

Vergaderjaar 1997–1998

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

Nr. 10

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 24 september 1997

Met belangstelling heb ik kennis genomen van het 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. Met genoegen heb ik geconstateerd dat door bijna alle fracties met instemming op dit voorstel van wet is gereageerd.

Bij de beantwoording van de vragen van de diverse fracties is zoveel mogelijk de volgorde van het verslag aangehouden. Wel is nagestreefd herhalingen zoveel mogelijk te vermijden. Daarom is in een aantal gevallen kort naar een eerder antwoord verwezen.

1. Algemeen

De leden van de PvdA-fractie vroegen of schriftelijk kan worden vastgelegd dat met het schrappen van het samenwerkingsverband uit het voorstel van wet geen wijzigingen op financieel en fiscaal gebied optreden. Het kabinet wil dit graag bevestigen. Het schrappen van het samenwerkingsverband tast niet het vrije ondernemerschap aan en heeft geen gevolgen voor de fiscale en de sociaalrechtelijke positie van de medisch-specialist die het vrije beroep uitoefent. Het niet opnemen van het begrip samenwerkingsverband heeft ook geen gevolgen voor de financiële positie van de medisch-specialist. De afspraken tussen de medisch-specialisten en de ziekenhuisorganisatie worden niet met dit wetsvoorstel geregeld. Dit is aan betrokkenen zelf. Het schrappen van het begrip samenwerkingsverband betekent ook niet dat de medisch-specialisten en de ziekenhuisorganisatie niet tot bepaalde samenwerkingsverbanden kunnen komen.

De leden van de fractie van de PvdA wilden weten wanneer aanvullende regelgeving voor integratie van de financiële stromen tegemoet kan worden gezien en wanneer een begin gemaakt wordt met uitvoering van de overige aanbevelingen van de Commissie modernisering curatieve zorg (verder te noemen: Commissie-Biesheuvel). Zij gaan ervan uit dat dit najaar gesproken moet kunnen worden over de overige aanbevelingen. Met deze leden ben ik van mening dat het goed is over de verdere voortgang op dit dossier met elkaar van gedachten te wisselen. Met het

oog hierop neem ik mij voor de Kamer dit najaar te rapporteren over de voortgang bij de implementatie van het kabinetsstandpunt Modernisering Curatieve Zorg. Daarin zal ingegaan worden op de verdere vragen van de leden op dit onderdeel. Onder meer zullen daarbij het verdere traject op het gebied van de producttypering en dat met betrekking tot de goodwill aan de orde komen. Aan het project producttypering wordt momenteel door de betrokken partijen hard gewerkt. Vooral op lokaal niveau is men op veel plaatsen aan de slag om te komen tot oplossingen voor het vraagstuk van de goodwill en de inkomensharmonisatie. Ook aan de integratie tussen het specialistenbudget en het ziekenhuisbudget wordt lokaal gewerkt.

Aanvullend op het thans voorliggende wetsvoorstel zal voorts een uitvoeringstoets aan het COTG gevraagd worden in verband met de benodigde aanpassing van de werkingssfeer van de WTG.

Naar aanleiding van de opmerking van de leden van de PvdA over het opnemen van een evaluatiebepaling als extra aandachtspunt om de voorstellen van de commissie in de komende jaren op de politieke agenda te houden merk ik op dat een dergelijke evaluatie daar inderdaad mede aan zou kunnen bijdragen. Om de nieuwe situatie die met de wetswijziging ontstaat, reëel op haar effect te kunnen bezien, verdient naar mijn idee een evaluatietermijn van vier jaar de voorkeur. Een nota van wijziging waarmee de evaluatiebepaling in het wetsvoorstel wordt opgenomen, is bij deze nota naar aanleiding van het verslag gevoegd.

Dit is tevens een antwoord op vragen die de leden van fracties van de VVD en de CDA hierover verderop in het verslag stelden.

De leden van de fractie van de PvdA vroegen om een reactie op de advertentie van de Orde van Medisch Specialisten die begin juni 1997 in verschillende kranten heeft gestaan en op de door hen verwoorde reactie op de advertentietekst. Ook de leden van de D66-fractie vroegen daarnaar.

De advertentie van de OMS heeft ook mij verbaasd. De suggestie dat ik uit zou zijn op een dienstverband voor medisch-specialisten is misleidend. Ik heb telkenmale aan de OMS en aan ieder ander laten weten dat de integratie van de ziekenfonds- en wtz-aanspraken op medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg niet inhoudt dat het vrije beroep onmogelijk wordt. Bij snelle lezing wekt genoemde advertentie de indruk dat medisch-specialisten in loondienst minder goed voor hun patiënten zouden opkomen. Ik ben het met u eens dat dit niet het geval is. Via recente overleggen met diverse lokale initiatieven bleek mij dat ook zij zich ongemakkelijk voelen met de advertentie. Op lokaal niveau zijn de (veelal vrij gevestigde) medisch-specialisten, het ziekenhuis en de verzekeraars juist bezig om gezamenlijk tot goede en werkbare afspraken te komen, waarbij de onderlinge samenwerking centraal staat en vaak met behoud van het vrije beroep. De advertentie sluit duidelijk niet aan bij die activiteiten. Het zou erg te betreuren zijn wanneer patiënten zich door de bewuste tekst hebben laten leiden en bezorgd zijn geworden over de toekomst van de zorgverlening. Signalen in die richting hebben mij evenwel niet bereikt. Wel hebben de media zelf gereageerd. De NRC liet daags na de advertentie de kakkerlakken op de voorpagina zeggen «Uw gezondheid kan de specialisten ernstige schade toebrengen».

Ik ben het met u eens dat de tekst en de toonzetting van de advertentie niet uitblonden in fijnzinnigheid. Ik heb echter de indruk dat gelukkig in het algemeen in de ziekenhuizen constructief samengewerkt wordt. Wel hoorde ik een enkele keer dat er onduidelijkheid bleek te bestaan over de toekomst van de lokale initiatieven. Waar dat aan de orde kwam, is uitgelegd dat bij invoering van het wetsvoorstel het vrije beroep gehandhaafd kan blijven en dat derhalve de lokale initiatieven toekomst blijven

hebben. Mogelijk dat de onderling vastgelegde afspraken op onderdelen nader bezien moeten worden.

De overheid heeft ten aanzien van het informeren van de burgers waar het de sociale verzekeringen betreft, met de Ziekenfondsraad de afspraak dat deze de publieksvoorlichting verzorgt. Zover is het echter nog niet. Het voorstel van wet moet nog door de beide Kamers worden besproken. De OMS heeft een heel vroeg stadium gekozen om zijn opvattingen aan het publiek kenbaar te maken. Wanneer de wet is aangenomen, zal over de gevolgen van de invoering zeker publieksvoorlichting verzorgd worden. Zonodig zal ik bezien hoe ook vanuit de overheid een juiste voorlichting over het wetsvoorstel en de gevolgen daarvan aan de medisch-specialisten kan worden gegeven.

De fractie van de PvdA vroeg eveneens of het in het licht van de stemmingmakerij door de OMS niet beter zou zijn om de aanbevelingen van de Commissie-Biesheuvel op zo kort mogelijke termijn uit te voeren en daarbij zo snel mogelijk van start te gaan. Hiervoor heb ik al aangegeven de Kamer in het najaar te zullen rapporteren over de voortgang van de implementatie van overige aanbevelingen van de Commissie-Biesheuvel.

In antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie waarom het zo lang heeft geduurd voor het wetsvoorstel de Kamer kon bereiken, merk ik op dat, zoals in de memorie van toelichting is aangegeven, ziekenhuizen, medisch-specialisten en zorgverzekeraars de mogelijkheid is geboden om door middel van lokale initiatieven te komen tot de gewenste veranderingen op het terrein van de onderhavige zorg. Het kabinet heeft pas het traject van wetgeving willen inzetten op het moment dat het proces van integratie van de medisch-specialistische zorg in ziekenhuiszorg door middel van de lokale initiatieven gaande was. Het voorstel van wet volgt in die zin de maatschappelijke ontwikkelingen. Daarnaast wil het kabinet de verdere voortgang van dit proces met dit voorstel van wet ondersteunen. Voorts is relevant dat na het besluit van het kabinet om tot wetgeving over te gaan, het overleg met de medisch-specialisten met name de nodige tijd heeft gevergd.

Naar aanleiding van de vraag van leden van de CDA-fractie over de stand van zaken rondom producttypering en output-pricing het volgende. Het project is in een fase waarin het productontwerp van de diagnose-behandel-combinatie (DBC) verder moet worden uitgewerkt. Hierbij wordt samengewerkt met de Orde van Medisch Specialisten. De voorlopige resultaten van de pilotziekenhuizen laten zien dat de voorgestelde vormgeving kan leiden tot een transparante ordening en typering van medisch specialistische ziekenhuiszorg. Een en ander zal echter niet eenvoudig zijn.

De stelling van de leden van de CDA-fractie dat de onderhavige wetswijziging het proces stimuleert om tot ontschotting, een samenhang in de sturing en een grotere doelmatigheid van de zorg in ziekenhuizen te komen, onderschrijf ik.

Medisch-specialisten die deelnemen aan goedgekeurde lokale initiatieven, worden gevrijwaard van volumekortingen die na 1 april 1994 zijn opgelegd. De volgende bedragen zijn hiermee gemoeid:

- van de in verband met de overschrijding van het macro-budget 1994 opgelegde (structurele) korting van f 496 mln is f 187 mln in aanmerking gekomen voor vrijwaring;
- per 1 januari 1997 is een (structurele) maatregel van f 30 mln opgelegd;

– f 88 mln die geldt voor de periode 1 juni 1996 tot 1 juni 1998; dit betreft een korting die is opgelegd ter inhaal van de vertraging bij de compensatie van de zogenoemde restantproblematiek 1992.

Bij deze bedragen, voor 1997 cumulerend tot f 261 mln, moet worden opgemerkt dat deze zijn gebaseerd op de veronderstelling van volledige deelname. Rekening houdend met de «witte vlekken» (twee ziekenhuizen doen niet mee) is het bedrag dat in 1997 feitelijk is gemoeid met de vrijwaring, te schatten op f 250 mln. Voor de medisch-specialisten in de twee ziekenhuizen die niet mee doen geldt een tariefniveau dat gemiddeld genomen circa 12,5% lager ligt dan het tariefniveau voor de medisch-specialisten die wel in lokale initiatieven participeren.

De leden van de CDA-fractie vroegen of de indruk juist is dat de invoering van de aanbevelingen van de Commissie-Biesheuvel met name wat betreft de problematiek van de dienstverbanden en de mogelijke alternatieven daarvoor, de basishonoraria en afbouw van de goodwill slechts aan het vrije spel der krachten wordt overgelaten en niet in concrete beleidsdaden wordt omgezet.

Het kabinet heeft in zijn standpunt op de aanbevelingen van de Commissie-Biesheuvel aangegeven dat het dienstverband een bijdrage levert aan de totstandkoming van een geïntegreerde organisatie van medisch-specialistische zorg. Daar is echter aan toegevoegd dat het zeer wel denkbaar is dat andere arbeids- en financiële verhoudingen tussen arts en ziekenhuis dan het dienstverband zo'n bijdrage leveren. Het kabinet heeft, mede gegeven de verdeelde opvattingen in het veld, geen voorkeur voor dienstverband dan wel vrije vestiging. Het kabinet is van opvatting dat het aan de betrokken partijen zelf is om tot een voor hen zelf goede oplossing te komen. De lokale initiatieven zijn bekend met dit standpunt. Geregeld vindt overleg plaats tussen partijen van een lokaal initiatief en mijn ministerie over wensen van medisch-specialisten om in dienst van het ziekenhuis te komen. In voorkomende gevallen wordt de te volgen route uitvoerig besproken. Dus ook het kabinetsstandpunt dat goodwillproblematiek door de beroepsgroep zelf opgelost moet worden, in die zin dat wel mee gedacht wordt door de overheid maar niet mee betaald zal worden. Verschillende financieringsvormen worden in bedoelde gesprekken doorgenomen. De indruk is dus niet juist dat er geen duidelijke beleidsdaden zijn. De daden bestaan uit het voeren van overleg, het geven van voorlichting via voordrachten ten huize van lokale initiatieven en vele bilaterale gesprekken.

De leden van de CDA-fractie vroegen waarom niet gekozen is voor een kaderwet, eventueel gekoppeld aan een invoeringswet.

Er vanuitgaande dat de leden van de CDA-fractie met deze vraag doelen op het in brede zin bij wet implementeren van aanbevelingen van de Commissie-Biesheuvel, merk ik het volgende op.

In de nota «Modernisering curatieve zorg» zijn de aanbevelingen van de Commissie-Biesheuvel in grote lijnen onderschreven. Echter, in die nota is ook aangegeven dat voor de uitvoering van die maatregelen slechts in beperkte mate het instrument van wetgeving zal worden ingezet. Met betrekking tot de medisch-specialistische zorg is alleen ten aanzien van het integreren van de aanspraken het inzetten van dit instrument aangekondigd. Het onderhavige wetsvoorstel heeft dan ook alleen daarop betrekking.

De leden van de CDA-fractie vroegen indringend of ik nog eens in kon gaan op de fiscale positie van de medisch-specialisten.

Het is van meet af aan de bedoeling geweest dat ook bij invoering van het wetsvoorstel het vrije beroep voor de medisch-specialisten mogelijk blijft. Met de koepels OMS, ZN en NVZ heb ik ook telkens in die zin

gesproken, dit ondanks de berichtgeving van de OMS in de media waarin het tegendeel wordt beweerd. Staatssecretaris Vermeend van Financiën heeft mij gezegd en geschreven, onder meer bij brief van 17 december 1996, dat na invoering van het wetsvoorstel het vrije beroep nog steeds tot de mogelijkheden behoort. Uitdrukkelijk heeft hij daar wel aan toegevoegd dat het verstandig zou zijn dat de betrokkenen voor zij hun onderlinge afspraken bezegelen, contact opnemen met de coördinerende belastingdienst, te weten die te Breda. Op deze wijze kunnen de wensen van de partijen zo gevormd en geformuleerd worden dat het gewenste resultaat – behoud van het vrije beroep – wordt bereikt. Bij brief van 15 april 1997 bent u geïnformeerd over de meest essentiële aspecten die bij de beoordeling of fiscaal gezien nog sprake is van het vrije beroep, een rol spelen.

De leden van de CDA-fractie vroegen op welke wijze het voorliggende wetsvoorstel een bijdrage levert aan de bevordering van de transmurale zorg.

Met het voorliggende wetsvoorstel wordt een aanspraak ingevoerd op medisch-specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis. Anders dan nu, regelt het wetsvoorstel dus niet dat de ziekenhuiszorg plaats moet vinden binnen de muren van het ziekenhuis. De bepaling maakt het bijvoorbeeld mogelijk dat het ziekenhuis verpleging ten huize van de verzekerde gaat verlenen.

In antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie of de verzekerde straks alleen nog maar aanspraak heeft op een geïntegreerd product ziekenhuisverpleging en medisch-specialistische zorg, merk ik op dat de verzekerde straks aanspraak heeft op medisch-specialistische zorg verleend door of vanwege een ziekenhuis. Daarnaast bestaat aanspraak op medisch-specialistische zorg die verleend wordt door een persoon of instelling die voor die zorgverlening op geen enkele wijze verbonden is aan een ziekenhuis en dus ook op geen enkele wijze gebruik maakt van ziekenhuisfaciliteiten. Ten aanzien van deze zorg geldt dat het ziekenfonds vrij is in het sluiten van contracten met medisch-specialisten die deze zorg verlenen. Op dit moment geldt voor instellingen die niet-klinische specialistische hulp verlenen eveneens dat ziekenfondsen niet gehouden zijn met zo'n instelling een overeenkomst te sluiten. Dit is geregeld in het koninklijk besluit van 1 februari 1985, houdende toepassing van artikel 8a, tweede lid, van de Ziekenfondswet (Stb. 84). Ik zal bevorderen dat dit besluit straks in technische zin wordt aangepast, in die zin dat hetgeen nu geregeld is met betrekking tot de instellingen die niet-klinische specialistische hulp verlenen, straks zal gelden voor de instellingen die de zorg, bedoeld in het voorgesteld artikel 8, eerste lid, onder c, verlenen.

Naast overeenkomsten met ziekenhuizen zal de noodzaak om met de hiervoor bedoelde personen en instellingen te contracteren, beperkt zijn. Immers, omdat medisch-specialistische zorg vaak niet verleend kan worden zonder te beschikken over ziekenhuisfaciliteiten of andere specialismen, zullen zorgverzekeraars er de voorkeur aan geven dat medisch-specialistische zorg zoveel mogelijk wordt verleend door of vanwege de geïntegreerde ziekenhuisorganisatie. Dit betekent dat de zorgverzekeraars naar verwachting slechts in beperkte situaties medisch-specialisten of privéklinieken zullen contracteren.

De leden van de CDA-fractie vroegen commentaar op de stelling van de Orde van Medisch Specialisten dat het wetsvoorstel zich niet goed verhoudt tot, dan wel niet in overeenstemming is met de bepalingen op de geneeskundige behandelingsovereenkomst.

De relatie tussen de medisch-specialist en de patiënt wordt inhoudelijk beheerst door de in boek 7 van het Burgerlijk wetboek opgenomen

bepalingen inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Straks zal, net zoals nu, zowel sprake kunnen zijn van geneeskundige handelingen die worden verricht door hulpverleners die als zelfstandig gevestigd beroepsbeoefenaar werkzaam zijn als van artsen in dienstverband. Het wetsvoorstel brengt hierin geen verandering. De zelfstandig gevestigd beroepsbeoefenaar gaat zelf een geneeskundige behandelingsovereenkomst met de patiënt aan. De arts in dienstverband gaat straks, net als nu, in de regel niet zelfstandig maar namens het ziekenhuis een behandelingsovereenkomst aan. Het ziekenhuis is in de situatie met de arts in dienstverband slechts in zoverre hulpverlener dat het de overeenkomst met de patiënt sluit en er zorg voor moet dragen dat de medisch-specialist de hulp conform de bepalingen omtrent de geneeskundige behandelingsovereenkomst verleent. De verantwoordelijkheid van de arts voor de inhoud van zijn medisch handelen wijzigt niet door de gekozen juridische constructie voor de verhouding tussen medisch-specialist en ziekenhuis. De relatie tussen medisch-specialist en de patiënt blijft hoe dan ook inhoudelijk beheerst door de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek inzake de behandelingsovereenkomst.

De leden van de CDA-fractie vroegen hoe het kabinet het standpunt van de Orde van Medisch Specialisten beoordeelt dat zij bij aanvaarding van de wet «hun leden vrije beroepsbeoefenaren zullen adviseren patiënten uitsluitend te behandelen op basis van een individuele geneeskundige behandelingsovereenkomst conform de WGBO».

Voor zover de Orde van Medische Specialisten met het aangaan van individuele geneeskundige behandelingsovereenkomsten doelt op het zenden van rekeningen aan patiënten zij opgemerkt dat de Ziekenfondswet uitgaat van het zogenaamde naturastelsel. Een verzekerde die zijn aanspraak op een verstrekking geldend wil maken, wendt zich ingevolge de Ziekenfondswet tot een persoon of instelling met wie het ziekenfonds een overeenkomst heeft gesloten ter voorziening in zijn geneeskundige verzorging. Nu heeft het ziekenfonds overeenkomsten gesloten met het ziekenhuis en de vrij gevestigde medisch-specialist. Een ziekenfondsverzekerde ontvangt in de huidige situatie geen rekening voor verleende verstrekkingen. Straks heeft de ziekenfondsverzekerde geen aanspraak meer op hulp, verleend door de medisch-specialist die gebruik maakt van ziekenhuisfaciliteiten. Er bestaat dan ook geen aparte overeenkomst meer tussen deze medisch-specialisten en ziekenfondsen. Voor de op grond van de Ziekenfondswet verleende hulp is er ook straks geen grondslag voor de medisch-specialist om de ziekenfondsverzekerde een rekening te sturen. Ten aanzien van verzekerden die een verzekeringsovereenkomst ingevolge de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen hebben gesloten, betekent onderhavig voorstel eveneens dat indien het gaat om verleende hulp door een medisch-specialist die gebruik maakt van ziekenhuisfaciliteiten, op grond van die wet geen aanspraak bestaat op vergoeding van de door de medisch-specialist verleende hulp, maar alleen op vergoeding van de rekening van het ziekenhuis.

Uiteraard zal ook het Besluit werkingssfeer Wet tarieven gezondheidszorg 1992 worden aangepast aan de hand van de met het voorstel van wet gewijzigde aanspraken. Ook langs die weg kunnen medisch-specialisten de hulp dan niet meer apart bij de desbetreffende verzekerden in rekening te brengen.

Het dreigement van de Orde van Medisch Specialisten is dan ook niet anders uit te leggen dan dat de medisch-specialisten straks geen hulp meer zullen verlenen aan ziekenfondsverzekerden en verzekerden die aanspraak hebben op het standaardpakket. Ik ga ervan uit dat dit toch niet de bedoeling zal zijn van de Orde van Medisch Specialisten.

Hiermee is tevens ingegaan op vragen van de leden van de VVD-fractie en de leden van de RPF-fractie over de WGBO.

De leden van de CDA-fractie vroegen op grond van welke overwegingen het kabinet tot de stellingname is gekomen dat medisch-specialisten die dat wensen, in de toekomst als vrije beroepsbeoefenaar binnen de ziekenhuisorganisatie moeten kunnen blijven werken en dat ook in de komende jaren het uitoefenen van het vrije beroep mogelijk moet blijven. Eerder genoemde leden betrokken daar nog de door het kabinet onderschreven aanbevelingen van de Commissie-Biesheuvel bij.

In het kabinetsstandpunt op het rapport van de Commissie-Biesheuvel is te vinden dat het kabinet ook voor de toekomst geen voorkeur uitspreekt voor het vrije beroep dan wel dienstverband voor de medisch-specialisten die in ziekenhuizen werken. Dit standpunt is gebaseerd op de verwachting dat zowel dienstverband als ook andere arbeids- of financiële verhoudingen tussen arts en ziekenhuis kunnen bijdragen aan de totstandkoming van een geïntegreerde organisatie van medisch-specialistische zorg. De ervaring die opgedaan wordt in de lokale initiatieven, ondersteunt deze verwachting.

De leden van de CDA-fractie vroegen voorts of het voorliggende wetsvoorstel nog volledig recht doet aan de stellingname van het kabinet over de handhaving van het vrije beroep of dat de vrees van de OMS en het MKB-Nederland gerechtvaardigd is dat medisch-specialisten de ondernemersstatus voor de fiscale en de sociale verzekeringswetten verliezen.

Het is, zoals bekend, nooit de bedoeling geweest om bij invoering van het voorliggende wetsvoorstel de uitoefening van het vrije beroep onmogelijk te maken. Dit geldt zowel de fiscale als de sociale verzekeringsaspecten. In de zomermaanden heeft overleg plaats gevonden tussen VWS, SZW, Financiën, het Landelijke Instituut Sociale Verzekeringen (Lisv) en de uitvoeringsorganisatie Cadans. De uitkomst van dit overleg is door de Lisv neergelegd in bijgevoegde brief aan mij van 8 september 1997. De Lisv stelt dat bij invoering van het wetsvoorstel het vrije beroep voor medisch-specialisten nog steeds tot de mogelijkheden behoort. Ten aanzien van de fiscale en de sociale verzekeringsstoetsing van de onderlinge afspraken door de Belastingdienst en Cadans wordt opgemerkt dat de beoordelingen plaats vinden op min of meer dezelfde uitgangspunten. Hiervoor verwijs ik naar de brief van de Lisv.¹

Om de procedures niet te zeer te vertragen en onnodige misverstanden te voorkomen, raadt het Lisv aan dat betrokken partijen, medisch-specialisten, ziekenhuis en eventueel verzekeraars, reeds van te voren overleg hebben met het toetsende uitvoeringsorgaan Cadans over vormgeving en verwoording van de gewenste onderlinge afspraken. Dit lijkt mij een goed advies.

Een soortgelijk advies werd reeds door staatssecretaris Vermeend gegeven omtrent de fiscale aspecten van het vrije beroep. Via eerdere correspondentie tussen mij en staatssecretaris Vermeend van 17 december 1996 en een brief van mij aan de OMS van 6 februari 1997 was al duidelijkheid ontstaan over de toetsingselementen door de Belastingdienst. Ten aanzien van de fiscale en sociale verzekeringsaspecten zijn min of meer de zelfde elementen van de beroepsuitoefening van belang bij de toetsing. Overleg met Cadans en de Belastingdienst vóór de feitelijke ondertekening van de afspraken door de betrokken lokale partijen zal nuttig zijn.

Zoals in het voorgaande is uiteengezet, regelt het wetsvoorstel alleen de aanspraak op medisch-specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis. Het wetsvoorstel regelt derhalve niet de wijze waarop specialisten en ziekenhuizen in overleg met de ziektekostenverzekeraars

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

invulling geven aan het medisch-specialistisch bedrijf. Dat is in de visie van het kabinet de verantwoordelijkheid van die partijen. Het verheugt mij daarom dat deze partijen na een intensief onderhandelingsproces en met steun van mijn departement de verantwoordelijkheid op zich hebben genomen om in het belang van de medisch-specialistische gezondheidszorg het geïntegreerd medisch bedrijf vorm te geven. De Orde van Medisch Specialisten, de NVZ Vereniging van Ziekenhuizen en Zorgverzekeraars Nederland hebben op 22 september 1997 een daartoe strekkend convenant in mijn aanwezigheid getekend. Het convenant van deze partijen beschouwt het kabinet als een belangrijke basis voor verdere gezamenlijke praktische uitwerking van het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf. Met dit convenant heb ik dan ook van harte ingestemd. Ik heb ook graag mijn medewerking toegezegd aan het instellen van het in het convenant voorgestelde platformoverleg. Ook zal ik graag bijdragen aan een voortvarende aanpak.

Naar mijn oordeel is met de brieven van de Minister van Financiën van 17 december 1996 en van het Lsv van 8 september 1997 voldaan aan de voorwaarde in het convenant. Die voorwaarde houdt in dat gewaarborgd moet zijn dat medisch-specialisten niet door aanvaarding van het wetsvoorstel fiscaal en sociaal-verzekeringsrechtelijk worden beperkt in hun vrije keuze hun praktijk te voeren in een volwaardig vrij beroep dan wel in een volwaardig dienstverband. Een afschrift van het convenant en van mijn reactie daarop voeg ik ter kennisneming hierbij.

Ook de meeste andere fracties stelde vragen over het vrije beroep en de fiscale en sociaalrechtelijke positie. In algemene zin zijn deze met vorenstaande beantwoord.

Op enkele specifieke aspecten ga ik hierna per fractie in.

De leden van de CDA-fractie vroegen zich, net als de NVZ, af of het alsnog zinvol is om het begrip zorginhoudelijk kader nader te omschrijven. De leden van de CDA-fractie verwezen daarbij tevens naar Werkdocument IV van de werkgroep LSV/NVZ van 6 juni 1994 dat bestuurlijk aanvaard is door de toenmalige LSV en de NVZ. De begrippen zorginhoudelijk kader, financieel en organisatorisch kader moeten in de praktijk nader invulling krijgen zoals dat ook nu al gebeurt. Aangezien het wetsvoorstel de aanspraken van verzekerden regelt en niet de onderlinge samenwerking tussen betrokken partijen bij het verstrekken van bedoelde aanspraken, ligt een nadere invulling van het begrip zorginhoudelijk kader hier niet in de rede. Wellicht ten overvloede merk ik hierbij op dat de LSV zich bestuurlijk nadien weer heeft gedistantieerd van haar eerdere standpunt.

De leden van de VVD-fractie informeerden waarom als eerste stap ter invoering van de voorstellen van de Commissie-Biesheuvel is gekozen voor verandering van de verzekeringsaanspraak in de Zfw en Wtz. Ik zie dit niet zozeer als eerste stap. Er zijn al meer stappen gezet. Het creëren van mogelijkheden om tot lokale initiatieven te komen, is zo'n stap. De aanpassing van de Zfw en Wtz sluit hierop aan. Ook op andere onderdelen van het Biesheuveldossier zijn stappen gezet. Onder meer wordt gewerkt aan de ontwikkeling van producttypering. Ik zal u in het najaar meer in den brede hierover rapporteren. Dat betekent dat de VVD-fractie het gevraagde plan van aanpak met de nog op stapel staande veranderingen dan tegemoet kan zien.

De leden van de VVD-fractie wilden weten hoe het wetsvoorstel zich verhoudt tot de lokale initiatieven en met name die, waarbinnen experimenten lopen over bijvoorbeeld inkomensharmonisatie en onderlinge taakafbakening. Met de lokale initiatieven wordt een bijdrage geleverd aan de doelstelling van het kabinet om te komen tot een geïntegreerde

organisatie van medisch-specialistische zorg. Door de introductie van de lumpsum verdwijnt het bestaande verrichtingsstelsel naar de achtergrond. De financiële ontwikkelingen binnen de initiatieven zijn divers. Bij een aantal wordt, zoals de leden van de VVD-fractie terecht opmerkten, gewerkt aan bijvoorbeeld inkomensharmonisatie. Ik vind dat een prima zaak. Ik zou graag het belang hiervan willen benadrukken. Het heeft sterk mijn voorkeur dat daar waar de verschillen in inkomen als storend ervaren worden voor het verdere proces van integratie ook ter plekke een aanpak ontwikkeld wordt om hierin verandering te brengen.

De wetswijziging zelf heeft met dit soort zaken geen relatie. Onderlinge inkomensnivo's en de integratie van aanspraken zijn zaken die niet met elkaar interfereren.

De wetswijziging sluit goed aan bij de situatie dat als gevolg van de lokale initiatieven het proces van integratie tussen ziekenhuizen en medisch-specialisten goed vordert.

In reactie op de vraag van de leden van de VVD-fractie of met het onderhavige wetsvoorstel niet beter gewacht had kunnen worden op de evaluatie van experimenten en de lokale initiatieven het volgende. Er is onderscheid tussen de officieel als experiment aangemerkte initiatieven en de overige initiatieven die veelal op hun eigen wijze met experimenten aan de slag zijn. Bij de eerstgenoemde wordt met een subsidie via de Ziekenfondsraad een evaluatie-onderzoek verricht. De resultaten daarvan zullen in de eerste helft van 1998 beschikbaar zijn. De resultaten daarvan zullen mede van belang zijn voor het verder te voeren beleid. Met betrekking tot de integratie van de aanspraken verwacht ik hier geen nieuwe inzichten. Daar is de evaluatie ook niet voor bedoeld.

De overige initiatieven hebben hun eigen, lokaal ontwikkelde experimenten, elk met eigen looptijden. De resultaten daarvan vormen een voedingsbodem voor zowel het verdere lokale beleid alsook het overheidsbeleid. Het gaat daarbij meer om een continu proces dan om een proces met een strikt begin- en eindpunt en tijdsplanning.

De leden van de VVD-fractie wilden graag weten hoeveel praktiserende medisch-specialisten in dienstverband werken, hoeveel vrijevestigd zijn binnen het ziekenhuis en hoeveel er helemaal niet verbonden zijn aan een ziekenhuis. In 1996 waren er 10 371 specialisten met een contract met een ziekenfonds (tabel A1.9, JOZ 1998). De overgrote meerderheid daarvan is werkzaam binnen de ziekenhuizen. Van de medisch-specialisten die in algemene ziekenhuizen werken, doet gemiddeld circa 15% dat in dienstverband. Bij enkele specialismen ligt dat percentage beduidend hoger dan gemiddeld. Dat geldt bijvoorbeeld voor de dermatologen en de klinisch-chemici. Voor de klinisch-geriaters geldt dat zij allemaal in dienstverband werken. Voor de kinderartsen wordt gewerkt aan een dienstverband voor de gehele beroepsgroep. In de academische ziekenhuizen wordt voor het ziekenfondsdeel in dienstverband gewerkt en voor het particuliere deel doorgaans in vrije vestiging. Over het aantal medisch-specialisten dat helemaal niet aan een ziekenhuis verbonden is, is – van oudsher – weinig informatie voorhanden. Voor de medisch-specialisten die aan ziekenhuizen verbonden zijn, bestond tot aan de afschaffing van de nadere detaillering van de erkenningsbeschikking per 31 december 1995 een gedetailleerd inzicht in de aantallen werkzame personen en full time equivalenten. Voor de medisch-specialisten die niet aan het ziekenhuis verbonden zijn was dat niet het geval.

De constructie die de leden van de VVD-fractie noemden bij het Zuiderziekenhuis, is geen algemeen gangbare constructie.

De vraag van de leden van de VVD-fractie of er in verband met het voortbestaan van het vrije ondernemerschap na invoering van het wetsvoorstel nog nader overleg heeft plaats gevonden met bewindslieden van SZW en Financiën kan bevestigend worden beantwoord. Ik verwijs

hiervoor verder naar mijn antwoord op vragen van de leden van de CDA-fractie over het kunnen blijven uitoefenen van het vrije beroep door medisch-specialisten in ziekenhuizen. Omdat tijdens het algemeen overleg over oogzorg was vorenbedoeld overleg nog niet afgerond, moest ik toen nog een slag om de arm moeten houden en kon ik de gevraagde duidelijkheid nog niet geven.

De leden van de VVD-fractie hadden graag door middel van een invoeringswet de bij het vrije beroep behorende fiscale en de sociaal-rechtelijke positie vastgelegd.

Het voorstel van wet wijzigt in beperkte zin de Ziekenfondswet en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen. Het voorstel van wet regelt slechts de aanspraak van verzekerden en niet de verhouding tussen de medisch-specialist en het ziekenhuis. Zoals ik ook al heb uiteengezet, maakt het voorstel van wet het vrije beroep niet onmogelijk. Indien er sprake is van een medisch-specialist die het vrije beroep uitoefent, is ook de daarbij behorende fiscale en sociaalrechtelijke positie op grond van vigerende wettelijke voorschriften duidelijk. Een aparte invoeringswet is dan ook niet nodig.

Er is geen sprake van een onteigeningswet. Ook wordt niet de mening gedeeld dat het vrijgevestigd zijn van levensbelang is voor de patiënt. Het kabinet is van mening dat er geen onderscheid is in de kwaliteit van zorgverlening door een medisch-specialist die in dienstverband zorg verleent in vergelijking met de zorgverlening door een medisch-specialist die het vrije beroep uitoefent.

Voor het antwoord op de vragen van leden van de VVD-fractie over de WGBO verwijs ik naar mijn antwoord op de vragen van de leden van de CDA-fractie over de relatie tussen het onderhavige wetsvoorstel en de geneeskundige behandelingsovereenkomst.

De leden van de VVD-fractie vroegen wat de winst is van onderhavig wetsvoorstel wanneer een van de partijen zich uitdrukkelijk verzet tegen het wetsvoorstel en een andere partij een conceptnota over een arbeidsvoorwaardenmodel voor medisch-specialisten in dienstverband agendeert voor een ledenvergadering. De leden vroegen zich af of dit alles niet leidt tot demotivatie bij de medisch-specialisten en tot vertraging van het integratieproces. Ook werd gevraagd of het sluiten van convenanten op landelijk niveau tussen de drie partijen geen betere optie was geweest.

Bedoelde conceptnota over arbeidsvoorwaardenbeleid is een eerste product van een interne werkgroep van de NVZ. Gezien het feit dat er zowel medisch-specialisten zijn die hun vrije beroep in de toekomst willen voortzetten als medisch-specialisten die in dienst van het ziekenhuis willen treden, kan ik mij goed voorstellen dat de NVZ zich op die laatste situatie beraadt. Dat leidt stellig tot betere onderhandelingen. Ook als die op het lokale niveau gevoerd worden. De weerstand van de kant van de medisch-specialisten is met name gevoed door de stelling van de OMS dat met invoering van het wetsvoorstel het vrije beroep niet langer zou kunnen bestaan. Dat nu is een misverstand. Betrokken partijen hebben uiteindelijk zelf in de hand of in hun geval het vrije ondernemerschap gehandhaafd blijft. Ik ben daarop hiervoor al ingegaan.

De leden van de VVD-fractie vroegen wat de gevolgen zullen zijn indien ineens alle specialisten voor het dienstverband zullen kiezen, zowel financieel als voor de benodigde menskracht en opleidingsbehoefte.

Bij de instroomadvisering aan de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap met betrekking tot de benodigde aantallen afgestudeerde artsen in de komende jaren wordt rekening gehouden met de diverse ontwikkelingen zoals demografie, toename part-time werken, vervangingsvraag. Een overzicht van deze factoren en de concrete betekenis van de instroom van studenten geneeskunde is terug te vinden

in mijn recent verstuurd advies aan de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. Een afschrift daarvan is bij deze nota gevoegd.

Voor wat betreft de invloed van de «bedrijfstijd» van zorginstellingen en de effecten van allerlei factoren, zoals bijvoorbeeld een eventueel dienstverband van specialisten, op het aantal specialisten acht ik in overeenstemming met vele partijen een betere en verfijndere monitoring en een meer professionele planning dan thans noodzakelijk. Ik ben daarover in intensief overleg naar aanleiding van de door het veld ontwikkelde plannen rond de oprichting van een Capaciteitsorgaan en de meer gegarandeerde wijze van financieren van zuivere opleidingskosten van medisch en tandheelkundige vervolgopleiding. Ik verwacht, dat ik de Kamer daar zeer binnenkort nader over kan berichten.

Met het vorenstaande heb ik tevens geantwoord op vragen terzake van de leden van de D66-fractie.

De leden van de VVD-fractie vroegen of voor medisch-specialisten in academische ziekenhuizen nog het recht op vrije praktijkuitoefening met aparte tarifiering bestaat.

In academische ziekenhuizen hebben medisch-specialisten nu in principe voor hun particuliere praktijk het recht zelfstandig te declareren. De vormgeving ervan is niet overal gelijk. De tarieven die hiervoor gedeclareerd kunnen worden, zijn de vigerende tarieven.

Zoals bekend zijn met ingang van 1 januari 1997 de tarieven van medisch-specialisten voor de ziekenfonds- en particuliere sector geharmoniseerd. In het kader van deze harmonisatie is de hooglerarentoeslag komen te vervallen. Voor een compensatieregeling is zorggedragen.

Het krantenartikel van 22 maart 1997 is mij bekend. Daarna zijn geen signalen ontvangen dat ook verpleegkundigen dergelijke initiatieven hebben ontplooid. Er zijn geen wettelijke belemmeringen voor verpleegkundigen om maatschappen te vormen.

Het realiteitsgehalte acht ik gering omdat ik er vanuit ga dat ziekenhuizen een voorkeur zullen hebben voor verpleegkundigen in dienstverband. Ik zie ook niet in hoe het werken in een maatschap van verpleegkundigen moet bijdragen tot een betere zorgverlening en tot een verdere ontwikkeling van de geïntegreerde organisatie.

De leden van de VVD-fractie vroegen of het te verdedigen is dat passages over de relatie tussen ziekenhuizen en de daarin werkzame medisch-specialisten zijn opgenomen in het onderhavige wetsvoorstel, dat de aanspraken van de verzekerden regelt.

Met het wetsvoorstel wordt door wijziging van de Ziekenfondswet bewerkstelligd dat de ziekenfondsen voor de medisch-specialistische zorg in beginsel slechts overeenkomsten sluiten met ziekenhuizeninstellingen. Van belang hierbij is, zoals in de memorie van toelichting is aangegeven, de constatering dat medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg voor het overgrote deel onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden. In de toelichting is overigens expliciet vermeld dat dit wetsvoorstel niet de relatie tussen ziekenhuis en medisch-specialisten regelt.

In de nota van wijziging is desalniettemin in artikel IIa de relatie tussen ziekenhuis en medisch-specialist opgenomen. Zoals in de toelichting op de nota van wijziging is aangegeven, is de Ziekenfondswet als aanspraken- en financieringswet minder geschikt voor de opneming van een dergelijke bepaling, die de verhouding tussen een instelling en de daar werkzame medisch-specialist regelt. Daarom is ervoor gekozen deze bepaling als een soort slotbepaling in het onderhavige voorstel van wet op te nemen. Zij maakt dus geen deel uit van de Ziekenfondswet. Te gelegenertijd zal bezien worden of deze bepaling in een ander wettelijk regime moet worden ondergebracht.

Verder vroegen de leden van de VVD-fractie naar de visie van de regering op de mening van Zorgverzekeraars Nederland dat artikel 3 van de Kwaliteitswet zorginstellingen aanknopingspunten biedt.

Hetgeen onderhavig wetsvoorstel beoogt te regelen, ziet niet op waarborging van de kwaliteit van de zorg door de instelling zoals bepaald in de Kwaliteitswet zorginstellingen. Het begrip verantwoorde zorg in de Kwaliteitswet zorginstellingen biedt kan niet worden aangewend om de integratie als het ware af te dwingen. Wel draagt de integratie in de visie van het kabinet bij aan een verbetering van de ziekenhuiszorg. Waar het echter in artikel IIa om gaat, is om in het kader van de integratie duidelijk aan te geven waar de verantwoordelijkheden liggen. De verantwoordelijkheden voor de geneeskundige behandeling van de patiënt blijven bij de in het ziekenhuis werkzame medisch-specialisten. Zij zijn daarbij gebonden aan het in het ziekenhuis vastgestelde organisatorische en financiële kader. Voorts is met artikel IIa gewaarborgd dat de medische staf inbreng heeft in de afspraken die het bestuur van het ziekenhuis maakt met zorgverzekeraars. Echter, in vergelijking met de huidige situatie zal zich als uitvloeisel van dit wetsvoorstel wel een verandering voordoen. Immers, de totstandkoming hiervan leidt er toe dat het geheel van de ziekenhuiszorg, dat wil zeggen met inbegrip van de medisch-specialistische zorg, voor toetsing op grond van de Kwaliteitswet zorginstellingen in aanmerking komt.

De integratie zelf wordt overigens niet in het wetsvoorstel geregeld. Dat gebeurt onder meer door middel van de lokale initiatieven. Het wetsvoorstel is op dat punt faciliterend.

Hiermee is ook ingegaan op vragen van de leden van de SGP-fractie over de Kwaliteitswet zorginstellingen.

De leden van de VVD-fractie vroegen zich af hoe zij de passages over het samenwerkingsverband in de memorie van toelichting moeten zien, nu het samenwerkingsverband bij nota van wijziging uit het wetsvoorstel is verwijderd. Ten aanzien hiervan deel ik mede dat de memorie van toelichting strekt ter verantwoording van het wetsvoorstel zoals dat bij de Tweede Kamer wordt ingediend. Het wetsvoorstel bevatte bij de indiening een zinsnede met betrekking tot het samenwerkingsverband. In verband daarmee bevat de memorie van toelichting passages over het samenwerkingsverband. Nu de desbetreffende zinsnede uit het wetsvoorstel is verwijderd, moeten deze passages als achterhaald worden beschouwd. Dat neemt niet weg dat er in de praktijk samenwerkingsverbanden bestaan of zouden kunnen ontstaan. Het is aan ziekenhuizen en medisch-specialisten zelf om afspraken te maken over hun interne organisatie en over de wijze waarop zij de onderhandelingen met de ziekenfondsen aangaan.

Voor de betekenis van het wetsvoorstel is niet alleen de memorie van toelichting relevant, maar ook het verslag van het hoofdlijnen debat, de nota van wijziging met de toelichting daarop, de nota naar aanleiding van het verslag, de Handelingen enzovoort.

Het antwoord op de vraag van de leden van de VVD-fractie of zij goed zagen dat de nota van wijziging geen gevolgen heeft voor de mogelijkheden van transmurale zorg, luidt bevestigend.

Indien de leden van de VVD-fracties bedoelen dat het mogelijk moet zijn dat ziekenhuizen voor de transmurale zorg optreden als zorgaannemers, dan kan die vraag bevestigend worden beantwoord. Het ziekenhuis kan zelf bepalen wie de zorg onder zijn verantwoordelijkheid buiten de muren van het ziekenhuis verleent.

Het project in Velsen betreft een experiment waarin huisartsen op projectbasis werken in een buitenpolikliniek van het Kennemergasthuis. Het wetsvoorstel heeft daar geen betrekking op. De met het onderhavige

wetsvoorstel in te voeren mogelijkheid van transmurale hulp betreft het mogelijk maken van het verlenen van ziekenhuiszorg buiten de muren van het ziekenhuis. In het project gaat het daarentegen om huisartsenhulp binnen de muren van een ziekenhuis.

Met de leden van de VVD-fractie ben ik van mening dat een zorgvuldige voorbereiding ten aanzien van de uitvoering van de wet van belang is. Het is dan ook nog steeds noodzakelijk dat er een periode van ten minste zes maanden zit tussen aanvaarding van de wet door de Eerste Kamer en inwerkingtreding daarvan. Dit betekent dat 1 januari 1998 niet meer haalbaar is. Gezien het feit dat het noodzakelijk is dat maatregelen als de onderhavige op 1 januari van enig jaar worden ingevoerd, is de invoering nu voorzien per 1 januari 1999. Met nadruk wil ik wijzen op het belang dat dit voorstel van wet zo snel mogelijk door beide Kamers wordt behandeld. Voor het veld is het immers dan pas volstrekt duidelijk wat de wettelijke wijzigingen zullen zijn en kunnen dan pas de voorbereidende maatregelen worden getroffen.

Voor het antwoord op de vraag van de leden van de VVD over de het opnemen van een evaluatiebepaling in het wetsvoorstel verwijs ik naar mijn antwoord op de vraag hieromtrent van de PvdA-fractie.

Ten aanzien van de vragen van de leden van de D66-fractie over handhaving van het vrije beroep en, in samenhang daarmee de fiscale en sociaalrechtelijke aspecten, verwijs ik naar mijn antwoord op vragen van de leden van de CDA-fractie daarover.

De nota van wijziging staat hier los van. De nota van wijziging legt op hoofdlijnen de verantwoordelijkheidsverdeling vast. Die verantwoordelijkheidsverdeling moet verder vorm en inhoud krijgen en neergelegd worden in onderlinge afspraken.

De professionele autonomie blijft onveranderd in stand. Wel is het mijn wens dat medisch-specialisten zich mede laten leiden door zowel kwaliteits- als doelmatigheidsoverwegingen. De al toegepaste nevenschikking zal via onderlinge afspraken vastgelegd moeten zijn of worden. Bij die afspraken moeten vooral de eerder genoemde fiscale en sociaal verzekeringsrechtelijke aspecten van de toetsing ten behoeve van het voortbestaan van het vrije beroep betrokken worden.

De leden van de D66-fractie vroegen of het de bedoeling is om af te koersen op lumpsum afspraken tussen ziekenhuizen en verzekeraars of dat het systeem van outputpricing cq productprijzen verder vorm gegeven zal worden.

Voor de kortere termijn is de lumpsum benadering de beste methode om tot afspraken en productieafspraken te komen. Dat is dan een voortzetting van de huidige situatie, zij het dat de afspraken voor het ziekenhuis en de medisch-specialisten nog meer dan nu op elkaar afgestemd zullen worden. Het systeem van productprijzen is nog onvoldoende ontwikkeld om al aan invoering ervan te denken.

De vraag van leden van de D66-fractie naar het oordeel van de regering op de advertentie van de OMS die op 10 juni 1997 in diverse dagbladen is verschenen, is hiervoor al tezamen met eenzelfde vraag van de leden van de PvdA-fractie beantwoord.

De leden van de D66-fractie vroegen de regering hoever het staat met de voorbereidingen van een convenant waarin onder meer problemen met betrekking tot het vrije beroep en de autonomie worden opgelost en of het vrije beroep zal worden gewaarborgd. In dit verband werd tevens gevraagd naar de oplossingen voor het goodwillvraagstuk; de leden gaven aan de wens te hebben dat goodwill wordt omgezet in pensioen-

aanspraken. Gevraagd werd tevens naar een financieel overzicht van de omvang van dit probleem. Ook werd in dit kader gevraagd of een soort waarborgfonds om de geleidelijke beëindiging van de goodwill te regelen al eens is overwogen, en welke de bezwaren hiertegen zijn.

Het kabinet bereidt, anders dan de leden van de D66-fractie veronderstellen, geen convenant voor. Omzetting in een wettelijke regeling is daarom ook niet aan de orde. Dat is ook niet nodig nu, zoals ik hiervoor al heb aangegeven, na de Minister van Financiën ook de Lisv in een brief aan mij de essentiële elementen van toetsing met betrekking tot handhaving van het vrije beroep hier dan voor de sociale verzekeringen heeft geschetst.

Wat de goodwill betreft verwijs ik naar het kabinetsstandpunt op het rapport van de Commissie-Biesheuvel. Hierin heeft het kabinet reeds gesteld dat de goodwilloplossing een zaak van partijen zelf is, omdat zij het systeem zelf in het leven hebben geroepen. Het kabinet staat zeer positief tegenover lokale initiatieven die goodwill willen omzetten in pensioenafspraken. Een aantal lokale initiatieven heeft reeds meegedeeld naar oplossingen te zoeken, maar zo ver als mij bekend hebben bedoelde lokale overleggen nog niet geleid tot concrete afspraken ter zake.

Voor de totale goodwill moet macro gezien op basis van gebruiken van de medisch-specialisten zelf rekening gehouden worden met een bedrag van één maal de jaaromzet minus een enkele correctie, dus globaal f 2 mld.

Door de Commissie-Biesheuvel is geadviseerd om de goodwill financieel op te lossen via een inverdienregeling van instromende medisch-specialisten. Het kabinet heeft zich reeds aangesloten bij deze zienswijze in de nota «Modernisering Curatieve Zorg». Het kabinet heeft een voorkeur voor goodwilloplossingen op ziekenhuisniveau omdat die groep medisch-specialisten een gemeenschappelijk belang heeft. Een waarborgfonds ligt daarom niet in de rede.

De leden van de D66-fractie vroegen naar het oordeel van de regering over de uitspraken van de voorzitter van de OMS in zijn column in Medisch Contact (28/3/97) waar hij stelde dat er een convenant zou moeten komen om de afspraken tussen medisch-specialisten, ziekenhuizen en verzekeraars te definiëren. Later, tijdens de hoorzitting op 27 mei 1997, heeft de voorzitter van de OMS het standpunt ingenomen dat hij geen convenant wil maar een wettelijke regeling.

Als ik de voorzitter van de OMS goed begrijp, zit de grootste weerstand tegen het wetsvoorstel in de veronderstelling dat met het wetsvoorstel het vrije beroep ten einde is. Dit is een misverstand, wel een hardnekkig, helaas. Ik ga ervan uit dat beide standpunten voortkomen uit bedoeld misverstand. Mijns inziens moet de zekerheid voor het voortbestaan van het vrije beroep gezocht worden bij de betrokken lokale partijen zelf. Beter is het zelf over je eigen afspraken te overleggen, te wikken en te wegen. Als dit binnen de marges van de toetsing van het vrije beroep plaats vindt, is dat de beste oplossing. Met betrekking tot medisch-specialisten werken lokale oplossingen (binnen een landelijk kader) beter dan louter landelijke oplossingen.

De leden van de D66-fractie hebben laten weten het verstandig te achten met de behandeling van dit wetsvoorstel te wachten totdat duidelijk is geworden in hoeverre het vrije beroep voor medisch-specialisten gehandhaafd kan worden. Deze leden vroegen naar de opvatting van de regering ter zake.

Volgens het kabinet is er nu duidelijkheid omdat helder is wat de belangrijkste criteria van Cadans en de Belastingdienst zijn waaraan onderlinge lokale afspraken zullen worden getoetst.

De leden van de D66-fractie wilden weten hoe de regering oordeelt over het arbeidsvoorwaardenmodel van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Het model waarop de leden doelen is nog in ontwikkeling. Het kabinet heeft hierover dan ook nog geen opvatting, maar stelt met instemming vast dat ook de NvZ de keuze tussen het dienstverband en het vrije beroep open laat.

De leden van de D66-fractie vroegen zich voorts af of het kabinet verwacht dat op den duur alle medisch-specialisten een dienstverband aan zullen gaan met de ziekenhuizen. Of dit uiteindelijk voor alle medisch-specialisten zo zal zijn, is niet te voorzien. Het kabinet wil het dienstverband in elk geval niet opleggen. Wel zie ik een lichte tendens naar een voorkeur voor dienstverband. Tegelijkertijd hechten nog veel medisch-specialisten zeer aan het vrije beroep. De overgang van het vrije beroep naar een dienstverband wordt – al jaren – op bescheiden schaal gemaakt. Een overgangsregeling is hier naar het oordeel van het kabinet dan ook niet aan de orde. De leden van D66 informeerden of er nu en in de toekomst nog wel een keuzemogelijkheid is voor nieuwkomers op de arbeidsmarkt. Op dit moment is die keuzemogelijkheid er. Hoe de arbeidsmarkt zich op dit punt in de toekomst zal ontwikkelen, hangt vooral af van de wijze waarop de betrokken partijen hieraan zelf vorm geven. Als op meer plaatsen medisch-specialisten en ziekenhuizen gezamenlijk aan een dienstverband gaan werken, zal daarmee op de arbeidsmarkt in toenemende mate het dienstverband «aangeboden» worden.

Op de vraag of ik iets kan meedelen over de ervaringen van medisch-specialisten in dienstverband, is mijn reactie dat mij niet bekend is dat het dienstverband tot enorme verschillen in bijvoorbeeld inzet of betrokkenheid leidt in vergelijking met het vrije beroep. Wel ontvang ik signalen dat het dienstverband overwogen wordt door artsen die af willen van de werkzaamheden die het vrije beroep met zich brengt, zoals het zelf regelen van alle verzekeringen, voorzieningen bij uittreding, administratie, vervangingen, etc.

De leden van de D66-fractie stelden vragen over aantal vrouwelijke en mannelijke studenten geneeskunde en over het anticiperen in termen van opleiding van artsen en verplegenden in het licht van de demografische ontwikkelingen enerzijds en het streven naar een verruimde «bedrijfstijd» van zorginstellingen (waaronder ziekenhuizen) anderzijds. Voor mijn antwoord hierop verwijs ik naar mijn antwoord op vragen van de leden van de VVD-fractie en de meegezonden brief aan de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen over de arbeidsmarktfixus geneeskunde.¹

De leden van de D66-fractie vroegen zich af of de regering inmiddels een keuze heeft kunnen maken hoe de organisatie tussen de instellingen en medisch-specialisten wettelijk geregeld zal worden. In antwoord hierop deel ik mede dat, zoals ook in de memorie van toelichting is aangegeven, het wetsvoorstel slechts de integratie van de aanspraak op ziekenhuiszorg en de niet-klinische medisch-specialistische hulp regelt. Er wordt één aanspraak op medisch-specialistische zorg door of vanwege het ziekenhuis ingevoerd. De organisatie van de instelling en de medisch-specialisten wordt niet geregeld. Het kabinet heeft daartoe ook niet het voornemen. Zoals ook in de Nota modernisering curatieve zorg (kamerstukken II 1994/95, 23 619, nrs. 3–4) is aangegeven, wordt het komen tot een ziekenhuis-nieuwe-stijl met een eenduidige leiding door de overheid gestimuleerd en gefaciliteerd. Daartoe strekt het onderhavige wetsvoorstel. Daartoe strekken ook de lokale initiatieven. Zoals voorts nadrukkelijk in de nota is opgemerkt, wordt de inrichting van de nieuwe organisatie niet afgedwongen.

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

De leden van de D66-fractie zijn benieuwd naar de stand van zaken van de lokale initiatieven en wat zij hebben gekost, en daarbij tevens naar de verschillen tussen de oorspronkelijke experimenten en de overige initiatieven.

Van de ziekenhuizen in het land waar een lokaal initiatief mogelijk is (voorwaarde daartoe is dat er medisch-specialisten in zelfstandige beroepsuitoefening werkzaam zijn) zijn dergelijke initiatieven bij slechts twee ziekenhuizen nog niet tot stand gekomen.

Met de vrijwaring van kortingen voor lokale initiatieven is bij de huidige deelname structureel fl. 216 mln. gemoeid. Daarnaast is de productiviteitskorting ad 24 mln. voor de deelnemers aan de initiatieven beschikbaar gesteld voor herinvestering in de sector.

Voor de 5 lokale (deels regionale) experimenten geldt daarboven nog dat zij gezamenlijk voor de periode 1995-1997 een experimentsubsidie van 15 mln. per jaar ontvingen. Bij deze experimenten wordt een evaluatieonderzoek verricht. De resultaten daarvan zullen in de eerste helft van 1998 beschikbaar zijn.

De leden van de D66-fractie vroegen naar het oordeel van het kabinet over de uitspraak van de OMS dat het wetsvoorstel geen codificatie is van de lokale initiatieven maar een modificatie. ZN heeft eenzelfde standpunt ingenomen en geschreven dat de lokale initiatieven tot nu toe slechts klimaatsverbetering hebben opgeleverd.

De lokale initiatieven zijn geen statische begrippen. Zeker toen per 1997 de meeste initiatieven verlenging overeenkwamen is de discussie tussen de partijen over de toekomst voortgezet. Omdat veel initiatieven hun overeenkomst met een of twee jaar verlengd hebben, zal die discussie zeker gevoerd blijven worden. Ik denk dat dat een goede zaak is. Het zal zeker enige tijd duren voordat er lokaal een uitgebalanceerd idee bestaat over de onderlinge verhoudingen. Dat is niet erg en zeker niet verbazingwekkend. Met ZN ben ik het eens dat de lokale initiatieven tot nu toe, afgezien van de financiële afspraken, voornamelijk bijgedragen hebben aan de klimaatsverbetering om tot gesprekken te komen over de geïntegreerde organisatie. Ik hecht veel waarde aan goede verhoudingen tussen mensen en partijen en ben daarom ook heel tevreden dat de lokale initiatieven reeds een merkbare klimaatsverbetering hebben veroorzaakt. Vanuit die sfeer kunnen vernieuwingen tot stand komen. Met dit wetsvoorstel wordt de voortgang van dit proces gesteund. Ik weet dat er in steeds meer ziekenhuizen gedacht wordt over inkomensharmonisatie. Nieuwe concrete plannen zijn mij niet bekend, ik kan daarom ook geen overzicht geven. Partijen komen doorgaans alleen bij de overheid langs als ze de overheid nodig hebben. Het kan dus heel wel zijn dat de ontwikkeling verder is dan die waarop ik zicht heb.

Naar aanleiding van de vraag van de leden van de D66-fractie over het verdwijnen van het verrichtingsstelsel het volgende. Het huidige tariefstelsel is door de budgetafspraken voor de lokale initiatieven in materieel opzicht naar de achtergrond geschoven. Het onderhavige wetsvoorstel regelt de aanspraak op medisch-specialistische zorg, verleend door of vanwege het ziekenhuis ingevolge de Ziekenfondswet en de aanspraak op vergoeding van de kosten van deze zorg ingevolge de Wtz. De aparte aanspraak op niet-klinische specialistische hulp vervalt en in beginsel daarmee ook het verrichtingsstelsel voor die hulp.

Mijn voornemen is over de vervanging van het verrichtingsstelsel een uitvoeringstoets aan het COTG te vragen, waarbij tevens aandacht zal moeten worden gegeven aan een eenvoudiger tariefstelsel voor medisch-specialistische zorgverlening waarbij geen gebruik wordt gemaakt van ziekenhuisfaciliteiten.

De leden van de GroenLinks-fractie vroegen naar een uiteenzetting over het in stand blijven van het vrije beroep, met alle fiscale consequenties van dien.

Voor gevraagde uiteenzetting verwijs ik naar beantwoording van de vragen ter zake van de leden van de fracties van het CDA, de VVD en D66.

De leden van de fractie van GroenLinks stelden een aantal vragen over de betrokkenheid van medisch-specialisten bij de onderhandelingen met de verzekeraar.

In het voorgestelde artikel IIa is tot uitdrukking gebracht dat de verantwoordelijkheid voor het organisatorische en financiële kader berust bij het bestuur van het ziekenhuis alsmede dat de verantwoordelijkheid voor het zorginhoudelijke kader ligt bij de medisch-specialisten. Dit houdt in dat er in de geïntegreerde ziekenhuisorganisatie sprake is van nauw samenhangende taken en verantwoordelijkheden voor de medisch-specialistische zorg en de overige ziekenhuiszorg. Dit betekent dat er in het kader van de totstandkoming van geïntegreerde medisch-specialistische zorg, te verlenen binnen de geïntegreerde ziekenhuisorganisatie, sprake moet zijn van zorgvuldig overleg tussen medisch-specialisten en ziekenhuizen en dat de betrokkenheid van medisch-specialisten, wel of niet werkzaam als vrij beroepsbeoefenaar, bij het vaststellen van die kaders gegarandeerd moet zijn. Daartoe strekt de volzin in artikel IIa waarin is bepaald dat het bestuur van het ziekenhuis met de medisch-specialisten overleg voert alvorens onderhandelingen met de zorgverzekeraars aan te gaan. Het is uiteindelijk de geïntegreerde ziekenhuisorganisatie die de overeenkomst aangaat met de zorgverzekeraar. Het is verder aan het bestuur en de medische staf om te bezien op welke wijze de onderhandelingen met de verzekeraar worden aangegaan. Hierover kunnen ook in het kader van de lokale initiatieven afspraken worden gemaakt.

De leden van de fractie van de RPF vroegen of de verzekerden nu recht hebben op extramurale medisch-specialistische hulp ook als er voldoende intramurale medisch-specialistische zorg is.

Het antwoordt hierop luidt dat de verzekerden op grond van de Ziekenfondswet recht hebben op zorg die bij of krachtens de Ziekenfondswet is omschreven. De ziekenfondsverzekerden hebben recht op zorg in natura. Het ziekenfonds moet zorg dragen dat de ziekenfondsverzekerde zijn aanspraak op zorg tot gelding kan brengen. Ten behoeve daarvan sluit het ziekenfonds overeenkomsten met personen en instellingen die de zorg kunnen verlenen. Het ziekenfonds is verplicht om met op grond van artikel 8a van de Ziekenfondswet toegelaten ziekenhuizen een contract te sluiten. Deze verplichting geldt niet voor individuele beroepsbeoefenaren, zoals medisch-specialisten die zorg verlenen als bedoeld in het voorgestelde artikel 8, eerste lid, onder c, van de Ziekenfondswet. Daarbij gaat het, zoals ik hiervoor al heb aangegeven, om medisch-specialistische zorg die verleend wordt door een medisch-specialist die voor die zorgverlening op geen enkele wijze verbonden is aan een ziekenhuis en dus ook op geen enkele wijze gebruik maakt van ziekenhuisfaciliteiten. Zoals ik hiervoor ook al heb aangegeven, ben ik voornemens te bevorderen dat, indien het gaat om instellingen die zorg als bedoeld in artikel 8, eerste lid, onder c, gaan verstrekken, in het koninklijk besluit van 1 februari 1985, houdende toepassing van artikel 8a, tweede lid, van de Ziekenfondswet (Stb. 84) zal worden bepaald dat deze instellingen als toegelaten worden aangemerkt alsmede dat voor die instellingen artikel 47, eerste lid, van de Ziekenfondswet niet van toepassing zal zijn. Dit houdt in dat, net als thans het geval is, voor instellingen die niet-klinische specialistische hulp verstrekken, de ziekenfondsen zijn ontheven van de verplichting met die instellingen een overeenkomst te sluiten.

Zoals in de memorie van toelichting is gesteld, is het uit oogpunt van kwaliteit, doelmatigheid en kosten van de gehele sector, uitdrukkelijk de bedoeling om medisch-specialistische zorg die geheel los van het ziekenhuis wordt verleend, beperkt te houden. Er zal ook, naar mag worden verwacht, nauwelijks behoefte bestaan om, naast de medisch-specialistische zorg die wordt verleend door of vanwege het ziekenhuis, andere medisch-specialistische zorg te contracteren. Echter, in een enkele, niet op voorhand te voorzien, situatie kan het zijn dat het ziekenfonds, ten einde aan zijn zorgplicht te voldoen, in beperkte zin contracten zal moeten sluiten voor zorg als bedoeld in artikel 8, eerste lid, onder c. Daarom is deze beperkte mogelijkheid open gehouden. Zoals reeds is gesteld, kan medisch-specialistische zorg vaak niet verleend worden zonder te beschikken over ziekenhuisfaciliteiten of over andere specialisten en zullen, naar mijn mening, zorgverzekeraars er derhalve de voorkeur aan geven dat medisch-specialistische zorg zoveel mogelijk wordt verleend door of vanwege de geïntegreerde ziekenhuisorganisatie.

Het vorenstaande strookt met de opvatting van de Commissie-Biesheuvel. Ook deze commissie gaat er vanuit dat er medisch-specialisten zijn die geheel zelfstandig buiten het ziekenhuis werkzaam zijn en blijven. De commissie stelt voorts dat dit in de praktijk niet veel zal voorkomen, omdat medisch-specialistische zorg veelal niet kan worden verleend zonder te beschikken over ziekenhuisfaciliteiten.

De leden van de RPF-fractie vroegen een reactie op de brief van de OMS van 22 mei 1997 waarin gesteld werd dat het wetsvoorstel overbodig is omdat op de korte termijn via de lokale initiatieven en voor de langere termijn via producttypering een samenhangende organisatie binnen de ziekenhuizen verder kan worden versterkt.

De opzet van de huidige lokale initiatieven is van het begin af aan bedoeld geweest voor een kortere periode totdat partijen op het lokale niveau meer met elkaar in evenwicht zouden zijn. Dat proces is nog aan de gang. Dat blijkt ook wel uit het feit dat aan de grote vernieuwingen lokaal nog meer vorm gegeven moet worden. Het wetsvoorstel is een steun voor die verdere vernieuwingen, een steun in de richting van een grotere mate van integratie tussen medisch-specialisten en ziekenhuis. De producttypering is een belangrijke ontwikkeling, vooral voor de interne allocatie van middelen. Maar zolang er geen prijzen aan de producttypering zijn verbonden, kan er niet mee afgerekend worden. Het proces van productprijzen is nog onvoldoende ver ontwikkeld om nu al een idee te hebben hoe dat gebruikt kan worden. Daarom ook is de redenering van de OMS onvolledig en het wetsvoorstel niet overbodig.

Verder vroegen de leden van de RPF-fractie commentaar op de opvatting van de Orde van Medisch Specialisten met betrekking tot de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst.

Voor de beantwoording van deze vraag verwijs ik naar het in antwoord op een vraag van de leden van de CDA-fractie daaromtrent gestelde. Inderdaad laat dit wetsvoorstel de werkingssfeer van regels inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst ongemoeid.

De leden van de RPF-fractie vroegen of de nota van wijziging niet onvoldoende recht doet aan de nevenschiktheid en of de minister van plan is om de nevenschiktheid van de positie van de medische staf wettelijk te verankeren.

Ik benadruk dat het voorstel een herformulering van de aanspraken van verzekeren op zorg in de Ziekenfondswet behelst die aansluit bij het totstandkomen van integratie. Door artikel IIA van de nota van wijziging is de verantwoordelijkheid van de medisch-specialist vastgelegd. Hierdoor heeft de medische staf inbreng in de afspraken die het bestuur van het ziekenhuis maakt met verzekeraars. De interne organisatorische inrichting

in het ziekenhuis wordt echter niet voorgeschreven. De wijze waarop de werkrelaties tussen de wederzijds afhankelijke medisch-specialisten en ziekenhuizen zal worden vormgegeven, zal in de praktijk verder moeten worden ingevuld. Uitgangspunt zal dienen te zijn dat men elkaars autonomie respecteert en deze als uitgangspunt neemt voor geïntegreerde medisch-specialistische zorg, waarbij de geneeskundige behandeling niet los kan worden gezien van de door het ziekenhuis te leveren zorg. Het voorschrijven hoe de samenwerking dient te verlopen is daarbij niet aangewezen. Onder verwijzing naar de lokale initiatieven – heb ik er alle vertrouwen in dat medisch-specialisten en het ziekenhuis-management zelf in staat zijn hun samenwerking te optimaliseren.

De leden van de RPF-fractie vroegen verder naar de motieven om het bestuur een financieel en organisatorisch kader vast te laten stellen. Ten aanzien hiervan merk ik op dat het bestuur ingevolge het Burgerlijk Wetboek het orgaan is dat een rechtspersoon, zoals de stichting en de vereniging, bestuurt. Het bestuur moet zorgen voor het verwezenlijken van het doel van de organisatie en voor het beheer van de organisatie. Het bestuur vertegenwoordigt de organisatie en neemt dus voor de rechtspersoon deel aan het rechtsverkeer. Het bestuur van een organisatie dient dan ook het financiële en organisatorische kader vast te stellen. Het vaststellen van dergelijke kaders behoort immers tot de standaard/kerntaken van het bestuur. In antwoord op de vragen van de leden van de RPF-fractie over de sociaal-verzekeringstechnische en fiscale positie van medisch-specialisten als gevolg van het wetsvoorstel en het overleg dat met de Staatssecretaris van Financiën terzake is gevoerd, verwijs ik naar mijn antwoord op de vragen van de leden van de CDA-fractie over dit onderwerp. Uit dat antwoord blijkt ook dat het niet gaat om een door mij te kiezen oplossing.

De leden van de RPF-fractie vroegen een reactie op de mededeling van de OMS dat de Staat aansprakelijk wordt gesteld voor de schade die medisch-specialisten lijden door statusverlies van het vrije beroep in fiscale en sociaal-verzekeringsrechtelijke zin en alle inkomens- en vermogensrechtelijke gevolgen die daaruit voortvloeien.

De OMS is van een veronderstelling uitgegaan die niet juist is. Met het wetsvoorstel is het nooit de bedoeling geweest dat het vrije beroep niet langer tot de mogelijkheden zou behoren. Dit is ook niet aan de orde. Voor een verdere uiteenzetting over het voortbestaan van het vrije beroep verwijs ik antwoorden op vragen van de fracties van het CDA, de VVD en D66.

De leden van de RPF wilden graag weten hoeveel medisch-specialisten er in loondienst zijn en hoeveel als vrije beroepsbeoefenaar actief zijn. Voor mijn antwoord hierop verwijs ik naar mijn antwoord op de naar strekking gelijklopende vraag van de leden van de VVD-fractie.

De leden van de RPF informeerden in het bijzonder naar de revalidatie-artsen. Ook voor hen geldt dat zij momenteel deels in dienstverband en deels in vrije vestiging werkzaam zijn. Een voornemen van deze beroepsgroep om als geheel de overstap naar het dienstverband te maken, is mij niet bekend.

Met de NVZ ben ik van mening dat er thans in de vrije vestiging deels inkomens gegenereerd worden van een dusdanig niveau dat het huidige CAO-model daarmee niet kan concurreren. Naar aanleiding van de vraag van de leden van de RPF hoe groot de weerstand is onder medisch-specialisten om in loondienst te treden wil ik nog opmerken dat hierin veel variatie bestaat. Sommige medisch-specialisten hechten zeer sterk aan het vrije beroep, andere staan er welwillend tegenover dit in te ruilen voor een passend dienstverband.

De leden van de SGP-fractie vonden het nog niet geheel duidelijk waarom de Kwaliteitswet zorginstellingen geen passend kader zou zijn om de totstandkoming van een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf te bevorderen.

Ik verwijs naar het antwoord op een zelfde vraag van de leden van de VVD-fractie.

De leden van de SGP-fractie vroegen naar de kaders waarbinnen de problemen aangaande de sociaal-verzekeringsrechtelijke en fiscale positie van medisch-specialisten worden opgelost. Tevens werd gevraagd naar het oordeel van de regering over het aansprakelijk stellen van de Staat door de OMS voor mogelijke schade en inkomens- en vermogensrechtelijke gevolgen van het wetsvoorstel.

Voor de beantwoording van deze vragen verwijs ik de leden van de SGP-fractie naar de antwoorden op dezelfde vragen van de fracties van het CDA, de VVD en D66 respectievelijk de RPF-fractie.

De leden van de GPV-fractie vroegen waarom het zelfstandig ondernemerschap niet in het wetsvoorstel is meegenomen.

Het wetsvoorstel regelt de aanspraak op hulp en uitdrukkelijk niet de onderlinge verhouding tussen de partijen die gezamenlijk die aanspraak verzorgen.

Voor het antwoord op de vragen van de leden van de GPV-fractie over de mogelijkheid van medisch-specialistische hulp anders dan die, verleend door of vanwege het ziekenhuis, zij verwezen naar het antwoord op gelijke vragen daarover van de leden van de fractie van de RPF.

De leden van de GPV-fractie merkten op dat er ter uitwerking van de aanspraken op grond van de Ziekenfondswet thans ministeriële regelingen bestaan en stelden de vraag of het louter bij algemene maatregel van bestuur (amvb) regelen niet tot problemen zal leiden.

Het onderhavige voorstel van wet geeft invulling aan het primaat van de wetgever. Immers, de hoofdzaken van de aanspraken worden, anders dan nu het geval is, bij wet geregeld. Omdat de gezondheidszorg een terrein is dat voortdurend in beweging is, is uit oogpunt van flexibiliteit, nadere invulling op basis van delegatie noodzakelijk, zelfs, naar nu blijkt, op het niveau van ministeriële regeling. In verband daarmee wordt met bijgevoegde nota van wijziging geregeld dat de inhoud en omvang van de aanspraken en de voorwaarden waaronder de aanspraken tot gelding kunnen worden gebracht, niet alleen bij maar ook krachtens amvb kunnen worden vastgesteld.

De leden van de fractie van de SP wilden weten in hoeverre de afspraken binnen de lokale initiatieven behalve over geldzaken ook gaan over kwaliteit, doelmatigheid en gezamenlijke verantwoordelijkheid. In alle raamovereenkomsten van de lokale initiatieven zijn afspraken vastgelegd over activiteiten op het gebied van kwaliteit en doelmatigheid. Deels liggen die activiteiten vooral op medisch-specialistisch vlak, deels meer op het organisatorisch vlak. Daarbij is een strikte scheiding overigens niet altijd aan te geven. Ter illustratie noem ik enkele voorbeelden uit één van de raamovereenkomsten. Daarbij is de volgende indeling gehanteerd:

- verbetering van de continuïteit van zorg (onder meer: diabetes-mellitus-project, ontwikkeling transmurale standaarden);
- vergroting betrokkenheid medisch-specialist bij het ziekenhuis-management (project kleine ziekenhuizen, managementparticipatie);
- ontwikkeling kwaliteitsbeleid (zoals ontwikkeling kwaliteitscyclus, goed functionerende second opinion);

- vergroting doelmatigheid (onder meer doelmatig medicijngebruik, medisch diagnostische en therapeutische centra, transferpunt);
- verbetering informatievoorziening (automatisering);
- patiëntenbeleid (zoals patiënteninformatie en klachtenbehandeling).

Het bovenstaande geeft een indruk van de activiteiten die in het kader van de lokale initiatieven geïnitieerd dan wel geïntensiveerd worden.

De leden van de SP-fractie informeerden voorts naar de alternatieven die binnen de initiatieven bestaan voor de honoreringsstructuur. Het gaat dan met name om de mutaties in de verdeling van de lumpsum tussen de verschillende jaren. Bij veel initiatieven is die mutatie afhankelijk gesteld van de mutatie die optreedt in de parameters die ook voor de ziekenhuis-budgettering gehanteerd worden. Dat zijn de opnames, eerste polibezoeken, verpleegdagen en dagen dagbehandeling. Men heeft dan lokaal gekozen voor mutatie op basis van één van de parameters of een mix van enkele. Ook zijn er variaties in de mate waarin de lumpsum-verdeling muteert. In de meeste gevallen is afgesproken dat een deel van die verdeling vast is en niet met de productie mee muteert. Ook zijn er initiatieven waar de mutatie pas optreedt als een vooraf afgesproken bandbreedte in de productie overschreden wordt. Eén en ander laat onverlet dat het bestaande systeem van declaraties per verrichting, ter vulling van de lumpsum, nog steeds gehanteerd wordt. De directe band tussen inkomen en verrichtingen is echter verbroken; declareert men meer of minder dan het afgesproken deel van de lumpsum, dan vindt binnen het initiatief verrekening van het overschot of tekort voor dat jaar plaats.

De leden van de SP-fractie stellen terecht dat de onderlinge verdeling een zaak is van de partijen zelf. De leden van de SP-fractie willen weten of dit problemen oplevert. Dat men voor de verdeling van budgetten zelf lokaal onderhandelingen moet voeren, maakt het er makkelijker en tegelijk ook moeilijker op. Makkelijker omdat men lokaal eigen prioriteiten kan stellen. Moeilijker omdat men moet onderhandelen over een koek die begrensd is in de omvang. Dat kan tot lastige onderhandelingsituaties leiden. Tot nu toe zijn daar echter geen initiatieven op stuk gelopen.

De leden van de SP-fractie vragen zich af of de internisten vorig jaar onder dreiging een groter deel van het budget hebben gekregen en vragen zich af of, zo dit het geval is, anderen dit voorbeeld zullen volgen. De vraag wat de internistenmaatschappen van het honorariumbudget toebedeeld hebben gekregen, is alleen lokaal te beantwoorden. Elk initiatief bepaalt zelf zijn eigen verdeling. De internisten kunnen daarbij, gezien de omvang van hun groep, gewicht in de schaal leggen, maar zijn tevens afhankelijk van de andere betrokken maatschappen. Ik heb in algemene zin geen signalen ontvangen van aanzienlijk grotere budgetten voor internisten die «onder dreiging» tot stand gekomen zijn.

De leden van de SP-fractie wilden graag de mening van de regering weten over het zorgverleningscontract dat de Commissie-Biesheuvel als mogelijkheid genoemd heeft. Het kabinet vindt een dergelijk contract een goede optie. Het vertoont veel gelijkenis met de raamovereenkomsten die nu lokaal tussen partijen afgesloten zijn. Het kabinet wil geen uitgewerkte blauwdruk opleggen, maar geeft het kader aan waaraan dergelijke overeenkomsten moeten voldoen. Zo moeten daarin nu steeds vastgelegd zijn de wijze van budgetberekening en de mutaties daarin, maar ook de kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten waar men zich voor inzet.

De leden van de SP-fractie geven de voorkeur aan medisch-specialisten in dienstverband en stellen dat er geen aanwijzingen zijn dat dat tot minder inzet zou leiden. Zij vragen of de regering het met hen eens is dat integratie het meest eenvoudig te regelen is via een arbeidsovereenkomst. Het kabinet heeft geen voorkeur voor het vrije beroep boven de arbeidsovereenkomst of andersom. Zij wil de vrijheid van keuze daarvoor

bij betrokkenen laten. Met de leden van de SP-fractie is het kabinet van mening dat er geen aanwijzingen zijn dat loondienst leidt tot minder inzet. Het kabinet is niet van mening dat het ene systeem tot aanzienlijk meer of minder bureaucratie zal leiden dan het andere.

Met betrekking tot de vraag van de leden van de GPV-fractie over de inkoop van hulpmiddelen, verwijs ik naar mijn brief van 25 juni 1997 (kamerstukken II 1996/97, 25 000 XVI, nr. 69). Daarin heb ik aangekondigd dat ik naar aanleiding van de notitie van de PvdA Gepaste zorg-2 «Het kan altijd beter» (kamerstukken II 1996/96, 25 000 XVI, nr. 39) de Nederlandse Zorgfederatie heb gevraagd een conferentie over het inkopen door instellingen te organiseren. Ook andere initiatieven die bijdragen aan de verbetering van de inkoopfunctie van zorginstellingen, zowel in de care-als in de cure-sector, zullen door mij worden gestimuleerd. Deze aangelegenheid heeft dus mijn volle aandacht.

De leden van de SP-fractie willen weten of de regering vindt dat tot inkomensharmonisatie gekomen moet worden. Het kabinet is van mening dat het een prima goed is als de aanzienlijke verschillen in omzetten tussen specialismen en medisch-specialisten die alleen historisch verklaard kunnen worden, verkleind zouden worden. Ik verwijs hiervoor ook naar mijn antwoord op vragen van de leden van de VVD-fractie hierover.

Het kabinet voert geen gericht inkomensbeleid en wil hiertoe dan ook geen landelijk stramien opleggen. Het kabinet is dan ook verheugd te constateren dat binnen verschillende lokale initiatieven op eigen kracht aan inkomensharmonisatie gewerkt wordt. Dit is geen gemakkelijk onderwerp. De uitwerking ervan zal dan ook zeker enige tijd vergen en om een betrekkelijk stabiele omgeving vragen, wat betreft de budgettaire kaders. Het kabinet stimuleert dit door de mogelijkheid te geven, hiervoor meerjarenafspraken te maken, zowel voor het specialistenbudget als voor het ziekenhuisbudget. Het kabinet verwacht dat in deze constellatie meer en meer lokale initiatieven de inkomensharmonisatie op de agenda zullen plaatsen.

2. Artikelen

Algemeen

In antwoord op de opmerking van de leden van de fractie van de VVD dat ondanks het wetsvoorstel een bedrijfsarts niet mag verwijzen naar een medisch-specialist, merk ik het volgende op. Op grond van de vigerende wettelijke voorschriften heeft de verzekerde alleen aanspraak op niet-klinische medisch-specialistische zorg op verwijzing van de huisarts of op doorverwijzing van de medisch-specialist. Het gaat hier om hulpverleners in de zin van de Ziekenfondswet. De bedrijfsarts is noch huisarts, noch medisch-specialist en kan derhalve geen hulp voor rekening van de ziekenfondsverzekering verlenen en kan dan ook niet in dat kader verwijzen. Het wetsvoorstel brengt hierin geen wijziging.

De leden van de fractie van de VVD wilden voorts ingelicht worden over de stand van zaken met betrekking tot het verbod op eigen instellingen. Het standpunt van het kabinet hierover is dat het verbod op eigen instellingen niet kan worden opgeheven totdat het budgetteringssysteem voor ziekenfondsen volledig is ingevoerd. Zolang ziekenfondsen voor de kosten van verstrekkingen niet voldoende risico dragen, bestaat immers gevaar voor belangenvermenging. Tot die tijd blijft de mogelijkheid van eigen instellingen beperkt tot gevallen waarin dat de Ziekenfondsraad daartoe ontheffing heeft verleend op grond van artikel 42 van de Ziekenfondswet.

De leden van de VVD-fractie vroegen naar de afspraken die met de vijf ziekenhuizen in Eindhoven en omstreken zijn gemaakt over de nieuwe manier van financieren. In het bijzonder wilden zij weten hoe dit experiment zich verhoudt tot het wetsvoorstel, omdat het wetsvoorstel geen experimenteerartikel kent.

In de vijf bedoelde ziekenhuizen zijn afspraken gemaakt over de productie die door het ziekenhuis geleverd zal worden en tegen welke aanneemsom. Voor 3 jaar ligt het budget van genoemde ziekenhuizen, afgezien van trendmatige ontwikkelingen, vast. Een deel van de afspraken beslaat de wachtlijstproblematiek. De ziekenhuizen hebben zich op het standpunt gesteld dat zij, als zij niet langer gebonden zouden zijn aan de functiegerichte budgettering, meer zorg voor de zelfde prijs zouden kunnen leveren. De in Eindhoven gemaakte afspraken kunnen gezien worden als een vorm van integratie tussen de partijen in het ziekenhuis omdat de belangen van ziekenhuizen en medisch-specialisten gelijk gericht zijn: zij beiden ontvangen immers een lumpsum/aanneemsom, onafhankelijk van de wijze waarop de noodzakelijke zorg wordt geleverd. Een experiment als in Eindhoven kan binnen het wetsvoorstel ook totstandkomen. Het experimentele karakter zit vooral in de wijze van financiering van de aanspraak, een Wtg-zaak derhalve. De aanspraak zelf staat niet ter discussie.

Terecht merkten de leden van de VVD-fractie op dat EHBO-hulp is opgenomen in het honorarium van de huisartsen. Echter, EHBO is niet iets wat alleen als onderdeel van huisartsenhulp plaatsvindt, maar vindt ook plaats op poliklinieken van ziekenhuizen. Op dat laatste heeft de opmerking in de memorie van toelichting betrekking. Het voorstel van wet regelt de aanspraken van verzekerden en niet de samenwerking en taakafbakening tussen huisartsen en medisch-specialisten. Daarvoor dienen andere kaders.

De leden van de VVD-fractie vroegen naar een uiteenzetting over de relatie tussen het onderhavige wetsvoorstel en het nog in te dienen wetsvoorstel tijdelijke wet privé-klinieken, naar de reikwijdte van de tijdelijke wet met betrekking tot de cosmetische plastische chirurgie alsmede naar een beleidsnota.

Het onderhavige voorstel van wet strekt tot integratie van de aanspraken op medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg. Naast de aldus voorgestelde aanspraak op medisch-specialistische zorg, verleend door of vanwege een ziekenhuis, bestaat aanspraak op medisch-specialistische zorg anders dan verleend door of vanwege een ziekenhuis.

Het in te dienen voorstel van Tijdelijke wet privé-klinieken strekt ertoe nieuwe privé-klinieken tijdelijk te verbieden. Onder privé-klinieken verstaat het kabinet alle voorzieningen waarin verlening van zorg door meer dan één medisch-specialist wordt aangeboden, zonder dat daadwerkelijke accommodatie voor huisvesting van patiënten gedurende de dag en nacht aanwezig is.

De beoogde tijdelijke wet zal dus bijdragen aan een verdere beperking van de medisch-specialistische zorg buiten het ziekenhuis. Hoeveel medisch-specialistische initiatieven voldoen aan hetgeen het kabinet verstaat onder het begrip privé-klinieken, is niet bekend.

De beoogde tijdelijke wet heeft alleen betrekking op zorg, zoals die wordt vergoed in het kader van de Ziekenfondswet of de AWBZ. Dit betekent dat indien het gaat om een vorm van cosmetische plastische chirurgie die niet is opgenomen in het ziekenfondspakket (de AWBZ is hierbij niet relevant), deze vorm van zorg niet onder het aangekondigde wetsvoorstel valt.

Zoals in brief van 2 mei 1997, BRO/CB/U/97 935, is aangekondigd, heeft het kabinet gekozen om het probleem van de privé-klinieken aan te pakken door middel van een tijdelijke wet. In de brief van 9 juni 1997,

BRO-CB-U-9734, is medegedeeld dat het, gelet daarop, niet zinvol is te voldoen aan het verzoek van de Tweede Kamer om met een aparte beleidsnotitie te komen.

Op 17 maart 1997 heeft het Cotg besloten om in het kader van een bezwaarschriftprocedure naar aanleiding van de CBB-uitspraak voor 3 niet-klinische behandelcentra tarieven voor de kosten vast te stellen met ingang van 1 april 1997 tot 1 januari 1998. De tarieven zijn vastgesteld op 70% van de voor ziekenhuizen geldende neventarieven voor de desbetreffende verrichtingen en kunnen alleen in rekening worden gebracht aan Nuts-verzekerden.

Naar aanleiding van tariefverzoeken van de eerder genoemde 3 niet-klinische behandelcentra en 1 nieuwe kliniek en 38 individuele verzekeraars, gelden deze tarieven met ingang van 1 juli 1997 ook voor de verzekerden van andere zorgverzekeraars.

De budgettaire effecten zijn vooralsnog onduidelijk. Hierbij zij erop gewezen dat al voordat genoemde besluiten werden genomen door het COTG, er al sprake was van zowel declareren door privé-klinieken als betalen door met name particuliere verzekeraars.

De passage in de memorie van toelichting over de invoering van de ziekenhuisgerelateerde thuiszorg in de ziekenfondsverzekering per 1 januari 1998, waar de leden van de VVD-fractie naar vroegen, is inmiddels achterhaald. Immers, na het bij koninklijke boodschap van 5 maart 1997 aan de Tweede Kamer aangeboden wetsvoorstel, is op 20 mei 1997 de nota «Thuiszorg en zorg thuis, kansen voor de toekomst» aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal aangeboden (kamerstukken II 1996/97, 25 351, nr. 2). Daarin, alsmede in het over die nota op 19 juni 1997 gevoerde plenaire debat (handelingen II 1996/97, blz. 6565–6592 en 6597–6608) is een ander standpunt ingenomen. Besloten is dat overgegaan zal worden tot het terugdraaien van de «knip» en dat thuiszorg in het kader van de Ziekenfondswet en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen zal worden beperkt tot ziekenhuisverplaatste zorg. Het wetsvoorstel voorziet hier al in. Het wetsvoorstel maakt namelijk mogelijk dat het ziekenhuis verpleging ten huize van de verzekerde verleent.

De leden van de VVD-fractie vroegen wanneer de aparte aanspraak op erfelijkheidsonderzoek kan vervallen.

Sinds eind zeventiger jaren werd besloten om de organisatie en financiering van het klinisch genetisch onderzoek in Nederland te laten verlopen via zeven Stichtingen klinische genetica en deze hiervoor vergunning op grond van artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen hebben, heeft het klinisch genetisch onderzoek zich een vaste plaats binnen de gezondheidszorg verworven. In de loop der tijd is het bijzondere karakter ervan veranderd. Organisatorisch is er sprake van een sterke verwevenheid met de academische ziekenhuizen die, naar verwachting, alleen maar toe zal nemen. Zo wordt bijvoorbeeld DNA-diagnostiek op steeds meer gebieden binnen het ziekenhuis toegepast. In verband daarmee heeft de Ziekenfondsraad geadviseerd om de centra voor klinische genetica onder de organisatie en budgettering van de academische ziekenhuizen te brengen. Met het oog daarop is de Ziekenfondsraad gevraagd beleidsevaluatieonderzoek te laten doen naar de gevolgen van de integratie van de centra voor klinische genetica in de academische ziekenhuizen en naar de wijze waarop een en ander het beste tot stand kan worden gebracht. Ik verwacht eind van dit jaar de uitkomsten van dit onderzoek van de Ziekenfondsraad. Ik kan daar nu niet op vooruitlopen.

Erfelijkheidsadviesing is als zorg, waarop aanspraak bestaat, apart omschreven. Een dergelijke aparte omschrijving is voor deze zorg aangewezen. Bij een integratie van de centra voor klinische genetica in de

academische ziekenhuizen, zou gezien kunnen worden of de bij amvb geregelde omschrijving, die nu in een aparte paragraaf van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering is geregeld, opgenomen zou kunnen worden in de paragraaf waarin de ziekenhuiszorg nader is geregeld. Echter, voor de integratie van de centra voor klinische genetica in de academische ziekenhuizen volstaat wijziging van de vergunning op grond van de Wet ziekenhuisvoorzieningen dan wel de opvolger daarvan. De wijze waarop de aanspraak in het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering is omschreven, hoeft voor die integratie niet te worden gewijzigd.

Artikel 1, onder A

De leden van de VVD-fractie stelden vragen over de algemene maatregelen van bestuur in het voorgestelde artikel 8 van de Ziekenfondswet en, in verband daarmee, of het niet wenselijk zou zijn om het wetsvoorstel zo te wijzigen dat de bestaande gelaagdheid kan blijven bestaan.

De algemene maatregelen van bestuur waar het in deze bepaling om gaat, zijn het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering en het Besluit voortzetting verstrekkingen ziekenfondsverzekering. Ingevolge artikel III van het onderhavige voorstel van wet behouden deze besluiten na de inwerkingtreding van dit voorstel van wet hun rechtskracht. Anders dan de leden van de VVD-fractie veronderstellen, hoeven er dus niet allerlei nieuwe maatregelen getroffen te worden. Wel zullen de besluiten op enkele punten aanpassing behoeven aan de met het voorstel van wet gewijzigde aanspraak.

In antwoord op een vraag daartoe van de leden van de CDA-fractie merk ik op dat de Ziekenfondswet geen wettelijke voorhangprocedure met betrekking tot bedoelde algemene maatregelen van bestuur kent. Nu het onderhavige voorstel van wet invulling geeft aan het primaat van de wetgever, aangezien de hoofdzaken van de aanspraken, anders dan nu het geval is, bij wet wordt geregeld, bestaat voor een voorhangprocedure geen grond. In antwoord op een vraag van de leden van de VVD-fractie merk ik op dat het op deze beperkte wijze van invulling geven aan de delegatie, volstrekt in overeenstemming is met de aanwijzingen voor de regelgeving. Zoals Zorgverzekeraars Nederland terecht heeft aangegeven, kan de huidige gelaagdheid niet geheel gemist worden. Ik heb dat ook al opgemerkt in antwoord op een vraag van de leden van de GPV-fractie.

Wel, en hiermee ga ik tevens in op de opmerking van de leden van de D66-fractie over het regelen bij algemene maatregel van bestuur, hanteert het wetsvoorstel als uitgangspunt dat het nader regelen bij ministeriële regeling zoveel mogelijk beperkt dient te zijn.

Het parlement wordt ten aanzien van nieuw beleid ten behoeve van de besluitvorming steeds te voren op de hoogte gesteld. Zo is het parlement ook tijdig betrokken bij mijn plannen over de toelating van nieuwe geneesmiddelen in het pakket, door middel van mijn brief van 25 juni 1997 (kamerstukken II 1996/97, 25 000, XVI, nr. 71). Een ander voorbeeld is de brief van 3 juni 1997 (kamerstukken II 1996/97, 24 124, nr. 59) waarin ik de Kamer uitvoerig heb geïnformeerd over de voorgenomen wijziging per 1 januari 1998 met betrekking tot de in de Regeling paramedische hulp ziekenfondsverzekering nader geregelde aanspraak op fysiotherapie en oefentherapie Cesar en Mensendieck.

Artikel 1, onderdeel A, artikel 8, eerste lid

Het begrip medisch-specialistische zorg, de leden van de VVD-fractie vroegen daarnaar, heeft betrekking op zorg door geregistreerde medisch-specialisten. Echter, net als onder de vigerende wettelijke voorschriften het geval is, kan deze hulpverlening door artsen in opleiding onder verantwoordelijkheid van deze medisch-specialisten verleend worden.

In antwoord op de vragen van de leden van de VVD-fractie over de algemene maatregel van bestuur, waarin de zorg, bedoeld in het voorgesteld artikel 8, eerste lid, wordt uitgewerkt, merk ik op dat deze algemene maatregel van bestuur strekt ter uitwerking van de aanspraken op grond van de Ziekenfondswet en niet de aanspraken op grond van de AWBZ. De desbetreffende algemene maatregel van bestuur is het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering dat, ingevolge artikel III van het voorstel van wet straks zal berusten op artikel 8, tweede, derde en vierde lid, van de Ziekenfondswet en daarmee zijn rechtskracht zal behouden.

Op de voornemens met betrekking tot de «knip in de thuiszorg» ben ik hiervoor reeds ingegaan. Een algemene maatregel van bestuur waarmee onder meer het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering en het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering per 1 januari 1998 worden gewijzigd ten einde de knip terug te draaien en de thuiszorg in het kader van de Ziekenfondswet en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekering tot ziekenhuisverplaatste zorg te beperken, is op dit moment in voorbereiding. Bij een nadien te treffen aparte algemene maatregel van bestuur zal het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering in technische zin worden aangepast aan de wijzigingen die noodzakelijk zijn in verband met dit voorstel van wet.

Met betrekking tot de vraag van de leden van de VVD-fractie over het voorgestelde artikel 8, eerste lid, onder c, van de Ziekenfondswet, merk ik op dat het kabinet de zienswijze van Zorgverzekeraars Nederland niet deelt.

Zoals ik hiervoor al heb aangegeven, houdt deze bepaling niet in dat de verzekerde recht krijgt op medisch-specialistische zorg, die verleend wordt anders dan door of vanwege het ziekenhuis, ook indien medisch-specialistische zorg, die verleend wordt door of vanwege het ziekenhuis, voldoende aanwezig is. De verzekerde heeft recht op deze zorg, voor zover het ziekenfonds daartoe met medisch-specialisten die op geen enkele wijze van ziekenhuisfaciliteiten gebruik maken, overeenkomsten heeft gesloten en voor zover de verzekerde naar zo'n medisch-specialist is verwezen. Zoals ik ook al heb aangegeven, zullen deze overeenkomsten naar mijn mening nauwelijks nodig zijn.

Het antwoord op de vraag van de leden van de VVD-fractie naar de stand van zaken met betrekking tot de decentralisatie van het zittend ziekenvervoer luidt dat dit nog onderwerp van beraad is binnen het kabinet. Daarover kunnen dan ook nu nog geen verdere mededelingen gedaan worden.

Anders dan de leden van de D66-fractie veronderstellen, hoeft het in het voorgestelde nieuwe artikel 8, eerste lid, onder c, niet uitsluitend te gaan om medisch-specialisten met een zelfstandige praktijk. Bedoelde bepaling regelt de aanspraak op medische-specialistische zorg, anders dan die, bedoeld in het voorgesteld artikel 8, eerste lid, onder a. Het gaat om zorg die wordt verleend door medisch-specialisten die op geen enkele wijze verbonden zijn aan een ziekenhuis en op geen enkele wijze gebruik maken van ziekenhuisfaciliteiten.

Zoals ik hiervoor heb aangegeven, verstaat het kabinet onder privé-klinieken voorzieningen waarin verlening van zorg door meer dan één medisch-specialist wordt aangeboden, zonder dat daadwerkelijke accommodatie voor huisvesting van patiënten gedurende de dag en nacht aanwezig is. De in het voorgestelde nieuwe artikel 8, eerste lid, onder c, geregelde zorg kan dus zorg betreffen van een medisch-specialist die geheel zelfstandig in een eenmanspraktijk werkzaam is, doch ook medisch-specialistische zorg die verleend wordt door hetgeen het kabinet verstaat onder een privé-kliniek.

Het kabinet acht het, anders dan de leden van de SP-fractie vrezen, niet aannemelijk dat in toenemende mate medisch-specialistische zorg zonder gebruikmaking van ziekenhuisfaciliteiten zal plaatsvinden. Zoals ik hiervoor heb aangegeven, is ook de Commissie-Biesheuvel van mening dat het in de praktijk niet veel zal voorkomen dat medisch-specialisten geheel zelfstandig buiten het ziekenhuis om werkzaam zullen zijn, omdat medisch-specialistische zorg vaak niet kan worden verleend zonder te beschikken over ziekenhuisfaciliteiten.

De leden van de SP-fractie vroegen verder of ze het goed zagen dat particuliere ziektekostenverzekeraars contracten kunnen blijven sluiten met medisch-specialisten werkzaam in ziekenhuizen.

Bij de afspraken die in het kader van de lokale initiatieven worden gemaakt, wordt geen onderscheid gemaakt naar de verzekeringsvorm. Via de lokale initiatieven wordt dus bereikt dat ook in de particuliere sector geen afwijkende afspraken wordt gemaakt met medisch-specialisten in ziekenhuizen. Gelet daarop ligt het in de rede te verwachten dat particuliere ziektekostenverzekeraars straks hun particuliere polissen zullen aanpassen aan de met dit voorstel van wet ingevoerde wijzigingen. De opvatting van de leden van de SP-fractie dat voor particulier verzekerden en via aanvullende verzekeringen het risico op groeiende twee-deling in de zorg zal toenemen, wordt dan ook niet door mij gedeeld. Ik wijs daarbij ook op het hiervoor aangegeven, nog in te dienen voorstel van Tijdelijke wet privé-klinieken op grond waarvan nieuwe voorzieningen waarin verlening van zorg door meer dan één medisch-specialist wordt aangeboden, zonder dat daadwerkelijke accommodatie voor huisvesting van patiënten gedurende de dag en nacht aanwezig is, straks tijdelijk verboden zal zijn. Ook langs die weg wordt een eventuele groei van medisch-specialistische zorg los van ziekenhuizen tegengegaan.

Artikel 1, onderdeel A, artikel 8, vierde lid

In antwoord op de vragen van de leden van de VVD-fractie en de leden van de SP-fractie over het voorgestelde artikel 8, vierde lid, van de Ziekenfondswet, merk ik op dat de zinsnede dat de bijdrage niet voor elke verzekerde gelijk hoeft te zijn, in de Ziekenfondswet is ingevoerd bij Wet van 2 december 1982, houdende nadere wijziging van de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Wet op het Praeventiefonds (Stb. 702). Deze zinsnede stond al van ouder in de AWBZ.

Blijkens de memorie van toelichting op de Wet van 2 december 1982 werd het wenselijk geacht ook in de Ziekenfondswet de mogelijkheid op te nemen de op grond van die wet verschuldigde bijdragen te kunnen differentiëren. Aangegeven werd dat het onder meer wenselijk zou kunnen zijn voor minder draagkrachtigen onder de ziekenfondsverzekerden een lagere bijdrage vast te stellen dan voor andere ziekenfondsverzekerden. Van deze bevoegdheid is diverse malen gebruik gemaakt, recentelijk nog bij de invoering van het algemeen systeem van eigen bijdragen. Dit systeem houdt in hoofdlijnen in dat de verzekerde 20% van de kosten van een verstrekking op grond de Ziekenfondswet zelf bijdraagt tot een bepaald maximum bedrag per kalenderjaar. Voor bepaalde groepen van verzekerden is daarbij geregeld dat, in plaats van een maximum van f 200,- per kalenderjaar, een maximum van f 100,- geldt. Ook de compensatiemogelijkheid van f 90,- is op deze bepaling gebaseerd.

Artikel I, onderdeel B

Anders dan de leden van de VVD-fractie kennelijk veronderstellen, is er in het kader van de AWBZ-aanspraken geen sprake meer van functiegerichte omschrijvingen van aanspraken op zorg. In het regeerakkoord is

vastgelegd dat de AWBZ zich zal richten op onverzekerbare risico's en dat langdurige zorgvoorzieningen ten laste van de AWBZ-verzekering worden bekostigd (kamerstukken II 1993/94, 23 715, nr. 11). In de nota «zorg in het regeerakkoord» (kamerstukken II 1994/95, 24 124, nrs. 1–2) van 20 maart 1995, waarin de voornemens van het regeerakkoord zijn uitgewerkt, is ten aanzien van de AWBZ aangegeven dat er sprake zal zijn van een strakke aanbodregulering en macrokostenbeheersing via de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg). Dit houdt in dat er geen sprake meer is van functiegerichte maar van voorzieningsgerichte omschrijvingen. Het functiegericht omschrijven van aanspraken op zorg, maakte onderdeel uit van de destijds voorgenomen stelselwijziging ziektekostenverzekeringen die door middel van wijzigingen van de AWBZ tot stand zou komen. Van invoering van functiegerichte omschrijvingen in de Ziekenfondswet is nooit sprake geweest. Wel heeft het kabinet er voor gekozen om via de flexibilisering van de Ziekenfondswet de ziekenfondsen meer instrumenten in handen te geven om zorg op maat en doelmatigheid tot stand te brengen.

Over de wijze waarop zorg op maat in de AWBZ wordt gerealiseerd, heb ik u geïnformeerd bij brief van 11 juli 1997 (kamerstukken II 1996/97, 25 000 XVI, nr. 72).

Artikel II

Zoals de leden van de VVD-fractie terecht opmerkten, is de vergoeding van de kosten van kraamzorg als aparte aanspraak in het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden blijven staan. Ook ziekenfondsverzekerden hebben aanspraak op deze zorg.

Artikel IIa, onderdeel A

De leden van de CDA-fractie vroegen het oordeel over de suggestie van de NVZ om een nadere bepaling van de verantwoordelijkheid van het bestuur van een ziekenhuis op de wijze zoals dat in het hoofdstuk over academische ziekenhuizen van de Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek gestalte heeft gekregen. Verder vroegen voornoemde leden of het kabinet voornemens is deze te volgen door middel van een daartoe strekkende wijziging.

In reactie op deze vraag van de leden van de CDA-fractie merk ik op dat in de Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek de bevoegdheden en de bestuurlijke betrekkingen die de rijksoverheid onderhoudt met in die wet opgenomen instellingen, waaronder de academische ziekenhuizen, uitvoerig zijn geregeld. In dat kader zijn bepalingen omtrent het bestuur en de inrichting van academische ziekenhuizen opgenomen. Het betreft onder andere de vereiste bestuursorganen, rechtspositie en taken. De invalshoek is dus van een andere orde dan bij de algemene ziekenhuizen.

Bij de niet-academische ziekenhuizen is in het algemeen sprake van een stichting. Ingevolge Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek is het bestuur belast met het besturen van de stichting en heeft diensgevolge de leiding over de instelling, waarbij in de statuten een en ander verder kan worden geregeld. De taak van het bestuur is daar dus reeds afdoende omschreven.

De leden van de VVD-fractie wilden graag een reactie op de visie van de Orde van Medisch Specialisten dat de formulering over de positie van de medisch-specialisten in de nota van wijziging teveel geënt is op de situatie in de academische ziekenhuizen, waardoor onvoldoende recht zou worden gedaan aan de tijdens het hoofdlijnen debat opnieuw door het kabinet genoemde nevensgeschiktheid.

De veronderstelling dat de situatie wat betreft de nevenschiktheid in academische ziekenhuizen wezenlijk afwijkt van die in algemene ziekenhuizen komt mij onvoldoende gefundeerd voor. De passage over nevenschiktheid benoemt nu juist het voorgestane element van nevenschikking. Dit begrip zal nader moeten worden ingevuld. Juist de partijen zelf acht ik daartoe bij uitstek in staat. Hiertoe verwijs ik naar het gestelde in mijn antwoord op een vraag van de leden van de RPF-fractie inzake de nevenschiktheid. Ik ben dan ook van mening dat er geen sprake van is dat met de voorgestelde formulering onvoldoende recht wordt gedaan aan de professionele autonomie van de medisch-specialisten.

De leden van de VVD-fractie vroegen om een reactie op de zienswijze van de NVZ.

De NVZ heeft suggesties gedaan voor aanpassing van het wetsvoorstel. Wat de suggestie van de NVZ betreft inzake de omschrijving van de bestuurlijke verantwoordelijkheid zij verwezen naar het in antwoord op een vraag van de leden van de CDA-fractie daaromtrent gestelde. Het aangeven van een zorginhoudelijk kader is een taak die bij uitstek is toevertrouwd aan de medisch-specialisten. Inderdaad acht ik het goed mogelijk dat de medische staf – zoals de NVZ suggereert – de omschrijving van het zorginhoudelijk kader in een medisch beleidsplan vastlegt, dat vervolgens wordt gezien als onderdeel van het ziekenhuis-beleidsplan. Het is niet aan de overheid om voor te schrijven hoe de medisch-specialisten het zorginhoudelijke kader moeten invullen, dat is een aangelegenheid/verantwoordelijkheid van de beroepsgroep zelf. Ten aanzien van de motivering van het financieel en organisatorisch kader gaat het wat betreft het financieel kader – zoals de NVZ zelf al opmerkt – inderdaad om de allocatie van financiële middelen. Dat het wat het organisatorisch kader betreft onder andere gaat om een goede afstemming en samenwerking tussen de verschillende beroepsgroepen in het ziekenhuis spreekt voor zich.

Voor het antwoord op de vraag van de leden van de VVD-fractie over het voorstel van de NVZ om termen uit de memorie van toelichting te schrappen in verband met de wijziging van het voorstel van wet met de nota van wijziging (kamerstukken II 1996/96, 25 258, nr. 8), zij allereerst verwezen naar het hiervoor gegeven antwoord op de vraag van deze leden hoe zij de passages over het samenwerkingsverband in de memorie van toelichting moeten zien, nu het samenwerkingsverband bij nota van wijziging nadien uit het wetsvoorstel is verwijderd. Volledigheidshalve herhaal ik nogmaals dat in een memorie van toelichting het voorstel van wet wordt toegelicht zoals dat bij de Tweede Kamer wordt ingediend. Een memorie van toelichting wordt dan ook niet nadien gewijzigd.

Wijzigingen die na indiening van het voorstel van wet bij de Tweede Kamer bij nota van wijziging worden aangebracht, worden toegelicht bij die nota van wijziging; of indien de nota van wijziging tegelijkertijd met de nota naar aanleiding van het verslag wordt ingediend in die nota.

De leden van de fractie van D66 wensten te vernemen hoe de regering oordeelt over de suggestie van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen om in artikel IIa de taak van het bestuur te omschrijven.

Voor de beantwoording van deze vraag verwijs ik naar mijn antwoord op dezelfde vraag van de leden van de CDA-fractie.

De leden van de fractie van D66 vroegen om uitleg hoe de verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden van ziekenhuis en medisch-specialisten komen te liggen na aanvaarding van het wetsvoorstel.

Het wetsvoorstel herformuleert de aanspraken van verzekerden. Daarmee wordt echter geen wijziging in verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden bewerkstelligd.

De leden van de fractie van D66 vroegen of medisch-specialisten betrokken worden bij de bepaling van de kwaliteit en kwantiteit van verpleegkundige zorg en in hoeverre de verpleegkundige beroepsgroep in dit overleg wordt betrokken.

Zoals in artikel 11a is aangegeven zijn de medisch-specialisten verantwoordelijk voor het zorginhoudelijke kader. Het gaat daarbij om de medisch-specialistische zorg en alle daarmee in het ziekenhuis samenhangende zorg. De medische staf buigt zich ook over de noodzakelijke verpleegkundige zorg. De verpleegkundigen, die in dienst zijn van het ziekenhuis, vallen onder de verantwoordelijkheid van bestuur van het ziekenhuis. Het bestuur is in die zin verantwoordelijk voor de kwaliteit en kwantiteit van de verpleegkundige zorg.

De leden van de fractie van GroenLinks vroegen een reactie op de suggestie van de NVZ om aan het wetsvoorstel toe te voegen: «Het bestuur van het ziekenhuis is het orgaan dat met de leiding van het ziekenhuis is belast. Het neemt daartoe alle noodzakelijke besluiten». Voor de beantwoording van deze vraag zij verwezen naar het gestelde in antwoord op dezelfde vraag van de leden van de fractie van het CDA. Ook verwijs ik hiervoor naar mijn antwoord op de vraag van de leden van de RPF-fractie naar de motieven om het bestuur een financieel en organisatorisch kader vast te laten stellen.

In antwoord op een vraag daartoe van de leden van de fractie van GroenLinks deel ik mede dat het wetsvoorstel geen consequentie heeft voor de werkwijze van privé-klinieken.

In reactie op de vragen van de leden van de SGP-fractie die vroegen naar een definiëring van de verantwoordelijkheid van het bestuur, de definiëring van het organisatorische en financiële kader in de wetstekst dan wel in de toelichting en een vergelijkbare vraag stelden met betrekking tot het zorginhoudelijk kader, verwijs ik naar mijn antwoord op de door de leden van de CDA-fractie en de VVD-fractie gestelde vragen. Op de verantwoordelijkheden van het bestuur ben ik ook ingegaan in mijn antwoord op de vraag van de leden van de RPF-fractie naar de motieven om het bestuur een financieel en organisatorisch kader vast te laten stellen.

Voor de beantwoording van de vraag van de leden van de SP-fractie naar het oordeel over de suggestie van de NVZ om de bestuurlijke verantwoordelijkheid en het zorginhoudelijk kader nader te omschrijven verwijs ik naar mijn antwoord op een door de leden van de CDA-fractie en de VVD-fractie gestelde vragen. In mijn antwoord op de vraag van de leden van de RPF-fractie naar de motieven om het bestuur een financieel en organisatorisch kader vast te laten stellen, is eveneens ingegaan op de verantwoordelijkheden van een bestuur.

Verder stelden de leden van de SP-fractie een vraag over de aparte positie voor de medisch-specialisten naast de ziekenhuisdirectie.

Medisch-specialisten nemen een bijzondere en belangrijke plaats in de ziekenhuisorganisatie in. Zoals in de memorie van toelichting is aangegeven zijn medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg voor het overgrote deel onlosmakelijk met elkaar verbonden. Er is sprake van een gezamenlijke taak, waarbij de patiënt centraal staat. Ziekenhuisdirecties en medisch-specialisten dragen in de ziekenhuisorganisaties een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor integrale zorgverlening, die zij als gelijkwaardige partners samen invullen. Deze verantwoordelijkheid komt in artikel 11a tot uitdrukking. De onderlinge relatie tussen de instelling en de medisch-specialisten wordt echter niet geregeld. Het is nog steeds aan ziekenhuizen en medisch-specialisten om afspraken te maken over hun interne organisatie.

Artikel IV

De leden van de VVD-fractie vroegen naar de invoeringsdatum van het voorstel van wet. Zoals ik hiervoor al heb aangegeven, acht ik het gewenst dat voor het veld zo snel mogelijk duidelijk wordt wat de wijzigingen zullen zijn. Omdat een voorbereidingstijd van minimaal zes maanden voor het veld noodzakelijk is, zal de invoering worden uitgesteld tot 1 januari 1999. Er vanuit gaande dat het voorstel van wet ook nog dit jaar in de Eerste Kamer zal worden behandeld, is daarmee voldoende voorbereidingstijd beschikbaar.

Voor het antwoord op de vraag bij artikel IV van de leden van de CDA-fractie, handelend over systematische wetsevaluatie, verwijs ik naar mijn antwoord op de vraag van gelijke strekking van de leden van de PvdA-fractie.

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