

NICOLE KIEN

Welke rol mag de euro in de spreekkamer spelen?

SAMENVATTING

Sinds 2003 is het een onderdeel van de eed die een arts aflegt dat de arts zich verantwoordelijk voor de samenleving zal opstellen en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg zal bevorderen. Het is de vraag of daarmee aan de arts de bevoegdheid is gegeven om het kostenbeslag dat een bepaalde behandeling op de samenleving heeft zwaarder te laten wegen dan de noodzaak voor de patiënt om deze behandeling te krijgen. De regeling van de geneeskundige behandelingsovereenkomst, de tuchtrechtelijke verhoudingen conform de Wet BIG, de zorgverzekeringswetgeving en ook de zorginkooprelatie geven weinig aanknopingspunten om de euro daadwerkelijk een rol in de spreekkamer te laten spelen, maar onder omstandigheden kan dat wel enigszins aan de orde zijn. Waar financiële overwegingen in de zorg tot duivelse dilemma's leiden, dienen afwegingen op bestuurs- en politiek niveau tot duidelijke kaders te leiden. Die dilemma's horen niet thuis achter de gesloten deur van de spreekkamer.

TREFWOORDEN:

artseneed, Zorgverzekeringswet, Wet BIG, Kwaliteitswet Zorginstellingen, dotter-arrest, zorginkooprelatie

INLEIDING

De arts is een van de oudste beroepsbeoefenaren. Sinds jaar en dag zweren of beloven artsen in Nederland als volgt:

Ik zweer/beloof dat ik de geneeskunst zo goed als ik kan zal uitoefenen ten dienste van mijn medemens. Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevorderen en lijden verlichten. Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen. Ik zal aan de patiënt geen schade doen. Ik luister en zal hem goed inlichten. Ik zal geheim houden wat mij is toevertrouwd. Ik zal de geneeskundige kennis van mijzelf en anderen bevorderen. Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden. Ik zal mij open en toetsbaar opstellen. Ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving en zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen. Ik maak geen misbruik van mijn medische kennis, ook niet onder druk (...).¹

De relatie tussen arts en patiënt is al eeuwenlang een bijzondere. De doorsnee patiënt weet doorgaans van zijn opgekomen aandoening weinig af en is dan aangewezen op het advies of de hulp van de arts om hem of haar van het door de aandoening veroorzaakte leed af te helpen. Dat zorgt al voor een zekere mate van afhankelijkheid. Daarnaast geldt dat de patiënt zelf vaak niet goed kan controleren of het advies van de arts juist is. De patiënt zal dus het vertrouwen moeten hebben dat het advies of de hulp die geboden wordt de juiste is. En tot slot komt daar ook nog bij dat de patiënt zijn persoonlijke integriteit opgeeft doordat de arts lichamelijk onderzoek uitvoert of soms bepaalde feitelijkheden rond de patiënt uitvraagt die deze anderszins nooit zou delen. Dat mensen in 2015 andere mensen een zodanig verstrekkend vertrouwen geven is – bijna – uniek en een voorwaarde voor een juiste en kwalitatief verantwoorde beroepsuitoefening.²

Het is aannemelijk dat, wanneer de euro een zodanige

rol in de spreekkamer zou spelen dat de arts niet langer overeenkomstig de eed kan handelen, het vertrouwen van de patiënt in de arts ook snel weg zal ebben. Het zou een tragedie van ongekeerde omvang zijn (vanuit divers perspectief) wanneer een populatie breed het vertrouwen in de medische behandelaars zou kwijtraken. Het is daarom relevant om na te gaan of de euro een rol in de spreekkamer speelt en zo ja, of dat op een wijze gebeurt die het vertrouwen in de behandelaar al dan niet onder druk zet.

DE EURO IN DE EED?

Onderdeel van de eed is sinds 2003 dat de arts zich verantwoordelijk voor de samenleving zal opstellen en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg zal bevorderen. Dit onderdeel van de eed bevat op zijn minst aanknopingspunten dat de euro een rol zou mogen spelen bij de keuzes die gemaakt worden. Immers, als de arts zich verantwoordelijk voor de samenleving moet opstellen en de toegankelijkheid van de zorg zal bevorderen, dan zal hij ook verantwoordelijkheid moeten nemen voor de kostenconsequenties die bepaalde keuzen in de patiëntenzorg met zich brengen. Als het kostenbeslag immers zo groot wordt dat de toegankelijkheid van (andere onderdelen in) de zorg belemmerd gaat worden (omdat daar geen budget meer voor is), ontstaat er een situatie waar de arts volgens deze eed verantwoordelijkheid voor moet dragen. De eed laat echter onbesproken op welke wijze dat moet gebeuren.

Betekent dit bijvoorbeeld dat een patiënte die op hoge leeftijd is en een nieuwe pacemaker nodig heeft, deze niet meer zal krijgen omdat het te veel geld kost om die patiënte voor – mogelijk – korte tijd nog een dergelijke voorziening te bieden? En wie bepaalt dat overigens in dat geval en aan de hand van welke normen? Of betekent het dat de patiënt met een weesindicatie³ een bepaald duur geneesmiddel niet zal krijgen omdat het budget van de instelling daar een te groot deel van kwijtraakt waardoor andere zorg niet

langer toegankelijk is? Of wordt van de arts verwacht dat die een strenge selectie maakt van wie nog wel en wie niet meer dat jaar een – dure – beenmergtransplantatie krijgt? Dit zijn allemaal vragen waar het antwoord ethisch niet goed op gegeven kan worden. Het zijn bijna duivelse dilemma's.

Zou de eed bedoelen dat de arts gehouden is om dure zorg te adviseren waar dit moet en minder dure zorg waar dit kan, zoals alom aanvaard wordt als principe, dan lijkt de eed een werkbaar en aanvaard werkuitgangspunt te bevatten. Maar de eed laat het aan de arts in het veld om daar invulling aan te geven en daar waar de budgetten breed in de zorg onder druk staan, lopen we het risico dat de arts voor dit soort dilemma's komt te staan: hoe moet hij met schaarse budgetten keuzes maken? Of is het helemaal niet aan de arts om dergelijke keuzes te maken? Wat zegt de wetgever hier eigenlijk over? Hoe is dit precies geregeld?

DE RELATIE TUSSEN PATIËNT EN ARTS: GENEESKUNDIGE BEHANDELINGS- OVEREENKOMST

De relatie tussen patiënt en arts heeft jarenlang geen bijzondere regeling in de wetgeving gehad. De arts werd als een persoon met bijzondere deskundigheid gezien. De verhouding tussen arts en patiënt was niet die van opdrachtgever en opdrachtnemer maar die van belangenbehartiger en afhankelijke. Pas sinds de jaren zeventig is nagedacht over een juridische regeling voor deze bijzondere relatie. Sinds 1 april 1995 bestaat de regeling van de geneeskundige behandelingsovereenkomst zoals die door inwerkingtreding van de Wet op de Geneeskundige behandelingsovereenkomst in afdeling 7.7.5 van het Burgerlijk Wetboek terecht is gekomen.⁴

Wanneer juristen anno 2016 willen weten wat de rechten en plichten tussen arts en patiënt zijn, wordt direct gekeken naar hetgeen daarover in afdeling 7.7.5 van het

Burgerlijk Wetboek is opgenomen. Daarnaast moet overigens ook de bijzondere op de arts toegespitste wetgeving bekeken worden, zoals bijvoorbeeld hetgeen in de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (hierna: Wet BIG) is bepaald.⁵ Daar wordt hierna op ingegaan. Vragen over de reikwijdte van de toepasselijkheid van de regeling van de geneeskundige behandelingsovereenkomst en vele andere vragen worden in deze bijdrage overgeslagen. Er wordt vooral ingegaan op de vraag welke rechten en plichten het ontstaan van de geneeskundige behandelingsovereenkomst tussen arts en patiënt (in de regeling van de geneeskundige behandelingsovereenkomst aangeduid als hulpverlener) eigenlijk met zich brengt met betrekking tot de rol die het geld in de spreekkamer speelt.

Voor wat hoort wat?

Indien gevraagd, hebben behandelaars regelmatig niet goed op hun netvlies staan wat de kernverplichtingen van de patiënt zijn in het kader van de geneeskundige behandelingsovereenkomst. En al helemaal uit het oog verloren is men dat de patiënt de hulpverlener gewoon loon verschuldigd is (art. 7:461 BW). Omdat de meeste artsen direct of via het ziekenhuis gecontracteerd zijn door zorgverzekeraars, wordt de factuur voor de verleende zorg doorgaans niet rechtstreeks door de patiënt, maar door zorgverzekeraars voldaan. Hoewel de zorgverzekeraar de zorg voor zijn of haar verzekerden grootschalig bij vele zorgverleners inkoopt en de relatie met de zorg aan de individuele patiënt daarmee wat op afstand is gezet, moet niet uit het oog worden verloren dat de zorgverzekeraar in veel gevallen als 'derde' partij de schuld van de patiënt jegens de zorgverlener betaalt. In gevallen waarin behandelaars niet verzekerde zorg leveren (bijvoorbeeld bij plastische chirurgie of bij tandheelkunde) is het besef dat de patiënt daar gewoon voor betaalt overigens een stuk groter. Hebben we het over de euro in de spreekkamer, dan is de eerste constatering bij de geneeskundige behandelingsovereenkomst

dat de patiënt in principe gewoon betaalt voor de zorg die verleend wordt.

Waar is de arts in de kern toe verplicht?

De arts moet bij zijn handelen de zorg van een goed hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard (art. 7:453 BW). Dit brengt met zich mee dat de arts handelt overeenkomstig hetgeen is neergelegd in richtlijnen, protocollen, standaarden enzovoort, maar daarnaast altijd zal moeten handelen zoals een redelijk bekwame arts dat redelijkerwijs in dezelfde omstandigheden had gedaan.⁶ En dat betekent soms dat richtlijnen e.d. gevolgd moeten worden, maar ook dat soms afgeweken moet worden. Van groot belang is dat de gebondenheid aan de professionele standaard een eigen verantwoordelijkheid van de arts is die zelfs door de wensen van de patiënt niet opzij kan worden gezet (art. 7:468 BW): het geeft zelfs een afweermogelijkheid voor de arts om wensen en verlangens opzij te zetten van de patiënt die met de professionele standaard niet te verenigen zijn.⁷

Daar waar de wensen en verlangens van de patiënt niet de plicht tot het handelen volgens de professionele standaard kunnen doorbreken, is het niet aannemelijk dat dit ineens wel zou kunnen bij budgetbeperkingen en verantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid van zorg door volgens de professionele standaard noodzakelijke dure zorg niet in te zetten. Zoals de wetgeving nu is vormgegeven en zoals deze in de doctrine en de jurisprudentie wordt uitgelegd, is de (medisch inhoudelijke) professionele standaard leidend voor de behandelkeuze en niet wat de kosten daarvan zijn. Zo oordeelde de rechter in een uitspraak uit 2006 dat de arts de vrijheid en zelfs de verplichting behoudt om eerst, volgens de geldende en erkende normen, zelfstandig te beslissen welke medicijnen hij kan voorschrijven, ongeacht of een zorgverzekeraar een boete

oplegt bij het voorschrijven van een bepaald medicijn.⁸

Voor het ziekenhuis en de arts geldt al enkele decennia dat zij niet aan vervulling aan hun zorgplicht kunnen ontkomen met een beroep op de budgetten: uit het dotterarrest uit 1990 volgt dat een budgettekort niet kan leiden tot het niet verstrekken van een behandeling volgens de professionele standaard.⁹ Dit brengt met zich dat ondanks budgettaire tekorten behandeling dient te worden geleverd.

In deze zin zou de euro dus niet eens een rol in de spreekkamer mogen spelen, tenzij dat verankerd is in de professionele standaard door bijvoorbeeld op te nemen dat voor de goedkoopste behandeling wordt gekozen (goedkoop waar het kan, maar de duurder moet worden ingezet indien dit voor de patiënt noodzakelijk is).

Het Zorginstituut Nederland heeft in 2013 wel aangegeven dat de meest concrete mogelijkheden voor een effectieve kosten-batenanalyse in principe in de spreekkamer liggen: zowel patiënt als arts zou de kosten en baten van bepaalde zorg in nauwe samenspraak tegen elkaar af moeten wegen, wat dus ruimte laat voor maatwerk in de spreekkamer.¹⁰ In dat kader is de norm niet zo streng dat slechts de meest optimale behandeling volstaat.¹¹ Wanneer een arts als professional wordt aangesproken, is dat echter vaak tuchtrechtelijk en de vraag of een dergelijke beleidslijn van een instituut dat bevoegd is over de omvang van het verzekerde pakket te beslissen, op dezelfde wijze stand houdt in individuele gevallen.

IS HET ANDERS IN DE WET BIG/KZI?

Kwaliteit van zorg wordt gehandhaafd op grond van de Wet BIG en de Kwaliteitswet Zorginstellingen (hierna: KZI). In de Wet BIG wordt in geheel niet ingegaan op de financiële component van de behandeling. Wel lijkt het volgende mogelijk. In de Wet BIG is (onder meer) het tuchtrecht voor de medische beroepsgroep neergelegd. In de professionele

standaard, welke wordt gebruikt om de tuchtnormen van de Wet BIG in te vullen, kan zoals gesteld onder omstandigheden zijn verankerd dat in principe voor de goedkoopste behandeling wordt gekozen. Maakt een beroepsbeoefenaar in de behandelkamer een afweging die financieel gemotiveerd is en die in het nadeel van de patiënt is, dan kan de beroepsbeoefenaar hierop worden aangesproken door middel van het tuchtrecht van de Wet BIG.

In de parlementaire geschiedenis van de KZI wordt wel expliciet ingegaan op financiële kwesties. De norm die in de KZI aan de arts wordt gesteld, ‘verantwoorde zorg’, is inhoudelijk gelijk aan die in de Wet BIG. In de toelichting op de KZI wordt ingegaan op de noodzaak om rekening te houden met de financiële situatie. Daarbij wordt gesteld dat de invulling van de kwaliteitsnorm, ‘verantwoorde zorg’, dynamisch van aard is en gebaseerd op variabelen zoals: ‘de aard en omvang van de organisatie, de beschikbare financiën, de stand van de wetenschap, de techniek en de ervaring op enig moment’.¹² En:

Overigens dient te worden opgemerkt dat het bij kwaliteit gaat om verantwoorde zorg gegeven de vigerende financiële kaders.

(...)

Een individuele instelling dient op grond van het onderhavige wetsvoorstel te allen tijde verantwoorde zorg te leveren. Dit betekent niet dat bij een beperkt budget geen keuzes dienen te worden gemaakt. Integendeel, het maken van keuzes is vanuit het oogpunt van effectiviteit en efficiëntie zelfs wenselijk. Echter, keuzes mogen er niet toe leiden dat geen verantwoorde zorg tot stand komt. Keuzes kunnen bijvoorbeeld wel betrekking hebben op de capaciteit van het zorgaanbod.¹³

In 2010 oordeelde de Rechtbank Arnhem in kort geding in een geval aangaande het switchen van de patiënt van het ene biologische geneesmiddel naar het andere dat het zie-

kenhuis niet deze switch mocht verplichten op grond van financiële overwegingen.¹⁴

Op grond van de KZI mag de instelling de euro niet leidend laten zijn bij het leveren van verantwoorde zorg, maar spelen financiële aspecten wel degelijk een rol. Het gaat in deze situatie dus vooral om capaciteitsbeperkingen en niet om keuzes die direct het belang van de individuele patiënt schenden.

IS DAT ALLES?

Helaas niet. Van de drie kernrelaties in ons Nederlandse zorgstelsel hebben we er tot nu slechts één besproken: die tussen patiënt en arts en wetgeving die op arts en instituut van toepassing is. Er zijn er echter nog twee meer: die tussen patiënt en zorgverzekeraar, en die tussen arts (of ziekenhuis) en zorgverzekeraar.

Zorgverzekeringsovereenkomst

Uitgaande van huisartsgeneeskundige zorg (zonder farmacologie) of zorg die binnen een ziekenhuis aan de patiënt wordt verstrekt (inclusief dure geneesmiddelen), geldt dat iedere verzekerde in Nederland daar aanspraak op heeft op grond van de (verplichte) zorgverzekeringsovereenkomst. Hetgeen minimaal volgens die overeenkomst verzekerd moet zijn is vastgelegd in de basisverzekering (bekijk daarvoor de Zorgverzekeringswet en de daarop gebaseerde uitvoeringsregelgeving) en wordt in de wetgeving aangeduid als 'geneeskundige zorg'.

Geneeskundige zorg is zorg zoals gebruikelijk wordt verleend door onder meer huisartsen en medisch specialisten (zorg zoals zij die plegen te bieden).¹⁵ Wat een arts aan zorg pleegt te bieden, wordt ingevuld door de stand van de wetenschap en de praktijk of, wanneer deze maatstaf niet aanwezig is, door hetgeen in het vakgebied van de betreffende arts geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.¹⁶ Geld speelt in de verhouding tussen pa-

tiënt en zorgverzekeraar in beginsel geen rol. Immers, de aanspraak van de patiënt bestaat wel of niet. Behoort een zorgvorm tot het verzekerde pakket, dan vervalt de aanspraak van de patiënt hierop niet indien het gaat om een dure zorgvorm of wanneer het budget op is.

Al hetgeen in het pakket is opgenomen behoort beschikbaar te zijn: zorgverzekeraars hebben daarvoor zelfs een zorgplicht.¹⁷ Artikel 11 van de Zorgverzekeringswet bevat deze zorgplicht. Het artikel bepaalt dat zorgverzekeraars verplicht zijn de zorg waarop verzekerden aanspraak hebben aan de verzekerden beschikbaar te stellen (naturalis) of om de kosten van die zorg aan de verzekerde te vergoeden (restitutiepolis):

De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:

- a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
- b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.

De behoefte wordt beperkt door hetgeen waarop de verzekerde naar inhoud en omvang van de zorg of diensten redelijkerwijs is aangewezen.¹⁸ Daarbij speelt enige financiële overweging geen rol. Vanuit dit perspectief speelt geld dan ook geen rol in de spreekkamer, omdat de aanspraak wordt bepaald door de behoefte van de patiënt.

Zorginkooprelatie

Op grond van de Zorgverzekeringswet geldt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. In de Memorie van Toelichting bij de Zorgverzekeringswet is over deze zorgplicht onder meer het volgende opgenomen:

Een belangrijke doelstelling van de sociale verzekering die met de Zorgverzekeringswet wordt gerealiseerd, is te waarborgen dat burgers de zorg kunnen krijgen die zij nodig hebben. De zorgverzekeraars, als uitvoerders van de verzekering, komt een belangrijke rol toe bij het realiseren van dat doel. Het gaat er daarbij niet alleen om dat de betaling van de kosten is gewaarborgd. Het gaat er ook om dat de burgers de verzekerde zorg in voorkomend geval ook werkelijk kunnen verkrijgen.¹⁹

Verzekerden hebben dus recht op de zorg die zij nodig hebben, waarbij geldt dat de kosten van deze zorg gewaarborgd zijn en zij deze zorg ook werkelijk kunnen verkrijgen. In de contracten die worden gesloten met zorgaanbieders en zorginstellingen neemt de zorgverzekeraar veelal prikkels op tot het leveren van doelmatige zorg. Maar tegelijkertijd wordt veelal in de contracten opgenomen dat de zorgverlener zorg moet verlenen die voldoet aan onder meer de WGBO, de Wet BIG, de KZi alsook de Zorgverzekeringswet. De arts is dus gebonden aan zijn beroepsmatige verplichtingen maar tegelijkertijd aan de financiële verplichtingen die de zorgverzekeraar contractueel direct of indirect (bijvoorbeeld via het ziekenhuis) aan de arts oplegt. De arts dient zorg volgens de professionele standaard te leveren. In de gezondheidsrechtelijke literatuur wordt over de verhouding met de zorgverzekeraar overwogen:

Kostenoverwegingen mogen niet afdoen aan de medisch-professionele standaard. Ook afspraken met zorgverzekeraars kunnen invloed hebben op medisch-professionele beslissingen, maar mogen er niet toe leiden dat de arts onder de professionele standaard gaat werken; dat kan van hem niet worden verlangd. De toegenomen rol van de zorgverzekeraars onderstreept alleen maar het belang dat de medisch-professionele standaard wordt gewaarborgd. Zijn beperkingen van aanspraken in het kader van de zorgverzekeringen op grond van kostenoverwegingen nodig,

dan vereisen die een beslissing op collectief niveau. Zo'n beslissing behoort niet op de arts te worden afgewenteld; een arts kan bovendien in een individueel geval geen inbreuken maken op aanspraken die de verzekerde heeft.²⁰

Ondanks het voorgaande is het binnen deze verhouding wel degelijk mogelijk dat geld een rol speelt. Zo mogen zorgverzekeraars voorkeursgeneesmiddelen aanwijzen (preferentiebeleid). Deze aanwijzingsbevoegdheid is wel beperkt tot die situatie waarin de zorg gelijk is en de goedkoopste keuze bevorderd kan worden. Het gaat er dan om dat de in te zetten behandelingen identiek dan wel volledig gelijkwaardig aan elkaar zijn.²¹

In een arrest van 6 november 2015 heeft de Hoge Raad deze lijn onderschreven en bepaald dat een zorgverzekeraar verzekerde zorg alleen mag onthouden in verband met de hoogte van de daaraan verbonden kosten als een andere vorm van zorg wel wordt vergoed die voldoende gelijkwaardig oftewel voldoende uitwisselbaar is.²²

Uit het voorgaande kan worden afgeleid dat de zorginkooprelatie in de basis niet met zich brengt dat de euro een rol in de spreekkamer speelt, waar dit ongewenst is, maar dat dit op specifiek afgesproken onderwerpen, strikt gereguleerd, wel enigszins aan de orde kan zijn.

Zijn we dus gevrijwaard van een verstrekkende rol van de euro in de spreekkamer?

Artsen zijn jegens de patiënt verplicht zorg te leveren conform de medisch-professionele standaard en kunnen niet op grond van budgettekorten een behandeling verstrekken die niet volgens die standaard is. De arts blijft volledig vrij om te beslissen welk geneesmiddel hij voorschrijft. Maar onder omstandigheden kunnen financiële overwegingen een rol spelen in de medisch-professionele standaard, ondanks dat het belang van de patiënt altijd voor hoort te gaan.

Ook in de relatie tussen zorgverzekeraar en patiënt

spelen financiële overwegingen geen directe rol, doordat de aanspraak van de patiënt wordt bepaald door zijn behoefte, alsmede door hetgeen in het verzekerde pakket is opgenomen. In de verhouding tussen arts en zorgverzekeraar worden wel veelal doelmatigheidsproblemen opgenomen. Zoals hiervoor beschreven zou dit echter geen gevolgen mogen hebben voor de kwaliteit van de behandeling van de patiënt.

Geconcludeerd kan dan ook worden dat financiële overwegingen in principe geen rol hebben en mogen hebben in de spreekkamer. Maar financiële afwegingen worden met het oog op de stijgende zorgkosten steeds meer een onderwerp van discussie. Artsen lijken van de wetgever een cruciale rol toebedeeld te hebben gekregen om te voorkomen dat de euro de boventoon gaat voeren in de spreekkamer. Waar een financiële keuze zonder duivelse dilemma's en zonder kwaliteitsafbreuk aan de toegankelijkheid van de gezondheidszorg zou bijdragen, lijkt niets daaraan in de weg te staan. Maar het lijkt nadrukkelijk niet de bedoeling de arts veel verder dan dit te laten gaan. Integendeel: financiële afwegingen dienen dan op bestuurs- en politiek niveau tot algemene besluitvorming te leiden. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling dat dergelijke beslissingen in de spreekkamer worden genomen.

En dat is ook hoe het hoort: dat wij in Nederland – net als in alle eeuwen hiervoor – het vertrouwen hebben in onze arts dat we bij hem of bij haar in goede handen zijn en ons niet hoeven af te vragen of het medisch advies dat wij krijgen op medische of financiële overwegingen gestoeld is. Het is dan ook van groot belang om waakzaam te zijn en het belang en de aanspraak van de patiënt te allen tijde voor ogen te houden en te bewaken.

Met dank aan kantoorgenote mr. C.E. van der Heijden, advocaat.

NOTEN

- 1 KNMG, *Nederlandse artseneed (inclusief Eed van Hippocrates/ Verklaring van Genève)*, 2003.
- 2 H.J.J. Leenen, J.C.J. Dute & J.K.M. Gevers (e.a.), *Handboek gezondheidsrecht*, Boom Juridische uitgevers, Den Haag 2014, p. 140-141.
- 3 Dat is een aandoening die slechts bij een heel kleine groep patiënten voorkomt.
- 4 Artikel 7:446 BW e.v.
- 5 Zie bijvoorbeeld hoofdstuk IV van de Wet BIG.
- 6 Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht*, p. 60, 64 en 65.
- 7 Ibidem, p. 102.
- 8 Rb. Arnhem 18 januari 2006, ECLI:NL:RBARN:2006:AU9846.
- 9 Gerechtshof 's-Hertogenbosch, 2 juli 1990, RZA 1990, 127 (Dotter).
- 10 Zie www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2013/zorgvuldig-omgaan-met-afweging-kosten-en-baten-bij-keuzes-in-de-zorg.html onder Keuzes in de sprekkamer.
- 11 Gerechtshof 's-Hertogenbosch 20 juli 2010, JA 2010, 131.
- 12 *Kamerstukken II*, 1993-94, 23622, 3 (MVT), p. 3.
- 13 *Kamerstukken II*, 1993-94, 23622, 3 (MVT), p. 20.
- 14 Rechtbank Arnhem, 28 december 2010, JGR 2011/1.
- 15 Artikel 2.4 Besluit zorgverzekering.
- 16 Stb. 2005, 389 en artikel 2.1 lid 2 Besluit Zorgverzekering.
- 17 Vanzelfsprekend spelen financiële afwegingen wel een rol bij het nemen van de beslissing wat onderdeel van het pakket moet worden – maar die beslissing ligt dan bij de minister van vws en het Zorginstituut Nederland.
- 18 Artikel 2.1 lid 3 Besluit Zorgverzekering.
- 19 Memorie van Toelichting bij Zorgverzekeringswet, Kamerstukken II 2003-2004, 29 763.
- 20 Leenen e.a., *Handboek gezondheidsrecht*, p. 70.
- 21 *Staatsblad* 2003, 523, p. 6.
- 22 Hoge Raad, 6 november 2015, ECLI:NL:HR:2015:3241.