

Tweede wijziging Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007

8 september 2008

Het College voor zorgverzekeringen, Gelet op de artikelen 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 8 september 2008 besloten:

Artikel 1

De Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007¹ wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 16 komt als volgt te luiden:

Artikel 16. Algemene bepaling

1. Het persoonskenmerkenbestand 2007 bestaat uit de gepseudonimiseerde opgaven van de zorgverzekeraars van de verzekerdenaantallen op 1 juni 2007 naar geslacht, geboortedatum en viercijferige postcode.

2. Het college herberekent de verzekerdenaantallen naar risicoklasse en het normatieve bedrag voorlopig op basis de jaarstaat 2007 van de zorgverzekeraars. Voor de verzekerdenaantallen naar risicoklasse leeftijd en geslacht 2007, naar regioklasse 2007 en naar de verzekerdenaantallen van 18 jaar en ouder 2007, baseert het college zich op de gepseudonimiseerde opgaven van de zorgverzekeraars van de verzekerdenaantallen op 1 juni 2007 naar geslacht, geboortedatum en viercijferige postcode. Voor het persoonskenmerkenbestand is de peildatum van datum van nominale premieprolongatie voor de maand juni.

3. Voor de vaststelling van de verzekeringsduur per verzekerde per zorgverzekeraar baseert het college zich op het Referentiebestand verzekerden Zorgverzekeringswet (RBVZ) van SA-Zorg. Wanneer een verzekerde gedurende een bepaalde periode in 2007 bij meerdere zorgverzekeraars tegelijkertijd is ingeschreven, wordt die periode voor het vaststellen van de verzekeringsduur verdeeld naar rato van het aantal zorgverzekeraars waar de verzekerde gedurende die periode ingeschreven is geweest.

4. Voor de vaststelling van de aard van het inkomenklasse baseert het college zich op de gepseudonimiseerde opgave van het UWV of de Belastingdienst naar inkomensbron in het jaar 2007. Voor de opgave van het UWV of de Belasting-

dienst, bedoeld in de vorige volzin, hanteert het CVZ de peildatum 30 juni 2007.

5. Het college bepaalt voor elke verzekerde uit het persoonskenmerkenbestand 2007 in welke klasse een verzekerde valt voor de criteria leeftijd, geslacht, aard van het inkomen en regio. Het college bepaalt de leeftijd op basis van de geboortemaand en het geboortjaar op peildatum 30 juni 2007.

6. Vervolgens bepaalt het college per zorgverzekeraar het aantal verzekerden naar leeftijd en geslacht 2007.

7. Voor de voorlopige vaststelling van de bijdrage aan een zorgverzekeraar bepaalt het college het aantal verzekerden per FKG 2007 per zorgverzekeraar als volgt:

a. Uitgangspunt is de opgave van 1 juni 2008 van alle declaraties farmaceutische hulp 2007 van de zorgverzekeraar aan het college.

b. Op basis daarvan bepaalt het college het aantal verzekerden 2007 per FKG 2007 dat in 2007 voldoet aan het bepaalde in artikel 4. Daarbij splitst het college per zorgverzekeraar het aantal verzekerden zonder FKG 1t/m20 2007 in een verzekerdenaantal FKG 2007 onbekend en een verzekerdenaantal FKG 2007 0. Het verzekerdenaantal FKG onbekend bestaat uit verzekerden met een woonadres in het buitenland en waarvoor de zorgverzekeraar geen informatie heeft over farmaciedeclaraties.

c. Het college bepaalt de gewichten voor alle FKG 2007-onbekend op 0,00.

d. Het college bepaalt de landelijke prevalentieontwikkeling 2006-2007 per morbiditeitsrisicoklasse per FKG 2007 en stelt deze gelijk aan de prevalentieontwikkeling 2005-2006 uit bijlage 1 bij deze beleidsregels.

e. Het college schaalt met behulp van de onder d bepaalde prevalentieontwikkeling de aantallen verzekerden per morbiditeitsrisicoklasse per FKG 2007 terug naar de prevalentie 2006, sommeert deze over de morbiditeitsrisicoklassen en rondt deze som af op nul decimalen.

8. Voor de voorlopige vaststelling van de bijdrage aan een zorgverzekeraar bepaalt het college het aantal verzekerden per DKG 2007 per zorgverzekeraar als volgt:

a. Uitgangspunt is de opgave van de zorgverzekeraar per 1 juni 2008 van de declaraties van alle DBC's die in 2006 geopend zijn. Op basis daarvan bepaalt het college het aantal verzekerden per DKG volgens de indeling in artikel 4, vierde lid.

b. Het college bepaalt per zorgverzekeraar de rechtstreeks aan een zorgverzekeraar toe te wijzen verzekerden 2006 in 2007 per DKG 2007 met behulp van een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer, het persoonskenmerkenbestand 2007 en de opgave van de zorgverzekeraar genoemd onder a.

c. Het college splitst per zorgverzekeraar het aantal verzekerden zonder DKG 1t/m13 in een verzekerdenaantal DKG 2007 onbekend en een verzekerdenaantal DKG 2007 0. Het verzekerdenaantal DKG 2007 onbekend bestaat uit verzekerden met een woonadres in het buitenland en waarvoor de zorgverzekeraar geen DBC-informatie heeft.

d. Het college bepaalt het gewicht DKG 2007 onbekend op 0,00.

e. Tot slot worden per zorgverzekeraar de verzekerdenaantallen 2007 per DKG 2007 opgeteld.

9. Het college bepaalt met behulp van opgaven van de Belastingdienst en het UWV, het RBVZ over 2007 en de verzekerdenopgaven van de zorgverzekeraars de aantallen verzekerden per aard van het inkomenklasse 2007.

10. Het college bepaalt met behulp van het RBVZ en de opgave van de zorgverzekeraars over de verzekerden naar viercijferige postcode van het adres waar de verzekerde woonachtig is, de aantallen verzekerden naar regioklasse 2007.

B

Artikel 22 wordt als volgt gewijzigd:

1. Onder vernummering van het tweede en derde lid tot derde en vierde lid wordt een nieuw lid ingevoegd luidende:

2. Het college bepaalt de verzekerdenaantallen, zoals berekend in artikel 16, bij de definitieve vaststelling van de bijdrage 2007 op basis van het persoonskenmerkenbestand 2006, 2007 en 2008, aangevuld met het uitstroombestand 2007 en 2008. Het uitstroombestand is een aanvulling op het persoonskenmerkenbestand, waarin de zorgverzekeraar naar BSN opgeeft welke verzekerden in 2007 zijn uitgestroomd.

2. Artikel 22, derde lid komt als volgt te luiden:

3. Voor de herberekening, bedoeld in het eerste lid, bepaalt het college het aantal verzekerden per FKG 2007 per zorgverzekeraar overeenkomstig artikel 16, zevende lid.

C

Na artikel 29 worden een nieuw artikel 29a en een nieuw artikel 29b ingevoegd die luiden als volgt:

Artikel 29a

1. Bij gelegenheid van de voorlopige vaststelling van de bijdrage, bedoeld in artikel 21, zesde 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 tot en met d uit het eerste lid zo mogelijk met de op grond van artikel 21, zesde 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 29b

1. Bij gelegenheid van de voorlopige vaststelling van de bijdrage, bedoeld in artikel 21, zesde lid, stelt het college het bedrag aan compensatie 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 of wordt voldaan.
2. De zorgverzekeraar ontvangt 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 vanwege wanbetaling op de opgave van de zorgverzekeraars op 1 juli 2008 over het totale aantal wanbetalers en het totale aantal premieachterstandsdagen in de periode 1 januari 2006 tot en met 31 december 2007.
3. De zorgverzekeraar dient de opgave, bedoeld in het tweede lid per wanbetaler als volgt te berekenen:
 - a. Een verzekerde wordt als wanbetaler aangemerkt als hij een premieschuld heeft van meer dan 6 maandpremies werkelijke nominale premie.
 - b. De zorgverzekeraar bepaalt per verzekerde de totale openstaande premie-

- c. Het bedrag aan premieachterstand zet de zorgverzekeraar om in een periode van premieachterstand. Hierbij wordt verondersteld dat alle premie-inkomsten met de oudste openstaande premieschuld zijn verrekend.
 - d. De zorgverzekeraar berekent het compensatiebedrag per verzekerde door de verschuldigde nominale rekenpremie, op basis van de nominale premiebedragen 2006 en 2007, gedurende de totale periode, vastgesteld onder c te bepalen en dit bedrag te verminderen met de nominale rekenpremie gedurende de eerste 6 maanden van de onder c berekende periode.
4. Het college stelt op basis van de opgave van de zorgverzekeraar het totaal van de berekende compensatiebedragen vast onder aftrek van de bedragen die eerder aan de zorgverzekeraar zijn uitgekeerd in het kader van de compensatieregeling voor wanbetalers.
 5. Het college keert het resultaat van het vierde lid uit.

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 2007.

Deze regeling zal met toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

*Plv. Voorzitter Raad van Bestuur,
A. Boer.*

Goedgekeurd door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij brief van 11 september 2008, kenmerk Z/F-2878221.

¹ Regeling van 28 september 2006, Stcrt. 9 oktober 2006, 196/29, laatstelijk gewijzigd op 21 december 2006, Stcrt. 29 januari 2007, 20/16.

Toelichting

Toelichting bij de wijzigingen in artikel 16 en artikel 22:

In het kalenderjaar 2007 heeft het CVZ het VerzekerenVolgSysteem (VVS) geïntroduceerd. Hierdoor kan het CVZ de vereveningsbijdragen rechtstreeks baseren op alle criteria van de verzekerden en deze rechtstreeks toerekenen aan de juiste verzekeraar. Ook kan het CVZ een verzekerde op deze manier (gepseudonimiseerd) in de tijd volgen en per bijdragejaar de verzekerde aan de juiste verzekeraar toerekenen. Het systeem van VVS is voor het eerst toegepast bij de ex ante berekeningen voor het model 2008. In overleg met VWS en ZN is besloten deze systematiek van VVS ook bij de afrekeningen 2006 en 2007 door

te voeren. In plaats van de bepaling van de verzekerdenaantallen met een indirecte berekening via 'prevalenties' per zorgverzekeraar bepaalt het CVZ nu direct de werkelijke verzekerdenaantallen.

De nu voorliggende wijziging is verder vooral een verdere uitwerking en verheldering van de oorspronkelijke beleidsregels. Voor de gegevens uit het persoonskenmerkenbestand is de peildatum de datum van nominale premieprolongatie voor de maand juni van het betreffende jaar. Voor de gegevens afkomstig van UWV en Belastingdienst hanteert het CVZ als peildatum 30 juni. Voor de bepaling van de leeftijd baseert het CVZ zich op de stand van 30 juni.

Het CVZ introduceert, in aanvulling op het persoonskenmerkenbestand, een 'uitstroombestand'. In dit bestand geven de zorgverzekeraars per BSN de persoonskenmerken van verzekerden die in een bepaald jaar zijn uitgestroomd. Zo kan het CVZ verzekerden die voor de peildatum van nominale premieprolongatie voor de maand juni zijn uitgestroomd toch koppelen aan de overige verzekerdenkenmerken. Verzekerden die instromen na 30 juni worden gesignaleerd in het persoonskenmerkenbestand van het volgende jaar.

Verder was bij de oorspronkelijke beleidsregels het uitgangspunt dat voor de bepaling van de FKG's bij de voorlopige afrekening nog geen declaraties farmaceutische hulp 2007 beschikbaar zouden zijn. Daarom was voor de voorlopige afrekening uitgegaan van declaraties farmaceutische hulp 2006. De definitieve afrekening 2007 is echter gebaseerd op de declaraties farmaceutische hulp 2007. Omdat deze gegevens nu al beschikbaar zijn bij het CVZ past het CVZ voor de FKG's artikel 22 nu al toe. Hiermee voorkomt het CVZ onnodige onzekerheid over de uiteindelijke aantallen FKG's.

Toelichting bij wijziging artikel 29

Artikel 29a

Deze wijziging 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 29, 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 29, eerste lid, onder c). Momenteel is dat 30/130.
- Een deel van de door het CVZ zelf ingevorderde boetes (artikel 29, 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 29, 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 nabetaling (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.

Artikel 29b

De tweede wijziging onder artikel C volgt uit de wijziging van het Besluit zorgverzekering (Besluit van 4 september 2007, Staatsblad 2007, 332) en de Regeling zorgverzekering (Wijziging Regeling zorgverzekering ter bepaling omvang bijdrage aan zorgverzekeraars die wanbetalers verzekerd houden, Stcrt. 8 oktober 2007, 194/21) in verband met de compensatieregeling voor wanbetalers. Voor de jaren 2006 tot en met 2008 is één systematiek ontwikkeld.

Jaarlijks stelt het CVZ in september de totale compensatie voor de zorgverzekeraar vast. De zorgverzekeraar doet zelf

een opgave van de omvang van de relevante schulden, onafhankelijk van de momenten waarop deze schulden zijn ontstaan en eventuele tussentijdse aflossingen. De voor de compensatie relevante schuld betreft uiteindelijk de gehele periode van 1 januari 2006 tot en met 31 december 2008.

Het bedrag van de nominale rekenpremie, waarop de compensatie is gebaseerd, is door de minister voor 2006 vastgesteld op 970 euro en voor 2007 op 1051 euro. Dit is inclusief de opslag in verband met de no-claim teruggave. De verzekerde heeft door het niet betalen van de nominale rekenpremie ook niet de nominale no-claim premie betaald.

De bepaalde 'werkelijke premieschuld' wordt vertaald naar een premieachterstandsperiode, waarbij vanaf ultimo het betreffende jaar wordt teruggekeken in de tijd en wordt bepaald of iemand een premieschuld heeft van meer dan 6 maandpremies werkelijke nominale premie. Vervolgens wordt de periode bepaald waarover de compensatie wordt berekend, door de premieachterstand 'aan de voorkant' te bekorten door er de nominale rekenpremie gedurende de eerste 6 maanden van de premieachterstandsperiode vanaf te trekken. Dit bedrag komt niet voor compensatie in aanmerking.

*Plv. Voorzitter Raad van Bestuur,
A. Boer.*