende oplossing daarvoor is dat de verzekeringsarts zijn rapportage verbetert.

De beoordeling van medische gegevens is te allen tijde een aangelegenheid voor de verzekeringsarts. In het kader van de wettelijke eisen om zijn zwijgplicht te doorbreken, bepaalt hij dus welke inlichtingen hij verstrekt.

Inhoud medisch dossier

In het medisch dossier bewaart de verzekeringsarts alle gegevens die onder het medisch beroepsgeheim vallen. Dit zijn in zo volledig mogelijke, maar niet limitatief bedoelde opsomming (juli 1997):

1. Verzekeringsgeneeskundige onderzoeksbevindingen, eventuele werkaantekeningen;
2. Informatie van behandelaars of notities daarover;
3. Informatie aan behandelaars en anderen;
4. Diverse bijbehorende (afschriften van) machtigingen;
5. Bijlage 1 van een volledig reïntegratieplan met de medische gegevens van de bedrijfsarts van de arbodienst;
6. Alle andere informatie van bedrijfsartsen;
7. Alle aanvragen voor onderzoeken door derden op verzoek van de verzekeringsarts alsmede de betreffende rapporten zelf;
8. Correspondentie met de cliënt over zijn gezondheidstoestand inclusief vragenlijsten en eigen verklaringen;
9. Alle rapportages over de gezondheidstoestand van de cliënt verkregen van particuliere verzekeraars;
10. Alle deskundigenrapporten en overige correspondentie die in het kader van een bezwaarschrift- of beroepsprocedure aangaande de gezondheidstoestand van de cliënt uitgebracht zijn;
11. Aantekeningen die de cliënt zelf eventueel aan het dossier heeft toegevoegd (artikel 7:454, lid 2 BW).

De verzekeringsgeneeskundige rapportage(s) en het belastbaarheidsprofiel zullen op grond van hun functie in andere dossiers terecht kunnen komen. Omwille van het overzicht verdient het aanbeveling een afschrift van de rapportage(s) en het belastbaarheidsprofiel in het medisch dossier te bewaren.

Dossierbeheer

Het beheer heeft betrekking op alle documenten in het dossier; de verzekeringsarts kan het beheer administratief delegeren. Het beheer heeft ook betrekking op mondelinge mededelingen over datgene wat in het dossier vastligt of wat de verzekeringsarts daarin niet heeft vastgelegd, maar van of over de cliënt vernomen en onthouden heeft.

De verzekeringsarts kan zich bij het beheer van het dossier administratief laten ondersteunen. Voldoende aantoonbaar moet zijn, dat de verzekeringsarts zijn verantwoordelijkheid voor het dossierbeheer kan realiseren. Te denken valt aan archivering in speciaal daarvoor bestemde ruimtes of in afsluitbare kasten en aan voor een ieder duidelijke administratieve richtlijnen wie uit hoofde van zijn functie wel of geen toegang heeft. De uitvoeringsinstelling dient de faciliteiten te bieden, die een dergelijk dossierbeheer mogelijk maken.

Elektronisch gegevensbeheer

De Wpr regelt het vastleggen en bewaren van tot individuele personen herleidbare gegevens in registraties of gegevensbestanden die geautomatiseerd zijn of althans met het oog op een doeltreffende raadpleging systematisch zijn aangelegd. Voor de gegevens die elektronisch worden ingevoerd en opgeslagen dient de toegang tot die gegevens door de uitvoeringsinstelling verantwoord geregeld te zijn. Het vastleggen en inzien van medische gegevens dient dan ook aan de verzekeringsarts te worden voorbehouden.

Bewaartermijnen

De *minimale bewaartermijn* van dossiers bedraagt volgens circulaire nr. S 953 (21) 2 jaar na het einde van het jaar van afwijzing en 5 jaar na het einde van het jaar waarin de laatste uitkering of voorziening is toegekend. Voor de Ziektewet geldt een minimale termijn van 2 jaar na het einde van het jaar van de laatste toekenning. In de bepalingen uit de wet Amber geldt een termijn bij herleving aanspraken bij hernieuwde ongeschiktheid van 3 jaar (artikel 29b ZW) en van 5 jaar (artikel 43a WAO). In artikel 2

Wet Rea blijft een persoon arbeidsgehandicapt gedurende 5 jaar na de laatste uitkering. In verband met deze bepalingen en andere wettelijke bepalingen is het verstandig een langere termijn aan te houden. Artikel 7:454, lid 3 BW (WGB0) kent een *bewaarplicht* van 10 jaar. Deze termijn heeft voordelen boven de relatief korte termijn van 5 jaar, omdat een aanmerkelijk deel van de populatie dat arbeidsongeschikt is geweest opnieuw met arbeidsongeschiktheid wordt geconfronteerd. Gegevens uit het arbeidsongeschiktheidsverleden kunnen van belang zijn als opnieuw aanspraak wordt gemaakt op uitkeringen c.q. voorzieningen. Gelet op deze overwegingen gaat deze richtlijn met betrekking tot het medisch dossier uit van een bewaartermijn van 10 jaar na de laatste WAO-beoordeling.

Als de cliënt gebruik wil maken van zijn recht om ex artikel 7:455 BW dossierstukken te vernietigen, zal daar gehoor aan gegeven kunnen worden voor zover daarmee niet de bewaartermijnen op grond van de sociale verzekeringswetgeving worden doorkruist.

3.4. Rapportage: motivering met relevante gegevens

In verband met de motiveringseis is van essentiële betekenis, welke gegevens ten behoeve daarvan vastgelegd moeten worden. De literatuur spreekt ook wel van 'relevante' gegevens. De verzekeringsarts verneemt naast relevante ook minder relevante gegevens; het medisch dossier bevat dus veel gegevens die niet direct relevant zijn. Om redenen die in paragraaf 3.2. uiteengezet zijn, leveren derden vaak informatie aan waarin relevante gegevens afgewisseld worden met irrelevante.

De verzekeringsgeneeskundige rapportage bevat die selectie van gegevens die het dossier zonder toestemming van de cliënt mogen verlaten voorzover dat nodig is als gevolg van de wettelijke opdracht van de verzekeringsarts. De voorwaarden waaraan een verzekeringsgeneeskundige rapportage moet voldoen, zijn opgenomen in het rapportageprotocol verzekeringsgeneeskunde.

Doel rapportage

Het doel van de rapportage is dat de verzekeringsarts daarmee zijn beoordeling beargumenteert ten overstaan van diegenen die de motivering uit hoofde van hun wettelijke taak nodig hebben om hun werk te kunnen doen.

De rapportage wordt opgesteld in het kader van de uitvoering van de arbeidsongeschiktheidswetten, maar kan uiteindelijk binnen dat kader voor vele doelen gebruikt worden. Te denken valt aan:

- * - geheugensteun voor de verzekeringsarts of diens waarnemer
- * - informatie aan de cliënt zelf
- * - uitgangspunt voor arbeidskundig onderzoek
- * - antwoord op of bron voor juridische vraagstellingen
- * - (deel)motivering van de beslissing van het bestuursorgaan
- * - (deel)uitgangspunt voor arbeidsbemiddeling
- * - (deel)basisdocument bij bezwaar of beroep
- * - (deel)motivering van een advies ontslaanvraag arbeidsbureau
- * - motivering second opinion in het kader van Wulbz
- * - informatiebron bij kwaliteitsbeheer
- * - (deel)motivering reïntegratieplan kantonrechter
- * - (deel)motivering toekenning reïntegratiebudget
- * - (deel)motivering toekenning werkvoorziening

Deze opsomming is niet limitatief. In principe zou de verzekeringsarts voor de diverse doelen verschillende rapportages kunnen schrijven - tot op zekere hoogte gebeurt dat ook wanneer het doel van tevoren bekend is. Vaak spelen verschillende doelen tegelijk of successievelijk - het is dan fysiek vrijwel onmogelijk allemaal verschillende rapportages te schrijven en inhoudelijk onuitvoerbaar telkens verschil te maken tussen de relevantie van de betrokken gegevens, die voor het ene doel soms meer relevant kunnen zijn dan voor het andere.

Daarom gaat de richtlijn eenvoudigheidshalve uit van één rapportage die één motivering van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling bevat. Een garantie dat gegevens geen onnodige verspreiding krijgen, wordt gevonden in de geheimhoudingsplicht waaraan alle ontvangers van de rapportage gebonden zijn, de meesten op grond van artikel 98 Osv.

Betrekken van de cliënt

Vanaf 01-01-1998 krijgt de cliënt de verzekeringsgeneeskundige rapportage en het belastbaarheidsprofiel als bijlage van de beslissing van het bestuursorgaan in de vorm van een 'me- disch besluit' conform artikel 88d WAO. Deze bepaling loopt parallel met artikel 7:464, lid 2 BW.

Het is niet altijd eenvoudig te bepalen wat relevant is en wat niet; relevante feiten kunnen soms zó vermeld worden, dat zij de persoonlijke levenssfeer van de cliënt minimaal schaden. In vóórkomende gevallen zal de verzekeringsarts een soms moeilijke afweging moeten maken tussen het gewicht dat een bepaald gegeven voor zijn motivering heeft enerzijds en de mate waarin vermelding van dat gegeven de persoonlijke levenssfeer van de cliënt kan schaden anderzijds. In die gevallen overlegt de verzekeringsarts daarover met de cliënt.

Ten tijde van het onderzoek geeft de verzekeringsarts de cliënt in voorkomende gevallen zélf een afschrift van zijn rapportage en het belastbaarheidsprofiel. Dat kan ertoe bijdragen dat als de cliënt de rapportage en het belastbaarheidsprofiel leest hij niet pas ten tijde van de beslissing geconfronteerd wordt met verrassingen. In tegenstelling tot het bepaalde in artikel 7:450 BW kan de cliënt *niet* blokkeren dat de verzekeringsarts rapporteert, aangezien hij een medewerkingsplicht heeft. De verzekeringsarts is natuurlijk wel rechtelijk aansprakelijk voor de relevantie van de inhoud van zijn rapportage.

Het overhandigen van de rapportage kan de verzekeringsarts niet alleen behoeden voor onjuiste interpretaties of verkeerde weergave van feiten, maar het kan ook een functie vervullen in de interactie met de cliënt. De eventuele reactie van de cliënt kan naast de mogelijkheid van feitelijke correctie door zijn aard en inhoud ook toegevoegde waarde hebben voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling zelf.

Conform het gestelde in artikel 7:449 BW overhandigt de verzekeringsarts geen rapportage aan de cliënt wanneer deze daar geen prijs op stelt.

3.5. Gebruik gegevens binnen de sociale verzekering

Onder 'sociale verzekering' wordt in dit verband verstaan de uitvoeringsinstellingen, het Lisv en het Ctsv. Voor een nadere uitleg wordt verwezen naar de inleiding, paragraaf 1.4. Binnen de sociale verzekering kunnen diegenen over de verzekeringsgeneeskundige motivering beschikken, die deze uit hoofde van hun functie nodig hebben. In de meeste gevallen kan volstaan worden met de verzekeringsgeneeskundige rapportage en het belastbaarheidsprofiel.

3.5.1. Verzekeringsartsen

De verzekeringsarts kan te allen tijde zijn eigen medisch dossier gebruiken voorzover dat voor zijn werk nodig is. De verzekeringsarts mag niet in dossiers van andere verzekeringsartsen kijken, bijvoorbeeld alleen maar omdat hij de betrokken cliënt kent of nieuwsgierig is.

Als waarnemer of opvolger kan een verzekeringsarts gebruik maken van een dossier dat tevoren niet in zijn beheer was, omdat dat dan uit zijn taak voortvloeit, conform artikel 7:457 BW.

De verzekeringsarts die speciaal is aangewezen om bezwaarschriften te behandelen kan uit hoofde van die taak kennis nemen van het hele dossier.

Het kan gebeuren dat verzekeringsgeneeskundige beoordelingen bij twee verschillende uitvoeringsinstellingen simultaan of successievelijk plaatsvinden. In dat geval kan relevante informatie uit medische dossiers tussen verzekeringsartsen zonder toestemming van de cliënt uitgewisseld worden wanneer de cliënt daarover behoorlijk geïnformeerd is.

Verzekeringsartsen kunnen documenten uit medische dossiers gebruiken voor onderlinge toetsing of scriptie-onderzoeken. De verzekeringsarts die deze documenten ter beschikking stelt anonimiseert ze eerst, aangezien het in het algemeen niet nodig is deze gegevens tot personen te kunnen herleiden. Als anonimisering technisch kostbaar of moeilijk uitvoerbaar is, zijn de deelnemers gebonden aan de geheimhoudingsplicht conform artikel 98 Osv. Als de verzekeringsarts naar aanleiding van casuïstiek publiceert, moet hij daar de toestemming van de cliënt voor hebben of er anders voor zorgdragen, dat de cliënt in de publikatie niet herkenbaar is.

3.5.2 Andere deskundigen binnen de sociale verzekering

Verzekeringsartsen werken bij de uitvoering van hun wettelijke taak nauw samen met arbeidsdeskundigen en juridische functionarissen en soms ook met arbeidsbemiddelaars. Deze samenwerking vereist goede uitwisseling van informatie en onderlinge afstemming zowel mondeling als schriftelijk. Artikel 98 Osv vereist deze doorbreking van het medisch beroepsgeheim, artikel 6, lid 2 Wpr staat de verstrekking van informatie in dat kader toe. Artikel 7:457, lid 2 BW vermeldt dat anderen die rechtstreeks bij de uitvoering van de behandelingsovereenkomst betrokken zijn, gegevens zonder toestemming van de cliënt kunnen ontvangen.

De richtlijnen van de KNMG vermelden dat medische gegevens in een functionele eenheid zonder toestemming van de cliënt uitgewisseld kunnen worden (12). De Gezondheidsraad beschrijft een functionele eenheid als '... een groepering van personen die als team op directe of gelijkgerichte wijze betrokken is bij het doel waarvoor medische gegevens uitgewisseld worden...'. De samenwerking van een bedrijfsarts in een arbodienst met ondermeer arbeidsdeskundigen zou volgens de KNMG niet aan die definitie voldoen.

In de sociale verzekering is in elk geval sprake van een multidisciplinaire besluitvorming die intensieve samenwerking tussen verzekeringsarts, arbeidsdeskundige en de juridisch functionaris vereist. Vrijwel geen enkele beslissing kan zonder deze samenwerking tot stand komen. Voor het overleg tussen verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen bij de arbeidsongeschiktheidsschatting is zelfs een standaard opgesteld (23). Per januari 1998 moet het bestuursorgaan bovendien een 'medisch besluit' aan zijn beslissingen als bijlage ten behoeve van de cliënt toevoegen.

Op grond hiervan gaat de richtlijn ervan uit dat de arbeidsdeskundige en de behandelend

juridisch functionaris kennis moeten kunnen nemen van de conclusies, motivering en achtergronden van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling zoals vastgelegd in diens rapportage en het belastbaarheidsprofiel. Zij hebben op hun beurt een plicht tot geheimhouding conform artikel 98 Osv.

Om rolvervaging te voorkomen en te bewerkstelligen dat de verzekeringsarts verantwoord met zijn medische geheimhoudingsplicht kan omgaan, is bepaald dat deze deskundigen voor de beantwoording van nadere vragen naar aanleiding van de rapportage of het belastbaarheidsprofiel terugverwijzen naar de verzekeringsarts.

Arbeidsdeskundige

Het arbeidsongeschiktheids criterium bestaat uit een *medisch*- en een *arbeidskundig* deel. De kern van het criterium is immers de door ziekte verminderde geschiktheid om te kunnen verdienen. In het algemeen onderzoekt de verzekeringsarts de *mogelijkheden om te functioneren* en de arbeidsdeskundige de daarmee bestaande *arbeidsmogelijkheden*. Deze combinatie kan zowel leiden tot een bepaling van de mate van arbeidsongeschiktheid als tot arbeidsbemiddeling of toekenning van reïntegratiefaciliteiten. Beide activiteiten hebben een flinke overlap en regelmatig is een intensieve afstemming nodig om tot een goede beoordeling te komen.

De basis van het arbeidskundig onderzoek zijn de overwegingen ten aanzien van de fysieke en mentale mogelijkheden om te functioneren van de cliënt, zoals vermeld in de rapportage en het belastbaarheidsprofiel. Zonder deze documenten kan de arbeidsdeskundige zijn werk niet doen. Voor zijn eigen beeldvorming heeft hij zelf doorgaans ook één of meerdere contacten met de cliënt en diens werkgever.

Er kan niet mee volstaan worden alléén het belastbaarheidsprofiel als conclusie van de verzekeringsarts aan de arbeidsdeskundige te verstrekken. Dat is alleen geschikt voor geautomatiseerde verwerking. Als de verzekeringsarts zich daartoe zou beperken krijgt de functieduiding het karakter van een door de computer gedikteerd automatisme. Dat is niet de bedoeling: de specifieke aan iedere beoordeling verbonden individuele bijzonderheden moeten goed tot uitdrukking kunnen komen. Voor een deel van de beoordelingen zullen beide disciplines daarvoor zelfs nader moeten overleggen in aanvulling op de rapportage.

Juridisch medewerker

De juridisch medewerker formuleert de vraagstelling. Bij het verzekeringsgeneeskundig onderzoek komen regelmatig juridische aspecten naar voren. Daarvoor heeft hij delen van de motivering van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling nodig. De juridisch medewerker is bovendien verantwoordelijk voor de formulering van de beslissing, waaraan per 01-01-1998 op grond van artikel 88d WAO een 'medisch besluit' als motivering ten behoeve van de cliënt wordt toegevoegd. Om deze redenen moet ook hij kunnen beschikken over de rapportage en het belastbaarheidsprofiel. Aangenomen wordt dat het niet voor de hand ligt bij WAZ- en Wajong beoordelingen anders te handelen.

In sommige gevallen zal daarnaast nader inhoudelijk overleg nodig zijn, hetzij op initiatief van de juridisch medewerker, hetzij op dat van de verzekeringsarts.

3.5.3 Kwaliteitszorg

Voor de coaching van verzekeringsartsen en toetsing van hun werk is het noodzakelijk dat derden toegang kunnen hebben tot medische gegevens. Dit gebeurt voornamelijk lokaal door de stafverzekeringsarts maar soms ook centraal door de uitvoeringsinstelling, door de opdrachtgever (het Lisv) of door het toezichthoudend orgaan (het Ctsv).

De Registratiekamer heeft ten tijde van de ontwikkeling van de richtlijn te kennen gegeven dat onderzoek in het kader van kwaliteitszorg nooit mag leiden tot wijziging van individuele beslissingen.

Stafverzekeringsarts

De stafverzekeringsarts kan uit hoofde van zijn verantwoordelijkheid voor kwaliteitszorg gebruik maken van het medisch dossier. Aansluiting is gezocht bij de jurisprudentie van het Centraal Medisch Tuchtcollege aangaande het gebruik van medische gegevens ten behoeve van de kwaliteitszorg (25). Concrete aanleidingen kunnen bijvoorbeeld zijn consultatie door de verzekeringsarts, de noodzaak de beoordeling aan een andere verzekeringsarts over te dragen, een periodieke steekproef ten behoeve van een functioneringsgesprek met de verzekeringsarts, een onderzoek naar het verloop van bepaalde gevallen of naar de toepassing van standaarden en richtlijnen, de behandeling van een klacht van een cliënt of andere concrete problemen bij de beoordeling. De stafverzekeringsarts kan bijvoorbeeld in het kader van onderlinge toetsing, opleiding of werkbeprekingen geanonimiseerde casuïstiek als instructie gebruiken of een verzekeringsarts vragen daar zorg voor te dragen.

Ook de stafverzekeringsarts heeft een medisch beroepsgeheim. Dat betekent dat hij gegevens slechts geanonimiseerd en geaggregeerd aan derden kan aanleveren. In het kader van de behandeling van een klacht rapporteert hij over zijn conclusies en zijn terzake relevante bevindingen aan het management voorzover dat bij de behandeling van de klacht is betrokken.

In voorkomende gevallen kan een centrale stafverzekeringsarts van een uitvoeringsinstelling op dezelfde wijze medische dossiers gebruiken. Het management kan alleen beschikken over (documenten uit) medische dossiers, voorzover dat met toestemming van de cliënt plaatsvindt.

Ctsv en Lisv

Het Ctsv heeft tot taak toezicht op de 'rechtmatigheid en doelmatigheid' van de uitvoering te houden conform artikel 10 Osv. Op grond van artikel 102, lid 1 Osv zijn de uitvoeringsinstellingen verplicht aan het Ctsv inlichtingen te verstrekken die het nodig heeft voor de uitoefening van zijn taak. Over de toepassing van dit artikel is in 1996 door Sluyters (26) advies uitgebracht. Het betrof de verstrekking van dossiers van uitvoeringsorganen aan het Ctsv dat daar aanspraak op maakte uit hoofde van zijn toezichthoudende taak. Sluyters concludeerde '.... dat het kwaliteitstoezicht de wetsuitvoering en detail kan betreffen en dat derhalve bij de arbeidsongeschiktheidsverzekering de kwaliteit van het medisch onderzoek, dat een vitaal onderdeel is van die wetten, ook onder zulk kwaliteitsonderzoek kan vallen. Dat tevens het maatschappelijk belang bij een juiste uitvoering van genoemde wetten een doorbreking van het medisch beroepsgeheim bij de uitoefening van het toezicht rechtvaardigt....'. De Registratiekamer (27) komt in zijn advies dd.15.11.'96 tot de conclusie dat sprake is van een wettelijk voorschrift in overeenstemming met artikel 8, lid 2 EVRM dat het beroepsgeheim van de verzekeringsarts doorbreekt. Het onderzoek kan overigens volgens de Registratiekamer beperkt blijven tot een steekproef. Als het niet in geanonimiseerde vorm kan plaatsvinden moet het met privacybeschermende maatregelen omgeven worden.

De taken van het Lisv hebben betrekking op de uitvoering van de arbeidsongeschiktheids-wetten en staan beschreven in artikel 38 Osv. Het Lisv kan eisen stellen aan de uitvoering en moet de wetgever desgevraagd inlichtingen verstrekken die nodig zijn voor de beoordeling van de uitvoerbaarheid van beleidsvoornemens en wettelijke voorschriften. Voor

dat doel moet het Lisv een goed inzicht hebben in de uitvoering van bepaalde voorschriften, zoals de richtlijnen en standaarden voor de verzekeringsgeneeskundige beoordeling. Op grond van 102, lid 1 Osv zijn de uitvoeringsinstellingen ook verplicht het Lisv inlichtingen te verstrekken die het in het kader van die taak nodig heeft.

Bij Algemene Maatregel van Bestuur d.d. 26-02-1997 ('Besluit gegevensverstrekking') is hier nadere uitwerking aan gegeven. Op grond van artikel 2 van dit besluit zijn uitvoeringsinstellingen verplicht op verzoek van het Ctsv of het Lisv kosteloos gegevens te verstrekken die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de wet. Voor wat betreft artikel 2 van dit besluit heeft de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid in zijn brief van 28 november 1997 aan het Lisv meegedeeld dat het besluit aanpassing behoeft. De strekking hiervan zal zijn dat op het moment het Lisv een uitvoeringsinstelling om gegevens verzoekt, ervan moet worden uitgegaan dat de noodzaak van gegevensverstrekking vaststaat en dat de afweging van het belang van de gegevensverstrekking tegen het belang van de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer reeds heeft plaatsgevonden (34). Dit betekent dat beide instanties in het kader van hun taak gebruik kunnen maken van medische dossiers zonder toestemming van de cliënt. Doorgaans zal dat gebeuren door onderzoekinstellingen in opdracht van Ctsv/Lisv. Het zal slechts zelden noodzakelijk zijn onderzoek in te stellen in medische dossiers. De noodzaak zal dus moeten blijken uit de aard van het onderzoek. Meestal zal het onderzoek zich bepalen tot de rapportage en het belastbaarheidsprofiel die immers de motivering bevatten. Bij een goed functionerend kwaliteitssysteem zullen de uitvoeringsinstellingen zélf desgevraagd allerlei informatie over de kwaliteit van de uitvoering kunnen geven.

Niettemin kan er behoefte bestaan aan informatie over de kwaliteit van de wijze van uitvoering van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling die niet door de uitvoeringsinstellingen zelf gegenereerd is. Het gebruik van gegevens, vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts moet in die gevallen omgeven zijn met waarborgen in een reglement dat Ctsv/Lisv opstellen.

3.5.4. Bezwaarschriftprocedure

In *bezwaarschriftprocedures* neemt de daarvoor aangewezen verzekeringsarts soms deel aan hoorzittingen. Wanneer de verzekeringsgeneeskundige beoordeling ter discussie gesteld is, ontvangen alle deelnemers, waaronder eventueel de arts-gemachtigde namens de werkgever, de oorspronkelijke verzekeringsgeneeskundige rapportage en het belastbaarheidsprofiel.

De verzekeringsarts stelt naar aanleiding van de procedure een nieuwe rapportage en soms een nieuw belastbaarheidsprofiel op. Deze stelt hij eveneens ter beschikking aan de hoorcommissie. De verzekeringsarts attendeert de cliënt er tijdens de hoorzitting op dat hij zijn specifieke gezondheidsproblemen niet ten overstaan van de hele hoorcommissie hoeft te bespreken, maar in een apart verzekeringsgeneeskundig onderzoek naar voren kan brengen.

3.5.5. Overigen

Anderen binnen het bestuursorgaan dan de hierboven genoemde functionarissen hebben geen toegang tot gegevens, vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts, dan met gerichte toestemming van de cliënt.

3.6. Gebruik gegevens buiten de sociale verzekering

Buiten de sociale verzekering betekent 'buiten het Ctsv, het Lisv en de uitvoeringsinstellingen die in opdracht van het Lisv sociale wetgeving uitvoeren'. Daaronder wordt ook begrepen de cliënt zelf alsmede de private takken van de uitvoeringsinstellingen.

Veelal is een schriftelijke gerichte toestemming van de cliënt nodig om in dit circuit gegevens te verstrekken, op de enkele (benoemde) uitzonderingen na.

De belangrijkste uitzonderingen zijn de cliënt of zijn gemachtigde, de bestuursrechter, de artsgemachtigde van de werkgever. Bij gerichte vragen naar complete documenten die de verzekeringsarts ten behoeve van zijn beroepsuitoefening ontving van behandelaars en bedrijfsartsen, verwijst hij terug naar deze bronnen, tenzij de cliënt zelf om deze documenten vraagt.

3.6.1 Cliënt en/of zijn gemachtigde

De cliënt heeft altijd toegang tot het medisch dossier. Een advocaat heeft namens de cliënt ook toegang tot het medisch dossier, mits blijkt dat hij door de cliënt gemachtigd is. De sociale verzekering kent al sinds 1986 een vrijwel ongeclausuleerd *inzage- en correctierecht*. Dat is pas later vastgelegd in artikel 29 Wpr en nog later in artikel 7:456 BW. Inzage mag conform artikel 30 Wpr onder andere alleen geweigerd worden in verband met het belang van de opsporing van strafbare feiten of in het belang van anderen dan de verzoeker, de houder van de persoonsregistratie daaronder begrepen. Gegevens *over derden* moeten vóór inzage verwijderd worden. De cliënt heeft gezien de AMvB ex artikel 13 Wpr ('tientjesbesluit') recht op een afschrift van documenten tegen kostprijs, maar niet meer dan maximaal f 10,- . De verzekeringsarts moet ook direct inzage geven in brieven van bedrijfsartsen, behandelend artsen en in expertiserapporten of andere onderzoeken door derden. Bij vragen van de cliënt over de inhoud daarvan kan hij het beste naar de bron terugverwijzen.

De verzekeringsarts moet de inzage begeleiden, wanneer dat gezien de inhoud van het medisch dossier of de problematiek van de cliënt aangewezen lijkt. Het is niet aanmerkelijk dat een cliënt een verzekeringsarts aansprakelijk kan stellen voor eventuele schade aan zijn gezondheid, wanneer hij persisteert inzage te krijgen (12).

De verzekeringsarts corrigeert gegevens die volgens de cliënt feitelijk onjuist zijn. De verzekeringsarts kan evenwel weigeren aan zo'n verzoek te voldoen indien hij de visie van de cliënt niet deelt. Daarnaast kan de cliënt op grond van artikel 7:454 BW documenten aan het dossier toevoegen, bijvoorbeeld bij verschillen in perceptie. Voor correctie in documenten afkomstig van derden wordt naar deze bronnen terugverwezen.

Voor de inzage en correctie in de verzekeringsgeneeskundige rapportage wordt verwezen naar paragraaf 3.4.

3.6.2. Bedrijfsartsen

Bedrijfsartsen verzorgen de beoordeling en begeleiding van het arbeidsverzuim in het kader van de loondoorbetalingsplicht en de begeleiding naar werkhervatting in het betrokken bedrijf. De verzekeringsartsen beoordelen (mede) aanspraken op uitkering bij langdurig verzuim en aanspraken op reïntegratievoorzieningen, zowel binnen als buiten het eigen bedrijf. Bedrijfs- en verzekeringsartsen moeten dus vaak intensief samenwerken.

Reïntegratieplan en andere documenten

Als de cliënt niet in zijn bedrijf kan terugkeren moet na uiterlijk acht maanden verzuim een *volledig reïntegratieplan* opgesteld worden (28). De bijlage 1 daarvan wordt door de bedrijfsarts getekend en bevat de relevante gegevens over de gezondheidstoestand van de cliënt. De bedrijfsarts kan het reïntegratieplan documenteren met andere stukken zoals rapportages en brieven van behandelend artsen. Deze documenten worden uitsluitend aan de verzekeringsarts geadresseerd en bewaart de verzekeringsarts in het medisch dossier. Dat doet hij ook wanneer hij in het bezit komt van dergelijke documenten bij een verzoek om een reïntegratievoorziening te kunnen beoordelen. Voorzover relevant voor zijn beoordeling kan de verzekeringsarts delen van deze informatie daarvoor gebruiken en in de motivering van zijn beoordeling opnemen.

Overlegsituaties

Regelmatig is sprake van overlegsituaties, waarbij over casuïstiek gesproken wordt. Dit gebeurt zowel telefonisch als in bijeenkomsten. De daarbij noodzakelijke overdracht van informatie vloeit voort uit de wettelijke taak van zowel arbodiensten als uitvoeringsinstellingen waar mogelijk de reïntegratie te bevorderen. In dat kader kan het ook gebeuren dat de bedrijfsarts behoefte heeft aan het oordeel van de verzekeringsarts en/of de arbeidsdeskundige over de mogelijkheden en beperkingen.

Zowel in het kader van bepaalde Amber-bepalingen '*toegenomen arbeidsongeschiktheid door dezelfde oorzaak*' als in het kader van de Wet op de Reïntegratie '*is de werknemer arbeidsgehandicapt?*' als in het geval van een aanstellingsonderzoek kan de werkgever belang hebben bij inzicht in het sociale verzekeringsverleden van werknemers en sollicitanten. In al deze gevallen is het bepaalde in artikel 101 lid 2 Osv van toepassing en is derhalve gerichte schriftelijke toestemming van de betrokken cliënt nodig.

Deskundigenoordeel ('second opinion')

Op grond van artikel 38, eerste lid, sub g Osv hebben de verzekeringsartsen tot taak een '*deskundigenoordeel*' uit te voeren op verzoek van hetzij de werknemer, hetzij de werkgever bij een verschil van mening tussen beiden over de geschiktheid het eigen of ander passend werk binnen de onderneming te verrichten. Vrijwel altijd is de werknemer de aanvrager. Derden - zoals de bedrijfsarts - kunnen een deskundigenoordeel aanvragen namens de werkgever of werknemer. De procedure moet vlot uitgevoerd kunnen worden, omdat de werkgever een werknemer gedurende de procedure zijn loon niet hoeft door te betalen, wanneer hij van mening is dat de betrokken werknemer kan werken. Zonder deskundigenoordeel kunnen partijen hun geschil niet voorleggen aan de civiele rechter (29).

De bedrijfsarts verstrekt spontaan of op verzoek relevante gegevens aan de verzekeringsarts die de beoordeling doet. De bedrijfsarts informeert de betrokken werknemer of verkrijgt diens gerichte toestemming, voorzover hij dat nodig acht. De verzekeringsarts voegt deze informatie toe aan het medisch dossier. Hij overlegt zelf met de behandelend arts voorzover de bedrijfsarts daar geen informatie over kan verstrekken of indien dat alsnog nodig blijkt. Hij kan dat na afstemming met de cliënt nog vóór het spreekuuronderzoek doen en bij voorkeur telefonisch. De verzekeringsarts vraagt de cliënt om een gerichte schriftelijke machtiging. Wanneer deze niet verstrekt wordt, mag de behandelend arts conform artikel 7:629a, lid 4 BW 'de gevraagde inlichtingen verstrekken voor zover daardoor de persoonlijke levenssfeer van de cliënt niet onevenredig wordt geschaad'. De verzekeringsarts bewaart de informatie in het medisch dossier.

Hij stelt een rapportage op en verstrekt de aanvrager minimaal de vraagstelling, de onderzoeksactiviteiten en zijn conclusie aangaande de mogelijkheden van de cliënt om te

functioneren. Terwille van een zo groot mogelijke bescherming van het medisch geheim van de cliënt wordt hier dus onderscheid gemaakt tussen de *formele* motivering en de *inhoudelijke* motivering. De cliënt krijgt de formele motivering ook als niet hij de aanvrager was, maar de werkgever. De cliënt ontvangt desgewenst de héle verzekeringsgeneeskundige rapportage.

De bedrijfsarts of de arbodienst worden alleen geïnformeerd voorzover de cliënt daar schriftelijke gerichte toestemming voor geeft.

Werkgever of anderen binnen een bedrijf

Zij ontvangen alléén informatie voorzover de cliënt daar schriftelijk gerichte toestemming voor heeft gegeven. Dat geldt óók voor het zogenaamde ‘sociale team’. Het spreekt vanzelf dat de arbeidsdeskundige uit hoofde van zijn taak informatie uit de verzekeringsgeneeskundige rapportage aangaande de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt bespreekt met werkgevers, voorzover dat voor de reïntegratie van een werknemer bij zijn eigen werkgever nodig is.

Als gevolg van de introductie van allerlei reïntegratie-faciliteiten voor werkgevers, krijgen zij steeds meer belang bij informatie over gegevens waarover de sociale verzekering beschikt. Voorzover dat gegevens, vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts regardeert, ziet deze erop toe dat dergelijke informatie steeds met toestemming van de betrokken cliënt verstrekt wordt.

3.6.3. Rechterlijke macht

De cliënt kan zijn beroepschrift bij de *rechter* in veel gevallen zélf goed documenteren. In de meeste gevallen heeft hij immers een ‘medische beschikking’ ontvangen als motivering van de beslissing waar hij bezwaar tegen heeft gemaakt. Als aan de cliënt het recht is toegekend tegen een beschikking beroep op een bestuursrechter in te stellen, dient hij eerst tegen de beschikking bezwaar gemaakt te hebben. Hetzelfde geldt voor een deskundigenoordeel als de cliënt een beroep wenst in te stellen bij een civiele rechter. Ook in het kader hiervan heeft hij afschriften van de verzekeringsgeneeskundige motivering ontvangen.

In steeds meer situaties heeft de *werkgever* de mogelijkheid in bezwaar en beroep te gaan tegen een beslissing aangaande de arbeidsongeschiktheid van zijn werknemer. Deze procedure stelt bijzondere eisen aan de bescherming van de privacy en het medisch beroepsgeheim.

3.6.3.1. Bestuursrechtelijke procedures

Bij een *beroepsprocedure* kan de rechtbank gezien het bepaalde in artikel 8:42, lid 1 Awb verlangen dat het bestuursorgaan de ‘*op de zaak betrekking hebbende stukken*’ overhandigt. Uit de MvT blijkt dat deze verplichting ook de medische stukken geldt. Daar is geen toestemming van de cliënt voor nodig (30). Gevers (8) meent dat de verzekeringsarts alleen geen relevante stukken hoeft te overleggen, als de cliënt dat nadrukkelijk weigert. Dit standpunt geeft invulling aan het bepaalde in artikel 7:457 BW. Door het aanspannen van de beroepsprocedure stemt de cliënt als het ware in met de verstrekking van relevante gegevens. Gezien de wettelijke formulering van de Awb is het twijfelachtig of de cliënt daarbij wel de ruimte heeft de verstrekking te weigeren. Hij zou de rechter dan selectief kunnen informeren. Datzelfde bezwaar geldt ten aanzien van het verstrekken van gegevens alléén door de cliënt zelf.

Bij geschillen in het kader van de WAO kan de werkgever ook partij zijn. De cliënt kan dan toestemming geven om zijn medische gegevens aan de werkgever kenbaar te maken. Als hij dat weigert zullen deze stukken ingevolge het bepaalde in artikel 88c, lid 1 WAO

door de rechter wel aan een arts-gemachtigde namens de werkgever verstrekt worden. Deze arts mag de informatie niet doorgeven aan de werkgever. De behandeling geschiedt zo nodig met gesloten deuren conform het bepaalde in artikel 88h WAO. Dit is een verantwoordelijkheid van de rechter: de verzekeringsarts verstrekt in beide gevallen dezelfde gegevens aan de rechter, zonder toestemming van de cliënt.

Minder duidelijk is om welke stukken het hier gaat. Dat is niet zonder betekenis omdat de rechter in eerste instantie zelden gericht naar bepaalde documenten vraagt. Vóórdat de verzekeringsarts documenten verstrekt moet hij volgens een uitspraak van het Centraal Medisch Tuchtcollege (31) in ieder geval éérst nagaan of de beroepszaak wel betrekking heeft op zijn beoordeling. Als dat niet het geval is, mag de verzekeringsarts helemaal geen documenten overleggen. In andere gevallen gelden de volgende overwegingen.

Aangezien de verzekeringsgeneeskundige rapportage de motivering bevat en die door een werkgroep van de Arrondissementsrechtbanken als een adequate verantwoording van de motivering is aanvaard, kan dit document primair als zodanig beschouwd worden, inclusief het belastbaarheidsprofiel.

Omstreden is, in hoeverre ook inlichtingen van behandelend artsen zonder toestemming van de cliënt overhandigd moeten worden. Vaak geven behandelend artsen geen gericht antwoord op gerichte vragen; de verzekeringsarts ontvangt vaak kopieën van allerlei medische documenten waaruit hij zelf moet opmaken wat relevant is. Om deze reden is lang niet alles wat de verzekeringsarts van de behandelaar vernomen heeft 'relevant' of 'op de zaak betrekkelijk'. De verzekeringsarts moet echter gezien een uitspraak van de CRvB de inlichtingen van de behandelend arts verstrekken (32). De behandelend arts zelf heeft een dergelijke verplichting niet, maar weer wél tegenover de door de rechtbank benoemde medisch deskundige. Een rapport van de Commissie Medische Rapportage van de CRvB vermeldt over deze deskundigenrapporten dat 'integrale overlegging van de verkregen gegevens van behandelend artsen meestal niet nodig en - in verband met de bescherming van de persoonlijke levenssfeer - over het algemeen zelfs ongewenst is' (33). Er is daarin geen wezenlijk verschil met de verzekeringsgeneeskundige rapportage. Het rapportageprotocol bepaalt dat de verzekeringsarts beschrijft of er overleg gevoerd is met de behandelaar en indien dat het geval geweest is een korte samenvatting geeft van de inhoudelijke strekking daarvan. In principe moet dat voldoende informatie verschaffen en hoeven dan dus geen kopieën van schriftelijke inlichtingen verstrekt te worden. Maar als de rechter daar in tweede instantie om vraagt zal alsnog een kopie van de originele stukken zonder toestemming van de cliënt door de verzekeringsarts via de functionaris die met de behandeling van de beroepszaak belast is, verstrekt moeten worden. Het is niet nodig hier de behandelend arts bij te betrekken, het betreft immers het geheim van de patiënt en niet van de behandelend arts.

De verzekeringsarts geeft desgevraagd antwoord op vragen van de rechter of reageert spontaan op de stukken. De verzekeringsarts verschijnt desgevraagd als getuige-deskundige en geeft dan antwoord op de hem gestelde vragen. In bestuursrechtelijke procedures heeft de verzekeringsarts in de praktijk vrijwel geen verschoningsrecht (30).

3.6.3.2. Civielrechtelijke procedures

Bij civiele procedures zal de verzekeringsarts in het algemeen informatie aan de rechtbank kunnen verstrekken wanneer de cliënt hem daar toestemming voor geeft. Verreweg de meeste civiele procedures zullen betrekking hebben op de geschiktheid voor eigen of ander passend werk in het kader van de wet-Wulbz. Daar is de verzekerings-

arts bij betrokken doordat aan deze procedure altijd eerst een deskundigenoordeel ('second opinion') vooraf moet gaan. De cliënt beschikt dan zelf over de verzekeringsgeneeskundige rapportage. Hij kan door gebruik te maken van zijn recht op inzage en afschrift zelfs over het hele medische dossier beschikken. Zodoende kan de verzekeringsarts verzoeken van de rechter om bepaalde stukken, doorverwijzen naar de cliënt. Uiteraard kan de verzekeringsarts documenten naar de rechtbank sturen als de cliënt daarom vraagt. Hoe de rechter op zijn beurt de werkgever als procespartij informeert, is een zaak tussen hem en de cliënt.

Ook een werkgever kan na een deskundigenoordeel een civiele procedure aanspannen. Hij heeft dan in ieder geval een formele motivering van de verzekeringsgeneeskundige beoordeling ontvangen. Die omvat de verzekeringsgeneeskundige vraagstelling, onderzoeksactiviteiten en conclusies ten aanzien van de mogelijkheden om te functioneren van de werknemer. Die kan de werkgever zelf overleggen. De verzekeringsarts verstrekt de rechtbank daarnaast geen andere informatie dan met gerichte schriftelijke toestemming van de cliënt.

Verschoningsrecht

De verzekeringsarts kan zoals reeds aangegeven onder paragraaf 3.1.2. om een nadere schriftelijke verklaring worden gevraagd of kan zelfs door de rechter worden opgeroepen voor een mondelinge toelichting. De verzekeringsarts kan daarbij gebruik maken van zijn verschoningsrecht. In bestuursrechtelijke procedures moet het bestuursorgaan echter in staat gesteld worden zijn beslissing te verdedigen. Vanwege dit processueel belang hoeft de verzekeringsarts die namens het bestuursorgaan opgeroepen wordt, niet te zwijgen (28) voorzover tenminste zijn oordeel bestreden wordt.

Het verschoningsrecht heeft daarom voornamelijk betekenis bij civiele procedures. Hier mag de verzekeringsarts slechts spreken voorzover de cliënt hem daarvoor toestemming verleent. De arts moet wél verschijnen (12).

Beheer gegevens uit rechterlijke procedures

De verzekeringsarts bewaart alle stukken die met betrekking tot een juridisch geschil in zijn bezit komen, in het medisch dossier, met name deskundigenrapporten, inlichtingen van behandelend artsen en brieven van de cliënt zelf over zijn gezondheidstoestand.

3.6.4. Behandelars

Voor verstrekking van gegevens aan *behandelaars* is gerichte toestemming van de cliënt nodig. De opvatting dat dit niet zo zou zijn, berust op de misvatting dat de geheimhoudingsplicht niet tegenover artsen zou gelden. Bij zijn vraagstelling aan behandelend artsen *verstrekt* de verzekeringsarts ook altijd informatie ten aanzien van het probleem, het doel van en het kader waarin hij zijn vragen stelt en zijn voorlopige conclusie. Daarom hebben machtigingen voor communicatie met de behandelaars conform de gelijknamige standaard altijd een *tweezijdig* karakter (17). De eis van gerichte toestemming omvat dus zowel het geven als het ontvangen van informatie.

3.6.5. Andere deskundigen buiten de sociale verzekering

De verzekeringsarts kan andere deskundigen, zijnde niet de behandelaars, inschakelen: een medisch specialist, een psycholoog, een deskundige op het terrein van fysiek of mentaal belastbaarheidsonderzoek of anderen. In dat kader mag hij zijn vraagstelling aan deze deskundigen documenteren met daarvoor relevante gegevens zonder gerichte toestemming van de cliënt.

(24). De deskundige wordt altijd gericht geïnformeerd en de verzekeringsarts blijft verantwoordelijk voor zijn uiteindelijke beoordeling. Daarom kan de verzekeringsarts de deskundige nooit het hele medisch dossier overhandigen, maar bijvoorbeeld wel zijn (voorlopige) rapportage of delen daarvan.

Deskundigenrapporten en expertises van medisch specialisten worden bewaard in het medisch dossier.

3.6.6. Arbeidsbemiddelaars

Arbeidsbemiddelaars werkzaam bij instellingen waarmee uitvoeringsinstellingen een contract hebben afgesloten, kunnen zonder toestemming van de cliënt beschikken over de verzekeringsgeneeskundige rapportage en het belastbaarheidsprofiel. Dit kan op grond van artikel 6 Besluit gegevensverstrekking sociale verzekeringen 1997 als zij een (ex)arbeidsongeschikte cliënt bemiddelen op verzoek of in opdracht van de uitvoeringsinstellingen

3.6.7. Regionaal Directeur Arbeidsvoorziening

In het kader van de wettelijke ontslagbescherming ex artikel 8 WAGW adviseren uitvoeringsinstellingen de regionaal directeur arbeidsvoorziening over een ontslagaanvraag door werkgevers voor werknemers die tot de doelgroep behoren. In die gevallen kan door de verzekeringsgeneeskundige de beoordeling, bestaande uit een rapportage en een belastbaarheidsprofiel, zonder toestemming van de cliënt aan de RDA toegezonden worden. Daar waar dus een officiële relatie opdrachtgever/opdrachtnemer bestaat, kan zonder toestemming van de cliënt de rapportage en het belastbaarheidsprofiel worden verstrekt. In het algemeen zal de verzekeringsarts de cliënt spreken in het kader van een dergelijke aanvraag, zodat hij de cliënt hierover kan informeren.

3.6.8. Medisch adviseurs particuliere verzekeringen

Particuliere verzekeraars vragen in toenemende mate om verzekeringsgeneeskundige gegevens in het kader van aanvullende verzekeringen of premievrijstelling bij arbeidsongeschiktheid. Verstrekking kan plaats vinden met gerichte schriftelijke toestemming van de cliënt.

Soms ontvangt de verzekeringsarts informatie van particuliere verzekeraars of van de cliënten zelf met betrekking tot beoordelingen van hun gezondheidstoestand die in de particuliere verzekering hebben plaatsgevonden. Dat komt vooral veel voor bij de WAZ-beoordeling van zelfstandigen. De verzekeringsarts bewaart deze gegevens - vaak rapporten van medisch specialisten - in het medisch dossier.

Op ongerichte verzoeken om 'informatie' of 'inzage in het dossier' hoeft de verzekeringsarts niet in te gaan.

3.6.9. Instanties 'Besluit gegevensverstrekking sociale verzekeringen 1997'

De AmvB ex artikel 102 Osv (Besluit gegevensverstrekking sociale verzekeringen) vermeldt in 18 artikelen een groot aantal instanties waaraan het Lisv en de uitvoeringsinstellingen kosteloos informatie moeten verstrekken. Dat kan met name gevolgen hebben voor de verstrekking van gegevens door de verzekeringsarts aan die instanties waarmee de sociale verzekering in het kader van het SWI-project samenwerkt ten behoeve van de reïntegratie. Dit regardeert vooral de gemeenten en de arbeidsvoorziening. Bovendien kunnen private ondernemingen als uitvoerder van een reïntegratie-opdracht voor de uitvoeringsinstellingen optreden. Dit is voorzien in het wetsvoorstel 'Wet op de (re)Integratie'.

Hieronder wordt het Besluit kort besproken, alsmede de relevantie voor de verstrekking van gegevens door de verzekeringsarts in de verschillende situaties.

Strekking besluit

De gegevensverstrekking door de verzekeringsarts bij fraudebestrijding (artikel 1) is beschreven in paragraaf 3.1. De gegevensverstrekking aan het Ctsv en Lisv (artikel 2) in paragraaf 3.5.

Artikel 102, lid 2 Osv bepaalt dat de gegevensverstrekking als bedoeld in het besluit niet plaats vindt, voor zover het belang van de gegevensverstrekking niet opweegt tegen het belang van de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer van degene op wie de gegevens betrekking hebben. Naast bescherming van de persoonlijke levenssfeer is het medisch beroepsgeheim voor cliënten van groot belang zodat zij weten dat zij bij (verzekerings)artsen hun verhaal kwijt kunnen zonder dat deze informatie aan derden bekend gemaakt wordt. De AmvB gaat aan het aspect van het medisch beroepsgeheim geheel voorbij.

Gezien het bepaalde in artikel 7, lid 1 Wpr kunnen bepaalde gegevens in een persoonsregistratie opgenomen worden. Hieronder verstaat de Wpr onder meer gegevens als medische- en psychologische gegevens. Het besluit staat onder bepaalde voorwaarden systematische gegevensverstrekking toe. Dit impliceert dat het besluit geen verstrekking van medische en psychologische gegevens zonder toestemming van de cliënt toestaat. Daarbij overweegt de richtlijn dat het verstrekken van dergelijke gegevens zonder toestemming van de cliënt in het algemeen als een onevenredige inbreuk in de persoonlijke levenssfeer gezien moet worden. Het is moeilijk voorstelbaar dat gegevens die zo zeer ingrijpen in de persoonlijke levenssfeer, zoals verkregen bij verzekeringsgeneeskundig onderzoek, zonder toestemming van de cliënt zo'n brede verspreiding zullen krijgen.

De verzekeringsarts ziet erop toe dat hij in dergelijke situaties alléén de rapportage en het belastbaarheidsprofiel verstrekt en alléén aan een arts, danwel aan een arbeidsbemiddelaar in het kader van een reïntegratieplan. Dit omdat alleen dan genoegzaam kan vast staan dat zij deze informatie uit hoofde van hun taak nodig hebben.

Geen relevantie voor de verzekeringsarts

In deze gevallen is er wel een noodzaak voor verstrekking van gegevens, maar niet van gegevens, vallend onder het beroepsgeheim van de verzekeringsarts. Dit betreft meestal financieel-economische gegevens, zoals aan de rijksbelastingdienst (artikel 3), de publieke ziektekostenverzekering (artikel 5) de Informatie Beheer Groep (artikel 7), de SER (artikel 8), het Ministerie van VROM (artikel 11) en ten behoeve van het hanteren van sociaal-fiscaal nummer (artikel 14).

Als de verzekeringsarts tóch verzoeken om informatie krijgt, verstrekt hij deze zonder toestemming van de cliënt, maar uitsluitend aan een arts.

Mogelijke relevantie voor verzekeringsarts

Op grond van artikel 4 van het Besluit kan kosteloze verstrekking van verzekeringsgeneeskundige gegevens aan de gemeenten met name aan de orde zijn in het kader van de WVG (voorzieningen voor gehandicapten), de Algemene bijstandwet (sollicitatieplicht (ex)arbeids ongeschikten. In dit artikel zijn niet expliciet de nWSW en de WIW genoemd, maar op grond van artikel 15 nWSW en artikel 22 WIW geldt in dit kader eveneens de informatieverplichting aan de gemeenten. Zo ook op grond van artikel 6 aan de arbeidsvoorziening in het kader van de arbeidsbemiddeling van (ex)arbeidsongeschikten, op grond van artikel 9 aan de uitvoerders van het jeugdwerkgarantieplan (arbeidsbemiddeling vroeggehandicapten), op grond van artikel 10 aan buitenlandse organen belast met de uitvoering van

arbeidsongeschiktheidsregelingen voorzover daar verdragen over gesloten zijn, op grond van artikel 12 in het kader van de Arbeidsomstandigheden- en voorzieningenwet (beroepsziekten, ongevallen, arbeidsomstandigheden) en op grond van artikel 13 aan organen belast met de uitvoering van buitengewone regelingen voor oorlogsslachtoffers. Alleen in dit laatste geval bestaat vaak behoefte aan gedetailleerde informatie uit het medisch dossier over anamnestiche gegevens uit het verleden. In alle andere gevallen kan de verzekeringsarts met de rapportage en/of het belastbaarheidsprofiel volstaan. Het is redelijk te verlangen dat de vragende instantie - namens deze doorgaans een arts- de cliënt éérst informeert. Als dat niet gebeurt is, moet de verzekeringsarts dat zelf doen. In voorkomende gevallen kan hij daarop anticiperen, bijvoorbeeld als een cliënt naar de arbeidsvoorziening verwezen wordt.

De verzekeringsarts verstrekt de gevraagde gegevens alleen aan een arts danwel aan een arbeidsbemiddelaar in het kader van een reïntegratieplan.

Overige situaties

Wanneer de uitvoeringsinstelling een opdracht voor een sociaal-medische beoordeling krijgt of geeft aan andere instanties, zal in dat kader in het algemeen de verzekerings-geneeskundige rapportage zonder toestemming van de cliënt verstrekt kunnen worden. Meestal betreft het de vraag naar de beoordeling van het 'arbeidsgehandicapt' zijn in het kader van het wetsvoorstel 'Wet op de (re)Integratie' of een opdracht tot arbeidsbemiddeling.

In alle andere gevallen kan alleen verstrekking van gegevens plaats vinden met gerichte schriftelijke toestemming van de cliënt. In principe geldt dat ook voor wetenschappelijk onderzoek, tenzij gegevens vóór het onderzoek geanonimiseerd kunnen worden.

3.7. Voorlichting

De verzekeringsarts heeft tot taak de cliënt goed te informeren over de manier waarop diens claim behandeld zal worden, over de positie van de cliënt daarin en hem tevens uit te leggen wie in het algemeen onder welke omstandigheden over welke gegevens beschikken kan. Deze voorlichting zal doorgaans een globaal karakter hebben. Het is aan de uitvoeringsinstellingen om door middel van bijvoorbeeld folders en campagnes cliënten nader te informeren over het beheer en verkeer van gegevens, vallend onder het medisch beroepsgeheim van de verzekeringsarts. Dat kan het beste gebeuren door deze informatie vooraf aan het spreekuur toe te sturen, zodat de cliënt er desgewenst vragen over kan stellen. Dit is ook van belang omdat blijkt dat veel cliënten maar een fractie onthouden van wat de (verzekerings)arts hen vertelt. Bovendien kan daarmee de voorlichtende taak van de verzekeringsarts aanzienlijk beperkt worden zodat hij zijn aandacht kan bepalen tot zijn eigenlijke werk: de beoordeling van de mogelijkheden van de cliënt om te functioneren.

Amsterdam, februari 1998

Literatuur

1. **D.Hazewinkel-Suringa.** *De doolhof van het beroepsgeheim.* Zwolle, Tjeenk-Willink 1959.
2. **R.M. Doppegieter.** *Het beroepsgeheim van de arts binnen de (uitkerings)instantie; een code voor zorgvuldig adviseren.* Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1994 (17):2 68-76.
3. **B. Sluyters.** *Goed beslissen of veel geheim houden: over medische gegevens, de verzekeraar en de leer van de loutere gevolgtrekking.* Tijdschr.voor Gezondheidsrecht, 1993 (16):1 2-15.
4. **S. Knepper.** *Strenger keuren: aan het sterfbed van de WAO?* Ned. Tijdschr. v. Geneeskunde 1993:137; 2291-5.
5. **Registratiekamer.** *Medisch advies & privacy.* Notitie van M.E.M. Nuyten, Registratiekamer, Rijswijk 14.2.1996.
6. **Naslag gevalsbehandeling Lisv.** *Rapportageprotocol Verzekeringsgeneeskunde.* Bohn Stafleu Van Loghum, Houten 1996.
7. **Werkgroep Medische Toetsing.** *Ben ik overtuigd?* Notitie van een werkgroep voorzitters sectoren bestuursrecht. mr. A.H.J. Lennaerts, Arrondissementsrechtbank Assen, mei 1995.
8. **J.K.M. Gevers.** *De verzekeringsarts en de wettelijke regeling van de behandelingsovereenkomst.* Tijdschr.v.Gezondheidsrecht 1996 (20): 7 389-398.
9. **Sociale Verzekeringsraad.** *Geneeskundige behandeling; advies over een voorontwerp van wet betreffende de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling.* SVr, Zoetermeer 1987.
10. **Sociale Verzekeringsraad.** *Beheer van medische gegevens.* J.C.Streng e.a; SVr, Zoetermeer, 1991.
11. **S. Knepper, A.J.V. Bockting, J.P. Splint en H.M. van Niftrik.** *Beheer medische gegevens.* Notitie t.b.v. directie GAK. Gemeenschappelijk Administratie Kantoor, Amsterdam 27 november 1992.
12. **Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst.** *Richtlijn inzake het omgaan met medische gegevens.* KNMG, Utrecht, juni 1996.
13. **Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst.** *Code Beheer en verkeer medische gegevens.* KNMG, Utrecht 1995. Zie ook: Medisch Contact 49, blz.100-102, 21 januari 1994 en nr.50, blz.279, 24 februari 1995.
14. **H.J.J. Leenen.** *Handboek gezondheidsrecht.* Rechten van mensen in de gezondheidszorg. Uitg. Samson/Tjeenk Willink, derde druk Alphen a/d Rijn 1994.
15. **A.J.J.M. Beljaars.** *Beroepsgeheim: het omgaan met medische gegevens.* Medisch Contact 1994 (49);22:746-748.
16. **Rechtbank Assen,** *Geheimhoudingsplicht, belangenafweging persoonlijke levenssfeer.* Jurisprudentie Bestuursrecht 4 (8) 144, juni 1997.
17. **Landelijk instituut sociale verzekeringen** *Richtlijn 'Communicatie met behandelaars'* Lisv, Amsterdam 1997.
18. **J.K.M.Gevers.** *De vertrouwelijkheid van sociaal-medische gegevens, in het bijzonder in verband met de wetten TZ/Arbo.* Tijdschr. v. Sociaal Recht 6:(1994); 168-171.
19. **Federatie van Bedrijfsverenigingen.** *Mededeling M 90.01 nota werkgroep fraudebestrijding.* FvB, Amsterdam 1990.
20. **W.A.Faas.** *Juridische aspecten van het werk van de verzekeringsgeneeskundige.* Stichting Sociale Gezondheidszorg, Utrecht 1991.
21. **Sociale Verzekeringsraad.** *Richtlijnen bewaartermijnen.* Circulaire nr. S 953 januari 1990.

22. **Sociale Verzekeringsraad.** *Geneeskundige behandeling. Voorontwerp van Wet.* SVr Zoetermeer oktober 1987.
23. **Landelijk instituut sociale verzekeringen.** *Protocol overleg verzekeringsarts en arbeidsdeskundige bij de functieduiding.* Bijlage bij mededeling M 95.91 Tica, Amsterdam 1995. Zie ook: brief SZW aan Tica dd.30.6.'95 kenmerk SV/WV/95/3123-1.
24. **A.J.J.M. Beljaars en C. Spreeuwenberg.** *Het beroepsgeheim van de verzekeringsarts.* Medisch Contact 1994 (50); 1638.
25. **Centraal Medisch Tuchtcollege.** *Informatie directeur patiëntenzorg zonder voorafgaande toestemming.* Tijdschr. v. Gezondheidsrecht (1990) 3:212, 1990/45.
26. **B. Sluyters.** *Verstrekking medische gegevens zonder toestemming van de cliënt in het kader van rechtmatigheidsonderzoek aan het Ctsv.* College van toezicht sociale verzekeringen, Zoetermeer 22 juli 1996.
27. **Registratiekamer.** *Verstrekking van persoonsgegevens aan het Ctsv door uitvoeringsorganen.* Notitie mr. U. van de Pol, Registratiekamer, Rijswijk 22 november 1996.
28. **Landelijk instituut sociale verzekeringen.** *Model poortwachtersfunctie.* Mededeling M 97.65, Lisv, juni 1997.
29. **Landelijk instituut sociale verzekeringen.** *Deskundigenoordeel artikel 56a Osv.* Mededeling M 96.74, Lisv, Amsterdam 1996.
30. **A.F. Rommelse.** *Medische geschillen voor de administratieve rechter.* Tijdschr. v. Gezondheidsrecht (1996) 8:448-459.
31. **Centraal Medisch Tuchtcollege.** *Ter beschikkingstelling medische dossiers aan uitvoeringsorgaan in geval van een gerechtelijke procedure.* Tijdschr. v. Ambtenarenrecht, 1991, nr. 31.
32. **Centrale Raad van Beroep.** *Verplichting verstrekking inlichtingen behandelend arts door bedrijfsverenigingen.* Uitspraak 15.10.'86 RSV 1987 65.
33. **Commissie Medische Rapportage CRvB.** *De medische rapportage in geschillen op het gebied van de sociale zekerheid.* Centrale Raad van Beroep, Utrecht augustus 1994.
34. **Brief Staatssecretaris SZW aan het Lisv,** d.d. 28.11.1997, kenmerk SV/UB/97/4500. *Gegevensverstrekking door de uvi's aan het Lisv.*

Wetgeving zoals aangegeven.