

## 654

### **Besluit van 16 december 2011, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met beperking van de ex post compensatiemechanismen voor de vaststelling van 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 19 juli 2011, kenmerk Z/F-3072311;

Gelet op de artikelen 32, tweede en derde lid, en 34, derde lid, van de Zorgverzekeringswet;

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van 19 september 2011, no. W.13.11.0295/III);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 12 december 2011, kenmerk Z/F-3093659;

Hebben goedgevonden en verstaan:

#### **ARTIKEL I**

Het Besluit zorgverzekering wordt als volgt gewijzigd:

A

De onderdelen g tot en met aa van artikel 1 komen te luiden:

g. *vereveningsjaar*: het kalenderjaar waarop een vereveningsbijdrage betrekking heeft;

h. *cluster van prestaties*: het cluster «dbc-zorgproducten in het vrije segment», het cluster «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp», het cluster «vaste kosten van ziekenhuisverpleging», het uit de clusters «geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar» en «geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder» bestaande cluster «geneeskundige geestelijke gezondheidszorg» of het cluster «overige prestaties»;

i. *kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment*: de kosten van onder de dekking van een zorgverzekering vallende dbc-zorgproducten in het vrije segment, voor zover niet bij ministeriële regeling is bepaald dat deze als tot een ander cluster behorende kosten worden aangemerkt;

j. *variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialis-*

*tische 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 deze kosten onder de dekking van een zorgverzekering vallen en niet bij ministeriële regeling is bepaald dat deze als tot een ander cluster behorende kosten worden aangemerkt;

k. *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, alsmede bij ministeriële regeling aan te wijzen kosten, dit alles voor zover deze kosten onder de dekking van een zorgverzekering vallen;

l. *kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg*: de in de kosten voor verzekerden jonger dan achttien jaar enerzijds en de kosten voor verzekerden van achttien jaar en ouder anderzijds onder te verdelen kosten van geneeskundige zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden alsmede het daarmee gepaard gaande verblijf, voor zover deze kosten onder de dekking van een zorgverzekering vallen;

m. *kosten van overige prestaties*: de kosten van onder de dekking van een zorgverzekering vallende prestaties die niet als tot een ander cluster behorende kosten worden aangemerkt;

n. *macro-deelbedrag*: een in de ministeriële regeling, bedoeld in artikel 3.1, derde lid, voor een cluster van prestaties genoemd bedrag dat ex ante over de zorgverzekeraars wordt verdeeld;

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

p. *leeftijd en geslacht*: vereveningscriteria op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld op grond van hun leeftijd, hun geslacht of hun leeftijd en geslacht;

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

r. *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;

s. *DKG's*: diagnose kostengroepen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in kostenhomogene klassen met verschillende chronische aandoeningen die geïdentificeerd zijn op grond van de uitgevoerde diagnose behandeling combinaties;

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

u. *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 gemiddelde inkomen per adres;

v. *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»;

w. *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;

x. *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, sociaaleconomische omstandigheden en geestelijke gezondheid;

y. *kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel*: kosten per verzekerde van intramuraal en extramuraal gebruik van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in het voorafgaande jaar, die hoger zijn dan een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag;

z. *kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel*: kosten per verzekerde van intramuraal en extramuraal gebruik van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in het voorafgaande jaar, die hoger zijn dan een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag;

aa. *meerjarig hoge kosten*: een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden op basis van de kosten van de zorg die zij in de drie jaren voorafgaande aan het vereveningsjaar hebben genoten, worden ingedeeld in klassen van voorspelbare zorgkosten;

bb. *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;

cc. *geraamde kosten*: de bij de ministeriële regeling, bedoeld in artikel 3.1, derde lid, bepaalde macro-deelbedragen, vermeerderd of verminderd met na vaststelling van deze deelbedragen maar voor 1 januari van het vereveningsjaar geraamde, bij ministeriële regeling te bepalen kosten die het gevolg zijn van wijzigingen in de over het vereveningsjaar op grond van een zorgverzekering te verzekeren prestaties waarmee bij het opstellen van de ministeriële regeling, bedoeld in artikel 3.1, derde lid, nog geen rekening kon worden gehouden;

dd. *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 aangewezen deelbedragen, voor zover zij uitgaan boven een bij ministeriële regeling te omschrijven drempel;

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

ff. *bandbreedte*: een bedrag waarboven en waaronder meer- of minderkosten kunnen worden nagecalculeerd.

## B

Artikel 3.1 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid, onderdeel a, komt te luiden:

a. het macro-deelbedrag kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment;

2. In het derde lid wordt «voor een jaar» vervangen door: voor een vereveningsjaar.

## C

In artikel 3.2 wordt «voor een jaar» telkens vervangen door: voor een vereveningsjaar.

## D

In artikel 3.3 wordt «elk volgens de artikelen 3.4 tot en met 3.8 in deelbedragen» vervangen door: op de bij en krachtens de artikelen 3.4 tot en met 3.8a bepaalde wijze in deelbedragen.

E

Artikel 3.4, eerste lid, komt te luiden:

1. Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment 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, meerjarig hoge kosten en regio.

F

In artikel 3.5, eerste lid, wordt «SES en regio» vervangen door: SES, meerjarig hoge kosten en regio.

G

In artikel 3.6, eerste lid, wordt «aan de hand van historische gegevens per zorgverzekeraar» vervangen door: aan de hand van verzekerdenaantallen en van historische gegevens per zorgverzekeraar.

H

In artikel 3.8, eerste lid, wordt «SES en regio» vervangen door: SES, meerjarig hoge kosten en regio.

I

Na artikel 3.8 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

#### **Artikel 3.8a**

In afwijking van de artikelen 3.4, 3.5 en 3.8 worden verzekerden die in het buitenland wonen ingedeeld in de klasse «Geen FKG» respectievelijk «DKG «0»» en worden de bij deze klasse behorende gewichten voor deze verzekerden op bij ministeriële regeling bepaalde wijze door het College zorgverzekeringen vastgesteld.

J

De artikelen 3.11 tot en met 3.13 komen te luiden:

#### **Artikel 3.11**

1. Na het vereveningsjaar herberekent het College zorgverzekeringen de deelbedragen, bedoeld in de artikelen 3.4 tot en met 3.8, op de bij en krachtens dit artikel en de artikelen 3.12 tot en met 3.17 bepaalde wijze.

2. Met inachtneming van het bepaalde bij en krachtens de artikelen 3.13, 3.14 en 3.15, eerste lid, bepaalt het College zorgverzekeringen de over het vereveningsjaar gerealiseerde kosten per cluster van prestaties voor alle zorgverzekeraars tezamen.

3. Tot de gerealiseerde kosten behoren niet kosten waarvoor bijdragen als bedoeld in artikel 3.23 zijn verstrekt.

4. Het College zorgverzekeringen corrigeert de geraamde kosten per cluster van prestaties voor het werkelijke aantal verzekerden in het vereveningsjaar en hun werkelijke verzekerdenkenmerken.

5. Met inachtneming van bij ministeriële regeling te bepalen regels herberekent het College zorgverzekeringen, uitgaande van de door alle zorgverzekeraars tezamen gerealiseerde kosten voor het desbetreffende cluster van prestaties, de gewichten, bedoeld in de artikelen 3.4, 3.5, 3.7, 3.8 en 3.8a, door deze te vermenigvuldigen met een factor die gelijk is aan

het quotiënt van de gerealiseerde kosten, bedoeld in het tweede lid, en de gecorrigeerde geraamde kosten, bedoeld in het vierde lid.

6. Bij ministeriële regeling wordt bepaald in welke mate een verzekerde die niet gedurende het gehele vereveningsjaar bij een zorgverzekeraar verzekerd is, voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage van de desbetreffende verzekeraar meetelt.

### **Artikel 3.12**

1. Ten behoeve van de herberekening, bedoeld in artikel 3.11, eerste lid, berekent het College zorgverzekeringen allereerst de deelbedragen, bedoeld in de artikelen 3.4 tot en met 3.8, uitgaande van:

a. de werkelijke verzekerdenaantallen en de werkelijke verzekerdenkenmerken per zorgverzekeraar;

b. de herberekende gewichten, bedoeld in artikel 3.11, vijfde lid.

2. Het College zorgverzekeringen vermindert ieder op grond van het eerste lid voor een zorgverzekeraar berekend deelbedrag met een bedrag dat het als volgt berekent:

a. het College zorgverzekeringen berekent het verschil tussen de gerealiseerde kosten, bedoeld in artikel 3.11, tweede lid, en de gecorrigeerde geraamde kosten, bedoeld in artikel 3.11, vierde lid, voor het met het deelbedrag overeenkomende cluster van prestaties;

b. het College zorgverzekeringen deelt de onder a verkregen uitkomst door het totaal aantal in het vereveningsjaar ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is;

c. het College zorgverzekeringen vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar de onder b verkregen uitkomst met het aantal in het vereveningsjaar bij die verzekeraar ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.

3. Het op grond van het eerste en tweede lid berekende bedrag wordt voor de toepassing van de overige artikelen van dit hoofdstuk genoemd: het herberekende deelbedrag per het in die artikelen aangegeven cluster van prestaties.

### **Artikel 3.13**

Voor zover deze onder de zorgverzekering worden gedekt, deelt het College zorgverzekeringen bij ministeriële regeling te bepalen soorten kosten van zorg en overige diensten die niet zonder meer aan een bepaalde kostencategorie kunnen worden toegedeeld, overeenkomstig een bij die regeling te bepalen verdeelsleutel toe aan de kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment, 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.

K

Het tweede, derde en vierde lid van artikel 3.14 alsmede de aanduiding «1.» voor het eerste lid van dat artikel, vervallen.

L

In artikel 3.15, tweede lid, wordt «artikel 3.11» vervangen door: artikel 3.12.

## M

Artikel 3.16 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt «artikel 3.11» vervangen door: artikel 3.12.

2. In het derde lid wordt «leidt tot een nieuw deelbedrag per zorgverzekeraar» vervangen door: leidt tot een nieuw, in een deelbedrag voor verzekerden jonger dan achttien jaar enerzijds en een deelbedrag voor verzekerden van achttien jaar en ouder anderzijds te onderscheiden, deelbedrag per zorgverzekeraar.

## N

Artikel 3.17 komt te luiden:

### **Artikel 3.17**

1. Indien voor een zorgverzekeraar het verschil tussen enerzijds de som van de ingevolge artikel 3.12 herberekende deelbedragen voor de clusters «dbc-zorgproducten in het vrije segment» en «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp» en anderzijds de som van de gerealiseerde kosten voor de clusters «dbc-zorgproducten in het vrije segment» en «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp», gedeeld door het aantal bij hem ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, meer dan een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag afwijkt van het gemiddelde marktresultaat van de zorgverzekeraars voor deze clusters, calculeert het College zorgverzekeringen de buiten de bedoelde bandbreedte liggende meer- of minder-kosten voor een bij die regeling te bepalen percentage na.

2. Indien voor een zorgverzekeraar het verschil tussen het deelbedrag, bedoeld in artikel 3.16, derde lid, voor verzekerden van achttien jaar en ouder en de gerealiseerde kosten voor het cluster «geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder», gedeeld door het aantal bij hem ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, meer dan een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag afwijkt van het gemiddelde marktresultaat van de zorgverzekeraars voor het cluster «geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder», calculeert het College zorgverzekeringen de buiten de bedoelde bandbreedte liggende meer- of minderkosten voor een bij die regeling te bepalen percentage na.

## O

Artikel 3.18 komt te luiden:

### **Artikel 3.18**

Het College zorgverzekeringen sommeert de ingevolge artikel 3.12 herberekende deelbedragen voor de clusters «dbc-zorgproducten in het vrije segment», «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp» en «overige prestaties», de op grond van de artikelen 3.15 en 3.16 berekende nieuwe deelbedragen en, voor zover van toepassing, de op grond van artikel 3.17 berekende bedragen, tot één normatief bedrag per zorgverzekeraar.

P

Het tweede lid van artikel 3.20 komt te luiden:

2. Het College zorgverzekeringen kan bij een voorlopige vaststelling als bedoeld in het eerste lid de hogekostencompensatie, bedoeld in artikel 3.16, of de nacalculatie, bedoeld in de artikelen 3.15, 3.16 of 3.17, achterwege laten.

Q

Artikel 3.23 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt «een uitkering» vervangen door «een bijdrage» en vervalt: of structureel.

2. In het tweede lid wordt «uitkeringen» vervallen door «bijdragen» en vervalt: nationale.

3. In het derde lid wordt «de uitkering» vervangen door: de bijdrage.

R

Artikel 3.24 vervalt.

## **ARTIKEL II**

Het eerste lid van artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering en de aanduiding «2.» voor het tweede lid van dat artikel vervallen met ingang van 1 januari 2015.

## **ARTIKEL III**

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

## **ARTIKEL IV**

1. 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 30 september 2011.

2. Nadat zij in werking zijn getreden, gelden de artikelen van dit besluit voor het eerst met betrekking tot de vereveningsbijdrage die voor het eerstvolgende kalenderjaar wordt toegekend.

3. Op de vaststelling van vereveningsbijdragen over kalenderjaren voor het kalenderjaar, bedoeld in het tweede lid, blijven de regels van artikel 1 en hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering van toepassing zoals zij met betrekking tot die kalenderjaren golden.

Het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State wordt met de daarbij behorende stukken openbaar gemaakt door publicatie in de Staatscourant.

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

's-Gravenhage, 16 december 2011

Beatrix

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

Uitgegeven de *achtentwintigste* december 2011

De Minister van Veiligheid en Justitie,  
I. W. Opstelten



## **NOTA VAN TOELICHTING**

### **Algemeen**

#### **Managementsamenvatting**

Met deze wijziging wordt een aantal ex post compensatiemechanismen afgebouwd. Daarnaast wordt een nieuw risicovereveningscriterium geïntroduceerd. Zorgverzekeraars gaan door de afbouw van ex post compensatiemechanismen meer financieel risico lopen. Flankerend beleid zorgt er voor dat dit verantwoord kan gebeuren. Doel van deze wijziging is om het risicovereveningsmodel verder te verbeteren en de zorgverzekeraars te stimuleren om meer te investeren in goede zorginkoop en beheersing van de zorgkosten. Hierdoor kan kwalitatief goede zorg in de toekomst betaalbaar en toegankelijk blijven.

Een zorgverzekeraar dient iedere verzekeringsplichtige die een zorgverzekering bij 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 voor zorgverzekeringen (CVZ) een «vereveningsbijdrage» ontvangen, die uit het Zorgverzekeringsfonds gefinancierd wordt. Deze bijdrage wordt gebaseerd op een inschatting vooraf (ex ante) van de zorgkosten van een zorgverzekeraar aan de hand van een aantal objectieve kenmerken van de verzekerden van die zorgverzekeraar. Deze systematiek beoogt zorgverzekeraars voor kostenverschillen als gevolg van onbeïnvloedbare risicoverschillen in hun zorgverzekerdenportefeuilles te compenseren, zodat zij op dit punt in een gelijke uitgangspositie worden gebracht en daardoor 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 zorgverzekering vraagt.

Wanneer het ex ante risicovereveningsmodel tekort schiet, kunnen compensatiemechanismen worden ingezet om dit achteraf te corrigeren. Als de verwachte zorgkosten en de feitelijk gerealiseerde zorgkosten slecht op elkaar aansluiten, is het voor zorgverzekeraars mogelijk interessant om, ondanks de wettelijk voorgeschreven zorgplicht en het verbod op risicoselectie, te beknibbelen op de kwaliteit van de zorg of om toch over te gaan tot het weren van verzekerden met voorspelbare hoge kosten. Vooral als de «onderschatting» van de verwachte kosten voorspelbaar is en neerslaat bij een vooraf te duiden en te selecteren groep van verzekerden. Als de zorgverzekeraars achteraf (ex post) worden gecompenseerd voor het verschil, neemt de neiging tot beknibbelen op de kosten of tot risicoselectie af.

Hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering bevat de belangrijkste nadere regels over de vereveningsbijdragen: bepaald wordt met welke vereveningscriteria bij de berekening van die bijdragen rekening wordt gehouden, en hoe de bijdragen op hoofdlijnen worden berekend. De

gedetailleerde uitwerking van deze regels is vervolgens te vinden in hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering en in bijlagen daarbij.

Het CVZ voert de risicoverevening uit en stelt de vereveningsbijdrage voor iedere zorgverzekeraar vast. De wijze waarop dit gebeurt, is vastgelegd in de beleidsregels van het CVZ. Deze beleidsregels vinden hun basis in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Zodra het Besluit en/of de Regeling worden gewijzigd, past het CVZ de beleidsregels daarop aan.

Als compensatiemechanismen worden in het Besluit zorgverzekering en in de Regeling zorgverzekering genoemd:

*a. Macro-nacalculatie*

De ex ante vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars wordt gebaseerd op een schatting van de totale zorgkosten, het zogenoemde macro-prestatiebedrag. Sinds de invoering van de Zvw wordt binnen het risicovereveningssysteem macro-nacalculatie toegepast. Het doel van de macro-nacalculatie is het waarborgen dat elke verzekerde voor een verzekeraar een gelijk verzekeringsrisico vormt; ook als de macro kostenramingen afwijken van de macro kostenrealisaties. Hierdoor wordt de prikkel tot risicoselectie als gevolg van genoemde afwijkingen gemitigeerd.

Door de macro-nacalculatie lopen verzekeraars bovendien gezamenlijk in het betreffende jaar geen risico op de totale kostenontwikkeling. Als de macro kosten hoger uitvallen dan geraamd, wordt ex post een hogere vereveningsbijdrage vastgesteld, als de macro kosten lager uitvallen gaat de vereveningsbijdrage omlaag. De hogere of lagere vereveningsbijdragen worden gebaseerd op de werkelijke verdeling van verzekerden over de vereveningskenmerken en de macro kosten per deelbedrag.

*b. Hoge kostencompensatie*

Bij hoge kostencompensatie worden kosten hoger dan de vooraf vastgestelde schadedrempel voor een bepaald percentage nagecalculeerd. Hierdoor worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor verschillen in schades die ontstaan als gevolg van een ongelijke verdeling van verzekerden met hoge schades.

*c. Nacalculatie*

Nacalculatie wordt ingezet om de hoogte van het financiële risico dat zorgverzekeraars lopen te koppelen aan de mogelijkheden die zorgverzekeraars hebben om de zorguitgaven te beïnvloeden.

*d. Bandbreedteregeling*

De bandbreedteregeling fungeert als vangnet. Het begrenst de financiële risico's die zorgverzekeraars lopen. Het vangnet wordt toegepast indien voor een zorgverzekeraar het verschil tussen de werkelijk gerealiseerde zorgkosten, ondanks de inzet van de eerder genoemde ex post compensatiemechanismen, en de geraamde zorgkosten, per verzekerde buiten een vooraf vastgestelde bandbreedte ligt. In dat geval worden de meerkosten in bepaalde mate nagecalculeerd.

## Afschaffing ex post compensatiemechanismen

De zorgverzekeraars lopen door het bestaan van deze compensatiemechanismen aanzienlijk minder financieel risico dan zij zouden lopen indien deze mechanismen niet zouden bestaan. Dat is comfortabel voor zorgverzekeraars maar heeft ook een keerzijde. Door toepassing van de compensatiemechanismen is de prikkel voor zorgverzekeraars (vraagzijde) om scherp zorg in te kopen en het volume te beheersen te veel beperkt. De creativiteit en innovativiteit die nodig zijn om de beste zorg ook in de toekomst zowel toegankelijk als betaalbaar te houden, boren zorgverzekeraars daardoor nog onvoldoende aan. Dit moet veranderen.

Verdere optimalisering van het ex ante risicovereveningsmodel door introductie van het nieuw vereveningscriterium «meerjarig hoge kosten» maakt het mogelijk om vrijwel alle ex post compensatiemechanismen verantwoord en in samenhang met andere verbeteringen aan het zorgstelsel af te schaffen. In 2015 zullen alleen nog voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg ex post compensatiemechanismen gelden. Het financiële belang van zorgverzekeraars bij goede zorginkoop en volumebeheersing neemt toe en daarmee ook de prikkel om hierin serieus te gaan investeren. Met onderhavig besluit zijn de volgende wijzigingen ter versterking van de prikkel tot doelmatige zorginkoop doorgevoerd:

– De macro-nacalculatie wordt met ingang van het vereveningsjaar 2012 afgeschaft.

Door het afschaffen van de macro-nacalculatie verschuift het financiële risico op overschrijdingen meer van de overheid naar de zorgverzekeraars. Als gevolg daarvan zullen zorgverzekeraars een sterkere prikkel ervaren om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Zou de macronacalculatie zonder nadere maatregelen worden afgeschaft, dan zouden ongelijke voorwaarden tussen grote en kleine verzekeraars ontstaan, met een ongelijk speelveld als mogelijk gevolg. Dit effect wordt groter naarmate de verschillen in omvang tussen verzekeraars toenemen. Daarnaast kunnen er door het afschaffen van macronacalculatie prikkels voor verzekeraars ontstaan om een bepaalde verzekerdenpopulatie na te streven. Bij te lage ramingen zullen verzekeraars liever verzekerden met weinig zorgkosten hebben, en bij te hoge ramingen is een bestand van verzekerden met hoge zorgkosten aantrekkelijker. Afschaffen van macronacalculatie<sup>1</sup> in combinatie met flankerend beleid gericht op het behoud van een gelijk speelveld, leidt echter tot een meer gelijk speelveld tussen verzekeraars.

Het afschaffen van de macro-nacalculatie gaat daarom gepaard met een aantal flankerende maatregelen. Deze maatregelen zijn gericht op het verdelen van de de gevolgen van kostenoverschrijdingen zodanig, dat deze niet vooral neerslaan bij verzekeraars met relatief veel slechte risico's, het verwerken in de risicoverevening van financiële gevolgen van wijzigingen van de te verzekeren prestaties na het moment waarop de ex ante vereveningsbijdragen bekend worden gemaakt en het bieden van financiële zekerheid aan zorgverzekeraars bij een catastrofe als bedoeld in artikel 3.23.

Door het afschaffen van de macro-nacalculatie in combinatie met de afbouw van de bandbreedteregeling, worden catastrofes, zowel regionale als de nationale, niet langer impliciet afgedekt voor verzekeraars. Het flankerend beleid met betrekking tot catastrofes wordt nog ontwikkeld en is nog niet opgenomen in onderhavig besluit. Dit betekent dat vooralsnog wordt teruggevallen op de bepaling in de Zvw dat de overheid kan besluiten om in het geval van een catastrofe via een ministeriële regeling de getroffen zorgverzekeraars geheel of gedeeltelijk te compenseren. Er wordt gewerkt aan een meer structurele oplossing waarbij voor de zorgverzekeraar, de prudentiële toezichthouder (dat wil zeggen De

<sup>1</sup> Bron: CPB document 212: Ex post correctiemechanismen in de Zorgverzekeringswet: hoe nu verder?

Nederlandsche Bank), en voor de overheid helderheid wordt verschaft over het vraagstuk wanneer sprake is van een catastrofe en in welke mate dit risico door de overheid wordt afgedekt. Deze duidelijkheid is benodigd ten behoeve van het risicomanagement van de zorgverzekeraar en het prudentiële toezicht.

– De hoge kostenverevening voor «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische zorg», «kosten die behoren tot het cluster van bij ministeriële regeling aangewezen dbc's in het vrije segment», en «kosten van overige prestaties» wordt per 2012 afgeschaft.

Tot nu toe werden zorgverzekeraars via deze verevening achteraf gecompenseerd voor verschillen in kosten die ontstaan als gevolg van de ongelijke verdeling van verzekerden met hoge schades. Dit is na introductie van het nieuwe vereveningscriterium «meerjarig hoge kosten» niet meer nodig. Verdere verbetering van het vereveningsmodel maakt het mogelijk om verzekerden met voorspelbare (meerjarige) hoge kosten ex ante te compenseren. Door het afschaffen van de hoge kostenverevening in combinatie met de introductie van het nieuwe vereveningscriterium «meerjarig hoge kosten» worden verzekeraars niet meer gecompenseerd voor onvoorspelbare (incidentele) hoge kosten, deze kosten worden tot de normale verzekeraarsrisico's gerekend.

De hoge kostencompensatie voor «kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg» (ggz) blijft gehandhaafd. Het invoeren van een criterium voor structurele (meerjarige) hoge kosten ggz in het vereveningsmodel is nu nog niet mogelijk, omdat deze kosten pas in 2008 naar de Zvw zijn overgeheveld.

– Als gevolg van de invoering van prestatiebekostiging en van DOT<sup>1</sup> zal de beïnvloedbaarheid van de kosten door zorgverzekeraars toenemen. De nacalculatie voor «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische zorg» wordt daarom met ingang van het vereveningsjaar 2012 afgeschaft.

– De bandbreedteregeling voor de som van «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische zorg» en «kosten die behoren tot het cluster van bij ministeriële regeling aangewezen dbc's in het vrije segment» wordt afgeschaft per 2015. In 2012, 2013 en 2014 vindt een betekenisvolle en verantwoorde afbouw in stappen plaats. Dit zal worden geregeld in de ministeriële regelingen Zvw die de risicovereveningsregels voor 2012, 2013 en 2014 bevatten.

#### *Flankerend beleid*

Als gevolg van het afschaffen van de macro-nacalculatie worden de volgende maatregelen van flankerend beleid per 2012 ingevoerd:

a. Zonder macro-nacalculatie zullen zorgverzekeraars met gemiddeld hoge (verwachte) kosten per verzekerde als de kosten macro hoger uitvallen dan geraamd naar verwachting hogere verliezen per verzekerde leiden dan zorgverzekeraars met gemiddeld lage (verwachte) kosten per verzekerde. Om het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars zo veel mogelijk in stand te houden, worden macro-kostenoverschrijdingen die niet het gevolg zijn van het feit dat er in een vereveningsjaar meer verzekerden of ongezonderde verzekerden waren dan vooraf geraamd (maar die bijvoorbeeld het gevolg van afspraken om zorgaanbieders hogere tarieven te betalen dan waarvan bij de ramingen was uitgegaan), over alle verzekeraars verdeeld. Volgens het Centraal Planbureau (CPB)<sup>2</sup> zou het flankerend beleid alleen toegepast moeten worden indien er sprake is van substantiële overschrijdingen. Het is echter niet mogelijk om het begrip «substantieel» vooraf goed te definiëren. In het verleden sloten raming en realisatie van zorgkosten niet goed op elkaar aan. Daarnaast heeft het flankerend beleid alleen materieel effect als er verschillen zijn tussen vooraf geraamde en na afloop van het vereveningsjaar vastgestelde gerealiseerde kosten. Door het flankerend beleid mede te baseren

<sup>1</sup> «DOT» staat voor: dbc's op weg naar transparantie.

<sup>2</sup> Bron: CPB document 212: Ex post correctiemechanismen in de Zorgverzekeringswet: hoe nu verder?

op de kenmerken van de verzekerden in de verzekerdenportefeuilles, en niet te baseren op de mate waarin een verzekeraar bijdraagt aan een overschrijding (of onderschrijding), wordt het gelijke speelveld tussen verzekeraars zoveel mogelijk in stand gehouden. Als verzekeraars gecorrigeerd zouden worden naar de mate waarin zij bijdragen aan een overschrijding, zouden verzekeraars met veel ongezonde verzekerden in hun portefeuille in het nadeel zijn ten opzichte van verzekeraars met een gezonder verzekerdenbestand.

De relatieve concurrentiepositie van zorgverzekeraars wordt door het flankerend beleid niet aangetast. Als overschrijdingen plaatsvinden door ondoelmatigheid van één zorgverzekeraar, zal deze ook na toepassing van het flankerend beleid in een minder gunstige uitgangspositie verkeren dan de andere zorgverzekeraars. Ook met flankerend beleid worden zorgverzekeraars geprikkeld om zo doelmatig mogelijk zorg in te kopen en zo efficiënt mogelijk te werken.

b. In het geval van late besluitvorming (over pakketwijzigingen) door de overheid, zouden zorgverzekeraars de financiële gevolgen hiervan niet adequaat in hun premies kunnen verwerken. Door het afschaffen van de macro-nacalculatie zou het risico hiervan zonder nadere maatregelen volledig bij zorgverzekeraars terecht komen. Om dit te voorkomen wordt de definitie «geraamde kosten» zodanig aangepast, dat ook de financiële gevolgen worden meegenomen van de in het vereveningsjaar geldende wijzigingen in de te verzekeren prestaties die na vaststelling van het macro-prestatiebedrag en de macro-deelbedragen, maar voor de aanvang van het vereveningsjaar bekend zijn.

c. Door het afschaffen van de macro-nacalculatie komen ook de volledige financiële risico's van nationale catastrofes voor rekening van de zorgverzekeraars. In artikel 33 van de Zvw is bepaald dat bij ministeriële regeling middelen ter beschikking *kunnen* worden gesteld aan zorgverzekeraars ingeval een catastrofe (een kernexplosie, een natuurramp of een andere buitengewone gebeurtenis die niet tot het normale bedrijfsrisico van zorgverzekeraars kan worden gerekend). Door deze «kan-bepaling» om te zetten in een «zal-bepaling» wordt aan zorgverzekeraars zekerheid geboden dat er in geval van een catastrofe ook daadwerkelijk een bijdrage wordt verleend ter dekking van de extra kosten. De negatieve invloed van deze kosten op het financiële resultaat kan daarmee worden gereduceerd. Deze wijziging van de Zvw zal in gang worden gezet. Daarnaast zal worden onderzocht in hoeverre in een ministeriële regeling nadere invulling kan worden gegeven aan de in artikel 33 Zvw gebruikte begrippen. In dit Besluit wordt geregeld dat zorgkosten door een in het vereveningsjaar opgetreden catastrofe, voor zover daarop grond van artikel 3.23 extra middelen voor beschikbaar zijn gesteld, niet meetellen bij de gerealiseerde kosten. Hierdoor komt het catastroferisico niet bij de zorgverzekeraars te liggen.

## **Solvabiliteitseis 2012**

Gelet op het totaalpakket aan maatregelen zal het risicoprofiel van zorgverzekeraars toenemen. De Nederlandsche Bank (DNB) heeft de minister van Financiën geadviseerd om de solvabiliteitseis voor de zorgverzekeraars die zorgverzekeringen als bedoeld in de Zvw aanbieden en uitvoeren in 2012 te verhogen van de huidige ca. 9% naar 11% van de schadelast. De Minister van Financiën heeft aangegeven dit advies over te nemen. Hiertoe zal de betreffende ministeriële regeling onder de Wet financieel toezicht (Wft) worden aangepast.

Uit de statistische analyse van DNB, die gestoeld is op een methodiek die ook onder nieuwe Europese richtlijn Solvency II gebruikt zal worden, blijkt dat de afbouw van de ex post compensatiemechanismen ertoe leidt dat zorgverzekeraars meer risico zullen lopen. De hoogte van de financiële

buffers dient een gelijke tred te houden met dit risico. Meer risico vereist extra solvabiliteit.

DNB geeft aan dat de verhoging van de risicodragendheid weliswaar enigszins gedempt wordt door het flankerend beleid waaronder de oplossing van het catastroferisico zoals het kabinet deze voor ogen staat, maar concludeert desalniettemin dat er een duidelijke trendbreuk is met het verleden ten aanzien van de ex post compensatie.

Onder Solvency II zal aan het catastroferisico een expliciete kapitaal-eis gekoppeld worden. De hoogte van deze eis is mede afhankelijk van de mate van mitigatie van dit risico via het flankerend beleid. In dat verband wordt opgemerkt dat, zoals in het voorgaande reeds is aangegeven, artikel 33 van de Zvw zo zal worden aangepast, dat een (extra) bijdrage in geval van catastrofes gegarandeerd zal zijn. De kapitaal-eis is onder Solvency II verder overigens nog afhankelijk van het beleggingsbeleid van de betreffende zorgverzekeraar.

Onder Solvency II kent elke verzekeraar haar eigen kapitaal-eis. De kapitaal-eis voor het verzekeringstechnische risico wordt lager indien door een snellere afwikkeling van de zorgkosten de voorziening voor te betalen schaden wordt verkleind. De voorstellen in dit besluit tot afbouw van de ex post compensatie dragen daar toe bij.

Zorgverzekeraars zijn zich momenteel aan het voorbereiden op het Solvency II toezichtkader dat naar verwachting in 2014 volledig van kracht wordt. Op grond van de Wft zal in de eerste helft van 2012 een eerste Solvency II rapportage over boekjaar 2011 worden vereist. De prikkels voor zorgverzekeraars om efficiënte en effectieve zorg in te kopen, zullen zowel onder Solvency II als onder de huidige Wft toenemen, gelet op de in dit besluit opgenomen voorstellen tot afbouw van de ex post compensatie. Gevolg van de huidige afbouw is dat zorgverzekeraars meer verzekeringstechnische risico's gaan lopen. Het Solvency II kader richt zich zowel op deze risico's als op de beleggings- en operationele risico's.

Het extra kapitaal dat zorgverzekeraars door de verhoging van de solvabiliteitsvereiste van 9% naar 11% zullen moeten aanhouden bedraagt € 720 miljoen. Als de zorgverzekeraars dit extra kapitaal volledig via de premie zouden financieren, leidt dit tot een opwaartse premiedruk van circa € 25 per verzekerde, ervan uitgaande dat de helft – door de zogenaamde 50/50-regeling zoals bedoeld in artikel 45, vierde lid, van de Zvw – via de inkomensafhankelijke bijdrage wordt opgebracht. Echter, mede gelet op hun huidige ruime kapitaliseringsgraad is de verwachting dat dit niet zal gebeuren. Uit de verslagstaten van DNB blijkt dat de solvabiliteitsratio voor de sector als geheel 210% per ultimo 2010 is. Wanneer de eis verhoogd wordt naar 11% zullen alle zorgverzekeraars volgens DNB individueel nog altijd uit komen op een ratio die boven de 100% ligt.

### **Verwachte premie-effecten**

Door het afschaffen van de macro-nacalculatie en het afbouwen van de (overige) ex post compensatiemechanismen, zullen de zorgverzekeraars naar verwachting doelmatiger zorg gaan inkopen. Dit kan leiden tot een beperking van de uitgaven en daarmee tot een lagere premie.

Aan de andere kant zal het afschaffen van de macro-nacalculatie en het afbouwen van de (overige) ex post compensatiemechanismen ook leiden tot grotere onzekerheden voor zorgverzekeraars. In de vorige paragraaf is al aangegeven dat dit zal leiden tot een hogere solvabiliteitseis. Dit kan vervolgens leiden tot een stijging van de premie.

Het is op voorhand niet duidelijk in hoeverre deze twee effecten elkaar in evenwicht zullen houden.

## Consultatie

Zowel in het Regeerakkoord als in de brief «Zorg die loont» (Kamerstukken II, 2010/11, 32 620 nr. 6) die de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 14 maart 2011 naar de Tweede Kamer zond, zijn de betreffende beleidsbeslissingen al aangekondigd. Met de voorliggende wijziging worden deze beslissingen juridisch verankerd. In het voortraject zijn onder meer de volgende betrokken partijen geconsulteerd: het CVZ, de Nederlandse Zorgautoriteit, Zorgverzekeraars Nederland en DNB.

## Administratieve lasten

Door deze wijziging verandert de administratieve lastendruk niet.

## Voorhang

Het concept-besluit is op grond van artikel 124 Zvw vier weken voorgehangen bij beide Kamers der Staten-Generaal. Dit heeft niet tot wijzigingen geleid.

## Artikelsgewijs

### Artikel I

#### *Onderdeel A*

Het nieuwe artikel 1, onderdeel g, definieert het begrip «vereveningsjaar». Dat is het kalenderjaar waarop een vereveningsbijdrage betrekking heeft. Deze bijdrage wordt voor het vereveningsjaar (ex ante) berekend en toegekend (zie artikel 32 Zvw) en na het vereveningsjaar (ex post) herberekend en vastgesteld (zie artikel 34 Zvw). Voor definiëring van het vereveningsjaar is gekozen om te voorkomen dat het begrip in de nieuwe artikelen over de ex post compensatie-mechanismen, waar het gebruikt wordt, herhaaldelijk moet worden omschreven. Daarnaast is van de gelegenheid gebruik gemaakt om het begrip «jaar» dat in enkele bepalingen over de ex ante toekenning van de vereveningsbijdrage is opgenomen te vervangen door het duidelijkere «vereveningsjaar».

De wijzigingen in de onderdelen h (nieuw) tot en met n (nieuw) van artikel 1 van het Besluit zorgverzekering houden allereerst verband met het feit dat ingevolge het voorstel van wet houdende Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met de aanvulling met instrumenten voor bekostiging (Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG; Kamerstukken I 2010/11, 32 393, A) niet meer gesproken zal worden van dbc's (diagnose behandeling combinaties) in het A- dan wel B-segment, maar van een vast segment, van dbc-zorgproducten in een «gereguleerd» segment en van dbc-zorgproducten in een «vrij segment»<sup>1</sup>. Laatstbedoelde dbc's zijn vergelijkbaar met de dbc's in het B-segment.

Daarnaast zal eerdergenoemde wet er in combinatie met de invoering van het DOT-systeem ertoe leiden dat bepaalde nieuwe zorgproducten – te weten de zogenoemde expertproducten, add-ons, hemostatica en eerstelijnsdiagnostiek – aan andere clusters van prestaties worden toebedeeld dan op grond van de inhoud van de geleverde zorg zou kunnen worden verwacht. Door in de onderdelen i, j en k van artikel 1 te regelen dat bij ministeriële regeling vormen van zorg kunnen worden aangewezen die niet tot de kosten van het cluster «dbc-zorgproducten in het vrije segment» respectievelijk het cluster «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp» worden gerekend en wel tot het cluster «vaste kosten van ziekenhuisverpleging» kunnen worden

<sup>1</sup> Naar verwachting zal de huidige dbc-structuur met ingang van 1 januari 2012 worden vervangen door het zogenoemde «DOT»-systeem. Omdat ook het DOT-systeem uitgaat van dbc's («DOT» staat, zoals in noot 1, blz. 12 reeds is aangegeven, voor «dbc's op weg naar transparantie»), dient de term «dbc's» in de regelgeving gehandhaafd te worden. Wel zullen de dbc's na invoering van DOT een hoger abstractieniveau hebben dan de huidige dbc's.

gerekend, en door de definitie bij «overige prestaties» te wijzigen, wordt bereikt dat de juiste kostencategorieën aan de juiste clusters c.q. macro-deelbedragen kunnen worden toebedeeld. Een en ander zal nader in de Regeling risicoverevening 2012 worden ingevuld: de kosten van zogenoemde expertproducten, add-ons en hemostatica – zullen worden toegerekend aan het cluster/macro-deelbedrag «vaste kosten van ziekenhuisverpleging» en de kosten van eerstelijnsdiagnostiek aan het cluster «overige prestaties».

Ten derde is, conform hetgeen al enige jaren is bepaald in de ministeriële regeling waarmee nadere regels over de risicoverevening worden gesteld, het cluster «kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg» gesplitst in de (sub)clusters (kosten van) «geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar» en «geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder».

Ten vierde is in de onderdelen i tot en met m een foutje hersteld dat in de oorspronkelijke onderdelen h tot en met l stond. Aangezien de Zvw niet voorziet in een verzekering van rechtswege komen kosten voor geneeskundige zorg namelijk niet op grond van de (Zorgverzekerings)wet voor vergoeding in aanmerking, maar op grond van een privaatrechtelijke zorgverzekering (die, wil zij een zorgverzekering in de zin der wet zijn, wel aan de bij en krachtens de Zvw gestelde regels zal moeten voldoen).

Ten slotte is besloten in de onderdelen i (nieuw) tot en met m (nieuw) niet meer de macro-deelbedragen per cluster te definiëren, maar de kosten per cluster. De reden hiervan is dat de toerekening van de kosten aan ieder cluster niet slechts van belang is voor de ex ante verdeling van de vereveningsbijdrage (in welk kader de macro-deelbedragen slechts van belang zijn), maar ook voor de (ex post) vaststelling van de vereveningsbijdragen. In een nieuw onderdeel n wordt nu het begrip «macro-deelbedrag» gedefinieerd.

De nieuwe onderdelen o tot en met z zijn inhoudelijk gelijk aan de onderdelen m tot en met y zoals deze luiden voor de inwerkingtreding van voorliggend besluit.

Met onderdeel aa (nieuw) wordt het ex ante vereveningscriterium «meerjarig hoge kosten» (MHK) toegevoegd. Indeling vindt plaats op basis van de kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment, de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische zorg, en de kosten van overige prestaties. Indien een verzekerde in elk van drie jaren voorafgaand aan het vereveningsjaar tot de groep van 15% verzekerden met de hoogste kosten heeft behoord, wordt de verzekerde, afhankelijk van het percentiel waartoe deze kosten behoorden, ingedeeld bij één van vijf klassen voor verzekerden met drie jaar hoge kosten. Verzekerden met twee jaar hoge kosten voorafgaand aan het vereveningsjaar vallen in een zesde klasse (zie ook derde aandachtspunt hieronder). MHK heeft – inclusief de referentieklaas – zeven klassen. Deze worden beschreven in de Regeling risicoverevening 2012.

Uit statistisch onderzoek blijkt dat de toevoeging van het vereveningscriterium MHK een substantiële verbetering van de verklaringskracht van het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische zorg oplevert. Met dit criterium wordt een compensatie gegenereerd voor groepen verzekerden met meerjarig – en dus structureel – hoge kosten. Basis voor het criterium is dat kosten van verzekerden met MHK in het vereveningsjaar zelf ook voorspelbaar hoog zijn. Aangenomen wordt dat er een sterke relatie is tussen MHK en het hebben van chronische aandoeningen. De betere compensatie voor verzekerden met chronische aandoeningen reduceert een prikkel tot risicoselectie en vergroot de gelijkheid van het speelveld voor zorgverzekeraars. Mede door de introductie van MHK in



het ex ante model, kan het vereveningscriterium «hogekostencompensatie» (behalve voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg) verantwoord afgeschaft worden.

Voorafgaand aan de invoering van MHK heeft uitvoerig statistisch onderzoek plaatsgevonden. Hierin zijn verschillende varianten uitgewerkt en tegen elkaar afgewogen aan de hand van verschillende criteria. Er is onder meer gekeken naar: verbetering van de verklaringskracht van het ex ante model, complexiteit van het vereveningscriterium, aspecten met betrekking tot de uitvoerbaarheid en beleidsmatige overwegingen.

Bij de ontwikkeling van het vereveningscriterium MHK heeft de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) een drietal aandachtspunten benoemd.

Het eerste aandachtspunt is, dat uit onderzoek blijkt dat een zeer beperkte groep verzekerden structureel hogere kosten heeft dan de maximale bijdrage die op basis van het ex ante risicovereveningsmodel van 2012 op het niveau van individuele verzekerden wordt gegenereerd. In technische zin heeft WOR nagedacht over mogelijke oplossingen om hogere vereveningsbijdragen te genereren, door het onderscheiden van een zogenaamde «topklasse» binnen MHK. De werkgroep heeft geconcludeerd dat een dergelijke oplossingsrichting binnen het ex ante risicovereveningsmodel niet mogelijk is, omdat dit resulteert in instabiele normbedragen. De verzekerden die structureel hogere kosten hebben dan de maximumvereveningsbijdrage, zijn, naar rato van de omvang van hun portefeuilles, min of meer gelijk verdeeld over alle zorgverzekeraars. Er zijn geen zorgverzekeraars die onevenredig nadeel ondervinden, en het gelijke speelveld wordt dus niet verstoord. Alles overwegende is besloten dat geen «topklasse» wordt toegevoegd aan de vormgeving van het criterium MHK.

Een tweede aandachtspunt betreft de verzekerden van wie de kosten en/of kenmerken (gedeeltelijk) ontbreken. Verzekerden zonder burgerservicenummer worden niet bij MHK ingedeeld, zoals dit ook gebruikelijk is bij de overige vereveningscriteria (met uitzondering van leeftijd/geslacht). De verzekerden die in het vereveningsjaar zelf 0, 1 of 2 jaar zijn, worden ingedeeld in de klasse «geen MHK». Deze verzekerden zullen per definitie geen drie jaar hoge kosten hebben, omdat zij aan het begin van de reeks van drie jaar historische kosten nog niet geboren waren. Een deel van de zorgkosten van verzekeringsplichtige verzekerden die woonachtig zijn in het buitenland (bijvoorbeeld seizoens- en grensarbeiders) en de kosten die verzekerden in het buitenland maken die via het CVZ op kasbasis worden vergoed<sup>1</sup>, worden niet op individuniveau vastgelegd. Dit is een belangrijke randvoorwaarde voor eventuele oplossingsrichtingen bij het aandachtspunt «MHK buitenland» binnen het ex ante risicovereveningsmodel. De noodzakelijke gegevens zijn niet beschikbaar, waardoor een goede en statistisch onderbouwde oplossing binnen het ex ante vereveningsmodel niet mogelijk is. Dit heeft geleid tot het besluit dat in het risicovereveningsmodel 2012 er geen aparte behandeling is voor verzekerden woonachtig in het buitenland dan wel voor verzekerden met kosten «buitenland» via het CVZ.

<sup>1</sup> Het betreft de kosten voor prestaties van grensoverschrijdende zorg die door verzekerden zijn gemaakt met toepassing van internationale regelingen inzake sociale zekerheid (d.w.z. van de Verordening (EG) nr. 883/2004 inzake sociale zekerheid, van multilaterale verdragen en van bilaterale verdragen. Hieronder vallen de kosten van zorg die mag worden genoten na toestemming van de zorgverzekeraar (de zogenaamde toestemmingsgevallen), kosten van verzekerden die tijdelijk in het buitenland verblijven (bijvoorbeeld voor vakantie) en kosten van verzekerden die in het buitenland wonen.

Een derde aandachtspunt is de groep verzekerden met hoge kosten in de twee voorafgaande jaren, maar geen hoge kosten in het eerste van de drie jaren. In WOR-verband ook wel aangeduid als de groep «nee-ja-ja». Deze groep verzekerden wordt in het ex ante vereveningsmodel 2012 ondergebracht in een aparte klasse van MHK, omdat uit onderzoek blijkt dat er voor deze groep als totaal (gemiddeld) voorspelbare tekorten bestaan. Basisgedachte achter MHK is echter de definitie dat een

chronisch zieke verzekerde (ten minste) drie jaar hoge kosten heeft. Een deel van de verzekerden met twee jaar hoge kosten zal in het vereveningsjaar zelf ook hoge kosten hebben. Deze verzekerden hebben dan drie jaar achter elkaar hoge kosten. Met MHK wordt beoogd een compensatie te genereren voor deze verzekerden, omdat het conform de definitie gaat om chronisch zieken. Een deel zal echter geen kosten in het vereveningsjaar zelf hebben. Omdat er op voorhand geen onderscheid te maken is, worden beide categorieën samengenomen in één aparte klasse binnen MHK.

De definitie van «nominale rekenpremie» in onderdeel bb is gelijk aan de definitie van dat begrip in onderdeel y zoals dat voor de inwerkingtreding van voorliggend besluit luidde.

Onderdeel cc van artikel 1 van het Besluit zorgverzekering kan als volgt worden toegelicht. Met voorliggend besluit is de macro-nacalculatie geschrapt. Zoals in het algemene deel van deze toelichting is aangegeven, betekent dit dat bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage in principe niet meer wordt uitgegaan van de uiteindelijk in het vereveningsjaar gemaakte kosten, maar van de geraamde kosten. In principe zijn die kosten gelijk aan de kosten die voor 1 oktober van het jaar voorafgaande aan het vereveningsjaar als de kosten voor het macro-prestatiebedrag en de macro-deelbedragen in een jaarlijkse ministeriële regeling worden gepubliceerd. Deze kostenraming sluit aan bij het in het vereveningsjaar te verzekeren pakket, dat voor 1 juli van het jaar voor het vereveningsjaar bekend dient te zijn. De zorgverzekeraars moeten immers, met het oog op het bijstellen van hun modelovereenkomsten, ruim van tevoren weten welke zorg op grond van een zorgverzekering verzekerd moet worden. Echter, de laatste jaren is het om politieke redenen voorgekomen dat pakketbeslissingen pas na 1 juli bekend zijn geworden, en wel soms zo laat, dat er ook bij de publicatie van het macro-prestatiebedrag en de macro-deelbedragen geen rekening mee kon worden gehouden. Het is niet redelijk om de financiële gevolgen van dergelijke late pakketbeslissingen niet bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage mee te nemen. Bij een laat bekend geworden pakketuitbreiding of verlaging van een eigen bijdrage zou dat immers – zeker indien de wijziging zo laat bekend wordt dat deze ook niet meer door de zorgverzekeraar in de nominale premie kan worden verwerkt – betekenen dat de verzekeraars dit bedrag in eerste instantie zelf moet zien te financieren, en bij een laat bekend geworden pakketbeperking of verhoging van eigen bijdragen, zouden de zorgverzekeraars oneigenlijk voordeel krijgen. Om die reden wordt in artikel 1, onderdeel cc, van het Besluit zorgverzekering «geraamde kosten» in wezen gedefinieerd als de bij de ministeriële regeling, bedoeld in artikel 3.1, derde lid, bepaalde macro-deelbedragen, vermeerderd of verminderd met de geraamde kosten van nagekomen wijzigingen in het te verzekeren pakket. Deze kosten zullen, als zij optreden, worden vermeld in een afzonderlijke ministeriële regeling.

De definities van «hogekostencompensatie» in onderdeel dd en «nacalculatie» in onderdeel ee zijn gelijk aan de voor de inwerkingtreding van dit besluit geldende definitie in onderdeel z respectievelijk aa.

In onderdeel ff wordt het begrip «bandbreedte», dat in artikel 3.17 wordt gebruikt, gedefinieerd.

#### *Onderdelen B, E (deels), J (deels) en N (deels)*

Voor een toelichting op de vervanging van «B-dbc's» door «dbc-zorgproducten in het vrije segment» wordt verwezen naar de toelichting op onderdeel A (toelichting op de gewijzigde onderdelen h (nieuw) tot en met m (nieuw) van artikel 1 van het Besluit zorgverzekering).

De wijziging van «voor een jaar» in «voor een vereveningsjaar» in artikel 3.1, derde lid, is slechts een verduidelijking.

#### *Onderdeel C*

De wijziging van «voor een jaar» in «voor een vereveningsjaar» in artikel 3.2, is slechts een verduidelijking.

#### *Onderdeel D*

Deze wijziging leidt ertoe dat de redactie van artikel 3.3 van het Besluit zorgverzekering beter aansluit bij die van artikel 3.11, eerste lid.

#### *Onderdelen E, F en H*

De onderdelen E, F en H introduceren het nieuwe vereveningscriterium «meerjarige hoge kosten», dat, behalve bij de kosten van geneeskundig geestelijke gezondheidszorg, het huidige *ex post* mechanisme van de hogekostencompensatie vervangt.

#### *Onderdeel G*

De vaste kosten van ziekenhuisverpleging zullen voor het vereveningsjaar 2012 niet alleen op grond van historische gegevens *ex ante* worden verdeeld, maar ook op grond van de geraamde verzekerdenaantallen in dat jaar. De wijziging van artikel 3.6 van het Besluit zorgverzekering maakt dit mogelijk.

#### *Onderdeel I*

Op grond van de artikelen 3.4, 3.5 en 3.8 van het Besluit zorgverzekering verdeelt het CVZ de macro-deelbedragen «kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment», «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp» en «kosten van overige prestaties» op basis van in de eerste leden van die artikelen genoemde vereveningscriteria. Met het oog op deze verdeling worden ieder jaar bij ministeriële regeling (voor het vereveningsjaar 2012 zal dit de Regeling risicoverevening 2012 zijn) voor ieder vereveningscriterium klassen en bij die klassen behorende gewichten bepaald. Iedere verzekerde valt voor ieder vereveningscriterium in een bepaalde klasse, en voor hem neemt het CVZ het bijbehorende gewicht (een in euro's uitgedrukte toe- of afslag) in aanmerking.

In afwijking van wat ingevolge bovengenoemd systeem voor de vereveningscriteria «FKG's en DKG's» geldt, wordt in artikel 3.8a van het Besluit zorgverzekering bepaald dat verzekerden die in het buitenland wonen altijd in de klasse «geen FKG» respectievelijk de klasse «DKG «0»» worden ingedeeld. De reden hiervoor is dat het niet mogelijk is FKG's en DKG's af te leiden uit buitenlandse ziektekostennota's. Daarnaast wordt bepaald dat voor hen niet het door de Minister van VWS in eerderbedoelde ministeriële regeling geldende, bij de klasse «geen FKG» respectievelijk «DKG «0»» geldende gewicht geldt, maar een door het CVZ, op een in de ministeriële regeling te regelen wijze, te bepalen gewicht.

## Onderdeel J

De artikelen 3.11 tot en met 3.19 van het Besluit zorgverzekering gaan over de *ex post* berekening van de vereveningsbijdrage, die uiteindelijk leidt tot de (definitieve) vaststelling daarvan. Voor de inwerkingtreding van voorliggend besluit, waren er vijf *ex post* compensatiemechanismen, die in de volgende volgorde werden toegepast:

1. verzekerdenaantal
2. macro-nacalculatie
3. hogekostencompensatie
4. nacalculatie
5. bandbreedteregeling

Niet ieder instrument werd overigens op ieder deelbedrag toegepast.

Met dit Besluit zijn de macro-nacalculatie, de hogekostencompensatie (dit laatste behalve voor de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg) en de nacalculatie voor de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp komen te vervallen, terwijl de toepassing van de bandbreedteregeling over 2012, 2013 en 2014 bij ministeriële regeling zal worden afgebouwd en met ingang van 2015 zal zijn afgeschaft (zie artikel II van voorliggend besluit). Nog steeds geldt dat de overblijvende mechanismen niet op ieder deelbedrag worden toegepast.

Artikel 3.11 zoals dat voor de inwerkingtreding van dit Besluit luidde, vormde de basis voor de verzekerdenaantal en voor de macro-nacalculatie. Met dit besluit is het artikel vervangen door twee artikelen die nog steeds de basis vormt voor de verzekerdenaantal (artikel 3.12, eerste lid) maar waarin geen basis meer ligt voor de macro-nacalculatie. Dat wil zeggen dat bij de *ex post* berekeningen van de vereveningsbijdragen, leidende tot de vaststelling van die bijdragen, niet meer uitgegaan wordt van de gerealiseerde kosten, maar van de (voor de werkelijke verzekerdenaantallen en de werkelijke verzekerdenkenmerken gecorrigeerde) geraamde kosten.

Echter, de macro-nacalculatie kan niet zonder flankerend beleid worden afgeschaft. Zonder flankerend beleid zouden, indien de gerealiseerde kosten macro hoger uitvallen dan de macro geraamde kosten, zorgverzekeraars met een verzekerdenportefeuille met relatief veel slechte risico's meer nadeel lijden dan zorgverzekeraars met gemiddelde of lage (verwachte) kosten per verzekerde (en andersom zouden eerstbedoelde verzekeraars meer voordeel hebben indien de zorgkosten macro lager uit zouden vallen dan geraamd). Daarnaast zouden verzekeraars, indien bij de vaststelling slechts rekening zou worden gehouden met de ten behoeve van de *ex ante* toekenning gebruikte macro-deelbedragen, geld tekort komen of juist overhouden indien nadien – maar voor de aanvang van het vereveningsjaar – nog pakketwijzigingen zouden worden aangebracht. Ten slotte zouden verzekeraars macro geld tekort komen indien sprake zou zijn van toepassing van artikel 3.23 van het Besluit zorgverzekering. Toepassing van dat artikel zou dan immers inhouden dat het CVZ ten gevolge van een catastrofe geld ter beschikking zou stellen, maar dat zouden alle verzekeraars dan, nu deze kosten niet in de geraamde kosten zitten, tezamen moeten opbrengen. Bovendien zou dan sprake zijn van herverdeling van geld in plaats van het ter beschikking komen van extra geld voor die verzekeraars, die met de financiële gevolgen van de catastrofe te maken krijgen.

Dit flankerend beleid is deels in artikel 1, onderdeel bb, en deels in de artikelen 3.11 en 3.12 van het Besluit zorgverzekering verwerkt.

Bevat artikel 3.3 van het Besluit zorgverzekering de opdracht aan het CVZ om de macro-deelbedragen ex ante over de verzekeraars te verdelen, artikel 3.11, eerste lid, van dat Besluit bevat de opdracht om de aan de verzekeraars ex ante toegekende deelbedragen met het oog op de ex post vaststelling van de vereveningsbijdrage te herberekenen. Dit dient het CVZ te doen met inachtneming van de overige in paragraaf 1.3 van hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering opgenomen bepalingen.

Met het oog op de herverdeling van de bedragen bepaalt het CVZ allereerst voor ieder cluster van prestaties de gerealiseerde zorgkosten (artikel 3.11, tweede lid) voor alle zorgverzekeraars tezamen. De gerealiseerde kosten zijn alle kosten die over het vereveningsjaar voor zorg behorende tot het desbetreffende cluster zijn gemaakt, voor zover zij in de risicoverevening dienen te worden betrokken. Bij en krachtens de artikelen 3.13, 3.14 en 3.15, eerste lid, en – voor 2012 – in de Rrv 2012 wordt bepaald aan welke clusters bepaalde kosten dienen te worden toegerekend.

«Opbrengstresultaten» zijn bedragen waarvan later wordt vastgesteld dat zij boven (overdekking) of onder (onderdekking) het aan zorgaanbieders toegewezen budget zijn uitgegaan<sup>1</sup> en die door de zorgaanbieders aan de zorgverzekeraars moeten worden terugbetaald (overdekking) dan wel achteraf door de zorgverzekeraars aan de aanbieder moeten worden betaald (onderdekking). De in geval van overdekking terug te betalen bedragen zijn niet te zien als vergoedingen voor door zorgaanbieders verleende zorg. Dergelijke kosten vallen daarom sowieso buiten het begrip «gerealiseerde kosten». Maar omdat deze kosten in eerste instantie als niet onderscheidbaar onderdeel van de geleverde zorg worden gedeclareerd en derhalve als onderdeel van de «gerealiseerde kosten» binnenkomen, wordt in de Rrv 2012 geregeld dat door de zorgautoriteit vastgestelde bedragen ter verrekening van deze opbrengstresultaten in mindering worden gebracht op de tot de relevante clusters behorende kosten. De in geval van onderdekking alsnog aan zorgaanbieders te betalen bedragen, zijn in eerste instantie ten onrechte niet opgenomen in de gerealiseerde kosten, en daarom wordt in de Rrv 2012 geregeld dat deze, door de NZa vastgestelde bedragen alsnog leiden tot een verhoging van de tot de relevante clusters behorende kosten. Aldus blijft een op dit punt correct bedrag aan gerealiseerde kosten over.

Daarnaast blijven buiten de gerealiseerde kosten de kosten van catastrofes waarvoor op grond van artikel 3.23 van het Besluit zorgverzekering bijdragen zijn verstrekt (zie artikel 3.11, derde lid, van het Besluit zorgverzekering). Omdat catastrofes niet voorzien kunnen worden en de zorgkosten die daaruit ontstaan derhalve niet geraamd kunnen worden, vallen zij aldus geheel buiten de normale risicovereveningscyclus. Dat betekent dat het catastroferisco niet bij de verzekeraars komt te liggen.

Op grond van het vierde lid van artikel 3.11 corrigeert het CVZ de geraamde kosten (zie artikel 1, onderdeel bb) voor het werkelijke aantal verzekerden en hun werkelijke verzekerdenkenmerken. Zonder deze correctie kan de verzekerdenaanslag niet plaatsvinden.

Vervolgens herberekent het CVZ op basis van de door alle verzekeraars tezamen gerealiseerde kosten met inachtneming van bij ministeriële regeling te stellen regels de gewichten per klasse, die voor de ex ante verdeling (zie het tweede en derde lid van de artikelen 3.4, 3.5, 3.7 en 3.8 van het Besluit zorgverzekering) bij ministeriële regeling (voor het vereveningsjaar 2012 is dit de Rrv 2012) waren vastgesteld. Het CVZ doet dat door per cluster van prestaties de gewichten te vermenigvuldigen met het quotiënt van de gerealiseerde kosten en de gecorrigeerde geraamde kosten (art. 3.11, vijfde lid, Besluit zorgverzekering).

<sup>1</sup> Opbrengstresultaten zullen, indien het wetsvoorstel Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG op 1 januari in werking treedt, met ingang van het vereveningsjaar 2012 slechts voor long/astma-klinieken, voor epilepsiecentra en voor instellingen voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg kunnen optreden.

Het zesde lid van artikel 3.11, ten slotte, geeft een delegatiebasis voor het treffen van regels over de wijze waarop een verzekerde die niet gedurende het gehele jaar bij één verzekeraar verzekerd is geweest (bijvoorbeeld omdat hij niet het gehele jaar verzekeringsplichtig was of omdat hij in dat jaar bij meerdere verzekeraars verzekerd was) voor het vaststellen van de risicovereveningsbijdrage bij die verzekeraar meetelt.

Artikel 3.12 bevat vervolgens de hoofdregels voor de herberekening van de nieuwe deelbedragen. In de artikelen 3.15, tweede lid, 3.16 en 3.17 worden vervolgens nog extra compensatiemechanismen geregeld<sup>1</sup>.

In eerste instantie berekent het CVZ per verzekeraar per cluster van prestaties nieuwe deelbedragen, uitgaande van de werkelijke verzekerdenaantallen per verzekeraar, van de werkelijke verzekerdenkenmerken, en van de op basis van de gerealiseerde kosten herberekende gewichten (art 3.12, eerste lid). Daarmee zou de macro-nacalculatie in stand blijven, ware het niet, dat het tweede lid van artikel 3.12 vervolgens bepaalt, dat op de aldus berekende deelbedragen een bedrag in mindering wordt gebracht. Het tweede lid bepaalt bovendien, hoe dit bedrag moet worden berekend. Allereerst wordt het verschil tussen de gerealiseerde kosten en de geraamde kosten berekend (tweede lid, onderdeel a) Het gaat hier telkens om de kosten per cluster van prestaties: de uitkomst is derhalve het verschil tussen gerealiseerde en geraamde kosten voor, bijvoorbeeld, het cluster «overige prestaties» voor alle verzekeraars tezamen. Vervolgens wordt de uitkomst van onderdeel a gedeeld door het totaal aantal in het vereveningsjaar ingeschreven verzekerden die premie moeten betalen (dat wil zeggen de verzekerden van achttien jaar of ouder, met uitzondering van gedetineerden als bedoeld in art. 24 Zvw). Dit levert een per verzekerde gelijk bedrag per cluster van prestaties op (tweede lid, onderdeel b). Dit standaardbedrag wordt vermenigvuldigd met het aantal premieplichtige verzekerden dat in het vereveningsjaar een zorgverzekering bij de verzekeraar had (tweede lid, onderdeel c). Het resultaat is het bedrag dat iedere verzekeraar in totaal ten gevolge van kostenoverschrijdingen per deelbedrag in zou moeten leveren. De uitkomst wordt dan ook in mindering gebracht op het op grond van het eerste lid van artikel 3.12 berekende toepasselijke deelbedrag. De uitkomst daar weer van (het herberekende deelbedrag per in die artikelen aangegeven cluster van prestaties) wordt gebruikt als basis voor de toepassing van de overige ex post compensatie-mechanismen, zoals geregeld in de artikelen 3.15, tweede lid, 3.16 en 3.17 van het Besluit zorgverzekering.

Overigens wordt in het voorgaande telkens gesproken van het in mindering brengen van kosten. Dat is logisch, nu de afgelopen jaren de gerealiseerde kosten steeds hoger uitvielen dan de geraamde kosten. Indien in de toekomst echter in enig jaar de geraamde kosten hoger zouden zijn dan de gerealiseerde kosten, leidt de berekening, bedoeld in artikel 3.12, tweede lid, tot een negatief bedrag. Omdat een vermindering met een negatief bedrag de facto een vermeerdering is, zal in dat geval sprake zijn van een op- in plaats van een afslag op de herberekende deelbedragen.

<sup>1</sup> Artikelen 3.15, tweede lid: nacalculatie vaste kosten van ziekenhuisverpleging, artikel 3.16: mogelijkheid hogekostencompensatie alsmede nacalculatie kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, en artikel 3.17: bandbreedteregeling voor de som van de kosten in de prestatieclusters «dbc-zorg-producten in het vrije segment» en «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp» alsmede voor de kosten in het prestatiecluster «geneeskundige geestelijke gezondheidszorg».

Op grond van artikel 1, onderdeel bb, worden in de geraamde kosten ook de financiële gevolgen meegenomen van in het vereveningsjaar geldende wijzigingen in de te verzekeren prestaties die na de vaststelling van het macro-prestatiebudget en de macro-deelbedragen, maar voor de aanvang van het vereveningsjaar bekend zijn geworden, waarna de geraamde kosten bovendien op grond van artikel 3.12, eerste lid, nog, voordat artikel 3.12, tweede lid, onderdeel a, wordt toegepast worden gecorrigeerd voor de werkelijke verzekerdenaantallen en hun werkelijke

verzekerdenkenmerken. Daarmee is het tweede punt van het flankerend beleid geregeld.

De inhoud van artikel 3.12 van het Besluit zorgverzekering zoals dat luidde voor de inwerkingtreding van voorliggend besluit, is nu opgenomen in een nieuw artikel 3.13. De inhoud van het artikel is gelijk gebleven, met dien verstande dat de clausule «de kosten van B-dbc's» is gewijzigd in «de kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment».

Vervanging van het «oude» artikel 3.13 door het hierboven omschreven nieuwe artikel was mogelijk omdat aan de inhoud van het oude artikel 3.13 geen behoefte meer bestaat. Artikel 3.13 zoals dat voor de inwerkingtreding van dit Besluit luidde, voorzag in hogekostencompensatie op het herberekende deelbedrag van de kosten van B-dbc's (nu: de kosten van de dbc-producten in het vrije segment) en in de mogelijkheid van nacalculatie. De hogekostencompensatie is met voorliggend Besluit vervallen. In de plaats daarvan is de ex ante verevening op meerjarige hoge kosten gekomen. Van de mogelijkheid tot nacalculatie is in 2011 geen gebruik gemaakt, behalve dan dat de kosten van de B-dbc's meegenomen worden in het bepalen van de bandbreedteregeling (toepassen van de bandbreedteregeling is ook een vorm van nacalculatie). Daarvoor wordt echter met voorliggend besluit een afzonderlijke delegatiebepaling in het Besluit zorgverzekering opgenomen (zie art. 3.17 van het Besluit zorgverzekering en de toelichting bij onderdeel N). Nu het niet de bedoeling is om nog om andere redenen gebruik te maken van de nacalculatiemogelijkheid op dbc's in het vrije segment die in artikel 3.13 was opgenomen, is besloten de inhoud van het artikel geheel te laten vervallen. De inhoud van het oude artikel 3.12 is in nu in het vrijgevalen nummer 3.13 opgenomen.

#### *Onderdeel K*

In artikel 3.14 zijn de hogekostencompensatie en de nacalculatie bij het cluster «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp» komen te vervallen. Daarnaast vervalt het tweede lid, omdat met ingang van 1 januari 2012 als de Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG en de nieuwe DOT-systematiek worden ingevoerd, niet meer alle declaraties van specialisten volledig aan de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp zullen worden toegeschreven. Voor een nadere toelichting zij verwezen naar de toelichting bij onderdeel A (op artikel 1, onderdelen h (nieuw) tot en met m (nieuw) van het Besluit zorgverzekering).

#### *Onderdeel L*

De wijziging in artikel 3.15 van het Besluit zorgverzekering houdt verband met de wijzigingen in de artikelen 3.11 en 3.12 van het Besluit.

#### *Onderdeel M*

De wijziging in artikel 3.16, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering houdt verband met de wijzigingen in de artikelen 3.11 en 3.12 van het Besluit. De wijziging in het derde lid houdt verband met het nieuwe artikel 3.17, tweede lid. Voor de daar geregelde toepassing van de bandbreedteregeling dient het in artikel 3.16, derde lid, bedoelde (sub)deelbedrag voor verzekerden van achttien jaar en ouder als basis.

In artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering zoals dat voor de inwerkingtreding van voorliggend besluit luidde, was de hogekostencompensatie en de mogelijkheid van nacalculatie op het cluster «kosten van overige prestaties» geregeld. De hogekostencompensatie komt echter bij de inwerkingtreding van voorliggend besluit – behalve voor de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg – te vervallen, terwijl van de mogelijkheid van nacalculatie over het vereveningsjaar 2011 geen gebruik is gemaakt en er geen voornemens zijn om die mogelijkheid in later jaren alsnog te gebruiken. Daarom kon artikel 3.17 vervallen. Dat betekent dat voor de overige prestaties het op grond van artikel 3.12, eerste tot en met derde lid, berekende bedrag het bedrag is dat meetelt voor de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage.

Het vrijgevallen nummer is echter gebruikt voor een delegatiebepaling voor de bandbreedteregeling. Dit is nodig nu gebruik van de bandbreedteregeling, die onder andere wordt toegepast op de som van de «kosten van de dbc-zorgkosten uit het vrije segment» en de «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische zorg», te zien is als een vorm van nacalculatie, terwijl de basis voor nacalculatie voor de dbc-zorgkosten uit het vrije segment en voor de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische zorg met ingang van 1 januari 2012 vervalt. Ingevolge artikel II zal de bandbreedteregeling voor de som van de kosten van de dbc's uit het vrije segment en de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische zorg met ingang van 1 januari 2015 vervallen.

Hoewel de nacalculatiemogelijkheid op de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (zie art. 3.16 van het Besluit zorgverzekering) vooralsnog niet vervalt, en de toepassing van de bandbreedteregeling ook voor deze zorg als een vorm van nacalculatie wordt gezien en derhalve geheel bij ministeriële regeling geregeld zou kunnen worden, is besloten in artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering toch ook de basis voor de toepassing van de bandbreedteregeling voor de geneeskundige geestelijk gezondheidszorg te regelen. Dat is gebeurd in het tweede lid.

Ingevolge de bandbreedteregeling dient zowel voor de som van «de kosten van dbc-zorgproducten uit het vrije segment» en «de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp» als voor «de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder» te worden nagecalculeerd op een bandbreedte rond het gemiddelde marktresultaat van de zorgverzekeraars. Dat gemiddelde resultaat was voor het afschaffen van de macro-nacalculatie nul euro. Het afschaffen van de macro-nacalculatie zal ertoe leiden dat het gemiddelde resultaat verschuift van nul euro naar het gemiddelde bedrag van de over- of onderschrijding per verzekerde. Het is aan het CVZ, de uitvoerder van de risicoverevening, om het gemiddelde marktresultaat bepalen. Daarbij zal het CVZ als volgt te werk gaan. Het CVZ bepaalt voor zowel de «kosten van dbc-zorgproducten uit het vrije segment» als de «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp» het verschil tussen de gecorrigeerde geraamde kosten (art. 3.11, vierde lid) en de gerealiseerde kosten en deelt dit verschil door het totaal aantal in het vereveningsjaar premieplichtige verzekerden. Om het gemiddelde marktresultaat voor de som van de «kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment» en de «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp» te bepalen, worden de twee berekende bedragen bij elkaar opgeteld. Om het gemiddelde marktresultaat voor de «kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder» te berekenen, bepaalt het CVZ het verschil tussen de gecorrigeerde geraamde kosten (art. 3.11, vierde lid) voor deze groep



en de voor deze groep gerealiseerde kosten, waarna hij dit verschil deelt door het totaal aantal in het vereveningsjaar ingeschreven premieplichtige verzekerden.

#### *Onderdeel O*

Nu voor de dbc-zorgkosten uit het vrije segment, de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en de overige prestaties het op grond van artikel 3.12 herberekende deelbedrag het bedrag is, dat voor de definitieve vaststelling wordt meegenomen, diende artikel 3.18 van het Besluit zorgverzekering anders geformuleerd te worden.

#### *Onderdeel P*

De wijziging van artikel 3.20, tweede lid, vloeit voort uit de voorgaande wijzigingen.

#### *Onderdeel Q*

In artikel 3.23 van het Besluit zorgverzekering worden enkele wijzigingen aangebracht. Allereerst vervalt met de woorden «of structureel» de mogelijkheid om, indien de financiële gevolgen van een catastrofe zich ook uitstrekken tot jaren na het (verevenings)jaar waarin de catastrofe zich heeft voorgedaan, een afzonderlijke financiële bijdrage aan verzekeraars te verlenen. Immers, anders dan voor de kosten in het jaar waarin de catastrofe zich voordeed, kan in later jaren bij de raming van de kosten rekening gehouden worden met de financiële gevolgen van een catastrofe die zich in een eerder jaar voordeed.

Daarnaast vervalt de eis dat er sprake dient te zijn van een nationale ramp. Deze woorden kunnen namelijk ten onrechte de indruk wekken dat een bijdrage als bedoeld in artikel 3.23 van het Besluit zorgverzekering slechts wordt verstrekt indien een ramp gevolgen heeft in heel Nederland. Dat is niet de bedoeling. Ook een ramp die louter of vooral verzekerden in een bepaalde regio treft, moet kunnen leiden tot het verstrekken van een extra bijdrage als in artikel 3.23 bedoeld.

Met het vervangen van het woord «uitkering» door «bijdrage» wordt beter aangesloten bij de tekst van artikel 33 Zvw.

#### *Onderdeel R*

Op grond van artikel 3.24 van het Besluit zorgverzekering en het daarop gebaseerde artikel 3.22 van de Regeling zorgverzekering werd de zorgverzekeraars voor het verzekerd houden van wanbetalers met een premie-achterstand ten minste zes maandpremies, een bijdrage verstrekt. Sinds de inwerkingtreding van de Wet van 18 juli 2009, 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, Stb. 2009, 357) ontvangen de verzekeraars voor dergelijke wanbetalers, indien zij bij het CVZ voor het zogenoemde «bestuursrechtelijke premieregime» zijn aangemeld, een bijdrage op grond van een ander artikel (namelijk artikel 6.5.4 van de Regeling zorgverzekering). De wanbetalers voor wie de verzekeraars een bijdrage kregen op grond van eerstgenoemde artikelen, zijn inmiddels allen of weer gaan betalen, of aangemeld voor het bestuursrechtelijke premieregime. Dientengevolge kan artikel 3.24 van het Besluit zorgverzekering

vervallen. Artikel 3.22 van de Regeling zorgverzekering wordt met de Rrv 2012 geschrapt.

## **Artikel II**

Op grond van dit artikel vervalt de bandbreedteregeling voor de som van «de kosten van de dbc's uit het vrije segment» en «de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp» met ingang van 1 januari 2015.

## **Artikel III**

De wijziging in artikel 67, vijfde lid, van het Besluit prudentiële regels Wft is van louter wetstechnische aard. Doordat het begrip «hogekostencompensatie» ten gevolge van de wijzigingen in artikel 1 van het Besluit zorgverzekering niet meer in onderdeel x maar in onderdeel cc van dat artikel gedefinieerd worden, dient ook de verwijzing in eerdergenoemd artikellid van het Besluit prudentiële regels Wft te worden aangepast.

## **Artikel IV**

Op grond van artikel 32, vierde lid, onderdeel a, Zvw dient voor 1 oktober van een vereveningsjaar te worden bepaald welk bedrag in totaal ex ante aan de zorgverzekeraars kan worden toegekend. Dit zal voor het jaar 2012 geschieden in de Rrv 2102. Die regeling kan pas in werking treden nadat voorliggend besluit (waarop zij gedeeltelijk is gebaseerd), de «Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG» (waaraan zij beleidsinhoudelijk is verbonden) en het wetsvoorstel tot wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met de verhoging van het verplicht eigen risico (Kamerstukken I 2010/11, 32 788, A) in werking zijn getreden. Het wetsvoorstel dat moet leiden tot eerstgenoemde wet en laatstgenoemd wetsvoorstel waren op 1 oktober 2011 in behandeling bij de Eerste Kamer. Omdat het CVZ niettemin op grond van artikel 32, vijfde lid, Zvw, voor 15 oktober 2011, met inachtneming van de Rrv 2012, beleidsregels dient te hebben vastgesteld en voor 1 november 2011 de vereveningsbijdragen voor het vereveningsjaar 2012 ex ante aan de verzekeraars moet hebben toegekend, is besloten rond 1 oktober 2012 een concept van de Rrv 2012 in de Staatscourant te publiceren. De formele regeling zal worden gepubliceerd nadat eerstgenoemde wet en voorliggend Besluit in werking zullen zijn getreden, en zal terugwerken tot en met 30 september 2011.

Gezien het voorgaande krijgt ook voorliggend besluit terugwerkende kracht tot en met 30 september 2011.

Op grond van het tweede lid van artikel IV wordt zeker gesteld, dat het Besluit voor het eerst van toepassing kan zijn op de vereveningsbijdrage die voor het vereveningsjaar 2012 wordt toegekend. Het derde lid van artikel IV zorgt ervoor dat de bepalingen uit het Besluit zorgverzekering zoals deze luiden voor eerdere vereveningsjaren, op de vaststelling van de vereveningsbijdragen over die jaren van toepassing blijven.

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