



Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 29 december 2008, nr. Z/F-2899922, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering ter zake van de vereveningsbijdrage voor zorgverzekeraars in jaar 2009

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 32, vierde lid, en 38, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet en de artikelen 1, onderdeel g, 1, onderdeel i, 1, onderdeel x, 3.1, derde lid, 3.2, eerste lid en tweede lid, 3.4, derde lid, 3.5, derde lid, 3.7, derde lid, 3.8, derde lid, 3.10, tweede lid, 3.11, tweede lid, 3.12, 3.13, eerste en tweede lid, 3.14, eerste, derde en vierde lid, 3.15, eerste en tweede lid, 3.16, eerste en tweede lid, 3.17, eerste en tweede lid, 3.19 tweede lid, 3.22, tweede lid, 3.23 tweede en derde lid, 3.24 derde lid, van het Besluit zorgverzekering;

Besluit:

ARTIKEL I

De Regeling zorgverzekering wordt voor de vereveningsbijdrage over het jaar 2008 als volgt gewijzigd:

A

In artikel 3.8 wordt 'vrijwillig eigen risico' vervangen door: verplicht of vrijwillig eigen risico.

B

Artikel 3.16a komt te luiden als volgt:

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, vermeerderd met het bedrag van het gemiddeld verplicht eigen risico, en 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.

ARTIKEL II

Hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering komt voor het jaar 2009 te luiden als volgt:

A

HOOFDSTUK 3 BEPALINGEN OMTRENT DE VEREVENINGSBIJDRAGE 2009

§ 1 Algemene bepalingen

Artikel 3.1

De voor de risicoverevening relevante B-dbc's zijn de dbc's die door de Nederlandse Zorgautoriteit zijn opgenomen in de beleidsregel CI-1035 'Samenstelling van het B-segment'.

Artikel 3.2

1. Het macro-prestatiebedrag voor het jaar 2009 bedraagt € 31 624,7 miljoen.
2. Het macro-prestatiebedrag is opgebouwd uit de volgende macro-deelbedragen:
 - a. het macro-deelbedrag kosten van B-dbc's ad € 3 824,8 miljoen;
 - b. het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp ad € 9 308,7 miljoen;



- c. het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging ad € 3 716,0 miljoen;
- d. het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg ad € 3 310,5 miljoen;
- e. het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties ad € 11 464,7 miljoen.

Artikel 3.3

1. De totale opbrengst van de nominale rekenpremie wordt voor het jaar 2009 geraamd op € 12 143,6 miljoen.
2. De totale opbrengst van het verplicht eigen risico wordt voor het jaar 2009 geraamd op € 1 448,1 miljoen.

Artikel 3.4

De beschikbare middelen voor het verstrekken van de bijdragen aan zorgverzekeraars, bedoeld in artikel 32, vierde lid, onderdeel a, van de Zorgverzekeringswet omvatten voor het jaar 2009, naast de middelen, bedoeld in § 1.5 van hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering, een bedrag van € 18 033,0 miljoen.

§ 2. De verdeling van de macro-deelbedragen en de berekening van het normatief bedrag ten behoeve van de toekenning van de vereveningsbijdrage (ex ante) aan een zorgverzekeraar

Artikel 3.5

De gewichten en de klassen bedoeld in de artikelen 3.4, 3.5, 3.7 en 3.8 van het Besluit zorgverzekering zijn vermeld in bijlagen 4 en 5 bij deze Regeling.

Artikel 3.6

1. De nominale rekenpremie bedraagt € 947 per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald.
2. Het College zorgverzekeringen raamt de opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar, bedoeld in artikel 3.10, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, door het geraamde aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moet worden betaald, per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie.
3. Het College zorgverzekeringen berekent het aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moet worden betaald door het aantal zorgverzekeringen van verzekerden van achttien jaar en ouder bij een zorgverzekeraar, te verminderen met het aantal zorgverzekeringen van verzekerden als bedoeld in artikel 24 van de Zorgverzekeringswet, dat die zorgverzekeraar gemiddeld per week heeft.

Artikel 3.7

1. Het College zorgverzekeringen raamt de opbrengst van het verplicht eigen risico per zorgverzekeraar, bedoeld in artikel 3.10, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, door de geraamde aantallen verzekerden van achttien jaar en ouder, te verminderen met het aantal verzekerden bedoeld in artikel 24 van de Zorgverzekeringswet, dat die zorgverzekeraar gemiddeld per week heeft, te vermenigvuldigen met de geraamde opbrengst van het verplicht eigen risico per verzekerde.
2. Voor de bepaling van de geraamde opbrengst per verzekerde, 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.
3. De geraamde opbrengst per verzekerde, bedoeld in het eerste lid, bedraagt voor verzekerden van achttien jaar of ouder die niet voldoen aan het criterium 'Geen FKG', € 155 per verzekerde.



§ 3. De herberekening van het normatief bedrag ten behoeve de vaststelling van de vereveningsbijdrage (ex post) aan een zorgverzekeraar

Artikel 3.8

1. Verzekerden die bij meer dan één zorgverzekeraar zijn ingeschreven, tellen voor het vaststellen van de bijdrage per zorgverzekeraar slechts gedeeltelijk mee.
2. Het gewicht van de verzekerden, bedoeld in het eerste lid, is omgekeerd evenredig aan het aantal zorgverzekeraars waarbij zij zijn ingeschreven, rekening houdend met de inschrijfduur per zorgverzekeraar.

Artikel 3.9

1. Bij de herberekening van het normatieve bedrag ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage, worden de gewichten, bedoeld in de artikelen 3.4, 3.5 en 3.8 van het Besluit zorgverzekering, herleid tot gewichten waarbij rekening is gehouden met de verwachte financiële gevolgen van de toepassing van een specifieke compensatie van hoge kosten voor groepen van verzekerden naar leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, aard van het inkomen, SES en regio. De herleide gewichten zijn vermeld in bijlage 6 bij deze Regeling.
2. Bij de herberekening van het normatieve bedrag ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage, worden als gewichten bedoeld in artikel 3.7 van het Besluit zorgverzekering, de gewichten gebruikt, vermeld in bijlage 5 bij deze Regeling.
3. Het College zorgverzekeringen herberekent de gewichten, bedoeld in het eerste lid en tweede lid, nader door deze per deelbedrag te vermenigvuldigen met de verhouding tussen de gerealiseerde kosten per cluster van prestaties over alle zorgverzekeraars en het bijbehorende herberekende deelbedrag over alle zorgverzekeraars op basis van het eerste lid.
4. Op grond van de herberekende gewichten, bedoeld in het eerste lid, worden de normatieve bedragen per zorgverzekeraar nader herberekend.

Artikel 3.10

1. Het College zorgverzekeringen herberekent het normatieve bedrag per zorgverzekeraar en de onderliggende deelbedragen op basis van de gewichten, bedoeld in artikel 3.8, en de gerealiseerde verzekerdenaantallen per klasse van de criteria.
2. Bij de herberekening van het normatieve bedrag gaat het College zorgverzekeringen uit van de realisatiecijfers van de volgende jaren:
 - a. 2008: voor de criteria FKG's, FKG's psychische aandoeningen, en DKG's;
 - b. 2009: voor de criteria leeftijd en geslacht, aard van het inkomen, SES, regio, éénpersoonsadres en GGZ-regio.

Artikel 3.11

1. De kosten van verzekerde prestaties die verzekerden buiten Nederland hebben gemaakt en die het College zorgverzekeringen op declaraties op kasbasis naar het werkelijke bedrag in 2009 vergoedt, dan wel die rechtstreeks door de zorgverzekeraar aan de buitenlandse zorgaanbieder worden vergoed, dan wel 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, met toepassing van een bepaling van het Verdrag betreffende de sociale zekerheid van Rijnvarenden, welke bepaling recht geeft op zorg na toestemming van de zorgverzekeraar, door het College zorgverzekeringen voor 10 procent als kosten van B-DBC's, voor 30 procent als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, voor 10 procent als vaste kosten van ziekenhuisverpleging, voor 10 procent als kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en voor 40 procent als kosten van overige prestaties 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 de kosten, bedoeld in subonderdeel 2° –, ofwel als kosten van verblijf als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering – met uitzondering van de kosten, bedoeld in subonderdeel 2° –, door het College zorgverzekeringen voor 20 procent als kosten van B-DBC's, voor 60 procent als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en



- voor 20 procent als vaste kosten van ziekenhuisverpleging aangemerkt;
 - 2° uit de specificatie blijkt dat zij gelden als kosten van geneeskundige zorg die gericht is op herstel van een psychiatrische aandoening en, voor zover die zorg daarmee gepaard gaat, kosten van verblijf, door het College zorgverzekeringen voor 100 procent als kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg aangemerkt;
 - 3° uit de specificatie blijkt dat zij niet gelden als kosten als bedoeld onder 1° of 2°, door het College zorgverzekeringen voor 100 procent als kosten van overige prestaties aangemerkt;
 - 4° uit de specificatie niet blijkt om welk soort prestatie het gaat, door het College zorgverzekeringen voor 10 procent als kosten van B-dbc's, voor 30 procent als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, voor 10 procent als vaste kosten van ziekenhuisverpleging, voor 10 procent als kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en voor 40 procent als kosten van overige prestaties 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 10 procent als kosten van B-dbc's, voor 30 procent als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, voor 10 procent als vaste kosten van ziekenhuisverpleging, voor 10 procent als kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en voor 40 procent als kosten van overige prestaties 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 Nederlandse Zorgautoriteit en die kunnen worden beschouwd als ziekenhuiszorg, worden door het College zorgverzekeringen voor 20 procent als kosten van B-dbc's, voor 60 procent als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en voor 20 procent als vaste kosten van ziekenhuisverpleging aangemerkt.

Artikel 3.12

Tot de kosten van B-dbc's, de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, de vaste kosten van ziekenhuisverpleging, de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 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 verplicht en vrijwillig eigen risico.

Artikel 3.13

Indien het College zorgverzekeringen op het deelbedrag kosten van B-dbc's, op het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, en op het deelbedrag kosten van overige prestaties, hogekostencompensatie toepast, geschiedt dit als volgt:

- a. 90 procent van de som van de kosten van B-dbc's, de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp van individuele verzekerden en de kosten van overige prestaties, voor zover deze kosten samen het bedrag van € 20.000 per verzekerde op jaarbasis overschrijden, wordt betrokken bij herberekening van de deelbedragen kosten van B-dbc's, variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, en kosten van overige prestaties;
- b. de bij onderdeel a vastgestelde bedragen worden per verzekerde gesplitst in kosten van B-dbc's, variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, en kosten van overige prestaties, naar rato van de totalen van die kostensoorten van die verzekerde;
- c. vervolgens worden de uitkomsten per cluster van prestaties per zorgverzekeraar gesommeerd;
- d. aan de ingevolge onderdeel c gesommeerde kosten van B-dbc's wordt per zorgverzekeraar 30 procent toegevoegd van de kosten van verzekerde prestaties die verzekerden buiten Nederland hebben gemaakt en die het College zorgverzekeringen op declaraties op kasbasis naar het werkelijke bedrag in 2009 vergoedt, voor zover zij ingevolge artikel 3.11, eerste lid, als kosten van B-dbc's zijn aangemerkt;
- e. aan de ingevolge onderdeel c gesommeerde variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp wordt per zorgverzekeraar 30 procent toegevoegd van de kosten van verzekerde prestaties die verzekerden buiten Nederland hebben gemaakt en die het College zorgverzekeringen op declaraties op kasbasis naar het werkelijke bedrag in 2009, voor zover zij ingevolge artikel 3.11, eerste lid, als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp zijn aangemerkt;
- f. aan de ingevolge onderdeel c gesommeerde kosten van overige prestaties wordt per zorgverzekeraar 5 procent toegevoegd van de kosten van verzekerde prestaties die verzekerden



buiten Nederland hebben gemaakt en die het College zorgverzekeringen op declaraties op kasbasis naar het werkelijke bedrag in 2009 vergoedt, voor zover zij ingevolge artikel 3.11, eerste lid, als kosten van overige prestaties zijn aangemerkt;

- g. per genoemd cluster van prestaties wordt het percentage berekend dat voortvloeit uit de verhouding tussen de som van de uitkomsten van respectievelijk de onderdelen d, e en f van alle zorgverzekeraars tezamen en de som van de herberekende deelbedragen van alle zorgverzekeraars tezamen, en dit per cluster berekende percentage wordt toegepast op het corresponderende deelbedrag van een zorgverzekeraar;
- h. op basis van de uitkomsten onder de onderdelen d, e, f en g wordt per genoemde cluster van prestaties het deelbedrag per zorgverzekeraar verder herberekend door hieraan respectievelijk de onder onderdelen d, e en f berekende uitkomsten toe te voegen en de voor elk cluster onder onderdeel g berekende bedragen daarop in mindering te brengen.

Artikel 3.14

1. Het College zorgverzekeringen past overeenkomstig artikel 3.13 hogekostencompensatie toe op het deelbedrag kosten van B-dbc's.
2. Het College zorgverzekeringen calculeert 15 procent na op het verschil tussen de kosten van B-dbc's en het herberekende deelbedrag van kosten van B-dbc's na toepassing van het eerste lid.

Artikel 3.15

1. Van de kostencomponent van onderhandelbare dbc-tarieven, met uitzondering van de B-dbc's bedoeld in artikel 3.1, merkt het College zorgverzekeringen 100 procent aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
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 en kosten van specialistische hulp.
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 en niet bedoeld zijn in artikel 3.1, merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
4. Het College zorgverzekeringen bepaalt per ziekenhuis het percentage, bedoeld in het tweede en derde lid, op basis van door de Nederlandse Zorgautoriteit te verschaffen gegevens.
5. Het College zorgverzekeringen merkt 75 procent van de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbc-tarieven van instellingen dan wel zorgverleners, die niet bedoeld zijn in het tweede of derde lid, aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
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 procent aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, 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 dbc's, met uitzondering van de B-dbc's bedoeld in artikel 3.1 lid, 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 waarvoor een percentage van 75 wordt aangehouden, volledig aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.



9. Het College zorgverzekeringen past overeenkomstig artikel 3.13 hogekostencompensatie toe op het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
10. Het College zorgverzekeringen calculeert 40 procent na op het verschil tussen de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, vastgesteld ingevolge het eerste tot en met achtste lid enerzijds, en het herberekende deelbedrag van variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp na toepassing van het negende lid anderzijds.

Artikel 3.16

Indien het absolute resultaat per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald, bedoeld in artikel 3.6, derde lid, op de gesommeerde kosten van B-dbc's en de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, na toepassing van artikel 3.14, tweede lid, en artikel 3.15, tiende lid, meer dan € 22,50 afwijkt van € 0, worden de buiten bedoelde bandbreedte liggende meer- of minderkosten voor 90 procent nagecalculeerd.

Artikel 3.17

1. Het College zorgverzekeringen baseert de herberekening per zorgverzekeraar van het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging op de vaste kosten in het jaar 2008.
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 3.15, 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 en niet genoemd zijn in artikel 3.1, 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 3.15, derde lid.
6. Het College zorgverzekeringen merkt 25 procent van de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbc-tarieven van instellingen, dan wel zorgverleners, die niet bedoeld zijn in het tweede of het vierde 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 procent 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 procent wordt aangehouden.
8. Het College zorgverzekeringen betreft de renteheffingstarieven niet bij de vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
9. Het College zorgverzekeringen calculeert 100 procent na op het verschil tussen de vaste kosten van ziekenhuisverpleging, vastgesteld ingevolge het tweede tot en met achtste lid enerzijds, en het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging na toepassing van het eerste lid anderzijds.

Artikel 3.18

Het College zorgverzekeringen calculeert 100 procent na op het verschil tussen de werkelijk gemaakte kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.



Artikel 3.19

Het College zorgverzekeringen past overeenkomstig artikel 3.13 hoge kostencompensatie toe op het deelbedrag kosten van overige prestaties.

Artikel 3.20

De opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in artikel 3.19, tweede lid, van het Besluit zorgverzekeringen, wordt berekend overeenkomstig artikel 3.6, met dien verstande, dat wordt uitgegaan van het gerealiseerde aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moet worden betaald bij de zorgverzekeraar.

Artikel 3.21

De opbrengst van het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 3.19, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, wordt berekend overeenkomstig artikel 3.7, met dien verstande, dat wordt uitgegaan van de gerealiseerde aantallen verzekerden.

§ 4. Aanvullingen op de vereveningsbijdrage aan een zorgverzekeraar

Artikel 3.22

Het in artikel 3.22, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering bedoelde bedrag per verzekerde bedraagt € 50.

Artikel 3.23

De bijdrage, bedoeld in artikel 3.24 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, vermeerderd met het bedrag van het gemiddeld verplicht eigen risico, en 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.

§ 5. De betaling van de vereveningsbijdragen aan zorgverzekeraars door het College zorgverzekeringen

Artikel 3.24

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

§ 6. De in het uitvoeringsverslag op te nemen gegevens

Artikel 3.25

1. De zorgverzekeraar neemt in ieder geval in zijn uitvoeringsverslag op:
 - a. het profiel, de organisatiestructuur en het gevoerde en voorgenomen beleid bij de uitvoering van de Zorgverzekeringswet;
 - b. de wijze waarop hij uitvoering geeft aan de zorgplicht;
 - c. de wijze waarop hij uitvoering geeft aan de acceptatieplicht en het verbod op premie-differentiatie;
 - d. de wijze waarop hij de afhandeling van klachten van de verzekerden heeft georganiseerd alsmede de resultaten daarvan;
 - e. de wijze waarop hij uitvoering geeft aan gedragscodes waaraan hij zich heeft verbonden;
 - f. of hij het Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet 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 Zorgverzekeringswet;
 - 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 Nederlandse Zorgautoriteit beschikbaar te stellen model.

B

De bijlagen 4 tot en met 7 worden vervangen door:

BIJLAGE 4

Bijlage horende bij artikel 3.5 van de Regeling zorgverzekering.

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

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

| | Kosten van B-dbc's | | Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp | | Kosten van overige prestaties | |
|------------|--------------------|---------|--|---------|-------------------------------|---------|
| | Mannen | Vrouwen | Mannen | Vrouwen | Mannen | Vrouwen |
| 0-4 jaar | 140,01 | 109,40 | 697,30 | 584,97 | 562,56 | 515,28 |
| 5-9 jaar | 98,71 | 95,19 | 340,97 | 298,43 | 586,14 | 542,28 |
| 10-14 jaar | 55,01 | 60,42 | 317,51 | 300,68 | 534,75 | 556,43 |
| 15-17 jaar | 56,28 | 83,01 | 355,26 | 360,04 | 552,58 | 619,16 |
| 18-24 jaar | 75,89 | 204,50 | 344,65 | 371,65 | 471,35 | 637,63 |
| 25-29 jaar | 91,33 | 505,97 | 343,60 | 422,52 | 434,85 | 839,57 |
| 30-34 jaar | 104,83 | 557,02 | 350,03 | 450,33 | 449,89 | 868,23 |
| 35-39 jaar | 113,99 | 332,38 | 382,34 | 455,97 | 484,03 | 687,71 |
| 40-44 jaar | 123,33 | 183,90 | 413,67 | 457,53 | 506,54 | 590,61 |
| 45-49 jaar | 139,37 | 182,29 | 481,19 | 527,07 | 562,17 | 656,61 |
| 50-54 jaar | 166,26 | 235,82 | 576,46 | 578,75 | 611,74 | 717,75 |
| 55-59 jaar | 217,86 | 278,71 | 714,09 | 633,13 | 707,41 | 800,83 |
| 60-64 jaar | 269,87 | 346,26 | 862,87 | 693,44 | 751,79 | 864,90 |
| 65-69 jaar | 349,00 | 437,41 | 1111,15 | 781,90 | 934,14 | 981,99 |
| 70-74 jaar | 445,68 | 564,06 | 1336,42 | 900,74 | 1043,80 | 1094,77 |
| 75-79 jaar | 548,61 | 645,71 | 1503,71 | 1012,17 | 1191,67 | 1228,20 |
| 80-84 jaar | 563,63 | 589,98 | 1462,24 | 1047,60 | 1323,15 | 1380,28 |
| 85-89 jaar | 518,19 | 451,24 | 1407,83 | 1041,37 | 1498,33 | 1541,29 |
| 90+ jaar | 378,17 | 265,88 | 1340,20 | 958,38 | 1745,94 | 1790,09 |

Tabel B4.2: Gewichten voor het criterium FKG's (> 180 standaarddag-doseringen per jaar; in euro's per verzekerde)

| | FKG's | Kosten van B-dbc's | Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp | Kosten van overige prestaties |
|----|---------------------------------------|--------------------|--|-------------------------------|
| 0 | Geen FKG | -26,78 | -98,87 | -221,35 |
| 1 | Glaucoom | 52,22 | 52,85 | 256,15 |
| 2 | Schildklieraandoeningen | 59,53 | 114,93 | 137,46 |
| 3 | Psychische aandoeningen | -3,15 | 51,00 | 512,05 |
| 4 | Hoog cholesterol | 34,10 | 201,57 | 344,11 |
| 5 | Diabetes IIb (laag intensief) | 120,20 | 94,03 | 485,61 |
| 6 | Cara | 40,36 | 406,13 | 872,29 |
| 7 | Diabetes IIa (hoog intensief) | 178,80 | 296,22 | 947,95 |
| 8 | Epilepsie | -19,54 | 584,91 | 994,43 |
| 9 | Ziekte van Crohn/colitus ulcerosa | -16,51 | 504,35 | 705,20 |
| 10 | Hartaandoeningen | 142,07 | 1139,19 | 790,35 |
| 11 | Reuma | 778,83 | 433,94 | 3105,45 |
| 12 | Parkinson | -18,43 | 708,05 | 3085,65 |
| 13 | Diabetes I | 747,39 | 391,27 | 2188,56 |
| 14 | Transplantaties | 129,83 | 737,24 | 3028,92 |
| 15 | Cystic fibrosis/pancreas aandoeningen | 94,02 | 1793,28 | 6556,73 |

| FKG's | Kosten van B-dbc's | Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp | Kosten van overige prestaties |
|--|--------------------|--|-------------------------------|
| 16 Aandoeningen van hersenen en ruggenmerg | -57,34 | 1450,60 | 9507,29 |
| 17 Kanker | -237,72 | 4222,17 | 7023,59 |
| 18 HIV/AIDS | 17,37 | 1288,49 | 11449,08 |
| 19 Nieraandoeningen | 163,55 | 6806,46 | 5945,01 |
| 20 Groeihormonen | -18,58 | 1138,81 | 19068,13 |

Tabel B4.3: Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde)

| DKG's | Kosten van B-dbc's | Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp | Kosten van overige prestaties |
|-------|--------------------|--|-------------------------------|
| 0 | -9,87 | -72,10 | -31,11 |
| 1 | 701,25 | 780,65 | 481,32 |
| 2 | 150,81 | 1474,55 | 703,38 |
| 3 | 169,20 | 1479,90 | 749,44 |
| 4 | 77,17 | 1761,81 | 1204,30 |
| 5 | 657,82 | 2491,79 | 1042,42 |
| 6 | 1020,31 | 2648,57 | 989,53 |
| 7 | 341,40 | 3624,30 | 1912,56 |
| 8 | 152,65 | 3644,79 | 2535,00 |
| 9 | 445,92 | 3861,70 | 2713,62 |
| 10 | 658,62 | 4357,83 | 3142,41 |
| 11 | 65,60 | 6795,71 | 4661,35 |
| 12 | 531,29 | 5199,30 | 3245,58 |
| 13 | 597,14 | 42693,67 | 6321,29 |

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

| | Kosten van B-dbc's | Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp | Kosten van overige prestaties |
|------------------------------|--------------------|--|-------------------------------|
| Arbeidsongeschikten | | | |
| 15-34 jaar | -8,96 | 351,02 | 528,86 |
| 35-44 jaar | 34,08 | 355,23 | 589,82 |
| 45-54 jaar | 73,46 | 360,20 | 569,67 |
| 55-64 jaar | 83,79 | 288,70 | 387,08 |
| Bijstandsgerechtigden | | | |
| 15-34 jaar | 35,48 | 84,72 | 34,23 |
| 35-44 jaar | -4,17 | 95,25 | 140,37 |
| 45-54 jaar | -13,29 | 139,01 | 196,51 |
| 55-64 jaar | -22,57 | 100,19 | 139,02 |
| Zelfstandigen | | | |
| 15-34 jaar | -24,91 | -24,67 | -28,16 |
| 35-44 jaar | -28,56 | -55,91 | -68,82 |
| 45-54 jaar | -31,54 | -96,58 | -107,83 |
| 55-64 jaar | -39,56 | -122,80 | -150,41 |
| Referentiegroep | | | |
| 0-14 jaar | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 15-34 jaar | 0,49 | -11,51 | -16,05 |
| 35-44 jaar | 0,93 | -19,95 | -34,98 |
| 45-54 jaar | -4,68 | -36,51 | -61,35 |
| 55-64 jaar | -14,86 | -59,77 | -81,68 |
| 65+ jaar | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

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

| Regio | Kosten van B-dbc's | Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp | Kosten van overige prestaties |
|-------|--------------------|--|-------------------------------|
| 1 | 2,81 | 32,85 | 10,20 |
| 2 | 3,44 | 20,63 | 8,93 |
| 3 | 2,90 | 17,87 | 6,86 |



| Regio | Kosten van B-dbc's | Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp | Kosten van overige prestaties |
|-------|--------------------|--|-------------------------------|
| 4 | 1,70 | 6,29 | 3,07 |
| 5 | 4,45 | -5,94 | 2,40 |
| 6 | -0,06 | -2,36 | 2,63 |
| 7 | -0,24 | -6,44 | -2,34 |
| 8 | -2,84 | -19,40 | -2,28 |
| 9 | -5,02 | -25,35 | -13,04 |
| 10 | -19,35 | -25,40 | -33,80 |

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

| | Kosten van B-dbc's | Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp | Kosten van overige prestaties |
|-------------------|--------------------|--|-------------------------------|
| SES > 15 bewoners | | | |
| 0-14 jaar | 3,20 | 1,33 | 15,20 |
| 15-64 jaar | -53,35 | 68,36 | -91,78 |
| 65+ jaar | -185,89 | 88,70 | 631,49 |
| SES 1 (laag) | | | |
| 0-14 jaar | 3,20 | 1,33 | 15,20 |
| 15-64 jaar | 24,88 | 27,16 | 31,02 |
| 65+ jaar | 58,39 | 248,95 | 180,16 |
| SES 2 (midden) | | | |
| 0-14 jaar | -1,13 | -4,52 | -11,13 |
| 15-64 jaar | 13,39 | 1,52 | 19,31 |
| 65+ jaar | -2,42 | -61,80 | -38,45 |
| SES 3 (hoog) | | | |
| 0-14 jaar | -9,99 | 9,20 | -28,60 |
| 15-64 jaar | -32,08 | -23,57 | -42,26 |
| 65+ jaar | -22,40 | -90,46 | -129,45 |

Bijlage 5 komt te luiden:

BIJLAGE 5

GGZ Bijlage horende bij artikel 3.5 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)

| | Kosten van geneeskundige GGZ | |
|------------|------------------------------|---------|
| | Mannen | Vrouwen |
| 0-4 jaar | 98,99 | 96,18 |
| 5-9 jaar | 203,00 | 135,75 |
| 10-14 jaar | 184,51 | 128,86 |
| 15-17 jaar | 245,33 | 269,77 |
| 18-24 jaar | 232,02 | 260,03 |
| 25-29 jaar | 234,07 | 251,16 |
| 30-34 jaar | 228,65 | 239,26 |
| 35-39 jaar | 294,29 | 303,78 |
| 40-44 jaar | 295,69 | 300,82 |
| 45-49 jaar | 249,52 | 256,64 |
| 50-54 jaar | 235,20 | 235,89 |
| 55-59 jaar | 161,19 | 159,21 |
| 60-64 jaar | 157,26 | 157,25 |
| 65-69 jaar | 101,39 | 100,87 |
| 70-74 jaar | 104,37 | 106,25 |
| 75-79 jaar | 110,44 | 103,98 |
| 80-84 jaar | 118,69 | 115,01 |
| 85-89 jaar | 121,59 | 118,88 |

| | Kosten van geneeskundige GGZ | |
|----------|------------------------------|---------|
| | Mannen | Vrouwen |
| 90+ jaar | 101,54 | 98,98 |

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

| GGZ-regio | Kosten van geneeskundige GGZ |
|-----------|------------------------------|
| 1 | 120,35 |
| 2 | 73,13 |
| 3 | 25,38 |
| 4 | -3,30 |
| 5 | -14,21 |
| 6 | -23,82 |
| 7 | -27,05 |
| 8 | -28,74 |
| 9 | -32,85 |
| 10 | -32,94 |

Tabel B5.3: Gewichten voor het criterium FKG psychische aandoeningen (> 180 standaarddoseringen per jaar; in euro's per verzekerde)

| FKG's | Kosten van geneeskundige GGZ |
|----------------------------------|------------------------------|
| Geen FKG psychische aandoeningen | -60,01 |
| FKG psychische aandoeningen | 1.519,54 |

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

| | Kosten van geneeskundige GGZ |
|-----------------------|------------------------------|
| Arbeidsongeschikten | |
| 15-34 jaar | 2.301,63 |
| 35-44 jaar | 1.529,20 |
| 45-54 jaar | 625,20 |
| 55-64 jaar | 164,24 |
| Bijstandsgerechtigden | |
| 15-34 jaar | 1.888,20 |
| 35-44 jaar | 2.094,34 |
| 45-54 jaar | 1.423,27 |
| 55-64 jaar | 339,51 |
| Zelfstandigen | |
| 15-34 jaar | -105,32 |
| 35-44 jaar | -175,65 |
| 45-54 jaar | -118,94 |
| 55-64 jaar | -41,57 |
| Referentiegroep | |
| 0-14 jaar | 0,00 |
| 15-34 jaar | -97,82 |
| 35-44 jaar | -159,96 |
| 45-54 jaar | -113,13 |
| 55-64 jaar | -41,13 |
| 65+ jaar | 0,00 |

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

| | Kosten van geneeskundige GGZ |
|-------------------|------------------------------|
| SES > 15 bewoners | |
| 0-14 jaar | 753,63 |
| 15-64 jaar | 753,63 |
| 65+ jaar | 85,16 |
| SES 1 (laag) | |
| 0-14 jaar | 1,86 |
| 15-64 jaar | 10,76 |
| 65+ jaar | 5,68 |
| SES 2 (midden) | |

| Kosten van geneeskundige GGZ | |
|------------------------------|--------|
| 0-14 jaar | -4,31 |
| 15-64 jaar | -5,95 |
| 65+ jaar | -3,09 |
| SES 3 (hoog) | |
| 0-14 jaar | -6,03 |
| 15-64 jaar | -18,17 |
| 65+ jaar | -8,72 |

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

| Kosten van geneeskundige GGZ | |
|------------------------------|-------|
| Niet | -6,22 |
| Wel | 35,20 |

Bijlage 6 komt te luiden:

BIJLAGE 6

Bijlage horende bij artikel 3.9 van de Regeling zorgverzekering.

De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex post berekening van het normale bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar. De gewichten bevatten een correctie voor hogekostencompensatie.

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

| | Kosten van B-dbc's | | Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp | | Kosten van overige prestaties | |
|------------|--------------------|---------|--|---------|-------------------------------|---------|
| | Mannen | Vrouwen | Mannen | Vrouwen | Mannen | Vrouwen |
| 0-4 jaar | 141,00 | 108,49 | 670,27 | 564,80 | 551,39 | 506,16 |
| 5-9 jaar | 97,66 | 93,77 | 324,54 | 286,82 | 583,92 | 538,34 |
| 10-14 jaar | 51,49 | 56,69 | 299,04 | 288,32 | 529,19 | 544,62 |
| 15-17 jaar | 52,80 | 81,04 | 328,97 | 346,31 | 531,09 | 608,08 |
| 18-24 jaar | 73,56 | 209,46 | 325,08 | 369,98 | 461,32 | 636,28 |
| 25-29 jaar | 90,22 | 527,48 | 324,62 | 426,69 | 431,21 | 846,72 |
| 30-34 jaar | 103,30 | 581,01 | 335,13 | 458,87 | 448,92 | 875,72 |
| 35-39 jaar | 113,30 | 343,79 | 363,46 | 462,41 | 476,61 | 686,88 |
| 40-44 jaar | 123,92 | 185,45 | 398,82 | 463,97 | 498,84 | 585,33 |
| 45-49 jaar | 139,63 | 182,25 | 466,03 | 527,23 | 556,32 | 651,74 |
| 50-54 jaar | 167,29 | 237,60 | 559,25 | 579,23 | 610,95 | 718,19 |
| 55-59 jaar | 215,72 | 280,86 | 697,51 | 633,25 | 706,30 | 803,46 |
| 60-64 jaar | 264,41 | 347,74 | 841,36 | 696,26 | 755,38 | 868,13 |
| 65-69 jaar | 337,44 | 437,68 | 1091,66 | 802,88 | 932,17 | 987,28 |
| 70-74 jaar | 422,87 | 565,32 | 1332,55 | 942,84 | 1047,57 | 1107,27 |
| 75-79 jaar | 521,37 | 640,61 | 1531,73 | 1086,57 | 1200,81 | 1254,37 |
| 80-84 jaar | 536,27 | 586,85 | 1586,90 | 1185,02 | 1362,17 | 1425,47 |
| 85-89 jaar | 496,69 | 448,40 | 1599,69 | 1223,31 | 1557,60 | 1606,62 |
| 90+ jaar | 364,06 | 262,80 | 1576,89 | 1147,86 | 1825,74 | 1865,68 |

Tabel B6.2: Gewichten voor het criterium FKG's (> 180 standaarddag-doseringen per jaar; in euro's per verzekerde)

| | FKG's | Kosten van B-dbc's | Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp | Kosten van overige prestaties |
|---|-------------------------------|--------------------|--|-------------------------------|
| 0 | Geen FKG | -23,75 | -92,56 | -216,27 |
| 1 | Glaucoom | 50,99 | 75,21 | 264,65 |
| 2 | Schildklierandoeningen | 58,69 | 141,53 | 141,43 |
| 3 | Psychische aandoeningen | -3,61 | 72,84 | 532,75 |
| 4 | Hoog cholesterol | 31,98 | 202,70 | 365,77 |
| 5 | Diabetes IIb (laag intensief) | 115,15 | 126,24 | 507,77 |
| 6 | Cara | 36,86 | 420,83 | 871,27 |

| | FKG's | Kosten van B-dbc's | Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp | Kosten van overige prestaties |
|----|---|--------------------|--|-------------------------------|
| 7 | Diabetes IIa (hoog intensief) | 162,12 | 309,95 | 991,07 |
| 8 | Epilepsie | -24,22 | 549,33 | 989,61 |
| 9 | Ziekte van Crohn/colitus ulcerosa | -11,02 | 477,63 | 733,70 |
| 10 | Hartaandoeningen | 97,53 | 1009,80 | 749,06 |
| 11 | Reuma | 710,22 | 407,74 | 2891,22 |
| 12 | Parkinson | -34,06 | 717,82 | 2974,21 |
| 13 | Diabetes I | 702,84 | 313,14 | 2177,70 |
| 14 | Transplantaties | 101,19 | 891,02 | 2884,03 |
| 15 | Cystic fibrosis/pancreas aandoeningen | 52,48 | 1147,13 | 4538,67 |
| 16 | Aandoeningen van hersenen en ruggenmerg | -97,80 | 1109,60 | 9040,18 |
| 17 | Kanker | -240,20 | 3618,69 | 4505,49 |
| 18 | HIV/AIDS | -16,91 | 837,15 | 11210,63 |
| 19 | Nieraandoeningen | -9,17 | 3499,68 | 3925,15 |
| 20 | Groeihormonen | -33,86 | 635,81 | 14476,10 |

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

| DKG's | Kosten van B-dbc's | Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp | Kosten van overige prestaties |
|-------|--------------------|--|-------------------------------|
| 0 | -7,91 | -53,86 | -25,56 |
| 1 | 676,49 | 817,19 | 480,67 |
| 2 | 130,22 | 1451,07 | 670,60 |
| 3 | 135,02 | 1468,71 | 711,98 |
| 4 | 56,57 | 1667,98 | 1158,28 |
| 5 | 454,70 | 2160,34 | 905,57 |
| 6 | 829,80 | 2419,01 | 858,20 |
| 7 | 310,18 | 3337,85 | 1797,06 |
| 8 | 75,53 | 3307,73 | 2226,17 |
| 9 | 311,11 | 3406,01 | 2534,84 |
| 10 | 478,01 | 3750,48 | 2588,03 |
| 11 | 21,30 | 6042,12 | 4122,52 |
| 12 | 446,31 | 3922,70 | 2441,55 |
| 13 | -46,40 | 17371,12 | 1144,58 |

Tabel B6.4: Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde)

| | Kosten van B-dbc's | Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp | Kosten van overige prestaties |
|------------------------------|--------------------|--|-------------------------------|
| Arbeidsongeschikten | | | |
| 15-34 jaar | -7,61 | 305,20 | 492,86 |
| 35-44 jaar | 36,61 | 324,29 | 565,63 |
| 45-54 jaar | 70,37 | 330,01 | 542,68 |
| 55-64 jaar | 77,83 | 262,27 | 365,60 |
| Bijstandsgerechtigden | | | |
| 15-34 jaar | 38,09 | 80,89 | 32,66 |
| 35-44 jaar | -1,98 | 101,77 | 140,14 |
| 45-54 jaar | -13,13 | 142,56 | 192,77 |
| 55-64 jaar | -25,26 | 96,56 | 127,61 |
| Zelfstandigen | | | |
| 15-34 jaar | -25,96 | -16,83 | -33,90 |
| 35-44 jaar | -29,07 | -51,35 | -69,58 |
| 45-54 jaar | -32,27 | -93,11 | -111,00 |
| 55-64 jaar | -37,03 | -116,54 | -150,21 |
| Referentiegroep | | | |
| 0-14 jaar | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 15-34 jaar | 0,44 | -10,28 | -14,73 |
| 35-44 jaar | 0,75 | -18,70 | -33,36 |
| 45-54 jaar | -4,26 | -33,56 | -57,83 |

| | Kosten van B-dbc's | Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp | Kosten van overige prestaties |
|------------|--------------------|--|-------------------------------|
| 55-64 jaar | -13,60 | -54,06 | -76,22 |
| 65+ jaar | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

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

| Regio | Kosten van B-dbc's | Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp | Kosten van overige prestaties |
|-------|--------------------|--|-------------------------------|
| 1 | 3,53 | 37,15 | 11,05 |
| 2 | 3,76 | 23,90 | 8,18 |
| 3 | 2,47 | 17,50 | 6,65 |
| 4 | 0,96 | 7,73 | 4,16 |
| 5 | 4,68 | -3,97 | 3,07 |
| 6 | -0,23 | -2,43 | 2,51 |
| 7 | 0,19 | -10,91 | -2,66 |
| 8 | -2,24 | -21,46 | -2,58 |
| 9 | -5,47 | -26,74 | -13,19 |
| 10 | -20,15 | -28,54 | -35,18 |

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

| | Kosten van B-dbc's | Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp | Kosten van overige prestaties |
|-------------------|--------------------|--|-------------------------------|
| SES > 15 bewoners | | | |
| 0-14 jaar | 3,31 | 0,87 | 15,38 |
| 15-64 jaar | -57,83 | 77,00 | -78,03 |
| 65+ jaar | -196,07 | 115,51 | 643,77 |
| SES 1 (laag) | | | |
| 0-14 jaar | 3,31 | 0,87 | 15,38 |
| 15-64 jaar | 25,56 | 24,03 | 33,24 |
| 65+ jaar | 51,25 | 253,43 | 177,99 |
| SES 2 (midden) | | | |
| 0-14 jaar | -1,11 | -3,98 | -10,57 |
| 15-64 jaar | 13,99 | 2,34 | 20,03 |
| 65+ jaar | -0,21 | -58,81 | -36,54 |
| SES 3 (hoog) | | | |
| 0-14 jaar | -10,56 | 9,42 | -31,20 |
| 15-64 jaar | -33,14 | -22,32 | -45,04 |
| 65+ jaar | -19,83 | -101,46 | -132,22 |

Bijlage 7 komt te luiden:

BIJLAGE 7

Bijlage horende bij de artikelen 3.7 en 3.21 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.

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

| | Mannen | Vrouwen |
|------------|--------|---------|
| 18-24 jaar | 67,28 | 113,13 |
| 25-29 jaar | 65,81 | 120,42 |
| 30-34 jaar | 69,13 | 116,16 |
| 35-39 jaar | 73,83 | 110,95 |
| 40-44 jaar | 77,98 | 104,86 |
| 45-49 jaar | 83,84 | 109,62 |
| 50-54 jaar | 91,12 | 110,29 |
| 55-59 jaar | 100,92 | 115,74 |
| 60-64 jaar | 108,33 | 120,98 |
| 65-69 jaar | 120,74 | 129,25 |



| | Mannen | Vrouwen |
|------------|--------|---------|
| 70-74 jaar | 131,64 | 136,99 |
| 75-79 jaar | 139,03 | 141,91 |
| 80-84 jaar | 143,03 | 143,47 |
| 85-89 jaar | 144,60 | 141,12 |
| 90+ jaar | 142,11 | 134,13 |

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

| Arbeidsongeschikten | |
|----------------------|-------|
| 18-34 jaar | 26,28 |
| 35-44 jaar | 30,05 |
| 45-54 jaar | 27,22 |
| 55-64 jaar | 17,83 |
| Bijstandgerechtigden | |
| 18-34 jaar | 17,14 |
| 35-44 jaar | 21,39 |
| 45-54 jaar | 18,29 |
| 55-64 jaar | 6,28 |
| Zelfstandigen | |
| 18-34 jaar | -2,00 |
| 35-44 jaar | -5,10 |
| 45-54 jaar | -7,14 |
| 55-64 jaar | -7,64 |
| Referentiegroep | |
| 18-34 jaar | -0,99 |
| 35-44 jaar | -1,43 |
| 45-54 jaar | -1,93 |
| 55-64 jaar | -2,44 |
| 65+ jaar | 0,00 |

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

| Regio | |
|-------|-------|
| 1 | 3,54 |
| 2 | 1,76 |
| 3 | 0,96 |
| 4 | 0,34 |
| 5 | -0,39 |
| 6 | -1,28 |
| 7 | -1,17 |
| 8 | -1,24 |
| 9 | -0,48 |
| 10 | -1,92 |

ARTIKEL III

Hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering, zoals dat luidde op 14 september 2008, blijft van toepassing voor de vaststelling van de voor zorgverzekeraars geldende vereveningsbijdragen in 2008.

ARTIKEL IV

Deze Regeling treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst, en werkt terug tot en met 15 september 2008, met uitzondering van artikel I, terugwerkt tot en met 1 januari 2008.

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

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



TOELICHTING

Met deze regeling wordt hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering met betrekking tot de vereveningsbijdragen 2008 vervangen door een nieuw hoofdstuk 3 met betrekking tot de vereveningsbijdragen 2009 (artikel II). Jaarlijks legt de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 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 2008, integraal vervangen door nieuwe paragrafen met betrekking tot het jaar 2009. Daarnaast wordt in artikel I geregeld dat met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2008 de compensatie van zorgverzekeraars voor verzekerden van 18 jaar en ouder die zij, ondanks een premie-achterstand, onder de dekking van de zorgverzekering houden, wordt uitgebreid. De kosten van verplicht eigen risico gaan met ingang van deze datum meetellen bij de risicoverevening. In artikel III is expliciet bepaald dat de regels van het huidige hoofdstuk 3, zoals deze bepalingen luiden voor inwerkingtreding van deze wijzigingsregeling voor het jaar 2008, nog gewoon van toepassing blijven voor de vaststelling van de voor zorgverzekeraars geldende vereveningsbijdragen in 2008. Dit met toepassing van de wijzigingen genoemd in artikel I van deze Regeling. Ten slotte bevat artikel IV regels over de inwerkingtreding van de Regeling voor 2009.

Eén artikel is in zijn geheel komen te vervallen, namelijk artikel 3.14. De bepaling waarin stond dat het College voor zorgverzekeringen (CVZ) de verwachte vaste kosten van ziekenhuisverpleging berekent op basis van historische gegevens, is thans als artikel 3.6, opgenomen in het Besluit zorgverzekering.

In dit algemeen deel worden de verschillende wijzigingen in het risicovereveningsmodel, die met de Regeling worden doorgevoerd, onder de loep genomen. In de artikelsgewijze toelichting wordt de inhoud per artikel uitgediept.

- De belangrijkste wijzigingen ten opzichte van de Regeling 2008 aangaande de risicoverevening zijn:
1. De omvang van de middelen die beschikbaar zijn voor de risicoverevening voor het jaar 2009.
 2. In het vereveningsmodel 2009 wordt een nieuw deelbedrag geïntroduceerd: kosten van B-dbc's. De vereveningscriteria waarop dit deelbedrag wordt verdeeld zijn: leeftijd en geslacht, farmaceutische kostengroepen (FKG's), diagnose kostengroepen (DKG's), aard van het inkomen, sociaal-economische status (SES) en regio.
 3. De vereveningscriteria FKG psychische aandoeningen, aard van het inkomen, SES, éénpersoonsadres en GGZ-regio zijn niet langer opgenomen in de Regeling, maar verplaatst naar het Besluit zorgverzekering.
 4. Evenals de betalingen uit hoofde van vrijwillig eigen risico, worden nu ook de betalingen uit hoofde van een verplicht eigen risico gerekend tot de kosten van B-dbc's, de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, de vaste kosten van ziekenhuisverpleging, de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de kosten van overige prestaties.
 5. Verdere stappen zijn gezet in de afbouw van de inzet van ex-post compensatiemechanismen:
 - a. Het nacalculatie-percentages voor een belangrijk deel van het B-segment is verlaagd van 50 procent naar 15 procent. Voor de overige B-dbc's en de variabele kosten van A-dbc's gaat dit percentage naar beneden van 50 naar 40 procent.
 - b. De bandbreedteregeling die geldt voor de macro-deelbedragen 'kosten van B-dbc's' en 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp' wordt verruimd tot € 45. Dit was € 40.
 6. Binnen de normering van de vaste kosten van ziekenhuisverpleging zijn er geen kosten meer die via een vast bedrag door zorgverzekeraars worden gefinancierd.
 7. De bepaling waarin stond dat het CVZ de verwachte vaste kosten van ziekenhuisverpleging berekent op basis van historische gegevens, is in de Regeling komen te vervallen, omdat deze thans als artikel 3.6 is opgenomen in het Besluit zorgverzekering.
 8. De toerekening van de declaraties uit het buitenland naar de verschillende deelbedragen is geactualiseerd.

Een nadere toelichting bij de beweegredenen voor de inzet van de diverse ex post compensatiemechanisme in 2009, is opgenomen in een brief over het risicovereveningssysteem 2009 (kenmerk Z/F-2879801), die in september 2008 aan de Tweede Kamer is toegestuurd.



Vanaf de toekenning van de vereveningsbijdrage over 2009 wordt rekening gehouden met een nieuw cluster van prestaties en diensgevolg met een extra macro-deelbedrag, te weten het (macro-deelbedrag voor) het cluster 'kosten van B-dbc's'. De voor de risicoverevening relevante B-dbc's, zijn dbc's uit het zogenoemde B-segment, die anders dan (tot nog toe) de dbc's uit het A-segment, onderhandelbare tarieven kennen en goed te normeren zijn. De dbc's die vermeld staan in beleidsregel CI-1035 'Samenstelling van het B-segment' van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) worden voor de risicoverevening beschouwd als B-dbc's. Omdat zorgverzekeraars voor de B-dbc's vrije prijsafspraken kunnen maken met de aanbieders van de desbetreffende specialistische hulp, ligt het in de rede hen daarover meer risico te laten lopen dan over de overige specialistische hulp. Om dat te bewerkstelligen, is het afsplitsen van de kosten van B-dbc's, die voor voorliggende wijziging nog onderdeel maakten van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, nodig. De kosten van B-dbc's worden nu ondergebracht in een afzonderlijk macro-deelbedrag: 'kosten van B-dbc's'.

Artikel 32, vierde lid, onderdeel b van de Zorgverzekeringswet beidt de mogelijkheid om eenmalig bij ministeriële Regeling vereveningscriteria toe te voegen. In 2008 is dit gebeurd met de criteria FKG psychische aandoeningen, aard van het inkomen, SES, éénpersoonsadres en GGZ-regio. Nu deze criteria voor het toekennen en vaststellen van vereveningsbijdragen over latere jaren van belang zijn, worden zij (in het najaar van 2008) in het Besluit zorgverzekering opgenomen. In de Regeling 2009 worden deze criteria dus niet meer vermeld.

Vanaf 2008 loopt de financiering van de zogenaamde academische component al buiten zorgverzekeraars om via een subsidie, en niet meer via een vast bedrag per verzekerde. Dit vaste bedrag werd voor 2008 dan ook al op nihil gesteld. De bepalingen in het Besluit zorgverzekering en in de Regeling, die financiering via een vast bedrag per verzekerde mogelijk maakte, zijn daarmee overbodig geworden en komen te vervallen.

Verder is de Regeling op een groot aantal plaatsten tekstueel, en qua opmaak, gewijzigd. Zo is de terminologie in de Regeling gelijkgetrokken met die van het Besluit zorgverzekering. Dit geldt ook voor de indeling en de benaming van de verschillende hoofdstukken en paragrafen. Bepalingen zijn simpeler en helderder herschreven en de juridische aansluiting tussen de Regeling en het Besluit zorgverzekering is verbeterd. Uiteindelijk leidt dit tot een verbeterde leesbaarheid en een verhoogde juridische kwaliteit van de Regeling.

Daarnaast wordt de bepaling gewijzigd over de compensatie, die een zorgverzekeraar ontvangt voor iedere verzekerde van achttien jaar en ouder, die de zorgverzekeraar, ondanks een premie-achterstand, onder de dekking van de zorgverzekering houdt. Dit betreft de zogenaamde 'wanbetalers'.

In de wijzigingsregeling van 30 augustus 2007, Stcrt. 194, is deze 'compensatiepremie' in de Regeling zorgverzekering opgenomen. De eerste zes maanden dat de premie niet wordt betaald komen niet voor compensatie in aanmerking. De compensatie is gelijk aan een twaalfde van de nominale rekenpremie voor iedere maand dat de verzekerde, te rekenen vanaf het moment waarop hij eerder bedoelde achterstand heeft bereikt, niet heeft voldaan. De eventuele no-claimteruggave werd 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 werd in mindering gebracht op de premieschuld.

Met ingang van 1 januari 2008 is de no-claim vervangen door een verplicht eigen risico van € 150 per jaar. Het verplichte eigen risico geldt uitsluitend voor verzekerden van achttien jaar of ouder en heeft betrekking op alle – met uitzondering van enkele, zoals 'huisartsenhulp' – aanspraken onder de Zorgverzekeringswet, inclusief de GGZ.

Zorgverzekeraars Nederland heeft aangegeven dat de compensatiepremie voor wanbetalers in 2008 lager wordt dan in de jaren 2006 en 2007. Dit als gevolg van de vervanging van de no-claimteruggave door het verplicht eigen risico. Zorgverzekeraars vinden het niet acceptabel dat zij risico gaan lopen op het niet inbaar zijn van het eigen risico bij wanbetalers. In de meeste gevallen zal de zorgverzekeraar immers in eerste instantie volledige betaling verrichten aan de zorgaanbieder en vervolgens het eigen risico verhalen op de verzekerde. Gezien de populatie waar het hier om gaat, is de verwachting dat het eigen risico niet zal kunnen worden verhaald. Zorgverzekeraars hebben hier dus een punt. Om aan de bezwaren van zorgverzekeraars tegemoet te komen wordt ervoor gekozen om naast de rekenpremie, ook het verwachte gemiddelde eigen risico te compenseren (€109). Artikel I, onderdeel B, van onderhavige wijzigingsregeling geeft hieraan uitvoering. Compensatie van het gerealiseerde oninbare eigen risico acht ik uitvoeringstechnisch te belastend.

Deze verhoging van de compensatie betekent wel, dat de incasso-inspanningen van de zorgverzekeraars ook betrekking hebben op het innen van het eigen risico – voor een wanbetaler wordt het door de zorgverzekeraar voorgeschoten eigen risico opgeteld bij de schuld – en dat de opbrengst van de incasso op het eigen risico, net als de overige incasso-opbrengsten, in mindering wordt gebracht op de compensatie.

De uitvoering van de compensatie voor deze wanbetalers ligt bij het CVZ. Bij de uitvoering wordt er



van uitgegaan dat jaarlijks op een peilmoment de totale compensatie voor een zorgverzekeraar wordt vastgesteld, steeds over de gehele periode vanaf de start van de Zorgverzekeringswet per 1 januari 2006. Hierdoor kunnen zorgverzekeraars volstaan met een macro-opgave van het aantal wanbetalers en hun gemiddelde betalings-achterstand in maanden. Eventuele nabetalingen op openstaande premies of andere correcties worden jaarlijks 'automatisch' verrekend.

Voor de daadwerkelijke afrekeningen blijft het CVZ zoveel mogelijk aansluiten bij het afrekschema van de vereveningsbijdragen voor zorgverzekeraars. De methodiek heeft echter als consequentie dat de definitieve afrekening van de compensatie 2006 niet separaat in 2008 kan plaatsvinden, maar pas in 2009, omdat dan ook de positieve effecten van de eerste maanden bronheffing kunnen worden meegenomen. Dit zal zeer waarschijnlijk leiden tot minder wanbetalers dan waarmee in de voorlopige afrekeningen is rekening gehouden (omdat wanbetalers hun schuld 'moeten' inlossen), en dus tot minder compensatie. De compensatie voor de jaren 2006 tot en met 2008 wordt in 2009 definitief afgerekend. Kortom, het CVZ kent voor de gehele tijdelijke compensatieregeling drie afrekenmomenten die samenvallen met afrekenmomenten in het kader van de vereveningsbijdrage. Er wordt niet per jaar afgerekend, maar er vindt twee keer een voorlopige afrekening plaats (de eerste keer in 2007 over 2006, en de tweede keer in 2008 over 2007 en 2006, onder aftrek van de eerste voorlopige afrekening) en één keer een definitieve afrekening (in 2009 over 2008, 2007 en 2006, onder aftrek van de tweede voorlopige afrekening). Daarbij wordt steeds op een peilmoment bepaald wie er wanbetaler zijn, wat hun premieachterstand is over de periode vanaf 1 januari 2006 tot het peilmoment en hoe hoog vervolgens de compensatie is. Overigens vindt nog wel in 2010 een correctie plaats op de compensatie 2008, in verband met in 2009 ontvangen betalingen op premie-achterstanden die in 2008 zijn ontstaan, respectievelijk op kosten die in dat jaar voor de inning zijn gemaakt.

Om te grote administratieve lasten voor zorgverzekeraars te voorkomen is er voor gekozen de opgave van de definitief uitgeschreven verzekerden te beperken tot éénmaal. Het gaat hierbij om verzekerden met een betalingsachterstand die zijn overleden of zijn geëmigreerd. Hier is voor gekozen omdat de kans dat er alsnog betalingen plaatsvinden gering is, terwijl het actief houden van deze bestanden kosten met zich meebrengt. Concreet betekent dit dat de opgaven in 2006 en 2007 voor deze groep niet herhaald hoeft te worden in 2008; en de opgave 2008 niet in 2009.

Artikelsgewijs

Artikel I

Onderdeel A

In dit onderdeel wordt bepaald dat ook de kosten onder het verplicht eigen risico van belang zijn voor de risicoverevening. Omdat binnen de Zvw verzekerden in een aantal gevallen zelf een deel van de zorgkosten voor eigen rekening nemen, is geregeld dat deze kosten niet worden betrokken bij de risicoverevening. Een uitzondering wordt gemaakt op de eigen betalingen van verzekerden in geval van een vrijwillig eigen risico. Er moet echter ook een uitzondering worden gemaakt voor de eigen betalingen in geval van een verplicht eigen risico. In de risicoverevening moeten deze kosten betrokken worden. Op die manier wordt initieel bij de vereveningsbijdrage rekening gehouden met de kosten die in eerste instantie door een zorgverzekeraar worden gemaakt. Bij de bepaling van de uiteindelijke vereveningsbijdrage wordt normatief rekening gehouden met een financieringsverschuiving van zorgverzekeraar naar verzekerde voor kosten onder het verplicht eigen risico. Als de kosten onder het verplicht eigen risico niet van belang zijn voor de risicoverevening, dan wordt een zorgverzekeraar door de bepaling van de vereveningsbijdrage twee maal gecorrigeerd voor kosten onder het verplicht eigen risico.

Onderdeel B

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 vermeerderd met een twaalfde van de gemiddelde opbrengst van het verplicht eigen risico, vermenigvuldigd met het aantal maanden dat is verstreken vanaf de maand waarop het recht op de bijdrage is ontstaan. Om uitvoering van de ophoging van de compensatie met verplicht eigen risico rekening houdend met de huidige berekeningssystematiek van de compensatie, mogelijk te maken, is er voor gekozen de ophoging alleen toe te passen als er in 2008 ten minste zes maandpremies niet zijn betaald. Dit hangt



samen met de noodzaak om zes maandpremies, die voor risico van de zorgverzekeraar komen, van de betalingsachterstand af te trekken.

Voorwaarde voor het kunnen verkrijgen van de bijdrage, is dat de zorgverzekeraar voldoende inspanningen verricht om de verzekerde zijn premies alsnog te laten betalen (zie artikel 3.24 van het Besluit zorgverzekering). 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 zorgverzekeraar over het bijdragejaar nog weet te innen, worden op de compensatiebijdrage in dat jaar in mindering gebracht. Het gaat hierbij de verschuldigde nominale premie, het eigen risico, de wettelijke rente en de opgelegde incassokosten. Indien, derhalve, een bedrag ter hoogte van drie maanden nominale premie binnenkomt, worden deze bij de uiteindelijke vaststelling van het bijdragebedrag over het jaar 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 zorgverzekeraar 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 het jaar t +1 binnenkomen, voor de bijdrage over het jaar 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 het jaar t+1 binnengekomen bedragen.

Artikel II

Met dit artikel wordt een aantal wijzigingen doorgevoerd in de Regeling zorgverzekering, zoals die luidde voor het jaar 2008. Zo geeft dit onderdeel van de wijzigingsregeling weer welke middelen beschikbaar zijn voor het jaar 2009 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 2009, als het macro-prestatiebedrag 2009 vastgesteld. Het macro-prestatiebedrag wordt in 2009 verdeeld in vijf macro-deelbedragen:

- het macro-deelbedrag kosten van B-dbc's
- 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.

De verdeling van de vijf 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 2009 worden ex-post compensatiemechanismen toegepast. De bijdrage aan zorgverzekeraars wordt aangevuld met de bedragen genoemd in paragraaf 1.5 van hoofdstuk 3 in het Besluit zorgverzekering.

Onderstaand wordt per onderdeel nader op de wijzigingen ingegaan.

Onderdeel A

De titel van hoofdstuk 3 maakt duidelijk dat dit onderdeel van de wijzigingsregeling betrekking heeft op de vereveningsbijdragen voor het jaar 2009.



Artikel 3.1

In dit artikel wordt omschreven welke B-dbc's relevant zijn voor de risicoverevening.

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) 2009. 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 2009.

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, een financieringsverschuiving van een deel van de kosten van prestaties plaats van zorgverzekeraars naar verzekerden, als gevolg van het verplicht eigen risico (artikel 3.19 Besluit zorgverzekering).

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 2009 is bepaald op (afgerond) € 947. Bij de vaststelling van dit bedrag is rekening gehouden met het feit dat zorgverzekeraars naast hun nominale premie, ook nog inkomsten krijgen via hun verzekerden als gevolg van het verplichte eigen risico van € 155.

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 artikel 3.4, 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 2009 onderverdeeld in vijf onderscheiden macro-deelbedragen. Bij de onderverdeling van het macro-prestatiebedrag in deelbedragen is in principe aangesloten bij de sectorindeling in de Rijksbegroting 2009, 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 NZa 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 de NZa aan de hand van deze classificatie de budgetten van algemene, academische en categorale ziekenhuizen in een vast en een variabel deel. Op grond daarvan wordt ter dekking van deze vaste en variabele instellingsbudgetten eveneens een splitsing aangebracht in de in rekening gebrachte tarieven. In de toelichting bij artikel 3.15 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 NZa beschikbaar zijn gesteld over vaste en variabele kosten bij verschillende soorten ziekenhuizen en overige instellingen die ziekenhuisverpleging verzorgen.

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 circa € 270 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.

Artikel 3.3

De bedragen die geraamd worden als totale opbrengst van de nominale rekenpremie en van het verplicht eigen risico worden in dit artikel genoemd. De opbrengst per zorgverzekeraars wordt in mindering gebracht op het normatieve bedrag.

De berekening van deze opbrengsten per zorgverzekeraar ten behoeve van de toekenning van de vereveningsbijdrage is opgenomen in de artikelen 3.6 en 3.7 (artikel 3.10 van het Besluit zorg-



verzekering). Voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage gebeurt dit in de artikelen 3.20 en 3.21 (artikel 3.19 van het Besluit zorgverzekering).

Artikel 3.4

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 2009 ten laste van het Zorgverzekeringsfonds beschikbaar zijn. Het 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 3.5

De gewichten van de vereveningscriteria 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 bijlagen 4 en 5 blijkt voorts welke klassen van verzekerden worden gehanteerd bij de toepassing van de onderscheiden vereveningscriteria.

Het CVZ bepaalt het normatieve bedrag per zorgverzekeraar voor de kosten van B-dbc's, de 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 FKG's, Diagnose kostengroepen DKG's, aard van het inkomen, SES en regio. 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, SES, éénpersoonsadres en GGZ-regio. Voor de invulling van het criterium regio, zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering, 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 herschikkingen plaatsvinden op basis van de andere vereveningscriteria (FKG's, DKG's, aard van het inkomen, SES, regio, FKG psychische aandoeningen, éénpersoonsadres 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, SES, regio, FKG psychische aandoeningen, éénpersoonsadres en GGZ-regio. In aanvulling daarop kan over deze vereveningscriteria nog het volgende worden opgemerkt.

- 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. Om beter aan te sluiten bij de leeftijdsgrens van premiebetaling is de leeftijds-grens in de intervallen 15-19 en 20-24 jaar gewijzigd in 15-17 en 18-24 jaar.
- In 2009 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 2009 sprake van 13 clusters van aandoeningengroepen. De aandoeningengroepen zelf zijn klinisch homogeen, waarna vervolgens samenvoeging heeft plaatsgevonden op basis van kostenhomogeniteit. Alleen die diagnosegroepen zijn bij het DKG-criterium betrokken, waarvan door een groep van medische deskundigen is vastgesteld dat sprake is van eenduidige relatie met specifieke chronische aandoeningen. De prevalentie van DKG's wordt vastgesteld op basis van diagnose-informatie uit de dbc's.
- Bij het criterium aard van het inkomen worden vier categorieën onderscheiden, waarvoor uit statistisch onderzoek is gebleken dat er sprake is van een verschillend kostenniveau. Het gaat om:
 - arbeidsongeschikte verzekerden;
 - bijstandsgerechtigde verzekerden;
 - 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 samenloop van verschillende categorieën aard van het inkomen. De categorie 'overige uitkeringsgerechtigden', die bestond uit WW'ers, is als aparte categorie komen te vervallen, vanwege de instabiliteit van deze groep en de beperkte meerwaarde op de kwaliteit van het vereveningsmodel.

- Het criterium SES gaat uit van het gemiddelde inkomen per adres. Het inkomen 2009 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.
- Het criterium éénpersoonsadres 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 éénpersoonsadres is van toepassing op personen die als enige op een adres staan ingeschreven.
- Het criterium regio beoogt verschillen met betrekking tot zorgaanbod, sociaal-economische omstandigheden en resterende gezondheidsverschillen te meten, door viercijferige postcodes te clusteren op basis van een verklaringsmodel dat de verschillen verklaart, tussen het gemiddelde normatieve bedrag per verzekerde en de werkelijke gemiddelde kosten per verzekerde. Het verklaringsmodel 2009 houdt rekening met de opname van criterium SES (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 gaan het Besluit zorgverzekering en de Regeling uit van een andere naamgeving, namelijk GGZ-regio.

De gewichten van de criteria zijn geschat op basis van individuele kostencijfers van verzekerden uit 2006. 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 zorgverzekeraar, geen rekening wordt gehouden met de samenhang met de hogekostencompensatie. Pas bij de (ex post) vaststelling van de bijdrage wordt wel met deze samenhang rekening gehouden.

Artikel 3.6

In dit artikel wordt aangegeven hoe het CVZ de opbrengst van de nominale premie ten behoeve van de toekenning van de vereveningsbijdrage, berekent. Het bedrag worden in mindering gebracht op het normatieve bedrag per zorgverzekeraar.

De nominale rekenpremie per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald, wordt jaarlijks bepaald en in het eerste lid genoemd. Zorgverzekeringen van verzekerden jonger dan achttien jaar die niet premieplichtig zijn, worden daarom in de berekening buiten beschouwing gelaten. Dit geldt ook voor de zorgverzekeringen van verzekerden, waarvoor de Minister van Justitie in het kader van de uitvoering van een rechterlijke uitspraak verantwoordelijk is voor de verstrekking van geneeskundige zorg (artikel 24 Zvw). Om het juiste aantal zorgverzekeringen in de berekening buiten beschouwing te laten, wordt in het laatste geval gekeken naar het gemiddeld aantal verzekerden waarop artikel 24 Zvw van toepassing is (gedetineerden), dat een zorgverzekeraar per week heeft.

Artikel 3.7

In dit artikel wordt aangegeven hoe het CVZ de opbrengst van het verplicht eigen risico ten behoeve van de toekenning van de vereveningsbijdrage, berekent. Het bedrag worden in mindering gebracht op het normatieve bedrag per zorgverzekeraar.

Bij de bepaling van opbrengst van het verplicht eigen risico, wordt alleen rekening gehouden met verzekerden voor wie dit risico geldt. Dit zijn alleen de verzekerden van achttien jaar en ouder. Het aantal van deze verzekerden wordt geraamd. Evenals in artikel 3.6 wordt het gemiddeld aantal verzekerden waarop artikel 24 Zvw van toepassing is (gedetineerden) hierbij buiten beschouwing gelaten. De te verwachten opbrengst van het verplicht eigen risico voor een zorgverzekeraar is afhankelijk van de samenstelling van zijn verzekerdenportefeuille. Zo zullen naar verwachting zorgverzekeraars met een jonge, gezonde populatie minder opbrengst uit eigen risico genieten, dan zorgverzekeraars met een oude, ongezondere populatie. Op het moment dat hiermee in de risico-verevening 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, ongezondere populatie.

Deze overweging heeft geleid tot differentiëring in de normering van de bedragen die zorg-



verzekeraars van hun verzekerden ontvangen in het kader van het verplichte eigen risico. Differentiatie vindt in eerst instantie plaats op grond van het criterium 'Geen FKG'. Voor verzekerden, die niet voldoen aan dit criterium wordt uitgegaan van een eigen betaling van € 155, omdat blijkt dat vrijwel alle FKG'ers in ieder geval boven de kostendrempel van € 155 uitkomen. Voor de bepaling van de verlaging gaat het CVZ 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.

Artikel 3.8

Dit artikel 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 ontleen 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 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 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 3.9

In het eerste lid van dit artikel is aangegeven dat bij de herberekening van de bijdrage (ex post) bij de gewichten van de vereveningscriteria van het macro-deelbedrag kosten van B-dbc's, het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, en van het macro-deelbedrag overige prestaties, rekening wordt gehouden met de financiële gevolgen van de toepassing van specifieke hogekostencompensatie (geregeld in de artikelen 3.13, 3.14, 3.15 en 3.19). Het tweede lid bepaalt dat de herberekening van de bijdrage (ex post) bij het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige GGZ, wordt gebaseerd op de gewichten zoals genoemd in bijlage 5. Bij deze gewichten wordt geen rekening gehouden met de gevolgen van de hogekostencompensatie, omdat deze niet plaatsvindt. Het verschil tussen de werkelijke kosten van geneeskundige GGZ en het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige GGZ wordt immers voor 100 procent nagecalculeerd. 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 2009. 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 (vierde lid).

Artikel 3.10

Het eerste lid gaat in op de verzekerdenaantalcalculation: het CVZ herberekent het normatieve bedrag per zorgverzekeraar, en de onderliggende deelbedragen, op basis van de gewichten, en de gerealiseerde verzekerdenaantallen per klasse van de criteria.

Het tweede lid geeft aan dat bij de herberekening van het normatieve bedrag, het CVZ voor de criteria uitgaat van realisatiecijfers uit het jaar 2009 wat betreft de criteria leeftijd en geslacht, aard van het inkomen, SES, regio, éénpersoonshuishouden en GGZ-regio. Voor de criteria FKG's, FKG psychische aandoeningen en DKG's wordt gekeken naar realisatiecijfers over in het voorafgaande jaar 2008. 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. Dit sluit aan bij het concept achter FKG's en DKG's dat voorspelbare vervolgstapen dienen te worden gecompenseerd.



Artikel 3.11

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) kosten van B-dbc's
- 2) variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp;
- 3) vaste kosten van ziekenhuisverpleging;
- 4) kosten van geneeskundige GGZ;
- 5) 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 B-dbc's, variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp en vaste kosten van ziekenhuisverpleging aangemerkt.

Bij de tweede categorie wordt een onderscheid gemaakt tussen de gevallen waarin bekend is of het om kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp of kosten van verblijf zoals bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering gaat (onderdeel 1°), kosten van geneeskundige zorg die gericht is op herstel van een psychiatrische aandoening en, voor zover die zorg daarmee gepaard gaat, kosten van verblijf, (onderdeel 2°), kosten waarvan uit de specificatie blijkt dat het niet om kosten van prestaties gaat als bedoeld in de onderdelen 1° en 2° (onderdeel 3°) en gevallen waarin uit de specificatie niet blijkt om welke prestatie het gaat (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.

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 procent 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 vijf onderscheiden deelprestaties.

Alle bovengenoemde sleutels zijn gebaseerd op de verhouding van de relevante macro-deelbedragen in het macro-prestatiebedrag 2009.

Alle verrekende kosten buitenland zijn op reguliere wijze relevant voor de toepassing van hogekostencompensatie en nacalculatie. Enige uitzondering hierbij zijn de kosten van verzekerde prestaties die verzekerden buiten Nederland hebben gemaakt en die het CVZ op declaraties op kasbasis naar het werkelijke bedrag in 2009 vergoedt. Op grond van onderdeel d, e en f van artikel 3.13 wordt 30 procent van deze kosten, voor zover zij als kosten van B-dbc's of 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, meegenomen.

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 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 variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp. Hier wordt geregeld dat deze kosten via een sleutel – gerelateerd aan de kostenverhouding van de verschillende macro-deelbedragen binnen het macro-prestatiebedrag – worden toegewezen aan de verschillende binnen de risicoverevening gehanteerde deelbedragen.

In het derde lid wordt ingegaan op de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten' van de NZa 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 20 procent als kosten van B-dbc's, voor 60 procent als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, en voor 20 procent als vaste kosten van ziekenhuisverpleging aangemerkt.



Artikel 3.12

In dit artikel wordt bepaald dat ook de kosten onder het verplicht eigen risico van belang zijn voor de risicoverevening. Omdat binnen de Zvw verzekerden in een aantal gevallen zelf een deel van de zorgkosten voor eigen rekening nemen is geregeld dat deze kosten niet worden betrokken bij de risicoverevening. Een uitzondering wordt gemaakt op de eigen betalingen van verzekerden in geval van een vrijwillig eigen risico. Er moet echter ook een uitzondering worden gemaakt voor de eigen betalingen in geval van een verplicht eigen risico. In de risicoverevening moeten deze kosten onder het verplicht eigen risico betrokken worden. Op die manier wordt initieel bij de vereveningsbijdrage rekening gehouden met de kosten die in eerste instantie door een zorgverzekeraar worden gemaakt. Bij de bepaling van de uiteindelijke vereveningsbijdrage wordt normatief rekening gehouden met een financieringsverschuiving van zorgverzekeraar naar verzekerde voor kosten onder het verplicht eigen risico. Als de kosten onder het verplicht eigen risico niet van belang zijn voor de risicoverevening dan wordt een zorgverzekeraar door de bepaling van de vereveningsbijdrage twee maal gecorrigeerd voor kosten onder het verplicht eigen risico.

Artikel 3.13

Met betrekking tot het deelbedrag kosten van B-dbc's, het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en het deelbedrag kosten van overige prestaties vindt een hogekostencompensatie (HKC) plaats. Voor de toepassing is relevant de som van de kosten van B-dbc's, de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en de kosten van overige prestaties behorend per individuele verzekerde.

De HKC houdt in, dat 90 procent van de bovengenoemde kosten van individuele verzekerden, voor zover deze kosten het bedrag van € 20 000 op jaarbasis te boven gaan, betrokken wordt bij herberekening van de deelbedragen kosten van B-dbc's, het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en het deelbedrag kosten van overige prestaties. Daarbij splitst de zorgverzekeraar het voor de HKC relevante bedrag uit naar de drie onderscheiden clusters van prestaties. Daarbij gaat hij als volgt te werk. Per verzekerde wordt het relevante bedrag gesplitst in kosten van B-dbc's, variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, en kosten van overige prestaties, naar rato van de totalen van die kostensoorten van die verzekerde, en vervolgens sommeert de zorgverzekeraar de bedragen per cluster van prestaties. Deze bedragen worden aan het CVZ aangeleverd en door het CVZ over alle zorgverzekeraars gesommeerd. Vervolgens wordt door het CVZ voor de relevante clusters van prestaties een dekkingspercentage vastgesteld. Daarbij is de berekeningswijze zodanig dat – per cluster van prestaties – uitgegaan wordt van de som van de door de zorgverzekeraars aangeleverde relevante bedragen en de som van de desbetreffende deelbedragen. Bij de deelbedragen gaat het om de deelbedragen berekend op basis van voor HKC gecorrigeerde gewichten.

De feitelijke HKC vindt plaats door een bijstelling per zorgverzekeraar van de deelbedragen kosten B-dbc's, variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en kosten van overige prestaties. Bij deze bijstelling wordt per zorgverzekeraar per cluster van prestaties het door de zorgverzekeraar voor het desbetreffende cluster vastgestelde bedrag toegevoegd, en het deelbedrag vermenigvuldigd met het voor het desbetreffende cluster vastgestelde dekkingspercentage, in mindering gebracht.

Door bij de vaststelling van de gewichten mede te betrekken dat 90 procent van de kosten van verzekerden, voor zover deze de genoemde grens te boven gaan via de HKC gecompenseerd gaan worden, worden over- en ondercompensaties op bepaalde risicoklassen, die juist relatief vaak dan wel weinig bij HKC worden ingebracht, tegengegaan.

Artikel 3.14

Ter bepaling van het herberekende deelbedrag kosten van B-dbc's wordt hogekostencompensatie toegepast. Voor de wijze waarop dit gebeurt, wordt verwezen naar artikel 3.13. Vervolgens wordt er, ter bepaling van het berekende deelbedrag kosten van B-dbc's (ex post), nacalculatie ter grootte van 15 procent toegepast.

Artikel 3.15

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, en het tweede tot en met achtste van artikel 3.17, is gelegen in de artikelen 3.14 en 3.15 van het Besluit zorgverzekering.

Per 1 januari 2005 is gestart met dbc-financiering binnen de ziekenhuiszorg. Dbc's zijn opgebouwd uit een kosten- en een honorariumcomponent. Met de kostencomponent worden de kosten voor het ziekenhuis bedoeld. De indeling van deze 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, behalve de B-dbc's bedoeld in artikel 3.1. Deze vormen een apart macro-deelbedrag met een eigen vereveningsregime. 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 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 NZa 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 2009 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 2009 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 (zesde lid). Wat betreft de splitsing van de kosten van buitenlandse instellingen, geldt hetgeen is toegelicht bij artikel 3.11.

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

Ten slotte 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 40 procent (tiende lid) toegepast.

Artikel 3.16

In dit artikel is bepaald dat er nog sprake is van aanvullende nacalculatie op grond van een bandbreedteregeling. Achtergrond hiervan is de onzekerheid die bestaat bij de normering van het deelbedrag kosten van B-dbc's en het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp. Om de onzekerheid met betrekking tot deze deelbedragen te reduceren is besloten om naast het geldende nacalculatiepercentage van 15 procent voor het deelbedrag kosten van B-dbc's en 40 procent voor het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, extra nacalculatie toe te passen, wanneer het uiteindelijke absolute resultaat op de som van deze kosten, en na toepassing van ex post hogekostencompensatie en nacalculatie, buiten een bandbreedte van plus of minus € 22,50 per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald. Eventuele winsten of verliezen worden hiermee gedragen door verzekerden van 18 jaar en ouder, uitgezonderd de verzekerden, bedoeld in artikel 24 van de Zorgverzekeringswet. 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 procent nagecalculeerd, om nog in enige mate een prikkel tot kostenbeheersing te handhaven. Zorgverzekeraars dienen hiertoe na afloop van het jaar 2009 de kostengegevens van alle verzekerden met kosten die boven het genoemde bedrag uitstijgen, aan te melden bij het CVZ.

Artikel 3.17

Het eerste lid 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 2008. Volgens het eerste lid van artikel 3.15 worden de kosten van onderhandelbare dbc's vanaf 2008 geheel als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische 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 3.15.

Het achtste lid geeft aan dat de renteheffingstarieven niet meetellen bij de vaste kosten van ziekenhuisverpleging, net als zij niet meetellen bij de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp. In de toelichting bij artikel 3.15, dat gaat over deze laatste kosten, wordt aangegeven waarom deze tarieven buiten de risicoverevening worden gehouden.

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 3.18

Het verschil tussen de werkelijk gemaakt kosten voor geneeskundige GGZ en de normatieve bijdrage geneeskundige GGZ wordt voor 2009 volledig nagecalculeerd. Omdat er nog geen goede gegevens over het zorggebruik in de geneeskundige GGZ in de afgelopen jaren beschikbaar zijn, kan er geen adequaat functionerend risicovereveningsmodel zijn. Dit betekent dat de zorgverzekeraars geen risico lopen op dit macro-deelbedrag. Het is dan ook niet nodig om hogekostencompensatie toe te passen. Artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering biedt de mogelijkheid om in de Regeling te bepalen dat toepassing van dit compensatie-instrument achterwege kan blijven.

Artikel 3.19

Ter bepaling van het herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties wordt alleen hogekostencompensatie toegepast. Er is geen sprake van nacalculatie op de resultaten.

Artikel 3.20

In dit artikel gaat het om de herberekening van het normatief bedrag ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage. De berekeningwijze die hiervoor wordt gehanteerd komt overeen met die genoemd in artikel 3.6. Alleen wordt nu gerekend met het gerealiseerde aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moet worden betaald bij de zorgverzekeraar. De berekende opbrengst van de nominale premie wordt in mindering gebracht op het normatieve bedrag per zorgverzekeraar.



Artikel 3.21

In dit artikel gaat het om de herberekening van het normatief bedrag ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage. De berekeningwijze die hiervoor wordt gehanteerd komt overeen met die genoemd in artikel 3.7. Alleen wordt nu gerekend met het gerealiseerde aantal verzekerden. De berekende opbrengst van het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op het normatieve bedrag per zorgverzekeraar.

Artikel 3.22

Verzekerden jonger dan 18 jaar zijn geen nominale premie verschuldigd. Zorgverzekeraars hebben voor verzekerden jonger dan 18 jaar naast zorgkosten, echter ook beheerskosten (administratie, zorginkoop), waarvoor ze uit het Zorgverzekeringsfonds compensatie ontvangen. De vergoeding uit het Zorgverzekeringsfonds is voor 2009 op € 50 per verzekerde jonger dan 18 jaar vastgesteld. Dit bedrag is bepaald op basis van historische gegevens over beheerskosten, 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 3.23

In dit artikel wordt aangegeven hoe zorgverzekeraars worden gecompenseerd voor het onder de zorgverzekering houden van verzekerden van 18 jaar en ouder met premie-achterstand. Voor deze wanbetalers wordt de zorgverzekeraar over de eerste zes maanden dat de premie niet wordt betaald, niet gecompenseerd. De compensatie is gelijk aan een twaalfde van de nominale rekenpremie voor iedere maand dat de verzekerde, te rekenen vanaf het moment waarop hij de bedoelde achterstand heeft bereikt, niet heeft voldaan. Om aan de bezwaren van zorgverzekeraars tegemoet te komen wordt naast de rekenpremie ook het verwachte gemiddelde eigen risico gecompenseerd. Compensatie van het gerealiseerde oninbare eigen risico is uitvoeringstechnisch te belastend.

Deze verhoging van de compensatie betekent wel dat de incasso-inspanningen van de zorgverzekeraars ook betrekking hebben op het innen van het eigen risico – voor een wanbetaler wordt het door de zorgverzekeraar voorgeschoten eigen risico opgeteld bij de schuld – en dat de opbrengst van de incasso op het eigen risico, net als de overige incasso-opbrengsten, in mindering wordt gebracht op de compensatie. De uitvoering van de compensatie ligt bij het CVZ.

Voor de daadwerkelijke afrekeningen blijft het CVZ zoveel mogelijk aansluiten bij het afrekeningschema van de vereveningsbijdragen voor zorgverzekeraars. Daarbij wordt steeds op een peilmoment bepaald wie er wanbetaler zijn, wat hun premieachterstand is over de periode vanaf 1 januari 2006 tot het peilmoment, en hoe hoog vervolgens de compensatie is.

Artikel 3.24

In de beleidsregels van het CVZ is opgenomen hoe de uitbetaling van de vereveningsbijdrage aan de zorgverzekeraars geschiedt. Er wordt rekening gehouden met het betaalpatroon van zorgverzekeraars om er voor te zorgen dat hun uitgaven en inkomsten zoveel mogelijk op elkaar aansluiten.

Artikel 3.25

Voorwaarde voor het ontvangen van de in artikel 3.22 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 NZa zal de desbetreffende passages in het uitvoeringsverslag laten meewegen in zijn oordeel, of de zorgverzekeraar voldoende incasso-inspanningen heeft verricht.

Onderdeel B

In de bijlagen 4 en 6 zijn de normgewichten – respectievelijk zonder en met correctie voor de toepassing van hogekostencompensatie – behorende bij de deelbedragen kosten van B-dbc's, variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische zorg en de kosten van overige prestaties aangepast aan de situatie voor 2009. In bijlage 5 zijn de normgewichten behorende bij het deelbedrag kosten van geneeskundige GGZ toegevoegd. In bijlage 7 worden de gewichten genoemd die zijn bedoeld voor de berekening van de specifiek voor de zorgverzekeraar geraamde/genormeerde verplicht eigen risico opbrengst.



Artikel III

In dit onderdeel van de onderhavige wijzigingsregeling is expliciet bepaald dat de regels van het huidige hoofdstuk 3 voor het jaar 2008 nog gewoon van toepassing zijn. Indien nodig kunnen deze regels ook worden gewijzigd. In artikel I is van deze mogelijkheid gebruik gemaakt.

Artikel IV

Op grond van artikel 32, vierde lid, van de Zvw wordt vóór 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 2009 (van 1 januari 2009 tot en met 31 december 2009).

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