
525

Besluit van 18 oktober 2001, houdende wijziging van het Besluit werkingssfeer WTG 1992 in verband met de aanwijzing van huisartsendienstenstructuren als afzonderlijke categorie van organen voor gezondheidszorg in de zin van de Wet tarieven gezondheidszorg (huisartsendienstenstructuren WTG)

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

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 13 juli 2001, kenmerk Z/P-2197638;

Gelet op artikel 1, tweede lid, van de Wet tarieven gezondheidszorg;
De Raad van State gehoord, advies van 13 september 2001, kenmerk W13.01.0423/III;

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 11 oktober 2001, kenmerk Z/P-2220266.

Hebben goedgevonden en verstaan:

ARTIKEL I

Artikel 1, onder A, van het Besluit werkingssfeer WTG 1992¹ wordt als volgt gewijzigd:

1. Na onderdeel 29b wordt een onderdeel ingevoegd, luidende:
29c huisartsendienstenstructuren, waaronder wordt verstaan: rechts-persoonlijkheid bezittende organisatorische verbanden van beroeps-beoefenaren als bedoeld onder B, onderdeel 1, welke verbanden enkel zijn aangegaan ten behoeve van de levering gedurende avond, nacht en weekend van door die beroepsbeoefenaren te leveren huisartsenzorg als waarop bij of krachtens de Ziekenfondswet aanspraak bestaat, ongeacht de wijze waarop de kosten daarvan worden vergoed, waarmee door een ziekenfonds een medewerkersovereenkomst als bedoeld in de artikelen 44 en 45 van de Ziekenfondswet is gesloten voor de levering enkel gedurende avond, nacht en weekend van huisartsenzorg als waarop bij of krachtens die wet aanspraak bestaat, waardoor een beroepsbeoefenaar met wie dat ziekenfonds voor de levering van huisartsenzorg een medewerkersovereenkomst heeft gesloten gedurende avond, nacht en weekend van de levering van die zorg is vrijgesteld zolang eerstbedoelde medewerkersovereenkomst geldt.

2. In onderdeel 30 wordt «29b» vervangen door 29c.

ARTIKEL II

¹ Stb. 1991, 732, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 17 mei 2000, Stb. 221.

Het advies van de Raad van State wordt niet openbaar gemaakt op grond van artikel 25a, vijfde lid jo vierde lid, onder b van de Wet op de Raad van State, omdat het uitsluitend opmerkingen van redactionele aard bevat.

Dit besluit treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van het Staatsblad waarin het wordt geplaatst, en werkt het terug tot en met 1 juli 2001.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

's-Gravenhage, 18 oktober 2001

Beatrix

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

Uitgegeven de *achtste* november 2001

De Minister van Justitie,
A. H. Korthals

Algemeen deel

1. Inleiding

Doel van dit besluit is er aan bij te dragen de huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend zodanig te kunnen financieren dat de continuïteit en kwaliteit van die zorg blijft gewaarborgd voor alle ingezetenen van Nederland. Op dit moment gaan de financiële en organisatorische arrangementen voor de volledige huisartsenzorg nog hoofdzakelijk uit van de huisarts als solist, terwijl huisartsen zich – teneinde het hoofd te bieden aan een toenemende werklust – voor de huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend steeds meer in zogenoemde dienstenstructuren verenigen. Het is derhalve noodzakelijk dat er naast organisatorische ook adequate financiële arrangementen komen die er op toegesneden zijn om die huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend door dergelijke huisartsendienstenstructuren uit te kunnen laten voeren. (Zorgnota 2001, Kamerstukken II, 2000–2001, 27 401, nrs. 1–2, p. 83–84).

Met dit besluit wordt het voor individuele huisartsen en ziektekostenverzekeraars mogelijk om dienstenstructuren in te richten in het hele land, conform de wens zoals die door de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) in hun op 13 februari 2001 ondertekende hoofdlijnenakkoord is neergelegd.

De individuele invulling en uitwerking van een dienstenstructuur is sterk afhankelijk van de plaatselijke en regionale omstandigheden. Het is thans niet mogelijk een algemene norm te formuleren voor de beantwoording van de vraag welke (extra) middelen voor huisartsenzorg in avond, nacht en weekend ten algemene beschikbaar moeten zijn. Het is derhalve niet mogelijk voor deze huisartsendienstenstructuren de maximumtarieven-systematiek van de WTG te hanteren.

Het onderhavige besluit is nodig om voor de huisartsendienstenstructuren tijdelijk over te gaan op een systeem waarbij per individuele structuur na een individuele beoordeling van het CTG een tarief wordt vastgesteld. Op deze wijze wordt op korte termijn inzicht verkregen in de inrichting, functionaliteit en kosten van dienstenstructuren. Met die informatie wordt een algemene norm voor bekostiging in beleidsregels van het CTG vastgelegd en wordt na vastlegging daarvan overgegaan naar een maximumtariefsysteem. De bedoelde beleidsregel zal van algemene toepassing zijn, zodat er geen prikkel is om voor een bepaalde uitvoeringsmodaliteit te kiezen.

Uitgangspunt is dat de ontwikkelingen die in gang worden gezet met het onderhavige besluit in lijn liggen met de wijziging van het stelsel van ziektekostenverzekeringen waarover het kabinet zich thans buigt.

2. Primaat huisartsenzorg

Uitgangspunt blijft dat het primaat voor de levering van huisartsenzorg ligt bij de individuele huisarts; de huisarts blijft in beginsel verantwoordelijk voor de levering van 7 x 24 uur huisartsenzorg. Een deel van die verantwoordelijkheid – in de vorm van huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend – kan worden doorgegeven aan een dienstenstructuur; dat moet in de individuele medewerkersovereenkomst in de zin van de Ziekenfondswet tussen huisarts en ziekenfonds vastliggen. De huisarts regelt zelf of de dienstenstructuur ook de levering overneemt van de huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend aan personen die een particuliere ziektekostenverzekering hebben, deelnemers aan een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren en personen die geen ziektekostenverzekering hebben.

Onder huisarts wordt verstaan degene die als huisarts is ingeschreven in het register voor huisartsen en verpleeghuisartsen en die derhalve titelbescherming geniet op grond van de Wet op de individuele beroepen in de gezondheidszorg. Het is niet de bedoeling dat huisartsenzorg wordt geleverd door anderen dan huisartsen.

Met huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend wordt huisartsenzorg van dezelfde kwaliteit en inhoud bedoeld als huisartsenzorg die geleverd wordt buiten avond, nacht en weekend. Met onderhavig besluit wordt uitdrukkelijk niet een tweedeling in zorginhoud nagestreefd doch slechts een mogelijkheid toegevoegd aan de wijzen waarop huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend kan worden geleverd door huisartsen.

3. Noodzaak huisartsendienstenstructuren

Eind 1999 constateerden de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), ZN en de LHV dat de huisartsenzorg gedurende avond-, nacht- en weekenduren («de diensten») aandacht vereiste. Steeds meer huisartsen gaven de voorkeur aan een minder zware belasting van hun avond-, nacht- en weekenddiensten. Op een aantal plaatsen ontstonden (vaak op tijdelijke basis geregelde) organisatorische verbanden van huisartsen, aangeduid als «dienstenstructuren», die door middel van gecombineerde inzet van extra middelen en personeel de werklast van de deelnemende huisartsen verlichten. Bij de behandeling van de Zorgnota 2000 (Kamerstukken II, 1999/2000, 26 801, nrs. 26 en 28) constateerde de Tweede Kamer der Staten-Generaal dat «de signalen van huisartsen, dat de diensten als zeer belastend worden ervaren, serieus genomen dienen te worden» en was van oordeel dat «voor het behoud van de continuïteit en kwaliteit van de huisartsenzorg buiten kantooruren op korte termijn adequate oplossingen voor de zogenaamde diensten moeten worden doorgevoerd». De Tweede Kamer droeg de minister op een oplossingsrichting aan te geven voor de diensten (Motie Van Blerck-Woerdman van 22 november 1999; Kamerstukken II, 1999/2000, 26 801, nr. 18).

In de loop van het jaar 2000 is het «diensten»-vraagstuk in snel tempo actueler geworden. Daarvan getuigen onder andere het verslag van een schriftelijk overleg op 30 maart 2000 met de Vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Kamerstukken II, 1999–2000, 26 801, nr. 39) en de beantwoording van vragen van leden van de Tweede Kamer der Staten-Generaal (Aanhangsel Handelingen II, 1999–2000, nrs. 1395 en 1809). De minister heeft in het najaar 2000 zowel in een brief aan alle huisartsen als in de Tweede Kamer aangegeven de ontwikkeling van adequate dienstenstructuren te willen stimuleren en partijen opgeroepen om voor medio 2001 in het hele land dienstenstructuren op te richten. In vrijwel alle delen van het land bestaan inmiddels plannen of concrete initiatieven om dienstenstructuren te starten (Brief minister van 17 januari 2001 aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal over interpellatie inzake huisartsenzorg; Kamerstukken II, 2000/01, 24 701 en 27 583, nr. 42).

4. Financiering dienstenstructuur

De huisartsenzorg in avond, nacht en weekend wordt thans gefinancierd door middel van de in rekening gebrachte tarieven door individuele huisartsen, huisartsen werkzaam in gezondheidscentra en samenwerkingsverbanden van huisartsen, volgens de regels die bij of krachtens de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) zijn gesteld. Die financiering is thans gebaseerd op de bekostiging van de huisarts als solist (Advies van 5 april 2001 «Een gezonde spil in de zorg», Commissie toekomstige financieringsstructuur huisartsenzorg).

Bij ziektekostenverzekeraars en huisartsen bestaat de wens de huisartsenzorg in avond, nacht en weekend ook te kunnen laten leveren door organisatorische verbanden die enkel met dat doel in het leven zijn geroepen. Daarbij wensen zij dat elk organisatorisch verband een door het CTG goedgekeurd of vastgesteld tarief in rekening kan brengen dat is toegesneden op de individuele situatie van het desbetreffende organisatorisch verband (zie het hoofdlijnenakkoord dat op 13 februari 2001 is getekend door ZN en LHV). Zij hebben aan de minister verzocht hen te faciliteren met de onderhavige regeling.

De minister heeft in de Tweede Kamer desgevraagd aangegeven een structurele regeling tot stand te willen brengen (Interpellatiedebat huisartsenzorg 17 januari 2001; Handelingen II, 2000/01, 3098–3115) waarmee de juridische belemmeringen worden opgeheven voor huisartsen en ziektekostenverzekeraars om onderling goede afspraken te maken over de inrichting van de huisartsenzorg in avond, nacht en weekend in de regio. Dit besluit voldoet daaraan. Deelname in een dienstenstructuur zal vanzelfsprekend consequenties hebben voor het inkomen van de deelnemende huisarts. Huisartsen worden minder belast door de overdracht van hun avond-, nachten weekenddiensten naar de dienstenstructuren, hetgeen zal leiden tot een aangepaste vergoeding voor deze diensten. Het is aan het CTG om hiervoor in overleg met ziektekostenverzekeraars en huisartsen tot een beleidsregelaanpassing te komen.

5. Plaats huisartsendienstenstructuren in de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG)

Op de organisatorische verbanden die zelfstandig huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend leveren is de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) thans reeds van toepassing. Deze samenwerkingsverbanden van huisartsen vallen onder een van de categorieën van organen voor gezondheidszorg die zijn aangewezen onder artikel 1, onder A, onderdelen 32 en (wellicht in een enkel uitzonderingsgeval) 33, van het Besluit werkingssfeer WTG 1992 (BWWTG1992) (de zogenaamde A-32 en A-33 instellingen).

Deze instellingen zijn tevens aangewezen in het Besluit werkingssfeer maximumtarieven WTG (BWMWTG), zodat op deze instellingen de maximumtarieven systematiek van de WTG (hoofdstuk II, titel 4a) van toepassing is. Bij instellingen en personen die behoren tot een categorie waarop die maximumtarieven systematiek van toepassing is, vindt geen individuele beoordeling plaats van de tarieven door het College tarieven gezondheidszorg (CTG). Dergelijke organen mogen een tarief in rekening brengen dat niet hoger is dan het door het CTG voor die categorie vastgestelde maximumtarief. In casu zijn voor deze instellingen thans de maximumtarieven van het CTG van toepassing die ook gelden voor huisartsen.

Het is echter de bedoeling van ziektekostenverzekeraars en huisartsen dat elke huisartsendienstenstructuur een door het CTG goedgekeurd of vastgesteld tarief in rekening kan brengen dat is toegesneden op de individuele situatie van de desbetreffende dienstenstructuur.

Om dat te bewerkstelligen moet er een afzonderlijke categorie van organen voor gezondheidszorg worden aangewezen waarop niet de maximumtarieven systematiek van de WTG van toepassing is.

De reden voor die wens tot individuele toetsing is gelegen in het volgende.

De voorwaarden voor goede kwaliteit en continuïteit van huisartsenzorg in avond, nacht en weekend worden verhoogd door de inzet van meer personele en infrastructurele middelen in bijvoorbeeld de vorm van een

dokterspost met ondersteunend personeel, ondersteunende informatie- en communicatietechnologie en ondersteunend vervoer voor visites aan patiënten.

De invulling en uitwerking hiervan is echter sterk afhankelijk van de plaatselijke en regionale omstandigheden. Het is derhalve moeilijk thans een algemene norm te vinden voor de beantwoording van de vraag welke extra middelen voor huisartsenzorg in avond, nacht en weekend beschikbaar moeten zijn. Aan de hand van ervaring en evaluatie zal daar op langere termijn meer duidelijkheid in komen (zie hierna paragraaf 8). Om die redenen ligt het hanteren van de maximumtarievenssystematiek van de WVG in deze aanloopfase niet voor de hand. Nadat huisartsen en ziektekostenverzekeraars hebben onderhandeld over het tarief dat de individuele dienstenstructuur voor het leveren van huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend in rekening mag brengen wordt dit onderhandelingsresultaat aan het CTG ter beoordeling voorgelegd. Het CTG keurt na beoordeling het onderhandelingsvoorstel goed of stelt zelf een tarief vast. Op die wijze kan tevens een beter inzicht worden verkregen in de inzet van middelen en de daarmee gepaard gaande kosten. Tevens kan dan beter rekening worden gehouden met de mogelijke implementatie van het kabinetsstandpunt op het rapport van de Commissie toekomstige financieringsstructuur huisartsenzorg (zie instellingsbeschikking in Staatscourant 28 december 2000, nr. 251, pag. 35). Aldus is besloten om dienstenstructuren in deze fase individueel te (laten) beoordelen door het CTG.

Om de huisartsendienstenstructuren te onderscheiden van de hiervoor bedoelde categorie van de A-32 en A-33 instellingen en om op deze categorie de zogenoemde «punt»tarievenssystematiek van de WVG (hoofdstuk II, titel 2 t/m 3) toe te passen is nodig de huisartsendienstenstructuren als afzonderlijke categorie van organen voor gezondheidszorg te vermelden in het BWWTG1992 en vermelding van deze (nieuwe) categorie in het BWMWTG achterwege te laten.

Met onderhavig besluit worden huisartsendienstenstructuren aangegeven als afzonderlijke categorie van organen voor gezondheidszorg in de zin van de WVG. Door deze wijziging kan huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend ook geleverd worden door een organisatorisch verband dat daarvoor een op dat individuele organisatorische verband toegesneden en door het CTG goedgekeurd of vastgesteld tarief in rekening kan brengen.

Op deze wijze kan door de inzet van huisartsen en ziektekostenverzekeraars zeker worden gesteld dat de continuïteit en kwaliteit van de huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend voor de bevolking beschikbaar blijft door een adequate wijze van bekostiging en financiering die is toegesneden op de huisartsendienstenstructuren.

Huisartsendienstenstructuren kunnen tarieven in rekening brengen als het CTG aan de desbetreffende dienstenstructuur een tariefbeschikking heeft afgegeven. De dienstenstructuur en de ziektekostenverzekeraar kunnen daartoe bij het CTG een tariefverzoek indienen. Op deze wijze kan het CTG afzonderlijke tarieven voor deze dienstenstructuren goedkeuren dan wel vaststellen.

In de artikelsgewijze toelichting wordt nader ingegaan op de gekozen definitie.

6. Andere samenwerkingsverbanden huisartsen

Door de expliciete en afzonderlijke vermelding van de huisartsendienstenstructuren in het BWWTG1992 wordt de werkingssfeer van de A-32 en A-33 categorie van organen voor gezondheidszorg wat betreft huisartsen beperkt. Wat betreft de in deze categorie overblijvende

organisatorische eenheden of samenwerkingsverbanden van huisartsen valt te denken aan solopraktijken (waaronder ook wordt begrepen een organisatorisch verband van één huisarts en andere beroepsbeoefenaren) en organisatorische verbanden die 7 x 24 uur huisartsenzorg leveren. Verder resteren alle organisatorische eenheden of samenwerkingsverbanden van andere beroepsbeoefenaren onder de A-32 dan wel A-33 categorie, voorzover ook zij niet daarvan zijn te onderscheiden in afzonderlijk aangewezen categorieën van organen voor gezondheidszorg, zoals de categorieën aangewezen in artikel 1, onder A, onderdelen 29a en 29b, van laatstbedoeld besluit. Voor deze restcategorieën is in de vigerende maximumtarieven reeds rekening gehouden met kosten voor waarneming. Een uitgebreide toelichting op de categorieën A-32 en A-33 geeft de nota van toelichting in paragraaf 3 van het Besluit van 11 november 1997 houdende wijziging van het Besluit werkingssfeer WTG 1992, het Besluit werkingssfeer maximumtarieven WTG, het Vrijstellingsbesluit WTG en het Besluit gegevensverstrekking Wet tarieven gezondheidszorg in verband met het leveren van vervangende hulp in het kader van de Ziekenfondswet en enige andere aangelegenheden (vervangende hulp WTG) (Staatsblad 1997, 548).

Voldoet een instelling voor huisartsenzorg (gedurende avond, nacht en weekend) niet aan de omschrijving van huisartsendienstenstructuur zoals die luidt ingevolge onderhavig besluit, dan behoort zo'n instelling tot de categorie van A-32 of A-33 instellingen. In dat geval is op die instelling niet de punttarieven systematiek van de WTG van toepassing maar de maximumtarieven systematiek.

7. Mogelijkheden huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend

Na inwerkingtreding van dit besluit bestaan er drie hoofdwegen waarlangs de huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend kan worden gedeclareerd.

In de eerste plaats door een individuele huisarts met een klassieke waarnemingsregeling. Deze huisarts brengt zelf de tarieven in rekening voor de huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend ook al is de daadwerkelijke zorg verleent door de waarnemer. Er gelden WTG maximumtarieven voor de huisarts (artikel 1, eerste lid, onder B, onderdeel 1, BWWTG1992 jo. artikel 1, eerste lid, onder b, onderdeel 1, BMMWTG).

In de tweede plaats wordt de geleverde huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend in rekening gebracht door het samenwerkingsverband waarin de huisarts deelneemt die de zorg daadwerkelijk heeft verleend. Voor het samenwerkingsverband gelden de WTG – maximumtarieven gelijk aan die voor de huisarts artikel 1, eerste lid, onder A, onderdeel 32 (33), BWWTG1992 jo. artikel 1, eerste lid, onder a, onderdeel 3 (4), BMMWTG.

In de derde plaats kan de huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend in rekening worden gebracht door de dienstenstructuur (artikel 1, eerste lid, onder A, onderdeel 29c, BWWTG1992). Hiervoor geldt een per dienstenstructuur goedgekeurd of vastgesteld tarief.

Daarnaast zijn er nog wegen met maximumtarieven voor huisartsen die werkzaam zijn in een gezondheidscentrum (artikel 1, eerste lid, onder A, onderdeel 22, BWWTG1992 jo. artikel 1, eerste lid, onder a, onderdeel 2, BMMWTG) of in een geïnstitutionaliseerd samenwerkingsverband als bijvoorbeeld een «hagro» (huisartsengroep) en een «hoed» (huisartsen onder een dak) (artikel 1, eerste lid, onder A, onderdeel 32, BWWTG1992 jo. artikel 1, eerste lid, onder a, onderdeel 3, BMMWTG).

Huisartsen en ziektekostenverzekeraars maken samen de keuze hoe zij de huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend vorm geven. Dit besluit geeft hen een derde mogelijkheid.

8. Kwaliteit, harmonisering en uniformering

Met de in dit besluit geformuleerde definitie van huisartsendienstenstructuur is uitdrukkelijk beoogd geen kwaliteitsnorm te stellen, noch deze in de definitie vast te leggen. Dat is om navolgende redenen ook niet gewenst. De minister heeft meerdere malen ziektekostenverzekeraars en huisartsen gevraagd zo snel mogelijk dienstenstructuren te realiseren die kunnen bijdragen aan continuïteit en kwaliteit van huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend. De prioriteit heeft – zoals boven aangegeven – in het belang van de patiëntenzorg eerst gelegen op het totstandkomen van dergelijke structuren.

Kwaliteitseisen stellen in de definitie remt de totstandkoming van dienstenstructuren en werpt juridische belemmeringen op voor huisartsen en ziektekostenverzekeraars om voortvarend onderling goede afspraken te maken over de inrichting van de huisartsenzorg in avond, nacht en weekend in de regio.

Met de verschillen tussen de totstandgekomen huisartsendienstenstructuren kan wel rekening worden gehouden in de beleidsregels van het CTG die ontwikkeld moeten worden ter toetsing van tariefaanvragen van dienstenstructuren. Het CTG stelt beleidsregels vast omtrent de hoogte, de opbouw en de wijze van berekening van een tarief of van onderdelen van een tarief; het CTG kan in een beleidsregel opnemen aan wie een tarief in het onderlinge verkeer in rekening dient te worden gebracht (artikel 11, eerste lid, WTG). In die beleidsregels kan bijvoorbeeld worden aangegeven dat voor een dienstenstructuur van verschillende omvang (aantal deelnemende huisartsen of aantal patiënten) op verschillende wijze kosten mogen worden doorberekend in het tarief.

Naar verwachting zullen de dienstenstructuren al lerend van elkaar qua outillage en omvang naar elkaar toegroeien. Ook de onderbouwing van de tariefvoorstellen bij het CTG levert informatie op die door betrokken partijen kan worden gebruikt voor harmonisering en uniformering van de dienstenstructuren, zodanig dat het CTG voor de bekostiging van de huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend beleidsregels op kan stellen.

Een ander gunstig bijkomend effect zal zijn dat steeds duidelijker wordt welke kwaliteit gebruikelijk is voor de levering van huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend. Zodra daar duidelijkheid over bestaat levert dat een norm op die voor alle huisartsen geldt ongeacht de organisatie van de huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend. Een dergelijke harmonisering leidt tot toepassing van uniforme WTG-beleidsregels voor elke leverancier van huisartsenzorg (zie paragraaf 7). Zodra dat moment is aangebroken is er geen reden meer voor de bijzondere positie van de huisartsendienstenstructuren die met dit besluit wordt geschapen. Dan zal ook voor die dienstenstructuren de maximumtarievenstelsel van de WTG van toepassing zijn. Het tijdstip waarop dat moment zal zijn bereikt is thans niet voorzienbaar en wordt dan ook niet in dit besluit geregeld.

9. Mededinging

De wetgever heeft met wijzigingen van de Ziekenfondswet en de WTG in 1992 doelbewust een bepaalde mate van marktwerking op de zorginkoopmarkt (relatie ziekenfonds – zorgaanbieder) en de zorgverzekeringsmarkt (relatie ziekenfonds – verzekerde) willen invoeren met de nadruk daarbij op de totstandkoming van onderhandelingen tussen de individuele ziektekostenverzekeraars en de individuele zorgaanbieders en bijgevolg gedifferentieerde contracten (Kamerstukken II, 1989/90, 21 357, nr. 3, p. 4 en 17). In paragraaf 7 van deze nota van toelichting is met vermelding van de relevante regelgeving aangegeven dat de wetgever met die bedoeling sedert 1992 voor prestaties van

huisartsen werkzaam als solist, werkzaam in een gezondheidscentrum en voor huisartsensamenwerkingsverbanden de maximumtariefsystematiek van de WTG van toepassing heeft verklaard. Met dit besluit worden voor de periode avond, nacht en weekend voor de huisartsenzorg die wordt verricht in een dienstenstructuur de punttariefsystematiek van de WTG (wederom) van toepassing verklaard.

Thans is de noodzaak om de continuïteit en kwaliteit van de huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend te waarborgen voor alle ingezetenen van Nederland zodanig dat deze een dergelijke maatregel rechtvaardigen. In de beoogde opzet zullen de werkgebieden van huisartsendienstenstructuren zoveel mogelijk op elkaar aansluiten om een dekkend stelsel van huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend te krijgen om de continuïteit en kwaliteit van die huisartsen te waarborgen.

Aan het voorgaande doet niet af dat ziektekostenverzekeraars en huisartsen na de inwerkingtreding van dit besluit kunnen kiezen voor een huisartsendienstenstructuur of voor een van de andere hoofdwegen om gedurende avond, nacht en weekend huisartsenzorg te leveren. Desalniettemin kan deze regeling mededingingsbeperkend in haar uitwerking zijn door het faciliteren van dienstenstructuren die de arts en de ziektekostenverzekeraars in hun keuze beperken.

Nu voor de huisartsendienstenstructuur in de zin van de WTG een rechtspersoonlijkheid is vereist kunnen de concentratieregels van de Mededingingswet van toepassing zijn. Dit zal van geval tot geval moeten worden beoordeeld. Daarnaast zal na maximaal 3 jaar na inwerkingtreding van dit besluit worden geëvalueerd wat de effecten zijn van deze regeling op de mededinging binnen de sector huisartsenzorg. Aan de hand van de uitkomsten van deze evaluatie zal worden bezien wat de gepaste acties zullen zijn.

De Mededingingswet verbiedt onder andere samenwerking tussen ondernemingen die andere ondernemingen uitsluit van toetreding tot de markt. Dat zorgaanbieders, en ook huisartsen, ondernemingen zijn in de zin van die wet is heeft de directeur-generaal van de Nederlandse Mededingingsautoriteit nog eens bevestigd in zijn uitspraak op het ontheffingsverzoek van de LHV (Nummer 537/116, randnummers 70 en 71). Het verbod betekent dat iedere huisarts die toe wil treden tot een dienstenstructuur die werkzaam is in het gebied waar deze huisarts zijn praktijk voert, dat ook kan. Dit vergemakkelijkt de vestiging van nieuwe artsen in regio's waar dienstenstructuren bestaan.

10. Alternatieven en administratieve lasten

Bij de uitwerking van een mogelijke opzet van dienstenstructuren bleek dat er, zoals in paragraaf 7 vermeld, vier inrichtingsmodellen bestaan.

In model één levert de individuele huisarts de zorg, inclusief huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend. Dit model past binnen de huidige regelgeving en structuur doch lost bestaande problemen niet op. De werkdruk blijft, net zoals organisatorische problemen.

In het tweede model leveren de huisartsen in organisatorisch verband zorg (7 maal 24 uur) inclusief huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend of exclusief huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend. Dit betekent financiering via een module binnen of een separaat huisartsen maximumtarief. Er kan daarbij worden bepaald dat de module alleen van toepassing is bij een contract met een ziektekostenverzekeraar. Deze oplossing kent de charme van de eenvoud en past binnen de huidige regelgeving en structuur. Door partijen onderkende problemen om

beschikbare middelen altijd daar te krijgen waar deze voor de inrichting van dienstenstructuren noodzakelijk zijn, bleven echter bestaan.

Het derde model is een subsidieregeling voor de dienstenstructuur. Op zichzelf kan deze oplossing een adequate methode zijn om de infrastructurale meerkosten van een dienstenstructuur te financieren. Echter met een subsidieregeling wordt voorbij gegaan aan de gewenste zelfregulering van het veld. Een dergelijke regeling staat ook op gespannen voet met de financiering van de huisarts met CTG tarieven.

Een vierde model, dat de geconstateerde problemen oplost, is een nieuwe categorie van organen voor gezondheidszorg op te nemen in het Besluit werkingssfeer WTG 1992. Dienstencentra kunnen dan zelfstandig kostendekkende tarieven declareren voor de volledige prestatie die zij leveren (inkomen en praktijkkosten), zowel voor ziekenfonds- als particulier verzekerden.

Bij de keuze voor dit model is onderzocht op welke wijze daarmee een verandering optrad in de administratieve lasten van het bedrijfsleven.

De gemaakte keuze voor het vierde model heeft voor het bedrijfsleven niet heeft uitgemaakt. De enkele keuze voor een aparte organisatie voor avond-, nacht- en weekenddiensten, aan welke organisatie verantwoordelijkheid wordt toegekend voor het leveren van huisartsenzorg, ongeacht op welke wijze deze is vorm gegeven, betekent de noodzaak van verschuiving van taken en bevoegdheden en juridische afdekking daarvan. Dit is echter niet de consequentie van een nieuwe categorie in het Besluit werkingssfeer WTG 1992.

Onderhavig besluit biedt zorgaanbieders en verzekeraars een extra mogelijkheid om huisartsenzorg in de avond, nacht en weekenden op een adequate wijze te regelen. Het is aan hen om gebruik te maken van deze extra mogelijkheid. Het besluit dwingt daar niet toe.

Op het niveau van de huisarts dienen als vervolg op dit besluit twee aanpassingen plaats te vinden. De aanpassing van de medewerkersovereenkomst tussen de verzekeraar en de huisarts. Vernieuwing van deze overeenkomst vindt al op reguliere basis plaats. Van enige extra belasting van de huisarts dan wel van de ziektekostenverzekeraar is geen sprake.

Een tweede zelfstandige medewerkersovereenkomst dient gesloten te worden tussen de dienstenstructuur en de huisarts. Deze overeenkomst vervangt bijvoorbeeld de afspraken zoals deze nu in de traditionele waarnemingsregeling gemaakt worden. Uiteindelijk zal de individuele deelnemende huisarts jaarlijks enkele uren moeten besteden aan de contractuele afwikkelingen van zijn relatie met de dienstenstructuur.

Op het niveau van de verzekeraar valt tevens een wijziging te verwachten. Invoering van dienstenstructuren betekent niet alleen een nieuwe onderhandelingspartner in de zorg maar ook een nieuwe stroom van financiële declaraties. Dit impliceert extra inzet bij de ontwikkeling van overeenkomsten en (jaarlijkse) onderhandelingen. Naar verwachting zal per dienstenstructuur een jaarlijks inzet van 8 uur per individuele ziektekostenverzekeraar noodzakelijk zijn. Daarnaast zal in de aanloopfase aanpassing in de automatisering van ziektekostenverzekeraars een vereiste zijn. De inzet daarvan is echter niet goed in te schatten.

Met deze AMvB worden uitdrukkelijk geen nieuwe informatieverplichtingen voor de doelgroep in de richting van de rijksoverheid ingevoerd. Wel is inherent aan het onder de Wet tarieven gezondheidszorg brengen van dienstenstructuren dat voor de totstandkoming van een tarief jaarlijks de respectievelijke begrotingen bij het College Tarieven Gezondheidszorg

moeten worden ingediend. Deze lasten zijn echter gering en zullen na enkele jaren niet of nauwelijks meer gemaakt behoeven te worden.

Naar verwachting zullen in Nederland ongeveer 100 dienstenstructuren in het leven worden geroepen.

Artikelsgewijze toelichting

Artikel I

Algemeen

Met dit artikel worden in het Besluit werkingssfeer WTG 1992 (BWWTG1992) huisartsendienstenstructuren als categorie van organen voor gezondheidszorg onderscheiden van de reeds in dat besluit aangewezen categorieën. De onderscheiden categorie is een afsplitsing van de categorieën bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder A, onderdeel 32 en (wellicht in een enkel geval) onderdeel 33, van het BWWTG1992. Op deze laatste categorieën is door aanwijzing in het Besluit werkingssfeer maximumtarieven WTG (BWMWTG) de maximumtarievenssystematiek als bedoeld in hoofdstuk II, titel 4A, van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) van toepassing.

Huisartsendienstenstructuren worden als categorie van organen voor gezondheidszorg uitdrukkelijk niet vermeld in het BWMWTG om op de instellingen die behoren tot deze categorie de tarievenssystematiek als bedoeld in hoofdstuk II, titel 1 tot en met 3, van de WTG van toepassing te laten zijn. Die tarievenssystematiek wordt in het spraakgebruik aangeduid als «punttarievenssystematiek». Die aanduiding vindt zijn grond in het feit dat in tegenstelling tot maximumtarieven er in onderling overleg tussen ziektekostenverzekeraar en orgaan voor gezondheidszorg geen afwijking mogelijk is zonder uitdrukkelijke tariefbeschikking van het College tarieven gezondheidszorg (CTG). Wellicht ten overvloede zij vermeld dat bij maximumtarieven in de zin van de WTG alleen een lager tarief mag worden overeengekomen.

Definitie huisartsendienstenstructuur

De omschrijving van de categorie huisartsendienstenstructuren, als categorie van organen voor gezondheidszorg in de zin van de WTG, is totstandgekomen na uitvoerig overleg met de LHV en ZN. Daarbij is uitdrukkelijk gezocht naar een omschrijving die aansluit bij de wensen van ziektekostenverzekeraars en huisartsen om in onderling overleg te zorgen voor een adequate huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend, waardoor de continuïteit en kwaliteit van die zorg voor de daarop aangewezen patiënten het best kan worden gewaarborgd. Tevens is gelet op de uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid voor huisartsen, ziektekostenverzekeraars en het CTG. Die is met deze omschrijving bereikt.

Met voorbijgaan aan de juridische finesses, die de formulering van de definitie voor een juiste en eenduidige afbakening noodzakelijkerwijs bevat en die hierna worden beschreven, wordt onder een huisartsendienstenstructuur kort gezegd het volgende begrepen:

Een huisartsendienstenstructuur is een rechtspersoon opgericht door huisartsen die zich beperkt tot de levering van huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend en die een medewerkersovereenkomst met een ziekenfonds heeft gesloten om ten behoeve van de huisartsen die een medewerkersovereenkomst hebben gesloten met dat ziekenfonds voor de levering van 7 x 24 uren huisartsenzorg, die huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend te leveren.

De formulering van de definitie van de als categorie van organen voor gezondheidszorg in de zin van de WTG aangewezen huisartsendienstenstructuren is opgebouwd uit verschillende delen, welke delen hieronder worden toegelicht.

Met de benaming «*huisartsendienstenstructuren*» is aangesloten bij het spraakgebruik waaronder de bedoelde samenwerkingsverbanden van huisartsen voor huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend bekend zijn.

Met de eis van *rechtspersoonlijkheid* van het samenwerkingsverband wordt aangegeven dat het niet om al te tijdelijke en vrijblijvende samenwerkingsverbanden moet gaan. De samenwerkenden mogen zelf bepalen welke rechtspersoon in de zin van het Burgerlijk Wetboek zij voor hun samenwerking het meest geschikt achten. In dit besluit worden daartoe geen aanvullende eisen gesteld.

De zinsnede «*organisatorische verbanden van beroepsbeoefenaren als bedoeld onder B, onderdeel 1*», geeft aan dat de rechtspersoon een samenwerkingsverband van huisartsen moet zijn; omdat wordt verwezen naar (artikel 1, eerste lid,) onder B, onderdeel 1, alwaar in het Besluit werkingssfeer WTG 1992 huisartsen worden aangewezen als categorie van organen voor gezondheidszorg. De oprichting van een dienstenstructuur geschiedt bij voorkeur door huisartsen die hun verantwoordelijkheid voor huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend in samenspraak met de ziektekostenverzekeraars overdragen aan die dienstenstructuur.

De woorden «*welke verbanden enkel zijn aangegaan ten behoeve van de levering gedurende avond, nacht en weekend van door die beroepsbeoefenaren te leveren*» geven aan dat het samenwerkingsverband niet meer mag beogen dan het leveren van huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend voor huisartsen die dat in beginsel zelf zouden moeten doen.

Met «*huisartsenzorg als waarop bij of krachtens de Ziekenfondswet aanspraak bestaat, ongeacht de wijze waarop de kosten daarvan worden vergoed,*» wordt aangegeven dat het moet gaan om huisartsenzorg zoals deze gedefinieerd is in de ziekenfondsverzekering (artikel 3 Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering jo. artikel 8, eerste lid, aanhef en onder d, Ziekenfondswet), maar geleverd moet kunnen worden ongeacht de manier waarop de patiënt tegen het risico van ziektekosten is verzekerd, dus ongeacht hoe en door wie wordt betaald; met andere woorden het moet gaan om de huisartsenzorg zoals deze gebruikelijk is in het tweede verzekeringscompartiment. En derhalve huisartsenzorg zoals deze van toepassing is voor ziekenfondsverzekerden, personen die een particulier ziektekostenverzekering hebben, deelnemers aan een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren en personen die niet verzekerd zijn tegen het risico van ziektekosten.

De eis «*waarmee door een ziekenfonds een medewerkerovereenkomst als bedoeld in de artikelen 44 en 45 van de Ziekenfondswet is gesloten*» geeft aan dat een samenwerkingsverband, naast de overige gestelde eisen, «pas» een huisartsendienstenstructuur is in de zin van de WTG als deze zelfstandig huisartsenzorg in volle omvang kan leveren. Een bewijs en eis daarvoor is het hebben van een medewerkerovereenkomst in de zin van de genoemde artikelen van de Ziekenfondswet met een ziekenfonds. Een separate medewerkerovereenkomst tussen ziekenfonds en huisartsendienstenstructuur is nodig om het ziekenfonds rechtmatig de

door de dienstenstructuur in rekening gebrachte tarieven te kunnen voldoen.

Wordt naast een voorliggende medewerkersovereenkomst met de huisarts (zie hierna) niet ook een medewerkersovereenkomst met de rechtspersoonlijkheid bezittende dienstenstructuur gesloten, dan wordt geacht de huisarts de huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend niet door middel van een dienstenstructuur te leveren. Een ziekenfonds heeft dan op grond van de medewerkersovereenkomst met de huisarts alleen een geldige titel om de door de huisarts in rekening gebrachte WTG-tarieven te voldoen.

Huisartsen en ziekenfondsen moeten samen uitmaken welke variant voor huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend het beste aansluit op de regionale en plaatselijke situatie. Als een rechtspersoonlijkheid bezittend samenwerkingsverband is opgericht met het doel huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend te leveren en met een ziekenfonds een medewerkersovereenkomst sluit, krijgt het samenwerkingsverband de status van huisartsendienstenstructuur in de zin van de WTG. Het aantal verzekerden dat een ziekenfonds heeft in de regio waarin die huisartsendienstenstructuur werkzaam is daarbij niet van belang. De dienstenstructuur kan zelfstandig tarievenverzoeken indienen bij het CTG voor niet-ziekenfondsverzekerden, maar ook voor ziekenfondsverzekerden waarvoor nog geen medewerkersovereenkomst is gesloten. Dat laatste is echter niet zinvol. De tarieven kunnen eerst in rekening worden gebracht indien een ziekenfondsverzekerde gebruik heeft gemaakt (consulttarief) of kan maken (abonnementstarief) van de dienstenstructuur. Een ziekenfondsverzekerde die zijn aanspraak op een verstrekking geldend wil maken, dient zich op grond van artikel 9 van de Ziekenfondswet te wenden tot een persoon of instelling, met wie of welke het ziekenfonds waarbij de verzekerde is ingeschreven, tot dat doel een medewerkersovereenkomst heeft gesloten. In geval het ziekenfonds wel met de huisarts maar niet met de dienstenstructuur een overeenkomst heeft gesloten moet de verzekerde zich tot die huisarts wenden. Die huisarts is verantwoordelijk voor de huisartsenzorg voor avond, nacht en weekend voor de verzekerde en tegenover diens ziekenfonds. Die huisarts zal dan een andere weg moeten kiezen (zie algemeen deel, paragraaf 7). Vraag is in vorengeschetste situatie of huisartsen en ziekenfondsen in dat geval een juiste variant hebben gekozen die past bij de regionale en plaatselijke omstandigheden. Naar verwachting is het niet reëel te veronderstellen dat dergelijke situaties zullen ontstaan. Zowel huisartsen als ziekenfondsen hebben alle belang bij het garanderen van de continuïteit en kwaliteit van de huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend voor hun patiënten respectievelijk hun verzekerden.

De levering van de dienstenstructuur moet zich beperken tot huisartsenzorg *enkel* gedurende avond, nacht en weekend. Derhalve is in de definitie opgenomen: «*voor de levering enkel gedurende avond, nacht en weekend van huisartsenzorg als waarop bij of krachtens die wet aanspraak bestaat*». Zou de levering zich zonder tijdsbeperkingen structureel uitstrekken tot huisartsenzorg buiten avond, nacht en weekend, dan is er sprake van een «gewoon» samenwerkingsverband als bedoeld in artikel 1, onder A, onderdeel 32, van het Besluit werkingssfeer WTG 1992 (en gelden de normale maximumtarieven).

Bij de nadere definiëring van «avond, nacht en weekend» moet er wel rekening mee worden gehouden dat die periodes niet zodanig aansluiten dat er sprake is of kan zijn van strijd met de Mededingingswet en er geen ruimte meer blijft voor huisartsenzorg door individuele huisartsen.

Wat dan ook exact onder het begrip of de begrippen avond, nacht en weekend moet worden verstaan, kunnen ziektekostenverzekeraars en huisartsen in de uitkomst van overleg in de zin van de Ziekenfondswet

vastleggen, die door het College voor zorgverzekeringen moet worden goedgekeurd. Ook kan een nadere bepaling van de kostenvergoeding over die nader te bepalen periodes worden neergelegd in beleidsregels van het CTG (artikel 11, eerste lid, WTG), die door de minister op grond van artikel 12, eerste lid, WTG moeten worden goedgekeurd. Het zou kunnen zijn dat het CTG de tarieven die de dienstenstructuur in rekening mag brengen voor huisartsenzorg buiten avond, nacht en weekend, gelijk laat zijn aan de tarieven die de huisarts die in incidentele gevallen wordt vervangen, buiten avond, nacht en weekend in rekening mag brengen op grond van de voor hem geldende maximumtariefbeschikking en de concrete afspraken die die huisarts heeft gemaakt met ziektekostenverzekeraars of patiënten over de daadwerkelijk in rekening te brengen tarieven.

Dat het primaat voor de levering van huisartsenzorg ligt bij de individuele huisarts is impliciet vastgelegd in *«waardoor een beroepsbeoefenaren met wie dat ziekenfonds voor de levering van huisartsenzorg een medewerkersovereenkomst heeft gesloten gedurende avond, nacht en weekend van die levering is vrijgesteld zolang eerstbedoelde medewerkersovereenkomst geldt»*.

De huisarts blijft in beginsel verantwoordelijk voor de levering van 7 x 24 uur huisartsenzorg. Een deel van die verantwoordelijkheid kan worden doorgegeven aan een dienstenstructuur; dat moet wel in de medewerkersovereenkomst tussen huisarts en ziekenfonds vastliggen; eindigt (met toepassing van de normale opzegregels) de medewerkersovereenkomst met de dienstenstructuur dan treedt de hoofdregel van de medewerkersovereenkomst met de huisarts in werking, namelijk dat de huisarts zelf verantwoordelijk is voor de levering van de 7 x 24 uren huisartsenzorg.

De huisarts regelt zelf of de dienstenstructuur ook de huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend levert aan niet-ziekenfonds-verzekerden. Hij kan daarover afspraken maken met particuliere ziektekostenverzekeraars en met publiekrechtelijke organen die een ziektekostenregeling voor ambtenaren uitvoeren en met zijn patiënten. Naar verwachting zal een huisarts gemakshalve in de dagelijkse praktijk voor een zelfde regiem kiezen voor alle patiënten. Er is geen reden noch wettelijke bevoegdheid om aan de huisarts die verplichting op te leggen als de huisarts de kwaliteit en continuïteit van de huisartsenzorg ook gedurende avond, nacht en weekend kan garanderen.

Artikel II Inwerkingtreding

Om een dienstenstructuur te zijn in de zin van dit besluit dient het samenwerkingsverband van huisartsen dat zich richt op het leveren voor die huisartsen van de huisartsenzorg gedurende avond, nacht en weekend een medewerkersovereenkomst in de zin van artikel 44 en 45 van de Ziekenfondswet te hebben gesloten met een ziekenfonds. Medewerkersovereenkomsten hebben meestal een looptijd van een jaar met een uitloop van een halfjaar.

Dit besluit treedt met ingang van 1 juli 2001 in werking. Deze datum is gekozen omdat huisartsen en ziekenfondsen dan een zekere datum hebben waarnaar zij zich met hun onderhandelingen over een medewerkersovereenkomst en tariefovereenkomst kunnen richten.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers