

MOTIVATIE

betreffende de tussenkomst althans de voeging in de hoger beroepsprocedure die voor het Gerechtshof te Arnhem aanhangig is tussen een aantal maatschappijen behorende tot de Menzis-groep en AstraZenica, MSD, Pfizer en Altana

De motivatie bestaat uit passages uit het voegingsdocument die overigens voor zich spreken.

1. De Module

1.1. Kort weergegeven komt de Module op het volgende neer:

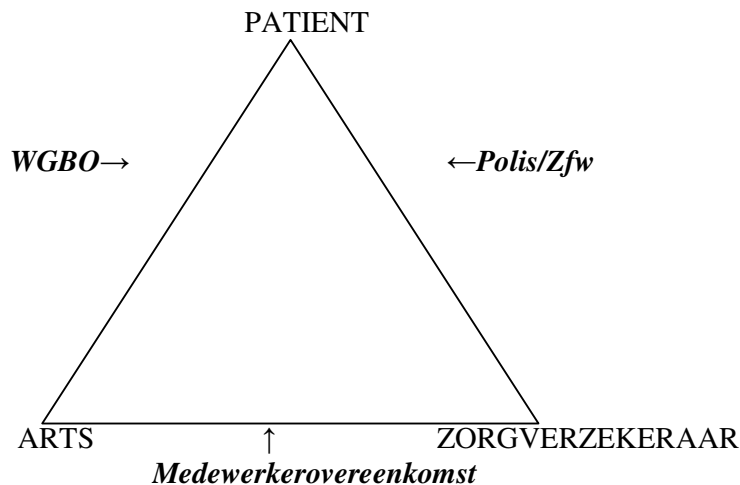
- a. tenminste 95% van de 1^e recepten van de huisarts over de periode september - december 2005 betreft geneesmiddelen als genoemd in het Groninger Transmuraal Formularium: *als dat percentage wordt behaald ontvangt de huisarts € 0,50 per patiënt.*
- b. deelname aan bepaalde speerpunten (=speciale projecten) van de zogenaamde Proeftuin: *deelname levert per speerpunt € 0,10 per patiënt op.*
- c. minimaal 80% van de 1^e recepten cholesterolverlagende middelen over de periode september - december 2005 bestaat uit simvastatine generiek: *als dat percentage wordt behaald ontvangt de huisarts € 1 per patiënt.*
- d. minimaal 80% van de 1^e recepten cholesterolverlagende middelen in de periode 2004/1^e helft 2005 heeft bestaan uit simvastatine: *als dat percentage wordt behaald ontvangt de huisarts € 1 per patiënt.*
- e. Als de deelmodule c. is behaald komen artsen in aanmerking voor een aanvullende bonus, die te verdienen valt als de behandeling van patiënten die een ander (duurdere) cholesterolverlangend middel gebruiken door de arts wordt omgezet naar simvastatine. *De huisarts ontvangt daarvoor een honorering van € 22 per omgezette patiënt.*
- f. minimaal 95% van de 1^e recepten protonpompremmers over de periode september – december 2005 bestaat uit omeprazol generiek: *als dat percentage wordt behaald ontvangt de huisarts € 1 per patiënt.*
- g. minimaal 80% van de 1^e recepten protonpompremmers in de periode 2004/1^e helft 2005 heeft bestaan uit omeprazol: *als dat percentage wordt behaald ontvangt de huisarts € 1 per patiënt.*
- h. Als de deelmodule f. is behaald komen artsen in aanmerking voor een aanvullende bonus, die te verdienen valt als de behandeling van patiënten die een ander (duurdere) protonpompremmer gebruiken wordt omgezet naar omeprazol. *De huisarts ontvangt daarvoor een honorering van € 22 per omgezette patiënt.*

1.2. Volgens de berekening die Menzis voegt bij zijn aanbod kan de huisarts, wanneer hij het gewenste resultaat bereikt in alle onderdelen van de Module, in totaal zo'n € 8.000,-- extra verdienen over de genoemde periode september - december 2005.

2. Wettelijke rolverdeling en verantwoordelijkheden in de zorg

2.1. In de zorg bestaat een complexe driehoeksrelatie waarin iedereen zijn eigen rol heeft en waarin de relaties worden geregeerd door verschillende wettelijke en contractuele

regelingen, zie figuur:



- 2.2. Voorop staat dat de verhouding arts-patiënt een unieke en wederzijds exclusieve vertrouwensrelatie is. Wettelijk is deze relatie vastgelegd in de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO): de arts is gehouden om de patiënt de noodzakelijke zorg te bieden. Hij is o.m. verantwoordelijk voor de diagnose en de keuze van behandeling. De arts dient de patiënt te informeren en de patiënt dient toestemming te geven voor de behandeling. De zorgverzekeraar heeft geen enkele rol, verantwoordelijkheid of bevoegdheid in deze relatie.
- 2.3. Op grond van de polis/ziekenfondswet verzekert de zorgverzekeraar de kosten van de noodzakelijke zorg. Als hij vindt dat een patiënt geen recht heeft op zorg omdat hij het niet eens is met de indicatiestelling of omdat hij de gekozen behandeling niet doelmatig vindt, is dat een zaak tussen zorgverzekeraar en patiënt die wordt geregeerd door de polisvoorwaarden/ziekenfondswet.
- 2.4. Tenslotte is van belang de verhouding arts-zorgverzekeraar: de zorgverzekeraar contracteert de arts om zijn natura-verzekerden de verzekerde zorg te verlenen. Daartoe kan hij afspreken dat de arts bij de keuze van de behandeling doelmatig zal handelen. Die afspraken doen niets af aan de verantwoordelijkheid van de arts en mogen daarmee dus niet in strijd zijn.

NB: nergens in de ziekenfondswet is een doelmatige behandeling gedefinieerd als de goedkoopste behandeling: het gaat erom dat de arts met inachtneming van alle omstandigheden een passende keuze maakt voor iedere individuele patiënt.

3. De Module breekt op ontoelaatbare wijze in systeem in

- 3.1. De Patiëntenorganisaties en de Artsen zijn van oordeel dat de Module op ontoelaatbare wijze inbreekt in een evenwichtig stelsel waarbij de wederzijdse rechten en verplichtingen worden geregeerd door allerlei met waarborgen omklede wettelijke regelingen. De Patiëntenorganisaties en de Artsen zullen dit toelichten aan de hand van de wettelijke en contractuele regelingen die de verschillende zijden van de

driehoek beheersen.

De linkerzijde van de driehoek: verhouding arts-patiënt

- 3.2. Het centrale argument van Menzis is dat zij niet meer doet dan de artsen trachten over te halen zich te houden aan de eigen behandelstandaarden. Daartoe heeft zij vooral gewezen op de standaarden van de NHG, het Nederlands Huisartsen Genootschap. Gezien dit standpunt is het noodzakelijk stil te staan bij de rol van de standaard/protocol in de geneeskundige behandelovereenkomst.
- 3.3. Het is evident dat artsen behandelprotocollen betrekken bij hun behandelkeuzes. Het is echter evenzeer evident dat de norm die in een protocol is neergelegd geen maximum norm is, zoals Menzis lijkt te suggereren, maar een richtlijn. De hulpverlener kan aan het protocol steun en richting ontleen bij het maken van de behandelkeuze, maar hij handelt altijd vanuit een eigen verantwoordelijkheid.
- 3.4. Het is ook evident dat protocollen "living documents" zijn en van tijd tot tijd worden herzien. Huisartsen protocollen verschillen bovendien niet zelden van specialisten protocollen voor dezelfde of vergelijkbare aandoeningen.
- 3.5. Waar het om gaat is dat protocollen nimmer absolute waarheden bevatten. Zo zal men in een protocol nimmer een percentage patiënten vinden dat prospectief (op voorhand) zal uitkomen met een bepaalde behandeling of een bepaald geneesmiddel. Natuurlijk zijn er trends op het niveau voor de gehele populatie maar de medische professie is geen exacte wetenschap en zeker niet op het niveau van de individuele patiënt.
- 3.6. Dat is allemaal niet erg want behandelprotocollen zijn primair ingegeven vanuit een verplichting tot verantwoord medisch handelen (WGBO) en niet vanuit een wens tot kostenbesparing. Zie in dit verband artikel 7:453 van de WGBO dat de arts verplicht tot het volgende:

De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden 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.

- 3.7. De toets of een protocol juist is gehanteerd bij de behandeling van een individuele patiënt vindt dan ook plaats binnen het kader van de exclusieve patiënt/arts relatie.
- 3.8. Er zijn talloze juridische uitspraken over de rol van protocollen in de geneeskundige behandelovereenkomst: wanneer dient volgens protocol gehandeld te worden en wanneer niet. Er is geen enkele uitspraak die tot inzet heeft dat de arts aansprakelijk is tegenover de patiënt omdat hij een weliswaar goede, maar onnodig dure behandeling heeft gegeven.
- 3.9. Het beste kan dit geïllustreerd worden aan de hand van het onderdeel omzetten in de Module (zie hiervoor in alinea 2.2 onder e. en h.). Wanneer de arts het door Menzis gestelde percentage eerste recepten heeft behaald, komt hij in aanmerking voor een extra bonus. Het "alles of niets" karakter van het eerste deel van de Module brengt de

arts al in de verleiding zijn eigen professionele richtlijnen op een manier toe te passen waarvoor zij nooit zijn bedoeld. De "koppelverkoop" van het tweede deel is helemaal verwerpelijk. Zo wordt de verleiding om te kiezen voor het door Menzis gewenste geneesmiddel nog groter: immers het behalen van de 95/80% is de drempel voor additioneel voordeel: Menzis betaalt dan nog eens Euro 22 voor de omzetting van de behandeling van iedere patiënt die is ingesteld op een ander middel, waarmee de behandeldoelstelling wordt gehaald, maar dat duurder is.

- 3.10. Voor de goede orde: statines komen weliswaar uit dezelfde klasse geneesmiddelen (die van de cholesterolsyntheseremmers), maar hebben niet hetzelfde effect. Bij simvastatine is het maximale percentage verlaging van het cholesterol (aanzienlijk) lager dan bij andere middelen uit de klasse. Daarnaast verschillen de bijwerkingen. Bovendien bestaan bij alle geneesmiddelen inter-patiënt verschillen: grotere of kleinere verschillen bijvoorbeeld als gevolg van het feit dat de ene patiënt ook nog (een aantal) andere geneesmiddelen gebruikt. Die verschillen zijn niet altijd precies te voorspellen. Anders gezegd: met omzetten van statine patiënten moet men zeer voorzichtig zijn. Er is vastgesteld dat omzetting van patiënten op andere statines tot zelfs dodelijke ongelukken kunnen lijden omdat niet dezelfde cholesterolverlaging werd bereikt. Ook het in opdracht van het Ministerie van VWS geproduceerde zogenaamde PHARMO rapport "Doelmatigheid voorop, een casus: Cholesterolverlaging door statines" vermeldt dat statines niet zonder meer uitwisselbaar zijn en substitutie met goedkopere middelen tot schade kan leiden omdat de verschillende statines niet equipotent zijn. In het kader van de WGBO kan dus geen rechtvaardiging worden gevonden voor het nemen van dit risico.
- 3.11. Die omzetting heeft ook helemaal niets te maken met het naleven van een protocol: het NHG-protocol Cholesterol (Productie 9 Menzis in eerste aanleg) geeft aan dat gestart kan worden met ofwel simvastatine ofwel pravastatine. Het protocol zegt uiteraard helemaal niets over het omzetten van individuele patiënten die hun behandeldoelstelling halen met middel B op een goedkoper middel. Het NHG-protocol maagklachten spreekt geen voorkeur uit voor een bepaalde protonpompremmer.
- 3.12. Ook de Patiëntenorganisaties en de Artsen ondersteunen het uitgangspunt dat onnodig dure behandelingen niet moeten worden ingezet. Echter cruciaal is dat het niet aan de zorgverzekeraar is om een protocol terug te brengen tot een percentage en dat percentage inzet te maken van een resultaatsverbintenis die niets meer heeft te maken met het uitgangspunt van de geneeskundige behandelovereenkomst maar uitsluitend met kostenbesparing. Op die manier wordt door de zorgverzekeraar een direct commercieel element gedrongen in de vertrouwensrelatie tussen arts en patient. De bonus wordt immers verkregen bij het behalen van een resultaat (het uitschrijven van een bepaald recept) bij de individuele patient. Ter illustratie: niet voor niets heeft Minister Donner recentelijk nog eens de resultaatsgebonden honorering van advocaten verboden: de Minister achtte het onwenselijk dat advocaten gezien de vertrouwensrelatie die zij met hun cliënten hebben een direct financieel belang zouden verkrijgen in de zaak die zij voor hun cliënten behandelen. Een wijs besluit.

De rechterzijde van de driehoek: verhouding patiënt(verzekerde)-zorgverzekeraar

- 3.13. Vaststaat dat alle cholesterolverlagende middelen behoren tot de aanspraak van de patiënt. Daarnaast is artikel 2a, eerste lid Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (VBZ) van belang dat bepaalt dat de patiënt recht heeft op een behandeling die doelmatig, niet onnodig duur, is.

De aanspraak op een verstrekking kan slechts tot gelding worden gebracht voor zover de verzekerde, gelet op zijn behoefte en uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening, redelijkerwijs daarop naar aard, inhoud en omvang is aangewezen.

- 3.14. De zorgverzekeraar heeft het recht vergoeding van de behandeling te weigeren wanneer hij meent dat aan dat vereiste niet is voldaan. Ter bescherming van de patiënt voorziet de Zfw echter in artikel 74 in een procedure die de zorgverzekeraar moet volgen wanneer hij van dit recht gebruik wil maken. Die procedure voorziet o.m. in een advies van CVZ met betrekking tot de individuele situatie van de patiënt.
- 3.15. Vaststaat dat Menzis deze procedure bij geen van de patiënten in zijn gebied ooit heeft gevolgd bij de behandelkeuze die de huisartsen in zijn gebied ooit hebben gemaakt. Menzis heeft bijvoorbeeld nog nooit de omzetting van een goed ingestelde en goed reagerende patiënt afgedwongen.

De onderkant van de driehoek: de verhouding zorgverzekeraar-arts

- 3.16. In de naturaverzekering koopt de zorgverzekeraar zorg in voor zijn verzekerden. In de overeenkomst die Menzis terzake met de artsen sluit is vermeld dat de arts zich verbindt om "doelmatig te handelen". Dat wordt gedefinieerd zodanig *dat de arts een afweging maakt tussen de effectiviteit van de zorg, de belangen van de patiënt en de kosten*. Kennelijk voldoen de artsen naar het oordeel van Menzis niet of onvoldoende of niet allen aan deze verplichting. In welke mate dat het geval is, is niet duidelijk evenmin is onderzocht waarom dat het geval is en wat de redenen daarvoor zijn. Menzis wijst alleen naar de promotie inspanningen van de industrie.
- 3.17. Menzis gaat een grote stap verder dan het bestaande contract door:
- doelmatigheid gelijk te stellen met "het goedkoopste";
 - het terugbrengen van een behandelrichtlijn tot een gefixeerd percentage patiënten dat naar het oordeel van Menzis met dit goedkoopste middel uit kan komen;
 - het alles of niets karakter van de Module;
 - het aanzetten tot omzetten van de behandeling van een goed ingestelde patiënt.
- 3.18. In het bestaande contract ontbreken al die elementen en blijft de professionele vrijheid om de noodzakelijke afweging op het niveau van de individuele patiënt te maken in tact.
- 3.19. De Artsen zijn van oordeel dat het voor de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt en daarmee voor een goede uitvoering van de geneeskundige behandelovereenkomst

essentieel is dat er geen directe relatie is tussen de behandeling van de individuele patiënt en een financiële vergoeding van de zorgverzekeraar aan de arts. In dit licht verwijzen de Artsen naar de door hen voor hun werkgebied ontwikkelde medisch-ethische zorgcode, die hierbij wordt overgelegd als **productie 9**. De artsen stellen deze code centraal in hun relatie met patiënt en de zorgverzekeraar. Zij richten zich op kwalitatief hoogwaardige zorg en stellen zich daarin toetsbaar op door alle geëigende collegiale organen. Zij wensen hun medisch handelen echter niet financieel te laten wegen door de zorgverzekeraar. Zij zijn ook van mening dat de invoering van dergelijke modules het beroep schaadt. Daaraan doet niet af dat zij de keuze hebben niet aan de module mee te doen. Alleen al het feit dat zij gedwongen worden aan hun patiënten desgevraagd uit te leggen dat zij niet meedoen schaadt de vertrouwensrelatie.

4. Deelconclusies

- 4.1. Menzis neemt maatregelen binnen de relatie arts/zorgverzekeraar die ingrijpt in de verhouding individuele arts/patiënt:
 - a. Nu hiervoor geen wettelijke of contractuele basis bestaat moet zij daarbuiten blijven. Het gaat hier immers om een bonus die rechtstreeks is gekoppeld aan behandelkeuzes die worden gemaakt in de *individuele* arts-patiënt relatie. Deze keuzes moeten echter *uitsluitend* worden gemaakt door de arts in overleg met zijn patiënt, zonder beïnvloeding op commercieel niveau van derden zoals de zorgverzekeraar.
 - b. Behandelrichtlijnen die noodzakelijkerwijs zijn bedoeld als generieke/algemene richtlijn worden door Menzis ingebracht in de individuele arts-patiënt relatie. Immers: Menzis interpreteert deze richtlijnen en suggereert dat deze algemene richtlijnen in alle artspraktijken in vrijwel alle gevallen toepasbaar zijn. Dat is onmogelijk. Bovendien is dit niet de taak van Menzis. Met het omzetten van de behandeling van bestaande patiënten heeft Menzis zich al helemaal niet te bemoeien.
 - c. De -wettelijk verankerde- vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt wordt verstoord wanneer de individuele behandeling direct is gekoppeld aan geldelijk gewin voor de arts.
 - d. Het argument "vertrouw de dokter maar" is onzin: het is juist Menzis die de dokter niet vertrouwt, anders hoefde zij dit soort maatregelen niet te nemen.
- 4.2. Menzis laat de bestaande met waarborgen omklede wettelijke en contractuele mogelijkheden voor ingrijpen hetzij binnen de "polisrelatie" met de patiënt hetzij de medewerkerovereenkomst met de arts onbenut.
- 4.3. Binnen de verschillende wettelijke en contractuele verhoudingen die in de "driehoek" gelden heeft Menzis allerlei mogelijkheden zowel de arts als de patiënt aan te spreken op de eigen verplichtingen. Kennelijk is Menzis niet tevreden over het voorschrijfgedrag van de door haar gecontracteerde huisartsen. Maar dan moet zij die

daarop aanspreken binnen de geldende contractuele relatie en niet – zoals zij nu doet – zich binnendringen in de individuele arts-patiënt relatie. Die relatie dient vrij te zijn van commerciële zorgverzekeraarbemoeienis