

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

NADERE MEMORIE VAN ANTWOORD

Ontvangen 6 november 1998

Met belangstelling heb ik kennis genomen van het nader voorlopig verslag inzake 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. De memorie van antwoord heeft de leden van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport aanleiding gegeven tot het maken van een aantal nadere opmerkingen en het stellen van een aantal vragen over enkele specifieke aspecten die met het wetsvoorstel verband houden.

Het wetsvoorstel vindt zijn basis in de aanbevelingen van de Commissie modernisering curatieve zorg. Deze commissie onder voorzitterschap van de heer Biesheuvel stelde in haar voortreffelijke rapport «Gedeelde zorg: Beter zorg» ook op het terrein van de specialistische zorg een aantal verbeteringen voor, die bij zouden dragen aan de totstandkoming van integrale zorgverlening en meer zorg op maat. De commissie was de mening toegedaan dat als eerste stap de wederzijdse afhankelijkheid die tussen medisch-specialisten en ziekenhuizen bestaat, ook organisatorisch vorm zou moeten krijgen.

Daarom dienen het ziekenhuis en de binnen het ziekenhuis werkzame specialisten organisatorisch verbonden te worden in een geïntegreerd bedrijf voor medisch-specialistische zorg. Met dit wetsvoorstel geef ik uitvoering aan die eerste stap. Het wetsvoorstel past in het streven om patiënten zorg te bieden, die beter aansluit bij de behoefte en de vraag. Om dat te kunnen doen, is het nodig dat medisch-specialistische zorg en overige ziekenhuiszorg als één geheel worden aangeboden. Vanuit deze invalshoek heeft dit wetsvoorstel een dubbele werking. Het regelt één alles omvattende aanspraak op genoemde zorg en binnen die aanspraak geeft het wetsvoorstel ruimte aan de onderscheiden actoren om, wat betreft de interne organisatie, op flexibele wijze die zorg aan te bieden. Het inzicht dat medisch-specialistische zorg en overige ziekenhuiszorg voor het overgrote deel onlosmakelijk aan elkaar verbonden zijn, is niet nieuw. Het streven om te komen tot een integrale benadering, is ook niet nieuw. Daarvan zijn de lokale initiatieven een voorbeeld. Het uitgangspunt is de patiënt. Die is gebaat bij een integrale benadering, bij één centraal loket, bij een ziekenhuisorganisatie waarbinnen ziekenhuisdirectie en

¹ De eerder verschenen stukken inzake dit wetsvoorstel zijn gedrukt onder EK nrs. 237 t/m 237c, vergaderjaar 1997–1998. De bijlage is ter inzage gelegd op het Centraal Informatiepunt onder griffiennr. 122 879.

medisch-specialisten samen verantwoordelijkheid willen dragen voor integrale zorgverlening.
Het wetsvoorstel formaliseert derhalve een al langer gaande belangrijke ontwikkeling.

Teneinde tot een goede beoordeling van de situatie te kunnen komen, is het dienstig voorafgaande aan de concrete beantwoording van de door de fracties gestelde vragen andermaal de belangrijkste door partijen onderschreven, onderling samenhangende, uitgangspunten langs te lopen.

Deze zijn:

- a. De wenselijkheid van het totstandkomen van het zogenoemde geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf.
Met die term wordt bedoeld dat het «ziekenhuis» als entiteit door de inrichting van de organisatie daarvan zo functioneert dat ziekenhuis-directie en medisch-specialisten gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen voor integrale zorgverlening. Medisch-specialisten zijn verantwoordelijk voor het primaire proces, de directie voor de leiding en continuïteit, zoals vastgelegd in het op 22 september 1997 tussen partijen gesloten Convenant medisch-specialistische hulp (onder punt 3a van het Convenant).
Dit betekent herijking van de interne organisatie op dusdanige wijze dat de facto daadwerkelijk sprake zal zijn van integrale zorgverlening in het kader van het ziekenhuis «nieuwe stijl». Aan een dergelijk integraal georganiseerd bedrijf is onlosmakelijk verbonden een gelijkwaardige positie van betrokken partijen, ieder met de verantwoordelijkheid inherent aan de eigen functie. Partijen verenigen zich op dusdanige wijze dat de zogenoemde ontschotting binnen het ziekenhuis tot stand komt. De exacte interne vormgeving van het, vanuit het zorgaanbod bezien, als één geheel georganiseerde en functionerende ziekenhuis nieuwe stijl is een kwestie van partijen, met inachtneming van de uitgangspunten die in het genoemde Convenant helder zijn verwoord.
- b. Volledige representativiteit van de Orde van Medisch Specialisten (Orde) voor de zorginhoud, de overeenkomsten en de tarieven.
De eigen verantwoordelijkheid van de medisch-specialist voor de zorginhoud is in het voorstel van wet (her)bevestigd.
Ten aanzien van de representativiteit in relatie tot overeenkomsten is door partijen in het kader van het Convenant (onder punt 3b van het Convenant) afgesproken dat een vertegenwoordiger van de medisch-specialisten in de onderhandelingsdelegatie wordt opgenomen. Dit ligt ook voor de hand bij integrale zorgverlening waarbij diverse partijen een eigen positie hebben.
Op de betrokkenheid bij tarieven wordt verderop in deze nadere memorie van antwoord uitvoerig ingegaan. Hier kan worden volstaan met de opmerking dat de Orde representatief blijft om te kunnen onderhandelen met zorgverzekeraars over maximumtarieven voor medisch-specialistische prestaties. Aan bestending van de betrokkenheid van de Orde bij voorbereiding van beleidsregels van het COTG in de nieuwe situatie zal passend vorm worden gegeven.
- c. Een fiscale en sociaal-verzekeringsrechtelijke waarborg voor het kunnen blijven uitoefenen van het vrije beroep. Ik hecht eraan hier nadrukkelijk vast te stellen dat er, wanneer overeenkomstig het Convenant en het Addendum bij het model toelatingsovereenkomst medisch-specialisten wordt gehandeld, geen verandering optreedt ten aanzien van het fiscaal en sociaal verzekeringsrechtelijke zelfstandige ondernemerschap. De staatssecretaris van Financiën en de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid hebben mij opnieuw

laten weten dat standpunt te delen. Verderop licht ik uitvoerig toe waarom de uit dit wetsvoorstel voortvloeiende wijziging in de in het kader van de Ziekenfondswet bestaande rechtsverhoudingen medisch-specialist, ziekenhuisdirectie en ziekenfonds als zodanig geen verandering brengt in het zelfstandige ondernemerschap. Die formeel juridische wijziging is een gevolg van de nieuwe aanspraak in het kader van de Ziekenfondswet waarmee de totstandkoming van een organisatorisch geïntegreerd zorgaanbod (ziekenhuis nieuwe stijl) wordt ondersteund. De medisch-specialist die niet in dienstverband is, blijft in dat organisatorische verband zelfstandig declareren, zij het door de gewijzigde aanspraak niet meer aan het ziekenfonds, maar aan het ziekenhuis nieuwe stijl, dat vervolgens voor geïntegreerde zorg declareert aan het ziekenfonds. Er zal bij de nieuwe organisatorische vormgeving ook geen ruimte meer zijn voor afzonderlijke declaraties voor overige kostenposten (zoals de aan de medisch-specialistische functionerende ziekenhuis (het «geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf») het «geïntegreerde declaratieverkeer» bewerkstelligd. De eenduidigheid van de relatie tussen verzekeraars en het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf is helder verwoord in het Convenant (onder punt 3b van het Convenant).

- d. Een «geïntegreerd declaratieverkeer» voor particulier verzekerden, op dezelfde wijze als het wetsvoorstel beoogt voor ziekenfonds-verzekerden.

Onverlet de organisatorische vormgeving van het ziekenhuis nieuwe stijl heeft de medisch-specialist formeel-juridisch een zelfstandig declaratierecht jegens particuliere patiënten. Medisch-specialisten en ziekenhuizen hebben afgesproken dat het ziekenhuis de desbetreffende declaratie tezamen met de overige kostenposten zal verzorgen. Dit ligt ook voor de hand omdat, zoals aangegeven, in de praktijk uitgegaan wordt van een organisatorisch geïntegreerde vormgeving aan de zorgverlening (ziekenhuis nieuwe stijl, gezamenlijk door directie en medisch-specialisten vorm gegeven).

Voor particuliere patiënten kan echter, onverlet de organisatorisch geïntegreerde vormgeving van de zorgverlening (ziekenhuis nieuwe stijl), behoudens in het kader van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz), formeel juridisch het «geïntegreerde declaratieverkeer» slechts vorm krijgen op basis van vrijwillige onderlinge afspraken. De formalisering van de herijking van de verhoudingen in het kader van de Ziekenfondswet is daar als zodanig juridisch niet, maar materieel wel op van invloed.

Samengevat, wordt in de praktijk aan de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het zogenoemde «geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf» vorm gegeven door een «geïntegreerd declaratieverkeer» voor zowel ziekenfonds- als particuliere patiënten, waarbij de onderscheiden kostenposten op de rekening zichtbaar zijn. Daarmee komt tegen de achtergrond van een organisatorisch geïntegreerd vormgegeven ziekenhuis nieuwe stijl een eenduidig declaratieverkeer tot stand, ongeacht de verzekeringsvorm en de onderliggende rechtsverhoudingen. Ik wijs er ten overvloede op dat het Convenant noch het Addendum zich expliciet uitlaten over de aan de verschillende declaraties ten grondslag liggende rechtsverhoudingen en de daarop gebaseerde vorderingsrechten anders dan het enkele feit dat het ziekenhuis nieuwe stijl declareert. In de schriftelijke stukken is hieraan bij nader inzien onvoldoende aandacht besteed. Dit verklaart waarschijnlijk het misverstand dat kennelijk is ontstaan over de vraag aan wie en op basis van welke juridische verhouding de medisch-specialist declareert voor diens hulpverlening in het kader van het geïntegreerd medisch-specialistische bedrijf. Deze

stukken geven bij nader inzien inderdaad voedsel aan verschillende interpretaties van daarin gehanteerde terminologie. Daarbij speelt mede een rol dat de materie complex is door in elkaar grijpende publieke en private rechtsverhoudingen, alsmede door het onderscheid dat gemaakt moet worden tussen de organisatorische vormgeving en de juridische verhoudingen.

Verderop zet ik alsnog het mogelijk door deze omissie ontstane gebrek aan helderheid over de juridische situatie recht. Over de materiële uitgangspunten bestaat geen verschil van mening. Mijn standpunten terzake zijn niet gewijzigd. Omdat de kern van de door de Orde naar voren gebrachte bezwaren ligt bij behoud van het vrije ondernemerschap geef ik daarbij tevens aan dat de wijziging die de nieuwe aanspraak in de juridische relatie ziekenfonds-medisch-specialist teweegbrengt, daarvoor als zodanig geen materiële consequenties heeft. Van belang daarvoor is onder meer dat er voor de medisch-specialist als vrij ondernemer nog steeds een relatie is tussen diens beslissingen over medische zorg en diens inkomen, dat mede afhankelijk is van fluctuerende inkomsten.

De leden van de fracties van de VVD, het CDA, de PvdA en Groen-Links stelden naar aanleiding van de memorie van antwoord allen vragen over de verhouding tussen hetgeen daarin is gesteld omtrent de wijze waarop de medisch-specialisten in de geïntegreerde ziekenhuisorganisatie het honorarium voor hun werkzaamheden zullen ontvangen en hetgeen terzake in het zogenoemde Addendum daaromtrent is opgenomen. Zij vreesden dat er op dit punt sprake is van strijdigheid tussen de memorie van antwoord en het Addendum, waardoor mogelijk niet zou worden voldaan aan de door de staatssecretaris van Financiën en de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid geformuleerde voorwaarden voor zelfstandig ondernemerschap van de medisch-specialist. Uitgangspunt bij de totstandbrenging van een stelsel van geïntegreerde ziekenhuiszorg – in welk proces dit wetsvoorstel een niet onbelangrijke stap is – is ook voor mij het handhaven van de mogelijkheid tot zelfstandige beroepsuitoefening van de medisch-specialist in fiscale en sociaal-verzekeringsrechtelijke zin. Terecht wezen de leden van de VVD-fractie dan ook op het belang van handhaving van de eerdere consensus over de wijze waarop die mogelijkheid wordt zeker gesteld. Als door bepaalde formuleringen in de memorie van antwoord twijfel is ontstaan, betreur ik dat. Het komt mij voor dat de twijfel met name wordt veroorzaakt door een veronderstelde strijdigheid tussen onderdeel 2.4 van het Addendum, waar sprake is van «het voor de specialist gedeclareerde honorarium» en een zin op pagina 5 van de memorie van antwoord, die spreekt over de nota van de geïntegreerde ziekenhuisorganisatie aan het ziekenfonds «mede op basis van hetgeen bij hem door de medisch-specialist wordt gedeclareerd». Voor die twijfel is echter geen grond. Er kan immers, ook in het kader van het Addendum, geen misverstand over bestaan dat slechts de als ziekenhuis toegelaten geïntegreerde ziekenhuisorganisatie als medewerker aan het ziekenfonds kan zijn verbonden, waaruit voortvloeit dat slechts die organisatie als wederpartij aan het ziekenfonds de verstrekte zorg in rekening kan brengen. Van een rechtstreekse aanspraak van de medisch-specialist jegens het ziekenfonds op vergoeding voor zijn werkzaamheden kan in deze opzet geen sprake zijn. Wel kan, en dat is wat naar mijn oordeel in het Addendum ook is geregeld, de tussen het ziekenhuis en de bij het leveren van de aanspraak nauw betrokken medisch-specialist overeen te komen honorariumregeling (onder andere wat betreft opbouw van het honorarium, incasso- en invorderingskosten en incassorisico) zodanig worden ingericht dat het resultaat materieel gelijk is aan het resultaat dat zou bestaan indien de medisch-specialist wel als medewerker aan het ziekenfonds zou zijn verbonden.

De onduidelijkheid kan overigens mede zijn veroorzaakt doordat de tekst van het Addendum in al zijn onderdelen steeds zowel rekening moet houden met de situatie in het kader van de ziekenfondsverzekering als met de gevallen waarin een particulier verzekerde patiënt is geholpen.

Er wordt blijkens de gestelde vragen aan het wetsvoorstel meer toegedicht dan daarin feitelijk wordt geregeld.

De positie van de medisch-specialist moet in het perspectief van de onderscheiden rechtsverhoudingen worden gezien. Onderscheiden worden: de civielrechtelijke overeenkomst inzake geneeskundige behandeling (verder te noemen: geneeskundige behandelings-overeenkomst), de publiekrechtelijk voorgeschreven verhouding tussen het ziekenfonds en zijn medewerker, en de civielrechtelijke verhouding tussen de medisch-specialist en het ziekenhuis.

Hierna blijkt dat het wetsvoorstel in essentie die rechtsverhoudingen ongemoeid laat, behoudens dat de huidige contractuele relatie tussen ziekenfonds en medisch-specialist als afzonderlijke medewerkers van het ziekenfonds wordt vervangen door die tussen het ziekenhuis nieuwe stijl, de geïntegreerde organisatie, en het ziekenfonds.

Van belang voor de onderscheiden rechtsverhoudingen is het volgende:

1. Of de medisch-specialist in dienstverband werkt of als vrije beroepsbeoefenaar, heeft geen invloed op diens professionele medisch handelen en zijn verantwoordelijkheid daarvoor. De medisch-specialist is persoonlijk op zijn medisch handelen aanspreekbaar en is persoonlijk tucht- en strafrechtelijk aansprakelijk. In geval van dienstverband ligt de civielrechtelijke aansprakelijkheid voor het handelen van de medisch-specialist bij het ziekenhuis. Als er geen sprake is van dienstverband, heeft het ziekenhuis, indien het wordt aangesproken op grond van de in artikel 7:462 van het Burgerlijk Wetboek (BW) geregelde «mede-aansprakelijkheid», regres op de medisch-specialist.
2. Of de medisch-specialist in dienstverband werkt of als vrije beroepsbeoefenaar, is wel doorslaggevend voor de vraag of de medisch-specialist dan wel het ziekenhuis een geneeskundige behandelings-overeenkomst sluit met de patiënt. Is de medisch-specialist werknemer van het ziekenhuis, dan wordt met het ziekenhuis de geneeskundige behandelingsovereenkomst voor de medisch-specialistische zorg gesloten. Is er geen dienstverband, dan sluit de medisch-specialist de geneeskundige behandelingsovereenkomst voor zijn hulpverlening met de patiënt.
Aan wie de medisch-specialist die niet in dienstverband aan het ziekenhuis verbonden is, de rekening stuurt (of aan het ziekenhuis nieuwe stijl, of aan het ziekenfonds, of aan de patiënt) is in dit kader – voor het sluiten van de geneeskundige behandelingsovereenkomst – niet relevant.
Voor de ziekenfondsverzekerde is van essentieel belang dat de rekening voor de zorg die verleend wordt op basis van een geneeskundige behandelingsovereenkomst, wordt betaald door het ziekenfonds. Dat is het geval indien de zorg wordt verleend overeenkomstig de Ziekenfondswet. De medisch-specialist zal, met het oog op de goede trouw in de pre-contractuele fase, die ook hij moet betrachten, in voorkomend geval de ziekenfondsverzekerde moeten informeren indien en voorzover hij hulp verleent die niet overeenkomstig de Ziekenfondswet voor vergoeding in aanmerking komt. Dat is het geval bij:
 - zorg die inhoudelijk niet behoort tot de wettelijk vastgelegde aanspraak, dan wel – zorg die wordt verleend buiten de context van de voorwaarde «door of vanwege het ziekenhuis». In dit verband zij ook

gewezen op artikel 7:448 BW waarin de plicht tot het verstrekken van inlichtingen door de hulpverlener aan de patiënt is geregeld. Het gevolg van het verstrekken van de informatie dat de zorg inhoudelijk niet behoort tot de wettelijk vastgelegde aanspraak dan wel wordt verleend buiten de context van de voorwaarde «door of vanwege het ziekenhuis», zal in de meeste gevallen zijn dat de behandelingsovereenkomst niet wordt gesloten. Indien de behandelingsovereenkomst ondanks die informatie wel wordt aangegaan, doet de verzekerde dat in de wetenschap en met bewuste keuze dat de hulp voor eigen rekening komt.

3. Of de medisch-specialist in het ziekenhuis in dienstverband werkt of als vrije beroepsbeoefenaar, is doorslaggevend voor de vraag of de medisch-specialist na de inwerkingtreding van dit wetsvoorstel zelfstandig een rekening kan indienen voor hulp die past binnen de ziekenfonds-aanspraak. De medisch-specialist die in dienstverband werkt kan niet zelfstandig een rekening indienen, de medisch-specialist die werkt als vrije beroepsbeoefenaar wel. Het is ten algemene niet van belang van wie de medisch-specialist/vrije beroepsbeoefenaar betaling ontvangt. Gaat het om een ziekenfondsverstrekking, dan brengt het ziekenhuis nieuwe stijl in formele zin bij het ziekenfonds de formeel in het kader van de Ziekenfondswet als medewerker door hemzelf geleverde zorg (ook voor zover die krachtens een onderliggende rechtsverhouding door de medisch-specialist is geleverd) in rekening; de medisch-specialist wordt immers in dat geval krachtens de toelatingsovereenkomst en het Addendum gehonoreerd (zodanig dat er materieel geen verschil is ten opzichte van de situatie waarin de medisch-specialist thans verkeert) door het ziekenhuis, hetgeen impliceert dat hij van de patiënt geen loonbetaling meer bedingt. Gaat het om een particulier verzekerde patiënt, dan is er uiteraard wel sprake van door het ziekenhuis «voor de medisch-specialist» declareren, omdat dan de rechtsverhoudingen anders liggen dan voor de ziekenfondsverzekerde. Dit doet niet af aan de organisatorische vormgeving van het zorgaanbod. In de onderdelen 2.1 en 2.2 van het Addendum is dit onderscheid mijns inziens ook zorgvuldig tot uitdrukking gebracht waar (abstraherend van de daaraan ten grondslag liggende rechtsverhouding) wordt geformuleerd dat het ziekenhuis «de door de specialist verrichte werkzaamheden aan de patiënt of diens zorgverzekeraar» declareert. In onderdeel 2.4 van het Addendum, dat voortborduurde op de onderdelen 2.1, 2.2. en 2.3, is kortheidshalve sprake van «voor de specialist gedeclareerde honorarium». Aan het in dat onderdeel weglaten van de vermelding «aan de patiënt of diens zorgverzekeraar» kan uiteraard niet de conclusie worden verbonden dat de onderliggende juridische verhoudingen niet meer zouden spelen.

4. Het wetsvoorstel treedt derhalve niet in de aard van de relatie tussen de medisch-specialist en het ziekenhuis nieuwe stijl. Het wordt ten principale aan de medisch-specialist (en het betrokken ziekenhuis) overgelaten of wordt gekozen voor werken:

- in dienstverband, of
- als vrije beroepsbeoefenaar.

ad a: Indien wordt gekozen voor een dienstverband, dan houdt dat in dat:

- het ziekenhuis de geneeskundige behandelingsovereenkomst sluit met de patiënt,
- het ziekenhuis de rekening stuurt aan het ziekenfonds.
De beloning van de medisch-specialist geschiedt in het kader van zijn dienstverband door middel van het met hem overeengekomen salaris.

ad b. Wordt gekozen voor voortzetting van het vrije ondernemerschap (waartoe speciaal het Addendum is opgesteld), dan wijzigen de onderlinge verhoudingen op zich genomen niet, behoudens dat de huidige rechtstreekse betalingsrelatie uit hoofde van de medewerkers-overeenkomst tussen de medisch-specialist en het ziekenfonds opgaat in die tussen het ziekenhuis nieuwe stijl en het ziekenfonds en dat daarom over de betaling tussen medisch-specialist en ziekenhuis nieuwe stijl afspraken moeten worden gemaakt.

In deze situatie:

- sluit de medisch-specialist de geneeskundige behandelings-overeenkomst met de patiënt, en
- zendt het ziekenhuis nieuwe stijl de rekening aan het ziekenfonds. Het ziekenfonds betaalt het ziekenhuis nieuwe stijl voor de overeenkomstig de aanspraak verleende medisch-specialistische zorg. Het ziekenhuis nieuwe stijl betaalt vervolgens de medisch-specialist. Voor de medisch-specialist is het enige verschil dat hij niet meer een rekening stuurt aan het ziekenfonds, maar aan het ziekenhuis nieuwe stijl, waarmee hij afspraken heeft gemaakt over de betaling van zijn aandeel in het leveren van de ziekenfondsverstrekking. Hanteren het ziekenhuis nieuwe stijl en de daarin werkzame medisch-specialisten de modeltoelatingsovereenkomst en het daartoe speciaal opgestelde Addendum als basis voor hun onderlinge verhouding, dan blijven de medisch-specialisten voor eigen rekening en risico werken. Het «debiteurenrisico» rust, anders dan in geval van dienstverband, bij de medisch-specialist.

Samengevat, zegt het wetsvoorstel niets over de rechtsverhoudingen in het kader van de civielrechtelijke geneeskundige behandelings-overeenkomst, noch over de rechtsverhoudingen krachtens welke de medisch-specialist een tarief in rekening kan brengen.

Een feitelijke gezagsrelatie tussen de medisch-specialist en het ziekenhuis behoeft niet te ontstaan door het enkel verleggen van de (feitelijke) betalingsrelaties/-stroom.

Voor de werknemersverzekeringen geldt dat, als de medisch-specialist feitelijk inderdaad voor eigen rekening en risico werkt en zich metterdaad als zelfstandige naar buiten presenteert (bijvoorbeeld hieruit blijkende dat hij zelf de behandelingsovereenkomst met de patiënten heeft, zoals hiervoor onder b al is aangegeven, en eigen arbeidsongeschiktheids- en pensioenvoorzieningen heeft getroffen) geen verzekering ingevolge die wetten bestaat. Hierbij is tevens van belang dat ook feitelijk sprake is van een eigen verantwoordelijkheid voor de organisatie van de binnen het ziekenhuis gevestigde praktijk, waartoe ook het regelen van de waarneming behoort. Deze aspecten komen, net als nu, ook straks in de toelatingsovereenkomst (en in aanvulling daarop in het Addendum) tot uitdrukking. Het ziekenhuis op zijn beurt moet de medisch-specialist in staat stellen verantwoorde zorg te leveren.

Het enkel verleggen van de betalingsrelaties/-stroom heeft dus op zich geen gevolgen voor het werken van de medisch-specialist als vrije beroepsbeoefenaar.

Het spreekt voor zich dat medisch-specialisten het zelf in de hand hebben of ze het debiteurenrisico blijven dragen. Daar treedt de overheid met het onderhavige wetsvoorstel niet in. Het ziekenhuis nieuwe stijl is straks jegens het ziekenfonds gehouden binnen de grenzen van de wettelijke aanspraak te declareren. Het ziekenhuis heeft er belang bij in de afspraken met de medisch-specialisten mutatis mutandis hetzelfde te bedingen. In dit opzicht schuift als het ware de huidige medewerkersovereenkomst ziekenfondsmedisch-specialist door naar de overeenkomst tussen ziekenhuis en medisch-specialist.

Geen ziekenhuis zal immers de last willen dragen van bij het ziekenfonds oninbare nota's van de medisch-specialist. Dat de medisch-specialisten

zelf het debiteurenrisico willen blijven dragen, zal geen ziekenhuis hen dan ook willen beletten. Sterker nog, te verwachten is dat ziekenhuizen daarop zullen aandringen. Dan verandert er in de praktijk ook niets aan de huidige situatie van debiteurenrisico van de medisch-specialist.

Voor de verzekerde die recht heeft op het vergoedingenpakket ingevolge de Wtz, geldt in hoofdlijnen hetzelfde als hiervoor beschreven is met betrekking tot de ziekenfondsverzekerde, zij het dat er geen sprake is van een medewerkersovereenkomst in de zin van de Ziekenfondswet.

In antwoord op de vraag van de leden van de VVD-fractie over de toelating van ziekenhuizen, merk ik het volgende op.

De met het wetsvoorstel geregelde integrale medisch-specialistische zorg wordt op grond van het voorgestelde artikel 8, eerste lid, onder a, van de Ziekenfondswet verleend door de als ziekenhuis nieuwe stijl toegelaten instelling. Het ziekenhuis kan deze zorg voor rekening van de Ziekenfondswet verlenen als het als zodanig is toegelaten en daartoe een overeenkomst met een ziekenfonds heeft gesloten. Het wetsvoorstel regelt niet de interne organisatie van ziekenhuizen. Het ziekenhuis kan alleen de integrale aanspraak leveren indien er voldoende medisch-specialisten in het ziekenhuis zijn, die de noodzakelijke bijdrage aan de verstrekking willen leveren. Dit geldt overigens ook voor andere personen in het ziekenhuis, zoals verpleegkundigen, paramedici en administratieve krachten.

De huidige toelatingsbeschikking is afgegeven aan het bestuur van de rechtspersoon die het ziekenhuis beheert. Indien deze rechtspersoon ook na de inwerkingtreding van het wetsvoorstel in staat is de gehele verstrekking te leveren, hetzij met medisch-specialisten in dienstverband, hetzij met vrijgevestigde medisch-specialisten, kan de toelating wat dat betreft gehandhaafd blijven. Een belangrijk gegeven is dat partijen, te weten de Orde, de Nederlandse vereniging van ziekenhuizen (NVZ) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de doelstelling van het wetsvoorstel onderschrijven. De regering heeft er dan ook alle vertrouwen in dat na de inwerkingtreding van het wetsvoorstel ziekenhuizen nieuwe stijl de verstrekking zonder probleem kunnen leveren.

Thans zijn de ziekenhuizen voor de Ziekenfondswet toegelaten als instellingen die zorg verlenen als bedoeld in het Besluit ziekenhuisverpleging ziekenfondsverzekering. Dit besluit is een ministeriële regeling ter uitvoering van de in het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering geregelde verstrekking opnemings- en verblijf in een ziekenhuis, waaronder klinische medisch-specialistische hulp. Na de inwerkingtreding van het wetsvoorstel zal de formulering zijn: toegelaten als instelling die zorg verleent als bedoeld in artikel 8, eerste lid, onder a, van de Ziekenfondswet. De toelatingsbeschikkingen zullen in die zin worden gepast.

Uitgangspunt is dus dat het in de regel zo zal zijn dat, los van de vraag hoe intern afspraken worden of zijn gemaakt, de rechtspersoon die het ziekenhuis exploiteert, niet wijzigt. Indien daar wel sprake van is, dient uiteraard wijziging van de toelating te worden verzocht. Dan moet overigens eerst wijziging van de vergunning op grond van de Wet ziekenhuisvoorzieningen worden gevraagd.

De leden van de VVD-fractie vroegen voorts in welke besluitvormingsprocessen de Orde een representatieve organisatie in de zin van de Ziekenfondswet en de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) blijft. Na de inwerkingtreding van het wetsvoorstel kunnen nog slechts toegelaten ziekenhuizen de zorg, bedoeld in het voorgestelde artikel 8, eerste lid, onder a, van de Ziekenfondswet, leveren. Een ziekenfonds kan voor deze zorg derhalve alleen met deze instellingen medewerkersovereenkomsten sluiten. De ziekenhuizen nieuwe stijl zijn dus straks de

wederpartij voor het ziekenfonds. De medisch-specialisten zijn dat niet meer.

Een medewerkerovereenkomst moet overeenstemmen met de desbetreffende goedgekeurde uitkomst van overleg, dan wel, bij ontbreken daarvan, goedgekeurde modelovereenkomst.

Voor het kunnen sluiten van een medewerkerovereenkomst na de inwerkingtreding van het wetsvoorstel is dus vereist dat gekomen wordt tot een uitkomst van overleg ziekenfonds-ziekenhuis dan wel, indien daarover geen overeenstemming wordt bereikt, dat door de Ziekenfondsraad een modelovereenkomst ziekenfonds-ziekenhuis zal worden vastgesteld.

De ziekenfondsen worden vertegenwoordigd door ZN en de ziekenhuizen door de NVZ.

Bij de Orde zijn geen ziekenhuizen aangesloten. De formeel bij de overeen te komen uitkomst van overleg te betrekken representatieve organisaties zijn derhalve de NVZ en ZN.

De Orde zal – net als thans – representatief zijn voor zover het betreft de zorg, bedoeld in artikel 8, eerste lid, onder c, van de Ziekenfondswet.

Overigens stelt de Ziekenfondsraad al sinds 1993 jaarlijks een modelovereenkomst ziekenfonds-medisch-specialist vast, omdat partijen geen overeenstemming konden bereiken over een uitkomst van overleg.

Een uitkomst van overleg blijft na invoering van het wetsvoorstel aangewezen voor de medisch-specialistische hulp buiten de geïntegreerde aanspraak.

De uitkomst van overleg en de op basis daarvan gesloten overeenkomst tussen ziekenfonds en ziekenhuis hebben betrekking op zowel zorginhoudelijke als financiële aspecten. In de uitkomst van overleg worden onder andere afspraken gemaakt over hoe de aanspraak op medisch-specialistische zorg, verleend door of vanwege een ziekenhuis, door een ziekenhuis aan de bij het ziekenfonds ingeschreven verzekerden wordt geleverd. Ik wijs in dit verband nogmaals op de verantwoordelijkheidsverdeling zoals die is verwoord in artikel III van het wetsvoorstel, die inhoudt dat het bestuur van het ziekenhuis overleg voert met de medisch-specialisten alvorens onderhandelingen met verzekeraars aan te gaan. Zij kunnen zelf desgewenst afspraken maken over de samenstelling van de delegatie die met de verzekeraars onderhandelt. De drie partijen hebben deze gezamenlijke verantwoordelijkheid onderkend en daarover in het Convenant afspraken gemaakt. Omdat, zoals hiervoor al is aangegeven, aan de medewerkerovereenkomst een uitkomst van overleg voorafgaat, is het wenselijk de Convenant-afpraak over ieders betrokkenheid bij de voorbereiding van een per ziekenhuis en per ziekenfonds af te sluiten medewerkerovereenkomst door te trekken tot de voorbereiding van een uitkomst van overleg. Voorts zal de Ziekenfondsraad bij zijn goedkeuring van de uitkomst van overleg de in de Algemene wet bestuursrecht vereiste zorgvuldigheid in acht moeten nemen en ook in die zin de Orde bij de besluitvorming betrekken. Daarop ben ik in de memorie van antwoord op pagina 7 reeds ingegaan.

Ik herhaal dat de NVZ en ZN er verstandig aan doen om de Orde bij het overleg over de uitkomst van overleg te betrekken en dat ziekenhuizen er vervolgens verstandig aandoen medisch-specialisten bij de onderhandelingen met het ziekenfonds te betrekken. Het is verheugend dat daartoe in het Convenant de aanzet al is gegeven.

In dit verband breng ik in herinnering hetgeen de Commissie modernisering curatieve zorg in haar advies heeft gesteld en door de regering is onderschreven (kamerstukken II, 1993/94, 23 619, nr. 1), namelijk dat het aanbeveling verdient dat in het ziekenhuis nieuwe stijl de integrale verantwoordelijkheid voor het leveren van specialistische zorg (medisch, verpleegkundig, paramedisch, materieel, enzovoort) zoveel mogelijk wordt gedecentraliseerd. Zo worden niet alleen zorginhoudelijke, maar ook managementbeslissingen op het niveau van de professionals gelegd.

Daarmee worden de mogelijkheden en de integrale verantwoordelijkheid van de professionals voor de patiëntenzorg versterkt. Het begrip professionele autonomie – het is vanzelfsprekend dat de arts zelf verantwoordelijk is voor zijn medisch handelen – krijgt zo de gewenste dimensie. Dit sluit tevens aan op ontwikkelingen in het veld.

De leden van de fractie van de VVD vroegen of de Orde ook voluit de huidige formele representativiteit behoudt bij de besluitvorming in het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG).

De WTG richt zich op het bevorderen van een evenwichtig stelsel van tarieven op het gebied van de gezondheidszorg teneinde met die onderlinge afstemming een goed functionerend stelsel van voorzieningen te bereiken en de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg te beheersen. Thans is de Orde representatief verklaard om te kunnen onderhandelen met zorgverzekeraars over maximumtarieven voor medisch-specialistische prestaties in en buiten het ziekenhuis. Daarin zal geen verandering komen. Anders ligt dat met betrekking tot de representatief-verklaring voor advisering over de beleidsregels van het COTG. Met het oog op de doelstellingen van de WTG, de noodzakelijke betrokkenheid van het veld en ten behoeve van een zorgvuldige voorbereiding van beleidsregels is het COTG van een onderstructuur (Kamers) voorzien, waarbij (representatieve organisaties van) categorieën zorgaanbieders, die naar aard, omvang en inhoud vergelijkbare of aansluitende zorg leveren, met elkaar over de voor hen vast te stellen beleidsregels adviseren, tezamen en in pariteit met ziektekostenverzekeraars. Gelet op de doelstellingen van de wet en de samenstelling van de Kamers, is het in beginsel de bedoeling dat representatieve organisaties over en weer over alle beleidsregels van het COTG die in een Kamer aan de orde komen, adviseren.

De Orde heeft thans zitting in de Kamer met medische beroepsbeoefenaren.

Het ligt in de lijn der verwachtingen de betrokkenheid van de Orde bij de advisering met het oog op de totstandkoming van het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf uit te breiden, zodat ook daarbij medisch-specialisten en ziekenhuizen met elkaar over de beleidsregels adviseren, tezamen met ziektekostenverzekeraars. Bezien zal worden hoe dat vorm moet krijgen.

Wellicht ten overvloede wijs ik erop dat, nadat het voorstel van de wet houdende wijziging van de Ziekenfondswet, de Wet tarieven gezondheidszorg en de Wet ziekenhuisvoorzieningen in verband met wijzigingen in de taak, samenstelling en werkwijze van de in die wetten geregelde bestuursorganen, alsmede wijzigingen van andere wetten in verband daarmee (uitvoeringsorganen volksgezondheid), ingediend bij koninklijke boodschap van 23 april 1998 (kamerstukken II, 1997/98, 26 011), tot wet is verheven en in werking is getreden, er formeel geen wettelijk verplichte onderstructuur meer bij het COTG zal zijn. Het is dan aan het COTG om vorm te geven aan de wijze waarop de inspraak van betrokken partijen kan worden geregeld. Ik ga er vanuit dat de Orde daar op passende wijze bij wordt betrokken.

In mijn betoog in de memorie van antwoord over het declareren door medisch-specialisten vrije beroepsbeoefenaren bij het ziekenhuis hebben de leden van de VVD-fractie meer gelezen dan is bedoeld. In de memorie van antwoord is de feitelijke gang van zaken geschetst. Zoals ik ook al in het vorenstaande heb vermeld, stuurt het ziekenhuis nieuwe stijl één integrale nota aan het ziekenfonds, de ziektekostenverzekeraar of de particulier verzekerde. Dit is in overeenstemming met het Addendum waarin is bepaald dat de medisch-specialist het hem voor de behandeling van zijn patiënten toekomende honorarium niet zelf aan patiënten of zorgverzekeraars declareert.

Op basis van het Convenant dat is gesloten tussen de Orde, de NVZ en ZN, omdat deze partijen het als hun gezamenlijke verantwoordelijkheid zien het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf, zoals ondersteund met het wetsvoorstel, vorm te geven, is een platformoverleg ingesteld. Naast genoemde partijen neemt ook mijn ministerie deel aan dit platformoverleg. Aan dit platformoverleg, dat in het najaar 1997 is gestart, wordt steeds door alle betrokkenen met goede inzet en in een opbouwende sfeer deelgenomen.

Op 2 september 1998 is het platform weer bij elkaar geweest. In antwoord op een vraag daarover van de leden van de VVD-fractie deel ik mede dat tijdens dat overleg bleek dat er nog steeds consensus bestaat tussen partijen over de uitgangspunten zoals verwoord in de inleiding van deze nadere memorie van antwoord. Opnieuw is tijdens het laatste platformoverleg door de Orde gesteld dat het voor de Orde cruciaal is dat de medischspecialist ook na de inwerkingtreding van het wetsvoorstel als vrije beroepsbeoefenaar kan blijven werken. Dat dit mogelijk blijft, heb ik in het vorenstaande duidelijk uiteengezet.

De leden van de CDA-fractie vonden het niet duidelijk wat deze stap in het traject van uitvoering van de aanbeveling van de commissie Biesheuvel nu behelst. Graag leg ik dat nog een keer uit.

Het wetsvoorstel regelt een aanspraak op integrale medisch-specialistische en overige ziekenhuiszorg ingevolge de Ziekenfondswet en een aanspraak op de vergoeding van de kosten van die integrale zorg ingevolge de Wtz. Voor de ziekenfondsverzekering betekent deze wetswijziging dat er na inwerkingtreding van deze wet voor de integrale verstrekking alleen nog maar een medewerkersovereenkomst tussen ziekenfonds en ziekenhuis nieuwe stijl kan worden gesloten. Voor de Wtz-verzekering betekent het wetsvoorstel dat na inwerkingtreding alleen nog maar recht bestaat op vergoeding van de rekening afkomstig van het ziekenhuis nieuwe stijl. Hiervoor zijn geen aanvullende wettelijke bepalingen nodig. Met het woord «straks» in de memorie van antwoord waar de leden van de CDA-fractie naar vroegen, wordt niet bedoeld het moment van aanvaarding van het wetsvoorstel, maar het moment van inwerkingtreding. Het wetsvoorstel onderschrijft de huidige ontwikkeling van het totstandkomen van een ziekenhuis nieuwe stijl, waarbinnen ziekenhuisdirecties en medisch-specialisten gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen voor een goede zorgverlening aan de patiënt. De maatregelen die nodig zijn voor de uitvoering van de wet, waarnaar de leden van de CDA-fractie eveneens vroegen, betreffen het tot stand brengen van een nieuwe uitkomst van overleg, het op basis daarvan sluiten van overeenkomsten tussen ziekenhuizen en ziekenfondsen, het maken van afspraken in het kader van de WTG, herziening van de toelatingsovereenkomsten tussen het ziekenhuis en de medisch-specialist en juridisch-technische aanpassingen van lagere regelgeving in verband met de wetswijziging.

In het kader van de Ziekenfondswet bestaan er op dit moment contractuele relaties tussen medisch-specialisten en ziekenfondsen en tussen ziekenhuizen en ziekenfondsen.

Voorts zijn er contractuele relaties tussen medisch-specialisten en ziekenhuizen. De huidige contractuele relatie tussen medisch-specialisten en ziekenfondsen, voor zover het betreft de geïntegreerde aanspraak, wordt met de inwerkingtreding van het wetsvoorstel vervangen door die tussen ziekenfonds en ziekenhuis nieuwe stijl. De overige contractuele relaties blijven bestaan, maar zullen een andere invulling krijgen. Dat is een zaak van partijen. Dat er waar nodig goede nieuwe afspraken zullen worden gemaakt, staat voor mij vast. Immers, partijen hebben door het ondertekenen van het Convenant elkaar verplicht het met het wetsvoorstel ondersteunde ziekenhuis nieuwe stijl (of in de termen van het Convenant:

het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf) praktisch verder uit te werken.

In antwoord op de vraag van de leden van de fractie van het CDA over het wijzigen van de contractuele relaties met het ziekenfonds na de inwerkingtreding van het wetsvoorstel en de gevolgen daarvan voor de lokale initiatieven merk ik het volgende op.

Na de inwerkingtreding van het wetsvoorstel kunnen er voor de aanspraak op de medisch-specialistische zorg die verleend wordt door of vanwege een ziekenhuis alleen nog maar contracten door ziekenfondsen met toegelaten ziekenhuizen nieuwe stijl gesloten worden.

In het kader van de lokale initiatieven is er een praktijk ontstaan waarbij ziekenhuizen en medisch-specialisten op een zelfgekozen wijze gezamenlijk onderhandelen met zorgverzekeraars. Het wetsvoorstel belemmert niet dat een dergelijke werkwijze wordt voortgezet. Het lijkt mij juist voor de hand liggend dat deze werkwijze wordt voortgezet. Verder verwijs ik naar het Convenant waarin is bepaald dat verzekeraars en het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf het van groot belang achten dat bij de jaarlijkse onderhandelingen over productie en budgetten een vertegenwoordiger van de medisch-specialisten in de onderhandelingsdelegatie is opgenomen. Ik heb daar al eerder op gewezen bij mijn antwoorden op vragen van de leden van de VVD-fractie over de positie van partijen bij de besluitvormingsprocessen in het kader van de Ziekenfondswet en de WTG.

De leden van de CDA-fractie stelden het eigendomsrecht op het honorariumbudget aan de orde en vroegen of de conclusie juist is dat het ziekenhuis slechts een administratieve tussenschakel is voor de voor de medisch-specialisten te declareren honoraria.

Van een honorariumbudget is alleen sprake bij de zogenoemde lokale initiatieven. Het gaat bij die lokale initiatieven om overeenkomsten tussen ziekenhuizen, medisch-specialisten en ziektekostenverzekeraars, waarbij onder andere is afgesproken dat voor medisch-specialisten een honorariumbudget geldt, dat is afgeleid van de gerealiseerde omzet in een bepaald jaar. Op grond van deze overeenkomsten vindt ten behoeve van en met de medisch-specialisten een verrekening plaats van het verschil tussen het door partijen overeengekomen honorariumbudget en voor de medisch-specialistische zorg gedeclareerde en ontvangen tariefopbrengsten. Uitgangspunt daarbij is dat de medisch-specialist blijft declareren volgens de geldende WTG-tarieven. De verrekening wordt meestal uitgevoerd door het ziekenhuis dan wel door een daartoe in het leven geroepen afzonderlijke rechtspersoon. Het resultaat van dat alles is dat de medisch-specialist vrije beroepsbeoefenaar per saldo over de afgesproken periode het hem op basis van de overeenkomst toekomende honorariumbudget ontvangt, niet meer en niet minder. Het saldo van de verschillen tussen honorariumbudgetten en tariefopbrengsten wordt verrekend door een opslag of aftrek op het verpleegtariaf van het relevante ziekenhuis.

Het honorariumbudget is, zo gezien, een norm die volgens de bij de overeenkomst tussen ziekenhuis, medisch-specialist en ziektekostenverzekeraars gemaakte afspraak, bij de verrekening van de medisch-specialistische opbrengsten wordt gehanteerd. Partij- en zijn «eigenaar» van de afspraak, de afspraak bindt alle partijen.

Omdat het lokale initiatief gaat over gezamenlijke afspraken over het honorariumbudget en de kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening, kan de positie van het ziekenhuis moeilijk teruggebracht worden tot «administratieve tussenschakel». Dat doet het ziekenhuis dat betrokken is bij een lokaal initiatief geen recht.

In antwoord op een vraag daarover van de leden van de CDA-fractie merk ik op dat de memorie van antwoord de volledige instemming van de staatssecretaris van Financiën en de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft. Hetzelfde geldt voor deze nadere memorie van antwoord.

De leden van de CDA-fractie brachten de praktijk van factoring, waarbij medisch-specialisten hun vorderingen op patiënten, inclusief het betalingsrisico, overdragen aan een factormaatschappij, onder de aandacht. In antwoord hierop deel ik mede dat in de praktijk verschillende manieren van facturering en inning bestaan. Het kan zijn factoring, het declareren door medisch-specialisten zelf, het declareren van de medisch-specialisten via het ziekenhuis of op andere wijze.

Met de inwerkingtreding van het wetsvoorstel wijzigen de betalingsstromen. Het ziekenhuis declareert dan het honorarium voor de medisch-specialist. Hoe dat verder wordt ingevuld, is aan betrokkenen zelf. In dit verband verwijs ik ook naar het Addendum waarin nadere afspraken vastliggen.

Het commentaar van het advocatenkantoor Stibbe Simont Mohannan Duhot, waar de leden van de CDA-fractie naar verwezen, behelst de toelating, de geneeskundige behandelingsovereenkomst in relatie tot het vrije beroep en de representativiteit van de Orde in het kader van de WTG en de Ziekenfondswet. Op deze drie punten ben ik reeds uitvoering in het vorenstaande ingegaan. Ik constateer geen tegenstrijdigheden.

De leden van de CDA-fractie achtten het verder wenselijk dat voor de toegelaten instelling bij voorkeur één term gehanteerd wordt. Ik ben het daarmee eens. De wettelijke term is ziekenhuis. Daarom heb ik in deze nadere memorie van antwoord zoveel mogelijk dit begrip gehanteerd. Partijen hebben in het Convenant de term «het geïntegreerd medisch-specialistische bedrijf» gehanteerd. Op een enkele plek heb ik aan deze term gerefereerd. Terecht merkten deze leden op dat na inwerkingtreding van de wet de interne verhoudingen tussen het ziekenhuis «oude stijl» en de vrijgevestigde medisch-specialist verschillend kunnen worden geregeld. Dat kan overigens ook nu, dus zonder dit wetsvoorstel. Het gaat om interne verhoudingen, dus om een aangelegenheid van de betrokkenen zelf. Het is dus niet aan mij een uitspraak te doen over de inhoud van die afspraken.

In antwoord op de opmerking van de leden van de CDA-fractie over de reikwijdte van het wetsvoorstel en met name het niet-verplicht van toepassing zijn op de overige particuliere ziektekostenverzekeringen, merk ik op dat ik in het vorenstaande de keuze heb uiteengezet voor het regelen van de onderhavige aangelegenheid door middel van het invoeren van een alles omvattende aanspraak op de medisch-specialistische zorg en overige ziekenhuiszorg. Daarom is deze wijziging beperkt tot de Ziekenfondswet en Wtz. Richtlijn nr. 93/102/EG van de Raad van de Europese Unie van 18 juni 1992 (PbEG L 228) tot coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen betreffende het directe verzekeringsbedrijf, met uitzondering van de levensverzekeringsbranche, en houdende wijziging van de Richtlijnen 73/239/EEG en 88/357/EEG (derde richtlijn schadeverzekering) staat een congruente verplichte wettelijke regeling voor particulier verzekerden niet toe. Voor de overige particuliere verzekeringen is een dergelijke wijziging een aangelegenheid van de particuliere ziektekostenverzekeraars. Partijen hebben echter besloten om ook voor de overige particulier verzekerden integratie tot stand te brengen. Hiervoor verwijs ik naar de gezamenlijke brief van de NVZ, de Orde en ZN van 12 januari 1998 aan de vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) van de Tweede Kamer der

Staten-Generaal. Hiermee is tevens de vraag van de leden van de PvdA-fractie of medisch-specialisten bereid zijn deze gang van zaken toe te passen waar het gaat om particulier verzekerden, bevestigend beantwoord.

Op de vraag van de leden van de PvdA-fractie naar de verhouding tussen de civielrechtelijke behandelingsovereenkomst en deze wet is reeds in het vorenstaande ingegaan.

Zoals daaruit moge blijken, is een wijziging van bepalingen in het BW met betrekking tot de behandelingsovereenkomst niet aan de orde.

Op de vraag van deze leden hoe dit wetsvoorstel zich verhoudt met het afgesproken en toe te voegen Addendum deel ik mede dat het wetsvoorstel en het Convenant met elkaar in overeenstemming zijn. Het Addendum is hiervan een uitwerking.

De leden van de PvdA-fractie wezen in dit verband ook naar de verschillende juridische opvattingen waarover ik gesproken heb in het overleg met de vaste commissie voor VWS van de Tweede Kamer van 15 april 1998 (kamerstukken II 1997/98, 23 619, nr. 16). Het gaat hier om de verschillende opvattingen over het declaratierecht van de medisch-specialist na inwerkingtreding van het wetsvoorstel, beter gezegd de loonvordering, bedoeld in artikel 7:461 BW. De Orde, de NVZ en ZN verschillen hierover van mening. Gezien de verschillende opvattingen en het belang dat ik er aan hecht dat er een eenduidige opvatting komt, heb ik advies gevraagd aan de landsadvocaat. Dit advies is als bijlage bijgevoegd.

Het advies van de landsadvocaat bevestigt hetgeen ik aan het begin van deze nadere memorie van antwoord over de onderscheiden rechtsverhoudingen heb uiteengezet. Met de landsadvocaat ben ik van mening dat alle problemen, verschillen van mening en onzekerheden kunnen worden opgelost en vermeden als, en daarover hebben zij in het Convenant het voornemen geuit, ziekenhuizen met de daar werkzame medisch-specialisten goede afspraken maken in het kader van de toelatings-overeenkomst. Het door partijen opgestelde Addendum is hiervoor een geëigend vertrekpunt. Indien tussen ziekenhuis en medisch-specialist contractueel is vastgelegd dat de medisch-specialist aanspraak jegens het ziekenhuis heeft op honorering voor de verleende hulp en die afspraken hebben betrekking op zowel ziekenfonds- als particulier verzekerden en op hen op wie een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering van toepassing is, dan heeft, blijkens het advies van de landsadvocaat, de medisch-specialist niet tevens meer een vordering op loon jegens de patiënt. Zoals ik al eerder heb opgemerkt, hebben de medisch-specialisten het zelf in de hand of ze het debiteurenrisico blijven dragen.

Naast de loonvordering op grond van de artikel 7:461 BW voert de landsadvocaat nog twee kwesties aan waar ik nog graag op in wil gaan. Deze hebben beide te maken het stelsel van overeenkomsten in de zin van de Ziekenfondswet.

Allereerst de vraag of artikel 44, eerste lid, van de Ziekenfondswet er wel aan in de weg staat dat een ziekenfonds na inwerkingtreding van het wetsvoorstel afzonderlijke overeenkomsten sluit of in stand houdt met het ziekenhuis en met de medisch-specialisten.

De landsadvocaat constateert dat er aanknopingspunten in de Ziekenfondswet te vinden zijn die de opvatting van de regering ondersteunen dat na inwerkingtreding van het wetsvoorstel geen afzonderlijke overeenkomsten meer kunnen worden gesloten met medisch-specialisten die hulp verlenen in het kader van de ziekenhuiszorg.

Deze constatering van de landsadvocaat is juist. Afzonderlijke overeenkomsten voor onderdelen van één verstrekking zijn strijdig met de

systematiek van de Ziekenfondswet en staan haaks op de wijze waarop de Ziekenfondswet sinds de inwerkingtreding is uitgevoerd.

De ziekenfondsverzekerden hebben aanspraak op de bij of krachtens de Ziekenfondswet geregelde verstrekkingen. Zij hebben aanspraak op deze verstrekkingen in natura en niet op de vergoeding van de kosten daarvan. De ziekenfondsen dienen er voor zorg te dragen dat de bij hen ingeschreven ziekenfondsverzekerden hun aanspraken tot gelding kunnen brengen. Om aan deze zorgplicht te voldoen, levert het ziekenfonds niet zelf de zorg, maar sluit overeenkomsten met personen en toegelaten instellingen die deze zorg verlenen. In de medewerkersovereenkomst liggen wederzijds de rechten en de plichten tussen ziekenfonds en de medewerker (hulpverlener/hulpverlenende, toegelaten instelling) vast. Tegenover de te verlenen hulp door de te contracteren medewerker neemt het ziekenfonds op zich de medewerker voor die hulp die past binnen de aanspraak te betalen.

De medewerkersovereenkomst waarborgt dus dat het ziekenfonds zijn verplichting tegenover de ziekenfondsverzekerde om zorg in natura te leveren, kan nakomen. De ziekenfondsverzekerde heeft voor die zorg in natura premie betaald. De medewerker verricht dus de naturaprestatie ter voldoening aan zijn overeenkomst met het ziekenfonds, waardoor het ziekenfonds voldoet aan zijn zorgplicht ten opzichte van de verzekerde. De in casu in het voorgestelde artikel 8, eerste lid, onder a, van de Ziekenfondswet geregelde verstrekking is instellingsgebonden omschreven en legt de verantwoordelijkheid voor het hulpaanbod bij het toegelaten ziekenhuis waarmee een medewerkersovereenkomst is gesloten. Het ziekenhuis nieuwe stijl levert de verstrekking en kan daarop worden aangesproken door het ziekenfonds. Het ziekenhuis is er verantwoordelijk voor dat het de verstrekking levert overeenkomstig de Ziekenfondswet. Het ziekenhuis is verplicht de naturaprestatie te verlenen waardoor het ziekenfonds voldoet aan zijn wettelijke plicht ten opzichte van de verzekerde.

Op basis van welke juridische relatie met medisch-specialisten het ziekenhuis in dat verband in medisch-specialistische hulp voorziet, is voor het ziekenfonds niet relevant. Wel is relevant of het ziekenhuis in voldoende mate en op verantwoorde wijze in die hulp kan voorzien. Dit kan zijn via dienstverband, via toelating dan wel zonodig op andere wijze, bijvoorbeeld door middel van afspraken met andere instellingen.

Voor de verzekerde betekent de nieuwe verstrekking dat hij alleen recht heeft op de onderhavige zorg voorzover deze wordt verleend door of vanwege het ziekenhuis dat een medewerkersovereenkomst met het ziekenfonds heeft. Bij een geschil tussen ziekenfondsverzekerde en medisch-specialist over aard en omvang van te verlenen medisch-specialistische hulp die behoort tot de verstrekking, kan de verzekerde zich tot het ziekenfonds richten. Het ziekenfonds zal zich alsdan met het ziekenhuis moeten verstaan.

Voor de medisch-specialist die anders dan in dienstverband werkzaam is in het ziekenhuis, betekent de nieuwe verstrekking dat de medisch-specialist jegens het ziekenhuis gehouden is de hulp overeenkomstig de wettelijke aanspraak te verlenen zodat het ziekenhuis aan diens verplichtingen jegens het ziekenfonds kan voldoen.

Zou het ziekenfonds èn met het ziekenhuis èn met de medisch-specialist een medewerkersovereenkomst blijven sluiten, dan zou dit afbreuk doen aan de juridische vormgeving van de aanspraak en aan de verantwoordelijkheid voor het leveren van de ziekenfondsverstrekking die met het wetsvoorstel bij het ziekenhuis is gelegd. Mutatis mutandis zou kunnen worden geconcludeerd dat het doorknippen van de directe relatie tussen enerzijds de verantwoordelijkheid voor het verlenen van de hulp waarop krachtens de verstrekking aanspraak bestaat en anderzijds de diensten die daartoe door de medewerker worden verleend, op gespannen voet staat of, beter gezegd, strijdig is met de systematiek van de Ziekenfondswet.

De tweede kwestie betreft het vervallen van de bestaande overeenkomsten tussen medisch-specialisten en ziekenfondsen op het moment van inwerkingtreding van het onderhavige wetsvoorstel. De landsadvocaat wijst er terecht op dat deze overeenkomsten niet van rechtswege vervallen. Bij nader inzien is de memorie van toelichting op het wetsvoorstel op dit punt niet juist. Dat betekent echter niet dat de oude overeenkomsten zonder meer doorlopen. In dit verband wijs ik op het volgende.

Ziekenfondsen sluiten overeenkomsten met personen of toegelaten instellingen die de wettelijk geregelde aanspraak kunnen leveren. Voor de onderhavige aanspraak betreft dat het toegelaten ziekenhuis. De aanspraak op niet-klinische specialistische hulp vervalt met de inwerkingtreding van het wetsvoorstel. Daarmee vervalt de rechtstitel voor het sluiten van overeenkomsten met betrekking tot de vervallen aanspraak door ziekenfondsen met medisch-specialisten. Het feit dat er geen rechtstitel meer is, staat los van de inhoud en geldigheid van de bestaande overeenkomsten tussen ziekenfondsen en medisch-specialisten. Na inwerkingtreding van het wetsvoorstel kan de medisch-specialist niet meer voldoen aan hetgeen hij in de overeenkomst met het ziekenfonds heeft afgesproken, aangezien de aanspraak waarover de afspraken gaan, niet meer bestaat. Het ziekenfonds kan niet meer tot betaling voor de vervallen aanspraak overgaan. De overeenkomst kan dus niet meer worden nagekomen.

Ingevolge artikel 44 van de Ziekenfondswet moet een medewerkers-overeenkomst overeenstemmen met de goedgekeurde uitkomst van overleg dan wel bij ontbreken daarvan met de goedgekeurde modelovereenkomst. Sinds 1993 wordt door de Ziekenfondsraad jaarlijks een modelovereenkomst ziekenfonds-medisch-specialist vastgesteld. De huidige modelovereenkomst geldt tot en met 31 december 1998. Dit betekent dat de huidige individuele overeenkomsten uiterlijk eindigen op 31 december 1998. Na beëindiging van de geldigheidsduur wordt ingevolge artikel 44, achtste lid, van de Ziekenfondswet de overeenkomst verlengd met een periode van zes maanden.

Op het moment van inwerkingtreding van de wet zal er een uitkomst van overleg tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen totstandgekomen moeten zijn en zijn goedgekeurd door de Ziekenfondsraad, dan wel bij ontbreken daarvan zal een modelovereenkomst door de Ziekenfondsraad zijn vastgesteld die door mij is goedgekeurd.

Zoals ik ook in de memorie van antwoord heb medegedeeld, is er een voorbereidingstijd voor het veld nodig van minimaal zes maanden om tot uitvoering van het wetsvoorstel te komen. Dat betekent dat de periode tussen het tijdstip van aanvaarding van het wetsvoorstel door de Eerste Kamer en het tijdstip van inwerkingtreding minimaal zes maanden zal bedragen. Gelet daarop, zal ik er voor zorgdragen dat de modelovereenkomst op het tijdstip van aanvaarding van het wetsvoorstel wordt beëindigd, zodat ook langs die weg op het moment van inwerkingtreding van het wetsvoorstel de medewerkersovereenkomsten tussen ziekenfondsen en medisch-specialisten zijn beëindigd. Op basis van de nieuwe uitkomst van overleg of nieuwe modelovereenkomst zorgverzekeraar-ziekenhuis kunnen vervolgens medewerkersovereenkomsten met toegelaten ziekenhuizen nieuwe stijl gesloten worden. Op de betrokkenheid van alle Convenant-partijen bij de totstandkoming van die uitkomst van overleg of modelovereenkomst ben ik hiervoor al ingegaan.

De leden van de PvdA-fractie vroegen voorts naar de tariefstelling van ziekenhuizen en medisch-specialisten en het mogelijk onderlinge declaratieverkeer in het kader van de WTG.

Hoe een en ander geregeld wordt in het kader van de WTG-tarieven, hangt af van hetgeen partijen onderling afspreken. Op basis van de WTG

kan het ene orgaan declareren aan het andere orgaan. De medisch-specialist kan dus, indien dat wordt overeengekomen, voor zijn hulp WTG-tarieven declareren bij het ziekenhuis.

De tarieven tussen ziekenhuis en medisch-specialist kunnen dezelfde zijn als die bij de zorgverzekeraar of de patiënt/verzekerde in rekening worden gebracht. Dat hangt er vanaf wat partijen overeenkomen en door het COTG wordt goedgekeurd of vastgesteld.

Aangenomen kan worden dat met het oog op het debiteurenrisico de tarieven inderdaad hetzelfde zullen zijn.

Het COTG zal na aanvaarding van het wetsvoorstel door de Eerste Kamer worden gevraagd een uitvoeringstoets te doen naar de bekostiging van de nieuwe aanspraak waarin alle relevante aspecten worden meegenomen.

In antwoord op een vraag daarover van de leden van de PvdA-fractie deel ik mede dat voor het eventueel wijzigen van de interne relatie tussen ziekenhuizen en medisch-specialisten geen wettelijke voorschriften bestaan. Dit is een zaak van partijen zelf. Zij kunnen daar zelf in het kader van de toelatingsovereenkomst afspraken over maken. Het opgestelde Addendum vormt daartoe alsdan de basis.

Een volgende stap, waar de leden van de PvdA-fractie eveneens naar vroegen, zal de ontwikkeling zijn van een geïntegreerde bekostigingssystematiek.

Wat betreft de vragen van de leden van de fractie van GroenLinks, merk ik op dat ik op de toelatingsbeschikking van het ziekenhuis en de declaratie van de medisch-specialist al in het vorenstaande ben ingegaan. Hetzelfde geldt met betrekking tot de positie van de medisch-specialist in het kader van de WTG. Ter aanvulling hierop wil ik nog eens herhalen wat ik in de memorie van antwoord heb meegedeeld, namelijk dat er op dit moment sprake is van ziekenhuisbudgetten en, als uitvloeisel van de lokale initiatieven, honorariumbudgetten. Op den duur staat mij, zoals ik hiervoor heb aangegeven, een geïntegreerde bekostigingssystematiek voor de gehele geïntegreerde organisatie voor ogen.

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 medisch-specialisten in het vrije beroep werkzaam zijn, deze meebeslissen over de beschikbare deelbudgetten. In het Addendum dat met instemming van de betrokken landelijke organisaties is opgesteld als model voor toevoeging bij de toelatingsovereenkomst, 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. In het kader van de WTG betekent het wetsvoorstel voor partijen dat de NVZ met ZN en de Kontaktcommissie Publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor Ambtenaren (KPZ) afspraken maakt over de bekostiging van het ziekenhuis. De Orde maakt met ZN en de KPZ afspraken over het door de medisch-specialist te declareren tarief voor zijn werkzaamheden. Gelet de op onderlinge relaties ligt het in de rede dat de Orde en de NVZ elkaar bij de onderhandelingen betrekken.

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