

VU Research Portal

De integratiewet, Gewijzigde verhouding ziekenhuis-specialist-patient-verzekeraar

Hubben, J.H.; Meulemans, E.W. M

published in

Tijdschrift voor Gezondheidsrecht
1999

DOI (link to publisher)

[10.1007/bf03055820](https://doi.org/10.1007/bf03055820)

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Hubben, J. H., & Meulemans, E. W. M. (1999). De integratiewet, Gewijzigde verhouding ziekenhuis-specialist-patient-verzekeraar. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 6, 346-358. <https://doi.org/10.1007/bf03055820>

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

De Integratiewet Gewijzigde verhouding ziekenhuis–specialistpatiënt–verzekeraar

J.H. Hubben · E.W.M. Meulemans

1. Inleiding

De positie van de medisch–specialist is de laatste jaren aan grote verandering onderhevig. Dat geldt zowel voor de wijze van financiering van de door medisch–specialisten geleverde zorg als meer in het algemeen voor de juridische positie van de medisch–specialist ten opzichte van ziekenhuis en ziekenfonds. In dit verband is van groot belang de wet die in de wandeling wordt aangeduid als ‘Integratiewet’, omdat zij uiting geeft aan een beleid dat is gericht op verdere integratie van de medischspecialist en de ziekenhuisorganisatie¹.

In feite gaat het in de integratiewet om een wijziging van de Ziekenfondswet en van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (Wtz). De kern van de wet, die eind 1998 door de Eerste Kamer is aangenomen, is dat de aanspraken van ziekenfonds– en Wtz–verzekerden worden gewijzigd in één aanspraak op geïntegreerde medisch–specialistische zorg door of vanwege het ziekenhuis. Met de uitwerking daarvan wordt beoogd dat de vrijgevestigd medisch–specialist niet langer een rechtstreekse juridische relatie heeft met het ziekenfonds. Alleen het ziekenhuis sluit nog een medewerkersovereenkomst met het ziekenfonds. Het gevolg hiervan is dat de medisch–specialist zijn honorarium declareert aan het ziekenhuis. Het ziekenhuis declareert alle door medisch–specialist en ziekenhuis geleverde zorg aan het ziekenfonds. Nadat betaling is ontvangen, betaalt het ziekenhuis het voor de medisch–specialist gedeclareerde honorarium door aan de medisch–specialist. Deze verandering heeft niet alleen gevolgen voor de verhouding van de medisch–specialist tot het ziekenfonds,

maar betekent ook een wijziging van diens relatie tot het ziekenhuis².

2. Huidige regeling

Op grond van art. 8, eerste lid van de Ziekenfondswet hebben verzekerden aanspraak op verstrekkingen ter voorziening in hun geneeskundige verzorging voorzover met betrekking tot die zorg geen aanspraak bestaat ingevolge de Awbz. Op grond van art. 8, tweede lid van de Ziekenfondswet worden bij of krachtens algemene maatregel van bestuur aard, inhoud en omvang van die verstrekkingen geregeld. Met betrekking tot de medisch–specialistische hulp bepaalt het Verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzekering in art. 3 dat de genees– en heelkundige hulp omvat onder andere de niet–klinische genees–, heel– en verloskundige hulp te verlenen door een specialist; in art. 12 is geregeld dat de verzekerden recht hebben op opname en verder verblijf in een ziekenhuis omvattende, voorzover ten deze van belang, genees–, heel– en verloskundig onderzoek en genees–, heel– en verloskundige behandeling en verpleging.

In het Besluit Ziekenhuisverpleging Ziekenfondsverzekering is voorts in art. 2 nader geregeld wat het verblijf

¹ De volledige naam van de wet luidt: Wijziging van de Ziekenfondswet en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen in verband met het invoeren van de aanspraak op medisch–specialistische zorg, verleend door of vanwege een ziekenhuis (Staatsblad, 1999–16). De wet treedt in werking op een bij koninklijk besluit vast te stellen tijdstip. Bij het ter perse gaan van dit artikel was de datum van inwerkingtreding bepaald op 1 februari 2000.

² De positie van de medisch–specialist in het academisch ziekenhuis is als regel een ambtelijke en blijft hier buiten beschouwing. Zie over enkele bijzondere aspecten daarvan de noot van J.H. Hubben onder H.R. 6 juni 1997, N.J. 1998, nr. 723.

J.H. Hubben (✉) is hoogleraar gezondheidsrecht Vrije Universiteit Amsterdam en advocaat Nysingh Dijkstra de Graaff Advocaten en Notarissen, Arnhem.

in een ziekenhuis inhoudt, te weten de voor de verzekerde noodzakelijke genees-, heel- en verloskundige behandeling, waaronder begrepen genees-, heel- en verloskundig onderzoek, te verlenen door specialisten alsmede de daarmee verband houdende verpleging waarin begrepen verzorging gedurende dag en nacht. De ziekenfondsen dienen er zorg voor te dragen dat die aanspraken ook tot gelding kunnen worden gebracht.

Volgens art. 9 van de Ziekenfondswet dient de verzekerde, die zijn aanspraak op een verstrekking geldend wil maken, zich te wenden tot eenpersoon of instelling met wie of welke het ziekenfonds waarbij hij is ingeschreven een overeenkomst heeft gesloten. Art. 44 van de Ziekenfondswet bepaalt dat ziekenfondsen met inachtneming van het bepaalde in art. 8 van de Ziekenfondswet overeenkomsten met personen sluiten en instellingen die een of meer vormen van hulp als bedoeld in voormelde AMvB's kunnen verlenen. De modelcontracten (uitkomsten van overleg) zorgverzekeraarziekenhuis en zorgverzekeraar–medisch–specialist regelen de verhouding tussen het ziekenhuis en het ziekenfonds en de medisch–specialist en het ziekenfonds.

Als hoofdverplichting van het ziekenhuis/medisch–specialist jegens het ziekenfonds is in deze contracten geregeld de gehoudenheid om die verstrekkingen aan de verzekerde van het ziekenfonds te verlenen waarop deze krachtens de wet en de uitvoeringsbesluiten aanspraak kan maken. Daartegenover verbindt het ziekenfonds zich jegens het ziekenhuis/medisch–specialist om de prijs te betalen die tussen partijen is overeengekomen en door het COTG is vastgesteld of goedgekeurd.

Tot nu toe bestaan als regel naast elkaar de medewerkersovereenkomst tussen ziekenfonds en ziekenhuis en tussen ziekenfonds en medisch–specialist. De Integratiewet maakt een einde aan het bestaan van de medewerkersovereenkomst tussen ziekenfonds en medisch–specialist voor zover het gaat om niet–klinisch specialistische zorg verleend door medisch–specialisten die verbonden zijn aan ziekenhuizen.

3. De nieuwe regeling

Aan de Integratiewet ligt ten grondslag de overweging dat medisch–specialistische zorg en ziekenhuiszorg voor het overgrote deel onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn zodat het gewenst is om te komen tot geïntegreerde organisaties van ziekenhuizen en de daar werkzame medisch–specialisten. In dit verband wordt in de toelichting bij dewet verwezen naar de rapporten van de commissie Keuzen in de Zorg (Dunning) en de commissie Modernisering

Curatieve Zorg (Biesheuvel)³. Het meest pregnant is het uitgangspunt van het met de wet beoogde ‘geïntegreerd medisch–specialistisch bedrijf’ omschreven in de uitvoerige nadere memorie van antwoord die volgde op vele kritische vragen uit de Senaat. De minister schrijft dat met die term wordt bedoeld ‘*dat het ziekenhuis als entiteit door de inrichting van de organisatie daarvan zo functioneert dat ziekenhuis–directie en medisch–specialisten gezamenlijk verantwoordelijkheid dragen voor integrale zorgverlening*’⁴.

Naast het geïntegreerd medisch–specialistisch bedrijf noemt de minister als belangrijkste uitgangspunten van de Integratiewet: de ‘volledige representativiteit’ van de Orde van Medisch–Specialisten voor de zorginhoud, de overeenkomsten en de tarieven, de fiscale en sociaal–verzekeringsrechtelijke waarborg voor de uitoefening van het vrije beroep en een ‘geïntegreerd declaratieverkeer’ voor particulier verzekerden op dezelfde wijze als is beoogd voor ziekenfondsverzekerden⁵.

De wet behelst allereerst een geheel nieuwe redactie van art. 8 van de Ziekenfondswet. Het eerste lid van art. 8 komt, voor zover hier van belang, als volgt te luiden:

1. ‘De verzekerden hebben, voorzover daarop geen aanspraak bestaat ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, ter voorziening in hun geneeskundige verzorging aanspraak op de navolgende verstrekkingen:
 - a. medisch–specialistische zorg, verleend door of vanwege een ziekenhuis, al dan niet gepaard gaande met opnemingsgedurende het etmaal of een deel daarvan, verpleging, verzorging, paramedische hulp of farmaceutische hulp;
 - b. revalidatiezorg van medisch–specialistische, paramedische, gedragswetenschappelijke en revalidatie–technische aard;
 - c. medisch–specialistische zorg, anders dan bedoeld onder a;
 - d. d ... enz.’.

In art. 8, vijfde lid (nieuw) is de verplichting van ziekenfondsen opgenomen ervoor zorg te dragen dat de bij hen ingeschreven verzekerden hun aanspraken tot gelding kunnen brengen.

Art. 44, eerste lid van de Ziekenfondswet wordt in die zin gewijzigd dat ziekenfondsen overeenkomsten sluiten met personen en instellingen die een of meer van de

³ Zie met name Tweede Kamer, Memorie van toelichting, 1996–1997, 25.258, nr. 3, p.1 en Eerste Kamer, Nadere memorie van antwoord, 1998–1999, 25.258, nr. 61, p. 1 e.v. Het rapport van de commissie Keuzen in de Zorg, Kiezen en Delen, verscheen in 1991. Het rapport van de commissie Modernisering Curatieve Zorg, Gedeelde zorg: betere zorg, verscheen in 1994.

⁴ Eerste Kamer, Nadere memorie van antwoord, 1998–1999, 25.258, nr. 61, p. 2.

⁵ Zie noot 5.

verstrekkingen kunnen verlenen waarop ingevolge art. 8 aanspraak bestaat. Die wijziging is als louter technisch aangemerkt.

Daarnaast regelt de wet een aanpassing van art. 2, tweede lid van de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen zodanig dat de betrokken verzekerden aanspraak hebben op vergoeding van kosten van medisch-specialistische zorg verleend door of vanwege een ziekenhuis als geformuleerd in het nieuwe art. 8 Ziekenfondswet. Onder ziekenhuis wordt in de zin van die bepaling verstaan de instelling die ingevolge de Ziekenfondswet als zodanig is toegelaten.

Ten slotte is in de wet een bepaling opgenomen waarin nader wordt ingegaan op de relatie tussen het bestuur van het ziekenhuis en de medisch-specialist. Die bepaling luidt: 'Onverminderd de verantwoordelijkheid van het bestuur van een ziekenhuis berust de verantwoordelijkheid voor de geneeskundige behandeling en verzorging van patiënten in het ziekenhuis bij de behandelend medisch-specialist. Deze neemt daarbij het organisatorische en financiële kader, aangegeven door het bestuur, in acht. Het bestuur van het ziekenhuis neemt het zorginhoudelijke kader, aangegeven door de medisch-specialisten, in acht. Het bestuur van het ziekenhuis voert overleg met de medisch-specialisten alvorens onderhandelingen met verzekeraars aan te gaan' (art. III).

De ziekenfondsverzekerde heeft op basis van het bepaalde in artikel 8, sub la, jegens het ziekenhuis aanspraak op medisch-specialistische zorg en niet langer jegens de medisch-specialist. Die aanspraak omvat alle hulp. Dat wil zeggen: alle genees-, heel- en verloskundige zorg door de medisch-specialist (al of niet in dienstverband) en de aan die medisch-specialistische zorg gebonden zorg, zoals verpleging, verzorging, paramedische en farmaceutische hulp.

Het bepaalde in art. 8, eerste lid sub c ziet op medisch-specialistische zorg die niet verleend wordt in het kader van een ziekenhuisorganisatie. Daarbij kan worden gedacht aan de medisch-specialist werkzaam in een Zelfstandig Behandelcentrum⁶. De wet werkt niet verder uit op welke wijze het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf vorm dient te krijgen. Men kan zeggen dat dit ook niet direct voor de hand ligt nu de Integratiewet in de eerste plaats een verstrekkingenwet is. Daar staat echter tegenover dat de wet met het hiervoren genoemde artikel III een ruimere benadering kiest door in algemene bewoordingen een aanzet te geven voor de positionering van ziekenhuisbestuur en medisch-specialisten ten opzichte van elkaar. Men zou kunnen zeggen dat de wetgever daarmee op twee gedachten hinkt.

Voor een goed inzicht in de gevolgen van de Integratiewet is het zinvol die te bezien in het perspectief van de verschillende rechtsverhoudingen die hierbij van belang zijn. Achtereenvolgens zal worden ingegaan op de relatie ziekenhuis-ziekenfonds, ziekenhuis-medisch-specialist en patiënt-medisch-specialist⁷.

4. Relatie ziekenhuis-ziekenfonds

In de Memorie van toelichting valt te lezen dat in verband met het gegeven dat medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg voor het overgrote deel onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden de contractuele relaties tussen verzekeraars en ziekenhuizen enerzijds en verzekeraars en medisch-specialisten binnen een ziekenhuis anderzijds dienen te worden afgestemd op de nieuwe aanspraak op medisch-specialistische zorg die met de wet wordt beoogd. De nieuwe contractuele relatie dient de totale geïntegreerde medisch-specialistische organisatie te omvatten⁸.

Voor de medisch-specialistische zorg waarbij een ziekenhuis is betrokken moeten, aldus de Memorie van toelichting, overeenkomsten met geïntegreerde ziekenhuisorganisaties worden gesloten.

Thans verstaat de wet daaronder eenvoudigweg 'het ziekenhuis'. (Zie art. 8, eerste lid sub a dat spreekt van 'een ziekenhuis'). Aanvankelijk was in een eerdere versie van het wetsvoorstel de mogelijkheid opengelaten dat deze organisatie ook een 'samenwerkingsverband' van ziekenhuis en medisch-specialisten is⁹. De vragen die dit opriep, heeft de minister echter doen besluiten het ontwerp aan te passen op basis van het amendement Oudkerk, waarbij buiten twijfel in de wet is neergelegd dat het ziekenhuis als zodanig, en niet een samenwerkingsverband van ziekenhuis en medisch-specialisten, met de ziekenfondsen contracteert¹⁰. Naar aanleiding van Kamervragen stelde de minister dat in de eerdere versie van het wetsvoorstel niet bedoeld was een zelfstandige instantie (het samenwerkingsverband) te schuiven tussen ziekenhuis en verzekeraars 'Tussen het ziekenhuis en de verzekeraars is er niets'¹¹.

⁷ Zie over die benadering ook Eerste Kamer, 22.258, Nadere memorie van antwoord, 61, p. 5 e.v.

⁸ Tweede Kamer Memorie van toelichting, 1996–1997, 25.258, nr. 3, p. 3.

⁹ Oorspronkelijk voorstel van wet, Tweede Kamer, 1996–1997, 25.258, nrs. 1–2.

¹⁰ Tweede Kamer, 1996–1997, 25.258, nr. 5, gevolgd door de Nota van wijziging, nr. 8, gedateerd 2 mei 1997.

¹¹ Tweede Kamer 17 april 1997, Hoofddlijnendebat over het wetsvoorstel, Handelingen II, 71.5098. De emoties liepen in die periode hoog op. De Orde van Medisch-specialisten plaatste zelfs pagina-grote advertenties in de dagbladen met het opschrift 'De regering kan uw gezondheid ernstige schade toebrengen'. Zie daarover ook J.H. Hubben, Medisch-specialist en ziekenhuis, Schikken of Nevenschikken? NJB, 1997, 26, p. 1172–1173.

⁶ Regeling Zelfstandige Behandelcentra, Staatscourant, 1998, 30, p. 9. Zie ook het besluit van 30 juni 1999, Staatscourant, 1999, 145, p. 7.

Noodzakelijke elementen van de geïntegreerde ziekenhuisorganisatie zijn naar buiten toe één prijs per product, één geïntegreerd budget, één financieringsstroom van verzekeraars naar de ziekenhuisorganisatie en één aanspreekpunt voor de verzekeraar¹².

In de artikelsgewijze toelichting is met zoveel woorden aangegeven dat het ziekenfonds voor de in de wet omschreven zorg slechts overeenkomsten kan sluiten met het ziekenhuis voorzover het betreft de zorg in het kader van de geïntegreerde ziekenhuisorganisatie en met de medisch–specialist uitsluitend wanneer de overeenkomst betrekking heeft op medisch–specialistische zorg die niet wordt verleend in het kader van de geïntegreerde ziekenhuisorganisatie¹³.

Elders in de Memorie van toelichting wordt bij de voorgestelde wijzigingen van art. 44, eerste lid en art. 45 onder c. Ziekenfondswet nogmaals opgemerkt dat na inwerkingtreding van het wetsvoorstel het ziekenfonds voor de medisch–specialistische zorg een overeenkomst dient te sluiten met een instelling zijnde een op grond van art. 8a toegelaten ziekenhuis¹⁴.

Ook na de Nota van wijziging van 2 mei 1997, waarmee het onderdeel medisch–specialistische zorg verleend door of vanwege een samenwerkingsverband van een ziekenhuis en de aldaar werkzame medisch–specialisten uit het wetsvoorstel verdween, bleef het uitgangspunt ‘één aanspraak, één afspraak met de verzekeraar en één aanspreekpunt’. In de Nota naar aanleiding van het verslag wordt opgemerkt dat na de inwerkingtreding van de wet de ziekenfondsverzekerde geen aanspraak meer heeft op hulp verleend door de medisch–specialist die gebruik maakt van ziekenhuisfaciliteiten¹⁵. Er bestaat in die gedachtegang geen aparte overeenkomst meer tussen deze medisch–specialisten en ziekenfondsen. Overigens volgt die conclusie niet dwingend uit de nieuwe redactie van art. 44, eerste lid Ziekenfondswet. Die bepaling luidt immers: ‘Ziekenfondsen sluiten overeenkomsten met personen en instellingen die een of meer van de verstrekkingen kunnen verlenen waarop ingevolge art. 8 aanspraak bestaat’. De gekozen redactie laat op zichzelf ruimte voor het afzonderlijk contracteren met medisch–specialisten en ziekenhuizen ter realisering van de gewijzigde aanspraak ingevolge art. 8. Zie in dit verband ook het advies van de landsadvocaat dat in noot 19 wordt genoemd.

De minister merkte in de Nadere memorie van antwoord op dat er ook in het kader van het addendum, dat hierna in

paragraaf 5 ter sprake komt, geen misverstand over kan bestaan dat slechts de als ziekenhuis toegelaten geïntegreerde ziekenhuisorganisatie als medewerker aan het ziekenfonds kan zijn verbonden, waaruit voortvloeit dat alleen die organisatie als wederpartij aan het ziekenfonds de verstrekte zorg in rekening kan brengen. Van een rechtstreekse aanspraak van de medischspecialist jegens het ziekenfonds op vergoeding voor zijn werkzaamheden kan in deze opzet geen sprake zijn. Wel kan, aldus de minister, de tussen het ziekenhuis en de bij het leveren van de aanspraak nauw betrokken medisch–specialist overeen te komen honorariumregeling (onder andere wat betreft opbouw van het honorarium, incasso– en invorderingskosten en incassorisico) zodanig worden ingericht dat het resultaat materieel gelijk is aan het resultaat dat zal bestaan indien de medisch–specialist wel als medewerker aan het ziekenfonds zou zijn verbonden.

In de Nadere memorie van antwoord vat de minister één en ander als volgt samen:

1. de medisch–specialist sluit de geneeskundige behandelingsovereenkomst met de patiënt, en
2. het ziekenhuis nieuwe stijl zendt de rekening aan het ziekenfonds. Het ziekenfonds betaalt het ziekenhuis nieuwe stijl overeenkomstig de aanspraak verleende medisch–specialistische zorg. Het ziekenhuis nieuwe stijl betaalt vervolgens de medisch–specialist¹⁶.

Voor de medisch–specialist is het verschil dat hij niet meer een rekening stuurt aan het ziekenfonds, maar aan het ziekenhuis nieuwe stijl, waarmee hij afspraken heeft gemaakt over de betaling van zijn aandeel in het leveren van de ziekenfondsverstrekking. De uitwerking daarvan moet contractueel geschieden. Blijkens de toelichting heeft de wetgever die uitwerking ook uitdrukkelijk aan partijen willen overlaten, al is deze belangrijke kwestie tijdens de parlementaire behandeling bij herhaling uitvoerig aan de orde geweest met name in verband met het fiscale en sociaal–verzekeringsrechtelijke vrije ondernemerschap van de medisch–specialist.

Tegen de achtergrond van het bovenstaande, kan de vraag worden gesteld wat er gebeurt met de bestaande medewerkersovereenkomsten tussen medisch–specialist en ziekenfonds. Het antwoord daarop is gecompliceerder dan de minister aanvankelijk aannam.

De minister veronderstelde in eerste instantie ten onrechte dat de bestaande overeenkomsten die niet met de gewijzigde wet in overeenstemming zijn, op het moment van inwerkingtreding van de Integratiewet van rechtswege

¹² Tweede Kamer, zie Memorie van toelichting, 1996–1997, 25.258 nr. 3, p. 5.

¹³ Tweede Kamer, Memorie van toelichting 1996–1997, 25.258 nr. 3, p. 6 en 7.

¹⁴ Tweede Kamer, Nota van wijziging, 1996–1997, 25.258, nr. 8, p. 2

¹⁵ Tweede Kamer, 24 september 1997, Nota naar aanleiding van het verslag, 1997–1998, 25.258 nr. 10, p. 6.

¹⁶ Nadere memorie van antwoord, Eerste Kamer, 1998–1999, 25.258, nr. 61.

komen te vervallen¹⁷. Ook van de zijde van de landsadvocaat is erop gewezen dat de bestaande medewerkersovereenkomsten met de nieuwe wet niet van rechtswege komen te vervallen, nu de Integratiewet dit niet uitdrukkelijk bepaalt en evenmin een bepaling bevat die met de wet strijdige overeenkomsten met nietigheid bedreigt. Dat de medewerkersovereenkomsten van rechtswege vervallen kan niet alleen worden gebaseerd op een in de parlementaire stukken uitgesproken intentie¹⁸.

Tijdens de behandeling in de Eerste Kamer is de minister dan ook op dat standpunt teruggekomen en stelde de volgende redenering daarvoor in de plaats¹⁹. Met de nieuwe wet vervalt de aparte verstrekking niet–klinische specialistische zorg te verlenen door medisch–specialisten die verbonden zijn aan ziekenhuizen en maakt deze zorg onderdeel uit van de aanspraak op medisch–specialistische zorg door of vanwege een ziekenhuis. Omdat de aanspraak vervalt, vervalt volgens de Minister ook het onderwerp van de overeenkomst tussen ziekenfondsen en medisch–specialisten over het leveren van deze verstrekking en de vergoeding van de kosten daarvan. Na de inwerkingtreding van de wet hebben medisch–specialisten in die benadering jegens de ziekenfondsen geen aanspraak meer op de honorering als voorzien in de modelovereenkomst zorgverzekeraar–medisch–specialist. Op die redenering van de minister valt het een en ander af te dingen. Ook de landsadvocaat volgde in zijn advies niet de gedachte dat de medewerkersovereenkomsten met medisch–specialisten door de wetwijziging zonder onderwerp raken²⁰. Aan het vereiste dat het voorwerp van de verbintenis bepaalbaar en geoorloofd is, voldoen medewerkersovereenkomsten die overeenkomstig een uitkomst van overleg of modelovereenkomst zijn gesloten. Iets heel anders is, dat – maar dat geldt ook zonder wetwijziging – de bestaande medewerkersovereenkomsten eindigen op het tijdstip waarop zij volgens die overeenkomsten zelf expireren²¹. Deze kwestie is van belang voor de beantwoording van de vraag jegens wie de medisch–specialist aanspraak op honorering heeft. Zolang de medewerkersovereenkomst tussen ziekenfondsen en medisch–specialist bestaat betekent dit dat het

ziekenfonds tegenover de medisch–specialist een vergoedingsplicht heeft wanneer de medisch–specialist verzekerd van het ziekenfonds medisch–specialistische hulp heeft verleend. Of de medisch–specialist een vordering wegens loon op de patiënt heeft, komt hierna aan de orde in paragraaf 6.

5. Relatie ziekenhuis–medisch–specialist

Indien wij ervan uitgaan dat na invoering van de Integratiewet geen contractuele relaties meer bestaan tussen medisch–specialisten en ziekenfondsen doch slechts tussen ziekenhuizen en ziekenfondsen, moet worden nagegaan op welke wijze de ziekenhuizen zich voorzien van medisch–specialistische zorg voorzover de betrokken medisch–specialisten niet in dienst van het ziekenhuis zijn.

De wet bevat daarvoor geen voorziening doch geeft wel enige aanwijzing over die relatie. Zoals hiervoor in paragraaf 3 ter sprake is gekomen, bepaalt de wet dat, onverminderd de verantwoordelijkheid van het bestuur van het ziekenhuis de verantwoordelijkheid voor de geneeskundige behandeling en verzorging van patiënten in het ziekenhuis berust bij de behandelend medisch–specialist. Die neemt daarbij het organisatorische en financiële kader, aangegeven door het bestuur, in acht. Het ziekenhuis neemt het zorginhoudelijke kader aangegeven door de medisch–specialisten in acht (art. III). Het bestuur van het ziekenhuis voert overleg met de medischspecialisten alvorens onderhandelingen met verzekeraars aan te gaan. In het tweede lid van art. III is vervolgens bepaald dat onder ziekenhuis wordt verstaan een ingevolge de Ziekenfondswet als zodanig toegelaten instelling²².

Uit de Kamerstukken blijkt dat het wetsvoorstel niet de onderlinge relatie binnen de geïntegreerde organisatie regelt en zich daarom niet bemoeit met de discussie over dienstverband dan wel het handhaven van het vrije beroep, een kwestie die bij de behandeling van het wetsvoorstel niettemin vrijwel continue een grote rol speelde²³.

In de Nota naar aanleiding van het verslag zegt de minister in antwoord op vragen van de CDA–fractie dat het van meet af aan de bedoeling is geweest dat ook bij invoering van het wetsvoorstel het vrije beroep voor de medisch–specialisten mogelijk blijft²⁴. Met de koepels van medisch–specialisten, ziekenhuizen en

¹⁷ Memorie van toelichting, Tweede Kamer, 1996–1997, 25.258 nr. 3, p. 5.

¹⁸ Het advies van G.R.J. de Groot, gedateerd 24 juli 1998, is op 6 november 1998 als bijlage bij de Nadere memorie van antwoord aan de Tweede Kamer gezonden.

¹⁹ Eerste Kamer, 22.258, nr. 237b, p. 4 en 5.

²⁰ Zie het hiervoor aangehaalde advies van de landsadvocaat, gedateerd 24 juli 1998 <zie noot 19>.

²¹ De bestaande overeenkomsten tussen ziekenfonds en medisch–specialisten expireerden op 1 juli 1999. In dit verband verdient vermelding dat ook voor 1999 een modelovereenkomst medisch–specialisten–ziekenfonds door de Ziekenfondsraad is vastgesteld. Zie Staatscourant, 2 februari 1999.

²² Overeenkomstig art. 8a Ziekenfondswet moet een instelling die verstrekkingen verleent als bedoeld in art. 8 van de wet als zodanig zijn toegelaten.

²³ Tweede Kamer, Memorie van toelichting, 1996–1997, 25.258 nr. 3, p. 5.

²⁴ 24 september 1997, Tweede Kamer, 1997–1998, 25.258 nr. 10, p. 4 en 5.

ziektekostenverzekeraars zegt de minister telkens in die zin te hebben gesproken. De minister verwijst daarbij naar de brieven van de Staatssecretaris van Financiën van 17 december 1996 en van 15 april 1997 en geeft aan dat het nooit de bedoeling is geweest om met deze wet de uitoefening van het vrije beroep onmogelijk te maken²⁵. Dat geldt, aldus de minister, zowel voor de fiscale als de sociale verzekeringsaspecten. In dit verband kan ook worden gewezen op een brief van de minister van VWS aan de Voorzitter van de Tweede Kamer, en het daarbij gevoegde addendum bij de model-toelatingsovereenkomst dat op verzoek van de minister is opgesteld²⁶. Daaruit blijkt dat dit addendum een kader beoogt te geven voor de beoordeling in individuele gevallen van de vrije beroepsbeoefening. Wanneer dit addendum door de medisch-specialisten als uitgangspunt van hun handelen wordt genomen, blijft, volgens de ministers van Financiën, Sociale Zaken en Werkgelegenheid en het Landelijk Instituut Sociale Verzekeringen (LISV), het fiscale en sociaalverzekeringsrechtelijk vrije ondernemerschap gewaarborgd.

Hoofdpunten uit dit addendum zijn dat de specialist met de patiënt een geneeskundige behandelingsovereenkomst sluit, waarbij de patiënt opdrachtgever is, dat de specialist het hem toekomend honorarium niet zelf aan patiënten of zorgverzekeraars declareert maar het ziekenhuis en wel zodanig dat op de declaratie tot uitdrukking komt welk deel van de door het ziekenhuis te verzenden rekening betrekking heeft op de door de specialist verrichte werkzaamheden. Voorts dient de specialist zelf zorg te dragen voor een arbeidsongeschiktheidsverzekering, een pensioenvoorziening en bij te dragen in de kosten van de premie van de aansprakelijkheidsverzekering, en dient hij de mogelijkheid te krijgen om in overleg met het ziekenhuis op eigen kosten meer of andere voorzieningen ten behoeve van zijn praktijkuitoefening in het ziekenhuis te treffen dan in de toelatingsovereenkomst is voorzien. Daarnaast behoort hij op eigen kosten zorg te dragen voor de waarneming van zijn praktijk, afspraken te maken tussen ziekenhuis en zorgverzekeraars en medisch-specialisten inzake productiebudget en honorering die leiden tot jaarlijks wisselende inkomsten van de medisch-specialisten en moet het recht op goodwill aan de medisch-specialist voorbehouden blijven. De minister besluit haar zojuist genoemde brief aan de Tweede Kamer met de conclusie dat met dit alles tezamen 'helder' is vastgelegd dat de uitoefening van het vrije beroep door medisch-specialisten werkzaam in het ziekenhuis ook na

de inwerkingtreding van de voorgestelde wijziging van de Ziekenfondswet tot de mogelijkheden blijft behoren.

De relatie tussen het ziekenhuis en de medisch-specialist kan dus naar de mening van de minister worden ingericht door middel van een dienstverband dan wel een andersoortige relatie waarbij de specialist zich verbindt om jegens het ziekenhuis medisch-specialistische zorg te leveren ten behoeve van de verzekerden van het ziekenfonds die zich daartoe tot het ziekenhuis wenden, waar tegenover het ziekenhuis zich jegens de specialist verbindt om hem te honoreren. Dit laatste behoeft eveneens contractuele uitwerking.

De meest voorkomende contractuele relatie tussen het ziekenhuis en de medischspecialist is de toelatingsovereenkomst. Uit een enquete die in 1994 onder de algemene ziekenhuizen is gehouden, bleek dat vrijwel alle algemene ziekenhuizen nog toelatingscontracten en stafreglementen hanteren die zijn gebaseerd op de modellen uit 1977–1980. Dat is een verouderd model dat zeker aanpassing behoeft. Dat model gaat immers nog sterk uit van het ziekenhuis als facilitair bedrijf ten behoeve van de specialist. Het niveau van zorg, de kwaliteit en de controle daarop behoren in die benadering nog in sterke mate tot het exclusieve terrein van de medischspecialist. Overigens is in die modelovereenkomst ook geen rekening gehouden met het sedert 1982 ingevoerde budgetteringstelsel. In 1989 is het zogenaamde vijfpartijenakkoord tot stand gekomen op basis waarvan de positie van de vrijgevestigde medisch-specialist in het ziekenhuis een nieuwe, aanvullende contractuele regeling kreeg. Aan de bestaande toelatingscontracten is toen een addendum toegevoegd, dat erin moest voorzien dat ziekenhuis en medisch-specialist gezamenlijk uitvoering zullen geven aan de zogenaamde budgetprocedure.

Daarnaast voelen ziekenhuisdirecties in toenemende mate de noodzaak om over een deugdelijk instrumentarium te beschikken om medisch-specialisten op hun functioneren te kunnen aanspreken. Dat instrumentarium is in de huidige modeltoelatingsovereenkomst slechts in beperkte mate aanwezig.

Ook nieuwe wet- en regelgeving en jurisprudentie dwingen tot actualisering van de contractuele relatie tussen ziekenhuis en medisch-specialist. Genoemd kunnen worden de geneeskundige behandelingsovereenkomst, die een centrale aansprakelijkheid van het ziekenhuis kent voor de uitvoering van verrichtingen in het kader van de behandelingsovereenkomst ook al is het ziekenhuis zelf daarbij geen partij en de Kwaliteitswet Zorginstellingen die voor de kwaliteit van zorg verstreckende verantwoordelijkheden bij de directie van het ziekenhuis legt.

In het algemeen kan worden gezegd dat de huidige model-toelatingsovereenkomst een betrekkelijk grofmazig instrumentarium biedt en er behoefte bestaat om te

²⁵ Nota naar aanleiding van het verslag, 1997–1998, nr. 10, p. 7.

²⁶ Tweede Kamer, 1997–1998, 25. 258, nr. 13, met daarbij gevoegd het addendum.

beschikken over een genuanceerder instrumentarium om preventief, maar ook curatief te kunnen optreden tegen specialisten die niet goed functioneren en medisch-specialisten die dreigen te gaan disfunctioneren²⁷.

Met de Integratiewet doet zich echter een andere belangrijke aanleiding voor om de huidige toelatingsovereenkomst aan een kritische toets te onderwerpen. Nu tussen medisch-specialist en ziekenfonds niet langer sprake is van een medewerkersovereenkomst, zijn de in de modelovereenkomst zorgverzekeraar–medisch-specialist neergelegde bepalingen omtrent kwaliteit van zorg niet meer van toepassing. Omdat die bepalingen omtrent de kwaliteit van de hulpverlening niet langer kunnen worden neergelegd in het contract dat wordt gesloten tussen ziekenfonds en medisch-specialist, zal moeten worden nagegaan op welke wijze die bepalingen kunnen worden neergelegd in de toelatingsovereenkomst tussen ziekenhuis en medisch-specialist. Dat behoeft eveneens nadere uitwerking. Verwacht mag worden dat daarbij soortgelijke bepalingen in de medewerkersovereenkomst ziekenhuisziekenfonds zullen worden opgenomen en vervolgens door het ziekenhuis op haar beurt zullen worden vastgelegd in de nieuwe toelatingsovereenkomst met de medisch-specialist.

De gewijzigde omschrijving van de aanspraken van de ziekenfonds-/Wtz-verzekerden en de in de Integratiewet omschreven onderscheiden verantwoordelijkheden van het bestuur van het ziekenhuis en de medisch-specialist noodzaken eveneens tot aanpassing van de toelatingsovereenkomst.

In de toelatingsovereenkomst zal verder moeten worden uitgewerkt dat de medischspecialist bij de behandeling en verzorging van patiënten in het ziekenhuis het organisatorische en financiële kader aangegeven door het bestuur van het ziekenhuis inachtneemt, terwijl het bestuur van het ziekenhuis het zorginhoudelijke kader, aangegeven door medisch-specialisten inachtneemt. Voorts zal invulling moeten worden gegeven aan het voorschrift dat het bestuur van het ziekenhuis overleg voert met de medisch-specialisten alvorens onderhandelingen met de verzekeraars aan te gaan. De wet geeft aan deze bepalingen, opgenomen in art. III, geen verdere uitwerking.

Ten gevolge van het vervallen van de juridische relatie tussen de medisch-specialist en het ziekenfonds zal het

ziekenhuis zich moeten voorzien van de hulp van medisch-specialisten bij de uitvoering van de medewerkersovereenkomst met het ziekenfonds. Een daartoe strekkende regeling zal ook in de toelatingsovereenkomst moeten worden opgenomen.

De medisch-specialist kan voor zijn honorering niet langer bij het ziekenfonds/de Wtz-verzekerde terecht, doch moet zich daarvoor wenden tot het ziekenhuis. Er zal een relatie moeten worden gelegd tussen deze honorering en de honorarium- en budgetafspraken. Tijdens de parlementaire behandeling van de Integratiewet heeft de minister bij herhaling opgemerkt dat de zogenaamde lokale initiatieven gewoon worden gecontinueerd. Daarbij is de vraag gerezen wie de tarieven vaststelt tussen ziekenhuis en medisch-specialist. Ook hier heeft de minister het standpunt ingenomen dat hoe een en ander wordt geregeld in het kader van de Wtg-tarieven, afhangt van hetgeen partijen onderling afspreken. De Wtg staat overigens toe dat het ene orgaan voor gezondheidszorg (de medisch-specialist) declareert aan het andere (het ziekenhuis)²⁸.

Het in het kader van de Integratiewet ontwikkelde addendum, waarvan de inhoud hiervoren in deze paragraaf is geschetst, dwingt eveneens tot aanpassing van de contractuele relatie tussen ziekenhuis en medisch-specialist.

6. Relatiepatiënt–medisch-specialist

Resteert nog te bespreken de relatie tussen de medisch-specialist en de patiënt op grond van de bepalingen over de geneeskundige behandelingsovereenkomst in relatie tot de Integratiewet. Dit onderwerp is in de parlementaire behandeling zeer uitvoerig aan de orde gekomen in verband met het declaratie- en vorderingsrecht van de medisch-specialist nadat de Integratiewet in werking is getreden.

In de Nota naar aanleiding van het verslag heeft de minister in antwoord op vragen van de CDA-fractie opgemerkt dat de relatie tussen de medisch-specialist en de patiënt inhoudelijk wordt beheerst door de in Boek 7 BW opgenomen bepalingen inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst²⁹. De zelfstandig gevestigd beroepsbeoefenaar gaat zelf een geneeskundige behandelingsovereenkomst aan met de patiënt, zoals dat ook vóór de Integratiewet het geval is. De arts in dienstverband gaat straks, net als nu, in de regel niet zelfstandig maar namens het ziekenhuis een

²⁷ Zie hierover uitvoeriger J.H. Hubben, De relatie ziekenhuis–medisch-specialist vanuit gezondheidsrechtelijkperspectief, *Medisch Contact*, 1996, 5, p.149–152 en E.W.M. Meulemans, Toelatingsovereenkomst, stafreglement en maatschap, *Medisch Contact*, 1996, 5,p. 152–154. Zie voorts over de problematiek van het disfunctioneren o.a. de beschouwing van J.H.Hubben, naar aanleiding van *Problem doctors, a conspiracy of silence* (door P. Lens en G. Van der Wal), *NJB*, 1998, 43 (boeknummer), p. 1974–1975.

²⁸ Eerste Kamer, Nadere memorie van antwoord, 1998–1999, 25.258, nr. 61, p. 16–17. Inmiddels heeft het COTG de door de minister in dit Kamerstuk aangekondigde Uitvoeringstoets bekostiging geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf uitgevoerd. Brief COTG aan de minister van VWS van 1 april 1999.

²⁹ Tweede Kamer, 24 september 1997, 1997–1998, 25.258 nr. 10, p. 5 en 6.

behandelingsovereenkomst aan. Het ziekenhuis is in de situatie met de arts in dienstverband slechts in zoverre hulpverlener dat het de overeenkomst met patiënt sluit en er zorg voor moet dragen dat de medisch–specialist de hulp conform de bepalingen omtrent de geneeskundige behandelingsovereenkomst verleent. De verantwoordelijkheid van de arts voor de inhoud van zijn medisch handelen wijzigt niet door de gekozen juridische constructie voor de verhouding medisch–specialist en ziekenhuis. De relatie tussen de medisch–specialist en de patiënt blijft hoe dan ook inhoudelijk beheerst door de bepalingen in het Burgerlijk Wetboek over de behandelingsovereenkomst.

In het genoemde parlementair stuk merkt de minister nogmaals op dat na invoering van de wet de ziekenfondsverzekerde geen aanspraak meer heeft op hulp verleend door de medisch–specialist die gebruik maakt van ziekenhuisfaciliteiten. Er bestaat immers geen aparte overeenkomst meer tussen deze medisch–specialisten en ziekenfondsen. Voor de op grond van de Ziekenfondswet verleende hulp is er dan ook straks geen grondslag meer voor de medisch–specialist om de ziekenfondsverzekerde een rekening te sturen. Ten aanzien van verzekerden die een verzekeringsovereenkomst ingevolge de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen hebben gesloten betekent de nieuwe regeling eveneens dat, indien het gaat om verleende hulp door een medisch–specialist die gebruik maakt van ziekenhuisfaciliteiten, op grond van die wet geen aanspraak bestaat op vergoeding van de door de medisch–specialist verleende hulp, maar alleen op vergoeding van de rekening van het ziekenhuis. In aansluiting daarop merkt de minister op dat uiteraard ook het Besluit Werkingssfeer Wet Tarieven Gezondheidszorg 1992 zal moeten worden aangepast aan de hand van de gewijzigde aanspraken. Ook langs die weg kunnen medisch–specialisten de hulp dan niet meer apart bij de desbetreffende verzekerden in rekening brengen.

In het kader van de parlementaire behandeling is de vraag aan de orde gekomen of de medisch–specialist vanwege de geneeskundige behandelingsovereenkomst ten opzichte van de ziekenfondsverzekerde en de Wtz–verzekerde een zelfstandig declaratierecht heeft.

Ook indien men ervan uitgaat, dat de medisch–specialist zelfstandig een geneeskundige behandelingsovereenkomst met de patiënt sluit, wordt de medisch–specialistische zorg ‘vanwege het ziekenhuis’ verstrekt. Daartoe is de specialist slechts in staat, indien hij een (toelatings–) overeenkomst heeft met het ziekenhuis, waarin het ziekenhuis van de specialist bedingt de zorg aan de patiënten ‘vanwege het ziekenhuis’ te verstrekken. Zulks, opdat het ziekenhuis kan voldoen aan zijn verplichtingen voortvloeiend uit de medewerkers–overeenkomst met het ziekenfonds.

Voor een zelfstandig declaratierecht is ook geen steun te vinden in de Ziekenfondswet die immers voorziet in een aanspraak op zorg van de verzekerde jegens het ziekenfonds. Voor de realisering daarvan dient het ziekenfonds contracten te sluiten met zorgaanbieders. Op grond van die contracten is de zorgaanbieder verplicht zorg te verlenen waar tegenover hij van het ziekenfonds betaling ontvangt.

De zorgaanbieder, in het onderhavige geval dus het ziekenhuis, respectievelijk de medisch–specialist, heeft uit dien hoofde een ‘declaratierecht’ jegens het ziekenfonds. Er bestaat geen recht op betaling jegens de verzekerde patiënt. Dat recht kan ook niet worden geconstrueerd met een beroep op art. 7:461 BW dat bepaalt dat de opdrachtgever (patiënt) aan de hulpverlener loon verschuldigd is ‘behoudens voor zover deze voor zijn werkzaamheden loon ontvangt op grond van het bij of krachtens de wet bepaalde dan wel uit de overeenkomst anders voortvloeit’³⁰.

Uit de toelichting op art. 7:461 BW blijkt, dat de in deze bepaling geformuleerde uitzondering van de verplichting van de opdrachtgever om loon te betalen onder meer is bedoeld voor de regeling van de Ziekenfondswet en de Awbz³¹. De zorgverlener krijgt juist geen rechtstreekse aanspraak op loon jegens de patiënt ‘... behoudens voor zover ...’), doch heeft in plaats daarvan een declaratierecht jegens de zorgverzekeraar krachtens de Ziekenfondswet of Awbz^{32,33}.

Uit de definitie van de geneeskundige behandelingsovereenkomst in art. 7:446 BW volgt dat de medewerkersovereenkomst (art. 44 Zfw) geen geneeskundige behandelingsovereenkomst is. De eis dat de

³⁰ Strikt genomen is de formulering van art. 7:461 BW niet helemaal juist. De aanspraak van de hulpverlener op betaling van de prijs van de zorg ontstaat immers niet rechtstreeks door de Ziekenfondswet of Awbz, doch is gebaseerd op de in het kader van die wet gesloten medewerkersovereenkomst. Deze rechtsverhouding vindt haar grondslag evenwel in de Ziekenfondswet of de Awbz.

³¹ Tweede Kamer, 21.561, nr. 3, p. 42.

³² Zie hierover ook het Advies Regeling behandelingsovereenkomst als benoemd contract in het Burgerlijk Wetboek, Ziekenfondsradaad, 1988, uitgavenummer 379, waarin dit onderscheid, met verwijzing naar de parlementaire geschiedenis van de Ziekenfondswet wordt geanalyseerd. De conclusie van de Ziekenfondsradaad luidt dat de relatie verzekerdermedewerker als een behandelingsovereenkomst is aan te merken met de bijzonderheid, dat daaraan voor de verzekerde per definitie een betalingsverplichting ontbreekt. Deze overeenkomst leidt derhalve in beginsel tot een eenzijdig verbindende behandelingsverplichting (p. 7). Aan het natura–model kan niet de opvatting worden ontleend dat het verzekeringsorgaan betaalt voor de verzekerde dan wel het diens betalingschuld overneemt (p. 6).

³³ Mede naar aanleiding van dit advies, en een advies met dezelfde strekking van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, is de wettelijke definitie van geneeskundige behandelingsovereenkomst aangescherpt.

hulpverlening die onderwerp van de overeenkomst is, rechtstreeks betrekking heeft op de persoon van de opdrachtgever of een bepaalde patiënt, sluit dit uit. Daarnaast is een ziekenfonds zelf niet als hulpverlener te beschouwen. De behandelingsovereenkomst komt derhalve in de driehoekpatiënt–zorgaanbieder (specialist/ziekenhuis)–ziekenfonds tot stand tussen de zorgaanbieder en de patiënt. Zie hiervoor de Memorie van toelichting op de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst³⁴ Om te voorkomen dat de onderscheiding van verzekerings- en behandelingsovereenkomst een verdubbeling in het recht op vergoeding met zich brengt, is art. 7:461 BW ingevoerd.

Indien wordt aangenomen dat de medisch–specialist onder de Integratiewet geen medewerkersovereenkomst heeft met het ziekenfonds, en hij dus geen vorderingsrecht ter zake van zijn honorarium meer heeft ten opzichte van het ziekenfonds, rijst de vraag jegens wie hij wel dat vorderingsrecht heeft. De nieuwe wet regelt dat niet, terwijl de zojuist besproken uitzondering van art. 7:461 niet meer van toepassing is. Roscam Abbing schrijft dat het feit dat de medisch–specialist onder de nieuwe wet geen zelfstandige medewerkersovereenkomst heeft niet betekent dat het ziekenfonds de financiële verplichtingen die uit de specialistische hulp voortvloeien niet meer zou dragen³⁵. Dat is op zichzelf juist, maar beantwoordt nog niet de vraag waarop het vorderingsrecht van de specialist ter zake van zijn honorarium in de toekomst berust.

Volgens de toelichting bij de wet is het de bedoeling dat de medisch–specialisten met het ziekenhuis contractuele afspraken maken over de aanspraak op honorering³⁶. De wet kent geen verplichting om een dergelijke overeenkomst te sluiten. Dat past bij de in paragraaf 5 genoemde terughoudendheid van de minister om zich in te laten met de onderlinge relaties binnen het ziekenhuis. Ook het hiervoor genoemde addendum scheidt op zichzelf geen verplichtingen en is slechts van toepassing voor zover dit in de contractuele verhouding tussen ziekenhuis en medischspecialist wordt opgenomen. Bovendien gaat het addendum (art. 2.1) er weliswaar vanuit dat de specialist een honorarium toekomt, maar niet op welke grond de specialist het honorarium toekomt: een overeenkomst met de patiënt, de ziektekostenverzekeraar of met het ziekenhuis. In het hiervoor aangehaalde advies wijst de landsadvocaat er daarom op dat de kwestie van de honorering weliswaar moet worden geregeld in de contractuele relatie

tussen ziekenhuis en medisch–specialist, maar dat de Integratiewet hen daar vrij in laat.

7. Tot slot

Uit de voorgaande beschouwingen blijkt dat het bij de Integratiewet niet alleen maar gaat om een eenvoudige wijziging van de aanspraak op medisch–specialistische zorg zoals de volledige titel van de wet kan doen vermoeden. Ofschoon de wet zich strikt genomen beperkt tot een regeling van de verstrekking medisch–specialistische zorg is de reikwijdte in feite veel groter. De Integratiewet heeft ingrijpende gevolgen voor de beschreven relaties tussen ziekenhuis–ziekenfonds, ziekenhuis–medischspecialist en patiënt–medisch–specialist. Het meer genoemde artikel III over de verhouding van ziekenhuisbestuur en medisch–specialisten is daarvan een illustratie.

Hoe die wijzigingen precies zullen doorwerken in de onderscheiden verhoudingen geeft de wet niet nauwkeurig aan. In dat opzicht mist de wet voldoende juridische scherpte. Veel moet immers nader worden uitgewerkt. In ieder geval zijn nodig een nieuwe uitkomst van overleg tussen de representatieve organisaties van ziekenfondsen en ziekenhuizen, het op basis daarvan sluiten van overeenkomsten tussen ziekenhuizen en ziekenfondsen, het maken van afspraken in het kader van de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg), een herziening van de toelatingsovereenkomsten tussen ziekenhuis en medisch–specialist en juridisch–technische aanpassingen van lagere regelgeving.

Daar komt bij dat voor de genoemde uitwerking veelal de medewerking van partijen nodig is. Die medewerking is door de betrokken organisaties van medisch–specialisten, ziekenhuizen en verzekeraars toegezegd in het kader van het op 22 september 1997 gesloten convenant. Daarin is een aantal uitgangspunten geformuleerd onder meer met betrekking tot de aanpassing van de contractuele relatie tussen ziekenhuis en medisch–specialist³⁷. Dat convenant kan echter ook een zwakke steen blijken te zijn in het juridisch bouwwerk dat moet leiden tot het geïntegreerd medisch–specialistisch bedrijf. Uit de gegeven beschouwingen is gebleken dat een zeer groot deel van het bouwwerk nog moet worden opgetrokken binnen het raam van de herziening van de toelatingsovereenkomst. Een ander voorbeeld: dat het zogenaamde geïntegreerd

³⁴ Tweede Kamer, 21.561, nr. 3 p. 26–27.

³⁵ Roscam Abbing, H.D.C., De Nota van de specialist, Medisch Contact, 1998, 53, p. 1088–1089.

³⁶ Memorie van antwoord, Eerste Kamer, 25.258, 1997–1998, nr. 237b, p. 5.

³⁷ Aan de vooravond van de mondelinge behandeling van het wetsvoorstel door de Tweede Kamer, heeft de minister van VWS dit convenant aan het parlement gezonden. Dit document heeft een belangrijke rol gespeeld bij de besluitvorming door de Tweede Kamer en bij de behandeling van het wetsvoorstel door de Eerste Kamer.

declaratieverkeer voor particulier verzekerden op dezelfde wijze zal plaatsvinden als voor ziekenfonds-verzekerden berust eveneens alleen op het convenant. Datzelfde geldt voor Wtz-verzekerden. Het risico dat één of meer van de genoemde partijen de medewerking aan de uitvoering van het convenant zal heroverwegen is niet denkbeeldig. Immers de positionering van partijen ten opzichte van elkaar en ten opzichte van de overheid is evenmin steeds helder. Daar komt bij dat de Integratiewet niet nader uitwerking geeft aan de bepaling dat de medisch-specialist de ‘organisatorische kaders, aangegeven door het bestuur’ in acht neemt, terwijl evenmin helder is wat de inhoud is van de bepaling dat het bestuur van een ziekenhuis ‘het zorginhoudelijke kader, aangegeven door de medisch-specialisten’ in acht neemt en daartoe ‘overleg voert’ met de medisch-specialist ‘alvorens onderhandelingen met verzekeraars aan te gaan’. Ook dat moet nader contractueel tussen partijen worden uitgewerkt.

In dat verband is verder van belang dat evenmin duidelijk is hoe de door de minister als uitgangspunt vooropgestelde ‘volledige representativiteit’ van de Orde van Medisch Specialisten ‘voor de inhoud, de overeenkomsten en de tarieven’ in de praktijk zal worden gerealiseerd. Dat klemmt des te meer nu de belangrijkste overeenkomst na invoering van de Integratiewet zal worden gesloten tussen ziekenhuis en ziekenfonds. Dit geldt *mutatis mutandis* ook voor de bepaling van het daarbij behorende tarief.

Of het met de wet beoogde uitgangspunt van het ‘geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf’ ook daadwerkelijk zal worden bereikt is met name afhankelijk van de contractuele invulling die de bij de wet betrokken partijen aan hun onderlinge relaties geven. Slagen partijen daarin niet of onvoldoende dan zal de wet eerder aanleiding geven tot verwarring en frustratie dan tot het door ziekenhuis en medischspecialisten gezamenlijk dragen van verantwoordelijkheid voor integrale zorgverlening aan de patiënt.