



## Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 2 december 2015, kenmerk 873674-144431-Z, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering ter vaststelling van bedragen en percentages voor het jaar 2016 en uitvoering van artikel IIIA van de Veegwet VWS 2013 en intrekking van de Regeling tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Handelende in overeenstemming met de Minister van Financiën en de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid;

Gelet op de artikelen 42, tweede en derde lid, 43, derde lid en 45, derde en vierde lid, van de Zorgverzekeringswet en artikel IIIA, eerste en derde lid, van de Veegwet VWS 2013;

Besluit:

### ARTIKEL I

De Regeling zorgverzekering als volgt wordt gewijzigd:

A

Artikel 5.2 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt '2015' vervangen door '2016' en '€ 51.976,00' vervangen door: € 52.763,00.

2. Het tweede, derde en vierde lid komen te luiden:

2. Het bedrag, bedoeld in artikel 42, derde lid, van de Zorgverzekeringswet, dat voor de heffing van de inkomensafhankelijke bijdrage per loontijdvak ten hoogste in aanmerking wordt genomen, wordt voor het jaar 2016 vastgesteld op:

Loontijdvak	Maximum bijdrageloon
Dag	€ 202,93
Week	€ 1.014,67
Vier weken	€ 4.058,69
Maand	€ 4.396,91
Kwartaal	€ 13.190,75
Jaar	€ 52.763,00

3. In afwijking van het tweede lid wordt het bedrag, bedoeld in artikel 42, derde lid, van de Zorgverzekeringswet, dat voor de heffing van de inkomensafhankelijke bijdrage per loontijdvak ten hoogste in aanmerking wordt genomen, voor werknemers als bedoeld in artikel 6.2, eerste lid, onderdeel a, van de Uitvoeringsregeling loonbelasting 2011 vastgesteld op:

Loontijdvak	Maximum bijdrageloon
Dag	€ 215,35
Week	€ 1.076,79
Vier weken	€ 4.307,18
Maand	€ 4.666,10
Kwartaal	€ 13.998,34

4. In afwijking van het tweede lid wordt het bedrag, bedoeld in artikel 42, derde lid, van de Zorgverzekeringswet, dat voor de heffing van de inkomensafhankelijke bijdrage per loontijdvak ten hoogste in aanmerking wordt genomen, voor werknemers als bedoeld in artikel 6.2, eerste lid, onderdeel b, van de Uitvoeringsregeling loonbelasting 2011 vastgesteld op:



Loontijdvak	Maximum bijdrageloon
Dag	€ 230,28
Week	€ 1.151,42
Vier weken	€ 4.605,73
Maand	€ 4.989,53
Kwartaal	€ 14.968,63

B

In artikel 5.3 wordt '2015' vervangen door: 2016.

C

Artikel 5.4 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste en vierde lid wordt '6,95' telkens vervangen door: 6,75.
2. In het tweede en vijfde lid wordt '4,85' telkens vervangen door: 5,50.

D

In artikel 5.5 wordt '2015' vervangen door: 2016.

E

Aan hoofdstuk 6 wordt een paragraaf toegevoegd, luidende:

#### *§ 7 Uitvoering van artikel IIIA van de Veegwet VWS 2013*

##### **Artikel 6.7.1**

In deze paragraaf wordt verstaan onder:

*budget*: door de zorgautoriteit vastgesteld tarief voor geheel van prestaties;

*gereguleerd tarief*: door de zorgautoriteit op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg vastgesteld vast tarief onderscheidenlijk bedrag dat ten minste of ten hoogste als tarief in rekening kan worden gebracht;

*laatste budgetjaar*: kalenderjaar onmiddellijk voorafgaande aan het jaar waarin voor de aangewezen categorie van zorgaanbieders een prestatiebekostigingssysteem is gaan gelden;

*opbrengstverschil*: door de zorgautoriteit vastgesteld verschil tussen het budget en de opbrengsten van de zorgaanbieder over het laatste budgetjaar ter zake van diagnose behandeling combinaties waarvoor in het laatste budgetjaar een gereguleerd tarief gold;

*percentage opbrengstverschil voor de zorgverzekeraar*: relatieve deel van het opbrengstverschil dat de zorgautoriteit naar rato van zijn marktaandeel aan de zorgverzekeraar heeft toegedeeld;

*prestatiebekostigingssysteem*: bekostigingssysteem voor een zorgaanbieder op basis van uitgevoerde diagnose behandeling combinaties;

*schadelastbedrag*: door de zorgverzekeraars vergoede bedrag;

*zorgaanbieder*: zorgaanbieder als bedoeld 1, onderdeel c, van de Wet marktordening gezondheidszorg die behoort tot een in artikel 6.7.2, eerste lid, aangewezen categorie;

*zorgautoriteit*: Nederlandse Zorgautoriteit, genoemd in artikel 3 van de Wet marktordening gezondheidszorg;

*Zorginstituut*: Zorginstituut Nederland, genoemd in artikel 58 van de Zorgverzekeringswet;

*zorgverzekeraar*: zorgverzekeraar als bedoeld in artikel 1, onderdeel b, van de Zorgverzekeringswet.

##### **Artikel 6.7.2**

1. Als categorieën zorgaanbieders op grond van artikel IIIA, eerste lid, van de Veegwet VWS 2013, worden aangewezen:
  - a. algemene ziekenhuizen;
  - b. academische ziekenhuizen;
  - c. revalidatie instellingen;
  - d. radiotherapeutische centra;
  - e. dialyse centra;
  - f. audiologische centra;



- g. klinisch genetische centra;
  - h. het Oogziekenhuis in Rotterdam;
  - i. epilepsie-instellingen;
  - j. long-astma-instellingen, en
  - k. het Beatrixoord in Haren (Groningen).
2. Het Zorginstituut neemt bij de toepassing van artikel IIIA, eerste lid, van de Veegwet VWS 2013, de door een zorgaanbieder geleverde diagnose behandeling combinaties in aanmerking waarvoor in het laatste budgetjaar een door de zorgautoriteit vastgesteld gereguleerd tarief gold en die in het laatste budgetjaar zijn geopend en in het daaropvolgende kalenderjaar zijn afgesloten.

#### **Artikel 6.7.3**

1. Het Zorginstituut berekent de bedragen, bedoeld in artikel IIIA, eerste lid, van de Veegwet VWS 2013, overeenkomstig het tweede lid.
2. Het Zorginstituut:
  - a. bepaalt per zorgaanbieder de som van:
    - 1°. 50% van het schadelastbedrag ter zake van de diagnose behandeling combinaties waarvoor een gereguleerd tarief gold die in het kalenderjaar voorafgaand aan het laatste budgetjaar zijn geopend en in het laatste budgetjaar zijn afgesloten,
    - 2°. het schadelastbedrag ter zake van de diagnose behandeling combinaties waarvoor een gereguleerd tarief gold die in het laatste budgetjaar zijn geopend en afgesloten,
    - 3°. 50% van het schadelastbedrag ter zake van de diagnose behandeling combinaties waarvoor een gereguleerd tarief gold en die in het laatste budgetjaar zijn geopend en in het daaropvolgende kalenderjaar zijn afgesloten;
  - b. bepaalt per zorgaanbieder het quotiënt van 50% van het schadelastbedrag, bedoeld in onderdeel a, onder 3°, en van de uitkomst van onderdeel a;
  - c. vermenigvuldigt de uitkomst van onderdeel b met het opbrengstverschil van de zorgaanbieder;
  - d. vermenigvuldigt per zorgaanbieder de uitkomst van onderdeel c met het percentage opbrengstverschil voor de zorgverzekeraar, en
  - e. sommeert per zorgverzekeraar de uitkomsten per zorgaanbieder van onderdeel d.

#### **Artikel 6.7.4**

De verrekening, bedoeld in artikel IIIA, eerste lid, van de Veegwet VWS 2013, vindt plaats bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage over het laatste budgetjaar van de aangewezen categorie van zorgaanbieders.

F

Artikel 8.3 vervalt.

G

De bijlagen 5 en 6 vervallen.

### **ARTIKEL II**

De Regeling tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten wordt ingetrokken.

### **ARTIKEL III**

Deze regeling treedt in werking met ingang van 1 januari 2016.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

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



## TOELICHTING

Met de onderhavige wijzigingsregeling wordt de Regeling zorgverzekering op de volgende punten gewijzigd:

- aanpassing van het maximum bijdrage-inkomen dat voor de heffing van de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB) voor de Zorgverzekeringswet (Zvw) in aanmerking wordt genomen (op jaarbasis en voor de diverse loontijdvakken);
- aanpassing van de percentages IAB Zvw overeenkomstig de begroting (Financieel Beeld Zorg) 2016;
- toevoeging van een nieuwe paragraaf aan hoofdstuk 6 van de Regeling zorgverzekering ter uitvoering van artikel IIIA van de Veegwet VWS 2013;
- schrappen in de Regeling zorgverzekering van het artikel en de bijlagen met betrekking tot de compensatie voor het verplicht eigen risico en de intrekking van de Regeling tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten.

### Artikel I, onderdelen A, B, C en D

Het bijdrageloon, bedoeld in artikel 42 van de Zvw, dat voor heffing van de IAB ten hoogste in aanmerking wordt genomen, bedraagt voor het jaar 2016 € 52.763,00 (artikel I, onderdeel A, eerste lid). Dit bedrag is gelijk aan het bij en krachtens artikel 17, eerste lid, eerste volzin, van de Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv) voor het jaar 2016 geregelde maximumpremieloon voor de werknemersverzekeringen. Artikel I, onderdeel A, tweede lid, regelt het maximaal in aanmerking te nemen loon per loontijdvak.

Het percentage aan IAB dat inhoudingsplichtigen ingevolge artikel 45, eerste lid, van de Zvw over het loon van hun werknemers verschuldigd zijn (hoge percentage), daalt van 6,95 in 2015 naar 6,75 in 2016. Daarentegen stijgt het percentage aan inkomensafhankelijke bijdrage dat verzekeringsplichtigen ingevolge artikel 45, tweede lid, van de Zvw over hun bijdrage-inkomen verschuldigd zijn (lage percentage) van 4,85 naar 5,50.

### *Daling hoge percentage*

De daling van het hoge percentage wordt door verschillende factoren veroorzaakt.

Zo vallen de zorguitgaven van zorgverzekeraars € 1,1 miljard hoger uit dan de raming 2015. Deze uitgavenstijging leidt tot een stijging van de noodzakelijke IAB-opbrengsten. Echter vanwege de toename van de IAB-grondslag leidt dit tot een daling van de IAB met 0,01 procentpunt.

Een andere reden is gelegen in de stijging van het exploitatiesaldo in het Zorgverzekeringsfonds met ruim € 0,5 miljard. Dit leidt tot een stijging van de IAB met 0,09 procentpunt.

Ook speelt mee dat de reserveafbouw bij zorgverzekeraars groter is dan in 2015 en voor de helft neerslaat in een lagere IAB. Hierdoor is een daling van de IAB met 0,05 procentpunt mogelijk.

Daarnaast daalt de tijdelijke rijksbijdrage Hervorming Langdurige Zorg van € 1,8 miljard in 2015 naar € 1,4 miljard in 2016. Hierdoor stijgt de IAB met 0,07 procentpunt.

Een volgende oorzaak van de daling van het hoge percentage is het rechtekken van de 50/50-verhouding. Vanwege een meevaller hebben zorgverzekeraars hun premie in 2015 ruim € 50 lager vastgesteld dan eerder door VWS geraamd. De nominale premie is daardoor in 2015 lager uitgekomen dan resulteert uit de 50/50-verhouding. Dit wordt rechtgetrokken door een daling van de IAB met 0,13 procentpunt.

Ook heeft het verhogen van het lage percentage invloed op de hoogte van het hoge percentage.

Doordat personen die het verlaagde percentage moeten betalen meer IAB gaan betalen, kan het hoge percentage licht dalen met 0,14 procentpunt.

Tot slot leiden de ontwikkelingen bij de overige baten van het fonds, de beheerskosten van verzekeraars en de rijksbijdrage voor kinderen tot kleine bijstellingen. Bijgevolg daalt de inkomensafhankelijke bijdrage met ongeveer 0,03 procentpunt.

### *Stijging lage percentage*

Vorig jaar is besloten dat het verschil tussen het hoge en lage percentage met ingang van 2016 zou worden teruggebracht van 2,1% naar 1,25%. Het verschil in af te dragen premie tussen enerzijds premieplichtigen met en anderzijds premieplichtigen zonder werkgeversrelatie wordt hiermee verkleind. Dit besluit houdt verband met het afstellen van de huishoudentoeslag en de noodzaak tot een alternatieve invulling van de ingeboekte besparing van € 1,3 miljard. De alternatieve dekking voor de huishoudentoeslag wordt deels gevonden in maatregelen aan de inkomstenkant van de begroting, waaronder de verhoging van het lage tarief voor de IAB. De extra kosten voor gepensioneerden bedragen € 275 miljoen.



## Artikel I, onderdeel E

De nieuwe paragraaf 7 van hoofdstuk 6 van de Regeling zorgverzekering geeft uitvoering aan artikel IIIA van de Veegwet VWS 2013. Dat artikel maakt het mogelijk om bij ministeriële regeling de verrekening met zorgverzekeraars te regelen van opbrengstverschillen bij een overgang van de budgetsystematiek naar een systeem van prestatiebekostiging. Het betreft de verrekening van de opbrengsten die voor de aangewezen categorie van zorgaanbieders worden toegerekend aan het kalenderjaar volgend op het laatste budgetjaar van die zorgaanbieders en voor de zorgverzekeraars worden toegerekend aan dat laatste budgetjaar. De kosten van zorg of een andere dienst die in twee kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder in één bedrag in rekening is gebracht, behoren ingevolge artikel 23, eerste lid, van de Zvw, voor de zorgverzekeraar tot de kosten van het kalenderjaar waarin de zorg of dienst is aangevangen.

De verrekening van die opbrengstverschillen op basis van artikel IIIA van de Veegwet VWS 2013, geschiedt om praktische redenen niet met de zorgaanbieders maar met het Zorgverzekeringsfonds. (Kamerstukken II 2012/13, 33 507, nr. 7, blz. 8 en 9).

Bij een systeem van prestatiebekostiging geldt voor de betrokken zorgaanbieders geen jaarlijks budget maar bekostiging op basis van de werkelijk door hen geleverde prestaties. De geleverde prestaties voor de toepassing van de nieuwe paragraaf 7 van de Regeling zorgverzekering zijn de uitgevoerde diagnose behandeling combinaties. Er heeft met ingang van 1 januari 2012 respectievelijk met ingang van 1 januari 2013 een overgang van de budgetsystematiek naar een systeem van prestatiebekostiging voor aangewezen categorieën van zorgaanbieders plaatsgevonden.

### ***Aangewezen categorieën van zorgaanbieders voor de verrekening***

Artikel 6.7.2, eerste lid, van de Regeling zorgverzekering, bevat de aanwijzing van de categorieën van zorgaanbieders waarop de verrekening van artikel IIIA van de Veegwet VWS 2013 van toepassing is. Het betreft categorieën van zorgaanbieders waarvoor een overgang van de budgetsystematiek naar een systeem van prestatiebekostiging heeft plaatsgevonden. Die overgang vond voor de aangewezen categorieën van zorgaanbieders anders dan epilepsie-instellingen, long-astma-instellingen en het Beatrixoord in Haren (Groningen) plaats met ingang van 1 januari 2012. Het jaar 2011 geldt voor de bovenbedoelde zorgaanbieders als het laatste budgetjaar. De epilepsie-instellingen, de long-astma-instellingen en het Beatrixoord in Haren (Groningen) zijn met ingang van 1 januari 2013 overgaan van de budgetsystematiek naar een prestatiebekostigingssysteem, het jaar 2012 vormt voor die zorgaanbieders het laatste budgetjaar.

### ***Zorg voor de verrekening***

Artikel 6.7, tweede lid, van de Regeling zorgverzekering, regelt dat de verrekening van artikel IIIA van de Veegwet VWS 2013, alleen ziet op de diagnose-behandeling combinaties met een door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld gereguleerd tarief (Kamerstukken II 2012/2013, 33 507, nr. 7, blz. 8). Een gereguleerd tarief is elke andere tariefsoort dan een vrij tarief. Een opbrengstverschil is het verschil tussen het door de NZa vastgestelde budget en de relevante opbrengsten van een zorgaanbieder. De NZa verdeelt een opbrengstverschil van een zorgaanbieder over de relevante zorgverzekeraars naar rato van het marktaandeel van de desbetreffende zorgverzekeraar. Het relatieve aandeel van de zorgverzekeraar in het opbrengstverschil van de zorgaanbieder is het percentage opbrengstverschil voor de zorgverzekeraar. Het budget is een tarief voor een geheel van prestaties van de zorgaanbieder. Een tarief voor een geheel van prestaties van een zorgaanbieder is ook een tarief dat de NZa op basis van artikel 50, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg, in verbinding met artikel 1, onderdeel k, van die wet kan vaststellen. De NZa kan uiteraard alleen een tarief voor een geheel van prestaties vaststellen indien het prestaties betreft waarvoor zij een gereguleerd tarief heeft vastgesteld. De NZa kan prestaties waarvoor de tariefsoort vrij tarief geldt, niet betrekken in een tarief voor een geheel van prestaties.

Op basis van artikel IIIA, eerste en tweede lid, van de Veegwet VWS 2013, geldt dat artikel slechts voor zorg die in het jaar voorafgaande aan het jaar waarin voor de aangewezen categorie van zorgaanbieders een nieuw bekostigingssysteem is gaan gelden, is aangevangen en in het jaar van het nieuwe bekostigingssysteem is afgesloten. Dit hangt samen met het feit dat een in het jaar 2011 respectievelijk 2012 geopende diagnose behandeling combinatie, maximaal 365 dagen kan openstaan. In artikel 6.7.2, tweede lid, van de Regeling zorgverzekering, is gezien het bovenstaande neergelegd dat de verrekening ziet op de diagnose behandeling combinaties met een gereguleerd tarief, die in het laatste budgetjaar van de aangewezen categorie van zorgaanbieders zijn geopend en in het daaropvolgende kalenderjaar zijn afgesloten.

### ***Bedrag en tijdstip van de verrekening***

Het nieuwe artikel 6.7.3 van de Regeling zorgverzekering bevat de berekeningswijze van het bedrag voor de verrekening op basis van artikel IIIA, eerste lid, van de Veegwet VWS 2013. De berekening



geschiedt in een aantal stappen. De eerste stap is de bepaling per zorgaanbieder van het schadelastbedrag van de diagnose behandeling combinaties met een gereguleerd tarief, het zogenaamde A-segment, dat is toe te rekenen aan het laatste budgetjaar. De schadelast ter zake van de diagnose behandeling combinaties waarvan het openingsjaar en het sluitingsjaar verschillen, wordt voor 50% toegerekend aan het openingsjaar en voor 50% aan het sluitingsjaar.

De tweede stap bestaat uit het per zorgaanbieder bepalen van het quotiënt van de schadelast van de diagnose behandeling combinaties die in het laatste budgetjaar zijn geopend, in het daaropvolgende kalenderjaar zijn afgesloten en aan het jaar van sluiting zijn toe te rekenen en van de bij de eerste stap berekende schadelast over het laatste budgetjaar. De schadelast ter zake van de diagnose behandeling combinaties, die in het laatste budgetjaar zijn geopend en in het invoeringsjaar van het systeem van prestatiebekostiging zijn afgesloten, wordt voor 50% aan dat invoeringsjaar toegerekend.

De derde stap bestaat uit de vermenigvuldiging van de uitkomst van de tweede stap met het door de NZa vastgestelde opbrengstverschil over het laatste budgetjaar.

De uitkomst van de derde stap is het bedrag voor een zorgaanbieder dat de zorgverzekeraars ingevolge artikel IIIA, eerste lid, van de Veegwet VWS 2013 met het Zorgverzekeringsfonds verrekenen.

Het Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) bepaalt per betrokken zorgverzekeraar het aandeel in het verrekenbedrag van de zorgaanbieder. Dit vormt de vierde stap van de berekening. Het Zorginstituut stelt het relatieve aandeel gelijk aan het relatieve aandeel in het opbrengstverschil over het laatste budgetjaar van de zorgaanbieder dat de NZa naar rato van zijn marktaandeel aan de zorgverzekeraar heeft toegerekend. De NZa heeft dat gedaan na de nacalculatie bij de definitieve vaststelling van het budget (tarief voor een geheel van prestaties) van de zorgaanbieder.

De vijfde en laatste stap van de berekening bestaat uit het optellen van de aan de zorgverzekeraar per zorgaanbieder toegerekende bedragen. De uitkomst van de vijfde stap vormt het verrekenbedrag van het Zorginstituut en de zorgverzekeraar. Het Zorginstituut brengt op basis van artikel IIIA, eerste lid, van de Veegwet VWS 2013, een positief verrekenbedrag in rekening bij de zorgverzekeraar en keert een negatief verrekenbedrag uit aan de zorgverzekeraar. Het Zorginstituut brengt ingevolge artikel IIIA, eerste lid, van de Veegwet VWS 2013, de geïnde positieve verrekenbedragen ten gunste van het Zorgverzekeringsfonds de uitgekeerde negatieve verrekenbedragen ten laste van het Zorgverzekeringsfonds.

Het nieuwe artikel 6.7.4 van de Regeling zorgverzekering regelt wanneer de verrekening van artikel IIIA, eerste lid, van de Veegwet VWS 2013 plaatsvindt. Het Zorginstituut stelt het verrekenbedrag voor de zorgverzekeraar vast bij definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage over het laatste budgetjaar van de aangewezen categorie van zorgaanbieders.

## **Artikel I, onderdelen F en G**

Artikel 118a van de Zvw dat de inmiddels afgeschafte compensatie voor het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering regelde, is met ingang van 1 januari 2015 vervallen. Artikel 8.3 en de bijlagen 5 en 6 van de Regeling zorgverzekering die betrekking hadden op de compensatie voor het verplicht eigen risico, zijn gezien het bovenstaande vervallen.

## **Artikel II**

De intrekking van Regeling tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten houdt verband met de intrekking van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten met ingang van 1 januari 2016<sup>1</sup>.

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

<sup>1</sup> Zie artikel XIII van de wet van 4 juni 2014 tot afschaffing van de algemene tegemoetkoming voor chronisch zieken en gehandicapten, de compensatie voor het verplicht eigen risico, de fiscale aftrek van uitgaven voor specifieke zorgkosten en de tegemoetkoming specifieke zorgkosten en wijziging van de grondslag van de tegemoetkoming voor arbeidsongeschikten (Stb. 2014, 259).