

Haalt het medisch tuchtrecht de honderd jaar?

Johan Legemaate¹

Het medisch tuchtrecht staat op een kruispunt. Sinds de invoering van de Medische Tuchtwet in 1928 heeft het systeem zich ontwikkeld tot een belangrijk instrument voor kwaliteitsbewaking in de zorg. Toch groeit de kritiek: het tuchtrecht zou te punitief zijn, onvoldoende bijdragen aan leren en niet meer aansluiten bij de moderne, teamgerichte gezondheidszorg. Moet het tuchtrecht worden aangepast, of is het tijd voor een geheel nieuwe koers?

Het tuchtrecht in de gezondheidszorg werd voor het eerst geregeld in de Medische Tuchtwet 1928, een regeling die in 1930 in werking trad. Op dat moment was het tuchtrecht van toepassing op artsen, tandartsen en verloskundigen. Enkele jaren later werden aan dit lijstje de apothekers toegevoegd. Een grote herziening van het tuchtrecht volgde in 1997, toen de Medische Tuchtwet werd vervangen door de Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Bij die gelegenheid werd het aantal beroepsgroepen dat onder het tuchtrecht viel uitgebreid, kwam er meer accent te liggen op het belang en de positie van de klager en werden de tuchtzittingen openbaar. Haalt het huidige tuchtrecht de eerbiedwaardige leeftijd van honderd jaar? Dat valt te bezien. Een in november 2025 verschenen evaluatie van het tuchtrecht in de zorg is vooral gericht op de wijzigingen van de tuchtregeling uit 2019, maar werpt ook de vraag op of de huidige regeling nog wel toekomstbestendig is. Dat wordt in de evaluatie scenario 2 genoemd: *oriëntatie op een nieuwe koers*.²

In de laatste jaren is de kritiek op het tuchtrecht in de zorg toegenomen, vooral onder beroepsbeoefenaren en hun organisaties, maar ook wel onder juristen.³ Betoogd wordt dat het tuchtrecht niet meer aansluit bij de huidige

organisatie van de zorg, dat de nadruk in het tuchtrecht teveel ligt op individuele beroepsbeoefenaren en dat het tuchtrecht een te punitief karakter heeft (gekregen).⁴ Zorgen zijn er ook over het aantal 'futiele' klachten dat in het tuchtrecht behandeld wordt, klachten die voor de verbetering van de kwaliteit van zorg, het primaire doel van het tuchtrecht, weinig tot geen betekenis hebben en over de onevenredige impact van een tuchtprocedure op zorgverleners. Het tegengaan van 'futiele' klachten was een belangrijk motief voor de wetswijzigingen van 2019, maar blijkens de evaluatie van 2025 zonder veel resultaat:

'De aanpassingen van 2019 hebben op zichzelf onvoldoende effect gesorteerd om te kunnen stellen dat ze de doelbereiking van het tuchtrecht wezenlijk hebben verbeterd. Dat geldt in het bijzonder voor de sturing op de klachtenstroom (dat lukt niet echt), de lerende functie van het tuchtrecht (die lijkt zich nog weinig af te tekenen), en het draagvlak voor het tuchtrecht in de praktijk (dat neemt eerder af dan toe).'⁵

In de evaluatie worden tal van aanbevelingen gedaan om deze aspecten in de huidige regeling beter te regelen, waaronder het versterken van de rol van de tuchtklachtfunctionaris, het afschaffen van het griffierecht, het verkorten van de verjaringstermijn, het schrappen van de verzetsmogelijkheid tegen een voorzittersbeslissing van het Centraal Tuchtcollege e.d. Maar de hamvraag is: kan daarmee worden volstaan?

In mijn afscheidsrede heb ik gepleit voor een open discussie over de toekomstbestendigheid van het tuchtrecht in relatie tot de kenmerken van de hedendaagse gezondheidszorg en de ontwikkelingen die daarin nog te verwachten zijn.⁶ Er zijn minstens drie goede redenen om dat te doen:

De laatste jaren is de kritiek op het tuchtrecht in de zorg toegenomen, vooral onder beroepsbeoefenaren en hun organisaties, maar ook wel onder juristen

1. Het verbeteren van de kwaliteit van zorg. In 1930, en in een aantal decennia daarna, was het tuchtrecht zo'n beetje het enige instrument voor correctie en kwaliteitsverbetering in de zorg. Dat is uiteraard al lang niet meer zo. Naast de kwaliteitsimpulsen die uitgaan van een zeer geprofessionaliseerde richtlijn-ontwikkeling, zijn er thans in de zorg allerlei kwaliteitsinstrumenten en -procedures voorhanden, die een veel grotere bijdrage kunnen leveren aan de verbetering van de kwaliteit van zorg. Onderzoek maakt duidelijk dat het tuchtrecht bepaald niet het beste instrument is om een 'lerende houding' van beroepsbeoefenaren en zorginstellingen te bevorderen, onder meer omdat het tuchtrecht juist kan leiden tot meer defensief handelen.⁷
2. Ontwikkelingen in de gezondheidszorg. In de eerste decennia na de inwerkingtreding van de Medische Tuchtwet draaide het in de gezondheidszorg om de verhouding tussen de patiënt en de individuele zorgverlener. Maar in de hedendaagse gezondheidszorg gaat het steeds meer om teamwork, netwerkzorg en samenwerking en om de impact van technologie. Dat wringt met de sterke gerichtheid van het tuchtrecht op de rol van individuele beroepsbeoefenaren. Het tuchtrecht is maar in beperkte mate in staat om, in de context van een klacht tegen een individuele beroepsbeoefenaar, bredere aspecten van de moderne zorg (zoals samenwerking en organisatie) te verdisconteren. Ook daardoor wordt de 'lerende' werking van het tuchtrecht beperkt.
3. Het behandelen van klachten van patiënten en hun naasten. Tot ver in de jaren tachtig van de vorige eeuw was het tuchtrecht de enige 'klachtenprocedure' in de zorg. Klachtenfunctionarissen en andere klachtvoorzieningen, zoals later geregeld in de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (van 1995-2016) en de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz, sinds 2016) waren er niet. Ook dat is al lang anders. Er zijn veel meer mogelijkheden om klachten van patiënten en hun naasten laagdrempeliger, sneller en informeler af te handelen dan via het tuchtrecht. Onderzoek wijst ook uit dat patiënten en hun naasten een duidelijke voorkeur hebben voor informelere klachtenprocedures.⁸ Dat is een argument om een systeem te ontwikkelen, dat anders dan de tuchtrechtwijzigingen van 2019, een beter onderscheid maakt tussen klachten die wel en niet in het tuchtrecht thuishoren.⁹

Het is best gek dat deze sterk gewijzigde omstandigheden tot op heden nimmer hebben geleid tot een herbezinning op de plaats en relevantie van het tuchtrecht

Het is best gek dat deze sterk gewijzigde omstandigheden tot op heden nimmer hebben geleid tot een herbezinning op de plaats en relevantie van het tuchtrecht. In de huidige situatie zijn zowel het klachtrecht als het tuchtrecht zeer breed toegankelijk. Dat kan worden gezien als een belangrijke verworvenheid voor patiënten en hun naasten, maar goed verdedigbaar is ook dat het tuchtrecht veel meer een tweedelijnsfunctie behoort te hebben, vooral gericht op situaties waarin kwaliteitsimplicaties aan de orde zijn die de specifieke casus te boven gaan of waarin corrigerend optreden nodig is. Het klachtrecht en het tuchtrecht hebben altijd verschillende doelstellingen gehad, maar dat zien we in de huidige regelgeving met betrekking tot beide kanalen niet voldoende terug.¹⁰

Het is een goede zaak dat in de recente evaluatie wordt aanbevolen een principiële keuze te maken: niet alleen de huidige wet op enkele punten aanpassen, maar ook nadenken over een heel andere koers. In dat kader wordt onder meer de aanbeveling gedaan om de klachtgronden in het tuchtrecht te beperken in die zin dat bij de tuchtrechter alleen klachten kunnen worden ingediend over ernstige gedragingen waar correctie van een of meer individuele beroepsbeoefenaren aangewezen is, mede met het oog op de veiligheid en kwaliteit van zorg voor toekomstige patiënten. Dit zou inzet van het tuchtrecht beperken tot waar het oorspronkelijk voor bedoeld was en waar het ook het meest geschikt voor is: het ter verantwoording roepen van beroepsbeoefenaren als door hun handelen of nalaten de kwaliteit van de zorg in het geding is, terwijl het karakter van die tekortkomingen een serieus persoonlijk verwijt en corrigerend optreden rechtvaardigt.¹¹ Inspiratie voor dit model kan worden gevonden in de regeling van het Engelse *Fit to practice tribunal*.¹² Klachten van patiënten en hun naasten over

Auteur

1. Prof. dr. J. Legemaate, emeritus hoogleraar gezondheidsrecht, Amsterdam UMC/ Universiteit van Amsterdam, en lid-jurist Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. Deze bijdrage is geschreven op persoonlijke titel.

Noten

2. M.C. Ploem e.a., *Evaluatie tuchtrecht in de Wet Big*. Den Haag: ZonMw 2025, p. 213 e.v.
3. Er is altijd wel een stroom van kritiek op

het tuchtrecht in de zorg geweest. Zo komen we in het preadvies over het tuchtrecht dat H.P. Utermark in 1977 schreef voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht allerlei punten tegen die ook anno nu nog worden genoemd. Zie vereniginggezondheidsrecht.nl/uploads/preadviezen/Preadviezen%20digitaal/1977%20-%20Medisch%20tuchtrecht.pdf.

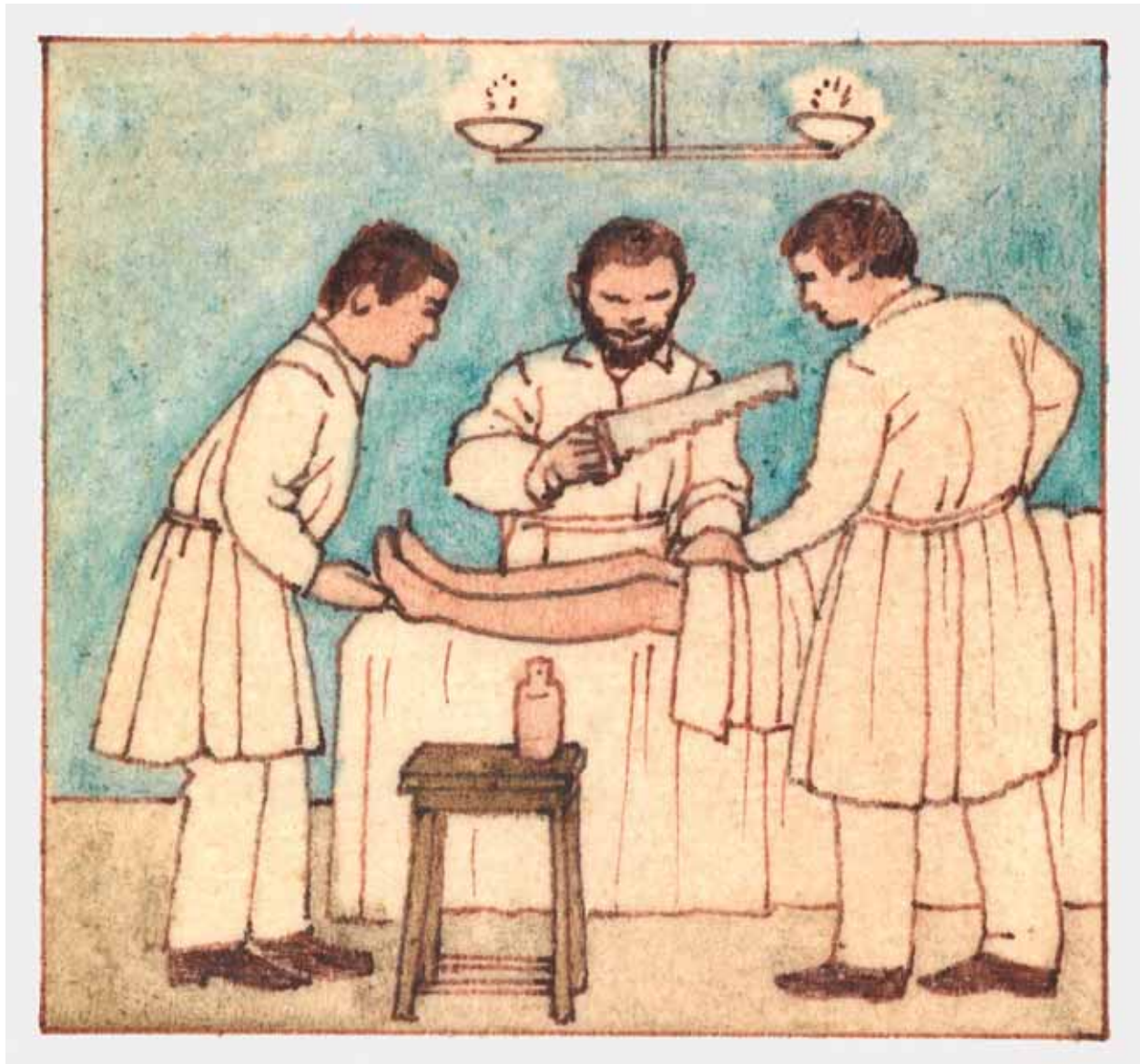
4. Daarover eerder in dit tijdschrift: J. Legemaate, 'De betekenis van het medisch tuchtrecht voor de kwaliteit van zorg', *NJB* 2021/1509, afl. 21, p. 1728-1735.

5. Ploem e.a. 2025, p. 211.

6. J. Legemaate, *Beter (met) gezondheidsrecht*. Den Haag: Boom 2024, p. 32.
7. F.Y. Alhafaji e.a., 'Ervaringen van klagers en aangeklaagde artsen met het tuchtrecht', *Nederlands-Vlaams Tijdschrift voor Mediation en Conflictmanagement* 2009, afl. 3, p. 18-42; B.S. Laarman e.a., 'Is the Perceived Impact of Disciplinary Procedures on Medical Doctors' Professional Practice Associated with Working in an Open Culture and Feeling Supported? A Questionnaire among Medical Doctors in the Netherlands

Who Have Been Disciplined', *BMJ Open* 2020, doi:10.1136/bmjopen-2020-036922.

8. Onder meer S. Kruikeimer e.a., *Ervaringen van mensen met klachten over de gezondheidszorg*, Utrecht: NIVEL 2009.
9. In de evaluatie wordt daartoe onder meer voorgesteld de klachtenregeling van de Wkkgz aan te passen (Ploem e.a. 2025, p. 218).
10. Legemaate 2024, p. 30-32.
11. Ploem e.a. 2025, p. 228 en 234.
12. Legemaate 2021, p. 1733.



© Dorling Kindersley/Getty Images

Waarom griffierecht als, zoals bij het op de kwaliteit van zorg gerichte tuchtrecht in de zorg, klagen een algemeen belang dient?

andere aangelegenheden kunnen dan worden behandeld in de reguliere procedures voor klachtenbehandeling, zoals in Nederland geregeld in de Wkkgz.

Opmerkelijk is nog het volgende. Na vele jaren behoorlijk stabiel te zijn geweest, daalde het aantal tuchtklachten van 1780 in 2018 naar 979 in 2022, bijna een halvering! De laatste jaren stijgt het aantal klachten weer licht (tot 1102 in 2024). Niet duidelijk is waardoor deze opmerkelijke daling wordt veroorzaakt en of het gaat om verschuiving van klachten naar andere kanalen. De recente evaluatie heeft geen sluitende verklaring

gevonden voor de sterke daling sinds 2019. Als mogelijke redenen worden genoemd: de impact van de corona-pandemie en de invloed van het in 2019 geïntroduceerde griffierecht. Als dat laatste klopt, zou kunnen worden gezegd dat de wetswijziging van 2019 deels wel succesvol is geweest. De onderzoekers wijzen er echter op dat het griffierecht ook een drempel heeft opgeworpen voor klachten die, vanwege de ernst van de zaak, tuchtrechtelijk wel relevant zijn. Het griffierecht is dus geen geschikt middel om te differentiëren tussen klachten die wel en niet in het tuchtrecht thuishoren. Dit nog afgezien van principiële bezwaren tegen het griffierecht: waarom griffierecht als, zoals bij het op de kwaliteit van zorg gerichte tuchtrecht in de zorg, klagen een algemeen belang dient?¹³ Hoe het ook zij: het sinds 2019 gedaalde aantal tuchtklachten is een extra argument voor een herbezinning op de plaats van het tuchtrecht in de gezondheidszorg. •

13. Ploem e.a. 2025, p. 219