

Vergaderjaar 2009–2010

**32 123 XVI**

## **Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2010**

**Nr. 82**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 november 2009

Tijdens mondelinge vragen van het lid Agema over het bericht dat steeds meer artsen worstelen met de vraag of er tegemoetgekomen moet worden aan het weigeren van een mannelijke arts op 18 december 2007 (Handelingen II, 2007/08, nr. 37, blz. 2904) heb ik toegezegd dat de Kamer zal worden geïnformeerd in hoeverre extra kosten die voortvloeien uit het weigeren van een arts te verhalen zijn op de betrokken patiënt. Hiermee voldoe ik aan deze toezegging.

#### **Inleiding**

Het plenaire debat van 18 december 2007 (Handelingen der Kamer II, vergaderjaar 2007–2008, nr. 37, blz. 2902–2905) vond plaats naar aanleiding van een casus in een Nederlands ziekenhuis waarbij (de begeleiders van) een vrouwelijke patiënte in een acute situatie (bevalling) de hulp van een mannelijke arts weigerde. Er werd een vrouwelijke arts geëist. Omdat er in het betreffende ziekenhuis geen vrouwelijke arts aanwezig was, is de patiënte met spoed per ambulance naar een nabijgelegen ziekenhuis vervoerd waar wel een vrouwelijke arts dienst had. Tijdens het plenaire debat is betoogd dat indien patiënten een specifieke zorgverlener eisen dit financieel een extra claim kan leggen op de gezondheidszorg en dat dit ten koste kan gaan van de efficiëntie in de zorg. Van mijn kant is aangegeven dat ik wilde nagaan in hoeverre extra kosten die voortvloeien uit het weigeren van een zorgverlener, zoals de kosten van het ambulancevervoer in de hierboven beschreven casus, te verhalen zijn op de betrokken patiënt.

Wellicht ten overvloede: de casus die tijdens het plenaire debat van 18 december 2007 voorlag, betrof een acute situatie. Het is echter met name in electieve situaties dat zorgverleners worden geweigerd. Denk hiervoor bijvoorbeeld aan het verzoek van een patiënt voor een vrouwelijke echoscopist of een mannelijke uroloog. Wanneer patiënten een dergelijk verzoek tijdig uiten (bij het maken van de afspraak) hoeft dit geen

meerkosten met zich mee te brengen. Maar wanneer zij het verzoek pas uiten bij het feitelijke bezoek aan de instelling kan dit wel extra kosten met zich meebrengen. Dit heb ik meegenomen in onderstaande overwegingen. Ook heb ik het standpunt Van de KNMG over vrije artskeuze van 7 februari 2008 geraadpleegd. Dit standpunt treft u aan als bijlage.<sup>1</sup> Daarnaast heb ik advies gevraagd van de Commissie Gelijke Behandeling (CGB).

### **Advies Commissie Gelijke Behandeling (CGB)**

Ik heb de CGB gevraagd mij over dit onderwerp te adviseren. De Commissie heeft op 24 maart 2009 haar advies uitgebracht. U treft dit advies bijgevoegd aan.<sup>1</sup> Volgens de CGB wordt de kern van de gelijkebehandelingswetgeving gevormd door het verbod om onderscheid te maken op één of meer van de non-discriminatiegronden. Alleen op de regel dat het maken van onderscheid op grond van geslacht is verboden, biedt de wetgeving enige mogelijkheid tot uitzondering. Deze mogelijkheid is gelegen in het privé karakter van de omstandigheden in de individuele relatie tussen arts en patiënt. De achterliggende gedachte daarbij is dat schaamtegevoelens van een patiënt aanleiding kunnen zijn om, in het kader van een goede zorgverlening, een arts van een bepaald geslacht te kiezen. Bij een dergelijk verzoek moet een afweging plaatsvinden van de belangen van de patiënt en die van de zorgverlener. Uitgangspunt hierbij blijft echter dat een categorale uitsluiting van zorgverleners door een patiënt op grond van identiteitskenmerken zoals in de wet genoemd, zich in beginsel niet verdraagt met het non-discriminatiebeginsel.

De gelijkebehandelingswetgeving biedt dus de mogelijkheid om, indien dit redelijkerwijs mogelijk is, een arts van een bepaald geslacht te verzoeken. Deze mogelijkheid die de gelijke behandelingswetgeving biedt is echter geen afdwingbaar recht.

Wanneer de patiënt in een vroeg stadium meldt dat hij een arts van een bepaald geslacht wenst, dan zijn de mogelijkheden om tot een passende oplossing te komen veelal aanwezig. In acute situaties kan het natuurlijk voorkomen dat patiënten pas op het laatste moment een zorgverlener weigeren. In acute situaties zal de ruimte die de gelijkebehandelingswetgeving biedt aan de keuze voor een zorgverlener van een bepaald geslacht kleiner zijn. De urgentie van medische hulp en de mogelijkheden die er in een zorginstelling zijn om te voldoen aan de wens van de patiënt, zullen veelal in zeer korte tijd moeten worden afgewogen tegenover het bieden van ruimte aan de wens van de patiënt. De CGB geeft aan dat de balans in het kader van deze belangenafweging dan snel zal doorslaan ten nadele van de patiënt, in die zin dat redelijkerwijs niet kan worden voldaan aan zijn wens voor een zorgverlener van een bepaald geslacht.

De CGB acht zich niet bevoegd te oordelen over de mogelijkheid om de extra kosten te verhalen op de patiënt, omdat dit onderwerp niet valt onder de reikwijdte van de gelijkebehandelingswetgeving.

### **Overwegingen**

Bij de beoordeling in hoeverre extra kosten die voortvloeien uit het weigeren van een zorgverlener op de individuele patiënt verhaald kunnen worden heb ik een onderscheid gemaakt in acute en niet-acute situaties. Ik heb hierbij zowel naar de wenselijkheid, de proportionaliteit als naar de haalbaarheid gekeken.

---

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

### *Wenselijkheid*

Ik ben van mening dat in geval van acute zorg, een patiënt redelijkerwijs genoeg dient te nemen met iedere gekwalificeerde arts die deze zorg kan verlenen. Geeft in zo'n geval de patiënt de wens te kennen om hem of haar moverende redenen toch door een andere arts geholpen te willen worden, dan dienen de meerkosten daarvan in principe voor rekening van de patiënt te blijven.

Voor niet-acute zorg (electieve) zorg, geldt dit des te sterker, aangezien de patiënt bij electieve zorg de mogelijkheid heeft vooraf zijn of haar specifieke wensen met betrekking tot de behandelend arts kenbaar te maken. Daar zal dan doorgaans rekening mee worden gehouden. Geeft de patiënt die electieve zorg nodig heeft pas op het moment dat hij daadwerkelijk met een arts in contact komt aan geen hulp van de desbetreffende arts te wensen, dan is er geen reden de kosten die daaruit voortvloeien niet voor zijn rekening te laten komen.

Deze lijn wordt gesteund door de veldpartijen, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), NVZ Vereniging voor ziekenhuizen (NVZ) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

### *Proportionaliteit*

Volgens een onderzoek uitgevoerd in opdracht van Medisch Contact komt het regelmatig voor dat patiënten om een andere zorgverlener verzoeken (Medisch Contact, 7 mei 2009, 64 nr. 19). Het artikel uit Medisch Contact treft u bijgevoegd aan.<sup>1</sup> Achtergrond hiervan is volgens Medisch Contact met name de sekse en in mindere mate de religieuze overtuiging, etniciteit of leeftijd van de zorgverlener.

Dat het weigeren van een zorgverlener tot extra onnodige declaraties leidt komt minder voor. Uit overleg van de «Taskforce declaraties ziekenhuizen» en uit overleg tussen mijn ministerie en de landelijke koepels blijkt dat de casus die tijdens het plenaire debat van 18 december 2007 voorlag, waarin een patiënt in een acute situatie de hulp van een arts weigerde en waardoor extra kosten zijn gemaakt, een incident is. Er zijn bij de veldpartijen (KNMG, NVZ en ZN) geen signalen binnengekomen dat het hier vergaande structurele problematiek betreft.

In electieve situaties komt het wel vaker voor dat patiënten zorgverleners weigeren. Doorgaans levert dit geen problemen op maar, indien patiënten niet tijdig (vooraf) aangeven dat zij specifieke wensen hebben ten aanzien van hun zorgverlener, kan dit wel extra kosten met zich meebrengen. Bijvoorbeeld doordat er een nieuwe afspraak moet worden gemaakt. Alles tezamen is het echter overdreven om te zeggen dat dit een grote claim legt op de gezondheidszorg en dat het de efficiëntie van de zorg onder druk zet. Dit heb ik ook tijdens het plenaire overleg van 18 december 2007 aangegeven.

### *Haalbaarheid*

Naar aanleiding van het plenaire overleg van 18 december 2007 heb ik met veldpartijen geïnventariseerd of het haalbaar is om de extra kosten die voortvloeien uit het weigeren van een zorgverlener op de patiënt te verhalen. Uit deze inventarisatie zijn drie mogelijkheden naar voren gekomen. In de praktijk is alleen de derde optie haalbaar. Hieronder licht ik een en ander toe.

Indien er extra kosten gemaakt worden als gevolg van het weigeren van zorgverlener dan:

1. zouden zorgverleners in theorie kunnen besluiten hier niet aan mee te werken. Bijvoorbeeld: in de voorliggende casus zouden medisch specialisten en ziekenhuis hebben kunnen besluiten om geen ambulance-

vervoer te regelen. Zij hadden een taxi kunnen bellen, of de patiënt kunnen vragen zelf vervoer te regelen.

Ik vind echter dat niet van zorgverleners verwacht moet worden dat zij patiënten in acute nood aan hun lot overlaten. Noch medisch specialisten, noch ziekenhuizen zullen hieraan meewerken.

Daarnaast zou de zorgaanbieder ook nog aansprakelijk gesteld kunnen worden als deze niets doet (tenzij de patiënt ervoor tekent dat deze niet geholpen wil worden). Bovendien is het onwaarschijnlijk dat taxichauffeurs bereid zullen zijn een vrouw in partu naar een ander ziekenhuis te vervoeren.

2. zouden zorgverzekeraars de declaraties die het gevolg zijn van het weigeren van een arts, moeten kunnen scheiden van reguliere declaraties en deze kunnen afwijzen.

In praktijk is dit echter niet haalbaar. Zorgverzekeraars zijn niet in staat de noodzaak of de reden van door specialisten aangevraagd ambulancevervoer te beoordelen. Het is aan de beoordeling van de zorgverlener om te bepalen of het vervoer medisch noodzakelijk is. Het feit dat een specialist ziekenvervoer aanvraagt maakt het medisch noodzakelijk.

3. zou het mogelijk zijn dat ziekenhuizen waarbij de patiënt zich meldt, maar waarbij de patiënt uiteindelijk niet onder behandeling gaat, de behandeling niet voortzet, omdat daar bijvoorbeeld (zoals in voorliggende casus het geval is) niet de gewenste arts aanwezig is, niet een DBC declareert maar in plaats daarvan een redelijk bedrag in rekening brengt als vergoeding voor de gemaakte kosten.

Ziekenhuizen mogen zelf bepalen of zij een dergelijk tarief bij de patiënt in rekening brengen. Indien ziekenhuizen dit doen, moeten zij dit wel vooraf duidelijk naar patiënten communiceren.

Daarnaast mag een dergelijke regeling niet leiden tot dubbele betaling. Als een ziekenhuis bijvoorbeeld een bedrag bij een patiënt in rekening brengt voor de kosten van de ambulance, dan mag het ziekenhuis deze niet declareren bij de zorgverzekeraar. Zorgverzekeraars, ziekenhuizen en medisch specialisten moeten hierover op lokaal niveau afspraken maken.

Wellicht ten overvloede: Het is de overtuiging van VWS en veldpartijen (KNMG, NVZ en ZN) dat effectieve voorlichting en communicatie vanuit zorgverleners in zowel de eerste als de tweedelijnde een belangrijke rol kan spelen bij het voorkomen van discussies en problemen over vrijeartsenkeuze. Dit wordt tevens benadrukt door de CGB. Door duidelijk en tijdig informatie te verschaffen over de behandelaar, de behandeling en rechten en plichten van de patiënt kan in de meeste gevallen voorkomen worden dat er extra kosten gemaakt worden.

### **Conclusie**

De gelijkebehandelingswetgeving biedt enige ruimte om, na afweging van de belangen van de patiënt en arts, rekening te houden met persoonlijke voorkeur van de patiënt voor een arts van een bepaald geslacht. Dit is geen afdwingbaar recht. Deze vrijeartsenkeuze is een groot goed. Echter, het is niet redelijk om de extra kosten die hieruit voortvloeien ten laste te laten komen van het collectief.

Het is daarom wenselijk om de extra kosten die het gevolg zijn van het eisen van een specifieke zorgverlener op de individuele patiënt te verhalen. De wijze waarop hieraan invulling wordt gegeven moet zowel proportioneel als haalbaar zijn.

Derhalve kan een zorgaanbieder (een deel van) de kosten die hij heeft gemaakt voor (het beschikbaar zijn voor) het verlenen van zorg aan een

patiënt die later alsnog voor een andere zorgaanbieder kiest, bij de patiënt in rekening brengen. Hierover moeten in lokaal overleg afspraken worden gemaakt. Ik hecht hier erg veel waarde aan.

Tot slot wil ik benadrukken dat effectieve communicatie en voorlichting van medisch specialisten en ziekenhuizen, maar ook al in een eerder stadium van andere hulpverleners naar patiënten zeer effectief kan zijn in het voorkomen van dergelijke incidenten. Goede voorlichting vooraf is mijn inziens effectiever dan financiële maatregelen achteraf. Ik wil dan ook benadrukken dat zorgaanbieders hieraan meer aandacht moeten besteden.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
A. Klink