



## 733

### **Besluit van 19 december 1991, houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in artikel 17a, eerste lid, van de Wet tarieven gezondheidszorg (Stb. 1980, 646) (Besluit werkingssfeer maximumtarieven)**

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, gedaan mede namens de Staatssecretaris van Economische Zaken, van 10 oktober 1990, VMP/O-415 714;

Gelet op artikel 1, tweede lid, en op artikel 17a van de Wet tarieven gezondheidszorg (Stb. 1980, 646);

De Raad van State gehoord (advies van 5 december 1990, W13.90 0517);

Gezien het nader rapport van de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, uitgebracht mede namens de Staatssecretaris van Economische Zaken, van 12 december 1991 VMP/O-91 709;

Hebben goedgevonden en verstaan:

#### **Artikel 1**

1. Als categorieën van organen voor gezondheidszorg, bedoeld in artikel 17a, eerste lid van de Wet tarieven gezondheidszorg (Stb. 1980, 646), worden aangewezen de in artikel 1, onder A, de nummers 22, 24, 25 en 32, en onder B, van het Besluit werkingssfeer Wet tarieven gezondheidszorg 1992 genoemde categorieën van organen voor gezondheidszorg.

2. Als categorieën van organen voor gezondheidszorg, bedoeld in artikel 17a, eerste lid van de Wet tarieven gezondheidszorg, worden mede aangewezen de personen en instellingen die ingevolge artikel 2, onder a, van het Besluit werkingssfeer Wet tarieven gezondheidszorg 1992 zijn aangemerkt als categorieën van organen voor gezondheidszorg alsmede de personen die ingevolge artikel 2, onder b, van dat besluit zijn aangemerkt als categorieën van organen voor gezondheidszorg.

#### **Artikel 2**

Dit besluit treedt in werking met ingang van het tijdstip waarop artikel I, de onderdelen A en N, en artikel II, onderdeel C, van de Wet stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase (Stb. 1991, 587) in hun geheel in werking treden.

### Artikel 3

Het advies van de Raad van State is openbaar gemaakt door terinzagelegging bij het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

Tevens zal het advies met de daarbij ter inzage gelegde stukken worden opgenomen in het bijvoegsel bij de Nederlandse Staatscourant van 14 januari 1992, nr. 9.

Dit besluit kan worden aangehaald als: Besluit werkingssfeer maximumtarieven.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst en dat daarvan afschrift zal worden gezonden aan de Raad van State.

's-Gravenhage, 19 december 1991

Beatrix

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

De Staatssecretaris van Economische Zaken,  
Y. C. M. T. van Rooy

Uitgegeven de *eenendertigste* december 1991

De Minister van Justitie  
E. M. H. Hirsch Ballin

## NOTA VAN TOELICHTING

### Algemeen

Door de inwerkingtreding van de Wet, houdende beperking van de contracteerplicht in de ziekenfondsverzekering en de bijzondere ziektekostenverzekering, invoering van de mogelijkheid een lager tarief in rekening te brengen dan het overeenkomstig de Wet tarieven gezondheidszorg goedgekeurde of vastgestelde tarief, alsmede enige andere wijzigingen in de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Wet tarieven gezondheidszorg (Stb. 1991, 584) is de Wet tarieven gezondheidszorg (Stb. 1980, 646), verder te noemen: de wet, met ingang van 1 januari 1992 op een aantal punten gewijzigd.

Een van deze punten is de opnemng van de mogelijkheid het door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) goedgekeurde of vastgestelde tarief voor aan te wijzen prestaties en voor prestaties van aan te wijzen categorieën van organen voor gezondheidszorg het karakter van maximumtarief te doen hebben. Hiermee wordt beoogd ruimte te scheppen voor meer dynamiek in de sfeer van de prijsvorming. Al naar gelang de omstandigheden kunnen tussen de lokale ziektekostenverzekeraar en een orgaan voor gezondheidszorg, zonder tussenkomst van het COTG, op die omstandigheden afgestemde tarieven worden overeengekomen, mits deze gelijk zijn aan of lager zijn dan het geldende maximumtarief.

De wet bepaalt niet zelf voor welke prestaties de bedoelde mogelijkheid wordt geïntroduceerd. Artikel 17a van de wet draagt op bij algemene maatregel van bestuur prestaties of categorieën van organen voor gezondheidszorg aan te wijzen, waarvoor het regime van maximumtarieven zal gelden.

Het kabinet acht een gedifferentieerde prijsvorming, mede in het licht van de door het kabinet beoogde stapsgewijze wijziging van het huidige stelsel van ziektekostenverzekering, van groot belang. Het wordt voor alle categorieën van organen voor gezondheidszorg wenselijk geacht dat er zoveel mogelijk op het individuele geval toegesneden overeenkomsten met ziektekostenverzekeraars – met inbegrip van de ziekenfondsen en de uitvoeringsorganen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) (Stb. 1990, 176) – over zowel de kwaliteit, het volume als de prijs van de zorg tot stand komen. Hoewel de wet daartoe wel de mogelijkheid bood, was uitgangspunt dat er zoveel mogelijk uniforme tarieven tot stand dienden te komen. Tot op heden is een gedifferentieerde prijsvorming, voor wat betreft de beroepsbeoefenaren – bedoeld zijn de individuele beroepsbeoefenaren, genoemd in artikel 1, onder B, en artikel 2 van het Besluit werkingssfeer Wet tarieven gezondheidszorg 1992, hierna te noemen: besluit werkingssfeer –, dan ook niet of nauwelijks van de grond gekomen. Voor de meeste instellingen ligt de zaak genuanceerder. In zekere zin geldt nu reeds voor deze instellingen een met de regeling van maximumtarieven verwantschap vertonend tariefregime. Voor elke instelling wordt immers een individueel tarief (budget) overeengekomen of vastgesteld.

Het richtlijnenstelsel fungeert daarbij in principe als maximum.

In het besluit worden voor de toepassing van het regime van maximumtarieven dan ook aangewezen de prestaties van de individuele beroepsbeoefenaren (huisartsen, apotheekhoudende huisartsen, apothekers, tandartsen, tandartsspecialisten, medisch specialisten, verloskundigen, fysiotherapeuten, oefentherapeuten Mensendieck en César en logopedisten) alsmede van enkele daarmee nauw verwante instellingen, te weten de gezondheidscentra, de instellingen voor jeugdtandverzorging, de tandheelkundige instellingen (centra) en de instel-

lingen, bedoeld in artikel 1, onder A-32 (voorheen A-42-instelling), van het Besluit werkingssfeer (bijv. artsen-BV's).

Het gaat om instellingen waarin uitsluitend of in hoofdzaak de hiervoor bedoelde beroepsbeoefenaren werkzaam zijn en welke dezelfde of vergelijkbare tarieven/tariefstructuren kennen als die van die beroepsbeoefenaren.

Aldus wordt tegengegaan dat beroepsbeoefenaren de hiervoor bedoelde instellingen gaan beconcurreren op prijs in relatie tot kwaliteit, zonder dat deze laatste buiten het COTG om hun prijzen kunnen verlagen. Bovendien wordt op die manier voorkomen dat individuele beroepsbeoefenaren zich eventueel aan de werking van de regeling van maximumtarieven zouden kunnen onttrekken door hun werkzaamheden onder te brengen in een zodanige instelling.

De gezondheidscentra kennen geen specifieke, door het COTG goedgekeurde of vastgestelde tarieven. De tarieven die van toepassing zijn op de individuele beroepsbeoefenaren en de zogenaamde A-32-instellingen (de instellingen bedoeld onder A-32 van artikel 1 van het besluit werkingssfeer) worden in de praktijk eveneens toegepast door de gezondheidscentra. Ter dekking van eventuele tekorten kan er een beroep worden gedaan op een tweetal subsidieregelingen.

In de eerste plaats bestaat er ter bevordering van de inhoudelijke samenwerking tussen de verschillende beroepsbeoefenaren een subsidieregeling van het Ministerie van WVC. Het gaat daarbij om gezondheidscentra waarin individuele beroepsbeoefenaren werkzaam zijn in dienstverband. Er geldt een subsidieplafond.

In de tweede plaats heeft de Ziekenfondsraad op basis van artikel 52, eerste lid, onder e, van de AWBZ (thans artikel 39, derde lid, onder h, van de Wet financiering volksverzekeringen, Stb. 1989, 129) een subsidieregeling vastgesteld. Deze regeling heeft in principe een open-eind-karakter: tekorten zijn subsidiabel tot een bepaald maximum.

De aanwijzing van gezondheidscentra kan onder omstandigheden interfereren met beide hiervoor aangeduide subsidieregelingen. Immers, het in rekening brengen door een gezondheidscentrum van lagere tarieven dan de maximumtarieven kan betekenen dat de tekorten groter zullen worden.

Op langere termijn – nadat de omvorming van het huidige stelsel naar het nieuwe verzekeringsstelsel zal zijn voltooid – zijn subsidieregelingen als hiervoor bedoeld, niet meer passend. Als gezondheidscentra meerwaarde hebben, zouden deze centra hogere dan de voor beroepsbeoefenaren geldende prijzen moeten kunnen afspreken met de ziektekostenverzekeraars. Zo deze laatste daartoe niet bereid zijn, is er kennelijk geen behoefte aan (de diensten van) dat gezondheidscentrum.

Daarvan uitgaande, is het de vraag of de bestaande subsidieregelingen in de overgangperiode – zijnde de periode waarin de transformatie van het huidige stelsel naar het nieuwe verzekeringsstelsel plaatsvindt en waarin de regeling van maximumtarieven in ieder geval van kracht is – in volle omvang gehandhaafd dienen te worden. Ondergetekenden achten het in ieder geval van belang dat bij de inwerkingtreding van dit besluit de subsidieregeling van de Ziekenfondsraad met het oog op de hiervoor bedoelde interferentie wordt aangepast.

De instellingen voor jeugd tandverzorging worden niet gesubsidieerd. De instellingen voor jeugd tandverzorging verrichten in wezen diensten die vergelijkbaar zijn met die van de tandartsen. Ook hanteren ze in principe dezelfde tarieven. Aanwijzing van deze instellingen ligt derhalve voor de hand. Hetzelfde geldt voor wat betreft de tandheelkundige instellingen (centra) als bedoeld in artikel 7, vierde lid, van het Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering (Stb. 1971, 550). Weliswaar gaat het

daarbij veelal om bijzondere verrichtingen ten behoeve van gehandicapten, maar dit wettigt geen verschil in tariefregime tussen tandheelkundige instellingen en tandartsen.

De richtlijnen/tarieven die het COTG heeft vastgesteld of goedgekeurd ten aanzien van beroepsbeoefenaren, gelden krachtens de daaraan gegeven werkingssfeer ook voor de A-32-instellingen. Het gaat daarbij om instellingen (zoals artsen-bv's), in het kader waarvan gezondheidszorgprestaties worden geleverd door beroepsbeoefenaren als hiervoor bedoeld en waarvan de werkzaamheden uitsluitend of in hoofdzaak op die gezondheidszorgprestaties gericht zijn. Door de aanwijzing van deze instellingen blijft het tariefregime ten aanzien van deze instellingen gelijk aan dat voor de desbetreffende beroepsbeoefenaren.

Omdat de intramurale instellingen niet worden aangewezen, blijven ook voor de nevenverrichtingen vaste neventarieven gelden. Onder neventarieven worden verstaan de door (met name intramurale) instellingen afzonderlijk in rekening te brengen tarieven voor nevenverrichtingen (in het bijzonder in de medisch specialistische sfeer), die niet in de verpleegtarieven zijn begrepen. De instellingen zijn binnen door het COTG vastgestelde regels vrij al dan niet neventarieven in rekening te brengen. Sommige instellingen kiezen ervoor alleen verpleegtarieven te hanteren. Deze zullen dan, vergeleken met de verpleegtarieven van instellingen die ook neventarieven berekenen, hoger zijn. Immers, de functie van tarieven onder een budgetsysteem is primair de toerekening van het voor de betrokken instelling vastgestelde budget aan de verzekeraars en de patiënten.

Voor wat betreft de nevenverrichtingen, worden maximumtarieven op dit moment niet zinvol geacht. Deze verrichtingen kunnen namelijk niet los worden gezien van het voor die instellingen geldende budgetsysteem. Indien voor een nevenverrichting een lager tarief zou worden gerekend dan het door het COTG goedgekeurde of vastgestelde tarief, heeft dat geen invloed op de hoogte van het budget, omdat het lagere neventarief zal worden gecompenseerd door een hoger verpleegtarief. Per saldo zou het effect nihil zijn. In enkele gevallen zijn, in afwijking van een algemeen (dat wil zeggen voor een categorie van prestaties) geldend tarief ten aanzien van beroepsbeoefenaren of daarmee nauwe verwantschap vertonende instellingen, individuele tarieven van kracht. Een algemeen geldend tarief wordt door een beroepsbeoefenaar niet in rekening gebracht indien voor zijn prestaties een afwijkend individueel tarief door het COTG is goedgekeurd of vastgesteld. Een individueel tarief geldt slechts voor één orgaan voor gezondheidszorg. Het kan daarbij gaan om een prestatie, die een verbijzondering is van de prestatie waarvoor het algemene tarief geldt. Ook kan een enigszins afwijkende prestatie in het geding zijn. Een derde mogelijkheid is dat het weliswaar om een vergelijkbare prestatie gaat, maar dat de kosten ervan zeer afwijkend zijn. Een verzoek om vaststelling van een maximumtarief door een orgaan voor gezondheidszorg afzonderlijk dan wel een ziektekostenverzekeraar afzonderlijk behoort niet tot de mogelijkheden.

Het besluit strekt ertoe de beroepsbeoefenaren en de daarmee nauwe verwantschap vertonende instellingen, ook voor zover daarvoor thans afwijkende individuele tarieven gelden, onder de werking van het regime van maximumtarieven te brengen. Alle vóór het van kracht worden van het besluit (zowel algemeen als individueel) geldende tarieven krijgen op grond van artikel 43 van de WTG het karakter van maximumtarieven. De werkingssfeer van deze maximumtarieven is dezelfde als die van de daarvóór geldende (punt)tarieven. In concreto betekent dit dat een algemeen geldend maximumtarief alleen niet geldt voor zover er een afwijkend individueel maximumtarief van kracht is. De betekenis van een

individueel maximumtarief is beperkter dan die van een algemeen maximumtarief. Een individueel maximumtarief heeft immers slechts betrekking op één orgaan voor gezondheidszorg. De betekenis is dan dat dat orgaan aan verzekeraars/patiënten verschillende tarieven in rekening kan brengen, zolang die tarieven niet hoger zijn dan het individuele maximumtarief.

Goedkeuring/vaststelling van maximumtarieven vindt in principe plaats op voorstel van representatieve organisaties van ziektekostenverzekeraars en van organen voor gezondheidszorg samen met één of meer ziektekostenverzekeraars een verzoek indienen voor de vaststelling van een maximumtarief. Een dergelijk verzoek kan slechts worden ingediend als niet al een maximumtarief voor de desbetreffende prestatie van kracht is, en er derhalve sprake is van een «nieuwe prestatie» tenzij er inmiddels een verzoek tot goedkeuring of vaststelling van zo'n maximumtarief bij het COTG in behandeling is. Deze procedure-regels hebben zowel betrekking op algemeen geldende maximumtarieven als op een voor één geval geldend individueel maximumtarief. In verband hiermee zal, naar verwachting, de totstandkoming van nieuwe individuele maximumtarieven tot een minimum beperkt kunnen blijven.

Bij de redactie van het besluit is uitgegaan van het (nieuwe) Besluit werkkingsfeer Wet tarieven gezondheidszorg 1992. Dat besluit, dat gelijktijdig met dit besluit in werking treedt, kent in verband met de introductie in het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering (Stb. 1991, 590) van een aantal functioneel omschreven zorgaanspraken een gedeeltelijk gewijzigde aanwijzing van organen voor gezondheidszorg waarop de wet van toepassing is. In artikel 2 van dat besluit worden thans afzonderlijk aangewezen de instellingen en personen die – onder welke naam ook – de functioneel omschreven zorg leveren.

In aansluiting daarop is in dit besluit in artikel 1, tweede lid, een afzonderlijke bepaling opgenomen, die het regime van maximumtarieven toepasselijk verklaart op personen en instellingen voor zover het de functioneel omschreven farmaceutische zorg betreft, en ten aanzien van personen voor zover het de functioneel omschreven revalidatiezorg betreft. Voor instellingen die functioneel omschreven zorg op het terrein van de revalidatie leveren, wordt derhalve vooralsnog niet in toepassing van het maximumtarievenregime voorzien.

Het onderhavige besluit, dat rechtstreeks voortvloeit uit de wijziging van de wet, is aan de hand van de beknopte vragenlijst zoals opgenomen in de aanwijzingen inzake toetsing van ontwerpen van wet en van algemene maatregel van bestuur op dereguleringsaspecten getoetst. Daaruit bleek dat het besluit uit dereguleringsoogpunt geen bezwaar ontmoet.

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

De Staatssecretaris van Economische Zaken,  
Y. C. M. T. van Rooy