

## Wijziging Regeling zorgverzekering en Regeling beschikbare middelen verstrekkingen en vergoedingen Zfw 2005

*Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 september 2006, nr. Z/F-2717267, tot wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met de vaststelling van de vereveningsbijdragen van zorgverzekeraars voor 2006 en 2007, alsmede wijziging van de Regeling beschikbare middelen verstrekkingen en vergoedingen Zfw 2005*

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Gelet op artikel 32, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet, de artikelen 3.1, tweede lid, 3.3, derde lid, 3.4, tweede lid, 3.5, derde lid, 3.6, derde lid, 3.8, vierde lid, 3.9, eerste, derde, vierde en vijfde lid, 3.10, eerste en tweede lid, 3.11, eerste tot en met derde lid, 3.12 eerste tot en met derde lid, 3.15, derde lid en 3.17 van het Besluit zorgverzekering en artikel 2.1.13 van de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet, juncto artikel 19, tweede en zevende lid, van de Ziekenfondswet;

Besluit:

### Artikel 1

In de Regeling zorgverzekering worden de volgende wijzigingen aangebracht:

A

De titel van Hoofdstuk 3 komt te luiden als volgt:  
Hoofdstuk 3 Bepalingen omtrent de vereveningsbijdrage 2006

B

Artikel 3.1 wordt als volgt gewijzigd:

1. Voor de tekst wordt de aanduiding '1.' geplaatst.
2. Er worden twee nieuwe leden toegevoegd, luidende:
  2. Boven het in het eerste lid beschikbaar gestelde bedrag worden extra middelen beschikbaar gesteld in verband met het niet afkomen van in 2006 initieel teveel betaalde vereveningsbijdrage.
  3. De extra middelen zijn onderverdeeld in een bedrag van € 88 400 000 met betrekking tot het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en een bedrag van € 159 500 000 met betrekking tot het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties.

C

Artikel 3.6 wordt als volgt gewijzigd:

1. Aan het tweede lid wordt de volgende zinsnede toegevoegd: , met dien verstande dat bij de herberekening van de gewichten voor verzekerden zonder FKG het gewicht dusdanig wordt vastgesteld dat per saldo de toe- en afslagen samenhangend met FKG's over alle verzekerden overeenkomen met de extra toegevoegde middelen per macro-deelbedrag.
2. Het vierde lid komt te luiden als volgt:
4. Het College zorgverzekeringen herberkent de in het eerste en tweede lid genoemde gewichten nader door deze per deelbedrag te vermenigvuldigen met de verhouding tussen enerzijds de gerealiseerde kosten per deelprestatie over alle zorgverzekeraars vermeerderd met de extra middelen, bedoeld in artikel 3.1, tweede lid, en anderzijds het bijbehorende herberekende deelbedrag over alle zorgverzekeraars op basis van het derde lid. Op grond van de herberekende gewichten worden de normatieve bedragen per zorgverzekeraar nader herberekend.

D

Artikel 3.7 wordt als volgt gewijzigd:

1. Voor de tekst wordt de aanduiding '1.' geplaatst.
2. Er wordt een nieuw lid toegevoegd, luidende:
  2. Kosten van prestaties die overeenstemmen met de prestaties waarop de Zorgverzekeringswet recht geeft die niet kunnen worden toegewezen aan afzonderlijke deelbedragen worden door het College zorgverzekeringen voor 40% als kosten van overige prestaties, voor 40% als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en voor 20% als vaste kosten van ziekenhuisverpleging aangemerkt.

E

Artikel 3.8 wordt als volgt gewijzigd:

1. Onder vernummering van de leden vier tot en met elf tot vijf tot en met twaalf, wordt een nieuw vierde lid ingevoegd, luidende:
  4. Van de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de opbrengstresultaten in 2006 merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging.
2. In het vernummerde vijfde lid wordt 'genoemd in het tweede en derde lid' vervangen door: genoemd in het tweede, derde en vierde lid.

3. In het vernummerde zevende lid wordt na 'De kostencomponent' ingevoegd: en honorariumcomponent.

4. Het vernummerde negende lid komt te luiden als volgt:

9. Het College zorgverzekeringen merkt de honorariumcomponent van onderhandelbare dan wel niet-onderhandelbare dbc's, alsmede eventuele overige declaraties van vrijgevestigde specialisten, met uitzondering van de honorariumcomponent van overige trajecten en verrichtingen en van ondersteunende en overige producten, volledig aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
5. In het vernummerde elfde lid wordt 'negende lid' vervangen door: tiende lid.
6. In het vernummerde twaalfde lid wordt 'achtste lid' vervangen door 'negende lid' en wordt 'tiende lid' vervangen door: elfde lid.

F

Artikel 3.9 wordt als volgt gewijzigd:

1. Onder vernummering van de leden zeven tot en met tien tot negen tot en met twaalf, worden twee nieuwe leden ingevoegd, luidende:
  7. Van de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de opbrengstresultaten in 2006 merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
  8. Het percentage per instelling, bedoeld in het zevende lid, is gelijk aan 100 minus het percentage, bedoeld in artikel 3.8, vierde lid.
2. In het vernummerde tiende lid wordt na 'De kostencomponent' ingevoegd: en honorariumcomponent.
3. In het vernummerde twaalfde lid wordt 'negende lid' vervangen door: elfde lid.

G

Artikel 3.11 wordt als volgt gewijzigd:

1. Voor de tekst wordt de aanduiding '1.' geplaatst.
2. In onderdeel e, wordt na de zinsnede 'voor zover zij ingevolge artikel 3.7' ingevoegd: , eerste lid,.
3. Er wordt een nieuw tweede lid toegevoegd, luidende:
  2. Bij de toepassing van hogekostencompensatie is het College zorgverzekeringen gemachtigd de inbreng met betrekking tot het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kos-

ten van specialistische hulp te corrigeren voor de vaste bedragen ter verrekking van de opbrengstresultaten.

H

In artikel 3.12 wordt '0' vervangen door: het gemiddelde resultaat per premieplichtige verzekerde met betrekking tot de som van de genoemde deelbedragen en de no-claimteruggave over alle zorgverzekeraars.

#### Artikel II

De Regeling zoals gewijzigd bij artikel I wordt voor 2007 als volgt gewijzigd:

A

De titel van Hoofdstuk 3 komt te luiden als volgt:  
Hoofdstuk 3 Bepalingen omtrent de vereveningsbijdrage 2007

B

De paragrafen 1 tot en met 5 van Hoofdstuk 3 komen te luiden als volgt:

### § 1. Algemene bepalingen

#### Artikel 3.1

De beschikbare middelen voor het verstrekken van bijdragen aan zorgverzekeraars als bedoeld in artikel 32, vierde lid, onderdeel a, van de Zorgverzekeringswet voor het jaar 2007 omvatten, naast de middelen, bedoeld in § 1.5 van hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering, een bedrag van € 12 145 200 000.

### § 2. De vaststelling van de beschikbare middelen, het macro-prestatiebedrag en de onderverdeling daarvan in macro-deelbedragen

#### Artikel 3.2

1. Het macro-prestatiebedrag voor het jaar 2007 bedraagt € 25 448 500 000.
2. Het macro-prestatiebedrag is onderverdeeld in de volgende macro-deelbedragen:
  - a. het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp ad € 10 646 500 000;
  - b. het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging ad € 4 536 800 000;
  - c. het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties ad € 10 265 200 000.

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

#### Artikel 3.3

De gewichten en de klassen bedoeld in de artikelen 3.3 en 3.6 van het Besluit zorgverzekering staan vermeld in bijlage 4 bij deze regeling.

#### Artikel 3.4

1. Het in artikel 3.4, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering genoemde bedrag per verzekerde bedraagt in 2007 € 33,60.
2. Het College zorgverzekeringen berekent de verwachte overige vaste kosten ziekenhuisverpleging op basis van historische gegevens, waarbij zonedig gecorrigeerd wordt voor de uitgaven die in 2007 door zorgverzekeraars worden gefinancierd op basis van een gelijk bedrag per verzekerde dan wel in 2007 buiten zorgverzekeraars om worden gefinancierd.

#### Artikel 3.5

Verzekerden die bij meer dan één zorgverzekeraar zijn ingeschreven, tellen voor het vaststellen van de bijdrage per zorgverzekeraar slechts gedeeltelijk mee. Hierbij is het gewicht van deze verzekerden omgekeerd evenredig aan het aantal zorgverzekeraars waarbij zij zijn ingeschreven.

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

#### Artikel 3.6

1. De basis voor de op grond van artikel 3.8, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering herberekende gewichten, waarbij in de herberekening rekening is gehouden met de verwachte financiële gevolgen van de toepassing van een specifieke verevening van de hoge kosten, die gehanteerd wordt bij de herberekening van de bijdrage aan een zorgverzekeraar, staat vermeld in bijlage 5 bij deze regeling. Hierbij wordt de in de bijlage 5 aangegeven klasse-indeling van de criteria aangehouden.
2. Het College zorgverzekeringen herberekent het normatieve bedrag per zorgverzekeraar en de onderliggende deelbedragen, op basis van de gewichten, bedoeld in het eerste lid, en de gerealiseerde verzekerdenaantallen per klasse van de criteria.
3. Het College zorgverzekeringen herberekent de in het eerste lid genoemde gewichten nader door deze per deelbedrag te vermenigvuldigen met de verhouding tussen de gerealiseerde kosten per deelprestatie over alle zorgverzekeraars en het bijbehorende herberekende deelbedrag over alle zorgverzekeraars op basis van het tweede lid. Op grond van de herberekende gewichten worden de normatieve bedragen per zorgverzekeraar nader herberekend.
4. Bij de herberekening van het normatieve bedrag gaat het College zorgverzekeringen voor alle criteria, inclusief FKG's en DKG's, uit van realisatiecijfers uit het jaar 2007.

#### Artikel 3.7

1. De kosten van verzekerde prestaties die verzekerden buiten Nederland vanaf 1 januari 2006 hebben gemaakt en die het College zorgverzekeringen op declaraties op kasbasis naar het werkelijke bedrag in 2007 vergoedt, dan wel de kosten die rechtstreeks door de zorgverzekeraar aan de buitenlandse zorgaanbieder worden vergoed, dan wel de kosten die de verzekerde zelf bij zijn zorgverzekeraar declareert, worden:
  - a. indien de kosten zijn gemaakt met toepassing van een bepaling van de Verordening (EEG) nr. 1408/71 inzake sociale zekerheid dan wel het Verdrag betreffende de sociale zekerheid van Rijnvarenden, welke recht geeft op zorg na toestemming van de zorgverzekeraar, door het College zorgverzekeringen voor 60% als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en voor 40% als vaste kosten van ziekenhuisverpleging aangemerkt;
  - b. indien de kosten niet overeenkomstig onderdeel a zijn gemaakt en
    - 1°. uit de specificatie blijkt dat zij ofwel gelden als kosten van geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden, ofwel als kosten van verblijf, als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering, door het College zorgverzekeringen voor 60% als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en voor 40% als vaste kosten van ziekenhuisverpleging aangemerkt;
    - 2°. uit de specificatie blijkt dat zij niet gelden als kosten van geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden, dan wel als kosten van verblijf, als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering, door het College zorgverzekeringen voor 100% als overige prestaties aangemerkt;
    - 3°. uit de specificatie niet blijkt om welk soort prestatie het gaat, door het College zorgverzekeringen voor 25% als kosten van overige prestaties, voor 45% als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en voor 30% als vaste kosten van ziekenhuisverpleging aangemerkt.
2. Kosten van prestaties die overeenstemmen met de prestaties waarop de Zorgverzekeringswet recht geeft en die niet kunnen worden toegewezen aan afzonderlijke deelbedragen worden door het College zorgverzekeringen voor 40% als kosten van overige prestaties, voor 40% als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en voor 20% als vaste kosten van ziekenhuisverpleging aangemerkt.

#### Artikel 3.8

Tot de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, de vaste kosten van ziekenhuisverpleging en de kosten van overige prestaties worden niet gerekend de zorgkosten die voor rekening komen van de verzekeren, met uitzondering van betalingen uit hoofde van een eigen risico.

#### Artikel 3.9

1. Ter bepaling van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp merkt het College zorgverzekeringen 87,5% van de kostencomponent van onderhandelbare dbc-tarieven, onafhankelijk van het type instelling of zorgverlener dat deze dbc levert, aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging.

2. Van de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbc-tarieven in algemene en academische ziekenhuizen, alsmede van het Oogziekenhuis, merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging.

3. Van de kostencomponent van de kosten van dbc's, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg, die niet vallen onder de reguliere onderhandelbare dbc's, merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging.

4. Het College zorgverzekeringen bepaalt per ziekenhuis het percentage, genoemd in het tweede en derde lid, op basis van door de Nederlandse zorgautoriteit te verschaffen gegevens.

5. Het College zorgverzekeringen merkt 75% van de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbc-tarieven van instellingen dan wel zorgverleners die niet genoemd zijn in het tweede lid aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging.

6. De kostencomponent en honorariumcomponent van overige trajecten en verrichtingen en van ondersteunende en overige producten van instellingen en zorgverleners die in hoofdzaak worden gefinancierd op basis van dbc's, alsmede alle kosten van overige instellingen op het gebied van ziekenhuisverpleging voor zover zij niet worden gefinancierd op basis van dbc's, merkt het College zorgverzekeringen voor 75% aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging, met uitzondering van de verpleegkosten van instellingen die niet gefinancierd worden op basis van dbc's, waarvoor een percentage van 60% wordt aangehouden.

7. Het College zorgverzekeringen betreft de renteheffingstarieven niet bij de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.

8. Het College zorgverzekeringen merkt de honorariumcomponent van onderhandelbare dan wel niet-onderhandelbare dbc's, alsmede eventuele overige declaraties van vrijgevestigde specialisten, met uitzondering van de honorariumcomponent van overige trajecten en verrichtingen en van ondersteunende en overige producten, volledig aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.

9. Het College zorgverzekeringen past hogekostencompensatie toe, overeenkomstig artikel 3.12.

10. Na toepassing van het negende lid past het College zorgverzekeringen op door hem te bepalen wijze generieke verevening toe ter grootte van 30%.

11. Het College zorgverzekeringen calculeert 35% na op het verschil tussen de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, vastgesteld ingevolge het eerste tot en met achtste lid, en het resultaat na toepassing van het tiende lid.

12. Indien het gemiddelde absolute resultaat per premieplichtige verzekerde na toepassing van het elfde lid meer dan € 17,50 afwijkt van 0, worden de buiten bedoelde bandbreedte liggende meer- of minderkosten voor 90% nagecalculeerd.

#### Artikel 3.10

1. Het College zorgverzekeringen baseert de herberekening per zorgverzekeraar van het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging samenhangend met overige vaste kosten, bedoeld in artikel 3.4, tweede lid, op de overige vaste kosten in het jaar 2006.

2. Ter bepaling van de vaste kosten van ziekenhuisverpleging merkt het College zorgverzekeringen 12,5% van de kostencomponent van onderhandelbare dbc-tarieven, onafhankelijk van het type instelling of zorgverlener dat deze dbc levert, aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

3. Van de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbc-tarieven in algemene en academische ziekenhuizen, alsmede van het Oogziekenhuis, merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

4. Het percentage per ziekenhuis, bedoeld in het derde lid, is gelijk aan 100 minus het percentage, bedoeld in artikel 3.9, tweede lid.

5. Van de kostencomponent van de kosten van dbc's, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg, die niet vallen onder de reguliere onderhandelbare dbc's, merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

6. Het percentage per instelling, bedoeld in het vijfde lid, is gelijk aan 100 minus het percentage, bedoeld in artikel 3.9, derde lid.

7. Het College zorgverzekeringen merkt 25% van de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbc-tarieven van instellingen dan wel zorgverleners die niet genoemd zijn in het derde lid aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

8. De kostencomponent en honorariumcomponent van overige trajecten en verrichtingen en van ondersteunende en overige producten van instellingen en zorgverleners die in hoofdzaak worden gefinancierd op basis van dbc's alsmede alle kosten van overige instellingen op het gebied van de ziekenhuisverpleging voor zover zij niet worden gefinancierd op basis van dbc's, merkt het College zorgverzekeringen voor 25% aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging, met uitzondering van de verpleegkosten bij instellingen die niet worden gefinancierd op basis van dbc's, waarvoor een percentage van 40% wordt aangehouden.

9. Het College zorgverzekeringen betreft de renteheffingstarieven niet bij de vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

10. Het College zorgverzekeringen calculeert 100% na op het verschil tussen de vaste kosten van ziekenhuisverpleging, vastgesteld ingevolge het tweede tot en met negende lid, en het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging na toepassing van het eerste lid.

#### Artikel 3.11

1. Het College zorgverzekeringen past op het deelbedrag kosten van overige prestaties hogekostencompensatie toe, overeenkomstig artikel 3.12.

2. Het College zorgverzekeringen past geen nacalculatie toe op het deelbedrag kosten van overige prestaties, noch is sprake van generieke verevening.

#### Artikel 3.12

Het College zorgverzekeringen past de uitwerking van hogekostencompensatie voor de macro-deelbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en kosten van overige prestaties als volgt toe:

- 90% van de som van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp van individuele verzekerden en van de kosten van overige prestaties van individuele verzekerden, voor zover deze kosten tezamen het bedrag van € 12.500 per verzekerde op jaarbasis overschrijden, wordt ten laste van een pool gebracht;
- de ten laste van de pool te brengen kosten worden per verzekerde gesplitst in enerzijds variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en anderzijds kosten van overige prestaties naar rato van de tota-

len van die beide kostensoorten van die verzekerde;

c. vervolgens worden de uitkomsten per kostensoort per zorgverzekeraar gesommeerd;

d. aan de ingevolge onderdeel c gesommeerde variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp wordt per zorgverzekeraar 30% toegevoegd van de kosten van verzekerde prestaties die verzekerden buiten Nederland vanaf 1 januari 2006 hebben gemaakt en die het College zorgverzekeringen op declaraties op kasbasis naar het werkelijke bedrag in 2007 vergoedt, voor zover zij ingevolge artikel 3.7, eerste lid, als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp zijn aangemerkt;

e. aan de ingevolge onderdeel c gesommeerde kosten van overige prestaties wordt per zorgverzekeraar 5% toegevoegd van de kosten van verzekerde prestaties die verzekerden buiten Nederland vanaf 1 januari 2006 hebben gemaakt en die het College zorgverzekeringen op declaraties op kasbasis naar het werkelijke bedrag in 2007 vergoedt, voor zover zij ingevolge artikel 3.7, eerste lid, als kosten van overige prestaties zijn aangemerkt;

f. voor elk van beide kostensoorten wordt het percentage berekend dat voortvloeit uit de verhouding tussen de som van de ten laste van de pool gebrachte kosten van alle zorgverzekeraars tezamen en de som van de herberekenende deelbedragen van alle zorgverzekeraars tezamen, en toegepast per deelbedrag van een zorgverzekeraar; g. de uitkomsten van onderdeel f worden ten gunste van de pool gebracht;

h. op basis van de uitkomsten van onderdeel c en na toepassing van de onderdelen d, e en g, worden de genoemde deelbedragen herberekend.

#### Artikel 3.13

In aanvulling op het vijfde lid van artikel 3.13 van het Besluit zorgverzekering kan het College zorgverzekeringen, indien de benodigde gegevens op het moment van de voorlopige herberekening ontbreken, bij de voorlopige herberekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar in het jaar volgend op het jaar waarop het normatieve bedrag betrekking heeft, toepassing van artikel 3.12 en van de in het eerste lid van artikel 3.6 genoemde herberekende gewichten achterwege laten.

#### § 5. Aanvullingen op de bijdrage aan een zorgverzekeraar

##### Artikel 3.14

Het in artikel 3.15, derde lid, van het Besluit zorgverzekering genoemde bedrag per verzekerde bedraagt € 50.

##### Artikel 3.15

1. Op grond van artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering wordt de bijdrage, bedoeld in de artikelen 3.7 en 3.13 van het Besluit zorgverzekering, verhoogd met de specifiek voor de zorgverzekeraar geraamde no-claimteruggave, waarbij het College zorgverzekeringen bij het in mindering brengen van de geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie op het berekende normatieve bedrag niet corrigeert voor de geraamde gemiddelde no-claimteruggave.

2. Bij de specifiek voor de zorgverzekeraar geraamde no-claimteruggave die gehanteerd wordt bij de berekening van de bijdrage, bedoeld in artikel 3.7 van het Besluit zorgverzekering, gaat het College zorgverzekeringen uit van verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, aard van het inkomen en regio en de in bijlage 6 genoemde gewichten. Hierbij wordt de in de bijlage 6 aangegeven klasse-indeling van de criteria aangehouden.

3. Bij de specifiek voor de zorgverzekeraar geraamde no-claimteruggave die gehanteerd wordt bij de herberekening van de bijdrage, bedoeld in artikel 3.13 van het Besluit zorgverzekering, gaat het College zorgverzekeringen uit van de gegevens, bedoeld in het tweede lid, waarbij de gewichten vermenigvuldigd worden met de verhouding tussen de uiteindelijk gerealiseerde no-claimteruggave over alle zorgverzekeraars en de oorspronkelijk geraamde no-claimteruggave over alle zorgverzekeraars.

#### C

Bijlage 4 komt te luiden als volgt:

#### **Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering**

##### *Bijlage horende bij artikel 3.3 van de Regeling zorgverzekering*

De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex ante berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar. De gewichten bevatten geen correctie voor HKV.

**Tabel B4.1: Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)**

	Variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp		Overige prestaties	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
0-4 jaar	780,97	675,01	504,09	465,83
5-9 jaar	377,15	338,50	560,82	513,87
10-14 jaar	343,92	329,91	554,93	544,91
15-19 jaar	388,72	411,86	501,22	568,20
20-24 jaar	361,91	452,81	395,76	516,17
25-29 jaar	357,80	573,66	405,52	682,16
30-34 jaar	375,28	665,41	420,10	787,23
35-39 jaar	417,85	591,19	454,31	633,04
40-44 jaar	452,58	532,71	481,43	539,28
45-49 jaar	523,59	579,66	534,29	594,62
50-54 jaar	607,77	635,76	566,79	650,36
55-59 jaar	756,99	741,38	636,27	734,07
60-64 jaar	932,12	818,02	684,52	782,24
65-69 jaar	1 236,82	970,17	816,11	855,83
70-74 jaar	1 542,69	1 163,94	920,86	938,25
75-79 jaar	1 776,88	1 368,24	1 028,00	1 052,51
80-84 jaar	1 756,99	1 402,30	1 157,32	1 197,92
85-89 jaar	1 686,27	1 294,08	1 319,45	1 393,14
90+ jaar	1 343,92	1 050,03	1 567,12	1 643,64

**Tabel B4.2: Gewichten voor het criterium FKG's (in euro's per verzekerde)**

FKG's	Variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Overige prestaties
Geen FKG	-108,59	-206,00
Glaucoom	89,49	249,13
Schildklierandoeningen	173,87	119,88
Psychische aandoeningen	16,01	510,88
Hoog cholestorol	113,75	369,27
Diabetes IIb (laag intensief)	262,57	454,69
Cara	457,28	834,87
Diabetes IIa (hoog intensief)	438,65	994,13
Epilepsie	413,36	1 078,74
Ziekte van Crohn/colitus ulcerosa	684,28	864,62
Hartaandoeningen	1 113,49	759,13
Reuma	1 047,53	2 142,48
Parkinson	579,89	2 553,35
Diabetes I	893,98	2 162,23
Transplantaties	775,94	3 451,90
Cystic fibrosis/pancreas aandoeningen	1 954,80	5 156,71
Aandoeningen van hersenen en ruggenmerg	961,03	9 348,34
Kanker	4 404,43	5 052,89
HIV/AIDS	1 823,76	11 476,71
Nieraandoeningen	7 543,14	5 552,56
Groeihormonen	1 031,75	22 516,83

**Tabel B4.3: Gewichten voor het criterium DKG's (in euro's per verzekerde)**

DKG's	Variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Overige prestaties
0	-97,43	-32,69
1	1 016,64	351,47
2	1 536,93	546,56
3	1 894,53	728,19
4	2 198,36	1 104,47
5	3 098,82	839,77
6	3 951,38	1 006,80
7	4 305,18	1 897,23
8	5 451,98	2 470,26
9	6 024,59	2 954,78

DKG's	Variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Overige prestaties
10	6 662,87	3 468,76
11	7 734,49	4 001,71
12	11 328,89	4 389,97
13	41 287,25	4 554,08

**Tabel B4.4: Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde)**

	Variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Overige prestaties
Arbeidsongeschikten		
15-34 jaar	516,26	468,32
35-44 jaar	458,04	482,53
45-54 jaar	498,75	489,70
55-64 jaar	402,05	338,96
Bijstandsgerechtigden		
15-34 jaar	174,22	74,57
35-44 jaar	130,34	128,48
45-54 jaar	237,08	189,70
55-64 jaar	119,18	74,55
WW, ANW (AWW) en overige uitkeringsgerechtigden		
15-34 jaar	66,10	32,36
35-44 jaar	-15,29	-1,90
45-54 jaar	-56,42	-32,41
55-64 jaar	-163,45	-77,50
Zelfstandigen		
15-34 jaar	-51,97	-44,22
35-44 jaar	-93,05	-76,19
45-54 jaar	-151,39	-118,38
55-64 jaar	-222,93	-154,98
Referentiegroep		
0-15 jaar	0,00	0,00
15-34 jaar	-19,69	-15,31
35-44 jaar	-29,81	-33,54
45-54 jaar	-59,96	-60,68
55-64 jaar	-87,15	-77,60
65+	0,00	0,00

**Tabel B4.5: Gewichten voor het criterium regio (in euro's per verzekerde)**

Regio	Variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp		Overige prestaties	
	Voormalig ziekenfonds	Voormalig particulier	Voormalig ziekenfonds	Voormalig particulier
1	94,86	30,37	3,08	1,43
2	66,76	6,34	2,69	-5,44
3	36,22	-8,14	7,89	9,64
4	31,09	-11,83	3,42	9,45
5	18,61	-18,01	2,21	8,51
6	-3,06	-30,39	1,63	1,61
7	-4,60	-31,52	2,76	-0,27
8	-17,98	-44,35	-6,21	3,28
9	-31,25	-35,64	-15,19	-1,29
10	-38,60	-50,48	-29,88	-16,76

**Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering**  
D  
Bijlage 5 komt te luiden als volgt:

*Bijlage horende bij artikel 3.6, eerste lid, van de Regeling zorgverzekering*  
De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex post berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar. De gewichten bevatten een correctie voor HKV.

**Tabel B5.1: Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)**

	Variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp		Overige prestaties	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
0-4 jaar	760,27	652,42	483,28	447,74
5-9 jaar	354,76	317,53	553,63	504,57
10-14 jaar	314,51	301,97	532,15	532,83
15-19 jaar	346,72	391,80	488,13	559,60
20-24 jaar	332,34	460,74	380,45	511,82
25-29 jaar	327,26	618,22	391,12	691,54
30-34 jaar	349,94	729,15	408,94	804,28
35-39 jaar	397,83	630,52	446,59	635,69
40-44 jaar	433,97	546,21	472,44	533,04
45-49 jaar	505,40	591,88	527,15	588,90
50-54 jaar	587,08	657,31	565,64	652,32
55-59 jaar	736,58	751,61	636,75	733,17
60-64 jaar	888,96	837,52	682,10	788,78
65-69 jaar	1 191,81	994,01	815,45	868,61
70-74 jaar	1 485,35	1 207,83	925,53	965,40
75-79 jaar	1 747,28	1 425,54	1 056,45	1 097,99
80-84 jaar	1 848,59	1 530,53	1 216,03	1 268,23
85-89 jaar	1 891,54	1 490,12	1 409,84	1 487,23
90+ jaar	1 623,93	1 286,87	1 692,34	1 765,94

**Tabel B5.2: Gewichten voor het criterium FKG's (in euro's per verzekerde)**

FKG's	Variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Overige prestaties
Geen FKG	-91,91	-191,49
Glaucoom	105,25	260,68
Schildklierandoeningen	219,41	150,45
Psychische aandoeningen	36,67	514,66
Hoog cholestorol	130,46	416,17
Diabetes IIb (laag intensief)	255,77	474,50
Cara	433,85	817,71
Diabetes IIa (hoog intensief)	403,33	1 036,76
Epilepsie	354,13	931,36
Ziekte van Crohn/colitus ulcerosa	632,15	811,05
Hartaandoeningen	891,98	690,96
Reuma	935,86	1 688,72
Parkinson	488,00	2 403,10
Diabetes I	671,36	2 059,24
Transplantaties	905,21	2 704,77
Cystic fibrosis/pancreas aandoeningen	956,40	2 941,30
Aandoeningen van hersenen en rug- genmerg	401,78	6 795,67
Kanker	3 299,42	2 745,62
HIV/AIDS	1 023,25	9 568,49
Nieraandoeningen	3 054,00	2 639,50
Groeihormonen	181,52	10 745,54

**Tabel B5.3: Gewichten voor het criterium DKG's (in euro's per verzekerde)**

DKG's	Variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Overige prestaties
0	-67,92	-22,69
1	1 111,26	354,31
2	1 442,36	513,85
3	1 662,05	625,61
4	1 867,61	957,16
5	2 444,14	674,31
6	3 032,73	738,44
7	3 686,16	1 452,41
8	3 875,76	1 734,01
9	4 188,27	2 084,88

DKG's	Variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Overige prestaties
10	5 412,18	2 132,13
11	6 607,61	2 865,72
12	7 416,91	2 348,77
13	13 886,10	90,74

**Tabel B5.4: Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde)**

	Variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Overige prestaties
Arbeidsongeschikten		
15-34 jaar	417,58	442,85
35-44 jaar	413,76	460,53
45-54 jaar	441,93	464,05
55-64 jaar	352,02	327,10
Bijstandsgerechtigden		
15-34 jaar	176,85	78,30
35-44 jaar	122,52	135,43
45-54 jaar	193,53	196,36
55-64 jaar	93,81	83,95
WW, ANW (AWW) en overige uitkeringsgerechtigden		
15-34 jaar	83,37	37,10
35-44 jaar	-1,81	5,79
45-54 jaar	-48,81	-26,29
55-64 jaar	-135,5	-64,37
Zelfstandigen		
15-34 jaar	-56,65	-46,62
35-44 jaar	-96,22	-77,38
45-54 jaar	-146,88	-117,98
55-64 jaar	-207,51	-153,55
Referentiegroep		
0-15 jaar	0,00	0,00
15-34 jaar	-16,99	-14,66
35-44 jaar	-26,44	-32,39
45-54 jaar	-51,22	-57,84
55-64 jaar	-74,80	-75,80
65+	0,00	0,00

**Tabel B5.5: Gewichten voor het criterium regio (in euro's per verzekerde)**

Regio	Variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp		Overige prestaties	
	Voormalig ziekenfonds	Voormalig particulier	Voormalig ziekenfonds	Voormalig particulier
1	83,92	18,42	7,35	-8,93
2	60,90	-0,05	9,86	-9,54
3	39,43	-11,89	12,26	-2,04
4	31,98	-18,44	10,11	0,39
5	19,26	-20,20	7,00	-0,77
6	2,11	-31,21	8,62	-3,03
7	-2,68	-30,75	5,64	-6,32
8	-13,87	-44,79	-1,45	-5,94
9	-24,78	-38,31	-11,47	-11,93
10	-34,52	-48,94	-26,01	-23,19

**Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering**

E  
Bijlage 6 komt te luiden als volgt:

*Bijlage horende bij artikel 3.15, tweede lid, van de Regeling zorgverzekering*  
De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de berekening van de specifiek voor de zorgverzekeraar geraamde no-claimteruggave.



**Tabel B6.1 Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)**

	Mannen	Vrouwen
18-19 jaar	160,37	113,56
20-24 jaar	171,57	123,85
25-29 jaar	167,69	112,48
30-34 jaar	157,74	102,20
35-39 jaar	144,14	105,88
40-44 jaar	133,73	106,21
45-49 jaar	119,30	92,73
50-54 jaar	103,62	79,58
55-59 jaar	82,80	65,56
60-64 jaar	69,00	55,83
65-69 jaar	48,23	42,70
70-74 jaar	31,99	30,71
75-79 jaar	20,91	22,20
80-84 jaar	18,43	20,39
85-89 jaar	19,31	22,56
90+ jaar	21,26	27,96

**Tabel B6.2: Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde)**

Arbeidsongeschikten	
18-34 jaar	-67,10
35-44 jaar	-67,13
45-54 jaar	-55,89
55-64 jaar	-35,30
Bijstandsgerechtigden	
18-34 jaar	-21,96
35-44 jaar	-30,81
45-54 jaar	-26,95
55-64 jaar	-8,81
WW, ANW (AWW) en overige uitkeringsgerechtigden	
18-34 jaar	-14,93
35-44 jaar	-7,14
45-54 jaar	0,71
55-64 jaar	6,25
Zelfstandigen	
18-34 jaar	14,52
35-44 jaar	22,02
45-54 jaar	28,31
55-64 jaar	29,08
Referentiegroep	
0-18 jaar	0,00
18-34 jaar	2,93
35-44 jaar	4,42
45-54 jaar	5,84
55-64 jaar	7,03
65+	0,00

**Tabel B6.3: Gewichten voor het criterium regio (in euro's per verzekerde)**

Regio	Voormalig ziekenfonds	Voormalig particulier
1	-9,64	0,09
2	-6,88	1,42
3	-5,33	1,76
4	-3,80	2,00
5	-2,16	2,86
6	-1,34	3,65

Regio	Voormalig ziekenfonds	Voormalig particulier
7	0,35	4,96
8	0,89	6,46
9	0,84	8,69
10	2,98	11,59

#### Artikel III

De Regeling beschikbare middelen verstrekkingen en vergoedingen Zfw 2005 wordt gewijzigd als volgt:

1. De artikelen 12 en 13 komen te luiden als volgt:

#### Artikel 12

1. Ter bepaling van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp merkt het College zorgverzekeringen 87,5% van de kostencomponent van onderhandelbare dbc-tarieven, onafhankelijk van het soort instelling dat deze dbc levert, aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging.

2. Ter bepaling van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp merkt het College zorgverzekeringen 87,5% van de kostencomponent van landelijke dbc-tarieven B-segment, onafhankelijk van het soort instelling dat deze dbc levert, aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging.

3. Van de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbc-tarieven in algemene en academische ziekenhuizen, alsmede van het Oogziekenhuis, merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging.

4. Van de kostencomponent van de kosten van dbc's geleverd door instellingen die meedoen aan door de minister goedgekeurde experimenten, die niet vallen onder de reguliere onderhandelbare dbc's, merkt het College zorgverzeke-

ringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging.

5. Van de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de opbrengstresultaten in 2005 merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging.

6. Het College zorgverzekeringen bepaalt per ziekenhuis het percentage, bedoeld in het tweede, derde en vijfde lid, op basis van door de Nederlandse Zorgautoriteit te verschaffen gegevens.

7. Het College zorgverzekeringen merkt 75% van de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbc-tarieven van zelfstandige behandelcentra aan als variabele kosten van ziekenhuiszorg.

8. De kosten van neventarieven en tarieven voor trajecten, voor zover gedeclareerd door algemene, categorale en academische ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra, alsmede alle kosten van overige instellingen op het gebied van de curatieve zorg voor zover zij niet overstappen op dbc-financiering, merkt het College zorgverzekeringen voor 75% aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, met uitzondering van de kosten van verpleegdagen van klinische revalidatiecentra, epilepsiecentra en astmaklinieken waarvoor een percentage van 60% wordt aangehouden.

9. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten van lokale dbc-tarieven voor experiment-dbc's voor 87,5% aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.

10. Het College zorgverzekeringen betreft de renteheffing niet bij de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialisten hulp.

11. Het College zorgverzekeringen merkt de honorariumcomponent van onderhandelbare dan wel niet-onderhandelbare dbc's, alsmede eventue-

le overige declaraties van vrijgevestigde specialisten volledig aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.

12. Het College zorgverzekeringen past hogekostenverevening toe, overeenkomstig artikel 15.

13. Na toepassing van het twaalfde lid past het College zorgverzekeringen op door hem te bepalen wijze verevening toe ter grootte van 30%.

14. Het College zorgverzekeringen calculeert tenslotte 35% na op het verschil tussen de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, vastgesteld ingevolge het eerste tot en met elfde lid, en het resultaat na toepassing van het dertiende lid.

#### Artikel 13

1. Het College zorgverzekeringen baseert de herberekening van het deelbudget vaste kosten van ziekenhuisverpleging samenhangend met overige vaste kosten, zoals genoemd in artikel 6, vierde lid, op basis van de vaste kosten in het jaar 2004, waarbij het College zorgverzekeringen deze vaste kosten schoont voor uitgaven ten behoeve van de academische component.

2. Ter bepaling van de vaste kosten van ziekenhuisverpleging merkt het College zorgverzekeringen 12,5% van de kostencomponent van onderhandelbare dbc-tarieven, onafhankelijk van het soort instelling dat deze dbc levert, aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

3. Ter bepaling van de vaste kosten van ziekenhuisverpleging merkt het College zorgverzekeringen 12,5% van de kostencomponent van landelijke dbc-tarieven B-segment, onafhankelijk van het soort instelling dat deze dbc levert, aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

4. Van de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbc-tarieven in algemene en academische ziekenhuizen, alsmede van het Oogziekenhuis, merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

5. Het percentage per instelling genoemd in het derde lid is gelijk aan 100 minus het percentage genoemd in artikel 12, tweede lid.

6. Van de kostencomponent van de kosten van dbc's geleverd door instellingen die meedoen aan door de minister goedgekeurde experimenten, die niet vallen onder de reguliere onderhandelbare dbc's, merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

7. Het percentage per instelling genoemd in het derde lid is gelijk aan 100 minus het percentage genoemd in artikel 12, derde lid.

8. Van de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de opbrengstresultaten in 2005 merkt het

College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

9. Het percentage per instelling, bedoeld in het achtste lid, is gelijk aan 100 minus het percentage bedoeld in artikel 12, vijfde lid.

10. Het College zorgverzekeringen merkt 25% van de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbc-tarieven van zelfstandige behandelcentra aan als vaste kosten van ziekenhuiszorg.

11. De kosten van neventarieven en tarieven voor trajecten, voor zover gedeclareerd door algemene, categorale en academische ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra, alsmede alle kosten van overige instellingen op het gebied van de curatieve zorg voor zover zij niet overstappen op dbc-financiering, merkt het College zorgverzekeringen voor 25% aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, met uitzondering van de kosten van verpleegdagen van klinische revalidatiecentra, epilepsiecentra en astmaklinieken waarvoor een percentage van 40% wordt aangehouden.

12. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten van lokale dbc-tarieven voor experiment-dbc's voor 12,5% aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

13. Het College zorgverzekeringen betreft de renteheffing niet bij de vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

14. Het College zorgverzekeringen calculeert tenslotte 95% na op het verschil tussen de vaste kosten van ziekenhuisverpleging, vastgesteld ingevolge het tweede tot en met het dertiende lid, en het deelbudget vaste kosten van ziekenhuisverpleging na toepassing van het eerste lid.

2. Artikel 15 wordt als volgt gewijzigd:  
a. Voor de tekst wordt de aanduiding '1.' geplaatst.

b. Er wordt een nieuw tweede lid toegevoegd, luidende:

2. Bij de toepassing van hogekostencompensatie is het College zorgverzekeringen gemachtigd de inbreng met betrekking tot het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp te corrigeren voor de vaste bedragen ter verrekening van de opbrengstresultaten.

#### Artikel IV

Hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering, zoals dat luidde voor de inwerkingtreding van artikel II, onderdelen A tot en met E, blijft van toepassing voor de vaststelling van de voor zorgverzekeraars geldende vereveningsbijdragen in 2006.

#### Artikel V

Deze regeling treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin zij

wordt geplaatst. Indien de staatscourant waarin deze regeling wordt geplaatst wordt uitgegeven na 30 september 2006, treedt zij in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst, en werkt zij terug tot en met 1 oktober 2006.

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

*De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,  
J.F. Hoogervorst.*

#### Toelichting

##### *Algemeen*

Met deze regeling worden in de eerste plaats enkele wijzigingen doorgevoerd met betrekking tot de vereveningsbijdragen 2006 (Artikel I). Het gaat hierbij om de verhoging van het bedrag beschikbare middelen voor het jaar 2006 vanwege het niet afkomen van teveel betaalde vereveningsbijdrage in 2006, alsmede enkele wijzigingen in de toedeling van kosten aan de verschillende binnen de risicoverevening gehanteerde deelbedragen.

In de tweede plaats worden paragraaf 1 tot en met 5 van hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering met betrekking tot de vereveningsbijdragen 2006 vervangen door nieuwe paragrafen met betrekking tot de vereveningsbijdragen 2007 (artikel II). Jaarlijks legt de minister de voor alle zorgverzekeraars beschikbare middelen voor de kosten van prestaties op grond van de Zvw vast. Met de invoering van de Zvw is er voor gekozen alle nadere regelgeving voor de Zvw in één besluit (Besluit zorgverzekering) en in één ministeriële regeling (Regeling zorgverzekering) neer te leggen. Voornaamste doel hiervan was transparantie van de regelgeving. Vóór de inwerkingtreding van de Zvw werd voor de risicoverevening ieder jaar een afzonderlijke ministeriële regeling getroffen. Voordeel hiervan was dat voor betrokkenen duidelijk was hoe de vereveningssystematiek voor dat jaar luidde. Om dit voordeel te behouden worden met onderhavige regeling de paragrafen in het huidige hoofdstuk 3 die betrekking hebben op de vaststelling van de vereveningsbijdragen voor het jaar 2006 integraal vervangen door nieuwe paragrafen met betrekking tot het jaar 2007. De artikelen 3.3, 3.5, 3.7a, 3.13, 3.14 en 3.15 van de Regeling zorgverzekering, zoals deze luiden voor inwerkingtreding van onderhavige regeling, zijn materieel niet gewijzigd.

In de derde plaats worden met onderhavige regeling wijzigingen aangebracht in de artikelen 12 en 13 van de Regeling beschikbare middelen verstrekkingen en vergoedingen Zfw 2005 (artikel III). Deze wijziging sluit aan bij enkele van

de wijzigingen in de toedeling van kosten aan de verschillende binnen de risicoverevening gehanteerde deelbedragen voor 2006 (artikel I). In de artikels-gewijze toelichting wordt hierop nader ingegaan.

In de vierde plaats is in artikel IV van onderhavige regeling expliciet bepaald dat de regels van het huidige hoofdstuk 3, zoals deze bepalingen luiden voor inwerkingtreding van deze wijzigings-regeling voor het jaar 2006 nog gewoon van toepassing zijn.

#### *Artikelsgewijs*

##### *Artikel I*

Met dit onderdeel worden enkele wijzigingen doorgevoerd van de Regeling zorgverzekering zoals die luidde voor het jaar 2006. Zoals onder artikel IV is aangegeven zijn de regels van het huidige hoofdstuk 3 voor het jaar 2006 nog gewoon van toepassing. Dit betekent dat deze regels ook – indien nodig met het oog op een zorgvuldige vaststelling van de vereveningsbijdragen – kunnen worden gewijzigd. Van deze mogelijkheid wordt in dit artikelonderdeel gebruik gemaakt. Onderstaand wordt per onderdeel nader op de wijzigingen ingegaan.

##### *Onderdeel A*

Onderdeel A maakt duidelijk dat de in 2005 gepubliceerde versie van hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering betrekking had op 2006.

##### *Onderdelen B, C en H*

Eind 2005 en begin 2006 is aan het licht gekomen dat het College zorgverzekeringen een fout heeft gemaakt bij de bepaling van het aantal chronisch zieke verzekerden op grond waarvan zorgverzekeraars een extra vereveningsbijdrage krijgen. Dit had tot gevolg dat een aantal zorgverzekeraars te weinig ex-ante vereveningsbijdrage 2006 hadden gekregen. De betrokken zorgverzekeraars zijn gecompenseerd voor deze fout door een hogere ex-ante vereveningsbijdrage. Echter, de afslag voor gezonde verzekerden die gehanteerd is bij de bepaling van de ex-ante vereveningsbijdragen 2006 is hiermee tegelijkertijd te laag vastgesteld. Dit betekent dat alle zorgverzekeraars voor hun gezonde verzekerden in totaal € 247 900 000 te veel ex-ante vereveningsbijdrage hebben gekregen. Deze achteraf gezien te hoge ex-ante vereveningsbijdrage heeft een rol gespeeld bij de vaststelling van de premies 2006. Op het moment dat dit bedrag van € 247 900 000 extra zou worden afgeroomd, zouden de meeste zorgverzekeraars achteraf gezien hun premies 2006 te laag hebben vastgesteld. Om een mogelijke afwenteling op de premies 2007 te voorkomen, heeft de minister van VWS besloten om de in eerste instantie teveel uitgekeerde middelen niet af te romen in 2006.

##### *Onderdeel B*

De wijziging van artikel 3.1 (onderdeel B) geeft weer met welk bedrag de beschikbare middelen 2006 worden verhoogd vanwege het niet afromen van de initieel in 2006 teveel uitgekeerde middelen, samenhangend met de – vanwege een rekenfout bij de FKG-prevalenties – achteraf gezien verkeerde inschatting van de parameter voor verzekerden zonder FKG's (FKG-0-groep). Deze worden onderverdeeld naar de het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp (€ 88 400 000) en het deelbedrag kosten van overige prestaties (€ 159 500 000). De hoogte van deze bedragen is gebaseerd op de vertekening van de ex ante (niet voor HKV gecorrigeerde) gehanteerde parameter voor FKG-0 bij elk van deze beide deelbedragen.

##### *Onderdeel C*

De wijziging van artikel 3.6 geeft weer hoe de extra middelen tot uitkering komen. Dit gebeurt namelijk door bij de herberekening van de vereveningsbijdragen 2006 allereerst ervoor zorg te dragen dat de gewichten voor verzekerden zonder FKG's dusdanig worden vastgesteld dat de overall bijdrage van FKG's uitkomt op de extra beschikbaar gestelde middelen per macro-deelbedrag, genoemd in artikel 3.1, derde lid, in plaats van op 0.

Vervolgens moet bij de verdere herrekening van de gewichten ervoor zorg gedragen worden dat de gewichten niet worden ingeschaald op de totale gerealiseerde kosten 2006 over alle zorgverzekeraars, maar op de totale kosten over alle zorgverzekeraars met hierbij opgeteld de extra beschikbare middelen per macro-deelbedrag genoemd in artikel 3.1, derde lid. Immers, anders zouden de extra toegevoegde middelen alsnog niet tot uitkering komen. Het vierde lid van artikel 3.6 van de regeling zoals deze tot de inwerkingtreding van deze regeling luidde regelt deze inschaling van de gewichten op de gerealiseerde kosten, en moet dan ook in deze zin worden aangepast.

##### *Onderdeel H*

In 2006 is – vanwege onzekerheid bij zorgverzekeraars in 2006 vanwege een samenloop van maatregelen – sprake van additionele nacalculatie op het moment dat het uiteindelijke resultaat van een zorgverzekeraar buiten een bandbreedte van plus of minus € 35 per premieplichtige verzekerde valt. Door de oorspronkelijke gehanteerde inschaling van de gewichten was hierbij de gehanteerde spil van € 0 per definitie gelijk aan het gemiddelde resultaat per premieplichtige verzekerde over alle zorgverzekeraars. Door het toevoegen van extra middelen zal echter het gemiddelde resultaat over alle zorgverzeke-

raars positief zijn, omdat – voor toepassing van ex-post mechanismen waaronder nacalculatie – € 247 900 000 extra wordt uitgekeerd aan zorgverzekeraars. Om te zorgen dat er nog steeds sprake is van een symmetrische bandbreedteregeling, is de spil van de bandbreedteregeling verlegd naar het gemiddelde resultaat per premieplichtige verzekerde. Artikel 3.12 is in die zin aangepast.

##### *Onderdeel D*

Deze wijziging heeft betrekking op kosten die weliswaar binnen de kaders van de Zvw vallen, maar niet goed kunnen worden toegedeeld aan deelbedragen. Met de introductie van de Zvw is de subsidieregeling initiatiefruimte Ziekenfondswet komen te vervallen. Echter, in afwachting van een meer structurele oplossing, lopen wel de in 2005 onder deze subsidieregeling gestarte projecten door, en worden zorgverzekeraars ook geconfronteerd met kosten op dit punt. Zover als deze kosten binnen de kaders van de Zvw vallen, kunnen deze kosten worden ingebracht voor de risicoverevening. Hierbij dienen kosten zoveel mogelijk te worden verantwoord onder de prestatie waarop zij betrekking hebben. Voor kosten die niet goed kunnen worden toegewezen aan afzonderlijke prestaties, bijvoorbeeld kosten van ketenzorg en bepaalde coördinatie- en organisatiekosten, zal het College zorgverzekeringen een afzonderlijke opvraag doen. Artikel 3.7, het tweede lid, regelt dat deze kosten via een sleutel – gerelateerd aan de kostenverhouding van de verschillende macro-deelbedragen binnen het macro-prestatiebedrag – worden toegewezen aan de verschillende binnen de risicoverevening gehanteerde deelbedragen.

##### *Onderdelen E, F en G*

De NZa stelt dit jaar in beleidsregels vast dat over 2006 sprake is van een verrekening van de opbrengstresultaten voor ziekenhuizen middels vaste bedragen in plaats via verrekenarieven. Bij deze opbrengstresultaten gaat het om het verschil tussen het budget aanvaardbare kosten van de instelling enerzijds en de opbrengsten ter dekking van de aanvaardbare kosten 2005 anderzijds. Juist bij de overgang op dbc-financiering per 2005 zijn deze opbrengstresultaten duidelijk groter dan regulier gebruikelijk was, wat de invoering van speciale verrekeningen via vaste bedragen noodzakelijk maakt. Hierbij geeft het NZa ook aan hoe deze bedragen uiteenvallen in voor zorgverzekeraars vaste en variabele onderdelen.

Deze vaste bedragen per ziekenhuis worden door de verschillende zorgverzekeraars opgebracht naar rato van hun marktaandeel. Onderdelen E en F regelen dat deze bedragen worden betrokken bij de vaststelling van de vaste en varia-

bele kosten van ziekenhuisverpleging. Dit vergt een aanpassing van de definitie van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp (omschreven in artikel 3.8 van de Regeling zorgverzekering met betrekking tot 2006) en van de vaste kosten van ziekenhuisverpleging (omschreven in artikel 3.9 van dezelfde regeling).

Verder is tegelijkertijd in de onderdelen E en F de definitie van vaste en variabele kosten van ziekenhuisverpleging aangepast op het punt van de honorariumcomponent van overige trajecten en verrichtingen en van ondersteunende en overige producten van instellingen en zorgverleners die in hoofdzaak worden gefinancierd op basis van dbc's. Basisregel is dat alle kosten van specialistische hulp volledig als variabele kosten van ziekenhuisverpleging worden aangemerkt. Echter, in de uitvoeringspraktijk blijkt dat bij overige trajecten en verrichtingen en ondersteunende en overige producten het voor verzekeraars uitermate lastig is de honorariumcomponent goed te scheiden van de kostencomponent. Gezien ook de relatief beperkte omvang van deze post is dan ook besloten bij overige trajecten en verrichtingen en ondersteunende en overige producten in 2006 (en ook in 2007) van de basisregel af te wijken door niet een onderscheid te maken tussen de kostencomponent en honorariumcomponent en beide elementen voor 75% als variabele kosten van ziekenhuisverpleging aan te merken en voor 25% als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

Door uitbreiding van artikel 3.7 met een tweede lid (zie onderdeel D) is de verwijzing in artikel 3.11, onderdeel e, hiermee in overeenstemming gebracht (onderdeel G, onder 2).

Tenslotte is ook aangegeven dat het College zorgverzekering gemachtigd is de inbreng in de HKV met betrekking tot het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp te corrigeren voor de vaste bedragen ter verrekening van de opbrengstresultaten. Door de oorspronkelijke discrepantie tussen instellingsbudgetten en instellingsfinanciering is het mogelijk dat de kosten per individuele verzekerde gebaseerd is op – achteraf bezien – te lage dan wel te hoge verrekentarieven. Door de vaste verrekentarieven wordt dit op het niveau van zorgverzekeraars en ziekenhuizen recht getrokken. Echter, voor de HKV zijn juist de kosten van individuele verzekerden van belang. Individuele zorgverzekeraars kunnen op dit punt nadelen of voordelen ondervinden, doordat ze relatief weinig (bij lage verrekentarieven) of veel (bij hoge verrekentarieven) kosten laste van de HKV-pool kunnen inbrengen. Desgewenst kan het College zorgverzekering voor de als gevolg hier-

van optredende ongelijkheid tussen zorgverzekeraars corrigeren (onderdeel G, onder 3)

#### *Artikel II*

Dit onderdeel van deze wijzigingsregeling geeft weer welke middelen beschikbaar zijn voor 2007 en hoe deze over zorgverzekeraars worden verdeeld. De vaststelling van de beschikbare middelen is gebaseerd op artikel 32, vierde lid, onderdeel a, van de Zvw. Vergoedingen uit het Zorgverzekeringsfonds die niet samenhangen met prestaties, zoals subsidies, en betalingen uit het Zorgverzekeringsfonds buiten zorgverzekeraars om, zoals voor vermoedsbezwaarden en bepaalde groepen verzekeerden die in het buitenland verkeren, vallen buiten deze regeling.

De omvang van de beschikbare middelen is afgeleid uit het macro-prestatiebedrag. Derhalve wordt in de onderhavige onderdeel van de wijzigingsregeling zowel het bedrag van de beschikbare middelen 2007 als het macro-prestatiebedrag 2007 vastgesteld. Het macro-prestatiebedrag wordt in 2007 verdeeld in drie macro-deelbedragen:

- het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp;
- het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging;
- het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties.

Op grond van artikel 4.3 van het Besluit zorgverzekering zou in 2007 ook sprake zijn van een macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Echter, bij brief van 1 september 2006 (Z/M-2712979) heeft de minister van VWS aangegeven dat hij besloten heeft de bekostiging en financiering voor het naar de Zvw over te hevelen deel van de geestelijke gezondheidszorg ongewijzigd te laten ten opzichte van 2006. Definitieve opname in de Zvw-polissen vindt dan plaats per 1 januari 2008, parallel met het invoeringsmoment van dbc-declaratie. Vooruitlopend op de afronding van het wetgevingstraject ter bepaling van deze datum is in deze regeling dan ook geen macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg opgenomen.

De verdeling van de drie macro-deelbedragen vindt plaats op basis van de criteria, genoemd in het Besluit zorgverzekering, waarbij in deze regeling nader wordt ingegaan op de invulling van de criteria in klassen en de bijbehorende gewichten, alsmede op ex post compensatiemechanismen die bij de herberekeningen van de bijdragen aan zorgverzekeraars in 2007 worden toegepast. Verder wordt ingegaan op de aanvullingen op de bijdrage aan zorgver-

zekeraars, genoemd in paragraaf 1.5 van hoofdstuk 3 in het Besluit zorgverzekering.

#### *Belangrijkste veranderingen ten opzichte van 2006*

Met deze wijziging van de Regeling zorgverzekering worden in de eerste plaats allerlei bedragen, zoals het totaal aan beschikbare middelen, het macro-prestatiebedrag, de hoogte van de macro-deelbedragen en de gewichten die gehanteerd worden bij de verdeling van de verschillende macro-deelbedragen, aangepast aan de nieuwe waarden voor 2007.

Wat betreft de ex-ante gehanteerde verdeelcriteria is er geen sprake van drastische wijzigingen. Wel is wat betreft het criterium Farmaceutische kostengroepen (FKG's), dat gehanteerd wordt bij de verdeling van het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties, sprake van een uitbreiding van het aantal gehanteerde FKG's. Naast de zeventien reeds in 2006 gehanteerde FKG's is in 2007 sprake van additionele FKG's voor kanker, groeihormonen en psychische aandoeningen. Hiernaast wordt beter rekening gehouden met comorbiditeit (het gelijktijdig optreden van meerdere aandoeningen) door toe te staan dat verzekerden in meerdere FKG's worden ingedeeld. Beide wijzigingen komen tegemoet aan door de Tweede Kamer gewenste verbeteringen van het vereeningsmodel op basis van de motie Omtzigt en Bakker van 15 december 2004 (Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 52) en de motie Omtzigt en Schippers van 26 mei 2005 (Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 78).

Wat betreft de inzet van ex post mechanismen was in 2006 sprake van de extra nacalculatie (90%) op het resultaat van zorgverzekeraars met betrekking tot de deelbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en kosten van overige prestaties en de uitkering in verband met de no-claimteruggave, buiten een bandbreedte van plus of minus € 35 per premieplichtige verzekerde. Dit omdat in 2006 sprake was van relatief grote mate van onzekerheid voor de zorgverzekeraars, die samenkwam in het risicovereeningssysteem. In 2007 heeft de minister van VWS een dergelijk algemeen vangnet niet meer noodzakelijk geacht.

Wel is in 2007 sprake van additionele compensatiemechanismen met betrekking tot het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp. De reden hiervoor is dat er sprake is van grote onzekerheid rond de effecten van diagnosebehandeling combinaties (dbc's) op de schadelast van zorgverzekeraars. Op het

moment van de vaststelling van de gewichten van de criteria zijn namelijk alleen complete kostencijfers beschikbaar over 2004, toen nog geen sprake was van dbc-financiering. Voorlopige cijfers over 2005 geven aan dat dbc-financiering een niet onaanzienlijke impact op de schadelast van zorgverzekeraars kan hebben, zonder dat de cijfers betrouwbaar genoeg zijn om als basis te dienen voor de gewichten 2007. Om voor deze onzekerheid te compenseren wordt 90% nagecalculeerd buiten een bandbreedte op het netto resultaat met betrekking tot het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp van plus of minus € 17,50 per premieplichtige verzekerde.

In 2007 is net als in 2006 sprake van nacalculatie op de macro-kosten. In 2006 was hiernaast – voorafgaand aan de macro-nacalculatie – voorzien in een aparte herrekening van de gewichten voor verzekerden zonder FKG, voor verzekerden zonder DKG, en voor verzekerden behorende bij alle leeftijds categorieën van het criterium aard van het inkomen. In 2007 heeft de minister van VWS deze specifieke herrekening van gewichten niet langer noodzakelijk geacht.

Voorts is de vormgeving van het deel van de vereveningsbijdrage met betrekking tot de vaste kosten van ziekenhuisverpleging iets gewijzigd. In 2006 was er sprake van normering op basis van kosten in het jaar zelf en vervolgens 95% nacalculatie. In 2007 is sprake van normering op basis van vaste kosten in het voorafgaande jaar, met 100% nacalculatie. Materieel komt dit echter op hetzelfde neer en lopen zorgverzekeraars in beide jaren geen risico met betrekking tot de vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

#### Onderdeel A

Onderdeel A maakt duidelijk dat dit onderdeel van de wijzigingsregeling betrekking heeft op de vereveningsbijdragen voor 2007.

#### Onderdeel B

##### Artikel 3.1

In dit artikel wordt geregeld welke middelen voor bijdragen aan zorgverzekeraars ter dekking van de kosten van prestaties in het kader van de Zvw in het jaar 2007 ten laste van het Zorgverzekeringsfonds beschikbaar zijn. Het College zorgverzekeringen verdeelt deze middelen over zorgverzekeraars op basis van de in het Besluit zorgverzekering uiteen gezette systematiek, met in achtneming van voorliggende regeling.

Daarnaast zijn middelen ten laste van het Zorgverzekeringsfonds beschikbaar voor aanvullende bijdragen aan zorgver-

zekeraars. De basis hiervoor is opgenomen in paragraaf 1.5 van hoofdstuk 3 in het Besluit zorgverzekering.

##### Artikel 3.2

De hoogte van het macro-prestatiebedrag volgt uit de kostenramingen die zijn opgenomen in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hoofdstuk XVI) 2007. Het verschil tussen de beschikbare middelen uit het Zorgverzekeringsfonds en het macro-prestatiebedrag hangt samen met het gegeven dat zorgverzekeraars de kosten van prestaties niet uitsluitend uit de hen ingevolge deze regeling toe te kennen middelen dekken, maar tevens uit de opbrengsten van nominale premie.

Uit technische overwegingen is ervoor gekozen bij de bepaling van de wijze waarop de middelen behoren te worden verdeeld over zorgverzekeraars uit te gaan van het macro-prestatiebedrag. De gewichten die gekoppeld zijn aan de verdeelcriteria, kunnen daardoor uitsluitend aan de hand van het macro-prestatiebedrag worden vastgesteld en zijn dus volledig onafhankelijk van de nominale rekenpremie, die voor 2007 is bepaald op (afgerond) € 1051 (dit is inclusief opslag ad € 255 in verband met de no-claimteruggave).

In het eerste lid van dit artikel wordt de hoogte van het macro-prestatiebedrag vastgesteld. De basis hiervoor is het totaal van de betrokken kosten van Zvw-prestaties. De beschikbare middelen, genoemd in het eerste lid, onder a, kunnen uit het macro-prestatiebedrag worden afgeleid door daarop de geraamde opbrengsten van de nominale rekenpremie in mindering te brengen. Omdat, op grond van artikel 3.17 in het Besluit zorgverzekering, in artikel 3.15 is bepaald dat de bijdrage voor zorgverzekeraars wordt verhoogd met de specifieke geraamde no-claimteruggave, is het niet nodig hierbij te corrigeren voor de gemiddelde no-claimteruggave voor alle verzekerden.

Het prestatiebedrag in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor de Zvw-gefinancierde uitgaven 2007 vormt de basis van de in dit artikel vermelde bedragen. Aan de in de begroting vermelde bedragen zijn toegevoegd de extra middelen die als onverdeelde post zijn opgenomen in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2007.

Het macro-prestatiebedrag wordt in 2007 onderverdeeld in drie onderscheiden macro-deelbedragen. Bij de onderverdeling van het macro-prestatiebedrag in deelbedragen is in principe aangesloten bij de sectorindeling in de Rijksbegroting 2007, zij het met enkele uitzonderingen en bijzonderheden.

In de eerste plaats zijn de verschillende nominale bijstellingen en groeiruiten toegerekend aan de verschillende (deel)prestaties, en hebben op enkele

specifieke punten overhevelingen tussen (deel)prestaties plaatsgevonden. Zo telt bijvoorbeeld ziekenvervoer tussen ziekenhuizen als ambulancevervoer mee.

In de tweede plaats wordt binnen de kosten voor ziekenhuisverpleging een onderscheid gemaakt tussen voor zorgverzekeraars variabele en vaste kosten van ziekenhuisverpleging. Belangrijkste aangrijpingspunt hiervoor is een classificatie van componenten in de budgetsystematiek van algemene, academische en categorale ziekenhuizen. Alle budgetcomponenten die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) hanteert bij de bepaling van de hoogte van de instellingsbudgetten zijn aangemerkt als hetzij vaste, hetzij variabele componenten. Deze classificatie wordt aan het College zorgverzekeringen ter hand gesteld. Op verzoek van het College zorgverzekeringen splitst het NZa aan de hand van deze classificatie de budgetten van algemene, academische en categorale ziekenhuizen in een vast en een variabel deel. Op grond daarvan wordt ter dekking van deze vaste en variabele instellingsbudgetten eveneens een splitsing aangebracht in de in rekening gebrachte tarieven. In de toelichting bij artikel 3.9 en bij artikel 3.10 wordt nader op deze splitsing ingegaan.

De splitsing in vast en variabel van het onderdeel van het macro-prestatiebedrag dat betrekking heeft op ziekenhuisverpleging is uitgevoerd aan de hand van cijfers die door het NZa beschikbaar zijn gesteld over vaste en variabele kosten bij verschillende soorten ziekenhuizen en overige instellingen die ziekenhuisverpleging verzorgen. Hierbij is de schoning van de instellingsbudgetten voor de onderhandelbare dbc's (het zogenaamde B-segment) als variabel aangemerkt.

Tenslotte zijn aan de onderscheiden macro-deelbedragen componenten toegevoegd voor kosten in verband met de financiering van geneeskundige hulp in het buitenland. Het gaat hierbij om een bedrag van in totaal € 341,2 mln. Deze kosten hangen zowel samen met Nederlandse ingezetenen die in het buitenland zorg afnemen (bijvoorbeeld bij ziekte tijdens tijdelijk verblijf, of zorg in het buitenland met toestemming van de zorgverzekeraar) als met ingezetenen van andere landen die onder de Zvw vallen omdat zij in Nederlandse loondienst zijn. Deze kosten zijn verdeeld over de drie gehanteerde macro-deelbedragen op basis van sleutels per buitenlandse kostencategorie.

In andere jaren was het ook nog nodig te corrigeren voor het feit dat bij de vaststelling van het macro-prestatiebedrag de raming van de kosten maatgevend is voor de omvang ervan en niet de raming van de financiering. Echter voor 2007 was dit niet nodig, omdat – vanwege aparte verrekentrajecten van NZa om voor 2005 en 2006 ziekenhuisbudgetten

en financiering met elkaar in de pas te laten lopen – geen sprake is van financieringsachterstand dan wel financieringsvoorsprong bij ziekenhuizen die moet worden ingehaald.

Aandachtspunt is dat – in tegenstelling tot in eerdere jaren – in 2007 de kosten van opleidingen via de begroting worden gefinancierd. Deze kosten zijn daardoor niet relevant voor zorgverzekeraars en dit heeft een drukkend effect op het macro-prestatiebedrag van € 650,6 mln. Omdat de opleidingskosten in eerdere jaren onder de vaste kosten van ziekenhuisverpleging vielen, werkt dit specifiek door in de hoogte van het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

### Artikel 3.3

De gewichten van de verdeelcriteria die het College zorgverzekeringen hanteert bij de berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar zijn als bijlage bij deze regeling opgenomen. Deze gewichten zijn gebaseerd op statistische analyse van het verband tussen de kosten per verzekerde en relevante verzekerdenkenmerken. Uit bijlage 4 blijkt voorts welke klassen van verzekerden worden gehanteerd bij de toepassing van de onderscheiden verdeelcriteria.

Het College zorgverzekeringen bepaalt het normatieve bedrag per zorgverzekeraar aan de hand van een raming van de verzekerdenaantallen naar klassen van verzekerden, de normbedragen naar leeftijd en geslacht en de optelling van de toe- en afslagen op grond van Farmaceutische kostengroepen (FKG's), Diagnose kostengroepen (DKG's), aard van het inkomen en regio.

De ex ante normbedragen worden momenteel dusdanig vastgesteld dat alle beschikbare middelen via de kenmerken leeftijd en geslacht worden verdeeld, waarna vervolgens herschikkingen plaatsvinden op basis van de andere verdeelkenmerken (FKG's, DKG's, aard van het inkomen en regio).

In de toelichting bij het Besluit zorgverzekering is al in algemene zin ingegaan op de vijf gehanteerde criteria: leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, aard van het inkomen en regio. In deze toelichting wordt daarom alleen ingegaan op enkele specifieke aandachtspunten bij de nadere invulling van de criteria in 2007. Tot deze invulling van de criteria is besloten na bestuurlijk overleg met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) op 31 augustus 2006. Hierbij is notie genomen van de uitkomsten van in 2006 uitgevoerde statistisch onderzoeken, en het eenstemmige advies dat de technische Werkgroep Onderzoek Risicoverevening (WOR) – met hierin vertegenwoordigers van VWS, College zorgverzekeringen, ZN, zorgverzeke-

raars en diverse onderzoeksbureaus – op grond van deze onderzoeken heeft gegeven aan de Minister.

– Leeftijd en geslacht worden in samenhang gezien, omdat het kostenpatroon naar leeftijd tussen mannen en vrouwen verschilt. Dit verschil hangt ondermeer samen met de kosten van zwangerschap en geboorten bij vrouwen tussen (vooral) 20 en 40 jaar. Bij dit criterium wordt gewerkt met vijfjaars-klassen.

– In 2007 wordt gewerkt met in totaal 20 FKG's. In vergelijking met de risicoverevening 2006 is in 2007 sprake van drie nieuwe FKG's: groeihormonen, kanker en psychische aandoeningen. Bij de laatste FKG gaat het om een geaggregeerde FKG, waarin geneesmiddelen gericht op verschillende soorten psychische aandoeningen (zoals depressie, psychosen, ADHD) zijn samengenomen. In een volgend jaar kan wellicht deze laatste FKG – op basis van vervolgonderzoek – worden gesplitst in verschillende aandoeningengroepen.

Een tweede verandering is dat in 2006 individuele verzekerden in ten hoogste één FKG worden ingedeeld, te weten de duurste waarvoor zij in aanmerking komen. In 2007 kunnen verzekerden in principe in meerdere FKG's worden ingedeeld. Hiernaast is sprake van een referentiegroep van verzekerden die in geen enkele FKG zijn ingedeeld. Op deze wijze wordt beter rekening gehouden met comorbiditeit (het gelijktijdig optreden van meerdere aandoeningen).

Beide aanpassingen komen tegemoet aan door de Tweede Kamer gewenste verbeteringen van het vereveningsmodel (motie Omtzigt en Bakker van 15 december 2004 (Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 52) en de motie Omtzigt en Schippers van 26 mei 2005 (Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 78).

– Wat betreft DKG's is er in 2007 sprake van 13 clusters van aandoeningengroepen. De aandoeningengroepen zelf zijn klinisch homogeen, waarna vervolgens samenvoeging heeft plaatsgevonden op basis van kostenhomogeniteit. Alleen die diagnosegroepen zijn bij het DKG-criterium betrokken waarvan door een groep van medische deskundigen is vastgesteld dat sprake is van eenduidig bepaalde ernstige, chronische aandoeningen.

Aandachtspunt bij de vaststelling van DKG's is de invoering van dbc-financiering per 1 januari 2005. In de uiteindelijke vaststelling van de bijdragen aan zorgverzekeraars zal de prevalentie van DKG's worden vastgesteld op basis van dbc's. Echter, voor het bepalen van de gewichten en de (ex ante) toekenning van bedragen is deze dbc-informatie nog niet beschikbaar. In plaats hiervan wordt uitgegaan van diagnose-informatie zoals geregistreerd in de Landelijke Medische Registratie

(LMR), in combinatie met informatie over enkele specifieke nevenverrichtingen (chemotherapie, radiotherapie, dialyse, thuisbeademing) uit de zorgverzekeraaradministraties. Hierbij worden alleen diagnosecodes en nevenverrichtingen beschouwd die zich laten doorvertalen in dbc's die de DKG's bepalen, uitgaande van een vertalingstabel die onder begeleiding van een commissie van medisch-inhoudelijke deskundigen is vastgesteld. Omdat dbc's naar specialisme zijn geordend, zijn de onder de DKG's liggende aandoeningengroepen 'in oude termen' niet alleen gebaseerd op diagnose-informatie, maar ook op behandelend specialisme.

– Bij het criterium aard van het inkomen worden vijf categorieën onderscheiden, waarvoor uit statistisch onderzoek is gebleken dat er sprake is van een verschillend kostenniveau, en waarvoor de WOR het noodzakelijk achtte deze mee te nemen om voorspelbaar verlies op grote groepen verzekerden te voorkomen. Het gaat om:

- arbeidsongeschikte verzekerden
- bijstandsgerechtigde verzekerden
- overige uitkeringsgerechtigden
- zelfstandigen
- verzekerden in loondienst, in de VUT of met pensioen, dan wel zonder eigen inkomstenbron (de referentiegroep)

Binnen elk van deze categorieën wordt een nader onderscheid gemaakt op basis van leeftijd van de verzekerde. In de beleidsregels van het College zorgverzekeringen zal worden aangegeven hoe om te gaan met samenloop van verschillende categorieën aard van het inkomen (bijvoorbeeld een verzekerde met zowel een WW als een WAO-uitkering heeft, of een verzekerde die zowel in loondienst is, als een zelfstandig inkomen geniet).

– Het criterium regio beoogt verschillen met betrekking tot zorgaanbod, sociaal-economische omstandigheden en resterende gezondheidsverschillen te meten door viercijferige postcodes te clusteren op basis van een model dat de verschillen verklaart tussen het gemiddelde normatieve bedrag per verzekerde en de werkelijke gemiddelde kosten per verzekerde.

Uit onderzoeksresultaten komt naar voren dat het regiocriterium zoals gehanteerd in de Zfw-verstrekkingenbudgettering, ook na aanpassing voor de verbreding van de verzekerdenpopulatie onder de Zvw, onvoldoende in staat is compensatie te bieden voor de bestaande (sociaal-economische) verschillen tussen de (voormalige) ziekenfondsverzekerden en particuliere verzekerden (waaronder ook publiekrechtelijk verzekerden). Recent onderzoek heeft hiernaast aangetoond dat verdere differentiatie van de viercijferige postcodes naar buurtniveau op dit punt geen soelaas biedt.

Voor 2007 is dan ook, net als voor 2006, een meer pragmatische oplossing gekozen. De regio-indeling bestaat in principe uit 10 clusters van postcodes die geschat zijn op de totale (voormalig ziekenfonds- en particuliere) populatie. Echter, hierbij gelden aparte gewichten voor voormalig ziekenfondsverzekerden en voormalig particulier verzekerden. Opvallend patroon hierbij is dat de spreiding van de gewichten groter is voor voormalig ziekenfondsverzekerden dan voor voormalig particulier verzekerden. Ofwel: de invloed van regio-kenmerken op het kostenpatroon van (voormalig) ziekenfondsverzekerden is groter dan het effect op (voormalig) particulier verzekerden.

In de uitvoering moeten zorgverzekeraars niet – vanwege de toegepaste differentiatie – alleen aangeven hoeveel verzekerden in de verschillende regio's wonen, maar ook hoe deze aantallen uiteenvallen in (voormalig) ziekenfondsverzekerden en overige verzekerden. Bijzondere aandacht hierbij vragen verzekerden die nog niet geboren waren op de peildatum van 1 december 2005 waarop wordt getoetst of een verzekerde al dan niet ziekenfondsverzekerd is. Van hen is niet bekend in hoeverre zij moeten worden aangemerkt als (voormalig) ziekenfondsverzekerden dan wel als overige verzekerden. Voor hen zal het regio-gewicht een gewogen gemiddelde zijn van het gewicht voor ziekenfondsverzekerden en het gewicht voor overige verzekerden van de bijbehorende regio-indeling. Het te hanteren gewicht is afgeleid van het aandeel ziekenfondsverzekerden in de verzekerdenraming 2007 van de eerste leeftijdscategorie waarvan wel bekend is of zij ziekenfondsverzekerd zijn. Dit betreft de 2–4-jarigen waarvan 51,4% ziekenfondsverzekerd is.

De gewichten van de criteria zijn geschat op basis van individuele kostencijfers van voormalig ziekenfondsverzekerden en van privaatrechtelijke en publiekrechtelijke particulier verzekerden uit 2004. Bij deze schatting wordt de samenhang tussen de verschillende criteria meegenomen. Bijvoorbeeld in het gewicht van FKG's en DKG's is verdisconteerd dat chronisch zieken in het algemeen ouder zijn dan verzekerden zonder chronische ziekte.

Aandachtspunt hierbij is dat in de kostencijfers 2004 de schadelastverschuivingen als gevolg van de overstap op dbc-financiering per 1 januari 2005 niet zitten verwerkt. Het is voor de risicoverevening 2007 niet goed mogelijk gebleken hiervoor te corrigeren aan de hand van een verwachte schadelastverschuiving tussen verschillende leeftijd/geslachtgroepen als gevolg van dbc-invoering. Wel zijn diverse andere correcties op het datamateriaal toegepast, zoals het simuleren van de kosten huisartsenzorg voor het voor 2006 afge-

sproken gemengde abonnement/consultsysteem, het harmoniseren van verzekerdenpakketten, het bijschatten van eigen risico's. Om deze onzekerheid tot een acceptabel niveau te reduceren, worden in 2007 diverse ex post correctiemechanismen toegepast, waaronder nacalculatie op basis van een bandbreedte-regeling voor het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp (zie ook artikel 3.9).

Aandachtspunt is nog dat in de gewichten die in eerste instantie (ex ante) worden gebruikt voor de berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar, geen rekening wordt gehouden met de samenhang met de hogekostencompensatie. Pas bij de (ex post) vaststelling van de bijdrage wordt wel met deze samenhang rekening gehouden.

#### Artikel 3.4

Binnen de normering van de vaste kosten van ziekenhuisverpleging wordt een splitsing aangebracht in de normering van de kosten die gefinancierd worden op basis van gelijke bedragen per verzekerde en de normering van de overige vaste kosten. In 2007 gaat het wat betreft de eerste categorie om de kosten van de academische component. Deze kosten worden gefinancierd via een fonds dat gevuld wordt door zorgverzekeraars, naar rato van het aantal verzekerden. Hierbij bedraagt het vaste bedrag per verzekerde € 33,60. De hoogte van dit bedrag is afgeleid uit de hoogte van de academische component 2007 (inclusief overlopende kosten uit 2006) ad € 545,4 mln. en het geraamde aantal verzekerden in 2006 van 16.233.000.

De overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging worden genormeerd op basis van historische vaste kosten van ziekenhuisverpleging. Het College zorgverzekeringen werkt deze berekening nader uit in zijn beleidsregels. Voor zorgverzekeraars die in 2005 onder de Zfw vielen, is bekend wat hun historische vaste kosten zijn. Voor overige zorgverzekeraars zijn de historische vaste kosten niet bekend op het moment van de ex ante berekeningen. Het College zorgverzekeringen zal voor de ex ante berekeningen benaderingen moeten maken op basis van historische cijfers over kosten ziekenhuisverpleging per zorgverzekeraar (voorzover beschikbaar) en landelijke informatie over het aandeel van de kosten ziekenhuisverpleging dat als vast wordt aangemerkt. Desgewenst kan hierbij ook worden gecorrigeerd voor de uitgaven die in 2007 door zorgverzekeraars worden gefinancierd op basis van een gelijk bedrag per verzekerde (de academische component) dan wel per 2007 buiten zorgverzekeraars om worden gefinancierd (de opleidingskosten).

Bij de ex post vaststelling van het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging zal worden uitgegaan van de vaste kosten (met uitzondering van de kosten samenhangend met de academische component) in 2006, waarop vervolgens 100% nacalculatie plaatsvindt. Hierbij wordt niet alleen de onderlinge verdeling tussen zorgverzekeraars gebaseerd op realisatiecijfers maar ook het macro-beschikbare bedrag.

#### Artikel 3.5

Artikel 3.5 handelt over de gevolgen voor de bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds indien verzekerden tegelijkertijd bij meerdere zorgverzekeraars staan ingeschreven. Onder de Zvw is het mogelijk dat verzekerden bij meerdere zorgverzekeraars zijn ingeschreven. Gelet op de verwachte hoogte van de nominale premie, is het niet aannemelijk dat veel volwassen verzekerden dubbel verzekerd zullen zijn. Verzekerden onder de 18 jaar betalen echter geen nominale premie, waardoor – zonder nadere maatregelen – dubbel verzekerd zijn hier niet uit te sluiten is. Om te voorkomen dat zorgverzekeraars onbedoeld voordeel ontlenen aan dubbele inschrijvingen, wordt de vereveningsbijdrage aangepast aan het aantal zorgverzekeraars waarbij een verzekerde is ingeschreven. Bijvoorbeeld voor een verzekerde die tegelijkertijd bij twee zorgverzekeraars staat ingeschreven, geldt de helft van de reguliere vereveningsbijdrage; voor een verzekerde die bij drie zorgverzekeraars staat ingeschreven, geldt een derde van de reguliere vereveningsbijdrage. Dit past goed bij de in artikel 7.17.2.24a BW opgenomen regel, dat in geval een verzekerde voor een zelfde schade bij meerdere zorgverzekeraars is ingeschreven, de schadeverzekeraars (uiteindelijk) ieder een evenredig deel van de schade dienen te dragen.

Overigens weet het College zorgverzekeringen op basis van het tweede lid van artikel 35 van de Zvw bij welke zorgverzekeraar(s) een verzekerde in welke periode is ingeschreven. Hierbij is het College zorgverzekeringen op basis van het derde lid van artikel 35 van de Zvw gehouden betrokken zorgverzekeraars terstond te informeren op het moment dat geconstateerd wordt dat een verzekerde bij twee of meer zorgverzekeraars verzekerd is. Deze informatie biedt de zorgverzekeraar een handvat om de situatie van dubbele verzekering op te heffen.

#### Artikel 3.6

In het eerste lid is aangegeven dat het College zorgverzekeringen bij de herberekening van de bijdrage (ex post) bij de gewichten van de verdeelcriteria van het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en van het macro-deelbedrag overige prestaties rekening

houdt met de samenhang met de hogekostencompensatie in de vorm van hogekostenverevening (HKV; geregeld in artikel 3.12 van deze regeling). Door bij de vaststelling van de herberekende gewichten mede te betrekken dat 90 procent van de kosten van verzekerden, voor zover deze de in artikel 3.12 genoemde grens te boven gaan, in een 'pool' verevend zullen worden, worden over- en ondercompensaties op bepaalde risicoklassen, die juist relatief vaak dan wel weinig worden ingebracht in de HKV-poolen, tegengegaan.

Het tweede lid gaat in op de verzekerden-nacalculatie: het College zorgverzekeringen herberekent het normatieve bedrag per zorgverzekeraar, en de onderliggende deelbedragen, op basis van de gewichten, bedoeld in het eerste lid, en de gerealiseerde verzekerdenaantallen per klasse van de criteria.

Vervolgens geeft het derde lid aan dat in de herberekening van de gewichten voor genoemde deelbedragen ook rekening wordt gehouden met de over alle zorgverzekeraars gerealiseerde kosten in 2007. Op het moment dat deze afwijken van de gestelde macro-prestatiebedragen worden alle gewichten van de criteria opnieuw ingeschaald. Hierbij is de inschalingfactor per deelbedrag gelijk aan de verhouding tussen de gerealiseerde kosten over alle zorgverzekeraars per deelbedrag en het totaal van de herberekende deelbedragen over alle zorgverzekeraars. Aan de hand van de dusdanig herberekende gewichten worden de normatieve bedragen nader herberekend.

Het vierde lid geeft aan dat bij de herberekening van het normatieve bedrag het College zorgverzekeringen voor de criteria uitgaat van realisatiecijfers uit het jaar 2007. Bij de (ex ante) toekenning van het normatieve bedrag zijn deze realisaties nog niet bekend, en gaat het College zorgverzekeringen uit van ramingen met betrekking tot aantallen verzekerden per zorgverzekeraar, onderverdeeld naar de verschillende criteria (leeftijd, geslacht, aard van het inkomen, regio, FKG's, DKG's). In de toelichting van het Besluit zorgverzekering is aangegeven dat voor FKG's en DKG's uitgegaan wordt van gegevens uit het voorafgaande jaar. Dit sluit aan bij het concept achter FKG's en DKG's dat voorspelbare vervolgcosten dienen te worden gecompenseerd. Voor 2006 is van de normale systematiek afgeweken en gebruikgemaakt van gegevens uit het jaar zelf, omdat het gebruik van historische gegevens zowel principiële als praktische bezwaren kent, daar deze in 2006 betrekking zouden hebben op een periode waarin de Zvw nog niet van kracht was.

Voor 2007 wordt eveneens gebruik gemaakt van gegevens uit het jaar zelf voor de vaststelling van FKG's en DKG's, als benadering voor de aantallen in 2006. Uitgaan van 'sec' de FKG-

en DKG-prevalenties per zorgverzekeraar in 2006 bij het bepalen van de eveneringsbijdrage 2007 doet onvoldoende recht aan de mobiliteit in de verzekerdenmarkt onder de Zvw. Zorgverzekeraars met een relatief grote instroom van chronisch zieken zouden dan de dupe zijn. Idealerweise wordt bij de bepaling van de gewichten en de uitvoering van de risicoverevening op een consistente wijze omgegaan bij de vaststelling van FKG- en DKG-prevalenties met verzekerden die overstappen van zorgverzekeraars. Dit is voor 2007 echter nog niet gelukt. Terugvallen op gebruik van FKG- en DKG-prevalenties uit het jaar zelf is dan het meest geëigende alternatief.

#### Artikel 3.7

In het eerste lid van dit artikel is aangegeven op welke wijze de kosten van zorg genoten in het buitenland, wat betreft de risicoverevening, uiteenvallen in: 1) variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp; 2) vaste kosten van ziekenhuisverpleging; 3) overige prestaties. Hierbij is een onderscheid gemaakt tussen kosten die zijn gemaakt met toepassing van een bepaling van de Verordening (EEG) nr. 1408/71 inzake sociale zekerheid dan wel het Verdrag betreffende de sociale zekerheid van Rijnvarenden, welke recht geeft op zorg na toestemming van de zorgverzekeraar (kortweg: toestemmingsgevallen) en overige buitenlandse kosten.

– De eerste categorie wordt per definitie als kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp aangemerkt, waarbij deze in vast en variabel zijn gesplitst op basis van de macro-verhouding vast/variabel, gecorrigeerd voor het feit dat opnamen in een buitenlands ziekenhuis niet kunnen leiden tot een DKG-vergoeding.

– Bij de tweede categorie wordt een onderscheid gemaakt tussen gevallen waarin bekend is of het al dan niet om kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp gaat en gevallen waarin deze informatie niet bekend is.

Als de aard van de prestatie bekend is, wordt binnen de kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp dezelfde sleutel gehanteerd als bij toestemmingsgevallen voor de splitsing in vaste en variabele kosten, en worden overige kosten als overige prestaties aangemerkt.

Indien de aard van de prestatie niet bekend is, worden de kosten via een sleutel gesplitst in de drie onderscheiden deelprestaties. Voor de gehanteerde sleutel is gekeken naar de twee bronnen van deze kosten buitenland: kosten van grensarbeiders en kosten van Nederlandse ingezetenen bij tijdelijk verblijf. Hierbij is afgeleid dat 25% van de kosten als overige prestaties kan worden

aangemerkt. De overige 75% wordt in dezelfde verhouding in vast en variabel gesplitst als wanneer wel met zekerheid bekend is dat het kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp betreft.

Alle verrekenende kosten buitenland zijn op reguliere wijze relevant voor de toepassing van HKV, verevening en nacalculatie. Enige uitzondering hierbij zijn de kosten van verzekerde prestaties die verzekerden buitenland vanaf 1 januari 2006 hebben gemaakt en die het College zorgverzekeringen op declaraties op kasbasis naar het werkelijke bedrag in 2007 vergoedt. Op grond van onderdeel d en e van artikel 3.12 wordt 30% van deze kosten voor zover zij als variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp zijn aangemerkt, en 5% van deze kosten voor zover zij als kosten van overige prestaties zijn aangemerkt ingebracht in de HKV-pool.

Het tweede lid van dit artikel heeft betrekking op kosten die weliswaar binnen de kaders van de Zvw vallen, maar niet goed kunnen worden toegedeeld aan deelbedragen. Met de introductie van de Zvw is de subsidieregeling initiatiefruimte Ziekenfondswet komen te vervallen. Echter, in afwachting van een meer structurele oplossing, lopen wel de in 2005 onder deze subsidieregeling gestarte projecten door, en worden zorgverzekeraars ook geconfronteerd met kosten op dit punt. Zover als de geleverde prestaties binnen de kaders van de Zvw vallen, kunnen deze kosten worden ingebracht voor de risicoverevening. Hierbij dienen kosten zoveel mogelijk te worden verantwoord onder de prestatie waarop zij betrekking hebben. Voor kosten die niet goed kunnen worden toegewezen aan afzonderlijke prestaties, bijvoorbeeld kosten van ketenzorg en coördinatie- en organisatiekosten, zal het College zorgverzekeringen een afzonderlijke opvraag doen. Artikel 3.7, het tweede lid, regelt dat deze kosten via een sleutel – gerelateerd aan de kostenverhouding van de verschillende macro-deelbedragen binnen het macro-prestatiebedrag – worden toegewezen aan de verschillende binnen de risicoverevening gehanteerde deelbedragen.

#### Artikel 3.8

Binnen de Zvw moeten verzekerden in een aantal gevallen zelf een deel van de zorgkosten voor eigen rekening nemen. Het gaat hierbij onder meer om zorggebonden eigen betalingen op grond van wettelijke bepalingen, bijbetalingen in geval een verzekerde met een polis waarin sprake is van zorgcontractering naar een niet-gecontracteerde zorgaanbieder gaat en bijbetalingen in geval de tarieven boven een marktconform bedrag liggen. Deze kosten komen niet voor rekening van de zorgverzekeraar. Het ligt dan ook niet in de rede deze kosten te betrekken bij de kosten die van



belang zijn voor de risicoverevening. Immers, anders zou de zorgverzekeraar op grond van ex post mechanismen compensatie krijgen voor kosten die hij zelf niet betaalt.

Enige uitzondering op deze regel vormen de eigen betalingen in geval van eigen risico. Achtergrond hiervan is dat tegenover een eigen risico een premiekorting staat. Op het moment dat de eigen betalingen vanwege een eigen risico niet zouden meetellen voor de risicoverevening, zouden zorgverzekeraars door de werking van ex post mechanismen een beperktere premiekorting kunnen geven. Dit zou de prikkel tot het aangaan van eigen risico's sterk reduceren, wat ongewenst wordt geacht.

Wellicht ten overvloede wordt nog opgemerkt dat kosten die verrekend worden met de no-claimteruggave wel volledig meelopen met de zorgkosten die relevant zijn in het kader van de risicoverevening.

#### Artikel 3.9

De basis voor de verdeling van de verschillende tarieven binnen de kosten ziekenhuisverpleging in variabele en vaste kosten van ziekenhuisverpleging, zoals die wordt weergegeven in het eerste tot en met achtste lid van artikel 3.9 en het tweede tot en met negende lid van artikel 3.10, is gelegen in de artikelen 3.9 en 3.10 van het Besluit zorgverzekering.

Per 1 januari 2005 is gestart met dbc-financiering binnen de ziekenhuiszorg. De indeling van kosten in enerzijds vaste kosten ziekenhuisverpleging en anderzijds variabele kosten ziekenhuisverpleging is in hoofdlijnen gebaseerd op een onderverdeling van de verschillende dbc-tarieven in vaste en variabele elementen. Omdat niet alle instellingen en alle specialismen volledig overgaan op dbc-financiering, moet ook nog aangegeven worden hoe de andere ('oude') tarieven worden gesplitst in vast en variabel. Hiernaast is ook bij de instellingen die in hoofdzaak worden gefinancierd op basis van dbc's nog sprake van aanvullende financiering in de vorm van overige trajecten en verrichtingen en van ondersteunende en overige producten.

Wat betreft de dbc-tarieven, wordt een onderscheid gemaakt tussen enerzijds onderhandelbare dbc-tarieven (behorend bij het zogenoemde B-segment) en niet-onderhandelbare dbc-tarieven (het zogenoemde A-segment). De onderhandelbare dbc-tarieven zijn in principe variabel, met uitzondering de 12,5% van het tarief dat als dekking van de kapitaallasten wordt aangemerkt (eerste lid van artikel 3.9). Dit deel zal, gegeven dat zorgverzekeraars zeer beperkte invloed hebben op de hoogte van de kapitaallasten, voornamelijk als vast worden aange-

merkt. Dit geldt onafhankelijk van het type instelling of zorgverlener dat de onderhandelbare dbc levert.

Voor de niet-onderhandelbare dbc's geldt dat het percentage variabel in de kostencomponent verschilt tussen instellingen. Voor algemene en academische ziekenhuizen, alsmede voor het Oogziekenhuis (tweede lid), geldt dat zij nog steeds een budget kennen, dat gevuld wordt met landelijk geldende prijzen, waar bovenop instellingsspecifieke toeslagen komen ter sluiting van het instellingsbudget. Binnen het instellingsbudget is het mogelijk een onderscheid te maken in een vast en variabel deel. Deze onderverdeling dient als basis voor de splitsing van de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbc-tarieven in vast en variabel, tezamen met informatie over de vast/variabel-verdeling van de verschillende (overige) tarieven waarmee het instellingsbudget gevuld wordt.

De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) biedt mogelijkheden voor experimenten waarbij ook voor dbc's die niet vallen onder de reguliere onderhandelbare dbc's toch sprake kan zijn van vrije prijsvorming. Een voorbeeld hiervan is het in 2005 gestarte experiment in de Sint Maartenskliniek. Het derde lid geeft aan dat de vast/variabel-verhouding die voor deze experimenten geldt, door het College zorgverzekeringen wordt vastgesteld. Hierbij is het de bedoeling te kijken naar de budgetopbouw van de instelling in de jaren direct voorafgaand aan het experiment.

Zowel voor de niet-onderhandelbare dbc's als voor de dbc's die vallen onder een experiment op grond van de Wmg, levert de NZa per instelling informatie aan over de splitsing van de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbc-tarieven in vaste en variabele elementen aan het College zorgverzekeringen (vierde lid).

Zelfstandige behandelcentra en extramuraal werkende specialisten kennen geen budgetten. De hierboven geschetste systematiek van het afleiden van vast/variabel-sleutels voor niet-onderhandelbare dbc's is dan ook voor hen niet van toepassing. In plaats hiervan geldt voor alle zelfstandige behandelcentra en extramuraal werkende specialisten dezelfde sleutel, waarbij 75% van de kostencomponent van de tarieven van niet-onderhandelbare dbc's als variabele kosten wordt aangemerkt. Dezelfde sleutel geldt ook voor andere dan de in het tweede lid genoemde instellingen dan wel zorgverleners die dbc-tarieven in rekening kunnen brengen, zoals bijvoorbeeld de zelfstandige centra voor erfelijkheidsonderzoek (vijfde lid).

Naast dbc's kunnen instellingen en zorgverleners die in hoofdzaak gefinancierd worden door dbc's nog een aantal overige trajecten en verrichtingen decla-

ren (waaronder de huidige zogenoemde vaste verpleegtarieven als 'verkeerde bedden', 'gezonde moeders' en 'gezonde zuigelingen'; klassenverpleging en intensive care) en ondersteunende en overige producten (bijvoorbeeld voor eerstelijns zorg). In 2007 wordt zowel de kostencomponent als honorariumcomponent van deze overige trajecten en verrichtingen en van ondersteunende en overige producten voor 75% als variabele kosten aangemerkt. Dezelfde verhouding geldt voor alle tarieven van instellingen op het gebied van ziekenhuiszorg die nog niet per 1 januari 2007 dbc-gefinancierd zijn. Enige uitzondering hierop zijn gedeclareerde verpleegtarieven van instellingen die niet gefinancierd worden door dbc's (zoals bijvoorbeeld klinische revalidatiecentra) die voor 60% als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp worden aangemerkt en voor 40% als vaste kosten van ziekenhuisverpleging (zesde lid). Wat betreft de splitsing van de kosten van buitenlandse instellingen, geldt hetgeen is toegelicht bij artikel 3.7.

De renteheffingstarieven, de tarieven die instellingen in rekening mogen brengen bij zorgverzekeraars bovenop de reguliere tarieven in het geval de zorgverzekeraar niet over gaat tot de bevoorschotting van zorg gefinancierd op basis van dbc's, worden om de prikkel tot bevoorschotting te maximaleren buiten de risicoverevening gehouden. Het zevende lid benoemt expliciet dat deze renteheffingstarieven niet meelopen bij de variabele kosten.

Tenslotte merkt het College zorgverzekeringen de honorariumcomponent van onderhandelbare dan wel niet-onderhandelbare dbc's, alsmede eventuele overige declaraties van vrijgevestigde specialisten, volledig aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp. Bij de overige declaraties van vrijgevestigde specialisten kan bijvoorbeeld gedacht worden aan declaraties van kaakchirurgen die nog geen dbc's declareren (lid 8). Enige uitzondering betreft de honorariumcomponent van overige trajecten en verrichtingen en van ondersteunende en overige producten. Deze wordt slechts voor 75% als variabele kosten aangemerkt, omdat in de uitvoeringspraktijk het voor verzekeraars vaak lastig is de honorariumcomponent van deze tarieven te scheiden van de kostencomponent.

Ter bepaling van het herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp (ex post) wordt eerst de hogekostencompensatie, vervolgens een generieke verevening ter grootte van 30% en tenslotte nacalculatie ter grootte van 35% toegepast. De genoemde verevenings- en nacalculatiepercentages sluiten aan bij het in 2006 geldende risi-

coregime met betrekking tot variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.

Tenslotte is nog sprake van aanvullende nacalculatie op grond van een bandbreedte-regeling. Achtergrond hiervan is de grote onzekerheid die bestaat bij de normering van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp vanwege de invoering van dbc-financiering per 1 januari 2005. De invoering van dbc-financiering per 1 januari 2005 kan aanmerkelijke gevolgen hebben voor de schadelastverdeling over verschillende groepen verzekerden. Het risicovereveningssysteem is gebaseerd op kostencijfers 2004 waarin deze dbc-schadelastverschuiving nog niet verwerkt zit. In 2005 en 2006 zijn de kostencijfers gecorrigeerd voor een verwachte schadelastverschuiving op grond van inzichten uit de Centrale Gegevens Analyse Omgeving (CGAO).

Ten behoeve van de risicovereeniging 2007 is nagegaan wat de mogelijkheden zijn om de dbc-schadelastverschuiving te baseren op eerste kostenrealisatiecijfers 2005 op basis van het IZIZ-bestand, een bestand met dbc-declaraties van zorgverzekeraars beheerd door Vektis. Op basis van kostencijfers 2005 uit IZIZ is getracht een eerste indicatie te geven van de dbc-schadelastverschuiving. Opvallend is dat de uitkomsten hiervan duidelijk afwijken van de – in voorgaande jaren zeer plausibel geachte – uitkomsten op basis van de CGAO. Nagegaan is of er verklaringen te vinden zijn voor de afwijkende uitkomsten. Hoewel verschillende factoren zijn geïdentificeerd die een rol kunnen spelen, is het niet gelukt volledig te duiden waardoor de verschillen worden veroorzaakt.

De WOR heeft geconstateerd dat het op grond van de onderzoeksresultaten uiterst lastig is een verantwoorde keuze te maken over de juiste uitgangspunten omtrent de dbc-schadelastverschuiving. Enerzijds zijn de CGAO-uitkomsten intuïtief plausibel, anderzijds zijn de IZIZ-resultaten op echte – zij het nog lang niet uitgedeclareerde – realisatiecijfers gebaseerd. Alles overwegende, acht de WOR het het verstandigst om dit jaar niet te corrigeren voor een schadelastverschuiving als gevolg van dbc's. De minister van VWS heeft dit advies van de WOR opgevolgd, en gegeven de vele onzekerheden en tegengestelde uitkomsten van CGAO en IZIZ niet gecorrigeerd voor de dbc-schadelastverschuiving.

Om de onzekerheid met betrekking tot het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp te reduceren heeft de minister van VWS bovendien besloten om naast de algemeen geldende verevening- en nacalculatiepercentages – extra nacalculatie toe te passen wanneer het

uiteindelijke resultaat (na toepassing van ex post compensatiemechanismen HKV, generieke verevening en nacalculatie) buiten een bandbreedte van plus of minus € 17,50 per premieplichtige verzekerde valt. De insteek van premieplichtige verzekerden – i.e. verzekerden van 18 jaar en ouder – is gekozen omdat eventuele winsten en verliezen moeten worden gedragen door de premieplichtigen. De omvang van de bandbreedte is dusdanig gekozen dat voldoende prikkels tot doelmatig handelen blijven gehandhaafd. Buiten de genoemde bandbreedte geldt geen volledige compensatie, maar wordt 90% nagecalculeerd, om nog in enige mate een prikkel tot kostenbeheersing te handhaven.

#### *Artikel 3.10*

Het eerste lid van artikel 3.10 regelt dat het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging, wat betreft de overige vaste kosten per zorgverzekeraar, wordt herberekend op basis van de overige vaste kosten in 2006.

Het tweede tot en met achtste lid gaat in op de vaststelling van de vaste kosten, waarbij voor alle verschillende tariefsoorten het percentage van de kosten dat als vaste kosten wordt aangemerkt, gelijk is aan 100% minus het percentage van de kosten dat als variabele kosten wordt aangemerkt in de respectievelijke bijbehorende leden in artikel 3.9.

Het negende lid geeft aan dat de rentehoffingstarieven niet meetellen bij de vaste kosten van ziekenhuisverpleging, net als zij niet meetellen bij de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.

Het College zorgverzekeringen past op dit deelbedrag 100% nacalculatie toe (lid 10). Hiermee lopen zorgverzekeraars in het geheel geen risico op het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging. Deze kosten zijn niet of nauwelijks beïnvloedbaar voor een zorgverzekeraar.

#### *Artikel 3.11*

Ter bepaling van het herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties wordt de hogekostencompensatie in 2007 toegepast in de vorm van HKV. Het College zorgverzekeringen past in 2007 geen generieke verevening toe, noch is sprake van nacalculatie op de resultaten.

#### *Artikel 3.12*

Met betrekking tot het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en het deelbedrag overige prestaties vindt een specifieke verevening plaats van hoge kosten. Voor de toepassing is relevant de som van de kosten behorend bij de twee bovengenoemde deelbedragen.

De HKV houdt in dat zorgverzekeraars 90% van de kosten van individuele verzekerden, voorzover deze kosten het bedrag van € 12.500 op jaarbasis te boven gaan, ten laste van een pool kunnen brengen. Zorgverzekeraars dienen daartoe na afloop van het jaar 2007 de kostengegevens van alle verzekerden met kosten die boven het genoemde bedrag uitstijgen, aan te melden bij het College zorgverzekeringen. Het College zorgverzekeringen kan vervolgens de totale omvang van de pool vaststellen.

Zorgverzekeraars splitsen de poolinbreng voor iedere individuele verzekerde op basis van de verhouding van de kosten behorend bij de twee deelbedragen zoals die zich bij de desbetreffende verzekerde voordoet. Vervolgens wordt per zorgverzekeraar een door het College zorgverzekeringen vast te stellen percentage van de twee deelbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en kosten van overige prestaties ten gunste van de pool gebracht. Bij deze berekeningswijze zijn in totaal de ten laste en de ten gunste van de pool te brengen bedragen per deelbedrag aan elkaar gelijk. De aldus opgebouwde HKV vindt plaats door een bijstelling per zorgverzekeraar van de deelbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en kosten van overige prestaties, op basis van het saldo van de per zorgverzekeraar per deelbedrag ten laste en ten gunste van de pool gebrachte bedragen.

#### *Artikel 3.13*

Bij de definitieve vaststelling van het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar wordt gebruik gemaakt van informatie over onder andere de inbreng per zorgverzekeraar in de pool voor HKV. Deze informatie over de HKV 2007 is pas in het voorjaar 2009 beschikbaar. Achtergrond van de late beschikbaarheid van deze informatie is dat dbc's boekhoudkundig verantwoord moeten worden op het moment van dbc-opening, terwijl deze pas bij dbc-sluiting worden gedeclareerd. Dit impliceert dat – nog los van eventuele declaratievertragingen – pas begin 2009 het kostenbeeld met betrekking tot dbc's bekend is. Door het later beschikbaar komen van kosteninformatie, treedt een jaar vertraging op in de uiteindelijke vaststelling van het normatieve bedrag.

Om zorgverzekeraars voor deze tijd al inzicht te bieden in hun te verwachten bijdrage – en hieraan gekoppeld: financiële resultaat – over 2007, is het College zorgverzekeringen bevoegd in het jaar volgend op het jaar waarop het normatieve bedrag betrekking heeft het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar voorlopig te herberekenen en voorlopig vast te stellen, zonder rekening te houden met HKV en eventuele andere nog ontbrekende gegevens. Bij

deze voorlopige afrekening kan uitgaan worden van de jaarstaat 2007, die per 1 juli 2008 beschikbaar is. Verschil met (eventuele) bijstellingen van de eerdere toekenning, is dat in deze voorlopige afrekening wel rekening wordt gehouden met de effecten van andere ex post compensatiemechanismen als generieke verevening en nacalculatie.

#### *Artikel 3.14*

Verzekerden onder de 18 jaar zijn geen nominale premie verschuldigd. Zorgverzekeraars hebben voor verzekerden onder de 18 jaar naast zorgkosten ook beheerskosten (administratie, zorginkoop), waarvoor ze uit het Zorgverzekeringsfonds compensatie ontvangen. De vergoeding uit het Zorgverzekeringsfonds is voor 2007 op € 50 per verzekerde onder de 18 jaar vastgesteld. Dit bedrag is bepaald op basis van historische gegevens over beheerskosten in het kader van de Zfw, waarbij is verdisconteerd dat niet nominaal-premieplichtige verzekerden gemiddeld lagere beheerskosten kennen dan wél nominaal-premieplichtige verzekerden, omdat voor hen gemiddeld minder declaraties verwerkt hoeven worden. Jonge verzekerden zijn immers gemiddeld gezonder dan oudere verzekerden.

#### *Artikel 3.15*

Op basis van artikel 22 van de Zvw hebben verzekerden met zorgkosten lager dan een zeker bedrag (voor 2007: € 255) recht op no-claimteruggave. De te verwachten gemiddelde no-claimteruggave die zorgverzekeraars moeten betalen is afhankelijk van hun verzekerdenpopulatie. Zo zullen naar verwachting zorgverzekeraars met een jonge, gezonde populatie gemiddeld vaker en meer no-claimteruggave moeten betalen dan zorgverzekeraars met een oude, ongezondere populatie. Op het moment dat hiermee in de risicoverevening geen rekening zou worden gehouden, treedt verstoring op van het gelijke speelveld. Immers: in dat geval zouden zorgverzekeraars met een jonge, gezonde populatie een gemiddeld hogere nominale premie moeten vragen dan zorgverzekeraars met een oude, ongezondere populatie.

Deze overweging heeft geleid tot differentiëring in de normering van de vergoedingen die zorgverzekeraars aan hun verzekerden betalen in het kader van de

no-claimregeling. Differentiatie vindt plaats op grond van de criteria leeftijd en geslacht, aard van het inkomen en regio. Deze uitkering komt in plaats van de geraamde gemiddelde no-claimteruggave waarmee anders – in geval geen invulling was gegeven aan artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering – bij de vaststelling van de bijdrage aan de zorgverzekeraar op basis van het normatieve bedrag en de nominale premies was rekening gehouden. FKG's en DKG's zijn bij deze normering buiten beschouwing gelaten, omdat deze – gegeven ook de beperkte bandbreedte waarbinnen de no-claimteruggave valt – slechts zeer beperkte meerwaarde bleken te hebben in aanvulling op de andere criteria.

Bij de herberekening van de bijdrage wordt rekening gehouden met de gerealiseerde totale no-claimteruggave over alle zorgverzekeraars. Dit gebeurt door de oorspronkelijk gehanteerde gewichten voor de normering van de no-claimteruggave aan te passen met een factor die de verhouding weergeeft tussen de gerealiseerde (macro) no-claimteruggave en de oorspronkelijk geraamde (macro) no-claimteruggave.

#### *Artikel II, onderdelen C, D en E*

In deze onderdelen zijn de normbedragen in de bijlagen behorend bij hoofdstuk 5 van de regeling aangepast aan de situatie voor 2007.

#### *Artikel III*

De NZa heeft in beleidsregels vastgelegd (beleidsregel 'Verrekening opbrengstresultaten 2005) dat over 2005 sprake is van een verrekening van de opbrengstresultaten voor ziekenhuizen middels vaste bedragen in plaats van via verrekenarieven. Bij deze opbrengstresultaten gaat het om het verschil tussen het budget aanvaardbare kosten van de instelling enerzijds en de opbrengsten ter dekking van de aanvaardbare kosten 2005 anderzijds. Juist bij de overgang op dbc-financiering per 2005 zijn deze opbrengstresultaten duidelijk groter dan regulier gebruikelijk was, wat de invoering van speciale verrekeningen via vaste bedragen noodzakelijk maakt. Hierbij geeft de NZa ook aan hoe deze bedragen uiteenvallen in voor zorgverzekeraars vaste en variabele onderdelen.

Deze vaste bedragen per ziekenhuis worden door de verschillende zorgverzekeraars opgebracht naar rato van hun

marktaandeel. Artikel III regelt dat deze bedragen worden betrokken bij de vaststelling van de vaste en variabele kosten van ziekenhuisverpleging. Dit vergt een aanpassing van de definitie van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp (omschreven in artikel 3.9 van onderhavige regeling) en van de vaste kosten van ziekenhuisverpleging (omschreven in artikel 3.10 van dezelfde regeling). In dit onderdeel van deze wijzigingsregeling is ervoor gekozen de artikelen 11 en 12 ten behoeve van de leesbaarheid in zijn geheel opnieuw vast te stellen.

Tenslotte is ook aangegeven dat het College zorgverzekeringen gemachtigd is de inbreng in de HKV met betrekking tot het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp te corrigeren voor de vaste bedragen ter verrekening van de opbrengstresultaten. Door de oorspronkelijke discrepantie tussen instellingsbudgetten en instellingsfinanciering is het mogelijk dat de kosten per individuele verzekerde gebaseerd is op – achteraf bezien – te lage dan wel te hoge verrekenarieven. Door de vaste verrekenbedragen wordt dit op het niveau van zorgverzekeraars en ziekenhuizen recht getrokken. Echter, voor de HKV zijn juist de kosten van individuele verzekerden van belang. Individuele zorgverzekeraars kunnen op dit punt nadelen of voordelen ondervinden, doordat ze relatief weinig (bij lage verrekenarieven) of veel (bij hoge verrekenarieven) kosten laste van de HKV-pool kunnen inbrengen. Desgewenst kan het College zorgverzekeringen voor de als gevolg hiervan optredende ongelijkheid tussen zorgverzekeraars corrigeren.

#### *Artikel IV*

In dit onderdeel van onderhavige wijzigingsregeling is expliciet bepaald dat de regels van het huidige hoofdstuk 3 voor het jaar 2006 nog gewoon van toepassing zijn. Indien nodig kunnen deze regels ook gewijzigd worden. In artikel I is van deze mogelijkheid gebruik gemaakt.

*De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,  
J.F. Hoogervorst.*