

CONCEPTVERSIE

d.d. 15-11-2004

Besluit van <datum>
houdende vaststelling van een algemene
maatregel van bestuur als bedoeld in de
artikelen <artikelnummers> van de
Zorgverzekeringswet
(Besluit zorgverzekering)

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
van <datum voordracht>, kenmerk ;

Gelet op de artikelen 11, derde lid, 22, vijfde lid en 32, tweede lid, van de
Zorgverzekeringswet;

De Raad van State gehoord het advies van <datum advies>;

Gezien het Nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en
Sport van <datum Nader rapport>;

Hebben goedgevonden en verstaan:

Hoofdstuk 1. Definities en algemene bepalingen

Artikel 1. Definitiebepalingen

In dit besluit en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

- a. *wet*: de Zorgverzekeringswet;
- b. *verblijf*: verblijf gedurende het etmaal;
- c. *eigen bijdrage*: een eigen bijdrage als bedoeld in artikel 11, derde lid van de wet;
- d. *geregistreerd geneesmiddel*: een geneesmiddel dat is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, of voor het in de handel brengen waarvan de Gemeenschap ingevolge de Verordening (EEG) nr. 2309/93 van de Raad van de Europese Gemeenschappen van 22 juli 1993 tot vaststelling van communautaire procedures voor het verlenen van vergunningen voor en het toezicht op geneesmiddelen voor menselijk en diergeneeskundig gebruik en tot oprichting van een Europees bureau voor de geneesmiddelenbeoordeling (PbEG L 214) een vergunning heeft afgegeven;
- e. *beschikbare middelen*: het bedrag dat in totaal voor het daaropvolgende kalenderjaar aan de zorgverzekeraars kan worden toegekend, als genoemd in artikel 32, vierde lid onder a van de Zorgverzekeringswet.
- f. *premie*: de premie, bedoeld in artikel 16 van de Zorgverzekeringswet;
- g. *nominale rekenpremie*: het fictieve bedrag dat in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij de berekening van de beschikbare middelen wordt gehanteerd als premie, bedoeld in artikel 16 van de Zorgverzekeringswet, en dat op jaarbasis per verzekerde in rekening wordt gebracht;
- h. *nominale no-claimpremie*: het bedrag ter hoogte van de uitkering voor de verzekerde die geen gebruik heeft gemaakt van zorg als bedoeld in artikel 22, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet;
- i. *macro-prestatiebedrag*: de beschikbare middelen, met uitzondering van de middelen, bedoeld in §2.5., vermeerderd met de voor zorgverzekeraars

geraamde opbrengsten van de nominale rekenpremie, de nominale no-claimpremie en de normatieve opbrengsten van verhaal

j. *bijdrage*: de bijdrage, bedoeld in artikel 32, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet;

k. *verhaal*: het verhaal van een zorgverzekeraar, conform de regels voor schadevergoeding naar burgerlijk recht;

l. *leeftijd en geslacht*: leeftijd en geslacht van de verzekerde;

m. *regio*: een verdeelcriterium waarbij verzekerden worden ingedeeld in categorieën op basis van de postcode van het adres waar de verzekerde woonachtig is;

n. *aard van het inkomen*: een verdeelcriterium waarbij verzekerden worden ingedeeld op basis van de aard van hun inkomen;

o. *FKG's*: Farmaceutische kostengroepen, een verdeelcriterium waarbij verzekerden worden ingedeeld in categorieën chronische aandoeningen op basis van geneesmiddelengebruik in het verleden;

p. *DKG's*: Diagnose kostengroepen, een verdeelcriterium waarbij verzekerden worden ingedeeld in clusters van aandoeningengroepen die geïdentificeerd zijn op grond van uitgevoerde Diagnose Behandeling Combinaties;

q. *hogekostencompensatie*: het poolen dan wel verrekenen met het Zorgverzekeringsfonds van een bij ministeriële regeling te bepalen percentage van de kosten van verzekerden met betrekking tot in dit besluit genoemde deelbedragen, voor zover zij uitgaan boven een bij ministeriële regeling te omschrijven drempel;

r. *generieke verevening*: bijstelling van het deelbedrag op basis van het verschil per zorgverzekeraar tussen de kosten en het deelbedrag in relatie met de verschillen tussen de kosten en het deelbedrag bij andere zorgverzekeraars, per onderscheiden categorie van prestaties;

s. *nacalculatie*: bijstelling van het deelbedrag op basis van het verschil tussen kosten en het deelbedrag per zorgverzekeraar, per onderscheiden categorie van prestaties.

Hoofdstuk 2 Rechten van verzekerden

§1. Het te verzekeren pakket

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de zorgvormen die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.3 tot en met 2.10.
2. De inhoud en omvang van de zorgvormen worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.3 tot en met 2.10, heeft de verzekerde op een zorgvorm slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Artikel 2.2

1. De vergoeding van kosten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel b, van de wet omvat de kosten die verzekerde heeft gemaakt voor zorg of overige diensten zoals die naar inhoud en omvang zijn omschreven in dit hoofdstuk.
2. Bij het bepalen van de vergoeding worden in mindering gebracht:
 - a. hetgeen de verzekerde als eigenbijdrage had moeten betalen indien hij krachtens de zorgverzekering recht zou hebben op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten;

b. de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

Artikel 2.3

De zorg en overige diensten dan wel de vergoeding van de kosten daarvan omvat niet de zorg en overige diensten dan wel vergoeding van de kosten daarvan veroorzaakt door:

- a. een gebeurtenis die verband houdt met terrorisme, voor zover de schade het door de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschade N.V. vastgestelde maximum per kalenderjaar te boven gaat;
- b. atoomkernreacties.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen, gezondheidspsychologen en verloskundigen die plegen te bieden, met inbegrip van daarbij behorend laboratoriumonderzoek.
2. Bij ministeriële regeling kunnen de inhoud en omvang van de geneeskundige zorg worden beperkt.
3. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde voor een psychotherapeutische behandeling een eigenbijdrage betaalt.

Artikel 2.5

Geneeskundige zorg omvat ook verpleegkundige zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden.

Artikel 2.6

1. Fysiotherapie of oefentherapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefentherapeuten die plegen te bieden ter behandeling van de bij ministeriële regeling aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat voor de verzekerden van 18 jaar en ouder niet de eerste negen behandelingen.
2. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar bestaat fysiotherapie en oefentherapie tevens uit tot ten hoogste negen behandelingen van dezelfde aandoening per jaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met ten hoogste negen zittingen oefentherapie.
3. Logopedie omvat zorg zoals logopedisten die plegen te bieden, de zorg strekt tot een geneeskundig doel en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.
4. Ergotherapie omvat zorg zoals ergotherapeuten die plegen te bieden tot ten hoogste tien behandelingen die als doel hebben de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen.
5. Dieetadvisering omvat voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten zoals diëtisten die plegen te bieden gedurende maximaal vier behandeluren per jaar.

Artikel 2.7

1. Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen en orthodontisten die plegen te bieden.
2. Bij ministeriële regeling kunnen de inhoud en omvang van de mondzorg worden beperkt.
3. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde een eigenbijdrage betaalt.

Artikel 2.8

1. Farmaceutische zorg omvat aflevering van:
 - a. door de zorgverzekeraar aangewezen geregistreerde geneesmiddelen die de werkzame stoffen bevatten die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen;

- b. andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, indien het rationele farmacotherapie betreft;
 - c. dieetvoeding voor medisch gebruik als bedoeld in de Warenwet.
2. Farmaceutische zorg omvat niet:
- a. farmaceutische zorg voor zover bij ministeriële regeling indicatievoorwaarden zijn gesteld en de verzekerde daar niet aan voldoet;
 - b. geneesmiddelen ingeval van ziekterisico bij reizen;
 - c. geneesmiddelen als bedoeld in de artikel 54 en 55 van het Besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten, tenzij het een verzekerde betreft die lijdt aan een in Nederland zelden voorkomende ziekte;
 - d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn als enig niet aangewezen geregistreerd geneesmiddel.
3. Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is;
4. Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen. Tevens wordt voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen een vergoedingslimiet vastgesteld.
5. De verzekerde betaalt een eigenbijdrage voor een geneesmiddel dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, indien de inkoopprijs hoger is dan de vergoedingslimiet. Een bijdrage wordt ook betaald voor zover een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een bijdrage is verschuldigd. Bij ministeriële regeling wordt geregeld hoe het bij te betalen bedrag wordt berekend.

Artikel 2.9

- 1. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen. Daarbij kunnen regels worden gesteld met betrekking tot de indicatievoorwaarden voor het verkrijgen van die middelen.
- 2. De kosten van normaal gebruik komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.
- 3. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde voor een hulpmiddel een eigenbijdrage betaalt ter grootte van:
 - a. het verschil tussen de aanschaffingskosten en het bij dat hulpmiddel vermelde bedrag, dat kan verschillen naar gelang de groep van verzekerden, waartoe de verzekerde behoort;
 - b. een daarbij vermeld bedrag wegens besparing van kosten.

Artikel 2.10

- 1. Verblijf omvat verblijf gedurende een periode van ten hoogste 365 dagen dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.3, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging, paramedische zorg of farmaceutische zorg.
- 2. Een onderbreking van ten hoogste 30 dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen.
- 3. In afwijking van het tweede lid tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de 365 dagen.

Artikel 2.11

- 1. Verzorging omvat tevens zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling gedurende ten hoogste 10 dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling.
- 2. Voor de zorg bij het kraambed ten huize van de verzekerde betaalt de verzekerde een bij ministeriële regeling te bepalen eigenbijdrage.

Artikel 2.12

1. Ziekenvervoer omvat medisch noodzakelijk vervoer naar inhoud en omvang en onder de indicatievoorwaarden bij ministeriële regeling vast te stellen.
2. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde voor ziekenvervoer, anders dan ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer een eigenbijdrage betaalt tot een bij die regeling aangegeven maximum.

§2. De no-claimteruggave

Artikel 2.13

1. Het bij algemene maatregel te bepalen bedrag, bedoeld in artikel 22 van de wet bedraagt: € 255 (PM = bedrag 2005).
2. Het indexcijfer, bedoeld in artikel 22, vijfde lid, onderdeel 2, van de wet, betreft het percentage waarmee het minimumloon, bedoeld in artikel 8, eerste lid, onderdeel a, van de Wet minimumloon en minimumvakantiebijslag, op 1 juli van het jaar voorafgaand aan het kalenderjaar waarop de no-claimteruggave betrekking heeft, is gewijzigd ten opzichte van het minimumloon, bedoeld in artikel 8, eerste lid, onderdeel a, van de Wet minimumloon en minimumvakantiebijslag, op 1 juli van het tweede jaar voorafgaand aan dat kalenderjaar.
3. Het met toepassing van het tweede lid berekende bedrag wordt naar beneden afgerond op een veelvoud van een hele euro.
4. Bij de jaarlijkse toepassing van het indexcijfer wordt de afronding buiten beschouwing gelaten.

Artikel 2.14

1. De no-claimteruggave waarop verzekerden ingevolge artikel 22 van de wet aanspraak hebben, wordt uiterlijk op 31 maart van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claimteruggave betrekking heeft uitgekeerd door overmaking op de bankrekening van de verzekerde.
2. Voor de toepassing van artikel 22, eerste lid, van de wet wordt als kosten van de gebruikte zorg in aanmerking genomen het bedrag dat voor die zorg in rekening is gebracht.
3. Voor de toepassing van artikel 22, eerste lid, van de wet wordt het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed alsmede de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden buiten beschouwing gelaten.
4. Indien blijkt dat zorg is gebruikt, met de kosten waarvan de zorgverzekeraar bij de berekening van de no-claimteruggave geen rekening kon houden, wordt de no-claimteruggave uiterlijk op 31 maart van het tweede kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claimteruggave betrekking heeft, gecorrigeerd.

Artikel 2.15

PM

Besloten is bepalingen ex artikel 12, eerste en tweede lid (vormen van zorg in natura en vormen van zorg waarvoor contracteerplicht geldt) vooralsnog niet in het Besluit te regelen.

Artikel 2.16

PM

Bepalingen ex artikel 18, vierde lid (nadere regels met betrekking tot modelovereenkomsten).

Hoofdstuk 3. Zorgverzekeraars

§1. Invloed van verzekerden

Artikel 3.x

PM

Bepalingen ex artikel 18, tweede lid (nadere regels met betrekking tot de mate van invloed van verzekerden op beleid zorgverzekeraars).

§2. De vereveningsbijdrage

§2.1. De onderverdeling van het macro-prestatiebedrag in macro-deelbedragen.

Artikel 3.1

1. Het macro-prestatiebedrag is onderverdeeld in de volgende macro-deelbedragen:

- a. het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, dat betreft geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van zorg zoals psychologen en psychiaters die plegen te bieden, en de variabele kosten van verblijf, verpleging en verzorging, met uitzondering van verblijf gepaard gaande met zorg zoals psychologen en psychiaters die plegen te bieden, voor zover deze prestaties voor vergoeding op grond van de Zorgverzekeringswet in aanmerking komen;
- b. het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging, dat betreft vaste kosten van verblijf, verpleging en verzorging, met uitzondering van verblijf gepaard gaande met zorg zoals psychologen en psychiaters die plegen te bieden, voor zover deze prestaties voor vergoeding op grond van de Zorgverzekeringswet in aanmerking komen;
- c. het macro-deelbedrag kosten van curatieve geestelijke gezondheidszorg, die betreft de kosten van geneeskundige zorg zoals psychologen en psychiaters die plegen te bieden alsmede het daarmee gepaard gaand verblijf, voor zover deze prestaties voor vergoeding op grond van de Zorgverzekeringswet in aanmerking komen.
- d. het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties, dat betreft overige prestaties die voor vergoeding op grond van de Zorgverzekeringswet in aanmerking komen.

2. Bij de ministeriële regeling ingevolge artikel 32, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet wordt voor 1 oktober van ieder jaar eveneens de hoogte van de macro-deelbedragen bepaald.

§2.2. De verdeling van de macro-deelbedragen en de berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van, en de bijdrage aan, een zorgverzekeraar

Artikel 3.2

Het College zorgverzekeringen verdeelt de in artikel 3.1 genoemde macro-deelbedragen elk volgens de artikelen 3.3 tot en met 3.7 in deelbedragen voor iedere zorgverzekeraar.

Artikel 3.3

1. Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp aan de hand van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, aard van het inkomen en regio.
2. De minister kent aan alle klassen van de genoemde criteria gewichten toe.

Artikel 3.4

1. Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging op basis van enerzijds een vergoeding voor de uitgaven die gefinancierd worden op basis van gelijke bedragen per

verzekerde en anderzijds een vergoeding voor de uitgaven met betrekking tot de overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

2. De vergoeding voor de uitgaven die gefinancierd worden op basis van gelijke bedragen per verzekerde is gelijk aan een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag per bij de zorgverzekeraar ingeschreven verzekerde, vermenigvuldigd met het aantal bij de zorgverzekeraar ingeschreven verzekerden.

3. De vergoeding voor uitgaven met betrekking tot overige vaste kosten is gebaseerd op historische overige vaste kosten per verzekerde per zorgverzekeraar.

Artikel 3.5

1. Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties aan de hand van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, aard van het inkomen en regio.

2. De minister kent alle klassen van de genoemde criteria gewichten toe.

Artikel 3.6

1. Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag kosten van curatieve geestelijke gezondheidszorg aan de hand van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar in elk geval leeftijd en geslacht en regio.

2. De minister kent aan alle klassen van de genoemde criteria gewichten toe.

Artikel 3.7

Bij de toepassing van de artikelen 3.3 tot en met 3.6 laat het College zorgverzekeringen bij de bepaling van het aantal verzekerden buiten beschouwing de verzekerden van wie de totale kosten van prestaties door het College zorgverzekeringen ingevolge artikel 3.16, eerste lid, ten laste van het Zorgverzekeringsfonds worden vergoed naar het werkelijke bedrag van die kosten.

Artikel 3.8

1. Het College zorgverzekeringen sommeert de ingevolge artikelen 3.2 tot en met 3.7 aan een zorgverzekeraar toegerekende deelbedragen tot één normatief bedrag.

2. Het College zorgverzekeringen brengt vervolgens op het berekende normatieve bedrag de door hem voor de zorgverzekeraar geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie, de geraamde opbrengst van nominale no-claimpremie en een door hem voor de zorgverzekeraar berekende normatieve opbrengst van verhaal in mindering. De normatieve opbrengst van verhaal wordt berekend aan de hand van door het College zorgverzekeringen opgestelde regels.

(PM of er al dan niet sprake zal zijn van normatieve opbrengsten van verhaal is nog onderwerp van nadere besluitvorming)

3. Het College zorgverzekeringen kent een bijdrage toe aan de zorgverzekeraar ten hoogte van op de uitkomst van de berekening, bedoeld in het tweede lid, eerste volzin.

4. Het College zorgverzekeringen deelt aan de zorgverzekeraar het berekende normatieve bedrag en de toegekende bijdrage mee, en geeft hierbij aan welk geraamd bedrag voor opbrengst van de nominale rekenpremie, voor opbrengst van de nominale no-claimpremie en normatieve opbrengst van verhaal, bedoeld in het tweede lid, bij de berekening van de bijdrage zijn betrokken.

§2.3. De herberekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar en de vaststelling van de bijdrage aan een zorgverzekeraar

Artikel 3.9

1. Ter herberekening van de bijdrage als bedoeld in artikel 34, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet vindt een herberekening plaats van de gewichten, bedoeld in de artikelen 3.3 en 3.5, rekening houdend met de verwachte financiële gevolgen van de toepassing van een specifieke verevening van hoge kosten voor groepen van verzekerden naar leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, aard van het inkomen en regio.
 2. Ter herberekening van de bijdrage als bedoeld in artikel 34, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet vindt een herberekening plaats van de gewichten, bedoeld in artikel 3.6, rekening houdend met de verwachte financiële gevolgen van de toepassing van een specifieke verevening van hoge kosten voor groepen van verzekerden naar leeftijd en geslacht en regio.
 3. Ter herberekening van de bijdrage als bedoeld in artikel 34, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet herberekent het College zorgverzekeringen het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar. Het College zorgverzekeringen baseert de herberekening van het normatieve bedrag op de ingevolge dit besluit voor de onderscheiden deelbedragen relevante gegevens over het betreffende jaar. Indien zulks naar zijn oordeel is aangewezen, kan het College zorgverzekeringen in afwijking van de tweede volzin bepalen dat voor door hem aan te geven herberekeningen niet wordt uitgegaan van de resultaten in het betreffende jaar maar van de resultaten in een daaraan al dan niet onmiddellijk voorafgaand jaar.
 4. Het College zorgverzekeringen laat bij de herberekening de kosten en opbrengsten, bedoeld in artikel 3.16, buiten beschouwing.
 5. De kosten die het College zorgverzekeringen in het kader van de uitvoering van verdragsregelingen inzake sociale zekerheid en van de Verordening (EEG) nr. 1408/71, betreffende de toepassing van de sociale zekerheidsregelingen op werknemers en zelfstandigen, alsmede op hun gezinsleden, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen, ten laste van het Zorgverzekeringsfonds op declaraties vanuit verdraglanden op kasbasis vergoedt ten behoeve van verzekerden die zich naar het buitenland begeven teneinde daar geneeskundige hulp in te roepen, deelt het College zorgverzekeringen overeenkomstig een bij ministeriële regeling te bepalen verdeelsleutel toe aan de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, onderscheidenlijk aan de vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
 6. Het College zorgverzekeringen deelt de rechtstreeks door een zorgverzekeraar vergoede kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp verleend door instellingen in het buitenland overeenkomstig een bij ministeriële regeling te bepalen verdeelsleutel toe aan de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, onderscheidenlijk aan de vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
- (PM de exacte wijze waarop zorgkosten tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland, bijvoorbeeld tijdens vakantie, worden verevend is nog onderwerp van nadere besluitvorming)**

Artikel 3.10

1. Het College zorgverzekeringen merkt voor een bij ministeriële regeling te bepalen gedeelte van de verschillende geldende tarieven binnen de kosten van ziekenhuisverpleging, kosten aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
2. Het College zorgverzekeringen merkt de declaraties van specialisten volledig aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.

3. Het College zorgverzekeringen past op een bij ministeriële regeling te bepalen wijze hogekostencompensatie toe.
4. Na toepassing van het derde lid past het College zorgverzekeringen in een bij ministeriële regeling te bepalen mate generieke verevening toe.
5. Het College zorgverzekeringen calculeert ten slotte met een bij ministeriële regeling te bepalen percentage na op het verschil tussen de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, en het resultaat na toepassing van het vierde lid.

Artikel 3.11

1. Het College zorgverzekeringen merkt voor een bij ministeriële regeling te bepalen gedeelte van de verschillende geldende tarieven binnen de kosten van ziekenhuisverpleging, die kosten aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
2. Het College zorgverzekeringen calculeert met een bij ministeriële regeling te bepalen percentage na het verschil tussen de vaste kosten van ziekenhuisverpleging vastgesteld ingevolge het eerste lid en het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging in het betreffende jaar.

Artikel 3.12

1. Het College zorgverzekeringen past op het deelbedrag kosten van overige prestaties op een bij ministeriële regeling te bepalen wijze hogekostencompensatie toe.
2. Na toepassing van het eerste lid past het College zorgverzekeringen in een bij ministeriële regeling te bepalen mate generieke verevening toe.
3. Het College zorgverzekeringen calculeert tenslotte met een bij ministeriële regeling te bepalen percentage na op het verschil tussen de kosten van overige prestaties, en het resultaat na toepassing van het tweede lid.

Artikel 3.13

1. Het College zorgverzekeringen past op het deelbedrag kosten van curatieve geestelijke gezondheidszorg op een bij ministeriële regeling te bepalen wijze hogekostencompensatie toe.
2. Na toepassing van het eerste lid past het College zorgverzekeringen in een bij ministeriële regeling te bepalen mate generieke verevening toe.
3. Het College zorgverzekeringen calculeert tenslotte met een bij ministeriële regeling te bepalen percentage na op het verschil tussen de kosten van curatieve geestelijke gezondheidszorg, en het resultaat na toepassing van het tweede lid.

Artikel 3.14

1. Het College zorgverzekeringen sommeert de ingevolge de artikelen 3.9 tot en met 3.13 herberekende deelbedragen tot één normatief bedrag.
2. Het College zorgverzekeringen brengt vervolgens op het herberekende normatieve bedrag in mindering:
 - a. de aan de zorgverzekeraar toegerekende opbrengsten van de nominale rekenpremie;
 - b. de voor de zorgverzekeraar berekende normatieve opbrengst van verhaal;
 - c. de aan de zorgverzekeraar toegerekende opbrengsten van nominale no-claimpremie.
3. Het College zorgverzekering kan de uitkomst van het tweede lid vermeerderen met een bij ministeriële regeling vast te leggen vergoeding per zorgverzekeraar in verband met de no-claimteruggave aan verzekerden.
4. Het College zorgverzekeringen stelt de bijdrage vast op de uitkomst van de berekening, genoemd in het derde lid.

5. Het College zorgverzekeringen deelt aan de zorgverzekeraar het herberekende normatieve bedrag en de vastgestelde bijdrage mee, en geeft hierbij aan welke bedragen, bedoeld in het tweede lid, onder a, b en c, en in het derde lid, bij de vaststelling van de bijdrage zijn betrokken.
6. Het College zorgverzekeringen kan het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar voorlopig herberekenen en de bijdrage voorlopig vaststellen. Het vijfde lid is van overeenkomstige toepassing.
7. Het College Zorgverzekeringen kan bij de voorlopige herberekeningen en de vaststelling van de bijdragen, bedoeld in het zesde lid, artikel 3.9, eerste en tweede lid, achterwege laten.

§2.4. Nadere bepaling met betrekking tot §2.2. en §2.3.

Artikel 3.15

1. Waar het College zorgverzekeringen bij de berekening en de vaststelling van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar gebruik maakt van historische gegevens, kan hij, indien die gegevens niet beschikbaar zijn, uitgaan van een andere basis die een goede benadering geeft van de ontbrekende historische gegevens.
2. Indien het toepassen van historische gegevens tot onredelijke en niet-beoogde uitkomsten leidt, is het College zorgverzekeringen bevoegd om uit te gaan van een alternatieve basis.

§2.5. Aanvullingen op de bijdrage aan een zorgverzekeraar

Artikel 3.16

1. In aanvulling op de bijdrage vastgesteld op basis van artikel 3.14, vergoedt het College zorgverzekeringen aan een zorgverzekeraar naar het werkelijke bedrag:
kosten die met toepassing van verdragsregelingen inzake sociale zekerheid en van de Verordening (EEG) nr. 1408/71 betreffende de toepassing van de sociale- zekerheidsregelingen op werknemers en zelfstandigen, alsmede op hun gezinsleden, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen, zijn gemaakt. **(PM de exacte wijze waarop zorgkosten tijdens tijdelijk verblijf in het buitenland, bijvoorbeeld tijdens vakantie, worden verevend is nog onderwerp van nadere besluitvorming)**
2. Het College zorgverzekeringen brengt de door hem vast te stellen opbrengst van de nominale premie en nominale no-claimpremie, die samenhangt met de in het eerste lid, onder a en b, genoemde kosten, op die kosten in mindering.

Artikel 3.17

1. In aanvulling op de bijdrage vastgesteld op basis van artikel 3.14 en de eventuele aanvulling hierop op basis van artikel 3.16, kan het College zorgverzekeringen een uitkering verstrekken in verband met een substantieel of structureel verschil tussen kosten en deelbedrag per verzekeraar dat rechtstreeks verband houdt met hogere kosten van verzekerden als gevolg van een zeer uitzonderlijke omstandigheid.
2. Ingevolge het eerste lid worden geen uitkeringen verstrekt dan nadat bij ministeriële regeling is vastgesteld dat sprake is van een nationale ramp die niet opgevangen kan worden binnen de reguliere wijze van vaststelling van de bijdrage aan zorgverzekeraars.
3. Bij ministeriële regeling worden regels aangegeven voor de wijze waarop het College zorgverzekeringen de uitkering genoemd in het eerste lid vaststelt.

Hoofdstuk 4. Werkgeversbijdragen

Artikel 4.x

Bepalingen ex artikel 44, vijfde lid (nadere regels met betrekking tot afwijkingen aanpassingsmethode indexcijfer werkgeversbijdrage).

Hoofdstuk 5. Overige bepalingen

Artikel 5.x

Bepalingen ex artikel 61, tweede lid (nadere regels met betrekking tot afwijkende regels rechtspositie personeel College zorgverzekeringen).

Artikel 5.x

Bepalingen ex artikel 85, vierde lid (nadere regels met betrekking tot opnemen en verificatie sociaal-fiscaalnummer).

Artikel 5.x

Bepalingen ex artikel 121 (nadere regels met betrekking tot tijdelijke voorzieningen bij taakverwaarlozing Cvz en Ctz).

Hoofdstuk 6. Slotbepalingen

Artikel 6.1

Bepalingen ex artikel 123 (nadere regels voor de uitvoering van de wet).

Artikel 6.2

Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2006.

Artikel 6.3

Dit besluit wordt aangehaald als: Besluit zorgverzekering.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

Nota van toelichting

Algemeen

In dit Besluit zijn nadere regels gesteld ter uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De regering heeft er voor gekozen om alleen datgene te regelen wat voor de uitvoering van de Zvw noodzakelijk is, en niet meer dan dat. Dit is in overeenstemming met de in de Zvw neergelegde gedachtegang dat zover regelgeving wordt getroffen, deze noodzakelijk en proportioneel dient te zijn. Voorts is besloten om in het kader van terugdringing van regelgeving alle nadere regelgeving voor de Zvw in één Besluit en in één Regeling neer te leggen. Een uitzondering hierop vormt de kring van verzekerden van de Zvw. Degenen die van rechtswege verzekerd zijn ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de daarop gebaseerde regelgeving, zijn verplicht zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren. Dit betekent dat de kring van verzekeringsplichtigen nader is geregeld in het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 (Stb. 1998, 746). Wijzigingen in de kring verzekerden AWBZ heeft dus gevolgen voor de kring van verzekeringsplichtigen Zvw.

De opbouw van dit Besluit is overeenkomstig de opbouw van de Zvw. Op dit moment zijn in hoofdstuk 1 de definitiebepalingen opgenomen. In hoofdstuk 2 zijn de aanspraken van verzekerden, te weten het te verzekeren pakket en de no-claim-bonus geregeld en in hoofdstuk 3 is de werking van de vereveningsregeling neergelegd. Een aantal van de in de Zvw neergelegde mogelijkheid tot nadere regelgeving zal eerst worden ingevuld wanneer gebleken is dat daaraan behoefte bestaat. Een en ander betekent dat de inhoud van de nadere regelgeving, mede door de beperkte omvang ervan, aanzienlijk overzichtelijker en transparanter is geworden.

Hoofdstuk 2. Rechten van verzekerden

In §1 van hoofdstuk 2 zijn ter uitvoering van artikel 11, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet de inhoud en omvang van de prestaties waarop de verzekerde krachtens de zorgverzekering recht heeft, nader geregeld. Tevens is in deze paragraaf geregeld voor welke vormen van zorg en voor welke diensten een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.

In de memorie van toelichting¹ op de Zorgverzekeringswet is aangegeven dat de regering het van belang acht dat de directe overheidsregulering van het zorgaanbod vermindert. Binnen de door de wetgever geformuleerde kader, zo is verwoord, krijgen de betrokken actoren meer keuzemogelijkheden, beleids- en beslissingsruimte én meer concurrentieprikkels. Een van de instrumenten om daartoe te komen, is de zogenoemde functiegerichte omschrijving van de zorg die onder het verzekeringspakket valt. De functiegerichte omschrijving houdt in dat alleen nog maar bij wettelijk voorschrift geregeld is wat er onder de aanspraken valt (de inhoud en omvang van de zorg) en wanneer (de indicatiegebieden) er aanspraak bestaat. Wie de zorg verleent en waar die wordt verleend is in dit systeem een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om daarover afspraken te maken met de verzekerde in de zorgovereenkomst. Dit geldt ook voor de procedurele voorwaarden, zoals toestemmingsvereisten, verwijzingen en voorschrijfvvereisten.

De functiegerichte omschrijving biedt ruimte aan verzekerden, zorgverzekeraars en zorgaanbieders om het verzekeringspakket naar eigen keuze in te vullen binnen de door de wetgever gestelde grenzen. Daarmee wordt tegemoet gekomen aan de wens van de verzekerden, zorgverzekeraars en zorgaanbieders om niet alles in starre centrale regelgeving vast te leggen, maar het pakket op eigen wijze te mogen concretiseren. Dit biedt de mogelijkheid om zorgpolissen op maat aan te bieden.

Anders dan bij de Ziekenfondswet, regelt de Zorgverzekeringswet dus niet alle elementen meer die voor de verzekerde relevant zijn om te weten waar hij uit hoofde van zijn zorgverzekeringsovereenkomst aanspraak heeft. Alle elementen die daarvoor relevant zijn, leest hij in zijn zorgpolis. Het gaat daarbij immers om uitwerking van zowel de wettelijke voorschriften als de overeengekomen voorschriften. De zorgpolis omschrijft de zorg waarop aanspraak bestaat, dan wel bij restitutie welke zorg wordt vergoed, op voorzieningsgerichte wijze zoals voorheen de Ziekenfondswet dat deed. Dat wil zeggen in de zorgpolis staat vermeld welke zorg, wie de zorg verleent, waar deze wordt verleend en welke voorwaarden gelden, wil op deze zorg aanspraak bestaan dan wel willen de kosten worden vergoed.

Het is verder van belang dat in de zorgpolis wordt beschreven aan welke hoedanigheid, bekwaamheid of geschiktheid een zorgverlenende persoon of instelling moet voldoen, wil diens zorg voor rekening van de zorgverzekering komen. In de memorie van toelichting op de Zorgverzekeringswet is uitvoering ingegaan op de kwaliteit van zorg en hoe de verantwoordelijkheden wat dat betreft liggen. Ook de mogelijkheid die de Zorgverzekeringswet de zorgverzekeraar biedt om zich wat betreft de kwaliteit van zorg te onderscheiden van andere zorgverzekeraars zijn daar beschreven.

¹ Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr. 3.

Doordat de zorgverzekeraar en de verzekerden overeenkomen door wie en waar de zorg wordt verleend, kan voorts zorggedragen worden dat de verzekerde de zorg in de voor hem noodzakelijke samenhang krijgt. Een voorbeeld is de zorg in verband met een herseninfarct. Hierbij vindt samenwerking plaats tussen allerlei beroepsbeoefenaren op het terrein van logopedie, fysiotherapie en geneeskundige zorg. Een ander voorbeeld is de multidisciplinaire samenwerking bij revalidatie. Het ontwikkelen van diagnose behandeling combinaties die op die samenwerking zijn afgestemd, versterken dit proces van samenwerking.

Het functiegericht systeem houdt in dat het aan de zorgverzekeraar is om in zijn zorgpolis vorm te geven aan de poortwachtersfunctie van de huisarts. Die poortwachtersfunctie wordt dus door de functiegerichte omschrijving van de aanspraken niet opgeheven. Integendeel, de huisarts als centraal persoon in de gezondheidszorg is in Nederland dusdanig ingeburgerd dat deze daar niet meer weg te denken is. Echter, de werkdruk bij de huisarts, de nieuwe structuur van de avond-, nacht- en weekenddiensten, de taakherschikking binnen de gezondheidszorg enzovoort, brengen met zich dat de zorg zoals de huisartsen die plegen te bieden lang niet meer uitsluitend door de huisartsen wordt gedaan. Praktijkverpleegkundigen, doktersassistenten, bedrijfsartsen, GGD-artsen zijn taken gaan overnemen. Daarnaast zijn er de nieuwe beroepsgroepen, nurse practitioner en de physician assistant die taken op dit gebied gaan verrichten. Door voorwaarden als wie mag verwijzen en wie mag voorschrijven niet meer bij wettelijk voorschrift te regelen, kan het veld flexibel op de nieuwe ontwikkelingen inspelen en kunnen de voorwaarden flexibel in de zorgpolis worden aangepast.

Uitgangspunt bij dit hoofdstuk is het ziekenfondspakket zoals dat op het moment van inwerkingtreding van dit besluit naar aard, inhoud en omvang is vastgesteld. Dit pakket is gericht op de op genezing gerichte zorg en is getoetst aan de uitgangspunten zoals in de memorie van toelichting op de Zorgverzekeringswet zijn beschreven. Behalve de zorg van het ziekenfondspakket omvat de zorg zoals die in dit hoofdstuk is omschreven ook de op genezing gerichte extramurale geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de intramurale ggz tot één jaar. Het gaat daarbij om de zorg waarop tot de inwerkingtreding van dit besluit aanspraak bestond ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

Door het functiegericht omschrijven van de zorg waarop de Zorgverzekeringswet van toepassing is, is paragraaf 3.3.1 van de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet overbodig geworden. Deze wordt dan ook op het moment van inwerkingtreding van dit besluit geschrapt. Paragraaf 3.3.1, getiteld: initiatiefruimte ziekenfondsverzekering, maakte het mogelijk dat ziekenfondsen 5% van de samengestelde deelbudgetten 'variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische zorg' en 'kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen' konden inzetten voor zorgvernieuwingactiviteiten op het terrein van ziekenfondszorg. Daarbij mocht het niet gaan om van het ziekenfondspakket uitgesloten zorg. Op grond van deze paragraaf organiseerden ziekenfondsen binnen de gegeven ruimte de zorg op een wijze die de verstrekkingenomschrijvingen van de Ziekenfondswet niet mogelijk maakten. Deze mogelijkheid hebben zorgverzekeraars wel op grond van de Zorgverzekeringswet.

Paragraaf 2 van dit hoofdstuk heeft betrekking op de no-claimteruggave. De nadere regels hiervoor komen overeen met de regels zoals die bij de ziekenfondsverzekering golden.

Hoofdstuk 3. Risicoverevening

Waarom risicoverevening

Private verzekeraars zijn in de Zorgverzekeringswet verantwoordelijk voor de uitvoering van de zorgverzekering, gegeven de door overheid gestelde randvoorwaarden van een betaalbare, toegankelijke gezondheidszorg van voldoende kwaliteit. In een volledig vrije zorgverzekeringsmarkt met keuzevrijheid voor de verzekerden en voldoende transparantie hebben verzekeraars verschillende instrumenten om hun opereren te optimaliseren: risicoselectie, de premiestelling, doelmatige (zorg)inkoop, efficiënte bedrijfsvoering. Een belangrijk uitgangspunt is dat de verzekeraars aan de verzekerden premies in rekening kunnen brengen die samenhangen met het risico dat die verzekerden voor de verzekeraar vormt. Dit is het equivalentiebeginsel.²

Binnen de kaders van de Zorgverzekeringswet is er niet sprake van een dergelijke volledig vrije markt. Om de toegankelijkheid tot de zorg zeker te stellen, is de markt aan randvoorwaarden gebonden. De Zorgverzekeringswet legt de zorgverzekeraars behalve een acceptatieplicht (artikel 3) ook het verbod

² Volgens het equivalentiebeginsel wordt de door de verzekeringnemer te betalen premie gerelateerd aan het risico dat hij door de verzekering zoekt te dekken.

op om premies te differentiëren naar verzekerdenkenmerken (artikel 17, tweede lid). De wet stelt daarmee het equivalentiebeginsel buiten werking. Zonder aanvullende mechanismen zijn zorgverzekeraars met een ongezonde populatie in het nadeel ten opzichte van zorgverzekeraars met een gezonde populatie, omdat zij gegeven hun populatie haast wel gedwongen zijn een hogere premie te vragen dan hun concurrent met een gezondere populatie. Dit ondermijnt het gelijke speelveld waarop concurrentie tussen zorgverzekeraars zich moet afspelen.

Risicoverevening is nodig om zorgverzekeraars te compenseren voor het feit dat zij in hun portefeuilles verzekerden met verschillende gezondheidsrisico's hebben. Paragraaf 4.2 van de Zorgverzekeringswet (artikelen 32 tot en met 36) legt de wettelijke basis voor een systeem van risicoverevening. Risicoverevening geldt niet alleen voor bestaande zorgverzekeraars, maar ook voor nieuwe (buitenlandse) toetreders. Een beschikking van de Europese Commissie van 13 mei 2003³ over de risicoverevening in het Ierse private verzekeringsstelsel bevestigt dat risicoverevening, gegeven onder andere de randvoorwaarden van acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie, noodzakelijk is om gelijke verzekeringsrisico's te bewerkstelligen.

Naast het bereiken van een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars is risicoverevening ook van belang voor het waarborgen van een goede toegankelijkheid van de verzekering voor alle verzekerden. Door de wettelijke acceptatieplicht wordt directe risicoselectie uitgesloten. Echter, omdat voor alle verzekerden met eenzelfde polis een gelijke nominale premie moet worden geheven, is er een prikkel tot indirecte risicoselectie. Immers als de premie per verzekerde niet aangepast kan worden aan het bijbehorende risicoprofiel van de verzekerde, leidt een zorgverzekeraar verlies op verzekerden met een ongunstig risicoprofiel. Dit kan er toe leiden dat zorgverzekeraars, ondanks de acceptatieplicht, zullen trachten ongezonde verzekerden te mijden. Deze vanuit het oogpunt van toegankelijkheid ongewenste prikkel tot (indirecte) risicoselectie wordt gemitigeerd door een systeem van risicoverevening.

Doordat door risicoverevening de karakteristieken van de verzekerdenpopulatie (bijvoorbeeld jong/oud, ziek/gezond) niet langer bepalend zijn voor het uiteindelijke financiële resultaat van de zorgverzekeraar en ook de mogelijkheden om premies te differentiëren zijn teruggebracht, neemt voor de zorgverzekeraar het belang toe van andere instrumenten waarmee hij zijn optreden in de markt kan operationaliseren, zoals de doelmatigheid van zorginkoop en de efficiency van uitvoering van de verzekering. Hiermee ontstaat een extra prikkel voor zorgverzekeraars om zich te richten op het betaalbaar houden van de zorg, om zich zo via een lage nominale premie een gunstige concurrentiepositie te verschaffen.

Ex-ante risicoverevening

Om de prikkel tot doelmatig handelen te effectueren in combinatie met verevening van de gezondheidsrisico's in de Zorgverzekeringswet gekozen voor een systeem van ex-ante risicoverevening. Kenmerkend hierin is dat niet de verschillen in kosten worden gecompenseerd maar dat de risico's van de verzekerden op basis van kenmerken die samenhangen met de gezondheidstoestand van de verzekerde zo goed mogelijk worden ingeschat. Deze kenmerken dienen als basis voor de bijdrage die deze zorgverzekeraar krijgt uit het zogenoemde Zorgverzekeringsfonds. Aanvullend op deze bijdrage kan de zorgverzekeraar bij zijn verzekerden een (nominale) premie in rekening vragen, waarvan hij de hoogte zelf kan bepalen. Hierbij geldt wel dat de nominale premie voor alle verzekerden met eenzelfde polis gelijk moet zijn.

Elke zorgverzekeraar die in Nederland een zorgverzekering aanbiedt die voldoet aan de eisen vanuit de Zorgverzekeringswet ontvangt dus aan het begin van het jaar een genormeerde bijdrage die is afgestemd op de gezondheidsrisico's van de verzekerden in zijn portefeuille. Deze bijdrage is dusdanig bepaald dat zij tezamen met een reële inschatting van de opbrengsten uit nominale premies gelijk is aan de verwachte kosten van aanspraken (het zogenaamde "normatieve bedrag"). Daardoor behoudt de zorgverzekeraar de prikkel om doelmatig met de verkregen middelen om te gaan omdat hij zich anders uit de markt zal prijzen. Immers, door doelmatig zorg in te kopen en de verzekering doelmatig uit te voeren kan de zorgverzekeraar zijn nominale premie laag houden en zo nieuwe verzekerden aantrekken.

Dit risicovereveningssysteem nivelleert de verschillen tussen zorgverzekeraars die zijn ontstaan door verschillen in de risicosamenstelling van de portefeuilles als gevolg van de acceptatieplicht en het

³ State Aid Nr. 46/2003-Ireland. Inmiddels is tegen deze beschikking door de verzekeraar beroep ingesteld bij het Gerecht van eerste aanleg van de Europese Gemeenschappen, waarbij verzoekster zich er onder meer op beroept dat de Commissie ten onrechte niet heeft onderzocht of de bestreden risicoverdelingsregeling inbreuk maakt op de derde schaderichtlijn.

verbod op premiedifferentiatie. Anderzijds bevat het systeem nog voldoende prikkels voor zorgverzekeraars om doelmatig met de beschikbare middelen om te gaan; het blijft voor een zorgverzekeraar noodzakelijk om zich bij de zorginkoop in te spannen om goede zorg tegen een redelijke prijs in te kopen en om zodoende de premie voor zijn verzekering concurrerend te houden.

De gedachte achter de werking van het risicovereveningssysteem en de invloed daarvan op het doelmatig handelen van zorgverzekeraars is betrekkelijk eenvoudig. De zorgverzekeraars ontvangen een deel van hun middelen voor de uitvoering van de verzekering uit het Zorgverzekeringsfonds volgens een algemene verdeelsleutel. Deze gewichten worden ex-ante vastgesteld aan de hand van de kenmerken van de verzekerden die een indicator vormen voor te verwachten zorgkosten. Deze relaties zijn statistisch onderbouwd. Het risicovereveningsmodel bevat parameters die corrigeren voor verschillen in de gezondheidstoestand van de verzekerde als gevolg van verschillen in de leeftijd, het geslacht en overige objectief meetbare gezondheidskenmerken van de verzekerden.

De normatieve risicoverevening kent twee doelstellingen.

- Het eerste is het verdeelingsaspect: de verdeling van het Zorgverzekeringsfonds over zorgverzekeraars zal zodanig moeten plaatsvinden dat verschillen in gezondheidstoestand van de verzekerdenpopulaties bij zorgverzekeraars worden verevend. Met andere woorden, zorgverzekeraars worden gecompenseerd voor onevenredige voorspelbare verliezen die het gevolg zijn van verschillen in de gezondheidstoestand van de verzekerden die zij op grond van de wet moeten accepteren en waarvoor zij de premies niet mogen laten variëren met de hoogte van het gezondheidsrisico.
- Het tweede is het doelmatigheidsaspect: zorgverzekeraars die doelmatig omgaan met de middelen die zij uit het Zorgverzekeringsfonds ontvangen kunnen een voordeel behalen dat zij tot uitdrukking kunnen brengen in een lagere nominale premie.

Voor de verdeling van de middelen uit het Zorgverzekeringsfonds zijn objectieve criteria nodig. Omdat de uiteindelijke bijdrage die zorgverzekeraars ontvangen uitsluitend afhangt van de gezondheidsrisico's van verzekerden, komen alleen kenmerken van de verzekerden in aanmerking als verdeelcriterium die samenhangen met de gezondheid van de verzekerde. Het gehanteerde stelsel van gewichten per verdeelcriterium beoogt immers zo goed mogelijk de kosten per individuele verzekerde te voorspellen; de kosten die voortvloeien uit de behoefte aan zorg waarop de verzekerde krachtens de Zorgverzekeringswet aanspraak heeft. Het moet bovendien gaan om voorspelbare kosten, omdat de gewichten immers ex-ante worden vastgesteld. Dat stelt eisen aan de te hanteren verdeelcriterium op het terrein van de bijdrage aan de verdelende werking, van de juiste prikkels, de uitvoerbaarheid en de betrouwbaarheid.

Naast eisen aan de verdeelcriterium, worden ook eisen gesteld aan de ontwikkeling en uitvoering van het vereveningssysteem zelf. Het is van groot belang dat er bij betrokken partijen draagvlak bestaat voor de keus voor de te hanteren verdeelcriterium. Ook moeten de bij de criteria behorende gewichten op een betrouwbare en objectieve wijze worden vastgesteld, met maximale transparantie richting alle betrokken marktpartijen. Dit wordt bereikt door de gewichten van de verdeelcriterium te laten berekenen met behulp van wetenschappelijke statistische methoden. In de begeleiding van dit onderzoek, hebben zorgverzekeraars ook een belangrijke adviserende rol. Verder moet, met behulp van de berekende gewichten, op transparante wijze de vaststelling van de uiteindelijke bijdrage per zorgverzekeraar plaatsvinden, waarbij ook tijdig helderheid aan zorgverzekeraars wordt geboden over de hoogte van de bijdragen.

In de uitwerking van het risicovereveningssysteem dat van toepassing zal zijn in de Zorgverzekeringswet wordt met al deze aspecten rekening gehouden. Hierbij wordt voortgeborduurd op ervaringen die in meer dan tien jaar zijn opgedaan met risicoverevening in de ziekenfondsverzekering. Meerdere landen, waaronder België, Duitsland, Verenigde Staten (Medicare programma), Ierland, Tsjechië, Zwitserland en Israël, hanteren een normatief verdeelmodel voor zorgverzekeraars. Nederland loopt echter voorop in de wereld met de ontwikkeling van het verdeelmodel dat gehanteerd wordt in de ziekenfondsverzekering, en dat ook mede aan de basis ligt van het verdeelmodel binnen de Zorgverzekeringswet. In Nederland is vooral het feit dat in het verdeelmodel rekening wordt gehouden met gezondheidskenmerken (ook wel morbiditeitskenmerken genoemd) vooruitstrevend. Dit komt verder alleen voor bij het Medicare programma in de Verenigde Staten. Voorts is de centrale inning van premiemiddelen uniek.

Aandachtspunt is dat het verdeelmodel dat gehanteerd wordt bij de risicoverevening onderscheid maakt tussen vier verschillende categorieën van prestaties, te weten:

- variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, dat betreft geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van zorg zoals psychologen en psychiaters die plegen te bieden, en de variabele kosten van verblijf, verpleging en verzorging, met uitzondering van verblijf gepaard gaande met zorg zoals psychologen en psychiaters die plegen te bieden, voor zover deze prestaties voor vergoeding op grond van de Zorgverzekeringswet in aanmerking komen;
- vaste kosten van ziekenhuisverpleging, dat betreft vaste kosten van verblijf, verpleging en verzorging, met uitzondering van verblijf gepaard gaande met zorg zoals psychologen en psychiaters die plegen te bieden, voor zover deze prestaties voor vergoeding op grond van de Zorgverzekeringswet in aanmerking komen;
- kosten van curatieve geestelijke gezondheidszorg, die betreft de kosten van geneeskundige zorg zoals psychologen en psychiaters die plegen te bieden alsmede het daarmee gepaard gaand verblijf, voor zover deze prestaties voor vergoeding op grond van de Zorgverzekeringswet in aanmerking komen.
- kosten van overige prestaties, dat betreft overige prestaties die voor vergoeding op grond van de Zorgverzekeringswet in aanmerking komen.

Achtergrond van dit onderscheid in categorieën van prestaties is dat, in elk geval in de eerste jaren van risicoverevening, sprake is van ex post compensatiemechanismen (zie ook onderstaande paragraaf) omdat het ex ante risicovereveningssysteem in de overgang nog niet perfect kan functioneren. Deze ex post compensatiemechanismen mitigeren verschillen tussen de uitgaven die zorgverzekeraars doen voor bepaalde prestaties, en het bedrag dat zij ontvangen uit het Zorgverzekeringsfonds samenhangend met deze prestaties. Deze ex post compensatiemechanismen zijn in de overgang noodzakelijk vanwege het gegeven dat het systeem van risicoverevening binnen de Zorgverzekeringswet een bredere doelgroep kent dan binnen de Ziekenfondswet, er sprake is van overheveling van kosten van curatieve geestelijke gezondheidszorg vanuit de AWBZ, en bovendien tegelijkertijd met de invoering van de Zorgverzekeringswet sprake is van allerlei veranderingen in de bekostiging van het zorgaanbod. Om deze ex post compensatiemechanismen zo beperkt mogelijk in te kunnen zetten, worden in de overgangsfase binnen het risicovereveningsmodel de genoemde verschillende categorieën van prestaties onderscheiden. Op het moment dat de ex post compensatiemechanismen zijn afgebouwd, kunnen de verschillende categorieën van prestaties weer worden samengevoegd.

Voor elke categorie van prestaties geldt een aparte formule waarmee wordt weergegeven wat het normatieve bedragen per categorie van prestaties is (het zogenaamde deelbedrag) is op basis van de voor deze categorie van prestaties geldende criteria met bijbehorende gewichten. De te hanteren criteria kunnen dus uiteenlopen tussen verschillende categorieën van prestaties. Overigens betekent het hanteren van categorieën van prestaties niet dat de bijdrage die zorgverzekeraars ontvangen specifiek wordt geoordeeld voor de verschillende categorieën van prestaties: zorgverzekeraars kunnen de bijdrage die zij ontvangen uit het Zorgverzekeringsfonds in principe aanwenden voor de verschillende prestaties binnen de Zorgverzekeringswet. Wél is het zo dat zorgverzekeraars aan het College zorgverzekeringen moeten bijhouden hoeveel zij uitgeven per categorie van prestaties, om de ex post compensatiemechanismen toe te kunnen passen.

Ex post aspecten risicoverevening

Verzekerdennacalculatie

In de eerste plaats moet achteraf de bijdrage aan zorgverzekeraars worden gecorrigeerd voor verschillen tussen geraamde en gerealiseerde verzekerdenaantallen. De bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds vindt in principe vooraf plaats op basis van geraamde aantallen verzekerden onderverdeeld naar de verschillende relevante kenmerken van verzekerden. Voorkomen dient te worden dat een zorgverzekeraar die in enig jaar veel extra klanten krijgt, bijvoorbeeld doordat bekend is geworden dat hij de benodigde zorg zeer snel voor zijn verzekerden regelt en claims heel goed afwikkelt, voor deze toestroom pas gecompenseerd wordt via de vereveningsbijdrage voor een later jaar. Daarom is in de Zorgverzekeringswet geregeld, dat alle bijdragen achteraf worden herberekend, rekening houdend met de werkelijke verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar, en hun kenmerken.

Uitgavenkadercalculatie

Daarnaast kan een correctie plaats vinden in geval van afwijkingen tussen het vooraf geraamde en het achteraf vastgestelde macro-uitgavenkader. Het is mogelijk dat, bijvoorbeeld vanwege calamiteiten, maar ook vanwege het niet doorgaan van beoogde overheidsmaatregelen om kosten te beheersen, de zorgkosten afwijken van vooraf gestelde ramingen. In dergelijke gevallen bestaat de mogelijkheid om achteraf de bijdragen aan zorgverzekeraars aan te passen aan het uiteindelijke kostenbeeld. Het gaat hierbij alleen om die gevallen, waarbij er aantoonbaar sprake is geweest van een (achteraf gebleken)

niet-realistische raming van het macrokader, buiten de invloedssfeer van zorgverzekeraars. De hoogte en verdeling van deze extra middelen, die verstrekt worden op grond van Artikel 33 van de Zorgverzekeringswet, wordt niet in deze AMvB vastgelegd, maar in een ministeriële regeling.

Tijdelijke ex post compensatiemechanismen

Bij inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet is het nog niet mogelijk de kwaliteit te garanderen van de relaties tussen kosten en kenmerken van de voormalig particuliere en publiekrechtelijke verzekerden. Het is dan ook waarschijnlijk niet goed mogelijk om bij de ex ante normering het niveau van betrouwbaarheid te halen dat bereikt is bij de risicoverevening in de Ziekenfondswet. Weliswaar is reeds jarenlang ervaring opgedaan met de ontwikkeling van een risicovereveningssysteem binnen de Ziekenfondswet, maar het is onjuist de resultaten hiervan één-op-één te vertalen naar een risicovereveningssysteem dat voor een bredere groep verzekerden geldt, te weten verzekerden die nu zijn ondergebracht bij particuliere ziektekostenverzekeraars en de uitvoeringsorganen van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren. Om dit te kort schieten van de ex ante normering op te vangen, zullen (ex post) methoden worden toegepast, waarbij de verdeling van middelen over de zorgverzekeraars achteraf wordt aangepast aan de hand van kostenrealisaties.

De noodzaak voor tijdelijke ex post compensatiemechanismen wordt nog versterkt doordat de invoering van de Zorgverzekeringswet gekoppeld is aan een breder traject van invoering van marktwerking binnen de gezondheidszorg. Hierbij wordt ook de bekostiging van het zorgaanbod gewijzigd. Dit krijgt onder andere vorm in de invoering van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's), waarbij de vergoeding die ziekenhuizen en medisch specialisten ontvangen voor verleende zorg beter dan in de huidige bekostigingssystematiek aansluit bij de onderliggende kosten. Door DBC-invoering nemen de kosten bij bijvoorbeeld jongere verzekerden (die relatief intensieve zorg ontvangen) toe en bij oudere verzekerden af. In de gewichten van de gehanteerde criteria kan, vanwege onvoldoende informatie vooraf over de precieze omvang van dergelijke verschuivingen, hiermee maar beperkt rekening worden gehouden.

Per 1 januari 2005 is gestart met invoering van volledige DBC-financiering, waarbij fasegewijs verdere aanpassingen in de bekostiging en financiering van ziekenhuiszorg en medisch-specialistische hulp plaatsvindt. Hierbij valt te denken aan verbreding van de set van DBC's waarvoor vrije prijsvorming mogelijk is, en de overschakeling voor het deel van de zorg gefinancierd middels DBC's met vaste prijzen van de huidige functiegerichte ziekenhuisbudgetten naar ziekenhuisbudgetten op basis van DBC's. Door de voortdurende veranderingen die, ook nog in de eerste jaren na inwerking treden van de Zorgverzekeringswet, op het punt van onder andere bekostiging van ziekenhuiszorg en specialistische hulp plaatsvindt, kost het tijd om de normering op orde te krijgen in termen van de nieuwe bekostiging. Ook dit vergt ex post compensatiemechanismen.

Deze compensaties zijn in principe alleen tijdelijk noodzakelijk, en zullen worden afgebouwd zodra betere informatie beschikbaar komt om de ex ante normering aan te passen aan de kostenpatronen van alle verzekerden in termen van de nieuwe bekostiging van het zorgaanbod.

Binnen de ex post compensatiemechanismen kunnen de volgende vormen worden onderscheiden:

- nacalculatie*: bijstelling van het (normatieve) deelbedrag op basis van het verschil per zorgverzekerder tussen kosten en het (normatieve) deelbedrag per onderscheiden categorie van prestaties. Nacalculatie wordt gebruikt om de hoogte van het financiële risico te koppelen aan de mogelijkheden die zorgverzekeraars hebben om de hoogte van de feitelijke kosten te beïnvloeden;
- generieke verevening*: bijstelling van het (normatieve) deelbedrag op basis van het verschil per zorgverzekerder tussen kosten en het (normatieve) deelbedrag in relatie met de verschillen tussen de kosten en het deelbedrag bij andere zorgverzekeraars, per onderscheiden categorie van prestaties. Generieke verevening wordt gebruikt om mogelijke onvolkomenheden in de verdelende werking van het model te corrigeren;
- hogekostencompensatie*, waarbij kosten voor een verzekerde boven een drempelbedrag voor een bepaald percentage worden onderling verevend dan wel verrekend met het Zorgverzekeringsfonds. De hogekostencompensatie beoogt tegemoet te komen aan kostenverschillen tussen zorgverzekeraars als gevolg van een ongelijke verdeling van extreem hoge schades over zorgverzekeraars. Hierbij geldt dat als geprobeerd wordt de individuele gevallen vooraf op te sporen en te compenseren, de complexiteit van het systeem van risicoverevening toeneemt.

Het streven is van genoemde ex post compensatiemechanismen de generieke verevening met de grootste voorrang af te bouwen na inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet. Het afbouwtraject voor nacalculatie en hogekostencompensatie zal meer tijd vergen.

De verwachting is dat afbouw van compensatiemechanismen het snelst kan voor 'kosten van overige prestaties', waarvoor in de huidige Ziekenfondswet al geen generieke verevening en nacalculatie meer geldt. Wat betreft de 'kosten van curatieve geestelijke gezondheidszorg', waarvoor helemaal nieuw gestart wordt met risicoverevening, is een langer overgangstraject voorzien. Het afbouwtraject op het punt van 'vaste kosten van ziekenhuisverpleging' en 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging' zal sterk afhangen van het tempo van verdere veranderingen in de financiering en bekostiging van ziekenhuiszorg. Dit omdat voortdurende aanpassingen in de DBC-systematiek gevolgen kunnen hebben voor de schadelastverdeling over groepen consumenten.

Juridisch kader

Binnen de Zorgverzekeringswet zelf zijn de contouren van het risicovereveningssysteem neergelegd (artikel 32 tot en met 36). De verdere invulling van het risicovereveningssysteem, zoals bijvoorbeeld de gehanteerde verdeelcriteria is in principe volledig vastgelegd in Hoofdstuk 3, §2 van dit besluit. Deze methodiek draagt bij aan de rechtszekerheid voor de zorgverzekeraars. Bij ministeriële regeling wordt jaarlijks vastgelegd wat de hoogte is van het totale bedrag dat verdeeld wordt over zorgverzekeraars, en wat de hierbij gehanteerde gewichten van de verdeelcriteria zijn. Het totale bedrag dat verdeeld wordt is afgeleid van de meest actuele raming van de zorguitgaven, en zal (vanzelfsprekend) van jaar op jaar verschillen. Het jaarlijks vaststellen van de gewichten van de verdeelcriteria is noodzakelijk omdat, bijvoorbeeld door veranderingen in de bekostigingssystematiek van het zorgaanbod of door veranderingen in behandelmethoden, de verdeling van kosten over verschillende groepen verzekerden van jaar op jaar kan veranderen. Met deze veranderende kostenpatronen kan bij een jaarlijkse aanpassing rekening worden gehouden. In de ministeriële regeling wordt tenslotte aangegeven of, en zo ja op welke wijze, invulling wordt gegeven aan de bevoegdheid van de minister om op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet na aanvang van het kalenderjaar bijdragen aan een of meer zorgverzekeraars toe te kennen.

Van belang is dat zorgverzekeraars tijdig inzicht hebben in de bijdrage die zij mogen verwachten uit het Zorgverzekeringsfonds. Met het oog op de premievaststelling is daarom in de Zorgverzekeringswet bepaald dat de jaarlijkse ministeriële regeling voor 1 oktober aangeeft welk bedrag ten behoeve van het daaropvolgende kalenderjaar in totaal wordt toegekend en welke gewichten hierbij worden gehanteerd. De beleidsregels die de toedeling van deze middelen nader vastleggen zijn vervolgens voor 15 oktober beschikbaar, en voor 1 november wordt bekend gemaakt welke bijdrage elke verzekerdenaantal en het geraamde totale macro-uitgavenkader.

Financiële aspecten

Financieringsbron en kostengrondslag

De financieringsbron voor de risicoverevening is het Zorgverzekeringsfonds. Achtergrond bij dit Zorgverzekeringsfonds is dat de regering beoogt een verzekeringsstelsel te creëren dat enerzijds het nemen van eigen verantwoordelijkheid en marktwerking aanmoedigt en anderzijds een stevige verankering geeft aan sociale randvoorwaarden (solidariteit tussen inkomens en risico's). De inkomenssolidariteit is vormgegeven door de invoering van een inkomensgerelateerde verzekerdenbijdrage. Deze bijdrage dekt in totaal vijftig procent van de totale macropremielast en dient als de voornaamste financieringsbron voor de risicoverevening. In praktijk betalen werkgevers deze bijdrage voor werknemers direct aan het Zorgverzekeringsfonds door een verplichte inkomensafhankelijke werkgeversbijdrage. Het Zorgverzekeringsfonds wordt naast de bovengenoemde werkgeversbijdragen gevoed door rijksbijdragen. De totale omvang van de financiële overdrachten vanuit het Zorgverzekeringsfonds aan zorgverzekeraars ligt hiermee vast en wordt dus niet bepaald door wat nodig is om risicoverevening toe te passen.

De vereveningsbijdragen uit het Zorgverzekeringsfonds zijn niet toereikend voor een zorgverzekeraar om alle uitgaven voor de zorg aan zijn verzekerden te dekken. Zorgverzekeraars zullen naast de bijdrage uit Zorgverzekeringsfonds een nominale premie in rekening brengen bij hun verzekerden. In het risicovereveningssysteem wordt uitgegaan van een voor iedereen gelijke premie, de zogenaamde rekenpremie, met hier bovenop een toeslag in verband met de no-claimteruggaveregeling. Deze rekenpremie geeft het bedrag aan dat zorgverzekeraars gemiddeld in rekening moeten brengen om in beginsel alle kosten van aanspraken te dekken. Het doel van risicoverevening is immers kostenverschillen tussen zorgverzekeraars die voortvloeien uit de verschillen in gezondheidsrisico's van verzekerden te compenseren.

Naast de kosten van de (verzekerde) aanspraken maakt een zorgverzekeraar ook kosten om de verzekering te kunnen uitvoeren. Daarenboven moet een zorgverzekeraar aan zijn verplichtingen inzake het wettelijke vereiste solvabiliteitsmarge en de technische voorzieningen voldoen. Hij zal dan ook toevoegingen moeten doen aan reserves en voorzieningen om deze op het gewenste peil te

kunnen houden. Zorgverzekeraars die winst wensen te maken om de kapitaalverschaffers te kunnen belonen zullen ook een winsttopslag calculeren. Voor doelmatigheidsverschillen in de uitvoering (bijvoorbeeld door schaafeffecten of uitbesteding van taken op het punt van administratie en zorginkoop) hoeven zorgverzekeraars niet, door correcties vanuit de overheid, in een gelijke uitgangspositie te worden gebracht. De beheerskosten worden daarom niet meegenomen in het risicovereveningssysteem. De doelmatigheidsverschillen dienen in een opslag op de rekenpremie tot uitdrukking te komen. Hetzelfde geldt uiteraard voor de opslagen voor toevoegingen aan reserves en voorzieningen en te behalen winst. Deze opslagen verschillen per zorgverzekeraar afhankelijk van zijn doelmatigheid en vermogenspositie. De zorgverzekeraars zijn vrij in het bepalen van de hoogte van de nominale premie. De hoogte moet echter voor ieder die kiest voor dezelfde verzekeringsovereenkomst gelijk zijn.

Jaarlijks worden de middelen uit het Zorgverzekeringsfonds verdeeld via het vereveningssysteem over de zorgverzekeraars. Het risicovereveningssysteem maakt – rekening houdend met de relevante kenmerken van verzekerden – voor een zorgverzekeraar een inschatting mogelijk van zijn te verwachten kosten van aanspraken, het zogenaamde normatieve bedrag. Deze inschatting is de basis voor zijn bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds. Door bij alle zorgverzekeraars op het zogenaamde normatieve bedrag in elk geval de opbrengst van de rekenpremie (en de opslag hierop in verband met de no-claimteruggaveregeling) in mindering te brengen, wordt bereikt dat alle zorgverzekeraars in min of meer gelijke uitgangsposities worden geplaatst.

Relatie met minimaal vereiste solvabiliteitsmarge

Tenslotte wordt nog opgemerkt dat het gehanteerde systeem van risicoverevening consequenties heeft voor de minimaal vereiste solvabiliteitsmarge. Bij de uitvoering van de Zorgverzekeringswet dienen zorgverzekeraars een adequate reserve aan te houden die niet op hetzelfde niveau hoeft te liggen als die welke een particuliere ziektekostenverzekeraar thans moet aanhouden. De Europese schaderichtlijnen bieden, op basis van het gehanteerde systeem van risicoverevening, mogelijkheden om de vereiste solvabiliteitsmarge tot een derde te verlagen ten opzichte van de eis die thans gelden voor particuliere ziektekostenverzekeraars. De memorie van Toelichting op de Zorgverzekeringswet gaat hier nader op in.

Administratieve lasten

PM

Artikelsgewijze toelichting

Artikel 1, onderdeel b

Voor een definitie van eigenbijdrage is gekozen omdat in dit besluit het woord bijdrage ook in andere betekenissen wordt gedefinieerd en gebruikt.

Artikel 1, onderdeel c

De definitie van verblijf komt overeen met de definitie op grond van de AWBZ.

Artikel 1, onderdeel d

Een definitie van geregistreerd geneesmiddel is noodzakelijk om aan te geven om welke registraties het gaat. Om duidelijkheid te scheppen welke geneesmiddelen wel en niet onder de ziektekostenverzekeringen vallen, is in het verleden gekozen voor een duidelijke koppeling met de geneesmiddelenregelgeving. Op deze wijze wordt ook bereikt dat alleen geneesmiddelen worden voorgeschreven die voldoen aan de normen van die wet.

Artikel 1, onderdeel e t/m s

In de regeling zijn de begrippen “macro-prestatiebedrag” en “normatieve bedrag” gerelateerd aan de volledige dekking van de totale (geraamde) kosten van prestaties. De termen “*beschikbare middelen*” en “*berekende bijdrage*” zijn gerelateerd aan het deel daarvan dat wordt gedekt door de bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds. Na afloop van het jaar (ex post) herberekent het College zorgverzekeringen het (ex ante berekende) normatieve bedrag voor iedere zorgverzekeraar. Er is dan niet langer sprake van een “normatief bedrag” maar van een “herberekend normatief bedrag”. Het deel van het “herberekende normatieve bedrag” dat een zorgverzekeraar uit het Zorgverzekeringsfonds ontvangt is de “vastgestelde bijdrage”.

Hoofdstuk 2. Rechten van verzekerden

Artikel 2.1

De Zorgverzekeringswet biedt de mogelijkheid om in de zorgverzekering een recht op zorg in natura overeen te komen (artikel 11, eerste lid, aanhef en onderdeel a) dan wel te kiezen voor het recht op

vergoeding van de kosten van zorg (artikel 11, eerste lid, aanhef en onderdeel b). Een combinatie daarvan is eveneens mogelijk (artikel 11, tweede lid).

Het derde lid van artikel 11 van de Zorgverzekeringswet draagt op de inhoud en de omvang van de prestaties (zorg in natura en restitutie) bij of krachtens algemene maatregel van bestuur nader te regelen. Daarbij, zo bepaalt dat lid, kan het recht op een prestatie afhankelijk worden gesteld van het betalen van een eigen bijdrage.

Met artikel 2.1 wordt voor de zorg in natura aan bedoelde opdracht voldaan. In het eerste lid is geregeld dat de zorg en overige diensten bestaan uit de zorgvormen die naar inhoud en omvang in de artikelen 2.4 tot en met 2.12 zijn omschreven.

Zoals hiervoor is aangegeven, zijn alleen nog de aard, inhoud en omvang van de zorg bij wettelijk voorschrift geregeld. De aard is geregeld in de Zorgverzekeringswet zelf (artikel 10). De inhoud en omvang is geregeld bij en krachtens dit hoofdstuk. De zorgverzekeraar en de verzekerden hebben geen bevoegdheid om andere of uitgebreidere zorgvormen in de zorgverzekering op te nemen (artikel 1, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet). Uit de artikelen 10 en 11 van de Zorgverzekeringswet vloeit voort dat er ook geen bevoegdheid is om beperktere afspraken te maken. De zorgverzekeraar en de verzekerde kunnen verder over te stellen voorwaarden alleen afspraken maken indien deze van procedurele en administratieve aard zijn. Voorwaarden zoals voor welke indicatiegebieden geldt het recht op zorg of de vergoeding van de kosten daarvan, zijn derhalve niet aan de regelingsbevoegdheid van de zorgverzekeraar en verzekerde overgelaten. Indicatiegebieden raken immers de aard, inhoud en de omvang van de prestaties. Deze worden derhalve uitsluitend bij wettelijk voorschrift geregeld. De voorwaarden waar zorgverzekeraar en verzekerde wel afspraken over kunnen maken, zijn voorwaarden zoals het vragen van een verwijfsbriefje, een voorschrift, een melding van aanvang zorg en het vragen van toestemming.

Het tweede lid, samen met de woorden 'die plegen te bieden' in de artikelen 2.4 en verder, is een geactualiseerde vertaling van het gebruikelijkheids criterium zoals dat op grond van de Ziekenfondswet voor de huisartsen- en de medisch-specialistische zorg was geregeld. Het gebruikelijkheids criterium had daar twee functies. In de eerste plaats grenste het huisartsenzorg van medisch-specialistische zorg af. Deze grens is bij een functiegerichte systeem voor de aanspraak niet meer relevant. Overigens was dit onderscheid bij de Ziekenfondswet vooral van belang voor de vraag wat onder het abonnementstarief viel en wat niet.

In de tweede plaats bepaalde het ook nog eens de grenzen van de aanspraken. In deze betekenis, is het gebruikelijkheids criterium voor het onderhavige besluit relevant. Bij deze betekenis slaat het woord gebruikelijk niet zozeer op de frequentie waarin een verrichting of behandelingswijze toepassing vindt. Het verklaart die zorg tot dat deel van het pakket, welke de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. In dit opzicht heeft het criterium veel gemeen met de rechtspraak welke het gebruikelijk zijn afmeet aan de houding in de kringen van de medische wetenschap en praktijkuitoefening. Het woord houding maakt duidelijk dat niet bepalend is hoe vaak bepaalde zorg toepassing vindt, doch in welke mate beroepsbeoefenaren dergelijke hulp als een professioneel juiste handelwijze beschouwen. Staat eenmaal vast dat een vorm van onderzoek of behandeling gebruikelijk is, dan is daarmee het opgenomen zijn in het verzekeringspakket een gegeven. Daarmee is niet gezegd dat de verzekerde de verlening van die zorg kan verlangen. Het is de beroepsbeoefenaar die vanuit zijn beroepsmatige verantwoordelijkheid in samenspraak met de patiënt de onderzoeks- of behandelingswijze bepaalt. Bij de beroepsbeoefenaar kunnen doelmatigheids- of kwaliteitsoverwegingen aanleiding zijn in het concrete geval van het verlenen van de verlangde zorg af te zien of een andere keuze te maken binnen het geheel van de zorg die gebruikelijk is. Zorgverzekeraars kunnen met de zorgverleners bij overeenkomst afspraken omtrent kwaliteit en doelmatigheid van de verzekerde hulp maken. Die afspraken kunnen de vorm aannemen van of aanknopen bij gedragsregels die in de overeenkomsten zelf zijn vervat respectievelijk gedragsregels die binnen de beroepsgroep zelf als normen voor een verantwoord beroepsmatig en vakmatig handelen worden gehanteerd.

Dat bepaalde zorg gebruikelijk is en mitsdien tot het verzekeringspakket behoort, wil niet zeggen dat daarmee ook de aanspraak een gegeven is. Veelal zullen in de zorgpolis voorwaarden als verwijzing, voorschrijven of toestemming opgenomen zijn, waaraan moet zijn voldaan om de aanspraak tot gelding te kunnen brengen. Daarbij gaat het er dus niet om of de verzekerde voor die zorg verzekerd is, doch om een nadere beslissing omtrent de vraag of in het individuele geval de verlangde zorg het aangewezen middel is om in het gezondheidstekort van de verzekerde te voorzien.

De vraag of zorg al of niet gebruikelijk is, staat primair ter beantwoording van het zorgverzekeraar die als enige verantwoordelijk is voor de juiste toepassing van de zorgverzekering. Bij twijfel doet een verzekerde er dan ook verstandig aan bij zijn zorgverzekeraar te informeren of de gewenste zorg wel onder de zorgverzekering valt. De zorgverlener dient bij twijfel aan zijn kant uiteraard wel de verzekerde hierover te informeren, doch deze informatie kan in het algemeen de zorgverzekeraar niet

binden. De praktijk laat overigens zien dat zorgverzekeraars met twijfelgevallen prudent weten om te gaan.

Zorgverzekeraars kunnen bij twijfel ook het College voor zorgverzekeringen als pakketbeheerder raadplegen. Het College voor zorgverzekeringen zal hierin ook een actieve rol spelen.

Het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen heeft zich in het arrest van 12 juli 2001 in de zaak C-151/99 (Smits en Peerbooms) uitgesproken over het Nederlandse gebruikelijkheids criterium. Het Hof stelde dat de voorwaarde van gebruikelijkheid alleen aanvaardbaar is indien deze verwijst naar hetgeen door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden. Met het hanteren van het begrip 'stand der wetenschap' wordt voldaan aan deze voorwaarde van het Hof. Het begrip 'stand der wetenschap' kan immers slechts internationaal worden uitgelegd. Het criterium is verder ruimer dan het door het Hof gehanteerde criterium. In de eerste plaats is er aan toegevoegd 'en praktijk'. Deze toevoeging is noodzakelijk om dat het pakket anders versmald zou zijn tot enkel evidence based medicine. Slechts een klein deel van het medisch arsenaal voldoet daaraan.

Verder is er aan toegevoegd 'door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten'. Deze toevoeging is noodzakelijk omdat deze bepaling thans betrekking heeft op alle zorgvormen en dus ook op de zorg en diensten die minder of geen wetenschappelijke status hebben (bijvoorbeeld het zittend vervoer).

In het derde lid is de algemene wettelijke indicatievereiste neergelegd. Een dergelijke bepaling staat ook in de AWBZ (artikel 9b, derde lid) en het Besluit zorgaanpak AWBZ (artikel 2, derde lid) en stond in het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (artikel 2a, eerste lid). Anders dan in die bepalingen zijn in dit lid de woorden 'uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening' weggelaten. Uitgangspunt bij de Zorgverzekeringswet is immers dat de doelmatigheid een onderwerp is dat behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en dus niet meer het onderwerp van wettelijke voorschriften moet zijn. Een eventuele doelmatigheidsvereiste is aan de zorgverzekeraar en de verzekerden om daarover afspraken te maken in de zorgverzekering en vervolgens op te nemen in de zorgpolis. Dit geldt ook voor de doelmatige organisatie van de zorg. Het indicatievereiste houdt in dat niet slechts volstaan wordt met het in kaart brengen van de zorgbehoefte, maar ook de vertaling daarvan naar de zorg zelf. Verder kan het zijn dat bij bepaalde zorgvormen of onderdelen daarvan nog specifieke eisen bij krachtens de artikelen 2.4 tot en met 2.12 gesteld zijn. Dan is er sprake van een cumulatie van de algemene met de bijzondere indicatie-eisen. Dat is tot uitdrukking gebracht in de eerste woorden van het derde lid. Bezien wordt of de verzekerde voldoet aan het bijzondere indicatievereiste en vervolgens of en in hoeverre de verzekerde ook dan nog redelijkerwijs op de zorg is aangewezen.

Artikel 2.2

Zoals hiervoor is aangegeven, kan ook gekozen worden voor een zorgverzekering met recht op restitutie. Daarop heeft artikel 2.2 betrekking. Door de formulering van het eerste lid is voorkomen dat in de overige bepalingen van dit hoofdstuk steeds een onderscheid tussen natura en restitutie gemaakt moet worden. Het tweede lid, onderdeel a, voorkomt dat met betrekking tot de verderop in dit hoofdstuk geregelde eigen bijdragen.

Voor de hoogte van de vergoeding bij restitutie is thans in zijn algemeenheid nog het tarief op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg) bepalend. Echter, niet voor elke zorgvorm geldt een Wtg-tarief. Zonder nadere afspraken kunnen zorgaanbieders in die situaties zelf hun prijs bepalen, hetgeen tot onredelijke hoge rekeningen kan leiden. Daarom is in de memorie van toelichting op de Zorgverzekeringswet aangegeven dat bij de amvb op grond van artikel 11, derde lid, van die wet ook geregeld zal worden dat slechts recht op vergoeding van de kosten van zorg bestaat voor zover het door de verlener van zorg in rekening gebrachte bedrag in verhouding tot de door de overige zorgaanbieders voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is. Er wordt derhalve een marktconform bedrag vergoed. In verband daarmee is in het tweede lid, onderdeel b, geregeld dat bij restitutie niet meer wordt vergoed dan die kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden redelijk passend is te achten.

Artikel 2.3

Met deze bepaling is aangesloten bij de beperking in geval van schade als gevolg van terrorisme en uitsluiting in geval van atoomkernreacties zoals deze golden voor de particuliere ziektekostenverzekeringen tot de in werking treding van dit besluit.

Met ingang van 15 augustus 2003 hebben particuliere ziektekostenverzekeraars de aanspraak van schade als gevolg van terrorisme voor verzekerden onder de maatschappijpolis beperkt. Voor de standaardovereenkomst op grond van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 is

deze beperking met ingang van 1 januari 2005 ingevoerd. Schade als gevolg van atoomkernreacties was al eerder uitgesloten.

De Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 sluit groot molest reeds van de dekking van schadeverzekeringen uit, zodat deze uitsluiting niet met deze bepaling is geregeld.

De terreuraanslagen op 11 september 2001 in de Verenigde Staten hebben aan het licht gebracht dat door menselijk handelen opzettelijk schade kan worden veroorzaakt van een omvang die tot dat moment niet voorstelbaar werd geacht. Gebleken is dat de omvang ervan in bepaalde opzichten vergelijkbaar is met de gevolgen van oorlog en daarmee verband houdende omstandigheden. Een onderscheid met andere verzekerde schade ligt daarin dat de schade door terrorisme niet calculeerbaar is.

De Noodwet financieel verkeer maakt het mogelijk dat de Minister van Financiën bepaalt dat verzekeringsondernemingen die ingevolge door hen gesloten overeenkomsten van onder andere schadeverzekering uitkeringen zullen verrichten naar aanleiding van terroristische handelingen, door hem vast te stellen kortingen toepassen, dan wel niet gehouden zijn tot uitkeringen die een door hem te bepalen bedrag voor alle verzekeringsondernemingen gezamenlijk overschrijden. In het geval van een terroristische aanslag van grote omvang waarbij de grenzen van de draagkracht van het verzekeringsstelsel worden overschreden, heeft de Minister van Financiën aldus een specifieke bevoegdheid teneinde het goed functioneren van het verzekeringsstelsel te waarborgen. Verzekeraars behouden uiteraard de eigen verantwoordelijkheid om risico's te verzekeren die zij kunnen dragen. Met name vanwege het mogelijk onbegrensde karakter en het risico van cumulatie bij een terroristische aanslag, waardoor één verzekeraar onevenredig zwaar kan worden getroffen, hebben verzekeraars van onder meer maatschappijpolissen besloten hun eigen verantwoordelijkheid te nemen en zelf door herverzekering en dekkingsbeperking dit probleem hanteerbaar te maken. Gezien de potentiële omvang van terrorismeschade en de onzekerheden op de internationale herverzekeringmarkt, zoals onvolledige en opzegbare dekkingen, heeft het Verbond van Verzekeraars in Nederland de Nederlandse Herverzekeringsmaatschappij voor Terrorismeschaden (NHT) opgericht. Eén van de kernelementen van de NHT is dat verzekeraars de gevolgen van het terrorismerisico gezamenlijk dekken, maar dat zij de totaal geboden dekking in die mate beperken dat de schadelast uit alle contracten gezamenlijk de capaciteit van de NHT niet kan overschrijden. Er is derhalve een maximum gesteld aan het totaal uit te keren bedrag bij een terroristische aanslag. Het bedrag geldt voor alle verzekeraars tezamen. Van een eventuele aanpassing van het bedrag zal melding worden gedaan in drie landelijk verschijnende dagbladen. De minister van Financiën zal, naast de bedoelde herverzekeraars, als herverzekeraar optreden.

Bij de NHT worden de bedragen van alle bekende en verwachte claims bij elkaar opgeteld. Op basis hiervan zal de NHT een begroting opstellen en bekend maken of het maximaal beschikbare bedrag voldoende is om de claims volledig uit te keren. Het kan zijn dat de NHT verwacht dat de omvang van het totaal aantal claims hoger zal uitvallen dan de maximum uitkeringscapaciteit. In dat geval stelt de NHT een (voorlopig) uitkeringspercentage vast. Dit percentage is gelijk voor alle gedupeerden. De NHT kan ook beslissen om alle claims meteen te vergoeden. Er bestaan enkele termijnen waar de NHT zich aan zal houden:

- Zo spoedig mogelijk nadat is vastgesteld dat het om een terroristische daad gaat, stelt de NHT de eerste begroting vast. Op basis van deze begroting wordt een eerste uitkeringspercentage vastgesteld.
- Daarna volgt telkens uiterlijk na 6 maanden een volgende begroting met eventueel een nieuw uitkeringspercentage.
- Uiterlijk twee jaar na de eerste begroting bepaalt de NHT het definitieve uitkeringspercentage.

Een nieuwe begroting kan leiden tot een hoger uitkeringspercentage. Dan zal nabetaling plaatsvinden voor alle op dat moment bekende claims. Als een nieuwe begroting leidt tot een lager uitkeringspercentage, dan wordt van de gedane uitkeringen echter niets teruggevorderd. Het nieuwe percentage geldt dan alleen voor die claims die pas zijn aangemeld na het bekendmaken van het voorafgaande percentage.

Artikel 2.4

Het eerste lid regelt waar de geneeskundige zorg uit bestaat. Het gaat om zorg zoals de huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen, gezondheidspsychologen en verloskundigen die zorg plegen te bieden.

Met de formulering 'plegen te bieden met daaraan gekoppeld de aanduiding van een beroepsbeoefenaar' wordt de inhoud en omvang van de zorg bepaald. Door in de omschrijving de maat te nemen van voor iedereen kenbare hulpverleners, is het duidelijk welke zorg het betreft. De term 'plegen te bieden' wordt ingevuld met de toepassing artikel 2.1, tweede lid. Samen vullen deze dus in wat de verzekerde geneeskundige zorg inhoudt.

Het opnemen van beroepsgroepen in de omschrijving kadert slechts de inhoud en omvang van de zorg in. Het regelt absoluut niet dat zij de beroepsbeoefenaren zijn die de zorg voor rekening van de

zorgverzekering verlenen. Zoals gezegd, is dat een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en de verzekerde. Zij maken daarover afspraken in de zorgverzekeringsovereenkomst. Dat kunnen dus andere zorgaanbieders zijn en hoeven zelfs in het geheel niet de beroepsbeoefenaren zijn die in de bepaling genoemd worden.

Voor de zorg in het eerste lid kunnen dus allerlei beroepsbeoefenaren en instellingen ingeschakeld worden, bijvoorbeeld een huisarts, een verloskundige, een ziekenhuis, een psychiater, een basisarts, een bedrijfsarts, de sociaal psychiatrisch verpleegkundige en een gezondheidscentrum. Het inschakelen van beroepsbeoefenaren hoeft zich overigens, voor zover het geen voorbehouden handelingen betreft, niet te beperken tot beroepsbeoefenaren waarop de registratie en titelbescherming op grond van de Wet op de beroepen gezondheidszorg betrekking heeft.

Onder de zorg in dit lid valt ook de kaakchirurgie. Hoewel de kaakchirurg in de zin van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg een tandheelkundig specialist is, valt kaakchirurgie zorg inhoudelijk onder geneeskundige zorg en derhalve onder de zorg zoals die in dit artikel geregeld is.

Omdat verloskundige zorg geen zorg is die huisartsen plegen te bieden, zijn ook de verloskundigen als maat in deze bepaling genoemd. Alleen indien huisartsen zijn bijgeschoold en zich specifiek toeleggen op de fysiologische verloskunde voldoet deze zorg aan de algemeen aanvaarde norm.

Onder de zorg in dit lid valt ook de erfelijkheidsadviesing, de niet-klinische haemodialyse, de chronische intermitterende beademing en de hulp door een trombosedienst, die geregeld waren in de artikelen 20, 21, 22 en 24 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering. De voor de niet-klinische haemodialyse en de chronische intermitterende beademing valt de benodigde apparatuur in dit besluit onder de hulpmiddelenzorg.

Op grond van het tweede lid zal de zorg worden beperkt zoals dat ook bij de ziekenfondsverzekering en bij de psychotherapie op grond van de AWBZ het geval was. Daarbij gaat het onder meer om toediening van een griepvaccinatie, plastisch-chirurgische hulp, transplantaties en dus de psychotherapie.

Het derde lid betreft de eigen bijdrage voor psychotherapie zoals die op grond van de AWBZ gold.

Artikel 2.5

In deze bepaling is geregeld dat de geneeskundige zorg ook ook verpleegkundige zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden omvat.

Er is gekozen voor een aparte omschrijving om de belangrijke ontwikkeling van deze zorg te faciliteren. De aanbieders van deze zorg kunnen zorg zoals die voorheen alleen door artsen werd verleend, overnemen. De weg naar het gespecialiseerde verpleegkundige beroep is gaande en, onder andere via de nurse practitioner en de physician assistant, wordt de kloof tussen verpleegkundige en arts allengs smaller. In het advies van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, getiteld 'Taakherschikking in de gezondheidszorg' (publicatienummer 02/17) wordt deze ontwikkeling bepleit. Onder de zorg in dit artikel is de zorg van de praktijkverpleegkundige in het kader van de eerste lijn begrepen alsmede de zorg die een gespecialiseerde verpleegkundige in het kader van een medisch behandelplan verricht. Daarbij gaat de om zorg zoals die thans in eigen spreekuren van verpleegkundigen in de poliklinieken van ziekenhuizen wordt verricht. Te denken valt aan diabetisch verpleegkundige zorg, reumaverpleegkunde, hartpoli's, mammapoli's en andere oncologische verpleegkunde.

Artikel 2.6

Dit artikel omvat de paramedische zorg naar inhoud en omvang zoals in de ziekenfondsverzekering geregeld was. Het eerste lid betreft de fysiotherapie en de oefentherapie. Ten aanzien van deze zorg zullen bij ministeriële regeling regels getroffen worden die voor een groot deel overeenkomen met de bepalingen in de Regeling paramedische hulp ziekenfondsverzekering. Daarbij gaat het voornamelijk om de lijst van chronische aandoeningen. De bepalingen van procedure aard zijn een aangelegenheid van zorgverzekeraar en verzekerden om in de zorgverzekering overeen te komen.

Het tweede lid betreft de logopedie zoals geregeld was in artikel 4, tweede lid, van de Regeling paramedisch hulp ziekenfondsverzekering.

Het derde lid betreft de ergotherapie zoals dat geregeld was in artikel 5, eerste lid, onderdeel c, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering.

Het vierde lid regelt de dieetadviesing zoals die met ingang van 1 januari 2005 in de ziekenfondsverzekering geregeld was.

Artikel 2.7

Deze bepaling regelt de mondzorg. Bij ministeriële regeling zal de inhoud en omvang van de mondzorg worden beperkt zoals geregeld was met de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering. In hoofdlijnen houdt dat in een uitgebreid pakket voor verzekerde tot 18 jaar. Voor verzekerden vanaf 18 jaar is de mondzorg beperkt tot de kaakchirurgie die met dit besluit valt onder artikel 2.4 en tot uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of

onderkaak. Gezien de functiegerichte omschrijving is deze nu weer onder de mondzorg geregeld. De mondzorg kan thans immers ook door tandprotheticen voor rekening van de zorgverzekering worden geleverd als zorgverzekeraars en verzekerden dat overeenkomen. Ook de mondhygiënist kunnen met deze omschrijving worden ingeschakeld bij de mondzorg.

Zowel voor jeugdigen als voor volwassenen geldt net als onder de ziekenfondsverzekering ook aanspraak op bijzondere tandheelkunde als er sprake is van bepaalde aandoeningen die, net als bij de ziekenfondsverzekering, bij ministeriële regeling zullen worden geregeld.

Het eerste lid noemt ook de zorg zoals orthodontisten die plagen te bieden. De aanspraak op orthodontie is met ingang van 1 januari 1995 in de ziekenfondsverzekering beperkt tot de tandheelkundige aandoeningen waar de bijzondere tandheelkunde betrekking heeft. Het gaat daarbij om ingrijpende orthodontische behandelingen bij verzekerden met een schisisafwijking dan wel vergelijkbare zeer ernstige afwijkingen. Deze beperking met betrekking tot de orthodontie zal eveneens bij ministeriële regeling worden geregeld.

Artikel 2.8

In dit artikel is de farmaceutische zorg omschreven. De farmaceutische zorg bestaat uit geneesmiddelen (in hoofdzaak: geregistreerde geneesmiddelen en apothekerbereidingen) en dieetvoeding. Onder de ziekenfondsverzekering viel onder de farmaceutische zorg ook verbandmiddelen. Deze zijn met dit besluit onder de hulpmiddelen begrepen.

Sinds 1991 geldt bij de farmaceutische zorg het zogenoemde geneesmiddelenvergoedingssysteem (gvs). Het gvs houdt in het indelen van geneesmiddelen in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen volgens bepaalde criteria. Per gvs-groep is een vergoedingslimiet berekend. Is de werkelijke prijs van het geneesmiddel hoger, dan betaalt de verzekerde het verschil bij. Uitgangspunt is dat de verzekerde deze eigen bijdrage kan vermijden door te kiezen voor een geneesmiddel met een prijs lager dan de limiet.

Met de invoering van het gvs is geregeld dat de minister de geregistreerde geneesmiddelen die in het pakket zit aanwijst. Deze middelen staan met merknaam op een bijlage die onderdeel is van een ministeriële regeling. Onder de ziekenfondsverzekering was dat bijlage 1 van de Regeling farmaceutische hulp 1996. De geneesmiddelen die in groepen waren onder verdeeld stonden op onderdeel A van die bijlage. Omdat er ook geneesmiddelen bestaan die niet zijn onder te verdelen op basis van de daarvoor vastgestelde criteria, maar die in verband met de therapeutische waarde en de doelmatigheid van het geneesmiddel dusdanig van belang zijn voor de volksgezondheid dat de verzekerden toch toegang moeten hebben tot dat middel, worden deze middelen ook aangewezen. Zij stonden onder de ziekenfondsverzekering op onderdeel B van bedoelde bijlage.

Met het oog op de beoogde regierol van verzekeraars is ingang van 19 december 2003 geregeld dat de zorgverzekeraar het pakket kan beperken tot door hem aangewezen middelen onder de voorwaarde dat hij van elke werkzame stof die zit in een bij ministeriële regeling aangewezen middel, een middel aanwijst. Deze beperking gold niet indien behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen middel voor de verzekerde medisch niet verantwoord was.

Om de beoogde regierol van verzekeraars extra te benadrukken is, anders dan bij de ziekenfondsverzekering, in de formulering van de zorg voorop gezet dat zorgverzekeraars geneesmiddelen (binnen voorwaarden) aanwijzen. Tot nu toe was dat andersom geregeld: eerst de minister (artikel 9, eerste lid, onderdeel a, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering), dan de zorgverzekeraar (artikel 9a, eerste en tweede lid, van dat besluit. Thans is het samen geregeld in het eerste lid, onderdeel a. Bedoelde uitzondering (medisch niet verantwoord) staat thans in het derde lid.

In het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering waren een aantal categorieën aangeduid die de minister niet mag aanwijzen. Deze opsomming was niet uitputtend en is in deze bepaling weggelaten. De minister heeft immers de bevoegdheid om geneesmiddelen of groepen van geneesmiddelen wel of niet aan te wijzen en buiten de prestatie te laten. Groepen die tot nu toe niet (meer) zijn aangewezen, zijn de zogenoemde zelfzorgmiddelen en daarmee overeenkomende geneesmiddelen, de geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1 van het Besluit homeopatische farmaceutische producten, vaccins tegen besmettelijke ziekten, tenzij aanwijzing daarvan op bijzondere redenen noodzakelijk is te achten en geneesmiddelen waarvoor geen vergoedingslimiet is vast te stellen, tenzij in verband met de therapeutische waarde en de doelmatigheid van het geneesmiddel het belang van de volksgezondheid vergt dat verzekerden toegang tot dat middel hebben. Verder is het geneesmiddelenpakket een aantal jaren geleden getrechterd op basis van de Dunning-criteria. Het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering bevatte ook een bepaling over de maximale periode waarover geneesmiddelen voor rekening van de ziekenfondsverzekering mochten worden afgeleverd. Deze doelmatigheidsbepaling is bij de Zorgverzekeringswet een bevoegdheid van de zorgverzekeraar. Deze bevoegdheid houdt niet in dat de zorgverzekeraar de hoeveelheid farmaceutische zorg die een verzekerde nodig heeft, mag beperken.

Omdat regeling van de gvs-criteria en de aanvraagprocedure voor de fabrikanten zich materieel gezien beter bij door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vast te stellen beleidsregels kan geschieden, is afgezien om deze onderwerpen in dit besluit te regelen zoals dat wel gedaan was in het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering. De bepaling omvat geen bevoegdheid om beleidsregels vast te stellen. Dit is niet nodig omdat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport met dit besluit een bevoegdheid heeft om geneesmiddelen aan te wijzen. Ingevolge artikel 4:81 van de Algemene wet bestuursrecht kan een bestuursorgaan met betrekking tot een hem toekomende bevoegdheid beleidsregels stellen. In dat geval wordt het mogen vaststellen van beleidsregels niet bij wettelijk voorschrift geregeld.

Artikel 2.9

Het eerste lid van dit artikel waarin de hulpmiddelenzorg is geregeld, is nagenoeg gelijk aan artikel 15, eerste lid, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering. Bij de ziekenfondsverzekering was in de Regeling hulpmiddelen 1996 limitatief geregeld op welke hulpmiddelen aanspraak bestond. Een dergelijke regeling zal op grond van dit besluit eveneens getroffen worden. Wel zal bezien worden of zoveel mogelijk gedereguleerd kan worden. Aan de limitatieve opsomming zullen nog de verbandmiddelen en de apparatuur voor de niet-klinische haemodialyse en voor de chronische intermitterende beademing toegevoegd worden. Op termijn zal worden bezien of tot een globalere omschrijving met als aangrijpingspunt de te corrigeren aandoening/handicap, kan worden overgegaan, zodat er meer ruimte is voor innovatie.

Artikel 15, tweede lid, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering regelde dat bij ministeriële regeling regelen konden worden gesteld met betrekking tot wijziging of herstel van hulpmiddelen en het verstrekken van reservehulpmiddelen. Verder gaf artikel 15, vierde lid, onderdeel c, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering de bevoegdheid om bij ministeriële regeling een eigen bijdrage te regelen ter grootte van een daarbij aangegeven percentage van de aanschaffingskosten, indien door toerekenbare onachtzaamheid of opzet van de verzekerde schade aan het hulpmiddel ontstaat. Omdat bij de Zorgverzekeringswet uitgangspunt is dat de doelmatigheid een aangelegenheid van de zorgverzekeraar is, zijn dergelijke bepaling niet in dit besluit opgenomen. Een bepaling als aan wie de eigen bijdrage wordt betaald (artikel 15, vijfde lid, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering) is niet in dit besluit geregeld. Dat staat al in artikel 11, derde lid, van de Zorgverzekeringswet, namelijk aan de aanbieder van de zorg of dienst.

Artikel 2.10

In dit artikel is het verblijf geregeld. In artikel 1 is verblijf gedefinieerd als verblijf gedurende het etmaal. Niet is geregeld waar dat verblijf dan is. Dat is aan de zorgverzekeraar en de verzekerde om in de zorgovereenkomst te regelen. Dat hoeft niet persé in een zorginstelling te zijn.

Op grond van de ziekenfondsverstrekkingen was verblijf slechts mogelijk indien dat verblijf plaatsvond in ziekenhuizen of revalidatieinstellingen. Met toepassing van paragraaf 3.3.1 van de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet (initiatiefruimte ziekenfondsverzekering) werd echter ook ander verblijf uit de kas van de ziekenfondsverzekering gefinancierd die noodzakelijk was voor de geneeskundige zorg op grond van de Ziekenfondswet, bijvoorbeeld zorhotels. De omschrijving van artikel 2.10 maakt het opnemen in de zorgverzekering van deze nieuwe verblijfsvormen mogelijk. Behalve dit verblijf gaat het in deze bepaling ook om verblijf dat zoals dat met dit besluit voor mensen met een psychiatrische aandoening uit de AWBZ is overgeheveld.

Net als in de ziekenfondsverzekering is bepaald dat verblijf ook de in verband met de geneeskundige zorg noodzakelijke verpleging, verzorging, paramedische zorg en farmaceutische zorg omvat. Door paramedische zorg en farmaceutische zorg expliciet in deze bepaling te noemen wordt voorkomen dat de beperkingen van artikel 2.6 en 2.8 gelden. Uiteraard omvat verblijf meer dan slechts een bed, maar ook eten en drinken, het schoonhouden van de kamer enzovoort. Dit geldt ook voor geneeskundige zorg en verpleging en verzorging. Zo omvatten operaties, operatiemateriaal en verpleging en verzorging ook verband-, verzorgings- en verpleegmiddelen.

In het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering was expliciet geregeld dat slechts aanspraak bestond op verblijf in een ziekenhuis in de laagste klasse. Zoals hiervoor is gesteld, is de doelmatige organisatie van de zorg een bevoegdheid van de zorgverzekeraar. Een dergelijke voorwaarde wordt dan ook niet in dit hoofdstuk geregeld. Een eventueel verschil in klasse heeft geen enkele betekenis voor het kwaliteitsniveau van de verzekerde zorg, maar heeft betrekking op niet zorggerelateerde aanvullende aspecten, zoals het beschikbaar stellen van een eenpersoonskamer. Dit niet-zorggerelateerde aspect behoort tot het bereik van de aanvullende verzekering.

Wat betreft de berekening van de 365 dagen geldt het totale verblijf dat voor rekening van de Zvw is gekomen. Verhuist de verzekerde dus van de ene Zvw-instelling naar de andere Zvw-instelling dan tellen de verblijfsdagen bij elkaar op ook al is het verblijf om een andere medische indicatie aangewezen.

Artikel 2.11

Deze bepaling regelt de kraamzorg naar inhoud en omvang zoals die in de ziekenfondsverzekering geregeld was.

Artikel 2.12

De inhoud en omvang van het ziekenvervoer zal bij ministeriële regeling geregeld worden overeenkomstig de regeling zoals die onder de Ziekenfondswet gold. Dat was de Regeling ziekenvervoer Ziekenfondswet.

Artikel 2.13

Het eerste lid van deze bepaling regelt het maximale no-claimteruggavebedrag. Dit is het bedrag dat wordt uitgekeerd na afloop van het kaderjaar aan mensen die in het geheel geen zorg hebben gebruikt.

De overige leden regelen het indexcijfer en de afrondingsregels zoals die op grond van de Ziekenfondswet geregeld waren.

Artikel 2.14

Het eerste lid geeft uitvoering aan artikel 22, vijfde lid, onderdeel b, van de Zorgverzekeringswet. De zorgverzekeraar is verplicht om uiterlijk op 31 maart van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claimteruggave betrekking heeft, de no-claimteruggave uit te betalen door overmaking op de bankrekening van de verzekerde.

Het tweede lid, geeft uitvoering aan artikel 22, vijfde lid, onderdeel a, van de Zorgverzekeringswet. Voor de berekening van de no-claimteruggave worden de kosten die bij de zorgverzekeraar voor het gebruik van zorg in rekening worden gebracht, in aanmerking genomen. Dat zal in beginsel het op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg geldende tarief zijn.

Voor zorg waarop tarifiering op basis van een diagnose behandelcombinatie (dbc) van toepassing is, geldt als tijdstip van genoten zorg de datum waarop de dbc wordt geopend. (artikel 23, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet).

Op het aan de zorgverzekeraar in rekening gebrachte tarief zijn de eventueel verschuldigde eigen bijdragen reeds door de aanbieder in mindering gebracht. De verzekerde betaalt immers de eigen bijdrage aan de zorgaanbieder.

In het derde lid is, net als bij ziekenfondsverzekering, geregeld dat de kosten van verloskundige en kraamzorg niet meetellen bij de no-claimteruggave. Tevens is geregeld dat de kosten niet meetellen van de zorg zoals die huisartsen die plegen te bieden. Door de functiegerichte omschrijving is deze uitzondering dus ook indien de zorg door anderen dan de huisarts wordt verleend. De zorgverzekeraar zal in de zorgpolis duidelijkheid moeten aangeven wanneer dat het geval is.

Als na vaststelling van de uitkering nog rekeningen voor in het desbetreffende jaar genoten zorg bij het ziekenfonds binnenkomen, waarmee bij de berekening van de no-claimteruggaaf geen rekening is gehouden, hebben deze kosten ingevolge het vierde lid gevolgen voor de inmiddels uitgekeerde no-claimteruggave. Dit kan nog tot het moment waarop de zorgverzekeraar de volgende no-claimteruggave vaststelt. Bijvoorbeeld rekeningen voor de in 2006 genoten zorg die nog binnenkomen nadat de no-claimteruggaaf al in 2007 is uitgekeerd, maar voor 1 april 2008, kunnen ertoe leiden dat de vastgestelde no-claimteruggaaf over 2006 alsnog lager wordt vastgesteld; daardoor ontstaat er een vordering van de zorgverzekeraar op de verzekerde aan wie de no-claimteruggave is uitbetaald. Voor zover de betrokken verzekerde op dat latere tijdstip nog is ingeschreven bij dezelfde zorgverzekeraar, kan de terugbetaling - voor zover dat mogelijk is - eventueel worden verrekend met de no-claimteruggaaf over 2007. Als de verzekerde over 2007 geen no-claimteruggaaf van die zorgverzekeraar ontvangt, omdat hij in 2007 veel zorg heeft geconsumeerd of omdat hij inmiddels is ingeschreven bij een andere zorgverzekeraar, zal de zorgverzekeraar op andere wijze tot verrekening met de verzekerde moeten komen. Rekeningen met betrekking tot zorg in 2006 die na 31 maart 2008 binnenkomen, tellen niet meer mee.

Hoofdstuk 3. Risicoverevening

Artikel 3.1

Het macro-prestatiebedrag wordt onderverdeeld in vier onderscheiden macro-deelbedragen, voor verschillende categorieën van prestaties (lid 1). De som van de macro-deelbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en vaste kosten van ziekenhuisverpleging zijn gerelateerd aan de raming van het deel van de kosten van geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van zorg zoals psychologen en psychiaters die plegen te bieden, alsmede de kosten van verblijf, verpleging en verzorging (met uitzondering van verblijf in verband met curatieve geestelijke gezondheidszorg), voor zover deze prestaties voor vergoeding op grond van de Zorgverzekeringswet in aanmerking komen. Het macro-deelbedrag kosten van curatieve geestelijke gezondheidszorg is gerelateerd aan de kosten van geneeskundige

zorg zoals psychologen en psychiaters die plegen te bieden en het hiermee gepaard gaand verblijf, voor zover deze prestaties voor vergoeding op grond van de Zorgverzekeringswet in aanmerking komen. Het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties is gerelateerd aan de geraamde kosten van alle overige Zorgverzekeringswet-prestaties die niet zijn opgenomen in de drie eerder genoemde macro-deelbedragen.

In de eerste plaats is bij de berekening van het macro-prestatiebedrag de raming van de kosten maatgevend voor de omvang ervan en niet de raming van de financiering. Het verschil tussen beiden vormt de raming van de mutatie van de financieringsachterstand bij zorgaanbieders. De hoofdregel is dat slechts eenmaal per jaar het macro-prestatiebedrag wordt bepaald aan de hand van de ramingen in de Rijksbegroting van het betreffende jaar. Een mogelijke uitzondering op deze hoofdregel betreft de middelen die tijdens het voorgaande jaar beschikbaar zijn gesteld en waarmee nog geen rekening is gehouden in de ramingen van het vorige jaar.

Wellicht ten overvloede wordt nog opgemerkt dat weliswaar nacalculatie op de premielast plaatsvindt om te waarborgen dat werkgevers daadwerkelijk 50% van de totale macropremielast dekken, maar dat dit zich niet hetzelfde jaar vertaalt in een nacalculatie op de financiële stroom van het Zorgverzekeringsfonds naar de zorgverzekeraars.

Binnen de kosten van ziekenhuiszorg maken met name de op dit moment door zorgverzekeraars nauwelijks beïnvloedbare en via verzekerd kenmerken slecht normeerbare kapitaalslasten van ziekenhuisvoorzieningen een verdere splitsing in (voor zorgverzekeraars) vaste en variabele kosten noodzakelijk. Doordat – na de integrale invoering van DBC-financiering bij ziekenhuizen en medisch-specialisten per 1 januari 2005 – nog verdere ontwikkeling van de DBC-systematiek voorzien is in de jaren na 2005, kan van jaar op jaar variëren welke soorten tarieven binnen de ziekenhuisverpleging worden gedeclareerd, en hoe deze in termen van vaste en variabele kosten dienen te worden aangemerkt. Daarom wordt de precieze splitsing van vaste en variabele kosten bij ministeriële regeling vastgelegd. Als de DBC-situatie over enkele jaren stabiel is dan zal de wijze van splitsing van vaste en variabele kosten in de AMvB worden opgenomen.

Bij de discussie over welke kosten als vast en welke kosten als variabel dienen te worden aangemerkt, speelt overigens ook een rol hoe in de toekomst omgegaan wordt met de contracteerplicht. Tevens is van belang hoe financiering plaatsvindt van ziekenhuiskosten die niet via DBC's gefinancierd (kunnen) worden. Een mogelijk eindplaatje is dat de zorg die gefinancierd wordt middels DBC's (waaronder al dan niet ook de kapitaalslasten vallen) aangemerkt worden als variabele kosten ziekenhuisverpleging, en de overige kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp als vaste kosten ziekenhuisverpleging.

Lid 2 geeft weer dat bij ministeriële regeling de hoogte van de macro-deelbedragen per categorie van prestaties wordt bepaald.

Artikel 3.2

Dit artikel verwijst voor de verdeling van de onderscheiden macro-deelbedragen door naar de volgende artikelen.

Artikel 3.3

Het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp wordt geheel verdeeld op grond van de criteria "leeftijd en geslacht", "FKG's", "DKG's", "aard van het inkomen" en "regio".

De basisverdeling van het macro-deelbedrag vindt plaats via het criterium "leeftijd en geslacht", met hierbij toe- en afslagen op grond van andere verdeelcriteria. Bij de gewichten voor de verschillende criteria wordt rekening gehouden met de samenhang tussen de criteria. Zo wordt bij het gewicht voor oudere verzekerden rekening gehouden met het feit dat ouderen relatief vaak aan chronische ziekten lijden, en op grond hiervan voor een toeslag op grond van FKG's en/of DKG's in aanmerking komen. Het College zorgverzekeringen deelt verzekerden in naar FKG-klasse aan de hand van het geneesmiddelengebruik van verzekerden in het jaarvoorafgaand aan het jaar waarvoor de bijdragen aan de zorgverzekeraars wordt berekend. Hierbij wordt een indelingstabel gehanteerd van artikelnummers van geneesmiddelen die in dit voorafgaand jaar (jaar t-1) zijn voorgeschreven en die gekoppeld zijn aan de verschillende FKG's. Indien aan een verzekerde meer dan 180 maal de "daily defined dosis" (DDD) van een relevant geneesmiddel is afgeleverd wordt deze verzekerde ingedeeld bij één van de onderscheiden FKG's.

De gewichten die het College zorgverzekeringen koppelt aan de FKG's zijn gebaseerd op onderzoek naar de voorspelbare vervolgcosten van verzekerden die zijn ingedeeld bij een FKG.

Naast FKG's is ook sprake van een ander verdeelkenmerk waarmee chronisch zieken worden geïdentificeerd: Diagnose kostengroepen (DKG's), een gezondheidsindicator op basis van zorggebruik in ziekenhuizen. Het idee achter DKG's is dat verzekerden die in jaar t-1 met bepaalde diagnoses zijn opgenomen in een ziekenhuis, in jaar t gemiddeld hogere (vervolg)kosten zullen hebben, en dat de

zorgverzekeraar hiervoor gecompenseerd kan/moet worden middels een extra vergoeding. Uitgesloten zijn diagnoses die een incidenteel karakter hebben (bijvoorbeeld beenbreuken). In tegenstelling tot FKG's, die elk naar een zelfstandige medisch homogene aandoeningengroep verwijzen, zijn DKG's clusters van aandoeningengroepen. De aandoeningengroepen worden geïdentificeerd op grond van informatie over uitgevoerde Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) in het jaar voorafgaand aan het jaar waarvoor de bijdragen aan de zorgverzekeraars wordt berekend. Deze DBC's zijn samengevoegd op basis van klinische homogeniteit in een aantal diagnosegroepen. Alleen die diagnosegroepen zijn bij het DKG-verdeelkenmerk betrokken waarvan door een groep van medische deskundigen is vastgesteld dat zij eenduidig wijzen op de aanwezigheid van ernstige, chronische aandoeningen.

Door via FKG's en DKG's voor aandoeningen met een chronisch karakter te compenseren verbetert de gewenste prikkelstructuur in het model: zorgverzekeraars hebben er niet langer financieel nadeel van indien ze zich door goed zorg te verlenen aan chronisch zieken aantrekkelijk maken voor deze groepen.

Zowel voor FKG's en DKG's geldt dat omdat bij de ex ante berekening van de bijdragen aan zorgverzekeraars nog niet alle informatie uit het voorafgaande jaar bekend is, bij de ex ante situatie uitgegaan wordt van gegevens van nog één jaar eerder (jaar t-2). Bij de herberekening van de normatieve bedragen (ex post) gaat het College zorgverzekeringen wel uit van gegevens over het voorafgaande jaar.

Bij de toepassing van het criterium 'aard van het inkomen' wordt per zorgverzekeraar ondermeer rekening gehouden met het aantal verzekerden dat afhankelijk is van verschillende soorten uitkeringen. Uit jarenlang onderzoek komt naar voren dat verzekerden met bijvoorbeeld een arbeidsongeschiktheidsuitkering of een bijstandsuitkering aanmerkelijk hogere kosten kennen dan verzekerden die niet van een uitkering afhankelijk zijn. Dit geldt zelfs als rekening wordt gehouden met de aanwezigheid van chronische ziekten, als geïdentificeerd door FKG's en DKG's. Door met kostenverschillen naar de aard van het inkomen rekening te houden in de risicoverevening, wordt risicoselectie voorkomen.

Aandachtspunt is dat binnen de Zorgverzekeringswet – in tegenstelling tot de huidige Ziekenfondswet – geen relatie bestaat tussen de aard van het inkomen en verzekeringsgerechtigheid. De administratie van zorgverzekeraars bevat dan ook geen gegevens over het verdeelkenmerk 'aard van het inkomen'. De operationalisering van het verdeelkenmerk 'aard van het inkomen' zal plaats moeten vinden aan de hand van externe bronnen. Hierbij kan zowel gedacht worden aan informatie op postcodeniveau van bijvoorbeeld het CBS, als aan data op individuniveau afkomstig van bijvoorbeeld de UWV. Nadere invulling van dit verdeelkenmerk zal worden gegeven bij ministeriële regeling.

Voor de toepassing van het regiocriterium is het aantal verzekerden naar clusters van postcodegebieden relevant. Aan ieder cluster is een gewicht gekoppeld. De clustering van postcodes vindt in principe plaats aan de hand van een model dat in onderzoek terzake is gehanteerd. Dit model verklaart op postcodeniveau verschillen tussen het gemiddelde normatieve bedrag per verzekerde (zonder toepassing van het regiocriterium) en de werkelijke gemiddelde kosten per verzekerde met behulp van indicatoren voor door zorgverzekeraars op korte termijn niet te beïnvloeden verschillen met betrekking tot zorgaanbod, sociaal economische omstandigheden en resterende gezondheidsverschillen. De minister baseert de vaststelling van de aan de clusters te koppelen gewichten op grond van de uitkomsten van dit onderzoek. Hierbij heeft de minister nog wel de vrijheid om bij de regiogewichten rekening te houden met zeer uitzonderlijke geografische omstandigheden die niet in het algemene verklaringsmodel kunnen worden gevat.

De criteria "leeftijd en geslacht", "FKG's", "DKG's", "aard van het inkomen" en "regio" zijn elk onderverdeeld in klassen. Deze klassen worden weergegeven bij ministeriële regeling. Het College zorgverzekeringen bepaalt het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar aan de hand van een raming van de verzekerdenaantallen naar klasse van verzekerden, de normbedragen naar leeftijd en geslacht en de optelling van de toe- en afslagen op grond van FKG's en DKG's, aard van het inkomen en regio.

Artikel 3.4

Bij het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging wordt in het verdeelmodel een onderscheid gemaakt tussen de vergoedingen voor uitgaven die gefinancierd worden op basis van vaste bedragen per verzekerde, en de vergoeding voor overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging die gebaseerd is op historische overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde per zorgverzekeraar.

Achtergrond van deze splitsing is dat sinds 1 januari 2005 de financiering van de academische component, dat is het deel van de ziekenhuisbudget van academische ziekenhuizen waarmee hun specifieke taken worden gedekt die liggen op het terrein van de behandeling van topreferente patiënten, de ontwikkel- en innovatiefunctie van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling, alsmede de opleidingskosten, niet langer uit de reguliere tarieven wordt gedekt. In plaats hiervan is

sprake van financiering middels een apart fonds dat gevuld wordt door zorgverzekeraars op basis van een vast bedrag per verzekerde. Idee hierbij is dat de uitgaven ten behoeve van de academische component niet zozeer ten goede komen van de individuele patiënt die een academisch ziekenhuis bezoekt, maar betrekking heeft op de gemeenschappelijke meerwaarde van academische ziekenhuizen die ten goede komt aan de hele populatie. In het risicovereveningssysteem wordt de vergoeding voor de kosten van de academische component genormeerd op basis van een vast bedrag per verzekerde. Niet uit te sluiten is dat in de loop der jaren ook andere kostencategorieën op een dergelijke manier worden gefinancierd.

De overige vaste kosten worden genormeerd op basis van historische vaste kosten. Ex ante wordt uitgegaan van vaste kosten in het tweede jaar voorafgaande aan het jaar waarop de berekeningen betrekking hebben, waarbij de vaste kosten wel eerst geschoond moeten worden voor betalingen samenhangend met de academische component en eventuele andere kosten die worden gefinancierd middels een vast bedrag per verzekerde. Bij de herberekening van het deelbedrag (ex post) wordt uitgegaan van vaste kosten in het jaar voorafgaande aan het jaar waarop de berekeningen betrekking hebben, wederom geschoond voor de betalingen samenhangend met de academische component en eventuele andere kostencategorieën die worden gefinancierd middels een gelijk bedrag per verzekerde. Bij de berekening van het deelbedrag in de ex ante situatie is dat niet mogelijk, omdat de overige vaste kosten van het voorgaande jaar dan nog niet bekend zijn. Door bij de herberekening van het normatieve bedrag, in de ex post situatie, uit te gaan van een recenter kostenbeeld, sluiten naar verwachting het deelbedrag goed aan bij de kosten.

Artikel 3.5

Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag overige prestaties op grond van de normatieve criteria "leeftijd en geslacht", "FKG", "DKG", "aard van het inkomen" en "regio". Het College zorgverzekeringen past deze verdeelcriteria op dezelfde wijze toe als bij de verdeling van het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp (artikel 3.3), met dien verstande dat de gewichten die het College zorgverzekeringen aan de criteria toekent per macro-deelbedrag kunnen verschillen.

Artikel 3.6

Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag kosten van curatieve geestelijke gezondheidszorg op grond van in elk geval de normatieve criteria "leeftijd en geslacht" en "regio". Het streven is op termijn deze set van criteria uit te breiden met meer directe indicatoren van de geestelijke gezondheidstoestand. Bij het van start gaan van de Zorgverzekeringswet, ontbreekt empirisch materiaal om de gewichten voor dergelijke meer geavanceerde criteria vast te stellen.

Artikel 3.7

Het College zorgverzekeringen vergoedt voor een beperkt aantal groepen verzekerden de kosten naar de werkelijke hoogte van de kosten (vergelijk artikel 3.16, eerste lid, van dit besluit). Indien deze situatie zich voordoet, blijven deze verzekerden buiten de bepaling van het verzekerdenaantal dat relevant is voor de berekeningen in het kader van de prestatieramingen. Deze verzekerden lopen dus zowel wat betreft de inkomsten, als voor de uitgaven, van de zorgverzekeraar niet mee bij de risicoverevening.

Artikel 3.8

Dit artikel regelt de vaststelling van het totale normatieve bedrag van en bijdrage aan een zorgverzekeraar. Hiertoe worden eerst de deelbedragen per categorie van prestaties gesommeerd tot één normatief bedrag. Om de uiteindelijke bijdrage aan de zorgverzekeraar vast te stellen, wordt dit normatieve bedrag verlaagd met de opbrengst van de nominale rekenpremie en de nominale no-claimpremie (de opslag op de nominale premie in verband met de no-claimteruggaveregeling), en de normatieve opbrengst van verhaal.

(PM of er al dan niet sprake zal zijn van normatieve opbrengsten van verhaal is nog onderwerp van nadere besluitvorming)

Door deze werkwijze worden de risicoverschillen tussen verzekerden niet slechts voor het deel van de zorguitgaven die via het Zorgverzekeringsfonds wordt vergoed verdisconteerd, maar voor de volle honderd procent. In principe kunnen zorgverzekeraars voor alle verzekerden, ongeacht hun risicoprofiel, toe met een vergelijkbare nominale premie voor de vergoeding van hun aanspraken.

Artikel 3.9

Na afloop van het jaar worden de normatieve bedragen van de zorgverzekeraars herberekend. In dit artikel zijn enkele uitgangspunten omtrent deze (ex post) herberekening opgenomen.

Het eerste en tweede lid van artikel 3.9 haken aan bij dat de toepassing van hogekostencompensatie gevolgen heeft voor de gewichten van verzekerden bij de deelbedragen waar hogekostencompensatie van toepassing is. Ter illustratie: verzekerden met een chronische ziekte, geïdentificeerd door FKG's en DKG's, hebben gemiddeld hoge kosten, en hiermee een hoge kans dat hun kosten (voor een deel) worden ingebracht bij de hogekostencompensatie. De feitelijke risicodragende kosten van een dergelijke verzekerde zijn dus lager dan de totale betaalde kosten.

Er kan dan ook in een situatie van hogekostencompensatie volstaan worden met een lagere toeslag voor FKG's en DKG's dan wanneer er geen sprake zou zijn van hogekostencompensatie.

Bij de vaststelling van het normatieve bedrag (en de hiervan afgeleide bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds) in de ex ante situatie wordt met dergelijke interacties tussen gewichten en hogekostencompensatie nog geen rekening gehouden. Het is echter de bedoeling dat dit wel gebeurt bij de uiteindelijke definitieve vaststelling van het normatieve bedrag in de ex post situatie. Hierbij is het op grond van artikel 3.14, zevende lid, mogelijk om deze correctie van de gewichten in verband met hogekostencompensatie nog niet toe te passen bij de voorlopige ex post herberekeningen, maar alleen bij de definitieve herberekeningen.

Er is overigens bewust voor gekozen om in de ex ante situatie de correctie op de gewichten in verband met hogekostencompensatie nog niet toe te passen, omdat de ex ante berekening van het normatieve bedrag en de hiervan afgeleide bijdrage zo goed mogelijk moet aansluiten bij de feitelijke kosten waarmee een zorgverzekeraar wordt geconfronteerd. Een eventueel batig dan wel negatief saldo van hogekostencompensatie wordt pas zichtbaar bij de ex post herberekeningen van de bijdragen, en op dit moment moet pas in de gewichten het effect van hogekostencompensatie verdisconteerd worden.

Het derde lid van artikel 3.9 haakt aan bij dat de werkelijk gemaakte kosten de basis van de herberekening vormen, en aldus relevant zijn voor de toepassing van de hoge kostencompensatie, de verevening en de nacalculatie. Voorts is de nacalculatie op basis van de werkelijke aantallen verzekerden per zorgverzekeraar van belang. Hierdoor wordt het normatieve bedrag van de zorgverzekeraar bijgesteld op grond van verschillen tussen het geraamde en het werkelijke aantal verzekerden in het betreffende jaar. De kosten en opbrengsten bedoeld in artikel 3.16 worden hierbij buiten beschouwing gelaten (lid 4).

In het vijfde lid is aangegeven op welke wijze de kosten, die het College zorgverzekeringen vergoedt ten behoeve van verzekerden die zich met toepassing van verdragsregelingen inzake sociale zekerheid naar het buitenland begeven om daar geneeskundige hulp in te roepen (kosten buitenland-toestemmingsgevallen), behandeld dienen te worden in het kader van de risicoverevening binnen de Zorgverzekeringswet. Uitgangspunt daarbij zijn de declaraties die het College zorgverzekeringen in het betreffende jaar op kasbasis vergoedt voor verzekerden van Nederlandse zorgverzekeraars. Deze kosten worden toebedeeld op het niveau van het macro-deelbedrag via een generieke verdeelsleutel, aangezien de kosten in het algemeen niet te herleiden zijn naar Nederlandse prestaties. Aangezien op dit moment de facto deze buitenlandkosten voor het overgrote deel kosten betreffen die een direct verband met ziekenhuiszorg hebben, is afgezien van het aanmerken van de kosten buitenland als kosten van overige prestaties dan wel als kosten van curatieve geestelijke gezondheidszorg. De bedoelde kosten buitenland worden derhalve aangemerkt als enerzijds variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en anderzijds vaste kosten van ziekenhuisverpleging. De precieze verdeling hiertussen wordt bij ministeriële regeling vastgelegd. Het zesde lid betreft de situaties waarin de Nederlandse zorgverzekeraar een rechtstreekse betalingsrelatie heeft met een buitenlandse instelling of zorgverlener. Rechtstreekse verrekening van kosten zonder tussenkomst van het College zorgverzekeringen vindt bijvoorbeeld plaats indien verzekerden zorg ontvangen van buitenlandse zorgaanbieders waarmee de Nederlandse zorgverzekeraar een overeenkomst heeft afgesloten die kan worden opgevat als een overeenkomst in de zin van de Zorgverzekeringswet. De rechtstreeks verrekenende kosten die redelijkerwijs kunnen worden aangemerkt als kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, worden voor een deel aangemerkt als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en voor een deel als vaste kosten van ziekenhuisverpleging. Deze verdeelsleutel zal in principe identiek zijn aan de verdeelsleutel die aan de orde is in het vijfde lid (kosten buitenland-toestemmingsgevallen), en wordt bij ministeriële regeling vastgelegd.

De overige kosten worden behandeld als kosten van overige prestaties. Alle rechtstreeks verrekenende kosten buitenland zijn op reguliere wijze relevant voor de toepassing van hogekostencompensatie, verevening en nacalculatie.

Artikel 3.10

Het College zorgverzekeringen stelt vast welke tarieven voor ziekenhuiszorg worden aangemerkt als variabele kosten van ziekenhuiszorg, op grond van bij ministeriële regeling vastgelegde verdeelsleutels per tariefsoort. Doordat – na de integrale invoering van DBC-financiering bij ziekenhuizen en medisch-specialisten per 1 januari 2005 – nog verdere ontwikkeling van de DBC-

systematiek voorzien is in de jaren na 2005, kan van jaar op jaar variëren welke soorten tarieven binnen de ziekenhuisverpleging worden gedeclareerd, en hoe deze in termen van vaste en variabele kosten dienen te worden aangemerkt. Als de DBC-situatie over enkele jaren stabiel is dan zal de wijze van splitsing van vaste en variabele kosten in de AMvB worden opgenomen. Wel ligt reeds vast dat alle declaraties van specialisten worden meegenomen bij het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.

Op het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp zijn, bij de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet, verschillende compensatiemechanismen van toepassing. Het gaat hierbij om achtereenvolgens hogekostencompensatie, verevening en nacalculatie. Bij ministeriële regeling wordt nader vastgelegd in welke mate deze ex-post compensatiemechanismen worden ingezet. Streven is deze ex-post compensatiemechanismen in zo kort mogelijke tijd af te bouwen, waarbij afbouw van generieke verevening prioriteit heeft. Zoals ook in het algemeen deel van de Memorie van Toelichting is aangegeven, kan bij de aanvang van de Zorgverzekeringswet hier echter vooralsnog niet omheen gegaan worden, vanwege enerzijds de verbreding van de doelgroep van de risicoverevening en anderzijds de invoering van DBC's.

Artikel 3.11

Het College zorgverzekeringen stelt vast welke tarieven voor ziekenhuiszorg worden aangemerkt als vaste kosten van ziekenhuiszorg, op grond van bij ministeriële regeling vastgelegde verdeelsleutels per tariefsoort. Hierbij zal per tariefsoort het percentage van de kosten dat als vaste kosten wordt aangemerkt, gelijk zijn aan honderd procent minus het percentage van de kosten dat als variabele kosten wordt aangemerkt.

Het College zorgverzekeringen past op dit deelbedrag een bij ministeriële regeling te bepalen percentage nacalculatie toe. Het zal hierbij, in elk geval in de overgangsfase, om een relatief hoog percentage gaan. Immers, op het moment dat juist de door zorgverzekeraars nauwelijks beïnvloedbare en via verzekerdensleutels slecht normeerbare kosten van ziekenhuisverpleging worden aangemerkt als vaste kosten van ziekenhuisverpleging, is het niet billijk zorgverzekeraars hier veel financieel risico over te laten lopen. Op het moment dat de vaste kosten van ziekenhuisverpleging alleen bestaan uit kosten die gefinancierd worden middels gelijke bedragen per verzekerde, is de normeerbaarheid optimaal en bestaat er geen noodzaak meer voor een hoge mate van nacalculatie.

Artikel 3.12

Ter bepaling van het herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties (ex post) wordt bij de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet, eerst hoge kostencompensatie en vervolgens generieke verevening toegepast. Bij ministeriële regeling wordt nader vastgelegd in welke mate deze ex-post compensatiemechanismen worden ingezet. Streven is deze ex-post compensatiemechanismen in zo kort mogelijke tijd af te bouwen. Dit lijkt ook mogelijk, gegeven dat binnen de huidige Ziekenfondswet reeds geen sprake meer is van generieke verevening en nacalculatie op deze categorie van kosten.

Bij de aanvang van de Zorgverzekeringswet kan hier echter vooralsnog niet omheen gegaan worden, samenhangend met de verbreding van de risicoverevening in de Zorgverzekeringswet ten opzichte van de Ziekenfondswet. Evenals voor het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuiszorg en kosten van specialistische hulp, is er om deze reden sprake van een lager niveau van betrouwbaarheid bij de ex ante normering dan wenselijk. Vereveningsmechanismen zijn bij uitstek geschikt om achteraf te corrigeren voor tekort schieten van de verdelende werking vooraf. Nacalculatie op deze deelraming is op grond van deze AMvB mogelijk, al lijkt vooralsnog de noodzaak hiervoor nog niet zo groot.

Artikel 3.13

Ter bepaling van het herberekende deelbedrag kosten van de kosten van curatieve geestelijke gezondheidszorg (ex post) wordt eerst hoge kostencompensatie, vervolgens generieke verevening en tenslotte nacalculatie toegepast. Ook hier geldt weer dat bij ministeriële regeling nader invulling wordt gegeven aan de mate waarin deze compensatiemechanismen worden ingezet.

De curatieve geestelijke gezondheidszorg wordt met ingang van 1 januari 2006 overgeheveld van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet. Bij zorgverzekeraars ontbreekt dan ook historische informatie over de neerslag van kosten over verschillende groepen van verzekerden. Met behulp van externe gegevensbronnen, waaronder instellingsregistraties binnen de geestelijke gezondheidszorg, is zo goed mogelijk getracht in kaart te brengen hoe de neerslag van kosten binnen de curatieve geestelijke gezondheidszorg plaatsvindt over verschillende groepen naar leeftijd, geslacht en regio. Het gaat hierbij echter om relatief ruwe ramingen, waardoor bij aanvang van de Zorgverzekeringswet waarschijnlijk sprake zal zijn van relatief sterke ex post compensatiemechanismen. Met het vanaf 2006 beschikbaar komen van informatie over de neerslag van kosten van curatieve geestelijke gezondheidszorg over verzekerden, kan enerzijds de set van verdeelcriteria worden uitgebreid, en anderzijds de gewichten van de gehanteerde verdeelcriteria nauwkeuriger worden geschat. Afbouw

van compensatiemechanismen kan dan ook in de jaren na 2006 plaatsvinden. Dit zal wel meerdere jaren vergen, omdat de gegevens uit 2006 in elk geval niet beschikbaar zijn voor de vaststelling van de gewichten voor 2007 en waarschijnlijk ook nog niet voor de vaststelling van gewichten in 2008.

Artikel 3.14

In dit artikel zijn bepalingen opgenomen omtrent de vaststelling van het herberekende normatieve bedrag en de vaststelling van de bijdrage aan een zorgverzekeraar. De bijdrage aan een zorgverzekeraar uit het Zorgverzekeringsfonds bestaat uit de som van de herberekende deelbedragen van dat zorgverzekeraar (eerste lid), waarop eerst nog een drietal posten in mindering moet worden gebracht (tweede lid). Het betreft hier allereerst de opbrengst van de nominale rekenpremie, die wordt berekend door uit te gaan van het werkelijke aantal premiebetalende verzekerden per zorgverzekeraar en het bedrag van de nominale rekenpremie. Een tweede post die in mindering wordt gebracht is de opbrengst van de nominale no-claimpremie. Een derde post die in mindering wordt gebracht op de som van de herberekende deelbedragen betreft de aan het zorgverzekeraar door het College zorgverzekeringen toegerekende normatieve opbrengst van verhaal.

Alle werkelijke opbrengsten van verhaal mogen zorgverzekeraars behouden. Op deze wijze worden zorgverzekeraars maximaal geprikkeld om actief verhaalsacties in te stellen.

(PM of er al dan niet sprake zal zijn van normatieve opbrengsten van verhaal is nog onderwerp van nadere besluitvorming)

Op grond van het derde lid kan bij ministeriële regeling worden vastgelegd dat zorgverzekeraars ook nog recht hebben op een vergoeding in verband met de no-claimteruggaveregeling. In 2005 was er binnen de Ziekenfondswet sprake van 100% nacalculatie op de uitgaven die zorgverzekeraars doen aan hun verzekerden in verband met de no-claimteruggave. Dit omdat het nog niet goed mogelijk was het effect van de no-claimteruggaveregeling te verwerken in de normering. Voor de jaren na 2005, binnen de Zorgverzekeringswet, is een afbouwtraject op deze nacalculatie voorzien. Besluitvorming moet nog plaatsvinden over op welke termijn en in welke mate dit afbouwtraject gaat plaatsvinden. Op het punt van het eigen risico ontvangen zorgverzekeraars in elk geval niet een dergelijke compensatie. Gegeven dat zorgverzekeraars op vrijwillige basis eigen risico's kunnen aanbieden, is het niet meer dan logisch dat zij volledig risicodragend zijn op dit punt.

De leden 4 en 5 geven weer dat het College zorgverzekeringen aan de hand van de bovengenoemde stappen de bijdrage aan de zorgverzekeraars herberekend, en hierbij informatie verschaft aan de zorgverzekeraars verschaft over de bedragen die gehanteerd zijn in deze herberekening.

Het zesde lid regelt de bevoegdheid van het College zorgverzekeringen om, vooruitlopend op de (definitieve) herberekening van de normatieve bedragen deze op voorlopige basis te herberekenen. Reden voor een dergelijke tussentijdse herberekening is ondermeer dat het College zorgverzekeringen al vrij snel na ommekomst van het kalenderjaar inzicht heeft in de daadwerkelijk gerealiseerde verzekerdenaantallen - uitgesplitst naar kenmerken -, op grond waarvan reeds een eerste herberekening van de bijdrage kan plaatsvinden (verzekerdennacalculatie). Definitieve kosteninformatie op grond waarvan mechanismen als hogekostencompensatie, verevening en nacalculatie kunnen worden toegepast, kent veelal een aanzienlijke vertraging. Pas als deze informatie beschikbaar is, kan de definitieve herberekening van de bijdrage plaatsvinden.

Het zevende lid geeft aan dat bij deze voorlopige herberekeningen het College zorgverzekeringen bevoegd is om vooralsnog de correctie voor hogekostencompensatie op de gewichten nog niet toe te passen.

Artikel 3.15

Dit artikel regelt de bevoegdheid van het College zorgverzekeringen om bij de (ex ante) berekening en (ex post) vaststelling van het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar, daar waar het College zorgverzekeringen geen gebruik kan maken van historische gegevens omdat die niet beschikbaar zijn, uit te gaan van een andere basis. Het gaat hierbij in elk geval om FKG's, DKG's en historische overige vaste kosten. Zoals ook in de artikelgewijze toepassing bij artikel 4 en 5 is aangegeven, zijn deze bij de ex ante berekening van het normatieve bijdrage en de hiervan afgeleide bijdrage gebaseerd op gegevens uit het tweede jaar voorafgaand aan het jaar waarop de berekeningen betrekking hebben (jaar t-2), en in de ex post berekeningen op basis van gegevens uit het eerste jaar voorafgaand aan het jaar waarop de berekeningen betrekking hebben (t-1).

Bij nieuwe toegelaten zorgverzekeraars kan het voorkomen dat deze geen gegevens beschikbaar hebben uit jaar t-2 en/of jaar t-1, en zal het College zorgverzekeringen gebruik moeten maken van een andere basis die een goede benadering geeft van de ontbrekende historische gegevens (lid 1).

Bij deze alternatieve basis valt te denken aan landelijke gemiddelden, liefst rekening houdend met wél bekende karakteristieken van de verzekerdenpopulatie van de nieuw toegelaten zorgverzekeraar. Als voorbeeld: wat betreft de mate van voorkomen van FKG's en DKG's zou het College zorgverzekeringen uit kunnen gaan van landelijke leeftijd/geslacht-specifieke prevalenties, vermenigvuldigd met de samenstelling naar leeftijd en geslacht van betreffende zorgverzekeraar.

In lid 2 is aangegeven dat het College zorgverzekeringen kan afwijken van de wel beschikbare historische gegevens op het moment dat toepassing hiervan tot onredelijke en niet-beoogde uitkomsten leidt. Hierbij valt te denken aan de situatie van zorgverzekeraars met een snel groeiend verzekerdenbestand. Er zijn situaties denkbaar waarbij de historische verzekerdenpopulatie die betrokken is bij de vaststelling van het normatieve bedrag, bijvoorbeeld op het punt van prevalenties van FKG's en DKG's, niet representatief is voor het actuele verzekerdenbestand. In dit geval kan het College zorgverzekeringen van een alternatieve basis uitgaan.

Artikel 3.16

In dit artikel zijn regels opgenomen op grond waarvan het College Zorgverzekeringen bijdragen aan een zorgverzekeraar kan verstrekken in aanvulling op de bijdragen die zijn vastgesteld op basis van artikel 3.14. In het eerste lid is aangegeven dat ten laste van het Zorgverzekeringsfonds middelen beschikbaar zijn naar het werkelijke bedrag van die kosten die met toepassing van verdragsregelingen zijn gemaakt. Enige uitzondering hierop vormen de kosten bedoeld in artikel 3.9, vijfde lid.

Het tweede lid geeft aan dat het College zorgverzekeringen steeds de door hem vast te stellen opbrengsten van de zorgverzekeraar, die samenhangen met verzekerden wier kosten vallen onder de in het eerste lid bedoeld geval, in mindering brengt op de in het eerste lid bedoelde kosten. Onder die opbrengsten zijn mede begrepen de premie en bedragen waarmee deze zijn verhoogd. De verzekerden wier kosten onder het eerste lid worden bedoeld, lopen dus zowel wat betreft de inkomsten, als voor de uitgaven, van de zorgverzekeraar niet mee bij de risicovereeniging.

(PM de exacte wijze waarop zorgkosten van tijdelijk verblijf in het buitenland, bijvoorbeeld tijdens vakantie, worden verevend is nog onderwerp van nadere besluitvorming)

Artikel 3.17

Dit artikel geeft weer dat in aanvulling op de bijdragen die zijn vastgesteld op grond van artikel 3.14, het College zorgverzekeringen een uitkering kan verstrekken in verband met zeer uitzonderlijke omstandigheden. Het gaat hierbij alleen om nationale rampen, waarvan bovendien bij ministeriële regeling is vastgesteld dat deze niet opgevangen kunnen worden binnen het reguliere systeem van risicovereeniging. Een reden hiervoor kan zijn dat de kosten dermate omvangrijk zijn en hierbij ook nog eens afwijkend verdeeld zijn over verzekerdersgroepen in vergelijking met 'reguliere' zorgkosten. Bij ministeriële regeling wordt vastgelegd hoe de uitkering wordt vastgelegd.

Aandachtspunt is dat artikel 33 van de Zorgverzekeringwet aangeeft dat bij ministeriële regeling na aanvang van het kalenderjaar middelen kunnen worden verstrekt, waarbij in de Memorie van toelichting wordt gewezen op ernstige rampen als mogelijke reden om dergelijke extra middelen te verstrekken. Strikt genomen gaat het dan om middelen ten behoeve van kosten in het jaar van de ramp zelf. Door het opnemen van artikel 3.17 in dit besluit is er ook een basis gecreëerd om eventuele vervolgschade in latere jaren te vergoeden. Bijvoorbeeld de ervaringen rondom de Volendam-ramp van 1 januari 2001 laten zien dat in bepaalde gevallen de kosten van rampen nog lang kunnen najlen. Specifieke compensatie hiervoor kan geboden zijn.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

H. Hoogervorst