

Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van Z/F-2800813, tot wijziging van de Regeling zorgverzekering ter zake van de vereveningsbijdrage voor zorgverzekeraars in het jaar 2008

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 32, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet en de artikelen 3.1, derde 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;

Besluit:

Artikel I

In de Regeling zorgverzekering worden de volgende wijzigingen aangebracht:

A

Aan artikel 3.7 wordt een lid toegevoegd, luidende:

3. Kosten van prestaties die overeenstemmen met de prestaties waarop de Zorgverzekeringswet recht geeft, die vallen binnen de beleidsregel 'Geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie' van de zorgautoriteit en die kunnen worden beschouwd als ziekenhuiszorg, worden door het College zorgverzekeringen voor 75% als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en voor 25% als vaste kosten van ziekenhuisverpleging aangemerkt. Dit geldt ook voor kosten van prestaties die aan deze criteria voldoen en die vallen binnen de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten' van de zorgautoriteit.

B

In artikel 6.3.1 wordt het na het tiende lid genoemde achtste lid vernummerd tot elfde lid.

Artikel II

Hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering zoals gewijzigd bij artikel I komt voor 2008 te luiden als volgt:

A

Hoofdstuk 3. Bepalingen omtrent de vereveningsbijdrage 2008

§ 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 2008 omvatten, naast de middelen, bedoeld in § 1.5 van hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering, een bedrag van € 16 831,7 miljoen.

§ 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 2008 bedraagt € 30 494,3 miljoen.

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

- het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp ad € 11 912,3 miljoen;
- het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging ad € 3 976,3 miljoen;
- het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) ad € 3 716,9 miljoen;
- het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties ad € 10 888,8 miljoen.

§ 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

1. In de volgende leden wordt verstaan onder:

- sociaaleconomische status: het gemiddelde inkomen per adres;
- eenpersoonsadres: adres waarop één persoon ingeschreven staat;
- GGZ-regio: clustering van viercijferige postcodes, waarbij op postcodeniveau rekening is gehouden met de verschillen met betrekking tot GGZ-zorgaanbod, sociaaleconomische

omstandigheden en resterende geestelijke gezondheidsverschillen;

- Aan de in de artikelen 3.3, eerste lid, en 3.6, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering genoemde criteria wordt eenmalig het volgende criterium toegevoegd: sociaaleconomische status.
- Aan de in artikel 3.5, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering genoemde criteria worden eenmalig de volgende criteria toegevoegd: farmaceutische kostengroep psychische aandoeningen, aard van het inkomen, sociaaleconomische status, eenpersoonsadres en GGZ-regio.
- De gewichten en de klassen bedoeld in de artikelen 3.3, 3.5 en 3.6 van het Besluit zorgverzekering staan vermeld in bijlagen 4 en 5 bij deze regeling.

Artikel 3.4

1. Het in artikel 3.4, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering genoemde bedrag per verzekerde bedraagt in 2008 € 0.

2. Het College zorgverzekeringen berekent de verwachte overige vaste kosten ziekenhuisverpleging, zoals genoemd in artikel 3.4, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering, op basis van historische gegevens, waarbij zonodig gecorrigeerd wordt voor de uitgaven die in 2008 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, rekening houdend met de inschrijfduur per zorgverzekeraar.

§ 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 en tweede lid, van het Besluit zorgverzekering herberekende gewichten, inclusief de gewichten die horen bij het in artikel 3.3, tweede lid, toegevoegde criterium, waarbij in de herberekening rekening is gehouden met

de verwachte financiële gevolgen van de toepassing van een specifieke compensatie van de hoge kosten, die gehanteerd wordt bij de herberekening van de bijdrage aan een zorgverzekeraar, staat vermeld in bijlage 6 bij deze regeling. Hierbij wordt de in de bijlage 6 aangegeven klasse-indeling van de criteria aangehouden.

2. Het College zorgverzekeringen herberkent 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 herberkent 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 uit van de realisatiecijfers van de volgende jaren:

- a. 2007 voor de criteria FKG's en DKG's;
- b. 2008 voor de criteria leeftijd en geslacht, aard van het inkomen, regio, sociaal-economische status en eenpersoonsadres.

Artikel 3.7

1. De kosten van verzekerde prestaties die verzekerden buiten Nederland vanaf 1 januari 2007 hebben gemaakt en die het College zorgverzekeringen op declaraties op kasbasis naar het werkelijke bedrag in 2008 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 kosten van geneeskundige zorg die gericht zijn op herstel van een psychia-

trische aandoening en voor zover die zorg daarmee gepaard gaat, kosten van verblijf, 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 gelden als kosten van geneeskundige zorg die gericht zijn op herstel van een psychiatrische aandoening en voor zover die zorg daarmee gepaard gaat, kosten van verblijf, door het College zorgverzekeringen voor 100% als kosten van geneeskundige GGZ aangemerkt;
- 3°. uit de specificatie blijkt dat zij niet gelden als kosten als bedoeld onder 10 of 20, door het College zorgverzekeringen voor 100% als kosten van overige prestaties aangemerkt;
- 4°. 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.

3. Kosten van prestaties die overeenstemmen met de prestaties waarop de Zorgverzekeringswet recht geeft en die vallen binnen de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten' van de zorgautoriteit en die kunnen worden beschouwd als ziekenhuiszorg, worden door het College zorgverzekeringen voor 75% als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en voor 25% 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, de kosten van geneeskundige GGZ en de kosten van overige prestaties worden niet gerekend de zorgkosten die voor rekening komen van de verzekerden, met uitzondering van betalingen uit hoofde van een vrijwillig eigen risico.

Artikel 3.9

1. Ter bepaling van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp merkt het College

zorgverzekeringen 100% van de kostencomponent van onderhandelbare dbc-tarieven, onafhankelijk van het type instelling of zorgverlener dat deze diagnosebehandelingcombinatie 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 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 3.13.

10. Het College zorgverzekeringen calculeert 50% 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 negende lid.

11. Indien het gemiddelde absolute resultaat per premieplichtige verzekerde na toepassing van het tiende lid meer dan € 40 afwijkt van 0, worden de buiten bedoelde handbreedte 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, zoals genoemd in artikel 3.4, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering, op de overige vaste kosten in het jaar 2007.

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 vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

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

4. 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.

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

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

7. 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.

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

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

Artikel 3.11

Het College zorgverzekeringen calculeert 100% na op het verschil tussen de werkelijk gemaakte kosten voor geneeskundige GGZ en de normatieve bijdrage geneeskundige GGZ.

Artikel 3.12

1. Het College zorgverzekeringen past op het deelbedrag kosten van overige prestaties hogekostencompensatie toe, overeenkomstig artikel 3.13.

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

Artikel 3.13

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:

a. 90% van de som van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en van individuele verzekerden en van de kosten van overige prestaties van individuele verzekerden, voor zover deze kosten tezamen het bedrag van € 20 000 per verzekerde op jaarbasis overschrijden, wordt ten laste van een pool gebracht;

b. 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 totalen 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 2007 hebben gemaakt en die het College zorgverzekeringen op declaraties op kasbasis naar het werkelijke bedrag in 2008 vergoedt, voor zover zij ingevolge artikel 3.7, eerste lid, als variabele kosten van zieken-

huisverpleging 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 2007 hebben gemaakt en die het College zorgverzekeringen op declaraties op kasbasis naar het werkelijke bedrag in 2008 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 herberekende 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 3.14

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 3.13 en van de in het eerste lid van artikel 3.6 bedoelde herberekende gewichten achterwege laten.

§ 5. Aanvullingen op de bijdrage aan een zorgverzekeraar

Artikel 3.15

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

Artikel 3.16

1. Op grond van artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering wordt de bijdrage, bedoeld in de artikelen 3.7 en 3.13 van dat Besluit, 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 ver-

zekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, aard van het inkomen en regio en de in bijlage 7 genoemde gewichten. Hierbij wordt de in de bijlage 7 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.

Artikel 3.16a

De bijdrage, bedoeld in artikel 3.18 van het Besluit zorgverzekering, is gelijk aan een twaalfde van de nominale rekenpremie voor iedere premie die per maand vanaf het moment waarop het recht op de bijdrage is ontstaan, niet volledig is betaald, verminderd met het bedrag dat de zorgverzekeraar tot en met het kalenderjaar, volgende op het jaar waarvoor de bijdrage wordt betaald, alsnog in verband met de desbetreffende verzekering heeft ontvangen en met het bedrag van een no-claimteruggave over het bijdragejaar.

§ 6. De betaling van de bijdragen door het College zorgverzekeringen

Artikel 3.17

De betaling van de bijdrage geschiedt overeenkomstig door het College zorgverzekeringen te stellen beleidsregels, waarin ten minste een betalingschema is opgenomen dat rekening houdt met het betaalpatroon van de zorgverzekeraars.

§ 7. De gegevens voor het bepalen van de bijdragen door het College zorgverzekeringen

Artikel 3.18

1. De zorgverzekeraar neemt in ieder geval in zijn uitvoeringsverslag op:

- het profiel, de organisatiestructuur en het gevoerde en voorgenomen beleid bij de uitvoering van de Zorgverzekeringwet;
- de wijze waarop hij uitvoering geeft aan de zorgplicht;
- de wijze waarop hij uitvoering geeft aan de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie;
- de wijze waarop hij de afhandeling van klachten van de verzekerden heeft georganiseerd alsmede de resultaten daarvan;
- de wijze waarop hij uitvoering geeft aan gedragscodes waaraan hij zich heeft verbonden;

f. of hij het Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringwet is nagekomen, en zo nee, welke onderdelen niet, waarom niet, en wat hij in de plaats van die onderdelen aan incassowerkzaamheden heeft verricht;

g. algemene gegevens over de honorering van directie en bestuur van de zorgverzekeraar voor de uitvoering van de Zorgverzekeringwet;

h. gegevens over zijn relaties met de aanbieders van zorg en de wijze waarop hij stuurt op de kwaliteit van door hen geleverde zorg.

2. Het uitvoeringsverslag wordt, voor zover het gaat om de in het vorige lid genoemde aspecten, ingericht overeenkomstig een door de zorgautoriteit beschikbaar te stellen model.

B

De bijlagen 4 tot en met 7 worden vervangen door:

Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

Bijlage horende bij artikel 3.3, vierde lid, 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 hoge kostenverevening (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	787,39	653,33	521,00	480,14
5-9 jaar	420,67	372,51	569,60	520,99
10-14 jaar	384,11	372,27	533,30	538,06
15-19 jaar	412,93	438,96	555,94	622,06
20-24 jaar	407,73	515,23	448,38	630,91
25-29 jaar	415,68	681,35	402,17	787,44
30-34 jaar	433,92	767,99	424,66	863,02
35-39 jaar	480,04	680,80	465,53	695,34
40-44 jaar	515,17	602,17	494,17	580,08
45-49 jaar	604,99	663,36	550,95	627,91
50-54 jaar	708,91	753,73	592,82	686,37
55-59 jaar	886,09	857,34	674,58	767,82
60-64 jaar	1043,69	935,82	716,90	821,05
65-69 jaar	1334,20	1073,77	871,78	913,88
70-74 jaar	1632,01	1282,67	971,28	1009,93
75-79 jaar	1878,84	1448,74	1087,32	1137,27
80-84 jaar	1874,96	1460,96	1220,32	1265,47
85-89 jaar	1783,34	1414,94	1381,66	1411,31
90+ jaar	1669,86	1173,15	1589,67	1602,68

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	
0	Geen FKG	-114,46	-198,31
1	Glaucoom	89,59	244,39
2	Schildklierandoeningen	222,58	151,46
3	Psychische aandoeningen	49,65	456,30
4	Hoog cholesterol	202,17	333,49
5	Diabetes IIb (laag intensief)	251,54	438,69
6	Cara	518,61	852,09
7	Diabetes IIa (hoog intensief)	494,07	942,32
8	Epilepsie	466,63	982,29
9	Ziekte van Crohn / colitus ulcerosa	452,06	742,69
10	Hartaandoeningen	1178,12	772,62
11	Reuma	1075,86	2596,75
12	Parkinson	793,74	2751,97
13	Diabetes I	913,17	2204,09
14	Transplantaties	553,56	2922,85
15	Cystic fibrosis / pancreas aandoeningen	1417,08	5527,11
16	Aandoeningen van hersenen en ruggenmerg	1012,10	8834,59
17	Kanker	3419,62	6983,87
18	HIV / AIDS	1634,87	11645,83
19	Nieraandoeningen	8316,15	5107,10
20	Groeihormonen	1062,91	19994,57

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	-71,50	-26,74
1	1148,28	373,15
2	1560,68	605,17
3	1845,15	767,96
4	2030,05	1193,91
5	2704,80	843,70
6	3367,47	1000,43
7	3732,24	1795,67
8	4517,13	2416,51
9	4699,06	2698,23
10	5754,09	3980,48
11	6571,84	3450,03
12	8220,57	4772,44
13	47646,37	5284,20

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	449,59	509,57
35-44 jaar	450,16	514,63
45-54 jaar	497,61	520,96
55-64 jaar	408,84	359,19
Bijstandsgerechtigden		
15-34 jaar	155,31	28,27
35-44 jaar	135,71	115,52
45-54 jaar	213,11	176,78
55-64 jaar	150,56	98,73

	Variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Overige prestaties
WW, ANW (AWW) en overige uitkeringsgerechtigden		
15-34 jaar	49,95	22,61
35-44 jaar	-26,04	-9,13
45-54 jaar	-83,29	-33,94
55-64 jaar	-131,28	-76,65
Zelfstandigen		
15-34 jaar	-27,12	-21,58
35-44 jaar	-53,93	-65,54
45-54 jaar	-114,11	-103,87
55-64 jaar	-165,30	-139,18
Referentiegroep		
0-14 jaar	0,00	0,00
15-34 jaar	-17,30	-15,80
35-44 jaar	-29,74	-32,78
45-54 jaar	-56,11	-60,91
55-64 jaar	-87,37	-79,79
65+ jaar	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
1	53,74	6,40
2	38,58	1,73
3	20,27	8,09
4	12,31	3,34
5	0,87	5,27
6	-9,73	-0,26
7	-9,08	0,16
8	-26,73	-2,02
9	-38,43	-10,20
10	-73,37	-24,55

Tabel B4.6 Gewichten voor het criterium sociaaleconomische status (in euro's per verzekerde)

	Variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Overige prestaties
SES > 15 bewoners		
0-14 jaar	-14,35	-53,85
15-64 jaar	-14,35	-70,70
65+ jaar	15,85	502,40
SES 1 (laag)		
0-14 jaar	6,32	9,48
15-64 jaar	35,61	15,75
65+ jaar	284,31	121,78
SES 2 (midden)		
0-14 jaar	-9,24	-7,76
15-64 jaar	10,82	18,74
65+ jaar	-50,91	-35,22
SES 3 (hoog)		
0-14 jaar	0,12	-20,83
15-64 jaar	-37,13	-30,14
65+ jaar	-110,80	-90,15

Bijlage 5 komt te luiden:

Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering

GGZ Bijlage horende bij artikel 3.3, vierde lid, 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.

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

	Geneeskundige GGZ	
	Mannen	Vrouwen
0-4 jaar	112,57	109,37
5-9 jaar	197,42	120,94
10-14 jaar	209,82	146,53
15-19 jaar	278,98	306,77
20-24 jaar	257,55	291,18
25-29 jaar	266,17	285,61
30-34 jaar	260,01	272,08
35-39 jaar	334,65	345,45
40-44 jaar	336,25	342,08
45-49 jaar	283,74	291,84
50-54 jaar	267,46	268,24
55-59 jaar	183,30	181,05
60-64 jaar	178,83	178,82
65-69 jaar	115,30	114,70
70-74 jaar	118,68	120,82
75-79 jaar	125,59	118,24
80-84 jaar	134,97	130,79
85-89 jaar	138,27	135,18
90+ jaar	115,47	112,56

Tabel B5.2: Gewichten voor het criterium GGZ-regio (in euro's per verzekerde)

GGZ-regio	Geneeskundige GGZ
1	135,68
2	82,46
3	28,64
4	-3,68
5	-15,97
6	-26,81
7	-30,45
8	-32,35
9	-36,98
10	-37,08

Tabel B5.3: Gewichten voor het criterium FKG psychische aandoeningen (in euro's per verzekerde)

FKG's	Geneeskundige GGZ
Geen FKG psychische aandoeningen	-59,15
FKG psychische aandoeningen	1721,09

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

	Geneeskundige GGZ
Arbeidsongeschikten	
15-34 jaar	2585,39
35-44 jaar	1714,82

Geneeskundige GGZ

45-54 jaar	695,96
55-64 jaar	176,43
Bijstandsgerechtigden	
15-34 jaar	2119,43
35-44 jaar	2351,76
45-54 jaar	1595,43
55-64 jaar	373,97
WW, ANW (AWW) en overige uitkeringsgerechtigden	
15-34 jaar	-26,93
35-44 jaar	-141,58
45-54 jaar	-108,58
55-64 jaar	-55,54
Zelfstandigen	
15-34 jaar	-132,19
35-44 jaar	-208,47
45-54 jaar	-143,85
55-64 jaar	-55,53
Referentiegroep	
0-14 jaar	0,00
15-34 jaar	-120,86
35-44 jaar	-190,89
45-54 jaar	-137,49
55-64 jaar	-54,99
65+ jaar	0,00
Tabel B5.5 Gewichten voor het criterium sociaaleconomische status (in euro's per verzekerde)	
	Geneeskundige GGZ
SES > 15 bewoners	
0-14 jaar	849,00

	Geneeskundige GGZ		Geneeskundige GGZ
15-64 jaar	849,00	SES 3 (hoog)	
65+ jaar	95,60	0-14 jaar	-7,18
		15-64 jaar	-20,86
SES 1 (laag)		65+ jaar	-10,21
0-14 jaar	1,72		
15-64 jaar	11,75		
65+ jaar	6,02		
SES 2 (midden)			
0-14 jaar	-5,24		
15-64 jaar	-7,09		
65+ jaar	-3,86		

Tabel B5.6 Gewichten voor het criterium eenpersoonsadres (in euro's per verzekerde)

	Geneeskundige GGZ
Niet	-5,96
Wel	40,72

Bijlage 6 komt te luiden:

Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering

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 B6.1: 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	744,49	621,04	509,40	469,56
5-9 jaar	401,99	358,62	564,92	514,43
10-14 jaar	364,01	357,03	525,51	528,44
15-19 jaar	385,39	424,13	537,82	615,25
20-24 jaar	386,48	516,90	437,94	628,87
25-29 jaar	393,18	701,47	396,60	792,23
30-34 jaar	417,68	797,13	421,74	871,12
35-39 jaar	460,06	696,65	457,74	695,75
40-44 jaar	499,32	606,37	483,13	572,95
45-49 jaar	583,43	664,90	539,99	622,33
50-54 jaar	685,86	755,01	589,90	688,68
55-59 jaar	858,59	857,99	676,07	770,76
60-64 jaar	1015,16	945,94	722,86	826,68
65-69 jaar	1317,09	1102,41	874,45	921,63
70-74 jaar	1624,80	1333,19	975,58	1030,33
75-79 jaar	1911,86	1547,01	1108,95	1168,83
80-84 jaar	1995,64	1613,84	1262,50	1314,95
85-89 jaar	1981,56	1602,60	1442,10	1477,82
90+ jaar	1891,70	1351,18	1666,04	1676,44

Tabel B6.2: Gewichten voor het criterium FKG's (in euro's per verzekerde)

FKG's	Variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Overige prestaties
0	Geen FKG	-106,90
1	Glaucoom	110,52
2	Schildklieraandoeningen	242,94
3	Psychische aandoeningen	69,26
4	Hoog cholesterol	198,88
5	Diabetes IIb (laag intensief)	275,50
6	Cara	527,07
7	Diabetes IIa (hoog intensief)	490,47
8	Epilepsie	468,80
9	Ziekte van Crohn / colitus ulcerosa	450,41
10	Hartaandoeningen	1040,44
11	Reuma	1041,90

FKG's	Variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Overige prestaties	
12	Parkinson	805,86	2719,47
13	Diabetes I	862,96	2191,68
14	Transplantaties	907,24	2814,60
15	Cystic fibrosis / pancreas aandoeningen	921,24	4025,89
16	Aandoeningen van hersenen en ruggenmerg	846,16	8529,88
17	Kanker	2916,16	4429,19
18	HIV / AIDS	978,51	11094,23
19	Nieraandoeningen	3840,84	3409,58
20	Groeihormonen	556,47	15016,16

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

DKG's	Variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Overige prestaties
0	-53,33	-21,92
1	1223,41	385,16
2	1494,36	590,94
3	1762,66	726,72
4	1823,02	1118,00
5	2394,75	783,35
6	2872,11	883,78
7	3372,25	1683,90
8	3902,67	2063,79
9	3757,18	2446,49
10	4828,94	2921,85
11	5769,38	3266,02
12	6006,59	3337,13
13	16734,78	513,41

Tabel B6.4: 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	372,19	466,46
35-44 jaar	409,53	492,17
45-54 jaar	448,71	491,79
55-64 jaar	375,41	343,02
Bijstandsgerechtigden		
15-34 jaar	145,20	23,86
35-44 jaar	139,47	117,21
45-54 jaar	203,06	171,72
55-64 jaar	125,55	79,78
WW, ANW (AWW) en overige uitkeringsgerechtigden		
15-34 jaar	66,18	27,06
35-44 jaar	-14,31	-1,12
45-54 jaar	-70,74	-29,46
55-64 jaar	-118,83	-69,98
Zelfstandigen		
15-34 jaar	-22,82	-26,37
35-44 jaar	-59,54	-65,58
45-54 jaar	-112,01	-105,96
55-64 jaar	-153,31	-141,87
Referentiegroep		
0-14 jaar	0,00	0,00

	Variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Overige prestaties
15-34 jaar	-15,24	-14,35
35-44 jaar	-27,11	-31,69
45-54 jaar	-50,40	-57,07
55-64 jaar	-79,61	-74,92
65+ jaar	0,00	0,00

Tabel B6.5: Gewichten voor het criterium regio (in euro's per verzekerde)

Regio	Variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Overige prestaties
1	54,51	4,71
2	38,19	2,02
3	21,23	7,06
4	12,85	3,84
5	0,93	5,41
6	-8,61	0,23
7	-14,43	-0,14
8	-27,20	-1,90
9	-37,51	-8,72
10	-72,29	-24,50

Tabel B6.6 Gewichten voor het criterium sociaaleconomische status (in euro's per verzekerde)

	Variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Overige prestaties
SES > 15 bewoners		
0-14 jaar	-4,58	-55,04
15-64 jaar	-4,58	-55,04
65+ jaar	20,50	519,58
SES 1 (laag)		
0-14 jaar	1,91	10,00
15-64 jaar	34,09	19,67
65+ jaar	292,07	123,68
SES 2 (midden)		
0-14 jaar	-4,55	-7,61
15-64 jaar	11,51	18,96
65+ jaar	-48,74	-34,21
SES 3 (hoog)		
0-14 jaar	6,26	-24,02
15-64 jaar	-37,02	-33,58
65+ jaar	-120,47	-95,46

Bijlage 7 komt te luiden: De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de berekening van de specifiek voor de zorgverzekeraar geraamde no-claimteruggave.

Bijlage 7 van de Regeling zorgverzekering

Bijlage horende bij artikel 3. 16, tweede lid, van de Regeling zorgverzekering

Tabel B7.1 Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)

	Mannen	Vrouwen
18-19 jaar	146,27	103,58
20-24 jaar	156,49	112,96
25-29 jaar	152,95	102,59
30-34 jaar	143,87	93,22
35-39 jaar	131,47	96,57

	Mannen	Vrouwen
40-44 jaar	121,97	96,87
45-49 jaar	108,81	84,58
50-54 jaar	94,51	72,58
55-59 jaar	75,52	59,80
60-64 jaar	62,93	50,92
65-69 jaar	43,99	38,95
70-74 jaar	29,18	28,01
75-79 jaar	19,07	20,25
80-84 jaar	16,81	18,60
85-89 jaar	17,61	20,58
90+ jaar	19,39	25,50

Tabel B7.2: Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde)

Arbeidsongeschikten	
18-34 jaar	-61,20
35-44 jaar	-61,23
45-54 jaar	-50,98
55-64 jaar	-32,20
Bijstandsgerechtigden	
18-34 jaar	-13,62
35-44 jaar	-6,51
45-54 jaar	0,65
55-64 jaar	5,70
WW, ANW (AWW) en overige uitkeringsgerechtigden	
18-34 jaar	-20,03
35-44 jaar	-28,10
45-54 jaar	-24,58
55-64 jaar	-8,04
Zelfstandigen	
18-34 jaar	13,24
35-44 jaar	20,08
45-54 jaar	25,82
55-64 jaar	26,52
Referentiegroep	
0-17 jaar	0,00
18-34 jaar	2,67
35-44 jaar	4,03
45-54 jaar	5,33
55-64 jaar	6,41
65+ jaar	0,00

Tabel B7.3: Gewichten voor het criterium regio (in euro's per verzekerde)

Regio	
1	-6,38
2	-4,09
3	-2,72
4	-1,63
5	-0,34
6	0,43
7	1,90
8	2,68
9	3,25
10	5,63

Artikel III

Hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering, zoals dat luidde voor de inwerkingtreding van artikel II, onderdelen A en B, blijft van toepassing voor de vaststelling van de voor zorgverzekeraars geldende vereveningsbijdragen in 2007

Artikel IV

Met ingang van de dag waarbij het bij koninklijke boodschap van 3 juli 2007 ingediende voorstel van wet tot wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag houdende vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico, Kamerstukken 31 094, in werking treedt, komen de artikelen 3.16, 3.16a en bijlage 7 van de Regeling zorgverzekering als volgt te luiden:

A

Artikel 3.16

1. Op grond van artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering wordt de bijdrage, bedoeld in de artikelen 3.7 en 3.13 van dat Besluit, verlaagd met de specifiek voor de zorgverzekeraar geraamde financieringsverschuiving als gevolg van de betaling van het verplicht eigen risico.

Tabel B7.1 Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)

	Mannen	Vrouwen
18-19 jaar	56,39	81,46
20-24 jaar	61,97	110,51

2. Geen verlaging, bedoeld in het eerste lid, vindt plaats voor verzekerden jonger dan achttien jaar.

3. Voor de bepaling van de verlaging, bedoeld in het eerste lid, gaat het College zorgverzekeringen voor verzekerden van achttien jaar of ouder die voldoen aan het criterium 'Geen FKG', uit van verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, aard van het inkomen, en regio en de in bijlage 7 genoemde gewichten. Hierbij wordt de in de bijlage 7 aangegeven klasse-indeling van de criteria aangehouden.

4. De verlaging, bedoeld in het eerste lid, bedraagt voor verzekerden van achttien jaar of ouder die niet voldoen aan het criterium 'Geen FKG', € 150 per verzekerde.

B

Artikel 3.16a

De bijdrage, bedoeld in artikel 3.18 van het Besluit zorgverzekering, is gelijk aan een twaalfde van de nominale rekenpremie voor iedere premie die per maand vanaf het moment waarop het recht op de bijdrage is ontstaan, niet volledig is betaald, verminderd met het bedrag dat de zorgverzekeraar tot en met het kalenderjaar, volgende op het jaar waarvoor de bijdrage wordt betaald, alsnog in verband met de desbetreffende verzekering heeft ontvangen.

C

Bijlage 7 komt te luiden:

Bijlage 7 van de Regeling zorgverzekering

Bijlage horende bij artikel 3.16, tweede lid, van de Regeling zorgverzekering

De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de berekening van de specifiek voor de zorgverzekeraar geraamde eigen risico opbrengst.

	Mannen	Vrouwen
25-29 jaar	63,10	115,99
30-34 jaar	67,57	112,25
35-39 jaar	72,93	108,61
40-44 jaar	77,67	102,82
45-49 jaar	83,61	106,93
50-54 jaar	89,81	106,80
55-59 jaar	98,19	112,55
60-64 jaar	105,04	116,86
65-69 jaar	114,97	123,47
70-74 jaar	125,34	131,30
75-79 jaar	132,48	136,37
80-84 jaar	136,75	138,14
85-89 jaar	138,46	137,07
90+ jaar	137,45	131,96

Tabel B7.2: Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde)

Arbeidsongeschikten	
18-34 jaar	26,57
35-44 jaar	27,98
45-54 jaar	24,91
55-64 jaar	16,97
Bijstandsgerechtigden	
18-34 jaar	13,55
35-44 jaar	16,64
45-54 jaar	13,69
55-64 jaar	3,02
WW, ANW (AWW) en overige uitkeringsgerechtigden	
18-34 jaar	7,45
35-44 jaar	3,20
45-54 jaar	-1,13
55-64 jaar	-3,34
Zelfstandigen	
18-34 jaar	-4,32
35-44 jaar	-7,40
45-54 jaar	-9,88
55-64 jaar	-9,90
Referentiegroep	
18-34 jaar	-1,13
35-44 jaar	-1,35
45-54 jaar	-1,59
55-64 jaar	-2,06
65+ jaar	0,00

Tabel B7.3: Gewichten voor het criterium regio (in euro's per verzekerde)

Regio	
1	2,51
2	1,54
3	1,15
4	0,20
5	-0,06
6	-0,66
7	-1,24
8	-1,60

Regio

9	-1,22
10	-1,23

Toelichting

Met deze regeling wordt hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering met betrekking tot de vereveningsbijdragen 2007 vervangen door een nieuw hoofdstuk 3 met betrekking tot de vereveningsbijdragen 2008 (artikel II). Jaarlijks legt de minister de voor alle zorgverzekeraars beschikbare middelen voor de kosten van prestaties op grond van de Zorgverzekeringswet (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 bevordering van de transparantie van de regelgeving. De regels inzake de vereveningsbijdragen aan zorgverzekeraars, zijn opgenomen in hoofdstuk 3 van deze regeling. 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 in artikel II van onderhavige regeling de paragrafen in het huidige hoofdstuk 3 die betrekking hebben op de vaststelling van de vereveningsbijdragen voor het jaar 2007 integraal vervangen door nieuwe paragrafen met betrekking tot het jaar 2008. In de artikelsgewijze toelichting wordt op de wijziging van de diverse artikelen nader ingegaan.

Eén artikel is in zijn geheel komen te vervallen, namelijk artikel 3.18 van de regeling. Hierop wordt onder de artikelsgewijze toelichting bij artikel 3.17 van onderhavige regeling nader ingegaan.

In artikel I worden enkele wijzigingen doorgevoerd in de Regeling zorgverzekering zoals de regeling luidt voor het jaar 2007. In de artikelsgewijze toelichting wordt hier nader op ingegaan.

Artikel IV van deze regeling bevat de aanpassingen van de artikelen 3.16, 3.16a en bijlage 7 aan de invoering van het verplicht eigen risico. Het ingediende voorstel van wet tot wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag houdende vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico (31 094) moet nog in de Kamer behandeld worden. De inwerkingtreding van dit wetsvoorstel is voorzien op 1 januari 2008. Zodra dit wetsvoorstel in werking treedt komen genoemde artikelen te luiden als onder artikel IV van deze regeling vermeld.

In artikel V van onderhavige regeling is expliciet bepaald dat de regels van het huidige hoofdstuk 3, zoals deze bepalen luidden voor inwerkingtreding van deze wijzigingsregeling voor het jaar 2007, nog gewoon van toepassing zijn. Dit met toepassing van de wijzigingen genoemd in artikel I van deze regeling.

Artikelsgewijs

Artikel I

In artikel I, onderdeel A, wordt ingegaan op de kosten van ziekenhuizen die voldoen aan de voorwaarden zoals gesteld in de beleidsregel van de zorgautoriteit 'Geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie'. Deze kosten kunnen ziekenhuizen declareren bij de zorgverzekeraars en worden voor de risicoverevening voor 75% als variabel, en voor 25% als vast aangemerkt. Deze beleidsregel is op 31 juli 2007 vervallen. Per 1 augustus 2007 is de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten' van de zorgautoriteit in werking getreden. Hiervoor geldt ook de verdeelsleutel 75% variabel en 25% vast.

Onderdeel A

In dit artikel wordt ingegaan op de kosten van ziekenhuizen die voldoen aan de voorwaarden zoals gesteld in de beleidsregel van de zorgautoriteit 'Geïntegreerde eerstelijnszorg en innovatie'. Deze kosten kunnen ziekenhuizen declareren bij de zorgverzekeraars en worden voor de risicoverevening voor 75% als variabel, en voor 25% als vast aangemerkt. Deze beleidsregel eindigt op 31 juli

2007. Per 1 augustus 2007 is de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten' van de zorgautoriteit in werking getreden.

Onderdeel B

Deze wijziging betreft een redactionele aanpassing van een eerdere wijziging.

Artikel II

Met dit artikel wordt een aantal wijzigingen doorgevoerd in de Regeling zorgverzekering zoals die luidde voor het jaar 2007. Zo geeft dit onderdeel van de wijzigingsregeling weer welke middelen beschikbaar zijn voor het jaar 2008 en hoe deze middelen 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 gemoedsbezwaarden en bepaalde groepen verzekerden die in het buitenland verkeren, vallen buiten deze regeling.

De omvang van de beschikbare middelen is afgeleid uit het macro-prestatiebedrag. Derhalve wordt in onderhavig onderdeel van de wijzigingsregeling zowel het bedrag van de beschikbare middelen 2008, als het macro-prestatiebedrag 2008 vastgesteld. Het macro-prestatiebedrag wordt in 2008 verdeeld in vier macro-deelbedragen:

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

Met ingang van 1 januari 2008 wordt de geneeskundige GGZ overgeheveld naar de Zvw. Ter financiering van de kosten van deze zorg wordt een macro-deelbedrag geneeskundige GGZ aan het verenigingssysteem toegevoegd.

De verdeling van de vier 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. Bij de herberekeningen van de bijdragen aan zorgverzekeraars in 2008 worden ex post compensatiemechanismen toegepast. Verder wordt ingegaan op de aanvullingen op de bijdrage aan zorgverzekeraars, genoemd in paragraaf 1.5 van hoofdstuk 3 in het Besluit zorgverzekering.

Er zijn vier belangrijke wijzigingen ten opzichte van 2007:

1. In het vereveningsmodel 2008 wordt een nieuw vereveningscriterium voor sociaal-economische status geïntroduceerd.

2. Vanwege de overheveling van de geneeskundige GGZ naar de Zvw is er een vereveningsmodel voor deze aparte deelprestatie ontwikkeld. Het vereveningsmodel gaat uit van het aantal verzekerden naar leeftijd en geslacht, aard van het inkomen, sociaaleconomische status, eenpersoonsadres, GGZ-regio en de FKG psychische aandoeningen.

3. Het verplicht eigen risico wordt genormeerd op basis van de criteria leeftijd en geslacht, aard van het inkomen en regio.

4. Er is een eerste stap gezet in de afbouw van de inzet van ex-post compensatiemechanismen. Voor de kosten van overige prestaties geldt alleen HKV. Voor de variabele kosten van ziekenhuisverpleging geldt HKV en nacalculatie. De HKV drempel is verhoogd van € 12 500 naar € 20 000, generieke verevening komt te vervallen en het nacalculatie-percentages is vastgesteld op 50 procent. Voor de variabele kosten van ziekenhuisverpleging geldt een bandbreedteregeling. De bandbreedte is vastgesteld op € 40. De vaste kosten van ziekenhuisverpleging en de kosten van geneeskundige GGZ worden voor 100 procent nagecalculeerd.

Onderstaand wordt per onderdeel nader op de wijzigingen ingegaan.

Onderdeel A

De nieuwe titel van hoofdstuk 3 maakt duidelijk dat dit onderdeel van de wijzigingsregeling betrekking heeft op de vereveningsbijdragen voor het jaar 2008.

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 2008 ten laste van het Zorgverzekeringsfonds beschikbaar zijn. Het College zorgverzekeringen (CVZ) verdeelt deze middelen over zorgverzekeraars op basis van de in het Besluit zorgverzekering uiteengezette systematiek, met inachtneming van voorliggende regeling.

Daarnaast zijn middelen ten laste van het Zorgverzekeringsfonds beschikbaar voor aanvullende bijdragen aan zorgverzekeraars. 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) 2008.

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 2008.

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 de nominale premie. Voorts vindt er, indien het wetsvoorstel tot wijziging van de Zvw en de Wet op de zorgtoeslag houdende vervanging van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico (Kamerstukken II 2006/07, 31 094, nrs. 1-3 e.v.) met ingang van 1 januari 2008 in werking treedt, een financieringsverschuiving van een deel van de kosten van prestaties plaats van zorgverzekeraars naar verzekerden, als gevolg van de invoering van het verplicht eigen risico. In artikel IV van deze regeling is dit geregeld (artikel 3.16).

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 vereveningscriteria, kunnen daardoor uitsluitend aan de hand van het macro-prestatiebedrag worden vastgesteld en zijn dus volledig onafhankelijk van de nominale rekenpremie, die voor 2008 is bepaald op (afgerond) € 1 162 (hierin is rekening gehouden met de no-claim teruggave van € 255). Zodra het wetsvoorstel tot wijziging van de Zorgverzekeringswet en de Wet op de zorgtoeslag houdende vervanging van de no-claim teruggave door een verplicht eigen risico (31 094) in werking treedt, bedraagt de nominale rekenpremie voor 2008 (afgerond) € 970. Bij de vaststelling van dit bedrag is rekening gehouden met het feit dat verzekeraars naast hun nominale premie, ook nog inkomsten krijgen via hun verzekerden als gevolg van het verplichte eigen risico van € 150.

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 tweede lid, onderdeel a, kunnen uit het macro-prestatiebedrag worden afgeleid door daarop de geraamde opbrengsten van de nominale rekenpremie en de geraamde financieringsverschuiving als gevolg van het verplicht eigen risico in mindering te brengen.

Het macro-prestatiebedrag wordt in 2008 onderverdeeld in vier onderscheiden macro-deelbedragen. Bij de onderverdeling van het macro-prestatiebedrag in deelbedragen is in principe aangeslo-

ten bij de sectorindeling in de Rijksbegroting 2008, 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. Het belangrijkste aangrijpingspunt hiervoor is een classificatie van componenten in de budgetsystematiek van algemene, academische en categorale ziekenhuizen. Alle budgetcomponenten die de zorgautoriteit hanteert bij de bepaling van de hoogte van de instellingsbudgetten zijn aangemerkt als, hetzij vaste, hetzij variabele componenten. Deze classificatie wordt aan het CVZ ter hand gesteld. Op verzoek van het CVZ splitst het de zorgautoriteit 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 de zorgautoriteit 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.

Ten slotte 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 € 359,1 miljoen. 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 gehanteerde macro-deelbedragen op basis van sleutels per buitenlandse kostencategorie.

In het verlengde van 2007 worden de kosten van opleidingen in 2008 ook via de begroting gefinancierd. Deze kosten

zijn daardoor niet relevant voor zorgverzekeraars en dit heeft een drukkend effect op het macro-prestatiebedrag. Dit werkt specifiek door in de hoogte van het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

Met ingang van 1 januari 2008 wordt de geneeskundige GGZ overgeheveld naar de Zvw. Ter financiering van de kosten van deze zorg is een macro-deelbedrag geneeskundige GGZ aan het vereveningssysteem toegevoegd.

Artikel 3.3

De gewichten van de verdeelcriteria die het CVZ 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 vereveningscriteria.

Het CVZ bepaalt het normatieve bedrag per zorgverzekeraar voor variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische zorg en de kosten van overige prestaties aan de hand van een raming van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen van verzekerden en 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, sociaaleconomische status en regio. Het criterium sociaaleconomische status is een nieuw vereveningscriterium dat met deze regeling eenmalig (voor het jaar 2008) is toegevoegd aan de bestaande criteria zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering. Artikel 32, vierde lid, onderdeel b van de Zvw biedt de mogelijkheid om eenmalig bij ministeriële regeling vereveningscriteria toe te voegen. Van deze mogelijkheid wordt hier gebruik gemaakt. De definities van de nieuw toegevoegde vereveningscriteria zullen bij de eerstvolgende wijziging van het Besluit zorgverzekering in het besluit worden opgenomen. Aanpassing van het Besluit zorgverzekering was niet meer haalbaar met ingang van 1 januari 2008.

Het CVZ bepaalt het normatieve bedrag per zorgverzekeraar voor de kosten van geneeskundige GGZ aan de hand van een raming van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen van verzekerden en de normbedragen naar leeftijd en geslacht en de optelling van de toe- en afslagen op grond van de FKG psychische aandoeningen, aard van het inkomen, sociaaleconomische status, eenpersoonsadres en GGZ-regio. De criteria FKG psychische aandoeningen, aard van het inkomen, sociaaleconomische status en eenpersoonsadres zijn additionele criteria ten opzichte van

de criteria zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering. In onderhavige regeling zijn ook deze criteria – evenals het hierboven genoemde criterium sociaaleconomische status – eenmalig toegevoegd. Ook hiervoor zal het Besluit zorgverzekering met ingang van 1 januari 2009 worden aangepast. Voor de invulling van het criterium regio, zoals genoemd in het Besluit, is gekozen voor een specifiek regio-criterium voor de geneeskundige GGZ, genoemd GGZ-regio. In dit criterium wordt rekening gehouden met verschillen in GGZ-zorgaanbod, sociaaleconomische omstandigheden en resterende geestelijke gezondheidsverschillen.

De ex ante normgewichten worden dusdanig vastgesteld dat alle beschikbare middelen per macro-deelbedrag via de kenmerken leeftijd en geslacht worden verdeeld, waarna vervolgens herstellingen plaatsvinden op basis van de andere vereveningscriteria (FKG's, DKG's, aard van het inkomen, sociaaleconomische status, regio, FKG psychische aandoeningen, aard van het inkomen, sociaaleconomische status, eenpersoonsadres en GGZ-regio).

In de toelichting bij het Besluit zorgverzekering is al in algemene zin ingegaan op de gehanteerde criteria: leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, aard van het inkomen en regio. In deze toelichting wordt ingegaan op de bestaande vereveningscriteria en enkele specifieke aandachtspunten bij de nadere invulling van de bestaande criteria in 2008 en vooral de nieuwe criteria die in 2008 éénmalig worden gehanteerd. Tot deze invulling van de criteria is besloten na bestuurlijk overleg met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) op 3 september 2007. Hierbij is notie genomen van de uitkomsten van in 2007 uitgevoerde statistisch onderzoeken, en het eenstemmige advies dat de technische Werkgroep Onderzoek Risicoverevening (WOR) – met hierin vertegenwoordigers van VWS, CVZ, ZN, zorgverzekeraars 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 2008 wordt gewerkt met in totaal 20 FKG's, waarbij verzekerden in principe in meerdere FKG's kunnen worden ingedeeld. Hiernaast is sprake van een referentiegroep van verzekerden die in geen enkele FKG zijn ingedeeld. Voor het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ wordt alleen gebruik gemaakt van de FKG psychische aandoeningen.

• Wat betreft DKG's is er in 2008 sprake van 13 clusters van aandoeningen-groepen. 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 eenduidige relatie met specifieke chronische aandoeningen. De prevalentie van DKG's wordt vastgesteld op basis van diagnose-informatie uit de diagnosebehandelingcombinaties (dbc's). Voorheen werd 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 administraties van de zorgverzekeraars. Doordat er geen één op één relatie bestaat tussen de dbc-registratie en de LMR kunnen er zich prevalentie-verschillen van 2007 op 2008 voordoen die niet samenhangen met gezondheidsverschillen tussen beide jaren, maar met registratieverschillen.

• 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. 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 CVZ zal worden aangegeven hoe om te gaan met samenvoeging van verschillende categorieën aard van het inkomen (bijvoorbeeld een verzekerde die zowel een WW-uitkering als een WAO-uitkering heeft, of een verzekerde die zowel in loondienst is, als een zelfstandig inkomen geniet). Het criterium aard van het inkomen is hetzelfde als in 2007. Dit criterium verklaart niet voldoende het verschil in resultaat tussen (ex)ziekenfondsverzekerden en overige verzekerden.

• Met ingang van 1 januari 2008 wordt een nieuw vereveningscriterium toegevoegd, namelijk 'sociaaleconomische status'. Uit literatuurstudie blijkt dat er een duidelijke relatie is tussen gezondheid en sociaaleconomische status. Tevens blijkt uit onderzoek dat een vereveningscriterium voor sociaaleconomische status – met de overige criteria onverklaarbare – verschillen in kosten als gevolg van sociaaleconomische verschillen tussen voormalige ziekenfonds- en particuliere verzekerden overbrugt. Het criterium sociaaleconomische status

gaat uit van het gemiddelde inkomen per adres. Het inkomen 2008 wordt opgedeeld in tien decielen, die worden samengevoegd tot drie clusters, en een vierde cluster voor adressen met meer dan 15 bewoners. Deze clusters worden in interactie met drie leeftijdsklassen genomen (0–14 jaar, 15–64 jaar en 65+ jaar). Hierdoor ontstaan 12 subgroepen.

• Ook nieuw met ingang van 1 januari 2008 is het criterium 'eenpersoonsadres'. Het criterium eenpersoonsadres wordt alleen gebruikt in het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ. Dit criterium komt tegemoet aan de constatering dat alleenstaanden relatief vaker gebruik maken van de geneeskundige GGZ dan personen die deel uit maken van een huishouden bestaande uit twee of meer personen. Het vereveningscriterium eenpersoonsadres is van toepassing op personen die als enige op een adres staan ingeschreven.

• Het criterium regio beoogt verschillen met betrekking tot zorgaanbod, sociaaleconomische omstandigheden en resterende gezondheidsverschillen te meten, door viercijferige postcodes te clusteren op basis van een verklaringsmodel dat de verschillen verklaart, tussen het gemiddelde normatieve bedrag per verzekerde en de werkelijke gemiddelde kosten per verzekerde. Het verklaringsmodel 2008 houdt rekening met de opname van criterium sociaaleconomische status (door het weglaten van inkomensgerelateerde parameters) en in het verklaringsmodel wordt de mortaliteitsparameter gebaseerd op de gehele Nederlandse bevolking, waar voorheen deze parameter was gebaseerd op de ziekenfondspopulatie.

In het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ wordt de regio-clustering specifiek voor dit deelbedrag bepaald. Om het onderscheid aan te duiden gaat de Regeling uit van een andere naamgeving, namelijk GGZ-regio.

De gewichten van de criteria zijn geschat op basis van individuele kostencijfers van voormalig ziekenfondsverzekerden en van privaatrechtelijke en publiekrechtelijke particulier verzekerden uit 2005. 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 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 verzekeraar, 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 gaat het Besluit zorgverzekering uit van een splitsing 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 2008 zijn er geen kosten meer die via een vast bedrag door zorgverzekeraars worden gefinancierd. In 2007 werd de zogenoemde academische component op deze wijze gefinancierd. Vanaf 2008 loopt de financiering van academische component buiten zorgverzekeraars om. De academische ziekenhuizen krijgen deze kosten via een subsidie gefinancierd. In 2008 worden deze kosten op € 632 miljoen geraamd. Het bedrag, bedoeld in artikel 3.4, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering wordt, gezien het voorgaande, voor het jaar 2008 op € 0 gesteld. Bij gelegenheid zal artikel 3.4 van eerdergenoemd besluit op de nieuwe situatie worden aangepast.

De vaste kosten van ziekenhuisverpleging worden vanaf 2008 daarom genormeerd, zoals de overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging, op basis van historische vaste kosten van ziekenhuisverpleging. Het CVZ werkt deze berekening nader uit in zijn beleidsregels.

Bij de ex post vaststelling van het macro deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging zal worden uitgegaan van de vaste kosten in 2008, waarop vervolgens 100 procent 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. Deze wordt gebaseerd op de inschrijfduur per zorgverzekeraar. Dit sluit aan bij de in artikel 961 van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek opgenomen regel, dat ingeval een verzekerde voor een zelfde schade bij meerdere zorgverzekeraars is ingeschreven, de

schadeverzekeraars (uiteindelijk) ieder een evenredig deel van de schade dienen te dragen.

Nieuw toegevoegd aan dit artikel is de zinsnede 'rekening houdend met de inschrijfduur per zorgverzekeraar'. Deze zinsnede is opgenomen, omdat CVZ de periode kan vaststellen waarover de verzekering heeft gegolden.

Overigens weet het CVZ 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 CVZ 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 CVZ 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 HKV (geregeld in artikel 3.13 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 3.13 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 verzekerdenacalculatie: het CVZ 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 2008. Op het moment dat deze afwijken van de gestelde macro-prestatiebedragen worden alle gewichten van de criteria opnieuw ingeschaald. Hierbij is de inschalingsfactor 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 CVZ voor de criteria uitgaat van realisatiecijfers uit het jaar 2008 wat betreft de criteria leeftijd en geslacht, aard van het inkomen, sociaaleconomische status, eenpersoonsadres, regio en GGZ-regio. Voor de criteria FKG's en DKG's wordt gekeken naar realisatiecijfers over 2007. Bij de (ex ante) toekenning van het normatieve bedrag zijn deze realisaties nog niet bekend, en gaat het CVZ uit van ramingen met betrekking tot aantallen verzekerden per zorgverzekeraar, onderverdeeld naar de verschillende criteria. 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.

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. kosten van geneeskundige GGZ;
4. kosten van 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 de gevallen waarin bekend is of het om kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp gaat (onderdeel 1°), kosten van geneeskundige zorg (onderdeel 2°), kosten waarvan niet bekend is of het om kosten als bedoeld in de onderdelen 1° en 2° gaat (onderdeel 3°) en gevallen waarin deze informatie niet bekend is (onderdeel 4°).

Als de aard van de prestatie bekend is (onderdelen 1° tot en met 3°, van het eerste lid), worden deze kosten toegevoegd aan de onderscheiden deelprestaties. Binnen de kosten van ziekenhuis-

verpleging en specialistische hulp wordt dezelfde sleutel gehanteerd als bij toestemmingsgevallen voor de splitsing in vaste en variabele kosten.

Kosten van geneeskundige zorg die gericht zijn op het herstel van een psychiatrische aandoening, en voor zover die zorg daarmee gepaard gaat kosten van verblijf (onderdeel 2°), worden voor 100% als kosten van geneeskundige GGZ aangemerkt.

Indien de aard van de prestatie niet bekend is (onderdeel 4°), worden de kosten via een sleutel gesplitst in 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 procent van de kosten als overige prestaties kan worden aangemerkt. De overige 75 procent wordt in dezelfde verhouding in vast en variabel gesplitst als wanneer wèl 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 en nacalculatie. Enige uitzondering hierbij zijn de kosten van verzekerde prestaties die verzekerden buiten Nederland vanaf 1 januari 2007 hebben gemaakt en die het CVZ op declaraties op kasbasis naar het werkelijke bedrag in 2008 vergoedt. Op grond van onderdeel d en e van artikel 3.13 wordt 30 procent van deze kosten, voor zover zij als variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp zijn aangemerkt, en 5 procent 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 CVZ 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 bin-

nen het macro-prestatiebedrag – worden toegewezen aan de verschillende binnen de risicoverevening gehanteerde deelbedragen. Hierbij wordt overigens afgezien van een toerekening naar het deelbedrag kosten van geneeskundige GGZ.

In het derde lid wordt ingegaan op de beleidsregel ‘Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten’ van de zorgautoriteit die vanaf 1 augustus 2007 van kracht is. Deze beleidsregel heeft ondermeer betrekking op kosten van voormalige initiatiefruimteprojecten, ketenzorg (bijvoorbeeld diabetes) en zorg geleverd door andere aanbieders (bijvoorbeeld huisartsenhulp door bedrijfsartsen). Indien bekend is dat het uitsluitend ziekenhuiszorg betreft en deze valt onder deze beleidsregel, worden de kosten voor 75% als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, en voor 25% als vaste kosten van ziekenhuisverpleging aangemerkt. Deze verdeling sluit aan bij de sleutel die gehanteerd worden door de ‘overige kosten van ziekenhuiszorg’.

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 een vrijwillig eigen risico. Achtergrond hiervan is dat tegenover een vrijwillig 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 beperkte 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 achtste 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 variabel.

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 CVZ 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 zorgautoriteit per instelling informatie aan over de splitsing van de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbc-tarieven in vaste en variabele elementen aan het CVZ (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 procent 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 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 declareren (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 2008 wordt zowel de kostencomponent als honorariumcomponent van deze overige trajecten en verrichtingen en van ondersteunende en overige producten voor 75 procent als variabele kosten aangemerkt. Dezelfde verhouding geldt voor alle tarieven van instellingen op het gebied van ziekenhuiszorg die nog niet per 1 januari 2008 dbc-gefinancierd zijn. Enige uitzondering hierop zijn gedeclareerde verpleegtarieven van instellingen die niet gefinancierd worden door dbc’s (zoals klinische revalidatiecentra), die voor 60 procent als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp worden aangemerkt, en voor 40 procent 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 rentehaftingstarieven niet meelopen bij de variabele kosten.

Tenslotte merkt het CVZ 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 (achtste lid). Enige uitzondering betreft de honorariumcomponent van overige trajecten en verrichtingen, en van ondersteunende en overige producten. Deze wordt slechts voor 75 procent als variabele kosten aangemerkt, omdat in de uitvoeringspraktijk het voor zorgverzekeraars 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 (negende lid) en vervolgens nacalculatie ter grootte van 50 procent (tiende lid) toegepast.

Ten slotte is nog sprake van aanvullende nacalculatie op grond van een bandbreedteregeling. Achtergrond hiervan is de onzekerheid die bestaat bij de normering van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp. Om de onzekerheid met betrekking tot dit deelbedrag te reduceren heeft de minister van VWS besloten om naast het geldende nacalculatiepercentage van 50%, extra nacalculatie toe te passen, wanneer het uiteindelijke resultaat (na toepassing van ex post compensatiemechanismen HKV en nacalculatie) buiten een bandbreedte van plus of minus € 20 per premieplichtige verzekerde valt. De insteek van premieplichtige verzekerden – i.e. verzekerden van 18 jaar of ouder – is gekozen, omdat eventuele winsten en verliezen moeten worden gedragen door de premieplichtigen. De omvang van de bandbreedte is dusdanig, 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 2007. Volgens het eerste lid van artikel 3.9 worden de kosten van onderhandelbare dbc's vanaf 2008 geheel als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialis-

che hulp aangemerkt. Daarom spelen ze bij de bepaling van de vaste kosten van ziekenhuisverpleging onderhandelbare dbc-tarieven geen rol meer.

Het tweede tot en met zevende lid gaan 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 procent minus het percentage van de kosten dat als variabele kosten wordt aangemerkt in de respectievelijke bijbehorende leden van artikel 3.9.

Het achtste lid geeft aan dat de rentehaftingstarieven 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 CVZ past op het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 100 procent nacalculatie toe (negende lid). 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

Het verschil tussen de werkelijk gemaakt kosten voor geneeskundige GGZ en de normatieve bijdrage geneeskundige GGZ wordt voor 2008 volledig nagecalculeerd. Bij de overheveling van de geneeskundige GGZ is afgesproken dat de zorgverzekeraars geen risico lopen op dit macro-deelbedrag.

Artikel 3.12

Ter bepaling van het herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties wordt alleen hogekostencompensatie toegepast. Net als over 2007 past het CVZ over 2008 geen generieke verevening toe, noch is sprake van nacalculatie op de resultaten.

Artikel 3.13

Met betrekking tot het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en het deelbedrag kosten van 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 procent van de kosten van individuele verzekerden, voorzover deze kosten het bedrag van € 20.000 op jaarbasis te boven gaan, ten laste van een pool kunnen brengen. Zorgverzekeraars dienen daartoe na afloop van het jaar 2008 de kostengegevens van alle verzekerden met kosten die boven het genoemde bedrag uitstijgen, aan te melden bij het CVZ. Het CVZ 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 CVZ 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 3.14

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 2008 is pas in het voorjaar 2010 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 2010 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 2008, is het CVZ 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 uitgegaan worden van de jaarstaat 2008, die per 1 juli 2009 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 3.15

Verzekerden jonger dan 18 jaar zijn geen nominale premie verschuldigd. Zorgverzekeraars hebben voor verzekerden jonger dan 18 jaar naast zorgkosten ook beheerskosten (administratie, zorginkoop), waarvoor ze uit het Zorgverzekeringsfonds compensatie ontvangen. De vergoeding uit het Zorgverzekeringsfonds is voor 2008 op € 50 per verzekerde jonger dan 18 jaar vastgesteld. Dit bedrag is bepaald op basis van historische gegevens over beheerskosten in het kader van de Ziekenfondswet (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 3.16

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, ongezonder populatie. Op het moment dat hiermee in de risicoverevening geen rekening zou worden gehouden, treedt verstoring van het gelijke speelveld op. Immers: in dat geval zouden zorgverzekeraars met een jonge, gezonde populatie een gemiddeld hogere nominale premie moeten vragen dan zorgverzekeraars met een oude, ongezonder populatie.

Deze overweging heeft geleid tot differentiatie 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 de plaats van de geraamde gemiddelde no-claimteruggave waarmee anders – in geval geen invulling was gegeven aan artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekerings – 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 3.16a

Voor de zorgverzekering van verzekerden van achttien jaar of ouder, is nominale premie verschuldigd. Wordt die premie niet betaald, dan kan de zorgverzekeraar de verzekering van de verzekerde beëindigen. Het feit dat dergelijke verzekeringsplichtigen dan onverzekerd zullen rondlopen of zich bij een andere zorgverzekeraar zullen verzekeren, alwaar naar verwachting wederom geen premie zal worden betaald (carrousel van wanbetalers), wordt onwenselijk geacht. Afgesproken is daarom, dat de zorgverzekeraars wanbetalers verzekerd houden, waartegenover zij, vanaf het moment dat de premie-achterstand een bedrag ter hoogte van zes maandpremies heeft bereikt, een compensatie ontvangen. De compensatie is gelijk aan een twaalfde van de nominale rekenpremie voor iedere maand dat de verzekerde, te rekenen vanaf het moment waarop hij eerderbedoelde achterstand heeft bereikt, niet heeft voldaan. De eventuele no-claimteruggave wordt hierbij betrokken omdat de verzekerde, door het niet betalen van de nominale premie, ook niet de no-claimteruggave premie heeft betaald. De eventuele no-claimteruggave waar de verzekerde bij betaling wel recht op had gehad wordt nu afgetrokken van de premieschuld.

Voorwaarde voor het kunnen verkrijgen van de bijdrage, is dat de verzekeraar voldoende inspanningen verricht om de verzekerde zijn premies alsnog te laten betalen (zie artikel 3.18 van het Besluit zorgverzekerings). Dat geldt niet alleen voor de eerste zes maandpremies – die in ieder geval voor rekening en risico van de zorgverzekeraar blijven – maar ook voor latere premies. Het feit dat de zorgverzekeraar, nadat de totale premie-achterstand een bedrag van zes maandpremies heeft overschreden, recht heeft op een compensatiebijdrage, wil immers niet zeggen dat de verzekerde vrijgesteld is van de plicht zijn premie te betalen.

Alle bedragen die de verzekeraar over het bijdragejaar nog weet te innen, worden op de compensatiebijdrage in dat jaar in mindering gebracht. Indien, derhalve, een bedrag ter hoogte van drie maanden nominale premie binnenkomt, worden deze bij de uiteindelijke vaststelling van het bijdragebedrag over t in mindering gebracht, ook al schrijft de zorgverzekeraar ze in de eigen boeken

deels aan de incassokosten en deels aan delging van de schuld over de eerste zes maanden premieachterstand (waarover geen recht op compensatie bestaat) toe. Dit zorgt ervoor dat de verzekeraar een groter belang bij volledige premie-inning houdt. Bovendien zou het niet in mindering brengen van de van de verzekerde nog binnenkomende gelden op de compensatie, wat betreft het recht op die compensatie, vaker tot 'knipperlichtsituaties' leiden. Een verzekerde die een bedrag ter hoogte van zes maandpremies plus de incassokosten (of meer) maar niet zijn gehele schuld jegens de zorgverzekeraar voldoet, zou indien dit bedrag niet op de compensatie in mindering zou worden gebracht, zijn zorgverzekeraar immers geen compensatie meer opleveren. De compensatie zou dan vervolgens weer in moeten gaan zodra de totale premieachterstand weer tot zes maandpremies zou zijn opgelopen.

Om te grote administratieve lasten voor de zorgverzekeraars te voorkomen worden, bedragen die na t+1 binnenkomen, voor de bijdrage over t buiten beschouwing gelaten. De definitieve afrekening over het jaar t vindt derhalve in augustus van het jaar t+2 plaats, op basis van het aantal maanden achterstand na de zesde maand, minus de tot en met 31 december van t+1 binnengekomen bedragen.

Artikel 3.17

In de beleidsregels van het CVZ is opgenomen hoe de uitbetaling van de vereveningsbijdrage aan de zorgverzekeraars geschied.

Artikel 3.17 dat regelde dat zowel de zorgverzekeraars als het UWV en de Belastingdienst verplicht waren om bepaalde persoonsgegevens die het CVZ nodig had voor de risicoverevening aan het CVZ te leveren, is komen te vervallen. Omdat het CVZ alleen nog gepseudonimiseerde gegevens van zorgverzekeraars, UWV en de Belastingdienst ontvangt, worden deze gegevens niet langer door het College bescherming persoonsgegevens (CBP) als persoonsgegevens beschouwd. Bij pseudonimisatie wordt voldaan aan de voorwaarden die het CBP daaraan stelt.

Artikel 3.18

Voorwaarde voor het ontvangen van de in artikel 3.16 geregelde compensatie voor het verzekerd houden van wanbetalers is, dat de zorgverzekeraar voldoende inspanningen verricht om de premie alsnog te innen. Met het oog daarop dient de zorgverzekeraar in het uitvoeringsverslag aan te geven of hij het Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet is nagekomen, en zo nee, welke onderdelen niet, waarom niet, en wat hij in plaats van die onderdelen aan incassowerkzaamheden heeft verricht. De zorgautoriteit zal de desbetreffende passages in het uitvoeringsver-

slag laten meewegen in zijn oordeel, of de zorgverzekeraar voldoende incasso-inspanningen heeft verricht.

Artikel II, onderdeel B

In de bijlagen 4 en 6 zijn de normgewichten – respectievelijk zonder en met correctie voor de toepassing van HKV – behorende bij de deelbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische zorg en de kosten van overige prestaties aangepast aan de situatie voor 2008.

In bijlage 7 zijn de normgewichten behorende bij het deelbedrag kosten van geneeskundige GGZ toegevoegd.

Artikel III

In dit onderdeel van onderhavige wijzigingsregeling is expliciet bepaald dat de regels van het huidige hoofdstuk 3 voor het jaar 2007 nog gewoon van toepassing zijn. Indien nodig kunnen deze regels ook gewijzigd worden. In artikel I is van deze mogelijkheid gebruik gemaakt.

Artikel IV

De regering kiest ter vervanging van de no-claimteruggave voor het invoeren van een verplicht eigen risico met ingang van 1 januari 2008. Hiervoor zal een bedrag van € 150 per jaar gelden. Het verplichte eigen risico geldt uitsluitend voor verzekerden van achttien jaar of ouder en heeft betrekking op alle – met uitzondering van enkelen, zoals ‘huisartsenhulp’ – aanspraken onder de Zorgverzekeringswet, inclusief de geneeskundige GGZ. De zorgverzekeraars worden volledig risicodragend wat betreft de opbrengst van het eigen risico.

Het vervangen van de no-claimteruggave door een verplicht eigen risico leidt tot aanpassing van de artikelen 3.16, 3.16 a en bijlage 7, genoemd in artikel II van onderhavige regeling.

Artikel 3.16

Zorgverzekeraars gaan van verzekerden – naast de nominale premie – betalingen vanwege het verplichte eigen risico ontvangen. In de bepaling van de vereveningsbijdrage zal met deze financieringsverschuiving rekening moeten worden gehouden. Uitgaande van de vaststelling van de vereveningsbijdrage 2008 zal het College zorgverzekeringen twee bedragen in mindering brengen op de normatieve kosten 2008 op basis van het vereveningsmodel: (1) de geraamde opbrengst van de rekenpremie, en (2) de geraamde eigen betalingen door het verplichte eigen risico.

De eenvoudigste optie (‘generieke methode’) is om bij de bepaling van de eigen betalingen van verzekerden uit te gaan van een gelijk bedrag aan schadelastvermindering bij zorgverzekeraars per premie-betalende verzekerde. Op deze werkwijze is aan te merken dat hierbij geen rekening wordt gehouden met de samenstelling van de verzekerdenportefeuille van de zorgverzekeraars. Dit werkt in het nadeel van zorgverzekeraars met een relatief gezonde verzekerdenpopulatie. Immers, deze zorgverzekeraars zullen relatief meer verzekerden hebben die geen schade/relatief weinig schade hebben die onder het verplicht eigen risico valt. Hieraan is tegemoet gekomen door bij de bepaling van de eigen betalingen van verzekerden uit te gaan van verschillende verzekerdenkenmerken, zoals nu ook voor de normering van de no-claimteruggave wordt gedaan.

Verzekerden jonger dan achttien jaar hebben geen verplicht eigen risico. Om die reden wordt de bijdrage voor zorgverzekeraars voor deze verzekerden niet verlaagd (tweede lid).

Voor de bepaling van de verlaging gaat het College zorgverzekeringen voor verzekerden van achttien jaar of ouder

die voldoen aan het criterium ‘Geen FKG’ uit van verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, aard van het inkomen, en regio en de in bijlage 7 genoemde gewichten. Hierbij wordt de in de bijlage 7 aangegeven klasse-indeling van de criteria aangehouden (derde lid).

Voor verzekerden, die niet voldoen aan het criterium ‘Geen FKG’ wordt uitgegaan van een eigen betaling van € 150, omdat blijkt dat vrijwel alle FKG’ers in ieder geval boven de kosten-drempel van € 150 uitkomen.

3.16a

Het afschaffen van de no-claimteruggave betekent voor zorgverzekeraars dat zij de eventuele no-claimteruggave waar de verzekerde bij het betalen van premie recht op had, niet meer kunnen aftrekken van de premieschuld.

In onderdeel C zijn de normgewichten voor de normering van het verplicht eigen risico opgenomen (bijlage 7).

Artikel V

Op grond van artikel 32, vierde lid, van de Zvw wordt voor 1 oktober van ieder jaar bepaald welk bedrag in totaal voor het daaropvolgende kalenderjaar aan de zorgverzekeraars wordt toegekend. Onderhavige regeling geeft hier uitvoering aan voor het kalenderjaar 2008 (van 1 januari 2008 tot en met 31 december 2008).

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