

Vergaderjaar 1996–1997

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 dan wel door of vanwege een samenwerkingsverband van een ziekenhuis en de daar werkzame medisch-specialisten

Nr. 3

MEMORIE VAN TOELICHTING

I. Algemene deel

Aan het onderhavige wetsvoorstel is een lang traject voorafgegaan. Op 11 september 1989 heeft de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur de Gezondheidsraad verzocht een advies uit te brengen met betrekking tot de grenzen van de zorg. De Gezondheidsraad heeft op 12 december 1991 zijn rapport «Medisch handelen op een tweesprong» (uitgave Gezondheidsraad, nr. 1991/23) uitgebracht.

Op 30 augustus 1990 is de commissie Keuzen in de zorg ingesteld met als taak strategieën te ontwikkelen voor de wijze waarop keuzevraagstukken op de verschillende niveaus hanteerbaar kunnen worden gemaakt. De commissie Keuzen in de zorg heeft op 14 november 1991 haar rapport «Kiezen en delen» (ISBN 90 346 268 30) uitgebracht.

Uit deze rapporten blijkt dat er een sterke verwevenheid is tussen de bekostigingssystematiek en de kwaliteit van zorg. De rapporten bevestigen hetgeen al sinds jaren door velen naar voren is gebracht, namelijk dat het bestaande declaratiesysteem van medisch-specialisten, dat gebaseerd is op verrichtingen, te weinig prikkels bevat voor doelmatigheid en doeltreffendheid van medisch handelen en dus niet bevorderend is voor de kwaliteit van zorg.

In 1992 is besloten een gemengde werkgroep van zorgverzekeraars en aanbieders van zorg in te stellen, die zou nagaan onder welke nadere condities en wanneer het geheel van huisartsenhulp, medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg onderdeel uit zou kunnen maken van de toen beoogde moderne zorgverzekering voor iedereen. Daarbij werd van belang geacht goed na te gaan hoe voldaan zou kunnen worden aan de eisen van doelmatigheid (geen onnodige medicalisering) en kostenbeheersing (kamerstukken II 1991/92, 22 393, nr. 20). Dit voornemen leidde tot het instellen van de commissie Modernisering positie huisartsenzorg, specialistische zorg en ziekenhuiszorg (commissie Biesheuvel) op 27 januari 1993. Deze commissie kreeg tot taak om, in het licht van de modernisering van het zorgstelsel, waarin op dat moment voorzien was in het tot stand komen van een basisverzekering, op hoofdlijnen onderzoek te doen naar de positionering van het totaal aan medische zorg zoals die geleverd zou moeten worden door huisartsen,

medisch-specialisten en ziekenhuizen in dat beoogde moderne stelsel. Deze modernisering hield onder meer een stelsel in, dat zo is ingericht dat daarmee een doelmatige organisatie van zorgverlening zou worden bereikt. Voorop stond daarbij de kwaliteit van zorg en het vergroten van de mogelijkheid van zorg op maat alsmede de wens om de financiële organisatie van de curatieve zorg te wijzigen.

Bij haar instelling kreeg de commissie tevens de opdracht om zorgaanbieders, zorgverzekeraars en deskundigen uit de kring van de patiënten/consumenten bij haar werkzaamheden te raadplegen.

De commissie Biesheuvel heeft in januari 1994 haar rapport «Gedeelde zorg: betere zorg» (ISBN 90-74364-59-4) uitgebracht.

In het rapport wordt vooropgesteld dat de gezondheidszorg in Nederland tot de beste in de wereld behoort. Opgemerkt wordt dat Nederland, wat betreft de kwaliteit van de zorg en de toegankelijkheid van het stelsel, internationaal een goede naam heeft. De commissie stelt dat de prijs die daarvoor betaald moet worden, weliswaar aanzienlijk is, maar, blijkens cijfers van de Organisatie van Economische Samenwerking en Ontwikkeling, internationaal gezien niet onredelijk hoog is; zeker indien het brede pakket aan zorg in ogenschouw wordt genomen. Toch meent de commissie dat het systeem van gezondheidszorg kritisch moet worden gevolgd, te meer omdat de vraag naar zorg de komende jaren zal stijgen. Meer dan ooit zijn daarom naar de mening van de commissie een doelmatige organisatie van de zorg en kostenbeheersing nodig. Tegen deze achtergrond heeft de commissie haar aandacht vooral gericht op de organisatie van het curatieve zorgaanbod en aandacht besteed aan het instrumentarium dat van invloed is op de curatieve zorg. Van daaruit heeft de commissie aanbevelingen gedaan over gewenste veranderingen in de organisatie van de zorg.

De commissie heeft de curatieve zorg in drie hoofdgebieden onderscheiden, te weten de generalistische zorg waarin de huisarts als centraal wordt beschouwd, de transmurale zorg, en de specialistische zorg.

Ten aanzien van de huisartsenzorg is de commissie van mening dat de rol van de huisarts als poortwachter moet worden versterkt.

De commissie constateert dat er op het gebied van de transmurale zorg een toenemende behoefte aan zorg op maat ontstaat.

Bij de specialistische zorg constateert de commissie een toenemende verwevenheid tussen de zorgverlening door medisch-specialisten en de zorgverlening door ziekenhuizen. De commissie onderschrijft deze ontwikkelingen en is van mening van dit zijn organisatorische beslag moet krijgen in het ziekenhuis nieuwe stijl.

In het regeerakkoord (kamerstukken II 1993/94, 23 715, nr. 11) is vastgelegd dat de aanbevelingen van de commissie Biesheuvel zullen worden uitgevoerd.

In de nota «Modernisering curatieve zorg» van 23 juni 1995 heeft het kabinet een nader standpunt over het advies van de commissie ingenomen en zijn beleidsvoornemens daaromtrent geschetst (kamerstukken II 1994/95, 23 619, nrs. 3–4). De regering heeft in de desbetreffende nota aangegeven van mening te zijn dat de rode draad in het advies is de wens om voor de patiënt tot een continuüm van zorg te komen. De schotten in de ziekenhuisorganisatie en tussen het ziekenhuis en de extramurale zorg moeten worden afgebroken. De mogelijkheid voor transmurale zorg moet worden vergroot. De huisarts blijft voor de patiënt en diens omgeving het eerste aanspreekpunt. Hij moet in het zorgcontinuüm poortwachter en gids zijn.

Het zijn deze zorginhoudelijke verbeteringen, die de regering er toe hebben gebracht de aanbevelingen over te nemen.

De regering heeft verder aangegeven van mening te zijn dat de commissie een aantal belangrijke aanbevelingen heeft gedaan voor

verbetering van de betalingswijze, capaciteitsbepaling en de kwaliteit van zorg van huisartsen, medisch-specialisten en ziekenhuizen. Met deze aanbevelingen worden voor het veld mogelijkheden geschapen om zich in te spannen voor de zorginhoudelijke vernieuwing van de curatieve zorg en zo onder meer zorg op maat te bevorderen. Ook bieden de aanbevelingen voor de overheid mogelijkheden om tot een oplossing te komen voor enkele weerbarstige vraagstukken die te maken hebben met de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg. De positie van de medisch-specialist is daarbij een in het oog springend onderwerp.

Voor de huisartsenzorg gaat het bij het overnemen van de aanbevelingen om versterking van de poortwachtersfunctie en een verdere ontwikkeling van de kwaliteit van deze zorg, zoals het ontwikkelen van standaarden en bevorderen van intercollegiale toetsing. Ook gaat het om zaken als wijziging van de bekostiging van deze zorg. De wijzigingen op dit terrein van zorg moeten geheel tot stand komen door middel van de afspraken die op basis van het in september 1995 uitgebrachte rapport «Poortwachter in praktijk» (uitgave ministerie VWS, VDB 95-177) met de besturen van de Landelijke Huisartsen Vereniging, Zorgverzekeraars Nederland en de Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen voor ambtenaren zijn gemaakt. Aangezien de aanspraak op huisartsenzorg met dit wetsvoorstel niet wordt gewijzigd, wordt deze aangelegenheid verder buiten beschouwing gelaten.

Het onderhavige wetsvoorstel strekt er toe de omschrijving van de aanspraak op de medisch-specialistische zorg in het kader van de Ziekenfondswet te wijzigen. In verband daarmee wordt met dit voorstel van wet tevens de omschrijving van de aanspraak op vergoeding van de kosten voor deze hulp door particuliere ziektekostenverzekeraars ingevolge de verzekeringsovereenkomst op grond van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen gewijzigd. Aan de wijziging liggen de volgende overwegingen ten grondslag.

Medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg zijn voor het overgrote deel onlosmakelijk met elkaar verbonden. Er is sprake van een gezamenlijke taak, waarbij de patiënt centraal staat. Om deze taak goed vorm te geven, is het gewenst dat gekomen wordt tot geïntegreerde organisaties van ziekenhuizen en de daar werkzame medisch-specialisten. Ziekenhuisdirecties en medisch-specialisten dragen in dergelijke organisaties een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor integrale zorgverlening, die zij als gelijkwaardige partners samen invullen. Zij hebben gelijkgerichte belangen. De verhouding en de taakverdeling tussen de medisch-specialisten en ziekenhuisdirecties worden niet dwingend voorgeschreven.

Deze benadering van de medisch-specialistische zorg dient tevens tot uitdrukking te komen in de ziekenhuisorganisatie.

In de nota «Modernisering curatieve zorg» is gesteld dat zowel uit zorginhoudelijk als uit doelmatigheidsoogpunt een verdergaande stroomlijning in de organisatorische en financiële integratie van specialistenmaatschappen en ziekenhuizen wenselijk is. In die situatie kunnen op het niveau van de patiëntenzorg op de afdeling alsmede op het niveau van de ziekenhuisorganisatie geïntegreerde afwegingen worden gemaakt over de optimale inzet van menskracht en middelen. In die visie van de regering dienen de contractuele relaties tussen verzekeraars en ziekenhuizen enerzijds en verzekeraars en medisch-specialisten binnen een ziekenhuis anderzijds, te worden afgestemd op de nieuwe aanspraak op medisch-specialistische zorg die wordt beoogd met dit wetsvoorstel. De nieuwe contractuele relatie dient de totale geïntegreerde medisch-specialistische organisatie te omvatten.

In het licht van het vorenstaande is van belang dat vanwege de gewenste veranderingen in de zorgsector alsmede vanwege de voortdurende overschrijding van het macrobudget dat jaarlijks voor de hulp, verleend door vrijgevestigde specialisten, ter beschikking wordt gesteld en de in verband daarmee te treffen tariefmaatregelen, al enige tijd geleden aan medisch-specialisten, ziekenhuizen en verzekeraars de mogelijkheid is geboden om op lokaal niveau met initiatieven te komen en projectvoorstellen in te dienen, die gericht zijn op doelmatiger handelen van medisch-specialisten (kamerstukken II, 1992/93, 22 393, nr. 50 en 1994/95, 23 904, nr. 4). In de loop der tijd zijn dergelijke initiatieven tot stand gekomen (kamerstukken II 1995/96, nr. 23 619, nr. 6 en 8).

Inmiddels zijn bij vrijwel alle ziekenhuizen lokale initiatieven ontstaan, met een alternatieve honoreringsstructuur met als oogmerk het uniformeren van de bekostigingssystematiek voor medisch-specialisten en ziekenhuizen en het stimuleren van kwaliteit en doelmatigheid in de zorgverlening. Het zijn tripartite afspraken die gemaakt zijn binnen de door mij gestelde randvoorwaarden, tussen het ziekenhuis, de daar werkzame medisch-specialisten (van wie de meesten niet in dienstbetrekking werkzaam zijn) en de lokale zorgverzekeraar(s). Met deze afspraken wordt tevens bereikt dat de vicieuze cirkel tussen volumeoverschrijdingen en tariefkortingen doorbroken wordt.

Bij de lokale initiatieven is per jaar een honorariumbudget vastgesteld voor de medisch-specialisten op het niveau van het ziekenhuis. De onderlinge verdeling van dit budget over de deelnemende specialisten en specialismen is een zaak van de betrokken partijen zelf.

Met de initiatieven wordt een bijdrage geleverd aan de doelstelling van de regering te komen tot een geïntegreerde organisatie van de medisch-specialistische zorg. In dit kader wordt tevens gewerkt aan de ontwikkeling van producttyperingen en productprijzen, waarin vergoedingen voor ziekenhuis en medisch-specialist verdisconteerd zijn. Het bestaande verrichtingsstelsel voor medisch-specialisten zal daarmee verdwijnen.

De ervaringen die nu opgedaan worden met de lokale initiatieven zullen ter plaatse bepalend zijn voor de nadere invulling. De ontwikkelingen dienaangaande zijn op dit moment divers.

De regering is van oordeel dat het thans noodzakelijk is om de omschrijving van de aanspraken op de zorg die door de medisch-specialist en het ziekenhuis wordt verleend, aan te passen alsmede om soortgelijke wijzigingen ook in het kader van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen door te voeren. Deze aanpassing is naar de mening van de regering aangewezen in die situaties waarbij er als gevolg van de lokale initiatieven al een volledige integratie heeft plaatsgevonden dan wel, in de overige situaties, om de voltooiing van het proces van integratie te bevorderen. De aanpassing van de aanspraken houdt het volgende in.

De vigerende aanspraken op grond van de Ziekenfondswet behelzen dat de verzekerde aanspraak heeft op niet-klinische genees-, heel- en verloskundige hulp, te verlenen door een medisch-specialist. Hieronder valt alle medisch-specialistische hulp, behalve wanneer die hulp verleend wordt als onderdeel van opname en verblijf in een ziekenhuis. Het gaat dus om een consult door de medisch-specialist in de polikliniek van het ziekenhuis tot en met medisch-specialistische hulp tijdens dagbehandeling in het ziekenhuis. Daarnaast is de aanspraak op medisch-specialistische hulp, indien de verzekerde gedurende het etmaal in het ziekenhuis verblijft, apart geregeld. Gezien de hiervoor geschetste ontwikkelingen, worden deze aparte aanspraken met het onderhavige wetsvoorstel als één aanspraak geformuleerd.

Het ziekenfonds sluit, ingevolge artikel 44, eerste lid van de Ziekenfondswet, overeenkomsten met personen of instellingen die de ziekenfondsverstrekkingen verlenen. Voor de medisch-specialistische zorg waarbij een ziekenhuis is betrokken, moeten dus overeenkomsten met geïntegreerde ziekenhuisorganisaties worden gesloten, te weten met het ziekenhuis of met het desbetreffende samenwerkingsverband. Op deze wijze wordt hetgeen met de lokale initiatieven wordt beoogd, krachtig gestimuleerd.

Noodzakelijke elementen van zo'n geïntegreerde organisatie zijn naar buiten toe, één prijs per product, één geïntegreerd budget, één financieringsstroom van verzekeraars naar de ziekenhuisorganisatie en één aanspreekpunt voor de verzekeraar. Het wetsvoorstel regelt niet de onderlinge relatie binnen de geïntegreerde organisatie en bemoeit zich derhalve niet met de huidige discussie over dienstverband dan wel handhaven van het vrije beroep, zoals die thans in het kader van de lokale initiatieven wordt gevoerd.

Met het onderhavige wetsvoorstel is voorts de aanspraak op medisch-specialistische zorg zo geformuleerd dat daarmee ook transmurale zorg wordt bevorderd. Immers, door de formulering «door of vanwege een ziekenhuis dan wel door of vanwege een samenwerkingsverband van een ziekenhuis en de daar werkzame medisch-specialisten» wordt het mogelijk om, ook als ziekenhuis of samenwerkingsverband, medisch-specialistische zorg buiten de muren van het ziekenhuisgebouw te verlenen.

Op dit moment zijn de aanspraken in het kader van de Ziekenfondswet geheel bij of krachtens algemene maatregel van bestuur geregeld. Ook wat betreft de onderhavige materie had gekozen kunnen worden voor regeling bij algemene maatregel van bestuur. Echter, door de gewijzigde formulering van de aanspraak vervalt de juridische basis aan de aparte overeenkomsten die ziekenfondsen met de medisch-specialisten en de ziekenhuizen hebben gesloten. De consequenties van de beoogde wijziging zijn dusdanig ingrijpend dat de regering meent dat regeling bij wet is aangewezen.

Voorts is van de gelegenheid gebruik gemaakt om ook voor andere zorgvormen in de wet zelf in hoofdlijnen te regelen waarop de verzekeren aanspraak hebben.

De onderhavige wet heeft onmiddellijke werking. Dat impliceert dat alle bestaande overeenkomsten voor zover die niet met de gewijzigde wet in overeenstemming zijn, op het moment van inwerkingtreding van deze wet van rechtswege komen te vervallen. Op dat moment zullen alle overeenkomsten voor deze zorg derhalve in overeenstemming moeten zijn met de geherformuleerde aanspraak. Dit betekent dat er een uitkomst van overleg voor de geïntegreerde ziekenhuisorganisaties tot stand moet zijn gekomen, op basis waarvan er in het hele land op tijd nieuwe overeenkomsten kunnen worden gesloten. Met deze zaken is enige tijd gemoeid. Daarom wordt het tijdstip van inwerkingtreding van deze wet geregeld bij koninklijk besluit. De beoogde inwerkingstredingsdatum van dit wetsvoorstel is 1 januari 1998. Het is de bedoeling om te bevorderen dat dit koninklijk besluit op een zodanig tijdstip in het Staatsblad wordt gepubliceerd dat er na die publicatie voldoende tijd voor partijen beschikbaar is om de uitvoering voor te bereiden. De regering gaat daarbij uit van een periode van zes maanden.

De ontwikkelingen in het veld en hetgeen met dit voorstel van wet in aansluiting daarop wordt geregeld, komen de patiënt ten goede. Immers, de patiënt is er bij gebaat dat hij op basis van afweging van alle binnen de ziekenhuisorganisatie aanwezige mogelijkheden zorg krijgt. Een dergelijke

afweging draagt bij aan de kwaliteit van de zorg. Dit proces leidt er toe dat integrale afweging van de voor de patiënt geëigende zorgmogelijkheden uitgangspunt is. De geïntegreerde afweging en intercollegiale toetsing die hierbij aan de orde is, passen bij de voorwaarde dat verantwoorde zorg dient te worden geleverd, zoals die is vastgelegd in de Kwaliteitswet zorginstellingen. De gekozen nieuwe omschrijving van de aanspraak omvat alle zorg die door of vanwege het ziekenhuis dan wel door of vanwege een samenwerkingsverband van een ziekenhuis en de daar werkzame specialisten wordt geleverd, dus ook transmurale zorg en bevordert ook in dit opzicht de door iedereen gewenste zorg op maat.

Een goede afweging welke zorg in welke situatie in aanmerking komt, is bevorderlijk voor de doelmatigheid en daarmee voor de kostenbeheersing. Zeker in een tijd waarin de technologische en wetenschappelijke ontwikkelingen steeds meer mogelijk maken, terwijl er nog steeds sprake is van een begrenzing aan de financiële middelen die voor de gezondheidszorg beschikbaar kunnen worden gesteld, is het van belang dat de beschikbare financiële middelen zo doelmatig mogelijk worden besteed.

Dit wetsvoorstel faciliteert de beoogde veranderingen. De feitelijke werking hangt af van de wijze waarop de ziekenhuizen, de medisch-specialisten en de verzekeraars aan de integratie uitvoering geven.

II. Artikelsgewijze deel

Artikel I

A.

Met artikel I wordt artikel 8 van de Ziekenfondswet gewijzigd. Behalve de integratie van de aanspraken op medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg is nieuw dat de aanspraken in hoofdlijnen op wetsniveau worden geregeld.

In het eerste lid van artikel 8 worden de verschillende zorgvormen geregeld, op verstrekking waarvan de verzekerden aanspraak hebben.

Onderdeel a betreft de nieuwe omschrijving voor de aanspraak op medisch-specialistische zorg, verleend door of vanwege een ziekenhuis dan wel door of vanwege een samenwerkingsverband van een ziekenhuis en de daar werkzame medisch-specialisten. De gekozen formulering houdt in dat het ziekenfonds, ingevolge artikel 44, eerste lid, van de Ziekenfondswet, voor de in onderdeel a omschreven zorg slechts overeenkomsten kan sluiten hetzij met het ziekenhuis, hetzij met een samenwerkingsverband dat bestaat uit het ziekenhuis en de daar werkzame medisch-specialisten. In geval er sprake is van een ziekenhuis waar slechts medisch-specialisten werkzaam zijn die in dienstbetrekking staan tot dat ziekenhuis, sluit het ziekenfonds derhalve uitsluitend met het ziekenhuis een overeenkomst. Op deze situatie – de eerste mogelijkheid – ziet de zinsnede «door of vanwege een ziekenhuis».

Indien er sprake is van een samenwerkingsverband van een ziekenhuis en de daar werkzame medisch-specialisten die niet in dienstbetrekking staan tot dat ziekenhuis, maar er sprake is van zelfstandige beroepsuitoefening van die medisch-specialisten in dat ziekenhuis, sluit het ziekenfonds een overeenkomst met een samenwerkingsverband van het ziekenhuis en deze medisch-specialisten tezamen. Aldus is gewaarborgd dat ook in gevallen waarin specialisten niet in dienstverband in een ziekenhuis werkzaam zijn de beoogde geïntegreerde organisatie van de medisch-specialistische zorg wordt gerealiseerd.

Dit wetsvoorstel regelt niet de organisatie en samenwerking binnen ziekenhuizen en derhalve ook niet de relatie tussen de medische staf en het ziekenhuis. Dit is aan ziekenhuizen en medisch-specialisten zelf.

Onder de omschrijving is alle hulp die verleend wordt door of vanwege een ziekenhuis dan wel door of vanwege een samenwerkingsverband van een ziekenhuis en de daar werkzame medisch-specialisten begrepen. Het gaat daarbij om alle genees-, heel- en verloskundige hulp die verleend wordt door medisch-specialisten die in dienstverband of als vrije beroepsbeoefenaar in het ziekenhuis werkzaam zijn. Of het nu gaat om hulp op de E.H.B.O. in de polikliniek, tijdens dagbehandeling of aan patiënten die gedurende het etmaal in het ziekenhuis verblijven, al deze hulp is onder deze aanspraak begrepen. Bij de hier geregelde geïntegreerde zorg gaat het ook om de aan de medisch-specialistische zorg verbonden zorg, zoals verzorging, verpleging, paramedische en farmaceutische hulp. Ook deze zorg is dus onder de aanspraak in onderdeel a begrepen. Op welke onderdelen iemand in concreto aanspraak heeft, wordt op basis van indicatiestelling vastgesteld. Onder de in onderdeel a omschreven zorg is voorts transmurale zorgverlening begrepen.

De uitwerking van de zorg wordt, zoals dat ook geldt voor de overige onderdelen van het eerste lid, bij algemene maatregel van bestuur geregeld. Bij die amvb zal ook worden bepaald dat de aanspraak op verblijf in een ziekenhuis is beperkt tot een periode van verblijf van één jaar. Hetzelfde geldt voor de revalidatiezorg, bedoeld in onderdeel b.

Onderdeel c betreft de medisch-specialistische zorg die niet verleend wordt in het kader van de geïntegreerde ziekenhuisorganisatie. Het gaat om zorg die wordt verleend door een medisch-specialist die in het geheel niet of in ieder geval niet voor die zorg aan een ziekenhuis of een samenwerkingsverband van een ziekenhuis en de daar werkzame medisch-specialisten verbonden is en die dus voor het verlenen van de onderhavige zorg op geen enkele wijze gebruik maakt van ziekenhuis-faciliteiten. De zorg wordt dus niet alleen buiten het ziekenhuis verleend, maar er is tevens sprake van een praktijkuitoefening die geheel los staat van de ziekenhuisorganisatie. Het is, uit overwegingen van kwaliteit, doelmatigheid en kosten van de gehele sector, uitdrukkelijk de bedoeling om de zorg die geheel los van het ziekenhuis wordt verleend, beperkt te houden.

Indien een ziekenfonds met een medisch-specialist een medewerkers-overeenkomst sluit, kan die overeenkomst alleen betrekking hebben op de zorg, bedoeld in dit onderdeel. Het is aan het ziekenfonds om te beslissen of hij, gezien zijn zorgplicht, neergelegd in artikel 8, vijfde lid (nieuw), naast overeenkomsten met betrekking tot de zorg, bedoeld in artikel 8, eerste lid, onderdeel a, (nieuw), overeenkomsten met buiten het ziekenhuis werkzame medisch-specialisten wier praktijkuitoefening geheel los staat van de ziekenhuisorganisatie, nodig heeft. Het ziekenfonds is niet verplicht om overeenkomsten met individuele beroepsbeoefenaren te sluiten. Immers, met de Wet van 20 november 1991, houdende beperking van de contracteerplicht in de ziekenfondsverzekering en de bijzondere ziektekostenverzekering, invoering van de mogelijkheid een lager tarief in rekening te brengen dan het overeenkomstig de Wet tarieven gezondheidszorg goedgekeurd of vastgesteld tarief, alsmede enige andere wijzigingen in de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Wet tarieven gezondheidszorg (Stb. 584) is de verplichting voor ziekenfondsen om met iedere beroepsbeoefenaar een overeenkomst aan te gaan, met ingang van 1 januari 1992 opgeheven.

De onderdelen b tot en met j bevatten de overige zorgvormen waarop ingevolge de Ziekenfondswet aanspraak bestaat. Daarnaast kan er op grond van het tweede lid van artikel 8 nog bij algemene maatregel van

bestuur andere zorg worden geregeld op verstrekking waarvan aanspraak bestaat. Het gaat hierbij niet om hoofdvormen van zorg, die liggen immers vast in de wet zelf. Het gaat om ondersteunende aan de in de wet aangeduide hoofdvormen of een verbijzondering van de in de wet aangeduide hoofdvormen. Bij de ondersteunende zorg valt te denken aan ziekenvervoer. Bij de verbijzondering gaat het onder meer om verpleging en verzorging ten huize van de verzekerde die met ingang van 1 januari 1998 als aanspraak in de ziekenfondsverzekering in aansluiting op ziekenhuiszorg wordt ingevoerd. Verder kan de verbijzondering nodig zijn vanwege de planning of de organisatie van de zorg. In de loop ter tijd kunnen veranderingen optreden. Een voorbeeld is erfelijkheidsadvisering. Destijds is besloten om vanwege het bijzondere karakter de organisatie en de aanspraak apart te regelen. Inmiddels is er een ontwikkeling gaande waarbij, naar het zich thans laat aanzien, deze zorg gewoon onderdeel kan gaan uitmaken van ziekenhuiszorg. De aparte aanspraak kan dus op termijn komen te vervallen. Dergelijke flexibiliteit moet kunnen blijven bestaan. Daarom is gekozen voor het tweede lid.

In het derde lid van artikel 8 (nieuw) wordt bepaald dat bij algemene maatregel van bestuur de omvang van zorg, bedoeld in het eerste lid, wordt geregeld. Bij die algemene maatregel van bestuur kunnen verder de voorwaarden voor het tot gelding brengen van de aanspraak op zorg worden vastgesteld. Bij die voorwaarden gaat het om wie de zorg verleent, waar de zorg wordt verleend, indicatievoorschriften, toestemmingsvereisten en dergelijke. Zo valt te denken aan een voorwaarde dat de revalidatiezorg, bedoeld in artikel 8, eerste lid, onder b, (nieuw) van de Ziekenfondswet, wordt verleend door een aan een instelling voor revalidatie verbonden multidisciplinair team van deskundigen, staande onder leiding van een medisch-specialist, zoals nu ook is geregeld in het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering. Voor de zorg, bedoeld in artikel 8, eerste lid, onder a, is in de wet geregeld wie de zorg verleent.

In het vierde lid (nieuw) van artikel 8 wordt de bevoegdheid tot het vaststellen van eigen bijdragen geregeld. Het systeem is dat bij algemene maatregel van bestuur wordt geregeld voor welke zorg en volgens welke regels een eigen bijdrage bij ministeriële regeling wordt vastgesteld. Inhoudelijk is hier niets veranderd. Er is alleen duidelijk bepaald wat bij algemene maatregel van bestuur en wat bij ministeriële regeling kan worden geregeld en tot hoever de bevoegdheid reikt.

Het nieuwe zesde en het zevende lid van artikel 8 regelen dat wat thans in artikel 8, eerste en derde lid, geregeld is.

B en C.

De wijziging van artikel 44, eerste lid, en 45, onder c, is louter van technische aard. Met dit voorstel van wet wordt de zorg waarop aanspraak bestaat immers bij wet en niet meer bij algemene maatregel van bestuur geregeld.

Volledigheidshalve zij nogmaals opgemerkt dat, na inwerkingtreding van dit voorstel van wet, het ziekenfonds voor de medisch-specialistische zorg, bedoeld in artikel 8, eerste lid, onder a, (nieuw) een overeenkomst dient te gaan sluiten met een instelling, zijnde een op grond van artikel 8a toegelaten ziekenhuis of samenwerkingsverband van een ziekenhuis en de daar werkzame medisch-specialisten.

Artikel II

Deze bepaling strekt tot wijziging van artikel 2, tweede lid, van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen om zodoende aan te sluiten bij de Ziekenfondswet en ook hier de aparte omschrijvingen van de hulp door een medisch-specialist en van verpleging en behandeling in een ziekenhuis te vervangen door één omschrijving.

Artikel IV

De regering streeft er naar de onderhavige wettelijke maatregel met ingang van 1 januari 1998 van kracht te laten worden. De wet heeft onmiddellijke werking. Het is daarom van belang dat tijdig het koninklijk besluit tot het regelen van het tijdstip van inwerkingtreding van deze wet wordt vastgesteld. De regering meent dat een periode van zes maanden voldoende is voor betrokkenen om de noodzakelijke voorbereidende maatregelen te treffen.

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