

BELEIDSREGEL BR/CU-2093

Macrobeheersmodel

Ingevolge artikel 57, eerste lid, aanhef en onder d van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), stelt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) beleidsregels vast met betrekking tot het uitoefenen van de bevoegdheid om een grens vast te stellen op grond van artikel 50, tweede lid Wmg.

Kenmerk
BR/CU-2093

Ingevolge artikel 52 aanhef en onder f Wmg worden de grenzen die uit de voorliggende beleidsregel voortvloeien ambtshalve door de NZa vastgesteld.

Ingevolge artikel 59 aanhef en onder c Wmg heeft de Minister van VWS (hierna: de minister) met een brief van 13 december 2011 (kenmerk MC-U-3096074) en een aanwijzing van 11 december 2012 (kenmerk MC-U-3146797) ten behoeve van de voorliggende beleidsregel aan de NZa een aanwijzing op grond van artikel 7 Wmg gegeven.

In deze beleidsregel is een cursief weergegeven toelichting opgenomen.

1. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op de navolgende vormen van zorg voor zover daarop aanspraak bestaat ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw):

- medisch specialistische zorg
- audiologische zorg
- zorg in het kader van erfelijkheidsadviesing

die wordt geleverd door

- instellingen voor medisch specialistische zorg¹
- audiologische centra
- centra voor erfelijkheidsadviesing

en door laboratoria, niet zijnde huisartsenlaboratorium, voor zover deze werkzaamheden verrichten ten behoeve van de hiervoor genoemde instellingen.

Deze beleidsregel is echter niet van toepassing op geneeskundige geestelijke gezondheidszorg zoals bedoeld in de "wet tot wijziging van het tijdstip waarop de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg deel uitmaakt van de aanspraken ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet" van 22 november 2006;

2. Doel van de beleidsregel

Deze beleidsregel beschrijft het beleid dat de NZa hanteert met het oog op de beheersing van de macrobudget voor medisch specialistische zorg in de jaren 2012 tot en met 2014.

¹ Ook bekend als: (algemene en categorale) ziekenhuizen, universitaire medische centra, zelfstandige behandelcentra, epilepsie-inrichtingen, instellingen voor revalidatie, radiotherapeutische centra, dialysecentra, longrevalidatie-instellingen (sanatoria).

3. Begripsbepalingen

Kenmerk
BR/CU 2093

In deze beleidsregel wordt verstaan onder:

Pagina
2 van 4

- 3.1 Bovengrens: een grens als bedoeld in artikel 50 lid 2 onder c Wmg.
- 3.2 Omzet: de in artikel 10 bedoelde tariefopbrengsten met betrekking tot de in artikel 1 bedoelde zorg.
- 3.3 Instelling: de instelling die onder de reikwijdte van deze beleidsregel valt.
- 3.4 Tariefopbrengst: de tarieven die in rekening zijn of hadden kunnen worden gebracht.
- 3.5 Zorgverzekeringsfonds: het fonds bedoeld in artikel 39 Zorgverzekeringswet.

Het macrobeheersmodel bestaat uit een landelijke omzetgrens en uit daarvan afgeleide omzetgrenzen per instelling. De macro-omzetgrens wordt bij aanwijzing of brief door de minister aan de NZa meegedeeld. De NZa stelt na ontvangst van dit bericht (maar voorafgaand aan een kalenderjaar) voor alle instellingen in een collectieve beschikking ambtshalve één bovengrens vast voor de som van hun (gezamenlijke) tariefopbrengsten.

4. Voorafgaand aan elk van de kalenderjaren 2012, 2013 en 2014 stelt de NZa voor alle instellingen die onder de reikwijdte van deze beleidsregel vallen gezamenlijk in een tariefbeschikking een bovengrens vast voor de omzet. De NZa maakt de beschikking bekend door publicatie op haar website, toezending aan branche- en koepelorganisaties en door publicatie in de Staatscourant.

Uiterlijk op 1 december van het kalenderjaar dat volgt op het jaar waarvoor een grens is vastgesteld, bericht de minister de NZa of de bovengrens is overschreden en zo ja, welk bedrag door de gezamenlijke instellingen in het zorgverzekeringsfonds moet worden gestort.

Als de macro-omzetgrens niet is overschreden stelt de NZa de omzetgrens per instelling gelijk aan de werkelijke omzet. De omzet wordt niet afgeroomd.

5. Indien en nadat de minister aan de NZa heeft meegedeeld dat de in artikel 4 genoemde bovengrens niet is overschreden, stelt de NZa voor alle instellingen in een tariefbeschikking de bovengrens vast op het niveau van de omzet over het desbetreffende jaar.

Als de macro-omzetgrens wel is overschreden stelt de NZa voor elke instelling het aandeel in de door de minister vastgestelde overschrijding vast op basis van de omzet over het desbetreffende jaar. De instelling is verplicht dit bedrag in het zorgverzekeringsfonds te storten.

6. Indien en nadat de minister aan de NZa heeft meegedeeld dat en met welk bedrag de in artikel 4 genoemde bovengrens is overschreden, stelt de NZa voor elke instelling vast welk deel van deze overschrijding aan haar wordt toegerekend.
7. De NZa geeft de instelling een aanwijzing tot afdracht van het in het vorige artikel bedoelde bedrag aan het Zorgverzekeringsfonds.

De aanwijzing vermeldt een betalingstermijn.

Kenmerk
BR/CU 2093

8. De NZa kan besluiten om voorafgaand aan de in het vorige artikel bedoelde aanwijzing één of meer (voorlopige) beschikkingen af te geven.

Pagina
3 van 4

De overschrijding wordt aan instellingen toegerekend op basis van het aandeel van hun omzet in de totale landelijke omzet. Om die toerekening mogelijk te maken moet de NZa over de omzetgegevens van de instellingen beschikken en moeten instellingen hun omzet op de voorgeschreven wijze berekenen en laten controleren. Uit de reikwijdte van deze beleidsregel volgt, dat het hier de omzet met betrekking tot verzekerde zorg betreft. Het begrip "overige zorgproducten" is uitgewerkt in de beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg. Uit de begripsbepalingen volgt dat onder omzet ook tarieven vallen die (nog) niet in rekening zijn gebracht maar die wel in rekening hadden kunnen worden gebracht.

9. De NZa rekent het in artikel 6 bedoelde bedrag van de overschrijding toe aan een individuele instelling naar rato van het aandeel van haar jaaromzet in het totaal van de jaaromzet van alle instellingen.
10. De NZa neemt bij deze toerekening voor het bepalen van de omzet de volgende onderdelen in aanmerking:
- (1) de tariefopbrengst van DBC's, DBC-zorgproducten, overige zorgproducten en de tarieven die op basis van de beleidsregel 'Eerstelijnsdiagnostiek' in rekening kunnen worden gebracht, in zowel het A- als het B-segment;
 - (2) het verrekenbedrag op grond van de beleidsregel Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg;
 - (3) het onderhanden werk.
- Buiten de in aanmerking te nemen omzet blijven:
- (4) honorariumomzet van vrijgevestigd medisch specialisten;
 - (5) beschikbaarheidbijdragen op grond van artikel 56a Wmg;
 - (6) aanvullende vergoedingen op grond van de beleidsregel Garantieregeling kapitaallasten 2011 t/m 2016, de beleidsregel Garantieregeling kapitaallasten 2012 t/m 2016 categorale instellingen en de beleidsregel Garantieregeling kapitaallasten Epilepsiecentra en Longrevalidatie-instellingen 2013 t/m 2016
11. De NZa legt in een regeling² vast dat, op welke wijze en op welk moment instellingen haar over hun omzet dienen te informeren.
12. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2013. Indien de Staatscourant waarin de mededeling als bedoeld in artikel 20, tweede lid, sub b, van de Wmg wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 31 december 2012, treedt de beleidsregel in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin de mededeling wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 januari 2013.

Gelijktijdig met de inwerkingtreding van deze beleidsregel wordt de beleidsregel Macrobeheersmodel (met kenmerk BR/CU-2090) ingetrokken.

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als: 'Beleidsregel Macrobeheersmodel'.

² Zie Regeling "Macrobeheersmodel" op www.nza.nl

Toelichting

Algemeen

In de jaren 2012 tot en met 2014 voert de NZa op aanwijzing van de minister het zogenoemde macrobeheersmodel uit. De tariefopbrengst voor verzekerde medisch specialistische zorg zal (voorafgaan aan ieder jaar) aan een jaarlijks maximum wordt gebonden. Als (achteraf) blijkt dat dit maximum is overschreden, dienen de zorgaanbieders die onder deze beleidsregel vallen hun aandeel in de overschrijding terug te storting in het Zorgverzekeringsfonds. De NZa zal dit aandeel vaststellen aan de hand van het aandeel van de omzet van de individuele zorgaanbieder in het totaal van de omzet van alle zorgaanbieders die onder het model vallen. De vaststelling van een eventuele overschrijding en van de omzet van individuele zorgaanbieders vinden plaats ná toepassing van het transitiebedragmodel dat is beschreven in de beleidsregel Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg, maar voor toepassing van de beleidsregel Garantieregeling kapitaallasten 2011 t/m 2016, de beleidsregel Garantieregeling kapitaallasten 2012 t/m 2016 categorale instellingen en de beleidsregel Garantieregeling kapitaallasten Epilepsiecentra en Longrevalidatie-instellingen 2013 t/m 2016