

**25 258**

## **Wijziging van de Ziekenfondswet en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen in verband met het invoeren van de aanspraak op medisch-specialistische zorg, verleend door of vanwege een ziekenhuis**

### **MEMORIE VAN ANTWOORD**

Ontvangen 28 april 1988

Met belangstelling heb ik kennis genomen van het voorlopig verslag op het voorstel van wet houdende wijziging van de Ziekenfondswet en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen in verband met het invoeren van de aanspraak op medisch-specialistische zorg, verleend door of vanwege een ziekenhuis.

Het voorstel van wet heeft slechts de leden van de CDA-fractie en de leden van de PvdA-fractie aanleiding gegeven op een aantal punten verduidelijking te vragen. De leden van de PvdA-fractie geven expliciet aan de intentie van het wetsvoorstel positief te waarderen.

Met het oog op beantwoording van de gestelde vragen, wil ik graag de aanleiding, achtergrond en doelstelling van het wetsvoorstel uiteenzetten. Ten einde te komen tot een doelmatige organisatie van zorgverlening en kostenbeheersing is in 1993 de commissie Modernisering positie huisartsenzorg, specialistische zorg en ziekenhuiszorg (commissie Biesheuvel) ingesteld. Begin 1994 heeft de commissie Biesheuvel gerapporteerd.

Ten aanzien van de medische-specialistische zorg constateert de commissie een toenemende verwevenheid tussen de zorgverlening door medisch-specialisten en de zorgverlening door ziekenhuizen. De commissie onderschrijft deze ontwikkelingen en is van mening van dit zijn organisatorische beslag moet krijgen in het ziekenhuis nieuwe stijl. Het onderhavige wetsvoorstel is één van de stappen ter uitvoering van deze aanbeveling. Met het wetsvoorstel worden de nu nog aparte aanspraken op niet-klinische medisch-specialistische zorg en zorg die verleend wordt door ziekenhuizen, waaronder de klinische medisch-specialistische zorg tot één aanspraak geïntegreerd. Voor alle duidelijkheid: de aanspraak op klinische medisch-specialistische zorg maakt thans dus al onderdeel uit van de aanspraak op ziekenhuiszorg. Het gaat er nu alleen om dat ook de niet-klinische medisch-specialistische zorg onder de formulering van de aanspraak op ziekenhuiszorg wordt gebracht. Zoals in de memorie van toelichting op het wetsvoorstel (kamerstukken II 1996/97, 25 258, nr. 3, blz. 3) is aangegeven, is de regering van mening dat zowel uit zorginhoudelijk als uit doelmatigheidsoogpunt een verdergaande stroomlijning in de organisatorische en financiële integratie van specialistenmaatschappen en ziekenhuizen

wenselijk is. Voorts is aangegeven dat in die situatie op het niveau van de patiëntenzorg op de afdeling alsmede op het niveau van de ziekenhuisorganisatie geïntegreerde afwegingen kunnen worden gemaakt over de optimale inzet van menskracht en middelen. In die visie van de regering dienen de contractuele relaties tussen verzekeraars en ziekenhuizen enerzijds en verzekeraars en medisch-specialisten binnen een ziekenhuis anderzijds, te worden afgestemd op de nieuwe aanspraak op medisch-specialistische zorg die wordt beoogd met dit wetsvoorstel. De nieuwe contractuele relatie dient in die visie de geïntegreerde medisch-specialistische organisatie te betreffen.

In de memorie van toelichting is vervolgens (pag. 4) gewezen op de, reeds langer bestaande, mogelijkheid die is geboden om op lokaal niveau met initiatieven te komen en projectvoorstellen in te dienen, die gericht zijn op doelmatiger handelen van medisch-specialisten. Dergelijke lokale initiatieven zijn in vrijwel alle ziekenhuizen ontstaan, met een alternatieve honoreringsstructuur, met als oogmerk het uniformeren van de bekostigingssystematiek voor medisch-specialisten en ziekenhuizen en het stimuleren van kwaliteit en doelmatigheid in de zorgverlening. Met de initiatieven is een bijdrage geleverd aan de doelstelling van de regering te komen tot een geïntegreerde organisatie van ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg. Mede daarom is de regering de mening toegedaan dat het met het oog op de reeds ontstane integratie dan wel de verdere bevordering daarvan, aangewezen is om de omschrijving van de aanspraken op de zorg die door de medisch-specialist en het ziekenhuis wordt verleend, aan te passen zowel wat betreft de Ziekenfondswet (Zfw) als wat betreft de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (Wtz). Het vorenstaande betekent dat er straks geen financieel verkeer meer is tussen het ziekenfonds, onderscheidenlijk de Wtz-verzekerde, en de medisch-specialist die zorg verleent in het kader van de geïntegreerde ziekenhuiszorg. Het ziekenfonds, onderscheidenlijk de Wtz-verzekerde, heeft straks wat dat betreft alleen nog maar te maken met het ziekenhuis. Voor de ziekenfonds- en Wtz-verzekerden geldt straks voor het tot gelding brengen van zijn aanspraak feitelijk één centraal loket, te weten het ziekenhuis.

Dit sluit ook heel mooi aan op het centrale loket voor de aansprakelijkstelling op grond van de Wet op de behandelingsovereenkomst.

De leden van de **CDA**-fractie vroegen naar de stand van zaken met betrekking tot de producttypering. In antwoord hierop merk ik het volgende op.

Medio vorig jaar heeft de Stuurgroep Producttypering Ziekenhuiszorg een eindrapportage uitgebracht over de derde fase van het project. Deze fase had betrekking op de ontwikkeling van het project. Tegelijkertijd is gestart met fase 4, het operationaliseren van een systeem van producttypering en het afronden van het project. De Stuurgroep verwacht dat dit ultimo 1999 zijn beslag zal hebben gekregen. Volledigheidshalve wijs ik erop dat dit een ambitieus tijdschema is.

In de afronding van fase 3 en bij de opmaat naar fase 4 hebben de drie koepelorganisatie, te weten de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Orde van Medisch Specialisten (Orde), die verantwoordelijk zijn voor het project, uitvoerig met elkaar overlegd over de voortgang en over de bekostiging. De partijen wensten een subsidie te verkrijgen als bijdrage in de kosten van fase 4. In een in september 1997 gehouden bestuurlijk overleg hebben partijen overeenstemming bereikt over voortzetting van het project. Vervolgens heb ik aan initiatiefnemers meegedeeld, dat ik bereid ben ten behoeve van het project over de jaren 1997, 1998 en 1999 een aanvullende subsidie van in totaal f 1 miljoen toe te kennen.

Een vertragung is opgetreden in het projectonderdeel «productgerichte registratie», waarvoor de medewerking van individuele medisch-

specialisten van groot belang is. De oorzaak hiervan is dat de opvattingen van de diverse wetenschappelijke verenigingen van medisch-specialisten en van de Stuurgroep producttypering niet altijd met elkaar overeenkomen. Niettemin kan worden gesteld dat er, onder meer door de inspanningen van de Orde, voortgang zit in het ontwikkelen van concepttyperingen van DBC's (diagnose/behandelingscombinaties, de wijze van producttypering, die door het project wordt voorgestaan).

Tenslotte wil ik verwijzen naar de rapportage van de projectgroep marktwerking, deregulering en wetgevingskwaliteit (MDW), getiteld «Het ziekenhuis; a human enterprise?». In bijlage VII van dit rapport wordt onder ad 4 (de productiegebonden component) de suggestie gedaan dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars afspraken met elkaar maken over het productievolume, zoveel mogelijk op basis van zorgproducten/DBC's. Op die wijze zou het project producttypering ziekenhuiszorg kunnen worden geïmplementeerd.

In mijn brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal van 28 januari 1998 (kamerstukken II 1997/98, 24 036, nr. 75) heb ik reeds aangegeven dat het kabinet zijn standpunt over het MDW-rapport zal bepalen, zo spoedig mogelijk na afronding van de werkzaamheden van de vervolgwergroep.

De leden van de **PvdA**-fractie vroegen naar de betekenis van het begrip ziekenhuis in het voorliggende wetsvoorstel. Zij vroegen zich af of beoogd is een ziekenhuis in de zin van toegelaten instelling op grond van de Zfw. In het nieuwe artikel 8, eerste lid, aanhef en onder a, Zfw wordt bepaald dat de verzekerden, voor zover daar geen aanspraak op bestaat ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), ter voorziening in hun geneeskundige verzorging aanspraak hebben op de navolgende verstrekking:

*«medisch-specialistische zorg, verleend door of vanwege een ziekenhuis, al dan niet gepaard gaande met opnemingsgedurende het etmaal of een deel daarvan, verpleging, verzorging, paramedische hulp of farmaceutische hulp.».*

Uit deze omschrijving blijkt dat de verstrekking wordt verleend door of vanwege een ziekenhuis. Op grond van artikel Ba, eerste lid, van de Zfw moeten instellingen die de verstrekkingen verlenen, als zodanig zijn toegelaten. Met andere woorden de zorg, bedoeld in artikel 8, eerste lid, onder a, van de Zfw kan alleen worden verleend door een instelling die voor het verlenen van de tot die aanspraak behorende zorg als ziekenhuis is toegelaten. Op grond van artikel 9 van de Zfw wendt de verzekerde zich voor het tot gelding brengen van de aanspraak tot een persoon of instelling met wie zijn ziekenfonds een overeenkomst heeft gesloten (zorgplicht). Artikel 44 van de Zfw verplicht ziekenfondsen tot het sluiten van overeenkomsten met personen en instellingen die een of meer van de verstrekkingen kunnen verlenen waarop ingevolge artikel 8 aanspraak bestaat (medewerkerovereenkomsten). In de nota naar aanleiding van het verslag bij onderhavig voorstel van wet (Kamerstukken II, 1996/97, 25 258, nr. 10) wordt onder andere aan de hand van een schets van de ontwikkeling van lokale initiatieven en aanneemsommen terecht geconstateerd dat de traditionele instelling (wat daaronder ook zou moeten worden verstaan) aan het veranderen is. In de memorie van toelichting van onderhavig voorstel (Kamerstukken II, 1996/97, 25 258, nr. 3, p. 3) is aangegeven dat medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg voor het overgrote deel onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden. Er is sprake van een gezamenlijke taak, waarbij de patiënt centraal staat. Om deze taak goed vorm te geven, is het gewenst dat gekomen wordt tot geïntegreerde organisaties van ziekenhuizen en de daar werkzame medisch-specialisten. Blijkens de nota naar aanleiding van het verslag (Kamerstukken II, 1996/97, 25 258, nr. 10, p. 15) stimuleert en faciliteert het

wetsvoorstel het komen tot een ziekenhuis-nieuwe-stijl met een eenduidige leiding. De verhouding tussen ziekenhuis en medisch-specialisten dienen zich in de komende tijd in organisatorische vorm verder te ontwikkelen tot een geïntegreerd medisch-specialistische bedrijf.

Dat de interne ziekenhuisorganisatie zich ontwikkelt tot een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf behoeft, geen directe gevolgen voor de toelating te hebben. Immers, het gaat alleen om wijziging van de interne organisatie van het toegelaten ziekenhuis. Dat is in eerste instantie een zaak voor de bij het ziekenhuis betrokken partijen.

Ook al wijzigt de interne organisatie, de rechtspersoon die het ziekenhuis exploiteert, zal in het algemeen niet wijzigen. Wel zullen bij de inwerking-treding van deze wet de toelatingsbeschikkingen dienen te worden aangepast aan de nieuwe verstrekking.

Voor de leden van **CDA**-fractie was het niet duidelijk is hoe het voorstel zich verhoudt tot de lokale initiatieven. Daarover stelden zij enkele vragen. In reactie hierop het volgende.

De consequentie van het onderhavige voorstel is niet dat de lokale initiatieven worden beëindigd. Het voorstel regelt de aanspraken op zorg in het kader van de Zfw bij wet en wijzigt de bij wet geregelde aanspraken in de Wtz. Een belangrijk gevolg hiervan is dat er één rekening komt van het ziekenhuis. Hierop staan dan de kosten van de geleverde verstrekking door het ziekenhuis nieuwe stijl, inclusief de medisch-specialist. Een goede samenwerking tussen deze twee partijen is hier van belang. De lokale initiatieven beogen onder andere deze samenwerking c.q. integratie te stimuleren. De lokale initiatieven moeten in feite gezien worden als een goede basis voor de uitvoering van het voorstel.

De leden van **CDA**-fractie vroegen in dit verband of de wetswijziging verandering brengt in de positie van partijen in de lokale initiatieven. Ik kan hierover kort zijn. In het verleden werden afspraken met de zorgverzekeraar afzonderlijk door de medisch-specialisten en ziekenhuizen gemaakt. Tegenwoordig, sinds de start van de lokale initiatieven, worden deze afspraken gezamenlijk gemaakt. Na inwerkingtreding van de wet kunnen de medisch-specialisten en het ziekenhuis gezamenlijk een afspraak met de zorgverzekeraar blijven maken. Het is nadrukkelijk niet de bedoeling van het wetsvoorstel dat er een wijziging optreedt in de feitelijke lokale/regionale werkwijze. Met andere woorden, er wordt geen materiële wijziging beoogd.

De leden **CDA**-fractie vroegen voorts naar de stand van zaken van de evaluatie van lokale initiatieven, die in het voorjaar 1998 zal worden gepresenteerd.

De Stichting voor Economisch Onderzoek heeft een 3-jarig evaluatie-onderzoek uitgevoerd naar de experimenten specialistenhonorering in vijf regio's, de voorlopers van de lokale initiatieven. De rapportage is in een vergevorderd stadium en binnenkort zal het rapport worden voorgelegd aan de Ziekenfondsraad, die de subsidie ervoor verstrekt heeft. Naar verwachting zal het rapport, zoals is toegezegd, nog in het voorjaar 1998 door de Ziekenfondsraad aan mij aangeboden worden.

De leden van de **CDA**-fractie vroegen waarom niet een bepaling in de wet is opgenomen die regelt dat de niet met de wet in overeenstemming zijnde overeenkomsten vervallen.

Ook de leden van de fractie van de PvdA stelden over deze kwestie vragen.

Met het voorstel van wet vervalt de aparte verstrekking niet-klinische specialistische zorg te verlenen door medisch-specialisten die verbonden zijn aan ziekenhuizen. Indien het wetsvoorstel tot wet wordt verheven, maakt deze zorg straks onderdeel uit van de aanspraak op medisch-specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis.

Ingevolge artikel 44 van de Zfw sluiten ziekenfondsen overeenkomsten met personen en instellingen die verstrekkingen verlenen waarop ingevolge artikel 8 van die wet aanspraak bestaat. Met het onderhavige wetsvoorstel vervalt de aanspraak op niet-klinische specialistische hulp. Hiermee vervalt het onderwerp van de overeenkomst tussen ziekenfondsen en medisch-specialisten over het leveren van deze verstrekking en de vergoeding van de kosten daarvan. Bovendien is de medisch-specialist straks geen contractspartij meer. Immers, de toegelaten instelling verstrekt dan die zorg.

Een bepaling in het wetsvoorstel opnemen dat de medewerkers-overeenkomsten met betrekking tot de niet meer bestaande verstrekking niet-klinische specialistische zorg en de niet meer bestaande contractspartij vervallen, is derhalve overbodig.

De onderhavige kwestie betreft een aan de Nederlandse wetgever voor de Nederlandse situatie voorbehouden materie. Het overeenkomstenstelsel laat het EG-recht onverlet.

In antwoord op de vragen van de leden van de **CDA**-fractie en de leden van de **PvdA**-fractie over wie de verstrekking straks levert, wat er gebeurt met de declaratie en of er sprake is van een geïntegreerde nota, merk ik het volgende op.

Zoals ik al in het vorenstaande heb aangegeven, is het de toegelaten instelling die straks de verstrekking levert. Noch het ziekenhuis sec (het ziekenhuis oude stijl), noch de medisch-specialisten kunnen de prestatie zoals omschreven in het wetsvoorstel op eigen kracht leveren. Dat gebeurt gezamenlijk, in de geïntegreerde organisatie, de ziekenhuisorganisatie nieuwe stijl. Dit houdt in dat de toegelaten instelling die verstrekking voortaan ook bij het ziekenfonds declareert. De toegelaten instelling zal op haar beurt aparte afspraken maken met de medisch-specialisten voorzover zij niet in dienstverband zijn, teneinde de geïntegreerde ziekenhuisorganisatie in staat te stellen de met de ziekenfondsen te sluiten overeenkomsten na te komen. De medisch-specialist zal zijn werkzaamheden op grond daarvan moeten declareren bij de geïntegreerde ziekenhuisorganisatie. De geïntegreerde ziekenhuisorganisatie verstuurt mede op basis van hetgeen bij hem door de medisch-specialist wordt gedeclareerd, één nota naar het ziekenfonds.

Met het wetsvoorstel wordt beoogd te komen tot één geïntegreerde nota, één declaratie, één financiële stroom tussen ziekenfonds/ziekttekostenverzekeraar en geïntegreerde ziekenhuisorganisatie. Uiteindelijk staat mij daarbij tevens het ontwikkelen van één bekostigingssystematiek voor ogen. Daar wordt nu aan gewerkt.

De leden van de **CDA**-fractie vroegen zich af of het ziekenhuis eigenaar wordt van de honorariumopbrengst, waarover het vrijelijk kan beschikken om met de in het ziekenhuis werkzame specialisten contracten te sluiten. Op dit punt is het volgende van belang.

Op dit moment is sprake van ziekenhuisbudgetten en, als uitvloeisel van de lokale initiatieven, honorariumbudgetten. Als er tussen die twee geschoven wordt, gebeurt dat in onderling overleg tussen de lokaal betrokken partijen. Op den duur staat mij, zoals ik hiervoor heb aangegeven, een geïntegreerde bekostigingssystematiek voor de gehele geïntegreerde organisatie voor ogen. Daartoe is in bijlage VII van het MDW rapport «Het ziekenhuis, a Human Enterprise» een eerste aanzet gedaan. Als er één budget voor de totale geïntegreerde verstrekking ontstaat, is het vervolgens nog steeds aan de betrokkenen binnen de organisatie om vast te stellen welk deelbudget waarvoor bestemd is. Ook dan geldt dat wanneer binnen de organisatie vrije beroepers werkzaam zijn, deze meebeslissen over de beschikbare (deel)budgetten. In het addendum dat met instemming van de betrokken landelijke organi-

saties is opgesteld als model voor toevoeging bij de toelatings-overeenkomst, is op dit punt het volgende opgenomen: «Nadat het honorariumbudget voor de in het ziekenhuis werkzame vrijevestigde medisch-specialisten op ziekenhuisniveau is vastgesteld, kan dat in de loop van het jaar waarop dat betrekking heeft, alleen gewijzigd worden op een wijze die tussen die medisch-specialisten en het ziekenhuis is overeengekomen.» Een en ander zal dus steeds in overleg gebeuren.

De leden van de **PvdA**-fractie gaven twee opvattingen weer met betrekking tot de geïntegreerde nota. Zoals ik hiervoor al heb aangegeven, gaat het om opvatting b. De wet beoogt een geïntegreerde nota van het ziekenhuis als geïntegreerde aanbieder van de zorg aan – in het geval van ziekenfondsverzekerden – het ziekenfonds. In geval van de Wtz gaat het eveneens om een nota van het ziekenhuis en niet meer nog apart een rekening van de medisch-specialist. Dergelijke aparte rekeningen van de medisch-specialisten worden niet op grond van de Wtz vergoed.

Voorts wilden de leden van de **CDA**-fractie weten of voor de particulier verzekerden geen geïntegreerde verstrekking gaat bestaan en alles bij het oude blijft.

Het wetsvoorstel heeft, met uitzondering van de Wtz, geen betrekking op de particuliere ziektekostenverzekeringen. Echter, partijen hebben besloten om ook met betrekking tot de particuliere ziektekostenverzekeringen een geïntegreerde nota te gaan hanteren. Deze intentie blijkt uit de gezamenlijke brief die ZN, de Orde en de NVZ op 12 januari 1998 naar de Tweede Kamer gezonden hebben. Ik citeer daaruit de in dit verband relevante passage: «Een afspraak die partijen ter uitwerking van het Convenant willen bevestigen is dat één geïntegreerde declaratie van ziekenhuis en medisch-specialisten niet alleen voor verzekerden op basis van de Zfw en de Wtz zal plaatsvinden (dat regelt het voorliggende wetsvoorstel), maar ook voor de (overige) particuliere verzekerden.» Voor de particulier verzekerden wordt dus straks ook één declaratie/rekening gebruikt.

De leden van de **PvdA**-fractie vroegen zich nog af wat de onderbouwing is voor het vrije beroep als de geïntegreerde nota voor alle verzekerden zou gaan gelden. Of sprake is van een vrij beroep hangt niet af van de vraag of een geïntegreerde nota voor alle verzekerden geldt, maar van de invulling die in het kader van de geïntegreerde ziekenhuisorganisatie daaraan wordt gegeven. In dit verband wijs ik nogmaals naar de brief van partijen van 12 januari 1998 aan de Tweede Kamer waarin is aangegeven dat één geïntegreerde declaratie van ziekenhuis en medisch-specialisten niet alleen voor verzekerden op basis van de Zfw en de Wtz zal plaatsvinden (dat regelt het voorliggende wetsvoorstel), maar ook voor de (overige) particuliere verzekerden.

Het is niet mijn intentie om, zoals de leden van de **PvdA**-fractie veronderstellen, vrije beroepers alleen voor de particuliere markt in te zetten. Daarmee zijn ook de deelcontracten waarop de leden van deze fractie doelen, niet aan de orde. Het vrije beroep kan wat mij betreft daar waar dat gewenst wordt, gehandhaafd worden omdat ik de keuze voor het vrije beroep of het dienstverband aan de medisch-specialisten zelf over wil laten. Een verschil in benadering tussen de particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden is daarbij absoluut niet aan de orde.

De leden van de **CDA**-fractie vroegen of de medisch-specialisten met aanvaarding van de wetswijziging een zelfstandige onderhandelingspositie in het kader van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) behouden om via hun representatieve organisatie te onderhandelen over tarieven.

De WTG biedt in hoge mate ondersteuning van beleidsbeslissingen die op

basis van andere wetten zijn genomen, maar beperkt zich zelf tot het prijzen van prestaties of een geheel van prestaties, waarbij de doelstellingen van de WTG en waar mogelijk de doelstellingen van andere wetten en beleidsopvattingen in acht worden genomen.

De WTG regelt het totstandkomen van prijzen voor een prestatie of geheel van prestaties te leveren door daartoe aangewezen organen voor gezondheidszorg of daarmee gelijkgestelde personen, instellingen of voorzieningen. Die aanwijzing geschiedt bij algemene maatregel van bestuur, in casu het Besluit werkingssfeer WTG 1992.

Zowel ziekenhuizen als medisch-specialisten zijn thans aangewezen als orgaan voor gezondheidszorg.

Hiervoor is beschreven wat onder het begrip ziekenhuis moet worden verstaan. Het gaat om een geïntegreerde organisatie, waarin de ziekenhuisdirectie en medisch-specialisten gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen voor de te leveren zorg. Zoals in artikel III van het wetsvoorstel is bepaald, berust, onverminderd de verantwoordelijkheid van het bestuur van een ziekenhuis, de verantwoordelijkheid voor de geneeskundige behandeling en verzorging van patiënten in het ziekenhuis bij de behandelend medisch-specialist.

Tevens is bepaald dat de medisch-specialisten daarbij gebonden zijn aan het door het bestuur van het ziekenhuis aangegeven organisatorische en financiële kader. De uitkomst van overleg en de op basis daarvan gesloten overeenkomst tussen ziekenfonds en ziekenhuis hebben betrekking op zowel zorginhoudelijke als financiële aspecten.

De verdeling van verantwoordelijkheden tussen het bestuur van het ziekenhuis en de behandelend medisch-specialist leidt er uit oogpunt van efficiency en onderlinge zorgvuldigheid toe dat die medisch-specialist bij de totstandkoming van een individuele medewerkerovereenkomst tussen het ziekenhuis waarin hij werkzaam is, en een ziekenfonds moet worden betrokken. Dat hebben partijen onderkend en zij hebben over de wijze waarop dat gebeurt, in het convenant afspraken gemaakt. Omdat aan de medewerkerovereenkomst een uitkomst van overleg voorafgaat, is het wenselijk de convenant-afpraak over ieders betrokkenheid bij de voorbereiding van een medewerkerovereenkomst door te trekken tot de voorbereiding van een uitkomst van overleg.

Naast die onderling afgesproken zorgvuldigheid van handelen tussen de Orde, de NVZ en ZN berust op basis van de Algemene wet bestuurswet (Awb) op de Ziekenfondsraad ook een wettelijke zorgvuldigheidsplicht. De Ziekenfondsraad moet, als het bestuursorgaan dat over goedkeuring van de uitkomst van overleg besluit, bij de voorbereiding van zo'n besluit de nodige kennis vergaren omtrent de relevante feiten en de af te wegen belangen (3:2 Awb). De Ziekenfondsraad dient daarna tot een evenwichtige afweging te komen van de bij het besluit betrokken belangen (3:4 Awb).

Het spreekt voor zich dat het voor alle betrokkenen weinig efficiënt en zinvol is als de Orde pas in de goedkeuringsfase bij de uitkomst van overleg wordt betrokken. In het verlengde van de voormelde afspraak met betrekking tot de medewerkerovereenkomst zouden NVZ en ZN met de Orde voor de laatste organisatie ten behoeve van een efficiënte voorbereiding van een uitkomst van overleg een positie kunnen bepalen die ook recht doet aan de onderlinge zorgvuldigheid. Omdat zo'n afspraak het zorgvuldigheidsvereiste voor de Ziekenfondsraad natuurlijk onverlet laat, blijft een zorgvuldige afweging van ieders belangen bij een uitkomst van overleg gewaarborgd.

Zoals uit het voorgaande blijkt, is er thans sprake van een situatie waarin gaandeweg gekomen wordt tot één bekostigingssystematiek. In verband hiermee acht ik het wenselijk om gedurende deze overgangssituatie de convenant-partijen tegelijk advies te laten uitbrengen aan het Centraal

orgaan tarieven gezondheidszorg (COTG) omtrent beleidsregels van het COTG die gelden voor een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf. Op COTG berust als bestuursorgaan eveneens een zorgvuldigheidsplicht met betrekking tot de voorbereiding van beleidsregels. Daardoor is ook daarbij een zorgvuldige afweging van een ieders belangen gegarandeerd.

In antwoord op de vraag van de leden van de **CDA**-fractie over de privéklinieken deel ik mede dat de zorg die privéklinieken leveren, niet valt onder de verstrekking medisch-specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis. De zorg die deze instellingen verlenen, valt, voor zover deze onderdeel uitmaakt van het ziekenfondspakket, onder de overige medisch-specialistische zorg zoals geregeld in het voorgestelde artikel 8, eerste lid, onder c. Ten aanzien van deze aangelegenheid is nog het volgende relevant.

Met de Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 11 februari 1998, nr. VPZ/PBIZ-98506 (Stcrt. 30) zijn zelfstandige behandelcentra als ziekenhuisvoorzieningen als bedoeld in de Wet ziekenhuisvoorzieningen (Wzv) aangewezen en zijn deze centra daarmee onder het Wzv-vergunningensysteem gebracht. Zelfstandige behandelcentra zijn in die regeling gedefinieerd als organisatorische verbanden die niet deel uitmaken van of fungeren ten behoeve van een ziekenhuis en die strekken tot het verlenen van medisch-specialistische zorg als waarop ingevolge het bepaalde bij of krachtens de Zfw aanspraak bestaat, ongeacht de wijze waarop de kosten daarvan worden vergoed. Op dit moment worden diverse initiatieven ontwikkeld waarbij zelfstandige behandelcentra aansluiting zoeken bij één of meer ziekenhuizen. Dit vind ik een goede ontwikkeling.

Daarom heb ik in de regeling een overgangsbepaling opgenomen die ertoe strekt dergelijke initiatieven af te ronden dan wel deze te ontwikkelen. De overgangsregeling houdt in dat zelfstandige behandelcentra die reeds op het tijdstip van inwerkingtreding (15 februari 1998) van de regeling werden geëxploiteerd, onder bepaalde voorwaarden gedurende één jaar een aanvraag voor vergunning als bedoeld in artikel 6 van de Wzv kunnen indienen. Indien de vergunning niet wordt aangevraagd, dient de exploitatie uiterlijk één jaar na inwerkingtreding van de regeling worden beëindigd.

Indien zelfstandige behandelcentra organisatorisch deel gaan uitmaken van een ziekenhuis en derhalve als aparte instelling ophouden te bestaan, is er sprake van medisch-specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis. De zorg valt dan onder het voorgestelde artikel 8, eerste lid, onder a, van de Zfw.

Ingevolge het koninklijk besluit van 1 februari 1985, houdende toepassing van artikel Ba, tweede lid, van de Ziekenfondswet (Stb. 84) geldt voor instellingen die niet-klinische specialistische zorg verlenen, waaronder zelfstandige behandelcentra, dat deze instellingen als toegelaten zijn aangemerkt alsmede dat de verplichting voor ziekenfondsen om met dergelijke instellingen een overeenkomst te sluiten, is opgeheven. Het ligt in mijn voornemen om indien het wetsvoorstel tot wet wordt verheven, te bevorderen dat deze algemene maatregel van bestuur wordt aangepast aan de nieuwe wettelijke bepaling in die zin dat in plaats van «instellingen die niet-klinische specialistische zorg verlenen» zal komen te staan: instellingen die de medisch-specialistische zorg verlenen als bedoeld in artikel 8, eerste lid, onder c, van de Zfw. Dit houdt in dat het als toegelaten aanmerken en de opheffing van de contracteerplicht dan van toepassing zal zijn op instellingen die de medisch-specialistische zorg verlenen als bedoeld in artikel 8, eerste lid, onder c, van de Zfw. Dit betekent dat gehandhaafd blijft dat zelfstandige behandelcentra als toegelaten zijn aangemerkt en dat ziekenfondsen vrij zijn in het wel of niet sluiten van een overeenkomst met zo'n centrum.



De leden van de **CDA**-fractie wilden weten of het addendum ook is aanvaard door de NVZ en ZN, zodat medisch-specialisten die in het vrije beroep willen blijven werken, dat ook echt kunnen.

Beide organisaties zijn, evenals de Orde, intensief bij de totstandkoming van het addendum betrokken geweest. Het tot stand komen van het addendum is dan ook door alle betrokken organisaties onderschreven. Op 24 april 1998 hebben de voorzitters van de Orde en de NVZ een brief gestuurd aan de directie en het bestuur van de medische staf van de ziekenhuizen waarin zij hen adviseren het addendum te ondertekenen. De vrees dat medisch-specialisten in de praktijk niet vrijgevestigd zullen kunnen zijn omdat daaraan door verzekeraars en ziekenhuizen geen medewerking verleend zou worden, is dan ook niet gegrond. Dit temeer omdat, dezelfde genoemde koepelorganisaties op 22 september 1997 een convenant medisch-specialistische zorg hebben ondertekend, waarin zij als ontbindende voorwaarde hebben opgenomen dat moet zijn gewaarborgd dat «medisch-specialisten niet door aanvaarding van het wetsvoorstel fiscaal en sociaalverzekeringsrechtelijk worden beperkt in hun vrije keuze hun praktijk te voeren in een volwaardig vrij beroep dan wel in een volwaardig dienstverband.» Het behoud van vrije keuze op dit punt is dus nadrukkelijk door alle drie de organisaties onderschreven.

Ook vroegen deze leden of het COTG gehouden is aan hetgeen in het addendum is gesteld. Daarover het volgende.

Het COTG is gehouden aan de wet- en regelgeving. Het COTG krijgt in dit verband te maken met de gevolgen van de wijziging van de Zfw zoals die thans in behandeling is.

Het addendum zelf geeft een handreiking voor afspraken die tussen het ziekenhuis en de medisch-specialist gemaakt kunnen worden daar waar voor het vrije beroep gekozen is.

Ten aanzien van het addendum hebben de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid en de Staatssecretaris van Financiën vastgesteld dat, indien medisch-specialisten hiernaar handelen, het vrije beroep mogelijk blijft. Het addendum kan gezien worden als een uitvloeisel van een onderdeel van het beleid, zijnde de handhaving van de vrije keuze tussen het vrije beroep en het dienstverband.

De leden van de **CDA**-fractie vroegen of inmiddels de beleidspublicatie van het Ministerie van Financiën beschikbaar is en of men daarvan een afschrift kon krijgen.

De publicatie is op 10 maart 1998 verschenen. Een kopie daarvan is bijgevoegd<sup>1</sup>.

Over de binding van de belastinginspecteurs aan de publicatie het volgende. Het infobulletin waarin de besluiten van de Staatssecretaris worden gepubliceerd wordt uitgegeven door de Belastingdienst en is voor iedereen verkrijgbaar. Besluiten van de Staatssecretaris zijn beleidsregels in de zin van artikel 1:3, vierde lid, Algemene wet bestuursrecht.

Dat de Belastingdienst aan besluiten van de Staatssecretaris gebonden is, volgt uit jurisprudentie van de Hoge Raad.

Voorts vroegen de leden van **CDA**-fractie aandacht voor de «feitelijke omstandigheden» waarvan het LISV spreekt in zijn brief van 12 januari 1998.

Deze omstandigheden kunnen aanleiding zijn om van het gegeven oordeel met betrekking tot de verzekeringsplicht af te wijken. Gevraagd werd of de regering geen nadere uitleg over die feitelijke omstandigheden had moeten verlangen. Ik zie daartoe geen aanleiding. Met het addendum, en de brieven van de beoordelende instanties over dit addendum, is voor betrokkenen helder dat bij gebruikmaking van het gestelde in het addendum de vrije beroepsuitoefening gehandhaafd kan blijven.

Vanzelfsprekend gaat het er daarbij niet alleen om, zaken op papier vast te leggen, maar ook om daarnaar vervolgens in de praktijk te handelen.

---

<sup>1</sup> Is ter inzage gelegd op het Centraal Informatiepunt onder griffienr. 121850.

Feitelijke omstandigheden spelen bij de beoordeling door instanties als het LISV altijd, bij elke beroepsgroep een rol. Het lijkt mij niet opportuun, dergelijke omstandigheden op voorhand uitputtend vast te leggen. Vanuit de in dit geval betrokken beroepsgroep is de wens daartoe evenmin aangegeven.

De leden van de **PvdA**-fractie wilden een korte beschouwing over de wijze waarop de wet bijdraagt aan het komen tot een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf.

Zoals ook in de memorie van toelichting aangegeven, liggen aan de wijziging onder andere de volgende overwegingen ten grondslag. Medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden.

Zij hebben een gezamenlijke taak waarbij de patiënt centraal staat. Om deze taak goed uit te voeren, is het gewenst tot een geïntegreerde organisatie te komen. Het bestuur en de medisch-specialisten dragen in zo'n organisatie een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor integrale zorgverlening; zij hebben gelijkgerichte belangen.

Daarnaast is sinds 1995 aan medisch-specialisten, ziekenhuizen en verzekeraars de mogelijkheid geboden om op lokaal niveau met initiatieven te komen en projecten in te dienen, gericht op kwaliteit en doelmatigheid. De aanpak van wachtlijsten is daar een voorbeeld van. Met de lokale afspraken wordt tevens bereikt dat de vicieuze cirkel tussen volumeoverschrijdingen en tariefkortingen doorbroken wordt. Thans is het moment om de omschrijving van aanspraken op niet-klinische medisch-specialistische zorg en op overige ziekenhuiszorg aan te passen en tevens om soortgelijke wijzigingen ook door te voeren in het kader van de Wtz.

De leden van de **PvdA**-fractie vroegen naar mijn opvatting over de effectiviteit van de convenant-afspraken tussen de verschillende koepels. Zoals u weet is, er bij een convenant sprake van een soort «gentlemen-agreement». Ik ga er vanuit dat de partijen die het convenant hebben gesloten, te weten ZN, de NVZ en de Orde, zich aan de in het convenant gemaakte afspraken te houden. Hiervoor verwijs ik ook naar de door de koepels gezamenlijk ondertekende brief van 12 januari 1998 aan de Tweede Kamer. Daarin geven zij aan dat zij gezamenlijk zullen werken aan de uitwerking van het onderhavige voorstel.

De leden van de **CDA**-fractie vroegen aandacht voor het moment van inwerkingtreding: is 1 januari 1999 wel mogelijk?

Ik ga uit van een spoedige afhandeling van het voorstel van wet en vind 1 januari 1999 nog een reële datum voor inwerkingtreding. Ik baseer dat op het feit dat momenteel hard gewerkt wordt aan de voorbereidingen, onder andere in het convenantenoverleg. De betrokken partijen in het overleg zijn bezig de consequenties te inventariseren en eventueel passende maatregelen daarvoor te treffen. Kortom, de voorbereiding is gaande.

Over de voorgestelde wijziging van artikel 44, eerste lid, van de Zfw, waar de leden van de **CDA**-fractie naar vroegen, merk ik het volgende op. Het huidige artikel 8 van de Zfw bepaalt dat de verzekerden aanspraak hebben op bij of krachtens algemene maatregel van bestuur geregelde verstrekkingen. In het huidige artikel 44, eerste lid, van de Zfw is bepaald dat ziekenfondsen overeenkomsten sluiten met personen en instellingen, die één of meer vormen van hulp, bedoeld in de algemene maatregel van bestuur ter uitvoering van artikel 8, kunnen verlenen.

Met het voorgestelde artikel 8 worden de aanspraken in beginsel in de wet zelf geregeld.

Daarom voorziet het wetsvoorstel in een aanpassing van artikel 44, eerste lid, van de Zfw. Er is straks in artikel 44, eerste lid, niet meer bepaald dat

het gaat om verstrekkingen die bij algemene maatregel van bestuur zijn geregeld, maar om verstrekkingen waarop ingevolge artikel 8 aanspraak bestaat. De wijziging van artikel 44, eerste lid, betreft dus geen wijziging van inhoudelijke aard.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E. Borst-Eilers