



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Verzamelen van en omgaan met medische gegevens in een woud vol regels

in het geval van medische keuringen en geneeskundige advisering bij particuliere verzekeringen

Kalkman-Bogerd, L.E.; Kalkman, W.M.A.

Publication date

2014

Document Version

Final published version

Published in

Verzekerings-Archief

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Kalkman-Bogerd, L. E., & Kalkman, W. M. A. (2014). Verzamelen van en omgaan met medische gegevens in een woud vol regels: in het geval van medische keuringen en geneeskundige advisering bij particuliere verzekeringen. *Verzekerings-Archief*, 91(1), 5-21. [2].

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

Verzamelen van en omgaan met medische gegevens in een woud vol regels

In het geval van medische keuringen en geneeskundige advisering bij particuliere verzekeringen

2

In het geval van medische keuringen en geneeskundige advisering bij particuliere verzekeringen is het verzamelen van en omgaan met medische gegevens door de geneeskundig adviseur onderworpen aan een veelheid van wettelijke voorschriften en zelfreguleringsafspraken. Het woud van regels is enerzijds te complex geworden, terwijl anderzijds die complexiteit ertoe heeft geleid dat regels soms niet meer met elkaar in overeenstemming zijn. Dit leidt voor de geneeskundig adviseur tot onwerkbare situaties en voor de keurling tot onduidelijkheid. De auteurs vragen in hun artikel aandacht voor de voorschriften waarvan aanpassing noodzakelijk en wenselijk is.

1. Inleiding

Medische keuringen en geneeskundige advisering vinden op veel verschillende terreinen plaats. Soms gebeurt dit op verzoek van betrokkene zelf die wil weten hoe zijn gezondheidstoestand is. Hij heeft die informatie bijvoorbeeld nodig om te beslissen of het verantwoord is, de zijderoute per fiets te gaan maken of om dagelijks te gaan hardlopen. Meestal vindt het onderzoek niet plaats in opdracht van de betrokkene, maar in opdracht van een derde. Het onderzoek is meestal niet gericht op medische behandeling, maar op buiten de gezondheidszorg gelegen belangen. De medische keuring mondt uit in een rapportage aan de opdrachtgever.

Soms gaat het om keuringen in het kader van een publiekrechtelijke regeling, zoals keuringen in verband met de aanvraag van een arbeidsongeschiktheidsuitkering, keuringen in opdracht van het Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen om de rijvaardigheid te beoordelen of medische advisering in opdracht van de Immigratie- en Naturalisatiedienst om op medische gronden een verblijfsvergunning te krijgen. In andere gevallen gaat het om privaatrechtelijke keuringen, zoals keuringen in opdracht van een zorgverzekeraar voor het sluiten van een aanvullende verzekering, keuringen in verband met loondoorbetaling tijdens ziekte en keuringen in het kader van (een aanvraag voor of uitvoering van) een particuliere levens- of arbeidsongeschiktheidsverzekering of een aansprakelijkheidsverzekering in verband met een letselschadeclaim.

Aanstellingskeuringen, voor zover nog toegestaan, kunnen zowel in de privaatrechtelijke als de publiekrechtelijke sector plaatsvinden. Voor al deze keuringen gelden deels verschillende regels. Het is ondoenlijk om deze allemaal in

Noten

1. Mr. L.E. Kalkman-Bogerd is Juridisch Adviseur Gezondheidsrecht te Leiden. Prof. dr. W.M.A. Kalkman is Hoofd Legal, Litigation & Compliance Nationale-Nederlanden, Hoogleraar Verzekeringsrecht Universiteit van Amsterdam en verbonden aan het UvA Centre for Insurance Studies (ACIS).

één artikel te bespreken. In dit artikel beperken wij ons tot de medische keuringen en geneeskundige advisering bij particuliere levens- arbeidsongeschiktheids- en aansprakelijkheidsverzekeringen.

Wij zullen ingaan op een aantal knelpunten dat speelt bij de centrale verantwoordelijkheid die de geneeskundig adviseur van een verzekeraar heeft bij het verzamelen van en het omgaan met medische informatie in het kader van het tot stand komen en uitvoeren van deze verzekeringsovereenkomsten.

Bij de werkzaamheden van de geneeskundig adviseur (die in dit artikel ook wordt aangeduid als medisch adviseur) in particuliere verzekeringszaken staan de belangen van de verzekeraar waarvoor hij werkzaam is of diensten verricht voorop, niet het gezondheidsbelang van degene die beoordeeld wordt. Deze persoon wordt in dit artikel afwisselend keurling, (kandidaat-)verzekerde, benadeelde, beoordeelde of betrokkene genoemd. Een keuring voorafgaand aan het sluiten van een verzekering wordt verricht om het gezondheidsrisico in te schatten, zodat beoordeeld kan worden of, en zo ja op welke voorwaarden, acceptatie voor de verzekering kan plaatsvinden. Een keuring tijdens de looptijd van een arbeidsongeschiktheidsverzekering vindt plaats om na te gaan in hoeverre de verzekerde recht heeft op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Bij geneeskundige advisering in aansprakelijkheidszaken (personenschade door een medische fout of (verkeers)ongeval) gaat het om beoordeling en vaststelling van aansprakelijkheid en de omvang van de schade.

De onderzoeken die in het kader van de geneeskundige advisering plaatsvinden, de advisering zelf en het gebruik van medische gegevens moeten voldoen aan de regels (wettelijke regels en regels van de beroepsgroep) die op dit terrein gelden. En dat zijn er veel! Op grond van de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) en de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen² (Gedragscode VPFI 2010) is de geneeskundig adviseur van de verzekeraar verantwoordelijk voor alle vormen van verwerking van persoonsgegevens omtrent iemands gezondheid,

waaronder het opvragen en het beoordelen van medische informatie. Bij de uitoefening van die verantwoordelijkheid moet de geneeskundig adviseur ook rekening houden met de regels inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst in het Burgerlijk Wetboek (BW).³ Verder dient de geneeskundig adviseur de KNMG Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens⁴ en zijn eigen Beroepscode voor geneeskundig adviseurs werkzaam in particuliere verzekeringszaken en/of personenschade⁵ (Bga 2011) in acht te nemen. Voor keuringen in verband met het aangaan of wijzigen van pensioen-, levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen geldt tevens de Wet op de medische keuringen (WMK) en het Protocol Verzekeringskeuringen 2011 (Protocol 2011).⁶ Voor de afhandeling van letselschade ten gevolge van een (verkeers)ongeval of een medische fout zijn daarnaast speciale gedragscodes ontwikkeld: de Medische Paragraaf in de Gedragscode Behandeling Letselschade voor verkeerszaken en andere ongevallen (GBL 2012)⁷ en de Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid voor medische fouten (GOMA 2012).^{8,9} Bovendien is hij ook onderworpen aan het in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) geregelde tuchtrecht. Als hij tekortschiet in de zorg die hij ten opzichte van de keurling had moeten betrachten of handelt in strijd met het belang van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg, kan dat tot een tuchtrechtelijke maatregel leiden.

De regels zijn het gevolg van de kritiek op het gebruik van medische keuringen ten behoeve van derden en de zwakke positie van de keurling. Keuringen vormen de legitimatie voor het nemen van niet-medische beslissingen terwijl in een aantal gevallen een medische keuring voor het nemen van die beslissing niet nodig is. Medische keuringen maken inbreuk op grondrechten, met name het recht op privacy en het recht op lichamelijke integriteit, terwijl betrokkene de keuring niet geheel vrijwillig ondergaat. Formeel juridisch kan hij weliswaar niet tot het ondergaan van een medische keuring worden gedwongen, maar feitelijk komt die vrijwilligheid onder druk te staan. Niet met de keuring instemmen heeft immers – door de keurling niet-gewenste – gevolgen: hij krijgt de beoogde verzekering niet, zijn verzekeraar weigert uitkering op een bestaande verzekering of de schadeclaim wordt afgewezen. De geneeskundig adviseur moet zijn werk doen met inachtneming van de verschillende regels. De veelheid aan regels maakt een zorgvuldige besluitvorming lastig.

2. Medische keuringen en geneeskundige advisering voorafgaand aan het sluiten van een verzekering

2.1 Inleiding

Voor keuringen in verband met het aangaan of wijzigen van enkele burgerrechtelijke verzekeringen (met name pensioen-, levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekering)

2. Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen 2010 (Gedragscode VPFI 2010), *Stcrt.* 2010, 6429.

3. Deze regeling wordt ook wel de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) genoemd.

4. KNMG Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens 2010.

5. Beroepscode voor geneeskundig adviseurs werkzaam in particuliere verzekeringszaken en/of personenschade 2011.

6. Protocol Verzekeringskeuringen 2011.

7. Medische Paragraaf Gedragscode Behandeling Letselschade 2012.

8. Gedragscode Openheid medische incidenten; betere afwikkeling Medische Aansprakelijkheid voor medische fouten 2012.

9. Beide gedragscodes zijn te vinden op de website van de Letselschaderaad, www.deletselschaderaad.nl.

is een speciale wet tot stand gebracht, de WMK, waarmee de geneeskundig adviseur rekening heeft te houden.¹⁰ Deze wet geeft een aantal randvoorwaarden die in het Protocol 2011 zijn uitgewerkt. Deze wet is een *lex specialis* ten opzichte van de bepalingen van de geneeskundige behandelingsovereenkomst in het BW die op alle keuringen van toepassing is. De bepalingen van de geneeskundige behandelingsovereenkomst in het BW zijn niet rechtstreeks van toepassing op medische keuringen en geneeskundige advisering in het kader van pensioen-, levens- of arbeidsongeschiktheidsverzekering, omdat er geen geneeskundige behandelingsovereenkomst wordt gesloten tussen de geneeskundig adviseur en de keurling. De regels zijn wel van overeenkomstige toepassing verklaard op de hier bedoelde verzekeringskeuringen maar gelden alleen voor zover de aard van de rechtsbetrekking zich daartegen niet verzet.¹¹ In het BW zijn twee specifieke regels voor medische keuringen opgenomen die betrekking hebben op de bewaring van keuringsgegevens en op de kennisneming van de uitslag en gevolgtrekking van de keuring en het blokkeringsrecht.¹² Verder is de geneeskundig adviseur verplicht de KNMG Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens 2010 en de regels van de Bga 2011 na te leven. Ook is hij gebonden aan de regels van de Wbp en de daarop gebaseerde Gedragscode VPMF 2010.

2.2 Uitgangspunten

Uitgangspunt voor het legitiem uitvoeren van een medische keuring is gelegen in het met de keuring beoogde doel. Het verrichten van keuringen moet beperkt blijven tot een op zichzelf te rechtvaardigen doel en de keuringsgegevens mogen niet voor een ander doel worden gebruikt dan waarvoor ze zijn verkregen. Zo mogen er geen vragen worden gesteld of onderzoeken worden gedaan die een onevenredige inbreuk vormen op de persoonlijke levenssfeer van de keurling (bijvoorbeeld vragen naar intieme gedragingen van de keurling) en worden sommige vormen van gericht onderzoek naar een bepaalde aanleg/aandoening in de WMK verboden of beperkt. Voor verzekeringskeuringen gelden specifieke beperkingen van het vraagrecht naar erfelijkheidsgegevens en het doen van onderzoek naar aids of seropositiviteit voor aids, afhankelijk van de hoogte van het te verzekeren bedrag.¹³

2.3 Informatie over keuring, weigering keuring, herkeuring

De keurling moet tijdig voor de aanvang van de keuring op begrijpelijke wijze schriftelijk worden geïnformeerd over het doel, de vragen en de onderzoeken van de keuring en de rechten die hij als keurling heeft (art. 8 WMK). In de WMK wordt de inhoud van het recht op informatie, zoals omschreven in art. 7:448 BW, toegesneden op de keurings-situatie. Een verschil met de bepaling in art. 7:448 BW is dat de informatie op grond van art. 8 WMK altijd schriftelijk moet worden gegeven. In het Protocol 2011 is het recht op informatie uitgewerkt.¹⁴ Daarin wordt aangegeven wel-

ke informatie moet worden verstrekt door a. de verzekeraar (algemene schriftelijke informatie over verzekeringskeuringen), b. de geneeskundig adviseur (toelichting op beslissing tot nader medisch onderzoek of opvragen informatie bij behandelaren) en c. de keurend arts (aard en inhoud van het medisch onderzoek en rechten en plichten van de kandidaat-verzekerde).

Als een HIV-test deel uitmaakt van de keuring, dient de kandidaat-verzekerde hierover gelijktijdig met de uitnodiging voor de keuring geïnformeerd te worden. Tevens moet hem gevraagd worden of hij over het resultaat van de test geïnformeerd wenst te worden en zo ja, of dit door de geneeskundig adviseur of door de huisarts of door een andere door de kandidaat-verzekerde aan te wijzen arts dient te geschieden. Tevens heeft de keurling het recht onder bepaalde omstandigheden medewerking aan een keuring of een onderdeel daarvan te weigeren, bijvoorbeeld als een bepaald onderzoek of een bepaalde vraag volgens de WMK niet is toegestaan of wanneer hij niet goed over de keuring is geïnformeerd. In het Protocol 2011 wordt gesproken over een opschortingsrecht.¹⁵ De kandidaat-verzekerde heeft het recht om medewerking aan een verzekeringskeuring of een onderdeel daarvan op te schorten, indien naar zijn mening niet is voldaan aan vorm of inhoud van de verzekeringskeuring zoals beschreven in de WMK en het Protocol 2011. Hij moet zijn bezwaren schriftelijk en gemotiveerd kenbaar maken aan de verzekeraar en de verzekeraar moet schriftelijk en gemotiveerd reageren. Zolang de procedure rondom het opschortingsrecht loopt, wordt de beslissing over de verzekeringsaanvraag uitgesteld. Gebruikmaking van het opschortingsrecht kan wel betekenen dat een eventueel door de verzekeraar verleende voorlopige dekking komt te vervallen. Gedurende de opschorting optredende verslechteringen in de gezondheidstoestand van de kandidaat-verzekerde blijven voor diens risico.

Daarnaast heeft de keurling een recht op herkeuring wanneer aan de keuring een negatieve gevolgtrekking (keurling is onverzekerbaar) dan wel een positieve gevolgtrekking onder bepaalde beperkingen (bepaalde ziekten zijn bijvoorbeeld van verzekeringsdekking uitgesloten) wordt verbonden. De keurling moet zijn verzoek om herkeuring motiveren. De verzekeraar is verplicht in een algemene regeling voor herkeuring te voorzien. De herkeuring mag niet worden verricht door de arts die de oorspronkelijke keuring heeft verricht in verband met het vereiste van onafhanke-

10. De WMK is ook van toepassing op aanstellingskeuringen in de particuliere en de publieke sector. Deze worden in dit artikel niet behandeld.

11. Art. 7:464 lid 1 BW.

12. Art. 7:464 lid 2 BW.

13. Zie hierover W.M.A. Kalkman, *Levensverzekering*, 3^e dr., 2013, p. 53-65; D.P. Engberts en L.E. Kalkman-Bogerd (red.), *Leerboek Gezondheidsrecht*, 3^e dr., 2013, p. 168-174.

14. Art. 7 Protocol 2011.

15. Art. 8 Protocol 2011.

lijkheid en bij de herkeuring mogen geen andere criteria dan bij de keuring worden gehanteerd. Soms zal de herkeuring een nieuw medisch onderzoek inhouden, soms zullen de aanwezige medische gegevens opnieuw worden beoordeeld. De keurling kan niet alleen om herkeuring verzoeken nadat de verzekeraar hem de negatieve beslissing op de verzekeringsaanvraag heeft meegedeeld, maar ook nadat hij gebruik heeft gemaakt van zijn blokkeringsrecht (zie par. 2.4.5). Hij kan in dat geval de geneeskundig adviseur om een herkeuring vragen zonder dat de verzekeraar daarvan op de hoogte is. Volgens het Protocol 2011 heeft de kandidaat-verzekerde alleen recht op herkeuring wanneer de verzekeraar negatief heeft beslist op de verzekeringsaanvraag.¹⁶ Het Protocol 2011 voorziet niet in de mogelijkheid van herkeuring, wanneer de keurling gebruik heeft gemaakt van zijn blokkeringsrecht. Zoals wij hierboven tot uitdrukking hebben gebracht, biedt de wettelijke bepaling die ruimte echter wel.¹⁷ Naar onze mening moet het Protocol 2011 op dit punt dan ook worden aangepast.

2.4 Privacy en geheimhouding

Ook een geneeskundig adviseur heeft een plicht tot geheimhouding ten aanzien van de gegevens die hij ten aanzien van de kandidaat-verzekerde heeft verzameld. Deze geheimhoudingsplicht is wel beperkter dan die van een behandelend hulpverlener. Deze beperking is inherent aan de taken die een geneeskundig adviseur heeft. Bij de verzekeringsaanvraag kan het nodig zijn om gegevens op te vragen bij de behandelaar of behandelaren van de kandidaat-verzekerde of om een medisch onderzoek door een keurend arts te laten uitvoeren. Uiteindelijk zal de geneeskundig adviseur op basis van de verzamelde gegevens zijn advies over de medische acceptatie van de verzekeringsaanvraag aan de verzekeraar uitbrengen.

2.4.1 Keuren door keurend arts zonder toestemming keurling

Inschakelen van een keuringsarts

De geneeskundig adviseur van de verzekeraar kan in het kader van het medisch traject een andere arts verzoeken

een keuring of ander geneeskundig onderzoek voor hem te verrichten. Ook kan hij een andere arts vragen om advies uit te brengen. Deze arts moet van tevoren worden ingelicht over het doel en de reden van het onderzoek, de keuring of de adviesaanvraag en moet van de geneeskundig adviseur de voor de vraagstelling relevante beschikbare gegevens ontvangen. De kandidaat-verzekerde moet vooraf worden ingelicht over de aard, de omvang en het doel van het gevraagde onderzoek.¹⁸ In de Bga 2011 is niet vastgelegd dat de geneeskundig adviseur betrokkene om toestemming moet vragen.¹⁹ Toestemming van de keurling is naar onze mening niet vereist, omdat deze arts niet als derde, maar als rechtstreeks betrokkene als bedoeld in art. 7:457 lid 2 BW kan worden beschouwd.²⁰

Volgens het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (CTG) is de arts samen met de geneeskundig adviseur gaan behoren tot de functionele eenheid van personen die noodzakelijkerwijze betrokken zijn bij het doel waarvoor de gegevens worden gevraagd c.q. verstrekt en beiden zijn gebonden aan het medisch beroepsgeheim.²¹ In de Gedragscode VPMF 2010 wordt niet meer gesproken over functionele eenheid maar over medische staf of dienst. Tot de medische staf of dienst behoren personen die onder verantwoordelijkheid van de geneeskundig adviseur werken. Hoewel in de toelichting op de Gedragscode VPMF 2010 wordt gesteld dat de geneeskundig adviseur 'onder strikte voorwaarden' een keuringsarts kan inschakelen, zonder aan te geven wat die voorwaarden zijn, leiden wij uit art. 6.1.5 van de Gedragscode VPMF 2010 af dat volgens deze Gedragscode de geneeskundig adviseur hiervoor toestemming nodig heeft van de keurling (zie hierover verder par. 2.4.4).

Rapportage van de keurend arts en blokkeringsrecht

De keurend arts zal de resultaten van het medisch onderzoek of het advies in een door hem opgestelde rapportage aan de geneeskundig adviseur verwerken. Ook hier wordt als uitgangspunt genomen dat uitdrukkelijke toestemming van betrokkene niet is vereist als hij vooraf goed is geïnformeerd.²²

Of betrokkene zich tegen de door de geneeskundig adviseur ingeschakelde keurend arts op het blokkeringsrecht (zie par. 2.4.5) kan beroepen is onzeker. Bij de opstelling van dit recht werd daarbij voornamelijk gedacht aan het eindadvies aan de opdrachtgever. Bij verzekeringskeuringen is dat het advies van de geneeskundig adviseur aan de verzekeraar. Zo is het ook verwoord in het Protocol 2011: de kandidaat-verzekerde kan de medisch adviseur verbieden advies uit te brengen aan de verzekeraar.²³ Uit de rechtspraak over aansprakelijkheidsverzekeringen (zie par. 4.2) valt echter af te leiden dat de rechter het blokkeringsrecht ook van toepassing acht op deskundigenonderzoek in opdracht van de geneeskundig adviseur van de verzekeraar of de rechter. Waarschijnlijk betekent dit dat de keurling ook het recht heeft de rapportage van de keurend arts aan de geneeskundig adviseur te blokkeren.

16. Art. 10 Protocol 2011.

17. Kamerstukken II 1995/96, 23 259, nr. 13, p. 28.

18. Art. 8 lid 4 Bga 2011.

19. Ook in de GBL 2012 en de GOMA 2012 wordt toestemming van de betrokkene niet als voorwaarde gesteld. Zie par. 4.4. van ons artikel.

20. Art. 9 lid 5 Bga 2011 juncto art. 8 lid 4 Bga 2011; zie ook Kamerstukken II 1991/92, 21 561, nr. 11, p. 13.

21. CTG 31 augustus 2004, CTG 2003/178; *Medisch Contact* 2004, p. 1796-1798. Overigens is het CTG van mening dat het wel beter was geweest om betrokkene om toestemming te vragen.

22. Blijkens de toelichting op art. 9 Protocol 2011. Zie ook art. 3.9 KNMG Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens 2010.

23. Art. 9 lid 2 Protocol 2011.

2.4.2 Opvragen gegevens uit de behandelende sector met machtiging

Als de geneeskundig adviseur gegevens wil opvragen bij een behandelend arts van de betrokkene, heeft hij daarvoor gerichte toestemming nodig. Ook voor de behandelend arts geldt in verband met zijn beroepsgeheim dat hij alleen met toestemming van betrokkene informatie aan de geneeskundig adviseur mag verstrekken. Bovendien moet de informatie zijn afgestemd op de gestelde vragen. In de regel wordt gebruik gemaakt van een schriftelijke machtiging, waarin duidelijk moet worden aangegeven welke vragen aan de behandelend arts worden gesteld, zodat de keurling weet waarvoor hij toestemming geeft (art. 7:457 lid 1 BW).²⁴ In het Protocol 2011 is expliciet opgenomen dat ook voor het opvragen van medische gegevens bij derden, waaronder de behandelend arts, een voorafgaande gerichte schriftelijke machtiging van de verzekerde is vereist.²⁵ Deze verplichting blijkt ook uit art. 6.1.5 Gedragscode VPMF 2010. Ook op grond van de KNMG Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens is een schriftelijke gerichte machtiging vereist.^{26, 27}

2.4.3 Informatieverstrekking aan de herverzekeraar en andere verzekeraar

Indien voor de totstandkoming van een verzekeringsovereenkomst de inschakeling van een herverzekeraar nodig is, mag de geneeskundig adviseur van de verzekeraar de medische gegevens van betrokkene overleggen aan de geneeskundig adviseur van de herverzekeraar als betrokkene daarover is geïnformeerd. De geneeskundig adviseur van de herverzekeraar is immers rechtstreeks betrokken bij de medische beoordeling door de geneeskundig adviseur van de verzekeraar. Hij mag er dan ook van uitgaan dat betrokkene hiervoor stilzwijgende toestemming heeft verleend (art. 7:457 lid 2 BW).²⁸ Het verstrekken van medische gegevens door de geneeskundig adviseur van de verzekeraar aan de geneeskundig adviseur van de herverzekeraar geschiedt met het oog op het kunnen sluiten van een verzekering. Verdedigbaar is dat deze gegevensverstrekking, zonder expliciete toestemming van de betrokkene, voor de toepassing van de Wbp ook mogelijk is en wel op grond van art. 4.3 onderdeel b (indien de betrokkene partij is bij de overeenkomst) of f (indien de betrokkene uitsluitend verzekerde is op de verzekeringsovereenkomst) Gedragscode VPMF 2010.

Bij een verzekeringsgroep waarvan een levensverzekeraar en een schadeverzekeraar met eigen geneeskundig adviseurs deel uit maken mag geen onderlinge informatie uitwisseling plaatsvinden over een verzekerde die zowel een levensverzekering als een arbeidsongeschiktheidsverzekering (schadeverzekering) wil sluiten. Voor uitwisseling van informatie tussen beide verzekeraars is gerichte schriftelijke toestemming nodig.²⁹

2.4.4 Medische staf en functionele eenheid

De geneeskundig adviseur speelt de centrale rol bij de verwerking van medische gegevens en hij krijgt daarin een grote verantwoordelijkheid toebedeeld.³⁰ Voor het goed kunnen uitvoeren van zijn werkzaamheden zal de geneeskundig adviseur bepaalde informatie aan anderen moeten kunnen verstrekken. De geheimhoudingsplicht dient door de geneeskundig adviseur ook in acht te worden genomen binnen de verzekeringsmaatschappij waarvoor hij werkzaam is. De personen ten opzichte van wie hij zijn geheimhouding mag doorbreken en welke gegevens hij dan mag verstrekken, zijn moeilijk te beantwoorden vragen. In de Bga 2011 en het Protocol 2011 zijn hiervoor regels opgenomen.^{31, 32} Ook kan aansluiting worden gezocht bij de bepalingen van de geneeskundige behandelingsovereenkomst in het BW en de Gedragscode VPMF 2010. De Gedragscode VPMF 2010 neemt tot uitgangspunt dat het verwerken van medische gegevens om een medisch advies te kunnen uitbrengen ten behoeve van de acceptatie is voorbehouden aan de geneeskundig adviseur en de personen die onder zijn verantwoordelijkheid betrokken zijn bij dat advies.³³ Het moet gaan om personen die onder rechtstreeks gezag van de geneeskundig adviseur vallen.³⁴ Onder deze categorie vallen de personen uit zijn

24. Volgens het CTG is een machtiging voor het verstrekken van informatie die nodig is om het recht op uitkering in het kader van een arbeidsongeschiktheidsverzekering te beoordelen, te algemeen gesteld. Op grond van de inhoud van de begeleidende brief mocht echter worden afgeleid dat de machtiging betrekking had op het verstrekken van informatie over rugklachten, CTG 26 april 2011, ECLI:NL:TGZCTG:2011:YG1095.

25. Art. 12 Protocol 2011.

26. Art. 3.12 KNMG Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens 2010.

27. Ook in de GBL 2012 is opgenomen dat de geneeskundig adviseur van de verzekeraar een gerichte medische machtiging nodig heeft (GBL 2012, p. 34). In de GOMA 2012 wordt uitgegaan van een schriftelijke machtiging, waarmee de patiënt de aansprakelijk gestelde zorgaanbieder toestemming geeft om in het kader van de behandeling van de aansprakelijkstelling relevante gegevens uit het medisch dossier ter kennis te brengen van de verzekeraar (GOMA 2012, toelichting op aanbeveling 14, p. 21-23). Zie verder par. 4.4.

28. Zie ook art. 9 lid 6 Bga 2011; zie ook L.E. Kalkman-Bogerd en W.M.A. Kalkman, De positie van de geneeskundig adviseur in het Wetsvoorstel Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), Vrb., 1992, p. 63; L.E. Kalkman-Bogerd en W.M.A. Kalkman, De positie van de geneeskundig adviseur in het Wetsvoorstel Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), Vrb., 1995, p. 22.

29. Zie ook art. 6.1.3 Gedragscode VPMF 2010 en de toelichting hierop in *Strct.* 2010, 6429, p. 23; CTG 20 november 2012, ECLI:NL:TGZCTG:2012:YG2432; CTG 20 november 2012, ECLI:NL:TGZCTG:2012:YG2431. In deze uitspraken wordt ook geoordeeld dat er niet op voorhand van mag worden uitgegaan dat een machtiging betrekking heeft op rapporten die na het verstrekken van de machtiging zijn opgesteld.

30. Zie par. 6.1 Gedragscode VPMF 2010.

31. Art. 9 lid 4a en 4b Bga 2011; art. 11 Protocol 2011.

32. Ook in de GBL 2012 en de GOMA 2012 zijn hiervoor regels opgenomen. Zie par 4.4.

33. Art. 6.1.4 Gedragscode VPMF 2010.

34. Art. 2 sub g Gedragscode VPMF 2010.

medische dienst of staf die rechtstreeks betrokken zijn bij de totstandkoming van het medisch advies.³⁵ Wie precies tot die medische staf of dienst behoren, wordt uit de toelichting op de Gedragscode VPMI 2010 niet duidelijk. Naar onze mening moet hierbij primair gedacht worden aan personen die de geneeskundig adviseur ondersteunen bij het verzamelen van de informatie die hij nodig heeft voor het geven van een advies aan de verzekeraar.

Tot de medische staf of dienst van de geneeskundig adviseur behoren naar onze mening niet de acceptant of (scha-

de)behandelaar van de verzekeraar. Uit de toelichting op de Gedragscode VPMI 2010³⁶ blijkt dat de geneeskundig adviseur wel 'gegevens omtrent iemands gezondheid ten behoeve van het nemen van een beslissing' mag verstrekken aan de acceptant of de (schade)behandelaar van de verzekeraar, die deze gegevens uitsluitend mogen 'gebruiken in het kader van die acceptatie of schadeafhandeling'. Verdedigbaar is dat deze gegevensverstrekking met het oog op de beslissing of, en zo ja, op welke voorwaarden de verzekering kan worden gesloten, zonder expliciete toestemming van de betrokkene, voor de toepassing van de Wbp mogelijk is en wel op grond van art. 4.3 onderdeel b (indien de betrokkene ook partij is bij de overeenkomst) of f (indien de betrokkene uitsluitend verzekerde is op de verzekeringsovereenkomst) Gedragscode VPMI 2010.

Een externe arts of een andere externe deskundige die door de geneeskundig adviseur wordt ingeschakeld, behoort naar onze mening ook niet tot de hierboven bedoelde medische staf of dienst, aangezien er geen gezagsverhouding is tot de geneeskundig adviseur. Dit betekent dat voor gegevensuitwisseling altijd toestemming van de (kandidaat-)verzekerde nodig is. Die conclusie kan naar onze mening worden getrokken uit art. 6.1.5 Gedragscode VPMI 2010.³⁷ Hierin is bepaald dat het *verzamenen van persoonsgegevens* betreffende iemands gezondheid door de geneeskundig adviseur van – in dit geval – de verzekeraar bij anderen dan de keurling alleen zal plaatsvinden nadat de keurling over het voornemen om informatie in te winnen toereikend is geïnformeerd en daarvoor een specifieke machtiging heeft verstrekt.

De Gedragscode VPMI 2010 gaat hier verder dan uit andere regelgeving voortvloeit. Op grond van art. 7:457 lid 2 BW kan een door de geneeskundig adviseur ingeschakelde arts als een rechtstreeks betrokkene worden beschouwd, waardoor toestemming van de kandidaat-verzekerde voor gegevensuitwisseling niet is vereist.³⁸ Ook kan worden verdedigd dat deze arts deel uitmaakt van de functionele eenheid, waarbinnen informatie-uitwisseling volgens het CTG zonder uitdrukkelijke toestemming mogelijk is. De functionele eenheid heeft een ruimere reikwijdte dan de medische staf of dienst. Bij de functionele eenheid gaat het om personen die noodzakelijkerwijs betrokken zijn bij het doel waarvoor de medische gegevens zijn gevraagd en verstrekt.³⁹ Het begrip 'functionele eenheid' is niet een vastomlijnd eenduidig begrip, maar een omschrijving die in de concrete situatie moet worden ingevuld.⁴⁰ In de Gedragscode VPMI 2010 is het begrip functionele eenheid niet meer opgenomen.⁴¹ Het gebruik van het begrip medische staf in plaats van functionele eenheid leidt niet tot meer duidelijkheid.⁴² Het is onduidelijk of er naast de medische staf nog ruimte is voor de functionele eenheid. Deze duidelijkheid moet er wel komen. Het niet op elkaar aansluiten van de verschillende wettelijke voorschriften leidt voor de geneeskundig adviseur tot onwerkbaar situaties en voor de keurling tot

35. Art. 6.1.4 Gedragscode VPMI 2010, alsmede de toelichting op dit artikel, *Stcrt.* 2010, 6429, p. 22. Art. 9 lid 4 Bga 2011; art. 11 Protocol 2011.

36. *Stcrt.* 2010, 6429, p. 22.

37. In de toelichting op de Gedragscode VPMI 2010, *Stcrt.* 2010, 6429, p. 23 staat: 'Als aanvullend onderzoek plaatsvindt of als Persoonsgegevens bij anderen dan de Betrokkene worden verzameld wordt de uitdrukkelijke toestemming van de Betrokkene gevraagd.'

38. Art. 7: 457 lid 2 BW; zie ook W.M.A. Kalkman en L.C. Geurs, De positie van de functionele eenheid bij het omgaan met medische gegevens, *Het Verzekerings-Archief* 2003, p. 98.

39. W.M.A. Kalkman en L.C. Geurs, De positie van de functionele eenheid bij het omgaan met medische gegevens, *Het Verzekerings-Archief* 2003, p. 96-97.

40. W.M.A. Kalkman en L.C. Geurs, De positie van de functionele eenheid bij het omgaan met medische gegevens, *Het Verzekerings-Archief* 2003, p. 97.

41. In art. 2, onderdeel k van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens financiële instellingen 2003 (*Stcrt.* 2003, nr. 23, p. 16) werd het begrip functionele eenheid omschreven als: 'De groepering van personen die op directe of gelijkgerichte wijze betrokken is bij het doel waarvoor medische gegevens zijn gevraagd, c.q. verstrekt'. In art. 6.1.1 van de Gedragscode werd ten aanzien van het verzamelen van medische gegevens bepaald: 'Het verzamelen van gegevens omtrent iemands gezondheid is, onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur, voorbehouden aan personen die deel uitmaken van de Functionele eenheid'. In de toelichting op deze bepaling stond 'Gegevens omtrent de gezondheid mogen slechts worden verwerkt voorzover dat noodzakelijk is voor het aangaan en uitvoeren van een verzekerings- en/of financieringsovereenkomst. Het begrip Functionele eenheid speelt hierbij een belangrijke rol. Deze bestaat uit personen die noodzakelijkerwijs betrokken zijn bij het doel waarvoor de medische gegevens zijn gevraagd, c.q. verstrekt en die onder verantwoordelijkheid van de medisch adviseur gerechtigd zijn bepaalde gegevens omtrent de gezondheid te ontvangen. De medisch adviseur zal aan de Functionele eenheid, waarbinnen de werkzaamheden worden verricht, slechts die medische gegevens beschikbaar stellen die nodig zijn voor het behandelen van de aanvraag van de verzekering of voor de beoordeling van de aanspraken op de verzekering, respectievelijk het beoordelen van de letselschade. Niet het behoren tot een zelfde organisatie, maar het behoren tot een zelfde functionele eenheid, is het wezenlijke criterium voor het verlenen van toegang tot relevante medische gegevens. De medisch adviseur overlegt met de leden van de Functionele eenheid welke medische gegevens voor hen relevant zijn en hij draagt verantwoordelijkheid voor het verstrekken van informatie. Alle personen die worden gerekend tot deze Functionele eenheid zijn gehouden aan een afgeleide geheimhoudingsplicht die dezelfde omvang heeft als die van de medisch adviseur.'

42. Zie ook E.J. Wervelman en E.J.C. de Jong, De medisch adviseur in de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen: een onbegrijpelijke regeling voor het omgaan met medische gegevens, *PIV-Bulletin* oktober 2010, p. 6-10.

onduidelijkheid. Het zonder uitdrukkelijke toestemming van de verzekerde inwinnen van advies bij collega-artsen, toegestaan op grond van de bepalingen inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst in het BW en de Bga 2011, wordt verhinderd door de Gedragscode VPMF 2010. Wij gaan ervan uit dat dit resultaat niet beoogd is door de wetgever. Een aanpassing van de Gedragscode VPMF 2010 is dan ook noodzakelijk en wenselijk.

2.4.5 Rapportage aan de opdrachtgever; blokkeringsrecht

Rapportage aan de opdrachtgever vormt het sluitstuk van de medische beoordeling. Voor deze rapportage is in art. 7:464 lid 2 sub b BW een specifiek voorschrift opgenomen. In de eerste plaats moet de keurling in de gelegenheid worden gesteld mee te delen of hij de uitslag en de gevolgtrekking van het onderzoek wil vernemen. In de tweede plaats geldt voor keuringen voorafgaand aan het sluiten van de verzekering, dat de keurling het recht heeft om aan te geven dat hij als eerste over de uitslag en gevolgtrekking geïnformeerd wil worden. Als hij van dit recht gebruik maakt, heeft hij tevens het recht om de rapportage aan de opdrachtgever (verzekeraar) te blokkeren.⁴³ Op grond van het Protocol 2011 moet de keurling daar in beide gevallen schriftelijk om verzoeken.⁴⁴ Als de beoordeling tot een negatief advies leidt, wordt de keurling ook zonder schriftelijk verzoek door de medisch adviseur geïnformeerd, tenzij de keurling op de gezondheidsverklaring heeft aangegeven, dat hij hieraan geen behoefte heeft.⁴⁵ Strikte toepassing van deze regeling leidt ertoe dat in de gevallen waarin de betrokkene geen gebruik maakt van het blokkeringsrecht, de opdrachtgever zonder voorafgaande toestemming van de keurling geïnformeerd kan worden over zowel de uitslag van het onderzoek (de medische bevindingen) als de gevolgtrekking van het onderzoek (geschikt/ongeschikt; wel of geen acceptatie). Op grond van de WMK zal de rapportage beperkt moeten worden tot het 'strikt noodzakelijke'. De Wbp en de daarop gebaseerde Gedragscode VPMF 2010 kennen het criterium 'noodzakelijk'.⁴⁶ In de Bga 2011 is opgenomen dat het advies alleen datgene mag bevatten dat noodzakelijk is voor de opdrachtgever om tot een beslissing over of een advies aan betrokkene te komen.⁴⁷ Een redelijke toepassing van de verschillende regels brengt naar onze mening mee dat op de informatieverstrekking in alle gevallen het noodzakelijkheidscriterium moet worden toegepast. Afhankelijk van de informatie die de verzekeraar nodig heeft in het kader van het sluiten van de verzekering kan meer of minder informatie noodzakelijk zijn.⁴⁸ In de toelichting op de Gedragscode VPMF 2010 wordt gesteld: 'Het is ter beoordeling en verantwoordelijkheid van deze Medisch adviseur om vast te stellen welke gegevens omtrent iemands gezondheid ten behoeve van het nemen van een beslissing strikt noodzakelijk zijn en mogen worden verstrekt.'⁴⁹ In alle gevallen moet het advies voldoen aan de eisen van zorgvuldige rapportage (zie par 3.4).

Bij de acceptatie van een levens- of arbeidsongeschiktheidsverzekering ligt het naar onze mening voor de hand

dat de gegevensverstrekking beperkt zal zijn. Het gaat immers om de vraag of, en zo ja onder welke voorwaarden, een kandidaat-verzekerde geaccepteerd kan worden. Voor het antwoord op die vraag is het in het algemeen niet noodzakelijk dat acceptanten van de verzekeraar toegang hebben tot (een gedeelte van) het medische dossier van de kandidaat-verzekerde. In een dergelijk geval ligt het voor de hand dat de geneeskundig adviseur kan volstaan met het verstrekken van de loutere gevolgtrekking. Deze opvatting wordt ingegeven door de aard van de werkzaamheden in dit geval. De geneeskundig adviseur dient bij het tot stand komen van de verzekering – aan de hand van een door de kandidaat-verzekerde ingevulde gezondheidsverklaring en/of een verricht medisch onderzoek (dit zal doorgaans alleen gebeuren als de gezondheidsverklaring daartoe aan leiding geeft) – het aangeboden risico te beoordelen en dient de verzekeraar te adviseren of de verzekering op normale of op bijzondere voorwaarden kan worden geaccepteerd. Als de verzekeraar duidelijke medische normen stelt waaraan de geneeskundig adviseur het aangeboden risico kan toetsen, is inzage door de verzekeraar of zijn medewerkers niet nodig. De geneeskundig adviseur is in staat om zelfstandig een oordeel te vormen en heeft geen reden om meer informatie te verstrekken.⁵⁰

2.5 Medische verslaglegging

2.5.1 Dossierplicht; bewaring, vernietiging en inhoud

De geneeskundig adviseur is verplicht tot het bijhouden van een medisch dossier. De bepalingen van de geneeskundige behandelingsovereenkomst in het BW zijn van toepassing, voor zover de aard van de rechtsbetrekking zich daartegen niet verzet. Bovendien geldt op grond van art. 7:464 lid 2 onderdeel a BW dat keuringsgegevens slechts worden bewaard zolang dat noodzakelijk is in verband met het doel van het onderzoek, tenzij het bepaalde bij of krachtens de wet zich tegen vernietiging verzet. De

43. Zie ook art. 6.1.7 onderdeel b Gedragscode VPMF 2010.

44. Art. 7:464 lid 2 sub b BW stelt niet als voorwaarde dat het verzoek schriftelijk moet worden gedaan. Afwijking van de bepalingen van de geneeskundige behandelingsovereenkomst in het BW is niet toegestaan, als die afwijking voor betrokkene nadelig is (art. 7:468 BW). Een schriftelijk verzoek biedt de keurling meer rechtszekerheid. Bovendien moet hij schriftelijk over deze rechten worden geïnformeerd (art. 8 lid 2 WMK). Naar onze mening is deze extra voorwaarde niet in zijn nadeel en daarmee rechtsgeldig.

45. Art. 9 Protocol 2011.

46. Art. 21 lid 1 sub b Wbp; art. 6.1.1 Gedragscode VPMF 2010.

47. Art. 1 lid 8 Bga 2011.

48. In de regel zal rapportage in het kader van de uitvoering van gesloten keuringen ruimer zijn dan die voor het aangaan of wijzigen van een verzekering.

49. *Stcr.* 2010, 6429, p. 22.

50. W.M.A. Kalkman en L.C. Geurs, De positie van de functionele eenheid bij het omgaan met medische gegevens, *Het Verzekerings-Archief* 2003, p. 98.

algemene bewaartermijn van 15 jaar die in art. 7:454 lid 3 BW is opgenomen, is op keuringsgegevens niet van toepassing. De regeling heeft tot gevolg dat de gegevens vernietigd dienen te worden als de verzekering niet tot stand komt. De keurling heeft in dat geval ook recht op vernietiging.⁵¹ Voor keuringsgegevens in het kader van een tot stand gekomen particuliere verzekering geldt een wettelijke bewaartermijn van zeven jaar die waarschijnlijk aanvangt na beëindiging van de verzekering.⁵² In de WMK is opgenomen dat de gegevens zodanig moeten worden bewaard dat deze niet voor derden toegankelijk zijn.⁵³ De geneeskundig adviseur draagt de verantwoordelijkheid voor het medisch dossier.⁵⁴ In dit dossier worden rapporten van een keurend arts, een gezondheidsverklaring, alsmede informatie uit de behandelend sector opgenomen.⁵⁵ De verzamelde gegevens die voor het uitbrengen van het medisch advies van belang zijn, worden in het medisch dossier bewaard.⁵⁶ De onderzoeksbevindingen, beschouwing, conclusies en advies maken deel uit van het medisch dossier.⁵⁷ Desgevraagd wordt aan het dossier ook een door betrokkene afgegeven verklaring met betrekking tot de in het dossier opgenomen stukken toegevoegd.⁵⁸ Ook heeft betrokkene een correctierecht.⁵⁹ Een algemene voorwaarde voor opname in het dossier is dat de betreffende gegevens noodzakelijk moeten zijn voor het doel waarvoor ze worden verzameld.⁶⁰

51. Art. 7:455 BW.

52. Art. 3: 15i jo. Art. 2: 10 BW; *Kamerstukken II 1992/93*, 21 561, nr. 11, p. 16. Zie voor de discussie op welk moment de bewaartermijn aanvangt: B. Sluifjters en M.C.I.H. Biesaat, *De geneeskundige behandelingsovereenkomst*, 2e druk, 2005, p. 145; Asser/Tjong Tjin Tai 7-IV* 2009, nr. 467.

53. Art. 10 lid 2 WMK.

54. De bewaarplicht rust in beginsel alleen op de geneeskundig adviseur en niet op de onderzoekend arts: *Kamerstukken II 1992/93*, 21 561, nr. 15, p. 16.

55. Art. 12 Protocol 2011.

56. Art. 1 lid 9 Bga 2011.

57. Art. 8 lid 3 Bga 2011.

58. Art. 7: 454 lid 2 BW; art. 9 lid 4 Protocol 2011.

59. Art. 9 lid 4 Protocol 2011. Art. 36 Wbp. Art. 7.1.3 Gedragscode VPF 2010.

60. Art. 7:454 lid 1 BW.

61. Art. 7:456 BW. Art. 9 lid 3 Protocol 2011.

62. Dit is niet vastgelegd in de wettekst, maar wel in de wetgeschiedenis. Zie *Kamerstukken II 1989/90*, 21 561, nr. 3 p. 35.

63. B. Sluifjters en M.C.I.H. Biesaat, *De geneeskundige behandelingsovereenkomst*, 2e druk, 2005, p. 69-70.

64. Art. 35 lid 1 WBP; art. 7.1.1. en art. 6.1.6 Gedragscode VPF 2010.

65. Art. 35 lid 2 Wbp.

66. HR 29 juni 2007, ECLI:NL:HR:2007:AZ4663 (Dexia I), NJ 2007/638; HR 29 juni 2007, ECLI:NL:HR:2007:BA3529, NJ 2007/639 m.nt. E.J. Dommering; Hof Amsterdam 31 januari 2012, ECLI:NL:GHAMS:2012:BV2565 (Medirisk), TvGR 2012/15.

67. Art. 43 sub e Wbp.

68. HR 29 juni 2007, ECLI:NL:HR:2007:AZ4663 (Dexia I), NJ 2007/638; HR 29 juni 2007, ECLI:NL:HR:2007:BA3529, NJ 2007/639 m.nt. E.J. Dommering; Hof Amsterdam 31 januari 2012, ECLI:NL:GHAMS:2012:BV2565 (Medirisk), TvGR 2012/15.

2.5.2 Inzage en afschrift

De keurling heeft recht op inzage in het medisch dossier. Ook heeft hij op grond van de bepalingen inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst in het BW recht op een afschrift van de stukken tegen een redelijke vergoeding.⁶¹ Persoonlijke werkaantekeningen behoren niet tot het dossier en maken geen deel uit van het inzagerecht.⁶² Het gaat hier om indrukken, vragen en vermoedens als geheugensteun of voor de eigen gedachtevorming, die niet bestemd zijn voor collega's of anderen. Op het moment dat zij wel in de communicatiesfeer terechtkomen, verliezen zij hun persoonlijke karakter, gaan zij tot het dossier behoren en bestaat er een inzagerecht.⁶³ Er wordt geen inzage verstrekt voor zover dat noodzakelijk is in het belang van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van een ander. Op grond van de Wbp heeft de (kandidaat-)verzekerde het recht op verzoek door de geneeskundig adviseur of de verzekeraar geïnformeerd te worden of op hem betrekking hebbende medische gegevens worden verwerkt.⁶⁴ Indien medische gegevens worden verwerkt, moet informatie van de geneeskundig adviseur of de verzekeraar het volgende bevatten:

- een volledig overzicht van de verwerkte persoonsgegevens in begrijpelijke vorm;
- een omschrijving van het doel of de doeleinden van de verwerking;
- de categorieën van gegevens waarop de verwerking betrekking heeft;
- de ontvangers of categorieën van ontvangers; alsmede
- de beschikbare herkomst van de gegevens.⁶⁵

Het begrip 'volledig overzicht' moet ruim worden uitgelegd.⁶⁶ Er moet specifieke informatie worden verstrekt aan de betrokkene waardoor deze in staat wordt gesteld behoorlijk kennis te nemen van zijn gegevens en van de wijze waarop deze zijn verwerkt. De betrokkene kan bij het vragen van deze informatie volstaan met een verwijzing naar art. 35 Wbp en hoeft geen nadere redenen op te geven. Hij mag verwachten dat de vervolgens aan te reiken informatie transparant en volledig zal zijn. Er kan niet worden volstaan met de verstrekking van globale informatie. Alle relevante informatie over de betrokkene moet worden verschaft, bijvoorbeeld in de vorm van afschriften, kopieën of uittreksels. Ook op grond van de Wbp is het recht op inzage en afschrift niet onbeperkt. De regeling kan onder andere buiten toepassing blijven voor zover dit noodzakelijk is in het belang van de rechten en vrijheden van anderen.⁶⁷ Zo kunnen bij de verstrekking van kopieën van bescheiden bijvoorbeeld daarin aanwezige passages die betrekking hebben op derden worden afgeschermd, indien de belangen van die derden zulks vergen.

Een beroep van de verzekeraar dat door inzage/afschrijving zijn belangen worden geschaad, zal naar onze verwachting niet snel worden gehonoreerd. Zo kan verstrekking van informatie door de verzekeraar niet worden afgewezen op grond van de administratieve belasting die de verstrekking meebrengt.⁶⁸ Een organisatie met een groot cliënten-

bestand brengt mee dat veel cliënten een beroep op de hun toekomende rechten kunnen doen. Bovendien kan de verzekeraar een tegemoetkoming vragen in de door hem gemaakte administratieve kosten.⁶⁹ Slechts indien de verantwoordelijke overeenkomstig art. 43 onderdeel e Wbp aannemelijk maakt dat de met het verstrekken van afschriften, kopieën of uittreksels gemoeide administratieve lasten zodanig disproportioneel zijn, dat hij in een van zijn rechten en vrijheden wordt aangetast of dreigt te worden aangetast, kan de verantwoordelijke weigeren om de verzochte kopieën en transcripties te verstrekken.

Ook het recht op een eerlijk proces in de zin van artikel 6 EVRM kan niet snel een weigering om informatie te verstrekken rechtvaardigen. Een beroep op deze bepaling om een rapport van de medisch adviseur van de verzekeraar niet te verstrekken, werd niet gehonoreerd.⁷⁰ In de Gedragscode VPMF 2010 is het recht op inzage in en afschrift van het medisch dossier uitgewerkt.⁷¹ De beoordeelde heeft het recht – bij voorkeur via een door hem of haar benoemde vertrouwensarts – een op hem betrekking hebbend medisch dossier volledig, met uitzondering van werkaantekeningen van de geneeskundig adviseur, in te zien en daarvan kopieën te ontvangen, tenzij de privacy van de in het rapport besproken derden zich daartegen verzet. In het medisch dossier worden rapporten van een geneeskundige, de arbodienst, alsmede informatie van de behandelend sector opgenomen en de medisch adviseur is verantwoordelijk voor de bewaring van het medisch dossier. Ook de door de geneeskundig adviseur uitgebrachte adviezen vallen in beginsel onder dit recht op inzage en afschrift⁷², alsmede door de benadeelde verstrekte machtigingen en aanbiedingsbrieven aan advocaten.⁷³ Werkaantekeningen vallen erbuiten. Wat hieronder precies valt, maakt de toelichting op de Gedragscode VPMF 2010 niet duidelijk. Hieronder vallen in ieder geval de persoonlijke werkaantekeningen van de geneeskundig adviseur, zoals hiervoor besproken. Zij vallen niet onder de werkingssfeer van de Wbp.⁷⁴ Verder valt uit de jurisprudentie af te leiden dat het hier tevens gaat om interne notities die de persoonlijke gedachten van medewerkers van de verzekeraar bevatten en die uitsluitend bedoeld zijn voor intern overleg en beraad.⁷⁵ Deze gegevens vallen wel onder de werkingssfeer van de Wbp, maar hoeven niet ter inzage te worden gegeven ter bescherming van de belangen van de verzekeraar.⁷⁶

Met uitzondering van de aanbiedingsbrief hoeft de verdere correspondentie met de eigen advocaat evenmin ter inzage te worden gegeven. Inzage zou afbreuk doen aan de vertrouwelijke relatie tussen advocaat en cliënt.⁷⁷ Een rapport van een geneeskundig adviseur, waarin een medisch oordeel is opgenomen met betrekking tot de gezondheidssituatie van een persoon en waar de verzekeraar in correspondentie naar verwijst, valt niet aan te merken als een notitie voor intern overleg en beraad.⁷⁸ Wij adviseren om de werkaantekeningen, zowel de persoonlijke aantekeningen als de notities die uitsluitend bedoeld zijn voor intern

overleg en beraad, alsmede de verdere correspondentie met de eigen advocaat niet op te nemen in het medisch dossier. Alle andere stukken die op de beoordeelde betrekking hebben, moeten in het medisch dossier worden opgenomen. De stukken waarop de verzekeraar zijn beslissing baseert, kunnen naar onze mening in ieder geval niet als werkaantekening worden beschouwd en moeten op verzoek aan betrokkene worden verstrekt.

3. Medische advisering tijdens de uitvoering van een levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekering

3.1 Inleiding

Verschillende van de in de paragraaf 2 besproken regels gelden ook voor de medische advisering tijdens de uitvoering van levens- en arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. De bepalingen van de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling in het BW zijn in beginsel van toepassing, evenals de Wbp en de daarop gebaseerde Gedragscode VPMF 2010. Ook de Bga 2011 en de KNMG richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens zijn van toepassing. In deze paragraaf zal worden ingegaan op enkele belangrijke verschillen ten opzichte van de medische advisering die voorafgaat aan het sluiten van de verzekering. Zo zijn

69. Art. 39 Wbp.

70. Hof Amsterdam 31 januari 2012, ECLI:NL:GHAMS:2012:BV2565 (Medirisk), TvGR 2012/15.

71. Art. 6.1.6 Gedragscode VPMF 2010.

72. Zie art. 8 lid 3 Bga 2011: 'De geneeskundig adviseur zorgt ervoor dat zijn onderzoeksbevindingen, beschouwing, conclusies en advies zo veel mogelijk schriftelijk worden vastgelegd in het medisch dossier opdat zijn adviezen toetsbaar zijn.'

73. Rb. Zutphen 8 oktober 2009, ECLI:NL:RBZUT:2009:BK4206. Door inzage in de aanbiedingsbrieven aan advocaten kan benadeelde nagaan welke persoonsgegevens aan deze advocaat zijn verstrekt. In beginsel mag alleen voor de procedure noodzakelijke informatie worden verstrekt. Voor het verstrekken van meer informatie is toestemming van betrokkene nodig.

74. Art. 2 lid 2 sub a Wbp. Het persoonlijk gebruik kan ook betrekking hebben op gebruik op het werk. Zodra een verwerking beoogd is voor gebruik voor meerdere personen, is geen sprake meer van persoonlijk gebruik en is de wet van toepassing: De Vries, T&C Telecommunicatie- en privacyrecht, art. 2, aant. 2.

75. Hof Amsterdam 31 januari 2012, ECLI:NL:GHAMS:2012:BV2565 (Medirisk), TvGR 2012/15. Rb. Den Haag 4 april 2012, ECLI:NL:RBSGR:2012:BW2979, TvGR 2012/23. Rb. Zutphen 8 oktober 2009, ECLI:NL:RBZUT:2009:BK4206. Deze interne notities komen vooral voor bij lopende verzekeringen, bijvoorbeeld bij het innemen van een standpunt met betrekking tot verzwijging, een beroep op zelfmoord of de vaststelling van de mate van arbeidsongeschiktheid van de verzekerde.

76. Art. 43 sub e Wbp. Zie tevens De Vries, T&C Telecommunicatie- en privacyrecht, art. 43, aant. 2.

77. Rb. Zutphen 8 oktober 2009, ECLI:NL:RBZUT:2009:BK4206.

78. Hof Amsterdam 31 januari 2012, ECLI:NL:GHAMS:2012:BV2565 (Medirisk), TvGR 2012/15.

het blokkeringsrecht in art. 7:464 lid 2 onderdeel b BW, de regels van de WMK en het Protocol 2011 niet van toepassing. Verder zal bij een aanvraag voor een uitkering op grond van een gesloten arbeidsongeschiktheidsverzekering geneeskundig onderzoek standaard plaatsvinden en zal de inhoud van de rapportage uitgebreider zijn dan die bij de aanvraag voor de verzekering. In richtlijnen en rechtspraak met name van de tuchtrechter worden voorwaarden gesteld aan zorgvuldige advisering. Wat betreft de levensverzekering dient het Convenant inzake de bestrijding van fraude met gezondheidsgegevens te worden genoemd. Als een verzekerde kort na het sluiten/wijzigen van de levensverzekering overlijdt en dit overlijden niet het gevolg is van een ongeval en de verzekeringsmaatschappij verzwijging van gezondheidsgegevens of zelfdoding vermoedt, kan de Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens worden ingeschakeld.

3.2 Meldingsplicht bij verwezenlijking van het risico

Zodra de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde van de verwezenlijking van het risico op de hoogte is, is hij verplicht aan de verzekeraar – zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is – de verwezenlijking te melden (art. 7:941 lid 1 BW). Bovendien zijn de verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde verplicht binnen redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen (art. 7:941 lid 2 BW). Naast de algemene wettelijke verplichting tot medewerking is in de verzekeringsvoorwaarden voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering vaak bepaald dat de verzekerde verplicht is in geval van arbeidsongeschiktheid a. zich op verzoek van de verzekeraar te laten onderzoeken door een door de verzekeraar aangewezen arts en aan deze alle gewenste inlichtingen te verstrekken, respectievelijk zich voor een onderzoek te laten opnemen in een door de verzekeraar aan te wijzen ziekenhuis of andere medische instelling en b. alle door de verzekeraar nodig geoordeelde gegevens te verstrekken of te laten verstrekken aan de verzekeraar of aan door hem aangewezen deskundigen en daartoe de nodige machtigingen te verlenen.

Bij de uitvoering van de arbeidsongeschiktheidsverzekering gaat het om een andere beoordeling dan bij het tot stand komen daarvan. Voor de vaststelling van de verplichtingen die voortvloeien uit de verzekering moet vaak een beoorde-

ling plaatsvinden op basis van medische gegevens. Daarbij kan ook een deskundige, zoals een arbeidsdeskundige, nodig zijn. De arbeidsdeskundige, die zijn werkzaamheden verricht in dienst of in opdracht van de verzekeraar, maakt geen deel uit van de medische staf of dienst van de geneeskundig adviseur,⁷⁹ wellicht wel van de functionele eenheid, maar in dat laatste geval moet de informatie beperkt worden tot relevante en noodzakelijke gegevens.⁸⁰ Gezien de vergelijkbare positie die de arbeidsdeskundige heeft ten opzichte van de schadebehandelaar van de verzekeraar is het verdedigbaar dat het verstrekken van *noodzakelijke* medische gegevens, zonder expliciete toestemming van de betrokkene, mogelijk is op grond van art. 4.3 onderdeel b (indien de betrokkene ook partij is bij de overeenkomst) of f (indien de betrokkene uitsluitend verzekerde is op de verzekeringsovereenkomst) Gedragscode VPPF 2010.

3.3 Geen blokkeringsrecht

De keurling heeft geen blokkeringsrecht als de keuring wordt verricht in verband met een tot stand gekomen burgerrechtelijke verzekering. In die gevallen kan de keurling rapportage aan de opdrachtgever niet tegenhouden. Voor burgerrechtelijke verzekeringen zou een blokkeringsrecht gedurende de looptijd van de verzekering ertoe kunnen leiden dat de verzekeraar niet in staat is het uitkeringspercentage te laten aansluiten op de werkelijke mate van arbeidsongeschiktheid. Een verzekerde van een lopende arbeidsongeschiktheidsverzekering heeft ook geen blokkeringsrecht als hij zich op grond van art. 198 Rv moet onderwerpen aan een onderzoek door een deskundige. Het Hof Amsterdam oordeelde dat het blokkeringsrecht niet geldt indien sprake is van een deskundigenbericht ter vaststelling van een aanspraak op grond van een gesloten arbeidsongeschiktheidsverzekering.⁸¹ Het Hof overwoog: 'In het onderhavige geval bestaat tussen [appellant] als keurling en Reaal als verzekeraar een contractuele relatie in de vorm van een verzekering. Het onderzoek van de deskundige wordt uitgevoerd in verband met de vraag of en in hoeverre Reaal is gehouden over te gaan tot uitkering onder deze verzekering. Het voorgaande brengt mee dat het recht op eerste inzage en het blokkeringsrecht van artikel 7:464 lid 2 aanhef en onder b BW dan niet van toepassing zijn. Blijkens de totstandkomingsgeschiedenis van deze bepaling is de ratio daarvan dat de uitoefening van een blokkeringsrecht gedurende de looptijd van een burgerrechtelijke verzekering ertoe zou kunnen leiden dat kort gezegd de verzekeraar niet in staat wordt gesteld zijn uitkeringsverplichting vast te stellen.' Onderzoek in het kader van een herbeoordeling van de arbeidsongeschiktheid van verzekerde te weten een in opdracht van de medisch adviseur verricht onderzoek door een reumatoloog en een belastbaarheidsonderzoek door een arbeidsdeskundige, is onderzoek in het kader van een reeds langere tijd tussen verzekerde en zijn verzekeraar bestaande burgerrechtelijke verzekering. Volgens het CTG komt de onderzochte in dat kader geen blokkeringsrecht toe.⁸²

79. Zie par. 2.4.4.

80. CTG 11 mei 2010, *Stcrt.* 2010, nr. 8868: volgens het CTG is voor het arbeidsdeskundig oordeel verstrekking van het volledige medische dossier niet noodzakelijk; zie ook: W.M.A. Kalkman en L.C. Geurs, De positie van de functionele eenheid bij het omgaan met medische gegevens, *Het Verzekerings-Archief* 2003, p. 98.

81. Hof Amsterdam 28 juni 2011, ECLI:NL:GHAMS:2011:BR5290, NJ 2011, 377 en het vervolg in Hof Amsterdam 20 maart 2012, ECLI:NL:GHAMS:2012:BW2023.

82. CTG 16 april 2013, ECLI:NL:TGZCTG:2013:YG2852.

3.4 Zorgvuldige rapportage

De geneeskundig adviseur moet zich objectief en onafhankelijk opstellen. Hij moet werken volgens de professionele standaard. Hij mag geen vooringenomen standpunten innemen en dient respect te tonen voor de opvattingen van anderen. Ten opzichte van de verzekerde moet de geneeskundig adviseur de nodige zorgvuldigheid betrachten, diens rechten respecteren en zorgdragen voor een adequate voorlichting.⁸³ De advisering van geneeskundig adviseurs moet voldoen aan de eisen die in de tuchtrechtelijke jurisprudentie aan rapportages worden gesteld, ook al is een advies van een medisch adviseur beperkter van opzet, strekking en inhoud dan een deskundigenrapport.⁸⁴ Ook in de Bga 2011 zijn deze eisen opgenomen.⁸⁵

De eisen die aan een advies van een medisch adviseur worden gesteld, zijn:

1. in het advies wordt op inzichtelijke en consistente wijze uiteengezet op welke gronden de conclusie van het advies steunt;
2. de in het advies uiteengezette gronden vinden aantoonbaar voldoende steun in de feiten, omstandigheden en bevindingen van dat advies;
3. bedoelde gronden kunnen de daaruit getrokken conclusie rechtvaardigen;
4. het advies beperkt zich tot de deskundigheid van de medisch adviseur; en
5. de methode van onderzoek om tot beantwoording van de voorgelegde vraagstelling te komen kan tot het beoogde doel leiden en de medisch adviseur heeft daarbij de grenzen van redelijkheid en billijkheid niet overschreden.

Deze eisen gelden ook voor de rapportage door een medisch deskundige die door de (geneeskundig adviseur van) de verzekeraar is ingeschakeld om een medisch onderzoek te verrichten bij een verzekerde.⁸⁶

3.5 Onderzoek doodsoorzaak en eventueel ziekteverloop bij levensverzekeringen

Als een verzekerde na het sluiten van een levensverzekering overlijdt, kunnen er omstandigheden zijn die maken dat de verzekeraar medische gegevens van de verzekerde wil inzien, voordat een beslissing wordt genomen over de uitkering uit levensverzekering. Die omstandigheden kunnen zich vooral voordoen als de verzekerde kort na het afsluiten van de verzekering is overleden en de verzekeraar wil nagaan of de verzekerde gezondheidsgegevens heeft verzwegen, die voor het sluiten van de verzekering relevant zouden zijn geweest. Met behulp van een machtiging van de nabestaanden vroeg de geneeskundig adviseur medische gegevens op bij de behandelaar of behandelaren van de verzekerde over diens gezondheidstoestand ten tijde van het afsluiten van de verzekering.⁸⁷ Kritiek op deze machtigingsconstructie⁸⁸ heeft geleid tot het Convenant inzake de bestrijding van fraude met gezondheidsgegevens. Het Convenant is afgesloten door het Breed Platform

Verzekerden en Werk, de KNMG, De Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie en het Verbond van Verzekeraars.⁸⁹ Doel van het Convenant is om recht te doen aan het belang van de levensverzekerde om fraude concreet en gericht te bestrijden en het belang van de patiënt op geheimhouding van zijn gegevens. Op grond van het Convenant mag de levensverzekerde bij een vermoeden van *fraude* de onafhankelijke Toetsingscommissie Fraude Gezondheidsgegevens inschakelen.⁹⁰ Onder *fraude* wordt in het Convenant verstaan 'verzwijging van gezondheidsgegevens bij het aangaan of wijzigen van een levensverzekering met inbegrip van een van de dekking uitgesloten overlijdensrisico'; onder de laatstgenoemde categorie wordt bijvoorbeeld zelfdoding verstaan.⁹¹

Voor gevallen van overlijden binnen twee jaar na het afsluiten/wijzigen van de levensverzekering is een vermoeden van verzwijging voldoende om de Toetsingscommissie in te schakelen. Bij een overlijden binnen twee tot vijf jaar

83. CTG 11 mei 2010, ECLI:NL:TGZCTG:2010:YG0273.

84. CTG 24 februari 2009, MC 2009, p. 1082-1084; CTG 21 juni 2012, *Strct.* 2012, nr. 13101.

85. Art. 4 Bga 2011.

86. CTG 19 december 2013, ECLI:NL:TGZCTG:2013:160; zie voor een situatie waarbij de deskundige door de verzekeraar aansprakelijk werd gesteld Rb.Midden-Nederland 27 maart 2013, ECLI:NL:RBMNE:2013:CA3226, *NJF* 2013/314; *Letsel & Schade*, 2013, nr. 3, p. 207, m.nt. J. Legemaate.

87. Zie hierover W.M.A. Kalkman, *Levensverzekering*, 3^e dr., 2013, par. 2.7.3.

88. De plicht tot geheimhouding blijft ook na iemands overlijden bestaan en valt niet in de nalatenschap. Nabestaanden kunnen uit hoofde van de nalatenschap geen toestemming geven voor doorbreking van het beroepsgeheim. Ze zouden dat wellicht wel kunnen doen op grond van veronderstelde toestemming van de overledene, wanneer de verzekeraar zonder deze informatie niet tot uitkering kan overgaan.

89. Het Convenant is te raadplegen op de website van het Verbond van Verzekeraars, www.verzekerars.nl.

90. De Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens heeft ook een taak in het kader van het Van Leeuwen Convenant. Zie hierover W.M.A. Kalkman, *Levensverzekering*, 3^e druk, 2013, par. 2.7.4.

91. In de toelichting op het *Convenant inzake de bestrijding van fraude met gezondheidsgegevens* staat vermeld dat de afspraken in dit convenant onverlet laat de bestaande praktijk inzake situaties waarin zelfdoding is vastgesteld. Hier wordt naar onze mening gedoeld op de situatie waarbij de verzekeraar, de begunstigde of de rechter op grond van art. 42 lid 2 Rv het Openbaar Ministerie kan verzoeken informatie te verstrekken over een niet natuurlijke doodsoorzaak van de verzekerde in een procedure waarbij de vraag centraal staat of de verzekeraar gehouden is tot een uitkering uit levensverzekering. Zie voor een situatie waarbij de rechter met toepassing van art. 42 lid 2 Rv dit verzoek aan het OM deed Rb. Midden-Nederland 6 maart 2013, ECLI:NL:RBMNE:2013:BZ5783 en Rb. Midden-Nederland 22 januari 2014, ECLI:NL:RBMNE:2014:102 (Demkabrug); zie ook M.L. Hendrikse, *Privaatrechtelijke aspecten van verzekeringsfraude*, 2^e dr., 2013, p. 70-71 die naar onze mening ten onrechte concludeert dat het Convenant niet direct van betekenis zou zijn voor een verzoek aan de Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens in het kader van de vaststelling van zelfdoding als een van de dekking uitgesloten risico.

na het afsluiten/wijzigen van de levensverzekering moeten er sterke aanwijzingen voor fraude zijn en na die vijf jaar kan de Toetsingscommissie alleen nog worden ingeschakeld bij harde aanwijzingen voor fraude. De Toetsingscommissie onderzoekt in welke mate er aanwijzingen zijn voor een redelijk vermoeden van fraude aan de hand van een aantal criteria die in het Convenant zijn opgenomen. Eén van die criteria is de wijze van beantwoording van de vragenlijst. Met deze vragenlijst wordt, nemen wij aan, de gezondheidsverklaring van verzekerde bedoeld. Het Convenant gaat ervan uit dat de geneeskundig adviseur deze informatie aan de Toetsingscommissie mag verstrekken. Ook eventuele andere medische gegevens die in het bezit zijn van de medisch adviseur worden door de Toetsingscommissie bij het onderzoek betrokken. Ook deze mogen op grond van het Convenant aan de Toetsingscommissie worden verstrekt. Als dit onderzoek tot een gerechtvaardigd vermoeden van fraude leidt, gaat de aan de Toetsingscommissie verbonden arts over tot het inwinnen van medische informatie bij de behandelend arts. Deze medische informatie moet betrekking hebben op gezondheidsgegevens van de verzekerde ten tijde van het sluiten of wijzigen van de verzekering of verzekeringen die in relatie staan tot de overlijdensoorzaak. De informatie moet relevant zijn voor de risico-inschatting door de verzekeraar. Volgens de KNMG Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens mag de behandelend arts deze gegevens verstrekken.⁹² Beslissingen op ingediende toetsingsverzoeken worden schriftelijk meegedeeld zowel aan de nabestaande van de overleden verzekerde als aan de claimbehandelaar/fraudecoördinator bij de verzekeraar. Daarnaast ontvangt de geneeskundig adviseur van de verzekeraar de aan de beslissing van de toetsingscommissie ten grondslag liggende medische informatie. Dit is noodzakelijk omdat bij het oordeel van de Toetsingscommissie dat relevante gegevens zijn verzwegen, de beslissing over het al dan niet geheel of gedeeltelijk uitkeren bij de verzekeraar ligt. Deze zal, met name als het gaat om gedeeltelijke uitkering, een nieuw advies van de geneeskundig adviseur nodig hebben en die moet zich kunnen baseren op de gegevens op basis waarvan de Toetsingscommissie tot haar beslissing is gekomen.⁹³

De beslissing van de Toetsingscommissie of er al dan niet sprake is van fraude, is alleen bindend voor de verzekeraar. De door verzekeraars gehanteerde machtigingsconstructie zou door de regeling in het Convenant niet meer

gebruikt moeten worden.⁹⁴ De Toetsingscommissie bepleit daarnaast dat het in de geest van het Convenant is dat de verzekeraar de grootst mogelijke terughoudendheid betracht bij het inwinnen van informatie over zijn overleden verzekerde. Volgens de Toetsingscommissie zou de (geneeskundig adviseur van de) verzekeraar moeten volstaan met bij de nabestaanden op te vragen waaraan de verzekerde is overleden, eventueel nog aangevuld met de vraag wie de behandelend arts/specialist is geweest.⁹⁵

Het Verbond van Verzekeraars heeft bij de verzekeraars die lid zijn van het Verbond aangedrongen op naleving van de regeling. Voor de geneeskundig adviseur betekent het Convenant dat hij in het kader van een onderzoek naar fraude tijdens het sluiten of wijzigen van een levensverzekering informatie over de verzekerde aan de Toetsingscommissie mag verstrekken. Er is geen wettelijke bepaling die hem tot deze doorbreking van zijn geheimhouding verplicht en evenmin is er sprake van toestemming van de betrokken verzekerde. De rechtvaardiging moet worden gezocht in een afweging van belangen: het belang van fraudebestrijding weegt in dit geval zwaarder dan het belang van geheimhouding. Naar onze mening verdient het aanbeveling om in de Bga 2011 een bepaling over gegevensverstrekking aan de Toetsingscommissie op te nemen. De behandelend arts die door de arts van de Toetsingscommissie om informatie wordt gevraagd, mag, zoals gezegd, op grond van de KNMG Richtlijnen omgaan met medische gegevens deze informatie verstrekken. Ook in dit geval niet op grond van een wettelijke plicht of toestemming van zijn patiënt, maar op grond van een belangenafweging. Als het verzoek niet afkomstig is van de arts van de Toetsingscommissie, maar van de geneeskundig adviseur van de verzekeringsmaatschappij al dan niet met machtiging van de nabestaanden, dient hij het verzoek af te wijzen. Ingaan op een dergelijk verzoek zou niet in overeenstemming met de professionele standaard zijn.

4. Medische advisering in het kader van de vaststelling van aansprakelijkheid

4.1 Inleiding

Verschillende van de in de paragraaf 2 besproken regels gelden ook voor de medische advisering in het kader van de vaststelling van aansprakelijkheid. De bepalingen met betrekking tot de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling in het BW zijn in beginsel van toepassing, evenals de Wbp en de daarop gebaseerde Gedragscode VPMF 2010. Ook de Bga 2011 en de KNMG Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens zijn van toepassing. De WMK en het Protocol 2011 gelden niet. Het blokkeringsrecht in art. 7:464 lid 2 onderdeel b BW is wel van toepassing. Ook gelden de in paragraaf 3 besproken regels die aan de inhoud van het medisch advies worden gesteld. Daarnaast zijn er voor de afhandeling van leestelschade ten

92. KNMG Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens 2010, art. 3.14.

93. Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens, Verslag van werkzaamheden over het kalenderjaar 2013, p. 4.

94. Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens, Verslag van werkzaamheden over de periode augustus 2009-augustus 2010, p. 6.

95. Toetsingscommissie Gezondheidsgegevens, Verslag van werkzaamheden over het kalenderjaar 2013, p. 4.

gevolg van een (verkeers)ongeval of een medische fout speciale gedragscodes ontwikkeld. Op het blokkeringsrecht, de medische rapportage en de speciale gedragscodes zal hierna worden ingegaan.

4.2 Aansprakelijkheidsverzekering en blokkeringsrecht

Op medische advisering in het kader van de vaststelling van aansprakelijkheid in verband met een ongeval of een medische fout is het blokkeringsrecht van toepassing. Bij deze aansprakelijkstellingen zijn nagenoeg altijd aansprakelijkheidsverzekeraars betrokken. Veel particulieren hebben een verzekering tegen aansprakelijkheid voor zichzelf en de andere gezinsleden.⁹⁶ Ziekenhuizen en medische beroepsbeoefenaren sluiten een aansprakelijkheidsverzekering af⁹⁷ en voor motorrijtuigen geldt een wettelijk verplichte aansprakelijkheidsverzekering.⁹⁸ Hoewel het hier gaat om de uitvoering van afgesloten burgerrechtelijke verzekeringen, heeft de Hoge Raad geoordeeld dat een aansprakelijkheidsverzekering geen burgerrechtelijke verzekering is in de zin van artikel 7:464 lid 2 sub b BW en de wetgever⁹⁹ heeft dit oordeel gevolgd. Het begrip 'burgerrechtelijke verzekering' van artikel 7:464 lid 2 sub b BW ziet volgens de Hoge Raad op een contractuele relatie tussen de verzekeraar en de verzekeringnemer. Een aansprakelijkheidsverzekering valt niet onder het begrip 'burgerrechtelijke verzekering', omdat de benadeelde geen verzekeringnemer is van de afgesloten aansprakelijkheidsverzekering. De benadeelde heeft geen contractuele relatie met de aansprakelijkheidsverzekeraar.

De toepasselijkheid van het blokkeringsrecht heeft de volgende consequenties. Op een door de rechter opgedragen deskundigenonderzoek in het kader van de vaststelling van de omvang van de aansprakelijkheid van een verzekeraar voor door zijn verzekerde aan een derde toegebracht letsel is het blokkeringsrecht van toepassing. De benadeelde kan de deskundige beletten om aan de rechter te rapporteren.¹⁰⁰ Het voorgaande geldt ook voor een door de benadeelde en de verzekeraar gezamenlijk buiten de rechter om verstrekte keuringsopdracht in het kader van de vaststelling van de omvang van de aansprakelijkheid. De benadeelde kan in dat geval beletten dat de keurend arts aan de verzekeraar rapporteert.¹⁰¹ Medische gegevens die door de benadeelde aan de arts-deskundige worden verstrekt, moeten wel worden verstrekt aan de geneeskundig adviseur van de verzekeraar. Deze heeft immers een geheimhoudingsplicht, ook naar de verzekeraar. De deskundige zal moeten aangeven welke medische gegevens hij heeft ontvangen, waaronder ook gegevens die hij niet heeft gebruikt bij zijn deskundig oordeel. Indien de benadeelde geen gebruik maakt van zijn blokkeringsrecht en het deskundigenbericht ter beschikking van de verzekeraar wordt gesteld, dan is de benadeelde verplicht 'alle door haar aan de deskundige verschaft medische gegevens aan de wederpartij in afschrift of ter inzage te verstrekken'. Het gaat hier om 'alle' informatie, ook de informatie die niet gebruikt is en/of niet relevant was.¹⁰² Partijen zijn op grond

van art. 198 lid 3 Rv verplicht tot medewerking aan het deskundigenonderzoek. Uit een weigering tot medewerking aan het deskundigenonderzoek zal, indien het deskundigenbericht in de procedure wordt overgelegd, de rechter die in het geschil beslist, de gevolgtrekking kunnen trekken die hij geraden acht.¹⁰³ Het blokkeren van rapportage kan worden beschouwd als het niet voldoen aan deze medewerkingsplicht. In de regel zal dit leiden tot een afwijzing van de vordering.¹⁰⁴

De Hoge Raad meent dat de keurling altijd als eerste moet worden geïnformeerd, zodat hij kan beslissen of hij al dan niet van het blokkeringsrecht gebruik maakt. Deze opvatting van de Hoge Raad is onjuist. De keurling moet 'in de gelegenheid worden gesteld mee te delen' of hij geïnformeerd wil worden en – als het blokkeringsrecht van toepassing is – of hij als eerste wil worden geïnformeerd.¹⁰⁵ Verder zijn wij het niet eens met de opvatting van de Hoge Raad dat er uitgebreid moet worden gerapporteerd als de keurling van het blokkeringsrecht geen gebruik maakt. Hoewel de letter van de wet dat mogelijk maakt, zou de rapportage naar onze mening beperkt moeten worden tot dat wat noodzakelijk is.¹⁰⁶

Het blokkeringsrecht heeft inmiddels menig jurist hoofdbreken gekost, niet alleen in het kader van verzekeringen, maar ook daarbuiten.¹⁰⁷ Dit had voorkomen kunnen worden als de wetgever ons voorstel uit 2005 had gevolgd en

96. Aansprakelijkheidsverzekering voor particulieren (AVP).

97. Aansprakelijkheidsverzekering voor bedrijven en beroepen (AVB).

98. Wettelijke aansprakelijkheidsverzekering motorrijtuigen (Wam).

99. *Kamerstukken II 2004/05*, 30 049, nr. 3, p. 5. *Stb.* 2006, 29.

100. HR 26 maart 2004, ECLI:NL:HR:2004:AO1330, NJ 2009, 340 Levob (m.nt. F.C.B. van Wijmen); Zie ook Hof 's-Hertogenbosch 18 februari 2014, ECLI:NL:GHSHE:2014:393.

101. HR 12 augustus 2005, ECLI:NL:HR:2005:AT3477, NJ 2009, 341 Univé (m.nt. F.C.B. van Wijmen).

102. HR 22 februari 2008, ECLI:NL:HR:2008:BB5626, NJ 2010, 542 (Fortis ASR I); JA 2008/72 m.nt. J. Quakkelaar; HR 22 februari 2008, ECLI:NL:HR:2008:BB3676, NJ 2010/543 (Fortis ASR II) m.nt. J. Legemaate en C.J.M. Klaassen, JA 2008/73 m.nt. J. Quakkelaar.

103. HR 22 februari 2008, ECLI:NL:HR:2008:BB5626, NJ 2010, 542 (Fortis ASR I); JA 2008/72 m.nt. J. Quakkelaar; HR 22 februari 2008, ECLI:NL:HR:2008:BB3676, NJ 2010/543 (Fortis ASR II) m.nt. J. Legemaate en C.J.M. Klaassen, JA 2008/73 m.nt. J. Quakkelaar; Hof 's-Hertogenbosch 7 mei 2013, ECLI:NL:GHSHE:2013:BZ9851.

104. Zie bijvoorbeeld Rb. Arnhem 10 februari 2012, ECLI:NL:RBARN:2012:3818; Hof 's-Hertogenbosch 29 april 2014, ECLI:NL:GHSHE:2014:1216.

105. Zie voor een kritisch commentaar op het Levob en Univé arrest onze annotaties in AV&S 2004, p. 207-210 en AV&S 2005, p. 218-222, alsmede de annotaties van Van Wijmen bij HR 26 maart 2004, ECLI:NL:HR:2004:AO1330, NJ 2009, 340 (Levob) en HR 12 augustus 2005, ECLI:NL:HR:2005:AT3477, NJ 2009, 341 (Univé).

106. Zie hiervoor par 2.4.5.

107. Zie bijvoorbeeld E.J.C. de Jong, *De ondraaglijke duisternis van het blokkeringsrecht*, *TvGR* 2011; 35, p. 405-412.

het blokkeringsrecht definitief had beperkt tot keuringen in verband met nog niet tot stand gekomen arbeidsverhoudingen, niet tot stand gekomen burgerrechtelijke verzekeringen en tot keuringen voor opleidingen waarvoor iemand nog niet is toegelaten. Voor alle andere keuringen zou het blokkeringsrecht dan niet hebben gegolden.¹⁰⁸

4.3 Medische rapportage

Aan zorgvuldige rapportage worden eisen gesteld die ontwikkeld zijn in de rechtspraak en zijn opgenomen in de Bga 2011. In paragraaf 3.3 zijn deze voorwaarden besproken. De ontwikkeling van de voorwaarden heeft vooral plaatsgevonden in de tuchtrechtspraak over medische advisering in het kader van de vaststelling van aansprakelijkheid. Een medisch adviseur die in zijn advies aan de verzekeraar niet alleen een op klaagster (slachtoffer van een verkeersongeval) gericht medisch oordeel gaf, maar ook algemene en zeer negatieve opmerkingen maakte over whiplash en uitlatingen deed over het al dan niet toekennen van schadevergoeding, ging wegens het ontbreken van duidelijke normen in 2007 nog tuchtrechtelijk vrijuit. Volgens het CTG was de normering op dit gebied binnen de beroepsgroep van medisch adviseurs nog onvoldoende ontwikkeld en was nadere normering zeer gewenst.¹⁰⁹ In 2009 was het college niet meer zo mild. De medisch adviseur van de aansprakelijkheidsverzekeraar die in een brief aan de medisch adviseur van de verkeersslachtoffers schreef over twee nieuwe vermeende 'whiplashslachtoffers' die 'invalide' zijn en 'beperkingen' hebben, had tuchtrechtelijk verwijtbaar gehandeld en kreeg een waarschuwing. De medisch adviseur was vooringenomen, toonde onvoldoende respect voor de slachtoffers en was niet objectief en onafhankelijk.¹¹⁰

Volgens het CTG mag de medisch adviseur bij zijn advies in beginsel geen medische gegevens als bijlage bijvoegen, ook niet in de vorm van een resumé. De relevante medische gegevens dienen neergelegd te worden in het op schrift gestelde medisch advies. 'In dit verband is van belang dat in het kader van de afhandeling van schade ook anderen dan artsen medische adviezen onder ogen (kunnen) krijgen waarbij het gevaar ontstaat dat de in de bijlage meegezonden medische gegevens op een onjuiste wijze geïnterpre-

teerd worden.' De betrokken arts heeft door het meezenden van het resumé zijn geheimhoudingsplicht geschonden.¹¹¹ De eisen voor een zorgvuldige rapportage gelden niet alleen voor adviezen van de medisch adviseur van de verzekeraar, maar ook voor adviezen die de medisch adviseur aan de belangenbehartiger van de benadeelde uitbrengt. De medisch adviseur heeft over de behandeling van een plastisch chirurg advies uitgebracht aan de belangenbehartiger van de patiënt. De patiënt heeft de kliniek waarin de chirurg werkzaam is, aansprakelijk gesteld voor fouten bij de uitvoering van een neuscorrectie. De medisch adviseur komt tot de conclusie dat het handelen van de chirurg niet als deskundig, noch als bekwaam kan worden beschouwd en derhalve verwijtbaar is. Volgens het CTG voldoet het advies niet aan de eisen van zorgvuldige rapportage. Op verschillende onderdelen van het advies ontbreekt een onderbouwing. Met name wordt de medisch adviseur zwaar aangerekend, dat hij selectief is omgegaan met de beschikbare informatie en vooral die informatie heeft gebruikt die in het voordeel is van de door de patiënt gevoerde letselschadeprocedure. Het advies heeft geen intern en informeel karakter, omdat het door de belangenbehartiger van patiënte met de aansprakelijkstelling is meegestuurd.¹¹²

4.4 Informatie-uitwisseling bij aansprakelijkheidsclaim

4.4.1 Verantwoorde oordeelsvorming

Bij de vaststelling van aansprakelijkheid bij een aansprakelijkheidsverzekering (third party-verzekering) is er sprake van een geheel andere beoordeling dan bij arbeidsongeschiktheids- en levensverzekeringen. Bij de vaststelling van aansprakelijkheid zal in veel gevallen naast een medische en arbeidsdeskundige, ook een juridische beoordeling noodzakelijk zijn. Bij deze juridische beoordeling gaat het vaak om aspecten als de bewijspositie, het causaal verband, eventueel toe te rekenen omstandigheden en – bij aansprakelijkheidsverzekeringen van medici – de gedragingen van de aansprakelijk gestelde verzekerde. In dat geval zal de jurist veeleer het volledige medische dossier nodig hebben om op basis van het daarin voorkomende feitencomplex tot een verantwoord oordeel te kunnen komen. Van een geneeskundig adviseur kan niet verlangd worden dat hij bij de beoordeling van aansprakelijkheidsvraagstukken een samenvatting maakt van de in het medisch dossier voorkomende gegevens. Dit is een werkzaamheid die niet van de geneeskundig adviseur verlangd kan worden, in geen enkel opzicht wenselijk is en naar onze mening zelfs strijdig met een gewenste zorgvuldige behandeling van zaken. Toegang tot (de relevante stukken uit) de medische dossiers ligt bij beoordeling van aansprakelijkheidsvraagstukken dan ook voor de hand. De juridische vertaalslag zal in dergelijke gevallen doorgaans gemaakt worden door de schadebehandelaar, eventueel na overleg met de bedrijfsjurist of advocaat. Het is in het belang van alle bij de schadebehandeling betrokken perso-

108. L.E. Kalkman-Bogerd en W.M.A. Kalkman, *AV&S* 2005, p. 221-222.

109. CTG 19 juli 2007, *Stcr.* 2007, 144, p. 19, *Medisch Contact* 2007, p. 1686-1689.

110. CTG 24 februari 2009, *Medisch Contact* 2009, p. 1082-1084. Zie in gelijke zin RT Amsterdam 21 juli 2009, *Medisch Contact* 2009, p. 1729-1731. Het RT legde de medisch adviseur een berisping op, omdat hij voor vergelijkbare feiten al twee keer was gewaarschuwd en omdat hij geen inzicht heeft getoond.

111. CTG 17 mei 2007, 2006/101; K. Festen-Hoff, *Medisch adviseur, medisch tuchtrecht en RSI*. CTG 2006/101, 17 mei 2007, *Tijdschrift voor Vergoeding Personenschade* 2008, p. 75-82.

112. CTG 13 augustus 2013, ECLI:NL:TGZCTG:2013:52, *Medisch Contact* 2013, p. 1982-1985.

nen – waaronder de benadeelde derde zelf – dat de verzekeraar zich een gefundeerde mening kan vormen, op basis van alle relevante (medische) gegevens.¹¹³

4.4.2 Twee gedragscodes

Voor de afhandeling van letselschade zijn speciale gedragscodes ontwikkeld: de GBL 2012 voor verkeerszaken en andere ongevallen en de GOMA 2012 voor medische fouten. Bij de afwikkeling van letselschade treedt voor de aansprakelijk gestelde meestal de verzekeraar op. De geneeskundig adviseur van de aansprakelijkheidsverzekeraar moet vaststellen of de benadeelde derde (het slachtoffer van een medische fout of een (verkeers)ongeval) recht heeft op een of meer aanspraken uit hoofde van de verzekering van de aansprakelijk gestelde persoon of instelling. De benadeelde wordt veelal bijgestaan door een belangenbehartiger (zijn advocaat of een bureau voor slachtofferhulp) die ook een medisch adviseur kan inschakelen. Voor de beoordeling van de letselschade zijn medische gegevens van het slachtoffer nodig. Voor het omgaan met die medische gegevens stellen de beide gedragscodes regels.

In de GOMA 2012 is als aanbeveling opgenomen dat partijen (patiënt en zijn belangenvertegenwoordiger enerzijds en zorgaanbieder en verzekeraar van de zorgaanbieder anderzijds) elkaar over en weer, met het oog op de beoordeling van de aansprakelijkheid en de gevolgen van de gestelde fout, de relevante medische en feitelijke gegevens ter beschikking stellen. Deze informatie-uitwisseling is alleen toegestaan met toestemming van betrokkene, meestal in de vorm van een schriftelijke machtiging, waarin de patiënt toestemming geeft aan de zorgaanbieder om in het kader van de behandeling van de aansprakelijkstelling relevante gegevens uit het medisch dossier ter kennis te brengen aan de verzekeraar. Bij medische aansprakelijkheidszaken is het noodzakelijk dat naast de geneeskundig adviseur van de verzekeraar alle personen die betrokken zijn bij de schadeclaim kennis kunnen nemen van de voor hen relevante gegevens uit het medisch dossier van de patiënt. Daarbij gaat het niet alleen om een medische maar ook om een juridische beoordeling. Niet alleen de medisch adviseur maar ook de schadebehandelaars, de letselschade-expert en de juridisch medewerker van de aansprakelijkheidsverzekeraar moeten bevoegd zijn de medische gegevens in te zien.¹¹⁴ Tevens zijn in de GOMA 2012 aanbevelingen opgenomen over het doen van deskundigenonderzoek.¹¹⁵

De Medische Paragraaf van de GBL 2012 bestaat uit vijf onderdelen die aansluiten bij het chronologische verloop van het medisch beoordelingstraject. Het proportionaliteitsbeginsel vormt de rode draad in dit traject (zoals niet meer onderzoek en gebruik van medische gegevens dan noodzakelijk). De medisch adviseur moet objectief en onafhankelijk zijn. Bij een adviesaanvraag moeten de vragen die aan de medisch adviseur worden gesteld zo concreet

mogelijk zijn en moet hij van voldoende achtergrondinformatie worden voorzien om die vragen te kunnen beantwoorden. De benadeelde moet vooraf over het opvragen van medische informatie worden geïnformeerd en hij moet daarvoor schriftelijk toestemming geven. De belangenbehartiger of medisch adviseur van de benadeelde kan gebruik maken van een door de benadeelde verleende volmacht (eenmalige toestemming van benadeelde; gevolmachtigde kan naar bevind van zaken handelen bij het opvragen van medische gegevens). De medisch adviseur van de verzekeraar ontvangt de medische informatie veelal via de medisch adviseur van de belangenbehartiger. Als hij zelf medische informatie bij behandelaars wil opvragen, heeft hij daarvoor een gerichte medische machtiging van benadeelde nodig.¹¹⁶

De medisch adviseurs van beide partijen moeten de verzamelde medische informatie die relevant is, kunnen inzien. Welke medische informatie relevant is, moeten de medisch adviseurs van beide partijen samen bepalen. In ieder geval verstrekken de medisch adviseurs elkaar over en weer hun medische adviezen met daarin een overzicht van de door hen opgevraagde en geraadpleegde medische informatie. Het advies van de medisch adviseur van de verzekeraar mag worden verstrekt aan de benadeelde, diens belangenbehartiger en medisch adviseur. Tevens mag dit advies worden verstrekt aan de door de verzekeraar bij de schadeafwikkeling betrokken personen voor zover zij een geheimhoudingsplicht hebben en de ter beschikkingstelling noodzakelijk is voor de uitvoering van hun werkzaamheden. Hierbij kan gedacht worden aan de schadebehandelaar, een externe schaderegelaar, de arbeidsdeskundige, de verzekeringsarts en de advocaat. Onder omstandigheden kan het ook noodzakelijk zijn om originele medische informatie die aan het advies ten grondslag ligt aan de schadebehandelaar van de verzekeraar en de andere genoemde personen ter beschikking te stellen. Ook zijn richtlijnen opgenomen voor het uitvoeren van een medische expertise.¹¹⁷

4.4.3 Commentaar

Voor de medische advisering bij letselschade zijn de twee in de vorige paragraaf besproken gedragscodes tot stand gekomen. De GBL 2012 ziet op letselschade, waarvoor aansprakelijkheid is erkend en de procedure richt zich op het vaststellen van de omvang van de schade als gevolg van het ongeval. De GOMA 2012 is van toepassing op letselschade als gevolg van medisch handelen, waarvoor de

113. W.M.A. Kalkman en L.C. Geurs, De positie van de functionele eenheid bij het omgaan met medische gegevens, *Het Verzekerings-Archief* 2003, p. 98.

114. GOMA 2012 aanbeveling 14.

115. GOMA 2012 aanbevelingen 17 en 18.

116. De formulieren voor de medische volmacht en de gerichte medische machtiging voor letselzaken, waarin de GBL 2012 van toepassing is, zijn eind oktober 2013 herzien. Zie: www.deletselschaderaad.nl.

117. Onderdeel 5 van de Medische Paragraaf van de GBL 2012.

aansprakelijkheid niet is erkend. Als aansprakelijkheid voor een medische fout is erkend of vast is komen te staan, zou de GBL 2012 wel toegepast kunnen worden.¹¹⁸ Het bestaan van twee gedragscodes maakt de medische advisering lastig. Op een aantal punten is de strekking van beide gelijk, maar soms zijn er verschillen zonder een duidelijke motivering.

- De belangenbehartiger van de benadeelde verzamelt in beide situaties de relevante medische gegevens. Volgens de GBL 2012 heeft hij hiervoor een medische volmacht van de benadeelde nodig. Deze volmacht mag vrij algemeen worden geformuleerd, omdat de belangenbehartiger als een verlengstuk van de benadeelde wordt beschouwd.¹¹⁹ In de GOMA 2012 is een bepaling over medische volmacht voor de belangenbehartiger niet opgenomen. De door de belangenbehartiger verzamelde medische gegevens moeten in beginsel worden gedeeld met de medisch adviseur van de verzekeraar. Op grond van de GOMA 2012 is voor deze gegevensuitwisseling een schriftelijke machtiging van de benadeelde nodig. In de GBL 2012 wordt dit niet geregeld. De verschillen in beide gedragscodes zijn ons niet duidelijk. Voor de rechtszekerheid zou het beter zijn als in beide gedragscodes zowel de medische volmacht voor de belangenbehartiger voor het verzamelen van gegevens, als de machtiging voor het delen van die gegevens met de medisch adviseur van de verzekeraar zouden worden opgenomen.
- Voor het opvragen van extra medische informatie bij behandelaars van de benadeelde heeft de belangenbehartiger voldoende aan de algemene medische volmacht, terwijl de medisch adviseur van de verzekeraar hiervoor op grond van de GBL 2012 een gerichte medische machtiging nodig heeft. Volgens de GOMA 2012 kan in de hierboven genoemde schriftelijke machtiging voor gegevensuitwisseling worden opgenomen dat de verzekeraar ook bij andere zorgaanbieders informatie kan opvragen. De voorwaarde dat het om een gerichte machtiging moet gaan is niet in de GOMA 2012 opgenomen. Een motivering hiervoor ontbreekt. Naar onze mening zou ook in de GOMA 2012 de voorwaarde van een gerichte schriftelijke machtiging moeten worden opgenomen.
- De adviezen van de medisch adviseur van de verzekeraar mogen volgens de GBL 2012 worden ingezien door personen die door de verzekeraar bij de schadeafwikkeling zijn betrokken, voor zover zij een geheimhoudingsplicht hebben en voor zover inzage noodzakelijk is. Zo heeft in ieder geval de schadebehandelaar recht op inzage in het advies en daar-

naast bijvoorbeeld ook de externe schaderegelaar, de arbeidsdeskundige, de verzekeringsarts of de advocaat. Deze personen mogen ook de aan het advies ten grondslag liggende originele medische gegevens inzien als de medisch adviseur daarvoor toestemming geeft. In eerste instantie worden originele medische gegevens alleen aan de schadebehandelaar verstrekt. Een machtiging van de benadeelde voor het verstrekken van deze gegevens is volgens de GBL 2012 niet vereist. De GOMA 2012 geeft geen regels voor het inzien van adviezen van de medisch adviseur van de verzekeraar, maar geeft alleen een regeling voor de kennisneming van het medisch dossier dat de medisch adviseur van de verzekeraar onder zich heeft. Alle personen die betrokken zijn bij de schadeclaim moeten kennis kunnen nemen van de voor hen relevante gegevens uit het medisch dossier. In de machtiging die de benadeelde afgeeft voor het verstrekken van medische gegevens aan de medisch adviseur van de verzekeraar, moet ook worden aangegeven wie die informatie mag inzien. In de GOMA 2012 worden hier behalve de medisch adviseur, de schadebehandelaars, de letselschade-expert en de juridisch medewerker van de aansprakelijkheidsverzekeraar genoemd. In beide gedragscodes wordt een ruime kring van personen genoemd aan wie de medisch adviseur van de verzekeraar informatie mag verstrekken. In de GOMA 2012 gebeurt dat op grond van de machtiging, in de GBL 2012 niet. De regeling inzake informatie-uitwisseling in de GBL 2012 is naar onze mening ruimer dan de Gedragscode VPFI 2010 toestaat.¹²⁰ Om problemen te voorkomen zou ook in de GBL 2012 met een machtigingsconstructie gewerkt moeten worden.

- Een deskundige moet volgens zowel de GOMA 2012 als de GBL 2012 alleen worden ingeschakeld, indien dat noodzakelijk is in verband met het ontbreken van kennis, het persisteren van bepaalde geschilpunten of als er te weinig medische gegevens zijn. Een machtiging voor het verstrekken van medische gegevens van de benadeelde aan de deskundige wordt in beide gedragscodes niet als voorwaarde gesteld. Deze deskundige maakt geen deel uit van de medische staf op grond waarvan informatieverstrekking is toegestaan. Informatieverstrekking zonder toestemming van de benadeelde zou wel mogelijk zijn met toepassing van de functionele eenheid. Daartoe behoort de deskundige wel, maar het is niet duidelijk of de functionele eenheid nog mag worden gebruikt.¹²¹ Om problemen te voorkomen zou ook in dit geval met een machtigingsconstructie gewerkt moeten worden. Volgens de GOMA 2012 kan de benadeelde toezending van het concept-rapport van de deskundige aan de verzekeraar blokkeren, als dit rapport ook een beoordeling van de fysieke en/of mentale toestand van de patiënt behelst. Of dit betekent dat ten aanzien van het defi-

118. GBL 2012, p. 11.

119. Zie ook KNMG Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens (2010), par. 3.12.

120. Zie par. 2.4.4.

121. Zie par. 2.4.4.

nitieve rapport volgens de GOMA 2012 geen blokkeringsrecht bestaat, is onduidelijk. Naar onze mening kan de benadeelde ook het definitieve rapport blokkeren. De GBL 2012 spreekt alleen over expertiserapport. De benadeelde heeft een blokkeringsrecht ten aanzien van dit rapport.¹²² Zie verder voor het blokkeringsrecht par. 4.2.

Naar onze mening zouden beide gedragscodes beter op elkaar moeten worden afgestemd. Dat voorkomt een hoop onduidelijkheid. Tevens moet worden bekeken of de gedragscodes in overeenstemming zijn met de op de Wbp gebaseerde Gedragscode VPFI 2010.

5. Afsluitende opmerkingen

Het leven van een geneeskundig adviseur bij een verzekeraar gaat niet over rozen. Vanuit vele wetten en zelfreguleringsafspraken wordt zijn handelen ingevuld en (voornamelijk) aan beperkingen onderworpen. Niet altijd zijn die regels gelijklopend en ook niet altijd zijn die regels duidelijk, zoals welke medische informatie in het kader van de advisering mag worden verstrekt en aan welke personen. Aanpassing van de regelgeving op dit punt is dringend nodig. Het niet op elkaar aansluiten van de verschillende wettelijke voorschriften, leidt voor de geneeskundig adviseur tot onwerkbaarheden en voor de keurling tot onduidelijkheid. Ook de reik-

wijde van het blokkeringsrecht is en blijft onduidelijk. Daarnaast loopt hij het risico bij overtreding van op hem van toepassing zijnde regels zich te moeten verantwoorden voor de tuchtrechter. Een geneeskundig adviseur moet zichzelf beperkingen opleggen: hij dient zich bij zijn advies te beperken tot zijn deskundigheidsgebied, moet zich onafhankelijk opstellen en zijn advies baseren op deugdelijke, objectieve gronden en op zorgvuldige en inzichtelijke wijze opstellen. Ook moet hij zich beperken in het verstrekken van medische informatie aan personen die bij de medische advisering zijn betrokken. Hij moet die informatie altijd beperken tot datgene wat noodzakelijk is en hij moet de vraag beantwoorden of voor de verstrekking toestemming van de betrokkene nodig is. Bij twijfel is het beter om een machtiging te vragen. De gedragscodes die voor letselschade zijn opgesteld, zouden meer op één lijn moeten worden gebracht. |

122. GBL 2012, p. 67. Volgens de GBL 2012 heeft benadeelde geen blokkeringsrecht ten aanzien van een deskundigenrapport dat alleen in opdracht van de medisch adviseur van de verzekeraar is uitgebracht. Naar onze mening is dit standpunt onjuist. Op keuringen die worden uitgevoerd in verband met een aansprakelijkheidsverzekering is het blokkeringsrecht van toepassing. De toepasselijkheid is niet afhankelijk van het antwoord op de vraag wie de opdracht tot het onderzoek heeft gegeven.