

**CGB**

Commissie Gelijke Behandeling

Zijne Excellentie  
De heer dr. A. Klink  
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG

**Onderwerp**  
CGB advies/2009/05 inzake vrije  
artsenkeuze

**Uw brief van**  
21 januari 2009  
**Uw kenmerk**  
CZ/TSZ-2907491

**Datum**  
24 maart 2009  
**Ons kenmerk**  
2009/0035/LK/TdW

Geachte heer Klink,

In uw brief van 21 januari 2009 verzoekt u de Commissie Gelijke Behandeling (hierna: de Commissie) advies te geven over de ruimte die patiënten hebben om een arts op grond van zijn of haar geslacht te weigeren (vragen 1 en 2) en over de mogelijkheden van een zorginstelling om de extra kosten die een weigering met zich brengt op de patiënt te verhalen (vragen 3 en 4). Uw brief heb ik hierbij gevoegd (bijlage 1).

Voor een nadere toelichting op uw vragen hebben vertegenwoordigers van uw ministerie en de Commissie op 26 februari jl. overleg gehad. In dit gesprek is geconstateerd dat uw vragen 1 en 2 beantwoord zijn in het advies van de Commissie aan de Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor de Geneeskunde (KNMG) van 13 december 2007 (CGB advies 2007-10), over het conceptstandpunt van de KNMG over vrije artsenkeuze. Ik heb dit advies bijgevoegd (bijlage 2). Op een enkel punt bestond aan uw kant behoefte aan een verduidelijking van dit advies, met name wat betreft de omvang van de ruimte van de vrije artsenkeuze.

In het navolgende zal ik allereerst in het kort het betreffende advies aan de KNMG uiteenzetten en op het door u aangegeven punt nader toelichten. Vervolgens zal ik kort ingaan op uw vragen 3 en 4 over de verhaalsmogelijkheden, waarbij ik hier reeds opmerk dat deze vragen buiten de reikwijdte van de gelijkebehandelingswetgeving vallen.

**Advies aan de KNMG**

In het kort komt het voornoemd advies van de Commissie aan de KNMG op het volgende neer.

De kern van de gelijkebehandelingswetgeving wordt gevormd door het verbod om onderscheid te maken op een of meer van de non-discriminatiegronden, zoals genoemd in deze wetgeving. Dit betekent dat een arts als dienstverlener patiënten niet op (een van) deze gronden mag weigeren.

In het omgekeerde geval - een patiënt weigert een arts - biedt de gelijkebehandelingswetgeving echter geen mogelijkheden om een discriminerende patiënt aan te spreken. In die relatie is de patiënt als privé-persoon geen normadessaat van deze wetgeving. Wanneer een patiënt een arts weigert op basis van identiteitskenmerken die door de gelijkebehandelingswetgeving worden beschermd - bijvoorbeeld als een patiënt een mannelijke arts weigert - kan de betreffende arts wel de zorginstelling aanspreken op de wettelijke bepaling dat een werkgever zorg dient te dragen voor een discriminatievrije werkvloer voor zijn medewerkers. Dit houdt onder meer in dat een werkgever zijn werknemers dient te beschermen tegen verboden onderscheid door een patiënt.

Binnen de plicht van de werkgever om zorg te dragen voor een discriminatievrije werkvloer kan wel rekening worden gehouden met persoonlijke voorkeur van de patiënt, mits deze voorkeur er niet toe leidt dat een categorie van artsen wordt geweigerd op grond van identiteitskenmerken die door de gelijkebehandelingswetgeving worden beschermd. Alleen op de regel dat het maken van onderscheid op grond van geslacht is verboden, biedt de wetgeving meer ruimte aan een patiënt in die gevallen waarin het geslacht bepalend is. Ten aanzien van de overige non-discriminatiegronden bestaat deze (beperkte) ruimte niet.

Deze beperkte keuzeruimte van de patiënt doet zich voor, analoog aan artikel 7, lid 3 AWGB, in verband met het privé-karakter van de omstandigheden waarop de rechtsverhouding tussen arts en patiënt ziet. 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. Het is dan wel aan de patiënt om aan te geven waarom er reden is voor een dergelijke uitzondering op het discriminatieverbod. Vervolgens vindt er een afweging plaats tussen de belangen van de patiënt en die van de arts. Uitgangspunt bij deze belangenafweging is, zoals gezegd, steeds dat een categorale uitsluiting van artsen door een patiënt op grond van beschermde identiteitskenmerken zich in beginsel niet verdraagt met het non-discriminatiebeginsel.

Als een patiënt in een vroeg stadium zijn keuze voor een arts van een ander geslacht kenbaar maakt, dan zijn de mogelijkheden om tot een passende oplossing te komen veelal aanwezig. Doet zich een noodsituatie voor, dan zal de ruimte die de gelijkebehandelingswetgeving biedt aan de keuze voor een arts van een bepaald geslacht nog kleiner zijn. De urgentie van medische hulp en de mogelijkheden die er in een ziekenhuis 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 balans zal in het kader van deze belangenafweging dan snel doorslaan ten nadele van de patiënt, in die zin dat niet kan worden voldaan aan zijn wens voor een arts van een bepaald geslacht. Of en in hoeverre de betrokken arts aan de wens van de patiënt tegemoet wil of kan komen is dus afhankelijk van de concrete omstandigheden van het geval.

### **Verhaal van kosten**

Ten aanzien van de vragen over de mogelijkheden om de extra kosten te verhalen op de veroorzakers van die extra kosten door een arts te weigeren, al dan niet in een spoedeisende situatie, heeft de Commissie al in bovengenoemd gesprek laten weten niet bevoegd te zijn hierover te oordelen omdat dit onderwerp niet valt onder de reikwijdte van de gelijkebehandelingswetgeving. Dit is een zaak van de zorginstelling zelf. Zij zal een afweging moeten maken tussen de kosten en de baten en de relatie met andere wet- en regelgeving.

Ik hoop dat bovenstaande antwoorden u verder brengt bij het behandelen van de aan u gestelde schriftelijke vragen.

Gaarne ben ik tot nadere toelichting bereid.

Hoogachtend,

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized letters 'L', 'J', 'L', 'K', 'O', 'S', 'T', 'E', 'R' followed by a long horizontal line.

Laurien J.L. Koster,  
Voorzitter



## Commissie Gelijke Behandeling

KNMG  
T.a.v de heer drs. G. van Dijk en  
de heer. mr. D. van Meersbergen  
Postbus 20051  
3502 LB UTRECHT

Onderwerp  
Vrije artskenuze;  
CGB-advies 2007-10

Uw brief van  
19 oktober en  
13 november 2007  
Uw kenmerk  
GDij/07-11811

Datum  
13 december 2007  
Ons kenmerk  
2007/0334/AGC/TdW

Geachte heer Van Dijk en heer Van Meersbergen,

Op dinsdag 27 november 2007 hebben wij met u gesproken over het conceptstandpunt van de KNMG over vrije artskenuze en tekstvoorstellen gedaan. Ook is u namens de Commissie Gelijke Behandeling (CGB) toegezegd dat nog een schriftelijke reactie op genoemde notitie zou volgen.

Hieronder treft u onze reactie.

De centrale vraagstelling in uw notitie is: mag een patiënt, gebruikmakend van zijn recht op vrije artskenuze, vragen om een zorgverlener of onderzoeker met een specifiek identiteitskenmerk, zoals bijvoorbeeld sekse, seksuele gerichtheid, huidskleur, levensovertuiging en godsdienst?

Het conceptstandpunt van de KNMG luidt in hoofdlijn dat patiënten het recht hebben op een vrije keuze door wie zij behandeld of onderzocht willen worden. Daarbij wordt er op gewezen dat die beschikbaarheid in spoedeisende situaties doorgaans beperkt zal zijn. Tevens voegt u daaraan toe dat vrije artskenuze niet betekent dat patiënten een zorgverlener kunnen eisen die aan bepaalde eigenschappen (zoals een specifieke sekse, seksuele geaardheid, huidskleur of levensovertuiging) voldoet.

De CGB ziet in uw concept standpunt geen spanning met de gelijkebehandelingswetgeving.

Vanuit het perspectief van gelijke behandeling is de opmerking dat een patiënt geen zorgverlener met bepaalde eigenschappen kan eisen, essentieel. De kern van de gelijkebehandelingswetgeving wordt immers gevormd door het verbod om onderscheid

te maken naar met name genoemde identiteitskenmerken. De CGB adviseert u, met het oog op een volledige informatievoorziening in uw definitieve standpunt, alle door de gelijkebehandelingswetgeving beschermde gronden expliciet te noemen, of althans om aan uw lijst toe te voegen: politieke- en godsdienstige overtuiging, burgerlijke staat, leeftijd en handicap.

Een patiënt heeft derhalve de vrije keus om, mits beschikbaar, voor een bepaalde arts te kiezen of een bepaalde arts te weigeren, maar niet om een categorie van artsen te kiezen of te weigeren op basis van identiteitskenmerken die door de gelijkebehandelingswetgeving worden beschermd.

Daarbij moet worden aangetekend dat een patiënt geen normadressaat is van de gelijkebehandelingswetgeving is, reden waarom de CGB niet bevoegd is te beoordelen of een patiënt jegens een arts verboden onderscheid heeft gemaakt.<sup>1</sup> Van een zorginstelling kan op grond van de gelijkebehandelingswetgeving (artikel 5, eerste lid, onderdeel h, AWGB) wel worden gevergd dat zij zorg draagt voor een discriminatievrije werkomgeving voor haar medewerkers. Voor zover sprake is van onderscheid door een patiënt jegens zorgverleners die bij de zorginstelling in dienst zijn, kan derhalve zelfs sprake zijn van strijd met de gelijkebehandelingswetgeving indien de zorginstelling deze zorgverleners niet tegen dit onderscheid beschermt. De zinsnede dat zorginstellingen zich er rekenschap van dienen te geven dat zorgverleners zich gediscrimineerd kunnen voelen door het verzoek van een patiënt, kan dan ook in uw standpunt sterker worden geformuleerd.

In uw concept standpunt wordt er voorts op gewezen dat patiënten soms de voorkeur hebben voor een man of vrouw als behandelaar of onderzoeker vanwege religieuze motieven, persoonlijke voorkeuren, eerdere (negatieve of positieve) ervaringen of trauma's en wij begrijpen dat u van mening bent dat daarmee onder omstandigheden rekening kan worden gehouden.

De CGB acht dit standpunt niet in strijd met de gelijkebehandelingswetgeving. Op de regel dat het maken van onderscheid op grond van geslacht verboden is biedt de wet een beperkte mogelijkheid om in gevallen van waarin het geslacht bepalend is een uitzondering te maken. De gelijkebehandelingswetgeving geeft hiervoor enige ruimte in verband met het privé-karakter van de omstandigheden waarop de rechtsverhouding ziet. Het is in principe aan degene die het onderscheid maakt om aan te voeren waarom er reden is om een uitzondering te maken. Bij botsing van gelijkheidsrechten - waarvan bijvoorbeeld sprake kan zijn als een patiënt met een beroep op grond van zijn godsdienstige- of andere overtuiging om een arts van een bepaald geslacht verzoekt - moet een belangenafweging plaatsvinden. Bij die belangenafweging kunnen punten zoals in het conceptstandpunt zijn genoemd aan de orde komen, waarbij te denken valt aan tijdig overleg, een goede motivering en het belang van andere patiënten, maar ook aan de mogelijkheden voor de organisatie om aan het verzoek te voldoen. Dit alles staat echter tegenover het belang van de arts/zorgverlener om niet te worden gediscrimineerd. Uitgangspunt bij deze belangenafweging zal dan ook steeds moeten zijn dat een categorale uitsluiting door patiënten van artsen op grond van beschermde identiteitskenmerken zich in beginsel niet verdraagt met het non-discriminatiebeginsel.

In de lijn met het voorgaande betekent dit ook dat in een noodsituatie de ruimte voor patiënten om zich te beroepen op een uitzondering van het verbod van onderscheid nog geringer wordt, zoals u heel duidelijk in uw conceptstandpunt hebt verwoord.

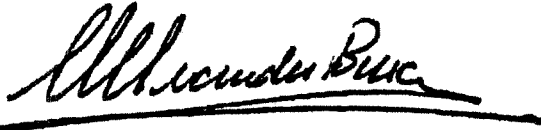
Gelet op het bovenstaande is er geen verdere aanleiding uw conceptstandpunt te voorzien van aanbevelingen.

<sup>1</sup> De normadressaten van de AWGB zijn kort weergegeven werkgevers en aanbieders van goederen en diensten, maar geen privépersonen.

Tenslotte verzocht u ons na te gaan hoe de KNMG onze bijdrage aan de totstandkoming van uw advies zou benoemen. Ik wil u vragen te vermelden dat de CGB is geconsulteerd bij de totstandkoming van uw standpunt. Ons advies zal, in verband met de te betrachten transparantie, na uw publicatie van het definitieve standpunt worden gepubliceerd op onze website.

Tot nadere toelichting houden wij ons gereed,

Hoogachtend,  
Namens A. G. Castermans, voorzitter,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. M. van der Burg', written over a horizontal line.

M. M. van der Burg, vice-voorzitter



bijlage 2

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Commissie Gelijke Behandeling (CGB)  
Tav. De Voorzitter  
Postbus 16001  
3500 DA Utrecht

Commissie Gelijke Behandeling  
Ingekomen 26 JAN 2009  
Nummer 2009/0109/LKIRG

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.minvws.nl

Inlichtingen bij  
S. Lubbers  
sc.lubbers@minvws.nl  
T 070 340 5610

Ons kenmerk  
CZ/TSZ-2907491

Bijlagen  
1

Uw brief

Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.

Datum 21 januari 2009  
Betreft verzoek om advies lz vrije artsenkeuze

Geachte voorzitter,

**Inleiding**

In juli 2007 publiceerde Medisch Contact en het Nederlands Dagblad beide over het weigeren van mannelijke artsen door geslulderde vrouwen. (bijlage 1) Naar aanleiding van deze berichten heeft de KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst) een richtlijn opgesteld over het gebruik van vrijeartsenkeuze. Dit is een richtlijn van de beroepsgroep zelf. (bijlage 2) Daarnaast hebben verschillende Kamerleden mondelinge en schriftelijke vragen gesteld aan de Minister van Volksgezondheid. In reactie op één van de mondelinge Kamervragen heeft de Minister van VWS op 18 december 2007 toegezegd dat hij de Kamer zal informeren in hoeverre extra kosten die voortvloeien uit het weigeren van een arts te verhalen zijn op de betrokken patiënt.

**Verzoek**

In reactie op de gestelde vragen worden binnen VWS verschillende mogelijkheden overwogen. Over deze mogelijkheden ontvang ik graag advies van de Commissie Gelijke Behandeling. Hieronder treft u een viertal vragen met, indien nodig, per vraag een korte toelichting.

- 1) Algemeen is de vraag op basis van welke gronden het gerechtvaardigd is om als patiënt een onderscheid te maken naar de sexe van een zorgverlener? Oftewel: Wanneer is de keuze voor een mannelijke of vrouwelijke zorgverlener gerechtvaardigd?

*Toelichting*

Niet van toepassing

- 2) Meer specifiek is de vraag of geloofsovertuiging onderscheid naar sexe bij zorgverleners rechtvaardigd.



### Toelichting

De casus die aanleiding gaf tot het stellen van Kamervragen betreft de volgende: Een Islamitische vrouw werd een Nederlands ziekenhuis binnengebracht. Toen een mannelijke gynaecoloog haar wilde onderzoeken, werd hem door de echtgenoot van de vrouw de toegang tot de verloskamer ontzegd. De (mannelijke begeleider van de) vrouwelijke patiënte weigerde behandeling door een mannelijke arts. Het betrof een acute situatie. Omdat er in het betreffende ziekenhuis geen vrouwelijke gynaecoloog aanwezig was, is de patiënte met spoed per ambulance naar een nabijgelegen ziekenhuis vervoerd waar wel een vrouwelijke arts dienst had. Daar is het kind ter wereld gebracht.

Ons kenmerk  
CZ/TSZ-2907491

- 3) In relatie tot uw antwoord op vraag 2 is het de vraag of het gerechtvaardigd is om indien er extra kosten voortkomen uit de specifieke keuze van een patiënt voor een mannelijke of vrouwelijke zorgverlener, hiervoor een tarief in rekening te brengen.

### Toelichting

Naar de mening van VWS is vrijeartsenkeuze een groot goed, maar het lijkt in zijn algemeenheid niet redelijk de extra kosten die hiermee gepaard gaan af te wentelen op de gemeenschap. Daarnaast lijkt het niet redelijk om van alle ziekenhuizen (en andere zorgaanbieders) te verwachten dat er altijd, in alle situaties, zowel een mannelijke als een vrouwelijke zorgverlener beschikbaar is.

Derhalve wordt overwogen om in die gevallen dat een patiënt niet tijdig (bij het maken van de afspraak) aangeeft dat deze specifiek een mannelijke of vrouwelijke zorgaanbieder wenst, een redelijk bedrag in rekening te brengen. Het zou gaan om een gefingeerd bedrag dat in praktijk rond de € 40,- zal liggen (vergelijkbaar met het voormalige no-show tarief). Indien ziekenhuizen dit beleid hanteren dient dit uiteraard wel vooraf duidelijk naar patiënten gecommuniceerd te worden. De vraag is of dit mag. Mede in relatie tot uw antwoord op vraag 2.

- 4) In relatie tot uw antwoord op vraag 3 is het de vraag of het bij het in rekening brengen van een tarief gerechtvaardigd is om onderscheid te maken in electieve en acute situaties?
- Is het gezien de verschillen in electieve en acute situaties gerechtvaardigd om in electieve situaties een gefingeerd bedrag (vergelijkbaar met het no-show tarief) in rekening te brengen terwijl je in acute situaties niets in rekening brengt?
  - Is het gezien de verschillen in electieve en acute situaties gerechtvaardigd om in electieve situaties een gefingeerd bedrag (vergelijkbaar met het no-show tarief) in rekening te brengen terwijl je in acute situaties de daadwerkelijke kosten in rekening brengt?
  - Indien het niet gerechtvaardigd is om onderscheid te maken tussen electieve en acute situaties en het wel gerechtvaardigd is om kosten bij de patiënt in rekening te brengen is het gezien de verschillen in electieve en acute situaties dan gerechtvaardigd om zowel in electieve als in acute



situaties een gefingeerd bedrag (vergelijkbaar met het no-show tarief) in rekening te brengen?

#### *Toelichting*

Het is van belang deze vraag te bezien in het licht van uw antwoord op vraag 3.

Als men kosten in rekening zou willen brengen dan zou het een mogelijkheid zijn om, zoals ook in de richtlijn van de KNMG wordt voorgesteld, in electieve situaties een gefingeerd bedrag in rekening te brengen (vergelijkbaar met het voormalige no-show tarief) mits de patiënt niet reeds bij het maken van de afspraak zijn wensen met betrekking tot de zorgverlener kenbaar maakt. Overwogen kan worden om een dergelijk bedrag ook in acute situaties in rekening te brengen. Immers het uitgangspunt is dat het niet redelijk is om van alle ziekenhuizen (en andere zorgaanbieders) te verwachten dat er altijd, in alle situaties, zowel een mannelijke als een vrouwelijke zorgverlener beschikbaar is en dat het niet redelijk lijkt om de extra kosten die gepaard gaan met de specifieke keuzes van een individuele patient af te wentelen op de gemeenschap.

Echter het is ook mogelijk dat inhoudelijke verschillen tussen electieve en acute zorg het rechtvaardigen om onderscheid te maken tussen beide. De omstandigheden in een acute situatie zijn namelijk complexer. Acute zorg is niet planbaar. Het is daarom niet (altijd) mogelijk om tijdig aan te geven dat men specifiek een mannelijk of vrouwelijke arts wenst. Bovendien geldt dat als er in acute situaties extra kosten worden gemaakt dat dit dan om aanzienlijke bedragen gaat. Het gaat om meer dan enkel het verzetten van een afspraak. Denk hierbij aan het vervoer per ambulance. Dit zou een reden kunnen zijn om te overwegen om niet een gefingeerd bedrag in rekening te brengen vergelijkbaar met het voormalige no-show tarief, maar om de daadwerkelijke kosten aan de patient op te voeren. De vraag is of dat gerechtvaardigd is?

Naast bovenstaande is het in acute situaties wel lastiger om kosten op de patient te verhalen dan in electieve situaties. Van zorgverleners mag namelijk niet verwacht worden dat zij patiënten in acute nood aan hun lot overlaten. Het is dus redelijk dat zij een ambulance bestellen. Echter als het vervoer per ambulance door de zorgverlener aangevraagd is dan wordt dat automatisch door de zorgverzekeraar vergoed. Zorgverzekeraars zijn niet in staat om de declaraties die het gevolg zijn van het weigeren van een arts te scheiden van reguliere declaraties en kunnen deze daarom niet afwijzen. In het licht van deze pragmatische overwegingen zou het derhalve ook een mogelijkheid zijn om in electieve situaties een gefingeerd bedrag in rekening te brengen maar in acute situaties niets te doen. De extra kosten die het gevolg zijn van de specifieke keuzes van de patient in een acute situatie komen dan wel ten lasten van de maatschappij. De vraag is of dat gerechtvaardigd is?

Ons kenmerk  
CZ/TSZ-2907491

Graag zou ik advies van u ontvangen betreffende bovenstaande vragen. Indien mogelijk zou ik hierop zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk eind februari een reactie van u krijgen. Mocht u nog vragen hebben dan kunt u zich wenden tot de in het briefhoofd vermelde persoon.

Ons kenmerk  
CZ/TSZ-2907491

Hoogachtend,

namens de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,  
de directeur Curatieve Zorg,

Arnold Moerkamp

