



Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 29 september 2009, nr. Z/F-2958935, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering ter zake van de vereveningsbijdrage voor zorgverzekeraars in het jaar 2010

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 32, vierde lid, en 38, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet en de artikelen 1, onderdelen g en x, 3.1, derde lid, 3.2, eerste 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 lid, 3.19, tweede lid, 3.22, tweede lid en 3.24 derde lid, van het Besluit zorgverzekering;

Besluit:

ARTIKEL I

De Regeling zorgverzekering wordt voor de vereveningsbijdrage over het jaar 2006 als volgt gewijzigd:

A

In artikel 3.4, eerste lid, wordt '€ 36,36' vervangen door: € 36,59.

ARTIKEL II

De Regeling zorgverzekering wordt voor de vereveningsbijdrage over het jaar 2007 als volgt gewijzigd:

A

Artikel 3.9 wordt als volgt gewijzigd:

1. Onder vernummering van het vierde tot en met het twaalfde lid in het vijfde tot en met dertiende lid, wordt een nieuw vierde lid ingevoegd, luidende:
 4. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de opbrengstresultaten in 2007 voor een door hem per instelling voor medisch specialistische zorg vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging.
2. In het vijfde lid (nieuw) wordt 'tweede en derde lid' vervangen door: tweede, derde en vierde lid.
3. In het elfde lid (nieuw) wordt 'negende lid' vervangen door: tiende lid.
4. In het twaalfde lid (nieuw) wordt 'eerste tot en met achtste lid' vervangen door 'eerste tot en met negende lid' en wordt 'tiende lid' vervangen door: elfde lid.
5. In het dertiende lid (nieuw) wordt 'elfde lid' vervangen door: twaalfde lid.

B

Artikel 3.10 wordt als volgt gewijzigd:

1. Onder vernummering van het zevende tot en met tiende lid in het negende tot en met twaalfde lid, worden een nieuw zevende en achtste lid ingevoegd, luidende:
 7. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de opbrengstresultaten in 2007 voor een door hem per instelling voor medisch specialistische zorg vast te stellen percentage aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.



8. Het percentage per instelling, bedoeld in het zevende lid (nieuw), is gelijk aan 100 minus het percentage, bedoeld in artikel 3.9, vierde lid.

2. In het twaalfde lid (nieuw) wordt 'tweede tot en met negende lid' vervangen door: tweede tot en met elfde lid.

ARTIKEL III

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

A

Artikel 3.9 wordt als volgt gewijzigd:

1. Onder vernummering van het vierde tot en met elfde lid tot vijfde tot en met twaalfde lid, wordt een nieuw vierde lid ingevoegd, luidende:

4. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de opbrengstresultaten in 2008 voor een door hem per instelling voor medisch specialistische zorg vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging.

2. In het vijfde lid (nieuw) wordt 'tweede en derde lid' vervangen door: tweede, derde en vierde lid.

3. In het elfde lid (nieuw) wordt 'eerste tot en met achtste lid' vervangen door 'eerste tot en met negende lid' en wordt 'negende lid' vervangen door: tiende lid.

4. In het twaalfde lid (nieuw) wordt 'tiende lid' vervangen door: elfde lid.

B

Artikel 3.10 wordt als volgt gewijzigd:

1. Onder vernummering van het zesde tot en met negende lid tot achtste en elfde lid worden een nieuw zesde en zevende lid ingevoegd, luidende:

6. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de opbrengstresultaten in 2008 voor een door hem per instelling voor medisch specialistische zorg vast te stellen percentage aan, als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

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

2. Onder vernummering van het tiende lid (nieuw) en elfde lid (nieuw) tot elfde en twaalfde lid wordt een nieuw tiende lid ingevoegd, luidende

10. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten van zorg die in 2007 door epilepsie-instellingen is gestart en doorloopt in 2008, en die niet op individuele basis wordt gedeclareerd, voor 100 procent aan als kosten van het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

3. In het twaalfde (nieuw) wordt 'tweede tot en met achtste' vervangen door: tweede tot en met elfde lid.

ARTIKEL IV

De Regeling zorgverzekering wordt voor de vereveningsbijdrage over het jaar 2009 als volgt gewijzigd:

A

Artikel 3.15 wordt als volgt gewijzigd:

1. Onder vernummering van het vierde tot en met tiende lid in vijfde tot en met elfde lid, wordt een nieuw vierde lid ingevoegd, luidende:

4. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de opbrengstresultaten in 2009 voor een door hem per instelling voor medisch



specialistische zorg vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging.

2. In het vijfde lid (nieuw) wordt 'tweede en derde lid' vervangen door: tweede, derde en vierde lid.

3. In het elfde lid (nieuw) wordt 'eerste tot en met achtste lid' vervangen door 'eerste tot en met negende lid' en wordt 'negende lid' vervangen door: tiende lid.

B

Artikel 3.17 wordt als volgt gewijzigd:

1. Onder vernummering van het zesde tot en met negende lid in zevende tot en met elfde lid, worden een nieuw zesde en zevende lid ingevoegd, luidende:

6. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de opbrengstresultaten in 2009 voor een door hem per instelling voor medisch specialistische zorg vast te stellen percentage aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
7. Het percentage per instelling, bedoeld in het zesde lid, is gelijk aan 100 minus het percentage, bedoeld in artikel 3.15, vierde lid.

2. In het elfde lid (nieuw) wordt 'tweede tot en met achtste lid' vervangen door: tweede tot en met tiende lid.

ARTIKEL V

De Regeling zorgverzekering wordt voor het jaar 2010 als volgt gewijzigd:

A

Hoofdstuk 3 komt te luiden:

HOOFDSTUK 3 BEPALINGEN OMTRENT DE VEREVENINGSBIJDRAGE 2010

§ 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-1068 'Samenstelling van het B-segment'.

Artikel 3.2

1. Het macro-prestatiebedrag voor het jaar 2010 bedraagt € 32 871,5 miljoen.
2. Het macro-prestatiebedrag is opgebouwd uit de volgende macro-deelbedragen:
 - a. het macro-deelbedrag kosten van B-dbc's ad € 5 551,1 miljoen;
 - b. het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp ad € 8 834,7 miljoen;
 - c. het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging ad € 3 130,2 miljoen;
 - d. het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg ad € 3 648,9 miljoen;
 - e. het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties ad € 11 706,5 miljoen.
3. Het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, bedoeld in het tweede lid, onderdeel d, wordt gesplitst in:
 - a. het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar ad € 533,0 miljoen;
 - b. het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder ad € 3 115,9 miljoen.

Artikel 3.3

1. De totale opbrengst van de nominale rekenpremie wordt voor het jaar 2010 geraamd op € 12 770,0 miljoen.



2. De totale opbrengst van het verplicht eigen risico wordt voor het jaar 2010 geraamd op € 1 548,4 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 2010, naast de middelen, bedoeld in § 1.5 van hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering, een bedrag van € 18 553,1 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

1. In het volgende lid wordt verstaan onder:
 - a. *kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel*: kosten per verzekerde van intramuraal en extramuraal gebruik van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in het voorafgaande jaar, die hoger zijn dan € 550;
 - b. *kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel*: kosten per verzekerde van intramuraal en extramuraal gebruik van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in het voorafgaande jaar, die hoger zijn dan € 2 750.
2. Aan de in artikel 3.7, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering, genoemde criteria worden eenmalig de volgende criteria toegevoegd: leeftijd onder achttien jaar, kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel en kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel.

Artikel 3.6

1. De gewichten en de klassen bedoeld in de artikelen 3.4, 3.5, 3.7 en 3.8 van het Besluit zorgverzekering met uitzondering van de gewichten van de klasse 'Geen kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel' van het criterium kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel en 'Geen kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel' van het criterium kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel, zijn vermeld in bijlagen 4 en 5 bij deze Regeling.
2. Het College zorgverzekeringen berekent het gewicht van de klasse 'Geen kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel' van het criterium kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel en 'Geen kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel' van het criterium kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel dusdanig, dat per criterium het gesommeerde resultaat van de vermenigvuldiging van de gewichten met het geraamde aantal verzekerden, per saldo totaal nul bedraagt.

Artikel 3.7

1. De nominale rekenpremie per jaar bedraagt € 983 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 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 bedoeld in artikel 24 van de Zorgverzekeringswet.

Artikel 3.8

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 het



geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder te verminderen met het geraamde aantal verzekerden bedoeld in artikel 24 van de Zorgverzekeringswet en het resultaat te vermenigvuldigen met de geraamde opbrengst van het verplicht eigen risico per verzekerde.

2. Het College zorgverzekeringen gaat voor de bepaling van de geraamde opbrengst per verzekerde, bedoeld in het eerste lid, 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', € 165 per verzekerde.

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

Artikel 3.9

1. Verzekerden die bij meer dan één zorgverzekeraar waren 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 waren ingeschreven, rekening houdend met de inschrijfduur per zorgverzekeraar.

Artikel 3.10

1. Ten behoeve van de herberekening van het normatieve bedrag voor 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 6A bij deze Regeling.
2. Ten behoeve van de herberekening van het normatieve bedrag voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage, worden de gewichten, bedoeld in artikel 3.7 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 psychische aandoeningen, aard van het inkomen, SES, éénpersoonsadres, kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel, kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel en GGZ-regio. De herleide gewichten met uitzondering van de gewichten van de klasse 'Geen kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel' van de criteria kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel en de klasse 'Geen kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel' van het criterium kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel, zijn vermeld in bijlage 6B bij deze Regeling.
3. Het College zorgverzekeringen berekent het gewicht van de klasse 'Geen kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel' van het criterium kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel en 'Geen kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel' van het criterium kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel dusdanig, dat per criterium het gesommeerde resultaat van de vermenigvuldiging van de gewichten met het gerealiseerde aantal verzekerden, per saldo totaal nul bedraagt.
4. Het College zorgverzekeringen herberekent de gewichten, bedoeld in het eerste, tweede en derde lid, nader door deze per macro-deelbedrag te vermenigvuldigen met de verhouding tussen de gerealiseerde kosten per cluster van prestaties over alle zorgverzekeraars en het bijbehorende herberekende macro-deelbedrag over alle zorgverzekeraars op basis van het eerste lid.

Artikel 3.11

1. Het College zorgverzekeringen herberekent het normatieve bedrag per zorgverzekeraar en de onderliggende deelbedragen op basis van de herberekende gewichten, bedoeld in artikel 3.10,



vierde lid, en de gerealiseerde verzekerdenaantallen per klasse van de criteria.

2. Het College zorgverzekeringen gaat bij de herberekening van het normatieve bedrag uit van de realisatiecijfers van de volgende jaren:
 - a. 2009: voor de criteria FKG's, FKG's psychische aandoeningen, DKG's, kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel en kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel;
 - b. 2010: voor de criteria leeftijd en geslacht, aard van het inkomen, SES, regio, éénpersoonsadres, GGZ-regio en leeftijd onder achttien jaar.

Artikel 3.12

1. Het College zorgverzekeringen merkt kosten van prestaties die overeenstemmen met de prestaties waarop de Zorgverzekeringswet recht geeft en die verzekerden buiten Nederland hebben gemaakt, en die zodanig zijn gespecificeerd, dat:
 - a. 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 b –, ofwel als kosten van verblijf als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering – met uitzondering van de kosten, bedoeld in subonderdeel b – voor 30 procent aan als kosten van B-dbc's, voor 50 procent aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en voor 20 procent aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging;
 - b. 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, voor 20 procent aan als kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar en voor 80 procent aan als kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder;
 - c. uit de specificatie blijkt dat zij niet gelden als kosten als bedoeld onder a of b, voor 100 procent aan als kosten van overige prestaties.
2. Het College zorgverzekeringen merkt kosten van prestaties die door verzekerden onder de Zorgverzekeringswet gemaakt zijn in het buitenland met toepassing van een bepaling van de Verordening (EEG) nr 1408/71 inzake sociale zekerheid dan wel met toepassing van een bepaling in het Verdrag betreffende de sociale zekerheid van Rijnvaardenden, voor 15 procent aan als kosten van B-dbc's, voor 30 procent aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, voor 10 procent aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging, voor 10 procent aan als kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder, en voor 35 procent aan als kosten van overige prestaties.
3. Het College zorgverzekeringen merkt kosten van prestaties die overeenstemmen met de prestaties waarop de Zorgverzekeringswet recht geeft en waarop de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' van de Nederlandse Zorgautoriteit van toepassing is, of waarop de door de Nederlandse Zorgautoriteit nog vast te stellen beleidsregel voor keten-dbc's als COPD, diabetes, hartfalen en cardiovasculair risicomanagement van toepassing is, voor 100 procent aan als kosten van overige prestaties.
4. Het College zorgverzekeringen merkt kHet College van zorgverzekeringen merkt kosten van verpleging in de thuissituatie, die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg, voor 100 procent aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.

Artikel 3.13

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 van verzekerden jonger dan achttien jaar, de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van verzekerden van achttien jaar en ouder, 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 of vrijwillig eigen risico.

Artikel 3.14

1. Indien het College zorgverzekeringen op het deelbedrag kosten van B-dbc's, op het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, of 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 en de kosten van overige prestaties, voor zover deze kosten samen het bedrag van € 22 500 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 berekende 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 5 procent toegevoegd van de kosten van verzekerde prestaties die verzekerden van de zorgverzekeraar buiten Nederland hebben gemaakt en die het College zorgverzekeringen op basis van declaraties op kasbasis naar het werkelijke bedrag in 2010 vergoedt, voor zover zij ingevolge artikel 3.12, 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 15 procent toegevoegd van de kosten van verzekerde prestaties die verzekerden van de zorgverzekeraar buiten Nederland hebben gemaakt en die het College zorgverzekeringen op basis van declaraties op kasbasis naar het werkelijke bedrag in 2010 vergoedt, voor zover zij ingevolge artikel 3.12, 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 van de zorgverzekeraar buiten Nederland hebben gemaakt en die het College zorgverzekeringen op basis van declaraties op kasbasis naar het werkelijke bedrag in 2010 vergoedt, voor zover zij ingevolge artikel 3.12, 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 samen en de som van de herberekende deelbedragen van alle zorgverzekeraars samen, 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.
2. Indien het College zorgverzekeringen op het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder, hogekostencompensatie toepast, geschiedt dit als volgt:
- a. 100 procent van de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, voor zover deze kosten het bedrag van € 10 000 per verzekerde op jaarbasis overschrijden, wordt betrokken bij herberekening van het deelbedrag kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van verzekerden van achttien jaar en ouder;
 - b. vervolgens worden de uitkomsten uit onderdeel a per zorgverzekeraar gesommeerd;
 - c. aan de ingevolge onderdeel b gesommeerde kosten wordt per zorgverzekeraar 40 procent toegevoegd van de kosten van verzekerde prestaties die verzekerden van de zorgverzekeraar buiten Nederland hebben gemaakt en die het College zorgverzekeringen op basis van declaraties op kasbasis naar het werkelijke bedrag in 2010 vergoedt, voor zover zij ingevolge artikel 3.12, eerste lid, als kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van verzekerden van achttien jaar en ouder zijn aangemerkt;
 - d. daarna wordt het percentage berekend dat voortvloeit uit de verhouding tussen de som van de uitkomsten van onderdeel c van alle zorgverzekeraars samen en het herberekende deelbedrag kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder van alle zorgverzekeraars samen, en dit percentage wordt toegepast op het corresponderende deelbedrag van een zorgverzekeraar;
 - e. ten slotte wordt het deelbedrag per zorgverzekeraar herberekend door hierbij het resultaat van onderdeel c op te tellen en vervolgens te verminderen met het resultaat van onderdeel d.



Artikel 3.15

Het College zorgverzekeringen past overeenkomstig artikel 3.14 hogekostencompensatie toe op het deelbedrag kosten van B-dbc's.

Artikel 3.16

1. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbc-tarieven in algemene en academische ziekenhuizen, alsmede van het Oogziekenhuis, voor een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
2. Het College zorgverzekeringen merkt 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, voor een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
3. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de opbrengstresultaten in 2010 voor een door hem per instelling voor medisch specialistische zorg vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging.
4. Het College zorgverzekeringen bepaalt per ziekenhuis het percentage, bedoeld in het eerste tot en met het derde lid, op basis van door de Nederlandse Zorgautoriteit te verschaffen gegevens.
5. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbc-tarieven van instellingen dan wel zorgverleners, die niet bedoeld zijn in het eerste of tweede lid, voor 75 procent aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
6. Het College zorgverzekeringen merkt 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, 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 niet-onderhandelbare dbc's en eventuele overige declaraties van vrijgevestigde specialisten voor 100 procent aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, met uitzondering van de honorariumcomponent van overige trajecten en verrichtingen en van ondersteunende en overige producten, waarvoor een percentage van 75 wordt aangehouden,
9. Het College zorgverzekeringen past overeenkomstig artikel 3.14 hogekostencompensatie toe op het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
10. Het College zorgverzekeringen calculeert 30 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 variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp na toepassing van het negende lid anderzijds.

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 2009.
2. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbc-tarieven in algemene en academische ziekenhuizen, alsmede van het Oogziekenhuis, voor 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 3.16, eerste lid.
4. Het College zorgverzekeringen merkt 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, voor 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 3.16, tweede lid.
6. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de opbrengstresultaten in 2010 voor een door hem per instelling voor medisch specialistische zorg vast te stellen percentage aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
7. Het percentage per instelling, bedoeld in het zesde lid, is gelijk aan 100 minus het percentage, bedoeld in artikel 3.16, derde lid.
8. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbctarieven van instellingen, dan wel zorgverleners, die niet bedoeld zijn in het tweede, vierde of zesde lid, voor 25 procent aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
9. Het College zorgverzekeringen merkt 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, 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 wordt aangehouden.
10. Het College zorgverzekeringen betreft de renteheffingstarieven niet bij de vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
11. Het College zorgverzekeringen calculeert 100 procent na op het verschil tussen de vaste kosten van ziekenhuisverpleging, vastgesteld ingevolge het tweede tot en met tiende 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 gerealiseerde kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar en het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar.

Artikel 3.19

Het College zorgverzekeringen past overeenkomstig artikel 3.14 hoge-kostencompensatie toe op het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder.

Artikel 3.20

Het College zorgverzekeringen past overeenkomstig artikel 3.14 hoge-kostencompensatie toe op het deelbedrag kosten van overige prestaties.

Artikel 3.21

1. Indien het resultaat van een zorgverzekeraar van de som van de kosten van B-dbc's en de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp na toepassing van artikel 3.15 en artikel 3.16, negende lid, per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald, bedoeld in artikel 3.7, derde lid, meer dan € 22,50 afwijkt van € 0, worden de buiten



bedoelde bandbreedte liggende meer- of minderkosten voor 90 procent nagecalculeerd.

2. Indien het resultaat van een zorgverzekeraar van de som van de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder na toepassing van artikel 3.19, per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald, bedoeld in artikel 3.7, derde lid, meer dan € 7,50 afwijkt van € 0, worden de buiten bedoelde bandbreedte liggende meer- of minderkosten voor 100 procent nagecalculeerd.

Artikel 3.22

1. De opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in artikel 3.19, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, wordt berekend overeenkomstig artikel 3.7, met dien verstande, dat wordt uitgegaan van het gerealiseerde aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moet worden betaald bij de zorgverzekeraar.
2. De opbrengst van het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 3.19, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, wordt berekend overeenkomstig artikel 3.8, met dien verstande, dat wordt uitgegaan van de gerealiseerde aantallen verzekerden.

§ 4. Aanvullingen op de vereveningsbijdrage aan een zorgverzekeraar

Artikel 3.23

1. 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.
2. In afwijking van het eerste lid is de bijdrage vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin het College zorgverzekeringen op aanvraag van een zorgverzekeraar heeft vastgesteld dat deze in staat is te voldoen aan het gestelde bij de artikelen 18a, 18b en 18c van de Zorgverzekeringswet, gelijk aan de standaardpremie, bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag, 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 3.24

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

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

Artikel 3.25

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 3.26

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 komt te luiden:

BIJLAGE 4

Bijlage horende bij artikel 3.6 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 B 4.1: 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 jaar	139,01	101,22	1.994,91	1.698,92	696,08	619,66
1-4 jaar	196,16	155,42	413,62	349,54	561,31	513,95
5-9 jaar	139,94	131,66	340,17	293,91	632,45	574,20
10-14 jaar	94,30	97,79	329,77	306,60	590,58	592,24
15-17 jaar	109,66	133,32	356,53	367,72	593,17	659,40
18-24 jaar	114,27	247,13	348,75	387,51	492,36	653,89
25-29 jaar	134,62	549,31	341,20	431,73	439,11	844,07
30-34 jaar	153,21	612,21	348,68	462,09	454,02	880,76
35-39 jaar	171,05	406,78	364,42	460,38	484,35	698,24
40-44 jaar	194,09	269,27	401,53	457,04	510,78	595,48
45-49 jaar	230,27	290,87	458,37	500,42	564,33	653,68
50-54 jaar	286,62	351,50	542,45	544,53	611,84	708,81
55-59 jaar	374,64	413,05	668,93	590,20	706,46	787,98
60-64 jaar	446,06	474,50	755,69	627,78	747,99	845,23
65-69 jaar	579,74	598,47	964,66	704,46	914,77	965,95
70-74 jaar	742,69	743,69	1.161,54	780,59	1.024,70	1.073,19
75-79 jaar	897,27	866,32	1.290,33	839,79	1.142,43	1.208,30
80-84 jaar	903,83	827,28	1.170,93	820,44	1.293,32	1.358,22
85-89 jaar	878,57	676,47	1.080,65	816,66	1.478,86	1.541,20
90+ jaar	700,69	449,51	1.069,94	750,36	1.736,15	1.778,74

Tabel B 4.2: 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
Geen FKG	-48,34	-75,79	-225,29
Glaucoom	170,99	-26,65	237,01
Schildklierandoeningen	58,24	137,08	143,09
Antipsychotica, Alzheimer en verslaving	-173,27	-37,89	1.396,05
Antidepressiva	22,11	91,94	410,97
Hoog cholesterol	115,17	99,74	341,22
Diabetes IIb (laag intensief)	135,14	98,95	479,59

FKG's	Kosten van B-dbc's	Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Kosten van overige prestaties
COPD/zware astma	67,60	918,92	1.518,22
astma	46,17	236,69	633,83
Diabetes IIa (hoog intensief)	284,86	149,77	802,86
Epilepsie	-41,21	570,13	949,58
Ziekte van Crohn/colitus ulcerosa	737,28	126,13	612,63
Hartaandoeningen	540,18	875,98	895,55
Reuma: TNF α -blokkers	932,08	704,23	14.654,51
Reuma: overige middelen	748,98	344,23	1.327,06
Parkinson	-16,44	549,20	3.295,22
Diabetes I	852,06	387,30	2.406,88
Transplantaties	440,35	606,55	2.609,81
Cystic fibrosis/pancreas aandoeningen	-28,06	1.953,44	6.451,54
Aandoeningen van hersenen en ruggenmerg	-181,13	1.091,18	9.307,24
Kanker	15,75	2.382,07	7.453,77
HIV/AIDS	-96,12	1.743,24	11.237,76
Nieraandoeningen	370,04	6.503,94	4.512,39
Groeihormonen	-97,75	1.090,38	19.354,57

Tabel B 4.3: 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	-21,76	-77,44	-32,15
1	951,37	406,25	537,71
2	796,52	1.004,14	599,87
3	612,01	1.449,79	803,67
4	572,41	2.084,21	1.425,11
5	1.395,39	2.150,82	1.172,49
6	1.521,35	2.397,11	1.242,53
7	870,03	3.779,86	1.756,91
8	448,93	3.941,72	2.355,66
9	951,98	3.565,55	3.413,40
10	96,81	6.531,84	2.628,44
11	1.991,01	5.217,91	4.523,02
12	689,54	8.145,15	5.702,10
13	674,49	53.143,19	5.580,06

Tabel B 4.4: 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			
18-34 jaar	13,90	410,27	474,59
35-44 jaar	85,86	398,49	552,55
45-54 jaar	148,41	369,19	526,67
55-64 jaar	149,21	262,74	375,37
Bijstandsgerechtigden			
18-34 jaar	44,75	122,68	36,00
35-44 jaar	9,39	118,42	128,30
45-54 jaar	8,67	138,65	181,67
55-64 jaar	-9,41	139,42	131,14
Zelfstandigen			
18-34 jaar	-33,98	-33,39	-50,08
35-44 jaar	-35,11	-59,54	-68,08
45-54 jaar	-54,14	-81,11	-97,85

	Kosten van B-dbc's	Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Kosten van overige prestaties
55-64 jaar	-65,63	-123,29	-134,02
Referentiegroep			
0-17 jaar	0,00	0,00	0,00
18-34 jaar	0,08	-14,90	-14,60
35-44 jaar	-1,35	-20,58	-28,81
45-54 jaar	-9,68	-34,64	-50,68
55-64 jaar	-25,45	-51,07	-74,10
65+ jaar	0,00	0,00	0,00

Tabel B 4.5: 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	16,04	40,49	10,19
2	9,32	18,21	7,49
3	9,73	17,68	5,62
4	7,42	11,89	5,11
5	-0,38	5,57	6,92
6	-0,51	-7,25	-0,02
7	-5,09	-4,61	1,77
8	-9,54	-17,31	-4,87
9	-8,91	-27,43	-10,18
10	-18,59	-38,69	-22,89

Tabel B 4.6: 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			
0-17 jaar	1,88	11,50	14,49
18-64 jaar	-75,41	82,68	-105,04
65+ jaar	-255,64	49,62	559,78
SES 1 (laag)			
0-17 jaar	1,88	11,50	14,49
18-64 jaar	30,06	20,32	31,43
65+ jaar	89,78	181,16	155,03
SES 2 (midden)			
0-17 jaar	-0,02	-9,98	-8,76
18-64 jaar	15,43	1,31	19,48
65+ jaar	-5,56	-47,89	-42,97
SES 3 (hoog)			
0-17 jaar	-7,23	-13,65	-28,98
18-64 jaar	-36,10	-17,11	-40,83
65+ jaar	-33,67	-71,28	-117,74

Bijlage 5 komt te luiden:

BIJLAGE 5

GGZ Bijlage horende bij artikel 3.6 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.

Tabel B 5.1: Gewichten voor het criterium leeftijd onder achttien jaar (in euro's per verzekerde)

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden jonger dan achttien jaar	
Wel	153,47
Niet	0,00

Tabel B 5.2: Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's p per verzekerde)

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder		
	Mannen	Vrouwen
18-24 jaar	265,77	278,26
25-29 jaar	290,60	251,92
30-34 jaar	281,83	251,92
35-39 jaar	286,13	245,81
40-44 jaar	263,57	245,81
45-49 jaar	261,56	237,10
50-54 jaar	237,10	237,10
55-59 jaar	215,93	215,93
60-64 jaar	215,93	215,93
65-69 jaar	198,40	209,39
70-74 jaar	195,25	197,09
75-79 jaar	208,93	185,76
80-84 jaar	193,28	185,76
85-89 jaar	185,76	185,76
90+ jaar	185,76	185,76

Tabel B 5.3: Gewichten voor het criterium GGZ-regio (in euro's per verzekerde)

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder	
GGZ-regio	
1	56,23
2	11,83
3	10,62
4	-7,26
5	-11,52
6	-11,52
7	-11,52
8	-11,52
9	-11,52
10	-11,52

Tabel B 5.4: Gewichten voor het criterium FKG psychische aandoeningen (> 180 standaarddoseringen per jaar; in euro's per verzekerde)

Kosten van geneeskundige GGZ verzekerden van achttien jaar en ouder	
FKG's	
Geen FKG psychische aandoeningen	-34,35
FKG psychische aandoeningen	747,92

Tabel B 5.5: Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde)

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder	
Arbeidsongeschikten	
18-34 jaar	1.204,62
35-44 jaar	565,53
45-54 jaar	269,57
55-64 jaar	53,71
Bijstandsgerechtigden	
18-34 jaar	512,98
35-44 jaar	406,87
45-54 jaar	250,07
55-64 jaar	56,79
Zelfstandigen	
18-34 jaar	-48,92
35-44 jaar	-42,81
45-54 jaar	-34,10
55-64 jaar	-12,93

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder	
Referentiegroep	
18-34 jaar	-48,92
35-44 jaar	-42,81
45-54 jaar	-34,10
55-64 jaar	-12,93
65+ jaar	0,00

Tabel B 5.6: Gewichten voor het criterium sociaaleconomische status (in euro's per verzekerde)

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder	
SES > 15 bewoners	
18-64 jaar	2.507,50
65+ jaar	375,85
SES 1 (laag)	
18-64 jaar	-9,33
65+ jaar	0,67
SES 2 (midden)	
18-64 jaar	-3,65
65+ jaar	-16,37
SES 3 (hoog)	
18-64 jaar	-33,61
65+ jaar	-16,37

Tabel B 5.7: Gewichten voor het criterium eenpersoonsadres (in euro's per verzekerde)

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder	
Niet	-19,67
Wel	86,86

Tabel B 5.8: Gewichten voor het criterium kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel (in euro's per verzekerde)

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder	
Niet	Zie artikel 3.6, tweede lid
Wel	853,99

Tabel B 5.9: Gewichten voor het criterium kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel (in euro's per verzekerde)

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder	
Niet	Zie artikel 3.6, tweede lid
Wel	4.069,83

Bijlage 6 wordt vervangen door bijlage 6A en bijlage 6B

BIJLAGE 6A

Bijlage horende bij artikel 3.10 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 B 6A.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 jaar	134,42	96,31	1.912,52	1.633,12	677,40	603,09
1-4 jaar	196,40	153,95	400,65	336,72	553,23	507,29
5-9 jaar	137,92	129,30	322,03	282,74	631,84	571,97

	Kosten van B-dbc's		Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp		Kosten van overige prestaties	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
10-14 jaar	90,35	93,90	312,79	294,67	585,96	582,65
15-17 jaar	106,45	130,91	336,54	357,60	586,23	656,92
18-24 jaar	111,62	250,15	326,59	385,85	481,42	651,06
25-29 jaar	132,71	565,04	323,15	437,54	433,11	847,90
30-34 jaar	152,38	629,38	327,87	471,07	451,38	883,38
35-39 jaar	170,38	414,30	350,69	468,85	477,29	695,36
40-44 jaar	194,07	268,16	381,80	461,35	502,04	588,93
45-49 jaar	229,99	287,57	439,75	504,47	555,78	647,50
50-54 jaar	285,95	348,80	517,12	548,18	609,88	709,97
55-59 jaar	374,05	411,21	642,13	590,04	705,76	791,34
60-64 jaar	442,45	474,23	736,49	632,27	749,05	849,26
65-69 jaar	570,08	598,60	954,93	723,70	914,95	971,27
70-74 jaar	725,67	748,86	1.163,21	822,00	1.028,53	1.086,35
75-79 jaar	877,44	874,62	1.319,02	909,68	1.157,72	1.233,12
80-84 jaar	900,29	837,49	1.302,03	952,10	1.332,69	1.402,18
85-89 jaar	887,49	698,39	1.311,76	992,78	1.537,34	1.602,30
90+ jaar	721,84	472,58	1.295,65	928,39	1.808,24	1.850,75

Tabel B 6A.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
Geen FKG	-45,96	-73,22	-221,50
Glaucoom	184,00	-6,95	248,89
Schildklier-aandoeningen	59,38	160,24	140,56
Antipsychotica, Alzheimer en verslaving	-169,95	-6,71	1.439,22
Antidepressiva	22,40	112,30	424,02
Hoog cholesterol	117,70	116,48	359,49
Diabetes IIb (laag intensief)	135,67	114,23	497,32
COPD/zware astma	57,84	967,46	1.506,51
astma	47,22	269,09	644,30
Diabetes IIa (hoog intensief)	273,02	187,99	829,71
Epilepsie	-37,41	557,69	953,39
Ziekte van Crohn/colitus ulcerosa	750,62	64,50	655,04
Hartaandoeningen	491,18	751,50	852,40
Reuma: TNF α -blokkers	740,55	656,18	14.130,12
Reuma: overige middelen	738,74	386,05	1.327,07
Parkinson	-26,58	640,85	3.140,94
Diabetes I	814,40	333,01	2.410,32
Transplantaties	426,97	941,15	2.543,24
Cystic fibrosis/pancreas aandoeningen	-51,78	1.434,16	4.863,70
Aandoeningen van hersenen en ruggenmerg	-214,52	995,26	9.108,90
Kanker	-64,65	2.384,43	5.322,35
HIV/AIDS	-121,77	1.411,53	11.177,44
Nieraandoeningen	120,88	2.932,01	3.283,24
Groeihormonen	-109,19	834,31	15.848,77

Tabel B 6A.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	-18,82	-53,79	-27,03
1	935,82	449,41	543,58
2	764,44	1.032,23	583,92

DKG's	Kosten van B-dbc's	Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Kosten van overige prestaties
3	575,97	1.389,25	771,45
4	507,61	2.039,23	1.340,66
5	1.196,03	2.331,82	1.347,72
6	1.260,33	2.146,89	1.111,25
7	739,60	3.527,38	1.613,11
8	307,20	3.511,11	2.096,51
9	749,97	3.191,75	2.700,47
10	73,96	5.636,39	2.426,89
11	1.568,68	5.212,65	4.172,68
12	515,33	5.647,02	3.885,46
13	-149,26	19.333,55	1.156,06

Tabel B 6A.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			
18-34 jaar	13,34	339,77	421,61
35-44 jaar	85,18	345,49	517,97
45-54 jaar	140,59	326,50	500,99
55-64 jaar	140,50	242,61	355,66
Bijstandsgerechtigden			
18-34 jaar	47,17	123,83	36,93
35-44 jaar	8,63	128,90	129,39
45-54 jaar	8,11	149,08	172,32
55-64 jaar	-13,50	114,21	115,29
Zelfstandigen			
18-34 jaar	-34,79	-28,29	-49,77
35-44 jaar	-35,78	-53,17	-68,15
45-54 jaar	-55,44	-79,55	-102,23
55-64 jaar	-66,26	-109,68	-134,09
Referentiegroep			
0-17 jaar	0,00	0,00	0,00
18-34 jaar	0,08	-12,76	-12,86
35-44 jaar	-1,21	-18,65	-26,85
45-54 jaar	-8,72	-30,88	-47,20
55-64 jaar	-23,31	-46,92	-69,08
65+ jaar	0,00	0,00	0,00

Tabel B6A.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	16,41	43,87	9,73
2	9,78	21,67	8,76
3	9,41	18,78	5,63
4	7,85	12,62	5,41
5	-0,31	5,33	6,79
6	-0,93	-5,59	0,83
7	-5,06	-6,79	0,72
8	-9,78	-19,24	-5,17
9	-9,63	-30,07	-10,28
10	-18,27	-42,13	-23,27

Tabel B 6A.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			
0-17 jaar	2,00	9,53	14,47
18-64 jaar	-79,66	92,42	-95,56
65+ jaar	-268,66	67,91	571,34
SES 1 (laag)			
0-17 jaar	2,00	9,53	14,47
18-64 jaar	30,56	17,87	33,82
65+ jaar	83,47	179,00	154,69
SES 2 (midden)			
0-17 jaar	-0,04	-8,30	-8,12
18-64 jaar	15,90	1,87	20,06
65+ jaar	-4,10	-46,19	-40,94
SES 3 (hoog)			
0-17 jaar	-7,60	-11,21	-30,90
18-64 jaar	-36,87	-16,15	-43,28
65+ jaar	-29,54	-74,55	-122,26

BIJLAGE 6B

GGZ Bijlage horende bij artikel 3.10 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 B 6B.1: Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder		
	Mannen	Vrouwen
18-24 jaar	252,22	287,15
25-29 jaar	268,42	275,77
30-34 jaar	270,40	263,34
35-39 jaar	289,07	276,34
40-44 jaar	276,45	270,06
45-49 jaar	270,92	262,74
50-54 jaar	236,05	236,05
55-59 jaar	206,50	206,50
60-64 jaar	206,50	206,50
65-69 jaar	178,23	178,23
70-74 jaar	178,23	178,23
75-79 jaar	189,07	178,23
80-84 jaar	196,47	178,23
85-89 jaar	178,47	178,23
90+ jaar	178,23	178,23

Tabel B 6B.2: Gewichten voor het criterium GGZ-regio (in euro's per verzekerde)

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder	
GGZ-regio	
1	50,01
2	28,14
3	28,81
4	3,80
5	-9,34
6	-19,71
7	-19,71
8	-19,71



Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder	
GGZ-regio	
9	-19,71
10	-19,71

Tabel B 6B.3: Gewichten voor het criterium FKG psychische aandoeningen (> 180 standaarddagdoseringen per jaar; in euro's per verzekerde)

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder	
FKG's	
Geen FKG psychische aandoeningen	-34,40
FKG psychische aandoeningen	749,13

Tabel B 6B.4: Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde)

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder	
Arbeidsongeschikten	
18-34 jaar	839,82
35-44 jaar	569,02
45-54 jaar	293,19
55-64 jaar	35,69
Bijstandsgerechtigden	
18-34 jaar	523,42
35-44 jaar	483,58
45-54 jaar	325,45
55-64 jaar	60,41
Zelfstandigen	
18-34 jaar	-55,23
35-44 jaar	-73,08
45-54 jaar	-39,07
55-64 jaar	-9,52
Referentiegroep	
18-34 jaar	-36,55
35-44 jaar	-42,52
45-54 jaar	-39,07
55-64 jaar	-9,52
65+ jaar	0,00

Tabel B 6B.5: Gewichten voor het criterium sociaaleconomische status (in euro's per verzekerde)

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder	
SES > 15 bewoners	
18-64 jaar	739,04
65+ jaar	168,34
SES 1 (laag)	
18-64 jaar	5,89
65+ jaar	8,08
SES 2 (midden)	
18-64 jaar	10,70
65+ jaar	-9,67
SES 3 (hoog)	
18-64 jaar	-28,42
65+ jaar	-9,67

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

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder	
Niet	-18,53
Wel	81,82



Tabel B 6B.7: Gewichten voor het criterium kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel (in euro's per verzekerde)

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder	
Niet	Zie artikel 3.10, derde lid
Wel	1.063,50

Tabel B 6B.8: Gewichten voor het criterium kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel (in euro's per verzekerde)

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder	
Niet	Zie artikel 3.10, derde lid
Wel	2.788,04

Bijlage 7 komt te luiden:

BIJLAGE 7

Bijlage horende bij de artikelen 3.8 en 3.22, tweede lid, van de Regeling zorgverzekering.

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

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

	Mannen	Vrouwen
18-24 jaar	73,18	117,30
25-29 jaar	70,95	122,83
30-34 jaar	73,87	121,45
35-39 jaar	79,53	116,39
40-44 jaar	84,17	111,37
45-49 jaar	89,91	115,66
50-54 jaar	97,72	118,16
55-59 jaar	107,34	123,11
60-64 jaar	115,27	127,81
65-69 jaar	127,82	136,70
70-74 jaar	139,03	144,88
75-79 jaar	147,51	150,11
80-84 jaar	151,59	151,80
85-89 jaar	152,33	149,17
90+ jaar	149,53	141,16

Tabel B 7.2: Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde)

Arbeidsongeschikten	
18-34 jaar	31,57
35-44 jaar	33,83
45-54 jaar	29,09
55-64 jaar	19,08
Bijstandsgerechtigden	
18-34 jaar	23,73
35-44 jaar	26,28
45-54 jaar	22,05
55-64 jaar	7,34
Zelfstandigen	
18-34 jaar	-2,14
35-44 jaar	-5,48
45-54 jaar	-7,64
55-64 jaar	-7,39
Referentiegroep	
18-34 jaar	-1,19
35-44 jaar	-1,57
45-54 jaar	-1,89
55-64 jaar	-2,44
65+ jaar	0,00



Tabel B 7.3: Gewichten voor het criterium regio (in euro's per verzekerde)

Regio	
1	4,02
2	2,46
3	1,35
4	0,75
5	-0,07
6	-1,54
7	-1,17
8	-2,29
9	-1,72
10	-1,55

ARTIKEL VI

Hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering, zoals dat luidde op 29 september 2009, blijft van toepassing voor de vaststelling van de voor zorgverzekeraars geldende vereveningsbijdragen in 2009.

ARTIKEL VII

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 30 september 2009, met uitzondering van:

- artikel I dat terugwerkt tot en met 1 januari 2006
- artikel II, dat terugwerkt tot en met 1 januari 2007
- artikel III dat terugwerkt tot en met 1 januari 2008.
- artikel IV dat terugwerkt tot en met 1 januari 2009.

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 2009 vervangen door een nieuw hoofdstuk 3 met betrekking tot de vereveningsbijdragen 2010 (artikel V). 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 V van onderhavige Regeling de paragrafen in het huidige hoofdstuk 3, die betrekking hebben op de vaststelling van de vereveningsbijdragen voor het jaar 2009, integraal vervangen door nieuwe paragrafen met betrekking tot het jaar 2010. Daarnaast wordt in artikel I het bedrag per verzekerde, waarmee de zogenaamde academische component wordt gefinancierd, voor 2006 aangepast. In de artikelen II, III en IV wordt geregeld hoe de vaste bedragen waarmee de opbrengstresultaten over 2007, 2008 en 2009 worden verrekend, in de risicoverevening van de corresponderende jaren worden verwerkt. In artikel III wordt bovendien nog bepaald hoe kosten van zorg die in 2007 door epilepsie-instellingen is gestart en doorloopt tot in 2008, moeten worden verwerkt.

In artikel VI is expliciet bepaald dat de regels van het huidige hoofdstuk 3, zoals deze bepalingen luiden voor inwerkingtreding van deze wijzigingsregeling, voor het jaar 2009 nog van toepassing blijven voor de vaststelling van de voor zorgverzekeraars geldende vereveningsbijdragen over 2009. Dit met toepassing van de wijzigingen genoemd in artikel IV van deze Regeling. Ten slotte bevat artikel VII regels over de inwerkingtreding van de Regeling voor 2010.

De belangrijkste wijzigingen voor 2010 ten opzichte van de 2009 zijn:

1. De omvang van de middelen die beschikbaar zijn voor de risicoverevening voor het jaar 2010.
2. Het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg wordt gesplitst in twee macro-deelbedragen: kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar en kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder. Deze splitsing maakt het mogelijk om zorgverzekeraars over deze kosten verschillende risico's te laten lopen.
3. Voor het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar wordt een nieuw vereveningscriterium geïntroduceerd: leeftijd onder achttien jaar.
4. Voor het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder worden twee nieuwe verdeelcriteria geïntroduceerd: kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel en kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel.
5. Onder het macro-deelbedrag kosten van B-dbc's vallen in 2010 alle B-dbc's die door de Nederlandse zorgautoriteit als zodanig zijn vastgesteld. Ook de B-dbc's die in 2009 nieuw waren toegevoegd aan het B-segment, en dus in 2008 nog onder het A-segment vielen, vallen per 2010 onder het deelbedrag kosten van B-dbc's.
6. Verdere stappen zijn gezet in de afbouw van de ex-post compensatie-mechanismen:
 - a. Het nacalculatie-percentage voor het gehele B-segment is afgeschaft. Dit houdt in dat een daling van 15 procent naar 0 procent nacalculatie heeft plaatsgevonden voor de B-dbc's die ook al in 2008 B-dbc's waren. En voor de in 2009 nieuwe B-dbc's daalt het percentage van 40 naar 0. Voor de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp gaat het nacalculatie-percentage naar beneden van 40 naar 30 procent.
 - b. De drempel voor de hogekostencompensatie voor de kosten van B-dbc's, variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en de kosten van overige prestatie gaat omhoog: van € 20 000 naar € 22 500. Het nacalculatiepercentage voor kosten die boven de drempel komen blijft 90 procent. Voor de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder wordt een hogekostencompensatie-drempel van € 10 000 ingevoerd. Kosten boven de drempel worden voor 100 procent nagecalculeerd.
 - c. Voor de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van verzekerden van achttien jaar en ouder gaat een bandbreedteregeling gelden van € 15 (plus en min € 7,50) per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald. Kosten buiten de bandbreedte worden voor 100 procent nagecalculeerd.
 - d. De kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar worden 100 procent nagecalculeerd.



7. 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 2010, is opgenomen in een brief over het risicovereveningssysteem 2010 (kenmerk Z/F-2958942), die begin 2010 aan de Tweede Kamer is toegestuurd.

Artikel 32, vierde lid, onderdeel b van de Zorgverzekeringswet biedt de mogelijkheid om eenmalig bij ministeriële Regeling vereveningscriteria toe te voegen. In 2010 wordt hiervan gebruikt gemaakt. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van verzekerden jonger dan achttien jaar wordt een nieuw vereveningscriterium ingevoerd: leeftijd onder achttien jaar. De kwaliteit van de data over het gebruik van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van verzekerden jonger dan achttien jaar blijft nog achter, wat goede normeerbaarheid van deze zorg verhindert. Daarnaast zorgt krapte in het aanbod van zorg voor deze groep verzekerden er voor, dat het voor zorgverzekeraars lastig is om doelmatige inkoop te realiseren. Er is dan ook geen adequaat functionerend risicovereveningsmodel voor het macro-deelbedrag deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van verzekerden jonger dan achttien jaar. Vooraf (ex ante) krijgen de zorgverzekeraars voor deze kosten van verzekerden die aan het vereveningscriterium voldoen een vereveningsbijdrage. Hierover lopen zij geen risico: er wordt volledig nagecalculeerd.

Voor de hoogte van de (ex ante) vereveningsbijdrage voor de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van verzekerden van achttien jaar en ouder worden, net als in 2009, de criteria leeftijd en geslacht, aard van het inkomen, sociaal economische status, FKG psychische aandoeningen en éénpersoonsadres gehanteerd. Bovendien is voor de bijdrage bepalend of voldaan wordt aan de twee nieuwe vereveningscriteria voor dit macro-deelbedrag. Er wordt bepaald of een verzekerde in het voorafgaande jaar kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel (€ 550 in voorgaand jaar) heeft gehad. Dit bepaalt de hoogte van de vereveningsbijdrage. Daarnaast wordt bepaald of de verzekerde in het voorafgaande jaar kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel (€ 2 750 in voorgaand jaar) heeft gehad. Ook dit bepaalt weer de hoogte van de vereveningsbijdrage. Toepassing van deze vereveningscriteria berust op de gedachte dat een deel van de psychische aandoeningen een chronisch karakter heeft en daardoor de kosten van het gebruik van deze zorg in het verleden, een goede voorspeller zijn voor de kosten in het heden. Uit onderzoek is gebleken dat de gehanteerde kostendrempels de voorspellende waarde van het model aanzienlijk verbeteren. De hoge drempel maakt dit onderscheid naar het al dan niet hebben van hoge kosten en daarmee tussen intramuraal en extramuraal gebruik in het voorafgaande jaar.

Artikelsgewijs

Artikel I

Het macro-deelbedrag voor vaste kosten van ziekenhuisverpleging bestond enerzijds uit een bedrag dat wordt vastgesteld door het aantal verzekerden bij een zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met een bij de Regeling zorgverzekering vastgesteld bedrag, anderzijds uit een bedrag met betrekking tot de overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging. Met behulp eerstbedoelde bedragen werd de zogenoemde 'academische component' gefinancierd. Het bij de Regeling zorgverzekering vast te stellen bedrag werd berekend door het bedrag, benodigd voor de financiering van deze component – in 2006 was dat € 590,9 miljoen – te delen door het aantal mensen met een zorgverzekering. Aldus is – uitgaande van een verwacht aantal verzekerden van 16,252 miljoen – in artikel 3.4, eerste lid, van de Regeling zorgverzekering zoals deze met ingang van 1 januari 2006 in werking trad, voor de vereveningsbijdragen over het jaar 2006 een bedrag van € 36,36 per verzekerde opgenomen. Bij voorlopige en definitieve vaststellingen door het College zorgverzekeringen kan het aantal verzekerden wijzigen. Voor het jaar 2006 is gebleken dat het werkelijk aantal verzekerden 16 134 989 was. Aangezien het bedrag voor de financiering van de academische component over 2006 niet meer gewijzigd kan worden, dient het bedrag per verzekerde alsnog gewijzigd te worden. Anders zijn de uitgaven van het fonds academische component niet gelijk aan de inkomsten. Artikel I strekt daartoe. Hoewel artikel 3.4, eerste lid, van de Regeling zorgverzekering zoals dat voor de vereveningsbijdragen voor het jaar 2006 luidde, inmiddels via artikel II van de Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 september 2006, nr. Z/F-2717267, tot wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met de vaststelling van de vereveningsbijdragen van zorgverzekeraars voor 2006 en 2007, alsmede wijziging van de Regeling beschikbare middelen verstrekkingen en vergoedingen Zfw 2005 (Stcrt. 2006, 189) overschreven is, is wijziging van dat artikel toch nog zinvol, aangezien artikel IV van laatstgenoemde regeling met zich brengt dat artikel 3.4 van de Regeling zorgverzekering zoals dat voor de inwerkingtreding van die regeling luidde, blijft gelden voor de vaststelling van de vereveningsbijdragen over het jaar 2006. Door nu met terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2006 een nieuw artikel 3.4, eerste lid, van de Regeling zorgverzekering vast te stellen, worden de (defini-



tieve) bijdragen per verzekerde voor de vereveningsbijdragen 2006 met terugwerkende kracht op € 36,59 vastgesteld. Hierin is het positief saldo over 2005 verwerkt. Het College zorgverzekeringen kan vervolgens bij de vaststelling van de vereveningsbijdragen over 2006 met dit nieuwe bedrag rekening houden. Artikel IV van eerdergenoemde wijzigingsregeling zorgt ervoor dat het in artikel I opgenomen, tot en met 1 januari 2006 terugwerkende artikel 3.4, eerste lid, van de Regeling zorgverzekering, slechts voor de vaststelling van de vereveningsbijdragen over het jaar 2006 geldt.

Artikel II

Onderdelen A en B

Indien de door een instelling voor medisch specialistische zorg in een jaar werkelijk gerealiseerde opbrengsten afwijken van het toegekende budget, is er sprake van opbrengstresultaten. Deze moeten tussen de instelling en de zorgverzekeraar verrekend worden via vaste bedragen. Onderdelen A en B regelen dat deze bedragen worden betrokken bij de vaststelling van de vaste en variabele kosten van ziekenhuisverpleging en daarmee in de risicoverevening kunnen worden verwerkt. Dit vergt een aanpassing van de omschrijving van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp (omschreven in artikel 3.9) en van de vaste kosten van ziekenhuisverpleging (omschreven in artikel 3.10). De Nederlandse zorgautoriteit heeft vastgesteld dat er over 2007 opbrengstresultaten waren; de opbrengsten van instellingen waren toen per saldo groter dan de budgetten. De instellingen hebben dus te veel ontvangen.

Artikel III

Onderdelen A en B

Voor 2008 worden eveneens opbrengstresultaten verwacht. De vaste bedragen waarmee deze worden verrekend tussen de instelling en de zorgverzekeraar, moeten worden betrokken bij de risicoverevening. De onderdelen A en B regelen dit.

Zorg in epilepsie-instellingen gestart in 2007 en beëindigd in 2008 is niet op individuele basis gedeclareerd. De Nederlandse zorgautoriteit heeft namelijk geen prestatie vastgesteld voor dergelijke zorg. De kosten die met deze zorg in 2008 gemoeid zijn, kunnen dus niet worden toegerekend aan zorgverzekeraars. Daarom worden deze kosten over 2008 als 'vast' aangemerkt. De kosten in 2007 zijn wel op individuele basis gedeclareerd. Deze kosten lopen mee in de ziekenhuiskosten 2007.

Artikel IV

Onderdeel A en B

Voor 2009 worden ook weer opbrengstresultaten verwacht. De vaste bedragen waarmee deze worden verrekend tussen de instelling en de zorgverzekeraar, moeten worden betrokken bij de risicoverevening. De onderdelen A en B regelen dit.

Artikel V

Dit artikel bevat de vereveningsregels voor het jaar 2010. Zo geeft dit onderdeel van de wijzigingsregeling weer welke middelen beschikbaar zijn voor het jaar 2010 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 worden in onderhavig onderdeel van de wijzigingsregeling zowel het bedrag van de beschikbare middelen 2010, als het macro-prestatiebedrag 2010 vastgesteld. Het macro-prestatiebedrag wordt in 2010 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 kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg;
- het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties.

Het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg wordt gesplitst in: macro-deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien



jaar en het macro-deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder. De verdeling van deze 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 2010 worden ex-post compensatiemechanismen toegepast. De bijdrage aan zorgverzekeraars wordt aangevuld met de bedragen berekend op grond van 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 2010.

Artikel 3.1

In dit artikel wordt omschreven welke B-dbc's relevant zijn voor de bepaling van de tot het deelbedrag kosten van B-dbc's behorende dbc's. De Nederlandse zorgautoriteit heeft per 2009 een aantal dbc's overgeheveld van het A-segment naar het B-segment. Daarvoor is een nieuwe beleidsregel vastgesteld, waarin het aantal voor het macro-deelbedrag kosten van B-dbc's relevante B-dbc's dus wordt vergroot. De in 2009 naar het B-segment overgegangene dbc's worden in het kader van de risico-verevening per 2010 ook tot het macro-deelbedrag kosten van B-dbc's gerekend.

Artikel 3.2

De hoogte van het macro-prestatiebedrag volgt uit de kostenramingen voor de zorg die valt onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). De basis wordt gevormd door de Zvw-gefinancierde uitgaven 2010. Deze ramingen zijn opgenomen in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hoofdstuk XVI) 2010 en gebaseerd op berekeningen van het Centraal Planbureau. Bij de onderverdeling van het macro-prestatiebedrag in deelbedragen is in principe aangesloten bij de sectorindeling in de begroting, zij het met enkele uitzonderingen en bijzonderheden. 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 2010.

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 2010 is bepaald op (afgerond) € 983. 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 € 165.

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 2010 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 2010, 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 voor zover het A-segment van dbc's betreft, een onderscheid gemaakt tussen variabele en vaste kosten van ziekenhuisverpleging. Het belangrijkste aangrijpingspunt hiervoor is een classificatie van componenten in de budget-systematiek van algemene, academische en categorale ziekenhuizen. Alle budgetcomponenten die de Nederlandse zorgautoriteit hanteert bij de bepaling van de hoogte van de instellingsbudgetten zijn aangemerkt als hetzij vaste, hetzij variabele componenten. Deze classificatie wordt aan het College



zorgverzekeringen ter hand gesteld. Op verzoek van het College zorgverzekeringen splitst de Nederlandse zorgautoriteit aan de hand van deze classificatie de budgetten van algemene, academische en categorale ziekenhuizen in een vast en een variabel deel. Op grond daarvan wordt ter dekking van deze vaste en variabele instellingsbudgetten eveneens een splitsing aangebracht in de in rekening gebrachte tarieven. In de toelichting bij artikel 3.16 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 Nederlandse zorgautoriteit 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 € 241,9 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 zorgverzekeraar 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 3.7 en 3.8 (artikel 3.10 van het Besluit zorgverzekering). Voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage gebeurt dit in de artikelen 3.22 (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 2010 ten laste van het Zorgverzekeringsfonds beschikbaar zijn. Het College zorgverzekeringen 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 criteria leeftijd onder achttien jaar, kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel en kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel zijn nieuwe vereveningscriteria, die met deze regeling éénmalig (voor 2010) zijn toegevoegd aan de bestaande vereveningscriteria, zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering. Artikel 32, vierde lid, onderdeel b van de Zvw biedt de mogelijkheid om éénmalig bij ministeriële regeling vereveningscriteria toe te voegen. Van deze mogelijkheid wordt hier gebruik gemaakt. De definities van deze nieuw toegevoegde vereveningscriteria zullen bij de eerstvolgende wijziging van het Besluit zorgverzekering hierin worden opgenomen. Aanpassing van het Besluit zorgverzekering was niet meer haalbaar met ingang van 1 januari 2010.

Artikel 3.6

De gewichten van de vereveningscriteria die het College zorgverzekeringen hanteert bij de berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar zijn, als bijlage bij deze Regeling opgenomen. Deze gewichten zijn gebaseerd op statistische analyse van het verband tussen de kosten per verzekerde en relevante verzekerdenkenmerken. Uit bijlagen 4 en 5 blijkt voorts welke klassen van verzekerden worden gehanteerd bij de toepassing van de onderscheiden vereveningscriteria.

Het College zorgverzekeringen 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 College zorgverzekeringen bepaalt het normatieve bedrag per zorgverzekeraar voor de kosten van geneeskundige gezondheidszorg 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, GGZ-regio, leeftijd boven achttien jaar en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel. Voor de invulling van het criterium regio, zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering, is gekozen voor een specifiek regio-criterium voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, genoemd GGZ-regio. In dit criterium wordt rekening gehouden met verschillen in aanbod in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en sociaaleconomische omstandigheden. Aandachtspunt hierbij is dat in de kostencijfers 2007 die gebruikt zijn voor de schatting van de normbedragen in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg niet de schadelastverschuivingen als gevolg van de overstap op dbc-financiering per 1 januari 2008 bevatten.

Bij de criteria kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel en kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel is sprake van een referentiegroep waarin verzekerden zijn ingedeeld die niet in aanmerking komen voor een vergoeding voor chronisch gebruik van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Het College zorgverzekeringen stelt de gewichten van deze groep dusdanig vast dat het totaal van de toe- en afslagen voor elk criterium – rekening houdend met de geraamde verzekerdenaantallen per klasse – op nul uitkomt. Deze berekening wordt in 2010 niet alleen ex ante maar ook ex post uitgevoerd, waarbij rekening wordt gehouden met de gerealiseerde verzekerdenaantallen.

Achtergrond hiervan is dat bij de overgang naar risicoverevening in de Zvw het ramen van de verdeling van verzekerdenkenmerken lastiger is. Belangrijkste complicatie is dat niet voor alle zorgverzekeraars de huidige aantallen verzekerden die vallen in de klassen 'Geen kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel' van het criterium kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel en 'Geen kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel' van het criterium kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel in het voorafgaande jaar bekend zijn, wat het lastig maakt om deze aantallen exact te ramen. Op het moment dat de verdeling van verzekerden over de verschillende klassen per criterium anders uitpakt dan verwacht zou zonder ex post herberekening van het gewicht van het criterium, ex post de bijdrage van het criterium sterk van nul af kunnen wijken. Om dit ongewenste effect te voorkomen, worden de gewichten van de betreffende klassen per criterium achteraf vastgesteld, rekening houdend met gerealiseerde verzekerdenaantallen per klasse (artikel 3.10, derde lid).

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, GGZ-regio, kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel en kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel). Een uitzondering hierop vormt de verdeling van het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar. Deze vindt plaats op basis van het kenmerk: leeftijd onder achttien jaar.

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 onder meer 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 (18 jaar) zijn de leeftijdsgrenzen in het interval 15–24 jaar onderverdeeld in 15–17 en 18–24 jaar in plaats van 15–19 en 20–24 jaar.

Om beter aan te kunnen sluiten bij de werkelijke kosten is in 2010 het leeftijdsinterval 0–4 jaar gesplitst in een klasse 0 jarigen en een klasse 1–4 jaar.

- In 2010 wordt gewerkt met in totaal 23 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 geestelijke gezondheidszorg wordt alleen gebruik gemaakt van de FKG psychische aandoeningen.
- Wat betreft DKG's is er in 2010 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 een eenduidige relatie met specifieke chronische aandoening. 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 College zorgverzekeringen zal worden aangegeven hoe om te gaan met samenloop van verschillende categorieën aard van het inkomen.

- Het criterium SES gaat uit van het gemiddelde inkomen per adres. Het inkomen 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 (0–17 jaar, 18–64 jaar en 65+ jaar). Hierdoor ontstaan 12 subgroepen.
- Het criterium éénpersoonsadres wordt alleen gebruikt in het vereveningsmodel voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder. Dit criterium komt tegemoet aan de constatering dat alleenstaanden relatief vaker gebruik maken van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg dan personen die deel uit maken van een huishouden bestaande uit twee of meer personen. Het vereveningscriterium éénpersoonsadres is gebaseerd op het onderscheid 'woont op een adres waar één persoon is ingeschreven' en 'woont niet op een adres waar één persoon is 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 model dat de verschillen verklaart, tussen het gemiddelde normatieve bedrag per verzekerde en de werkelijke gemiddelde kosten per verzekerde. Het verklaringsmodel 2010 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 geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder wordt de regio-clustering specifiek voor dit deelbedrag bepaald. Om het onderscheid aan te duiden met het regiocriterium voor de andere deelbedragen gaan het Besluit zorgverzekering en de Regeling uit van een andere naamgeving, namelijk GGZ-regio.

De gewichten van alle vereveningscriteria zijn geschat op basis van individuele kostencijfers van verzekerden uit 2007. 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 3.7

In dit artikel wordt aangegeven dat het College zorgverzekeringen de opbrengst raamt van de nominale premie ten behoeve van de toekenning van de vereveningsbijdrage. Het bedrag wordt 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). Daarbij valt te denken aan gedetineerden en TBS'ers. Het College zorgverzekeringen houdt bij de raming rekening met het feit dat gedetineerden vaak maar een gedeelte van het jaar en dus niet het hele jaar gedetineerd zijn.

Artikel 3.8

In dit artikel wordt aangegeven hoe het College zorgverzekeringen 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 de opbrengst van het verplicht eigen risico, wordt alleen rekening gehouden met de zorgverzekeringen van 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 3.7 worden de zorgverzekeringen van de verzekerden waarop artikel 24 Zvw van toepassing is (gedetineerden en TBS'ers) 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 risicoverevening geen rekening zou worden gehouden, treedt verstoring van het gelijke speelveld op. Immers, in dat geval zouden zorgverzekeraars met een jonge, gezonde populatie een



gemiddeld hogere nominale premie moeten vragen dan zorgverzekeraars met een oude, ongezondere populatie.

Deze overweging heeft geleid tot differentiëring in de normering van de bedragen die zorgverzekeraars 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 € 165, omdat blijkt dat vrijwel alle FKG'ers boven de kostendrempel van € 165 uitkomen. Om deze inkomsten aan eigen bijdrage te compenseren wordt het normatieve bedrag verlaagd. Voor de bepaling van de omvang van deze verlaging gaat het College zorgverzekeringen voor verzekerden van achttien jaar of ouder die voldoen aan het criterium 'Geen FKG' uit, van verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, aard van het inkomen, en regio en de in bijlage 7 genoemde gewichten. Hierbij wordt de in de bijlage 7 aangegeven klasse-indeling van de criteria aangehouden.

Artikel 3.9

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 achttien 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 onttelen 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 door de verzekerde aangesproken verzekeraar de andere verzekeraars kan aanspreken om de schade naar evenredigheid te dragen. De zinsnede 'rekening houdend met de inschrijfduur per zorgverzekeraar' is opgenomen, omdat het College zorgverzekeringen de periode kan vaststellen waarover de verzekering heeft gegolden. Overigens weet het College zorgverzekeringen op basis van het tweede lid van artikel 35 Zvw bij welke zorgverzekeraar(s) een verzekerde gedurende welke periode is ingeschreven. Hierbij is het College zorgverzekeringen 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 3.10

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 3.14 3.15, 3.16 en 3.20). Het tweede lid bepaalt dat de herberekening van de bijdrage (ex post) bij het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder, wordt gebaseerd op de gewichten zoals genoemd in bijlage 6B. Een uitzondering hierop wordt gevormd door de gewichten die horen bij de klasse 'Geen kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel' van het criterium kosten van geneeskundig geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel en bij de klasse 'Geen kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel' van het criterium kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel. Bij de gewichten wordt rekening gehouden met de gevolgen van de hogekostencompensatie (geregeld in artikel 3.19).

In het derde lid wordt bepaald dat het College zorgverzekeringen de gewichten van de in het tweede lid uitgezonderde klassen, dusdanig vaststelt dat het totaal van de toe- en afslagen voor elk criterium – rekening houdend met de gerealiseerde verzekerdenaantallen per klasse – op nul uitkomt. Deze berekening is hetzelfde als de berekening genoemd in artikel 3.6, tweede lid, alleen dan met gerealiseerde verzekerdenaantallen in plaats van geraamde verzekerdenaantallen.

Vervolgens geeft het vierde lid aan dat in de herberekening van de gewichten voor genoemde deelbedragen ook rekening wordt gehouden met de over alle zorgverzekeraars gerealiseerde kosten in 2010. Op het moment dat deze afwijken van de gestelde macro-deelbedragen worden alle gewichten van de criteria opnieuw ingeschaald. Hierbij is de inschalingsfactor per macro-deelbedrag gelijk aan de verhouding tussen de gerealiseerde kosten over alle zorgverzekeraars per macro-deelbedrag en het totaal van de herberekende macro-deelbedragen over alle zorgverzekeraars.



Artikel 3.11

Het eerste lid gaat in op de verzekerdennacalculatie: het College zorgverzekeringen 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 College zorgverzekeringen voor de criteria uitgaat van realisatiecijfers uit het jaar 2010 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, DKG's, kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel en kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel wordt gekeken naar realisatiecijfers over het voorafgaande jaar 2009. Bij de (ex ante) toekenning van het normatieve bedrag zijn deze realisaties nog niet bekend, en gaat het College zorgverzekeringen uit van ramingen met betrekking tot aantallen verzekerden per zorgverzekeraar, onderverdeeld naar de verschillende criteria. Dit sluit aan bij het concept achter FKG's en DKG's dat voorspelbare vervolgstkosten dienen te worden gecompenseerd.

Artikel 3.12

In het eerste en tweede lid van dit artikel is aangegeven hoe kosten van zorg genoten in het buitenland in het risicovereveningssysteem moeten worden verwerkt.

Zijn de kosten van zorg voor prestaties die overeenstemmen met prestatie die onder Zorgverzekeringswet vallen, genoten in het buitenland en zodanig gespecificeerd dat blijkt dat het gaat om kosten voor medisch-specialistische zorg (inclusief verblijf) of voor psychiatrische zorg (inclusief verblijf), dan worden deze kosten via een bepaalde sleutel toegerekend naar kosten van de betreffende clusters van prestaties. Is er wel een specificatie maar blijkt daaruit dat de kosten niet gemaakt zijn voor de eerder genoemde medisch-specialistische zorg of psychiatrische zorg, dan gaat het om kosten van overige medische zorg en die wordt volledig aangemerkt als kosten van overige prestaties (lid 1). De verdeelsleutel die het tweede lid wordt gehanteerd heeft betrekking op de kosten van prestaties die door verzekerden onder de Zorgverzekeringswet in het buitenland 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 Rijnvaardenden. Hierover vallen de kosten van zorg die mag worden genoten na toestemming van de zorgverzekeraar (de zogenaamde toestemmingsgevallen), kosten van verzekerden die tijdelijk in het buitenland verblijven (bijvoorbeeld voor vakantie) en kosten van verzekerden die in het buitenland wonen. Deze kosten vergoedt het College zorgverzekeringen op declaratie op kasbasis naar het werkelijke bedrag 2010.

De verhouding van de betreffende verschillende macro-deelbedragen binnen het macro-prestatiebedrag, bepaalt de sleutel aan de hand waarvan de kosten worden verdeeld over de verschillende kosten van prestaties.

Op de toegerekende kosten buitenland zijn ook de hogekostencompensatie en nacalculatie van toepassing. Enige uitzondering hierbij zijn de kosten van verzekerde prestaties die verzekerden buiten Nederland hebben gemaakt en die het College zorgverzekeringen op basis van declaraties op kasbasis naar het werkelijke bedrag in 2010 vergoedt. Op grond van onderdeel d, e en f van het eerste lid en onderdeel c van het tweede lid van artikel 3.14 wordt 5 procent van deze kosten, voor zover zij als kosten van B-DBC's zijn aangemerkt, 15 procent van deze kosten, voor zover zij als variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp zijn aangemerkt en 5 procent van deze kosten, voor zover zij als kosten van overige prestaties zijn aangemerkt, 40 procent van deze kosten, voor zover zij als kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van verzekerden van achttien jaar of ouder, meegenomen.

In het derde lid wordt ingegaan op de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten' van de Nederlandse zorgautoriteit die vanaf 1 augustus 2007 van kracht is. Deze beleidsregel geeft zorgverzekeraars en zorgaanbieders de mogelijkheid maximaal drie jaar kleinschalig met nieuwe of vernieuwde zorgprestaties te experimenteren. Een zorgprestatie is het totaalpakket aan zorg dat wordt geleverd aan patiënten of cliënten met dezelfde zorgvraag. Dit kan ook als programma worden aangeboden. Kleinschalig wil in dit verband zeggen dat het experiment beperkt is tot een specifieke zorgprestatie, waarbij zorgaanbieders en zorgverzekeraars alleen op regionaal of lokaal niveau zijn betrokken. Verder moet het experiment zijn gericht op nieuwe of vernieuwende zorgverlening met een betere prijs-kwaliteitverhouding of op een efficiëntere organisatie van de zorg. Voorzover de zorg die onder deze beleidsregel valt overeenstemt met de prestaties waarop de Zorgverzekeringswet recht geeft, worden de kosten in het risicovereveningssysteem verwerkt en voor 100 procent als kosten van overige prestaties aangemerkt. Dit geldt ook voor kosten van prestaties die betrekking hebben op de zogenaamde keten-DBC's hartfalen, COPD, diabetes en cardiovasculair risicomangement (functionele bekostiging). Keten-dbc's betreffen zorg die zowel in de eerste als tweede lijn kan worden geleverd. Voor deze zorg worden door de Nederlandse zorgautoriteit aparte prestaties gedefinieerd. De prijs van deze dbc's is vrij onderhandelbaar. Overigens worden ook de prestaties waarop de beleidsregels



'Module regionale ondersteuning eerstelijnszorg en kwaliteitsontwikkeling' en 'Samenwerking ten behoeve van geïntegreerde eerstelijnszorgproducten' van de Nederlandse Zorgautoriteit van toepassing zijn, voor 100 procent als kosten van overige prestaties aangemerkt.

Verpleging in de thuissituatie die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg (lid 4) zal met ingang van 2010 een structurele bekostiging krijgen. Naar verwachting komt de Nederlandse zorgautoriteit met een aparte prestatie (gedefinieerd in een beleidsregel op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg; Wmg), met een bijbehorend tarief dat gedeclareerd kan worden door een ziekenhuis, een thuiszorgorganisatie of een andere aanbieder. De prestatie zal exclusief farmacie en hulpmiddelen zijn. Het bedrag wordt meegenomen in de vaststelling van het budgettaire kader zorg. Er moet bepaald worden onder welke deelbedrag(en) de declaraties ziekenhuisverplaatste zorg gaan vallen. Een zorgverzekeraar kan zelf beslissen of hij deze zorgvorm inkoop en bij welke aanbieder. Het is de bedoeling dat deze zorg leidt tot de optimale vorm, waarin de mogelijkheid wordt gecreëerd tot substitutie en mensen eerder naar huis kunnen vanuit het ziekenhuis. Nu de zorgverzekeraar grote invloed heeft op de inkoop van deze zorg, pleit dit voor een risicodragendheid conform de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp.

Artikel 3.13

Binnen Zvw-stelsel nemen verzekerden in een aantal gevallen een deel van de zorgkosten voor eigen rekening en 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 verplicht of vrijwillig 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. Betalingen uit hoofde van een vrijwillig eigen risico worden bij de zorgkosten meegerekend, omdat hier een premiereductie tegenover staat en de zorgverzekeraar voor deze inkomstenderving gecorrigeerd wordt.

Artikel 3.14

Met betrekking tot de deelbedragen kosten van B-dbc's, variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien en ouder en kosten van overige prestaties vindt hogekostencompensatie 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, kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de kosten van overige prestaties per individuele verzekerde.

De hogekostencompensatie houdt in, dat 90 procent van de bovengenoemde kosten van individuele verzekerden, voor zover deze kosten het bedrag van € 22 500 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 hogekostencompensatie 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 College zorgverzekeringen aangeleverd en door het College zorgverzekeringen over alle zorgverzekeraars gesommeerd. Kosten buitenland worden deels (naar rato van het percentage van het deelbedrag dat boven de hogekostencompensatiedrempel komt) toegevoegd aan de bedragen, zodat deze buitenlandkosten gedeeltelijk meetellen voor de vaststelling van de overschrijding van de hogekostendrempel. Vervolgens wordt door het College zorgverzekeringen voor de relevante clusters van prestaties een zogenaamd dekkingspercentage vastgesteld. Hiervoor wordt per cluster van prestaties uitgegaan 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 hogekostencompensatie gecorrigeerde gewichten.

De feitelijke hogekostencompensatie 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 voor in het buitenland gemaakte kosten toegevoegd, en het deelbedrag vermenigvuldigd met het voor het



desbetreffende cluster vastgestelde dekkingspercentage, bedoeld in onderdeel g, 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 hogekostencompensatie gecompenseerd gaan worden, worden over- en ondercompensaties op bepaalde risicoklassen, die juist relatief vaak dan wel weinig bij hogekostencompensatie worden ingebracht, tegengegaan. De hogekostencompensatie op het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder wordt toegepast op de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van achttien jaar en ouder per individuele verzekerde. Kosten buitenland worden deels toegevoegd aan het bedrag, zodat deze buitenlandkosten gedeeltelijk meetellen voor de vaststelling van de overschrijding van de hogekostencompensatiedrempel.

De hogekostencompensatie op de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder houdt in, dat 100 procent van de bovengenoemde kosten van individuele verzekerden, voor zover deze kosten het bedrag van € 10 000 op jaarbasis te boven gaan, betrokken wordt bij herberekening van de deelbedragen kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder.

De feitelijke hogekostencompensatie vindt plaats door een bijstelling per zorgverzekeraar van het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder. Bij deze bijstelling wordt per zorgverzekeraar uitgegaan van het dekkingspercentage dat gebaseerd is op de som van de door de zorgverzekeraars aangeleverde relevante bedragen en de som van de deelbedragen.

Door bij de vaststelling van de gewichten mede te betrekken dat 100 procent van de kosten van verzekerden, voor zover deze de genoemde grens te boven gaan via de hogekostencompensatie gecompenseerd gaan worden, worden over- en ondercompensaties op bepaalde risicoklassen, die juist relatief vaak dan wel weinig bij hogekostencompensatie worden ingebracht, tegengegaan.

Artikel 3.15

Ter bepaling van het herberekende deelbedrag kosten van B-dbc's wordt hogekostencompensatie toegepast. Voor de wijze waarop dit gebeurt, wordt verwezen naar artikel 3.14.

Artikel 3.16

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 de artikelen 3.16 en 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 (behorend bij het zogenoemde A-segment).

De onderhandelbare dbc-tarieven vormen een apart macro-deelbedrag met een eigen ex-post regime. Dit zijn de dbc's, bedoeld in artikel 3.1.

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 (eerste lid), geldt dat zij nog steeds een budget kennen, dat gevuld wordt met landelijk geldende prijzen. 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 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 tweede lid geeft aan dat de vast/variabel-verhouding die voor deze experimenten geldt, door het College zorgverzekeringen wordt vastgesteld. Hierbij is het de bedoeling te kijken naar de budgetopbouw van de instelling in de jaren direct voorafgaand aan het experiment.

In het derde lid wordt ingegaan op de situatie waarin de door een instelling voor medisch specialisti-



sche zorg in een jaar werkelijk gerealiseerde opbrengsten afwijken van het toegekende budget, en er dus sprake is van opbrengstresultaten. Deze moeten tussen de instelling en de zorgverzekeraar verrekend worden via vaste bedragen. Er wordt geregeld dat deze bedragen worden betrokken bij de vaststelling van de variabele en vaste kosten van ziekenhuisverpleging en daarmee in de risicoverevening kunnen worden verwerkt. Dit vergt een aanpassing van de omschrijving van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en van de vaste kosten van ziekenhuisverpleging (omschreven in artikel 3.17).

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

Zelfstandige behandelcentra en extramuraal werkende specialisten kennen geen budgetten. De hierboven geschetste systematiek van het afleiden van vast/variabel-sleutels voor niet-onderhandelbare dbc's is dan ook voor hen niet van toepassing. In plaats hiervan geldt voor alle zelfstandige behandelcentra en extramuraal werkende specialisten dezelfde sleutel, waarbij 75 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 (vierde 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'; intensive care) en ondersteunende en overige producten (bijvoorbeeld voor eerstelijns zorg). In 2010 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 2010 dbc-gefinancierd zijn. Enige uitzondering hierop zijn gedeclareerde verpleegtarieven van instellingen die niet gefinancierd worden door dbc's, zoals astmacentra, die voor 60 procent als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp worden aangemerkt (vijfde lid). Wat betreft de splitsing van de kosten van buitenlandse instellingen, geldt hetgeen is toegelicht bij artikel 3.12.

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

Ten slotte merkt het College zorgverzekeringen de honorariumcomponent van 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 (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. Kaakchirurgen vallen dus niet onder deze uitzondering.

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 30 procent (tiende lid) toegepast.

Artikel 3.17

Het eerste lid regelt dat het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging, wordt herberekend op basis van de vaste kosten in 2009. De B-dbc's zijn benoemd in artikel 3.1 en vormen een apart macro-deelbedrag met een eigen vereveningsregime. De tarieven van deze dbc's spelen bij de bepaling van de vaste kosten van ziekenhuisverpleging geen rol.

Het tweede tot en met negende 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 3.16.

Het tiende 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 3.16, dat gaat over deze laatste kosten, wordt aangegeven waarom deze tarieven buiten de risicoverevening worden gehouden. Het College zorgverzekeringen past op het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 100 procent nacalculatie toe (elfde 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 gerealiseerde kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van verzekerden jonger dan achttien jaar en de normatieve bijdrage voor deze zorg wordt voor 2010 volledig nagecalculeerd. De kwaliteit van de data over het gebruik van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van verzekerden jonger dan achttien jaar blijft nog achter, wat goede normeerbaarheid van deze zorg verhindert. Daarnaast zorgt krapte in het aanbod van zorg voor deze groep verzekerden er voor, dat het voor dat zorgverzekeraars lastig is om doelmatig zorg in te kopen. Er is dan ook er geen adequaat functionerend risicovereveningsmodel. Dit betekent dat de zorgverzekeraars geen risico lopen op dit 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 geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder wordt alleen hogekostencompensatie toegepast. Er is geen sprake van nacalculatie op de resultaten.

Artikel 3.20

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

Artikel 3.21

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 de macro-deelbedragen kosten van B-dbc's, variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder. Wanneer het uiteindelijke resultaat van een zorgverzekeraar op de som van deze kosten van B-dbc's en de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en de kosten van specialistische hulp, na toepassing van ex post hogekostencompensatie en nacalculatie, buiten een bandbreedte valt van plus of minus € 22,50 per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald, wordt extra nagecalculeerd. 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. Voor de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder geldt een bandbreedte van plus of minus € 7,50 per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald. Buiten de genoemde bandbreedte geldt een volledige compensatie (100 procent).

Artikel 3.22

In dit artikel gaat het om de herberekening van het normatief bedrag ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage. De berekeningswijze die hiervoor wordt gehanteerd komt overeen met die genoemd in artikel 3.7 respectievelijk artikel 3.8. Alleen wordt nu gerekend met het gerealiseerde aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moet worden betaald bij de zorgverzekeraar, respectievelijk waarvoor het verplicht eigen risico geldt. De berekende opbrengst van de nominale premie wordt in mindering gebracht op het normatieve bedrag per zorgverzekeraar.

Artikel 3.23

Op 1 september 2009 trad de Wet van 18 juli 2009 tot wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Wet op de zorgtoeslag en enige andere wetten, houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering; Stb. 2009, 356) in werking. Vanaf die datum kunnen wanbetalers die bij hun zorgverzekeraar een premieschuld ter hoogte van zes of meer maandpremies hebben opgebouwd en die niet zijn ingegaan op een door hun verzekeraar eerder aangeboden betalingsregeling of op een door hun verzekeraar verzonden



waarschuwing inhoudende dat zij bij het College zorgverzekeringen gemeld zullen worden als zij niet alsnog gaan betalen, door die zorgverzekeraar bij het College zorgverzekeringen worden gemeld. Na die melding is de wanbetaler voor zijn zorgverzekering geen premie meer aan zijn zorgverzekeraar verschuldigd, maar een hogere, bestuursrechtelijke premie aan het College zorgverzekeringen. De zorgverzekeraar blijft hem echter wel onverminderd verzekeren. Hiervoor ontvangt hij van het College zorgverzekeringen een bijdrage op grond van artikel 6.5.4 van de Regeling zorgverzekering.

Voor het verzekerd houden van wanbetalers die al voor de inwerkingtreding van de wet 'structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering' een premieschuld ter hoogte van ten minste zes maandpremies hadden opgebouwd (verder 'oude wanbetalers' genoemd), ontvingen de zorgverzekeraars op grond van artikel 3.23 een compensatiebijdrage. Deze bijdrage is lager dan de bijdrage die de zorgverzekeraars op grond van artikel 6.5.4 voor bij het College zorgverzekeringen aangemelde wanbetalers ontvangen, aangezien de nieuwe bijdrage uitgaat van de standaardpremie als bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag, terwijl de bijdrage van artikel 3.23 uitgaat van de nominale rekenpremie.

In de zomer van 2009 was voor ongeveer 280.000 zorgverzekeringen een betalingsachterstand van ten minste zes maandpremies opgebouwd. Ook de oude wanbetalers zal een betalingsregeling moeten worden aangeboden, ook zij zullen een waarschuwing moeten krijgen indien ze niet op het aanbod ingaan, en ook zij zullen uiteindelijk bij het College zorgverzekeringen worden aangemeld indien ze ook de waarschuwing negeren. Mede gelet op de verwerkingscapaciteit bij het College zorgverzekeringen zal de aanmelding gefaseerd geschieden en wel zodanig, dat bovengenoemd 'stuwmeer' van 280.000 verzekeringen in oktober 2010 zal zijn verwerkt: of men is weer premie aan de verzekeraar gaan betalen, of men betaalt, nadat men bij het College zorgverzekeringen gemeld is, bestuursrechtelijke premie.

Net als voor nieuwe wanbetalers, zal een verzekeraar voor oude wanbetalers de bijdrage van art. 6.5.4 ontvangen nadat hij hen bij het College zorgverzekeringen heeft aangemeld. Tot die tijd ontvangt hij voor een oude wanbetaler de lagere bijdrage van art. 3.23. Aldus heeft ook de verzekeraar er belang bij, zijn oude wanbetalers zo snel mogelijk een betalingsregeling aan te bieden en, bij negeren daarvan en van de waarschuwing, hen bij het College zorgverzekeringen te melden.

Er zijn echter verzekeraars die in staat zijn hun oude wanbetalers sneller bij het College zorgverzekeringen aan te melden dan het College zorgverzekeringen kan verwerken. Met het oog daarop is bij de Regeling van de Minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport van 19 juli 2009, nr. Z/VV-2944170, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering, ter nadere invulling van de maatregelen om wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (Stcrt. 31 juli 2009, nr. 11534), aan artikel 3.23 van de Regeling zorgverzekering een tweede lid toegevoegd, dat er in wezen op neerkomt dat een verzekeraar voor nog niet bij het College zorgverzekeringen aangemelde, bestaande wanbetalers toch een op de standaardpremie gebaseerde compensatiebijdrage krijgt, indien het College zorgverzekeringen heeft vastgesteld dat hij op zich in staat is die wanbetalers een betalingsregeling en een waarschuwing te zenden en ze daarna bij het College zorgverzekeringen te melden.

Ingevolge laatstgenoemde regeling zal artikel 3.23 met ingang van 1 september 2012, wanneer deze compensatieregeling geheel afgesloten en afgerekend zal kunnen zijn, vervallen.

Artikel 3.24

Verzekerden jonger dan achttien jaar zijn geen nominale premie verschuldigd. Zorgverzekeraars hebben voor verzekerden jonger dan achttien jaar naast zorgkosten, ook beheerskosten (administratie en zorginkoop), waarvoor ze uit het Zorgverzekeringsfonds compensatie ontvangen. De vergoeding uit het Zorgverzekeringsfonds is voor 2010 op € 50 per verzekerde jonger dan achttien 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 3.25

In de beleidsregels van het College zorgverzekeringen 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 3.26

Voorwaarde voor het ontvangen van de in artikel 3.23 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 Nederlandse zorgautoriteit 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 6A 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 2010. In bijlage 5 en 6B is dit gebeurd – respectievelijk zonder en met correctie voor de toepassing van hogekostencompensatie – voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder. In bijlage 7 worden de gewichten genoemd die zijn bedoeld voor de berekening van de specifiek voor de zorgverzekeraar geraamde/genormeerde opbrengst van het verplicht eigen risico.

Artikel VI

In dit onderdeel van de onderhavige wijzigingsregeling is expliciet bepaald dat de regels van het huidige hoofdstuk 3 voor het jaar 2009 nog gewoon van toepassing zijn. Indien nodig kunnen deze regels ook worden gewijzigd. In artikel IV is van deze mogelijkheid gebruik gemaakt.

Artikel VII

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 in artikel V uitvoering aan voor het kalenderjaar 2010 (van 1 januari 2010 tot en met 31 december 2010). Voor het geval de Staatscourant waarin de regeling wordt geplaatst later dan 28 september 2009 wordt gepubliceerd, werkt de regeling terug tot en met 30 september 2009.

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