



Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van 13 december 2011, nr. MC-U-3096073, houdende een macrobeheersmodel instellingen voor medisch specialistische zorg

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op de artikelen 7 en 59 van de Wet marktordening gezondheidszorg¹;

Na in de brieven van 14 maart 2011, getiteld 'Zorg die loont'², en op 15 juli 2011 schriftelijk mededeling te hebben gedaan aan de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal³ als bedoeld in artikel 8 van de Wet marktordening gezondheidszorg inzake het voornemen de zorgautoriteit een aanwijzing te geven over macrobeheersing bij instellingen voor medisch specialistische zorg;

Gelet op de brief van de Eerste Kamer der Staten-Generaal van 16 september 2011, kenmerk 148140.04u, de Memorie van antwoord bij het voorstel van wet Aanvulling instrumenten bekostiging WMG van 9 november 2011 (Kamerstukken I 2011/12, 32 393, C) en de behandeling van voornoemd wetsvoorstel door die Kamer op 29 november 2011;

Gelet op het Verslag van het schriftelijk overleg over de brief van 5 juli 2011 inzake het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012–2015 van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Zelfstandige Klinieken Nederland en Zorgverzekeraars Nederland (Kamerstukken II 2010/10, 29 248, nr. 215) en de brief van 15 juli 2011 inzake het Macrobeheersinstrument curatieve zorg vastgesteld op 4 november 2011 (Kamerstukken II 2011/12, 29 248, nr. 218);

Besluit:

Artikel 1 definities

In deze aanwijzing wordt verstaan onder:

- a. *minister*: de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- b. *wet*: de Wet marktordening gezondheidszorg;
- c. *zorgautoriteit*: de Nederlandse Zorgautoriteit, genoemd in artikel 3 van de wet;
- d. *zorg*: medisch specialistische zorg, audiologische zorg, trombosezorg en zorg in het kader van erfelijkheidsadvies, waarop ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onder d, van de Zorgverzekeringswet aanspraak bestaat, niet zijnde 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);
- e. *instellingen*: algemene en categorale ziekenhuizen (inclusief long/astmacentra), academische ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra, epilepsie-inrichtingen, instellingen voor revalidatie, radiotherapeutische centra, dialysecentra, trombosediensten, centra voor erfelijkheidsonderzoek, audiologische centra en laboratoria (uitgezonderd huisartsenlaboratoria) voor zover deze laboratoria werkzaamheden verrichten ten behoeve van de hiervoor genoemde instellingen, met uitzondering van instellingen voor medisch specialistische zorg verleend door psychiaters (ggz-instellingen);
- f. *aanwijzing transitie-model*: de Aanwijzing transitie-model prestatiebekostiging medisch specialistische zorg 2012 van 29 juli 2011 (Stcrt. 2011, 13950);
- g. *transitie-model prestatiebekostiging*: het transitie-model geschetst in de aanwijzing transitie-model;
- h. *transitiebedrag*: het bedrag als bedoeld in artikel 5 van de aanwijzing transitie-model;
- i. *verrekenbedrag*: het bedrag als bedoeld in artikel 6 van de aanwijzing transitie-model;
- j. *aanwijzing overgangsregeling kapitaallasten*: de Aanwijzing inzake overgangsregeling kapitaallasten algemene en academische ziekenhuizen van 22 juni 2010 (Stcrt. 2010, nr. 10255);
- k. *overgangsregeling kapitaallasten*: de overgangsregeling kapitaallasten als bedoeld in de aanwijzing overgangsregeling kapitaallasten;

¹ Zoals de Wet marktordening gezondheidszorg komt te luiden nadat het bij koninklijk besluit op 25 mei 2010 ingediende voorstel van wet houdende wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met de aanvulling met instrumenten voor bekostiging (Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG) (Kamerstukken 32 393) tot wet is verheven en in werking is getreden.

² Kamerstukken II 2010/11, 32 620, nr. 6.

³ Kamerstukken II 2010/11, 29 248, nr. 216.



l. *aanwijzing kapitaallasten transitie-model*: de Aanwijzing kapitaallasten transitie-model prestatiebekostiging medisch specialistische zorg 2012 van 26 september 2011 (Stcrt. 2011, 19621);
m. *Zorgverzekeringsfonds*: het fonds genoemd in artikel 39 van de Zorgverzekeringswet;
n. *macrobeheersmodel*: het samenstel van instrumenten als bedoeld in deze aanwijzing;
o. *mbi-omzetplafond*: mbi-omzetplafond vastgesteld op basis van artikel 4, eerste lid;
p. *Hoofdlijnenakkoord*: het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en de minister, ondertekend op 4 juli 2011 (Kamerstukken II 2010/11, 29 248, nr. 215).

Artikel 2 werkingssfeer

Deze aanwijzing is van toepassing op zorg verleend in de onderscheiden jaren 2012, 2013 en 2014 waarvoor tarieven in rekening zijn gebracht of zouden hebben kunnen worden gebracht door instellingen.

Artikel 3 opdrachtverlening

Ter uitvoering van deze aanwijzing stelt de zorgautoriteit regels en beleidsregels vast, nadat het bij koninklijk besluit op 25 mei 2010 ingediende voorstel van wet houdende wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met de aanvulling met instrumenten voor bekostiging tot wet is verheven en in werking is getreden.

Artikel 4 macrobeheersmodel: het vaststellen van grenzen

1. De zorgautoriteit stelt ambtshalve voor ieder hierboven aangegeven kalenderjaar voor zorg van alle instellingen gezamenlijk een mbi-omzetplafond, een bovengrens als bedoeld in artikel 50, tweede lid, aanhef en onder c, van de wet, vast. Dit mbi-omzetplafond betreft niet de honoraria voor de vrijgevestigd medisch specialisten.
2. De zorgautoriteit stelt ambtshalve voor ieder aangegeven kalenderjaar voor iedere individuele instelling een bovengrens vast die op volgende wijze rekening houdt met het op basis van het eerste lid vastgestelde mbi-omzetplafond:
 - a. Indien alle instellingen gezamenlijk het mbi-omzetplafond niet overschrijden is de grens voor iedere individuele instelling gelijk aan de door die instelling gerealiseerde mbi-omzet in het desbetreffende kalenderjaar;
 - b. Indien alle instellingen gezamenlijk het mbi-omzetplafond overschrijden is de grens voor iedere individuele instelling gelijk aan het procentuele aandeel van die instelling in de totale mbi-omzet van alle instellingen gezamenlijk in het desbetreffende kalenderjaar vermenigvuldigd met het bedrag dat door de zorgautoriteit is vastgesteld als mbi-omzetplafond.
3. Tot de in een kalenderjaar gerealiseerde mbi-omzet behoort mede het door de zorgautoriteit voor die instelling vastgesteld verrekenbedrag.
4. Tot de mbi-omzet van een individuele instelling worden niet gerekend bedragen die zijn toegekend op basis van de toepassing van de beleidsregels van de zorgautoriteit ter uitwerking van de aanwijzing overgangsregeling kapitaallasten.
5. De zorgautoriteit stelt met betrekking tot het jaar 2012 het mbi-omzetplafond als bedoeld in het eerste lid en de bovengrenzen als bedoeld in het tweede lid vast op grond van het bedrag voor zorg dat voor dat kalenderjaar ten hoogste beschikbaar is, zijnde een bedrag van € 16.634 miljoen (prijsniveau 2011).
6. De zorgautoriteit stelt met betrekking tot de jaren 2013 en 2014 het mbi-omzetplafond als bedoeld in het eerste lid en de bovengrenzen als bedoeld in het tweede lid niet vast dan nadat de minister haar schriftelijk heeft bericht welk bedrag voor zorg als bedoeld in artikel 2 voor het desbetreffende kalenderjaar ten hoogste beschikbaar is. Van het bericht wordt afschrift gezonden aan beide kamers der Staten-Generaal.

Artikel 5 macrobeheersmodel: individuele aanwijzing tot afdracht

1. De zorgautoriteit handhaaft het mbi-omzetplafond als bedoeld in artikel 4, eerste lid, door het handhaven van de bovengrenzen als bedoeld in artikel 4, tweede lid.
2. De zorgautoriteit geeft ambtshalve een aanwijzing in de zin van artikel 76, tweede lid, van de wet aan de individuele instellingen tot de afdracht aan het Zorgverzekeringsfonds van een door de



zorgautoriteit vastgesteld bedrag indien door alle instellingen gezamenlijk het mbi-omzetplafond als bedoeld in artikel 4, eerste lid, is overschreden.

3. De in het eerste lid bedoelde bovengrens is voor iedere individuele instelling gelijk aan het procentuele aandeel van die instelling in de totale mbi-omzet van alle instellingen gezamenlijk in het desbetreffende kalenderjaar vermenigvuldigd met het bedrag dat de zorgautoriteit, ingevolge het bericht van de minister als bedoeld in het vierde lid, als basis dient te nemen voor de handhaving, bedoeld in het eerste lid.
4. De zorgautoriteit geeft de aanwijzing als bedoeld in het tweede lid niet dan nadat de minister haar uiterlijk 1 december van het jaar volgend op het kalenderjaar als bedoeld in het vorige lid schriftelijk heeft bericht dat het bedrag bedoeld in artikel 4, zesde respectievelijk zevende lid, is overschreden onder vermelding van het bedrag dat de zorgautoriteit als basis dient te nemen voor de handhaving als bedoeld in het eerste lid. Van het bericht wordt afschrift gezonden aan beide kamers der Staten-Generaal.

Artikel 6 macrobeheersmodel: collectieve beschikking tot behoud omzet

1. De zorgautoriteit stelt ambtshalve voor het in artikel 4, eerste lid bedoelde kalenderjaar vast dat de grens voor iedere individuele instelling gelijk is aan de door die instelling gerealiseerde mbi-omzet in het desbetreffende kalenderjaar.
2. De zorgautoriteit doet de vaststelling als bedoeld in het eerste lid niet dan nadat de minister haar uiterlijk 1 december van het jaar volgend op het kalenderjaar als bedoeld in het vorige lid schriftelijk heeft bericht dat het bedrag bedoeld in artikel 4, zesde respectievelijk zevende lid, niet is overschreden. Van het bericht wordt afschrift gezonden aan beide kamers der Staten-Generaal.

Artikel 7 garantie kapitaallasten na macrobeheersmodel

1. De overgangsregeling kapitaallasten blijft ongewijzigd van kracht en wordt separaat van het macrobeheersmodel als omschreven in voorgaande artikelen toegepast.
2. De zorgautoriteit voert de overgangsregeling kapitaallasten uit met inachtneming van de berekening van de vergoeding voor kapitaallasten die instellingen als bedoeld in de artikelen 3 en 5 van de aanwijzing kapitaallasten transitie-model behouden na de vaststelling van het verrekenbedrag en de toepassing van het macrobeheersmodel.

Artikel 8

Deze aanwijzing wordt aangehaald als: Aanwijzing macrobeheersmodel instellingen voor medisch specialistische zorg.

Van deze aanwijzing wordt mededeling gedaan door plaatsing met de toelichting in de Staatscourant.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers.*



TOELICHTING

Algemeen deel

1. Inleiding

Op 14 maart 2011 heb ik het parlement de brief 'Zorg die loont' (Kamerstukken II 2010/11, 32 620, nr. 6) toegestuurd, inzake mijn plannen om per 2012 prestatiebekostiging in te voeren bij de gebudgetteerde en begrotingsgefinancierde instellingen voor medische specialistische en andere curatieve zorg. Onderdeel van die brief is mijn voornemen om een zogenoemd 'macrobeheersinstrument' te hanteren op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG). In het Algemeen overleg van 6 april 2011 over bedoelde voornemens heb ik toegezegd over het 'macrobeheersinstrument' een afzonderlijke voorhangbrief te zenden. Dat heb ik gedaan op 15 juli (Kamerstukken II 2010/11, 29 248, nr. 216). Met die brief heb ik het parlement geïnformeerd over de wijze waarop ik voornemens ben uitvoering te geven aan het 'macrobeheersinstrument'. Het 'macrobeheersinstrument' is een samenstel van instrumenten uit de WMG en geen specifiek zelfstandig instrument. Het betreft een toepassing van de instrumenten begrenzing en afdracht aan het Fonds zoals die in de WMG zijn opgenomen met de inwerkingtreding van het wetsvoorstel Aanvulling instrumenten bekostiging WMG (Kamerstukken II 2011/12, 32 393). Ik zal dat samenstel verder in deze toelichting 'macrobeheersmodel' noemen.

De Eerste Kamer heeft bij brief van 16 september 2011 (kenmerk 148140.04u) in reactie op de laatste voorhangbrief laten weten zich het recht voor te behouden om een week na behandeling van bedoeld wetsvoorstel in die Kamer op de voornemens in die voorhangbrief terug te komen. In het voorlopig verslag van bedoeld wetsvoorstel heeft de Eerste Kamer niettemin vragen over het macrobeheersmodel gesteld die in de memorie van antwoord van 9 november 2011 zijn beantwoord (Kamerstukken I 2011/12, 32 393, C).

De Tweede Kamer der Staten-Generaal heeft schriftelijke vragen gesteld naar aanleiding van de bovenbedoelde voorhangbrief van 15 juli 2011. De Tweede Kamer heeft het Verslag van een schriftelijk overleg (Kamerstukken II 2011/12, 29 248, nr. 218) op 4 november 2011 vastgesteld.

Bij dat verslag is tevens de uitvoeringstoets van de Nederlandse Zorgautoriteit, verder te noemen de zorgautoriteit, gevoegd over een voorstel van Zorgverzekeraars Nederland om tegemoet te komen aan de wens om een alternatief te vinden voor de generieke toepassing van het macrobudgetinstrument zoals gevraagd in de motie van de leden Mulder, Smilde en Gerbrands van de Tweede Kamer der Staten-Generaal (Kamerstukken II 2010/11, 29 248, nr. 193).

Vooralsnog is de conclusie dat het toepassen van een generiek macrobeheersmodel – zolang vooralsnog geen beter alternatief beschikbaar is – het meeste recht doet aan het systeem dat ik voor ogen heb met de invoering van prestatiebekostiging zoals dat in mijn brief 'Zorg die loont' is beschreven. Met een generieke toedeling krijgen alle onder het macrobeheersmodel vallende instellingen eenzelfde procentuele verrekening in het geval van een overschrijding. De relatieve positie van instellingen onderling blijft in stand.

2. Alternatief macrobeheersmodel

Bij de behandeling van de wet Aanvulling instrumenten bekostiging WMG in de Eerste Kamer der Staten-Generaal op 29 oktober 2011 heb ik aangegeven in 2012 een slimmer macrobeheersmodel te willen ontwerpen. Daarbij heb ik gemeld dat een alternatief macrobeheersmodel juridisch solide, cijfermatig goed onderbouwd, uitvoerbaar, controleerbaar en handhaafbaar moet zijn én moet leiden tot een betere verdeling dan de generieke toepassing. Bij het ontwikkelen van een alternatief macrobeheersmodel betrek ik de uitgangspunten die het lid Putters van de PvdA-fractie in die Kamer heeft geschetst:

'In de allereerste plaats moet het gedifferentieerder en dus rechtvaardiger zijn. Oorzaken van de overschrijding kunnen dan echt worden getackeld en daar worden geadresseerd waar ze worden gemaakt. Dat is dan geen generieke korting, maar er wordt bekeken waar de overschrijding plaatsvindt. In de tweede plaats moet er binnen dit model veel meer aandacht zijn voor gepast gebruik, want ook dat is noodzakelijk om de oorzaken van overschrijdingen te tackelen. In de derde plaats moet er binnen dat model echt naar uitkomstmaten toe worden gewerkt. In de vierde plaats moeten de informatieprocessen worden verbeterd.'

Zodra een alternatief beheersmodel ontwikkeld is, ben ik voornemens de systematiek in de onderhavige aanwijzing van de verdeling over de instellingen te vervangen door de alternatieve systematiek, nadat ik dat bij voorhangbrief aan de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal heb voorgelegd. Die nieuwe methodiek zou dan in beginsel kunnen gelden voor de jaren na 2012. Vanwege de rechtszekerheid voor alle betrokken instellingen kan een nieuwe methodiek over 2012 alleen worden toegepast als alle betrokken instellingen daar voordeel bij hebben.



3. Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord en Zorg die loont

Op 4 juli 2011 is het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord gesloten tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Kamerstukken II 2010/11, 29 248, nr. 215). Bij de begroting van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het jaar 2012 is de tabel premie-uitgaven opgenomen. Eén van de posten is de sector 'instellingen voor medisch specialistische zorg'. Het hier opgenomen bedrag van € 16.704 miljoen is het beschikbare budgettaire kader voor 2012 dat is afgeleid van dat hoofdlijnenakkoord. Dit bedrag, na neerwaartse bijstelling met de beschikbaarheidsbijdragen (niet zijnde de academische component) met € 70 miljoen, betreft het budgettaire plafond op basis waarvan de minister zal vaststellen of al dan niet sprake is van een overschrijding. Dit bedrag is dus inclusief de verrekenbedragen die de Nederlandse Zorgautoriteit (verder: zorgautoriteit) bij toepassing van het transitie-model vaststelt. In de aanwijzing is het bedrag van € 16.634 miljoen voor het jaar 2012 opgenomen. Dat bedrag is het beschikbare bedrag in prijsniveau 2011. Dat bedrag wordt nog bijgesteld met de indexering die in beginsel in het voorjaar van 2012 bekend wordt en aan de zorgautoriteit en betrokken partijen wordt meegedeeld. Zoals in de brief van 14 maart 2011, 'Zorg die loont', is aangegeven is een macrobeheersmodel bedoeld als ultimum remedium. Een dergelijk model wordt ingezet om te voorkomen dat andere onderdelen van de zorg moeten worden belast indien de uitgaven aan instellingen voor medisch specialistische en andere curatieve zorg hoger zijn dan het toegestane (BKZ)kader voor de sector. De afspraken met veldpartijen in het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord over een beheerste groei-ontwikkeling vragen met ingang van 2012 een structurele werking van een macrobeheersmodel. De looptijd van deze aanwijzing inzake een generiek macrobeheersmodel is afgestemd op het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord en het Convenant medisch specialisten. Zodra gedurende de looptijd van deze aanwijzing een alternatief macrobeheersmodel is ontwikkeld, zal de verdeelsleutel van overschrijdingen bij individuele instellingen worden aangepast.

Met ingang van 2015 zullen er integrale tarieven voor medisch specialistische zorg in rekening gebracht kunnen worden. Bij de nieuwe situatie moet een toepasselijk macrobeheersmodel worden gezocht. Over de exacte vormgeving van het macrobeheersmodel dat bij die nieuwe situatie past zal in 2014 nadere besluitvorming plaatsvinden.

4. Aanleiding en doel macrobeheersmodel

De overstap van budgetbesteding naar prestatiebesteding van curatieve instellingen is een belangrijk instrument om zorgaanbieders de ruimte te geven en te prikkelen om de zorgverlening en de logistieke processen bij die zorgaanbieders zo goed mogelijk in te richten. Prestatiebesteding bevordert onder andere het inzicht in kosten en uitkomsten. Daarmee kan prestatiebesteding gecombineerd met het versterken van de prikkels bij verzekeraars bijdragen aan het verhogen van de kwaliteit en financiële houdbaarheid van de curatieve zorg.

Ik merk op dat met ingang van 2012 met de afschaffing van de macronaïcalculatie en verdere afbouw van de ex post risicoverevening een aantal belangrijke stappen wordt gezet waardoor de risicodragendheid van zorgverzekeraars toeneemt. Hierdoor ontstaat met ingang van 2012 meer druk op zorgverzekeraars om overschrijdingen van het BKZ te voorkomen. Het uitgangspunt is dat deze druk als gevolg daarvan op zichzelf voldoende moet zijn om de macro betaalbaarheid te borgen. Het bestaan van een macrobeheersmodel is dan alleen nog maar een ultimum remedium. Mocht er bij de instellingen desondanks sprake blijven van overschrijdingen in de komende jaren, dan zal ik die in beginsel redresseren via het nieuwe macrobeheersmodel. Dit model is voor mij een wezenlijk onderdeel in mijn beleid om de prestatiebesteding medisch specialistische zorg verantwoord in te kunnen voeren.

Wellicht ten overvloede wijs ik op een verschil tussen cijfers die worden gebruikt voor het bepalen van overschrijding van het beschikbare macrobedrag en cijfers die worden gebruikt voor de bepaling van het aandeel van iedere individuele instelling in de verdeling van het bedrag dat de gezamenlijke instellingen vanwege de overschrijding afdragen aan het Zorgverzekeringsfonds. Het bedrag in het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord en het bedrag dat minister gebruikt om een overschrijding vast te stellen zijn gebaseerd op schadecijfers voor de desbetreffende zorg. De bepaling van de omzet van de individuele instellingen is gebaseerd op de opgave van die instellingen en dient voor vaststelling van de verdeelsleutel bij constatering van een overschrijding door de minister. De overschrijding wordt dus niet berekend op basis van de gezamenlijke omzetten van de instellingen.

5. Kern werking macrobeheersmodelsysteem

De werking van het macrobeheersmodel is stapsgewijs en op hoofdlijnen als volgt:

- Voor jaar t wordt in een aanwijzing van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de



- Nederlandse Zorgautoriteit een macrokader voor instellingen voor medisch specialistische en andere curatieve zorg vastgesteld. De sector dient als geheel binnen dat macrokader te blijven;
- De uitgaven aan zorg bij deze instellingen over jaar t worden na afloop van jaar t vastgesteld en door de minister afgezet tegen dit macrobudgettair kader;
 - De overschrijding wordt in beginsel door de zorgautoriteit verrekend over alle instellingen, tenzij de overschrijding op andere wijze wordt gecompenseerd. In deze aanwijzing wordt uitgegaan van een generieke verrekening;
 - Daarbij wordt door de zorgautoriteit gekeken naar de omzet van de individuele instelling als aandeel van die instelling in de totale omzet door alle instellingen samen;
 - De zorgautoriteit stuurt een beschikking naar de individuele instellingen.
 - De instellingen dragen het bedrag van de beschikking af aan het Zorgverzekeringsfonds.

In de volgende paragrafen wordt een toelichting gegeven op elk van de geschetste stappen. Overigens kan een macrobeheersmodel ook worden ingezet voor een periode korter of langer dan een jaar, welke periode zich ook over jaargrenzen kan uitstrekken. Dat maakt voor de systematiek niets uit. Bij deze aanwijzing ga ik echter uit van drie achtereenvolgende kalenderjaren.

6. Beschikbaar macrokader

De minister stelt jaarlijks, voor het aankomende jaar, één macrokader voor de instellingen van medisch specialistische en andere curatieve zorg vast (hierna: macrokader medisch specialistische zorg). Het beschikbare macrokader medisch specialistische zorg is afgeleid van de raming van het Centraal Planbureau voor de collectieve zorguitgaven. Dit is het totaalbedrag dat beschikbaar is voor zorg geleverd door algemene en categorale ziekenhuizen (inclusief long/astmacentra), academische ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra, epilepsie-inrichtingen, instellingen voor revalidatie, radiotherapeutische centra en dialysecentra, trombosediensdiensten, centra voor erfelijkheidsonderzoek, audiologische centra en laboratoria (met uitzondering van huisartsenlaboratoria) voor zover deze laboratoria werkzaamheden verrichten ten behoeve van de hiervoor genoemde instellingen.

Het beschikbare bedrag heeft betrekking op het totaal van de uitgaven toe te rekenen aan het A-segment (inclusief verrekenbedragen) en het B-segment, inclusief intramurale dure- en weesgeneesmiddelen, IC en kapitaallasten, exclusief de honoraria van vrijgevestigd medisch specialisten. De honoraria van specialisten in loondienst zijn wel onderdeel van het macrokader medisch specialistische zorg.

Zoals hiervoor in paragraaf 3 is aangegeven is het macrobedrag met € 70 miljoen ten behoeve van te verwachten beschikbaarheidbijdragen gecorrigeerd. Het macrobeheersmodel is, als toepassing van het instrument begrenzing in de WMG, immers alleen van toepassing op (potentiële) tariefopbrengsten. Beschikbaarheidbijdragen zijn geen tarieven in de zin van de wet. Om deze reden zal zorg die op basis van beschikbaarheidbijdrage wordt gefinancierd van het macrobeheersmodel worden uitgezonderd. Het bedrag van € 16.634 miljoen voor het jaar 2012 is het beschikbare bedrag in prijsniveau 2011. Dat bedrag wordt nog bijgesteld met de indexering die in het voorjaar van 2012 bekend wordt. Zie ook paragraaf 3.

Het totale beschikbare bedrag heeft enkel betrekking op verzekerde zorg waarop in jaar t aanspraak bestaat ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Bij het bepalen van het beschikbare macrokader wordt rekening gehouden met eventuele wijzigingen in dat basispakket.

Het beschikbare macrokader medisch specialistische zorg is een totaal beschikbaar bedrag, inclusief toegestane volumegroei (hierna: groeiruumte) en exclusief de loon- en prijsbijstelling voor jaar t. De loon- en prijsbijstelling over jaar t wordt in beginsel bepaald in jaar t en verwerkt in het beschikbare kader. Zie volgende paragraaf.

7. Budgettair Kader Zorg (BKZ)

Het macrokader instellingen voor medisch specialistische zorg is onderdeel van het BKZ. Het BKZ is de financiële ruimte die het kabinet aan het begin van een kabinetsperiode aanvaardbaar acht voor de zorg. Het BKZ functioneert daarbij als een plafond. Conform begrotingsregels dienen overschrijdingen van het BKZ in beginsel binnen het BKZ te worden opgevangen. Het BKZ houdt rekening met een bepaalde groei van de totale zorguitgaven. Het kabinet bepaalt aan het begin van de kabinetsperiode welke groei toegestaan is en in financiële zin welke 'groeiruumte' beschikbaar wordt gesteld. Ook die groeiruumte is feitelijk gemaximeerd. Uit deze groeiruumte dienen o.a. demografische ontwikkelingen, innovatie en andere (volume- en prijs) ontwikkelingen te worden betaald. Jaarlijks wordt het BKZ aangepast door middel van de prijsindex nationale bestedingen. Daarnaast kan het kader fluctueren als gevolg van beleidsmatige mutaties, die zowel tot een plus als een min kunnen leiden.



Het BKZ is onderverdeeld in onderliggende sectoren (en deelsectoren). Deze sectoren worden ook wel (financiële) kaders genoemd. Voor de sectoren geldt feitelijk hetzelfde als voor het totale BKZ, namelijk dat dit de door het kabinet aanvaardbaar geachte budgettaire ruimte is voor een bepaalde sector. Deze budgettaire ruimte per sector wordt jaarlijks aangepast in verband met de nominale ontwikkeling (inflatie en loonontwikkeling) en groeirimte. Deze groeirimte wordt op basis van een zo goed mogelijke raming over de verschillende sectoren verdeeld. Daarnaast kunnen afspraken binnen het kabinet over extra uitgaven (intensiveringen), of afspraken over minder uitgaven (ombuiging/bezuiniging/taakstelling) leiden tot aanpassing van het kader. Ook kan op basis van bijvoorbeeld realisatiecijfers worden besloten het kader neerwaarts of omhoog bij te stellen. Er is dus feitelijk geen sprake van een van onderop opgebouwd financieel kader. Het kader is een raming van aan een sector toe te rekenen middelen waarop in de tijd gemuteerd wordt.

Bovenstaande is ook van toepassing op de sector betreffende instellingen voor medisch specialistische en andere curatieve zorg. Op grond van de afspraken in het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord is de hiervoor bedoelde bijstelling in verband met de groeirimte reeds over meerdere jaren verwerkt in het BKZ kader voor de sector.

8. Gerealiseerde uitgaven

Na afloop van jaar t dient te worden bepaald wat de realisatie is geweest van uitgaven aan zorg, geleverd door instellingen die vallen onder het beschikbare macrokader medisch specialistische zorg. Het bepalen van de realisatie heeft betrekking op het totaal van de uitgaven zoals aangegeven in paragraaf 7. Voor de jaren van het transitieproces, zoals beschreven in de brief 'Zorg die loont', worden de uitgaven bepaald na toepassing van het transitieproces prestatiebekostiging (dus inclusief de door de zorgautoriteit vastgestelde verrekenbedragen. De beschikbaarheidsbijdragen worden vanwege hiervoor aangegeven redenen in het kader van een macrobeheersmodel niet meegenomen bij het bepalen van de totale uitgaven.

9. Vaststelling overschrijding

Bij de berekening van een overschrijding wordt het beschikbare macrokader medisch specialistische zorg afgezet tegen de BKZ-relevante uitgaven aan zorg die toe te rekenen zijn aan de instellingen die onder het genoemde macrokader vallen. Voor deze berekening zijn primair drie bronnen van belang:

- De realisatie van de uitgaven aan zorg op basis van College voor zorgverzekeringen (CVZ);
- De realisatie van de uitgaven aan zorg op basis van gegevens van de zorgautoriteit;
- Het beschikbare macrobedrag voor instellingen voor medisch specialistische zorg binnen het BKZ.

Door de eerste twee bronnen (de gerealiseerde zorguitgaven) te confronteren met de beschikbare middelen binnen het BKZ (conform de genoemde tabel bij de begroting) wordt de overschrijding berekend.

Voor het volgen van de uitgavenontwikkeling van het kostendeel van de instellingen voor medisch specialistische en andere curatieve zorg zullen gegevens gebruikt worden van het CVZ. Dat geldt ook voor het honorariumdeel in verband met medisch specialisten in loondienst. Zorgverzekeraars zijn verplicht ieder kwartaal gegevens te verschaffen aan het CVZ over de schadelast als gevolg van in rekening gebrachte dbc- en overige zorgproducten; het kostendeel (instellingen) en het honorariumdeel (medisch specialisten) moeten afzonderlijk worden verantwoord. De schadelast betreft de door de verzekeraars daadwerkelijk betaalde schade en de te verwachten schade die ten laste zijn of naar verwachting zullen zijn (balanspost) tot een BKZ-budgetjaar en is daarom de schade die het best aansluit bij het schadebegrip van het BKZ. Zorgverzekeraars zijn verplicht jaarlijks de schadelast aan het CVZ te melden¹. Op basis van deze gegevens rapporteert het CVZ periodiek aan de minister over de uitgavenontwikkeling in het kader van de Zorgverzekeringswet. Bij de berekening van de overschrijding zal ik uitgaan van de CVZ-gegevens. Hierbij zal in ogenschouw genomen worden de gerapporteerde en mogelijk nog op aannemelijke gronden te verwachten uitgaven genoemd in paragraaf 7. Het gaat hierbij om het kostendeel van de instelling. Daarnaast zal voor genoemde posten een reële inschatting gemaakt worden van de honorariumkosten van medisch specialisten in loondienst.

Ik hecht eraan, zo snel als dat verantwoord is, in het kader van een zorgvuldige uitvoering van het macrobeheersmodel duidelijkheid te scheppen of er sprake is van een overschrijding en of de gezamenlijke instellingen een bedrag moeten afdragen aan het Zorgverzekeringsfonds. Een snelle zekerheid is wenselijk ten behoeve van de bedrijfsvoering van de instellingen. Natuurlijk kan ik bij de bepaling van de overschrijding ervoor kiezen eerst alle informatie over schade in het jaar t en wat daartoe moet worden gerekend af te wachten. Dat betekent dat de instellingen eventuele reserverin-

¹ Artikel 88 Zvw. Zie Handboek zorgverzekeraars informatie Zorgverzekeringswet, onder 2.2.1 en 2.2.3.



gen en voorzieningen die zij hebben getroffen voor een eventuele afdracht moeten vasthouden. Een dergelijk streven naar een aan absolute zekerheid grenzende waarschijnlijkheid betekent een onzekere periode voor de instellingen die duurt tot tenminste medio $t + 2$, bezwaar en beroep niet meegerekend. Die periode vind ik veel te lang en is gelet op de in het verleden opgedane ervaring niet noodzakelijk. Om de instellingen niet al te lang in onzekerheid te laten heb ik besloten met ingang 1 december van het jaar $t+1$ duidelijkheid te scheppen. In het licht van het voorgaande kies ik ervoor de bestaande praktijk van bepaling van overschrijdingen zo veel mogelijk voort te zetten. In oktober van het jaar $t+1$ ontvang ik een opgave van de schade over het jaar t . Een deel hiervan is nog een inschatting van verzekeraars, de zogenaamde balanspost. Net als nu het geval is, is de totale schade die wordt afgezet tegen het kader: de ontvangen en gedeclareerde schade + de balanspost. In het recente verleden ben ik vaak al uitgegaan van veel forsere balansposten in juni van het jaar $t+1$; de methodiek ten behoeve van het macrobeheersmodel is dus zorgvuldiger. De ervaring leert dat de bedoelde balansposten zich na afloop van het jaar $t+1$ ook doorgaans omzetten in 'echte' schade. De balanspost wordt dan ook terecht als schade toegerekend aan t . Dat verandert niet. Mocht onverhoopt uit de beschikbare schadecijfers van het laatste kwartaal van het jaar t blijken dat de overschrijding veel groter is dan op grond van de balansposten in oktober van het jaar $t+1$ was verwacht dan kan dat worden opgeteld bij de schade voor volgend jaar.

Overigens dient te worden opgemerkt dat, ingeval in 2012 of na afloop van 2012 blijkt dat er adequatere methoden en/of nog betrouwbaarder bronnen zijn om de overschrijding te berekenen, kan worden besloten om van de hiervoor geschetste lijn af te wijken indien dit in het voordeel is van de betrokken zorgaanbieders. Voor de goede orde zij hierbij opgemerkt dat het gestelde in de vorige volzin de eventuele bijstelling van de toedeling zoals bedoeld in paragraaf 3 onverlet laat.

Ook kan in het licht van het traject van de verbetering van de informatievoorziening besloten worden tot een andere definitie van de BKZ-relevante schade in periode na 2012, zodat op een sneller moment een definitief inzicht ontstaat in de BKZ-relevante schade in een bepaald jaar. Dit zal dan een nieuwe voorhangprocedure en aanwijzing vergen.

10. Overleg bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012–2015

In mijn eerdergenoemde voorhangbrief van 15 juli 2011 en in paragraaf 6 heb ik de werking van een (generiek) macrobeheersmodel beschreven: voorafgaand aan elk jaar wordt een macrokader vastgesteld voor de zorg geleverd door instellingen van medisch specialistische zorg. Na afloop van het jaar wordt de uitgavenrealisatie bepaald. De realisatie van de uitgaven en het macrokader worden dan met elkaar vergeleken. In het eventuele onverhoopte geval van overschrijdingen zal de minister daarover met partijen nader in overleg treden. Bij de generieke toepassing van het macrobeheersmodel zal het te redresseren bedrag van de overschrijding generiek worden verdeeld over de instellingen, wat betekent dat elke instelling eenzelfde kortingspercentage krijgt opgelegd.

11. Macrobeheersmodel en Transitie-model

In de brief 'Zorg die loont' en in de daaropvolgende aanwijzing van 29 juli 2011 (Stcrt. 2011, 13950) is aangegeven dat er voor 2012 en 2013 een transitie-model wordt ingezet, om de risico's voor de overgang van het functiegerichte budget van het huidige A-segment naar prestatiebekostiging beheersbaar te houden. Op basis van de consultatie van de zorgautoriteit van de audiologische en revalidatie centra is voor deze centra een transitie-termijn van drie jaren aangewezen om volledig over te gaan op prestatiebekostiging. In het transitie-model wordt een eenmalige koppeling gelegd tussen de omzet van het ('oude') A-segment van een ziekenhuis onder prestatiebekostiging en de omzet die een ziekenhuis bij gelijke productie over dat segmentdeel zou realiseren onder de bestaande ziekenhuisbudgetsystematiek. Bij de audiologische centra gaat het om een eenmalige koppeling tussen de omzet van de centra onder prestatiebekostiging en de omzet die een audiologisch centrum bij gelijke productie zou realiseren onder de bestaande bekostiging op basis van de begroting van dat centrum. Het verschil tussen deze twee grootheden, het transitiebedrag (kan positief of negatief zijn), wordt met inachtneming van een verrekenpercentage² aan de instelling uitgekeerd dan wel afgeroomd (het zogenaamde verrekenbedrag). Aangezien het transitie-model gedurende de transitieperiode nog voor een aanzienlijk deel de A-segmentomzet van een ziekenhuis bepaalt of begrotingsdeel bij audiologische centra, zal het verrekenbedrag bij individuele instellingen worden meegenomen voor het bepalen van de bovengrens van die instellingen en voor het bepalen van de afdracht bij een overschrijding.

12. Toerekening macrobeheersmodel – afdracht aan instellingen

Indien een overschrijding wordt geconstateerd, zal de minister de zorgautoriteit informeren over de

² 95% in 2012, 70% in 2013.



hoogte hiervan. Voor de verdeling van deze korting draagt de minister de zorgautoriteit op de volgende uitgangspunten te hanteren:

1. Het macrobeheersmodel heeft enkel betrekking op verzekerde zorg waarop in jaar t aanspraak bestaat ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet;
2. De toedeling van de macroheffingsbedragen naar het niveau van de individuele instellingen dient te geschieden op basis van het aandeel dat aan de individuele instelling is toe te rekenen, al dan niet op basis van een inschatting, in het macrobudget in het jaar waarin de overschrijding is opgetreden;
3. Het macrobudget en de standen van de individuele ziekenhuizen hebben ieder betrekking op het A- en B-segment tezamen. Bij de toedeling van het macro taakstellingbedrag wordt de omvang van het vrije B-segment in de verdeelgrondslag betrokken. Hierbij kan conform de huidige situatie en het advies van de zorgautoriteit in de uitvoeringstoets inzake het macrobeheersmodel (bijlage bij Kamerstukken II 2011/12, 29 248, nr.218) aansluiting worden gezocht bij het omzetsbegrip omdat dit de herkenbaarheid voor instellingen vergroot.

De afdracht in het kader van het macrobeheersmodel over eerdere jaren wordt niet meegenomen in de grondslag van de verdeling.

De zorgautoriteit berekent de bedragen die de individuele instellingen moeten afdragen aan het Zorgverzekeringsfonds. De zorgautoriteit geeft daartoe een individuele beschikking aan de individuele instellingen. De instellingen moeten vervolgens uiterlijk binnen een door de zorgautoriteit te stellen redelijke termijn na het afgeven van de individuele beschikking het aan die instellingen toegerekende deel van de macro-overschrijding afdragen aan het Zorgverzekeringsfonds.

13. Macrobeheersmodel en Kapitaallasten

Naast het algemene transitie-model bestaat er een specifieke overgangsregeling voor kapitaallasten. Zie hiervoor de brieven inzake kapitaallasten aan de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal, het op grond van die brieven gevoerde parlementaire overleg en de op 2 juli 2010 en 26 september 2011 gegeven aanwijzingen³. De overgangsregeling kent een suppletie toe als de kapitaallastenvergoeding onder prestatiebekostiging lager is dan een garantiepercentage van de kapitaallastenvergoeding onder de in 2011 bestaande budgetsystematiek. De overgangsregeling kapitaallasten valt niet onder het macrobeheersmodel, aangezien de overgangsregeling kapitaallasten een garantieregeling is. Concreet betekent dit dat eerst de totale uitgaven, met inbegrip van de normale vergoeding voor kapitaallasten, worden bepaald, daarna wordt het transitie-model toegepast en daarna het macrobeheersmodel (indien nodig) wordt ingezet. Ten slotte wordt bezien of aan de garantie uit de overgangsregeling kapitaallasten wordt voldaan. Van die overgangsregeling kapitaallasten kan niet worden afgeweken.

Artikelsgewijze toelichting

Inleiding

Het bedrag in het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord en het bedrag dat minister gebruikt om een overschrijding vast te stellen zijn gebaseerd op schadecijfers voor de desbetreffende zorg. De bepaling van de omzet van de individuele instellingen is gebaseerd op de opgave van die instellingen en dient voor vaststelling van de verdeelsleutel bij constatering van een overschrijding door de minister. De overschrijding wordt dus niet berekend op basis van de gezamenlijke omzetten van de instellingen.

Artikel 1 en 2 definities, werkingsfeer en looptijd

Deze aanwijzing richt zich op medisch specialistische zorg, audiologische zorg, trombosezorg en zorg in het kader van erfelijkheidsadvies, waarop ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onder d, van de Zorgverzekeringswet aanspraak bestaat. Die zorg valt ook onder de BKZ sector medisch specialistische en andere curatieve instellingen.

De aanwijzing 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 (Stb. 2006, 630).

³ Aanwijzing overgangsregeling kapitaallasten 2010 (Stcrt. 2010, 10255), respectievelijk Aanwijzing kapitaallasten transitie-model prestatiebekostiging medisch specialistische zorg 2012 (Stcrt. 2011, 19621).



De aanwijzing richt zich enkel op instellingen die voornoemde zorg leveren. De bedoelde instellingen zijn algemene en categorale ziekenhuizen (inclusief long/astmacentra), academische ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra, epilepsie-inrichtingen, instellingen voor revalidatie, radiotherapeutische centra, dialysecentra, trombosediensten, centra voor erfelijkheidsonderzoek, audiologische centra en laboratoria (met uitzondering van huisartsenlaboratoria) voor zover deze laboratoria werkzaamheden verrichten ten behoeve van de hiervoor genoemde instellingen. De aanwijzing heeft geen betrekking op instellingen voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Die vallen onder een afzonderlijke BKZ sector.

De aanwijzing is van toepassing op medisch specialistische zorg, audiologische zorg, trombosezorg en zorg in het kader van erfelijkheidsadviesing, waarop ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onder d, van de Zorgverzekeringswet aanspraak bestaat, verleend in de onderscheiden jaren 2012, 2013 en 2014, en waarvoor door instellingen tarieven in rekening zijn gebracht of zouden hebben kunnen worden gebracht. Deze ruime formulering met betrekking tot het in rekening brengen van tarieven is gekozen omdat – zoals ook al in de memorie van toelichting van de AIBWMG is gesteld – er geen verplichting bestaat een voltooide prestatie direct in rekening te brengen. Daardoor zou de berekening van de omzet van de instelling die relevant is voor de verdeling van de overschrijding en de schade die relevant is voor de berekening van overschrijding kunstmatig laag worden gehouden en geen goede en eerlijke weerspiegeling zijn van de werkelijkheid. De zorgautoriteit betreft bij de vaststelling van het aandeel van de individuele instelling de potentiële tariefopbrengst. De minister betreft bij de vaststelling van de macro-overschrijding de potentiële schade.

De looptijd van deze aanwijzing inzake het macrobeheersmodel is afgestemd op het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord en het Convenant medisch specialisten. Met ingang van 2015 zullen er integrale tarieven voor medisch specialistische zorg in rekening gebracht kunnen worden. Dan zullen zorgverzekeraars ook meer risico dragen en zal er meer druk op zorgverzekeraars zijn om overschrijdingen van het BKZ te voorkomen. Het uitgangspunt is dat deze druk als gevolg daarvan op zichzelf voldoende moet zijn om de macrobetaalbaarheid te borgen. Bij die nieuwe situatie wordt ook gezocht naar een bijpassend macrobeheersmodel (zie paragraaf 3, algemene toelichting).

Indien er zich gedurende de looptijd van deze aanwijzing een alternatief wordt ontwikkeld voor de bepaling van de overschrijding (zie het slot van paragraaf 10, algemene toelichting) of voor de bepaling van de afdracht bij een overschrijding (zie paragraaf 2, algemene toelichting), dan wordt de aanwijzing op dat bruikbaar alternatief aangepast.

Artikel 4 vaststelling van de grenzen vooraf door de zorgautoriteit

In het macrobeheersmodel moet vooraf worden aangegeven wat de grens is op macroniveau, dus voor alle instellingen gezamenlijk. Daarna moet de macrogrens worden doorvertaald naar individuele instellingen. Dat betekent dat voor de individuele instellingen twee grenzen worden vastgesteld. De eerste ingeval de macrogrens niet wordt overschreden, de tweede voor het geval de macrogrens wel wordt overschreden. Bij de eerste grens behoudt de instelling zijn gerealiseerde mbi-omzet inclusief verrekenbedragen (artikel 4, tweede lid, aanhef en onder a, juncto derde lid). In het tweede geval leidt de overschrijding bij alle instellingen tot een pro rato mbi-heffing (artikel 4, tweede lid, aanhef en onder b). Het vaststellen van de grenzen *vooraf* gebeurt door een collectieve beschikking van de zorgautoriteit.

Bij de bepaling van de door een instelling gerealiseerde mbi-omzet wordt voor de jaren 2012 en 2013 uitgegaan van de situatie die ontstaat nadat het transitie-model prestatiebekostiging (zie definitie) is toegepast. Voor revalidatiecentra en audiologische centra loopt dat transitie-model nog een jaar langer door. De zorgautoriteit hanteert bij de toepassing van het macrobeheersmodel een definitie voor omzet: mbi-omzet. Bedoeling daarvan is dat iedere betrokken instelling een uniform begrip hanteert.

Tot de mbi-omzet van een individuele instelling worden niet gerekend bedragen die zijn toegekend op basis van de toepassing van de aanwijzing overgangsregeling kapitaallasten. Reden hiervoor is dat het hierbij gaat om een suppletierегeling met gegarandeerde bedragen.

Tenslotte moet de zorgautoriteit wachten op een bericht van de minister met de hoogte van het macro beschikbare bedrag dat voor een bepaalde periode beschikbaar is, alvorens de grenzen kunnen worden vastgesteld. De minister rekent dat eerst uit met als maximum het bedrag dat in het Budget-tair Kader Zorg beschikbaar is. Daarvan kan dus eerst nog worden afgetrokken de bedragen voor zorg die niet onder het mbi-omzetplafond worden of kunnen gebracht. Denk aan beschikbaarheidsbijdragen. De zorgautoriteit stelt het mbi-omzetplafond en de bovengrenzen dus niet vast dan nadat de minister haar schriftelijk heeft bericht welk bedrag voor bovenbedoelde zorg voor het desbetreffende kalenderjaar ten hoogste beschikbaar is. Van het bericht van de minister wordt afschrift gezonden aan beide kamers der Staten-Generaal. Dat bericht is geen voorhangbrief zoals bij de voorhang voor een



aanwijzing. De zorgautoriteit kan terstond na dit bericht over gaan tot het treffen van de beschikkingen.

De bedragen voor 2012 tot en met 2014 zijn afgeleid van het bedrag genoemd in het Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord en sluiten aan bij de begroting van mijn ministerie (zie ook paragraaf 3, algemene toelichting). Het bedrag voor 2012 is vermeld onder artikel 4, vijfde lid. De beide kamers der Staten-Generaal zijn met toezending van het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord over het bedrag ingelicht. Over de verdere ontwikkeling van dat bedrag is bericht in de paragrafen 7 en 8 van het algemeen deel van de toelichting.

Artikel 5 vaststelling overschrijding door minister

Op grond van in het algemeen deel van deze toelichting aangegeven bronnen en gecorrigeerde 'schadecijfers' stelt de minister vast of er sprake is van een overschrijding van het macro beschikbare bedrag dat door de minister eerder is vastgesteld en aan de zorgautoriteit bericht.

Daartoe gebruikt de minister de cijfers die in oktober van het jaar t+1 beschikbaar komen over het jaar t. Na verificatie en correcties stelt de minister vast of het bedrag naar zijn oordeel wel of niet is overschreden en welk bedrag door de gezamenlijke instellingen moet worden afgedragen.

Indien de minister een *overschrijding* heeft vastgesteld bericht de minister uiterlijk 1 december jaar t+1 aan de zorgautoriteit welk bedrag als overschrijding door de gezamenlijke instellingen van de macrogrens dient te worden beschouwd. Van het bericht wordt afschrift gezonden aan beide kamers der Staten-Generaal. Op grond van dat bericht stelt de NZa bij *individuele beschikking* de uiteindelijke individuele grens vast voor de individuele instelling. De zorgautoriteit stelt verder vast welk bedrag de individuele instelling moet afdragen aan het fonds.

Bij door de minister geconstateerde overschrijding moet het door de minister opgegeven bedrag door dezelfde gezamenlijke instellingen worden afgedragen aan het Zorgverzekeringsfonds. Daartoe geeft de zorgautoriteit iedere individuele instelling een individuele aanwijzing tot afdracht aan Zorgverzekeringsfonds op grond van artikel 76, tweede lid, WMG⁴.

De zorgautoriteit handhaaft het mbi-omzetplafond dus door het handhaven van de bovengrenzen voor de individuele instellingen. De minister draagt dat in deze aanwijzing op aan de zorgautoriteit. Het door de individuele instelling aan het Zorgverzekeringsfonds af te dragen bedrag is voor iedere individuele instelling gelijk aan het procentuele aandeel van die instelling in de totale mbi-omzet van alle instellingen gezamenlijk in het desbetreffende kalenderjaar vermenigvuldigd met het bedrag dat de zorgautoriteit, ingevolge het bericht van de minister, als basis dient te nemen voor de handhaving van de macrogrens.

De mbi-omzet van een individuele instelling is dus een parameter voor de verdeling van de overschrijding en speelt geen rol bij de vaststelling van een overschrijding.

Artikel 6 macrobeheersmodel: vrijwaring bij onderschrijding

De minister bericht de zorgautoriteit ook uiterlijk 1 december van het jaar t+1 indien er geen sprake is van overschrijding en/of er geen bedrag door de gezamenlijke instellingen moet worden afgedragen. In dat laatste geval geeft de zorgautoriteit een collectieve beschikking af voor alle instellingen dat hun grens gelijk is aan de omzet inclusief verrekenbedragen (artikel 6, juncto artikel 4, tweede lid, aanhef en onder a, juncto derde lid). Dat schept duidelijkheid richting instellingen, die hun reservering of voorziening voor eventuele afdracht voor andere doeleinden kunnen gebruiken.

⁴ 76.2.WMG luidt: Indien de zorgautoriteit een zorgaanbieder een aanwijzing geeft ter handhaving van artikel 35, zevende lid, of artikel 37, eerste lid, aanhef en onder d, kan de aanwijzing voor zover het betreft de hoogte van het af te dragen bedrag uitsluitend de verplichting inhouden dat de zorgaanbieder een door de zorgautoriteit te bepalen bedrag van ten hoogste de overschrijding van de in die artikelen bedoelde vaste grens, bovengrens of bandbreedtegrens afdraagt aan het Zorgverzekeringsfonds of het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.



Artikel 7 overgangsregeling kapitaallasten

De overgangsregeling kapitaallasten blijft ongewijzigd van kracht en wordt separaat van het macrobeheersmodel als omschreven in voorgaande artikelen toegepast. De zorgautoriteit voert de overgangsregeling kapitaallasten uit met inachtneming van de berekening van de vergoeding voor kapitaallasten die instellingen als bedoeld in de artikelen 3 en 5 van de Aanwijzing kapitaallasten transitie-model prestatiebekostiging medisch specialistische zorg 2012 behouden na de vaststelling van het verrekenbedrag en de toepassing van het macrobeheersmodel.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers.*