

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)

A

ADVIES RAAD VAN STATE EN NADER RAPPORT¹

Hieronder zijn opgenomen het advies van de Raad van State d.d. 18 april 2002 en het nader rapport d.d. 11 juli 2003, aangeboden aan de Koningin door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het advies van de Raad van State is cursief afgedrukt.

Bij Kabinetsmissive van 6 december 2001, no.01.005786, heeft Uwe Majesteit, op voordracht van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, bij de Raad van State ter overweging aanhangig gemaakt het voorstel van wet met memorie van toelichting tot wijziging van de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enkele andere wetten, in verband met herziening van het overeenkomstenstelsel in de sociale ziektekostenverzekering alsmede enkele andere wijzigingen (Wet herziening overeenkomstenstelsel).

Het wetsvoorstel voorziet in een aanpassing van het overeenkomstenstelsel in de zorg. Doel is te komen van een stelsel van centrale aanbodsturing naar een decentraal vraaggericht stelsel. Hiermee wordt beoogd dat de direct betrokken partijen beter gebruikmaken van de mogelijkheden die zorgovereenkomsten bieden. De drie belangrijkste maatregelen die worden voorgesteld zijn:

- het afschaffen van de landelijk geldende uitkomsten van overleg (uvo's) en modelovereenkomsten in de Ziekenfondswet (Zfw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)²;*
- het afschaffen van de contracteerplicht voor verzekeraars ten aanzien van instellingen en het afschaffen van de omgekeerde contracteerplicht van instellingen;*
- 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.*

Als reden voor het onderhavige wetsvoorstel noemt de toelichting het gebrek aan dynamiek in het huidige stelsel als gevolg van de binding aan overeenkomsten en de spanning tussen het huidige systeem van aanbodsturing en het mededingingsrecht.

Er zijn vele redenen denkbaar om te komen tot een heroriëntatie in het zorgstelsel in Nederland: het gebrek aan personeel en aan infrastructurele voorzieningen, het systeem van budgettering, de bureaucratie, de wachtlijsten, de ontwikkelingen van de zorgverlening buiten de zorginstellingen om, onder meer in het kader van het vrije verkeer binnen Europa en de in de toelichting gesignaleerde spanning van het huidige stelsel met het mededingingsrecht. Het voorliggende voorstel pakt evenwel niet het stelsel als zodanig aan, maar beperkt zich tot het loslaten van het centraal gestuurde overeenkomstenstelsel. De in dat verband voorgestelde maatregelen hebben naar de mening van de

¹ De oorspronkelijke tekst van het voorstel van wet en van de memorie van toelichting zoals voorgelegd aan de Raad van State is ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

² De wijzigingen in de Zfw en in de AWBZ lopen grotendeels parallel. Waar in het navolgende over de Zfw wordt gesproken worden daarmee mede de overeenkomstige bepalingen of wijzigingen in de AWBZ bedoeld. Omdat de contracteerplicht in de AWBZ nog niet wordt afgeschaft, wordt waar instellingen staat bedoeld de «cure»instellingen.

Raad van State echter reeds zodanig ingrijpende gevolgen voor het stelsel als geheel, dat deze onderdeel zouden moeten vormen van de aangekondigde integrale herziening en zouden moeten berusten op een meer omvattende visie op de toekomst van het zorgstelsel. Het voorstel biedt naar het oordeel van de Raad geen oplossing voor de gesignaleerde problemen en zal naar verwachting negatieve gevolgen hebben voor de mogelijkheid om in Nederland een kwalitatief goed stelsel van gezondheidszorg met voldoende regionale spreiding in stand te houden. Verder houdt het voorgestelde decentraal vraaggestuurde stelsel geen rekening met de verschillende bijzondere functies van zorginstellingen, zoals de onderzoeks- en opleidingsfunctie. Dit heeft tot gevolg dat deze zorginstellingen zonder nadere voorzieningen hogere prijzen in rekening zullen moeten brengen en zij zodoende in een nadeliger concurrentiepositie komen te verkeren. De Raad verwacht niet dat door het voorstel een adequaat functionerende markt zal worden gecreëerd. Ook constateert de Raad dat ten aanzien van een aantal belangrijke aspecten onderzoeken gaande zijn waarvan de uitkomsten nog niet gereed zijn.

Tot slot roept het voorstel uit Europeesrechtelijk oogpunt bezwaren op. Op grond van deze overwegingen adviseert de Raad om het wetsvoorstel te heroverwegen in het licht van de noodzakelijke heroriëntatie van het zorgstelsel.

Blijkens de mededeling van de Directeur van Uw Kabinet van 6 december 2001, no. 01.005786, machtigde Uwe Majesteit de Raad van State zijn advies inzake het bovenvermelde voorstel van wet rechtstreeks aan mij te doen toekomen. Dit advies, gedateerd 18 april 2002, nr. W13.01.0647/111, bied ik U hierbij aan.

Algemene opmerkingen

1. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 6 juli 2001 ter uitvoering van de in het regeerakkoord aangekondigde bezinning op het zorgstelsel een notitie naar de Tweede Kamer der Staten-Generaal gezonden, getiteld «Vraag aan bod».¹ In dat rapport wordt een samenhangende visie geboden op basis waarvan de noodzakelijke vernieuwing van het Nederlandse zorgstelsel kan worden ontwikkeld. De uitwerking daarvan – zo stelt het kabinet zich voor – kan zodanig plaatsvinden dat bij het volgende regeerakkoord concrete stappen kunnen worden gezet.

In het huidige stelsel wordt het aanbod centraal gereguleerd en beheerst door regels voor toelating van instellingen. Met de contracteerplicht van zorgverzekeraars met die instellingen – het overeenkomstenstelsel – wordt verzekerd dat van het in Nederland beschikbare aanbod in de instellingen gebruik wordt gemaakt. Door de combinatie van financiering van de bouw van toegelaten zorg-instellingen, het (publieke) zorgverzekeringstelsel en het overeenkomstenstelsel op basis van vastgestelde maximumtarieven, is er sprake van een in beginsel gesloten stelsel van financiering van de zorg dat de financiële beheersbaarheid daarvan moet verzekeren. Het overeenkomstenstelsel vormt een belangrijke pijler van het huidige stelsel. In het voorliggende voorstel wordt voorgesteld om die pijler te vervangen en desondanks wordt in de toelichting bij het onderhavige wetsvoorstel (inleiding) gesteld dat het geen onderdeel uitmaakt van de aangekondigde herziening van de sturing van de zorg, zoals beschreven in voornoemde notitie.

Met het voorliggende voorstel wordt echter van een centraal gestuurd aanbodstelsel overgestapt op een decentraal vraaggericht stelsel. Deze markt wordt evenwel niet gestuurd door de vraag van patiënten maar door die van de zorgverzekeraars.

De overheid wijzigt ten opzichte van het overeenkomstenstelsel de voorwaarden en draagt de uitvoering in zoverre over aan de verzekeraars. Gelet op het feit dat op deze wijze een centrale pijler van het huidige systeem wordt weggehaald met ingrijpende consequenties voor het stelsel als geheel, wordt naar de mening van de Raad op bepalende wijze vooruitgelopen op de stelselherziening en de besluitvorming daarover.

De Raad constateert dat de toelichting op dit punt niet ingaat.

¹ Kamerstukken II 2000/01, 27 855, nrs. 1 en 2.

Algemene opmerkingen

1. De algemene opmerkingen van de Raad richten zich alle tegen het in het oorspronkelijke wetsvoorstel opgenomen voornemen om de contracteerplicht en de omgekeerde contracteerplicht met ingang van 1 januari 2004 uit de Ziekenfondswet (Zfw) te halen.

Volgens de Raad hangt de (omgekeerde) contracteerplicht dusdanig met de plannings- en prijzenwetgeving samen, dat het niet mogelijk is de (omgekeerde) contracteerplicht af te schaffen zonder tegelijkertijd de plannings- en prijzenwetgeving te wijzigen. Immers, op grond van de planningswetgeving wordt een instelling voor een bepaalde zorgomvang als contractspartner voor de ziekenfondsen toegelaten, de (omgekeerde) contracteerplicht zorgt ervoor dat die omvang ook werkelijk wordt benut, en de prijzenwetgeving zorgt er enerzijds voor dat de instellingen geen te hoge prijzen kunnen vragen, anderzijds dat hun continuïteit gegarandeerd is. Aldus is een gesloten financieel systeem ontstaan, waaruit, volgens de Raad, niet zomaar de (omgekeerde) contracteerplicht kan worden weggesneden. Indien dat toch gebeurt, dreigt, aldus de Raad, het risico van onvoldoende of onvoldoende gespreide zorg. Voorts wijst de Raad op een mogelijke stijging van de kosten. Enerzijds kan volgens de Raad door het afschaffen van de contracteerplicht de continuïteit van instellingen in gevaar komen, waardoor de instellingen meer voorzieningen zullen willen treffen om die risico's op te vangen en kapitaalverschaffers mogelijk hogere renten aan instellingen zullen vragen (kapitaallastenproblematiek). Anderzijds heeft de aanbodschaarste op de zorgmarkt op zich al een prijsverhogende werking. De afschaffing van de (omgekeerde) contracteerplicht heeft naar de mening van de Raad van State zodanig ingrijpende gevolgen voor het stelsel als geheel, dat deze onderdeel zou moeten vormen van de stelselherziening in de zorg en zou moeten berusten op een meer omvattende visie op de toekomst van het zorgstelsel. In ieder geval zou de contracteerplicht niet moeten worden afgeschaft voordat er oplossingen zijn gevonden voor de kapitaallastenproblematiek.

Wat betreft de opmerking dat de afschaffing van de (omgekeerde) contracteerplicht onderdeel zou moeten uitmaken van de stelselwijziging wijs ik op het volgende. Onder de stelselwijziging versta ik het wijzigingsproces van het aanbodgestuurde zorgstelsel naar een zorgstelsel waarin vraagsturing voorop staat, alsmede het sluitstuk van dit proces, dat bestaat uit de vervanging van het huidige duale verzekeringsstelsel (met enerzijds ziekenfondsverzekerden en anderzijds particuliere verzekerden) door een verzekeringsstelsel waarin een ieder verzekerd is op grond van een algemene verzekering curatieve zorg. De uitvoerders van deze verzekering zullen alle onderling concurreren om de gunst van de verzekerden en zich moeten onderscheiden in hun zorginkoop. Tussen deze uitvoerders zullen geen verschillen bestaan zoals die nu wel tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars bestaan. De voorgestelde afschaffing van de (omgekeerde) contracteerplicht past hierin. Immers, deze afschaffing beoogt de ziekenfondsen alvast meer mogelijkheden tot onderhandelen met zorgaanbieders te geven. Met de afschaffing van de (omgekeerde) contracteerplicht hoeft evenwel niet gewacht te worden tot het moment van de herziening van het verzekeringsstelsel. De afgelopen jaren is reeds een flink aantal stappen gezet om de mogelijkheden van ziekenfondsen voor onderhandelingen met zorgaanbieders te vergroten. Ik wijs in dit verband op het elimineren van de (omgekeerde) contracteerplicht van ziekenfondsen jegens de vrije beroepsbeoefenaren; een maatregel die geheel los van een herziening van het verzekeringsstelsel – in het begin van de jaren negentig van de vorige eeuw werd doorgevoerd.

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 aanbodsgerichte stelsel, voor (groepen van) dbc's af te schaffen. Het wetsvoorstel is na aanpassing op dit punt nu faciliterend van aard. Het oorspronkelijke wetsvoorstel beoogde de contracteerplicht in de Ziekenfondswet in een keer op te heffen (met als streefdatum 1 januari 2004). Het aangepaste wetsvoorstel maakt het mogelijk om de contracteerplicht ook partieel – voor bepaalde vormen van zorg en in de tijd gefaseerd – op te heffen. Aldus zal een volgende stap kunnen worden gezet naar meer inkoopvrijheid voor ziekenfondsen.

Terecht constateert de Raad dat er een samenhang bestaat tussen planningsregelgeving, prijzenregelgeving en de (omgekeerde) contracteerplicht. Echter, door een aantal ontwikkelingen in de plannings- en prijzenregelgeving is deze samenhang niet langer zo eenduidig als de Raad deze voorstelt. Zo wordt de omvang van de door ziekenhuizen te verlenen diensten in de praktijk noch op grond van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV), noch in het kader van de toelating als zorgaanbieder in de zin van de Zfw (artt. Ba tot en met Bi van die wet) beperkt. Binnen de mogelijkheden van de op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg) functiegerichte ziekenhuisbudgettering kunnen extra afspraken worden gemaakt waarmee (extra) budget wordt gegenereerd om wachttijden terug te dringen. Geconstateerd kan worden dat reeds meerdere jaren geleden in gang gezette omslag van aanbod- naar vraagsturing ertoe heeft geleid dat in de plannings- en prijzenregelgeving, die vanuit de gedachte van aanbodsturing is opgezet, steeds meer elementen van vraagsturing zijn opgenomen. Omdat beide elementen zich moeilijk laten verenigen, is in de loop der jaren een steeds ingewikkelder en onoverzichtelijker geheel van plannings- en prijzenregels ontstaan. Juist om die reden heeft het kabinet Kok II voorgesteld de bestaande planningswetgeving (WZV, en het toelatingensysteem in de Zfw en AWBZ) te vervangen door een Wet exploitatie zorginstellingen (Wez; Kamerstukken II, 2000/01, 27 659), die veel meer ruimte laat voor vraagsturing dan de huidige wetgeving. Daarnaast bestond, zoals in de Wtg-notitie «Speelruimte en verantwoordelijkheid» (Kamerstukken II 1999/2000, 27 156, nr. 2) was aangekondigd, ook ten tijde van de adviesaanvraag aan de Raad al het voornemen de Wtg zo te wijzigen, dat er meer ruimte zou ontstaan voor daadwerkelijke prijsonderhandelingen en daarmee marktwerking tussen ziekenfondsen en zorgaanbieders. Anders dan de Raad van State meent, vormde de afschaffing van de (omgekeerde) contracteerplicht in het wetsvoorstel zoals dat aan die Raad voor advies is voorgelegd dus geen «losse» maatregel, maar paste zij in een geheel aan maatregelen dat het kabinet Kok II wilde nemen om, in vervolg op eerdere stappen én vooruitlopend op een herziening van het verzekeringsstelsel, reeds meer vraagsturing mogelijk te maken.

Toch is in het voorjaar van 2002, toen het advies van de Raad van State werd ontvangen, niet besloten het wetsvoorstel direct in te dienen. De belangrijkste reden daarvoor was, dat na de zomer van dat jaar een nieuw kabinet zou aantreden, dat het mogelijk wél wenselijk zou vinden het onderwerp met een herziening van het verzekeringsstelsel mee te nemen.

Bovendien bleek het wetsvoorstel Wez bij een aantal fracties in de Tweede Kamer moeilijk te liggen, zodat niet uitgesloten was, dat het nieuwe kabinet ook op het terrein van de planningswetgeving nieuw beleid zou moeten ontwikkelen. De periode tot aan het aantreden van het nieuwe kabinet zou benut kunnen worden voor het zoeken naar een oplossing voor het aspect van de kapitaallasten. Uitstel was in de ogen van het kabinet Kok II ook niet zo bezwaarlijk, aangezien het per 1 januari 2003 vervallen van artikel 16 van de Mededingingswet (Mw), dat mede aanleiding was geweest voor het opstellen van het wetsvoorstel, gedurende een groot deel van 2002 van de baan leek te zijn (meer daarover bij punt 11). Ten gevolge van de snelle démise van het kabinet Balkenende I, heeft de periode gedurende welke onduidelijk was of voorliggend wetsvoorstel op zou gaan in een wet ter herziening van het verzekeringsstelsel of alsnog bij het parlement zou worden ingediend, helaas langer geduurd dan voorzien.

Inmiddels zijn er echter redenen om het wetsvoorstel zo snel mogelijk in werking te laten treden.

Een belangrijke aanleiding om het voorstel nu in te dienen is het Hoofdlijnenakkoord van het kabinet CDA, VVD, D66 van 16 mei 2003 «meedoen, meer werk, minder regels» (Kamerstukken II, 2002–2003, 28 637). Het akkoord merkt het volgende op: «De centrale aanbodsturing is vastgelopen en wordt zo snel als verantwoord is vervangen door gereguleerde marktwerking. Eigen verantwoordelijkheid en initiatief van partijen in de zorg komt voorop te staan». Partijen in de zorg moeten in staat worden gesteld om hun verantwoordelijkheid en initiatieven te nemen. Het aangepaste voorstel vergroot de mogelijkheden om aan dat perspectief vorm te geven. In de Ziekenfondswet wordt het technisch mogelijk gemaakt om – zo nodig heel gericht, onderscheiden naar vormen van zorg – te bepalen dat de (omgekeerde) contracteer-

plicht voor verzekeraars jegens toegelaten instellingen niet langer geldt. Daarbij heb ik vooral de voortgaande ontwikkeling van het «dbc-beleid», waaraan de Raad in punt 5 van zijn advies reeds refereert, op het oog. Dit is dan ook de directe aanleiding om het wetsvoorstel nu, zij het na aanpassing, in te dienen.

Deze aanpassing is gelegen in het vervangen van de in het oorspronkelijke wetsvoorstel opgenomen integrale afschaffing van de (omgekeerde) contracteerplicht in de Ziekenfondswet, door de mogelijkheid om de (omgekeerde) contracteerplicht partieel bij of krachtens algemene maatregel van bestuur (amvb) af te schaffen. Daarmee wordt tegemoet gekomen aan de opmerkingen van de Raad om niet eerder over te gaan tot het afschaffen van de (omgekeerde) contracteerplicht dan wanneer de financiële gevolgen daarvan duidelijk zijn.

Van belang in dit verband is ook het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) over marktwerking in de medisch specialistische zorg (Zoetermeer, 2003). Zonder omhaal van woorden pleit de RVZ voor het afschaffen van de contracteerplicht. De RVZ is van mening dat het niet goed is het bestaande systeem van aanbodregulering te handhaven.

Daarvoor voert de RVZ onder meer de volgende argumenten aan:

- het gevoerde beleid van aanbodregulering is de belangrijkste oorzaak van de wachtlijstproblematiek;
- de organisatie van de zorg moet kleinschaliger en gevarieerder worden en beter aansluiten op wensen en behoeften van de bevolking;
- het verzekeringskarakter van de ziekenfondsverzekering is hersteld. Daardoor is een terugkeer naar de vroegere methode van kostenbeheersing door middel van taakstellende budgetten niet meer mogelijk.

De tweede reden komt eveneens voort uit het Hoofdlijnenakkoord «meedoen, meer werk, minder regels». «Minder regels» leidt als vanzelf tot het voorstel tot afschaffen van de wettelijke verplichting voor de landelijke brancheorganisaties (koepels) om raamovereenkomsten te sluiten. Deze landelijke overeenkomsten – de uitkomsten van overleg – zullen dan ook met voorliggend wetsvoorstel worden afgeschaft.

Wat betreft het dbc-beleid het volgende. De wijze waarop de intramurale curatieve zorg op dit moment bekostigd wordt, bevordert de vraaggerichtheid van de zorg en een doelmatige zorgverlening niet. De huidige bekostigingssystematiek voor ziekenhuizen, de zogenaamde functiegerichte budgettering (fb), komt voort uit een aanbodgestuurd systeem dat gericht was op kostenbeheersing en waarin ziekenhuizen moesten zien uit te komen met hun budget. De relatie tussen de normbedragen in de fb en de werkelijke kosten is betrekkelijk grofmazig en ook de wijze waarop de in het ziekenhuis werkzame vrijgevestigde medisch specialisten worden bekostigd (lump sum financiering) voldoet niet meer. Het systeem geeft geen optimale prikkels voor (extra) productie. Dit is een van de oorzaken van het ontstaan van wachtlijsten. Daarnaast is de fb niet transparant. Voor het ziekenfonds vormt dit een belemmering bij de zorginkoop. Immers, hoe kan een ziekenfonds zo goed mogelijk zorg inkopen als het de diensten van verschillende ziekenhuizen niet met elkaar kan vergelijken? En hoe weet het ziekenfonds of het bij een bepaald ziekenhuis waar voor zijn geld krijgt?

Kortom, de fb-systematiek belemmert de vraagsturing op de ziekenhuismarkt. Sinds 2000 wordt daarom gewerkt aan een nieuwe financieringsstructuur, en wel een systematiek waarbij ziekenhuizen uiteindelijk vrijelijk met individuele zorgverzekeraars contracteren over aantallen en prijs van door hen te leveren «diagnose behandeling combinaties» (dbc's) en waarbij voor iedere geleverde dbc de daarvoor overeengekomen prijs wordt gedeclareerd.

Ook de in het ziekenhuis werkzame medisch specialisten zullen via de geleverde dbc's betaald worden. Met het oog op de onderlinge vergelijkbaarheid van de diensten van ziekenhuizen, zal op grond van de Wtg worden geregeld dat ziekenhuizen (en revalidatieinstellingen, dialysecentra en

zelfstandige behandelcentra of «zbc's», waarvoor de dbc-systematiek ook zal gaan gelden) geen andere prestaties dan op een landelijke, uniforme lijst voorkomende dbc's in rekening mogen brengen. Zodra dat mogelijk en verantwoord is zullen de dbc's niet meer bij of krachtens de Wtg worden getarifeerd, zodat ieder ziekenhuis met ieder ziekenfonds (en, indien de particuliere verzekeraar hiervoor kiest, iedere particuliere verzekeraar) een prijs voor iedere door hem te leveren dbc (of groep van dbc's) kan afspreken. De wijziging van de Wtg waarmee het voorgaande mogelijk wordt gemaakt, zal zo snel mogelijk bij het parlement worden ingediend.

De dbc's zullen de transparantie en de vraagsturing aanzienlijk bevorderen. Echter, de vraagsturing is niet optimaal zolang de ziekenfondsen nog collectief met de ziekenhuizen onderhandelen. De in de Zfw opgenomen omgekeerde contracteerplicht leidt tot dergelijke collectieve onderhandelingen. De (omgekeerde) contracteerplicht zal dan ook dienen te vervallen voor die Zfw-instellingen, die met dbc's zullen gaan werken. Het vervallen van de omgekeerde contracteerplicht heeft tot gevolg dat verzekeraars niet meer kunnen aansluiten bij de onderhandelingsresultaten van een dominante regionale verzekeraar en biedt ziekenhuizen de mogelijkheid om verschillende afspraken te maken met verschillende verzekeraars. Het voorliggende wetsvoorstel voorziet daarin. Indachtig het advies van de Raad van State worden de contracteerplicht en de omgekeerde contracteerplicht niet integraal met ingang van 1 januari 2004 afgeschaft, maar wordt slechts de mogelijkheid opgenomen om de (omgekeerde) contracteerplicht Zfw af te schaffen, en wel voor bij of krachtens amvb aan te wijzen categorieën van instellingen of vormen van zorg (overigens is de contracteerplicht ten aanzien van beroeps-beoefenaren al met ingang van 1 januari 1992 afgeschaft). Afschaffing van de contracteerplicht ten aanzien van instellingen voor bij amvb te bepalen vormen van zorg is niet nieuw. Via het Besluit erkenning categorieën van instellingen Ziekenfondswet zijn ziekenfondsen reeds van hun contracteerplicht ten aanzien van vele soorten instellingen vrijgesteld, echter niet t.a.v. ziekenhuizen, revalidatie-instellingen en dialysecentra. Wel zijn nieuw de mogelijkheid ook instellingen vrij te stellen van hun omgekeerde contracteerplicht jegens ziekenfondsen, alsmede de mogelijkheid om bij of krachtens amvb vormen van zorg aan te wijzen waarvoor de (omgekeerde) contracteerplicht niet geldt. Op grond van deze laatste mogelijkheid, kunnen specifieke (groepen van) dbc's aangewezen worden, waarvoor de (omgekeerde) contracteerplicht niet langer geldt.

Het algemeen deel van de toelichting is onder 3b «het opheffen van de contracteerplicht» aangevuld met passages over het dbc-beleid.

2. De functie van het overeenkomstenstelsel binnen het bestaande zorgstelsel maakt dat wijziging in het eerste tot gevolg heeft dat de mogelijkheid van de overheid om in Nederland een kwalitatief goed stelsel van gezondheidszorg met voldoende regionale spreiding in stand te houden, beperkt wordt. Dat overeenkomstenstelsel op basis van contracteerplicht biedt de overheid een instrument om invloed uit te oefenen op het verschaffen van zorg en vormt tevens de basis voor de financiering en daarmee de instandhouding van de instellingen. Door de contracteerplicht los te laten wordt de koppeling tussen de bouw en exploitatie van zorginstellingen enerzijds en het stelsel van zorgverzekeringen anderzijds doorbroken en zullen de instellingen afhankelijk worden van de vraag van de zorgverzekeraars. Dit heeft ook consequenties voor de patiënten omdat zij zich slechts tot die instellingen kunnen wenden waarmee hun zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten. De Raad betwijfelt of zodoende adequate instrumenten beschikbaar blijven voor het instandhouden van een kwalitatief goed stelsel van gezondheidszorg met voldoende regionale spreiding.

De doeltreffendheid van de regeling van het zorgaanbod kan met het voorgestelde vraaggestuurde overeenkomstenstelsel eveneens in het gedrang komen. Beheersing van de capaciteit kan een beperking van de instellings- en vestigingsvrijheid voor zorginstellingen nodig maken. Maar als de uvo's en de contracteerplicht vervallen en de zorgverzekeraars vrij zijn om al dan niet overeenkomsten met een bepaalde instelling te sluiten, is er geen instrument meer voor de aanwending van die zorgvuldig beheerde capaciteit, maar lijkt er

ook geen rechtvaardiging meer te zijn voor het stellen van beperkingen aan de instellings- en vestigingsvrijheid.

Verder kan de continuïteit van het zorgaanbod in gevaar komen doordat het risicoprofiel van de zorginstellingen als gevolg van het voorgestelde stelsel wordt verhoogd. Daarom kan niet worden uitgesloten dat banken en andere financiële instellingen zich in de toekomst behoedzamer zullen gaan opstellen bij het verstrekken van geldleningen. Ook zullen de zorginstellingen een vermogen en reserves moeten kunnen opbouwen en voorzieningen moeten treffen om bedrijfsrisico's op te vangen, alsook een bedrijfsconforme afschrijvingsmethode dienen te hanteren waarbij veelal met kortere afschrijvingstermijnen wordt gewerkt dan bij het vigerende systeem. Dit kan makkelijk leiden tot hogere kosten voor de instellingen, bij doorberekening daarvan tot een hogere prijs per behandeling en daarmee tot hogere totale kosten van de gezondheidszorg. Dit zal consequenties hebben voor de premies van de ziektekostenverzekeringen.

Als gevolg van verschillende uitgangsposities van de instellingen met betrekking tot de kostentoedeling aan de behandeling, kunnen ook verschillen in behandelingsprijs ontstaan. Onder invloed daarvan kan het voor instellingen aantrekkelijk zijn om zich te beperken tot die behandelingen waarmee een goede rendementsquote per verrichting kan worden bereikt.

Om genoemde redenen meent de Raad dat door het loslaten van het overeenkomstenstelsel met contracteerplicht, de garanties en noodzakelijke voorwaarden voor het in Nederland instandhouden van een kwalitatief goed stelsel van gezondheidszorg met voldoende regionale spreiding afnemen, zo niet verdwijnen. Tegelijkertijd blijft de overheid daarop wel aanspreekbaar. Het voornaamste instrument dat overblijft is het financiële, maar de mogelijkheden die na de wijziging resteren om dat instrument te hanteren zijn zeer beperkt. In de toelichting wordt hieraan thans geen aandacht besteed. De Raad is van oordeel dat hieraan alsnog aandacht dient te worden geschonken.

2. Uit het voorgaande kan worden afgeleid, dat ik het, anders dan de Raad, geen bezwaar acht dat de dbc-instellingen afhankelijk worden van de vraag van de zorgverzekeraars, die op hun beurt weer de vraag van hun verzekerden in hun inkoopbeleid tot uiting dienen te brengen. Integendeel, de hele omslag van aanbod- naar vraagsturing is hier nu juist op gericht. Instellingen die de beste zorg leveren, dienen ook de grootste contracten in de wacht te kunnen slepen. De omschakeling naar prestatiebekostiging leidt zeker tot financiële risico's voor zorgaanbieders, maar evenzeer tot de uitdaging om meer, beter en efficiënter te produceren.

Overigens wijs ik er op dat het pas zin heeft om van de mogelijkheid van het opheffen van de (omgekeerde) contracteerplicht gebruik te maken wanneer er op grond van de Wtg voldoende ruimte is gecreëerd om over (dbc-)prijzen te onderhandelen. Dit wordt gefaciliteerd door de hiervoor genoemde wijziging van de WTG.

Terecht merkt de Raad op dat er een spanning bestaat tussen het afschaffen van de (omgekeerde) contracteerplicht en capaciteitsplanning. Het opleggen van een maximumcapaciteit verhoudt zich inderdaad niet met het beginsel van vraagsturing zoals dat via de dbc-systematiek wordt ingevoerd. Zoals bij punt 1 aan de orde kwam, wordt de omvang waarvoor ziekenhuizen Zfw-zorg kunnen verlenen op dit moment echter al niet voelbaar gemaximeerd (er is wel nog een maximumcapaciteit voor bedden, aan welk maximum de instellingen in de praktijk echter niet geraken). Minimumcapaciteitsregels kunnen, bijvoorbeeld met het oog op het kunnen verlenen van acute zorg, of met het oog op een verantwoordde kwaliteit van de zorg, nog wel nodig zijn. In dit verband wijs ik op het wetsvoorstel Wez, waarmee ook expliciet de nodige flexibiliteit in de planningsregelgeving kan worden ingevoerd.

De Raad vreest voor een onvoldoende zorgaanbod, dan wel een onvoldoende gespreid zorgaanbod. Wat dit betreft merk ik op dat de zorgplicht van de ziekenfondsen hen verplicht om hun verzekerden die zorg te (laten) leveren, die zij nodig hebben. Overigens verwacht ik dat de overgang op de dbc-systematiek tot een hoger zorgaanbod zal leiden. Onder punt 4 ga ik daar nader op in. De mogelijkheid van een weinig gespreid aanbod van een bepaalde dbc is daarmee niet uitgesloten, omdat de zorgverzekeraar natuurlijk kan besluiten die dbc slechts bij een beperkt aantal dbc-instellingen af te nemen. Echter, een ziekenfonds dat een te beperkte hoeveelheid instellingen

contracteert, zal ondervinden dat zijn verzekerden wegens een klant-onvriendelijke uitvoering bij hem weggaan, tenzij hij hierdoor zijn nominale premie dusdanig kan verlagen, dat hij op die grond een voor de verzekerden aantrekkelijk ziekenfonds blijft.

Ten slotte merk ik op, dat het in een vraaggericht stelsel de ziekenfondsen zijn – en dus niet de centrale overheid – die dienen te zorgen voor de beschikbaarheid van voldoende en kwalitatief goede zorg en daar aanspreekbaar op zijn.

Op de opmerkingen van de Raad over het aspect van de kapitaallasten ga ik onder punt 5 in.

3. Het voorgestelde vraaggestuurde overeenkomstenstelsel houdt geen rekening met de verschillende bijzondere functies van zorginstellingen. De aantrekkelijkheid van het kunnen oprichten van bijzondere behandelcentra wordt veroorzaakt door de mogelijkheid dat deze centra zich kunnen beperken tot bepaalde, meer lucratieve behandelingen, waardoor zij in een bevoorrechte positie verkeren. Zij worden daarbij niet geconfronteerd met de uiteenlopende vaak zeer dure investeringen die in een algemeen ziekenhuis moeten worden gedaan ten behoeve van soms zeer intensieve en langdurige behandelingen, waarvoor de gehanteerde tarieven niet toereikend zijn. Een behandelcentrum wordt evenmin geconfronteerd met de extra – niet te verhalen – kosten als gevolg van de zogenaamde verkeerde beddenproblematiek. Ook moet de positie onder ogen worden gezien van instellingen met een opleidingsfunctie of met een specifieke onderzoeksfunctie, waarbij niet alleen aan academische ziekenhuizen moet worden gedacht. Beide vergen extra investeringen en hebben daardoor een prijsverhogend effect. Instellingen die opleidingen of onderzoek verzorgen komen daardoor in een nadelige concurrentiepositie te verkeren ten opzichte van instellingen die dat niet doen en kunnen daardoor in de problemen komen. Om tot een voldoende aanbod van medici/medisch specialisten te kunnen komen, is het hebben van goede opleidingsmogelijkheden een noodzakelijke voorwaarde waarmee terdege rekening zal moeten worden gehouden. Naar de mening van de Raad dient aan deze punten aandacht te worden besteed.

3. Terecht merkt de Raad van State op, dat ziekenhuizen een aantal functies dienen te vervullen die hen tot duurder zorgaanbieders maken dan zbc's. De Raad wijst in dit verband allereerst op uiteenlopende, vaak zeer dure investeringen die in een algemeen ziekenhuis moeten worden gedaan ten behoeve van soms zeer intensieve en langdurige behandelingen, en waarvoor de tarieven niet toereikend zijn. In reactie hierop merk ik op dat ook topklinische zorg in dbc's zal worden belegd. Zbc's leveren dergelijke zorg niet. Derhalve zullen zbc's ten aanzien van topklinische zorg nimmer in een gunstige concurrentiepositie verkeren. Het is dus niet zo, dat het ziekenhuis zich genoopt zal zien meerkosten voor topklinische zorg te verdisconteren in de prijs van dbc's die ook een zbc kan leveren en daardoor voor die dbc's in een negatieve concurrentiepositie ten opzichte van zbc's komt te verkeren. Voor zover de Raad refereert aan de zogenoemde «topreferente zorg», die op verwijzing van een ander ziekenhuis door een academisch ziekenhuis wordt gegeven, geldt het volgende. Het is bijvoorbeeld mogelijk om de meerkosten van de topreferente zorg te dekken door de academische component die dan geen deel uitmaakt van de kostenstructuur van de dbc,s. Noch de meerkosten voortopklinische zorg, noch die van topreferente zorg zullen het ziekenhuis dan dus in een nadelige concurrentiepositie ten opzichte van zbc's plaatsen. De opleidings- en onderzoeksfuncties van ziekenhuizen (buiten na- en bijscholingscursussen) zouden eventueel buiten de dbc-systematiek om gefinancierd kunnen worden.

4. De werking van een open stelsel, zoals wordt voorgesteld, staat of valt met de goede werking van de markt. Of daaraan wordt voldaan moet echter worden betwijfeld, daargelaten de vraag of de gezondheidszorg als een markt kan worden gezien en of marktwerking doelmatig zal zijn met een gering aantal spelers in die markt. Een markt kan sturend werken met betrekking tot vraag en aanbod indien en zolang het aanbod zich kan aanpassen aan de vraag of zolang aanvaard wordt

dat een deel van de vraag uit de markt wordt geprijsd. Aan beide voorwaarden wordt zonder verdere aanpassing van het zorgstelsel niet voldaan. Daardoor leidt het voorgestelde stelsel makkelijk tot hogere prijzen voor eenzelfde aanbod.

Er is thans schaarste in het aanbod, te weten gebrek aan personeel en infrastructurele voorzieningen. Marktwerking alleen is niet voldoende om die weg te nemen. Daartoe zijn structurele inspanningen nodig om de bestaande knelpunten weg te nemen. De mogelijkheden voor verzekeraars om overeenkomsten te sluiten met buitenlandse instellingen zal naar verwachting de aanbodschaarste niet structureel op kunnen heffen. Daarom zullen met alle instellingen in de regio waar de verzekeraar actief is overeenkomsten worden gesloten, al was het maar om de verzekerden behandeling of plaats in de regio te kunnen aanbieden. Zo nodig zullen hogere prijzen worden geboden om de aanbodschaarste te omzeilen.

Het veelal verplichte karakter van de verzekeringen draagt evenmin bij aan marktwerking. Hoewel (sommige) verzekerden de mogelijkheid hebben om over te stappen naar een andere verzekeraar indien het verzekeringspakket als gevolg van de afgesloten overeenkomsten in hun ogen niet bevredigend is, is het de vraag of er reële alternatieven zijn die tot een wezenlijk ander aanbod leiden. Niet de samenstelling van het pakket maar de keuze van de verzekeraar met betrekking tot de toegang tot de zorg, zal in de meeste gevallen aanleiding zijn om over te stappen. Met verschillen op dat punt wordt een patiënt/ gebruiker doorgaans eerst geconfronteerd als hij op die zorg is aangewezen. Dat is niet het juiste moment om van verzekeraar te veranderen. De veronderstelling – die uit de toelichting spreekt – dat een patiënt (snel) van zorgverzekeraar zal/kan veranderen, lijkt dan ook minder juist.

Ook de context waarin de overeenkomsten met instellingen worden gesloten stelt beperkingen aan de marktwerking. Beide partijen (verzekeraars en zorginstellingen) worden grotendeels publiek gefinancierd: de ziektekostenverzekeraars via het premiestelsel van de Zfw en de AWBZ, de zorginstellingen worden gefinancierd binnen het kader van de Wet exploitatie zorginstellingen (WEZ) en op basis van het met de ziektekostenverzekeraars overeengekomen budget of af te sluiten overeenkomsten. De prijsstelling in de relatie verzekeraar-zorginstelling heeft dan ook in hoge mate een kunstmatig karakter. Dat zal zich in het bijzonder in de relatie tot de buitenlandse verzekeraars en zorginstellingen doen gevoelen, gegeven het feit dat die onder andere voorwaarden concurreren als gevolg van verschillen in financieringswijzen. In de toelichting (paragraaf 2.1) wordt gesteld dat de vraagkant, vertegenwoordigd door verzekerden en patiënten en – uit hun naam – de zorgverzekeraars, zal worden versterkt. De verzekeraars worden volgens de toelichting gestimuleerd door een normatief budgetsysteem en de keuzevrijheid van de verzekerden (acceptatieplicht), die ertoe zal leiden dat de verzekeraar bij de onderhandelingen met zorgaanbieders de wensen van de verzekerden ter harte zal nemen. De goede werking van deze twee factoren is essentieel voor de werking van het beoogde stelsel. In de toelichting wordt evenwel niet uitgewerkt op grond waarvan de redelijke verwachting bestaat dat deze twee factoren voldoende effect zullen hebben voor het te bereiken doel.

Uit de mededeling in de toelichting dat er voor de behandelingen door het College tarieven gezondheidszorg vast te stellen maximumtarieven zullen blijven worden gehanteerd¹, lijkt evenwel te kunnen worden afgeleid dat van marktwerking niet al te veel moet worden verwacht.² Bij een adequaat functionerende markt liggen vaste maximumtarieven immers niet direct in de rede, temeer waar uit de ervaringen sinds 1992 blijkt dat het maximumtarief eerder het standaardtarief zal worden.

Tot slot wijst de Raad op de kapitaallastenproblematiek voor zorginstellingen in relatie tot zorginstellingen in het buitenland, waar de kapitaallasten niet, althans niet in alle gevallen worden doorberekend. Vergelijking van de prijs per behandeling tussen binnen- en buitenlandse instellingen kan daardoor in het nadeel van binnenlandse instellingen uitvallen. Voor een grensoverschrijdende markt is een «level playing field» noodzakelijk, dat thans niet verzekerd is. De Raad concludeert dat een open overeenkomstenstelsel als thans voorgesteld, pas kan werken indien te verwachten is dat aan de voorwaarden die nodig zijn voor een adequaat functionerende markt door de andere wijzigingen in het zorgstelsel wordt voldaan.

¹ Toelichting bij de artikelen 11 Zfw en 12 AWBZ.

² Paragraaf 2.2 van de toelichting.

4. Als ik het goed begrijp, betwijfelt de Raad of het afschaffen van de (omgekeerde) contracteerplicht wel tot de beoogde marktwerking zal leiden. Ten eerste zal de aanbodschaarste volgens de Raad tot een opwaartse druk op de prijzen leiden, ten tweede lijkt de Raad te betwijfelen of het ziekenfonds wel voldoende belang bij een goede zorginkoop heeft, en ten derde vraagt de Raad zich af of marktwerking bij het blijven hanteren van (maximum)tarieven wel tot stand kan komen.

Het derde bezwaar van de Raad laat zich het gemakkelijkst weerleggen. Zoals in het voorgaande reeds uiteen is gezet, zal immers voorafgaande aan of uiterlijk tegelijk met het afschaffen van de (omgekeerde) contracteerplicht voldoende ruimte voor het daadwerkelijk onderhandelen over prijzen worden ingevoerd.

De opmerking van de Raad, dat aanbodschaarste tot hogere prijzen zal leiden, is in zijn algemeenheid juist. Echter, ik verwacht dat de overgang op de dbc-systematiek, waarbij per geleverde dbc een met het ziekenfonds overeengekomen prijs wordt gedeclareerd, tot een hogere productie van ziekenhuis en specialist en derhalve tot meer aanbod zal leiden. Niet alleen omdat met het ziekenfonds in theorie hogere prijzen kunnen worden afgesproken dan de huidige Wtg-tarieven waardoor het aanbieden van dbc-zorg in principe aantrekkelijker wordt, maar vooral ook omdat in de toekomst voor iedere geleverde dbc de overeengekomen prijs kan worden gedeclareerd. De concurrentie tussen dbc-instellingen heeft overigens in beginsel een mitigerende werking op de prijzen en betrokken partijen gaan er dan ook van uit dat de overgang op de dbc-systematiek op zich geen hogere zorgkosten met zich brengt. Extra productie gaat dus, meer dan nu het geval is, lonen. Het is niet uitgesloten dat met name in de eerste jaren van de dbc-systematiek een kostenverhoging plaatsvindt omdat meer mensen geholpen zullen worden, die anders op de wachtlijst zouden hebben gestaan (inhaaleffect). Lange wachttijden zijn echter in strijd met het verzekeringskarakter van de Zfw. Het verzekeringskarakter geeft een verzekerde een direct opeisbaar recht op de verzekerde zorg waarop hij volgens zijn artsen is aangewezen.

Anders dan de Raad twijfel ik niet aan het belang van het ziekenfonds bij een goede zorginkoop. Ziekenfondsen zijn voor hun voortbestaan afhankelijk van de klandizie – in de vorm van inschrijvingen – van verzekerden. Verzekerden mogen eenmaal per jaar van ziekenfonds wisselen, en ieder ziekenfonds dient hun inschrijving te accepteren (acceptatieplicht). Ziekenfondsen die onvoldoende of onvoldoende gespreide zorg inkopen, zullen hun verzekerden verliezen. Hetzelfde geldt voor ziekenfondsen die wel voldoende en voldoende gespreide zorg inkopen, maar daar te veel voor betalen. Hoge inkoopkosten zullen immers, nu ziekenfondsen voor een groot deel van de kosten van medischspecialistische hulp risicodragend zijn geworden, tot uitdrukking komen in de van de verzekerden te vragen nominale premie. Vinden de verzekerden het door het ziekenfonds gebodene niet in verhouding met de hoogte van de nominale premie, dan zullen ze naar een ander ziekenfonds op zoek gaan.

Door middel van bevordering van meer transparantie wordt beoogd de verzekerde meer inzicht te geven in de prestaties van hun ziekenfonds ten opzichte van andere ziekenfondsen, opdat hij bewuster kan gaan kiezen. Ook kan verwacht worden dat ziekenfondsen, die steeds meer om de gunsten van hun klanten moeten concurreren, hier in hun marketingbeleid aandacht aan besteden. Op termijn zou derhalve het door de Raad gesignaleerde probleem, dat een verzekerde er pas achter komt dat zijn ziekenfonds minder goed presteert op het moment dat hij op zorg is aangewezen (op welk moment hij vaak niet van ziekenfonds zal kunnen wisselen) tot het verleden moeten gaan behoren.

5. Mede om redenen die in het voorgaande aan de orde zijn gekomen kan tot een wijziging als voorgesteld pas worden besloten in het kader van de beslissingen over de andere noodzakelijke wijzigingen van het zorgstelsel. Uit de toelichting op de voorstellen blijkt dat ook de in verband met de voorgestelde maatregelen noodzakelijke informatie nog niet beschikbaar is.

In paragraaf 3, onderdeel b, van de toelichting wordt vermeld dat de opheffing van de contracteerplicht een maatregel is die het (financiële) risicoprofiel van instellingen vergroot. Daarbij wordt aangegeven dat voordat feitelijk tot het afschaffen van de contracteerplicht in de Zfw wordt overgegaan, de financiële gevolgen daarvan duidelijk zullen zijn omdat het onderzoek met betrekking

daartoe vóór 1 januari 2004 zal zijn afgerond.¹ Juist vanwege de verstrekkende gevolgen ligt het voor de hand om dit onderzoek eerst af te ronden en de resultaten daarvan bij de voorbereiding van dit wetsvoorstel te betrekken. Zo is met betrekking tot de kapitaallasten van de instellingen, die onder het vigerende systeem niet zijn verwerkt in de tarieven, nog niet in voldoende mate duidelijk hoe deze binnen het stelsel moeten worden vergoed. Nergens blijkt welke consequenties dit zal hebben voor de tarieven van een instelling alsook voor de totale kosten van de gezondheidszorg en daarmee op de premies.

In de toelichting wordt geen aandacht besteed aan de instelling van de stuurgroep en de projectorganisatie DBC 2003, onder voorzitterschap van prof. dr. L. Koopmans, met als doel om per 1 januari 2003 een gelijkgericht bekostigingssysteem voor de financiering van ziekenhuizen en honorering van medisch specialisten ingevoerd te krijgen. Het diagnosebehandelcombinatiestelsel (DBC) beoogt het realiseren van een contractenstelsel tussen zorgverzekeraar en het ziekenhuis als geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. Naar de mening van de Raad dient in elk geval te worden ingegaan op de verhouding van het DBC tot het voorgestelde systeem althans waar het de ziekenhuizen en medisch specialisten betreft.

De Raad is van oordeel dat het voorstel niet eerder moet worden ingediend dan nadat genoemde studie en rapport zijn afgerond en de aanbevelingen op grond daarvan beschikbaar zijn.

5. De Raad merkt op dat het aspect van de kapitaallasten moet zijn opgelost voordat de (omgekeerde) contracteerplicht Zfw wordt afgeschaft. Daarover kan het volgende worden opgemerkt. 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.

Kern van de zaak is dat met het afschaffen van de (omgekeerde) contracteerplicht de onzekerheden respectievelijk het bedrijfsrisico voor de instellingen in aanleg toenemen. Waar de Raad evenwel aan voorbijgaat is dat het vooral de omschakeling naar prestatiebekostiging is, die leidt tot financiële risico's. 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. Prestatiebekostiging brengt noodzakelijkerwijze exploitatierisico's met zich. De keerzijde is dat prestatiebekostiging uitdaagt tot meer, beter en efficiënter presteren.

Dat een zorginstelling moet kunnen omgaan met onzekerheden is natuurlijk niet nieuw. Het gaat stellig 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 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 instellingen beperkter zijn naarmate het aanbod schaarser is.

¹ Paragraaf 3, onderdeel b, van de toelichting.

In het voorgaande is aangegeven dat vooralsnog slechts overwogen wordt de (omgekeerde) contracteerplicht voor (alle of bepaalde groepen van) dbc's af te schaffen. In het hiernavolgende wordt daarom nader op de kapitaallasten van dbc-instellingen ingegaan.

Ziekenhuizen, revalidatie-instellingen en dialysecentra zijn op dit moment verzekerd van volledige vergoeding van hun kapitaallasten. Dit geldt niet voor de zbc's. Op zbc's is de fb noch de contracteerplicht van toepassing. Een deel van de dbc's zal zowel door ziekenhuizen als door zbc's kunnen worden geleverd. Om een gelijk speelveld te creëren, is het van belang dat de ziekenhuizen uiteindelijk net zoals de zbc's, hun kapitaallasten in hun dbc-prijs tot uitdrukking gaan brengen. Dit heeft, naast het creëren van een gelijke uitgangspositie tussen zorgaanbieders, de volgende voordelen:

- ziekenfondsen kunnen een dbc integraal beoordelen en vergelijken met alternatieven;
- financiële drempels voor nieuwe toetreders worden verlaagd;
- de dynamiek in het zorgaanbod wordt verhoogd;
- de extramuralisering van de zorg wordt bevorderd.

Thans zijn de voorbereidingen gaande voor invoering van de dbc-systematiek per 1-1-2004.

De Stuurgroep DBC's 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. Voor de specialisten heeft de stuurgroep voorgesteld te starten met alle dbc's tegelijk, met vrije prijsvorming en zonder vangnet. Voorts wordt voorgesteld om niet met normtijden te werken, maar met referentietijden. Uitgangspunt van de stuurgroep is dat reeds in 2004 reële prijsvorming mogelijk is. In september 2003 zal definitieve besluitvorming door het kabinet plaatsvinden over de te zetten stappen per 1-1-2004. 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. Een 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 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 (omgekeerde) contracteerplicht zal niet eerder integraal worden afgeschaft. De Raad van State zal bij die gelegenheid de voorgestelde wijze van financiering van de kapitaallasten van instellingen opnieuw kunnen beoordelen.

Ten slotte een reactie op de opmerking van de Raad van State in punt 4 van zijn advies, inhoudende dat contractering van buitenlandse instellingen wel eens interessanter zou kunnen zijn dan contractering van in Nederland zorg verlenende instellingen, nu buitenlandse instellingen hun kapitaallasten niet altijd hoeven door te rekenen.

Relativering is hier geboden. De omvang van grensoverschrijdende zorg is momenteel zeer beperkt. Door taalbarrières en het gegeven dat patiënten liever dicht bij huis worden geholpen is te verwachten dat hier maar weinig verandering in zal komen, zeker als het gaat om ziekenhuiszorg.

Europeesrechtelijke aspecten

6. Het wetsvoorstel heeft mede als achtergrond dat het Nederlandse stelsel wordt aangepast naar aanleiding van jurisprudentie van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen (HvJ EG) met betrekking tot belemmeringen van het vrije verkeer met het oog op het handhaven van het nationale stelsel inzake volksgezondheid (geneeskundige voorzieningen). Verwezen wordt naar de arresten Decker¹, Kohl² en, in de artikelsgewijze toelichting, Smits-Peerbooms.³ In laatstgenoemd arrest is bepaald dat het de lidstaten is toegestaan maatregelen te treffen om een gebalanceerd, toegankelijk en financieel evenwichtig stelsel van gezondheidszorg in een lidstaat te verzekeren. Uit dat oogpunt kan een toestemmingsvereiste voor het ontvangen van behandelingen in het buitenland gerechtvaardigd zijn. De desbetreffende maatregelen dienen evenwel proportioneel te zijn. Enkele van de elementen die daarbij van belang zijn, zijn dat erkenning van buitenlandse behandelmethoden dient plaats te vinden indien deze erkend zijn door de internationale medische wetenschap en dat het weigeren in verband met medische noodzaak alleen is toegestaan indien er binnenslands voldoende capaciteit is (zie het arrest Smits-Peerbooms, r.o. 108).

Zoals eerder opgemerkt heeft de overheid op grond van het wetsvoorstel geen mogelijkheden meer om in het kader van het overeenkomstenstelsel met het oog op het publieke belang van de volksgezondheid, maatregelen te treffen als hiervoor bedoeld. Op andere terreinen (bijvoorbeeld de toelating van zorginstellingen in Nederland in het stelsel van de WEZ) blijft dat wel het geval, zij het dat daarbij de vraag werd gesteld in hoeverre dit te rechtvaardigen valt. Het waarborgen van de continuïteit van de zorg op basis van overeenkomsten tussen verzekeraars en zorginstellingen komt in handen te liggen van de contractspartijen waarbij de rol van de verzekeraars cruciaal is. Indien de verzekerde zich bij een andere binnen- of buitenlandse instelling wil laten behandelen dient de verzekeraar, om recht op aanspraken te houden, daarvoor toestemming te verlenen. Indien het gaat om een instelling in een niet-EU/EER-land waarmee ook geen sociaal-zekerheidsverdrag is gesloten, voorziet een op te stellen ministeriële regeling in nadere voorschriften. Tot slot merkt de Raad op dat het éézijdig openstellen van de markt voor grensoverschrijdende concurrentie en het niet meer beschikken over instrumenten om een adequaat functionerend stelsel van gezondheidszorg te handhaven, tot gevolg heeft dat Nederland volledig afhankelijk wordt van de totstandkoming van harmonisatiemaatregelen op Europees niveau. Raad adviseert om het onderhavige wetsvoorstel in het licht van het voorgaande opnieuw te bezien.

Europeesrechtelijke aspecten

6. Op grond van de artikelen 9 Zfw en 10 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) wendt een verzekerde die zijn aanspraak op zorg tot gelding wil brengen zich tot een door zijn zorgverzekeraar gecontracteerde zorgverlener. De zorgverzekeraar kan echter toestemming geven om zorg te betrekken van een niet-gecontracteerde zorgaanbieder in of buiten Nederland. Voor zover het om een zorgaanbieder in een andere lidstaat van de Europese Unie (EU) gaat, vormt het toestemmingsvereiste een belemmering van het vrij verkeer van ziekenhuisdiensten, aldus het Europese Hof van Justitie (HvJ) in zijn arrest van 12 juli 2001, C-157/99 (Smits/Peerbooms). Deze belemmering kan echter objectief worden gerechtvaardigd indien er dwingende redenen van algemeen belang voor kunnen worden aangewezen en bovendien het vereiste van toestemming en de daaraan verbonden voorwaarden op grond van die dwingende redenen kunnen worden gerechtvaardigd. Het Hof achtte in het

¹ Zaak C-158/96, Decker, Jurisprudentie 1998, bladzijde I-1831.

² Zaak C-158/96, Kohl, Jurisprudentie 1998, bladzijde I-1931.

³ Zaak C-157/99, Smits-Peerbooms, Jurisprudentie 2001, bladzijde I-5473.

arrest Smits/Peerbooms een rechtvaardiging van het toestemmingsstelsel aanwezig. Het Hof herinnerde er aan, dat het risico van een ernstige aantasting van het financiële evenwicht van het socialezekerheidsstelsel enerzijds en het behoud van een evenwichtige en voor een ieder toegankelijke verzorging door artsen en ziekenhuizen voor zover zij bijdraagt tot de verwezenlijking van een hoog niveau van gezondheidsbescherming anderzijds, dwingende redenen vormen die een belemmering van het vrij verrichten van diensten kunnen rechtvaardigen. De toepassing van een regeling van voorafgaande toestemming voor ziekenhuiszorg door een niet-gecontracteerd ziekenhuis, maakt het in het stelsel van de Zfw met het oog op de planning van de zorg volgens het Hof mogelijk om op het nationale grondgebied een toereikende en permanente toegang tot een evenwichtig aanbod van kwaliteitszorg te bieden en ervoor te zorgen, dat de kosten worden beheerst en iedere verspilling van financiële en technische middelen en personeel wordt vermeden. De Raad van State stelt in wezen, dat het hebben van toestemming voor het betrekken van zorg van niet-gecontracteerde zorgaanbieders in een andere lidstaat van de EU na inwerkingtreding van voorliggend wetsvoorstel niet meer geëist kan worden. Zoals ook in de punten 1 tot en met 5 van het advies van de Raad is aangegeven, vreest de Raad immers dat afschaffing van de (omgekeerde) contracteerplicht tot een onvoldoende toegankelijk en bovendien financieel onevenwichtig stelsel zal leiden, zodat het doel van een gebalanceerd, toegankelijk en financieel evenwichtig stelsel niet meer voor de rechtvaardiging voor de toestemmingseis zou kunnen worden gebruikt.

Uit mijn reactie op de punten 1 tot en met 5 van het advies van de Raad moge blijken dat ik zijn vrees niet deel. Het werken met contracten (natura-verzekering) blijft een van de kernelementen van de Zfw-verzekering. Het vervallen van de plicht om desgevraagd met de wederpartij te contracteren doet daar niets aan af. Door op dbc's te contracteren zal niet alleen een financieel beheersbaar en voldoende toegankelijk aanbod blijven bestaan, maar zal dat aanbod naar verwachting groter en bovendien meer vraaggericht worden. Juist indien de eis van toestemming voor het betrekken van zorg van niet-gecontracteerde aanbieders zou vervallen, zou onbeheersbaarheid dreigen. Overigens heeft het Hof van Justitie op 13 mei 2003 in zijn arrest C-385/99 (Müller-Fauré/Van Riet) het eisen van toestemming voor het betrekken van extramurale Zfw-zorg van niet-gecontracteerde zorgaanbieders in de andere EU-lidstaten, anders dan in het geval intramurale zorg, strijdig met het Europees recht verklaard. Met het oog hierop zijn het voorgestelde artikel 9 Zfw, en artikel 10 AWBZ zo gewijzigd, dat in de daar bedoelde ministeriële regeling de gevallen zullen worden aangewezen waarvoor geen toestemmingsvereiste geldt.

Tot slot merk ik op dat ik ook de stelling van de Raad, dat Nederland ten gevolge van het wetsvoorstel volledig afhankelijk zal worden van de totstandkoming van harmonisatiemaatregelen op Europees niveau, niet kan volgen. Enerzijds niet omdat ik niet zie waarom de mogelijkheid om buitenlandse zorgaanbieders te contracteren (welke mogelijkheid in het wetsvoorstel slechts geëxpliciteerd wordt; zij is er al) hiertoe zou leiden, anderzijds deel ik, zoals duidelijk zal zijn, niet de mening dat de overheid na afschaffing van de contracteerplicht en de omgekeerde contracteerplicht in de Zfw in verband met de dbc's, niet meer zal beschikken over instrumenten om een adequaat functionerend stelsel van gezondheidszorg te handhaven.

7. Verzekeraars kunnen op grond van het voorstel overeenkomsten sluiten met zorginstellingen als bedoeld in de WEZ en met elders in de EU/EER gevestigde aldaar erkende zorginstellingen.

Voor binnen Nederland gevestigde instellingen geldt dat alleen overeenkomsten kunnen worden gesloten met zorginstellingen die zijn erkend in het kader van de WEZ. Het gaat daarbij om zorginstellingen, waarvoor een verbod op winstoogmerk geldt. Nu het overeenkomstenstelsel, zoals hiervoor betoogd niet meer kan worden ingezet om de continuïteit van de Nederlandse zorginstellingen te waarborgen, zijn er in dat opzicht geen redenen om commerciële zorginstellingen (privé-klinieken) uit te sluiten. Dit klemt temeer waar dergelijke commerciële zorginstellingen elders in Europa wel actief mogen zijn en niet kunnen en zullen worden uitgesloten van het gewijzigde overeenkomstenstelsel. De argumenten die traditioneel worden ingeroepen

om commerciële zorginstellingen te weren – publiek belang bij de instandhouding van het Nederlands stelsel voor gezondheidszorg – gaan niet meer op zodra de overheid terugtreedt, het overeenkomstenstelsel niet als vervangend instrument daarvoor kan worden ingezet en tevens de mogelijkheid wordt geopend om met buitenlandse instellingen behandelovereenkomsten af te sluiten dan wel behandelingen daar toe te staan en te bekostigen. Het handhaven van het verbod op winstoogmerk staat naar het oordeel van de Raad dan ook op gespannen voet met de vrijheid van vestiging in de zin van het Verdrag.

7. Ik begrijp dit punt van de Raad zo, dat hij van mening is dat Nederlandse zorginstellingen ten opzichte van in het buitenland zorg verlenende instellingen gediscrimineerd worden, nu in Nederland zorg verlenende instellingen op grond van de Wez geen winstoogmerk zullen mogen hebben, terwijl het buitenland dergelijke eisen niet stelt.

Vanuit het EU-recht bezien, is er geen bezwaar tegen deze eis, aangezien een lidstaat bevoegd is zijn eigen ondernemingen strenger te behandelen dan die van de andere lidstaten.

Ook vanuit nationaal recht bezien is er geen bezwaar. Opname van een winstmarge in de prijzen maakt buitenlandse zorgverleners overigens niet bij voorbaat een aantrekkelijker contractspartner voor de zorgverzekeraars, waardoor niet a priori duidelijk is dat de in Nederland zorg verlenende instellingen in een achterstandspositie komen te verkeren.

Andere aspecten

8. In de toelichting wordt aan de positie van de patiënt/gebruiker van zorg binnen het te wijzigen stelsel nauwelijks aandacht besteed. De zorgverzekeraars zullen overeenkomsten afsluiten met de door de zorgverzekeraars gekozen instellingen. De patiënt zal in die context in principe op die instellingen aangewezen zijn en daarmee zal zijn vraag en keuzevrijheid afhankelijk zijn van de keuze van zijn verzekeraar. Aan de vraag of deze systeemwijziging een inperking betekent van de keuzevrijheid van een patiënt wordt in de toelichting geen aandacht besteed. Dat de verzekeraars een acceptatieplicht hebben maakt dat niet anders. Zoals de Raad reeds eerder opmerkte zal een verzekerde eerst tegen deze inperking van zijn keuzevrijheid aanlopen op het moment dat hij van de zorg gebruik moet maken. Dan biedt de mogelijkheid om van verzekeraar te veranderen voor de patiënt op dat moment geen enkele oplossing.

De toelichting besteedt evenmin aandacht aan de positie van de huisarts in dit stelsel. De relatie tussen huisarts en patiënt is een vertrouwensrelatie. Bij verwijzing naar specialistische hulp mag de patiënt er dan ook op vertrouwen dat de huisarts hem/haar verwijst naar de voor zijn/haar probleem beste behandelaar en instelling. Het voorliggende voorstel kan ertoe leiden dat die verwijzingsmogelijkheid van de huisarts wordt ingeperkt omdat in principe alleen kan worden verwezen naar een instelling/behandelaar waar de verzekeraar van de patiënt een overeenkomst mee heeft. Dat kan tot spanningen leiden tussen huisarts en patiënt bij de verwijzing naar specialistische hulp waardoor die relatie onder druk kan komen te staan.

De Raad adviseert aan de positie van de patiënt en de huisarts binnen het gewijzigde stelsel nader aandacht te besteden.

Andere aspecten

8. De afschaffing van de (omgekeerde) contracteerplicht voor dbc-instellingen kan ertoe leiden dat een bepaald ziekenfonds een bepaalde instelling niet meer contracteert. Dat kan inderdaad een beperking van de keuzevrijheid van de verzekerde met zich brengen. Een verzekerde die zeker wil weten dat een bepaalde instelling, waar hij bij zorgbehoefte naar toe wil, door zijn ziekenfonds is of zal worden gecontracteerd, kan hier bij het ziekenfonds inlichtingen over inwinnen. Hetzelfde geldt voor een verzekerde die meer in het algemeen wil weten of hij bij zorgbehoefte de keuze zal hebben uit voldoende instellingen. Er wordt naar gestreefd om reeds per 1 januari a.s. de uitvoeringsverslagen van de ziekenfondsen, die nuttige informatie bevatten, voor een bredere groep toegankelijk te maken. Daarnaast heb ik subsidie verleend aan de Nederlandse patiënten- en consumenten federatie, de NPCF,

en de Consumentenbond om methodes te ontwikkelen om de transparantie te bevorderen en het beleid van zorgverzekeraars te beïnvloeden. Indien zijn ziekenfonds instellingen waarvan de verzekerde zorg wil betrekken niet heeft gecontracteerd of de verzekerde vindt dat zijn ziekenfonds in het algemeen te weinig keuze tussen zorgaanbieders laat, kan hij naar een ander ziekenfonds overstappen. Het is dus niet zo, dat een verzekerde er pas op het moment dat hij op zorg aangewezen is, achter kan komen dat de instelling van zijn keuze niet gecontracteerd is. Gebeurt dat toch, dan kan in individuele gevallen een ziekenfonds overigens toestemming verlenen tot het betrekken van zorg van een niet door hem gecontracteerde instelling (zie hierboven). Naar aanleiding van de opmerking van de Raad is in het algemene deel van de memorie van toelichting een passage opgenomen waarin op de keuzevrijheid van de patiënt wordt ingegaan.

Huisartsen die willen doorverwijzen naar een medisch specialist, zullen inderdaad rekening moeten houden met de vraag of de instelling waarbinnen die specialist werkzaam is, door het ziekenfonds van zijn patiënt gecontracteerd is. Voor de huisarts leidt dit tot meer werk.

Een mogelijkheid om de huisarts zo min mogelijk te belasten is om die informatie in het huisartseninformatiesysteem (HIS) op te nemen. Een en ander zal inderdaad tot enige spanning tussen de huisarts en zijn ziekenfonds-patiënt kunnen leiden. De huisarts zal zijn patiënt mijns inziens echter duidelijk moeten kunnen maken dat hij de patiënt in beginsel alleen door kan verwijzen naar een specialist van een gecontracteerde instelling – in welk geval de kosten voor het ziekenfonds zijn – of een specialist waar de voorkeur van de patiënt naar uitgaat – in welk geval de kosten voor de patiënt zijn – maar dat het niet mogelijk is de patiënt voor rekening van het ziekenfonds te verwijzen naar een specialist van een niet-gecontracteerde instelling.

Ten slotte merk ik nog op dat de contracteerplicht van ziekenfondsen wat betreft de individuele beroepsbeoefenaren in 1992 is afgeschaft. Het door de Raad gevreesde probleem van te weinig keuze heeft zich toen niet voorgedaan, omdat de daarvoor bestaande overeenkomsten vrijwel allemaal zijn voortgezet. Er is geen reden te veronderstellen dat dit probleem zich nu voor zorginstellingen wél zou voordoen, aangezien er niet direct van overcapaciteit sprake lijkt te zijn.

9. In artikel 1, eerste lid, onderdeel f, Zfw wordt de kring van zorginstellingen waarmee door de verzekeraar een overeenkomst kan worden gesloten, bepaald.

Het betreft onder andere instellingen die zijn toegelaten in een staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten. Uit de toelichting wordt niet duidelijk waarom deze categorie is toegevoegd. Het criterium dat de rechtspersoon in het land van vestiging moet zijn gekwalificeerd en gerechtigd om zorg te verlenen lijkt niet onredelijk. Dergelijke kwaliteitseisen vormen echter geen onderwerp in de verdragen inzake sociale zekerheid. Het argument om ook voor die gevallen de kwaliteitseisen op te nemen zou wellicht kunnen zijn dat als gevolg van dergelijke verdragen zich nogal eens grensoverschrijdende situaties voordoen die op deze wijze gemakkelijker kunnen worden afgehandeld. Maar dan nog rijst de vraag op welke wijze staten daaraan kunnen worden gehouden dan wel hoe dit kan worden gecontroleerd en gehandhaafd. Deze bepaling lijkt te zijn overgenomen uit artikel 3 Zfw. Dáár gaat het echter om de positie van de verzekerden en dan is de verwijzing naar de verdragen inzake sociale zekerheid wél van belang. De Raad adviseert om de toelichting op dit punt te verduidelijken en zo nodig de wettekst aan te passen.

9. De regel dat ook instellingen uit staten waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten (anders dan de lidstaten van de EU of de Europese Economische Ruimte) gecontracteerd kunnen worden, is inderdaad overgenomen vanuit de gedachte dat juist in dergelijke staten behoefte kan bestaan aan voor rekening van het ziekenfonds komende zorg. De eis dat de te contracteren instellingen naar het recht van het land van vestiging gekwalificeerd en gerechtigd zijn om zorg te verlenen, is niet geënt op artikel 3 Zfw, maar is bij nader inzien inderdaad moeilijk controleerbaar. Daarom is de definitie van instelling in artikel 1, eerste lid, onderdeel f, onder 2°, Zfw en artikel 1, eerste lid, onderdeel d, AWBZ gewijzigd. De in het buitenland te contracteren instellingen dienen nu te zijn: in het buitenland

gevestigde rechtspersonen die in het desbetreffende land zorg verlenen in het kader van het in dat land geldende sociaalezekerheidsstelsel, dan wel zich richten op het verlenen van zorg aan specifieke groepen van publieke functionarissen. Op grond van de laatste zinsnede, die vooral van belang is voor landen zonder sociaalezekerheidsstelsel, zullen bijvoorbeeld buitenlandse ziekenhuizen voor militairen gecontracteerd kunnen worden.

Inwerkingtreding

10. Op grond van artikel X van het voorstel treden de artikelen van de wet in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip, dat voor de verschillende artikelen verschillend kan worden vastgesteld. Volgens de toelichting is de beoogde datum van inwerkingtreding 1 januari 2003. Voor het opheffen van de contracteerplicht, hetgeen kan worden bestempeld als de kern van het wetsvoorstel, is de streefdatum van inwerkingtreding blijkens de toelichting (paragraaf 3.b) 1 januari 2004. Dat geschiedt niet volgens gefaseerde inwerkingtreding, maar op grond van artikel VII door middel van het laten vervallen van de artikelen 47, 48, 49 en 79 Zfw bij koninklijk besluit. De Raad adviseert de beoogde inwerkingtredingsdata in de wet zelf op te nemen.

Inwerkingtreding

10. Uit het voorgaande moge blijken dat het voornemen de contracteerplicht en de omgekeerde contracteerplicht Zfw op een bepaalde datum integraal af te schaffen, inmiddels verlaten is. Het advies van de Raad, om de datum waarop de (omgekeerde) contracteerplicht in de Zfw vervalt in de wet zelve te regelen, kon daarom niet worden overgenomen. Om dezelfde reden is het oorspronkelijke artikel VII geschrapt.

11. Artikel 16 van de Mededingingswet (MW), op grond waarvan die wet op het onderhavige overeenkomstenstelsel niet van toepassing is, vervalt per 1 januari 2003. Omdat volgens de toelichting de streefdatum voor het vervallen van de contracteerplicht is gesteld op 1 januari 2004, constateert de Raad dat er voor de tussenliggende periode een probleem ontstaat in die zin dat per 1 januari 2003 de MW op het huidige stelsel van toepassing zal worden. Een wettelijk opgelegde contracteerplicht heeft tot gevolg dat geen marktconforme onderhandelingen kunnen plaatsvinden. Dat zal dwingen tot het hanteren van modelbepalingen, terzake waarvan in de toelichting (paragraaf 2.3) terecht wordt gesteld dat deze op gespannen voet staan met artikel 6 MW. De Raad adviseert nader in te gaan op de wijze waarop met deze problematiek zal worden omgegaan.

11. Anders dan de Raad lijkt te veronderstellen, bestaat er geen verband tussen de (omgekeerde) contracteerplicht en (het vervallen van) artikel 16 Mw. Ook is er geen strijd tussen de (omgekeerde) contracteerplicht in de Zfw en de AWBZ en artikel 6 Mw. Artikel 6 Mw geldt namelijk niet voor zover wettelijke regelingen de betreffende ondernemingen de mogelijkheid ontnemen om daadwerkelijk met elkaar te concurreren (zie ook paragraaf 1.4.3 van de «Richtsnoeren voor de zorgsector» van de Nederlandse Mededingingsautoriteit). De (omgekeerde) contracteerplicht in de Zfw en AWBZ is zo'n wettelijke regeling.

12. Voor redactionele kanttekeningen verwijst het college naar de bij het advies behorende bijlage.

12. De redactionele kanttekeningen van de Raad van State zijn verwerkt.

Ten slotte zijn ten opzichte van het wetsvoorstel zoals dat voor advies aan de Raad van State is aangeboden nog de volgende wijzigingen aangebracht.

- In het oorspronkelijke wetsvoorstel is ervan uitgegaan dat het wetsvoorstel houdende Herziening van het stelsel van overheidsbemoeienis met het aanbod van zorginstellingen (Wet exploitatie zorginstellingen; WEZ), Kamerstukken II, 2000/02, 27 659, in werking zou zijn getreden voordat voorliggend wetsvoorstel in werking zou treden. De behandeling van dat wetsvoorstel in de Tweede Kamer heeft echter zoveel vertraging onderzonden, dat voorliggend wetsvoorstel mogelijk eerder in werking zal

- treden. Met het oog hierop is het wetsvoorstel zo aangepast, dat in de artikelen I en II de Zfw respectievelijk de AWBZ zoals deze wetten voor inwerkingtreding van de WEZ luiden, worden gewijzigd. In de nieuwe artikelen V, VI en VII wordt rekening gehouden met inwerkingtreding van de Wez. Afhankelijk van de vraag welk wetsvoorstel eerder in werking treedt, het voorliggende wetsvoorstel of de Wez zullen of enkele onderdelen van de artikelen I en II van het voorliggende wetsvoorstel niet in werking treden – hiertoe is aan het inwerkingtredingsartikel de mogelijkheid toegevoegd om onderdelen van artikelen van inwerkingtreding uit te zonderen – of onderdelen van de Wez niet in werking treden (het inwerkingtredingsartikel van de WEZ biedt hier reeds de ruimte toe).
- In de voorgestelde artikelen 11 Zfw en 12 AWBZ is een technisch foutje hersteld. In het derde lid van die artikelen werden ten onrechte niet alle Zfw- respectievelijk AWBZ-bepalingen over het tot gelding brengen van een aanspraak op zorg van overeenkomstige toepassing verklaard. Deze derde leden zijn nu aangevuld, en voorts hebben de derde leden met de tweede leden van plaats gewisseld.
 - Door in het voorgestelde artikel 76a AWBZ niet alleen te verwijzen naar artikel 6, tweede lid, AWBZ, maar naar heel artikel 6 AWBZ, wordt tevens een in de loop der jaren in artikel 76a ingeslopen ongerijmdheid hersteld.
 - Er is een artikel VIII toegevoegd waarin rekening wordt gehouden met de mogelijkheid dat het voorstel van wet 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, welk wetsvoorstel naar verwachting op afzienbare termijn bij het parlement zal worden ingediend, eerder in werking treedt dan voorliggend wetsvoorstel.
 - De evaluatiebepaling (artikel X) is zo gewijzigd, dat niet de voorliggende wijzigingswet wordt geëvalueerd, maar de Zfw en de AWBZ zoals deze met voorliggende wet komen te luiden.
 - Artikel XI, eerste lid, is aangepast naar aanleiding van het gewijzigde artikel 9 Zfw.
 - In artikel XI, tweede lid en in de memorie van toelichting is rekening gehouden met het feit dat het Besluit Zorgaanspraken Bijzondere Ziektekostenverzekering met ingang van 1 april 2003 vervangen is door het Besluit zorgaanspraken AWBZ.
 - De memorie van toelichting is op de volgende punten geactualiseerd: In de tekst van de memorie is verwezen naar de totstandkoming van de Richtsnoeren voor de zorgsector (NMa). Melding is gemaakt van het feit dat de Wet elektronische handtekeningen in werking is getreden. Er zijn passages opgenomen uit het Hoofdlijnenakkoord van het (huidige) kabinet van CDA, VVD en D66, ter illustratie van de beleidscontinuering en ter nadere onderbouwing van de voorstellen. In het kader van restitutie van de kosten van zorg is melding gemaakt van de (voorlopige) gevolgen van het arrest van het Europese Hof van Justitie inzake Muller/Fauré-Van Riet. Enkele aanvullende passages zijn gewijd aan de keuze van verzekerden voor zorgaanbieders en verzekeraar en aan de beoordeling van het contracteerbeleid van verzekeraars.

De Raad van State heeft mitsdien bezwaar tegen het voorstel van wet en geeft U in overweging dit niet aldus te zenden aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal.

*De waarnemend Vice-President van de Raad van State,
E. L. Berg*

Ik moge U verzoeken het hierbij gevoegde gewijzigde voorstel van wet en de gewijzigde memorie van toelichting aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal te zenden.

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

Bijlage bij het advies van de Raad van State van 18 april 2003, no. W13.01.0647/III, met redactionele kanttekeningen die de Raad in overweging geeft.

- Het in artikel I, onderdeel P, opgenomen nieuwe derde lid van artikel 79 van de Ziekenfondswet zou niet alleen moeten verwijzen naar het eerste lid, maar ook naar de situatie in het tweede lid.
- In artikel XI wordt bepaald dat de wet wordt aangehaald als «Wet herziening overeenkomstenstelsel». Omdat hiermee de suggestie kan worden gewekt dat het een herziening van het civielrechtelijke overeenkomstenstelsel betreft, zou daaraan dienen te worden toegevoegd «zorg».