



## Besluit van ..... houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met beperking van de ex post compensatiemechanismen voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage [ONTWERPTEKST ZOALS AANGEBODEN AAN DE AFDELING ADVISERING VAN DE RAAD VAN STATE]

### Ontwerpbesluit

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 19 juli 2011, kenmerk Z/F-3072311;

Gelet op de artikelen 32, tweede en derde lid, en 34, derde lid, van de Zorgverzekeringswet;

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van ....., no.W. ....);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van ....., kenmerk Z/F-;

Hebben goedgevonden en verstaan:

#### ARTIKEL I

Het Besluit zorgverzekering wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1 wordt als volgt gewijzigd:

1. De onderdelen g tot en met aa worden geletterd h tot en met bb.
2. Er wordt een onderdeel g ingevoegd, luidende:
  - g. *vereveningsjaar*: het kalenderjaar waarop een vereveningsbijdrage betrekking heeft;
3. Onderdeel h (nieuw) komt te luiden:
  - h. *het macro-deelbedrag kosten van dbc's in het vrije segment*: de kosten van bij ministeriële regeling aangewezen dbc's in het vrije segment;
4. In onderdeel m (nieuw) wordt 'het cluster van bij ministeriële regeling aangewezen B-dbc's, bedoeld in onderdeel g' vervangen door: het cluster van bij ministeriële regeling aangewezen dbc's in het vrije segment, bedoeld in onderdeel h.
5. De onderdelen z (nieuw) tot en met bb (nieuw) worden vervangen door:
  - z. *meerjarige hoge kosten*: een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden op basis van de kosten van de zorg die zij in de drie jaren, voorafgaande aan het vereveningsjaar, hebben genoten, worden ingedeeld in klassen van voorspelbare zorgkosten;
  - aa. *nominale rekenpremie*: een bij de berekening van de vereveningsbijdrage in aanmerking te nemen bedrag, ter hoogte van de door Onze Minister geraamde premie die een zorgverzekeraar op jaarbasis bij een premieplichtige verzekerde voor verzekerde prestaties in rekening brengt;
  - bb. *geraamde kosten*: de bij de ministeriële regeling, bedoeld in artikel 3.1, derde lid, bepaalde macro-deelbedragen, vermeerderd of verminderd met na vaststelling van deze deelbedragen maar voor 1 januari van het vereveningsjaar geraamde kosten die het gevolg zijn van wijzigingen in de over het vereveningsjaar op grond van een zorgverzekering te verzekeren prestaties waarmee bij het opstellen van die ministeriële regeling nog geen rekening kon worden gehouden;



- cc. *gerealiseerde kosten*: de over het vereveningsjaar per cluster van prestaties gerealiseerde kosten, verminderd met, indien van toepassing, de aan het cluster van prestaties toe te rekenen kosten waarvoor bijdragen als bedoeld in artikel 3.23 zijn verstrekt;
- dd. *hogekostencompensatie*: het verrekenen met het Zorgverzekeringsfonds van een bij ministeriële regeling te bepalen percentage van de kosten van verzekerden met betrekking tot in dit besluit aangewezen deelbedragen, voor zover zij uitgaan boven een bij ministeriële regeling te omschrijven drempel;
- ee. *nacalculatie*: bijstelling van het deelbedrag op basis van het verschil tussen gerealiseerde kosten en het herberekende deelbedrag per zorgverzekeraar, per onderscheiden cluster van prestaties.

B

Artikel 3.1 wordt als volgt gewijzigd

1. Het eerste lid, onderdeel a, komt te luiden:

- a. het macro-deelbedrag kosten van dbc's in het vrije segment;
2. In het derde lid wordt 'voor een jaar' vervangen door: voor een vereveningsjaar.

C

In artikel 3.2 wordt 'voor een jaar' telkens vervangen door: voor een vereveningsjaar.

D

Artikel 3.4, eerste lid, komt te luiden:

1. Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag kosten van dbc's in het vrije segment over de zorgverzekeraars aan de hand van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar, verdeeld naar leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, aard van het inkomen, SES, meerjarige hoge kosten en regio.

E

In artikel 3.5, eerste lid, wordt 'sES en regio' vervangen door: SES, meerjarige hoge kosten en regio.

F

In artikel 3.8, eerste lid, wordt 'sES en regio' vervangen door: SES, meerjarige hoge kosten en regio.

G

Artikel 3.11 komt te luiden:

#### **Artikel 3.11**

1. Na het vereveningsjaar herberekent het College zorgverzekeringen per zorgverzekeraar de deelbedragen, bedoeld in de artikelen 3.4 tot en met 3.8, waarbij het de werkelijke verzekerdenaantallen en de werkelijke verzekerdenkenmerken per verzekeraar en in eerste instantie ook de gerealiseerde kosten in acht neemt.
2. Ten behoeve van de herberekening, bedoeld in het eerste lid, herberekent het College zorgverzekeringen de gewichten, bedoeld in de artikelen 3.4, 3.5, 3.7 en 3.8.
3. Het College zorgverzekeringen vermindert ieder op grond van het eerste lid voor een zorgverzekeraar berekend deelbedrag met een bedrag dat het als volgt berekent:
  - a. het College zorgverzekeringen berekent het verschil tussen de gerealiseerde kosten en de geraamde kosten voor het met het deelbedrag overeenkomende cluster van prestaties;
  - b. het College zorgverzekeringen deelt de onder a verkregen uitkomst door het totaal aantal in het vereveningsjaar ingeschreven verzekerden;
  - c. het College zorgverzekeringen vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar de onder b verkregen uitkomst met het aantal in het vereveningsjaar bij die verzekeraar ingeschreven verzekerden.



4. Het op grond van het eerste tot en met derde lid berekende bedrag wordt voor de toepassing van de overige artikelen van dit hoofdstuk genoemd: het herberekende deelbedrag per in die artikelen aangegeven cluster van prestaties.

H

In artikel 3.12 wordt 'de kosten van B-dbc's' vervangen door: de kosten van dbc's in het vrije segment.

I

Artikel 3.13 vervalt.

J

Artikel 3.14, derde en vierde lid, worden vervangen door:

3. Het College zorgverzekeringen calculeert in een bij ministeriële regeling te bepalen mate na op het verschil tussen gerealiseerde kosten binnen het cluster 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp' enerzijds, en het op grond van artikel 3.11 voor dat cluster herberekende deelbedrag anderzijds, leidende tot een nieuw deelbedrag per zorgverzekeraar.

K

Artikel 3.17 komt te luiden:

#### **Artikel 3.17**

1. Indien voor een zorgverzekeraar de som van het ingevolge artikel 3.11 herberekende deelbedrag voor het cluster 'bij ministeriële regeling aangewezen dbc's in het vrije segment, bedoeld in artikel 1, onderdeel h' en het op grond van artikel 3.14 berekende nieuwe deelbedrag, gedeeld door het aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moet worden betaald, meer dan een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag afwijkt van een bedrag waarvan de berekeningswijze bij ministeriële regeling wordt bepaald, calculeert het College zorgverzekeringen de buiten de bedoelde bandbreedte liggende meer- of minderkosten voor een bij die regeling te bepalen percentage na.
2. Indien voor een zorgverzekeraar de gerealiseerde kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg meer dan een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag afwijken van een bedrag waarvan de berekeningswijze bij ministeriële regeling wordt bepaald, calculeert het College zorgverzekeringen de buiten de bedoelde bandbreedte liggende meer- of minderkosten voor een bij die regeling te bepalen percentage na.

L

Artikel 3.18 komt te luiden:

#### **Artikel 3.18**

Het College zorgverzekeringen sommeert de ingevolge artikel 3.11 herberekende deelbedragen voor de clusters 'bij ministeriële regeling aangewezen dbc's in het vrije segment, bedoeld in artikel 1, onderdeel h' en 'overige prestaties', de op grond van de artikelen 3.14, 3.15 en 3.16 berekende nieuwe deelbedragen en, voor zover van toepassing, de op grond van artikel 3.17 berekende bedragen tot één normatief bedrag per verzekeraar.

M

Het tweede lid van artikel 3.20 komt te luiden:

2. het College zorgverzekeringen kan bij een voorlopige vaststelling als bedoeld in het eerste lid, een correctie met bedragen als bedoeld in artikel 1, onderdeel cc, onder 1° of 2°, de hogekostencompensatie, bedoeld in artikel 3.16 of de nacalculatie, bedoeld in de artikelen 3.14, 3.15, 3.16 of 3.17 achterwege laten.



---

N

Artikel 3.23 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt 'een uitkering' vervangen door 'een bijdrage' en vervalt: of structureel.
2. In het tweede lid wordt ', uitkeringen', vervallen door ', bijdragen', en vervalt: nationale.
3. In het derde lid wordt ', de uitkering', vervangen door: de bijdrage.

#### **ARTIKEL II**

1. artikel 3.14, derde lid, van het Besluit zorgverzekering vervalt met ingang van 1 januari 2014.
2. Het eerste lid van artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering en de aanduiding '2.' voor het tweede lid van dat artikel vervallen met ingang van 1 januari 2015.

#### **ARTIKEL III**

1. De artikelen van dit besluit treden in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip, dat voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden vastgesteld.
2. Nadat zij in werking zijn getreden, gelden de artikelen van dit besluit of de onderdelen daarvan voor het eerst met betrekking tot de vereveningsbijdrage die voor het eerstvolgende kalenderjaar wordt toegekend.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,*



## NOTA VAN TOELICHTING

### Managementsamenvatting

Met deze wijziging wordt een aantal ex post compensatiemechanismen afgebouwd. Daarnaast wordt een nieuw risicovereveningscriterium geïntroduceerd. Zorgverzekeraars gaan door de afbouw van ex post compensatiemechanismen meer financieel risico lopen. Flankerend beleid zorgt er voor dat dit verantwoord kan gebeuren. Doel van deze wijziging is om het risicovereveningsmodel verder te verbeteren en de zorgverzekeraars te stimuleren om meer te investeren in goede zorginkoop en beheersing van de zorgkosten. Hierdoor kan kwalitatief goede zorg in de toekomst betaalbaar en toegankelijk blijven.

### Algemeen

Een zorgverzekeraar dient iedere verzekeringsplichtige die een zorgverzekering bij hem wenst te sluiten, te accepteren. Dat is in de Zorgverzekeringswet (Zvw) geregeld. Die wet bepaalt ook, dat de premie die de zorgverzekeraar voor een dergelijke zorgverzekering vraagt, niet mag worden afgestemd op het gezondheidsrisico of op andere kenmerken van de verzekerde. Zonder nadere maatregelen is het gevolg van deze acceptatieplicht en dit verbod van premiedifferentiatie, dat zorgverzekeraars met relatief veel ongezonde verzekerden in de zorgverzekeringsportefeuille, in het nadeel zijn ten opzichte van zorgverzekeraars met een relatief gezonde populatie, omdat zij gegeven hun populatie welhaast gedwongen zijn een hogere premie te vragen dan hun concurrent met een gezondere populatie. Dit ondermijnt het gelijke speelveld waarop de concurrentie tussen zorgverzekeraars zich moet afspelen.

Om dit te voorkomen, is in paragraaf 4.2 van de Zvw bepaald dat zorgverzekeraars jaarlijks van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) een 'vereveningsbijdrage', ontvangen, die uit het Zorgverzekeringsfonds gefinancierd wordt. Deze bijdrage wordt gebaseerd op een inschatting vooraf (ex ante) van de zorgkosten van een zorgverzekeraar aan de hand van een aantal objectieve kenmerken van de verzekerden van die zorgverzekeraar. Deze systematiek beoogt zorgverzekeraars voor kostenverschillen als gevolg van onbeïnvloedbare risicoverschillen in hun zorgverzekerdenportefeuilles te compenseren, zodat zij op dit punt in een gelijke uitgangspositie worden gebracht en daardoor eerlijk met elkaar kunnen concurreren. Weet de zorgverzekeraar welk bedrag hij in het komende jaar aan vereveningsbijdrage zal krijgen, dan zal hij vervolgens de nominale premie kunnen vaststellen die hij over dat jaar voor zijn zorgverzekering vraagt.

Wanneer het ex ante risicovereveningsmodel tekort schiet, kunnen compensatiemechanismen worden ingezet om dit achteraf te corrigeren. Als de verwachte zorgkosten en de feitelijk gerealiseerde zorgkosten slecht op elkaar aansluiten, is het voor zorgverzekeraars mogelijk interessant om, ondanks de wettelijk voorgeschreven zorgplicht en het verbod op risicoselectie, te beknibbelen op de kwaliteit van de zorg of om toch over te gaan tot het weren van verzekerden met voorspelbare hoge kosten. Vooral als de 'onderschatting', van de verwachte kosten voorspelbaar is en neerslaat bij een vooraf te duiden en te selecteren groep van verzekerden. Als de zorgverzekeraars achteraf (ex post) worden gecompenseerd voor het verschil, neemt de neiging tot beknibbelen op de kosten of tot risicoselectie af.

Hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering bevat de belangrijkste nadere regels over de vereveningsbijdragen: bepaald wordt met welke vereveningscriteria bij de berekening van die bijdragen rekening wordt gehouden, en hoe de bijdragen op hoofdlijnen worden berekend. De gedetailleerde uitwerking van deze regels is vervolgens te vinden in hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering en in bijlagen daarbij.

Het CVZ voert de risicoverevening uit en stelt de vereveningsbijdrage voor ieder zorgverzekeraar vast. De wijze waarop dit gebeurt, is vastgelegd in de beleidsregels van het CVZ. Deze beleidsregels vinden hun basis in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Zodra het Besluit en/of de Regeling worden gewijzigd, past het CVZ de beleidsregels daarop aan.

Als compensatiemechanismen worden in het Besluit zorgverzekering en in de Regeling zorgverzekering onder meer genoemd:

#### a. Macro-nacalculatie

De ex ante vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars wordt gebaseerd op een schatting van de totale zorgkosten, het zogenoemde macro- prestatiebedrag. Sinds de invoering van de Zvw wordt binnen het risicovereveningssysteem macro-nacalculatie toegepast. Het doel van de macro-nacalculatie is het waarborgen dat elke verzekerde voor een verzekeraar een gelijk verzekeringsrisico vormt; ook als de macro kostenramingen afwijken van de macro kostenrealisaties. Hierdoor wordt de prikkel tot risicoselectie als gevolg van genoemde afwijkingen gemitigeerd.



Door de macro-nacalculatie lopen verzekeraars bovendien gezamenlijk in het betreffende jaar geen risico op de totale kostenontwikkeling. Als de macro kosten hoger uitvallen dan geraamd, wordt ex post een hogere vereveningsbijdrage vastgesteld, als de macro kosten lager uitvallen gaat de vereveningsbijdrage omlaag. De hogere of lagere vereveningsbijdragen worden gebaseerd op de werkelijke verdeling van verzekerden over de vereveningskenmerken en de macro kosten per deelbedrag.

### **b. Hoge kostencompensatie**

Bij hoge kostencompensatie worden kosten hoger dan de vooraf vastgestelde schadedrempel voor een bepaald percentage nagecalculeerd. Hierdoor worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor verschillen in schades die ontstaan als gevolg van een ongelijke verdeling van verzekerden met hoge schades.

### **c. Nacalculatie**

Nacalculatie wordt ingezet om de hoogte van het financiële risico dat zorgverzekeraars lopen te koppelen aan de mogelijkheden die zorgverzekeraars hebben om de zorguitgaven te beïnvloeden.

### **d. Bandbreedteregeling**

De bandbreedteregeling fungeert als vangnet. Het begrenst de financiële risico's die zorgverzekeraars lopen. Het vangnet wordt toegepast indien voor een zorgverzekeraar het verschil tussen de werkelijk gerealiseerde zorgkosten, ondanks de inzet van de eerder genoemde ex post compensatiemechanismen, en de geraamde zorgkosten, per verzekerde buiten een vooraf vastgestelde bandbreedte ligt. In dat geval worden de meerkosten in bepaalde mate nagecalculeerd.

### **Afschaffing ex post compensatiemechanismen**

De zorgverzekeraars lopen door het bestaan van deze compensatiemechanismen aanzienlijk minder financieel risico. Dat is comfortabel voor zorgverzekeraars maar heeft ook een keerzijde. Door toepassing van de compensatiemechanismen is de prikkel voor zorgverzekeraars (vraagzijde) om scherp zorg in te kopen en het volume te beheersen te veel beperkt. De creativiteit en innovativiteit die nodig zijn om de beste zorg ook in de toekomst zowel toegankelijk als betaalbaar te houden, boren zorgverzekeraars daardoor nog onvoldoende aan. Dit moet veranderen.

Verdere optimalisering van het ex ante risicovereveningsmodel door introductie van het nieuw vereveningscriterium 'meerjarige hoge kosten', maakt het mogelijk om vrijwel alle ex post compensatiemechanismen verantwoord en in samenhang met andere verbeteringen aan het zorgstelsel af te schaffen. In 2015 zullen alleen nog voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg ex post compensatiemechanismen gelden. Het financiële belang van zorgverzekeraars bij goede zorginkoop en volumebeheersing neemt toe en daarmee ook de prikkel om hierin serieus te gaan investeren. Met onderhavig besluit zijn de volgende wijzigingen ter versterking van de prikkel tot doelmatige zorginkoop doorgevoerd:

- De macro-nacalculatie wordt met ingang van het vereveningsjaar 2012 afgeschaft. Door het afschaffen van de macro-nacalculatie verschuift het financiële risico op overschrijdingen van de overheid naar de zorgverzekeraars. Als gevolg daarvan zullen zorgverzekeraars een sterkere prikkel ervaren de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Door macronacalculatie ontstaan ongelijke voorwaarden tussen grote en kleine verzekeraars, macronacalculatie vergroot daardoor de ongelijkheden in het speelveld. Dit effect wordt groter naarmate de verschillen in omvang tussen verzekeraars toenemen. Afschaffen van macronacalculatie<sup>1</sup> (in combinatie met flankerend beleid gericht op het behoud van een gelijk speelveld) leidt tot een meer gelijk speelveld tussen verzekeraars van ongelijke omvang. Het afschaffen van de macro-nacalculatie gaat gepaard met een aantal flankerende maatregelen. Deze maatregelen zijn gericht op het zo veel mogelijk behouden van een gelijk speelveld voor alle zorgverzekeraars, het verwerken in de risicoverevening van financiële gevolgen van wijzigingen van de verzekerde prestaties na het moment waarop de ex ante vereveningsbijdragen bekend worden gemaakt en het bieden van financiële zekerheid aan zorgverzekeraars bij een catastrofe als bedoeld in artikel 3.23. Door het afschaffen van de macro-nacalculatie in combinatie met de afbouw van de bandbreedteregeling, worden catastrofes, zowel regionale als de nationale, niet langer impliciet afgedekt voor verzekeraars. Het flankerend beleid met betrekking tot catastrofes wordt nog ontwikkeld en is nog niet opgenomen in onderhavig besluit. Dit betekent dat vooralsnog wordt teruggevallen op de

<sup>1</sup> Bron: CPB document 212: Ex post correctiemechanismen in de zorgverzekeringwet: hoe nu verder





bepaling in de Zvw dat de overheid kan besluiten om in het geval van een catastrofe via een ministeriële regeling de getroffen zorgverzekeraars geheel of gedeeltelijk te compenseren. Er wordt gewerkt aan een meer structurele oplossing waarbij voor zowel de zorgverzekeraar, de prudentiële toezichthouder, De Nederlandsche Bank, als voor de overheid helderheid wordt verschaft over het vraagstuk wanneer sprake is van een catastrofe en in welke mate dit risico door de overheid wordt afgedekt. Deze duidelijkheid is benodigd ten behoeve van het risicomanagement van de zorgverzekeraar en het prudentiële toezicht.

- De hoge kostenverevening voor 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische zorg', 'kosten die behoren tot het cluster van bij ministeriële regeling aangewezen dbc's in het vrije segment', en 'kosten van overige prestaties', wordt per 2012 afgeschaft. Tot nu toe werden zorgverzekeraars via deze verevening achteraf gecompenseerd voor verschillen in kosten die ontstaan als gevolg van de ongelijke verdeling van verzekerden met hoge schades. Dit is na introductie van het nieuwe vereveningscriterium 'meerjarige hoge kosten', niet meer nodig. Verdere verbetering van het vereveningsmodel maakt het mogelijk om verzekerden met voorspelbare (meerjarige) hoge kosten ex ante te compenseren. Door het afschaffen van de hoge kostenverevening in combinatie met de introductie van het nieuwe vereveningscriterium 'meerjarige hoge kosten', worden verzekeraars niet meer gecompenseerd voor onvoorspelbare (incidentele) hoge kosten, deze kosten worden tot de normale verzekeraarsrisico's gerekend. De hoge kostencompensatie voor 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg', (ggz) blijft gehandhaafd. Het invoeren van een criterium voor structurele (meerjarige) hoge kosten ggz in het vereveningsmodel is nu nog niet mogelijk, omdat deze kosten pas in 2008 naar de Zvw zijn overgeheveld.
- Als gevolg van de invoering van prestatiebekostiging en van DOT<sup>2</sup> zal de beïnvloedbaarheid van de kosten door zorgverzekeraars toenemen. De nacalculatie voor 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische zorg', wordt daarom afgeschaft per 2014. In 2012 en 2013 vindt een betekenisvolle en verantwoorde afbouw in stappen plaats. Dit zal worden geregeld in de ministeriële regelingen Zvw die de risicovereveningsregels voor 2012 en 2013 bevatten.
- De bandbreedteregeling voor de som van 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische zorg', en 'kosten die behoren tot het cluster van bij ministeriële regeling aangewezen dbc's in het vrije segment', wordt afgeschaft per 2015. In 2012, 2013 en 2014 vindt een betekenisvolle en verantwoorde afbouw in stappen plaats. Dit zal worden geregeld in de ministeriële regelingen Zvw die de risicovereveningsregels voor 2012, 2013 en 2014 bevatten.

### *Flankerend beleid*

Als gevolg van het afschaffen van de macro-nacalculatie worden de volgende maatregelen van flankerend beleid per 2012 ingevoerd:

- a. Zonder macro-nacalculatie zullen zorgverzekeraars met gemiddeld hoge (verwachte) kosten per verzekerde naar verwachting hogere verliezen per verzekerde leiden dan zorgverzekeraars met gemiddeld lage (verwachte) kosten per verzekerde. Om het gelijke spelveld tussen zorgverzekeraars zo veel mogelijk in stand te houden wordt de herberekening van de vereveningsbijdrage gebaseerd op de gerealiseerde macrozorgkosten, waarbij ramingsafwijkingen ten laste van zorgverzekeraars worden gebracht om de prikkel tot doelmatige zorginkoop te maximeren; de aanwezige kostenverhouding tussen zorgverzekeraars blijft hierbij gehandhaafd.
- b. In het geval van late besluitvorming (over pakketwijzigingen) door de overheid, zouden zorgverzekeraars de financiële gevolgen hiervan niet adequaat in hun premies kunnen verwerken. Door het afschaffen van de macro-nacalculatie komt het risico hiervan volledig bij zorgverzekeraars. Om dit te voorkomen wordt de definitie 'geraamde kosten', zodanig aangepast, dat ook de financiële gevolgen worden meegenomen van de in het vereveningsjaar geldende wijzigingen in de te verzekeren prestaties die na vaststelling van het macro-prestatiebedrag en de macro-deelbedragen, maar voor de aanvang van het vereveningsjaar bekend zijn.
- c. Door het afschaffen van de macro-nacalculatie komen ook de volledige financiële risico's van nationale catastrofes voor rekening van de zorgverzekeraars. In artikel 33 van de Zvw is bepaald dat bij ministeriële regeling middelen ter beschikking *kunnen* worden gesteld aan zorgverzekeraars ingeval een catastrofe (een kernexplosie, een natuurramp of een andere buitengewone gebeurtenis die niet tot het normale bedrijfsrisico van zorgverzekeraars kan worden gerekend). Door deze 'kan-bepaling', om te zetten in een 'zal-bepaling', wordt aan zorgverzekeraars zekerheid geboden dat er in geval van een catastrofe ook daadwerkelijk een bijdrage wordt verleend ter dekking van de extra kosten. De negatieve invloed van deze kosten op het financiële resultaat kan daarmee worden gereduceerd. Deze wijziging van de Zvw zal in gang worden gezet. Daarnaast zal worden onderzocht in hoeverre in een ministeriële regeling nadere invulling kan worden gegeven aan de in artikel 33 Zvw gebruikte begrippen. In dit Besluit wordt geregeld dat zorgkosten door een in het vereveningsjaar opgetreden catastrofe, voor zo ver daar op grond van artikel 3.23 extra

<sup>2</sup> 'DOT' staat voor: dbc's op weg naar transparantie.



middelen voor beschikbaar zijn gesteld, niet meetellen bij de gerealiseerde kosten. Hierdoor wordt komt het catastroferisico niet bij de zorgverzekeraars te liggen.

## Consultatie

Zowel in het Regeerakkoord als in de brief 'Zorg die loont', (Kamerstukken II, 2010/11, 32620 nr. 6) die de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 14 maart 2011 naar de Tweede Kamer zond, zijn de betreffende beleidsbeslissingen al aangekondigd. Met de voorliggende wijziging worden deze beslissingen juridisch verankerd. In het voortraject zijn ondermeer de volgende betrokken partijen geconsulteerd: het CVZ, de Nederlandse Zorgautoriteit, Zorgverzekeraars Nederland en De Nederlandse Bank.

## Administratieve lasten

Door deze wijziging verandert de administratieve lastendruk niet.

## Voorhang

Het concept-besluit is op grond van artikel 124 Zvw vier weken voorgehangen bij beide Kamers der Staten-Generaal. Dit heeft niet tot wijzigingen geleid.

## Artikelsgewijs

### Artikel I

#### Onderdeel A

Het nieuwe artikel 1, onderdeel g, definieert het begrip 'vereveningsjaar'. Dat is het kalenderjaar waarop een vereveningsbijdrage betrekking heeft. Deze bijdrage wordt voor het vereveningsjaar (ex ante) berekend en toegekend (zie artikel 32 Zvw) en na het vereveningsjaar (ex post) herberekend en vastgesteld (zie artikel 34 Zvw). Voor definiëring van het vereveningsjaar is gekozen om te voorkomen dat het begrip in de nieuwe artikelen over de ex post compensatie-mechanismen, waar het gebruikt wordt, herhaaldelijk moet worden omschreven. Daarnaast is van de gelegenheid gebruik gemaakt om het begrip 'jaar', dat in enkele bepalingen over de ex ante toekenning van de vereveningsbijdrage is opgenomen te vervangen door het duidelijkere 'vereveningsjaar'.

De twee wijzigingen in de onderdelen h (nieuw) en m (nieuw) van artikel 1 van het Besluit zorgverzekering houden verband met het feit dat ingevolge het voorstel van wet houdende Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met de aanvulling met instrumenten voor bekostiging (Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG; Kamerstukken I 2009/10, 32393, A) niet meer gesproken zal worden van dbc's (diagnose behandeling combinaties) in het A- dan wel B-segment, maar van een vast segment, van dbc's in een 'gereguleerde' segment en van dbc's in een 'vrije segment'<sup>3</sup>. Laatstbedoelde dbc's zijn vergelijkbaar met de dbc's in het B-segment.

Met onderdeel z wordt het ex ante vereveningscriterium 'meerjarige hoge kosten', toegevoegd.

De definitie van 'nominale rekenpremie', in onderdeel aa is gelijk aan de definitie van dat begrip in het huidige onderdeel y.

Onderdeel bb van artikel 1 van het Besluit zorgverzekering kan als volgt worden toegelicht. Met voorliggend besluit is de macro-nacalculatie geschrapt. Zoals in het algemene deel van deze toelichting is aangegeven, betekent dit dat bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage in principe niet meer wordt uitgegaan van de uiteindelijk in het vereveningsjaar gemaakte kosten, maar van de geraamde kosten. In principe zijn die kosten gelijk aan de kosten die voor 1 oktober van het jaar voorafgaande aan het vereveningsjaar als de kosten voor het macro-prestatiebedrag en de macro-deelbedragen in een jaarlijkse ministeriële regeling worden gepubliceerd. Deze kostenraming sluit aan bij het in het vereveningsjaar te verzekeren pakket, dat voor 1 juli van het jaar voor het vereveningsjaar bekend dient te zijn. De zorgverzekeraars moeten immers, met het oog op het bijstellen van hun modelovereenkomsten, ruim van tevoren weten welke zorg op grond van een zorgverzekering verzekerd moet worden. Echter, de laatste jaren is het om politieke redenen voorgekomen dat

<sup>3</sup> Naar verwachting zal de huidige dbc-structuur met ingang van 1 januari 2012 worden vervangen door het zogenoemde 'DOT'-systeem. Omdat ook het DOT-systeem uitgaat van dbc's ('DOT' staat, zoals in noot 2 reeds is aangegeven, voor 'dbc's op weg naar transparantie'), dient de term 'dbc's' in de regelgeving gehandhaafd te worden. Wel zullen de dbc's na invoering van DOT een hoger abstractieniveau hebben dan de huidige dbc's.





pakketbeslissingen pas na 1 juli bekend zijn geworden, en wel soms zo laat, dat er ook bij de publicatie van het macro-prestatiebedrag en de macro-deelbedragen geen rekening mee kon worden gehouden. Het is niet redelijk om de financiële gevolgen van dergelijke late pakketbeslissingen niet bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage mee te nemen. Bij een laat bekend geworden pakketuitbreiding of verlaging van een eigen bijdrage zou dat immers – zeker indien de wijziging zo laat bekend wordt dat deze ook niet meer door de zorgverzekeraar in de nominale premie kan worden verwerkt – betekenen dat de verzekeraars dit bedrag in eerste instantie zelf moet zien te financieren, en bij een laat bekend geworden pakketbeperking of verhoging van eigen bijdragen, zouden de zorgverzekeraars oneigenlijk voordeel krijgen. Om die reden wordt in artikel 1, onderdeel bb van het Besluit zorgverzekering 'geraamde kosten', in wezen gedefinieerd als de bij de ministeriële regeling, bedoeld in artikel 3.1, derde lid, bepaalde macro-deelbedragen, vermeerderd of verminderd met de geraamde kosten van nagekomen wijzigingen in het te verzekeren pakket.

Hoewel de macro-nacalculatie met dit besluit is afgeschaft, is het, om een ongelijk speelveld tussen zorgverzekeraars te voorkomen, wel nodig dat in een tussenberekening voor de vaststelling van de vereveningsbijdragen wél rekening wordt gehouden met de werkelijk in het vereveningsjaar gerealiseerde kosten. In de toelichting op onderdeel H (het nieuwe artikel 3.11 van het Besluit zorgverzekering) wordt hier nader op ingegaan. Ook voor de nacalculatie wordt uitgegaan van de gerealiseerde kosten. Onderdeel cc definieert de gerealiseerde kosten als de over het vereveningsjaar per cluster van prestaties gerealiseerde kosten. Zonder nadere bepalingen zou dit gaan om alle door zorgverzekeraars over het verzekeringsjaar aan zorgaanbieders uitbetaalde bedragen, voor zover deze althans te zien zijn als vergoeding voor op grond van zorgverzekeringen verleende zorg. Het zou derhalve ook gaan om de extra, buiten de risicoverevening omgaande bijdragen die het CVZ, nadat daartoe een ministeriële regeling getroffen is, op grond van artikel 33 Zvw (en 3.23 van het Besluit zorgverzekering) ter beschikking zal stellen in geval van een catastrofe.

'Opbrengstresultaten', dat wil zeggen om bedragen waarvan later wordt vastgesteld dat zij boven (overdekking) of onder (onderdekking) het aan instellingen toegewezen budget zijn uitgegaan<sup>4</sup> en die door de instellingen aan de verzekeraars moeten worden terugbetaald (overdekking) dan wel achteraf door de verzekeraar aan de instelling moeten worden betaald (onderdekking), zijn niet te zien als vergoedingen voor door zorgverleners verleende zorg. Dergelijke kosten vallen dus sowieso buiten het begrip 'gerealiseerde kosten',

De definities van 'hogekostencompensatie', in onderdeel dd en 'nacalculatie', in onderdeel ee zijn gelijk aan de voor de inwerkingtreding van dit besluit geldende definitie in onderdeel z respectievelijk aa.

#### *Onderdeel B, deel van onderdeel D en onderdeel H*

Voor een toelichting op de vervanging van 'B-dbc's', door 'dbc's in het vrije segment', wordt verwezen naar de toelichting op onderdeel A (toelichting op de gewijzigde onderdelen h (nieuw) en m (nieuw) van artikel 1 van het Besluit zorgverzekering).

De wijziging van 'voor een jaar', in 'voor een vereveningsjaar', in artikel 3.1, derde lid, is slechts een verduidelijking.

#### *Onderdeel C*

De wijziging van 'voor een jaar', in 'voor een vereveningsjaar', in artikel 3.2, is slechts een verduidelijking.

#### *Onderdelen D tot en met F*

De onderdelen D tot en met F introduceren het nieuwe vereveningscriterium 'meerjarige hoge kosten', dat, behalve bij de kosten van geneeskundig geestelijke gezondheidszorg, het huidige *ex post* mechanisme van de hogekostencompensatie vervangt.

#### *Onderdeel G*

De artikelen 3.11 tot en met 3.19 van het Besluit zorgverzekering gaan over de *ex post* berekening van de vereveningsbijdrage, die uiteindelijk leidt tot de (definitieve) vaststelling daarvan. Voor de

<sup>4</sup> Opbrengstresultaten zullen, indien het wetsvoorstel Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG op 1 januari in werking treedt, met ingang van het vereveningsjaar 2012 slechts voor categorale instellingen en voor instellingen voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg kunnen optreden.



inwerkingtreding van voorliggend besluit, waren er vijf ex post compensatiemechanismen, die in de volgende volgorde werden toegepast:

1. verzekerdennacalculatie
2. macro-nacalculatie
3. hogekostencompensatie
4. nacalculatie
5. bandbreedteregeling

Niet ieder instrument werd overigens op ieder deelbedrag toegepast.

Met dit Besluit zijn de macro-nacalculatie en de hogekostencompensatie (dit laatste behalve voor de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg) komen te vervallen, terwijl de nacalculatie voor de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp over 2012 en 2013 respectievelijk de toepassing van de bandbreedteregeling over 2012, 2013 en 2014 bij ministeriële regeling zal worden afgebouwd en met ingang van 2014 respectievelijk 2015 zal zijn afgeschaft (zie artikel II van voorliggend besluit). Nog steeds geldt dat de overblijvende mechanismen niet op ieder deelbedrag worden toegepast.

Artikel 3.11 zoals dat voor de inwerkingtreding van dit Besluit luidde, vormde de basis voor de verzekerdennacalculatie en voor de macro-nacalculatie. Met dit besluit is het artikel vervangen door een artikel dat nog steeds de basis vormt voor de verzekerdennacalculatie (eerste lid en tweede lid) maar waarin geen basis meer ligt voor de macro-nacalculatie. Dat wil zeggen dat bij de ex post berekeningen van de vereveningsbijdragen, leidende tot de vaststelling van die bijdragen, niet meer uitgegaan wordt van de gerealiseerde kosten, maar van de geraamde kosten.

Echter, de macro-nacalculatie kan niet zonder flankerend beleid worden afgeschaft. Zonder flankerend beleid zouden, indien de gerealiseerde kosten macro hoger uitvallen dan de macro geraamde kosten, zorgverzekeraars met een verzekerdensportefeuille met relatief veel slechte risico's meer nadeel lijden dan zorgverzekeraars met gemiddelde of lage (verwachte) kosten per verzekerde (en andersom zouden eerstbedoelde verzekeraars meer voordeel hebben indien de zorgkosten macro lager uit zouden vallen dan geraamd). Daarnaast zouden verzekeraars, indien bij de vaststelling slechts rekening zou worden gehouden met de ten behoeve van de ex ante toekenning gebruikte macro-deelbedragen, geld tekort komen of juist overhouden indien nadien – maar voor de aanvang van het vereveningsjaar – nog pakketwijzigingen zouden worden aangebracht. Ten slotte zouden verzekeraars macro geld tekort komen indien sprake zou zijn van toepassing van artikel 3.23 van het Besluit zorgverzekering. Toepassing van dat artikel zou dan immers inhouden dat het CVZ ten gevolge van een catastrofe geld ter beschikking zou stellen, maar dat zouden alle verzekeraars dan, nu deze kosten niet in de geraamde kosten zitten, tezamen moeten opbrengen. Bovendien zou dan sprake zijn van herverdeling van geld in plaats van het ter beschikking komen van extra geld voor die verzekeraars, die met de financiële gevolgen van de catastrofe te maken krijgen.

Dit flankerend beleid is deels in artikel 1, onderdeel cc, en deels in artikel 3.11 van het Besluit zorgverzekering verwerkt.

Het gelijke speelveld wordt bereikt door bij de herberekening in eerste instantie wèl uit te gaan van de gerealiseerde zorgkosten. Dit zijn alle kosten die over het vereveningsjaar zijn gemaakt, voor zover zij in de risicoverevening dienen te worden betrokken. Dit geldt niet voor de kosten van catastrofes (zie artikel 1, onderdeel cc, van het Besluit zorgverzekering). In eerste instantie berekent het CVZ per verzekeraar per cluster van prestaties nieuwe deelbedragen, uitgaande van de werkelijke verzekerdenaantallen per verzekeraar, van de werkelijke verzekerdenkenmerken, en van de op basis van de gerealiseerde kosten herberekende gewichten (art 3.11, eerste en tweede lid). Daarmee zou de macro-nacalculatie in stand blijven, ware het niet, dat het derde lid van artikel 3.11 vervolgens bepaalt, dat op de aldus berekende deelbedragen een bedrag in mindering wordt gebracht. Het derde lid bepaalt bovendien, hoe dit bedrag moet worden berekend. Allereerst wordt het verschil tussen de gerealiseerde kosten en de geraamde kosten berekend (derde lid, onderdeel a) Gezien de definities van 'gerealiseerde kosten', en 'geraamde kosten', gaat het hier telkens om de kosten per cluster van prestaties: de uitkomst is derhalve het verschil tussen gerealiseerde en geraamde kosten voor, bijvoorbeeld, het cluster 'overige prestaties', . Vervolgens wordt de uitkomst van onderdeel a gedeeld door het totaal aantal in het vereveningsjaar ingeschreven verzekerden. Dit levert een per verzekerde gelijk bedrag per cluster van prestaties op (derde lid, onderdeel b). Dit standaardbedrag wordt vermenigvuldigd met het aantal personen dat in het vereveningsjaar een zorgverzekering bij de verzekeraar had (derde lid, onderdeel c). Het resultaat is het bedrag dat iedere verzekeraar in totaal ten gevolge van kostenoverschrijdingen per deelbedrag in zou moeten leveren. De uitkomst wordt dan ook in mindering gebracht op het op grond van het eerste en tweede lid van artikel 3.11 berekende toepasselijke deelbedrag. De uitkomst daar weer van (het herberekende deelbedrag per in die artikelen aangegeven cluster van prestaties) wordt gebruikt als basis voor de toepassing van de



overige ex post compensatie-mechanismen, zoals geregeld in de artikelen 3.12 tot en met 3.17 van het Besluit zorgverzekering.

Overigens wordt in het voorgaande telkens gesproken van het in mindering brengen van kosten. Dat is logisch, nu de afgelopen jaren de gerealiseerde kosten steeds hoger uitvielen dan de geraamde kosten. Indien in de toekomst echter in enig jaar de geraamde kosten hoger zouden zijn dan de gerealiseerde kosten, leidt de berekening, bedoeld in artikel 3.11, derde lid, tot een negatief bedrag. Omdat een vermindering met een negatief bedrag de facto een vermeerdering is, zal in dat geval sprake zijn van een op- in plaats van een afslag op de herberekende deelbedragen.

Op grond van artikel 1, onderdeel bb, worden in de geraamde kosten ook de financiële gevolgen meegenomen van in het vereveningsjaar geldende wijzigingen in de te verzekeren prestaties die na de vaststelling van het macro-prestatiebudget en de macro-deelbedragen, maar voor de aanvang van het vereveningsjaar bekend zijn geworden. Daarmee is het tweede punt van het flankerend beleid geregeld.

#### *Onderdeel I*

Artikel 3.13 zoals dat voor de inwerkingtreding van dit Besluit luidde, voorzag in hogekostencompensatie op het herberekende deelbedrag van de kosten van B-dbc's (nu: de kosten van de dbc's in het vrije segment) en in de mogelijkheid van nacalculatie. De hogekostencompensatie is met voorliggend Besluit vervallen. In de plaats daarvan is de ex ante verevening op meerjarige hoge kosten gekomen. Van de mogelijkheid tot nacalculatie is in 2011 geen gebruik gemaakt, behalve dan dat de kosten van de B-dbc's meegenomen worden in het bepalen van de bandbreedteregeling (toepassen van de bandbreedteregeling is ook een vorm van nacalculatie). Omdat de bandbreedteregeling een jaar later zal vervallen dan de nacalculatie op de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, is het nodig om een (tijdelijke) afzonderlijke delegatiebepaling te maken voor de bandbreedteregeling. Deze is met voorliggend besluit opgenomen in artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering. Nu het niet de bedoeling is om nog om andere redenen gebruik te maken van de nacalculatiemogelijkheid op dbc's in het vrije segment die in artikel 3.13 was opgenomen, is besloten het artikel geheel te laten vervallen. Dat betekent dat voor de dbc's uit het vrije segment het op grond van artikel 3.11, eerste tot en met derde lid, berekende bedrag het bedrag is dat meetelt voor de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage.

#### *Onderdeel J*

In artikel 3.14 is de hogekostencompensatie bij het cluster 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp', komen te vervallen.

De nacalculatie op de kosten in dit cluster is nu in het nieuwe derde lid van artikel 3.14 geregeld. In de in dit lid bedoelde ministeriële regeling, zal voor de vereveningsjaren 2012 en 2013 een gefaseerde afbouw van het nacalculatiepercentage worden geregeld. Ingevolge artikel II vervalt artikel 3.14, en daarmee de nacalculatiemogelijkheid binnen dit cluster, met ingang van 1 januari 2014.

#### *Onderdeel K*

In artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering zoals dat voor de inwerkingtreding van voorliggend besluit luidde, was de hogekostencompensatie en de mogelijkheid van nacalculatie op het cluster 'kosten van overige prestaties', geregeld. De hogekostencompensatie komt echter bij de inwerkingtreding van voorliggend besluit te vervallen, terwijl van de mogelijkheid van nacalculatie over het vereveningsjaar 2011 geen gebruik is gemaakt en er geen voornemens zijn om die mogelijkheid in later jaren alsnog te gebruiken. Daarom komt artikel 3.17 vervallen. Dat betekent dat voor de overige prestaties het op grond van artikel 3.11, eerste tot en met derde lid, berekende bedrag het bedrag is dat meetelt voor de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage.

Het vrijgevallen nummer is echter gebruikt voor een delegatiebepaling voor de bandbreedteregeling. Dit is nodig nu gebruik van de bandbreedteregeling, die onder ander wordt toegepast op de som van 'de kosten van de dbc's uit het vrije segment', en 'de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische zorg', te zien is als een vorm van nacalculatie, terwijl de basis voor nacalculatie voor de dbc's uit het vrije segment met ingang van het vereveningsjaar 2012 en de basis voor nacalculatie op de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische zorg met ingang van 1 januari 2014 vervalt. Ingevolge artikel II, tweede lid, zal de bandbreedteregeling voor de som van de kosten van de dbc's uit het vrije segment en de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische zorg met ingang van 1 januari 2015 vervallen.

Hoewel de nacalculatiemogelijkheid op de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (zie



art. 3.16 van het Besluit zorgverzekering) voornamelijk niet vervalft, en de toepassing van de bandbreedteregeling ook voor deze zorg als een vorm van nacalculatie wordt gezien en derhalve geheel in de Regeling zorgverzekering geregeld zou kunnen worden, is besloten in artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering toch ook de basis voor de toepassing van de bandbreedteregeling voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg te regelen. Dat is gebeurd in het tweede lid.

Ingevolge de bandbreedteregeling dient zowel voor de som van 'de kosten van dbc's uit het vrije segment', en 'de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp', als voor de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg te worden nagecalculeerd op een bandbreedte rond het gemiddelde resultaat. Dat gemiddelde resultaat was voor het afschaffen van de macro-nacalculatie nul euro. Het afschaffen van de macro-nacalculatie zal ertoe leiden dat het gemiddelde resultaat verschuift van nul euro naar het gemiddelde bedrag van de over- of onderschrijding per verzekerde. De precieze wijze waarop dit gemiddelde resultaat wordt berekend, zal bij ministeriële regeling worden bepaald.

#### *Onderdeel L*

Nu voor de dbc's uit het vrije segment en de overige prestaties het op grond van artikel 3.11 herberekenende deelbedrag het bedrag is, dat voor de definitieve vaststelling wordt meegenomen, diende artikel 3.18 van het Besluit zorgverzekering anders geformuleerd te worden.

#### *Onderdeel M*

De wijziging van artikel 3.20, tweede lid, vloeit voort uit de voorgaande wijzigingen.

#### *Onderdeel N*

In artikel 3.23 van het Besluit zorgverzekering worden enkele wijzigingen aangebracht. Allereerst vervalft met de woorden 'of structureel', de mogelijkheid om, indien de financiële gevolgen van een catastrofe zich ook uitstrekken tot jaren na het (verevenings)jaar waarin de catastrofe zich heeft voorgedaan, een afzonderlijke financiële bijdrage aan verzekeraars te verlenen. Immers, anders dan voor de kosten in het jaar waarin de catastrofe zich voordeed, kan in later jaren bij de raming van de kosten rekening gehouden worden met de financiële gevolgen van een catastrofe die zich in een eerder jaar voordeed.

Daarnaast vervalft de eis dat er sprake dient te zijn van een nationale ramp. Deze woorden kunnen namelijk ten onrechte de indruk wekken dat een bijdrage als bedoeld in artikel 3.23 van het Besluit zorgverzekering slechts wordt verstrekt indien een ramp gevolgen heeft in heel Nederland. Dat is niet de bedoeling. Ook een ramp die louter of vooral verzekerden in een bepaalde regio treft, moet kunnen leiden tot het verstrekken van een extra bijdrage als in artikel 3.23 bedoeld.

Met het vervangen van het woord 'uitkering', door 'bijdrage', wordt beter aangesloten bij de tekst van artikel 33 Zvw.

### **Artikel II**

Op grond van het eerste lid vervalft de mogelijkheid van nacalculatie op de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en de kosten van specialistische hulp – anders dan de nacalculatie in verband met de toepassing van de bandbreedteregeling – met ingang van 1 januari 2014.

Op grond van het tweede lid vervalft de bandbreedteregeling voor de som van 'de kosten van de dbc's uit het vrije segment', en 'de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp', met ingang van 1 januari 2015.

### **Artikel III**

Het streven is voorliggend besluit voor 1 oktober 2011 in werking te laten treden. Het is dan voor het eerst van toepassing op de vereveningsbijdrage die voor het vereveningsjaar 2012 wordt toegekend (tweede lid). Indien de Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG onverhoopt niet met ingang van 1 januari 2012 in werking kan treden, zullen delen van voorliggend besluit ook niet voor het vereveningsjaar 2012 kunnen gaan gelden. Om die reden voorziet artikel III in een bij koninklijk besluit te bepalen inwerkingtredingsdatum, die voor verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden vastgesteld (eerste lid).

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,*



## Advies Raad van State

No. W13.11.0295/III  
's-Gravenhage, 19 september 2011

Aan de Koningin

Bij Kabinetsmissive van 25 juli 2011, no.11.001801, heeft Uwe Majesteit, op voordracht van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, bij de Afdeling advisering van de Raad van State ter overweging aanhangig gemaakt het ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met beperking van de ex post compensatiemechanismen voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage, met nota van toelichting.

Het ontwerpbesluit strekt er toe een aantal ex-post compensatiemechanismen af te bouwen en een nieuw risicovereveningscriterium in te voeren. De Afdeling advisering van de Raad van State onderschrijft de strekking van het ontwerpbesluit, maar maakt een aantal opmerkingen met betrekking tot het flankerend beleid, de gevolgen voor de zorgverzekeraars en die voor de verzekeringplichtigen. Zij is van oordeel dat in verband daarmee aanpassing van het ontwerpbesluit wenselijk is.

### 1. Flankerend beleid

Artikel 3.11, derde lid, van het ontwerpbesluit voorziet in het flankerend beleid voor de herberekening van de vereveningsbijdrage. Deze komt er in wezen op neer dat de bedragen van de ex-ante verevening tussen de verzekeraars worden herverdeeld op basis van de gerealiseerde cijfers, zonder dat dit leidt tot aanpassing van de hoogte van het totale vereveningsbedrag. Volgens de toelichting wordt hiermee het gelijke speelveld tussen verzekeraars hersteld.

Uit het rapport van het Centraal Planbureau (CPB) waarnaar de toelichting verwijst, kan niet worden afgeleid dat de gekozen herberekening noodzakelijk is. Zo stelt het CPB dat een voorwaarde voor het afbouwen van de macronaïcalculatie wel is dat de overheid een stabiel beleid voert en de spelregels voorafgaand aan een nieuw verzekeringsjaar helder vastlegt, zodat zorgverzekeraars hun premie voor het nieuwe jaar goed kunnen vaststellen. Mocht de overheid de spelregels in de loop van het jaar toch veranderen (bijvoorbeeld naar aanleiding van maatregelen voor incidentele gebeurtenissen, zoals het inkopen van vaccins tegen de Mexicaanse griep), dan komen die kosten voor rekening van de overheid. Ook wanneer macronaïcalculatie wordt afgeschaft kan er achteraf een alternatieve correctie noodzakelijk zijn tussen verzekeraars om het gelijke speelveld te waarborgen. Het lijkt verstandig om de alternatieve correctie alleen toe te passen wanneer het om substantiële bedragen gaat, aldus het CPB.<sup>1</sup>

De Afdeling kan zich voorstellen dat de herberekening van de ex-ante vereveningsbijdragen op basis van gerealiseerde cijfers tot gevolg kan hebben dat een gelijk speelveld tussen verzekeraars ontstaat, indien het verschil tussen geraamde en gerealiseerde cijfers het gevolg is van inschattingfouten bij de ex-ante verevening.<sup>2</sup> Zij vraagt zich echter af of de gerealiseerde cijfers ook niet worden beïnvloed door de keuzes die verzekeraars maken die leiden tot efficiënter of juist minder efficiënte inzet van middelen. Dit leidt de Afdeling af uit het feit dat, conform artikel 3.11, derde lid, van het ontwerpbesluit, de compensatie voor een overschrijding per deelsector niet wordt toegedeeld aan een verzekeraar in de mate waarin hij bijdraagt aan die overschrijding, maar aan de hand van de omvang van zijn deelnemersbestand. De in artikel 3.11 voorgestelde herberekening zou er toe kunnen leiden dat efficiënte verzekeraars bij die toedeling worden aangeslagen voor overschrijdingen die feitelijk door andere verzekeraars zijn veroorzaakt. Een dergelijk gevolg zou haaks staan op het doel van het ontwerpbesluit.

Daarnaast is deze vorm van naïcalculatie proceduregevoelig, omdat ze spanning kan oproepen met op eerdere besluitvorming gebaseerde verwachtingen, waardoor het rechtszekerheidsbeginsel in het geding komt.<sup>3</sup>

De Afdeling adviseert nader op het vorenstaande in te gaan en zo nodig het ontwerpbesluit aan te passen.

### 2. Gevolgen voor zorgverzekeraars

De toelichting besteedt geen aandacht aan de gevolgen van de in het ontwerpbesluit voorgestelde maatregelen voor de zorgverzekeraars.

<sup>1</sup> CPB Document nr. 212 Ex-postcorrectiemechanismen in de Zorgverzekeringswet: hoe nu verder, okt. 2010, blz. 10, 47/48 en 80.

<sup>2</sup> Verwezen zij naar artikel 1, onderdeel bb, van het ontwerpbesluit.

<sup>3</sup> Verwezen zij naar aanwijzing 12 van de Aanwijzingen voor de regelgeving: een regeling dient zo weinig mogelijk conflicten op te roepen.



Met het afschaffen van de macronacalculatie in combinatie met het flankerend beleid komen de gemeenschappelijke risico's voor rekening van de zorgverzekeraars. Dit kan er toe leiden dat de verzekeraars een hogere risicopremie zullen hanteren bij hun premiestelling. Daarnaast kan het leiden tot hogere solvabiliteitsmarges voor hen.<sup>4</sup> In combinatie met de invoering van de Solvency II-richtlijn (Solvency II) betekent dit dat zij niet alleen voorbereid moeten zijn op financiële implicaties, maar ook hun strategie en bedrijfsmodel waar nodig moeten aanpassen om hun kwetsbaarheid voor externe schokken, die zij in toenemende mate zelf moeten opvangen, te beperken tot aanvaardbare marges.<sup>5</sup> Voorts ontbreekt ook inzicht in de gedragseffecten van de maatregel op de zorgverzekeraars onderling. Inzicht in de effecten van de financieringsverschuiving van het macrorisico is tevens van belang voor het antwoord op de vraag of de beoogde doelmatige en beheerste zorginkoop zal worden bereikt.<sup>6</sup>

De Afdeling adviseert de toelichting aan te vullen.

### **3. Gevolgen voor verzekeringsplichtigen**

Door de afbouw van de compensatiemechanismen zullen zorgverzekeraars meer risico gaan lopen. Hun beleid zal als gevolg daarvan naar verwachting gericht zijn op preventie en schadelastbeperking. Tegen die achtergrond en mede in het licht van Solvency II is de verwachting reëel dat de premies zullen stijgen.<sup>7</sup>

De Afdeling heeft een beschouwing hierover gemist en adviseert de toelichting aan te vullen.

### **4. Voor redactionele kanttekeningen verwijst de Afdeling naar de bij het advies behorende bijlage.**

De Afdeling advisering van de Raad van State geeft U in overweging in dezen een besluit te nemen, nadat met het vorenstaande rekening zal zijn gehouden.

*De vice-president van de Raad van State,  
H.D. Tjeenk Willink.*

<sup>4</sup> CPB Document nr. 212, blz. 79; Kamerstukken II 2010/11, 29 689, nr. 319, blz. 22.

<sup>5</sup> Jaarverslag DNB 2010, blz. 95. Solvency II beschermt consumenten tegen mogelijke solvabiliteitsproblemen bij verzekeraars, door het risico dat verzekeraars lopen in kaart te brengen.

<sup>6</sup> H. van den Hoek – Reactie op Macrorisico en efficiëntie van zorgverzekeraars in ESB van 19 maart 2010, blz. 189.

<sup>7</sup> Zie ook: Kamerstukken II 2010/11, 29 689, nr. 319, blz. 16 en I, D, blz. 6.





---

**Bijlage bij het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State betreffende no.W13.11.0295/III met redactionele kanttekeningen die de Afdeling in overweging geeft.**

- In artikel 1 een definitie van bandbreedte opnemen.
- In artikel 3.20, de verwijzing naar artikel 1, onderdeel cc, onder 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> wijzigen in: artikel 1, onderdelen bb en cc.
- Het ontwerpbesluit aanvullen met een wijziging van artikel 67, vijfde lid, Besluit Wft.
- Gelet op aanwijzing 213 van de Aanwijzingen voor de regelgeving de toelichting aanvullen met de uitkomsten van de consultatie en de voorhangprocedure.



## Nader Rapport

Den Haag, 12 december 2011  
Nr. Z/F-3093659

### Nader rapport inzake het ontwerp van een algemene maatregel van bestuur, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met beperking van de ex post compensatiemechanismen voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage

Blijkens de mededeling van de Directeur van Uw kabinet van 25 juli 2011, no.11.001801, machtigde Uwe Majesteit de Afdeling advisering van de Raad van State zijn advies inzake het bovenvermelde ontwerp van een algemene maatregel van bestuur rechtstreeks aan mij te doen toekomen. Dit advies, gedateerd 19 september 2011, no. W13.11.0295/III, bied ik U hierbij aan.

De afdeling advisering stelt een aantal vragen over de vormgeving van het flankerend beleid, de gevolgen voor zorgverzekeraars en de gevolgen voor verzekeringsplichtigen.

#### 1. Flankerend beleid

Door het afschaffen van de macronacalculatie komen overschrijdingen van de ex ante ramingen volledig voor rekening van de zorgverzekeraars. Hierdoor ontstaat een sterke prikkel voor zorgverzekeraars om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Het flankerend beleid is er op gericht het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars zoveel mogelijk in stand te houden. Het flankerend beleid heeft voor verzekeraars alleen materieel effect als de vooraf geraamde kosten (substantieel) afwijken van de na afloop van het vereveningsjaar vast te stellen gerealiseerde kosten. Het Centraal Planbureau heeft aangegeven dat idealiter flankerend beleid alleen wordt toegepast als er sprake is van substantiële overschrijdingen. Het is echter niet mogelijk gebleken het begrip substantiële overschrijdingen te kwantificeren, zowel de gezondheidsverschillen tussen verzekeraars als de omvang van verzekeraars zijn van invloed bij het vaststellen van dat begrip.

Door het flankerend beleid mede te baseren op verzekerdenkenmerken in de portefeuilles van de zorgverzekeraars, en niet te baseren op de mate waarin een verzekeraar bijdraagt aan de overschrijding, wordt het gelijke speelveld zoveel mogelijk in stand gehouden. De onderlinge concurrentiepositie tussen verzekeraars wordt niet aangetast door het flankerend beleid. Als een zorgverzekeraar, door ondoelmatige zorginkoop, relatief meer kosten maakt dan de overige zorgverzekeraars, zal deze zorgverzekeraar ook na toepassing van het flankerend beleid in een minder goede uitgangspositie zijn dan de overige zorgverzekeraars. De doelmatigheidsprikkel wordt niet aangetast door het flankerend beleid.

Naar aanleiding van het advies van de Afdeling advisering is de nota van toelichting bij het Besluit is met het voorgaande uitgebreid.

#### 2. en 3. Gevolgen voor zorgverzekeraars en verzekeringsplichtigen

Als gevolg van het afschaffen van de ex post compensaties zullen zorgverzekeraars met meer onzekerheden geconfronteerd worden. Dientengevolge zal de solvabiliteitseis waar zij aan moeten voldoen, stijgen naar 11% van de schadelast (deze is nu 9% van die last). Meer onzekerheid en een hogere solvabiliteitseis zouden kunnen leiden tot een stijging van de premie. Aan de andere kant worden zorgverzekeraars extra geprikkeld om de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Deze doelmatige zorginkoop kan leiden tot een beperking van de schadelast van verzekeraars en daardoor tot een lagere premie. Het is op voorhand niet duidelijk in hoeverre deze twee effecten elkaar in evenwicht zullen houden en of verzekeringsplichtigen al dan niet met extra premieverhogingen geconfronteerd zullen worden.

In de nota van toelichting is hier verder op ingegaan.

De eerste drie redactionele opmerkingen van de Afdeling advisering zijn verwerkt, met dien verstande dat de verwijzing naar artikel 1 van het Besluit zorgverzekering in de wijziging van artikel 3.20 van dat Besluit geheel geschrapt is. De vierde opmerking was niet goed te verwerken, omdat in het voortraject niet steeds is bijgehouden welke instantie welke opmerkingen heeft gemaakt. In het algemeen kan worden opgemerkt dat het commentaar van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) er vooral toe strekte om na de doorvoering van voorliggende wijzigingen een goede uitvoering van het risico-vereveningssysteem te kunnen blijven garanderen. De inbreng van de Nederlandse zorgautoriteit (NZa) was nodig om het risicovereveningssysteem goed te laten aansluiten op de nieuwe declaratiesystematiek met 'dbc's op weg naar transparantie', (DOT), dat in 2012 wordt ingevoerd. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) was betrokken omdat de afbouw van de ex post compensatiemechanismen



direct invloed heeft op de risicodragendheid van zorgverzekeraars en daarmee op hun financiële positie. Tenslotte is deze risicodragendheid ook van belang voor de hoogte van de solvabiliteitsratio, waarover DNB als prudentieel toezichthouder op zorgverzekeraars de minister van Financiën adviseert. Zoals in de aan de Afdeling advisering voorgelegde versie reeds was opgenomen, heeft de voorhangprocedure niet tot wijzigingen geleid.

Onafhankelijk van het advies van de Afdeling advisering Raad van State is het concept-besluit na ontvangst van het advies nog op de volgende punten gewijzigd:

1. In voorliggend Besluit wordt herhaaldelijk bepaald dat iets bij ministeriële regeling verder zal worden geregeld. Voor het vereveningsjaar 2012 zullen deze nadere regels te vinden zijn in de Regeling risicoverevening 2012 (Rrv 2012). Een concept van die regeling is begin oktober 2012 in de Staatscourant gepubliceerd. In dit concept wordt ervan uitgegaan dat het wetsvoorstel tot Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met de aanvulling met instrumenten voor bekostiging (Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG, Kamerstukken I 2010/11, 32 393 A) en het wetsvoorstel tot wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met de verhoging van het verplicht eigen risico (Kamerstukken I, 2010/11, 32788, A) uiterlijk op 1 januari 2012 in werking zullen kunnen treden en dat in dat jaar ook op grond van DOT's gedeclareerd zal kunnen worden. Nadat voorliggend Besluit voor advies naar de Raad van State werd gestuurd, werd duidelijk dat een en ander ertoe zal leiden dat bepaalde nieuwe zorgproducten – te weten de zogenoemde expertproducten, add-ons, hemostatica en eerstelijnsdiagnostiek – aan andere clusters van prestaties worden toebedeeld dan op grond van de inhoud van de geleverde zorg zou kunnen worden verwacht. Om die reden is aan de onderdelen i, j en k van artikel 1 van het Besluit zorgverzekering de mogelijkheid toegevoegd om bij ministeriële regeling (dit zal voor het vereveningsjaar 2012 de Rrv 2012 zijn) kosten van bepaalde vormen van zorg die inhoudelijk gezien op het eerste gezicht onder het desbetreffende cluster zouden moeten vallen, toch aan een ander cluster toe te delen. Om gelijksoortige redenen is artikel 3.14, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering komen te vervallen.
2. Aan artikel 1, onderdeel bb is toegevoegd dat de geraamde financiële gevolgen van pakketbeslissingen die na 1 oktober van het jaar voor het vereveningsjaar maar voor 1 januari van het vereveningsjaar worden genomen, bij ministeriële regeling zullen worden bepaald.
3. Voorts zijn enkele technische verbeteringen in artikel 1 van het Besluit zorgverzekering aangebracht, hetgeen er om wetgevingstechnische redenen toe heeft geleid dat de onderdelen g tot en met aa geheel vervangen zijn.
4. In de Rrv 2012 is bepaald dat de vaste kosten van ziekenhuisverpleging ex ante niet alleen op grond van historische gegevens worden verdeeld, maar ook op grond van de geraamde verzekerdenaantallen over het jaar 2012. Dit noopte tot aanpassing van artikel 3.6, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering.
5. Er is een artikel 3.8a aan het Besluit zorgverzekering toegevoegd om ervoor te kunnen zorgen dat in het buitenland wonende verzekerden ongeacht de vraag welke medicijnen zij hebben gebruikt of aan welke ziekte zij lijden, in de FKG-classes 'Geen FKG', en in de DKG-klasse '0', kunnen worden ingedeeld en om ervoor te zorgen dat het College zorgverzekeringen (CVZ) voor deze verzekerden het bijbehorende gewicht vaststelt. Een en ander is nodig omdat het niet mogelijk is FKG's en DKG's af te leiden uit buitenlandse ziektekostennota's.
6. In artikel 3.11 van het Besluit zorgverzekering zoals dat aan de Afdeling advisering is voorgelegd, ontbrak ten onrechte de zogenoemde 'verzekerdennacalculatie', (bijstelling van de geraamde kosten op basis van het werkelijk aantal verzekerden in het vereveningsjaar en hun verzekerdenkenmerken). Dit is alsnog in het Besluit verwerkt. Hiertoe is de definitie van 'gerealiseerde kosten', in artikel 1 komen te vervallen, is artikel 3.11 geheel herschreven en is een artikel 3.12 toegevoegd. De inhoud van artikel 3.12 zoals dat aan de Afdeling advisering is voorgelegd is daartoe naar artikel 3.13 verplaatst.
7. Het derde lid van artikel 3.14 van het Besluit zorgverzekering en het eerste lid van artikel II van voorliggend wijzigingsbesluit konden vervallen omdat nadat het Besluit voor advies naar de Raad van State was verzonden, besloten is ook de nacalculatie (anders dan toepassing van de bandbreedteregeling) op de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp per 2012 af te schaffen.
8. In artikel 3.17, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering zoals dat aan de Raad was voorgelegd zijn enkele foutjes hersteld.
9. artikel 3.24 van het Besluit zorgverzekering kon worden geschrapt, nu dat artikel blijkt te zijn uitgewerkt.
10. Aan het eerste lid van het inwerkingtredingsartikel is, met het oog op een tijdige ex ante verdeling van de vereveningsbijdragen voor het vereveningsjaar 2012, terugwerkende kracht toegevoegd terwijl de mogelijkheid om artikelen of onderdelen daarvan bij koninklijk besluit op verschillende tijdstippen in werking te laten treden is geschrapt, en voorts is er, met het oog op de ex post vaststelling van de vereveningsbijdragen van vereveningsjaren vóór 2012, een derde lid toegevoegd om zeker te stellen dat de risicovereveningsregels die voor die jaren golden, op die jaren van toepassing blijven.



---

Ik moge U hierbij het gewijzigde ontwerpbesluit en de gewijzigde nota van toelichting wederom doen toekomen en U verzoeken overeenkomstig dit ontwerp te besluiten.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
E.I. Schippers.*