



Datum

13 februari 2020

Ons kenmerk

200213_114

Therapeutische vrijheid, professionele autonomie en keuzevrijheid van de patiënt binnen locoregionale klinische netwerken

Adviesnota
Februari 2020

Tom Balthazar
Stafmedewerker gezondheidsrecht Zorgnet-Icuro
Hoofddocent UGent

Inhoudstafel

1	Probleemstelling	3
2	Methode	4
3	Relevante bepalingen in de Netwerkwet	5
3.1	Opdrachten en bevoegdheden met impact op keuzevrijheid en professionele autonomie	5
3.1.1	Opdrachten en bevoegdheden op netwerkniveau	5
3.1.2	Opdrachten en bevoegdheden op ziekenhuisniveau	5
3.2	Waarborgen van de keuzevrijheid van de patiënt	6
3.3	Waarborgen van de professionele autonomie	7
3.4	Bevoegdheid van de netwerkhoofddarts	7
4	De keuzevrijheid van de patiënt	9
4.1	Draagwijdte en bescherming	9
4.2	Wettelijke beperkingen	9
4.3	Feitelijke beperkingen	10
5	Therapeutische vrijheid en professionele autonomie	11
5.1	Actuele wettelijke basis	11
5.2	Toekomstige wettelijke basis	11
5.3	Beperkingen	12
6	Toepassing van de algemene beginselen van keuzevrijheid en professionele autonomie op de Netwerkwet en de vermoedelijke uitvoeringsbesluiten – Overzicht per betrokken categorie	14
6.1	Gevolgen voor de patiënt	14
6.2	Gevolgen voor de individuele ziekenhuisarts	15
6.3	Gevolgen voor de hoofdarts en de diensthoofden van de ziekenhuizen	17
6.4	Gevolgen voor ziekenhuisbeheerder	18
6.5	Gevolgen voor de netwerk-hoofddarts	18
7	Besluit	19

1 Probleemstelling

Vanaf 1 januari 2020 moeten alle Belgische ziekenhuizen verplicht deel uitmaken van een locoregionaal klinisch netwerk.

Binnen deze netwerken zullen afspraken gemaakt worden over de verdeling van locoregionale zorgopdrachten. Het zijn ook de netwerken die akkoorden zullen sluiten met de zogenaamde “referentiepunten”: dat zijn de ziekenhuizen die supra-regionale zorgopdrachten aanbieden. De Netwerkwet ¹ voorziet dat binnen deze netwerken “verwijs- en terugverwijsafspraken” zullen gemaakt worden en dat deze ook zullen moeten gerespecteerd worden door de ziekenhuizen die deel uitmaken van het netwerk.

De wet bepaalt dat de keuzevrijheid van de patiënt zal gerespecteerd worden. In de memorie van toelichting werd aangekondigd dat aan de therapeutische vrijheid van de arts “geenszins wordt geraakt”.

Toch zal de netwerkvorming onvermijdelijk een invloed hebben op de keuzevrijheid of minstens de keuzemogelijkheden van de patiënt. Ook de wijze waarop de arts zijn therapeutische vrijheid zal kunnen aanwenden, zal er door beïnvloed worden.

De netwerkvorming zal immers vermoedelijk leiden tot een concentratie en een verschuiving van zorgopdrachten. De concrete impact zal in belangrijke mate bepaald worden door de omschrijving die nog bij Koninklijk Besluit moet gebeuren van de locoregionale en de supraregionale zorgopdrachten en ook door het onderscheid dat binnen de locoregionale zorgopdrachten bij K.B. kan gemaakt worden tussen de algemene en de gespecialiseerde zorgopdrachten. Bovendien kunnen voor deze supraregionale en locoregionale zorgopdrachten erkenningsnormen bepaald worden ².

Deze nog te nemen uitvoeringsbesluiten zullen samen met de besluiten die binnen het bestuur van de locoregionale klinische netwerken zullen genomen worden, tot gevolg hebben dat sommige zorgopdrachten niet meer binnen een ziekenhuis zullen aangeboden worden, maar enkel binnen een ander ziekenhuis van hetzelfde netwerk of – voor de supraregionale opdrachten – mogelijk zelfs binnen een ziekenhuis van een ander netwerk.

De impact hiervan kan potentieel groot zijn aangezien het concept “zorgopdracht” in de wet zeer breed werd gedefinieerd. Zorgopdrachten zijn immers “*de activiteiten van ziekenhuizen gerelateerd aan een ziekenhuisdienst, een ziekenhuisfunctie, een ziekenhuisafdeling, een zwaar medisch apparaat, een medische dienst, een medisch-technische dienst of een zorgprogramma*” ³.

Het gevolg van dit nieuwe systeem voor **artsen** kan zijn dat:

- Zij bepaalde diagnostische of therapeutische handelingen niet meer kunnen of zelfs mogen stellen in een bepaald ziekenhuis of dat de aangewezen of noodzakelijke omkadering daarvoor ontbreekt;
- Dat de verwijzingen naar collega’s of diensten bepaald worden door de veranderde en mogelijk verminderde beschikbaarheid.

¹ Wet van 28 februari 2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen de ziekenhuizen betreft (hierna verkort geciteerd als de “Netwerkwet”).

² Art. 14/4 Ziekenhuiswet, zoals ingevoerd door art. 8 Netwerkwet.

³ Art. 14/1, 2° Ziekenhuiswet, zoals ingevoerd door art. 5 Netwerkwet.

Bovendien zullen - zoals hierna nader toegelicht ⁴ - binnen de netwerken “verwijs – en terugverwijsafspraken” worden gemaakt. De besturen van de ziekenhuizen krijgen de taak om te “garanderen” dat wordt verwezen en terugverwezen volgens deze afspraken, “doch met respect voor de vrije keuze van de patiënt” ⁵. Deze verwijsafspraken kunnen mogelijk strijdig zijn met vroegere verwijspatronen die soms berusten op een loutere adviespraktijk of informele afspraken, maar soms ook op formele afspraken.

Het gevolg van dit nieuwe systeem **voor patiënten** kan zijn dat:

- De keuzemogelijkheden tussen artsen en diensten veranderd en mogelijk verminderd worden;
- De adviezen tot raadplegen van een andere arts hierdoor zullen beïnvloed worden;
- De “verwijzingen” (voor zover deze meer kunnen zijn dan loutere adviezen) meer het gevolg zullen worden van globale afspraken op netwerkniveau.

De beschreven gevolgen voor de artsen kunnen een inperking inhouden van hun therapeutische vrijheid en hun professionele autonomie. De beschreven gevolgen kunnen voor patiënten een beperking inhouden van hun recht op vrije keuze. Aangezien zowel de therapeutische vrijheid van de arts als de keuzevrijheid van de patiënt wettelijk beschermd zijn, stelt zich de vraag in hoeverre de Netwerkwet en de nog te nemen uitvoeringsbesluiten als geoorloofde uitzonderingen op deze algemene beginselen kunnen beschouwd worden.

2 Methode

Deze nota werd opgemaakt op basis van een analyse van de Netwerkwet en de parlementaire voorbereiding daarvan, en door deze te toetsen aan de thans geldende wettelijke en deontologische normen inzake de therapeutische vrijheid en de professionele autonomie van artsen en de keuzevrijheid van de patiënten. Daarbij werd ook rekening gehouden met de Kwaliteitswet ⁶, die op 1 juli 2021 in werking zal treden. Er kon geen rekening gehouden worden met de nog te nemen uitvoeringsbesluiten van de Netwerkwet die voor deze materie belangrijk kunnen zijn, o.m. over het instructierecht van de netwerkhoofdarts.

De concepten werden (via een presentatie) een eerste maal voorgesteld aan directieleden en kaderleden van Vlaamse ziekenhuizen tijdens twee workshops tijdens het symposium over ziekenhuisnetwerken op 11 oktober 2019 in Beveren.

De concepten werden samen met een presentatie voorgesteld aan een “klankbordgroep” van ziekenhuisjuristen en stafleden van Zorgnet-Icuro op 5 december 2019 en nadien op basis van de opmerkingen en suggesties uitgewerkt in een tekst waarvan het ontwerp thans wordt meegedeeld.

⁴ Zie hieronder nr. 3

⁵ Art. 16, al. 2, 3° Ziekenhuiswet, zoals ingevoerd door art. 13 Netwerkwet.

⁶ Wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg (hierna verkort omschreven als de ‘Kwaliteitswet’).

3 Relevante bepalingen in de Netwerkwet

3.1 Oprachten en bevoegdheden met impact op keuzevrijheid en professionele autonomie

Zoals reeds kort toegelicht in de probleemstelling, kunnen de wettelijke taken van het locoregionaal klinisch netwerk en vooral de toekomstige uitvoeringsbesluiten een belangrijke feitelijke invloed hebben op de keuzemogelijkheden van de patiënt en op de wijze waarop de arts zijn eigen activiteiten kan uitoefenen en kan of moet verwijzen naar collega's.

Wij schetsen hierna de (nieuwe) opdrachten en bevoegdheden op netwerkniveau en de (gewijzigde) opdrachten en bevoegdheden op ziekenhuisniveau. De relatie tussen deze bepalingen en de regelgeving over keuzevrijheid en professionele autonomie wordt hierna geanalyseerd onder nr. 6.

3.1.1 Oprachten en bevoegdheden op netwerkniveau

Meerdere opdrachten van het beheersorgaan van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk kunnen een impact hebben op de keuzemogelijkheden van de patiënt en op de wijze waarop de artsen die verbonden zijn aan de ziekenhuizen die deel uitmaken van het netwerk hun beroep kunnen uitoefenen en kunnen samenwerken met collega's.

Het gaat om de volgende onderdelen van de opdrachten van het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk:

*“1° het bepalen van de strategie inzake het aanbod aan locoregionale zorgopdrachten;
2° de coördinatie van het aanbod aan algemene en gespecialiseerde zorgopdrachten tussen de ziekenhuizen van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk;*

(...)

4° de keuze van de referentiepunten voor supraregionale zorgopdrachten buiten het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, het maken van verwijs- en terugverwijsafspraken en het sluiten van samenwerkingsovereenkomsten met deze referentiepunten;

(...)

5° het formuleren van een opnamebeleid voor het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk waardoor onder meer wordt gegarandeerd dat de patiënt de zorg ontvangt die aan zijn behoeften is aangepast;

6° het formuleren van taak- en werkafspraken met inbegrip van verwijs- en terugverwijsafspraken met betrekking tot de zorg van de patiënten binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk met het oog op de zorgcontinuïteit binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk”⁷.

3.1.2 Oprachten en bevoegdheden op ziekenhuisniveau

De Netwerkwet heeft een aantal nieuwe taken gegeven aan de ziekenhuisbeheerder, die vooral bestaan in de uitvoering van de strategie en de naleving van de afspraken die op netwerkniveau werden vastgelegd. De Netwerkwet heeft de omschrijving van de taak van de ziekenhuisbeheerder aangevuld met volgende aanvullende opdrachten:

“In het kader van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk waarvan het ziekenhuis deel uitmaakt, draagt de beheerder van het ziekenhuis op operationeel vlak de verantwoordelijkheid voor volgende punten:

⁷ Art. 17/2 Ziekenhuiswet, zoals ingevoerd door art. 16 Netwerkwet.

1° in uitvoering van de strategie, bedoeld in artikel 17/2, eerste lid, 1°, het op elkaar afstemmen van het medisch aanbod van het ziekenhuis met de andere ziekenhuizen van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk;

2° het vertalen en uitvoeren op ziekenhuisniveau van de strategische beslissingen die worden genomen door het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, in het bijzonder het verwijs- en terugverwijsbeleid;

3° het garanderen dat voor supraregionale zorgopdrachten de patiënt verwezen en terugverwezen zal worden overeenkomstig de afspraken gemaakt binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk, doch met respect voor de vrije keuze van de patiënt”⁸.

Belangrijk is dat de ziekenhuisbeheerder niet zomaar vrijblijvend een poging moet ondernemen om de strategie die op netwerkniveau werd uitgestippeld, op lokaal niveau uit te voeren. De Netwerkwet beschouwt het bestuur van het netwerk in sommige opzichten als meer dan een coördinator, maar gaat uit van een vorm van hiërarchie tussen netwerk en deelgenoten (hoewel de verschillende ziekenhuisbeheerders formeel onafhankelijke rechtspersonen blijven). Het nieuwe artikel van de Ziekenhuiswet waarin de bevoegdheden van het bestuur van het netwerk omschreven werden, bepaalt dat: *“De (...) genomen beslissingen (...) bindend (zijn) voor de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk”*. Het gaat o.m. over de hierboven onder nr. 3.1.1. omschreven beslissingen over de verdeling van de zorgopdrachten en over de *“taak- en werkafspraken met inbegrip van verwijs- en terugverwijsafspraken”*.⁹

3.2 Waarborgen van de keuzevrijheid van de patiënt

In de tekst zelf van de Netwerkwet wordt kort bevestigd dat de keuzevrijheid van de patiënt moet gerespecteerd worden bij het verwijzen van de patiënt voor supraregionale zorgopdrachten¹⁰. Voor de verwijzingen van de patiënt voor locoregionale opdrachten is een gelijkaardige bepaling niet opgenomen. Nochtans kunnen er bij K.B. “gespecialiseerde” locoregionale zorgopdrachten worden aangeduid¹¹, wat meteen tot gevolg heeft dat deze opdrachten niet in alle ziekenhuizen van het netwerk mogen worden aangeboden en dat er dus verwijsafspraken *binnen het netwerk* moeten gemaakt worden.

Tijdens de bespreking in de commissie werd aan de problematiek slechts beperkt aandacht besteed. Tijdens de hoorzitting merkte Dr. Reiner Hueting namens het Kartel het volgende op:

“De keuzevrijheid voor de patiënt blijft bestaan maar wanneer in een regio die +/- 400 000-500 000 inwoners telt slechts één netwerk aanwezig is dan zou dit ook een wel erg theoretisch begrip kunnen worden”.¹²

Tijdens de artikelsgewijze bespreking voerde volksvertegenwoordiger André Frédéric (PS) het volgende aan: *“Artikel 10 strekt er bovendien toe “verwijs- en terugverwijsafspraken” in de wet op te nemen. Het is echter zo dat zowel de memorie van toelichting als artikel 13 de keuzevrijheid van de patiënt waarborgen. Volgens de heer Frédéric spreken deze bepalingen elkaar tegen. Indien de verwijs- en terugverwijsafspraken in de wet worden opgenomen, heeft de patiënt niet langer een onbeperkte keuzevrijheid”*.¹³

⁸ Art. 16, al. 3 Ziekenhuiswet, zoals ingevoerd door art. 13 Netwerkwet.

⁹ Art. 17/2, al. 3, zoals ingevoerd door art. 16 Netwerkwet.

¹⁰ Art. 16, al. 3, 3° Ziekenhuiswet, zoals ingevoerd door art. 13 Netwerkwet.

¹¹ Art. 14/4, al. 2 Ziekenhuiswet, zoals ingevoerd door art. 13 Netwerkwet.

¹² Verslag van de eerste lezing namens de commissie voor de volksgezondheid, het leefmilieu en de maatschappelijke hernieuwing, *De Kamer* 54-3275/005 (hierna verslag FONCK), p. 54.

¹³ Verslag FONCK, p. 106.

Bij de replieken voerde de minister aan: *“De netwerken doen op geen enkel vlak afbreuk aan de keuzevrijheid van de patiënten. Geen enkele patiënt is verplicht zich te doen behandelen in het netwerk van de geografische zone waarin zijn woonplaats zich bevindt. Elke patiënt kan langsgaan in het ziekenhuis van zijn keuze, zelfs aan de andere kant van het land”*.¹⁴

Zoals wij hierna onder nr. 6.1. toelichten, kan de netwerkvorming wel impact hebben op de keuzevrijheid van de patiënt. Minstens op de feitelijke keuzemogelijkheden.

3.3 Waarborgen van de professionele autonomie

De Netwerkwet bevat geen uitdrukkelijke bepalingen over therapeutische vrijheid of professionele autonomie. In de memorie van toelichting wordt wel twee maal zeer uitdrukkelijk verzekerd dat de therapeutische vrijheid van de arts niet zal aangetast worden.

Zo wordt in de algemene toelichting aangevoerd dat *“aan de principes van de keuzevrijheid van de patiënt en therapeutische vrijheid van artsen wordt geenszins geraakt”*¹⁵. Bij de toelichting over de referentiepunten wordt vermeld: *“Het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk beslist per supraregionale zorgopdracht met welk referentiepunt het wenst samen te werken in functie van haar patiënten (de zorgkwaliteit, verplaatsingskosten, verplaatsingstijd). Zoals reeds vermeld blijven de keuzevrijheid van de patiënt en de therapeutische vrijheid van de arts in alle omstandigheden behouden. Omwille van de duidelijkheid voor de patiënten en voor een makkelijker opvolging (administratief, medisch, en qua governance) van alle supraregionale samenwerkingen, wordt het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk aanbevolen om voor de vele supraregionale zorgopdrachten samen te werken met slechts een beperkt aantal ziekenhuizen die over referentiepunten beschikken”*¹⁶.

De vrij beperkte discussie hierover werd in de Kamercommissie vooral gevoerd naar aanleiding van de bepalingen over de bevoegdheid van de netwerkhoofddarts, waarvan ook in de memorie van toelichting wordt erkend dat deze een beperking inhoudt van de mogelijkheden van de artsen om hun professionele autonomie uit te oefenen.

3.4 Bevoegdheid van de netwerkhoofddarts

De omschrijving van de bevoegdheid van de netwerkhoofddarts wijst op de onvermijdelijke beperkingen die voortvloeien uit het systeem van verdeling van zorgopdrachten op netwerkniveau en het uitwerken van verwijs- en terugverwijsafspraken. De relevante bepalingen over de taak van de Netwerkhoofddarts luiden als volgt:

“De netwerkhoofddarts of het college van netwerkhoofddartsen is binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuis-netwerk verantwoordelijk voor het coherent medisch beleid met inbegrip van de zorgcontinuïteit en het opnamebeleid.

Met betrekking tot de zorgopdrachten draagt de netwerkhoofddarts of het college van netwerkhoofddartsen in het bijzonder volgende verantwoordelijkheden :

1° in uitvoering van de strategie, bedoeld in artikel 17/2, eerste lid, 1°, het op elkaar afstemmen van zorgopdrachten, zowel locoregionale als supraregionale, binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk;

2° het maken van de nodige afspraken met betrekking tot de zorgcontinuïteit met de referentiepunten voor supraregionale zorgopdrachten buiten het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk.

¹⁴ Verslag FONCK, p. 95.

¹⁵ Memorie van toelichting, *De Kamer* 54-3275/001, p. 4.

¹⁶ Memorie van toelichting, p. 18.

De netwerkhoofddarts of het college van netwerkhoofddartsen beschikt over de bevoegdheid om instructies te geven aan de ziekenhuisartsen van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk om de in het vorige lid bedoelde verantwoordelijkheden te kunnen opnemen, en meer in het algemeen om de patiëntveiligheid binnen het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk te bewaken. De netwerkhoofddarts of het college van netwerkhoofddartsen oefent deze bevoegdheid uit in nauw overleg met het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuis-netwerk en met de medische raad van het netwerk.

De Koning kan de minimumtaken van de netwerkhoofddarts en het college van netwerkhoofddartsen nader bepalen, alsook de manier waarop het instructierecht, bedoeld in het vorige lid, kan worden uitgeoefend.

De beslissingen door de netwerkhoofddarts of het college van netwerkhoofddartsen genomen in uitvoering van haar verantwoordelijkheden primeren op de beslissingen van de hoofdartsen van de ziekenhuizen die deel uitmaken van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk”¹⁷.

Deze bepaling bevat volstrekt nieuwe concepten zoals het “instructierecht” van de netwerkhoofddarts aan ziekenhuisartsen en een hiërarchie tussen de “beslissingen” van de netwerkhoofddarts en de beslissingen van de hoofdartsen van de ziekenhuizen die deel uitmaken van het netwerk.

De memorie van toelichting geeft hierover volgende duiding: *“Elke arts behoudt uiteraard zijn therapeutische vrijheid en ook de keuzevrijheid van de patiënt blijft onverkort. Maar het negeren van de instructies van de netwerkhoofddarts, kan uiteraard belangrijke implicaties inzake aansprakelijkheid hebben wanneer er effectief iets misloopt. In dat opzicht kan er niet licht over een instructie van een netwerkhoofddarts heen gegaan worden. Daarnaast speelt ook het recht van de patiënt op kwaliteitsvolle zorg en een geïnformeerde toestemming. Gezien het instructierecht de patiëntveiligheid moet garanderen, moet ook de patiënt op de hoogte worden gebracht wanneer zijn veiligheid mogelijk in gevaar is. Enkel op die manier kan de patiënt een geïnformeerde toestemming geven”¹⁸.*

In het verslag van de artikelsgewijze bespreking in de bevoegde kamercommissie vindt men hierover volgende gedachtewisseling terug: *“Wil men voorkomen dat de functie van netwerkhoofddarts een lege doos blijft, dan ligt het voor mevrouw Monica De Coninck (sp.a) voor de hand dat de betrokkenen het recht hebben instructies te geven. Tegelijk stellen dat de artsen een volstrekte therapeutische vrijheid genieten, is echter tegenstrijdig. Het wetsontwerp moet nauwkeuriger zijn inzake de respectieve aansprakelijkheden en rechten van de artsen en van de netwerkhoofddartsen”. Met nadien de repliek van de minister: “De minister bevestigt dat zowel de therapeutische vrijheid als de aansprakelijkheid van de artsen die binnen het netwerk aan de slag zijn, te allen tijde worden gehandhaafd. In netwerkverband is het echter noodzakelijk de netwerkhoofddarts een beperkt recht te verlenen om instructies te geven, teneinde de veiligheid van de patiënten te waarborgen. Dat recht heeft geen betrekking op de aan de patiënten verstrekte behandeling, maar wel op de organisatie en op de opdrachten van het netwerk. Alleen met dat recht instructies te geven, kan voldoende worden gegarandeerd dat de vastgelegde regels, bijvoorbeeld voor de verwijzing, daadwerkelijk in acht zullen worden genomen”¹⁹.*

¹⁷ Art. 22/1 Ziekenhuiswet, zoals ingevoegd door art. 17 Netwerkwet.

¹⁸ Memorie van toelichting, p. 27.

¹⁹ Verslag FONCK, p. 114.

4 De keuzevrijheid van de patiënt

4.1 Draagwijdte en bescherming

In de Belgische gezondheidszorg kiest de patiënt in beginsel niet enkel vrij de arts, maar ook het ziekenhuis waar hij zich laat behandelen.

Het recht op vrije keuze van de beroepsbeoefenaar is beschermd door de Wet Patiëntenrechten. Deze wet regelt de verhoudingen tussen patiënten en (individuele) beroepsbeoefenaars en geldt in beginsel niet ten opzichte van de gezondheidszorginstellingen²⁰. Een ziekenhuis moet wel de Wet Patiëntenrechten naleven “wat betreft de medische, verpleegkundige en andere gezondheidszorgberoepsmatige aspecten in zijn rechtsverhoudingen jegens de patiënt”²¹. Bovendien moet het ziekenhuis erover waken dat alle beroepsbeoefenaars die er werkzaam zijn, de rechten van de patiënt eerbiedigen.

Bijzonder (en internationaal vrij uniek) is dat ook de ziekteverzekering uitgaat van het beginsel van vrije keuze, ook met betrekking tot de keuze van de gezondheidszorginstelling. Art. 127, § 1 van de Ziekteverzekeringwet bepaalt:

“Om de in artikel 34 bedoelde geneeskundige verstrekkingen te verkrijgen, wenden de rechthebbenden zich vrijelijk :

- a) tot iedere persoon die wettelijk gemachtigd is een van de takken der geneeskunst te beoefenen;*
- b) (tot iedere zorgverlener die de in artikel 34, eerste lid, 1°, b), bedoelde verstrekkingen mag verlenen en is ingeschreven op de door de dienst voor geneeskundige verzorging van het instituut opgemaakte lijst, of die de in artikel 34, eerste lid, 1°, c), 4° en 7° bis, bedoelde verstrekkingen mag verlenen en is ingeschreven op de in artikel 215, § 2, bedoelde lijst;*
- c) tot iedere verplegingsinrichting, instelling of dienst, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 110,12° en 18°, die erkend zijn door de bevoegde overheid.”*

De Ziekteverzekeringwet bevat wel de duidelijke restrictie dat het moet gaan om een erkende “verplegingsinrichting, instelling of dienst”.

Wij bespreken hierna de andere wettelijke en feitelijke beperkingen op het recht op vrije keuze.

4.2 Wettelijke beperkingen

Het recht op vrije keuze kan wettelijk beperkt worden. Voor de extra-curatieve geneeskunde bestaan hiervoor bijzondere regelingen m.b.t. de controlegeneeskunde, de arbeidsgeneeskunde of diverse vormen van controle of advies in de sociale zekerheid. Deze uitzonderingen voor de extra-curatieve geneeskunde zijn evenwel niet relevant binnen dit onderzoek.

Wel relevant is de regeling van de dringende geneeskundige hulpverlening waar de patiënt in de regel moet overgebracht worden naar het dichtst bijgelegen ziekenhuis met een spoedgevallendienst. Daarvan kan afgeweken worden bij een collectieve noodsituatie, indien het slachtoffer “specifieke diagnostische of therapeutische middelen nodig heeft” of op verzoek van een behandelende arts die aanwezig is bij het slachtoffer²².

²⁰ Art. 3, § 1 Wet Patiëntenrechten. T. VANSWEEVELT, “Wet patiëntenrechten: definities en toepassingsgebied” in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS, *Handboek gezondheidsrecht*, volume II, Antwerpen, Intersentia, 2014. 631, p. 294.

²¹ Art. 30 Ziekenhuiswet.

²² Art. 7 KB 2 april 1965 Koninklijk besluit houdende vaststelling van de modaliteiten tot inrichting van de dringende geneeskundige hulpverlening en houdende aanwijzing van gemeenten als centra van het eenvormig oproepstelsel.

Een belangrijke impliciete wettelijke beperking vloeit ook voort uit de verplichting voor het ziekenhuis om met een ziekenhuisarts een overeenkomst af te sluiten of de rechten en verplichtingen vast te leggen in een individuele benoemingsakte ²³. Dat houdt omgekeerd in dat in een ziekenhuis enkel artsen mogen werken die een overeenkomst hebben met het ziekenhuis of door het ziekenhuis benoemd zijn. Een patiënt die in een ziekenhuis zorgen nodig heeft, kan dus niet volledige vrij zijn behandelend team samen stellen. Een patiënt kan niet eisen dat een arts van buiten het ziekenhuis hem komt verzorgen in het ziekenhuis ²⁴.

Binnen netwerkverband is het wel mogelijk dat een arts een overeenkomst zou hebben met verschillende ziekenhuizen van het netwerk en daardoor dus ook in meerdere ziekenhuizen van het netwerk kan werken. De Netwerkwet voorziet ook de mogelijkheid dat de individuele overeenkomst afgesloten wordt met het locoregionaal klinisch netwerk ²⁵.

Een andere impliciete beperking is het gevolg van het feit dat sommige zorgen enkel kunnen of mogen verstrekt worden binnen een bepaald organisatorisch kader zoals een zorgprogramma, ziekenhuisdienst of ziekenhuisfunctie of enkel kunnen terugbetaald worden door de ziekteverzekering als zij binnen een dergelijk kader uitgevoerd worden. Dergelijke beperkingen impliceren dat enkel beroep gedaan kan worden op artsen die verbonden zijn aan deze organisatorische kaders.

4.3 Feitelijke beperkingen

Naast de wettelijke beperkingen is de keuzevrijheid van de patiënt onvermijdelijk beperkt tot het beschikbaar zorgaanbod. Men kan slechts kiezen tussen de zorgbeoefenaars en de zorginstellingen die bestaan en bereikbaar zijn.

Deze feitelijke beperking wordt bepaald door vele factoren:

- De daadwerkelijke beschikbaarheid binnen een groep of subgroep van (gespecialiseerde) zorgenverstrekkers. Deze verminderde beschikbaarheid kan het gevolg zijn van spontane evoluties, maar ook van beleid of gebrek aan beleid;
- De mogelijke wachtlijsten;
- Het feit dat men voor zorgen die binnen een ziekenhuis moeten verstrekt worden enkel kan kiezen uit de artsen die verbonden zijn aan dat ziekenhuis;
- Mogelijke interne afspraken binnen de zorginstelling (in verband met voorafgaande intake of oriëntatie, subspecialisatie, 'priviliging' of verdeling van de werklast). Deze beletten niet dat een patiënt kan vragen om een bepaalde arts te kunnen consulteren, maar dat op dit verzoek niet of niet meteen ingegaan wordt;
- De financiële toegankelijkheid: de effectieve mogelijkheid tot de uitoefening van het recht op vrije keuze kan ook beperkt worden door financiële drempels, zeker voor personen die in armoede of met beperkte budgetten leven.

Deze feitelijke beperkingen verminderen de mogelijkheden tot uitoefening van het recht op vrije keuze. Zij tasten niet noodzakelijk het recht als zodanig aan.

²³ Art. 145 Ziekenhuiswet.

²⁴ Zie de rechtspraak hierover geciteerd in F. DEWALLENS en P. SCHOUKENS, "Het recht op vrije keuze van beroepsbeoefenaar" in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS, *Handboek gezondheidsrecht II*, Antwerpen, Intersentia, 2014, p. 320, nr. 670.

²⁵ Art. 145, § 3 Ziekenhuiswet.

Indien men ook rekening houdt met de impliciete wettelijke beperkingen en de feitelijke beperkingen, is de kans groot dat de netwerkvorming in de feiten daadwerkelijk zal leiden tot een vermindering van de keuzemogelijkheden van de patiënt. Wij bespreken dit hierna verder onder nr. 6.1.

5 Therapeutische vrijheid en professionele autonomie

5.1 Actuele wettelijke basis

De therapeutische vrijheid is op dit ogenblik geregeld in de Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen (het vroegere KB 78). Art. 31 bepaalt dat aan de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen “geen reglementaire beperkingen” mogen opgelegd worden “*bij de keuze van de middelen die aangewend moeten worden, hetzij voor het stellen van de diagnose, hetzij voor het instellen en uitvoeren van de behandelingen*”. Dit verbod op “reglementaire beperkingen” heeft vooral betrekking op de verticale relatie tussen de beroepsbeoefenaars en de overheid. De therapeutische vrijheid is ook gewaarborgd in horizontale verhoudingen, bij voorbeeld tussen artsen en ziekenhuizen of tussen artsen onderling binnen associaties. In dat verband bepaalt art. 32 dat de bepalingen binnen “*overeenkomsten die (de) keuzevrijheid bedoeld in art. 31 schenden (...) worden beschouwd als niet geschreven zijnde*”. Dat is een juridische techniek die inhoudt dat het onmogelijk is om enige vordering op basis van dergelijke bepalingen in te stellen.

De mogelijkheid om zelfstandig diagnostische en therapeutische beslissingen te nemen wordt in ziekenhuisverband tevens gewaarborgd door de Ziekenhuiswet. Deze bepaalt in art. 144 dat de (verplichte) “*algemene regeling der rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de ziekenhuisartsen*” geen bepalingen mag bevatten “*die de professionele autonomie van de individuele ziekenhuisarts op het vlak van het stellen van de diagnose of het uitvoeren van de behandeling in het gedrang brengt*”. Deze waarborg geldt wel “onverminderd de toepassing van de artikelen 18 tot 22” (van de Ziekenhuiswet). Dit voorbehoud verwijst naar de “structurering van de medische organisatie in het ziekenhuis” en met name naar de bevoegdheden van de hoofddarts en artsen-diensthooftden. Ook de (vernieuwde) code van geneeskundige plichtenleer bevat een bepaling over de professionele autonomie van de arts. Artikel 7 van de Code bepaalt “*De arts waakt, binnen de grenzen van zijn functie in de gezondheidszorg, over zijn professionele onafhankelijkheid. Hij draagt, in het belang van zijn patiënten en de maatschappij, daarvoor zijn verantwoordelijkheid.*”

5.2 Toekomstige wettelijke basis

De Kwaliteitswet heeft het beginsel van de therapeutische vrijheid bevestigd, maar positief omschreven. Op grond van het art. 4 kiest “de gezondheidszorgbeoefenaar, binnen de perken van de hem door of krachtens de wet toegewezen bevoegdheden, vrij de middelen die hij aanwendt bij het verstrekken van gezondheidszorg”.

De waarborgen zijn ook bewaard gebleven:

- “Er mogen (...) geen reglementaire beperkingen worden opgelegd”²⁶, wat vooral in de “verticale” relaties met de overheid belangrijk is;

²⁶ Art. 4, eerste lid Kwaliteitswet.

- De bepalingen in overeenkomsten die de diagnostische en therapeutische vrijheid schenden, “worden als niet geschreven beschouwd”²⁷. Dat is vooral belangrijk in horizontale relaties, tussen gezondheidszorgbeoefenaars onderling of met gezondheidszorginstellingen.

5.3 Beperkingen

De therapeutische vrijheid is geen onbeperkte vrijheid. Zoals de commentaartekst bij de code van geneeskundige plichtenleer duidelijk maakt is “de diagnostische en therapeutische vrijheid een gebonden, geconditioneerde vrijheid. De arts dient op verantwoordelijke wijze zijn beslissingen te nemen zoals een competente en zorgvuldig handelende arts in dezelfde omstandigheden zou hebben gedaan”.

De beperkingen die voorheen afgeleid waren uit de rechtspraak, de medische deontologie en de doctrine, zijn nu uitdrukkelijk ingeschreven in de kwaliteitswet. Het gaat om:

- a. De **bevoegdheden** van de beroepsbeoefenaar. De therapeutische vrijheid is geen basis om handelingen te stellen die men niet mag stellen volgens de bevoegdheidsverdeling tussen de verschillende gezondheidszorgberoepen. Deze formeel afgebakende bevoegdheid (bvb. tussen arts en verpleegkundige) is niet hetzelfde als de hierna besproken expertise en bekwaamheid.
- b. De **“relevante wetenschappelijke gegevens”**. Zo kan men zich niet op de therapeutische vrijheid beroepen om geneeskunde te beoefenen die verouderd is en niet meer strookt met actuele, empirisch getoetste wetenschappelijke kennis.
- c. De **“expertise”** van de beroepsbeoefenaar. Deze beperking moet in verband gebracht worden met art. 8 waar bepaald is dat “de gezondheidszorgbeoefenaar enkel gezondheidszorg (verstrek) waarvoor hij over de nodige aantoonbare bekwaamheid en ervaring beschikt”. Men kan zich dus niet op de therapeutische vrijheid beroepen om handelingen te verstrekken waarvoor men niet over de vereiste expertise beschikt. Meer zelfs: er is een actieve doorverwijzingsplicht. Op grond van art. 9 van de Kwaliteitswet moet de gezondheidszorgbeoefenaar “de patiënt naar een andere ter zake bevoegde gezondheidszorgbeoefenaar verwijzen wanneer de gezondheidsproblematiek of de vereiste gezondheidszorg de grenzen van zijn eigen bekwaamheid overschrijdt”.
- d. De **“voorkeuren van de patiënt”**. Op grond van het informed-consent-beginsel, zoals bekrachtigd door de Wet Patiëntenrechten, is voor elke gezondheidszorghandeling (die niet valt onder de uitzondering voor de spoedgevallen²⁸) de toestemming van de patiënt of zijn vertegenwoordiger nodig. Die toestemming komt er doorgaans nadat door een arts een voorstel van behandeling is gedaan. Bij het formuleren van dit voorstel beschikt de arts over de therapeutische vrijheid en kunnen ook argumenten gebruikt worden om de patiënt te overtuigen. Maar aangezien voor de behandeling de toestemming van de patiënt nodig is en er mogelijk verschillende therapeutische opties zijn, moet bij de uitoefening van de therapeutische vrijheid rekening gehouden worden met de voorkeuren van de patiënt.

²⁷ Art. 7 Kwaliteitswet.

²⁸ Art. 8, § 5 Wet Patiëntenrechten.

Van de besproken beperkingen is voor de hier onderzochte problematiek vooral de expertise belangrijk. Het is immers mogelijk dat door een verdeling van de zorgopdrachten de expertise geconcentreerd wordt (hoewel dit daar geen rechtstreeks en automatisch gevolg van is). Zeer relevant in dit verband is evenwel een andere bepaling van de Kwaliteitswet, die niet ingedeeld is bij beperkingen op de therapeutische vrijheid, maar er wel een onvermijdelijke beperking op vormt. Het gaat om de regeling over de **“omkadering”**, waar in art. 14 bepaald is dat de *“gezondheidszorgbeoefenaar zich ervan verzekert dat de nodige omkadering aanwezig is die hem toelaat om gezondheidszorg op een kwalitatief hoogstaand niveau te verrichten”*. Dit artikel is in belangrijke mate een bevestiging van het zorgvuldigheidsbeginsel: men mag slechts handelen indien dit veilig kan gebeuren en de infrastructuur en het personeel daarvoor aanwezig zijn. In ziekenhuisverband neemt deze bepaling de verantwoordelijkheid van de ziekenhuisbeheerder voor het logistiek en organisatorisch kader niet weg. In de memorie van toelichting werd bevestigd dat uit deze bepaling geen verantwoordelijkheid of verplichting volgt van de individuele gezondheidszorgbeoefenaar om maatregelen te nemen op organisatorisch vlak. Wel is er een inspanningsverbintenis om zich te vergewissen van de kwaliteit van de omkadering waarin de gezondheidszorg verstrekt wordt ²⁹. Het begrip omkadering is niet beperkt tot toestellen en technologie. Volgens de memorie gaat het zowel om “logistieke, technische, bouwkundige als hygiënische voorwaarden” ³⁰. Ondersteunend personeel wordt hierbij niet uitdrukkelijk vermeld, maar indien een handeling slechts veilig en kwalitatief kan gesteld worden mits samenwerking met gekwalificeerde gezondheidszorgbeoefenaars of andere medewerkers, behoort dit redelijkerwijze ook tot de nodige omkadering.

Dit kan relevant zijn in discussies over de mogelijkheid om na een verschuiving van zorgopdrachten op grond van de therapeutische vrijheid toch nog handelingen te blijven verrichten in een ziekenhuis waaruit deze zorgopdrachten verdwenen zijn. Indien ten gevolge van de verschuiving van zorgopdrachten de nodige omkadering enkel nog aanwezig is in één ziekenhuis van het netwerk, kan de therapeutische vrijheid niet aangevoerd worden om de handelingen nog op andere plaatsen te verrichten. Omgekeerd is het ook mogelijk dat die omkadering wel nog in meerdere ziekenhuizen van het netwerk aanwezig is of dat een discussie kan rijzen over de omvang en de invulling van de nodige omkadering.

Zoals wij hierna nader toelichten, zal het in elk geval noodzakelijk zijn om de naleving van de afspraken inzake zorgopdrachten als uitzondering op het beginsel van therapeutische vrijheid te kunnen *verantwoorden*. Het kunnen beschikken over de nodige omkadering om gezondheidszorg op een kwalitatief hoogstaand niveau te verrichten, is daarbij het belangrijkste argument.

²⁹ Memorie van toelichting bij het ontwerp van wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, *Parl. St. Kamer*, 54-3441/001, p. 26.

³⁰ Memorie, p. 24.

6 Toepassing van de algemene beginselen van keuzevrijheid en professionele autonomie op de Netwerkwet en de vermoedelijke uitvoeringsbesluiten – Overzicht per betrokken categorie

6.1 Gevolgen voor de patiënt

De precieze gevolgen voor de patiënt van de netwerkvorming zijn moeilijk in te schatten omdat de verdeling van de zorgopdrachten binnen de locoregionale klinische netwerken in zeer belangrijke mate zal gedetermineerd worden door de uitvoeringsbesluiten.

Het is wel zeer waarschijnlijk dat zorgopdrachten zullen verschuiven en dat mogelijk ook een concentratie van bepaalde zorgopdrachten zal plaats vinden, waardoor – over het gehele land beschouwd – het aantal ziekenhuizen waarheen de patiënt zich kan wenden voor bepaalde gespecialiseerde zorgen kan en vermoedelijk zal verminderen.

Deze feitelijke vermindering van de keuzemogelijkheden is niet noodzakelijk een vermindering van het recht op vrije keuze. Zoals toegelicht onder nr. 4, houdt een rationele verdeling van middelen in de gezondheidszorg niet noodzakelijk een aantasting van het recht op vrije keuze in.

De patiënt behoudt evenwel een recht op vrije keuze binnen het (mogelijk) gereduceerde aanbod. Hij kan dus niet gedwongen worden om zich enkel te wenden tot aanbieders binnen het netwerk. Hij of zij kan evenmin gedwongen worden om zich voor supraregionale zorgopdrachten enkel te wenden tot referentiepunten waarmee een afspraak werd gemaakt. De patiënt blijft de mogelijkheid hebben om zich tot andere artsen of ziekenhuizen te wenden.

De uitoefening van dit recht mag ook niet afgeremd of verhinderd worden. Zo moeten alle nodige maatregelen genomen worden om de dossiergegevens over te maken aan een andere arts of een ander ziekenhuis. Dit is nu reeds een verplichting³¹ en dat blijft zo onder de Kwaliteitswet³².

De vraag rijst of de uitoefening van het recht op vrije keuze actief moet aangemoedigd worden door de keuzemogelijkheden mee te delen. Zo is het mogelijk (en zelfs waarschijnlijk) dat voor sommige supraregionale opdrachten een overeenkomst werd gesloten met meer dan één referentiepunt. Moet in dergelijke gevallen de keuzemogelijkheid tussen twee referentiepunten spontaan meegedeeld worden?

Beschouwd vanuit het recht op informatie van de patiënt lijkt dit inderdaad nodig te zijn. De patiënt heeft recht op informatie over de verschillende behandelingsalternatieven³³. Hiermee worden in eerste instantie de behandelingsmethodes bedoeld, maar indien er toch moet doorverwezen worden en er georganiseerde samenwerkingsverbanden met verschillende centra bestaan, dan behoort het vermelden van die mogelijkheden redelijkerwijze tot de informatie die aan de patiënt behoort gegeven te worden. In de mate dat de behandelende arts hiertoe over de vereiste informatie beschikt, kan het wel gepast zijn om aan de patiënt advies te geven over de plaats waar hij de meest optimale zorgen kan verwachten. Zo wordt zelfs verdedigd dat het recht op informatie van de patiënt kan inhouden dat de patiënt moet geïnformeerd worden over betere of meer doeltreffende behandelingsmethoden in een *andere* zorginstelling dan waar de zorgbeoefenaar (die contact heeft met de patiënt) werkzaam is³⁴.

Het recht op vrije keuze wordt evenwel vaak niet of niet volwaardig door de patiënt zelf uitgeoefend:

- Bij dringende geneeskundige hulpverlening wordt beslist door het hulpcentrum 100;

³¹ Art. 33 § 1 Wet Uitoefening Gezondheidszorgberoepen.

³² Art. 19 Kwaliteitswet.

³³ Art. 8 § 2 Wet Patiëntenrechten.

³⁴ T. VANSWEEVELT en S. TACK, "Het recht op gezondheidstoestandsinformatie en geïnformeerde toestemming" in T. VANSWEEVELT en F. DEWALLENS, *Handboek gezondheidsrecht II*, Antwerpen, 2014, p. 370, nr. 773.

- Bij urgente transfert tussen ziekenhuizen wordt beslist door de behandelende arts of de arts die de beslissing tot overbrenging neemt;
- Bij handelingsonbekwame of wilsonbekwame patiënten behoort de beslissing genomen te worden door de vertegenwoordiger, maar vaak kan die niet of niet tijdig bereikt worden;
- Bij vele patiënten zal het advies of het voorstel van de behandelende arts bepalend zijn voor hun toestemming met het zorgtraject. Zij volgen gewoon de “verwijzing” die – zoals hierna verduidelijkt onder nr. 6.2. – in beginsel niet meer is dan een advies aan de patiënt.

In al deze gevallen wordt het traject van de patiënt dus bepaald door de verwijzingen voorgesteld door de behandelende arts. Of deze steeds horen overeen te stemmen met de afspraken die hierover gemaakt zijn door het beheer van het netwerk bespreken wij in het volgende punt.

6.2 Gevolgen voor de individuele ziekenhuisarts

Ook de gevolgen van de netwerkvorming voor de individuele ziekenhuisartsen zullen in zeer belangrijke mate bepaald worden door de uitvoeringsbesluiten en de toekomstige erkenningsnormen en de invloed die zij zullen hebben op de verdeling van de zorgopdrachten.

De verdeling kan zowel gevolgen hebben voor de *eigen mogelijkheden* van de ziekenhuisarts als voor de wijze waarop behandelde patiënten kunnen of moeten *verwezen* worden.

De *eigen mogelijkheden* van de arts kunnen beïnvloed worden door de beslissingen over de verdeling van zorgopdrachten die binnen het locoregionaal klinisch netwerk genomen worden. Deze beslissingen handelen niet over individuele artsen (maar over zorgopdrachten in het algemeen) en kunnen in beginsel ook geen invloed hebben op de wijze waarop de ziekenhuisartsen krachtens de individuele overeenkomst met het ziekenhuis waarmee zij verbonden zijn, de geneeskunde kunnen uitoefenen. Deze overeenkomsten blijven immers bestaan. Ze kunnen mogelijk wel tot gevolg hebben dat de activiteit die de betrokken arts uitoefende samen met de verschuiving van de “zorgopdracht” geheel of gedeeltelijk overgedragen wordt naar een ander ziekenhuis van het locoregionaal klinisch netwerk. Of de betrokken arts de mogelijkheid heeft om zijn activiteiten in dat ander ziekenhuis verder te zetten, zal bepaald worden door de bereidheid van de partijen om hierover een nieuwe overeenkomst met het ander ziekenhuis te sluiten. In een optimale formule zal bij een verschuiving van zorgopdrachten in overleg met de medische netwerkraad, de medische raden van de betrokken ziekenhuizen en de betrokken artsen zelf, een formule uitgewerkt worden waarbij de artsen van de betrokken discipline kunnen verder werken in het ziekenhuis waar de activiteiten geconcentreerd worden en ten opzichte van de patiënten ook maximale continuïteit wordt voorgesteld. Een dergelijk akkoord zal niet steeds kunnen tot stand komen zodat het mogelijk is dat discussies ontstaan over de gevolgen van de verschuiving van de zorgopdracht. Het is mogelijk dat de betrokken ziekenhuisarts aanvoert dat hij hierdoor niet of niet meer volwaardig in staat is om de geneeskunde te beoefenen en dit beschouwt als een contractbreuk. De vraag of hiervoor schadevergoeding verschuldigd is, zal in zeer belangrijke mate bepaald worden door de mogelijkheden die aangeboden zijn om de medische activiteit volwaardig verder te zetten binnen een ander ziekenhuis van hetzelfde netwerk. Wij gaan hier in deze nota niet nader op in, maar onderzoeken de vraag of de arts op grond van het beginsel van de therapeutische vrijheid zijn activiteiten toch zou kunnen verder zetten in het ziekenhuis waaraan hij oorspronkelijk verbonden was.

Het uitgangspunt hierbij is de therapeutische vrijheid, die in de overeenkomsten met de ziekenhuisarts moet gerespecteerd worden. Clausules die hiermee strijdig zijn, “worden als niet geschreven beschouwd”³⁵ en mogen dus niet toegepast worden.

³⁵ Art. 7 Kwaliteitswet.

In beginsel zou een arts op grond hiervan zijn activiteiten verder zetten. Zeer belangrijk zijn evenwel de beperkingen die het gevolg kunnen zijn van terugbetalingsregelingen in de ziekteverzekering of van erkenningsnormen uit de ziekenhuiswetgeving of van de hierboven geschetste beperkingen uit de kwaliteitswet en in het bijzonder van de noodzaak te beschikken over de nodige omkadering om gezondheidszorg op een kwalitatief hoogstaand niveau te verrichten.

Zo is de kans groot dat bij een verschuiving van zorgopdrachten enkel in het andere ziekenhuis van het netwerk nog voldaan wordt aan de erkenningsnormen (die vaak zowel architectonische, functionele als organisatorische normen inhouden). Dit kan betekenen dat enkel daar nog voldaan is aan de voorwaarden om de handelingen veilig en kwalitatief te kunnen uitvoeren, met de noodzakelijke omkadering. Deze omkadering heeft betrekking op instrumenten en infrastructuur, maar ook op het nodige personeel en het team dat kan noodzakelijk zijn om veilig en kwalitatief te werken. Ook de continuïteit moet kunnen verzekerd worden. Het ontbreken van de nodige omkadering als reactie op een arts die zich beroept op de therapeutische vrijheid om zijn activiteiten verder te zetten, zal evenwel concreet moeten kunnen gemotiveerd worden. Het geldt mogelijk niet voor handelingen die nog op veilige wijze solitair kunnen uitgevoerd worden door een arts.

De netwerkvorming kan niet enkel gevolgen hebben voor de eigen activiteiten van de betrokken ziekenhuisarts, maar ook voor de **verwijzingen** van patiënten. Zoals eerder toegelicht, bevat de Netwerkwet meerdere bepalingen over verwijzingen:

- De netwerkbeheerder moet “taak- en werkafspraken” formuleren “met inbegrip van verwijs- en terugverwijsafspraken”;
- De ziekenhuisbeheerder moet op ziekenhuisniveau de “strategische beslissingen die werden genomen door het (...) ziekenhuisnetwerk vertalen en uitvoeren, in het bijzonder het verwijs- en terugverwijsbeleid”;
- De netwerkhoofddarts is verantwoordelijk voor een “coherent medisch beleid” en kan voor sommige aspecten daarvan zelfs instructies geven aan de ziekenhuisartsen.

De vraag rijst in hoeverre dergelijke centraal vastgelegde “verwijs- en terugverwijsafspraken” verzoenbaar zijn met de therapeutische vrijheid van de individuele ziekenhuisarts.

Daartoe is het gepast even te analyseren wat een verwijzing precies is in de complexe ‘vijfhoeks’-relatie tussen de patiënt, de behandelende arts, de arts naar wie verwezen wordt, de betrokken ziekenhuizen en het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Waar een verwijzing in de relatie tussen betrokken artsen, diensten en ziekenhuizen vooral een verzoek is om de behandeling van een patiënt verder te zetten binnen de “taak- en werkafspraken” die daarover kunnen gemaakt zijn, is dit anders in de relatie tussen de patiënt en de behandelende (“verwijzende”) arts:

- Indien het gaat om een handelingsbekwame en wilsbekwame patiënt, is een verwijzing vooral een **advies** aan de patiënt om de behandeling verder te zetten in de dienst of bij de collega waarnaar verwezen wordt. Het is de patiënt die beslist of hij dit advies opvolgt;
- Indien het gaat om een handelingsonbekwame of wilsonbekwame patiënt moet het advies in beginsel gegeven worden aan de vertegenwoordiger van de patiënt die de rechten van de patiënt uitoefent. Vaak zal deze niet of niet voldoende snel aanwezig zijn, zodat de beroepsbeoefenaar zelf de patiëntenrechten kan uitoefenen ³⁶. Dat mag ook bij een spoedgeval. In dat geval is een verwijzing geen advies, meer maar een **beslissing**.

³⁶ Art. 14 § 3, derde lid Wet Patiëntenrechten.

Zowel bij het formuleren van het advies als bij het nemen van een beslissing, dient de belangrijkste leidraad het waarborgen van kwaliteitsvolle zorg te zijn. Redelijkerwijze mag er van uitgegaan worden dat verwijs- en terugverwijsafspraken die tot stand kwamen binnen het netwerk (in beginsel in consensus met de medische raad van het netwerk of minstens na advies van deze medische raad) deze kwaliteit garanderen.

Maar wat kan en mag gebeuren indien een individuele arts het hiermee niet eens is of minstens voor bepaalde specifieke behandelingen meent dat niet de optimale keuze werd gemaakt op netwerkniveau? Mag een arts afwijken van de verwijsafspraken die gemaakt zijn binnen het netwerk? Mag hij voor locoregionale zorgopdrachten aan de patiënt aanraden een andere arts of een dienst buiten het netwerk te consulteren? Mag voor supraregionale zorgopdrachten een ander referentiecentrum aangeraden worden? Mag hij zelf beslissen om een patiënt door te verwijzen naar een ander centrum?

Indien het gaat om een advies aan de patiënt, kan dit geoorloofd zijn indien het kan gemotiveerd worden op grond van de verwachte kwaliteit (of beschikbaarheid) van de gespecialiseerde zorgen. Het onafhankelijk adviseren van de patiënt is een geoorloofde uitoefening van de therapeutische vrijheid.

Een zelf genomen verwijsbeslissing is meer dan een advies aan de patiënt, maar is een therapeutische beslissing die kan indruisen tegen de taak- en werkafspraken en mogelijk tegen uitdrukkelijke instructies van de netwerkhoofddarts. Zoals hierna nader toegelicht, is de precieze waarde van dergelijke instructies nog niet duidelijk. Net zoals de instructies zelf moeten gemotiveerd zijn door overwegingen inzake kwaliteit en veiligheid, kunnen eventuele afwijkingen van de instructies enkel een geoorloofde uitoefening van de therapeutische vrijheid zijn indien kan aangetoond worden dat dit voor de kwaliteit van de zorgen noodzakelijk is en de continuïteit van de zorg er niet door geschaad wordt.

Een bijzonder geval zijn de implicaties van samenwerkingsovereenkomsten of verwijsafspraken die ontstonden vòòr de toetreding van het ziekenhuis tot het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk of vòòr het vastleggen van verwijsafspraken door het netwerk. In de mate dat deze “oude” overeenkomsten niet beëindigd werden, lijken er geen bezwaren te bestaan om patiënten nog langer te verwijzen volgens deze overeenkomsten.

6.3 Gevolgen voor de hoofdarts en de diensthoofden van de ziekenhuizen

De hoofdartsen en diensthoofden van de ziekenhuizen die deel uitmaken van het netwerk zullen binnen de uitoefening van hun taken mede instaan voor de uitvoering van de afspraken op netwerkniveau. Als organen van het ziekenhuis staan zij mee in voor de uitvoering van de opdrachten die aan de ziekenhuisbeheerder zijn toevertrouwd met betrekking tot de implementatie van de afspraken tot klinische samenwerking die op netwerkniveau gemaakt zijn. Voor de hoofdarts is zelfs bepaald dat de beslissing van de netwerkhoofddarts (of van het college van netwerkhoofddartsen) primeert boven de beslissing van de hoofdarts.

Tegelijk zullen zij binnen hierboven geschetste grenzen mee dienen in te staan voor het eerbiedigen van de keuzevrijheid van de patiënt en de therapeutische vrijheid van de individuele ziekenhuisarts. Zoals hierboven toegelicht, is het mogelijk dat individuele artsen de therapeutische vrijheid aanvoeren als argument om af te wijken van de werkafspraken die op netwerkniveau werden vastgesteld. Zeer vaak zal dit niet geoorloofd zijn gelet op de noodzaak om met de nodige omkadering en binnen de nodige continuïteit (in team) te kunnen werken. Bij geschillen zal dit evenwel moeten aangetoond worden.

Zoals hierna nader toegelicht bij de bespreking van het instructierecht van de netwerkhoofddarts, is het aan te bevelen dat de uitoefening van het instructierecht door de netwerkhoofddarts bevestigd wordt door de hoofdarts van het ziekenhuis waaraan de betrokken arts verbonden is.

6.4 Gevolgen voor ziekenhuisbeheerder

Zoals hierboven werd toegelicht onder 3.1.2. dient de ziekenhuisbeheerder in te staan voor de uitvoering van de strategie en de afspraken die vastgelegd werden op het niveau van het locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk. Dit dient te gebeuren in samenwerking met de hoofdarts en de artsen-diensthoofden van het ziekenhuis.

Om deze taak te kunnen uitvoeren en afspraken ook daadwerkelijk te kunnen implementeren, is het aangewezen dat de interne regeling binnen het ziekenhuis aangepast wordt aan de netwerkrealiteit.

Zo is het aangewezen dat het medisch reglement (“reglement inzake de organisatie en coördinatie van de medische activiteit in het ziekenhuis”) aangepast wordt.

Indien men gevolgen wil kunnen verbinden aan het ongerechtvaardigd schenden van netwerkwerkafspraken door individuele ziekenhuisartsen en bijvoorbeeld een sanctiemogelijkheid wil voorzien bij het niet respecteren van instructies van de netwerkhoofddarts, is het aangewezen dat dit ook opgenomen wordt in de algemene regeling van rechtsverhoudingen van het ziekenhuis. Dit moet zeker voorgelegd worden voor advies aan de medische raad, die de mogelijkheid heeft om hierover een zogenaamd verzaamd of versterkt advies uit te brengen.

6.5 Gevolgen voor de netwerk-hoofddarts

Zoals reeds vermeld, spelen de netwerk-hoofddarts of het college van hoofdartsen een essentiële rol bij het uitwerken en vooral bij het implementeren van een “coherent medisch beleid” binnen het netwerk

Over het instructierecht van de netwerkhoofddarts of het college van netwerk-hoofddartsen is nog niet veel geweten. De Netwerkwet voorziet de mogelijkheid om de “manier waarop het instructierecht kan worden uitgeoefend” nader te regelen bij K.B. De wet zelf voorziet dat dit instructierecht mag uitgeoefend worden:

- om de patiëntveiligheid te bewaken;
- om de “verantwoordelijkheden te kunnen opnemen” voor de uitvoering van de strategie over het op elkaar afstemmen van de zorgopdrachten binnen het netwerk en voor de uitvoering van de afspraken over zorgcontinuïteit met de referentiepunten voor supraregionale zorgopdrachten.

De instructiebevoegdheid moet uitgeoefend worden *“in nauw overleg met het beheer van het locoregionaal klinisch ziekenhuis-netwerk en met de medische raad van het netwerk”*. Het is niet duidelijk of dit overleg betrekking heeft op de individuele casuïstiek of op de modaliteiten voor de uitoefening van het instructierecht. Redelijkerwijze gaat hem om de modaliteiten. Het overleg plegen over elk individueel geval zou de uitoefening van het instructierecht onmogelijk maken, zeker in gevallen waarbij in het kader van goede patiëntenzorg dringend beslissingen nodig zijn.

De uitoefening van het instructierecht door de netwerkhoofddarts veronderstelt het geven van instructies aan ziekenhuisartsen, die contractueel doorgaans enkel gebonden zijn met het ziekenhuis en niet met het netwerk. Het is aangewezen dat de hoofdarts van het ziekenhuis steeds op de hoogte gebracht wordt.

Een arts kan de gegeven instructies betwisten en zich daarbij beroepen op zijn therapeutische vrijheid. Indien de netwerkhoofdarts hiermee niet kan instemmen, zal het nodig zijn de uitzondering op de professionele autonomie te kunnen motiveren. De nood aan de nodige omkadering voor optimale zorgkwaliteit en de nood om binnen een teamwerking te kunnen instaan voor de nodige zorgcontinuïteit, zullen daarbij de belangrijkste motieven zijn.

7 Besluit

Zoals aangetoond in deze nota zullen de netwerkvorming, de uitvoeringsbesluiten van de Netwerkwet en de mogelijk samen hangende herzieningen van de programmatiecriteria of de erkenningsnormen leiden tot een (vermoedelijk graduele) feitelijke vermindering van de keuzemogelijkheden van de patiënt, tot een vermindering van het aantal plaatsen waar bepaalde gespecialiseerde takken van de geneeskunde kunnen uitgeoefend worden en tot een vermindering van de verwijsmogelijkheden. Dit is niet noodzakelijk ongeoorloofd en ook niet noodzakelijk in strijd met de wettelijke bepalingen die de keuzevrijheid van de patiënt of de therapeutische vrijheid van de arts beschermen. Wel zal elke beperking moeten kunnen verantwoord worden.

Voor de keuzevrijheid van de patiënt mogen door de ziekenhuizen en door het beheer van locoregionaal klinisch ziekenhuisnetwerk geen maatregelen genomen worden die de vrijheid van keuze tussen de nog resterende zorgopdrachten bemoeilijken. Zo moet de overdracht van informatie naar een ander ziekenhuis – ook indien het behoort tot een ander netwerk – zonder hinderpalen kunnen verlopen. Indien er voor gespecialiseerde locoregionale zorgopdrachten of voor supraregionale zorgopdrachten meerdere verwijzingsmogelijkheden en dus meerdere opties bestaan, dient de patiënt hierover geïnformeerd te worden.

De afspraken die op netwerkniveau gemaakt worden over de verdeling van de zorgopdrachten en de afspraken met de referentiepunten, kunnen in conflict komen met de professionele autonomie en de therapeutische vrijheid van de arts. Een arts die zich beroept op zijn therapeutische vrijheid om af te wijken van de afspraken, dient in staat te zijn om te verantwoorden dat de kwaliteit en de continuïteit van de zorg hierdoor niet geschaad worden en dat de patiënt kan behandeld worden met de nodige omkadering. Bij geschillen hierover zullen de nood aan de nodige omkadering en organisatie van de continuïteit een essentiële rol spelen. De omkadering beperkt zich niet tot infrastructuur en toestellen, maar omvat ook het gehele kader van medewerkers en gezondheidszorgbeoefenaars die nodig zijn voor veilige en kwalitatieve zorg. Indien deze omkadering door de beslissingen binnen het netwerk over de verdeling van de zorgopdrachten niet meer in elk ziekenhuis aanwezig is, moet elke arts daar rekening mee houden en kan hij of zij zich niet op de therapeutische vrijheid beroepen om zonder de nodige omkadering of de nodige continuïteit te werken.