

Derde wijziging Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2006

Derde wijziging Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2006 (Regeling van 8 september 2005, Stcrt. 22 september 2005, 184/19; laatstelijk gewijzigd bij besluit van het College voor zorgverzekeringen van 12 oktober 2006, Stcrt. 27 oktober 2006, 210/18).

Het College voor zorgverzekeringen, Gelet op artikel 32, 33 en 34 van de Zorgverzekeringswet, Hoofdstuk 3 van het Besluit Zorgverzekering en Hoofdstuk 3 van de Regeling Zorgverzekering;

Heeft in zijn vergadering van 10 september 2007 besloten:

Artikel 1

De Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2006 wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 15 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het tweede lid komt te luiden:

2. Voor de herberekening, bedoeld in het eerste lid, bepaalt het college het aantal verzekerden per FKG 2006 per zorgverzekeraar als volgt:

a. Uitgangspunt is de opgave van alle declaraties farmaceutische hulp 2006 van de zorgverzekeraar aan het college.
b. Op basis van de opgave bedoeld onder a bepaalt het college het aantal verzekerden per morbiditeitsrisicoklasse per FKG 2006 dat in 2006 aan de in artikel 4, eerste lid, genoemde voorwaarden voldoet. Daarbij splitst het college de FKG 2006 0 in FKG onbekend en FKG 2006 0.

c. Het college bepaalt alle gewichten voor FKG 2006-onbekend op 0,00.

d. Het college stelt de prevalentieontwikkeling 2005–2006 per morbiditeitsrisicoklasse per FKG 2006 gelijk aan de prevalentieontwikkeling 2004–2005 per morbiditeitsrisicoklasse per FKG 2006, zoals vermeld in bijlage 1.

e. Het college schaaft met behulp van de onder d bepaalde prevalentieontwikkeling de aantallen verzekerden per morbiditeitsrisicoklasse per FKG 2006 terug naar de prevalentie 2005, sommeert deze over de morbiditeitsrisicoklassen en rondt deze som af op nul decimalen.

2. Het derde lid komt te luiden:

3. Voor de voorlopige herberekening, bedoeld in het eerste lid, bepaalt het college het aantal verzekerden per DKG 2006 per zorgverzekeraar als volgt:

a. Uitgangspunt is de opgave van de zorgverzekeraar per 1 juni 2007 van de

declaraties van alle DBC's die in 2005 geopend zijn. Op basis daarvan bepaalt het college het aantal verzekerden dat in 2005 aan de in artikel 4, derde lid, genoemde voorwaarden voldoet.

b. Het college bepaalt per zorgverzekeraar met behulp van een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer, op basis van de verzekerden per DKG 2005, de rechtstreeks aan een zorgverzekeraar in 2006 toe te wijzen verzekerden per DKG 2006. Bij ontbrekende of onvolledige aanlevering van DBC-gegevens door de zorgverzekeraar zal het college op basis van overige beschikbare gegevens de aantallen DKG's door middel van een raming aanvullen.

c. Het college bepaalt het aantal verzekerden in de categorie DKG 0 of DKG onbekend door per zorgverzekeraar het totaal aantal verzekerden te verminderen met het resultaat onder b. Voor verzekerden woonachtig in het buitenland bepaalt het college het gewicht DKG 2006 onbekend op 0,00. Voor de overige verzekerden bepaalt het college het gewicht van DKG 2006 onbekend op DKG 0.

B

Artikel 21 tweede lid, onder d, komt als volgt te luiden:

d. Het college stelt de prevalentieontwikkeling 2005–2006 per morbiditeitsrisicoklasse per FKG 2006 gelijk aan de prevalentieontwikkeling 2004–2005 per morbiditeitsrisicoklasse per FKG 2006, zoals vermeld in bijlage 1.

C

Na artikel 28 worden een nieuw artikel 28a en een nieuw artikel 28b ingevoegd die luiden als volgt:

Artikel 28a

1. Bij gelegenheid van de voorlopige vaststelling van de bijdrage, bedoeld in artikel 20, achtste lid, stelt het college het volgende vast:

a. De hoogte van het bedrag van de door de zorgverzekeraar ingevorderde boetes op grond van artikel 96 Zorgverzekeringswet;

b. Het vergoedingsbedrag waar de zorgverzekeraar voor de door hem zelf ingevorderde boetes op grond van artikel 96, zesde lid, Zorgverzekeringswet recht op heeft;

c. Het deel van het bedrag bedoeld onder a dat de zorgverzekeraar aan het Zorgverzekeringsfonds moet afdragen;

d. Het deel van het bedrag van de door het college zelf op grond van artikel 96 Zorgverzekeringswet ingevorderde boetes waar de zorgverzekeraar als vergoeding recht op heeft.

2. Het college verrekent de som van de onderdelen c en d uit het eerste lid zo mogelijk met de op grond van artikel 20, achtste lid, voorlopig vastgestelde bijdrage.

3. Indien verrekening, als bedoeld in het tweede lid, niet mogelijk blijkt, vordert het college het door de zorgverzekeraar af te dragen bedrag bij de zorgverzekeraar in, dan wel betaalt het college het door de zorgverzekeraar te ontvangen bedrag, aan de zorgverzekeraar na.

Artikel 28b

1. Bij gelegenheid van de voorlopige vaststelling van de bijdrage, bedoeld in artikel 20, achtste lid, stelt het college het bedrag aan compensatie vast volgens artikel 3.15a van de Regeling zorgverzekering, voor iedere verzekerde ten aanzien van wie niet aan de premieplicht, bedoeld in artikel 16 van de Zorgverzekeringswet, is of wordt voldaan. De zorgverzekeraar ontvangt de compensatie onder de voorwaarde dat is voldaan aan het bepaalde in artikel 3.18 van het Besluit zorgverzekering. Bij de voorlopige vaststelling baseert het college zich voor de vaststelling van de compensatie op de voorlopige opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2007 over het aantal wanbetalers in 2006.

2. Het college stelt de compensatie, bedoeld in het eerste lid, als volgt vast:

a. Het college stelt per zorgverzekeraar het totale bedrag aan openstaande premievorderingen vast.

b. Het college berekent het bedrag van de premievordering dat ten laste komt van de zorgverzekeraar zelf door het aantal wanbetalers te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie over 6 maanden.

c. Het college stelt de voorlopige compensatie vast door het bedrag onder b in mindering te brengen op het bedrag onder a.

3. De door de zorgverzekeraars te ontvangen compensatie, bedoeld in het tweede lid, onder c, verrekent het college zo mogelijk met de op grond van artikel 20, zesde lid, voorlopig vastgestelde bijdrage.

4. Bij gelegenheid van de definitieve vaststelling van de bijdrage, bedoeld in artikel 27, achtste lid, stelt het college het bedrag aan compensatie definitief vast overeenkomstig artikel 3.15a van

de Regeling zorgverzekering, voor iedere verzekerde ten aanzien van wie niet aan de premieplicht, bedoeld in artikel 16 van de Zorgverzekeringswet, is voldaan. De zorgverzekeraar ontvangt de compensatie onder de voorwaarden dat is voldaan aan het bepaalde in artikel 3.18 van het Besluit zorgverzekering. Bij de definitieve vaststelling baseert het college zich voor de vaststelling van de compensatie op de definitieve opgave over het aantal wanbetalers in 2006, zoals die door de zorgverzekeraar per 1 juni 2008 bij het college moet zijn ingediend.

5. Het college stelt opnieuw de compensatie bedoeld in het vierde lid als volgt vast:

a. Het college stelt per zorgverzekeraar het totale bedrag aan openstaande premievorderingen voor het bijdragejaar 2006 vast.

b. Het college berekent het bedrag van de premievordering dat ten laste komt van de zorgverzekeraar zelf door het aantal wanbetalers te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie over 6 maanden.

c. Het college stelt de definitieve compensatie vast door het bedrag onder b in mindering te brengen op het bedrag onder a.

6. Het college verrekent bij gelegenheid van de definitieve vaststelling van de bijdrage het verschil tussen het bedrag voor compensatie dat bij de voorlopige vaststelling ter compensatie is uitbetaald en het bedrag dat bij de definitieve vaststelling is vastgesteld.

D

In artikel 30, tweede lid, wordt de zinsnede: 'Op de eerste werkdag van de maand augustus 2007' vervangen door: 'Op de eerste werkdag van de maand november 2007.'

Artikel II

Deze regeling treedt in werking met ingang van de tweede dag na uitgifte van de Staatscourant, waarin zij wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 januari 2006.

Deze regeling zal met toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

M. van Brouwershaven, Plv. Voorzitter Raad van Bestuur.

Goedgekeurd door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij brief van 25 september 2007, nr. Z/F-2801881.

Toelichting

De achtergrond van de wijzigingen in artikel I, onder A is dat de beschikbaarheid van gegevens is gewijzigd. Het uitstel van de voorlopige afrekening 2006 (wijziging onder D) heeft te

maken met het meenemen van de opbrengstresultaten in deze afrekening. Omdat als gevolg van dat uitstel de voorlopige afrekening 2006 op een later tijdstip plaatsvindt is het mogelijk om, in plaats van van de farmaciegegevens 2005 uit te gaan, van de farmaciegegevens 2006 uit te gaan. De farmaciegegevens 2006 zijn ook de basis voor de definitieve afrekening 2006. Zorgverzekeraars zijn hierover in april 2007 geïnformeerd door het CVZ (briefnummer V&S/27020475).

Voor de bepaling van de DKG's gaat het CVZ in de definitieve afrekening uit van DBC declaraties 2006. Voor de voorlopige afrekening gaat het CVZ nu uit van DBC declaraties 2005, zoals die per 1 juni 2007 bij het CVZ zijn aangeleverd, omdat over 2006 nog onvoldoende gegevens beschikbaar zijn.

De eerste wijziging onder C betreft een technische wijziging in hoofdstuk VI. De Betalingen aan de zorgverzekeraars. Op grond van de Zorgverzekeringswet is degene die als gevolg van de AWBZ van rechtswege verzekerd is, verplicht om zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren. Indien een verzekeringsplichtige niet binnen vier maanden na het ontstaan van de verzekeringsplicht een zorgverzekering afsluit legt het college de verzekerde op grond van artikel 96, eerste lid van de Zorgverzekeringswet een bestuurlijke boete op. Artikel 96, vijfde lid, bepaalt dat de zorgverzekeraars de uitvoering en invordering van de boetes namens het college verrichten.

In het zesde lid van artikel 96 Zorgverzekeringswet is geregeld dat de zorgverzekeraars recht hebben op een vergoeding voor de werkzaamheden die zij verrichten in verband met het opleggen van de boetes. Het CVZ bepaalt in een aparte beleidsregel hoe hoog het percentage van de ingevorderde boetes is waarop de zorgverzekeraar recht heeft. Het zevende lid van artikel 96 Zorgverzekeringswet bepaalt dat de zorgverzekeraar de ingevorderde boetes onder aftrek van het vergoedingsbedrag aan het Zorgverzekeringsfonds moeten afdragen.

In verband met het vorenstaande heeft de zorgverzekeraar recht op een vergoeding die als volgt is samengesteld:

– Een deel van de door hem zelf ingevorderde boetes (artikel 28a, eerste lid, onder b). Momenteel is dat 100/130 van de boete. Dit bedrag hoeft de zorgverzekeraar niet af te dragen, hij heeft het zelf ingevorderd en kan het behouden.

– Een deel van de door de zorgverzekeraar zelf ingevorderde boetes moet de zorgverzekeraar aan het Zorgverzekeringsfonds afdragen (artikel 28a, eerste lid, onder c). Momenteel is dat 30/130.

– Een deel van de door het CVZ zelf ingevorderde boetes (artikel 28a, eerste lid, onder d). Momenteel is dat 100/130. Dit bedrag betaalt het CVZ aan de zorgverzekeraar na.

Op grond van het tweede lid van artikel 28a, wordt de som van onderdelen c en d uit het eerste lid, verrekend met de voorlopige bijdrage. Het kan zijn dat dit tot een vordering op de zorgverzekeraar leidt, als het bedrag dat hij moet afdragen van de door hem zelf ingevorderde boetes hoger is dan het vergoedingsbedrag dat hij ontvangt voor door het CVZ zelf ingevorderde boetes. Andersom kan het ook zijn dat hij recht heeft op een nabetaaling (het vergoedingsbedrag van door het CVZ ingevorderde boetes is hoger dan het bedrag dat de zorgverzekeraar van de ingevorderde boetes moet afdragen).

Deze wijze van uitvoering brengt met zich mee dat het college ingevorderde boetes en de vergoeding voor de invordering met de zorgverzekeraars moet verrekenen. Uit pragmatische overwegingen heeft het college ervoor gekozen deze verrekening plaats te laten vinden bij de voorlopige afrekening in het kader van de risicovereeniging.

De tweede wijziging onder C volgt uit de wijziging van het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering in verband met de compensatieregeling voor wanbetalers. Hiermee is geregeld dat zorgverzekeraars een 'compensatiepremie' krijgen voor iedere verzekerde van achttien jaar of ouder die de zorgverzekeraar onder de dekking van de zorgverzekering houdt. Een bedrag dat gelijk is aan de te betalen premie over de eerste zes maanden komt niet voor compensatie in aanmerking.

In artikel 3.18 van het Besluit zorgverzekering is opgenomen dat, om in aanmerking te komen voor de compensatie, de zorgverzekeraar aan een aantal voorwaarden moet voldoen die zijn neergelegd in het Incassoprotocol. De NZa voert de toets of de verzekeraar aan deze voorwaarden heeft voldaan uit.

Voor de uitbetaling van de compensatie sluit het CVZ aan bij de afrekenycclus in het kader van de risicovereeniging. Dat betekent dat er met de voorlopige afrekening en vaststelling van de bijdrage over een bijdragejaar een voorlopige uitbetaling van de compensatie plaats vindt en met de definitieve afrekening en vaststelling van de bijdrage een definitieve uitbetaling.

Om de compensatie te berekenen vraagt het CVZ in ieder geval de volgende gegevens uit bij de zorgverzekeraar: het totale bedrag aan openstaande premievorderingen en het aantal wanbetalers (dat aan de voorwaarden van het Incassoprotocol voldoet). Het voorlopige bedrag aan openstaande premievorderingen moet de zorgverzekeraar bij de definitieve opgave verminderen met de opbrengsten van incasso. Het gaat daarbij om zowel de opbrengsten in het jaar 2006 (het bijdragejaar) als de opbrengsten in het jaar 2007 (het kalenderjaar

daarna). De kosten van incasso mag de zorgverzekeraar niet verrekenen, deze komen ten laste van hem zelf.

In geval van wanbetaling keert de zorgverzekeraar de no-claim teruggave niet aan de verzekerde uit. De opbrengsten hiervan worden beschouwd als premie-inkomsten. Deze premie-

inkomsten moet de zorgverzekeraar in zijn opgave ook in mindering brengen op de openstaande premievordering.

Wanneer voor een verzekerde een schuldsaneringstraject geldt, waarin sprake is van gedeeltelijke aflossing van de premieschuld, telt deze verzekerde nog steeds als wanbetaler. De opbreng-

sten van de gedeeltelijke aflossing moet de zorgverzekeraar wel in mindering brengen op de openstaande premievordering.

*M. van Brouwershaven, Plv. Voorzitter
Raad van Bestuur.*