

Vergaderjaar 2010–2011

32 393

Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met de aanvulling met instrumenten voor bekostiging (Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG)

Nr. 8

NOTA VAN WIJZIGING

Ontvangen 17 maart 2011

A

Artikel I van het voorstel van wet wordt als volgt gewijzigd:

1. In onderdeel A wordt: «al bedoeld in artikel 50» vervangen door: als bedoeld in artikel 50.

2. In onderdeel B komt het derde onderdeel te luiden:

3. Aan het artikel worden twee leden toegevoegd, luidende:

6. Indien de zorgautoriteit een regel heeft vastgesteld als bedoeld in artikel 37, eerste lid, is het een zorgaanbieder als bedoeld in het vierde lid van dat artikel, die de betalingen uit in rekening gebrachte tarieven ontvangt, verboden:

a. meer af te dragen dan het bedrag dat bij of krachtens deze wet is bepaald;

b. af te wijken van de bij die regel gestelde voorwaarden, voorschriften en beperkingen.

7. Indien de zorgautoriteit bij de vaststelling van een tarief als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onderdelen a, b of c, op grond van het tweede lid van dat artikel een grens heeft vastgesteld, is het een zorgaanbieder verboden:

a. met de som van de tarieven voor de betrokken prestaties gerelateerd aan de daarbij aangegeven periode van die grens af te wijken;

b. af te wijken van de aan de grens verbonden voorschriften of beperkingen.

3. onderdeel E komt te luiden:

E

Artikel 37 komt te luiden:

Artikel 37

1. De zorgautoriteit kan regels vaststellen, inhoudende op welke wijze en onder welke voorwaarden of met inachtneming van welke voorschriften en beperkingen,:

a. aan wie, door wie, namens wie of via wie een tarief in rekening wordt gebracht;

b. aan wie of via wie een in rekening gebracht tarief mag worden betaald;

c. door wie of namens wie ontvangsten voor een in rekening gebracht tarief moeten worden ingehouden of afgedragen;

d. door wie of namens wie een door de zorgautoriteit te bepalen bedrag van ten hoogste de overschrijding van de op grond van artikel 50, tweede lid, onderdelen a, c of d, vastgestelde grens wordt ingehouden en afgedragen.

2. Indien de zorgautoriteit een regel vaststelt als bedoeld in het eerste lid, aanhef en onder a, voor een prestatie die door twee of meer zorgaanbieders gezamenlijk wordt geleverd, kan zij in die regel bepalen dat uitsluitend een daarbij door haar aangewezen zorgaanbieder een tarief voor die prestatie in rekening mag brengen aan de consument of diens ziektekostenverzekeraar, waarbij de andere bij die prestatie betrokken zorgaanbieders uitsluitend aan de aangewezen zorgaanbieder voor het deel van die prestatie dat door hen is geleverd een tarief in rekening kunnen brengen.

3. Indien de zorgautoriteit een regel vaststelt als bedoeld in het eerste lid, aanhef en onder a, voor een prestatie die door twee of meer zorgaanbieders gezamenlijk wordt geleverd, kan zij, in die regel bepalen dat de bij die prestatie betrokken zorgaanbieders het tarief voor hun deel van die prestatie via de door haar aangewezen zorgaanbieder of een derde in rekening brengen bij de consument of diens ziektekostenverzekeraar en dat daarbij de aangewezen zorgaanbieder of derde het tarief op een zodanige wijze in rekening brengt dat duidelijk tot uitdrukking komt welk deel van de te verzenden rekening betrekking heeft op de door de eerstbedoelde zorgaanbieders verrichtte deel van de prestatie.

4. Indien de zorgautoriteit in een regel als bedoeld in het eerste lid, aanhef en onder a en b, voor een prestatie die door twee of meer zorgaanbieders gezamenlijk wordt geleverd, bepaalt dat een in rekening gebracht tarief aan of via een in die regel aangewezen zorgaanbieder of derde, verder te noemen ontvanger, moet worden betaald, draagt deze ontvanger er zorg voor dat de ontvangsten voor de door de andere zorgaanbieders in rekening gebrachte tarieven worden ingehouden en alleen aan hen worden afgedragen indien en voor zover een betaling is ontvangen van de consument of diens ziektekostenverzekeraar.

Indien de ontvanger tevens is aangewezen op grond van artikel 37, eerste lid, aanhef en onder d, draagt deze er zorg voor dat de ontvangsten voor de door de andere zorgaanbieders in rekening gebrachte tarieven alleen worden afgedragen met inachtneming van hetgeen met betrekking tot die vergoeding of het geheel van vergoedingen voor een van de andere zorgaanbieders of voor alle andere zorgaanbieders gezamenlijk bij of krachtens deze wet is bepaald.

5. Indien en voor zover de zorgautoriteit in een regel als bedoeld in het eerste lid, aanhef en onder b, vaststelt aan wie of via wie een in rekening gebracht tarief moet worden betaald, is de consument of diens ziektekostenverzekeraar die betaling uitsluitend aan deze verschuldigd.

6. De zorgautoriteit past het tweede en derde lid niet toe dan na een aanwijzing van Onze Minister op grond van artikel 7. Artikel 8 is van overeenkomstige toepassing.

7. Voor de verdere uitvoering van de wet wordt onder zorgaanbieder mede verstaan een ieder die de ontvangsten uit in rekening gebrachte tarieven ontvangt, inhoudt of afdraagt.

8. Het bepaalde bij of krachtens dit artikel is mede van toepassing ten aanzien van een ieder die voor een zorgaanbieder een administratie voert alsmede ten aanzien van degene die een administratie voert ten behoeve van of in verband met het in rekening brengen of betalen van een tarief, het ontvangen, inhouden en afdragen van ontvangsten voor een in rekening gebracht tarief of het inhouden en afdragen van een door de zorgautoriteit te bepalen bedrag in verband met het overschrijden van een door de zorgautoriteit op grond van artikel 50, tweede lid, onderdelen a, c of d, vastgestelde grens.

9. De voorgaande leden zijn van overeenkomstige toepassing voor het in rekening brengen van een tarief voor een deel van een prestatie of een geheel van prestaties.

4. In onderdeel I wordt na: «In artikel 48» ingevoegd: , eerste lid,.

5. In onderdeel J wordt in het derde lid van het nieuwe artikel 54 na artikel 37 ingevoegd: , eerste lid, aanhef en onder a.

6. In onderdeel K worden, onder vervanging van de punt aan het slot van het vijfde lid door een puntkomma, aan het nieuwe artikel 56a twee leden toegevoegd, luidende:

6. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur als bedoeld in het eerste lid, en onder daarbij te stellen voorwaarden, voorschriften of beperkingen, kan worden bepaald in welke vorm de zorgautoriteit de beschikbaarheidsbijdrage kan verlenen.

7. De zorgautoriteit kan, onder bij of krachtens algemene maatregel van bestuur te stellen voorwaarden, voorschriften of beperkingen, zorgaanbieders aanwijzen die worden belast met een dienst van algemeen economisch belang als bedoeld in artikel 106, tweede lid, van het Verdrag betreffende de Werking van de Europese Unie of een dienst van algemeen belang als bedoeld in Protocol nr. 26 bij het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie;

7. In onderdeel L, sub 5, wordt: «Wet bijzondere medische verrichtingen» vervangen door: Wet op bijzondere medische verrichtingen.

8. In onderdeel O, sub 2, wordt «artikel 35, zesde lid, of artikel 37, onderdeel b» vervangen door: artikel 35, zevende lid, of 37, eerste lid, aanhef en onder d.

9. In onderdeel P, sub 3, wordt: «aan het slot van onderdeel b door «of» wordt een onderdeel toegevoegd» vervangen door: aan het slot van onderdeel b door «, of» wordt een onderdeel toegevoegd.

B

Artikel II, onderdeel A wordt gewijzigd als volgt:

a. de tekst «onderdeel i» wordt vervangen door: onderdeel j;

b. voor de tekst van het nieuwe onderdeel wordt de letter «j» vervangen door de letter: k;

c. in het nieuwe onderdeel wordt «artikel 37, aanhef en onder b» vervangen door: artikel 37, eerste lid, aanhef en onder d.

C

In artikel III wordt «artikel 37, aanhef en onder b» vervangen door: artikel 37, eerste lid, aanhef en onder d.

Toelichting

Deze nota van wijziging bevat verschillende wijzigingen en verbeteringen.

De wijzigingen betreffen het VIA-beheersmodel voor medisch specialisten, de vorm waarin de Nederlandse Zorgautoriteit, verder te noemen de zorgautoriteit, een beschikbaarheidsbijdrage kan verlenen door de aanwijzing van diensten van algemeen economisch belang en de aanwijzing van degene die wordt belast met de uitvoering van de dienst van algemeen economisch belang.

Onderdeel A, sub 1, 4, 5, 7, 8 en 9 bevatten correcties van tekst of een verwijzing, mede in verband met wijzigingen aangebracht in deze nota.

Onderdeel A, sub 2 bevat aanvullende strafbepalingen in verband met de handhaving van het in artikel 37, vierde lid bedoelde declaratierisico en in verband met de handhaving van een op grond van artikel 50 vastgestelde grens.

Onderdeel A, sub 3 bevat een aanvulling van het in Artikel A, onderdeel E van het wetsvoorstel opgenomen artikel 37 waar met de wijziging een nieuw VIA-beheersmodel voor medisch specialisten gecreëerd kan worden. Dit model is in de nota naar aanleiding van het verslag in paragraaf A.3 uitvoerig beschreven.

Artikel 37 van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) bevat de bevoegdheid voor de zorgautoriteit, bij algemene regel nadere regels te stellen voor het declaratie- en betalingverkeer. Het wetsvoorstel Aanvulling instrumenten bekostiging WMG beoogt de toepassingsmogelijkheden van die bevoegdheid uit te breiden. Voor de duidelijkheid worden de mogelijkheden in deze nota van wijziging in het eerste lid uitgesplitst. Het nieuwe tweede lid van artikel 37 maakt het mogelijk dat de zorgautoriteit bepaalt dat voor het in rekening brengen van een tarief voor een prestatie of geheel van prestaties waarbij twee of meer zorgaanbieders zijn betrokken, uitsluitend de zorgaanbieder het tarief in rekening mag brengen aan de patiënt of diens verzekeraar die daartoe door de zorgautoriteit is aangewezen. De andere betrokken zorgaanbieder(s) mogen dan voor hun aandeel een tarief in rekening brengen aan die aangewezen zorgaanbieder. Op deze manier kan de zorgautoriteit de declaratieroute voor ketenzorg en voor bijvoorbeeld ziekenhuizen en medisch specialisten faciliteren.

Het nieuwe derde lid van artikel 37 maakt het mogelijk dat de zorgautoriteit de wijze waarop de kosten van de medisch specialist in rekening worden gebracht in overeenstemming is met de huidige model toelatingsovereenkomst, namelijk via het ziekenhuis. Dit nieuwe derde lid biedt als nadere toepassing van het eerste lid ook de grondslag voor het VIA-beheersmodel. Dit laat onverlet dat de model toelatingsovereenkomst actueel moet worden gehouden en dat deze op de ontwikkelingen in het zorgstelsel moet zijn toegesneden. Indien en voorzover het derde lid wordt toegepast door de zorgautoriteit gaat de door haar vastgestelde regel boven hetgeen terzake in de overeenkomst tussen medisch specialist en ziekenhuis is vastgelegd.

Het nieuwe vierde lid bepaalt dat de zorgaanbieder debiteurenrisico loopt, ook indien een ander dan de zorgaanbieder zelf de betaling voor deze in ontvangst neemt. Het risico van wanbetaling van hetgeen door bijvoorbeeld de medisch specialist via de instelling aan de patiënt of diens verzekeraar is gedeclareerd, is voor rekening van de medisch specialist. Het vierde lid bepaalt ook dat bij de afdracht van de ontvangsten rekening wordt gehouden met een door de zorgautoriteit voor zorg van een of meer zorgaanbieders opgelegde grens als bedoeld in artikel 50, tweede lid.

Met de toepassing van derde en vierde lid houdt de zorgaanbieder die via een andere zorgaanbieder declareert zijn zelfstandig declaratierecht en zijn debiteurenrisico.

Aan de toepassing van het tweede, derde en vierde lid van artikel 37 wordt in het zesde lid de binnen de WMG de gebruikelijke aanwijzingsprocedure verbonden. Op grond van artikel 7 kan de minister met een aanwijzing de zorgautoriteit opdragen een regel te maken of te wijzigen. Om de parlementaire inbreng te waarborgen bepaalt het nieuwe zesde lid van artikel 37 dat artikel 8 van overeenkomstige toepassing is. Daardoor moet de zakelijke inhoud van de aanwijzing schriftelijk dertig dagen worden voorgehangen bij het parlement, alvorens de aanwijzing mag worden gegeven. Zonder dat een aanwijzing is gegeven is de zorgautoriteit niet bevoegd de bevoegdheid in het nieuwe tweede of derde lid van artikel 37 toe te passen.

In het zevende lid van artikel 37 wordt definitie van zorgaanbieder uitgebreid met degene die de betalingen ontvangt als gevolg van de toepassing van het eerste lid van dat artikel. Daarbij wordt een parallel getrokken met artikel 1, onder c, sub 2° waarbij als zorgaanbieder is aangewezen de natuurlijke persoon of rechtspersoon voorzover die tarieven in rekening brengt namens, ten behoeve van of in verband met het verlenen van zorg door een andere zorgaanbieder.

In het achtste lid wordt een parallel getrokken met artikel 44 van de WMG zodat de bepalingen en verplichtingen voortvloeiend uit artikel 37 ook van toepassing zijn op degene die voor een aangewezen zorgaanbieder of derde een administratie voert.

Wellicht ten overvloede en ter voorkomen van onduidelijkheden of misverstanden wordt in het negende lid nog eens vastgelegd dat de bevoegdheid van artikel 37 ook van toepassing kan zijn op een tarief voor een deel van een prestatie of een geheel van prestaties.

In onderdeel A, sub 6 wordt bepaald dat bij of krachtens algemene maatregel van bestuur de vorm waarin de beschikbaarheidsbijdrage wordt verleend kan worden geregeld. Daarbij dient gedacht te worden aan de verschillende Europese uitzonderingen op de in beginsel verboden staatssteun voor ondernemingen in de interne markt. Bijvoorbeeld de-minimissteun, algemene groepsvrijstelling, diensten van algemeen economisch belang en diensten van algemeen belang. Het zevende lid bepaalt dat de zorgautoriteit in haar rol van marktmeester zorgaanbieders kan belasten met een dienst van algemeen economisch belang. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen hier voorwaarden, voorschriften en beperkingen aan worden verbonden. In gevallen waarin de continuïteit van zorg uitdrukkelijk in het geding is kan de minister aan het verlenen van een beschikbaarheidsbijdrage de voorwaarde stellen dat hij met die verlening heeft ingestemd. Tegenover die belasting staat dat de belaste zorgaanbieder een beschikbaarheidsbijdrage kan aanvragen voor de instandhouding van de dienst. Of een vorm van zorg als daeb kan worden aangewezen wordt getoetst aan de zogenaamde Altmark-criteria. De nota naar aanleiding van het verslag gaat daar in onderdeel B § 6 uitvoerig op in.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers