



Integraal macrobeheersmodel

*Regeling NR/CU-255
Vastgesteld op 15 juli 2014*

Gelet op:

- artikel 35, zevende lid;
- artikel 36, derde lid;
- artikel 37, eerste lid, aanhef en onder d, vierde lid, en zevende tot en met negende lid;
- artikel 62, juncto artikel 68;
- artikel 76, tweede lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg),

en op:

- de aanwijzing integrale tarifiering medisch specialistische zorg d.d. 21 mei 2014, kenmerk 371987-120847-MC, van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS);
- de NZa-beleidsregels 'Integraal macrobeheersmodel', 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' en 'Eerstelijnsdiagnostiek',

heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de volgende regeling vastgesteld.

Artikel 1. Reikwijdte

1. Deze regeling is van toepassing op de volgende zorgverleners:
 - instellingen voor medisch specialistische zorg¹
 - audiologische centra;
 - trombosediensten;
 - instellingen voor erfelijkheidsadvisering;
 - solisten (waartoe ook kaakchirurgen kunnen behoren), indien en voor zover zij de navolgende vormen van zorg leveren en voor zover op de levering van die zorg 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.
2. Deze regeling is niet van toepassing op zorgverleners die 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) leveren.

Artikel 2. Doel

Deze regeling heeft tot doel de (macro)kosten van de in artikel 1 genoemde vormen van zorg te beheersen door middel van een integraal macrobeheersmodel, respectievelijk macrobeheersinstrument (MBI).

Om dit doel te bereiken is deze regeling vastgesteld.

Hierin zijn voorschriften opgenomen op het gebied van:

- een ordentelijke en controleerbare administratie;
- verstrekking van gegevens over de omzet;
- afdracht van geldbedragen in verband met overschrijding van een bovengrens.

Artikel 3. Begripsbepalingen

In deze regeling wordt verstaan onder:

¹ 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.



- a. *bovengrens*: grens als bedoeld in artikel 50, tweede lid, aanhef en onder c, van de Wmg.
- b. *omzet*: de in artikel 7 van de beleidsregel 'Integraal macrobeheersmodel' bedoelde tariefopbrengsten met betrekking tot de in artikel 1 van die beleidsregel en artikel 1 van deze regeling genoemde vormen van zorg.
- c. *zorg*: medisch specialistische zorg, audiologische zorg, trombosezorg, zorg in het kader van erfelijkheidsadviesing 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 erfelijkheidsadviesing) van het Uitvoeringsbesluit WTZi.
- g. *solist*: solistisch werkende zorgaanbieder die, anders dan in dienst of onmiddellijk of middellijk in opdracht van een instelling, 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. Administratievoorschriften

De zorgverlener richt haar administratie op een zodanige wijze in dat daaruit kan worden afgeleid:

- (1) de tariefopbrengst van DBC-zorgproducten en overige zorgproducten en de tarieven die op basis van de beleidsregel 'Eerstelijnsdiagnostiek' in rekening zijn of (hadden) kunnen worden gebracht, in zowel het A- als het B-segment;
- (2) het onderhanden werk dat betrekking heeft op (1);
- (3) in hoeverre (1) en (2) zorg betreffen waarop aanspraak bestaat ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Artikel 5. Gegevensverstrekking

1. De zorgverlener informeert de NZa uiterlijk twee maanden na dagtekening van de brief waarmee de minister de overschrijding over het jaar t bekend maakt over het totaal van de in artikel 4 bedoelde tariefopbrengst over het jaar t. Als er geen sprake is van een overschrijding vervalt de verplichting tot gegevensverstrekking.
2. De opgave geschiedt door middel van een door de NZa beschikbaar te stellen formulier waarin de gegevens en inlichtingen worden opgevraagd.
3. De opgave als bedoeld in dit artikel bestaat ten minste uit de volgende onderdelen:
 - een ondertekend voorblad van het formulier;
 - een Excelversie van het ingediende formulier, waarbij geldt dat het controlegetal op het Excel-voorblad dient overeen te komen met het ondertekende voorblad;
 - een accountantsverklaring als bedoeld in artikel 6.

Artikel 6. Accountantcontrole gegevensverstrekking

De zorgverlener draagt er zorg voor dat een accountant als bedoeld in artikel 393 van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek de juistheid van de op grond van de artikel 5 verstrekte gegevens en inlichtingen



vaststelt, overeenkomstig de wijze die in de genoemde formulieren en het daarbij beschikbaar te stellen controleprotocol is aangegeven.

Artikel 7. Wijze van gegevensverstrekking

1. De zorgverlener verzendt de opgave als bedoeld in artikel 5 naar het emailadres info@nza.nl.
2. Het in artikel 5 bedoelde formulier en het in artikel 6 bedoelde controleprotocol worden beschikbaar gesteld op de website van de NZa (www.nza.nl).

Artikel 8. Afdracht overschrijding

1. Op grond van een aanwijzing als bedoeld in artikel 76, tweede lid, van de Wmg, dient de zorgverlener haar op grond van de beleidsregel 'Integraal macrobeheersmodel' vastgestelde aandeel in de overschrijding van de bovengrens binnen een in de aanwijzing genoemde termijn af te dragen aan het Zorgverzekeringsfonds.
2. Een afdracht als bedoeld in het eerste lid blijft achterwege, indien de kosten in verband met de afdracht en inning van het af te dragen bedrag hoger zijn dan de baten. Indien naar het oordeel van de NZa sprake is van een situatie als beschreven in de vorige zin, doet zij daarvan mededeling in de in het eerste lid bedoelde aanwijzing onder vermelding dat de zorgverlener het door de NZa vastgestelde bedrag ter zake zijn aandeel in de overschrijding niet hoeft af te dragen aan het Zorgverzekeringsfonds.

Artikel 9. Inwerkingtreding en citeertitel

Deze regeling treedt in werking op 1 januari 2015.

Ingevolge artikel 20, tweede lid, onderdeel a, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), zal deze regeling ten minste twee dagen vóór de datum van inwerkingtreding in de Staatscourant worden gepubliceerd.

Deze regeling kan worden aangehaald als: 'Regeling Integraal macrobeheersmodel'.

*Nederlandse Zorgautoriteit,
M.A. Ruys
voorzitter Raad van Bestuur a.i.*