

BELEIDSREGEL BR/CU-2128

Integraal macrobeheersmodel

Kenmerk
BR/CU-2128

Ingevolge artikel 57, eerste lid, onderdeel 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.

Ingevolge artikel 59 aanhef, en onder c, Wmg kan de NZa geen beleidsregel vaststellen waarin een grens als bedoeld in artikel 50, tweede lid, Wmg wordt vastgelegd, dan nadat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (hierna: de minister) een aanwijzing als bedoeld in artikel 7, eerste lid, onder b, Wmg aan de NZa heeft gegeven. Op 21 mei 2014 heeft de minister een aanwijzing¹ (kenmerk: 371987-120847-MC) aan de NZa gegeven.

Artikel 1. Reikwijdte

Deze beleidsregel is van toepassing op de navolgende vormen van zorg voor zover daarop aanspraak bestaat ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet (Zvw):

- medisch specialistische zorg;
- audiologische zorg;
- trombosezorg;
- zorg in het kader van erfelijkheidsadvisering;
- mondzorg zoals kaakchirurgen die bieden, indien en voor zover deze zorg wordt geleverd door de volgende zorgverleners:
- instellingen voor medisch specialistische zorg²
- audiologische centra;
- trombosediensten;
- instellingen voor erfelijkheidsadvisering;
- solisten (waartoe ook kaakchirurgen kunnen behoren).

Deze beleidsregel is 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 (Stb. 2006, 630);

Artikel 2. Doel

Doel van deze beleidsregel is uitvoering te geven aan de in de aanwijzing van 21 mei 2014, met kenmerk 371987-120847-MC, neergelegde opdracht van de Minister van VWS om op basis van artikel 50, tweede lid, aanhef en onder c, Wmg een instrument te ontwikkelen waarmee met ingang van 2015 het integraal macrobudget voor medisch specialistische zorg kan worden beheerst.

¹ Aanwijzing integrale tarifiering medisch specialistische zorg d.d. 21 mei 2014, kenmerk 371987-120847-MC.

² In het kader van deze beleidsregel worden hieronder verstaan: (algemene en categorale) ziekenhuizen, universitaire medische centra, zelfstandige behandelcentra, epilepsie-inrichtingen, instellingen voor revalidatie, radiotherapeutische centra, longrevalidatie-instellingen (sanatoria), dialysecentra en (huisartsen)laboratoria voor zover deze werkzaamheden verrichten ten behoeve van de in dit artikel genoemde instellingen.

Artikel 3. Begripsbepalingen

Kenmerk
BR/CU-2128

Pagina
2 van 7

In deze beleidsregel wordt verstaan onder:

- a. *bovengrens*: grens als bedoeld in artikel 50, tweede lid, aanhef en onder c, van de Wmg.
- b. *omzet*: de in artikel 7 bedoelde tariefopbrengsten met betrekking tot de in artikel 1 bedoelde zorg.
- c. *zorg*: medisch specialistische zorg, audiologische zorg, trombosezorg, zorg in het kader van erfelijkheidsadvisering en mondzorg zoals kaakchirurgen die bieden, met uitsluiting van 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.
- d. *zorgaanbieder*: natuurlijke persoon of rechtspersoon als bedoeld in artikel 1, aanhef en onderdeel c, van de Wmg.
- e. *zorgverlener*: instelling of solist.
- f. *instelling*: instelling als bedoeld in artikel 1.2, aanhef en onder 1 (instellingen voor medisch specialistische zorg), 2 (audiologische centra), 3 (trombosediensten) en 13 (instellingen voor erfelijkheidsadvisering) van het Uitvoeringsbesluit WTZi.
- g. *solist*: solistisch werkende zorgaanbieder die, anders dan in dienst of onmiddellijk of middellijk in opdracht van een andere zorgaanbieder, zelfstandig beroepsmatig een of meer van de vormen van zorg genoemd in artikel 1 van deze beleidsregel verleent.
- h. *tariefopbrengst*: de tarieven voor DBC-zorgproducten en overige zorgproducten die in rekening zijn of hadden kunnen worden gebracht door zorgverleners voor zover zij als 'eigen zorgverlener' voor een 'eigen patiënt' hebben opgetreden.
- i. *DBC-zorgproduct*: declarabele prestatie die is afgeleid uit een subtraject met zorgactiviteiten via de beslisbomen. Een subtraject leidt in combinatie met de geleverde zorgactiviteiten tot een declarabel DBC-zorgproduct als het voldoet aan de voorwaarden van de beslisbomen.
- j. *overig zorgproduct*: prestatie binnen de medisch specialistische zorg, niet zijnde een DBC-zorgproduct. Overige zorgproducten zijn per 2013 onderverdeeld in vier hoofdcategorieën: supplementaire producten, eerstelijnsdiagnostiek (ELD), paramedische behandeling en onderzoek, en overige verrichtingen.
- k. *eigen zorgverlener*: zorgverlener tot wie de patiënt zich met een zorgvraag heeft gewend en die verantwoordelijk is voor het afhandelen van die zorgvraag, al dan niet met andere mede behandelende zorgaanbieders.
- l. *eigen patiënt*: een patiënt is een eigen patiënt van de zorgverlener, indien deze patiënt zich met een zorgvraag tot de betreffende zorgverlener heeft gewend én die zorgverlener verantwoordelijk is voor het afhandelen van die zorgvraag, al dan niet met andere mede behandelende zorgaanbieders.
- m. *Zorgverzekeringsfonds*: het fonds bedoeld in artikel 39 van de Zorgverzekeringswet.

Artikel 4. Vaststelling bovengrens

Voorafgaand aan een kalenderjaar stelt de NZa voor alle zorgverleners die onder de reikwijdte van deze beleidsregel vallen, in een collectief tariefbesluit een (landelijke) bovengrens vast voor de in dat jaar te realiseren omzet. De NZa maakt dit besluit bekend door publicatie op

haar website, toezending aan branche- en koepelorganisaties en door publicatie in de Staatscourant.

Kenmerk
BR/CU-2128

Pagina
3 van 7

Artikel 5. Onderschrijding van de bovengrens

Indien en nadat de minister aan de NZa heeft meegedeeld dat de in het vorige artikel genoemde bovengrens niet is overschreden, stelt de NZa voor alle zorgverleners, in een collectief tariefbesluit, de bovengrens per individuele zorgverlener vast op het niveau van de door die zorgverlener gerealiseerde omzet over het desbetreffende jaar.

Artikel 6. Overschrijding van de bovengrens

1. 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 zorgverlener afzonderlijk, in een individuele tariefbeschikking, vast welk deel van deze overschrijding aan haar wordt toegerekend.
2. De individuele grens van een zorgverlener is, indien de in artikel 4 genoemde bovengrens is overschreden, gelijk aan het procentuele aandeel van de gerealiseerde omzet van die zorgverlener in de totale omzet van dat jaar van alle zorgverleners gezamenlijk, vermenigvuldigd met de bovengrens.
3. De NZa rekent het bedrag van de overschrijding toe door het bedrag van de individuele grens af te trekken van de door de individuele zorgverlener gerealiseerde omzet.
4. De NZa geeft de zorgverlener een aanwijzing als bedoeld in artikel 76, tweede lid, van de Wmg strekkende tot afdracht van het bedrag van de overschrijding aan het Zorgverzekeringsfonds. De aanwijzing vermeldt een betalingstermijn.
5. De NZa kan besluiten om voorafgaand aan de in het vorige lid bedoelde aanwijzing één of meer (voorlopige) beschikkingen af te geven.

Artikel 7. Opbouw (onderdelen) individuele omzet

1. De individuele omzet, die onder meer noodzakelijk is voor de in artikel 6, derde lid, bedoelde toerekening, bestaat uit de navolgende onderdelen:
 - (a) de tariefopbrengst van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten, alsmede de tarieven die op basis van de beleidsregel 'Eerstelijnsdiagnostiek' in rekening kunnen worden gebracht, in zowel het A- als B-segment;
 - (b) het onderhanden werk dat betrekking heeft op (1).
2. Niet tot de in het vorige lid genoemde omzet behoren:
 - (c) toegekende beschikbaarheidsbijdragen als bedoeld in artikel 56a van de Wmg;
 - (d) aanvullende vergoedingen die zijn toegekend op grond van een of meer van de volgende beleidsregels:
 - Garantieregeling kapitaallasten 2011 t/m 2016;
 - Garantieregeling kapitaallasten 2012 t/m 2016 categorale instellingen;

- Garantieregeling kapitaallasten Epilepsiecentra en Longrevalidatie-instellingen 2013 t/m 2016;
- (e) tariefopbrengsten uit onderlinge dienstverlening, waartoe ook behoren de betalingen van zorgverleners aan specialisten;
- (f) verrekenbedragen op grond van de beleidsregels 'Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg' en 'Transitie huisartsenlaboratoria en zelfstandige trombosediensten';
- (g) honorariumomzet uit overloop DBC-zorgproducten 2014-2015 van (collectieven van) vrijgevestigd medisch specialisten die 'VIA' de instelling wordt gedeclareerd.

Kenmerk
BR/CU-2128
Pagina
4 van 7

Artikel 8. Informatieverplichting

1. De NZa legt in een regeling³ vast dat, op welke wijze, en op welk moment, zorgverleners haar over hun omzet dienen te informeren.
2. De NZa stelt aanlevering van de omzetgegevens verplicht binnen een termijn van twee maanden na dagtekening van de brief waarmee de minister de overschrijding bekend maakt.
3. In de in het eerste lid genoemde regeling kan de NZa bepalen dat indien de kosten in verband met de afdracht en inning van het af te dragen bedrag hoger zijn dan de baten, inning niet plaatsvindt.

Artikel 9. Inwerkingtreding en citeerregel

Deze beleidsregel treedt in werking met ingang van 1 januari 2015.

Ingevolge artikel 20, tweede lid, onder b, Wmg, wordt van de vaststelling van deze beleidsregel ten minste twee dagen vóór de datum van inwerkingtreding mededeling gedaan in de Staatscourant.

Deze beleidsregel kan worden aangehaald als: 'Beleidsregel Integraal macrobeheersmodel'.

³ Regeling 'Integraal macrobeheersmodel', te raadplegen op www.nza.nl

Toelichting

Algemeen

Kenmerk
BR/CU-2128

Pagina
5 van 7

Met ingang van het jaar 2015 voert de NZa op aanwijzing van de minister het zogenoemde integraal macrobeheersmodel uit. De tariefopbrengst voor verzekerde medisch specialistische zorg van zorgverleners die aan de patiënt of zorgverzekeraar declareren is, evenals in de jaren 2012-2014 (voorafgaand aan ieder jaar) aan een jaarlijks maximum gebonden. Als (achteraf) blijkt dat dit maximum is overschreden, dienen de zorgverleners die onder deze beleidsregel vallen hun aandeel in de overschrijding terug te storten in het Zorgverzekeringsfonds. De NZa zal dit aandeel vaststellen aan de hand van het aandeel van de omzet van de individuele zorgverlener in het totaal van de omzet van alle zorgverleners die onder het model vallen. De vaststelling van een eventuele overschrijding en van de omzet van individuele zorgverleners vinden plaats voor toepassing van de beleidsregels 'Garantieregeling kapitaallasten 2011 t/m 2016', 'Garantieregeling kapitaallasten 2012 t/m 2016 categorale instellingen' en 'Garantieregeling kapitaallasten Epilepsiecentra en Longrevalidatie-instellingen 2013 t/m 2016'.

De uitvoering van het tot dusver bekende macrobeheersmodel is inhoudelijk niet gewijzigd. Het verschil met de jaren tot 2015 zit er in dat, anders dan in de jaren 2012-2014, het makroader inclusief de vergoedingen aan (vrijgevestigd) medisch specialisten en kaakchirurgen wordt vastgesteld en deze vergoedingen niet langer buiten het omzetbegrip worden gehouden. Op grond van de aanwijzing d.d. 21 mei 2014 (kenmerk: 371987-120847-MC) zijn deze vergoedingen (integraal) onderdeel van de tarieven die door zorgverleners aan zorgverzekeraars/patiënten in rekening worden gebracht.

Artikelsgewijs

Artikel 1.

In dit artikel is vastgelegd op welke zorg (geleverd door welke zorgaanbieders) deze beleidsregel van toepassing is. Hierbij is aangesloten bij de reikwijdtebepaling zoals opgenomen in de versie van de beleidsregel Macrobeheersmodel die gold tot de datum van inwerkingtreding van de voorliggende beleidsregel, met dien verstande dat aan de reikwijdte van de voorliggende beleidsregel zijn toegevoegd:

- mondzorg zoals kaakchirurgen die bieden,
- trombosezorg en
- zorg geleverd door huisartsenlaboratoria ten behoeve van de overige instellingen die onder de reikwijdte van deze beleidsregel vallen.

Ook kaakchirurgen kunnen het integrale tarief declareren, hetzij als solist, hetzij als toegelaten instelling. Om in aanmerking te komen voor een tariefbeschikking voor een solopraktijk dienen zij te voldoen aan de criteria zoals opgenomen in de beleidsregel en nadere regel. Wanneer een kaakchirurg samenwerkt c.q. praktijk houdt c.q. een onderneming drijft met één of meerdere beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3 of 34 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) is geen sprake van een solopraktijk, maar van een instelling (organisatorisch verband) die op grond van artikel 5, eerste lid, WTZi over een toelating dient te beschikken. Op grond van de (artikelsgewijze toelichting bij de) aanwijzing van 21 mei 2014 (kenmerk: 371987-120847-MC) geldt, dat instellingen die kaakchirurgie leveren, vallen onder artikel 1.2, aanhef en onder nummer 1, van het Uitvoeringsbesluit

WTZi. Oftewel: instellingen die kaakchirurgie leveren, worden op grond van deze aanwijzing beschouwd als instellingen voor medisch specialistische zorg.

Kenmerk
BR/CU-2128

Pagina
6 van 7

Indien dergelijke instellingen (nog) niet over een toelating beschikken, dan dienen zij - onder verwijzing naar eerdergenoemde aanwijzing - een toelating als instelling voor medisch specialistische zorg bij het CIBG aan te vragen. Voor de overige (indienings)vereisten voor het verkrijgen van een toelating wordt verwezen naar de hoofdstukken IV, VI en VII, van het Uitvoeringsbesluit WTZi.

Niet onder de reikwijdte van deze beleidsregel valt geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (gespecialiseerde ggz en generalistische basis ggz). Meer in het bijzonder wordt hier bedoeld op consultatieve psychiatrie geleverd door een instelling voor medisch specialistische zorg en gespecialiseerde ggz of generalistische basis ggz geleverd door een PAAZ.

Artikel 3.

In onderdeel a, wordt de definitie van het begrip 'bovengrens' vermeld. Zo'n bovengrens is een grens die aan de omzet wordt gesteld: een omzetgrens. Het integraal macrobeheersmodel bestaat uit een landelijke (macro) omzetgrens en uit daarvan afgeleide (individuele) omzetgrenzen per zorgverlener. Beide zijn te beschouwen als bovengrenzen als bedoeld in artikel 50, tweede lid, Wmg. 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 zorgverleners in een collectieve beschikking ambtshalve één bovengrens vast voor de som van hun (gezamenlijke) tariefopbrengsten.

Artikel 5.

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

Artikel 6.

De minister bericht de NZa zo spoedig mogelijk (na afloop van het betreffende kalenderjaar) of de bovengrens is overschreden en zo ja, welk bedrag door de gezamenlijke zorgverleners in het Zorgverzekeringsfonds moet worden gestort.

Als de macro-omzetgrens is overschreden, stelt de NZa voor elke zorgverlener het aandeel in de door de minister vastgestelde overschrijding vast op basis van de omzet over het desbetreffende jaar. Het met dat aandeel corresponderende bedrag wordt door de NZa vastgelegd in een (aan de betreffende zorgverlener) gerichte beschikking. De zorgverlener is verplicht dit bedrag in het Zorgverzekeringsfonds te storten.

Artikel 7.

De overschrijding wordt aan zorgverleners 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 zorgverleners beschikken en moeten zorgverleners 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, op basis van prestaties en tarieven uit de beleidsregels 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' en 'Eerstelijnsdiagnostiek', met uitzondering van onderlinge dienstverlening. 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.

Kenmerk
BR/CU-2128

De omschrijving van de tariefopbrengst is aangepast aan de situatie die met ingang van 2015 geldt: het gaat om de declaraties aan de zorgverzekeraar of patiënt. Dit betekent dat onderlinge dienstverlening (waaronder de betalingen van zorgverleners aan medisch specialisten) buiten beschouwing blijft.

Pagina
7 van 7

Omdat het gaat om de omzetgegevens van zorgverleners, op basis van declaraties aan verzekeraar of patiënt, blijft voor het jaar 2015 de honorariumomzet van (collectieven van) vrijgevestigd medisch specialisten uit overloop DBC-zorgproducten 2014-2015 per definitie buiten beschouwing voor de VIA-declarerende (collectieven van) specialisten⁴. (Zij declareren wel aan de zorgverzekeraar of patiënt, maar vallen - in hun hoedanigheid van collectief - buiten het begrip zorgverlener.)

Voor de AAN-declaraties geldt dit niet. Hiervoor declareert de instelling (die wel onder het begrip zorgverlener valt) aan de zorgverzekeraar of patiënt.

De honorariumomzet uit overloop DBC-zorgproducten 2014-2015 van vrijgevestigd medisch specialisten die 'aan' de instelling wordt gedeclareerd, onder aftrek van het onderhanden werk ultimo 2014, maakt onderdeel uit van de omzet zoals beschreven in artikel 7, lid 1.

Daarbij wordt opgemerkt dat dit overloopeffect alleen bij de berekening van de verdeelsleutels een rol speelt. Bij de vaststelling van de overschrijding 2015 telt de overloop niet mee. De realisatie en eventuele overschrijding 2015 wordt, volgens de toelichting bij de aanwijzing⁵, bepaald op basis van schadelastgegevens 2015; de schadelast bestaat in 2015 geheel uit integrale tarieven.

⁴ In de toelichting bij de aanwijzing is expliciet opgenomen dat voor de overloop DBC's 2014-2015 het oude regiem van toepassing blijft, dus ook de AAN- en VIA-systematiek.

⁵ Aanwijzing d.d. 21 mei 2014, kenmerk 371987-120847-MC (Stcrt. 2014, nr. 14914).