



Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 21 mei 2014, kenmerk 371987-120847-MC, op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg inzake invoering integrale tarifiering medisch specialistische zorg en kaakchirurgie

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Overwegende dat in het coalitie akkoord 'Bruggen slaan' is opgenomen dat met ingang van 2015 het specialistenhonorarium integraal onderdeel is van het tarief dat het ziekenhuis voor een prestatie in rekening mag brengen en instellingen het voortouw krijgen op het terrein van kwaliteit, doelmatigheid en contractering met ziektekostenverzekeraars;

Gelet op artikel 7 van de Wet marktordening gezondheidszorg,

Gezien:

- het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012–2015 tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Orde van Medisch Specialisten en de minister, ondertekend op 4 juli 2011 (Kamerstukken II 2010/11, 29 248, nr. 215);
- het Bestuurlijk akkoord van 16 juli 2013 tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Orde van Medisch Specialisten, Nederlands Patiënten Consumenten Federatie en de minister (Kamerstukken II 2012/13, 29 248, nr. 257).
- het rapport van de commissie Meurs (Kamerstukken II 2012/13, 29 248, nr. 240);
- de kabinetsreactie op het rapport van de commissie Meurs (Kamerstukken II 2012/13 29 248, nr. 242);
- het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit inzake Integrale tarieven medisch specialistische zorg 2015 (Bijlage bij Kamerstukken II 2013/14, 32 620, nr. 105);
- het advies van de Nederlandse Zorgautoriteit inzake Integrale tarieven kaakchirurgie (Bijlage bij Kamerstukken II 2013/14, 32 620, nr. 105);
- de brief van 18 december 2013 van de Staatssecretaris van Financiën inzake een briefwisseling tussen de staatssecretaris van Financiën en de Orde van Medisch Specialisten en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (Bijlage bij Kamerstukken II 2013/14, 32 620, nr. 114);
- het rapport over het onderzoek naar een gedifferentieerd macrobeheersinstrument van Triple A (Bijlage bij Kamerstukken II 2013/14, 32 620, nr. 114);
- de brief van 22 april 2013 aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal dat per 2015, parallel aan de invoering van integrale tarieven, bestaande regels omtrent registratie en declaratie door zorgaanbieders die taakherschikking belemmeren door de NZa worden aangepast (Kamerstukken II 2012/13 29 689, nr. 437);

Na op 18 december 2013 schriftelijk mededeling gedaan te hebben aan de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal (Kamerstukken II 2013/14, 32 620, nr. 105);

Gelet op het Verslag van een schriftelijk overleg over de brief van 18 december 2013 inzake Invoering integrale bekostiging medisch-specialistische zorg vastgesteld op 25 maart 2014 door de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport der Staten-Generaal (Kamerstukken II 2013/14, 32 620, nrs. 114 en 116),

en

Gelet op het Algemeen overleg op 24 april 2014 over het Verslag van een schriftelijk overleg over de brief van 18 december 2013 inzake de Invoering integrale bekostiging medisch specialistische zorg;

Besluit:

HOOFDSTUK I INLEIDENDE BEPALINGEN

Artikel I.1 definities

In deze aanwijzing wordt verstaan onder:



- a. *minister*: Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport;
- b. *wet*: Wet marktordening gezondheidszorg;
- c. *zorgautoriteit*: Nederlandse Zorgautoriteit, genoemd in artikel 3 van de wet;
- d. *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 (Stb. 2006, 630);
- e. *zorgaanbieder*: natuurlijke persoon of rechtspersoon als bedoeld in artikel 1, aanhef en onderdeel c, van de wet;
- f. *instelling*: instelling als bedoeld in artikel 1.2, aanhef en onder 1, 2, 3 en 13 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 zorg als bedoeld in onderdeel d verleent;
- h. *zorgverlener*: instelling of solist;
- i. *eigen patiënt*: consument, voor wie de zorgverlener, tot wie de consument zich met een zorgvraag heeft gewend, verantwoordelijk is voor het afhandelen van die zorgvraag, al dan niet met andere mede behandelende zorgaanbieders;
- j. *eigen zorgverlener*: zorgverlener tot wie de consument zich met een zorgvraag heeft gewend en welke zorgverlener verantwoordelijk is jegens die consument voor het afhandelen van die zorgvraag, al dan niet met andere mede behandelende zorgaanbieders;
- k. *onderlinge dienstverlening*: overeenkomst tussen twee of meer zorgaanbieders die betrekking heeft op het leveren van zorg aan een consument tegen een tussen die zorgaanbieders onderling overeen te komen tarief, waarbij een van de zorgaanbieders optreedt als eigen zorgverlener voor de consument en uitsluitend deze eigen zorgverlener gerechtigd is om, voor de in het kader van die overeenkomst geleverde zorg als (onderdeel van een) prestatie, een tarief bij de zorgverzekeraar of de consument in rekening te brengen;
- l. *vrij tarief*: tarief als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onder a, van de wet, dat voor een prestatie in rekening mag worden gebracht;
- m. *maximumtarief*: bedrag als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onder c, van de wet, dat ten hoogste als tarief voor een prestatie in rekening mag worden gebracht;
- n. *prestatie*: prestatiebeschrijving als bedoeld in artikel 50, eerste lid, aanhef en onder d, van de wet;
- o. *integraal tarief*: tarief waarin alle vergoedingen zijn opgenomen voor kosten die een zorgverlener in rekening mag brengen in verband met het leveren van een prestatie;
- p. *aanwijzing overgangsregeling kapitaallasten*: Aanwijzing inzake overgangsregeling kapitaallasten algemene en academische ziekenhuizen van 22 juni 2010 (Stcrt. 2010, nr. 10255);
- q. *overgangsregeling kapitaallasten*: overgangsregeling kapitaallasten als bedoeld in de aanwijzing overgangsregeling kapitaallasten;
- r. *Zorgverzekeringsfonds*: het fonds bedoeld in artikel 39 van de Zorgverzekeringswet.

Artikel I.2 reikwijdte

Deze aanwijzing is van toepassing op zorg als bedoeld in artikel I.1, onderdeel d, verleend door zorgverleners als bedoeld in artikel I.1, onderdeel h, van deze aanwijzing.

Artikel I.3 opdrachtverlening

De zorgautoriteit stelt ter uitvoering van deze aanwijzing waar nodig regels en beleidsregels vast.

Artikel I.4 effectuering

De regels en beleidsregels van de zorgautoriteit die uitvoering geven aan deze aanwijzing treden in werking met ingang van het jaar 2015.

HOOFDSTUK II

Artikel II.1 integrale prestatiebeschrijvingen

De zorgautoriteit stelt integrale prestatiebeschrijvingen vast voor zorg als bedoeld in artikel 1, onderdeel d.

Artikel II.2 integrale tarifiering

Voor prestaties als bedoeld in de prestatiebeschrijvingen onder artikel II.3 geldt een integraal tarief.



Artikel II.3 segmentindeling

1. De zorgautoriteit handhaaft de segmentindeling als bedoeld in de Aanwijzing transparante prestatiebeschrijvingen medisch specialistische zorg 2012.
2. Kaakchirurgische prestaties behoren tot het gereguleerde segment.

Artikel II.4 tariefsoorten

1. Voor prestaties in het gereguleerde segment gelden maximumtarieven.
2. Voor prestaties in het vrije segment gelden vrije tarieven.

Artikel II.5 onderlinge dienstverlening

1. De zorgautoriteit stelt één algemene prestatiebeschrijving vast voor alle vormen van onderlinge dienstverlening als bedoeld in artikel 1, onderdeel k, van deze aanwijzing.
2. De onderlinge dienstverlening kan geen betrekking hebben op zorg die onderdeel uitmaakt van een prestatie waarvoor de zorgaanbieder, die de dienst verleend aan de andere zorgaanbieder die optreedt als eigen zorgverlener, al een tarief in rekening mag brengen aan een consument.
3. Voor de prestatie onderlinge dienstverlening geldt een vrij tarief.

HOOFDSTUK III

Artikel III.1 declaratievoorschriften integrale tarieven

1. De zorgautoriteit legt in een regel als bedoeld in artikel 37, eerste lid, aanhef en onder a en b, juncto artikel 37, tweede lid, van de wet vast dat uitsluitend de eigen zorgverlener voor een 'eigen patiënt' het tarief voor de geleverde prestatie in rekening mag brengen aan die consument of diens ziektekostenverzekeraar en dat andere bij de geleverde prestaties betrokken zorgaanbieders voor hun aandeel in het leveren van die prestaties een tarief voor onderlinge dienstverlening in rekening kunnen brengen aan de zorgverlener.
2. Zorgaanbieders als bedoeld in artikel 1, onderdeel c, sub 2, van de wet, niet zijnde een zorgaanbieder als bedoeld in artikel 1, onderdeel c, sub 1, van de wet, die tarieven in rekening brengen voor eigen zorgverleners worden in de regel, bedoeld in het eerste lid, met eigen zorgverleners gelijkgesteld.

Artikel III.2 taakherschikking

De zorgautoriteit draagt, niet dan nadat de minister bij brief heeft vermeld welke categorie van zorgaanbieders het betreft, er zorg voor dat regels en beleidsregels die registratie en declaratie van zorg belemmeren die geleverd kan worden door zorgverleners die aantoonbaar behoren tot die categorie, worden aangepast.

HOOFDSTUK IV INTEGRAAL MACROBEHEERSMODEL

Artikel IV.1

Dit hoofdstuk is van toepassing op zorg, waarop ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onder d, van de Zorgverzekeringswet aanspraak bestaat en waarvoor tarieven in rekening zijn gebracht of hadden kunnen worden gebracht door zorgverleners.

Artikel IV.2 macrogrens

1. De zorgautoriteit stelt voor zorg als bedoeld in artikel IV.1 voor alle zorgverleners gezamenlijk jaarlijks, op basis van een door de minister bij brief te verstrekken bedrag, ambtshalve een macrogrens vast, zijnde een bovengrens als bedoeld in artikel 50, tweede lid, aanhef en onder c, van de wet.
2. Onder zorgverleners in het eerste lid worden verstaan de zorgverleners, natuurlijke en rechtspersonen bedoeld in artikel III.1, eerste en tweede lid.



Artikel IV.3 individuele grenzen

1. De zorgautoriteit stelt ambtshalve per individuele zorgverlener die zorg verleend als bedoeld in artikel IV.1 jaarlijks een individuele bovengrens als bedoeld in artikel 50, tweede lid, aanhef en onder c, van de wet vast.
2. De individuele grens is, indien de macrogrens niet is overschreden, gelijk aan de door die zorgverlener in het desbetreffende jaar gerealiseerde omzet.
3. De individuele grens is, indien de macrogrens 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 macrogrens.
4. Tot de omzet van een individuele zorgverlener 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 of van de aanwijzingen met betrekking tot beschikbaarheidsbijdragen.
5. Onder omzet van de zorgverlener wordt in dit artikel verstaan de opbrengt die de zorgverlener zou kunnen hebben uit tarieven die door de zorgaanbieder in rekening zijn gebracht of hadden kunnen worden gebracht voor zorg verleend aan eigen patiënten.

Artikel IV.4 individuele aanwijzing tot afdracht

1. In geval van overschrijding van de individuele grens, bedoeld in artikel IV.3, eerste lid, geeft de zorgautoriteit individuele zorgverleners een aanwijzing in de zin van artikel 76, tweede lid, van de wet, tot de afdracht aan het Zorgverzekeringsfonds.
2. De zorgautoriteit stelt de afdracht, bedoeld in het eerste lid, vast op basis van het door de minister te verstrekken bedrag dat de zorgautoriteit als basis dient te nemen voor handhaving van de macrogrens.
3. Indien de kosten van de afdracht en inning van dit bedrag bij een zorgverlener naar het oordeel van de zorgautoriteit niet in verhouding staan met baten, kan de zorgautoriteit de aanwijzing, bedoeld in het eerste lid, onder voorwaarden, voorschriften of beperkingen bij die zorgverlener achterwege laten.

HOODSTUK V OVERGANGS- EN SLOTBEPALINGEN

Artikel V.1 overgang geopende dbc's

Voor prestaties die zijn omschreven als DBC-zorgproducten (diagnose behandeling combinaties) die zijn geopend vóór het jaar 2015 blijven de prestatiebeschrijvingen en tarieven van toepassing zoals die luiden op het moment van openen van de prestatie.

Artikel V.2 garantie kapitaallasten na macrobeheersmodel

1. De zorgautoriteit past de overgangsregeling kapitaallasten in verband met de invoering van integrale tarifiering zodanig aan dat de materiële effecten van de overgangsregeling ongewijzigd blijven ten opzichte van de oorspronkelijke overgangsregeling kapitaallasten.
2. De op grond van het eerste lid aangepaste overgangsregeling kapitaallasten wordt separaat van het integraal macrobeheersmodel als omschreven in het voorgaande hoofdstuk toegepast.
3. De zorgautoriteit voert de op grond van het eerste lid aangepaste 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 toepassing van het integraal macrobeheersmodel.

Artikel V.3 citeertitel

Deze aanwijzing wordt aangehaald als: Aanwijzing integrale tarifiering medisch specialistische zorg 2015.



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

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



TOELICHTING

Inleiding

In het coalitie akkoord 'Bruggen slaan' is opgenomen dat met ingang van 2015 het specialistenhonorarium integraal onderdeel is van het tarief dat het ziekenhuis voor een prestatie in rekening mag brengen en instellingen het voortouw krijgen op het terrein van kwaliteit, doelmatigheid en contracteren met ziektekostenverzekeraars. Daarmee wordt ook het afzonderlijke beheersmodel voor macrokosten van medisch specialisten beëindigd. Met deze aanwijzing wordt daartoe de laatste aanzet gegeven en krijgt de Nederlandse Zorgautoriteit, verder te noemen de zorgautoriteit, de opdracht daartoe de nodige regels en beleidsregels vast te stellen.

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) waarin het voornemen is opgenomen tot de invoering van integrale tarieven in de medisch specialistische zorg. In het Bestuurlijk akkoord van 16 juli 2013 tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Orde van Medisch Specialisten, Nederlands Patiënten Consumenten Federatie en de minister is de overgang naar integrale tarifiering voor medisch specialistische zorg met ingang van 2015 nog eens bevestigd (Kamerstukken II 2012/13, 29 248, nr. 257).

De zorgautoriteit heeft op 28 juni 2013 advies uitgebracht over de invoering van integrale tarieven in de medisch specialistische zorg. Op 30 oktober 2013 heeft de zorgautoriteit tot de invoering van integrale tarieven voor kaakchirurgie geadviseerd. Beide adviezen zijn als bijlage bij de hierna genoemde voorhangbrief aan het parlement gezonden.

Op 18 december 2013 heb ik het parlement de voorhangbrief (Kamerstukken II 2013/14, 32 620, nr. 105) toegestuurd, inzake mijn plannen om met ingang van 2015 voor medische specialistische zorg, waaronder kaakchirurgische prestaties, een systeem van integrale tarifiering in te voeren. Met die invoering komt een einde aan de situatie waarbij twee samenwerkende zorgaanbieders ieder voor een deel van de prestatie een tarief in rekening kunnen brengen terwijl zij in de ogen van patiënten één – ondeelbare – prestatie hebben geleverd. Na de opvolging van deze aanwijzing kan door slechts één van de bij de prestatie betrokken zorgaanbieders een integraal tarief worden gedeclareerd. De declarerende zorgaanbieder maakt met andere betrokken zorgaanbieders afspraken over de vergoeding die zij voor de onderlinge dienstverlening ontvangen. In deze aanwijzing wordt voor die onderlinge dienstverlening zowel de inhoud van de prestatie als de tariefhoogte vrij gelaten.

De Tweede Kamer der Staten-Generaal heeft schriftelijke vragen gesteld naar aanleiding van de bovenbedoelde voorhangbrief van 18 december 2013. De Tweede Kamer heeft het Verslag van een schriftelijk overleg (Kamerstukken II 2013/14, 32 620, nr. 114) op 25 maart 2014 vastgesteld en op 24 april 2014 een Algemeen overleg met de minister gehouden.

Met deze aanwijzing wordt op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (WMG) een integraal beheersmodel voor macrokosten ingevoerd dat het afzonderlijke beheersmodel voor medisch specialisten en het macrobeheersinstrument voor instellingen voor medisch specialistische zorg vervangt. Het is van toepassing voor alle zorgaanbieders gezamenlijk die beroeps- of bedrijfsmatig bovenbedoelde zorg leveren. Het model is een voortzetting van het generiek macrobeheersmodel als bedoeld in de Aanwijzing macrobeheersmodel medisch specialistische zorg, met dien verstande dat dit integraal beheersmodel naast instellingen ook op solisten en kaakchirurgen (indien onderdeel van instelling of als solist) van toepassing is. In deze aanwijzing is een bagatelbepaling opgenomen dat geen aanwijzing tot afdracht hoeft te worden gegeven als de kosten van de afdracht en inning naar het oordeel van de zorgautoriteit niet in verhouding staan met de baten.

Inhoud aanwijzing

De aanwijzing is verdeeld in de volgende hoofdstukken. Hoofdstuk I betreft de algemene bepalingen als definities, opdracht en reikwijdte en inwerkingtreding. Hoofdstuk II geeft opdracht tot het vaststellen van integrale prestaties met bijbehorende integrale tarieven voor medisch specialistische zorg, waaronder kaakchirurgische verrichtingen, ongeacht of deze zorg ten laste komt van de Zorgverzekeringswet, en het behouden van de bestaande segmentindeling en bijbehorende tariefsoorten zoals die bij instellingen gebruikelijk is. Hoofdstuk III geeft de opdracht aan de zorgautoriteit het declaratierecht te beperken tot eigen patiënten en legt de basis voor taakherschikking in de medisch specialistische



zorg. Hoofdstuk IV betreft het integraal macrobeheersmodel dat alleen van toepassing is voor medisch specialistische zorg, waaronder kaakchirurgische verrichtingen, die ten laste komt van de Zorgverzekeringswet. Hoofdstuk V ten slotte bevat de overgangs- en slotbepalingen, waaronder de opdracht de bestaande overgangsregeling kapitaallasten voor instellingen voor medische specialistische zorg, na enige technische aanpassingen, te blijven toepassen onafhankelijk van het integraal macrobeheersmodel.

Artikelsgewijze toelichting

Hoofdstuk I

In artikel 1, onderdeel d, wordt de zorg gedefinieerd waarop deze aanwijzing betrekking heeft. De aard en inhoud van de zorg is gelijk aan de zorg bedoeld in de Aanwijzing macrobeheersmodel instellingen voor medisch specialistische zorg, aangevuld met zorg zoals kaakchirurgen die bieden, en met dien verstande dat het zorg betreft ongeacht of deze zorg ten laste komt van de Zorgverzekeringswet.

In artikel 1, onderdeel f, wordt aangegeven wat in deze aanwijzing wordt verstaan onder het begrip instelling. Daarbij wordt expliciet verwezen naar de instellingen die een toelating hebben op grond van artikel 1, aanhef en onder de nummers 1 (instellingen voor medisch-specialistische zorg), 2 (audiologische centra), 3 (trombosediensten) en 13 (erfelijkheidsadviesing) van het Uitvoeringsbesluit WTZi. Het gaat hierbij om 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 voor zover deze laboratoria werkzaamheden verrichten ten behoeve van de hiervoor genoemde instellingen, met uitzondering van instellingen voor medisch specialistische zorg, voor zover deze geneeskundige geestelijke gezondheidszorg leveren (PAAZ-en en consultatieve psychiatrie). Instellingen die kaakchirurgie leveren vallen onder artikel 1, aanhef en onder nummer 1, van genoemd besluit.

Artikel 1, onderdeel g, geeft een definitie van de solistisch werkende zorgaanbieder. Daarbij is aangesloten bij de definitie zoals die wordt gehanteerd in artikel 1 van het Wetsvoorstel kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Kamerstukken I 2012/13, 32 402, E, gewijzigd voorstel van wet). In die gevallen waar een aanbieder zowel zorg levert in opdracht van of namens de instelling en, op een ander moment en/of aan andere patiënten, voor eigen rekening en risico, kan hij/zij alleen voor de zorg in de laatste situatie worden aangemerkt als solopraktijk. Praktijken waarin twee of meer beroepsbeoefenaren als bedoeld in artikel 3 of 34 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wbig) werkzaam zijn worden niet als solopraktijken beschouwd, maar als instellingen die (behoren te) beschikken over een toelating als bedoeld in artikel 5, eerste lid, van de Wet toelating zorginstellingen (WTZi). Voorbeelden van dergelijke instellingen zijn een praktijk van twee medisch specialisten, of een praktijk waarin een medisch specialist praktijk houdt met één of meer andere BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren.

In artikel 1, aanhef en onderdeel h, wordt het begrip zorgverlener geïntroduceerd. Onder het begrip zorgverlener wordt begrepen instellingen en solisten. Daaronder vallen ook kaakchirurgen die in een eigen instelling of als solist werkzaam zijn. Op al deze zorgverleners is deze aanwijzing van toepassing. Door het begrip zorgverlener te bezigen hoeft niet steeds de opsomming instelling en solist te worden gehanteerd.

Ten behoeve van het exclusief in rekening brengen door de zorgverlener van een integraal tarief en de vrijwaring van consumenten van declaraties door zorgaanbieders die bij de zorg door de zorgverlener betrokken zijn te bewerkstelligen zijn de begrippen 'eigen patiënt', 'eigen zorgverlener' en 'onderlinge dienstverlening' opgenomen in de onderdelen i, j en k. Zie ook artikel III.1.

In artikel 1, aanhef en onder o, wordt een definitie gegeven van een integraal tarief, zijnde een tarief, dat in rekening mag worden gebracht voor een geleverde prestatie en waarin ook de kosten zijn meegenomen in verband met de vergoeding voor personen die in dienst van dan wel voor een zorgverlener werkzaam zijn, en die ten behoeve van een zorgverlener werkzaam zijn. Daarnaast zijn ook de kosten die in rekening gebracht mogen worden in verband met vergoedingen voor onderlinge dienstverlening, loondienst en inhuur van natuurlijke personen en rechtspersonen in het integraal tarief opgenomen.

Hoofdstuk II

In dit hoofdstuk wordt het stramien gevolgd van de Aanwijzing transparante prestatiebeschrijvingen 2012 en wordt de zorgautoriteit opgedragen uit te gaan van de segmentindeling die in die aanwijzing is opgedragen. Het moge duidelijk zijn dat dit geen invloed heeft op de later gerealiseerde en



toekomstige (technische) bijstellingen en aanpassingen. Het gaat hierbij om de door de zorgautoriteit onderscheiden dbc's en overige zorgproducten.

Ook de indeling naar tariefsoorten bij de segmenten is gehandhaafd. In deze aanwijzing wordt de zorgautoriteit opgedragen die indeling ook voor de som van de kostencomponent van instellingen en de honorariacomponenten toe te passen. De zorgautoriteit moet derhalve voor het gereguleerde segment ook voor het integrale tarief maximumtarieven vaststellen.

De zorgautoriteit stelt één algemene prestatiebeschrijving vast voor alle vormen van onderlinge dienstverlening als bedoeld in artikel 1, onderdeel k, van deze aanwijzing. De onderlinge dienstverlening kan geen betrekking hebben op zorg die onderdeel uitmaakt van een prestatie waarvoor de zorgaanbieder, die de dienst verleend aan de andere zorgaanbieder die optreedt als eigen zorgverlener, al een tarief in rekening mag brengen aan een consument. Als voorbeeld van zo'n beperking is het volgende. De kosten voor het afnemen van bloed door een huisarts zitten al in het consulttarief. Een ziekenhuislaboratorium mag met een huisarts hier dan geen overeenkomst voor onderlinge dienstverlening sluiten waarvoor de huisarts aan het ziekenhuis een tarief in rekening mag brengen of waarvoor het ziekenhuis een bonus aan de huisarts mag verstrekken. Voor de prestatie onderlinge dienstverlening geldt een vrij tarief.

Hoofdstuk III

In artikel III.1, eerste lid, wordt de zorgautoriteit opgedragen het declaratierecht vast te leggen van de zorgverlener voor het in rekening brengen van het tarief voor de geleverde prestatie aan de eigen patiënt. Uitsluitend de eigen zorgverlener mag het tarief in rekening brengen aan de eigen patiënt of diens ziektekostenverzekeraar. Medebehandelaars moeten zich voor de vergoeding van hun kosten richten tot de zorgverlener. Het tweede lid voorkomt dat factureringsbedrijven niet kunnen declareren voor de zorgverlener die het exclusieve recht op declaratie heeft.

Met artikel III.2 wordt de basis gelegd voor een verdere taakherschikking bij medisch specialistische zorg. De minister kan bij brief aan de zorgautoriteit opdragen voor de daarbij aan te geven categorie van zorgaanbieders de belemmeringen op te heffen die er zijn voor taakherschikking in die zin dat registratie en declaratie thans niet mogelijk zijn voor zorgaanbieders die expliciet aantoonbaar bekwaam en bevoegd zijn op grond van de Wbig.

Met ingang van 2015 wordt door de zorgautoriteit al uitvoering gegeven aan de toezegging van de minister aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal bij de invoering van integrale tarieven in de zorg die belemmeringen op te heffen voor de verpleegkundig specialisten en physician assistants (Kamerstukken II 2012/13, 29 689, nr. 437).

Hoofdstuk IV

Dit hoofdstuk bevat het integraal macrobeheersmodel.

Met de introductie van integrale tarieven vervalt ook het beheersmodel medisch specialisten als middel om macrokosten te beheersen. Door de macromiddelen voor instellingen voor medisch specialistische zorg, medisch specialisten en kaakchirurgen samen te voegen kan één macrobeheersmodel worden toegepast als ultimum remedium.

De systematiek van het model in deze aanwijzing is het zelfde als bij het huidige macrobeheersmodel voor instellingen voor medisch specialistische zorg met dien verstande dat nu alle zorgverleners, inclusief de vrijgevestigde zorgaanbieders, 'solisten', die zorg kunnen leveren als bedoeld in artikel 1, aanhef en onder d, ook onder het integraal beheersmodel vallen.

Het model heeft een generiek karakter. Dit betekent dat het totaalbedrag dat, in het geval van een macrobudgettaire overschrijding van het beschikbare kader, moet worden teruggestort, naar rato van marktaandeel over alle zorgverleners van de betreffende zorg zal worden verdeeld. Alle zorgverleners moeten dan achteraf een (voor ieder gelijk en dus generiek) percentage van hun omzet (een mbi-heffing) in het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) storten. Mocht het macrobudgettaire kader niet worden overschreden dan doet de minister ook hier van mededeling aan de zorgautoriteit.

Kern werking integraal macrobeheersmodel

De werking van het integraal 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 zorgautoriteit een macrokader voor medisch specialistische en andere curatieve zorg vastgesteld. De sector dient als geheel binnen dat macrokader te blijven;
- De uitgaven aan zorg bij verleners van die zorg over jaar t worden na afloop van jaar t vastgesteld en door de minister afgezet tegen dit macrobudgettaire kader;



- De overschrijding wordt in beginsel door de zorgautoriteit verrekend over alle zorgverleners, 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 zorgverlener als aandeel van die zorgverlener in de totale omzet door alle zorgverleners samen;
- De zorgautoriteit stuurt een beschikking naar de individuele zorgverleners.
- De zorgverleners dragen het bedrag van de beschikking af aan het Zorgverzekeringsfonds.

In de volgende paragrafen wordt een toelichting gegeven op elk van de geschetste stappen.

Beschikbaar integraal macrokader

De minister stelt jaarlijks, voor het aankomende jaar, één integraal macrokader vast voor de instellingen van medisch specialistische en andere curatieve zorg, medisch specialisten en kaakchirurgen (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, trombosediensten, centra voor erfelijkheidsonderzoek, audiologische centra, laboratoria voor zover deze laboratoria werkzaamheden verrichten ten behoeve van de hiervoor genoemde instellingen, werkzaamheden van medisch specialisten en van kaakchirurgen. Het macrokader heeft geen betrekking op geestelijke gezondheidszorg.

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

Het integraal macrobeheersmodel is, als toepassing van het instrument begrenzing in de WMG (artikel 50, tweede lid, aanhef en onder c), alleen van toepassing op (potentiële) tariefopbrengsten. Beschikbaarheidsbijdragen zijn geen tarieven in de zin van de wet. Om deze reden zal zorg die op basis van beschikbaarheidsbijdrage wordt gefinancierd van het macrobeheersmodel worden uitgezonderd. Daarom is ook in artikel IV.3, vierde lid, opgenomen dat tot de omzet van een individuele zorgverlener niet worden gerekend bedragen die zijn toegekend op basis van de toepassing van de beleidsregels van de zorgautoriteit ter uitwerking van de aanwijzingen met betrekking tot beschikbaarheidsbijdragen.

Het door de minister bij brief aan de zorgautoriteit gemelde 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: groeiruimte) 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.

Budgettaire 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 'groeiruimte' beschikbaar wordt gesteld. Ook die groeiruimte is feitelijk gemaximeerd. Uit deze groeiruimte 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 groeiruimte. Deze groeiruimte 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.

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 hiervoor is aangegeven. De beschikbaarheidsbijdragen worden vanwege hiervoor aangegeven redenen in het kader van een macrobeheersmodel niet meegenomen bij het bepalen van de totale uitgaven.

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 Zorginstituut Nederland (ZiNL) en
- Het beschikbare macrobedrag voor instellingen voor medisch specialistische zorg binnen het BKZ.

Door de gerealiseerde zorguitgaven te confronteren met de beschikbare middelen binnen het BKZ wordt de overschrijding berekend.

Voor het volgen van de uitgavenontwikkeling zullen gegevens gebruikt worden van ZiNL. Zorgverzekeraars zijn verplicht ieder kwartaal gegevens te verschaffen aan ZiNL over de schadelast als gevolg van in rekening gebrachte dbc- en overige zorgproducten. 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 ZiNL te melden¹. Op basis van deze gegevens rapporteert ZiNL periodiek aan de minister over de uitgavenontwikkeling in het kader van de Zorgverzekeringswet. Bij de berekening van de overschrijding zal ik uitgaan van de ZiNL-gegevens.

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. Zodra de bedoelde duidelijkheid kan worden gegeven zal ik de zorgautoriteit dat bij brief meedelen.

Hoofdstuk V

Voor alle duidelijkheid wordt in artikel V.1 bepaald dat de prestaties die in 2014 zijn geopend en die in 2015 of later nog moeten worden afgerekend nog onder het 2014 regiem blijven vallen. Dat geldt dan ook voor toepassing van de AAN-/VIA-systematiek.

De overgangsregeling kapitaallasten blijft materieel ongewijzigd van kracht, dat wil zeggen dat de overgangsregeling enige technische aanpassing behoeft omdat de berekening van de kapitaallasten garantie voor de instellingen afhankelijk is gesteld van de omzet van de instelling en de omzet van de instelling met de honorariumcomponent wordt verhoogd. Zonder technische aanpassing zou daarbij ook de grondslag voor de kapitaallastengarantie wijzigen. Dat is niet gewenst. De aangepaste overgangsregeling kapitaallasten wordt separaat van het integraal macrobeheersmodel als omschreven in voorgaande hoofdstuk toegepast. De zorgautoriteit voert de aangepaste overgangsregeling kapitaallasten uit met inachtneming van de berekening van de vergoeding voor kapitaallasten die zorgaanbieders 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. Artikel V.2.

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

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