

Vergaderjaar 2002–2003

28 994

Wijziging van de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten, in verband met herziening van het overeenkomstenstelsel in de sociale ziektenkostenverzekering alsmede enkele andere wijzigingen (Wet herziening overeenkomstenstelsel zorg)

Nr. 3

MEMORIE VAN TOELICHTING

ALGEMEEN DEEL

1. Inleiding

De verzekerden ingevolge de Ziekenfondswet (Zfw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) hebben aanspraak op zorg in natura. Zij ontvangen geen geldelijke vergoeding voor genoten of te genieten zorg, maar hebben van hun zorgverzekeraar recht op zorgverlening door een hulpverlener of instelling waarmee door het ziekenfonds of het uitvoeringsorgaan AWBZ (verder ook wel: verzekeraar) een overeenkomst is gesloten. In die overeenkomsten leggen verzekeraars en zorgaanbieders afspraken vast over onder meer de inhoud, de kwaliteit, het volume en de prijs van de zorg die aan de verzekerden wordt verleend. Die overeenkomsten zijn de neerslag van hetgeen de verzekeraar ten behoeve van zijn verzekerden wenst in te kopen. De aanpassing van het overeenkomstenstelsel als gevolg van dit wetsvoorstel past in de overgang van een stelsel van centrale aanbodsturing – waarbij de inrichting en de omvang van de zorg door de wetgever worden bepaald – naar een decentraal vraaggericht stelsel, waarbij de feitelijke omvang en inrichting van de zorg, onder door de overheid te stellen randvoorwaarden, worden bepaald door de bij de zorgverlening direct betrokken partijen.

De redenen voor dit wetsvoorstel zijn de volgende. De maatregelen zijn nodig ter versterking van de regierol van de verzekeraars in het kader van de beleidsontwikkeling in de gezondheidszorg, die als vraaggericht omschreven wordt, maar ook vanwege het gebrek aan dynamiek in het overeenkomstenstelsel als gevolg van verplichte landelijke overeenkomsten. Hierna worden onder 2 de redenen nader toegelicht.

In hoofdlijn worden met dit wetsvoorstel de volgende maatregelen genomen:

- het afschaffen van de landelijke geldende uitkomsten van overleg en modelovereenkomsten in de Zfw en de AWBZ;
- het faciliteren van de contracteervrijheid voor verzekeraars en zorginstellingen, door te regelen dat de contracteerplicht en de omgekeerde contracteerplicht voor bij of krachtens amvb te bepalen vormen van zorg en categorieën zorginstellingen afgeschaft kunnen worden;

dit is van belang voor de introductie van outputfinanciering via bij voorbeeld vrij onderhandelbare «diagnose behandeling combinaties» (dbc's);

- het wegnemen van (formele) belemmeringen voor zorgaanbieders gevestigd in een ander EU- of EER-land, of in een verdragsland, om zorg aan Nederlandse verzekerden te verlenen;

De herziening van het overeenkomstenstelsel vindt voornamelijk plaats door het aanbrengen van wijzigingen in de Zfw en de AWBZ. In samenhang daarmee vervalt de bepaling over het restitutietarief in de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG).

De Raad van State adviseerde de (omgekeerde) contracteerplicht jegens instellingen niet afzonderlijk af te schaffen, maar het voornemen tot afschaffing in samenhang te bezien met de beleidsvoornemens in het kader van de prijzen- en bouwwetgeving (WTG respectievelijk de Wet Ziekenhuisvoorzieningen en het wetsvoorstel Wet exploitatie zorginstellingen, Kamerstukken II 2000/01, 27 659, nrs. 1–3). De Raad van State achtte de stelselherziening in de zorg eigenlijk het aangewezen moment om alles ten gronde goed te regelen.

Naar aanleiding van dit advies van de Raad van State, en mede in het licht van het feit dat zowel het eervorige («Vraag aan bod»¹) als het vorige kabinet («Strategisch Akkoord») op afzienbare termijn tot een stelselherziening in de zorg wilden komen, werd aanvankelijk besloten om het voorliggende wetsvoorstel te incorporeren in de wetgeving die dat nieuwe stelsel tot stand zou moeten brengen. Echter, inmiddels is er ook wat betreft de opheffing van de (omgekeerde) contracteerplicht een nieuwe noodzaak om het wetsvoorstel alsnog bij het parlement aanhangig te maken. Die reden ligt in de introductie van het werken met dbc's in ziekenhuizen.

De thans gepresenteerde voorstellen zijn erop gericht de verzekeraars en de aanbieders van zorg meer mogelijkheden te bieden zelf invulling te geven aan hun contractuele relatie dan thans het geval is. Door aanpassingen in het overeenkomstenstelsel zal meer ruimte ontstaan voor het maken van afspraken die zijn toegesneden op de lokale vraag naar zorg. Met dit wetsvoorstel wordt gestimuleerd dat ziekenfondsen en uitvoeringsorganen AWBZ zorg inkopen die – voor zover binnen de aanspraken mogelijk – meer rekening houdt met de vraag van de verzekerde. Daartoe vervalt onder meer het voorschrift dat verzekeraars en aanbieders bij het sluiten van hun overeenkomsten rekening moeten houden met collectieve afspraken die op landelijk niveau tot stand zijn gekomen. Deze beleidslijn volgt ook uit het Hoofdlijnenakkoord voor een kabinet van CDA, VVD en D66. Dat hoofdlijnenakkoord, gevoegd bij de brief van 16 mei 2003 van de informateurs, geeft aan in welk perspectief de zorg in de komende tijd zal worden vormgegeven (Kamerstukken II, 2002/03, 28 637, nr. 19). In het hoofdlijnenakkoord wordt opgemerkt: «De centrale aanbodsturing is vastgelopen en wordt zo snel als verantwoord is vervangen door gereguleerde marktwerking» en «Eigen verantwoordelijkheid en initiatief van partijen in de zorg komt voorop te staan. De overheid blijft uiteraard toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg garanderen». Over de kostenontwikkelingen vermeldt het akkoord: «Er moet ernstig mee rekening worden gehouden dat de uitgaven van de zorg verder zullen doorgroeien dan nu reeds in de meerjarenramingen is voorzien. Het kabinet zal alsdan maatregelen nemen om de zorguitgaven binnen het budgettair kader te houden en het beslag op de collectieve middelen niet verder te laten oplopen. Daarbij zal het gaan om verdere pakketbeperkingen, de verhoging van eigen bijdragen in de AWBZ en een eigen risico in het ziekenfonds, en maatregelen om de doelmatigheid te

¹ Vraag aan bod, Hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel, TK 2000/01, 27 855, nrs. 1–2.

vergroten». Met laatstgenoemde maatregelen wordt een beheerste kostenontwikkeling mogelijk gemaakt. Tegelijkertijd blijft de transitie van aanbodsturing naar gereguleerde marktwerking een belangrijke beleidsdoelstelling, waardoor de behoeften van patiënten en cliënten in de zorg centraal komen te staan. Daaraan draagt dit wetsvoorstel bij.

Vrijstelling contracteerplicht/behoud van overeenkomsten

Als gevolg van deze wet kunnen ziekenfondsen en uitvoeringsorganen AWBZ ten aanzien van bepaalde vormen van zorg worden vrijgesteld van de verplichting om die zorg in te kopen bij alle instellingen, die die zorg in hun werkgebied kunnen (en mogen) leveren. De plicht om desgevraagd met een instelling te contracteren, wordt wel de «contracteerplicht» voor het ziekenfonds genoemd. De contracteerplicht moet overigens onderscheiden worden van de plicht van het ziekenfonds respectievelijk het uitvoeringsorgaan AWBZ om zorg te leveren (zorgplicht) en daarvoor overeenkomsten te sluiten. Die – aan het naturastelsel verbonden – zorgplicht vergt van ziekenfondsen en uitvoeringsorganen dat zij contracten sluiten met zorgaanbieders. Afschaffing van de contracteerplicht voor bepaalde vormen van zorg betekent dus niet dat het ziekenfonds of het uitvoeringsorgaan AWBZ voor die vormen van zorg in het geheel geen contracten meer hoeft te sluiten. Integendeel, het sluiten van contracten zal nog steeds moeten gebeuren, wil het ziekenfonds of het uitvoeringsorgaan aan zijn zorgplicht kunnen voldoen. Het betekent slechts, dat hij niet met iedere zorgaanbieder die de desbetreffende Zfw- of AWBZ-vorm(en) van zorg mag, kan en wil leveren, een contract moet afsluiten. De Zfw en de AWBZ bevatten ook een «omgekeerde contracteerplicht». Dit is de plicht van zorgaanbieders, om, indien zij een overeenkomst met één ziekenfonds of uitvoeringsorgaan AWBZ hebben gesloten, desgevraagd een overeenkomst onder gelijke voorwaarden met een ander ziekenfonds of uitvoeringsorgaan te sluiten. Dit wetsvoorstel maakt het mogelijk om ook deze omgekeerde contracteerplicht voor bij amvb aan te wijzen vormen van zorg of categorieën zorginstellingen af te schaffen.

Een aantal van de voorgestelde maatregelen is reeds aangekondigd in de WTG-notitie, «Speelruimte en verantwoordelijkheid» (Kamerstukken II, 1999/2000, 27 156, nr. 2) en in de brief van de Minister van VWS over de modernisering van de curatieve zorg, tweede fase (Kamerstukken II, 2000/01, 23 619, nr. 18). Het beoogt de verantwoordelijkheden van ziekenfondsen, uitvoeringsorganen AWBZ en instellingen te vergroten. Daarmee past de voorgestelde mogelijkheid tot afschaffing van de (omgekeerde) contracteerplicht uitstekend binnen de in het Hoofdlijnenakkoord aangekondigde stelselherziening. Met de invoering van die mogelijkheid hoeft evenwel niet gewacht te worden tot het moment van invoering van de stelselherziening. De afgelopen jaren is reeds een flink aantal stappen gezet om de mogelijkheden van ziekenfondsen voor onderhandelingen met zorgaanbieders te vergroten. Hiermee zijn de verantwoordelijkheden van de ziekenfondsen voor doelmatige zorginkoop stelselmatig vergroot. De onderhavige voorstellen liggen in die lijn. De voortschrijdende ontwikkeling van de vraagsturing, en met name de ontwikkeling van het zogenoemde «dbc-beleid», leidt ertoe dat het met ingang van 1 januari 2004 wettelijk mogelijk moet zijn om de (omgekeerde) contracteerplicht in de Zfw, onderdeel van het aanbodgerichte stelsel, voor (groepen van) dbc's af te schaffen. Overigens kent de AWBZ al de mogelijkheid om bij amvb te bepalen in welke gevallen van de contracteerplicht kan worden afgeweken. Tot dusver is daar geen gebruik van gemaakt. De contracteerplicht voor verzekeraars jegens vrije beroepsbeoefenaren is al sinds 1992 afgeschaft.

Naast dit wetsvoorstel wordt ook op ander wijze gewerkt aan het ombouwen van het aanbodgerichte systeem in de zorgsector in de richting van een vraaggericht stelsel. Te noemen zijn:

- vervanging van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (Wzv) door de Wet exploitatie zorginstellingen (Wez), Kamerstukken II, 2000/01, 27 659, nrs. 1-3;
- introductie van prestatiebekostiging (o.a. via dbc's);
- invoering eigen risico in de ziekenfondsverzekering;
- invoering van een algemene verzekering curatieve zorg;
- in het leven roepen van een marktmeester voor de zorgsector.

Bij de hervorming van het overeenkomstenstelsel vormen de algemeen aanvaarde uitgangspunten voor de zorgsector: waarborgen van de toegankelijkheid, doelmatigheid, kwaliteit, gelijke behandeling en solidariteit, grondslag voor het handelen van de regering. Kernbegrippen daarbij zijn gereguleerde competitie, transparantie, verantwoording en de vraag van de verzekerden.

Het algemene deel van deze toelichting is als volgt ingedeeld. In het vervolg van deze inleiding wordt een beschrijving gegeven van de plaats van de overeenkomst in de sociale ziektekostenverzekeringen (AWBZ en Zfw). In hoofdstuk 2 wordt uiteengezet welke redenen er zijn voor een herziening van het overeenkomstenstelsel in de AWBZ en de Zfw. In hoofdstuk 3 wordt op de verschillende maatregelen afzonderlijk ingegaan. In hoofdstuk 4 komen de uitvoeringstoetsen aan de orde die zijn uitgebracht door het College voor zorgverzekeringen, het College tarieven gezondheidszorg, het College bouw ziekenhuisvoorzieningen en het College sanering zorginstellingen. In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op het waarborgen van de kwaliteit en de doelmatigheid in de zorg en ten slotte wordt in hoofdstuk 6 ingegaan op een aantal toezichtaspecten.

Verder is het van belang dat het wetsvoorstel op 1 januari 2004 in werking treedt in verband met de daarin opgenomen mogelijkheid om de contracteerplicht af te afschaffen ten behoeve van de introductie van vrije (tarief)onderhandelingen over diagnose behandeling combinaties (dbc's). Op dit aspect wordt in paragraaf 3b. nader ingegaan.

Actaltoets

Het wetsvoorstel is voorgelegd aan het Adviescollege toetsing administratieve lasten (Actal). Het college heeft het wetsvoorstel niet geselecteerd voor een Actaltoets op de gevolgen van de regeling voor de administratieve lasten voor het bedrijfsleven. De totale omvang van de door de regeling veroorzaakte administratieve lasten is beperkt. De onderhavige regeling houdt louter inhoudelijke verplichtingen in, die niet gekoppeld zijn aan een informatiebericht. Daarom is het voorstel niet relevant voor de vermindering van de administratieve lasten voor het bedrijfsleven.

De overeenkomst in de sociale ziektekostenverzekering

De ziekenfondsen en de uitvoeringsorganen AWBZ kennen een zorgplicht voor de verzekerden die bij hen zijn ingeschreven. Dat is geregeld in artikel 8 van de Zfw respectievelijk artikel 6 van de AWBZ. Zij dienen een zodanig aantal instellingen en beroepsbeoefenaren te contracteren, dat de verzekerden hun aanspraken kunnen realiseren. De wet schrijft voor dat die overeenkomsten – ook wel zorg- of medewerkersovereenkomsten genoemd – moeten worden gesloten met inachtneming van de op landelijk niveau overeengekomen uitkomsten van overleg (uvo's). Uvo's komen tot stand na overleg tussen de brancheorganisaties van verzekeraars en aanbieders in een bepaalde sector; zij behoeven de goedkeuring van het College voor zorgverzekeringen (CVZ). De uitkomst van overleg bepaalt of er op individueel niveau nog ruimte is voor aanvullende of eventueel van de uitkomst van overleg afwijkende afspraken. Indien er op landelijk niveau geen uitkomst van overleg voor een bepaalde sector tot stand komt, stelt het CVZ een modelovereenkomst vast. Er kan niet eerder een

individuele overeenkomst tussen verzekeraar en zorgaanbieder worden gesloten dan nadat op landelijk niveau overeenstemming is bereikt over de uvo of bij gebreke daarvan een modelovereenkomst door het CVZ is vastgesteld.

De uitkomst van overleg of de modelovereenkomst dient, zo bepalen de Zfw en de AWBZ, bepalingen te bevatten over aanvang en looptijd van de overeenkomst, de wederzijdse rechten en verplichtingen, de te verlenen verstrekkingen of zorg, kwaliteit en doelmatigheid, administratie en controle, beëindiging, voorzieningen voor situaties waarin kan worden afgeweken van de uvo of modelovereenkomst en de mogelijkheid van instelling van een geschillencommissie. Met al deze bepalingen moet rekening worden gehouden bij de onderhandelingen tussen verzekeraar (ziekenfonds en zorgkantoor) en de zorgaanbieder. Dat geldt zowel voor de overeenkomsten met individuele beroepsbeoefenaren als voor overeenkomsten met instellingen in de gezondheidszorg. Het «startpunt» van het onderhandelingsproces tussen verzekeraars en aanbieders ligt dus op centraal niveau. Het resultaat van het collectief overleg op centraal niveau tussen de betrokken representatieve organisaties van verzekeraars en zorgaanbieders bepaalt in hoge mate de inhoud van de individuele overeenkomsten. Deze wet beoogt daarin verandering aan te brengen en partijen niet langer door de wet gemodelleerd te laten onderhandelen. Als gevolg van de wet van 20 november 1991, ook wel genoemd de Wet beperking contracteerplicht en invoering maximumtarieven (Stb. 1991, 584) en de novelle daarop (Stb. 1991, 585) is de contracteerplicht voor verzekeraars jegens individuele beroepsbeoefenaren afgeschaft. Ten opzichte van instellingen is die plicht blijven bestaan. Deze plicht houdt in dat de ziekenfondsen respectievelijk de uitvoeringsorganen AWBZ, indien een toegelaten instelling in het werkgebied daar om vraagt, met die instelling moeten contracteren. Ook regelt de wet de zogenoemde omgekeerde contracteerplicht. Die houdt in dat een instelling die een overeenkomst heeft gesloten met een verzekeraar, op verzoek van een andere verzekeraar gehouden is op dezelfde voorwaarden met hem te contracteren. In de curesector heeft het geleid tot het zogenoemde regiomodel, waarbij de onderhandelingen met instellingen namens verzekeraars plaatsvinden door de regionaal dominante verzekeraar(s) aangevuld met de regio-vertegenwoordigers van de particuliere ziektekostenverzekeraars en van de Contactcommissie Publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen. In de praktijk hebben de AWBZ-uitvoeringsorganen in een bepaalde regio hun werkzaamheden op het gebied van contracteren opgedragen aan één van hen (meestal het verbindingskantoor) die dan de onderhandelingen namens hen (overigens ook namens de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen) met zorgaanbieders voert.

De bepalingen over de overeenkomsten in de AWBZ en Zfw zijn een aanvulling op de bepalingen in het Algemeen gedeelte van het Verbintenissenrecht in boek 6 van het Burgerlijk Wetboek (BW). Op de overeenkomsten die verzekeraars met aanbieders sluiten, zijn naast de algemene bepalingen ook de daarvoor geschreven bijzondere bepalingen van het BW over overeenkomsten van opdracht van toepassing (artikel 7:400 BW en verder), voor zover niet anders wordt overeengekomen. Die bepalingen hebben onder meer betrekking op het handelen als een goed opdrachtnemer, het afleggen van verantwoording aan de opdrachtgever, het overlaten van de uitvoering door de opdrachtnemer aan anderen, de opzegging van de overeenkomst en de verschuldigdheid van het loon (tarief).

2. Aanleiding tot het wetsvoorstel

Er zijn verschillende redenen waarom het overeenkomstenstelsel in de sociale ziektekostenverzekering herziening behoeft. De eerste reden is gelegen in de veranderde gedachten over de inrichting en sturing van het

stelsel: van centraal aanbodgestuurd naar decentraal vraaggericht. Dat vertaalt zich in een bestuurlijke vormgeving waarbij de primaire verantwoordelijkheid voor de organisatie van de feitelijke zorg bij de verzekeraars ligt. Daarvoor is nodig dat de positie van de verzekeraar wordt versterkt en ook zorgaanbieders meer ruimte wordt gegeven om in te spelen op de vraag van zorgverzekeraars.

Bij instellingen als ziekenhuizen en revalidatiecentra wordt steeds meer overgegaan op prestatiebekostiging (door middel van dbc's) in plaats van budgetfinanciering. Dat biedt mogelijkheden om per verzekeraar volume- en prijsafspraken te maken. Voor verzekeraars dient zich daarmee de mogelijkheid aan om concurrerende afspraken met instellingen te maken. Een plicht tot contracteren past daar niet bij. Voorgesteld wordt om bij of krachtens amvb uitzonderingen op de contracteerplicht te kunnen maken ten aanzien van bepaalde vormen van zorg, zoals de dbc's. Voor categorieën van instellingen is dat nu al mogelijk op grond van artikel 47, tweede lid jo. artikel 8a, tweede lid Zfw.

De tweede reden voor de herziening van het overeenkomstenstelsel is gelegen in het gebrek aan dynamiek die het huidige stelsel vertoont als gevolg van de rol die de wet aan de brancheorganisaties oplegt. De voorgestane gereguleerde competitie in de zorg kan daardoor onvoldoende tot stand komen. Ten slotte bestaat er een zekere spanning tussen het overeenkomstenstelsel en het mededingingsbeleid. Die spanning maakt het gewenst om de collectieve elementen in het overeenkomstenstelsel in de AWBZ en de Zfw waar mogelijk te reduceren.

In het navolgende wordt nader ingegaan op deze overwegingen.

2.1 Van aanbod- naar vraaggericht

Onder de zogenoemde Paarse kabinetten heeft het begrip «compartimentenmodel» ingang gevonden. Het eerste compartiment bevat de particulier moeilijk te verzekeren risico's, die zijn verzekerd via de AWBZ. Het tweede compartiment bevat een pakket van aanspraken op curatieve zorg, die is verzekerd via de Zfw, of, voor bepaalde groepen ambtenaren, via ambtelijke regelingen. Voor een pakket van veelal dezelfde omvang brengen daarnaast particuliere verzekeraars polissen op de markt voor dat deel van de bevolking dat niet krachtens de Zfw verzekerd is. Het derde compartiment bevat de overige niet wettelijk verzekerde zorg. Burgers kunnen zich voor die zorg aanvullend verzekeren.

In de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 29 april 1999 (Kamerstukken II, 1998/99, 26 517, nr. 1) over de bestuurlijke vormgeving van het tweede verzekeringscompartiment is aangekondigd dat nader zal worden ingegaan op de herziening van het overeenkomstenstelsel. Die brief was een reactie op adviezen die de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in 1998 heeft uitgebracht: te weten de adviezen «Verzekeraars op de zorgmarkt», april 1998, «Prikkel tot doelmatigheid», april 1998, «Naar een meer vraaggerichte zorg», mei 1998, «Besturen in overleg», juni 1998, en «Tussen markt en overheid», december 1998. De voornoemde brief geeft deels het inhoudelijke en bestuurlijke kader weer dat voor het overeenkomstenstelsel in de ziekenfondsverzekering in de toekomst van belang is. Onderwerp van de RVZ-adviezen was het vraagstuk van doelmatigheidsvergroting en zorgsturing in het complexe veld van de gezondheidszorg. In voornoemde brief van 29 april 1999 is uitvoerig ingegaan op de mogelijkheden die overheid en partijen in het veld ter beschikking staan om in het tweede compartiment een passend evenwicht te vinden tussen de zorgvraag en de mogelijkheden van het zorgveld. Recentelijk bracht de RVZ advies uit over marktwerking in de medisch specialistische zorg (Zoetermeer, 2003). De Raad merkt op dat het schrappen van de contracteerplicht een absolute voorwaarde voor marktwerking is omdat de verzekeraars anders gedwongen blijven om het

geplande aanbod te contracteren. Dat tast hun onderhandelingspositie aan en belemmert de toetreding van nieuwe aanbieders op de markt. Het gevoerde beleid van aanbodregulering is de belangrijkste oorzaak van de wachtlijstproblematiek en het gebrek aan klantgerichtheid, innovatie en doelmatigheid van de Nederlandse gezondheidszorg.

In de beleidsbrief Modernisering Curatieve Zorg, tweede fase (Kamerstukken II, 2000/01, 23 619, nr. 18) is aangekondigd dat de aanbieders van curatieve zorg beter zullen worden toegerust om met zorgverzekeraars te onderhandelen en dat de vraagkant van de curatieve sector, vertegenwoordigd door verzekerden en patiënten en – uit hun naam – de zorgverzekeraars, zal worden versterkt. Ziekenfondsen vormen in de onderhandelingen met de aanbieders van zorg een countervailing power. Zij worden gestimuleerd door een normatief budgetstelsel enerzijds en de keuzevrijheid van de verzekerden (acceptatieplicht) anderzijds. Beide dragen er toe bij dat het ziekenfonds in zijn onderhandelingen met de zorgaanbieders de wensen van zijn verzekerden ter harte zal nemen.

Het project Modernisering AWBZ en het MDW-project AWBZ betreffen de bestuurlijke vormgeving van het eerste verzekeringscompartiment. Het eerste project heeft geresulteerd in de nota over de modernisering van de AWBZ «Zicht op zorg» (Kamerstukken II, 1998/99, 26 631, nr. 1) waarin de voornemens staan met betrekking tot structuur van en sturing in de AWBZ. Deze hebben overigens voor een belangrijk deel hun beslag gekregen op 1 april 2003, toen het Besluit zorgaanspraken AWBZ in werking trad. Ook bij de modernisering van het eerste compartiment staat de omslag van aanbod- naar vraaggericht centraal.

Een voorwaarde voor vraaggeleiding is dat de verzekeraar zijn zorginkoop vrij kan richten op datgene wat de verzekerde aan zorg verlangt, uiteraard binnen het kader van de wettelijke aanspraken. Daarbij past niet de verplichting voor de verzekeraar om met bepaalde instellingen te contracteren. Ook moet de verzekeraar niet gevangen zitten in het keurslijf van de op landelijk niveau tot stand gekomen (raam)overeenkomsten, de uitkomsten van overleg. De onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders moeten in een zo groot mogelijke vrijheid kunnen plaatsvinden. In de individuele overeenkomsten kan dan goed rekening worden gehouden met de wensen van de verzekerden en de mogelijkheden van de zorgaanbieder.

Hoewel de bestuurlijke aansturing van het eerste en tweede compartiment verschilt, gaan beide ten behoeve van de verzekerde uit van dezelfde grondslagen en kernbegrippen. Zowel in de ziekenfondsverzekering als in de AWBZ is de zorgovereenkomst het instrument bij uitstek om sturing te geven aan het gehele zorgproces, waarbij rekening wordt gehouden met de vraag van de verzekerde. In het eerste compartiment (ook wel care-sector genoemd) wordt daaraan overigens ook tegemoet gekomen door de functiegerichte omschrijving van de aanspraken en de uitbouw van het persoonsgebonden budget.

2.2 Gebrek aan dynamiek in het stelsel

Een tweede reden voor de herziening van het overeenkomstenstelsel is gelegen in het gebrek aan dynamiek in de onderhandelingen over de overeenkomsten. De huidige bepalingen over de overeenkomsten in de Zfw en de AWBZ stimuleren verzekeraars en aanbieders onvoldoende om hun contracten toe te snijden op de lokale situatie. Lokale partijen moeten met elkaar onderhandelen over punten waarover nauwelijks valt te onderhandelen omdat deze al vrijwel uitputtend in de landelijke uitkomst van overleg zijn geregeld of omdat rendement voor de direct betrokken partijen niet of nauwelijks aanwezig is. Dat kwam ook omdat de betrokken

partijen op regionaal en niet op individueel niveau onderhandelen. De regionale vereniging van zorgaanbieders deed daarbij veelal een stevig beroep op adviseurs van de landelijke organisatie(s). Die landelijke adviseurs waren immers bij de totstandkoming van de uitkomsten van overleg betrokken geweest. Door hun inbreng sloten partijen over het hele land min of meer gelijke overeenkomsten. Door uitspraken van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) behoort dat echter steeds meer tot het verleden, zeker wat betreft het prijs- en vestigingsbeleid. De NMa heeft op 25 oktober 2002 richtsnoeren voor de zorgsector vastgesteld. Beroepsbeoefenaren, zorgverzekeraars en andere ondernemers in de zorgsector kunnen met behulp van die richtsnoeren zelf hun samenwerkingsvormen en gedragingen toetsen aan de Mw.

Het gebrek aan dynamiek bij het contracteren wordt ook veroorzaakt door de contracteerplicht in de Zfw. De contracteerplicht en de omgekeerde contracteerplicht hebben tot gevolg dat er landelijk identieke overeenkomsten tot stand komen.

Uit onder meer een evaluatie van het overeenkomstenstelsel door de toenmalige Ziekenfondsraad (uitgave Ziekenfondsraad 1995, nr. 673) en uit een onderzoek van de Commissie toezicht uitvoeringsorganen, CTU (thans College toezicht zorgverzekeringen, CTZ genaamd), «Sturing door overeenkomsten»¹ bleek dat de doelen die de wetgever zich stelt, niet werden gehaald. Doel van het laatstgenoemde onderzoek was inzicht te krijgen in hoe en in welke mate ziekenfondsen gebruik maken van de overeenkomst om invloed uit te oefenen op de wijze waarop de ziekenhuizen en de daarin werkzame specialisten aan hun verzekerden zorg verlenen. De conclusie van het rapport is dat ziekenfondsen zonder een oorspronkelijk regionaal werkgebied zich beperken tot het sluiten van standaardcontracten via machtiging van Zorgverzekeraars Nederland; aldus vindt er door die ziekenfondsen geen zorginhoudelijke sturing plaats. Ook ziekenfondsen die een oorspronkelijk regionaal werkgebied hebben, benutten de overeenkomsten maar in beperkte mate als instrument voor het voeren van de regie in de zorg. Zo maken niet alle ziekenfondsen verdergaande afspraken dan de standaardbepalingen van de uitkomst van overleg en zijn gemaakte nadere afspraken toch nog vrijblijvend van aard en globaal van inhoud. In een aantal gevallen zijn gemaakte afspraken wel concreet uitgewerkt, maar niet in een contractuele vorm vastgelegd. Die afspraken blijken dan uit correspondentie en gespreksverslagen.

De individuele overeenkomst tussen ziekenfonds en zorgverlener blijkt vooral te fungeren als formaliteit voor de verzekeraar en aanbieder. De overeenkomst verschaft de betaaltitel. Zonder het bestaan van een overeenkomst worden betalingen van het ziekenfonds niet door het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) geaccepteerd.

In de overeenkomst met een individuele beroepsbeoefenaar staan weliswaar volume- en prijsbepalingen maar over de prijs (tarief) wordt op individueel niveau niet of nauwelijks onderhandeld. Dat is echter als gevolg van de eerder genoemde Wet van 20 november 1991 wel mogelijk, want voor prestaties van individuele beroepsbeoefenaren gelden er sinds 1 januari 1992 maximumtarieven. De wettelijke vereisten voor de overeenkomsten hebben geen betrekking op de tarieven voor te verlenen zorg voor zover die tarieven op grond van de WTG zijn onderworpen aan goedkeuring van het College tarieven gezondheidszorg (CTG). Het top-down model uvo's – individuele overeenkomst heeft echter een zodanig effect op de onderhandelingen over de contracten dat ook wat betreft de prijs het maximumtarief zoals dat door het CTG is vastgesteld, op individueel niveau het standaardtarief geworden. Dat werd mede veroorzaakt door de collectieve opstelling van de brancheorganisatie op regionaal niveau. De betrokken partijen – verzekeraars en regiovertegenwoordigers – spraken

¹ Uitgave Commissie toezicht uitvoeringsorganisatie, juli 2000, publicatienummer 6.

af dat het maximumtarief het tarief voor alle aanbieders zal zijn. Ook uit onderzoeken van de Economische Controledienst naar de mededinging bij apotheekhoudenden en huisartsen (Onderzoeken ECD 1994/95) bleek dat het door de wetgever beoogde doel niet wordt bereikt. Individuele tarieven onder de landelijke maximumtarieven komen niet tot stand. Dit werd nog eens bevestigd door een ECD-onderzoek bij tandartsen (brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 16 juni 1999, Z/P991 241). De beroepsbeoefenaren die sinds 1992 niet meer de wettelijke garantie op een overeenkomst wordt geboden, smeadden zich hecht aaneen tot voor de zorginkoper niet te passeren machtsblokken. De vrijheid die de publieke regelgeving bood, werd in het veld door private collectieve afspraken vrijwel volledig tenietgedaan. De wettelijke verplichting tot het maken van collectieve afspraken in de vorm van een uvo draagt ook niet direct bij aan een vrij onderhandelingsklimaat. Voor substantiële onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders is het stelsel van uvo's en modelovereenkomsten geen bestaansvoorwaarde. Integendeel, het leunen op de collectieve verantwoordelijkheid van de onderhandelende organisatie heeft er in de praktijk toe geleid dat het belang van de individuele overeenkomsten op de achtergrond is geraakt. Door het schrappen van de verplichting tot collectief onderhandelen op landelijk niveau – met de hiervoor beschreven effecten op regionaal en individueel niveau – komt het accent te liggen op de individuele onderhandelingen. Daarbij is de verwachting gerechtvaardigd dat zich dat ook in de prijs vertaalt, omdat de onderhandelingen niet langer plaatsvinden vanuit een vooraf collectief overeengekomen raamwerk. Daarbij is ook meer speelruimte in de WTG-tarieven gewenst. De eerder genoemde WTG-notitie «Speelruimte en verantwoordelijkheid» bevat voornemens en maatregelen die zullen leiden tot meer ruimte voor onderhandelingen over prijs, doelmatigheid en kwaliteit.

Wil het overeenkomstenstelsel zijn rol goed kunnen vervullen, dan zal het eerder tot het sluiten van overeenkomsten moeten uitnodigen dan daartoe verplichten, zoals nu nog het geval is als gevolg van de contracteerplicht. Daardoor kan onderlinge concurrentie ontstaan tussen zorgaanbieders en tussen verzekeraars.

2.3 Spanning tussen het overeenkomstenstelsel en het mededingingsrecht

In de paragrafen 2.1 en 2.2 zijn de twee belangrijkste motieven vermeld voor het voorstel om de uvo's, de modelovereenkomsten en de contracteerplicht in de Zfw en de AWBZ te schrappen. Er is echter nog een reden.

Artikel 6 van de Mw verbiedt overeenkomsten tussen ondernemingen, besluiten van ondernemersverenigingen en onderling afgestemde feitelijke gedragingen van ondernemingen, die ertoe strekken of ten gevolge hebben dat de mededinging op de Nederlandse markt of een deel daarvan wordt verhinderd, beperkt of vervalst. Dergelijke overeenkomsten en besluiten zijn van rechtswege nietig.

Tot 1 januari 2003 was in artikel 16 Mw geregeld, dat artikel 6 Mw (het «kartelverbod») niet gold voor overeenkomsten, besluiten en gedragingen als bedoeld in dat artikel die ingevolge het bepaalde bij of krachtens enige andere wet zijn onderworpen aan goedkeuring of door een bestuursorgaan onverbindend verklaard, verboden of vernietigd kunnen worden, dan wel op grond van enige wettelijke verplichting tot stand zijn gekomen. Gezien de inhoud van de uvo's en de modelovereenkomsten, kan betwijfeld worden of deze te zien zijn als documenten die de mededinging verhinderen, beperken of vervalsen. Uit diverse beschikkingen van de

NMa over collectieve afspraken¹ kan het volgende worden afgeleid. Voor zover de collectieve afspraken betrekking hebben op objectieve (minimum)kwaliteitseisen of puur administratieve of procedurele aspecten van de zorgverlening, beperken zij de mededinging niet wanneer zij uitsluitend de verantwoordelijkheid en de bekwaamheid van de zorgverlener betreffen. Collectieve afspraken daarover zijn toegestaan als maar wordt voldaan aan de voorwaarde dat er geen uitsluiting van andere belanghebbenden mee kan worden bewerkstelligd. Dat geldt echter niet voor afspraken over tarieven en vestiging. Collectieve afspraken daarover zijn – tenzij een vrijstelling of ontheffing van de NMa zou kunnen worden verkregen – altijd verboden. In de modelovereenkomst en de uvo's worden echter geen afspraken over tarieven of vestiging gemaakt, terwijl juist wel afspraken over kwaliteit, administratie en procedures worden gemaakt. De vraag of uvo's en modelovereenkomsten daarnaast afspraken bevatten die wél in strijd zijn of zouden kunnen zijn met het mededingingsrecht, valt niet in algemene zin te beantwoorden: dit hangt af van de individuele uvo's of modelovereenkomsten. Het antwoord op die vraag was tot 1 januari 2003 niet zo van belang, omdat uvo's aan goedkeuring van het CVZ – een bestuursorgaan – onderhevig waren, terwijl modelovereenkomsten op grond van een verplichting in de Zfw en AWBZ tot stand kwamen. De uvo's en modelovereenkomsten konden, ook als zij mededingingsbeperkende gevolgen zouden hebben, op grond van artikel 16 Mw blijven bestaan.

Zoals gezegd is artikel 16 Mw op 1 januari 2003 vervallen. Daarom is nog eens bekeken of het handhaven van de uvo's en modelovereenkomsten wel gewenst is. Geconcludeerd is dat, of uvo's en modelovereenkomsten nu wel of niet mededingingsbeperkende bepalingen bevatten, het opheffen van het systeem waarin met uvo's en modelovereenkomsten wordt gewerkt, in ieder geval past in de lijn van de Mw. Dit vormt derhalve de derde reden om de uvo's en de modelovereenkomst af te schaffen.

3. De maatregelen

a. Het afschaffen van de uitkomst van overleg en de modelovereenkomst

De bepalingen over de (totstandkoming van) de landelijke uitkomst van overleg en de modelovereenkomst in de AWBZ en de Zfw komen te vervallen. Daarmee vervalt ook de vereiste goedkeuring van het CVZ voor die uitkomsten. Hiermee wordt eens te meer aangegeven dat de directe onderhandelingspartijen verantwoordelijk zijn voor de zorgcontractering. Zij kunnen straks niet meer terugvallen op wettelijk voorgeschreven, op landelijk niveau tot stand gekomen uitkomsten van overleg of op een door het CVZ vastgestelde modelovereenkomst. Zorgverzekeraars en aanbieders zullen in hun nieuwe rol moeten groeien.

Overeenkomsten komen tot stand op basis van inventarisatie van de zorgbehoefte van de verzekerden. De verzekeraar is bij uitstek degene die weet heeft van de vraag en het aanbod. De overeenkomst regelt niet enkel de verhouding tussen de individuele zorgaanbieder en de verzekeraar maar kan ook afspraken bevatten over de werkwijze van de individuele zorgaanbieder binnen het geheel van (onderling te onderscheiden) multi-disciplinaire zorgaanbieders. Bij het tot stand brengen van zorgketens, zorgvernieuwing, flexibiliteit en transmuralisering van de zorg hebben de verzekeraars met de overeenkomst een goed instrument om de zorg meer op de zorgvraag van de verzekerden af te stemmen.

Door onderhandelingen kunnen partijen een optimum bereiken in de verhouding kwaliteit, doelmatigheid, volume en prijs, waarbij rekening wordt gehouden met de vraag van de verzekerde. Waar moet worden

¹ Besluit directeur-generaal NMa d.d. 15 december 2000, zaken 590 en 1972/Amicon – Vrijgevestigd Fysiotherapeut; besluit d-g NMa d.d. 11 april 2001, zaak 537 nr. 116/Landelijke Huisartsen Vereniging; besluit d-g NMa d.d. 6 juli 2001, zaak 912/CZ – Apotheke.

gevreesd dat het optimum op onderdelen vanwege onvoldoende «countervailing power» van één van de partijen of door andere oorzaken niet tot stand komt, is in aanvullende wetgeving voorzien (o.a. door de Wet ziekenhuisvoorzieningen en de toekomstige Wet exploitatie zorginstellingen, de Wet op bijzondere medische verrichtingen, de Wet tarieven gezondheidszorg en de Kwaliteitswet zorginstellingen). Het wettelijke stelsel waarin partijen overeenkomsten sluiten met betrekking tot de levering van diensten, maakt mogelijk dat inhoudelijke ontwikkelingen op zorg- of verzekeringsterrein tussen de individuele zorgaanbieder en de verzekeraar steeds kunnen worden geactualiseerd. Een stelsel dat snel evoluerende ontwikkelingen zou willen vatten in centrale regelgeving door de overheid, holt voortdurend achter de feiten aan. Een goed functionerend overeenkomstenstelsel in Zfw en AWBZ maakt het mogelijk dat de overheid terugtreedt omdat overeenkomsten een vorm van zelfregulering bieden die zowel de kosten als de inhoud van de zorg betreft. Het biedt de mogelijkheid van afstemming op lokaal niveau. De wetgever geeft daarvoor het kader aan. Voor die zelfregulering is de overeenkomst een onmisbaar instrument. De aanpassing van het overeenkomstenstelsel leidt tot ruimte voor het maken van substantiële afspraken. Daarbij gaat het om afspraken over doelmatigheid van en informatievoorziening over de prestaties en over het functioneren van de zorgaanbieder. De contracterende verzekeraar moet van elke instelling adequate informatie krijgen over de financiële positie van de instelling.

Gezien de beleidsontwikkelingen in de care- en curesector strekt deze maatregel zich uit over zowel het eerste als het tweede compartiment (AWBZ en Zfw). Het kader wordt herzien, aan verzekeraars en zorgaanbieders is de uitwerking.

Natura/restitutie

In samenhang met het wettelijke financieringssysteem blijft de zorgplicht rusten op de uitvoeringsorganen van de sociale ziektekostenverzekeringen. Het naturakarakter van de verzekeringen blijft gehandhaafd. Tegenover de verzekering van rechtswege staat het recht op verstrekking van zorg in natura. Het naturastelsel biedt de mogelijkheid om met behulp van de overeenkomsten tot doelmatige zorgverlening te komen. Daarnaast heeft het naturastelsel nog andere voordelen. Zo worden de kosten voor de geleverde zorg zonder tussenkomst van de verzekerde afgerekend. Daarmee heeft de zorgaanbieder de zekerheid dat hij wordt betaald voor zijn prestatie en de uitvoerder (verzekeraar) de zekerheid dat de nodige zorg wordt geleverd aan de verzekerde. Indien de wetgever niet zou bepalen dat er overeenkomsten moeten worden gesloten, is er ook geen garantie dat aan de (natura)verplichtingen ten aanzien van de verzekerde kan worden voldaan. En niet in de laatste plaats vervult de overeenkomst een belangrijke rol met het oog op de toegankelijkheid van de gezondheidszorg, vooral voor die sectoren waarin het aanbod om wat voor reden dan ook schaars is. Indien gewenst kunnen verzekeraar en aanbieder afspraken maken over een gelijkmatige verdeling van een budget (volume) over het gehele kalenderjaar ter aanwending van de zorg aan de verzekerden en kunnen zij afspraken maken over wachttijden. Het wetsvoorstel biedt wel de mogelijkheid om voor bepaalde vormen van zorg op een restitutiemodel over te gaan. De nota «Vraag aan bod» vermeldt dat als voordeel van een restitutie­stelsel geldt dat de verzekerde zich in principe tot elke gekwalificeerde aanbieder kan wenden, ook in het buitenland. Inmiddels hebben ziekenfondsverzekerden door een uitspraak van het Europese Hof van Justitie in de zaken Müller/Fauré en Van 't Riet¹ dat recht in andere landen van de Europese Unie wat betreft extramurale zorg in feite al gekregen. Wel kunnen er nog nadere voorwaarden worden gesteld, maar die doen aan het principe niet af. Het Hof oordeelde dat het (Nederlandse) vereiste van voorafgaande toestemming

¹ EHvJ 13 mei 2003, C-385/99.

voor extramurale zorg in het buitenland in strijd is met het vrije verkeer van goederen en diensten in de Europese Unie. De gevolgen van dit arrest zullen worden uitgewerkt in een ministeriële regeling. Het Hof heeft in de uitspraak overwogen dat de verzekerden slechts aanspraak kunnen maken op vergoeding van de behandeling binnen de grenzen van de dekking die in de lidstaat van inschrijving door het stelsel van ziektekostenverzekering is gegarandeerd. Ook overwoog het Hof dat de bevoegde lidstaat waar een naturastelsel geldt, de hoogte van de vergoeding kan bepalen waarop patiënten die een behandeling in een andere lidstaat hebben ondergaan, recht hebben, mits deze bedragen berusten op objectieve, niet-discriminerende en transparante criteria.

Met name uit het oogpunt van beheersing van de kostenontwikkeling en doelmatige zorgverlening, is het gewenst nader onderzoek te doen naar de combinatie van zorgplicht (van verzekeraars) en de keuzemogelijkheid tussen een natura- en een restitutiestelsel, mede in verband met de mogelijkheid van effectief gebruik van zorg op de verschillende deelmarkten en de toepassing van preferred provider-arrangementen.

Het wetsvoorstel biedt de mogelijkheid om, zo uit de uitkomsten van deelmarktonderzoeken blijkt dat er sprake is van voldoende marktwerking en garantie voor verzekerden op doelmatige hulp, voor bepaalde vormen van zorg op restitutie over te gaan (restitutie in plaats van natura). Deze vormen van zorg zullen dan bij algemene maatregel van bestuur (amvb) worden aangewezen. In principe gaat het dan om restitutie met achterliggende overeenkomsten, dat wil zeggen, een door een ziekenfonds of uitvoeringsorgaan AWBZ gedane keuze voor restitutie ontslaat hem voor de betrokken vorm van zorg niet van de plicht contracten met aanbieders te sluiten. Bij eerderbedoelde amvb kan worden bepaald dat het aan verzekeraars wordt overgelaten of zij kiezen voor een restitutie-systeem zonder overeenkomsten. Restitutie zonder overeenkomsten geeft burgers maximaal de mogelijkheid om zelf – voor de betrokken zorgvorm – een zorgaanbieder te kiezen. Het bieden van een keuze tussen restitutie met of zonder overeenkomsten kan tot meer concurrentie tussen verzekeraars leiden omdat zij met overeenkomsten wellicht lagere tarieven of meer service voor hun verzekerden kunnen bereiken dan bij restitutie zonder overeenkomsten. Tot een dergelijke keuzevrijheid voor verzekeraars kan eerst worden besloten wanneer de (deel)markt zo concurrerend is dat de uitkomsten ten aanzien van kwaliteit en doelmatigheid van de zorg niet onderdoen voor een markt met verplichte overeenkomsten. Het gaat om zorgvormen waarvan vaststaat dat het aanbod (ruim) voldoende is voor de verzekerden en waarbij in voldoende mate sprake is van informatie-symmetrie tussen zorgaanbieder en zorgvrager (transparantie). De zorg moet van voldoende kwaliteit zijn in het licht van de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (art. 446 t/m 468 van boek 7, van het BW). De (deel)markt moet net zo goed in staat zijn om de aanspraken van verzekerden te waarborgen als het systeem waarin de verzekeraars de regierol vervullen door middel van overeenkomsten. Deze mogelijkheid laat onverlet dat de hoofdlijn van het beleid is gericht op zorgverlening in natura en op een actieve regierol van de verzekeraars, waarbij overeenkomsten onontbeerlijk zijn.

Een systeem dat volledig op restitutie – het achteraf vergoeden van genoten zorg – zou zijn gebaseerd, zou het doel van de overheid om te komen tot een door de direct betrokken partijen afgestemde, doelmatige en toegankelijke zorgverlening moeilijk bereikbaar maken.

Een restitutiestelsel is niet verantwoord als er nog sprake is van aanbodschaarste. Alleen voor goed functioneerde (deel)markten is het toestaan van restitutie aan de orde.

Terwijl een restitutie-verzekering ook met overeenkomsten is uit te rusten, is een naturastelsel zonder overeenkomsten ondenkbaar. Het naturastelsel

zet verzekeraars en aanbieders aan om zich actief in te zetten voor deugdelijke en effectieve contracten. Wanneer die contracten qua prijs en kwaliteit niets meer toevoegen aan de werking van de desbetreffende (deel)markt, zou tot invoering van de restitutiemogelijkheid zonder achterliggende overeenkomsten voor die deelmarkt kunnen worden overgegaan.

Zoals gezegd, blijft het natuursysteem en daarmee het sluiten van contracten tussen ziekenfondsen en uitvoeringsorganen AWBZ enerzijds en zorgaanbieders anderzijds, voorop staan. Voor het geval er onverhoopt onvoldoende overeenkomsten tot stand komen, is de mogelijkheid gehandhaafd om bij ministeriële regeling te bepalen dat verzekerden recht hebben op vergoeding van kosten die zij voor het verkrijgen van zorg hebben moeten maken. Van die mogelijkheid is in het verleden slechts een enkele keer gebruik gemaakt. De verwachting is dat dit ook in de toekomst het geval zal zijn. In ieder geval zal er van dit instrument een uiterst terughoudend gebruik worden gemaakt, omdat de direct verantwoordelijke partijen in de zorg (verzekeraars en aanbieders) verantwoordelijk zijn voor het tot stand brengen van voldoende overeenkomsten. Hoewel het CVZ heeft aangegeven dat deze wettelijke voorziening gemist kan worden, maar een beperkte wettelijke voorziening nodig is in bepaalde situaties, is er zekerheidshalve voor gekozen de mogelijkheid tot het nemen van een restitutiebepaling vooralsnog te handhaven. Bij de evaluatie van de wet zal worden bezien of de voorziening geschrapt kan worden.

In de diverse uitvoeringstoetsen die zijn uitgebracht naar aanleiding van het voornemen om het overeenkomstenstelsel te herzien en waarvan in hoofdstuk 5 een samenvatting wordt gegeven, is opgemerkt dat door het vervallen van de uitkomsten van overleg en de toepassing van de Mw, aan de huidige praktijk van het voeren van effectieve onderhandelingen – door zowel verzekeraars als aanbieders – een einde komt. Daarmee zouden er zwaardere administratieve lasten op instellingen en beroepsbeoefenaren komen te drukken dan nu het geval is. Ook Zorgverzekeraars Nederland heeft dit opgemerkt. Het afschaffen van de uvo's en modelovereenkomsten laat echter onverlet dat brancheorganisaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, al dan niet gezamenlijk, modellen ontwikkelen die op het lokale/regionale niveau als voorbeeld kunnen dienen voor het sluiten van individuele overeenkomsten (vergelijk in dit verband bijvoorbeeld de service die de Consumentenbond biedt aan haar leden in de vorm van modelhuurcontracten). Bij het ontwikkelen van die modellen moet wel rekening worden gehouden met de Mw. Het verschil met de huidige situatie is dat straks een wettelijke verplichting om op centraal niveau raamovereenkomsten te maken ontbreekt. Het ontwikkelen van landelijke modellen is niet per definitie uit den boze, evenmin als samenwerking op lokaal en regionaal niveau. Gezamenlijke inkoop (inkoopcombinaties) zal moeten voldoen aan de eisen die de Mw stelt. Normaal gesproken zal gezamenlijke inkoop, al dan niet via een branchevereniging, niet leiden tot een beperking van de mededinging en daarmee tot toepassing van artikel 6 van de Mw. Hiervan zou slechts sprake kunnen zijn indien de gemeenschappelijke inkoop zou leiden tot aanzienlijke inkoopmacht op de markten waarop wordt ingekocht, de gemeenschappelijke inkoop leidt tot aanzienlijke gemeenschappelijke kosten of de leden van de branchevereniging gedwongen zouden zijn via de branchevereniging in te kopen.

Collectieve (horizontale) en verticale afspraken over kwaliteit zijn geoorloofd maar toetsing mag niet door directe concurrenten plaatsvinden. Erkennings- of certificeringssystemen zijn op zich geen probleem, maar dat kan wel het geval zijn met de voorwaarden die er aan verbonden worden.

Vaak worden er terecht door de verzekeraar waarnemingsafspraken verlangd als voorwaarde voor een contract, maar de beroepsgroep eist daar vaak bepaalde zaken om heen die niet zijn toegestaan, bijvoorbeeld het uitsluiten van parttimers en de bepaling dat het patiënten verboden is om definitief naar een waarnemer over te stappen.

Collectieve afspraken over automatisering kunnen er toe leiden dat men uitsluitend op één automatiseerder of één clearinghouse is aangewezen. In een dergelijk geval mag de afspraak niet tot gevolg hebben dat de mededinging voor andere aanbieders van dergelijke automatisering merkbaar wordt beperkt. Er mag geen sprake zijn van toetredingsbelemmeringen ten aanzien van de toegang van (nieuwe) zorgaanbieders tot (essentiële) systemen.

Afspraken over verplichte deelname aan overlegvormen zijn geoorloofd wanneer zij zorginhoudelijke aangelegenheden betreffen. In geval van het hanteren van een formularium of merkenvoorkeurslijst rijst de vraag of ten gevolge van een dergelijk formularium de mededinging op de markt van die geneesmiddelen wordt beperkt. Indien dat het geval is zal er sprake kunnen zijn van overtreding van artikel 6 van de Mw.

Tegen het hanteren van Algemene Voorwaarden bestaat op zich geen bezwaar, maar afhankelijk van de inhoud kunnen de voorwaarden in strijd zijn met de Mw. De NMa beoordeelt de inhoud van Algemene Voorwaarden.

In dit verband zij nog gewezen op artikel 7 van de Mw – de zogenoemde bagatelbepaling – die bepaalde collectieve afspraken uitzondert van het kartelverbod.

Collectieve afspraken over prijzen/tarieven en vestiging zijn altijd verboden. Onlangs heeft de NMa richtsnoeren ontwikkeld voor de beoordeling van samenwerking tussen bedrijven binnen en buiten brancheorganisaties. Deze richtsnoeren kunnen er goed toe dienen om duidelijk te maken welke rol de brancheorganisaties in het onderhandelingsproces kunnen spelen. Zoals hierboven vermeld heeft de NMa inmiddels specifieke richtsnoeren voor samenwerking in de zorgsector vastgesteld.¹

Als partijen rekening houden met het bovenstaande zijn er voor hen verschillende mogelijkheden om doeltreffend te contracteren bijvoorbeeld door openbare aanbesteding of door gebruik te maken van tussenpersonen, waaronder bijvoorbeeld in concernverband werkzame dochterondernemingen. Het ziekenfonds of het uitvoeringsorgaan AWBZ kan de bevoegdheid om overeenkomsten te sluiten aan derden overdragen. Tussenpersonen worden daarmee bevoegd om namens hen overeenkomsten te sluiten. Ook bij de inkoop van zorg door tussenpersonen geldt uiteraard dat de Mw van toepassing is.

De informatiserings- en communicatietechnologie kan bij genoemde wijzen van contracteren een grote rol spelen. Inmiddels is een wijziging van ondermeer het Burgerlijk Wetboek in werking getreden waardoor een elektronische handtekening onder voorwaarden dezelfde rechtsgevolgen heeft als een handgeschreven handtekening (Wet elektronische handtekeningen, Staatsblad 2003, 199, in werking getreden op 21 mei 2003).

Het oogmerk van de herziening van het overeenkomstenstelsel is dat er substantiële afspraken tot stand komen. Het gaat daarbij om afspraken over de hoeveelheid en de soort prestatie(s) als ook over de wijze waarop die prestatie(s) worden geleverd aan de verzekerden. Op lokaal niveau kan bijvoorbeeld worden overeengekomen dat een huisarts kleine verrichtingen doet die in andere gebieden door een medisch specialist in een ziekenhuis worden gedaan.

De afspraken in de zorgovereenkomsten zullen het karakter van een resultaatverbintenis op individueel niveau moeten krijgen. Partijen kunnen daarmee elkaar onderling toetsen en afrekenen. De bepalingen in de Zfw en de AWBZ zijn er op gericht om de overeenkomst die betekenis te

¹ De richtsnoeren voor de zorgsector en achtergrondinformatie zijn te vinden op de website van de NMa: www.nma-org.nl.

geven. Afspraken over doelmatigheid, wachtlijstregistratie, protocollering en toetsing moeten op een toetsbare, concrete en kwantificeerbare wijze in de overeenkomst worden verankerd. Transparantie is van essentieel belang: de verzekeraar dient inzicht te hebben in de wensen van de verzekeren, in de kwaliteit van de producten van de zorgaanbieder en in de mate waarin bepaalde zorgvoorzieningen voorhanden zijn. De eisen die het CTZ aan de verantwoordingsverslagen van de verzekeraars stelt, zullen hiertoe zeker kunnen stimuleren.

Het CVZ heeft in zijn uitvoeringstoets opgemerkt dat uvo's en modelovereenkomsten niet noodzakelijk zijn voor de werking van het overeenkomstenstelsel in de Zfw en AWBZ

b. Het opheffen van de contracteerplicht

In het wetsvoorstel zoals dat ter advisering aan de Raad van State is voorgelegd, werd voorgesteld de contracteerplicht en de omgekeerde contracteerplicht in de Zfw met ingang van 1 januari 2004 geheel op te heffen. Het eervorige kabinet vond namelijk dat dit het beste paste in het beleid om verzekeraars optimaal te voorzien van instrumenten om de omslag naar een vraaggestuurd systeem te maken. Overigens zou het opheffen van de (omgekeerde) contracteerplicht in het tweede compartiment slechts gevolgen hebben voor zorginstellingen, aangezien voor individuele beroepsbeoefenaren al sinds 1992 geen (omgekeerde) contracteerplicht meer geldt.

Het eervorige kabinet realiseerde zich dat het opheffen van de contracteerplicht tot minder zekerheid voor instellingen zou leiden. Er ontstaan immers exploitatierisico's wanneer instellingen niet op voorhand zekerheid hebben over de opbrengsten van hun activiteiten. Gevolg van deze wijzigingen kan enerzijds zijn dat kapitaalverschaffers hogere renten aan de instellingen zouden kunnen gaan vragen, anderzijds dat instellingen die onvoldoende overeenkomsten met ziekenfondsen in de wacht zouden slepen, op termijn zouden moeten sluiten. In dit verband speelt het aspect van de kapitaallasten. Elementen hiervan zijn onder meer de verschillen die bestaan in kapitaallasten tussen zorginstellingen en de huidige afschrijvingstermijnen. Er is een relatie tussen de (omgekeerde) contracteerplicht en de huidige wijze van kapitaallastebekostiging. Op dit moment dienen instellingen via de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) toestemming te krijgen voor hun investeringen in gebouwen. De WZV kent hiervoor verschillende procedures, waarbij afhankelijk van de omvang en het doel van de investering lichter of zwaarder wordt getoetst. Als een investering de procedure succesvol heeft doorlopen, worden de afschrijving en de rentekosten van de investering op een normatieve wijze in het budget van de instellingen opgenomen. Hierbij gelden lange afschrijvingstermijnen, voor nieuwe gebouwen op dit moment 50 jaar. De instellingen lenen in de regel het investeringsbedrag. Ze hebben daarbij geen problemen met het aantrekken van kapitaal omdat de rente en aflossing van de leningen gegarandeerd zijn. Het budget van de instellingen, waar de kapitaallasten in op zijn genomen, wordt namelijk via de WTG-tarieven opgebracht door de ziektekostenverzekeraars. De ziekenfondsen zijn verplicht met alle instellingen te contracteren en daarbij de vastgestelde WTG-tarieven te betalen. Particuliere verzekeraars betalen ook deze WTG-tarieven. Al met al komt het erop neer dat instellingen in de huidige situatie verzekerd zijn van vergoeding van hun kapitaallasten.

Met het afschaffen van de (omgekeerde) contracteerplicht zullen de onzekerheden respectievelijk het bedrijfsrisico in aanleg toenemen. Maar dit is nu eenmaal inherent aan prestatiebekostiging. Immers, als instellingen hun middelen moeten verwerven op grond van verrichte prestaties, dan staat op voorhand niet vast of zij al hun vaste en variabele lasten uit de

opbrengsten van hun activiteiten kunnen bekostigen. De keerzijde is dat prestatiebekostiging uitdaagt tot meer, beter en efficiënter presteren. Dat een zorginstelling moet kunnen omgaan met onzekerheden is natuurlijk niet nieuw. Stellig gaat het niet om een abrupte overgang van een situatie zonder enige onzekerheid naar een situatie zonder enige zekerheid. Met name het boter-bij-de-vis-principe, dat enkele jaren terug is geïntroduceerd, brengt al de nodige risico's met zich. Zonder vis is er immers geen boter. Dit houdt in dat bij een tegenvallende productie de middelen zullen achterblijven bij de personele en materiële kosten – kosten die wegens bestaande (arbeids)contracten niet van de ene op de andere dag kunnen worden aangepast –, waardoor instellingen in financiële problemen kunnen geraken. Overigens zij opgemerkt dat de financiële risico's voor de instellingen beperkter zijn naarmate er sprake is van een schaars aanbod.

De Raad van State raadde in zijn advies af, de contracteerplicht af te schaffen voordat er een oplossing voor de kapitaallastenproblematiek was gevonden. In dat licht is nogmaals nagegaan of het wenselijk is, de (omgekeerde) contracteerplicht in de Zfw te laten vervallen. Van groot belang daarbij is, dat het in verband met het zogenoemde «dbc-beleid» met ingang van 1 januari 2004 ten minste mogelijk moet zijn, de (omgekeerde) contracteerplicht af te schaffen voor die vormen van zorg, die in dbc's zullen worden uitgedrukt. Het gaat hier om medisch-specialistische zorg (ziekenhuiszorg en zorg van zelfstandige behandelcentra), revalidatiezorg en om zorg van dialysecentra. In het hiernavolgende wordt dit aan de hand van de medisch-specialistische zorg uiteengezet.

Het huidige systeem van bekostiging van de medisch specialistische zorg is gebaseerd op de verdeling van een macrobudget, via grofmazige parameters, naar individuele ziekenhuisbudgetten (functionele budgettering oftewel fb-systematiek). Dit top-down-systeem van bekostiging heeft weinig relatie met de werkelijke prestaties en de werkelijke kosten. Het huidige systeem geeft dan ook niet altijd de juiste kostensignalen af. Dat kan leiden tot ongewenste keuzen (bijvoorbeeld patiënten niet in dagopname behandelen omdat dat verliesgevend is, maar met een opname en dus overnachting), een slechte aansluiting bij de vraag van de patiënt, en wachtlijsten.

Het kabinet wil – net als overigens het eerdere en vorige kabinet – de fb-systematiek dan ook vervangen door een systeem op grond waarvan ziekenhuizen voor iedere verrichte prestatie worden vergoed. In dat kader is de afgelopen jaren onder meer een omvangrijke inspanning verricht voor de ontwikkeling van producten die geschikt zijn voor prijsvorming in een normale markt van vraag en aanbod, de dbc's. De top-down-benadering van de aanbodsturing (het stelsel van aanbodsturing) wordt dan vervangen door de bottom-up benadering van de vraagsturing (het stelsel van vraagsturing), waarbij – groepen van – dbc's in lokale onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars en in een competitieve omgeving worden voorzien van een prijs.

Er bestaat een gemeenschappelijk plan van aanpak (gpva) van de Stuurgroep dbc 2003 («Stuurgroep») voor de invoering van dbc's per 1 januari 2004. In het model van het gpva worden vrije prijsonderhandelingen per 1 januari 2004 voor alle dbc's ingevoerd, gecombineerd met een vangnet. In september 2003 vindt door het kabinet definitieve besluitvorming plaats over de vraag of aan de voorwaarden is voldaan om dit scenario uit het gpva te kunnen realiseren. Mocht dit niet het geval zijn, dan zal het kabinet zich beraden over de dan te nemen stappen per 1 januari 2004. Eén van de opties is het toestaan van vrije prijsonderhandelingen voor een beperkt aantal dbc's.

De (omgekeerde) contracteerplicht belemmert vrije prijsonderhandelingen. Gezien het voorgaande is het dan ook noodzakelijk, dat de (omgekeerde) contracteerplicht in de Zfw met ingang van 1 januari 2004 ten minste kan worden afgeschaft voor die dbc's, waarvoor vanaf die datum vrije prijsvorming zal gelden. Indachtig het advies van de Raad van State, is daarom besloten om in voorliggend wetsvoorstel niet een algehele afschaffing van de (omgekeerde) Zfw-contracteerplicht op te nemen, maar slechts te bepalen dat de (omgekeerde) contracteerplicht voor bij of krachtens amvb aan te wijzen categorieën van instellingen of vormen van zorg kan worden afgeschaft. Afhankelijk van de besluitvorming in september 2003, zal aldus de (omgekeerde) contracteerplicht voor alle dbc-zorg kunnen worden afgeschaft, of slechts voor een beperkt aantal dbc's. De contracteerverplichtingen tussen zorgverzekeraars enerzijds en Zfw-instellingen die op 1 januari 2004 niet met dbc-instellingen zullen gaan werken anderzijds, zullen vooralsnog niet gewijzigd worden.

Wat betreft de kapitaallastenproblematiek die ten gevolge van dit beleid bij de dbc-instellingen en met name bij de ziekenhuizen zou kunnen ontstaan, geldt het volgende. Thans zijn de voorbereidingen gaande voor invoering van de dbc-systematiek per 1 januari 2004. De Stuurgroep heeft geadviseerd om per genoemde datum vrije prijsonderhandeling voor alle dbc's in te voeren voor ziekenhuizen, revalidatie-instellingen, dialysecentra en zbc's (verder ook dbc-instellingen genoemd). Daarbij is ook de wijze van vergoeding of doorberekenen van de kapitaallasten aan de orde. De stuurgroep heeft geadviseerd om de eerste jaren een vangnet te hanteren. Om grote omzetfluctuaties voor instellingen, die louter te wijten zijn aan prijsstijgingen of -dalingen, tegen te gaan wordt de omzet achteraf gecorrigeerd. Hierbij wordt de huidige budgetsystematiek als uitgangspunt gehanteerd en een bandbreedte om dit budget gebruikt. In de tijd neemt de bandbreedte toe en in 2006 verdwijnt vervolgens deze bandbreedte. Bij de bepaling van budget en bandbreedte wordt de meerproductie ten opzichte van het voorgaande jaar verwerkt. De dbc-omzet is hierbij het uitgangspunt. Correctie hierop zal alleen plaatsvinden bij prijseffecten. In september 2003 zal definitieve besluitvorming door het kabinet plaatsvinden over de te zetten stappen per 1 januari 2004. Ik verwijs hiervoor naar mijn brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 19 mei 2003, kenmerk CZ/B 2379223.

Het kabinet zal zich nader beraden op de te nemen stappen per 1 januari 2004. Eén van de mogelijkheden is het invoeren van vrije onderhandelingen voor een beperkt aantal (groepen) van dbc's. Het wetsvoorstel faciliteert dat. De contracteervrijheid voor delen van de zorg, zal na inwerkingtreding van het voorstel bij of krachtens amvb geregeld kunnen worden. Op het «vrije deel» van de ziekenhuisproductie zal er in dit scenario marktwerking ontstaan. Momenteel wordt bezien wat hierbij de meest adequate manier is waarop de ziekenhuizen kunnen voorzien in de financiering van de bij het vrije deel behorende kapitaallasten. Verschillende modaliteiten zijn denkbaar. Het ene uiterste wordt bepaald door een normatieve opslag voor de kapitaallasten op de verder vrij onderhandelbare dbc-tarieven, en wel zodanig dat de instellingen volledig zeker blijven van vergoeding van hun kapitaallasten. Het andere uiterste is dat de vrije onderhandelingen de integrale dbc-tarieven betreffen. De keuze omtrent deze modaliteiten wordt betrokken bij de hiervoor geduide besluitvorming in september aanstaande over de per 1 januari 2004 te zetten stappen inzake de invoering van de dbc-bekostiging.

Hoe dan ook zal niet eerder tot volledige invoering van de dbc-bekostiging worden overgegaan dan wanneer voor die situatie duidelijkheid bestaat over de financiering van de kapitaallasten.

De invoering van de dbc-systematiek vergt overigens ook wijziging van de WTG. Deze wet zal zo gewijzigd moeten worden, dat het ziekenhuizen (en andere instellingen die met dbc's gaan werken, te weten, vooralsnog, revalidatie-instellingen, dialysecentra en zelfstandige behandelcentra) verboden wordt voor andere prestaties prijzen in rekening te brengen, dan voor dbc's. Voorts kan vrije onderhandeling niet tot stand komen indien het CTG tarieven voor dbc's zou vaststellen. De huidige tarifiering van de zorg die door dbc-instellingen wordt geleverd zal derhalve in het beoogde eindmodel moeten komen te vervallen. Een WTG-wijziging ter facilitering van het voorgaande, zal zo snel mogelijk bij het parlement worden ingediend. Daarnaast wordt een wetsvoorstel voorbereid dat duidelijk maakt welke dbc-informatie de dbc-instellingen aan de zorgverzekeraars dienen te verstrekken.

Het afschaffen van de (omgekeerde) contracteerplicht voor bij of krachtens amvb aangewezen vormen van zorg of categorieën instellingen zal leiden tot minder collectief onderhandelen. In feite vond de «regio-vertegenwoordiging», d.w.z. het voeren van onderhandelingen door de in een regio dominante verzekeraar(s) mede namens anderen, in de omgekeerde contracteerplicht haar voedingsbodem. Er wordt wel de vraag gesteld of individueel onderhandelen niet zal leiden tot een ongewenste toename van de bureaucratie. Wat dit betreft het volgende. Er blijven zaken over waarover ook in de toekomst collectief onderhandeld kan worden. Van belang is welke zaken dat zijn. Wat betreft de prijs, is het uit mededingingsrechtelijk oogpunt niet geoorloofd. In dit verband wordt verwezen naar hetgeen over gezamenlijke inkoop onder 3.a is opgemerkt en nogmaals gewezen op de Richtsnoeren voor de zorgsector, zoals gepubliceerd op de website van de NMa. Ook zij nog opgemerkt dat aan de NMa een ontheffing voor de machtiging of mandaatconstructie kan worden gevraagd op grond van artikel 17 van de Mw. Daarbij moet het dan gaan om afspraken die bijdragen tot verbetering van de productie of van de distributie mits een billijk aandeel in de daaruit voortvloeiende voordelen de gebruikers ten goede komt zonder dat het overigens (onder meer) leidt tot de mogelijkheid voor ondernemingen om voor een wezenlijk onderdeel van de betrokken goederen en diensten de mededinging uit te schakelen. Het gaat daarbij derhalve om de (wijze van) gezamenlijke zorginkoop als zodanig maar niet over mogelijke prijsafspraken; wat het laatste betreft zal een ontheffing in ieder geval niet gemakkelijk kunnen worden verkregen.

In de memorie van toelichting op het oorspronkelijke wetsvoorstel heeft het eervorige kabinet in verband met de vraag of het opheffen van de contracteerplicht niet leidt tot een voldoende zorgaanbod en het contracteerbeleid van verzekeraars het volgende geschreven. «Er hoeft niet voor te worden gevreesd dat er als gevolg van het afschaffen van de contracteerplicht niet voldoende zorgovereenkomsten tot stand zullen komen. De zorgplicht die de verzekeraars in de sociale ziektekostenverzekeringen hebben, stimuleert verzekeraars voldoende om overeenkomsten tot stand te brengen waarmee zij de aanspraken van hun verzekerden kunnen waarborgen. Mocht dit niet het geval zijn dan kan een verzekerde die daardoor wordt benadeeld zijn verzekeraar daarop – in het uiterste geval eventueel in rechte – aanspreken. Ook hoeft er niet voor te worden gevreesd dat de keuzevrijheid van verzekerden als gevolg van het afschaffen van de contracteerplicht zal worden beperkt, zoals het CTG heeft opgemerkt. De verzekerde kan, wanneer hij ontevreden is over de zorginkoop van zijn verzekeraar jaarlijks van verzekeraar veranderen. Van belang in dit verband is dat ziekenfondsen een acceptatieplicht hebben». Daaraan kan nog worden toegevoegd dat wanneer de verzekerde dringend zorg nodig zou hebben van een instelling die niet door zijn verzekeraar is gecontracteerd is, de verzekeraar hem altijd nog op grond van

artikel 9 Zfw toestemming kan geven om de zorg toch bij die instelling in te roepen. Mocht hij onbewust bij een niet door zijn verzekeraar gecontracteerde instelling terecht komen, dan zal hij – net als nu al het geval is bij individuele beroepsbeoefenaren waarvoor al geen contracteerplicht geldt –, te horen krijgen dat hij zich beter tot een andere instelling kan wenden omdat hem daar wel hulp in natura kan worden geboden en hij zijn kosten anders niet vergoed krijgt.

Contracteerplicht AWBZ

Het moderniseringstraject voor de caresector zal gefaseerd plaatsvinden. Het bestaande artikel 45 van de AWBZ geeft al naar gelang de ontwikkelingen voldoende mogelijkheden om de contracteerplicht in de AWBZ gefaseerd en sectorgewijs op te heffen. Het artikel wordt wel enigszins aangepast. Bij de modernisering van de AWBZ is een speerpunt de functiegerichte omschrijving van de aanspraken. De mogelijkheid die artikel 45 AWBZ reeds biedt voor het opheffen van de contracteerplicht – bij amvb voor categorieën instellingen –, wordt daarom met de functiegerichte omschrijving van zorg in overeenstemming gebracht. Dit in verband met het feit dat instellingen tegenwoordig meerdere vormen van zorg kunnen verlenen. Bij een gefaseerde afschaffing van de contracteerplicht kan het zich voordoen dat de contracteerplicht voor een of meer vormen van zorg geleverd door een instelling wordt afgeschaft en voor een of meer andere vormen, geleverd door diezelfde instelling, voorlopig nog wordt gehandhaafd.

Zoals opgemerkt in de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 juli 2001 (TK, vergaderjaar 2000/01, 26 631 en 25 657, nr. 14) wordt voorshands de beleidsprioriteit gelegd bij het verruimen van het toelatingsbeleid voor instellingen.

Volgens de NMa is er in de AWBZ niet of nauwelijks sprake van marktwerking en van marktconforme financiële prikkels¹. Verzekeraars, namens hen de zorgkantoren, zijn voor hun uitgaven in de AWBZ niet gebudgetteerd. Afgezien van de vraag of dit wenselijk of mogelijk is, wordt de huidige situatie in de AWBZ vooral gekenmerkt door instellingsbudgettering en niet door verzekeraarbudgettering. Het opheffen van de contracteerplicht in de AWBZ heeft gevolgen voor de uitvoeringsorganisatie van de AWBZ (zorgkantoor). In de nota Vraag aan Bod wordt daarover opgemerkt dat de stap naar een eenduidige uitvoeringsstructuur (overname van de functie van het zorgkantoor door verzekeraars) niet eerder wordt gezet dan dat de invoering van een algemene verzekering voor de curatieve zorg heeft geleid tot een uniform verzekeringslandschap waarin alle zorgverzekeraars aan dezelfde wettelijke bepalingen en economische prikkels onderhevig zijn.

Wel zijn per 1 april 2003 zijn een aantal maatregelen in het kader van de modernisering van de AWBZ ingevoerd die de marktwerking in die sector beogen te verbeteren. De NMa heeft een informatie- en consultatiedocument gepubliceerd, waarop partijen kunnen reageren. Met inachtneming van de reacties van betrokkenen zal de NMa haar visie op de marktwerking in de AWBZ-sector neerleggen in een «Visiedocument AWBZ». Naar verwachting wordt dit document in het derde kwartaal van 2003 gepubliceerd.

c. Het wegnemen van belemmeringen voor hulp in het buitenland

De toegenomen mobiliteit van de Europese burger stelt eisen aan de wijze waarop in zijn gezondheidszorg wordt voorzien. Weliswaar zijn de lidstaten vrij wat betreft de wijze waarop zij hun stelsels van sociale zekerheid inrichten, maar zij moeten daarbij wel rekening houden met de bepalingen uit het EG-verdrag. Illustratief daarvoor zijn de inmiddels algemeen bekende arresten van het Europese Hof van Justitie in de zaken Kohll en Decker (C-158/96 en C-120/95). Centraal in deze arresten staat, dat de

¹ Besluit directeur-generaal NMa d.d. 10 maart 1999, zaaknummer 181/Ontheffingsaanvraag Zorgkantoren.

lidstaten hun stelsels van gezondheidszorgverzekering niet zodanig mogen inrichten, dat deze een directe of indirecte belemmering vormen voor het vrije verkeer van personen, goederen en diensten. Deze ontwikkeling gaat aan Nederland uiteraard niet voorbij.

Het Nederlandse systeem van sociale ziektekostenverzekeringen wordt gekenmerkt door het naturasysteem. Overeenkomsten zijn daarbij onontbeerlijk. Onder bepaalde omstandigheden is het voor verzekerden mogelijk om al dan niet met toestemming voor gefinancierde hulp naar het buitenland te begeven. Als gevolg van het eerder vermelde arrest van het Europese Hof in de zaken Müller-Fauré/Van Riet (C-385/99) is het mogelijk om zonder voorafgaande toestemming van het ziekenfonds extramurale hulp buiten Nederland toch vergoed te krijgen.

In het kader van het naturastelsel hebben sommige verzekeraars overeenkomsten met buitenlandse zorgaanbieders gesloten, waardoor verzekerden op een zelfde wijze als in Nederland zorg in het buitenland kunnen ontvangen. Een verzekeraar kan het uit het oogpunt van doelmatigheid, wachttijden als ook met het oog op de keuzevrijheid van verzekerden van belang achten om zorg in het buitenland in te kopen. Daarom wordt met dit wetsvoorstel door de aanpassing van het begrip «instelling» nog eens onderstreept dat verzekeraars zich bij hun reguliere zorginkoop niet behoeven te beperken tot instellingen in Nederland. Door een uitbreiding van de definitie van het begrip «instelling» kunnen zij het aanbod in het buitenland bij hun zorginkoop betrekken, waardoor zij selectiever kunnen inkopen. De te contracteren instellingen moeten wel zorg verlenen in het kader van een in dat land bestaand stelsel van sociale zekerheid, dan wel zorg verlenen aan bepaalde groepen van publieke functionarissen. De verzekeraar beoordeelt in het kader van haar contracteerbeleid of de instelling in het buitenland kwalitatief goede en doelmatige zorg verleent. Naar verwachting sorteert de maatregel vooral effect in de grensgebieden, maar het aanbod in het buitenland kan ook van belang zijn in het geval dat er in Nederland sprake is van onaanvaardbare wachttijden in de gezondheidszorg.

Overigens wordt met dit wetsvoorstel door middel van wijziging van de artikelen 9 Zfw en 10 AWBZ de ruimte geschapen om de gevolgen van het arrest Müller-Fauré Van Riet te regelen (zie ook onder 3.a, Natura/restitutie).

4. De uitvoeringstoetsen

De voornemens tot herziening van het overeenkomstenstelsel zijn, met het verzoek om een uitvoeringstoets te verrichten, voorgelegd aan het CVZ, het CBZ, de College sanering ziekenhuisvoorzieningen (CSZ) (laatstgenoemde colleges na inwerkingtreding van de WEZ «College bouw» respectievelijk «College sanering» genoemd), het CTG en de toenmalige Commissie toezicht uitvoeringsorganisatie, thans College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) genaamd.

In het wetsvoorstel is getracht zoveel mogelijk rekening te houden met de resultaten van en opmerkingen in de uitvoeringstoetsen. In dit hoofdstuk wordt een samenvatting van de bevindingen van de genoemde uitvoeringsorganen ten aanzien van de voornemens weergegeven.

4.1 Bevindingen van het CVZ

Het CVZ merkt in zijn rapport «Herziening overeenkomstenstelsel»¹ op dat de toegenomen betekenis van de sturende rol van de verzekeraars en de beperkingen die de Mw stelt aan collectief optreden, maken dat individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders een forse extra inspanning moeten leveren om de benodigde zorgovereenkomsten te sluiten. De

¹ Rapport uitgebracht aan de Minister van VWS op 21 december 2000, publicatie CVZ, nr. 41.

nadruk komt meer te liggen op de individueel afgesloten overeenkomsten. Aanhaken en gezamenlijke inkoop zijn niet meer vanzelfsprekend omdat altijd beoordeeld moet worden of dergelijk gedrag tot een merkbare beperking van de mededinging leidt. Er zou meer speelruimte voor verzekeraars moeten komen zoals een ruimer zorgaanbod en meer ruimte om in prijs te variëren, anders wordt de extra administratieve last als onproductieve bureaucratie ervaren, waardoor het draagvlak voor het voorgenomen beleid in gevaar komt. In dit verband kan worden opgemerkt dat zowel het wetsvoorstel WEZ (Kamerstukken II, 2000/01, 27 659, nrs. 1–3), als ook de WTG-notitie «Speelruimte en verantwoordelijkheid» (Kamerstukken II, 1999–2000, 27 156, nr. 2) daarvoor diverse aanzetten geven. De reden voor het afschaffen van de uitkomsten van overleg en de modelovereenkomsten kan volgens het CVZ niet gelegen zijn in het mededingingsrecht. Uvo's en modelovereenkomsten vormen op dit moment hoogstwaarschijnlijk een met het EG-verdrag strijdige belemmering van het vrije verkeer van goederen en diensten. Uvo's en modelovereenkomsten zijn toegespitst op de Nederlandse situatie. Daardoor kunnen in het buitenland gevestigde zorgaanbieders geen overeenkomsten sluiten die in overeenstemming zijn met de geldende uvo of modelovereenkomst.

Het College merkt op dat het afschaffen van de contracteerplicht naar verwachting wel leidt tot ruimte voor mededinging. Verzekeraars kunnen als gevolg daarvan niet langer meer gezamenlijk onderhandelen met ziekenhuizen of andere zorgaanbieders.

Het College heeft het niet zinvol geacht om rapport uit te brengen over de gevolgen van het afschaffen van de uvo's en de modelovereenkomsten in de AWBZ aangezien de modernisering van de AWBZ nog onderwerp van discussie is. Hierover kan opgemerkt worden dat zolang de contracteerplicht in de AWBZ nog gehandhaafd blijft gezamenlijke afspraken over zorginkoop door het zorgkantoor in ieder geval niet als mededingingsbelemmerend kunnen worden gezien, omdat er dan van marktwerking in de caresector niet of nauwelijks sprake kan zijn.

Het CVZ geeft aan het eind van zijn rapport een overzicht van de conclusies over de concrete door de minister van VWS gestelde vragen:

1. Uvo's en modelovereenkomsten vervullen een nuttige functie in het huidige overeenkomstenstelsel maar zijn niet onmisbaar voor het functioneren van dat stelsel. Het afschaffen van de uvo's en modelovereenkomsten leidt overigens op zichzelf niet tot een beter functioneren van dat stelsel, maar kan daar wel een bijdrage aan leveren. Het CVZ is van mening dat de grond voor afschaffing van de uvo's en modelovereenkomsten ook gevonden kan worden in de mogelijke strijdigheid met de EG-bepalingen over het vrij verkeer van goederen en diensten. Uvo's en modelovereenkomsten zijn immers toegespitst op de Nederlandse situatie, terwijl de zorginkoop ook over de grens mogelijk moet zijn.
2. De wettelijke bemoeienis met de inhoud van de overeenkomst dient zich gelet op de budgettering van de zorgverzekeraars te beperken tot een minimum. Het CVZ pleit er daarom voor dat in de wet geen dwingendrechtelijke bepalingen over de inhoud van de zorgovereenkomst worden opgenomen. Een zorgovereenkomst dient wel op een kenbare en controleerbare wijze vooraf te zijn vastgelegd en van beperkte duur te zijn.
3. De mogelijkheden voor verzekeraars om ten behoeve van «verre» verzekerden overeenkomsten te sluiten zijn beperkt vanwege de noodzaak om voor een beperkt aantal verzekerden grote aantallen overeenkomsten te sluiten en de mogelijke onwil bij zorgaanbieders om voor een paar patiënten een overeenkomst te sluiten. In het uiterste geval kan een verzekeraar besluiten zijn werkgebied te verkleinen.
4. In het belang van de verzekerden dienen verzekeraars in verband met de «verre» verzekerdenproblematiek om twee redenen doorlopend te

worden gevolgd om zonodig maatregelen te kunnen nemen. Als alle verzekeraars besluiten hun werkgebied te verkleinen zou dit tot gevolg kunnen hebben dat een verzekerde zich niet kan inschrijven bij een verzekeraar. Als een verzekeraar onvoldoende zorgovereenkomsten sluit en daarmee zijn zorgplicht niet nakomt, kan de verzekerde daarvan de dupe worden.

5. De diverse bestaande wettelijke voorzieningen voor contractloze periodes, inclusief de bevoegdheid van de minister om een restitutie-maatregel te treffen ter overbrugging van een contractloze periode, kunnen worden geschrapt. Wel is het nodig een beperkte wettelijke voorziening te treffen die, als de bescherming van de belangen van verzekerden daartoe noodzaakt, het mogelijk maakt dat de overheid (bijvoorbeeld het CVZ) kan besluiten tot het toestaan van de mogelijkheid tot restitutie bij een collectieve weigering van zorgaanbieders om overeenkomsten te sluiten in de bepaalde situaties
6. De contracteerplicht van verzekeraars ten opzichte van zorginstellingen kan, gelet op de Mw, slechts worden afgeschaft als de financiering van die instellingen niet meer geschiedt op basis van een collectieve afspraak van alle verzekeraars met de instelling. De contracteerplicht van zorginstellingen jegens verzekeraars kan dan ook worden afgeschaft.
7. Het wegnemen van met het EG-verdrag strijdige belemmeringen van het vrij verkeer van diensten omvat meer dan alleen de toelating van instellingen. Het verdient de voorkeur in het buitenland (Europese Economische Ruimte) gevestigde instellingen niet op grond van de Zfw en AWBZ categoriaal toe te laten, maar om de definitie van instellingen te wijzigen. Het is dan mogelijk de zorgverzekeraars te laten toetsen of de betreffende instelling gekwalificeerd en gerechtigd is in het land van vestiging de betreffende zorg te verlenen.

4.2 Bevindingen van het CTG

Het CTG is van mening dat de afschaffing van de uvo's en model-overeenkomsten geen directe gevolgen zal hebben voor de uitvoering van de WTG voor wat betreft de instellingen, maar voor de vrije beroeps-beoefenaren zal leiden tot hogere transactiekosten die de aanbieders vertaald willen zien in hogere tarieven. Hierboven is onder 3a ingegaan op de mogelijkheden om doeltreffend en eventueel met behulp van de informatiserings- en communicatietechnologie te contracteren. In dit verband kan nog worden opgemerkt dat de inzet die brancheorganisaties gewend zijn op landelijk niveau in te zetten voor collectieve onderhandelingen, voortaan in adviserende zin naar de individuele leden kan worden ingezet. Ook kunnen zij voorbeeldcontracten ontwikkelen, waarmee hun leden hun voordeel kunnen doen.

Het College stelt dat de afschaffing van de contracteerplicht – waardoor het gezamenlijk optreden van verzekeraars niet langer vanzelfsprekend is – er toe leidt dat de vaststelling van een integraal instellingsbudget op basis van een individuele kostenbeoordeling onuitvoerbaar wordt. De individuele kostenbeoordeling zou echter kunnen worden vervangen door een andere bekostigingssystematiek. Het College merkt op dat de beoogde flexibiliteit en dynamiek ook binnen het huidige stelsel van individuele kostenbeoordeling mogelijk zijn. Dat zou kunnen worden gerealiseerd door het inbouwen van gradaties van vrijheden maar dat heeft vergaande consequenties voor zowel de planning als de bekostiging van de zorg.

4.3 Bevindingen van het CBZ

Het CBZ is van mening dat het afschaffen van de contracteerplicht een belangrijke pijler weglaat onder de samenhang in het stelsel. Er zou een

keuze moeten worden gemaakt tussen een stevige overheidsrol en een marktsysteem. De keuze heeft gevolgen voor capaciteitsbepaling van voorzieningen, het rendement van de bouw, de budgettering en de thans van toepassing zijnde financiële kaders op macroniveau. Ervaringen met het loslaten van de contracteerplicht bij de revalidatiezorg wijzen op ongunstige effecten voor de financiering van kapitaalgoederen. Het College pleit daarom voor aanvullende voorzieningen om minder gewenste effecten te mitigeren. Voor instellingen zal het loslaten van de contracteerplicht leiden tot hogere financieringslasten, vanwege de noodzaak tot vermogensopbouw en stijging van de rente. Het College bepleit een overgangstraject waarbij geleidelijk de condities op de zorgmarkt worden gecreëerd om het contracteerbeleid een reële werking te geven. Hierboven is onder 3b ingegaan op mogelijk hogere financieringslasten voor instellingen als gevolg van het afschaffen van de contracteerplicht.

4.4. Bevindingen van het CSZ

Het CSZ is van mening dat zekerheden door de marktwerking zullen afnemen en er individuele prijzen zullen komen. Dat kan er toe leiden dat een aantal instellingen in financiële problemen komt. De richtlijnen die het CTG hanteert bij het oplossen van financiële problemen voorzien niet in situaties die een gevolg zijn van het vervallen van de contracteerplicht. Het College sanering komt in beeld als de rol van het CTG is uitgespeeld. Als er onder de huidige stand van de wetgeving sluitingsbeslissingen moeten worden genomen zal het CSZ een aanvullende rol kunnen blijven vervullen.

Het CSZ wil eventuele nadere opmerkingen maken nadat duidelijk is dat het stelsel van aanbodplanning wordt gewijzigd.

4.5 Bevindingen van het CTZ

De CTU, sinds 1 april 2001 het College toezicht zorgverzekeringen geheten (CTZ), vraagt aandacht voor de te verwachten forse toename van inspanningen die de maatregelen opleveren voor verzekeraars en aanbieders en voor de gevolgen van met name de beoordeling van de financiële rechtmatigheid als de partijen er niet in slagen tijdig de benodigde overeenkomsten te sluiten. Daarvoor moet wettelijk een overgangstermijn worden vastgelegd. Aan de hand van de nieuwe situatie moeten er nadere maatstaven worden ontwikkeld om te kunnen beoordelen in hoeverre een verzekeraar daadwerkelijk er voor zorg draagt dat zijn verzekerden de wettelijke aanspraak kunnen realiseren.

Het College heeft niet beoordeeld wat de gevolgen zijn van de afschaffing van de uvo's en modelovereenkomsten in de AWBZ.

Hoewel het buiten het kader van haar toezichttoets valt, hecht de CTU eraan om op te merken dat de ontwikkeling naar een inhoudelijker en dynamischer overeenkomstenstelsel positief is. De maatregelen vormen volgens de CTU een eerste stap in die richting.

5. Waarborging van kwaliteit en doelmatigheid van de zorg

Er is uitdrukkelijk voor gekozen om in het overeenkomstenstelsel zoals dat in de Zfw en de AWBZ is neergelegd, geen nadere kwaliteitseisen op te nemen. Waarborging van kwaliteit wordt gerealiseerd doordat zorgaanbieders zich ten minste dienen te houden aan de voor de desbetreffende categorie zorgaanbieders geldende kwaliteitswetten (de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg en de Kwaliteitswet zorginstellingen). In deze kwaliteitswetten wordt geen onderscheid gemaakt tussen groepen verzekerden die van de zorg gebruik maken, hetgeen de rechtsgelijkheid

tussen ziekenfonds-, niet-ziekenfonds- en publiekrechtelijk verzekerden bevordert.

Waarborging van doelmatigheid dient zowel in enge als in brede zin te worden gerealiseerd. Doelmatigheid in enge zin houdt onder meer in dat afspraken gemaakt worden over protocollering, over de hantering van «medische standaarden» en over de verantwoording ten behoeve van de materiele controle. Doelmatigheid in brede zin komt neer op afspraken over vergelijkende kwaliteitsbewaking. Benchmarking is een instrument ten behoeve van die kwaliteitsbewaking. Kwaliteitsbewaking dient plaats te vinden voor iedere patiënt, ongeacht de wijze waarop deze tegen ziektekosten is verzekerd, maar is voor het ziekenfonds van groot belang voor zijn verzekerden en voor zijn zorginkoopbeleid.

6. Toezicht

Nu de verplichting tot collectief overleg op landelijk niveau wordt geschrapt, ontstaat een situatie waarin de onderhandelingen op het laagste niveau (tussen verzekeraar en aanbieder) bepalend zijn voor de afspraken over de zorg. Het CVZ heeft niet langer de taak om collectieve overeenkomsten goed te keuren. Er is derhalve geen sprake meer van enige beoordeling vooraf.

Het CTZ heeft tot taak toezicht uit te oefenen op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de wettelijke ziektekostenverzekeringen door de zorgverzekeraars. Daarbij gaat het zowel om de financiële rechtmatigheid als om een rechtmatige en doelmatige uitvoering door de zorgverzekeraars. Als gevolg van de inwerkingtreding op 1 april 2001 van de Wet instelling College van toezicht op de zorgverzekeringen (Stb. 2001, 23) moeten verzekeraars de noodzakelijke maatregelen treffen om te garanderen dat zij recht- en doelmatig handelen. Daarover moeten zij voor 1 maart volgend op het verslagjaar verantwoording afleggen door middel van een uitvoeringsverslag en een financieel verslag aan het CTZ en het CVZ.

Het CTZ bewaakt daarbij onder meer of aan elke uitgave voor een verstrekking een rechtsgeldige overeenkomst ten grondslag ligt. Ook bewaakt het CTZ dat een zorgverzekeraar er door het sluiten van overeenkomsten zorg voor draagt dat zijn verzekerden de wettelijke aanspraken op zorg tot gelding kunnen brengen. Daarbij moet hij de nodige maatregelen treffen ter voorkoming van onnodige verstrekkingen en van uitgaven welke hoger dan noodzakelijk zijn. Naast het toezicht op de individuele zorgverzekeraar heeft het CTZ ook een signalerende taak met betrekking tot het functioneren van de uitvoeringsorganisatie en de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de wettelijke ziektekostenverzekeringen als geheel.

De voorgestelde maatregelen leveren voor het CTZ geen wijziging op ten aanzien van het toezicht of aan de verstrekking een rechtsgeldige overeenkomst ten grondslag ligt. Wel zal er in de toekomst naar verwachting sprake zijn van meer verschillende overeenkomsten.

Over de inspanningen die zorgverzekeraars moeten verrichten in het onderhandelingsproces vergaart het CTZ informatie. Hij kan dit doen door eisen te stellen aan de inhoud van de verantwoordingsverslagen. Zorgverzekeraars hebben er daarom ook zelf belang bij die eisen in de overeenkomst waar relevant te vertalen in concrete en zonedig afdwingbare afspraken.

Het CTZ rekent het tot zijn taak te signaleren of er in Nederland gebieden ontstaan die niet meer (of door onvoldoende) zorgverzekeraars of overeenkomsten worden gedekt, waardoor de toegankelijkheid van zorg onvoldoende is gewaarborgd.

Flankerende maatregelen

Voor de herziening van het overeenkomstenstelsel in de sociale ziektekostenverzekeringen, is een wijziging van de AWBZ en de Zfw noodzakelijk. Voor het beoogde effect is echter meer nodig dan alleen wetswijziging. Alle betrokkenen: zorgverleners, verzekeraars, zelfstandige bestuursorganen en de overheid zullen op de nieuwe situatie moeten inspelen. Een adequaat handhavingsbeleid met betrekking tot het overeenkomstenstelsel door het CTZ en de NMa is daarbij een voorwaarde. Beide toezichthouders kunnen sancties opleggen wanneer de praktijk zich niet aan de regels houdt.

De verzekeraar zal adequaat moeten inspelen op de gewijzigde situatie en inzicht moeten bieden in zijn contracteerbeleid c.q. zijn beleid ter bevordering van de doelmatigheid in de zorg. Dat contracteerbeleid zal ook in zoverre transparant moeten zijn dat verzekeraars in hun polisvoorwaarden duidelijk aangeven bij welke zorgaanbieders de verzekerden terecht kunnen en wijzigingen tijdig aan de verzekerden meedelen. Uitvoeringsverslagen van verzekeraars die nuttige informatie bevatten over verzekeraars, moeten voor een groter publiek toegankelijk worden gemaakt opdat verzekerden beter in staat zijn om welbewust te kiezen voor een verzekeraar. Er wordt naar gestreefd om reeds per 1 januari a.s. de uitvoeringsverslagen van de ziekenfondsen voor een bredere groep toegankelijk te maken. Daarnaast wordt subsidie verleend aan de Nederlandse patiënten- en consumentenfederatie, de NPCF, en de Consumentenbond om methodes te ontwikkelen om de transparantie te bevorderen en het beleid van zorgverzekeraars te beïnvloeden, waardoor rekening wordt gehouden met de vraag van de verzekerden.

Bij dit alles is van het grootste belang dat de inbreng van de verzekerde wordt gewaarborgd. Een naturaverzekering met vraagsturing vraagt om een duidelijke inbreng van de verzekerde. De verzekeraar vertegenwoordigt immers zijn verzekerden bij de onderhandelingen over de contracten op grond waarvan de zorg aan hen wordt verleend. De positie van de verzekerde verdient het daarom om verder te worden versterkt. Onder andere door de invoering van verzekerdenpanels met behulp van consumentenorganisaties die zorgaanbieders, ziekenfondsen en zorgkantoren stimuleren tot een meer op de vraag afgestemde gezondheidszorg.

B. ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

Artikelen I en II, onderdelen A

Ziekenfondsen en uitvoeringsorganen in de zin van de AWBZ (verder «uitvoeringsorganen AWBZ» genoemd) mogen naar de letter van de huidige Zfw en AWBZ alleen contracten sluiten met instellingen die door het CVZ zijn toegelaten (artikelen 1, eerste lid, onderdeel f, juncto 8a, juncto 44, eerste lid, Zfw, en artikelen 1, onderdeel d, juncto 8, juncto 42, eerste lid, AWBZ). In de praktijk sluiten ziekenfondsen en uitvoeringsorganen AWBZ ook contracten met niet toegelaten, in het buitenland gevestigde instellingen die in het buitenland zorg verlenen. Dit past ook binnen het Europese recht. Om te verhelderen dat het vrij verkeer van diensten in de zin van het Verdrag tot oprichting van de Europese Gemeenschap (EG-Verdrag) niet belemmerd wordt, wordt door middel van een aanpassing van de definitie van het begrip «instelling» in de Zfw en AWBZ geregeld dat rechtspersonen gevestigd op het grondgebied van andere landen – dus ook de lidstaten van de Europese Unie (EU) – geen toelating behoeven, om door de uitvoerders van de Zfw en de AWBZ als een in het buitenland zorg verlenende instelling te kunnen worden gecontracteerd. Wel geldt als voorwaarde voor de mogelijkheid van het tot stand komen van overeenkomsten, dat de buitenlandse rechtspersoon in

het kader van het in het desbetreffende land geldende socialezekerheidsstelsel zorg verleent, dan wel zich richt op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen (te denken valt bijvoorbeeld aan hospitalen voor militairen). Aldus wordt bewerkstelligd dat de zorg van een buitenlandse instelling waarmee een contract wordt gesloten in ieder geval het kwaliteitsniveau heeft dat in het desbetreffende land acceptabel is. Het is aan de ziekenfondsen en uitvoeringsorganen AWBZ om na te gaan of de buitenlandse instellingen waarmee zij een overeenkomst wensen te sluiten aan het voorgaande voldoen.

Artikel I, onderdelen B, H, I en N

Op grond van artikel 8 Zfw hebben verzekerden aanspraak op verstrekkingen die verschillende vormen van zorg behelzen. Deze aanspraak kan geldend worden gemaakt jegens het ziekenfonds waarbij de verzekerde is ingeschreven. Om de aanspraken te honoreren, dienen ziekenfondsen overeenkomsten te sluiten met personen en instellingen die de zorg kunnen leveren (zorgaanbieders). Bij het opstellen van de Zfw is ervoor gekozen, het woord «verstrekingen» louter te gebruiken indien prestaties van de ziekenfondsen jegens de verzekerden worden bedoeld. Prestaties van zorgaanbieders (jegens verzekerden) zouden niet met het woord «verstrekingen», maar met het woord «zorg» moeten worden aangeduid. In de loop der tijd is de Zfw vele malen gewijzigd, waarbij in enkele artikelen ten onrechte is komen te staan dat zorgaanbieders verstrekkingen verlenen. In de onderdelen B, H, I en N van artikel I wordt dit rechtgezet.

Artikel I, onderdelen C, P, subonderdeel 1, en T, artikel II, onderdelen O, subonderdeel 1, en R

De Zfw en AWBZ kennen zowel nu als na inwerkingtreding van voorliggend wetsvoorstel geen verschil tussen aan verzekerden te betalen vergoedingen en aan verzekerden te betalen uitkeringen. Met het oog op harmonisatie van terminologie is besloten in de Zfw en de AWBZ slechts te spreken van vergoedingen. Deze wijzigingen strekken hiertoe.

Artikel I, onderdelen D, H en S, en artikel X

In artikel I, onderdeel K, en artikel II, onderdeel H, wordt onder meer voorgesteld artikelen aan de Zfw en de AWBZ toe te voegen, op grond waarvan het mogelijk is bij amvb voor in die amvb aan te wijzen vormen van zorg ziekenfondsen respectievelijk uitvoeringsorganen AWBZ de vrijheid te geven te kiezen voor het direct aan de verzekerde doen verstrekken van zorg (verstrekking in natura), dan wel de verzekerde de voor zorg gemaakte kosten te vergoeden (restitutie).

Met het oog hierop wordt voorgesteld artikel 1x12, tweede lid, Zfw zo te wijzigen, dat in de daar bedoelde ministeriële regeling ook kan worden bepaald dat de uitvoeringsorganen Zfw en AWBZ statistische gegevens betreffende vergoeding van de voor zorg gemaakte kosten verzamelen. De artikelen over restitutie zullen in de Zfw worden opgenomen in de paragraaf over de aanspraken, die nu nog «verstrekingen» heet. Nu naast verstrekking van zorg de mogelijkheid wordt ingevoerd om bij amvb voor in die amvb aan te wijzen vormen van zorg restitutie te introduceren (naar keuze van de ziekenfondsen), is het aangewezen de titel van paragraaf b van hoofdstuk II van de Zfw «De verstrekingen en de vergoedingen» te noemen.

Artikel 83d Zfw regelt dat ziekenfondsen van verzekerden die, zonder daartoe gerechtigd te zijn, opzettelijk aanspraken op verstrekingen hebben doen gelden, een geheel of gedeeltelijk met de verleende verstrekingen overeenkomend bedrag kunnen vorderen. Uiteraard dient

hetzelfde te gelden als een verzekerde opzettelijk een kostenvergoeding waarop hij geen recht had, heeft gevraagd en gekregen. Ook de via artikel V voorgestelde wijzigingen in artikel 4 van de Wet exploitatie zorginstellingen hangen met de mogelijkheid van het bij amvb introduceren van restitutie (naar keuze van de ziekenfondsen of uitvoeringsorganen AWBZ) samen.

Artikel I, onderdeel E

De eerste twee wijzigingen zijn van louter terminologische aard en vloeien voort uit het Verdrag betreffende de Europese Unie, dat per 1 november 1993 in werking is getreden. Met de derde wijziging wordt beoogd helderder dan dit op dit moment het geval is, aan te geven dat de daar bedoelde personen rechten op prestaties naar het recht van andere landen dienen te hebben. Dit kunnen rechten op zorg zijn (natura-prestaties), of rechten op vergoeding van voor het verkrijgen van zorg door de verzekerde gemaakte kosten (restitutie). Het op dit moment in artikel 3, achtste lid, gebruikte woord «verstrekkingen» wordt elders in de Zfw op vele plaatsen gebruikt om een verstrekking volgens het nationale recht (te weten de Zfw zelve) aan te geven, welke verstrekking bovendien beperkt is tot een naturaprestatie. Om verwarring te voorkomen, wordt het woord «verstrekking» in artikel 3, achtste lid, Zfw vervangen door het woord «prestaties».

Artikel I, onderdeel G

Artikel 8, eerste lid, Zfw stipuleert een aanspraak op verstrekkingen van in dat lid opgesomde vormen van zorg en hulpmiddelen. Via het voorliggend wetsvoorstel zullen in de Zfw enkele artikelen worden ingevoegd waarin naar vormen van zorg wordt verwezen. Opdat niet telkens naar «vormen van zorg of vormen van hulpmiddelen» hoeft te worden verwezen, is besloten de opsomming in artikel 8, eerste lid, zo te wijzigen, dat alleen naar zorg wordt verwezen. Dit betekent dat de verstrekking «hulpmiddelen» is gewijzigd in de verstrekking «zorg bestaande uit hulpmiddelen».

Voorgesteld wordt de inhoud van artikel 8, zesde lid, Zfw, op te nemen in een nieuw artikel 11b Zfw, nu die inhoud ook zal moeten zien op voortzetting – na het einde van de verzekering – van vergoedingen van voor zorg gemaakte kosten.

Artikel I, onderdelen H en I, artikel II, onderdelen D en E

Instellingen dienen door het CVZ te zijn toegelaten, willen zij contractspartners van ziekenfondsen kunnen zijn (art. 8a Zfw). Nu wordt via het Besluit erkenning categorieën van instellingen Ziekenfondswet een aanzienlijk aantal soorten instellingen als toegelaten aangemerkt, maar de overige instellingen, waaronder ziekenhuizen en revalidatie-instellingen, dienen een aanvraag in te dienen bij het CVZ. Wordt de toelating verleend, dan dient de instelling haar werkzaamheden te verrichten op de wijze en in de omvang overeenkomstig de gegevens, verstrekt bij de aanvraag om toelating, zo bepaalt artikel 8f Zfw. Deze bepaling dient om drie redenen te worden gewijzigd. De eerste reden is, dat ook artikel 8f weer spreekt van door instellingen te verlenen verstrekkingen. In de toelichting op artikel I, onderdelen B, H, I en N, is reeds aangegeven dat dit onjuist is. (Dit is overigens ook de reden van de wijziging van artikel 8a, eerste lid, Zfw.) Voorts wekt artikel 8f Zfw de indruk, dat bij de aanvraag om een toelating altijd gegevens over de omvang van de voorgenomen werkzaamheden en over de werkwijze worden verstrekt. Met name wat betreft de omvang van de werkzaamheden is dit echter in de praktijk vaak niet het geval, zonder dat echter de toelating hierom geweigerd wordt. Ten slotte is het

verstrekken van gegevens over de omvang van het werk voor die instellingen, waarvoor in de toekomst de (omgekeerde) contracteerplicht voor (clusters van) dbc's wordt opgeheven sowieso zinloos, omdat juist die opheffing ertoe kan leiden dat een instelling in enige periode meer of minder werkzaamheden verricht dan verwacht. Met het oog hierop wordt voorgesteld art. 8f Zfw zo te wijzigen dat men (tenzij de toelating ander bepaalt) slechts verplicht is overeenkomstig de bij de aanvraag om toelating verstrekte gegevens omtrent omvang en werkwijze te werken indien men deze gegevens heeft aangeleverd. Artikel 8e AWBZ wordt om gelijksoortige redenen gewijzigd.

De wijziging van artikel 8a, vierde lid, Zfw en artikel 8, vierde lid, AWBZ, beoogt slechts de plicht tot het treffen van een amvb om te zetten in de bevoegdheid om dat te doen. Dit is gewenst nu de desbetreffende amvb('s) niet getroffen zijn.

Artikel I, onderdeel J (het voorgestelde artikel 9 Zfw) en artikel II, onderdeel F (het voorgestelde artikel 10 AWBZ)

Zoals in het algemeen deel van deze toelichting is betoogd, is uitgangspunt van de Zfw en van de AWBZ dat de verzekerde zorg wordt verstrekt (naturastelsel), en wel door zorgaanbieders waarmee de ziekenfondsen respectievelijk de uitvoeringsorganen AWBZ overeenkomsten hebben gesloten. Het naturakarakter van de verzekeringsprestatie is geregeld in artikel 8, eerste lid, Zfw, en de plicht zich te wenden tot gecontracteerde zorgaanbieders is te vinden in artikel 9, eerste lid, Zfw. In de AWBZ gaat het om de artikelen 6 (zie echter ook de toelichting op artikel II, onderdeel B) en 10. In de artikelen 44 Zfw respectievelijk 42 AWBZ is het complement op de plicht van de verzekerde om zich tot een gecontracteerde zorgaanbieder te wenden, geregeld. In die artikelen wordt immers geregeld dat de ziekenfondsen respectievelijk de uitvoeringsorganen AWBZ contracten sluiten met zorgaanbieders. Het is de bedoeling dat dergelijke contracten voor meerdere verzekerden tegelijk worden gesloten. Dat wil zeggen dat een verzekerde, op het moment dat hij zorg nodig heeft, terecht kan bij een reeds gecontracteerde zorgaanbieder. De Zfw en de AWBZ sluiten echter niet uit dat in sommige gevallen pas een contract met een bepaalde zorgaanbieder wordt gesloten op het moment dat een verzekerde zorg van die aanbieder behoeft.

De Zfw en de AWBZ kennen op het naturakarakter van de verzekeringsprestaties en de plicht zich te wenden tot een gecontracteerde zorgverlener een aantal uitzonderingen, dan wel maken het mogelijk bij amvb of ministeriële regeling dergelijke uitzonderingen te regelen. In de Zfw zijn deze uitzonderingen op dit moment in de artikelen 9 tot en met 11 te vinden, en in de AWBZ in de artikelen 10 tot en met 12.

De eerste uitzondering is neergelegd in het huidige eerste lid van artikel 9 Zfw respectievelijk 10 AWBZ: de verplichting zich te wenden tot een door het ziekenfonds van inschrijving gecontracteerde zorgverlener geldt niet voor gevallen, genoemd in de amvb krachtens artikel 8, tweede lid, Zfw respectievelijk genoemd in de amvb krachtens artikel 6, eerste lid, AWBZ. In artikel I, onderdeel I, en artikel II, onderdeel F, wordt voorgesteld om in de Zfw en de AWBZ artikelen op te nemen die het mogelijk maken bij amvb voor een of meer zorgvormen te bepalen, dat het ziekenfonds respectievelijk het uitvoeringsorgaan AWBZ de keuze tussen verstrekking van zorg (natura) of vergoeding van voor zorg gemaakte kosten (restitutie) heeft. Handhaving van de huidige uitzonderingsmogelijkheden naast deze nieuwe bepalingen, is niet zinvol. Daarom wordt voorgesteld in artikel 9, eerste lid, Zfw respectievelijk 10, eerste lid, AWBZ, de verwijzing naar

gevallen, genoemd in de amvb's op grond van artikel 8, tweede lid, Zfw en 6, eerste lid, AWBZ te laten vervallen.

Een tweede uitzondering houdt verband met het feit dat het in sommige gevallen voor een verzekerde niet mogelijk is zorg bij een door zijn ziekenfonds of uitvoeringsorgaan gecontracteerde zorgverlener te betrekken. De huidige artikelen 9, vierde lid, Zfw en 10, tweede lid, AWBZ, bepalen in de eerste volzin dat het ziekenfonds respectievelijk het uitvoeringsorgaan de verzekerde in dergelijke gevallen toestemming kan verlenen zich tot een niet gecontracteerde persoon of instelling te wenden, indien dit voor de geneeskundige verzorging van de verzekerde nodig is. Indien de hulpverlenende persoon of instelling buiten Nederland is gevestigd, aldus de tweede volzin, dient bovendien voldaan te zijn aan bij ministeriële regeling gestelde voorwaarden. In dit soort gevallen krijgt de verzekerde in plaats van zorg in natura, een vergoeding van de kosten die hij voor de zorg heeft gemaakt (restitutie).

Deze bepalingen kunnen, gelet op de arresten van het Hof van Justitie van 12 juli 2001, C-157/99 (Smits/Peerbooms) en van 13 mei 2003, C-385/99 (Müller-Fauré/Van Riet), niet zonder meer gehandhaafd worden. Immers, in het arrest Smits/Peerbooms stelde het Hof dat het hanteren van een toestemmingsvereiste voor het betrekken van intramurale zorg in een andere EU-lidstaat is toegestaan, mits aan een aantal voorwaarden is voldaan, terwijl het Hof in het arrest Müller-Fauré het stellen van een eis van voorafgaande toestemming voor het betrekken van extramurale zorg in een andere EU-lidstaat verbiedt. Wel kunnen de lid-staten voorwaarden stellen en de hoogte van de vergoeding aan regels binden. Door in de voorgestelde artikelen 9 Zfw en 10 AWBZ eerst te regelen dat met toestemming kan worden afgeweken van de regel, dat de verzekerde zich voor het betrekken van zorg tot een gecontracteerde zorgaanbieder dient te wenden (derde respectievelijk tweede lid), en daarna te regelen dat bij ministeriële regeling wordt bepaald in welke gevallen en onder welke voorwaarden geen toestemming nodig is en hoe hoog de vergoeding is, wordt voldoende ruimte geschapen om de gevolgen van voornoemde arresten te verwerken. De onderdelen c en d van artikel 9, vierde lid, Zfw en artikel 10, derde lid, AWBZ geven de mogelijkheden voorwaarden te stellen waaraan de verzekerde moet voldoen, wil toestemming kunnen worden verleend, en geven de mogelijkheid gevallen aan te wijzen waarin de toestemming niet mag worden verleend. Deze onderdelen behelzen in wezen een vertaling van hetgeen nu reeds op grond van artikel 9, vierde lid, Zfw respectievelijk artikel 10, tweede lid, AWBZ in de daar bedoelde ministeriële regeling kan worden neergelegd.

Artikel I, onderdelen K en L, artikel II, onderdelen H en I, artikelen III en IV

Inleiding

In de toelichting op artikel I, onderdeel J, en II, onderdeel F, is aangegeven dat de Zfw en de AWBZ uitzonderingen bevatten of mogelijk maken op het aan die wetten ten grondslag liggende uitgangspunt van natura-verstrekking door gecontracteerde zorgaanbieders. Naast de op individuele toestemmingen gebaseerde uitzonderingen op de plicht zorg te betrekken van gecontracteerde zorgaanbieders (artikel 9 Zfw, artikel 10 AWBZ), bestaat op grond van artikel 10 Zfw en 11 AWBZ de mogelijkheid bij of krachtens amvb te regelen in welke mate, in gevallen waarin de verzekerde zorg heeft gekregen of nodig heeft van een niet-gecontracteerde persoon of instelling, zorg verstrekt of vergoed kan worden. Deze mogelijkheid is ook daadwerkelijk gebruikt: in het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering en het Besluit zorg-aanspraken AWBZ, die mede op de artikelen 10 Zfw respectievelijk 11

AWBZ zijn gebaseerd, wordt voor sommige situaties een uitzondering gemaakt op het beginsel dat de zorg in natura wordt verstrekt. Ten slotte kennen de Zfw en de AWBZ in de artikelen 11 respectievelijk 12 de mogelijkheid om bij ministeriële regeling restitutie in plaats van zorglevering te regelen in die gevallen, waarin alle of bepaalde ziekenfondsen respectievelijk uitvoeringsorganen AWBZ in de onmogelijkheid verkeren op voor hen aanvaardbare voorwaarden met een genoegzaam aantal aanbieders zorgovereenkomsten te sluiten. Het gaat hier om een noodvoorziening waarmee kan worden voorkomen dat verzekerden het slachtoffer worden van problemen in de totstandkoming van contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Omdat naturalevering door gecontracteerde zorgaanbieders het uitgangspunt van de Zfw en de AWBZ is, zullen de inspanningen bij dreigende conflicten er op gericht moeten zijn alsnog contracten te sluiten, zodat niet snel tot het opstellen van eerder bedoelde ministeriële regeling zal worden overgegaan.

In de artikelen I, onderdelen K en L, en II, onderdelen H en I, worden twee wijzigingen op het systeem van (mogelijke) uitzonderingen op het uitgangspunt «naturaverstreking door gecontracteerde zorgaanbieders» voorgesteld.

Voorgestelde artikelen 11 Zfw en 12 AWBZ

Allereerst wordt voorgesteld in nieuwe artikelen 11 Zfw en 12 AWBZ te bepalen dat bij amvb vormen van zorg kunnen worden aangewezen waarvoor ziekenfondsen respectievelijk uitvoeringsorganen AWBZ mogen kiezen of zij voor de zorg zelve zorgen (zorg in natura, waartoe contracten met zorgaanbieders zullen moeten worden afgesloten) dan wel of zij door verzekerden gemaakte kosten voor zorg vergoeden (restitutie). De aan te wijzen vormen van zorg hoeven niet gelijk te zijn aan één van de in artikel 8, eerste lid, Zfw of artikel 2 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering respectievelijk de in het Besluit zorgaanspraken AWBZ opgenomen categorieën, maar mogen ook een of meer deelcategorieën binnen die categorieën betreffen. Met het oog op de rechtszekerheid voor de cliënt dienen de ziekenfondsen respectievelijk uitvoeringsorganen AWBZ wel in hun reglement op te nemen, of zij de aangewezen vormen van zorg in natura leveren, of de kosten vergoeden. Differentiatie hierin is mogelijk: zo kan een ziekenfonds er, indien er in de amvb meerdere zorgvormen zouden worden aangewezen, voor kiezen de ene vorm in natura te leveren, en de andere niet. De regels in het reglement dienen zo helder te zijn, dat het verzekerden vooraf duidelijk is in welke omstandigheden hun ziekenfonds of uitvoeringsorgaan de zorg in natura levert en in welke gevallen gemaakte kosten worden vergoed.

De voorgestelde artikelen 11, eerste lid, Zfw en 12, eerste lid, AWBZ bepalen uitdrukkelijk dat het moet gaan om *gemaakte* kosten. Zorgverzekeraars kunnen een verzekerde die een bij de amvb aangewezen zorgvorm nodig heeft derhalve niet op grond van deze artikelen vooraf een budget toekennen waarmee de verzekerde de benodigde zorg kan kopen. Mogelijkheden tot het vooraf toekennen van persoons- of productgebonden budgetten zijn in de «Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet» opgenomen. Voorts wordt opgemerkt dat de keuze voor de zorgverzekeraar zal zijn: naturaverstreking of vergoeding van *de* gemaakte kosten. De zorgverzekeraar heeft dus niet de vrijheid om in zijn reglement te bepalen dat slechts een gedeelte van de gemaakte kosten wordt vergoed. De tarieven die zorgaanbieders mogen berekenen, worden door het CTG vastgesteld. Indien maximumtarieven gelden en de zorgverlener de verzekerde dat tarief voor geleverde zorg ook werkelijk in rekening heeft gebracht, dient de zorgverzekeraar derhalve dat tarief vervolgens aan de verzekerde te vergoeden. Indien een ziekenfonds van mening is dat zorg waarvoor een maximumtarief geldt, voor de bij hem

ingeschreven verzekerden voor een lagere prijs moet worden geleverd, staat hem de weg vrij alsnog contracten met de desbetreffende zorgaanbieders te sluiten en in dat kader een lagere prijs te bedingen. Voor zover geen tarieven gelden – hetgeen bijvoorbeeld voor dbc's zou kunnen worden ingevoerd – geldt als restitutiebedrag het bedrag dat het ziekenfonds met de instelling voor de desbetreffende dbc is overeengekomen. In het derde lid is op de verplichting alle gemaakte kosten te vergoeden een uitzondering gemaakt in die zin, dat de vergoeding wordt verminderd met eventueel te betalen eigen bijdragen.

In het algemene deel van deze toelichting is uiteengezet dat natuerverzekeringen en het sluiten van contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Hoewel restitutie juist vaak samengaat met de vrijheid voor een verzekerde om te kiezen van welke zorgverlener hij de benodigde zorg betreft, is een systeem waarin een zorgverzekeraar gemaakte kosten alleen vergoedt indien de verzekerde zorg heeft betrokken van een door de verzekeraar gecontracteerde zorgverlener, niet uitgesloten. Het kabinetsbeleid is er op gericht, de ziekenfondsen en de uitvoeringsorganen AWBZ op het terrein van de zorg een sterkere regie te laten voeren. Het sluiten van contracten tussen deze zorgverzekeraars en zorgaanbieders is een van de instrumenten die hieraan kunnen bijdragen. Met het oog hierop is door middel van het van overeenkomstige toepassing verklaren van de artikelen 9 Zfw respectievelijk 10 AWBZ in de tweede leden van de voorgestelde artikelen 11 Zfw en 12 AWBZ, vooropgesteld dat zelfs indien bij amvb een vorm van zorg is aangewezen waarvoor de zorgverzekeraar restitutie mag invoeren en de zorgverzekeraar daarvan gebruik heeft gemaakt, de verzekerde zich voor die zorg dient te wenden tot een gecontracteerde zorgverlener. Dit betekent automatisch, dat verzekeraars contracten met zorgaanbieders moeten blijven sluiten. Een dergelijk systeem van «restitutie met achterliggende overeenkomsten» is zinvol voor die vormen van zorg, waarvoor onverkort behoefte bestaat aan de regierol van de zorgverzekeraars en waarvoor tevens eigen bijdragen gelden. Gekozen is voor het van overeenkomstige toepassing verklaren van alle voorwaarden voor het tot gelding brengen van een aanspraak op zorg in plaats van alleen de eerste leden van de artikelen 9 Zfw en 10 AWBZ, omdat ook de overige leden in een systeem van «restitutie met achterliggende overeenkomsten» moeten kunnen worden toegepast. Overigens is «restitutie met achterliggende overeenkomsten» voor de AWBZ niet nieuw. In artikel 6 van die wet is een dergelijke mogelijkheid namelijk reeds opgenomen. Handhaving van deze – overigens nooit benutte – mogelijkheid naast de mogelijkheid van artikel 12 AWBZ, is niet zinvol. Voorgesteld wordt daarom de mogelijkheid van restitutie uit artikel 6 te schrappen, zodat in dat artikel, net als in artikel 8 Zfw en bovendien in aansluiting op de huidige uitvoeringspraktijk, het naturakarakter van de verzekeringsprestaties in de aansprakenartikelen van de Zfw en de AWBZ voorop staat.

Nieuw voor zowel de Zfw als de AWBZ is de in de vierde leden van de voorgestelde artikelen 11 Zfw en 12 AWBZ neergelegde mogelijkheid te komen tot «restitutie zonder achterliggende overeenkomsten». Dit is vormgegeven door te bepalen dat voor die vormen van zorg, waarvoor de zorgverzekeraars ten gevolge van de amvb, bedoeld in de eerste leden van de artikelen 11 Zfw en 12 AWBZ, mogen kiezen tussen natuurstatistiek prestaties en restitutie, tevens bij die amvb kan worden bepaald dat zorgverzekeraars hun ingeschrevenen kunnen vrijstellen van de plicht zich te wenden tot een gecontracteerde zorgverlener. Voor die vormen van zorg zal de noodzaak tot het sluiten van contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders derhalve niet meer bestaan. Mochten als vormen van zorg waarvoor voor restitutie zonder overeenkomsten kan worden gekozen ooit vormen van zorg worden aangewezen waarvoor de prijzen in onderhandeling worden overeengekomen (zoals het geval zal zijn bij dbc's) en kiest het ziekenfonds dan inderdaad voor restitutie zonder overeenkomsten,

dan dient het ziekenfonds de werkelijk gemaakte kosten te vergoeden. De kans dat die kosten heel hoog zijn omdat de zorgaanbieder een hoge prijs heeft berekend, wordt ingeperkt door het feit dat in eerderbedoelde amvb, zoals in het algemeen deel van deze toelichting is aangegeven, slechts getroffen zal worden voor die vormen van zorg, waarvoor voldoende concurrerend aanbod geldt. Vindt het ziekenfonds de prijzen van een of van enkele zorgaanbieders desalniettemin te hoog (bijvoorbeeld omdat de zorgaanbieder meer service verleent dan uit het oogpunt van geneeskundige verzorging gewoonlijk noodzakelijk is), dan kan het in zijn reglement bepalen dat een verzekerde zijn toestemming behoeft om zorg bij die zorgaanbieder te betrekken. Vindt het ziekenfonds de kosten over de gehele linie te hoog, dan kan het zijn reglement aanpassen en weer zorg in natura gaan leveren.

Ten slotte wordt opgemerkt dat zorgverzekeraars, indien zij voor ingevolge het eerste lid van de artikelen 11 Zfw en 12 AWBZ aan te wijzen zorgvormen besluiten op restitutie over te gaan, daarbij tevens dienen te regelen hoe een en ander administratief wordt vormgegeven. Naast terugbetaling van rekeningen die de verzekerde reeds aan de zorgverlener heeft voldaan, is een stelsel denkbaar waarin de verzekerde de rekening direct ter voldoening aan de verzekeraar doorzendt, die deze dan namens de verzekerde (en tevens ter voldoening van zijn eigen verplichting jegens de verzekerde) betaalt, of zelfs een stelsel waarin de zorgaanbieder de rekening direct aan de zorgverzekeraar zendt, die deze dan in naam van de verzekerde betaalt.

Voorgestelde artikelen 11a Zfw, 12a AWBZ; voorstel artikel 17f WTG te laten vervallen

De tweede wijziging betreft de restitutie als noodvoorziening, die nu in de voorgestelde artikelen 11a Zfw en 12a AWBZ wordt neergelegd. De hoofdlijn, namelijk dat bij ministeriële regeling restitutie kan worden geregeld in die gevallen, waarin onvoldoende overeenkomsten tot stand komen, is gehandhaafd. De eerste leden van deze artikelen bevatten ten opzichte van de huidige artikelen 11 Zfw en 12 AWBZ slechts redactionele wijzigingen. Zo wordt nu bepaald dat tot het treffen van een ministeriële regeling over kan worden gegaan indien «een» ziekenfonds respectievelijk «een» uitvoeringsorgaan in de onmogelijkheid verkeert voldoende overeenkomsten te sluiten. Voor zich spreekt, dat hieraan ook is voldaan indien meerdere of zelfs alle ziekenfondsen of uitvoeringsorganen AWBZ dit probleem hebben. Daarnaast is nu expliciet opgenomen dat de regeling tijdelijk zal zijn.

De huidige procedure om te komen tot het restitutiebedrag houdt in dat eerst de minister in eerdergenoemde ministeriële regeling het bedrag bepaalt tot welk gemaakte kosten worden vergoed. Vervolgens kan een op grond van artikel 46a Zfw respectievelijk 44a AWBZ ingestelde commissie op grond van artikel 17f, eerste en tweede lid van de WTG een tarief vaststellen dat lager is dan het vigerende WTG-tarief. Dit tarief wordt vastgesteld voor een door de commissie te bepalen periode van ten hoogste zes maanden. Nadat een dergelijk tarief is vastgesteld, wordt het meegedeeld aan de minister, die het tarief vervolgens bekend maakt. In artikel 17f, vierde lid, van de WTG wordt het zorgaanbieders verboden, de verzekerden een tarief in rekening te brengen dat hoger is dan het op grond van artikel 17f, eerste en tweede lid, van de WTG vastgestelde tarief. Indien het door eerder bedoelde commissie vastgestelde WTG-tarief lager is dan het door de minister bepaalde bedrag tot welk Zfw- en AWBZ-verzekerden voor de desbetreffende zorg gemaakte kosten worden vergoed, geldt dus in wezen dit lagere WTG-tarief als maximum-restitutiebedrag. De mogelijkheid te komen tot lagere WTG-tarieven dan de vigerende, is bedoeld als prikkel om zorgaanbieders te bewegen

alsnog overeenkomsten met zorgverzekeraars af sluiten. In de praktijk blijken eerdergenoemde commissies en daarmee lagere WTG-tarieven dan de normale, niet tot stand te komen. Voorgesteld wordt daarom de artikelen 46a Zfw, 44a AWBZ en 17f WTG te schrappen. Wat betreft de eerste twee artikelen is dit geregeld door ze in de nieuwe Zfw- en AWBZ-hoofdstukken over de overeenkomsten niet meer terug te laten keren (zie ook de toelichting op de artikelen I, onderdeel M, II, onderdeel K). Derhalve zullen voor zorgaanbieders indien de minister een regeling als bedoeld in artikel 11a Zfw of 12a AWBZ heeft getroffen, de vigerende WTG-tarieven gelden.

Zoals hiervoor reeds is toegelicht, wordt voorgesteld in de artikelen 11 Zfw respectievelijk 12 AWBZ te regelen dat ziekenfondsen respectievelijk uitvoeringsorganen AWBZ voor bij amvb aan te wijzen zorgvormen mogen kiezen tussen het leveren van zorg (naturaprestatie) of vergoeding van voor de zorg gemaakte kosten. Indien voor de aangewezen vormen van zorg de verplichting in stand blijft tot het sluiten van overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders («restitutie met achterliggende overeenkomsten»), kan zich, indien de zorgverzekeraar voor restitutie heeft gekozen (en de verzekerde derhalve reeds een aanspraak op vergoeding in plaats van een aanspraak op zorg heeft), een met het eerste lid van de voorgestelde artikelen 11a Zfw en 12a AWBZ vergelijkbare situatie voordoen. Daarom is het van belang dat ook voor een dergelijke situatie de minister een ministeriële regeling kan vaststellen. De derde leden van de voorgestelde artikelen 11a Zfw en 12a AWBZ voorzien hierin. Overigens bestaat, zoals in het algemene deel van deze toelichting is verwoord, het voornemen de noodvoorziening op termijn te schrappen.

Voorgestelde artikelen 11b Zfw en 13 AWBZ

De inhoud van de voorgestelde artikelen 11b Zfw en 12b AWBZ is op dit moment nog opgenomen in artikel 8, zesde lid, Zfw, respectievelijk artikel 6, vijfde en zesde lid, AWBZ. Hetgeen in laatstbedoelde artikelen is geregeld, dient ook te gelden indien sprake is van restitutie. Daarom is de inhoud van laatstgenoemde artikelleden in twee nieuwe artikelen opgenomen.

Voorgestelde artikelen 11c Zfw en 14 AWBZ

Het is wenselijk dat ziekenfondsen respectievelijk uitvoeringsorganen AWBZ bij reglement binnen hetgeen bij en krachtens de Zfw en de AWBZ geregeld is, voorwaarden kunnen stellen waaronder het recht op (verstrekking van) zorg dan wel het recht op een kostenvergoeding tot gelding kan worden gebracht. Voor de AWBZ was dit reeds geregeld in artikel 6, zevende lid, voor de Zfw is dit geregeld in artikel 2a van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering. Voorgesteld wordt dit nu voor beide wetten, en zowel voor naturaprestaties als voor vergoedingen, in de Zfw en AWBZ te regelen.

Het belang van de reglementen voor de verzekerden neemt toe. Zo zijn, met het oog op vergroting van de uitvoeringsvrijheid van ziekenfondsen, enkele ministeriële regelingen waarin aanspraken worden geregeld, ontdaan van een aantal procedurele voorwaarden (zie de wijziging van de Regeling hulpmiddelen 1996 bij Regelingen van de Minister van VWS van 27 november 2001, Stcrt. 2001, 232, en van 17 december 2001, Stcrt. 2001, 248, alsmede de wijziging van de Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet bij Regeling van 2 september 2002, Stcrt. 2002, 169). De uitvoeringsruimte die de ziekenfondsen hiermee krijgen, kunnen zij – uiteraard binnen de grenzen van de bij en krachtens de wet geregelde aanspraken – via hun reglementen invullen. Ook spelen de reglementen een grote rol voor vormen van zorg die worden aangewezen in een amvb als bedoeld in de voorgestelde artikelen 11 Zfw en 12 AWBZ. Met het oog

hierop dienen verzekerden zich gemakkelijk op de hoogte te kunnen stellen van de inhoud van het reglement van het ziekenfonds of AWBZ-uitvoeringsorgaan waarbij zij zijn ingeschreven. Aangezien reglementen besluiten zijn in de zin van de Algemene wet bestuursrecht, dient ieder reglement na vaststelling alsmede iedere vastgestelde wijziging daarvan in de Staatscourant, in een dagblad of op andere geschikte wijze te worden bekend gemaakt. Niet iedere ingeschrevene zal echter de Staatscourant of de relevante dagbladen lezen, en bovendien kent de Awb geen verplichting geconsolideerde versies te publiceren. Met het oog daarop wordt in voorliggend wetsontwerp voorgesteld te regelen dat de ziekenfondsen en de uitvoeringsorganen AWBZ er voor zorgen dat iedere verzekerde bij inschrijving en voorts periodiek een exemplaar van het reglement of een weergave van de inhoud daarvan ontvangt. De frequentie van het verzenden van bijgewerkte reglementen (of de inhoud daarvan) wordt aan het ziekenfonds of het uitvoeringsorgaan AWBZ overgelaten. Zo kan worden besloten dit ieder jaar tezamen met de informatie over de nominale premie te doen. Maar ook kan ervoor worden gekozen een bijgestelde versie van het reglement telkens na wijziging van voor de ingeschrevenen relevante artikelen te zenden.

De regering is van mening dat de doelmatigheid van de uitvoering van de zorgverzekeringen wordt bevorderd indien verzekerden zelf kunnen kiezen bij welk ziekenfonds zij zich inschrijven. Ziekenfondsen die goed presteren zullen dan immers verzekerden winnen, en slecht presterende ziekenfondsen zullen hen verliezen. De inschrijvingsduur bij een ziekenfonds is dan ook beperkt tot een jaar (zie artikel 17 van het Inschrijvingsbesluit ziekenfondsverzekering). Zoals hiervoor is aangegeven, zullen de reglementen aan belang winnen. Het derde lid van de voorgestelde artikelen 11c Zfw en 14 AWBZ beoogt een mede op basis van de inhoud van reglementen gemaakte afgewogen keuze van verzekerden tussen verschillende ziekenfondsen, te vergemakkelijken.

Artikel I, onderdeel M

Via dit wetsvoorstel wordt de mogelijkheid in de Zfw en AWBZ opgenomen om voor bij amvb te bepalen zorgvormen over te gaan op een restitutie-systeem. Het voorgestelde artikel 20 houdt daar, anders dan het bestaande artikel, rekening mee.

Artikel I, onderdeel O, artikel II, onderdeel M

In de huidige Zfw- en AWBZ-hoofdstukken over de overeenkomsten tussen ziekenfondsen respectievelijk AWBZ-uitvoeringsorganen enerzijds, en zorgaanbieders anderzijds, wordt uitvoerig geregeld aan welke voorwaarden de zogenoemde uvo's en de modelovereenkomsten, die de individuele zorgverzekeraars bij het sluiten van contracten met individuele zorgaanbieders in acht moeten nemen, moeten voldoen en hoe deze tot stand moeten komen. Daarnaast wordt geregeld dat de zorgverzekeraars jegens zorgverlenende instellingen een contracteerplicht hebben, en dat, andersom, zorgverlenende instellingen een contracteerplicht jegens de zorgverzekeraars hebben. Zoals in het algemeen deel van deze toelichting uitgebreid is beargumenteerd, wordt voorgesteld in de toekomst de overeenkomsten niet meer op basis van uvo's of modelcontracten vorm te laten geven. Tevens wordt voorgesteld te regelen dat de plicht voor ziekenfondsen en uitvoeringsorganen AWBZ enerzijds en zorginstellingen anderzijds om desgevraagd zorgcontracten met elkaar af te sluiten (de contracteerplicht) niet alleen ten aanzien van categorieën instellingen bij of krachtens amvb kan worden afgeschaft, maar ook ten aanzien van vormen van zorg. In het algemeen deel van de toelichting is reeds uiteengezet dat de nieuwe mogelijkheid tot het gedeeltelijk afschaffen van de

contracteerplicht voor de Zfw mogelijk al met ingang van 1 januari 2004 voor een beperkt aantal (clusters van) dbc's gebruikt zal worden.

De nieuwe hoofdstukken zijn, gezien het voorgaande, korter dan de bestaande. Artikel 44 Zfw bepaald dat tussen ziekenfondsen en zorgaanbieders schriftelijke (zorg)contracten worden gesloten. Door niet meer te verwijzen naar «instellingen die een of meer van de verstrekkingen kunnen verlenen waarop (...) aanspraak bestaat», maar naar «instellingen die zorg kunnen verlenen op verstrekking waarvan (...) aanspraak bestaat», wordt enerzijds bereikt dat de Zfw-terminologie weer consequent wordt (zie ook de toelichting op artikel I, onderdelen B, H, I en N), en wordt – en dat is belangrijker – anderzijds expliciet aangegeven dat een contract niet een hele verstrekking in de zin van een heel onderdeel van artikel 8, eerste lid, Zfw, hoeft te betreffen. Dit is van belang met het oog op de introductie van de dbc-systematiek en daarbinnen van de vrij onderhandelbare dbc's. Vrije onderhandeling kan ook betekenen dat wordt afgezien van contractering. Op grond van het nieuwe artikel 44 Zfw zal het een zorgverzekeraar of een zorginstelling die vrij onderhandelbare dbc's kan leveren, derhalve vrijstaan voor die dbc's of voor een deel van die dbc's geen overeenkomst te sluiten. Uiteraard is dit slechts mogelijk indien tegelijkertijd de contracteerplicht van ziekenfondsen en instellingen wordt afgeschaft. Dit is voor vrij onderhandelbare dbc's dan ook de bedoeling. In het hiernavolgende wordt nader ingegaan op de wijze waarop dit zal gebeuren.

Opgemerkt wordt dat in de Aanpassingswet richtlijn inzake elektronische handel (Kamerstukken II, 2001/02, 28 197, nrs. 1 t/m 3) wordt voorgesteld een artikel 227a aan boek 6 van het Burgerlijk Wetboek (BW) toe te voegen, op grond waarvan langs elektronische weg tot stand gekomen overeenkomsten als schriftelijke overeenkomsten zijn te beschouwen, mits aan een aantal in dat artikel opgenomen vereisten is voldaan. Op moment van inwerkingtreding van dit nieuwe BW-artikel zullen de zorgovereenkomsten – onder eerderbedoelde voorwaarden – derhalve ook elektronisch tot stand kunnen komen. De overeenkomsten mogen – inclusief eventuele verlengingen – niet langer duren dan vijf jaar. Hiervoor is gekozen om te bewerkstelligen dat partijen zich ten minste eenmaal in de vijf jaar beraden over de inhoud van hun contract. De nu nog in artikel 44, tiende lid, Zfw opgenomen gelijkstelling van door rechtspersonen als bedoeld in artikel 14 met bepaalde zorginstellingen afgesloten contracten, met contracten als bedoeld in artikel 44, eerste lid, keert in het nieuwe artikel 44 niet terug. Enerzijds niet omdat er op grond van artikel 14 Zfw geen rechtspersonen zijn aangewezen, anderzijds niet omdat, zouden deze rechtspersonen al worden aangewezen, hen ingevolge de redactie van artikel 14 Zfw de bevoegdheid ontbreekt contracten te sluiten met zorginstellingen. Het op eigen naam sluiten van contracten kan immers niet worden gezien als het verzorgen van administratie of het uitoefenen van controle.

Ook artikel 42 AWBZ is in deze lijn vereenvoudigd. Hier bleek het echter nodig de door personen en instellingen verleende zorg aan de in artikel 6 AWBZ bedoelde justitiepatiënten buiten het overeenkomstenstelsel te blijven houden (het voorgestelde derde lid). De mogelijkheid voor de zorgkantoren om op eigen naam contracten met zorgaanbieders te sluiten – nu nog opgenomen in artikel 42, elfde lid, AWBZ – keert niet terug. Zorgkantoren contracteren wel met zorgaanbieders, maar doen dat op basis van een overdracht van bevoegdheden van de uitvoeringsorganen AWBZ, zodat die uitvoeringsorganen formeel de wederpartij van de zorgaanbieders zijn. Een bepaling volgens welke een zorgkantoor op eigen naam een overeenkomst kan sluiten (mede) ten behoeve van verzekerden die niet bij dat zorgkantoor maar bij andere uitvoeringsorganen AWBZ zijn ingeschreven, past niet binnen de AWBZ.

De voorgestelde artikelen 45 Zfw en 43 AWBZ bepalen aan welke onderwerpen in de overeenkomsten tussen ziekenfondsen respectievelijk uitvoeringsorganen en zorgaanbieders in ieder geval aandacht moet worden besteed. Deze onderwerpen zijn grotendeels gelijk aan de onderwerpen waaraan op dit moment aandacht moet worden besteed in de modelovereenkomsten en de uvo's. De ten opzichte van de bestaande artikelen 45 Zfw en 43 AWBZ nieuwe, in de onderdelen b opgenomen verplichting om in de overeenkomsten ook de kwaliteit en de doelmatigheid van de te verlenen zorg te regelen, is afkomstig uit de huidige artikelen 44, derde lid, Zfw en 42, vierde lid, AWBZ. De in de onderdelen d opgenomen verplichting om in de contracten afspraken te maken over de wijze waarop verzekerden van informatie worden voorzien, vloeit voort uit de wens het zorgaanbod voor verzekerden transparanter te doen worden. Wellicht ten overvloede wordt opgemerkt dat, indien het CTG op grond van de WTG tarieven voor de gecontracteerde zorg heeft goedgekeurd of vastgesteld, de in de overeenkomst op te nemen bepalingen over de prijs van de zorg gelijk aan die tarieven dienen te zijn (bij punttarieven) dan wel gelijk aan of lager dan die tarieven dienen te zijn (maximumtarieven). Gebeurt dat niet, dan zullen de zorgaanbieders op het moment dat zij overeenkomstig de contracten declareren, in strijd met de WTG komen. Gaan de overeenkomsten (mede) over vrij onderhandelbare dbc's, dan dienen de afgesproken prijzen in de overeenkomst te worden opgenomen.

De inhoud van de voorgestelde artikelen 46 Zfw en 44 AWBZ is op dit moment opgenomen in de artikelen 44, zesde lid, van de Zfw en 42, zevende lid, van de AWBZ, zij het dat daar bepaald is dat aan overeenkomsten gesloten in strijd met het in de Zfw en de AWBZ bepaalde, geen rechten kunnen worden ontleend. Nietigheid van de contracten in dergelijke gevallen, sluit echter beter aan op het in het BW geregelde.

Artikel 47 bevat de plicht van ziekenfondsen, om desgevraagd een zorgcontract met een zorginstelling te sluiten. Deze plicht geldt niet voor een aantal van de categorieën instellingen die op grond van het Besluit erkenning categorieën instellingen Ziekenfondswet geen toelating tot het verlenen van Zfw-zorg behoeven. Artikel 48 bevat de plicht van instellingen, om, indien het reeds een overeenkomst met ziekenfonds a heeft, desgevraagd een gelijke overeenkomst met ziekenfonds b te sluiten (omgekeerde contracteerplicht). Hiervoor zagen we al dat ziekenfondsen en instellingen die met dbc's gaan werken voor die dbc's, die vrij onderhandelbaar zullen zijn, geen (omgekeerde) contracteerplicht dienen te hebben. Daarom is aan de artikelen 47 en 48 Zfw de mogelijkheid toegevoegd om bij of krachtens amvb te regelen dat de (omgekeerde) contracteerplicht niet geldt voor bepaalde vormen van zorg. In het licht van het voorgaande zal het duidelijk zijn dat onder «vormen van zorg» daarbij niet per se gehele verstrekkingen in de zin van onderdelen van artikel 8, eerste lid, Zfw worden verstaan. Ook (kleine) delen van zo'n onderdeel zijn vormen van zorg. Zo zal bij of krachtens eerdergenoemde amvb de (omgekeerde) contracteerplicht voor medisch-specialistische zorg kunnen worden opgeheven, maar ook kan besloten worden dat slechts voor een of meer specialismen te doen (bijvoorbeeld alleen voor orthopedie), dat slechts voor bepaalde clusters van dbc's binnen een specialisme te doen (bijvoorbeeld knie-ingrepen binnen de orthopedie) of zelfs voor individuele dbc's (bijvoorbeeld de dbc «reguliere zorg. meniscuslaesie.operatief poliklinisch»).

In artikel 1, onderdeel f, onder 2°, Zfw worden bepaalde buitenlandse instellingen die in het buitenland zorg aan Zfw-verzekerden verlenen, onder de definitie van «instellingen» gebracht. Het EU-recht brengt met zich, dat aan deze instellingen geen omgekeerde contracteerplicht mag worden opgelegd. Immers, daarmee zouden op basis van de Nederlandse

wetgeving beperkende voorwaarden worden opgelegd aan volgens het buitenlands recht en louter in het buitenland werkende instellingen. Daarom ziet de contracteerplicht van artikel 47 alleen op instellingen met een toelating, d.w.z. instellingen die in Nederland zorg verlenen.

De voorgestelde artikelen 45 en 46 AWBZ bevatten de contracteerplicht en de omgekeerde contracteerplicht in de AWBZ. Ook in deze artikelen is de mogelijkheid opgenomen bij of krachtens amvb voor daarin aan te wijzen zorgvormen de contracteerplicht op te heffen. De reeds in de AWBZ opgenomen mogelijkheid om dit voor categorieën instellingen te doen, wordt daarnaast gehandhaafd. De nieuwe mogelijkheid leidt ertoe dat, wanneer in de toekomst instellingen meerdere vormen van zorg gaan leveren, die instellingen voor de ene vorm van zorg van de contracteerplicht kunnen worden vrijgesteld, en voor de andere niet. Dit kan met name van belang zijn in het kader van de functiegerichte omschrijving van aanspraken AWBZ, die met de inwerkingtreding van het Besluit zorgaanspraken AWBZ op 1 april 2003 is gaan gelden. Wellicht ten overvloede wordt opgemerkt dat ook hier met «vormen van zorg» niet per se hele onderdelen als bedoeld in artikel 2, eerste lid, van het Besluit zorgaanspraken AWBZ worden bedoeld. Overigens bestaan er, anders dan bij de Zfw, geen voornemens om met ingang van 1 januari 2004 dbc's in de AWBZ in te voeren, zodat ook geen sprake zal zijn van afschaffing van de (omgekeerde) contracteerplicht AWBZ voor (clusters van) dbc's.

De artikelen 46a Zfw en 44a AWBZ komen in onderhavig wetsvoorstel niet terug. Voor de reden hiervan wordt verwezen naar de toelichting op de artikelen I, onderdelen I en J, artikel II, onderdelen F en G en artikel IV (bij de voorgestelde artikelen 11a Zfw, 12 AWBZ en het voorstel om 17f WTG te schrappen).

De artikelen 49 en 47 van de huidige Zfw en AWBZ zijn geschreven met het oog op situaties waarin wegens het ontbreken van uvo's onvoldoende contracten tot stand komen. Sinds opneming van de bepalingen in de huidige Zfw en AWBZ, inhoudende dat het CVZ een modelovereenkomst moet opstellen indien een uvo niet tijdig tot stand komt, zijn deze bepalingen niet meer gebruikt. Voorts ontbreekt, gezien de voorgestelde artikelen 11a Zfw en 12 AWBZ, de ratio voor handhaving van deze artikelen. Zij maken dan ook geen deel meer uit van de nieuwe Zfw- en AWBZ-hoofdstukken inzake de overeenkomsten.

Artikel I, onderdeel Q, artikel II, onderdeel P

Artikel 1:3, eerste lid, van de Awb bepaalt dat onder besluit wordt verstaan: een schriftelijke beslissing van een bestuursorgaan, inhoudende een publiekrechtelijke rechtshandeling. Ook algemeen verbindende voorschriften – waaronder ministeriële regelingen – zijn derhalve besluiten. Op grond van artikel 8:2 Awb kan tegen algemene voorschriften echter geen beroep worden ingesteld. Artikel 7:1 Awb leidt er vervolgens toe dat daartegen ook geen bezwaar open staat. De huidige artikelen 77 Zfw en 62 AWBZ bepalen dat tegen ingevolge die wetten genomen besluiten van Onze Minister, van het CVZ of van het CTZ, beroep kan worden ingesteld bij de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State. Dit zou de vraag kunnen doen rijzen, of hier is beoogd in afwijking van de Awb te regelen, dat ook tegen algemeen verbindende voorschriften van de Minister, het CVZ of het CTZ in beroep kan worden gegaan. Dit is echter geenszins de bedoeling. Daarom worden de artikelen 77 Zfw en 62 AWBZ zo gewijzigd, dat van de mogelijkheid van bezwaar en beroep worden uitgezonderd die besluiten, die ook in artikel 8:2 Awb van die mogelijkheden worden uitgezonderd. Het belang van deze wijziging voor het onderhavige wetsvoorstel is, dat daarmee duidelijk wordt gemaakt dat

tegen een ministeriële regeling houdende introductie van restitutie als noodvoorziening (als bedoeld in de voorgestelde artikelen 11a Zfw en 12a AWBZ) geen bezwaar of beroep mogelijk is.

Artikel I, onderdeel R, artikel II, onderdeel Q

De artikelen 79 Zfw en 64 AWBZ regelen dat de beslissing van het CVZ kan worden ingeroepen indien ziekenfondsen, uitvoeringsorganen of zorginstellingen ondanks hun contracteerplicht weigeren een contract te sluiten. Deze artikelen zijn voor die categorieën instellingen of vormen van zorg, waarvoor de contracteerplicht in de toekomst bij of krachtens amvb kan worden afgeschaft, overbodig.

Artikel II, onderdeel B

Artikel 6 van de AWBZ is een van de kernartikelen van die wet. Het eerste lid van dat artikel bevat de hoofdregel met betrekking tot de aanspraken waarop de verzekerden recht hebben, de kapstok voor nadere regeling van die aanspraken, en de zorgplicht van de uitvoeringsorganen.

Sinds de wet van 20 november 1991, Stb. 1991, 587, is het tweede lid van artikel 6 bepaald dat de uitvoeringsorganen bij reglement bepalen of de zorg, bedoeld in het eerste lid, in natura wordt verstrekt dan wel of de verzekerde de voor de zorg gemaakte kosten worden gerestitueerd. De mogelijkheid van het regelen van restitutie door de uitvoeringsorganen, liet onverlet dat de uitvoeringsorganen met personen en instellingen zorgcontracten dienden te sluiten en dat verzekerden voor de zorg naar gecontracteerde zorgaanbieders dienden te gaan. De geboden mogelijkheid is in de praktijk nooit gebruikt. Ook in de huidige AWBZ-uitvoeringspraktijk staat de naturaverstrekking derhalve voorop.

Via artikel II, onderdeel F, van het voorliggende wetsvoorstel wordt voor bij amvb aan te wijzen zorgvormen de mogelijkheid geïntroduceerd bij reglement te bepalen dat niet de zorg wordt verstrekt, maar een vergoeding voor de kosten van zorg die een verzekerde heeft gemaakt. Anders dan nu het geval is, bevat dat artikel echter ook een mogelijkheid bij amvb «restitutie zonder achterliggende overeenkomsten» te introduceren.

Gezien het voorgaande, wordt het niet zinvol geacht de restitutie-mogelijkheid van artikel 6, tweede lid, naast het voorgestelde artikel 12 AWBZ te laten bestaan. Voorgesteld wordt dan ook deze te schrappen. Dit heeft gevolgen voor de formulering van de overige leden van dat artikel. De inhoud van de huidige tweede en derde volzin van het eerste lid, is in het nieuwe tweede en derde lid opgenomen. Opgemerkt wordt dat in het tweede lid de nu nog in de tweede volzin van het eerste lid opgenomen clause «daarbij kunnen met betrekking tot de inhoud en de omvang van de desbetreffende zorg beperkingen worden gesteld» niet terugkeert. Immers, nu de AWBZ zelf geen regels bevat met betrekking tot de inhoud de omvang van de zorg, en deze derhalve alle in de in het tweede lid bedoelde amvb zullen moeten worden gesteld, is daarmee vanzelf al de bevoegdheid gegeven beperkingen aan te brengen. Aparte vermelding van deze bevoegdheid is derhalve overbodig. Zoals in de toelichting op artikel II, onderdelen H en I (bij het voorgestelde artikel 13 AWBZ) is opgemerkt, is de inhoud van de leden 5 en 6 van het huidige artikel 6 AWBZ naar artikel 13 AWBZ verplaatst.

Van de gelegenheid is gebruik gemaakt om tevens de gebruikte terminologie aan te passen. Het huidige artikel 6 bepaalt in het eerste lid in wezen dat er aanspraken bestaan op zorg, die ingevolge het tweede lid, als verstrekking of als vergoeding wordt verleend. Het woord «zorg» impliceert taalkundig echter een naturaverstrekking. Gekozen is voor wijziging van de AWBZ zodanig, dat daar waar het woord «zorg» wordt gebruikt, steeds de naturaverstrekking wordt bedoeld. Gaat het om restitutie, dan wordt de term «vergoeding (van gemaakte kosten) voor zorg» gebruikt.

Ten slotte wordt voorgesteld de op dit moment in het achtste lid van artikel 6 AWBZ geregelde voorhangprocedure niet in het nieuwe artikel terug te laten keren. Dit lid is via de Wet stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase in de AWBZ opgenomen, opdat het parlement invloed zou kunnen uitoefenen op de wijze waarop de verstrekkingen uit het tweede compartiment onder de AWBZ zouden worden gebracht. Inmiddels is het voornemen verlaten om zorg uit het tweede compartiment onder de AWBZ te brengen, verlaten. De huidige bepaling noodzaakt echter wel nog steeds iedere wijziging van het Besluit zorgaanspraken AWBZ dertig dagen voor te hangen. Dit leidt tot vertraging.

Artikel II, onderdelen C, G, J, K, L, N, en R

De in deze onderdelen voorgestelde wijzigingen hangen samen met de wijziging van artikel 6 AWBZ, zoals toegelicht bij artikel II, onderdeel B (een na laatste alinea).

Artikel V

De voorgestelde wijzigingen in de WEZ hangen samen met de opname, in voorliggend wetsvoorstel, van de mogelijkheid bij amvb te bepalen dat ziekenfondsen respectievelijk uitvoeringsorganen AWBZ voor bepaalde vormen van zorg over mogen gaan op restitutie in plaats van verstrekking in natura.

Artikelen VI en VII

Op grond van de Zfw en de AWBZ moet een instelling door het CVZ zijn toegelaten, wil zij in opdracht van het ziekenfonds respectievelijk het uitvoeringsorgaan AWBZ Zfw- respectievelijk AWBZ-zorg kunnen leveren. Met de WEZ (Kamerstukken II 2000/01, 27 659, nrs. 1–3) zal dit systeem, alsmede het in de Wet Ziekenhuisvoorzieningen opgenomen vergunningensysteem, vervangen worden door een nieuw systeem, dat exploitatietoestemmingen en bouwvergunningen kent. Instellingen waarmee ziekenfondsen respectievelijk uitvoeringsorganen mogen contracteren, zullen dan in plaats van een toelating, een exploitatietoestemming op grond van de WEZ moeten hebben. Dit is geregeld in de artikelen 38 en 39, onderdelen A, van de WEZ, waarmee via een wijziging van de artikelen 1, eerste lid, onderdeel f, Zfw en 1, eerste lid, onderdeel f, van de AWBZ de definitie van «instelling» in laatstgenoemde wetten wordt aangepast. Ook voorliggend wetsvoorstel wijzigt echter deze definitie, en wel om duidelijk te maken dat in het buitenland gevestigde, aldaar zorgverlenende instellingen geen toelating behoeven (zie artikelen I en II, onderdelen A). Mutatis mutandis moet hetzelfde gelden na inwerkingtreding van de WEZ: van buitenlandse instellingen die op grond van een contract met een ziekenfonds of uitvoeringsorgaan aldaar zorg willen verlenen, dient geen exploitatietoestemming te worden geëist. De voorliggende artikelen regelen dit. Het is niet zeker welk wetsvoorstel eerder in werking zal treden: de WEZ of voorliggend wetsvoorstel. Indien de WEZ eerder in werking treedt, zullen de artikelen I en II, onderdelen A, van voorliggend wetsvoorstel van inwerkingtreding worden uitgezonderd en zullen de artikelen VI en VII wèl in werking treden. Indien voorliggend wetsvoorstel eerder dan de WEZ in werking treedt, zullen totdat de WEZ in werking treedt de artikelen I en II, onderdelen A, regelen dat een in het buitenland zorg verlenende instelling geen toelating behoeft, en zal dit vanaf de inwerkingtreding van de WEZ op grond van de artikelen VI en VII van voorliggend wetsvoorstel gelden. In dat geval zullen de artikelen 38 en 39, onderdelen A, van de WEZ buiten inwerkingtreding worden gehouden. Het inwerkingtreedingsartikel van de WEZ – artikel 57 – biedt hier voldoende ruimte voor.

Artikel VIII

Het wetsvoorstel houdende Wijziging van diverse wetten op het terrein van VWS, teneinde enkele wetstechnische gebreken te herstellen of andere wijzigingen van ondergeschikte aard aan te brengen (Technische aanpassing van VWS-wetgeving 2003), welk wetsvoorstel Uw Kamer op korte termijn zal worden aangeboden, laat artikel 89b Zfw vervallen en wijzigt artikel 76a AWBZ. Deze artikelen worden daarnaast via het voorliggende wetsvoorstel gewijzigd (artikel I, onderdeel T, artikel II, onderdeel S). Indien eerderbedoeld wetsvoorstel eerder in werking treedt dan voorliggend wetsvoorstel, dienen de betreffende onderdelen in voorliggend wetsvoorstel te vervallen. Artikel VIII regelt dat.

Artikel IX

Streefdatum voor inwerkingtreding van voorliggende wetsvoorstel is 1 januari 2004. Overeenkomsten tussen ziekenfondsen respectievelijk AWBZ-uitvoeringsorganen enerzijds en zorgaanbieders anderzijds, dienen zo kort mogelijk na die datum volgens de nieuwe wettelijke bepalingen tot stand komen. Om te voorkomen dat de inhoud van de huidige contracten via verlenging nog langdurig van kracht kan blijven, wordt in het eerste lid van artikel IX bepaald dat contracten gesloten voor de datum van inwerkingtreding van het nieuwe overeenkomstenstelsel, uiterlijk een jaar na inwerkingtreding van de bepalingen omtrent het nieuwe overeenkomstenstelsel vervallen.

Wellicht ten overvloede wordt opgemerkt dat de invoering van contractering op vrij onderhandelbare dbc's per 1 januari 2004, ziekenfondsen enerzijds en ziekenhuizen, revalidatie-instellingen en zelfstandige behandelcentra anderzijds, mogelijk zullen nopen bestaande contracten reeds met ingang van 1 januari 2004 te beëindigen (of te wijzigen).

Dit hangt af van de vraag of de bestaande overeenkomsten voldoende ruimte bevatten om met dbc's te gaan werken of niet. De uvo's en modelovereenkomsten zullen met ingang van de datum van inwerkingtreding van de nieuwe Zfw- en AWBZ-hoofdstukken inzake overeenkomsten een wettelijke basis komen te ontberen. Dit brengt echter niet automatisch met zich, dat zij niet meer gelden. Om verwarring te voorkomen, wordt in het tweede lid van artikel IX expliciet bepaald dat de uvo's en modelovereenkomsten met ingang van laatstbedoelde datum vervallen.

Artikel X

Deze bepaling voorziet in evaluatie van het in dit wetsvoorstel neergelegde beleid na drie jaar en vervolgens nog eenmaal na weer drie jaar. Omdat bestaande overeenkomsten nog maximaal een jaar kunnen doorlopen (zie artikel IX, eerste lid), en nieuwe overeenkomsten een maximumduur van vijf jaar mogen hebben, wordt aldus bereikt dat in de twee evaluaties iedere contractsrelatie tussen ziekenfondsen en uitvoeringsorganen AWBZ enerzijds en zorgaanbieders anderzijds betrokken zal zijn. Zoals in het algemene gedeelte van deze toelichting is aangegeven, zal de evaluatie onder meer betrekking hebben op de mate waarin gebruik is gemaakt van het treffen van een noodvoorziening als bedoeld in de artikelen 11a Zfw en 12a AWBZ, en de gevolgen daarvan.

Blijkt uit de evaluatie dat aan deze artikelen geen behoefte meer bestaat, dan zal te zijner tijd worden voorgesteld ze te laten vervallen. Overigens kent het dbc-beleid zijn eigen evaluatietraject.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst