Staatsblad
van het Koninkrijk der Nederlanden

Jaargang 2008

549

Besluit van 9 december 2008, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met actualisatie van de regels over de vereveningsbijdrage

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 18 november 2008, kenmerk Z/F-2893521;
Gelet op de artikelen 32, tweede en derde lid, en 34, derde lid, van de Zorgverzekeringswet;
De Raad van State gehoord (advies van 26 november 2008, no. W.13.08.0496/I);
Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 3 december 2008, kenmerk Z/F- 2898399;

Hebben goedgevonden en verstaan:

ARTIKEL I

Het Besluit zorgverzekering wordt als volgt gewijzigd:

A

De onderdelen e tot en met u van artikel 1 worden vervangen door:
e. *in-vitrofertilisatiepoging:* zorg volgens de in-vitrofertilisatiemethode, inhoudende:
1°. het door hormonale behandeling bevorderen van de rijping van eicellen in het lichaam van de vrouw,
2°. het afnemen van eicellen,
3°. de bevruchting van eicellen en het kweken van embryo's in het laboratorium, en
4°. het een of meer keren implanteren van een of twee embryo's in de baarmoederholte teneinde zwangerschap te doen ontstaan;
f. *vereveningsbijdrage:* de bijdrage, bedoeld in paragraaf 4.2 van de wet;
g. *het macro-deelbedrag kosten van B-dbc's:* de kosten van bij ministeriële regeling aangewezen B-dbc's;
h. *het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp:* de variabele kosten van verblijf, verpleging en verzorging, met uitzondering van verblijf gepaard gaande met zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden,

alsmede de kosten van geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden, dit alles voor zover de kosten van deze prestaties voor vergoeding op grond van de wet in aanmerking komen en niet vallen onder de kosten, bedoeld in onderdeel g;

i. *het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging:* de vaste kosten van verblijf, verpleging en verzorging, met uitzondering van verblijf gepaard gaande met zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden, voor zover de kosten van deze prestaties voor vergoeding op grond van de wet in aanmerking komen en niet vallen onder de kosten, bedoeld in onderdeel g;

j. *het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg:* de kosten van geneeskundige zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden alsmede het daarmee gepaard gaande verblijf, voor zover de kosten van deze prestaties voor vergoeding op grond van de wet in aanmerking komen;

k. *het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties:* de kosten van de overige prestaties die voor vergoeding op grond van de wet in aanmerking komen;

l. *cluster van prestaties:* het cluster van bij ministeriële regeling aangewezen B-dbc's, bedoeld in onderdeel g, het cluster «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp», het cluster «vaste kosten van ziekenhuisverpleging», het cluster «kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg» of het cluster «overige prestaties»;

m. *deelbedrag:* een bedrag dat een zorgverzekeraar voor een cluster van prestaties ontvangt;

n. *leeftijd en geslacht:* vereveningscriteria op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen op basis van hun leeftijd en geslacht;

o. *FKG's:* farmaceutische kostengroepen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen chronische aandoeningen op basis van geneesmiddelengebruik in het verleden;

p. *FKG's psychische aandoeningen:* farmaceutische kostengroepen psychische aandoeningen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen chronische psychische aandoeningen op basis van geneesmiddelengebruik in het verleden;

q. *DKG's:* diagnose kostengroepen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen van aandoeningen-groepen die geïdentificeerd zijn op grond van uitgevoerde diagnose behandeling combinaties;

r. *aard van het inkomen:* een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen op basis van de aard van hun inkomen;

s. *SES:* sociaaleconomische status, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen op basis van het aantal personen op een adres, hun leeftijd en het inkomen per adres;

t. *éénpersoonsadres:* een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in een klasse «woont op een adres waarop één persoon is ingeschreven» of in een klasse «woont niet op een adres waarop één persoon is ingeschreven»;

u. *regio:* een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden op basis van de vier cijfers van de postcode van hun woonadres worden ingedeeld in klassen, waarbij op postcodeniveau rekening is gehouden met de verschillen met betrekking tot zorgaanbod, sociaaleconomische omstandigheden en gezondheid;

v. *GGZ-regio:* een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden op basis van de vier cijfers van de postcode van hun woonadres worden ingedeeld in klassen, waarbij op postcodeniveau rekening is gehouden met de verschillen met betrekking tot GGZ-zorgaanbod, sociaal-economische omstandigheden en geestelijke gezondheid;

w. *nominale rekenpremie:* een bij de berekening van de vereveningsbijdrage in aanmerking te nemen bedrag, ter hoogte van de door Onze Minister geraamde premie die een zorgverzekeraar op jaarbasis bij een premieplichtige verzekerde voor verzekerde prestaties in rekening brengt;

x. *hogekostencompensatie:* het 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;

y. *nacalculatie:* bijstelling van het deelbedrag op basis van het verschil tussen gerealiseerde kosten en het herberekende deelbedrag per zorgverzekeraar, per onderscheiden cluster van prestaties.

B

In artikel 2.3, derde lid, wordt «artikel 3.16» telkens vervangen door: artikel 3.23.

C

Paragraaf 1 van hoofdstuk 3 wordt vervangen door:

§ 1. De vereveningsbijdrage

§ 1.1. De onderverdeling van het macro-prestatiebedrag in macro-deelbedragen, de totale geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie en de totale geraamde opbrengst van het vrijwillig eigen risico

Artikel 3.1

1. Het macro-prestatiebedrag is de som van de volgende macro-deelbedragen:

a. het macro-deelbedrag kosten van B-dbc's;

b. het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp;

c. het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging;

d. het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg;

e. het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties.

2. Tot het macro-prestatiebedrag of de macro-deelbedragen behoren niet de kosten van zorg of andere verzekerde diensten die noodzakelijk zijn geworden ten gevolge van een terroristische handeling.

3. De hoogte van het macro-prestatiebedrag en van de macro-deelbedragen voor een jaar worden jaarlijks voor 1 oktober van het daaraan voorafgaande jaar bij ministeriële regeling bepaald.

Artikel 3.2

1. De hoogte van de totale opbrengst van de nominale rekenpremie voor een jaar wordt jaarlijks voor 1 oktober van het daaraan voorafgaande jaar bij ministeriële regeling geraamd.

2. De hoogte van de totale opbrengst van het vrijwillig eigen risico voor een jaar wordt jaarlijks voor 1 oktober van het daaraan voorafgaande jaar bij ministeriële regeling geraamd.

§ 1.2. De verdeling van de macro-deelbedragen en de berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van de toekenning van de verevenings-bijdrage (ex ante) aan een zorgverzekeraar

Artikel 3.3

Het College zorgverzekeringen verdeelt de in artikel 3.1 genoemde macro-deelbedragen elk volgens de artikelen 3.4 tot en met 3.8 in deelbedragen.

Artikel 3.4

1. Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag kosten van B-dbc's over de zorgverzekeraars aan de hand van de verzekerden-aantallen per zorgverzekeraar, verdeeld naar leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, aard van het inkomen, SES en regio.
2. Onze Minister kent aan alle klassen van de genoemde criteria gewichten toe.
3. De klassen, bedoeld in het eerste lid, en de gewichten, bedoeld in het tweede lid, worden jaarlijks bij ministeriële regeling bepaald.

Artikel 3.5

1. Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp over de zorgverzekeraars aan de hand van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar, verdeeld naar leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, aard van het inkomen, SES en regio.
2. Onze Minister kent aan alle klassen van de genoemde criteria gewichten toe.
3. De klassen, bedoeld in het eerste lid, en de gewichten, bedoeld in het tweede lid, worden jaarlijks bij ministeriële regeling bepaald.

Artikel 3.6

Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging over de zorgverzekeraars aan de hand van historische gegevens per zorgverzekeraar.

Artikel 3.7

1. Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg over de zorgverzekeraars aan de hand van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar, verdeeld naar leeftijd en geslacht, FKG's psychische aandoeningen, aard van het inkomen, SES, éénpersoonsadres en GGZ-regio.
2. Onze Minister kent aan alle klassen van de genoemde criteria gewichten toe.
3. De klassen, bedoeld in het eerste lid, en de gewichten, bedoeld in het tweede lid, worden jaarlijks bij ministeriële regeling bepaald.

Artikel 3.8

1. Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties over de zorgverzekeraars aan de hand van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar, verdeeld naar leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, aard van het inkomen, SES en regio.
2. Onze Minister kent aan alle klassen van de genoemde criteria gewichten toe.

3. De klassen, bedoeld in het eerste lid, en de gewichten, bedoeld in het tweede lid, worden jaarlijks bij ministeriële regeling bepaald.

Artikel 3.9

Het College zorgverzekeringen sommeert de ingevolge artikelen 3.3 tot en met 3.8 aan een zorgverzekeraar toegerekende deelbedragen tot één normatief bedrag per zorgverzekeraar.

Artikel 3.10

1. Het College zorgverzekeringen brengt vervolgens op het normatieve bedrag, bedoeld in artikel 3.9, in mindering, de voor de zorgverzekeraar geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie en de voor de zorgverzekeraar geraamde opbrengst van het verplicht eigen risico.
2. De raming van de opbrengst van de nominale rekenpremie en van het verplicht eigen risico vindt plaats op een bij ministeriële regeling te bepalen wijze.
3. Het College zorgverzekeringen kent aan de zorgverzekeraar een vereveningsbijdrage toe ter hoogte van de uitkomst van de berekening, bedoeld in het eerste lid.
4. Het College zorgverzekeringen deelt aan de zorgverzekeraar het berekende normatieve bedrag, bedoeld in artikel 3.9, en de toegekende vereveningsbijdrage, bedoeld in het derde lid, mee, en geeft hierbij aan welke bedragen, bedoeld in het eerste lid, bij de toekenning van de vereveningsbijdrage zijn betrokken.

§ 1.3. De herberekening van het normatieve bedrag ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage (ex post) aan een zorgverzekeraar

Artikel 3.11

1. Ter vaststelling van de vereveningsbijdrage maakt het College zorgverzekeringen per zorgverzekeraar een herberekening van de deelbedragen, bedoeld in de artikelen 3.4 tot en met 3.8, waarbij het zich baseert op de gerealiseerde verzekerdenaantallen en de gerealiseerde kosten, en op de ingevolge dit besluit voor de onderscheiden deelbedragen relevante gegevens over het desbetreffende jaar.
2. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat het College zorgverzekeringen bij het maken van de herberekening:
a. voor bij die regeling te bepalen macro-deelbedragen van een andere hoogte uitgaat dan de hoogte die bij het berekenen van de toegekende vereveningsbijdragen is gehanteerd,
b. de gewichten, bedoeld in de artikelen 3.4, 3.5, 3.7 en 3.8, herberekent, of,
c. een gedeelte van de gerealiseerde kosten buiten beschouwing laat.
3. Indien het College zorgverzekeringen voor een zorgverzekeraar niet kan beschikken over een betrouwbaar beeld van de gerealiseerde kosten, kan het, in afwijking van het eerste lid, voor de daar bedoelde herberekening uitgaan van de gerealiseerde kosten van die zorgverzekeraar in een eerder jaar.

Artikel 3.12

Het College zorgverzekeringen deelt de onder de zorgverzekering gedekte, in het buitenland gemaakte kosten voor zorg en overige diensten overeenkomstig een bij ministeriële regeling te bepalen verdeelsleutel toe aan de kosten van B-dbc's, de variabele kosten van ziekenhuisverpleging

en kosten van specialistische hulp, de vaste kosten van ziekenhuisverpleging, de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg of de kosten van overige prestaties.

Artikel 3.13

1. Het College zorgverzekeringen past op het op grond van artikel 3.11 herberekende deelbedrag kosten van B-dbc's, op een bij ministeriële regeling te bepalen wijze hogekostencompensatie toe.
2. Het College zorgverzekeringen calculeert in een bij ministeriële regeling te bepalen mate na op het verschil tussen de kosten van B-dbc's enerzijds, en het resultaat na toepassing van het eerste lid anderzijds, leidende tot een nieuw deelbedrag per zorgverzekeraar.

Artikel 3.14

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 het op grond van artikel 3.11 herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, een bij ministeriële regeling te bepalen wijze hogekostencompensatie toe.
4. Het College zorgverzekeringen calculeert in een bij ministeriële regeling te bepalen mate na op het verschil tussen de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp enerzijds, en het resultaat na toepassing van het derde lid anderzijds, leidende tot een nieuw deelbedrag per zorgverzekeraar.

Artikel 3.15

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 in een bij ministeriële regeling te bepalen mate na op het verschil tussen de vaste kosten van ziekenhuisverpleging in het betreffende jaar enerzijds, en het op grond van artikel 3.11 herberekende deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging anderzijds, leidende tot een nieuw deelbedrag per zorgverzekeraar.

Artikel 3.16

1. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat het College zorgverzekeringen op het op grond van artikel 3.11 herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, op een bij die regeling te bepalen wijze hogekostencompensatie toepast.
2. Het College zorgverzekeringen calculeert in een bij ministeriële regeling te bepalen mate na op het verschil tussen de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg enerzijds, en het resultaat na eventuele toepassing van het gestelde in het eerste lid anderzijds.
3. Het resultaat van toepassing van het tweede lid, dan wel, indien van toepassing, van het eerste en tweede lid, leidt tot een nieuw deelbedrag per zorgverzekeraar.

Artikel 3.17

1. Het College zorgverzekeringen past op het op grond van artikel 3.11 herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties, op een bij ministeriële regeling te bepalen wijze hogekostencompensatie toe.
2. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat het College zorgverzekeringen in een bij die regeling te bepalen mate nacalculeert op het verschil tussen de kosten van overige prestaties enerzijds, en het resultaat na toepassing van het eerste lid anderzijds.
3. Het resultaat van toepassing van het eerste lid, dan wel, indien van toepassing, van het eerste en tweede lid, leidt tot een nieuw deelbedrag per zorgverzekeraar.

Artikel 3.18

Het College zorgverzekeringen sommeert de ingevolge de artikelen 3.11 tot en met 3.17 herberekende, aan een zorgverzekeraar toegerekende deelbedragen tot één normatief bedrag per zorgverzekeraar.

Artikel 3.19

1. Het College zorgverzekeringen brengt vervolgens op het normatieve bedrag, bedoeld in artikel 3.18, in mindering, de voor de zorgverzekeraar naar gerealiseerde verzekerdenaantallen berekende opbrengst van de nominale rekenpremie en de voor de zorgverzekeraar naar gerealiseerde verzekerdenaantallen genormeerde opbrengst van het verplicht eigen risico.
2. De berekening van de naar gerealiseerde verzekerdenaantallen berekende opbrengst van de nominale rekenpremie en van de naar gerealiseerde verzekerdenaantallen genormeerde opbrengst van het verplicht eigen risico, vindt plaats op een bij ministeriële regeling te bepalen wijze.
3. Het College zorgverzekeringen stelt de vereveningsbijdrage vast op de uitkomst van de berekening, bedoeld in het eerste lid.
4. Het College zorgverzekeringen deelt aan de zorgverzekeraar het normatieve bedrag, bedoeld in artikel 3.18, en de vastgestelde vereveningsbijdrage, bedoeld in het derde lid, mee, en geeft hierbij aan welke bedragen, bedoeld in het eerste lid, bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage zijn betrokken.

§ 1.4 Nadere bepalingen met betrekking tot §1.3

Artikel 3.20

1. Het College zorgverzekeringen kan het normatieve bedrag, bedoeld in artikel 3.18, en de vereveningsbijdrage, bedoeld in artikel 3.19, ten behoeve van een zorgverzekeraar voorlopig vaststellen.
2. Het College zorgverzekeringen kan bij een voorlopige vaststelling als bedoeld in het eerste lid, de hogekostencompensatie, bedoeld in de artikelen 3.13, 3.14, 3.16 of 3.17 achterwege laten of de nacalculatie, bedoeld in de artikelen 3.13 tot en met 3.17 achterwege laten.
3. Artikel 3.19, vierde lid, is van overeenkomstige toepassing.

Artikel 3.21

1. Waar het College zorgverzekeringen bij de berekening van het normatieve bedrag, bedoeld in artikel 3.9 of 3.18, 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.

§ 1.5. Aanvullingen op de vereveningsbijdrage aan een zorgverzekeraar

Artikel 3.22

1. In aanvulling op de vereveningsbijdrage, bedoeld in de artikelen 3.10 en 3.19, verstrekt het College zorgverzekeringen een uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar.
2. De uitkering is gelijk aan een jaarlijks bij ministeriële regeling te bepalen bedrag, vermenigvuldigd met het aantal verzekerden jonger dan achttien jaar op 1 juli van het jaar waarop de vereveningsbijdrage betrekking heeft.

Artikel 3.23

1. In aanvulling op de vereveningsbijdrage, bedoeld in de artikelen 3.10 en 3.19, 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 vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars.
3. Bij ministeriële regeling wordt de wijze waarop het College zorgverzekeringen de uitkering, bedoeld in het eerste lid vaststelt, geregeld.

Artikel 3.24

1. In aanvulling op de vereveningsbijdrage, bedoeld in artikel 3.19, verstrekt het College zorgverzekeringen een bijdrage voor het onder de dekking van de zorgverzekering houden van verzekerden ten aanzien van wie niet aan de premieplicht, bedoeld in artikel 16 van de Zorgverzekeringswet, is voldaan.
2. De bijdrage, bedoeld in het eerste lid, wordt slechts verstrekt indien:
a. een premieschuld bestaat van zes maal de premie op maandbasis of meer;
b. de zorgverzekeraar ten aanzien van de verzekerden met premieschuld handelt volgens de terzake door de zorgverzekeraars vastgestelde regels dan wel anderszins aantoont zich voldoende te hebben ingespannen om te komen tot inning van de verschuldigde premie, en
c. de zorgverzekering, nadat de onder a bedoelde situatie is ontstaan, gedurende het resterende deel van het kalenderjaar niet door de zorgverzekeraar is opgezegd of ontbonden, noch de dekking ervan is geschorst of beperkt.
3. De omvang van de bijdrage wordt bij ministeriële regeling bepaald.

ARTIKEL II

In artikel 67, vijfde lid, van het Besluit prudentiële regels Wft wordt «artikel 1, onderdeel q» vervangen door: artikel 1, onderdeel x.

ARTIKEL III

Het Besluit zorgverzekering zoals dat luidde op 14 september 2008, blijft van toepassing op de toekenning en vaststelling van vereveningsbijdragen over jaren gelegen voor 2009.

ARTIKEL IV

Dit besluit treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van het Staatsblad waarin het wordt geplaatst en werkt terug tot en met 15 september 2008.

Het advies van de Raad van State wordt niet openbaar gemaakt op grond van artikel 25a, vijfde lid j° vierde lid, onder b van de Wet op de Raad van State, omdat het uitsluitend opmerkingen van redactionele aard bevat.

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

’s-Gravenhage, 9 december 2008

Beatrix

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink

Uitgegeven de *tweeëntwintigste* december 2008

De Minister van Justitie,
E. M. H. Hirsch Ballin

STB12146
ISSN 0920 - 2064
Sdu Uitgevers
’s-Gravenhage 2008

NOTA VAN TOELICHTING

Algemeen

Doel vereveningsbijdrage

Een zorgverzekeraar dient iedere verzekeringsplichtige die een zorgverzekering met hem wenst te sluiten, te accepteren. Dat is in de Zorgverzekeringswet (Zvw) geregeld. Die wet bepaalt ook, dat de premie die de zorgverzekeraar voor een dergelijke zorgverzekering vraagt, niet mag worden afgestemd op het gezondheidsrisico of op andere kenmerken van de verzekerde. Zonder nadere maatregelen is het gevolg van deze acceptatieplicht en dit verbod van premiedifferentiatie, dat zorgverzekeraars met relatief veel ongezonde verzekerden in de zorgverzekeringsportefeuille, in het nadeel zijn ten opzichte van zorgverzekeraars met een relatief gezonde populatie, omdat zij gegeven hun populatie welhaast gedwongen zijn een hogere premie te vragen dan hun concurrent met een gezondere populatie. Dit ondermijnt het gelijke speelveld waarop de concurrentie tussen zorgverzekeraars zich moet afspelen.

Om dit te voorkomen, is in paragraaf 4.2 van de Zvw bepaald dat zorgverzekeraars jaarlijks van het College zorgverzekeringen (CVZ) een «vereveningsbijdrage» ontvangen, die uit het Zorgverzekeringsfonds gefinancierd wordt. Deze bijdrage, die berekend wordt aan de hand van een aantal objectieve kenmerken van de verzekerden van iedere zorgverzekeraar, beoogt voor de verzekeraars onbeïnvloedbare risico-verschillen in hun zorgverzekerdenportefeuilles te effenen, zodat zij op dit punt in een gelijke uitgangspositie worden gebracht en derhalve eerlijk met elkaar kunnen concurreren. Weet de zorgverzekeraar welk bedrag hij in het komende jaar aan vereveningsbijdrage zal krijgen, dan zal hij vervolgens de nominale premie kunnen vaststellen die hij over dat jaar voor zijn zorgverzekeringen vraagt.

Hoofdstuk 3, paragraaf 1, van het Besluit zorgverzekering bevat de belangrijkste nadere regels over de vereveningsbijdragen: bepaald wordt met welke verzekerdencriteria bij de berekening van die bijdragen rekening wordt gehouden, en hoe de bijdrage op hoofdlijnen wordt berekend. De gedetailleerde uitwerking van deze regels is vervolgens te vinden in hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekeringen, in bijlagen daarbij en in beleidsregels van het CVZ.

Hoofdlijnen procedure verstrekking risicovereveningsbijdrage

Op hoofdlijnen ziet de procedure om te komen tot de risico-vereveningsbijdragen over het jaar t er als volgt uit.

Ieder jaar voor 1 oktober van het jaar t–1 raamt de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het totale bedrag dat in t voor de op grond van de zorgverzekeringen gedekte zorg nodig zal zijn (art. 32, vierde lid, onderdeel a, Zvw). Dit bedrag wordt wel het «macro-prestatiebedrag» genoemd. Het macro-prestatiebedrag wordt opgebouwd uit vijf macro-deelbedragen voor vijf clusters van geneeskundige zorg (art. 3.1). Vervolgens berekent het CVZ op basis van de voor het desbetreffende cluster relevante verzekerdenkenmerken, het aandeel dat iedere zorgverzekeraar naar verwachting in jaar t zal hebben in de kosten van het desbetreffende cluster (artt. 3.3 tot en met 3.8). Het CVZ telt deze aandelen per verzekeraar op tot één bedrag per verzekeraar (art. 3.9). Dit normatieve, vantevoren (ex ante) bepaalde bedrag, geeft derhalve het totale bedrag weer dat de zorgverzekeraar, gegeven de in t–1 bekende

kenmerken van zijn verzekerdenpopulatie, naar verwachting in t aan op grond van zijn zorgverzekeringen verzekerde zorg kwijt zal zijn. Op dit normatieve bedrag brengt het CVZ de bij de verzekeraar te verwachten opbrengst van de nominale rekenpremie en van het verplicht eigen risico in mindering (art. 3.10) waarna het CVZ het restant, samen met de aanvulling, bedoeld in artikel 3.22, voor 1 november van t–1 aan de verzekeraar toekent (art. 32, zesde lid, Zvw).

Uiteraard kan de daadwerkelijke situatie bij een zorgverzekeraar in jaar t verschillen van die waarmee in t–1 bij de toekenning van de vereveningsbijdrage rekening is gehouden. Het kan bijvoorbeeld zijn, dat veel verzekerden per 1 januari van jaar t naar de zorgverzekeraar zijn overgestapt of juist bij hem zijn weggegaan, en bovendien kan de samenstelling van zijn verzekerdenpopulatie inmiddels zijn gaan afwijken van de verzekerdenkenmerken waarmee bij de toekenning rekening is gehouden. Voorts is niet uit te sluiten dat er in jaar t achteraf bezien per cluster van prestaties meer of minder kosten zijn geweest, waardoor mogelijk de macro-deelbedragen per cluster gewijzigd moeten worden.

Daarom voorziet de Zvw in artikel 34 in een herberekening van de vereveningsbijdrage, die uiterlijk eind t+2 uitmondt in een vaststelling van deze bijdrage over t (ex post berekening). Indien de macro-deelbedragen ten opzichte van de bij de toekenning gehanteerde bedragen nog wijziging behoeven, geschiedt dat eerst. Vervolgens herberekent het CVZ, maar nu op basis van gerealiseerde verzekerdenaantallen over t en met inachtneming van de gerealiseerde verzekerden-kenmerken van diens portefeuille in dat jaar, per verzekeraar alle aandelen die hij in de macro-deelbedragen had (art. 3.11).

Daarna wordt per herberekend aandeel in een macro-deelbedrag, hogekostencompensatie en/of nacalculatie toegepast. Hogekostencompensatie komt tegemoet aan kostenverschillen tussen zorgverzekeraars als gevolg van ongelijke verdeling van verzekerden met extreem hoge schades (d.w.z., in 2009, een zorggebruik ter waarde van meer dan € 20 000). Het vooraf opsporen en compenseren voor deze verzekerden zou de complexiteit van het risicovereveningssysteem onevenredig doen toenemen. Nacalculatie wordt gebruikt om te compenseren voor het feit dat verzekeraars de kosten van sommige clusters van prestaties (nog) niet goed kunnen beïnvloeden. Zo zal op het verschil tussen de deelbedragen voor de vaste kosten voor ziekenhuisverpleging en voor de kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de werkelijk voor deze clusters van prestaties gemaakte kosten in 2009 nog volledig worden nagecalculeerd, terwijl op het verschil tussen het deelbedrag voor de overige prestaties en de werkelijk daarvoor gerealiseerde kosten niet zal worden nagecalculeerd. Op de overige twee clusters zal gedeeltelijk worden nagecalculeerd. Op het deelbedrag van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp wordt overigens na de gedeeltelijke nacalculatie de zogenoemde bandbreedteregeling toegepast. Een en ander zal worden uitgewerkt in de Regeling zorgverzekering.

De ex post compensatiemechanismen die in het vorige tekstblok zijn genoemd, compenseren op werkelijk gemaakte kosten. Daarmee wordt niet alleen gecompenseerd voor verschillen in de verzekerdenportefeuille (wat wenselijk is) maar gedeeltelijk ook voor doelmatigheidsverschillen tussen verzekeraars. Dat laatste is niet wenselijk, maar er kan op dit moment nog niet aan ontkomen worden. Dat komt doordat de Zvw nog niet lang genoeg in werking is om volledig betrouwbare verzekerdenkenmerken te hebben, doordat de introductie van de diagnosebehandelingcombinaties (dbc's) voor de medisch specialistische zorg en

de daarmee beoogde vrije-prijsvorming nog niet voltooid is en, wat betreft de geneeskundige ggz, doordat deze pas met ingang van 1 januari 2008 (in dbc-vorm) tot het onder de zorgverzekering te verzekeren pakket is gaan behoren. De hier bedoelde compensatiemechanismen worden echter geleidelijk afgebouwd. Ten opzichte van de vereveningbijdragen over 2008 is met voorliggend besluit dan ook de zogenoemde generieke verevening afgeschaft, terwijl daarnaast voor de vereveningsbijdragen over 2009 gestreefd wordt naar verbreding van de bandbreedte van de bandbreedteregeling (buiten welke grotendeels wordt nagecalculeerd). In de brieven van 16 januari 2007 en 24 september 2007 aan de Tweede Kamer (Kamerstukken II 2006/07 resp. 2007/08, 29 689, nr. 129 resp. 155) is uitgebreid ingegaan op de voorgenomen wijze van afbouw van de ex post compensatiemechanismen, en ook dit najaar heeft de Tweede Kamer een brief ontvangen over de wijze waarop de vereveningsbijdragen over het jaar 2009 zullen worden vastgesteld (Kamerstukken II 2008/09, 29 689, nr. 222).

Na toepassing van de respectieve ex-post compensatiemechanismen per – op basis van de verzekerdenaantallen en hun kenmerken – herberekend aandeel per verzekeraar, sommeert het CVZ de resultaten tot een nieuw normatief bedrag per verzekeraar. Net zoals dat in de toekenningsfase gold, worden hierop de geraamde opbrengst van de normatieve rekenpremie en de geraamde opbrengst van het eigen risico in mindering gebracht. Nadat bovendien de opslagen, bedoeld in artikel 3.22 en 3.24 zijn toepast, deelt het CVZ de zorgverzekeraar het eindresultaat, te weten de over jaar t vastgestelde vereveningsbijdrage, aan de zorgverzekeraar mee. Verschillen met de eerder toegekende vereveningsbijdrage kunnen daarbij met vereveningsbijdragen over andere jaren worden verrekend.

Tussentijds kan het CVZ evenwel het normatieve bedrag per zorgverzekeraar en de vereveningsbijdrage voorlopig vaststellen. Hierbij houdt het CVZ rekening met de daadwerkelijk gerealiseerde verzekerdenaantallen, maar kan de correctie voor de hogekostencompensatie en de nacalculatie voorlopig achterwege worden gelaten. De definitieve kosteninformatie die voor toepassing van deze laatste twee compensatiemechanismen nodig is, is pas veel later beschikbaar dan de informatie over de gerealiseerde verzekerdenaantallen. Door de tussentijdse, voorlopige vaststellingen krijgen de zorgverzekeraars al vrij snel enig inzicht in de omvang van de vereveningsbijdrage waar zij recht op hebben.

Inhoud voorliggend besluit

Met voorliggend besluit is de paragraaf over de vereveningsbijdrage in het Besluit zorgverzekering geheel opnieuw vastgesteld. Van majeure wijzigingen ten opzichte van 2008 is echter geen sprake. De reden voor vervanging van de gehele paragraaf is voornamelijk gelegen in de wens de desbetreffende artikelen van het Besluit (artt. 3.1 tot en met 3.24) toegankelijker te maken voor niet-deskundigen op het terrein van de risicoverevening.

De belangrijkste inhoudelijke wijzigingen betreffen de opname van vier nieuwe verzekerden-kenmerken, waarmee bij de berekening van de over 2008 toe te kennen vereveningsbijdrage ingevolge de Regeling zorgverzekering overigens al rekening is gehouden, de introductie van een nieuw cluster prestaties waarvoor een afzonderlijk macro-deelbedrag geldt, te weten het cluster «macro-deelbedrag kosten van B-dbc's», en de afschaffing van het ex post compensatie-mechanisme van de generieke verevening (zie boven).

Privacy en administratieve lasten

Ten opzichte van de risicoverevening over eerdere jaren, vindt geen wijziging plaats in de wijze van verwerking van gegevens over verzekerden: dit gebeurt gepseudonimiseerd. De pseudonimisering wordt uitgevoerd door een onafhankelijke derde-partij. Ten aanzien van deze pseudonimisering geldt een aantal door het College bescherming persoonsgegevens (CBP) geformuleerde voorwaarden. Eén van de voorwaarden is een audit door een externe auditor van het hele pseudonimisatieproces. In 2007 heeft deze audit plaatsgevonden, en het resultaat daarvan is door de auditor als voldoende beoordeeld. Hierover is het CBP geïnformeerd. Daarom is voorliggend besluit niet voor advies aan het CBP voorgelegd.

Voorliggende wijziging levert geen extra administratieve lasten voor het bedrijfsleven (de zorgverzekeraars) of de burgers op. Afgezien van het feit dat met de nieuwe vereveningscriteria ingevolge de Regeling zorgverzekering al bij de toekenning van de vereveningsbijdragen over 2008 rekening is gehouden (zie ook hierna), worden de voor het gebruik van die criteria relevante gegevens niet door de zorgverzekeraars of door de verzekerden zelf aangeleverd. De gegevens die voor de criteria sociaaleconomische status (SES) en eenpersoonshuishouden van belang zijn, zullen worden aangeleverd door de Belastingdienst, en gegevens over de GGZ-regio komen van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Wat betreft FKG's psychische aandoeningen, ten slotte, geldt dat deze kunnen worden afgeleid uit de gegevens die de zorgverzekeraars reeds voor de onderverdeling in FKG's moesten aanleveren.

Voorhangprocedure

Ingevolge artikel 124 Zvw is het concept-besluit op 24 september 2008 voorgehangen bij beide Kamers der Staten-Generaal (zie onder andere Kamerstukken II 2008/09, 31 700 XVI, nr. 3). De Tweede Kamer heeft naar aanleiding hiervan een aantal vragen gesteld, die bij brief van 17 november 2008 zijn beantwoord (Kamertukken II 2008/09, 31 700 XVI, nr. 87). In het onderstaande zijn daar, waar dat aangewezen is, delen van die beantwoording opgenomen.

Artikelsgewijs

Artikel I, onderdeel A

Artikel 1

Artikel 1, onderdelen f tot en met y, van het Besluit zorgverzekeringen bevat de definities van de begrippen die in paragraaf 3.1 (De vereveningsbijdrage) van het besluit gebruikt worden. Toegevoegd zijn allereerst de definities van «cluster van prestaties» en van «deelbedrag» (onderdelen l en m, voordien niet gedefinieerd) en van de macro-deelbedragen voor deze clusters van prestaties (onderdelen g tot en met k, voordien gedefinieerd in artikel 3.1). De onderdelen p, s, t en v bevatten definities van de vier nieuwe vereveningscriteria.

Ten eerste gaat het om het criterium SES (onderdeel s), een criterium waarmee bij de verdeling van alle macro-deelbedragen over de verzekeraars rekening wordt gehouden, met uitzondering van de verdeling van het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging. Uit literatuurstudie is gebleken dat er een duidelijke relatie is tussen gezondheid en sociaal-economische status. Tevens blijkt uit onderzoek dat een vereveningscriterium voor sociaal-economische status – op basis van

de overige criteria onverklaarbare – verschillen in zorgkosten overbrugt. Het criterium SES gaat uit van het gemiddelde inkomen per adres. In de Regeling zorgverzekering zal de wijze waarop met het SES wordt gewerkt, nader worden uitgewerkt. Personen woonachtig op een adres waar meer dan 15 personen staan ingeschreven, zullen als een aparte klasse worden afgezonderd. Alle personen woonachtig op een adres met maximaal 15 personen zullen worden verdeeld in drie klassen: personen met een laag inkomen (30%), een midden inkomen (40%) of een hoog inkomen (30%). De vier ontstane klassen zullen vervolgens worden onderverdeeld in drie leeftijdsklassen: 0–14 jaar, 15–64 jaar en 65 jaar en ouder. Dit zal resulteren in een vereveningscriterium met twaalf klassen. Tegelijk met de introductie van SES als vereveningscriterium, is het vereveningscriterium «regio» aangepast: dat wordt niet langer mede gebaseerd op het gemiddelde inkomen per postcodeniveau.

Daarnaast gaat het om de criteria «farmaceutische kostengroepen psychische aandoeningen (FKG's psychische aandoeningen»), «éénpersoonsadres» en «GGZ-regio», die louter voor de verdeling van het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van belang zijn.

Bij de toekenning van de vereveningsbijdragen voor 2008 is al met deze nieuwe criteria rekening gehouden (zie artt. 3.3 en verder van de Regeling zorgverzekering zoals deze wat betreft de risicoverevening voor 2008 luidt). Omdat artikel 32, vierde lid, onderdeel b, Zvw het rekening houden met in de Regeling zorgverzekering opgenomen vereveningscriteria slechts voor één jaar toestaat terwijl de vier criteria ook voor toekomstige jaren moeten worden gebruikt, zijn deze criteria nu op het niveau van het Besluit zorgverzekering geregeld.

De verplaatsing van de definitie van «in vitrofertilisatiepoging» naar onderdeel e (was onderdeel u) strekt overigens slechts daartoe, alle voor het te verzekeren pakket relevante definities enerzijds en alle voor de risicoverevening relevante definities anderzijds, bij elkaar te plaatsen.

Artikel I, onderdeel B

Nu de inhoud van artikel 3.16 naar artikel 3.23 is verplaatst, dienen ook de verwijzingen in artikel 2.3, derde lid, te worden aangepast.

Artikel I, onderdeel C

Artikel 3.1

Artikel 3.1 bepaalt uit welke macro-deelbedragen het jaarlijks in de Regeling zorgverzekering vast te stellen macro-prestatiebedrag is opgebouwd. De definities van de respectieve macro-deelbedragen, die voor voorliggende wijziging impliciet in artikel 3.1 waren opgenomen, zijn overgeheveld naar artikel 1, onderdelen g tot en met k, van het Besluit zorgverzekering. Vanaf de toekenning van de vereveningsbijdrage over 2009 wordt rekening gehouden met een nieuw cluster van prestaties en dientengevolge met een extra macro-deelbedrag, te weten (het macro-deelbedrag voor) het cluster «kosten van B-dbc's». B-dbc's zijn dbc's uit het zogenoemde B-segment, die anders dan (tot nog toe) de dbc's uit het A-segment, onderhandelbare tarieven kennen en bovendien goed te normeren zijn. Omdat verzekeraars voor de B-dbc's vrij prijsafspraken kunnen maken met de aanbieders van de desbetreffende specialistische hulp, ligt het in de rede hen daarover meer risico te laten lopen dan over de overige specialistische hulp. Om dat te bewerkstelligen, is het afsplitsen van de kosten van B-dbc's, die voor voorliggende wijziging nog

onderdeel maakten van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, nodig. De kosten van de desbetreffende B-dbc's worden nu ondergebracht in een afzonderlijk macro-deelbedrag voor de kosten van B-dbc's.

Artikel 3.2

In de ministeriële regeling worden jaarlijks de bedragen opgenomen die worden geraamd als de totale opbrengst van de nominale premie en als de totale opbrengst van het verplicht eigen risico.

Artikel 3.3

De inhoud van artikel 3.3 is niet gewijzigd. Er wordt niet meer gesproken van deelbedrag «per verzekeraar», nu het begrip «deelbedrag» in artikel 1, onderdeel m, als een zorgverzekeraar-specifiek bedrag is gedefinieerd.

Artikel 3.4

Dit artikel regelt aan de hand van welke verzekerdenkenmerken het macro-deelbedrag kosten van B-dbc's ex ante over de verzekeraars wordt verdeeld: rekening wordt gehouden met de (verwachte) aantallen verzekerden van een zorgverzekeraar, uitgesplitst naar leeftijd, geslacht, FKG's, DKG's, aard van het inkomen, SES en regio.

Artikel 3.5

Aan de vereveningscriteria waarmee bij de verdeling van het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp rekening wordt gehouden, is het criterium «SES» toegevoegd. Zoals in het voorgaande reeds is aangestipt, wordt reeds voor de vereveningsbijdragen 2008 met dit criterium gewerkt. Nu dit criterium ook voor het toekennen en vaststellen van vereveningsbijdragen over later jaren van belang zal zijn, wordt het criterium in het Besluit zorgverzekering opgenomen.

Artikel 3.6

De verdeling van het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging was voor de inwerkingtreding van dit besluit geregeld in artikel 3.4. Bepaald was dat het macro-deelbedrag werd verdeeld op basis van enerzijds een vergoeding voor de uitgaven die gefinancierd werden op basis van gelijke bedragen per verzekerde (een in de Regeling zorgverzekering te bepalen bedrag vermenigvuldigd met het verwachte aantal verzekerden bij de zorgverzekeraar), en anderzijds een vergoeding voor de uitgaven met betrekking tot de overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

Het gedeelte dat gebaseerd was op het vaste bedrag per verzekerde was bedoeld als vergoeding van de kosten van de zogenoemde «academische component», dat wil zeggen het deel van het ziekenhuisbudget van academische ziekenhuizen waarmee hun specifieke taken op het terrein van de behandeling van topreferente patiënten, de ontwikkel- en innovatiefunctie van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling, alsmede hun opleidingskosten worden gedekt. Deze kosten werden namelijk in 2005, 2006 en 2007 niet meer uit de reguliere tarieven (A-dbc's) of prijzen (B-dbc's) gedekt, maar uit een apart fonds, dat door zorgverzekeraars op basis van een vast bedrag per verzekerde werd gevuld. Sinds 1 januari 2008 kent de Zvw echter een artikel 123a, op grond waarvan de Minister van VWS academische ziekenhuizen of daarmee

gelijk te stellen ziekenhuizen voor de topreferente zorg, de innovatie en de ontwikkeling van de zorg (ten laste van het Zorgverzekeringsfonds) subsidieert. Verzekeraars dragen derhalve niet meer in deze kosten bij. Dat betekent dat de vast-bedrag-per-verzekerde-component in de verdeling van het macro-bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging kan komen te vervallen. (Voor de vereveningsbijdrage over 2008, die moest worden toegekend voordat duidelijk was of artikel 123a Zvw daadwerkelijk op 1 januari 2008 in werking zou treden, is het vaste bedrag in art. 3.4, eerste lid, van de Regeling zorgverzekering op € 0 gezet.) In plaats daarvan is nu in artikel 3.6 van het Besluit zorgverzekering geregeld dat dit macro-bedrag wordt verdeeld op basis van historische gegevens per zorgverzekeraar. Dit was voor de component van het deelbedrag vaste kosten die niet bestond uit het op het vaste bedrag per verzekerde gebaseerde deel, ook in voorgaande jaren al het geval (zie art. 3.4, tweede lid, van de Regeling zorgverzekering). Een en ander wordt nu echter op het niveau van het Besluit zorgverzekering in plaats van dat van de Regeling zorgverzekering geregeld.

Artikel 3.7

In het Besluit zorgverzekering is nu expliciet opgenomen dat het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg niet alleen op grond van verzekerdenaantallen naar leeftijd en geslacht, en naar regio wordt verdeeld, maar ook naar FKG's psychische aandoeningen (in 2009 zal overigens sprake zijn van één FKG psychische aandoeningen, maar de mogelijkheid is open gehouden dat er later meer worden), aard van het inkomen, SES, éénpersoonsadres en GGZ-regio. In artikel 3.3, derde lid, van de Regeling zorgverzekering was dit voor de vereveningsbijdragen over 2008 overigens al bepaald.

Het CVZ deelt verzekerden in naar FKG-klasse psychische aandoeningen aan de hand van het geneesmiddelengebruik van verzekerden voor psychische aandoeningen in het jaar, voorafgaand aan het jaar waarvoor de bijdragen aan de zorgverzekeraars worden berekend. Het criterium éénpersoonsadres wordt alleen gebruikt in het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ. Dit criterium komt tegemoet aan de constatering dat alleenstaanden relatief vaker gebruik maken van de geneeskundige GGZ dan personen die deel uit maken van een huishouden bestaande uit twee of meer personen. Het vereveningscriterium eenpersoonsadres is van toepassing op personen die als enige op een adres staan ingeschreven. In het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ wordt een GGZ regio-clustering gebruikt.

Artikel 3.8

Aan de vereveningscriteria waarmee bij de verdeling van het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties (waaronder vallen de kosten van huisartsenzorg, paramedische zorg, farmacie en hulpmiddelen) rekening wordt gehouden, is het criterium «SES» toegevoegd. Voor een verdere toelichting zij verwezen naar de toelichting op artikel 3.5.

Artikelen 3.9 en 3.10

De inhoud van deze artikelen stond voor de inwerkingtreding van voorliggend besluit in artikel 3.7. Artikel 3.9 bepaalt dat het CVZ de op grond van de artikelen 3.3 tot en met 3.8 per verzekeraar berekende deelbedragen bij elkaar optelt en aldus tot één, normatief bedrag komt. Dat bedrag staat voor de zorgkosten die de verzekeraar in t, gelet op de gegevens over zijn verzekerdenportefeuille die in t–1 beschikbaar zijn, naar verwachting zal hebben.

Om tot de toe te kennen vereveningsbijdrage te komen, moet vervolgens de verwachte opbrengst van de nominale rekenpremie, en de verwachte opbrengst van het verplicht eigen risico worden afgetrokken. De nominale rekenpremie is een door de Minister van VWS in t–1 geraamd bedrag, dat een gemiddeld werkende zorgverzekeraar zijn volwassen verzekerden zou moeten berekenen om de te verwachten zorgkosten te dekken, indien hij daarnaast zijn vereveningsbijdrage voor de dekking van die zorgkosten gebruikt. De nominale rekenpremie is dus niet gelijk aan de werkelijke nominale premie die een verzekeraar van zijn volwassen verzekerden zal vragen. Enerzijds niet omdat in de nominale rekenpremie geen rekening wordt gehouden met de uitvoeringskosten van de verzekeraar zelf, anderzijds niet, omdat de verzekeraars vrij zijn in het vaststellen van hun (nominale) premies en deze dus, anders dan de nominale rekenpremie, per verzekeraar en zelfs per verzekeringsvariant kunnen verschillen. De opbrengst van de nominale rekenpremie per verzekeraar is gelijk aan het aantal bij de zorgverzekeraar te verwachten verzekerden van achttien jaar of ouder, vermenigvuldigd met de nominale rekenpremie. De opbrengst van het verplichte eigen risico is gelijk aan het totale bedrag dat de verzekeraar in t naar verwachting van de verzekerden ontvangt omdat zij zorg hebben genoten die onder hun verplicht eigen risico valt.

Het normatieve bedrag, bedoeld in artikel 3.9, minus de opbrengst van de nominale rekenpremie en van het verplicht eigen risico, is de vereveningsbijdrage die de zorgverzekeraar over t wordt toegekend (art. 3.10, derde lid).

Artikel 3.11

De artikelen 3.11 tot en met 3.19 gaan over de ex post herberekening van de vereveningsbijdrage, leidend tot de vaststelling van de bijdrage over t uiterlijk eind t+2 (art. 34, eerste lid, Zorgverzekeringswet).

Artikel 3.11 beoogt inhoudelijk niets anders te regelen dan artikel 3.9, eerste tot en met derde lid, van het Besluit zorgverzekering zoals dat voor de inwerkingtreding van voorliggende wijziging luidde. Wel is beoogd een en ander begrijpelijker te verwoorden. De kern van de bepaling, namelijk dat het CVZ (in t+2) de vereveningsbijdrage allereerst dient te herberekenen aan de hand van de in t werkelijk gemaakte kosten, de gerealiseerde verzekerdenaantallen en hun werkelijke verzekerdenkenmerken (die impliciet in artikel 3.9, derde lid, besloten lag) is nu in het eerste lid opgenomen.

Het tweede lid, onderdeel a, maakt het mogelijk om bij de herberekening, nadat dat in de Regeling zorgverzekering is bepaald, van andere macro-deelbedragen uit te gaan dan de macro-deelbedragen waarvan bij de toekenning is uitgegaan. Dergelijke «macro-nacalculatie» beoogt afwijkingen tussen de macro-kostenramingen (op basis waarvan de vereveningsbijdragen in t–1 zijn berekend en toegekend) en macro-kostenrealisatie in t te compenseren. Alle zorgverzekeraars samen lopen daardoor in t geen risico op de totale kostenontwikkeling. Als de macro-kosten hoger uitvallen (bijvoorbeeld doordat de macro-kosten van de zorg door een hogere sectorale loon- of prijsontwikkeling bij de zorgaanbieders meer zijn gestegen dan verwacht) wordt een evenredig hogere vereveningsbijdrage toegekend, als de macro-kosten lager uitvallen gaat de vereveningsbijdrage omlaag.

In ieder geval indien de kosten wijzigen, zullen ook de gewichten, bedoeld in de artikelen 3.4, 3.5, 3.7 en 3.8 van het Besluit zorgverzekering moeten worden herberekend (tweede lid, onderdeel b).

Het tweede lid, onderdeel c, ten slotte, bevat de mogelijkheid in de Regeling zorgverzekering te bepalen dat bij de vaststelling van de vereveningsbijdragen een gedeelte van de gerealiseerde kosten buiten beschouwing wordt gelaten. Dit kan bijvoorbeeld noodzakelijk zijn in het geval van de verrekening van macro-kosten tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars in verband met de overdekking van ziekenhuizen. Deze «overdekkingskosten» zijn opgenomen als gerealiseerde kosten. Echter, deze kosten moeten de ziekenhuizen nog terugbetalen aan zorgverzekeraars. Voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage worden deze «overdekkingskosten» daarom buiten beschouwing gelaten.

Mocht het CVZ niet kunnen beschikken over de gerealiseerde kosten en aantallen verzekerden van het betreffende jaar, dan kunnen voor de herberekening de relevante gegevens van een eerder jaar worden gebruikt (derde lid).

Artikel 3.12

Ook in het buitenland kan voor rekening van de zorgverzekering zorg worden genoten. Buitenlandse zorgaanbieders houden bij het opstellen van hun rekeningen voor die zorg geen rekening met de wijze waarop Nederland zijn zorgkosten indeelt. Zo zullen de kosten voor specialistische hulp in het buitenland niet worden gespecificeerd naar A- of B-dbc's respectievelijk naar vaste kosten of variabele kosten. Evenzo zal niet altijd duidelijk zijn of een rekening voor ggz wordt gepresenteerd of voor ander specialistische hulp. In de Regeling zorgverzekering zal worden geregeld aan welke clusters van prestaties de kosten van in het buitenland verleende zorg worden toegerekend indien niet duidelijk is welke soort zorg nu precies is geleverd. De inhoud van dit artikel stond eerder in artikel 3.8, vierde en vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering. De daar gehanteerde onderverdeling is verouderd en sloot ook niet goed aan op de wijze waarop een en ander nader in de Regeling zorgverzekering was geregeld.

Artikel 3.13

Nadat het CVZ voor een verzekeraar het deelbedrag kosten van B-dbc's op basis van de gerealiseerde verzekerdenaantallen naar de relevante (zie artikel 3.4) verzekerdenkenmerken en de gerealiseerde kosten, heeft herberekend, past het op het resultaat hogekostencompensatie toe, waarna het nacalculeert. De wijze waarop en de mate waarin dit geschiedt, worden in de Regeling zorgverzekering bepaald.

Artikel 3.14

Artikel 3.14 bepaalt welke ex post compensatiemechanismen op de kosten van ziekenhuisverpleging en specialistisch hulp worden toegepast. Het artikel is gelijk aan artikel 3.9 van het Besluit zoals dat voor voorliggende wijziging luidde, met dien verstande dat de generieke verevening is komen te vervallen. Daarmee is de generieke verevening enkele jaren eerder afgeschaft dan de Zvw voorschrijft (zie art. 34, derde lid, Zvw).

Artikel 3.15

Artikel 3.15 is inhoudelijk gelijk aan artikel 3.10 van het Besluit zoals dat voor onderhavige wijziging luidde. Op de vaste kosten voor ziekenhuisverpleging wordt nagecalculeerd.

Artikel 3.16

Dit artikel wijkt op twee punten af van artikel 3.12 zoals dat voor voorliggende wijziging luidde. Allereerst is het voorschrift om op een bij ministeriële regeling te bepalen wijze hogekostencompensatie toe te passen, vervangen door een bepaling die zegt dat bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat hogekostencompensatie plaatsvindt. De reden hiervoor is dat de deelbedragen kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in ieder geval over 2008 en 2009 volledig zullen worden nagecalculeerd. Hogekostencompensatie is dan uiteraard overbodig. Aangezien het de bedoeling is naarmate er meer gegevens beschikbaar komen over gebruik van ggz-zorg binnen de zorgverzekering, de mate van nacalculatie af te bouwen, wordt wel de mogelijkheid gehandhaafd om – voor vereveningsbijdragen over later jaren – hogekostencompensatie toe te passen. De tweede wijziging betreft het schrappen van de generieke verevening als ex post compensatie-instrument. Ook dit instrument heeft naast volledige nacalculatie geen zin, maar hier geldt, anders dan voor de hogekostencompensatie en mede gezien artikel 34, derde lid, Zvw, dat het ongewenst is de mogelijkheid van toepassing van dit instrument te handhaven.

Artikel 3.17

Ook bij de herberekening van de kosten van overige prestaties is de generieke verevening (zie artikel 3.11 van het Besluit zoals dat voor voorliggende wijziging luidde) geschrapt. In plaats daarvan is de mogelijkheid van nacalculatie (na hogekostencompensatie) toegevoegd. Hiervan zal overigens voor de vaststelling van de vereveningsbijdragen over 2009, net als dat voor de vaststelling van de bijdragen over 2007 en 2008 ingevolge de Regeling zorgverzekering het geval is, geen gebruik worden gemaakt. De zorgverzekeraars zijn en blijven derhalve voor de kosten van de overige prestaties (nadat onbeïnvloedbare kostenverschillen als gevolg van het verschil in verzekerdenportefeuilles zijn uitgevlakt) volledig risicodragend.

Artikelen 3.18 en 3.19

Na de bij en krachtens de artikelen 3.11 tot en met 3.17 voorgeschreven herberekening van de deelbedragen per zorgverzekeraar telt het CVZ deze per verzekeraar op tot een nieuw normatief bedrag (art. 3.18; dit is inhoudelijk gelijk aan artikel 3.13 van het Besluit zorgverzekering zoals dat voor voorliggende wijziging luidde). Nadat daarop de naar gerealiseerde verzekerdenaantallen berekende opbrengst van de nominale rekenpremie en de op basis van het gerealiseerde aantal verzekerden in t genormeerde opbrengst van het verplicht eigen risico in t in mindering is gebracht, resulteert de vast te stellen risicovereveningsbijdrage (art. 3.19). De gerealiseerde aantallen verzekerden van zeventien jaar en jonger worden bij de berekening buiten beschouwing gelaten. Dit zal in de Regeling zorgverzekering worden bepaald.

Artikel 3.20

De Zvw gaat uit van een toekenning van de vereveningsbijdrage over t in t–1 (art. 32 Zvw en paragraaf 1.2 van het Besluit zorgverzekering) en een vaststelling van die bijdrage uiterlijk eind t+2 (art. 34 Zvw en paragraaf 1.3 van het Besluit zorgverzekeringen). In de praktijk vinden er na de toekenning ook voorlopige vaststellingen plaats. Reden voor een dergelijke tussentijdse vaststelling is onder meer dat het CVZ al vrij snel na ommekomst van t inzicht heeft in de daadwerkelijk gerealiseerde verzekerdenaantallen – uitgesplitst naar kenmerken – op grond waarvan

reeds een eerste voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage kan plaatsvinden. Definitieve kosteninformatie op grond waarvan mechanismen als hogekostencompensatie en nacalculatie kunnen worden toegepast, kent echter veelal een aanzienlijke vertraging. Pas als alle informatie beschikbaar is, kan de definitieve vaststelling van de bijdrage plaatsvinden. Het tweede lid geeft aan dat het CVZ bij de voorlopige vaststelling bevoegd is om de correctie op de gewichten voor hogekostencompensatie en/of de nacalculatie nog niet toe te passen.

Artikelen 3.21 tot en met 3.24

Deze artikelen zijn inhoudelijk gelijk aan de artikelen 3.14, 3.15, 3.16 en 3.18 van het Besluit zorgverzekering zoals dat voor onderhavige wijziging luidde. De inhoud van artikel 3.17 van die versie, die regelde dat de opbrengst van het verplicht eigen risico op de normatieve bedragen per verzekeraar in mindering moet worden gebracht om tot de toe te kennen respectievelijk vast te stellen vereveningsbijdrage per verzekeraar te komen, is nu verwerkt in de artikelen 3.10 en 3.19. Artikel 3.24 zal worden geschrapt wanneer het wetsvoorstel houdende Wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Wet op de zorgtoeslag en enige andere wetten, houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering; Kamerstukken II 2008/09, 31 736, nrs. 1–3) in werking treedt. De hoofdregels voor de vergoeding die de zorgverzekeraars ontvangen voor het volledig verzekerd houden van verzekerden met een premie-achterstand van zes of meer maandpremies zullen vanaf dat moment namelijk op het niveau van de wet in formele zin geregeld zijn, te weten in artikel 34a Zvw. Uitwerking van deze hoofdregels zal bij ministeriële regeling, namelijk in de Regeling zorgverzekering, geschieden.

Artikel II

In artikel 67, vijfde lid, van het Besluit prudentiële regels Wft wordt verwezen naar de hogekostencompensatie, bedoeld in artikel 1, onderdeel q, van het Besluit zorgverzekering. Nu de hogekostencompensatie in onderdeel x van laatstgenoemd artikel gedefinieerd wordt, dient ook de verwijzing in het Besluit prudentiële regels Wft te worden aangepast.

Artikel III

Het is de bedoeling dat de nieuwe risicovereveningsparagraaf van het Besluit zorgverzekering pas van toepassing wordt op de vereveningsbijdragen over 2009, die in het najaar van 2008 worden toegekend. Op de vaststelling van de vereveningsbijdragen over 2006, 2007 en 2008 blijft het voordien geldende recht derhalve van toepassing. Artikel III regelt dat.

Artikel IV

Voorliggend besluit zal waarschijnlijk, mede ten gevolge van de voorgeschreven voorhang-procedure (art. 124 Zvw) niet meer tijdig in werking kunnen treden. «Tijdig» wil in dit verband zeggen: zo vroeg, dat het al voor de start van de in artikel 32 Zvw beschreven toekennings-procedure van de vereveningsbijdragen over 2009 (1 oktober 2008) in werking is. Daarom regelt het besluit terugwerkende kracht. De datum waarnaar wordt teruggewerkt dient gezien het bovenstaande voor

1 oktober 2008 te liggen. Gekozen is voor 15 september 2008. De nog voor de vereveningsbijdragen over 2009 te wijzigen Regeling zorgverzekering zal dan tussen die datum en 1 oktober 2008 kunnen gaan gelden.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink