

Vergaderjaar 1990–1991 Nr. 124f

21 357

Beperking van de contracteerplicht in de ziekenfondsverzekering en de bijzondere ziektekostenverzekering, invoering van de mogelijkheid een lager tarief in rekening te brengen dan het overeenkomstig de Wet tarieven gezondheidszorg goedgekeurde of vastgestelde tarief, alsmede enige andere wijzigingen in de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Wet tarieven gezondheidszorg

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

's-Gravenhage, 3 juni 1991

Hiermee bericht ik u dat, overeenkomstig mijn toezegging, namens mij en de Minister van Economische Zaken op ambtelijk niveau bij de Europese Commissie aandacht is gevraagd voor de in uw Kamer gerezen vraagpunten terzake van enige Europeesrechtelijke aspecten van bovenvermeld wetsvoorstel. Een kopie van de voorgestelde notitie, welke op 31 mei met vertegenwoordigers van de Commissie werd besproken, gaat hierbij.

Op basis van een eerste bestudering van de voorgelegde casuspositie en het overleg daarover deelden de vertegenwoordigers van de Commissie mee dat vanuit het oogpunt van sociale zekerheid aan de in het geding zijnde bepalingen geen bezwaren kleven. Op het vlak van de mededinging achtten zij het waarschijnlijk dat het Hof en de Commissie de ziekenfondsen thans reeds zullen beschouwen als ondernemingen in de zin van het EEG-verdrag. In elk geval zullen ziekenfondsen als ondernemingen moeten worden beschouwd zodra zij, door de keuzevrijheid ten aanzien van de werkgebieden welke in het kader van het wetsvoorstel stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase wordt voorzien, met elkaar kunnen gaan concurreren.

Ziekenfondsen zouden aldus zijn te beschouwen als ondernemingen waaraan bijzondere of uitsluitende rechten zijn verleend als bedoeld in artikel 90, eerste lid, van het verdrag. Ingaand op de vraag of opnemng van artikel 17f (het 80%-restitutietarief) in de WTG kan worden gezien als een maatregel welke in strijd is met de regels van het verdrag, in het bijzonder die van de artikelen 85 en 86, meenden de genoemde vertegenwoordigers dat als gevolg van de toepassing van dit artikel de ziekenfondsen zich op een wijze zouden kunnen gaan gedragen welke een

ongunstige beïnvloeding van de handel tussen de lidstaten zou kunnen teweegbrengen. In dit verband wezen zij in de eerste plaats op het terrein van de door apothekers verstrekte geneesmiddelen, waarvan 70% uit het buitenland wordt ingevoerd; toepassing van het 80%-tarief op dit terrein zou wellicht tot ongunstige beïnvloeding van de interstatelijke handel leiden. Ook voor wat betreft de overige beroepsbeoefenaren achtten zij de mogelijkheid van ongunstige beïnvloeding van de interstatelijke handel niet geheel uitgesloten.

De vertegenwoordigers van de Commissie wezen in dit verband op recente jurisprudentie van het Hof (Höfner en Elser vs Macrotron, C-41/90), waaruit valt op te maken dat een lidstaat in elk geval handelt in strijd met artikel 90, eerste lid, van het verdrag, indien die lidstaat een situatie schept, welke onvermijdelijk mee brengt, dat de onderneming, waaraan bijzondere of uitsluitende rechten zijn verleend, zal handelen in strijd met artikel 86. Het werd evenwel niet aannemelijk geacht, dat artikel 17f WTG op zichzelf genomen reeds aanleiding voor de ziekenfondsen zou zijn, om te handelen in strijd met de artikelen 85 of 86, in welk geval overigens de ziekenfondsen zich ook zelf zullen hebben te verantwoorden voor zodanig handelen. Anderzijds werd overwogen, dat de overheid de bepalingen van artikel 90, eerste lid zou kunnen schenden, indien de uitvoeringsmaatregelen, tegen de achtergrond van welke artikel 17f WTG betekenis heeft, op een zodanige wijze zouden worden getroffen, dat daardoor een situatie in het leven wordt geroepen, waarin het voor de ziekenfondsen aantrekkelijk of onvermijdelijk zal zijn, zich te gedragen op een wijze welke in strijd is met de artikelen 85 en 86. Gezien de waarborgen waarmee een zorgvuldige toepassing van de mogelijkheid een restitutiebepaling te treffen, is omgeven, ligt het niet in de rede dat een dergelijke situatie zich zal voordoen.

Tenslotte is overwogen, dat onder artikel 90, tweede lid, een beperking van de mededinging toegelaten kan zijn, doch uitsluitend indien dat onvermijdelijk is voor een goede uitoefening van de taak van de ziekenfondsen.

Het voorgaande leidt mij tot de conclusie dat het voorgestelde artikel 17f WTG vanuit Europeesrechtelijk oogpunt geen bezwaren ontmoet. De behandeling van het onderhavige wetsvoorstel in de Eerste Kamer en daarop volgende politieke consultaties hebben mij evenwel tot het inzicht gebracht dat desalniettemin de wens bestaat partijen een grotere rol toe te delen bij het vinden van een oplossing voor de door het voorgestelde artikel bestreken problematiek.

Mijnerzijds zal daarom worden bevorderd dat u op zo kort mogelijke termijn een wetsvoorstel zal bereiken waarin, ter vervanging van het thans voorgestelde artikel 17f WTG, zal worden voorzien in een andere procedure om tot een tariefvaststelling te komen in de situatie waarbij geen of onvoldoende medewerkersovereenkomsten tot stand komen. De kern van het voorstel zal erin bestaan dat in een dergelijk geval niet een wettelijk vastgesteld tarief zal gelden doch een tarief dat dient te worden vastgesteld door arbiters die door de betrokken partijen zelf dienen te worden aangewezen overeenkomstig een daartoe in de modelovereenkomst op te nemen bepaling.

Ik stel mij voor dat aldus uitzicht wordt geboden op de mogelijkheid dat uw Kamer de werkzaamheden aan meergenoemd voorstel van wet op een zodanig tijdstip zal hervatten, dat dit nog in het lopende kalenderjaar in werking kan treden.

Als bijlage gaat hierbij de beantwoording van een aantal vragen die zijn gesteld in de eerste termijn van de mondelinge behandeling van het onderhavige wetsvoorstel.

Een afschrift van deze brief zend ik naar de voorzitter van de vaste Commissie voor de volksgezondheid van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,
H. J. Simons

Notitie ten behoeve van overleg met vertegenwoordigers van DG IV over de verenigbaarheid van het wetsvoorstel beperking contracteerplicht etc. met art. 85 EEG-Verdrag.**Inleiding**

Sedert enkele jaren wordt in Nederland gewerkt aan een nieuw wettelijk stelsel van gezondheidszorg en ziektekostenverzekering. Het rapport van de Commissie Dekker uit 1987 gaf hiertoe de aanzet.

Een der centrale doelstellingen die hierbij wordt nagestreefd is, om door het introduceren van elementen van marktwerking – meer verantwoordelijkheden naar betrokken partijen – te komen tot een vergroting van doelmatigheid en flexibiliteit, tot een beheersing van de kostenontwikkeling en tot een minder detaillistische regelgeving van overheidswege. Een en ander is laatstelijk uitgewerkt in de notitie «Gezonde Mededinging» die 15 mei jl. naar de Tweede Kamer is gezonden (bijlage).

Binnen het zojuist verwoorde kader past een vermindering van de wettelijke beperkingen die verband houden met de relatie tussen enerzijds de in het kader van het sociaal stelsel fungerende ziektekostenverzekeraars (ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars in hun rol als uitvoerders van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten AWBZ) en anderzijds aanbieders van gezondheidszorg (artsen, specialisten, ziekenhuizen etc.). Hiertoe dient ook het thans ter discussie staande wetsvoorstel. Dit wetsvoorstel beoogt een opheffing tot stand te brengen van de thans bestaande verplichting voor genoemde verzekeraars om contracten te sluiten met alle zorgaanbieders die als beroepsbeoefenaar werkzaam zijn (contracten die dienen om de verzekerden de mogelijkheid te verschaffen om gebruik te maken van de diensten van deze zorgverleners). Voorts wordt bewerkstelligd dat ruimte ontstaat waarbinnen individuele contractpartijen zelf over o.a. een prijs kunnen onderhandelen voor de te verlenen zorg.

In het kort komt een vergelijking van de huidige situatie met de situatie na invoering van het wetsvoorstel op het volgende neer.

Huidige situatie

In de huidige situatie komen de tarieven als volgt tot stand binnen het kader van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG). Door representatieve organisaties van verzekeraars, ziekenfondsen en zorgaanbieders worden onderhandelingen gevoerd die moeten leiden tot zogenaamde tariefovereenkomsten die ter goedkeuring worden voorgedragen aan het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG). Indien de overeenkomsten blijven binnen het kader van de door het COTG vooraf vastgestelde richtlijnen, zal deze tot goedkeuring van de overeenkomsten overgaan. Het COTG is een publiekrechtelijk lichaam waarin vertegenwoordigers van de representatieve organisaties en Kroonleden zitting hebben. De inhoud van richtlijnen van het COTG kan door middel van zogenaamde aanwijzingen mede worden bepaald door de verantwoordelijke Ministers (WVC en EZ).

De door het COTG goedgekeurde c.q. vastgestelde tarieven (zgn. punttarieven) zijn in beginsel verbindend voor de gehele sector. In het huidige sociale verzekeringsstelsel worden overeenkomsten gesloten tussen (individuele) zorgverleners. Er is daarbij thans sprake van een naturastelsel. Dit impliceert dat een aanbieder van zorg de kosten van verleende hulp rechtstreeks declareert bij het ziekenfonds. De verzekerde wordt derhalve niet met rekeningen geconfronteerd. Het tarief dat voor

de verrichting in rekening wordt gebracht is het goedgekeurde WTG-tarief. De in het kader van het sociaal stelsel werkzame verzekeraars hebben de verplichting om, indien vrij gevestigde beroepsbeoefenaars en instellingen in de gezondheidszorg hierom vragen, deze een contract aan te bieden (contracteerplicht). De ziekenfondsverzekerde kan zijn aanspraken op een verstrekking (b.v. huisartsenhulp) geldend maken door zich te wenden tot een persoon of instelling waarmee het ziekenfonds waar hij is ingeschreven een zgn. «medewerkersovereenkomst» heeft gesloten.

Een aparte vermelding verdienen de restitutie bepalingen in de Ziekenfondswet (ZFW) en de AWBZ. Indien, bijvoorbeeld door een conflictueuze verhouding tussen partijen, geen overeenkomsten tot stand komen zodat de desbetreffende verzekeraars niet aan hun verplichtingen ten opzichte van de verzekerden kunnen voldoen, dan kan de Minister van WVC een restitutiebesluit afkondigen zodat de verzekerden toch de kosten voor de desbetreffende dienstverlening vergoed krijgen van het ziekenfonds/uitvoeringsorgaan AWBZ.

Een voorbeeld hiervan op dit moment vormt het restitutiebesluit t.a.v. de beroepsgroep van medisch specialisten.

Nieuwe situatie

Een uitvloeisel van het thans in behandeling zijnde wetsvoorstel zal zijn dat in de toekomst voor bij- algemene maatregel van bestuur nader aan te wijzen diensten nog slechts maximumtarieven zullen zijn vastgesteld (door het COTG en volgens de hierboven omschreven procedure). Voorts zal de contracteerplicht ten aanzien van zelfstandige beroepsbeoefenaars worden beëindigd. De ziekenfondsen zijn dan niet meer verplicht «medewerkersovereenkomsten» af te sluiten met iedere vrije beroepsbeoefenaar die zich daartoe aanmeldt. Beklemtoond moet worden dat hierdoor een **overgangssituatie** zal ontstaan. Zo is het de bedoeling dat onder andere gekomen wordt tot een systeem van vergaande vrijheden. Zo ligt het in het voornemen de wettelijke basis te ontnemen van de huidige overeenkomstenplicht ten behoeve van het recht op declareren.

Op grond van een amendement van leden van de Tweede Kamer is in het wetsvoorstel een voorziening opgenomen waardoor toepassing van de eerdergenoemde restitutie bepalingen uit ZFW en AWBZ impliceert dat door de zorgverleners die geen overeenkomst met het ziekenfonds gesloten hebben aan verzekerden slechts een tarief mag worden berekend dat 80% bedraagt van het vastgestelde (WTG) maximumtarief. In de memorie van antwoord aan de Eerste Kamer heeft de Staatssecretaris van WVC over deze bepaling het volgende opgemerkt:

«Een restitutiebesluit in het kader van de ZFW/AWBZ wordt slechts genomen ten behoeve van verzekerden om te voorkomen dat de continuïteit in de verlening van de zorg in gevaar komt. Wanneer er geen overeenkomst is, betekent dit in het vigerende naturastelsel in beginsel immers dat geen zorg voor rekening van ZFW/AWBZ geboden kan worden. De overheid kan pas een dergelijk besluit nemen, als zij van mening is dat de ziekenfondsen niet in staat zijn om, op voor hen acceptabele voorwaarden, voldoende overeenkomsten te sluiten. Een restitutieregeling zal niet getroffen kunnen worden indien de ziekenfondsen wel over voldoende mogelijkheden beschikken om overeenkomsten te sluiten, doch daartoe niet bereid zouden zijn. In dat geval is er, waar de werking van het zogenaamde restitutietarief is gekoppeld aan toepassing van artikel 11 ZFW of artikel 12 AWBZ, derhalve ook geen sprake van een restitutietarief» (MvA blz. 9). De Staatssecretaris heeft uiteindelijk na

de nodige aarzeling, uit sympathie voor de overweging dat van de maatregel een prikkel uitgaat om tot overeenkomsten te komen (MvA blz. 9), de bepaling in het wetsvoorstel opgenomen.

Kritiek

In de loop van de behandeling heeft de Eerste Kamer in toenemende mate de discussie toegespitst op de vraag naar de verenigbaarheid van het wetsvoorstel met het EEG-Verdrag. In het bijzonder gaat het hierbij om de vraag of van het gewijzigde wettelijke regime (maximumtarieven, beperking contracteerplicht en de mogelijkheid tot het nemen van restitutiebesluiten met een restitutietarief als gevolg) een werking uitgaat die marktpartijen aanzet tot met art. 85 lid 1 strijdige gedragingen. Door de Kamer is hierbij verwezen naar een betoog van mr. Cath (adviseur van de Landelijke Specialisten Vereniging), die stelt dat het voorgestelde regime er slechts toe kan leiden dat marktpartijen tot de berekening van uniforme tarieven zullen overgaan. Hiermee zouden deze partijen door de overheid worden geperst «in het keurslijf van een uniforme kartelprijs». Bovendien zou ook een uniformering te verwachten zijn ten aanzien van de kwaliteit van de dienstverlening.

Voorts is de vraag gerezen naar de verenigbaarheid van het voorgestelde regime met de regels voor het vrije dienstenverkeer.

Standpunt Staatssecretaris

In de discussie met de Eerste Kamer is door de Staatssecretaris het standpunt verdedigd dat van strijdigheid van het voorgestelde regime met de Europese mededingingsregels (gezien in samenhang met art. 3f en art. 5 tweede alinea van het Verdrag) geen sprake is, aangezien:

1. Ziekenfondsen in het door onderhavig wetsvoorstel ontstane overgangssituatie (nog) niet beschouwd kunnen worden als ondernemingen, waarop het mededingingsrecht onverkort van toepassing is.

2. Het wetsvoorstel niet begunstigend werkt voor de totstandkoming van met het Verdrag verboden mededingingsbeperkingen.

Voor het integrale verweer terzake verwijzen wij naar de nadere memorie van antwoord blz. 3 e.v. Ter adstructie van de bedoeling van het wetsvoorstel kan voorts worden verwezen naar passages uit de memorie van antwoord, zoals op blz. 11: «Met het opheffen van de contracteerplicht wordt een belangrijke wijziging in het overeenkomstenstelsel aangebracht. Weliswaar blijft een overeenkomst de basis voor het kunnen verlenen van verstrekkingen, doch de belanghebbenden zullen met elkaar moeten wedijveren om een overeenkomst met het ziekenfonds of uitvoeringsorgaan te kunnen sluiten, geheel zoals dat elders in het economisch verkeer gebruikelijk is» en op blz. 19: «De bedoeling van artikel 17f is te bevorderen dat overeenkomsten tot stand komen tussen individuele verzekeraars enerzijds en individuele zorgaanbieders anderzijds (vergelijkbaar met leveringsovereenkomsten tussen producenten en handelaars in andere branches). Geenszins wordt met de bepaling beoogd dat overeenkomsten tussen groepen verzekeraars of groepen zorgaanbieders tot stand komen, waarin onderlinge afspraken worden vastgelegd, die de mededinging beperken», en op blz. 21: «Het wetsvoorstel beoogt onder andere voor individuele beroepsbeoefenaren en verzekeraars meer mogelijkheden dan thans te scheppen om (binnen de grens van het maximumtarief) tarieven overeen te komen die aansluiten bij de ter plaatse geldende omstandigheden».

Gaarne zou dezerzijds met u van gedachten gewisseld worden over de vraag of het opnemen van de bepaling inzake het restitutietarief in de

contextst van de opheffing van de contracteerplicht er toe leidt dat Nederland handelt in strijd met EG-mededingingsrecht. Gezien het sociale verzekeringskarakter is het wellicht wenselijk uw collega's van DG III hierbij te betrekken.

Ministerie van Economische Zaken

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur

Mevrouw Veder-Smit vroeg zich in het kader van de mogelijkheid een restitutietarief vast te stellen, af of een dergelijk tarief geen probleem oplevert voor apothekers. Bovendien stelde zij de redactie van artikel 17f WTG aan de orde; deze zou zodanig luiden dat dit artikel voor tweeërlei uitleg vatbaar zou zijn.

De heer Boorsma stelde ten aanzien van het restitutietarief de vraag of een dergelijk tarief ook tot stand kan komen doordat zorgverzekeraars weigeren te contracteren op voor hen acceptabele voorwaarden en of het ziekenfonds ook contracten moet sluiten buiten zijn werkgebied, en voorts hoe het dan zat met het restitutietarief.

In beginsel zal de situatie gelden zoals gebruikelijk in het economisch verkeer: geen overeenkomst, geen declaratierecht bij ziekenfondsen/uitvoeringsorganen. In de schriftelijke stukken is eerder reeds dezerzijds gesteld dat goede ondernemers zorgen voor overeenkomsten met een looptijd die in verhouding staat tot de aard van de te leveren prestaties en de noodzakelijke investeringen. Wanneer ziekenfondsen/uitvoeringsorganen niet op voor hen aanvaardbare voorwaarden tot voldoende overeenkomsten met bij voorbeeld apothekers kunnen komen, kan een restitutiebesluit genomen worden, zodat een restitutietarief geldt. Een dergelijk besluit wordt genomen om de aanspraken van verzekerden te beschermen.

Ten aanzien van de redactie van artikel 17f WTG wordt opgemerkt dat de tekst van de bepaling imperatief is; het geldt nadat een restitutiebesluit genomen is. Een restitutiebesluit kan echter genomen worden ten aanzien van een bepaalde vorm van zorg en/of voor één of meer ziekenfondsen en geldt uitsluitend voor die verzekerden van het desbetreffende ziekenfonds/uitvoeringsorgaan die de in het geding zijnde vorm van hulp niet op basis van een overeenkomst ziekenfonds-aanbieder van zorg hebben gekregen. Met andere woorden, een restitutiebesluit behoeft niet geheel Nederland te betreffen. De reikwijdte van een restitutiebesluit wordt eerst bij dat besluit zelf aangegeven en staat derhalve niet bij wet vast. Afhankelijk van deze reikwijdte geldt het 80%-tarief voor de zorg aan de ingeschreven verzekerden bij het desbetreffende ziekenfonds/uitvoeringsorgaan AWBZ, voor zover contracten daadwerkelijk ontbreken.

Ondergetekende merkt ten aanzien van de vragen gesteld door de heer Boorsma op dat een restitutietarief slechts aan de orde is indien een restitutiebesluit genomen is. Zoals hiervoor aangegeven is er aanleiding tot het nemen van een dergelijk besluit indien verzekeraars geen contracten kunnen sluiten op voor hen acceptabele voorwaarden. Indien verzekeraars naar het oordeel van de minister een irreële opstelling kiezen, zijn zij kennelijk niet echt bereid tot het sluiten van overeenkomsten. Tot het nemen van een restitutiebesluit zal dan niet worden overgegaan.

Het ziekenfonds kan slechts verzekerden hebben binnen zijn werkgebied. Het wetsvoorstel stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase brengt ten aanzien van het werkgebied een zekere verruiming; het ziekenfonds kan zelf zijn werkgebied vaststellen, doch ook dan moeten ter realisering van de rechten van verzekerden met beroepsbeoefenaren en instellingen overeenkomsten worden gesloten. Omdat het ziekenfonds geen verzekerden buiten zijn werkgebied kan hebben, doet het veronderstelde probleem dat de heer Boorsma schetste met betrekking tot de «Zeeuwse casus» zich niet voor. Mede met het oog op de transactiekosten kan er van worden uitgegaan dat verzekeraars er niet licht toe zullen overgaan om geheel Nederland als werkgebied te bestempelen. De bepaling inzake het restitutietarief in onderhavig wetsvoorstel maakt het voor een verzekeraar niet mogelijk – indien is gekozen voor geheel Nederland als werkgebied – om alleen contracten af

te sluiten in bij voorbeeld Zeeland en voor de overige verzekerden een 80%-tarief in de verzekeringsvoorwaarden te noemen.

Het wetsvoorstel stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase beoogt naast hulp in natura, thans in principe de enige vorm in de sociale ziektekostenverzekering, mogelijk te maken dat verzekeraars voor een systeem van restitutie kiezen. Bij deze mogelijkheid blijft de voorwaarde dat er overeenkomsten tussen verzekeraars en zorgaanbieders dienen te worden gesloten, gehandhaafd. Het tarief dat in die toekomstige situatie in rekening kan worden gebracht heeft dan ook niets van doen met het 80%-tarief dat in deze kontekst aan de orde is. Het onvoldoende sluiten van overeenkomsten met zorgaanbieders kan aanleiding zijn om te overwegen een restitutiebesluit te nemen, doch voor de plicht tot het in rekening brengen van een restitutietarief is dit niet relevant. In de situatie waarop de heer Boorsma doelt, zal er geen sprake van een restitutiebesluit zijn, aangezien daaruit niet blijkt dat de verzekeraars op voor hen aanvaardbare voorwaarden niet voldoende overeenkomsten kunnen sluiten. Slechts in de laatste situatie is een restitutiebesluit aan de orde.

Mevrouw Gelderblom-Lankhout vroeg zich in dit verband af of bij voorbeeld een bewoner uit Brabant straks een tandarts in België bezoeken kan, ook indien het ziekenfonds geen contract met deze tandarts heeft. Bovendien stelde zij de vraag of het juist is dat het 80%-tarief de verschillen tussen particulier verzekerden en ziekenfonds-verzekerden vergroot.

Ondergetekende hecht eraan te benadrukken dat ook in de toekomstige zorgverzekering de overeenkomst tussen verzekeraar en aanbieder van zorg een essentiële plaats inneemt. Door middel van de overeenkomst kunnen verzekeraars invloed uitoefenen op kwaliteit, volume en prijs van de hulpverlening en dus op de kosten van de verzekering. De overeenkomst tussen verzekeraar en aanbieder van zorg is dus bepalend bij wie de verzekerde terecht kan voor rekening van de verzekering. Als er in de huidige ZFW/AWBZ geen overeenkomst gesloten is dan kan de verzekerde niet bij de desbetreffende tandarts terecht voor rekening van de verzekering. In een dergelijke situatie is een restitutiebesluit niet aan de orde; dat is immers pas het geval als er onvoldoende overeenkomsten zijn gesloten waardoor de aanspraken van verzekerden op zorg in gevaar dreigen te komen. Een restitutiebesluit (en daarmee het uit dit besluit voortvloeiende 80%-tarief) betreft de sociale ziektekostenverzekeringen. De conclusie van mevrouw Gelderblom-Lankhout is dus gewettigd dat het 80%-tarief de verschillen tussen de particuliere maximumtarieven en ziekenfondstarieven in die situatie vergroot.

In het kader van de maximumtarieven vroeg mevrouw Gelderblom-Lankhout zich af of zij het goed begrepen had dat de maximumtarieven gelijk zullen zijn aan de huidige punttarieven, en of het maximumtarief gelijk zal zijn aan de norm. Zo dit laatste juist mocht zijn, dan is naar haar mening de conclusie gewettigd dat iedere inspanning boven de norm niets oplevert. Is dit, zo vroeg zij zich af, een bedoeld of onbedoeld gevolg?

De heer Boorsma merkte op dat het wetsvoorstel in zijn huidige vorm de tarieven meer in de richting van het kostprijsniveau zal drukken. Is het dan juist dat neerwaartse afwijkingen tot de mogelijkheden behoren? Bovendien vroeg de heer Boorsma zich in dit verband af of ondergetekende zijn mening deelt dat de maximumtarieven feitelijk zullen gaan functioneren als markttarieven.

Bij het van kracht worden van dit voorstel van wet krijgen de huidige punttarieven het karakter van maximumtarieven. Het maximumtarief kan

dan worden beschouwd als een landelijke norm. Op lokaal niveau kan van deze landelijke norm neerwaarts worden afgeweken. Het systeem van maximumtarieven houdt namelijk in dat een tarief kan worden overeengekomen tot en met het maximum. De huidige betalingssystematiek blijft evenwel in alle gevallen gehandhaafd; het tarief geldt per verrichting zodat er sprake blijft van «loon naar werken» (hoe vaker het tarief wordt gedeclareerd, hoe groter de omzet wordt). Iedere inspanning boven de norm komt tot uiting in de totale combinatie van de overeenkomst waarin volume, prijs, kwaliteit en doelmatigheid aan de orde zullen zijn.

In antwoord op de vraag van de heer Boorsma merkt ondergetekende op dat uit de tarieven van de omzet wordt gegenereerd. Deze kan individueel verschillend zijn en is afhankelijk van de feitelijke praktijkvoering. Voor de stelling van de heer Boorsma dat de maximumtarieven feitelijk zullen gaan functioneren als marktтарieven, kan ondergetekende wel begrip opbrengen, maar hij deelt deze niet. Het staat representatieve partijen immers vrij voorstellen te doen om volgens de gebruikelijke procedure te komen tot een verandering van het maximumtarief. Juist gelet op de combinatie van de opheffing van de contracteerplicht met de tariefsvrijheid tot en met het maximumtarief, is de verwachting gewettigd dat de overeenkomsten naar de plaatselijke omstandigheden zullen worden toegesneden, mede waar het volume, kwaliteit, doelmatigheid en ook de prijs betreft.

Ten aanzien van de mogelijkheid bij de tariefstelling rekening te houden met een macro-budget bestond nog een aantal onduidelijkheden. Mevrouw Veder-Smit vroeg zich in dit verband af of een dergelijke bepaling gewenst en uitvoerbaar is en wie de consequenties die hieruit kunnen voortvloeien, moeten opvangen. Bovendien, zo stelde zij, biedt de huidige wetgeving reeds een dergelijke mogelijkheid.

De heer Boorsma was de verhouding tussen FOZ, maximumtarieven en macrobudget niet duidelijk.

Dat een mogelijkheid om bij de tariefstelling rekening te houden met een macrobudget door partijen gewenst kan zijn, is te concluderen uit het Vijf-Partijen-Akkoord. Door de redactie van de bepaling inzake het macrobudget, biedt dit veel vrijheid aan het COTG het begrip macrobudget in de richtlijnen nader in te vullen. Het oordeel van mevrouw Veder-Smit dat de huidige wetgeving reeds een dergelijke mogelijkheid biedt, wordt niet door een ieder gedeeld, reden waarom de indieners tot onderhavig amendement besloten hebben.

Mocht evenwel de overheid in enige situatie van deze mogelijkheid gebruik wensen te maken, dan dient dit door middel van een aanwijzing conform artikel 14 van de Wet tarieven gezondheidszorg te geschieden. Daarmee is een zorgvuldige voorhangprocedure bij de Tweede en Eerste Kamer gedurende 10 dagen, gewaarborgd.

Ten aanzien van de relatie FOZ, maximumtarieven en macrobudget merkt ondergetekende op dat het FOZ een weergave betreft van de materiële consequenties van tarieven, de som van de tarieven die in rekening zijn of kunnen worden gebracht en het volume van de zorg in enig jaar. De tarieven en dus ook de maximumtarieven zijn samen met het volume bepalend voor de kosten zoals die voor enig jaar in het FOZ zijn opgenomen. In het macrobudget wordt van te voren vastgesteld dat een bepaald budget niet zal dienen te worden overschreden. Dit impliceert bij volumestijging zonnodig tariefsaanpassingen om binnen het budget te blijven en zal derhalve als zodanig ook in het FOZ worden opgenomen.

Mevrouw Van der Meer maakte de opmerking dat verzekeraars meer

controle zullen willen uitoefenen op hetgeen in de medische wereld gebeurt en dat dit gedrag tot een kostenverhoging zou kunnen leiden.

Het uitoefenen van controle kan arbeidsintensief zijn. Enerzijds zou daarvan een kostenverhogend effect kunnen optreden, anderzijds kan op de langere termijn controle tot een vergroting van de doelmatigheid leiden, hetgeen tot kostenbeheersing kan leiden.

Ondergetekende gaat ervan uit dat partijen een voldoende afweging zullen maken tussen enerzijds de kosten van controle en anderzijds de effectiviteit daarvan.

Ten aanzien van de vraag van de heer Barendregt of dezerzijds nog eens uiteen zou kunnen worden gezet op welke punten het voorstel van wet zoals dat thans voor ligt van het oorspronkelijk ingediende wetsvoorstel afwijkt, verwijst ondergetekende naar de voorgaande stukken, met name de Kamerstukken II, 1990–1991, 21 357, nrs. 11, 12, 20, 21 en 23 (de door de Tweede Kamer aanvaarde amendementen).

Mevrouw Gelderblom-Lankhout vroeg zich af waarom er geen gronden in de wet aangegeven worden waarop contracten kunnen worden beëindigd en een bepaalde tijd waarbinnen de contracten dienen te worden vernieuwd. Bovendien vroeg zij zich in verband met de vrije artsenkeuze af welke garantie er is dat alle zorgverzekeraars – nieuwe stijl – straks een volledig vrije keuze voor alle verzekerden zullen leveren.

Het beginsel van de contractsvrijheid dat met het voorliggende wetsvoorstel tussen vrije beroepsbeoefenaren en verzekeraars wordt geïntroduceerd, brengt met zich dat ten aanzien van de beëindiging van de overeenkomst de normale regels van het overeenkomstenrecht gelden. De rechter zal uiteindelijk toetsen of beëindiging van een overeenkomst de toets van de rechtmatigheid doorstaat. Het zijn de individuele partijen zelf die de looptijd van de overeenkomst dienen te bezien, in samenhang met de overige aspecten van de overeenkomst zoals de kwaliteit en doelmatigheid.

Ondergetekende merkt ten aanzien van de vrije artsenkeuze op dat met onderhavig voorstel van wet geen wijziging in de thans bestaande verhouding tussen particulier verzekerden en ziekenfondsverzekerden optreedt. Een garantie dat alle zorgverzekeraars nieuwe stijl een volledig vrije artsenkeuze voor alle verzekerden zullen leveren, is er niet. Een dergelijk uitgangspunt zou zich ook niet verdragen met onderhavig wetsvoorstel dat een beperking ten aanzien van de contracteerplicht met zich brengt. Uitgangspunt in de sociale ziektekostenverzekering blijft dat verzekerden de keuze hebben uit zorgaanbieders – in de regel werkzaam binnen het werkgebied – die over een overeenkomst beschikken met het ziekenfonds/uitvoeringsorgaan AWBZ. De zorgplicht garandeert dat voldoende overeenkomsten gesloten zullen worden. Hiermee zal ook een voldoende mate van artsenkeuze gewaarborgd zijn. Ook in de door het Kabinet voorgestane zorgverzekering zal er sprake zijn van overeenkomsten tussen verzekeraars en aanbieders van zorg. De keuze voor een overeenkomstenstelsel is gemaakt vanuit zowel kwaliteits- als doelmatigheidsoverwegingen. Met toestemming van het ziekenfonds/uitvoeringsorgaan kan de verzekerde eventueel een aanbieder van zorg consulteren zonder dat deze over een overeenkomst beschikt. Met het wetsvoorstel stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase worden ziekenfondsen in de gelegenheid gesteld zelf hun werkgebied vast te stellen, bovendien wordt het voor deze verzekeraars mogelijk naast of in plaats van een natura-verzekering, verzekerden een verzekering op basis van restitutie aan te bieden.

Wat betreft gewenste zorg buiten Nederland wijst ondergetekende erop dat de bestaande wettelijke bepalingen in de ZFW/AWBZ alsmede

de door Nederland geratificeerde internationale verdragen terzake gehandhaafd blijven.

Mevrouw Veder-Smit stelde tenslotte nog de vraag of dezerzijds het initiatief kan worden genomen advies te vragen over het begrip «goed verzekeraarschap».

In schriftelijke stukken is reeds gewezen op initiatieven op dit punt vanuit de kringen van de Ziekenfondsraad. Thans ligt de vraag bij het Presidium van de Raad. Ondergetekende is echter bereid deze initiatieven over te nemen en de Ziekenfondsraad en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid advies te vragen over de uitgangspunten ten aanzien van goed verzekeraarschap. Overigens hebben partijen zelf tijdens de KNMG-conferentie over de kwaliteit van zorg van juni 1990 de verplichting op zich genomen om zelf criteria voor het begrip goed verzekeraarschap te ontwikkelen.