



Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van 11 december 2012, Z-3145784, houdende bepalingen omtrent de in de Zorgverzekeringswet bedoelde vereveningsbijdrage voor het jaar 2013 (Regeling risicoverevening 2013)

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 32, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet en de artikelen 1, onderdelen i, j, k, x, y en aa, 3.1, derde lid, 3.2, eerste en tweede lid, 3.4, derde lid, 3.5, tweede lid, 3.6, derde lid, 3.7, derde lid, 3.8, 3.10, tweede lid, 3.11, vijfde en zesde lid, 3.13, 3.14, 3.15, eerste en tweede lid, 3.16, eerste en tweede lid, 3.17, eerste en tweede lid, 3.19, tweede lid, en 3.22, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering;

Besluit:

HOOFDSTUK 1. DEFINITIES EN ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1

1. Deze regeling verstaat onder:
 - a. *dbc-zorgproduct*: een declarabele prestatie die is afgeleid uit subtrajecten en zorgactiviteiten via door de zorgautoriteit vastgestelde beslisbomen;
 - b. *dbc-zorgproduct in het vrije segment*: een dbc-zorgproduct waarvan de prijs tot stand komt in vrije onderhandeling;
 - c. *dbc-zorgproduct in het gereguleerde segment*: een dbc-zorgproduct waarvan de maximumprijs wordt bepaald door de zorgautoriteit;
 - d. *overig zorgproduct*: een declarabele prestatie binnen de medisch-specialistische zorg, niet zijnde een dbc-zorgproduct;
 - e. *expertproduct*: een dbc-zorgproduct dat minder dan zes keer voorkomt in het dbc informatie systeem (DIS);
 - f. *add-on*: een door de zorgautoriteit te omschrijven overig zorgproduct op het terrein van de intensive care, dure geneesmiddelen of weesgeneesmiddelen, bestaande uit zorgactiviteiten behorende bij een dbc-zorgproduct;
 - g. *add-on voor groeihormonen*: een add-on betrekking hebbende op dure geneesmiddelen op het terrein van groeihormonen (ATC-codes H01AC01 en H01AC03);
 - h. *eerstelijnsdiagnostiek*: een overig zorgproduct dat betrekking heeft op diagnostiek door een ziekenhuis, een huisartsenlaboratorium, een productiesamenwerkingsverband of een zelfstandig behandelcentrum op verzoek van de eerste lijn;
 - i. *landelijke vaste kosten factor*: een factor waarmee het College zorgverzekeringen op basis van historische kosten ziekenhuisverpleging per zorgverzekeraar de ex ante deelbedragen berekent voor de kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' in 2013;
 - j. *geriatrische revalidatiezorg*: zorg zoals omschreven in artikel 2.5 c van het Besluit zorgverzekering.
2. Het bedrag, bedoeld in artikel 1, onderdeel x, van het Besluit zorgverzekering, is € 400, en het bedrag, bedoeld in artikel 1, onderdeel y, van het Besluit zorgverzekering is € 2 750.

Artikel 2

1. Het macro-prestatiebedrag voor het jaar 2013 bedraagt € 38.603,6 miljoen.
2. Het macro-prestatiebedrag is opgebouwd uit de volgende macro-deelbedragen:
 - a. het macro-deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg ad € 18.078,3 miljoen;
 - b. het macro-deelbedrag vaste zorgkosten ad € 2.843,0 miljoen;
 - c. het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg ad € 4.144,6 miljoen;
 - d. het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties ad € 13.537,7 miljoen.
3. Het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, bedoeld in het tweede lid, onderdeel c, wordt gesplitst in:



- a. het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar ad € 661,5 miljoen;
- b. het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder ad € 3.483,1 miljoen.

Artikel 3

1. De opbrengst van de nominale rekenpremie wordt voor het jaar 2013 geraamd op € 15.358,6 miljoen.
2. De opbrengst van het verplicht eigen risico wordt voor het jaar 2013 geraamd op € 2.865,2 miljoen.

Artikel 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 2013, naast de middelen, bedoeld in § 1.5 van hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering, een bedrag van € 20.379,7 miljoen.

HOOFDSTUK 2. REGELS TEN BEHOEVE VAN DE TOEKENNING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE (EX ANTE) AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 5

1. De klassen en gewichten, bedoeld in de artikelen 3.4, 3.6 en 3.8 van het Besluit zorgverzekering, zijn vermeld in de bijlagen 1 en 2.
2. Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag vaste zorgkosten over zorgverzekeraars aan de hand van de gemiddelde vaste kosten per verzekerde per zorgverzekeraar in het jaar 2011, de landelijke vaste kostenfactor 2013 en de geraamde aantallen verzekerden voor het vereveningsjaar 2013.

Artikel 6

1. In afwijking van artikel 5, eerste lid, bijlage 1, tabel 1.2, en bijlage 2, tabel 2.4, wordt een verzekerde die in het buitenland woont ingedeeld in de FKG-klassen 'Geen FKG' en 'Geen FKG psychische aandoeningen', waarbij voor hem het gewicht van die klassen door het College zorgverzekeringen wordt vastgesteld op een percentage van het gewicht van de FKG-klassen 'Geen FKG' respectievelijk 'Geen FKG psychische aandoeningen' zoals dat op grond van bijlage 1, tabel 1.2, en bijlage 2, tabel 2.4, voor in Nederland wonende verzekerden geldt.
2. In afwijking van artikel 5, eerste lid, en bijlage 1, tabel 1.3, wordt een verzekerde die in het buitenland woont ingedeeld in de DKG-klasse '0', waarbij voor hem het gewicht van die klasse door het College zorgverzekeringen wordt vastgesteld op een percentage van het gewicht van de DKG-klasse '0' zoals dat op grond van bijlage 1, tabel 1.3, voor in Nederland wonende verzekerden geldt.

Artikel 7

1. De nominale rekenpremie per jaar bedraagt € 1.154 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 raamt het aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moet worden betaald, bedoeld in het tweede lid, door het geraamde aantal zorgverzekeringen van verzekerden van achttien jaar en ouder bij een zorgverzekeraar, te verminderen met het geraamde aantal zorgverzekeringen van verzekerden, bedoeld in artikel 24 van de Zorgverzekeringswet.

Artikel 8

1. Het College zorgverzekeringen raamt de opbrengst van het verplicht eigen risico per zorgverzeke-



raar, 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 zowel onder het criterium 'Geen FKG', als onder de criteria 'DKG 0' en 'Geen MHK' vallen, uit van verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, aard van het inkomen, en regio en de in bijlage 4 genoemde gewichten. Hierbij wordt de in de bijlage 4 aangegeven klassenindeling van de criteria aangehouden.
3. De geraamde opbrengst per verzekerde, bedoeld in het eerste lid, bedraagt € 313,51 voor verzekerden van achttien jaar of ouder waarop het tweede lid niet van toepassing is.

HOOFDSTUK 3. REGELS TEN BEHOEVE VAN DE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE (EX POST) TEN BEHOEVE VAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 9

1. Een verzekerde die slechts gedurende een deel van het vereveningsjaar bij een zorgverzekeraar verzekerd was, telt voor het vaststellen van de vereveningsbijdrage voor die zorgverzekeraar mee in een mate die bepaald wordt door het aantal dagen dat hij in dat jaar bij die zorgverzekeraar verzekerd was te delen door het aantal dagen in dat jaar.
2. Indien een verzekerde gedurende een aantal dagen van het vereveningsjaar bij meer dan één zorgverzekeraar verzekerd was, telt hij voor het vaststellen van de vereveningsbijdrage over die periode mee in een mate die bepaald wordt door het getal 1 te delen door het aantal zorgverzekeraars waarbij hij in die periode verzekerd was.

Artikel 10

1. Voor de in artikel 3.11, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering bedoelde herberekening van de gewichten ten behoeve van de in artikel 3.12, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering bedoelde berekening van de deelbedragen 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' en 'kosten van overige prestaties', gaat het College zorgverzekeringen uit van de verhouding tussen de gewichten, opgenomen in bijlage 1.
2. Voor de in artikel 3.11, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering bedoelde herberekening van de gewichten ten behoeve van de in artikel 3.12, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering bedoelde berekening van het deelbedrag 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg', gaat het College zorgverzekeringen voor zover het de herberekening van de kosten van verzekerden van jonger dan achttien jaar betreft uit van de verhouding tussen de gewichten in bijlage 2, tabel 2.1, en gaat het voor zover het de herberekening van de kosten van verzekerden van achttien jaar en ouder betreft uit van de verhouding tussen de gewichten, opgenomen in bijlage 3.

Artikel 11

1. Nadat het College zorgverzekeringen de gerealiseerde kosten op de in de artikelen 12 tot en met 14, en 18 beschreven wijze heeft toegedeeld, herberekent het College zorgverzekeringen voor de clusters 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg', 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' en 'overige prestaties', de relevante gewichten.
2. Het College zorgverzekeringen gaat bij de herberekening, bedoeld in het eerste lid, uit van de gerealiseerde kosten voor elk van de in het eerste lid genoemde clusters van prestaties, van gerealiseerde aantallen verzekerden per klasse van ieder criterium en van de verhouding tussen de gewichten in de in artikel 10 genoemde bijlagen.
3. De gerealiseerde aantallen verzekerden per klasse van ieder criterium worden voor de hiernavolgende criteria aan de hand van realisatiecijfers over de volgende jaren berekend:
 - a. leeftijd en geslacht: 2013;
 - b. FKG's: 2012;
 - c. FKG's psychische aandoeningen: 2012;
 - d. DKG's: 2012;
 - e. aard van het inkomen: 2013;
 - f. SES: 2013;



- g. éénpersoonsadres: 2013;
 - h. regio: 2013;
 - i. ggz-regio: 2013;
 - j. kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel: 2012;
 - k. kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel: 2012;
 - l. meerjarig hoge kosten: 2010, 2011 en 2012 gecorrigeerd voor opbrengstresultaten;
 - m. leeftijd onder achttien jaar: 2013
4. In afwijking van het tweede en derde lid herberekent het College zorgverzekeringen het gewicht van de DKG-klasse '0' van het criterium DKG's dusdanig, dat het voor dit criterium gesommeerde resultaat van de vermenigvuldiging van de gewichten met het gerealiseerde aantal verzekerden, macro per saldo nul bedraagt.
 5. In afwijking van het tweede en derde lid herberekent het College zorgverzekeringen het gewicht van de klasse 'Geen MHK' van het criterium meerjarig hoge kosten dusdanig, dat het voor dit criterium gesommeerde resultaat van de vermenigvuldiging van de gewichten met het gerealiseerde aantal verzekerden, macro per saldo nul bedraagt.
 6. In afwijking van het tweede en derde lid herberekent het College zorgverzekeringen 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 het gewicht van de klasse '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, macro per saldo nul bedraagt.

Artikel 12

1. Het College zorgverzekeringen merkt kosten als bedoeld in artikel 3.13 van het Besluit zorgverzekering voor prestaties van grensoverschrijdende zorg 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 85 procent aan als kosten van het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' en voor 15 procent aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten';
 - b. uit de specificatie blijkt dat zij gelden als kosten van geneeskundige zorg die gericht is op herstel van een psychische aandoening en, voor zover die zorg daarmee gepaard gaat, kosten van verblijf, aan als kosten van het cluster 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' voor verzekerden jonger dan achttien jaar of kosten van het cluster 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' voor verzekerden van achttien jaar en ouder;
 - c. uit de specificatie niet blijkt dat zij gelden als kosten als bedoeld onder a of b voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'overige prestaties'.
2. Het College zorgverzekeringen merkt kosten voor prestaties van grensoverschrijdende zorg die gemaakt zijn met toepassing van internationale regelingen inzake sociale zekerheid, voor 75 procent aan als kosten van het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg', voor 10 procent aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten', en voor 15 procent aan als kosten van het cluster 'overige prestaties'.

Artikel 13

1. Met uitzondering van betalingen uit hoofde van een verplicht of vrijwillig eigen risico, deelt het College zorgverzekeringen zorgkosten die voor rekening komen van de verzekerden niet toe aan een cluster van prestaties.
2. Het College zorgverzekeringen deelt renteheffingskosten niet toe aan een cluster van prestaties.

Artikel 14

1. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment, uitgezonderd de kosten van expertproducten, voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg'.
2. Het College van zorgverzekeringen merkt kostencomponent van de kosten van dbc-zorgproducten



in het gereguleerde segment, uitgezonderd de kosten van expertproducten, voor 75 procent aan als kosten van het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg'.

3. Het College zorgverzekeringen merkt de honorariumcomponent van de kosten van dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment, uitgezonderd de kosten van expertproducten, voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg'.
4. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten- en honorariumcomponent van de kosten van overige zorgproducten, uitgezonderd de kosten voor eerstelijnsdiagnostiek en de kosten van de add-ons voor dure en weesgeneesmiddelen niet zijnde add-ons voor groeihormonen, voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg'.
5. Het College van zorgverzekeringen merkt kosten voor prestaties waarop de beleidsregel 'Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch-specialistische zorg' van de zorgautoriteit van toepassing is, voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg'.
6. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten van prestaties, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg, voor een door hem per instelling vast te stellen percentage aan als kosten van het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg'.
7. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten van de trombosediensten, de Stichting Kinderoncologie Nederland en van de Nederlandse Transplantatiestichting voor 75 procent aan als kosten van het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg'.

Artikel 15

1. Het College zorgverzekeringen baseert de herberekening per zorgverzekeraar van de kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' op de vaste kosten in het jaar 2012.
2. Het College van zorgverzekeringen merkt kostencomponent van de kosten van dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment, uitgezonderd de kosten van expertproducten, voor 25 procent aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.
3. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent en de honorariumcomponent van de kosten van expertproducten in het vrije en gereguleerde segment voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.
4. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten van de add-ons voor dure en weesgeneesmiddelen, uitgezonderd de kosten van de add-ons voor groeihormonen, voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.
5. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten van prestaties, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg, voor een door hem per instelling voor medisch-specialistisch zorg vast te stellen percentage aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.
6. Het percentage per instelling, bedoeld in het vijfde lid, is gelijk aan 100 minus het percentage, bedoeld in artikel 14, zesde lid.
7. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten van geriatrische revalidatiezorg voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.
8. Het College zorgverzekeringen merkt voor instellingen voor geriatrische revalidatiezorg de door de zorgautoriteit vastgestelde bedragen ter verrekening van de in 2013 optredende verschillen tussen de omzet in dbc's enerzijds, en de omzet in zorgzwaartepakketten als bedoeld in de Regeling zorgaanspraken AWBZ en in extramurale producten als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten anderzijds, voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.
9. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten van de trombosediensten, de Stichting Kinderoncologie Nederland en van de Nederlandse Transplantatiestichting voor 25 procent aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.
10. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten voor de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.



11. Het College zorgverzekeringen calculeert 100 procent na op het verschil tussen de kosten van het cluster 'vaste zorgkosten', vastgesteld ingevolge het tweede tot en met tiende lid enerzijds, en het herberekende deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging na toepassing van het eerste lid, anderzijds.

Artikel 16

Het College zorgverzekeringen calculeert 100 procent na op het verschil tussen de gerealiseerde kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar enerzijds, en het herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar, bedoeld in artikel 3.12, derde lid, van het Besluit zorgverzekering, anderzijds.

Artikel 17

Het College zorgverzekeringen past als volgt hoge kostencompensatie toe op het herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder, bedoeld in artikel 3.12, derde lid, van het Besluit zorgverzekering:

- a. 90 procent van de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, voor zover deze kosten het bedrag van € 10.000 per verzekerde op jaarbasis overschrijden, wordt berekend;
- b. vervolgens worden de uitkomsten uit onderdeel a, per zorgverzekeraar gesommeerd;
- c. Daarna wordt het percentage berekend dat voortvloeit uit de verhouding tussen de som van de uitkomsten van onderdeel b van alle zorgverzekeraars samen en de herberekende deelbedragen kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder van alle zorgverzekeraars samen, en dit percentage wordt toegepast op het corresponderende herberekende deelbedrag van een zorgverzekeraar;
- d. ten slotte wordt het herberekende deelbedrag per zorgverzekeraar nogmaals herberekend door hierbij het resultaat van onderdeel b op te tellen en vervolgens te verminderen met het resultaat van onderdeel c.

Artikel 18

1. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten Het College van zorgverzekeringen merkt van eerstelijnsdiagnostiek voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'overige prestaties'.
2. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten van prestaties waarop de beleidsregels 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' of 'Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen' van de zorgautoriteit van toepassing zijn, voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'overige prestaties'.

Artikel 19

1. Het bedrag en het percentage bedoeld in artikel 3.17, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering zijn: € 25,00 en 90 procent.
2. Het bedrag en het percentage bedoeld in artikel 3.17, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering zijn: € 7,50 en 90 procent.

Artikel 20

1. De opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in artikel 3.19, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, wordt berekend overeenkomstig artikel 7, met dien verstande, dat wordt uitgegaan van het gerealiseerde aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moest 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 8, met dien verstande, dat wordt uitgegaan van de gerealiseerde aantallen in dat artikel bedoelde verzekerden.

HOOFDSTUK 4. AANVULLINGEN OP DE VEREVENINGSBIJDRAGE AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 21

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



HOOFDSTUK 5. BETALING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE AAN ZORGVERZEKERAAR DOOR HET COLLEGE ZORGVERZEKERINGEN

Artikel 22

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

HOOFDSTUK 6. WIJZIGING VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2012

Artikel 23

De Regeling risicoverevening 2012 wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 16 wordt als volgt gewijzigd:

Onder vernummering van het elfde lid in het twaalfde lid, wordt een elfde lid ingevoegd, luidende:

11. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten voor de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'vaste kosten van ziekenhuisverpleging'.

B

In artikel 17, tweede lid, wordt 'artikel 3.11, derde lid' vervangen door: artikel 3.12, derde lid.

HOOFDSTUK 7. SLOTBEPALINGEN

Artikel 24

In afwijking van hetgeen daarover in artikel 3.12, eerste lid, onderdeel b, van de Regeling zorgverzekering zoals dat met betrekking tot het jaar 2010 gold en van hetgeen daarover in artikel 3.11, eerste lid, onderdeel b, van de Regeling zorgverzekering zoals dat met betrekking tot het jaar 2011 gold, was geregeld, merkt het College zorgverzekeringen kosten van prestaties die overeenstemmen met prestaties waarop de zorgverzekering recht geeft en die de verzekerde buiten Nederland heeft gemaakt aan als kosten van het cluster 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar' of kosten van het cluster 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar of ouder' indien uit de specificatie blijkt dat zij gelden als kosten van geneeskundige zorg die gericht is op herstel van een psychische aandoening en, voor zover die zorg daarmee gepaard gaat, kosten van verblijf.

Artikel 25

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling risicoverevening 2013.

Artikel 26

1. Deze regeling treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst en werkt terug tot en met 30 september 2012.
2. Artikel 23 werkt terug tot en met 1 januari 2012.
3. Artikel 24 werkt voor zover dat betrekking heeft op het jaar 2010 terug tot en met 1 januari 2010 en voor zover dat betrekking heeft op het jaar 2011 terug tot en met 1 januari 2011.

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

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



BIJLAGE 1, BEHORENDE BIJ ARTIKELEN 5 EN 10, EERSTE LID

De bijlage betreft kosten van zorg behorende tot de clusters 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' en 'overige prestaties'.

De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex ante berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (art. 5) en vormen de basis voor de herberekening van de gewichten ten behoeve van de ex post berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (art. 10, eerste lid).

Tabel 1.1: Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)

		Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestaties
Mannen	0 jaar	3.630,87	945,77
	1-4 jaar	771,38	684,43
	5-9 jaar	619,53	770,02
	10-14 jaar	595,94	713,17
	15-17 jaar	647,29	723,42
	18-24 jaar	644,04	531,72
	25-29 jaar	645,80	547,66
	30-34 jaar	670,73	572,17
	35-39 jaar	715,12	590,06
	40-44 jaar	765,01	610,76
	45-49 jaar	875,92	655,82
	50-54 jaar	1.009,89	701,62
	55-59 jaar	1.240,12	783,76
	60-64 jaar	1.420,90	829,16
	65-69 jaar	1.786,63	953,66
	70-74 jaar	2.094,71	1.011,25
	75-79 jaar	2.474,33	1.105,11
	80-84 jaar	2.444,22	1.238,28
	85-89 jaar	2.333,58	1.480,92
90+ jaar	2.170,21	1.868,00	
Vrouwen	0 jaar	3.149,55	840,71
	1-4 jaar	671,89	630,14
	5-9 jaar	580,80	701,71
	10-14 jaar	584,16	715,23
	15-17 jaar	684,13	826,11
	18-24 jaar	801,96	739,46
	25-29 jaar	1.115,93	1.021,04
	30-34 jaar	1.191,84	1.066,54
	35-39 jaar	1.023,15	831,35
	40-44 jaar	902,28	713,85
	45-49 jaar	979,63	739,15
	50-54 jaar	1.075,89	788,28
	55-59 jaar	1.158,77	846,84
	60-64 jaar	1.262,18	881,61
	65-69 jaar	1.481,11	997,38
	70-74 jaar	1.661,91	1.066,25
	75-79 jaar	1.844,80	1.197,40
	80-84 jaar	1.829,09	1.368,61
	85-89 jaar	1.716,11	1.605,57
90+ jaar	1.469,58	1.919,50	

Tabel 1.2: Gewichten voor het criterium FKG's (in euro's per verzekerde)

	Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestaties
FKG's		
Geen FKG	-72,75	-136,16
Glaucoom	106,05	193,92
Schildklierandoeningen	68,48	113,33



	Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestaties
Psychose, Alzheimer en verslaving	-486,26	1.097,32
Depressie	113,58	190,78
Neuropathische pijn	477,69	700,92
Hoog cholesterol	120,40	233,79
Diabetes type II zonder hypertensie	229,11	475,92
COPD/Zware astma	692,41	939,33
Astma	201,37	503,71
Diabetes type II met hypertensie	353,16	625,82
Epilepsie	221,93	602,92
Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	547,47	472,58
Hartaandoeningen	1.135,33	328,73
Reuma	393,67	23,23
Parkinson	-440,07	2.378,66
Diabetes type I	195,10	1.313,03
Transplantaties	-464,51	755,30
Cystic fibrosis/pancreasenzymen	592,32	4.453,23
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg	-3.035,16	4.874,37
Kanker	857,86	-372,26
Hormoongevoelige tumoren	-373,38	560,96
HIV/AIDS	-3.113,34	7.161,88
Nieraandoeningen	3.455,45	2.189,00
Groeihormonen	11.520,36	-7.182,31

Tabel 1.3: Gewichten voor het criterium DKG's (in euro's per verzekerde)

	Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestaties
DKG's		
0	-165,64	-34,60
1	249,17	149,16
2	588,45	134,10
3	771,74	111,71
4	1.049,24	166,09
5	1.265,74	427,14
6	2.016,00	297,65
7	2.286,42	701,02
8	3.473,36	644,03
9	2.761,03	1.029,08
10	4.699,02	1.495,54
11	5.760,07	3.929,63
12	6.212,85	3.984,07
13	9.322,14	2.597,59
14	57.547,16	542,88
15	71.142,21	-4.876,40

Tabel 1.4: Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde)

		Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestaties
	0-17 jaar	0,00	0,00
Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	252,56	399,56
	35-44 jaar	299,53	390,69
	45-54 jaar	305,43	313,62
	55-64 jaar	268,54	194,71
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	83,48	17,05
	35-44 jaar	173,58	159,16
	45-54 jaar	204,53	199,40
	55-64 jaar	161,24	133,09
Zelfstandigen	18-34 jaar	-64,02	-61,95



		Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestaties
	35-44 jaar	-88,72	-58,08
	45-54 jaar	-128,00	-79,20
	55-64 jaar	-139,16	-88,12
Referentiegroep	18-34 jaar	-9,72	-14,87
	35-44 jaar	-16,93	-25,09
	45-54 jaar	-26,32	-32,06
	55-64 jaar	-48,74	-37,15
	65+ jaar	0,00	0,00

Tabel 1.5: Gewichten voor het criterium regio (in euro's per verzekerde)

Regio	Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestaties
1	68,81	16,14
2	31,98	5,24
3	19,36	4,02
4	12,11	6,13
5	5,70	3,18
6	-2,97	0,72
7	-16,30	1,85
8	-31,74	-5,19
9	-34,58	-7,07
10	-51,85	-24,79

Tabel 1.6: Gewichten voor het criterium sociaaleconomische status (in euro's per verzekerde)

		Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestaties
SES > 15 bewoners	0-17 jaar	11,81	15,60
	18-64 jaar	139,96	-64,67
	65+ jaar	-298,54	379,52
SES 1 (laag)	0-17 jaar	11,81	15,60
	18-64 jaar	38,55	21,19
	65+ jaar	370,15	120,47
SES 2 (midden)	0-17 jaar	-13,75	-9,38
	18-64 jaar	11,76	17,47
	65+ jaar	-35,75	-12,25
SES 3 (hoog)	0-17 jaar	-4,73	-33,33
	18-64 jaar	-44,72	-33,61
	65+ jaar	-99,22	-85,31

Tabel 1.7: Gewichten voor het criterium meerjarig hoge kosten (in euro's per verzekerde)

	Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestaties
MHK's		
Geen MHK	-122,39	-146,40
MHK 2 voorafgaande jaren hoge kosten in de top 10 procent	1.425,35	1.066,82
MHK 3 jaar hoge kosten in top 15 procent	994,86	1.018,29
MHK 2 voorafgaande jaren hoge kosten in de top 10 procent	1.526,83	1.758,11
MHK 3 jaar hoge kosten in top 7 procent	2.372,46	2.906,61
MHK 3 jaar hoge kosten in top 4 procent	3.826,59	5.179,35
MHK 3 jaar hoge kosten in top 1,5 procent	8.354,40	13.281,83



BIJLAGE 2, BEHORENDE BIJ ARTIKEL 5 EN, WAT BETREFT TABEL 2.1, BIJ ARTIKEL 10, TWEEDE LID

De bijlage betreft de kosten van zorg behorende tot de clusters 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' voor verzekerden jonger dan achttien jaar en 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' voor verzekerden van achttien jaar en ouder.

De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex ante berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar en vormen wat betreft tabel 2.1 de basis voor de herberekening van de gewichten ten behoeve van de ex post berekening van de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar (art. 10, tweede lid).

De gewichten bevatten geen correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel 2.1: Gewichten voor het criterium leeftijd onder achttien jaar (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden jonger dan achttien jaar
Leeftijd onder achttien jaar	
Wel	191,96
Niet	0,00

Tabel 2.2: Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)

		Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Mannen	18-24 jaar	314,69
	25-29 jaar	315,94
	30-34 jaar	317,10
	35-39 jaar	295,02
	40-44 jaar	268,89
	45-49 jaar	265,44
	50-54 jaar	249,29
	55-59 jaar	237,26
	60-64 jaar	237,26
	65-69 jaar	213,16
	70-74 jaar	213,07
	75-79 jaar	211,96
	80-84 jaar	224,70
85-89 jaar	205,88	
90+ jaar	205,88	
Vrouwen	18-24 jaar	335,88
	25-29 jaar	298,73
	30-34 jaar	274,71
	35-39 jaar	268,89
	40-44 jaar	268,89
	45-49 jaar	262,40
	50-54 jaar	249,29
	55-59 jaar	237,26
	60-64 jaar	237,26
	65-69 jaar	216,39
	70-74 jaar	220,53
	75-79 jaar	210,62
	80-84 jaar	205,88
85-89 jaar	205,88	
90+ jaar	205,88	

Tabel 2.3: Gewichten voor het criterium ggz-regio (in euro's per verzekerde)

ggz-regio	Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder
1	77,51
2	11,55
3	6,04
4	-13,73



	Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder
5	-13,73
6	-13,73
7	-13,73
8	-13,73
9	-13,73
10	-13,73

Tabel 2.4: Gewichten voor het criterium FKG psychische aandoeningen (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder
FKG's	
Geen FKG psychische aandoeningen	-39,34
FKG psychose	3.136,39
FKG psychose depot	7.241,89
FKG chronische stemmingsstoornissen	340,78
FKG verslaving	2.258,04
FKG bipolair regulier	868,29
FKG bipolair complex	2.513,17
FKG ADHD	89,67

Tabel 2.5: 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	958,12
	35-44 jaar	353,43
	45-54 jaar	138,95
	55-64 jaar	40,34
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	625,36
	35-44 jaar	442,90
	45-54 jaar	279,92
	55-64 jaar	114,84
Zelfstandigen	18-34 jaar	-49,77
	35-44 jaar	-43,94
	45-54 jaar	-24,34
	55-64 jaar	-12,32
Referentiegroep	18-34 jaar	-49,77
	35-44 jaar	-37,09
	45-54 jaar	-24,34
	55-64 jaar	-12,32
	65+ jaar	0,00

Tabel 2.6: 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	1.939,17
	65+ jaar	90,69
SES 1 (laag)	18-64 jaar	-16,81
	65+ jaar	20,05
SES 2 (midden)	18-64 jaar	3,48
	65+ jaar	-7,91
SES 3 (hoog)	18-64 jaar	-26,97
	65+ jaar	-7,91

Tabel 2.7: Gewichten voor het criterium eenpersoonsadres (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Eenpersoonsadres	



	Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Niet	-21,13
Wel	106,81

Tabel 2.8: Gewichten voor het criterium kosten geneeskundige ggz boven de lage drempel (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Kosten geneeskundige ggz boven lage drempel	
Niet	-39,24
Wel	876,49

Tabel 2.9: Gewichten voor het criterium kosten geneeskundige ggz boven de hoge drempel (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Kosten geneeskundige ggz boven hoge drempel	
Niet	-84,53
Wel	5.656,90



BIJLAGE 3, BEHORENDE BIJ ARTIKEL 10, TWEDE LID

De bijlage betreft kosten van zorg behorend tot de cluster 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' voor verzekerden van achttien jaar en ouder.

De in deze bijlage genoemde gewichten vormen de basis voor de herberekening van de gewichten ten behoeve van de ex post berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (art. 10, tweede lid).

De gewichten bevatten een correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel 3.1: Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)

		Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Mannen	18-24 jaar	283,73
	25-29 jaar	297,24
	30-34 jaar	303,64
	35-39 jaar	299,24
	40-44 jaar	279,69
	45-49 jaar	276,09
	50-54 jaar	254,14
	55-59 jaar	234,63
	60-64 jaar	219,97
	65-69 jaar	192,74
	70-74 jaar	192,92
	75-79 jaar	200,08
	80-84 jaar	215,85
	85-89 jaar	199,59
	90+ jaar	191,65
Vrouwen	18-24 jaar	338,43
	25-29 jaar	338,01
	30-34 jaar	312,54
	35-39 jaar	309,82
	40-44 jaar	294,08
	45-49 jaar	284,08
	50-54 jaar	261,30
	55-59 jaar	230,27
	60-64 jaar	219,97
	65-69 jaar	191,65
	70-74 jaar	191,65
	75-79 jaar	191,65
	80-84 jaar	191,65
	85-89 jaar	191,65
	90+ jaar	191,65

Tabel 3.2: Gewichten voor het criterium ggz-regio (in euro's per verzekerde)

ggz-regio	Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder
1	48,97
2	16,97
3	10,02
4	-6,61
5	-9,92
6	-12,01
7	-12,01
8	-12,01
9	-12,01
10	-12,01



Tabel 3.3: Gewichten voor het criterium FKG psychische aandoeningen (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder
	FKG's
Geen FKG psychische aandoeningen	-35,04
FKG psychose	2.348,78
FKG psychose depot	4.545,34
FKG chronische stemmingstoornissen	392,84
FKG verslaving	1.653,96
FKG bipolair regulier	817,88
FKG bipolair complex	1.808,66
FKG ADHD	228,99

Tabel 3.4: 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	640,44
	35-44 jaar	389,92
	45-54 jaar	182,80
	55-64 jaar	41,97
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	498,48
	35-44 jaar	429,81
	45-54 jaar	302,31
	55-64 jaar	100,92
Zelfstandigen	18-34 jaar	-72,97
	35-44 jaar	-71,28
	45-54 jaar	-46,18
	55-64 jaar	-12,00
Referentiegroep	18-34 jaar	-33,14
	35-44 jaar	-35,87
	45-54 jaar	-27,43
	55-64 jaar	-12,00
	65+ jaar	0,00

Tabel 3.5: 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	674,32
	65+ jaar	30,84
SES 1 (laag)	18-64 jaar	1,15
	65+ jaar	23,52
SES 2 (midden)	18-64 jaar	8,33
	65+ jaar	-5,99
SES 3 (hoog)	18-64 jaar	-22,31
	65+ jaar	-5,99

Tabel 3.6: Gewichten voor het criterium eenpersoonsadres (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Eenpersoonsadres	
Niet	-20,12
Wel	101,70



Tabel 3.7: Gewichten voor het criterium kosten geneeskundige ggz boven de lage drempel (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Kosten geneeskundige ggz boven lage drempel	
Niet	Zie artikel 11, zesde lid
Wel	1.158,12

Tabel 3.8: Gewichten voor het criterium kosten geneeskundige ggz boven de hoge drempel (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Kosten geneeskundige ggz boven hoge drempel	
Niet	Zie artikel 11, zesde lid
Wel	4.460,00



BIJLAGE 4, BEHORENDE BIJ ARTIKELEN 7, TWEEDE LID, EN 20, TWEEDE LID

De bijlage betreft het eigen risico.

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

Tabel 4.1: Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)

		Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
Mannen	18-24 jaar	122,94
	25-29 jaar	117,93
	30-34 jaar	122,39
	35-39 jaar	127,32
	40-44 jaar	133,33
	45-49 jaar	142,66
	50-54 jaar	155,52
	55-59 jaar	174,90
	60-64 jaar	189,61
	65-69 jaar	210,91
	70-74 jaar	232,35
	75-79 jaar	252,45
	80-84 jaar	264,57
85-89 jaar	271,26	
	90+ jaar	272,23
Vrouwen	18-24 jaar	189,18
	25-29 jaar	200,53
	30-34 jaar	208,00
	35-39 jaar	192,08
	40-44 jaar	182,53
	45-49 jaar	186,75
	50-54 jaar	196,58
	55-59 jaar	203,90
	60-64 jaar	211,22
	65-69 jaar	228,34
	70-74 jaar	246,02
	75-79 jaar	261,57
	80-84 jaar	269,82
85-89 jaar	270,40	
	90+ jaar	261,94

Tabel 4.2: Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde)

		Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	59,80
	35-44 jaar	63,27
	45-54 jaar	54,57
	55-64 jaar	35,35
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	42,96
	35-44 jaar	51,39
	45-54 jaar	47,60
	55-64 jaar	16,77
Zelfstandigen	18-34 jaar	-6,95
	35-44 jaar	-9,08
	45-54 jaar	-12,96
	55-64 jaar	-12,50
Referentiegroep	18-34 jaar	-2,26
	35-44 jaar	-3,24
	45-54 jaar	-3,21
	55-64 jaar	-3,42



	Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
65+ jaar	0,00

Tabel 4.3: Gewichten voor het criterium regio (in euro's per verzekerde)

Regio	Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
1	11,49
2	7,12
3	4,93
4	2,11
5	0,73
6	-0,20
7	-2,43
8	-5,22
9	-6,85
10	-9,74



TOELICHTING

1. Inleiding

Een zorgverzekeraar dient iedere verzekeringsplichtige die een zorgverzekering bij hem wenst af 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 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 zorgverzekerdportefeuilles 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. De vereveningsbijdrage wordt vervolgens na afloop van het vereveningsjaar (ex post) door het CVZ definitief vastgesteld. Daarbij wordt rekening gehouden met de werkelijke situatie bij de zorgverzekeraar zoals deze zich gedurende het vereveningsjaar heeft voorgedaan (de werkelijke verzekerdenaantallen en -kenmerken kunnen namelijk afwijken van datgene waar ex ante mee rekening was gehouden) en worden bepaalde compensatiemechanismen ingezet. 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 ex ante en ex post worden berekend. De gedetailleerde uitwerking van deze regels is voor het vereveningsjaar 2013 vervolgens te vinden in voorliggende 'Regeling risicoverevening 2013' (Rrv 2013).

Tot en met 2011 zijn dit soort gedetailleerde regels opgenomen in hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering. Ieder najaar werd dit hoofdstuk vervangen door een nieuw hoofdstuk 3 met de risicovereveningsregels voor het eerstvolgende kalenderjaar. In de praktijk pakte deze wijze van regelgeving, hoewel conform de Aanwijzingen voor de regelgeving (zie aanwijzing 104, eerste lid), slecht uit. Vaak bleek namelijk na afloop van een vereveningsjaar dat voor de vaststelling van de vereveningsbijdragen over dat jaar, toch afgeweken moest worden van de regelgeving zoals die met betrekking tot dat jaar gold, maar inmiddels overschreven was (met regelgeving voor een later vereveningsjaar).

Aangezien het niet mogelijk is niet meer bestaande regelgeving te wijzigen, waren er ingewikkelde constructies nodig om het beoogde doel alsnog te bereiken.

Met ingang van het vereveningsjaar 2012 worden de risicovereveningsregels daarom neergelegd in een jaarlijkse, van de Regeling zorgverzekering losstaande, ministeriële regeling. Aldus is het mogelijk om, uiteraard slechts voor zover dat noodzakelijk is en voor zover dit vóór de daadwerkelijke vaststelling door het CVZ geschiedt, ook na het vereveningsjaar de regels met betrekking tot de vaststelling van de bijdragen over dat jaar te wijzigen. Hiermee is ook voor gebruikers veel transparanter hoe de vereveningsregels met betrekking tot een bepaald kalenderjaar luiden. De onderhavige 'Rrv 2013' bevat de risicovereveningsregels die gelden voor het vereveningsjaar 2013.

De hoofdstukken 1 tot en met 5 van de Rrv 2013 bevatten de regels die gelden voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage over 2013. Zo wordt bepaald welke middelen beschikbaar zijn voor het jaar 2013 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. Betalingen uit het Zorgverzekeringsfonds buiten zorgverzekeraars om, zoals voor gemoeds-bezwaarden 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. Daardoor worden in de regeling zowel het bedrag van de beschikbare middelen 2013, als het macro-prestatiebedrag 2013 vastgesteld. Het macro-prestatiebedrag wordt in 2013 verdeeld in vier macro-deelbedragen:

- het macro-deelbedrag 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg';
- het macro-deelbedrag 'vaste zorgkosten';
- het macro-deelbedrag 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg';



- het macro-deelbedrag 'kosten van overige prestaties'.

Het macro-deelbedrag 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' is nieuw. Omdat de risicoregimes van de voor het jaar 2012 geldende macro-deelbedragen 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp' en 'kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment' identiek zijn, worden deze deelbedragen samengevoegd. Voor de duidelijkheid heeft het deelbedrag dat na deze samenvoeging is ontstaan een nieuwe naam gekregen. Daarnaast is het macro-deelbedrag 'vaste kosten van ziekenhuisverpleging' hernoemd tot 'vaste zorgkosten'. Hiermee dekt het begrip beter de lading. Het macro-deelbedrag 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' is gesplitst in een macro-deelbedrag 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar' en een macro-deelbedrag 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder'.

De verdeling van de 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 2013 worden ex-post compensatiemechanismen toegepast. De bijdrage aan zorgverzekeraars wordt aangevuld met de bedragen berekend op grond van paragraaf 1.5 van hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering.

Hoofdstuk 6 van de regeling bevat wijzigingen in de risicovereveningsregels zoals deze met betrekking tot het kalenderjaar 2012 luidden (artikel 23). Het gaat daarbij om de wijze waarop de kosten voor de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten worden behandeld.

De slotbepalingen in hoofdstuk 7 bevatten regels over de terugwerkende kracht van de wijzigingen van de Regeling risicoverevening 2012 en de inwerkingtreding van onderhavige regeling.

2. Inhoudelijke wijzigingen

2.1 Belangrijkste wijzigingen

Het kabinet zet in op verdere verbetering van de werking van het ex ante risicovereveningsmodel en de vergroting van risicodragendheid van de zorgverzekeraars door afbouw van de ex post compensatiemechanismen.

Daarvoor worden er een aantal wijzigingen voor 2013 doorgevoerd. De belangrijkste zijn:

- voor het ex ante gedeelte van het model:
 1. De FKG-klasse 'Reuma TNF alfa-remmers' vervalt, waardoor er nog 24 FKG-klassen voor verschillende aandoeningen overblijven.
 2. De DKG's worden uitgebreid met twee klassen voor verschillende aandoeningengroepen.
 3. De FKG psychische aandoeningen wordt uitgebreid met twee klassen.
 4. De drempel 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel' wordt verlaagd van € 550 naar € 400.
- voor het ex post gedeelte van het model:
 1. De bandbreedte die gehanteerd wordt bij de ex post compensatie bandbreedteregeling somatiek wordt verruimd van € 45 naar € 50.

2.2 Achtergrond basisgegevens en kwaliteit ex ante vereveningsmodellen

Voor de vaststelling van het ex ante vereveningsmodel brengt de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) een advies uit. De WOR is een technische werkgroep, met als belangrijkste taken het adviseren over de opzet van een jaarlijks onderzoeksprogramma naar de risicoverevening, het beoordelen van de kwaliteit van de basisgegevens, het inhoudelijk begeleiden van de onderzoeken in dit onderzoeksprogramma en vervolgens het adviseren over de technische verbetermogelijkheden van het ex ante risicovereveningsmodel. In de WOR nemen deskundigen van zorgverzekeraars, onderzoeksbureaus, Zorgverzekeraars Nederland en het CVZ deel. Het advies over de technische verbeteringen van het ex ante vereveningsmodel is overgenomen. De WOR duidt in haar advies ook op onzekerheden rond het representatief maken van de basisgegevens en de consequenties hiervan op de beoordeling van de kwaliteit van het vereveningsmodel 2013. Hiervan is kennis genomen en dit heeft meegewogen in de uiteindelijke vaststelling van het gehele risicovereveningssysteem 2013.

2.3 Somatische zorg 2013

Basisgegevens

Het risicovereveningssysteem 2013 wordt gebaseerd op de meest recente, zo veel mogelijk uitgedecla-



reerde kostengegevens voor het jaar 2010 met bijbehorende verzekerdkenmerken, op individueel niveau. Het onderzoeksbestand heeft een dekingsgraad van 98,5 procent.

Bewerkingen onderzoeksgegevens

Om de basisgegevens 2010 zoveel mogelijk representatief te maken voor 2013 is een aantal bewerkingen uitgevoerd onder begeleiding van de WOR. Er zijn correcties uitgevoerd voor verschillende pakket- en beleidsmaatregelen uit 2011, 2012 en 2013. Zo is gecorrigeerd voor de invoering van prestatiebekostiging: ziekenhuizen declareren vanaf 2012 in termen van dbc-zorgproducten en is het Zvw-vergoedingenpakket aangepast bij de volgende kostensoorten: eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen, vruchtbaarheidsbehandelingen voor vrouwen van 43 jaar en ouder, tandheelkunde, fysiotherapie, anticonceptie, maagzuurremmers en dieetadvisering. Ook heeft een overheveling van verschillende extramuraal verstrekte dure geneesmiddelen naar het intramurale ziekenhuiskader plaatsgevonden.

In 2013 blijven de vaste zorgkosten (risicoloos) ongeveer gelijk en nemen de variabele kosten (risicodragend) toe. Dit wordt onder andere veroorzaakt doordat de kosten van intensive care (ic) en hemostatica toegedeeld worden aan de variabele kosten. In 2012 werden deze kosten eenmalig toegedeeld aan de vaste zorgkosten. De kosten voor geriatrische revalidatiezorg worden per 2013 overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw en worden toegedeeld aan de vaste zorgkosten. Per 2013 worden groeihormonen en een aantal oncolytica overgeheveld van de overige prestaties naar respectievelijk de variabele en vaste zorgkosten. De TNF alfa-remmers, die reeds in 2012 zijn overgeheveld, worden in 2013 – evenals in 2012 – aan de vaste zorgkosten toegedeeld. De toedeling van deze dure geneesmiddelen aan de vaste zorgkosten is noodzakelijk omdat gegevens ontbreken die nodig zijn voor normering.

Vormgeving ex ante risicovereveningsmodel 2013

Het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische zorg kent in 2013 de volgende vereveningscriteria: leeftijd/geslacht, Farmaceutische Kostengroepen (FKG's), Diagnose Kostengroepen (DKG's), Aard van het Inkomen (AvI), Sociaal Economische Status (SES), meerjarig hoge kosten (MHK) en het regiocriterium somatisch.

Op advies van de WOR worden in 2013 de volgende drie wijzigingen in de vormgeving van het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische zorg doorgevoerd:

- De vormgeving van de DKG's wordt aangepast. Vier nieuwe diagnosegroepen worden hierbij betrokken: hemofilie, slaapapneu, nierziekten bij kinderen en shuntchirurgie ten behoeve van nierlijden. Er worden twee klassen voor verschillende aandoeningengroepen toegevoegd. Daarnaast worden de DKG's per 2013 mede gebaseerd op diagnose-informatie van niet-klinische behandelingen.
- Van het vereveningscriterium MHK is de klasse 'twee voorafgaande jaren hoge kosten' beperkt tot verzekerden die in zowel jaar t-1 als jaar t-2 met hun kosten tot de top-10% behoorden, in plaats van twee jaar kosten in de top-15%.
- Bij de FKG's is op grond van een regulier onderzoek van het CVZ een aanpassing van het referentiebestand doorgevoerd. Daarnaast is de FKG reuma o.b.v. TNF alfa-remmers vervallen.

Conclusie

Het ex ante vereveningsmodel voor somatische zorg is gebaseerd op kostengegevens en verzekerdkenmerken over 2009 en 2010. Voor het onderzoek kon beschikt worden over deze gegevens van vrijwel alle verzekerden. De kostengegevens zijn zo goed mogelijk representatief gemaakt voor 2013. De invoering van DOT in 2012, en bijbehorende simulatie van de schadelast in DOT-zorgproducten, levert enige onzekerheid met betrekking tot de gegevens voor het somatische model. Met inachtneming van deze onzekerheden zijn de gegevens van voldoende kwaliteit en voldoende representatief om de vereveningsmodellen somatische zorg 2013 op te baseren.

Doorrekening van het voorgenomen ex ante vereveningsmodel voor 2013 voor somatische zorg op de bovengenoemde meest recente gegevens resulteert in een verbetering van het vereveningsmodel. Het vereveningsmodel somatische zorg is kwalitatief goed, stabiel en robuust. Dit is ook de conclusie van de WOR.

In 2012 zijn de kosten voor intensive care éénmalig aan het deelsegment vast kosten van ziekenhuisverpleging toegedeeld omdat er toen ten behoeve van het onderzoek aan het vereveningsmodel nog geen informatie op individuniveau voor deze kosten beschikbaar was. Vanaf 2013 is deze informatie er wel en worden de kosten van add-ons voor intensive care, net als in 2011 en eerder, weer bij het risicodragende deelsegment variabele kosten voor medisch-specialistische zorg ingedeeld. Door het overhevelen vanuit de niet risicodragende kosten van deze moeilijk voorspelbare en op individuniveau hoge kosten daalt echter de verklaringskracht van het ex ante vereveningsmodel.



2.4 Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (geneeskundige ggz)

Basisgegevens

Het risicovereveningssysteem 2013 wordt gebaseerd op de meest recente, zo veel mogelijk uitgedeelde kostengegevens voor het jaar 2010 met bijbehorende verzekerdendenkenmerken, op individueel niveau. Het databestand is gebaseerd op negen kwartalen schadegegevens.

Het kabinet streeft naar een stelselherziening om de effectiviteit van de jeugdzorg te verbeteren. Eén van de onderdelen is de voorgenomen overheveling van de geestelijke gezondheidszorg voor de jeugd naar de gemeenten. Net als in eerdere jaren is besloten om voor 2013 de kosten voor verzekerdenden jonger dan 18 jaar volledig na te calculeren.

Bewerkingen onderzoeksgegevens

Om de basisgegevens 2010 zoveel mogelijk representatief te maken voor 2013 is een aantal bewerkingen uitgevoerd. Dit betreft enerzijds het niet corrigeren van de schadebestanden voor de gerealiseerde opbrengstresultaten. Anderzijds worden de pakketmaatregelen en de invoering van eigen bijdragen specifiek verwerkt.

Het vereveningsmodel geneeskundige ggz is gebaseerd op van zorgverzekeraars afkomstige kostengegevens 2010, die nog gecorrigeerd moeten worden voor opbrengstresultaten. De daarvoor in het verleden gehanteerde verrekenpercentages blijken erg instabiel te zijn. Daarom is besloten om voor het vereveningsmodel 2013 de schadegegevens representatief te maken door per geleverde prestatie het tarief 2010 als schadebedrag te nemen. Hierdoor geldt voor alle instellingen eenzelfde tarief per productsoort. Dit zorgt voor meer stabiliteit in de kosten waarop het vereveningsmodel 2013 is gebaseerd.

Door te modelleren op basis van landelijke tarieven worden regionale verschillen niet meegewogen terwijl deze er mogelijk wel zullen zijn. Dit betekent dat regionale verschillen, die deels worden veroorzaakt door verschillen in zorgzwaarte, niet worden meegewogen. Om te bepalen of iemand voldeed aan de kostendrempels in t-1 is gebruik gemaakt van de kosten per verzekerdendenbestand 2009 (CVZ). De kosten per verzekerde zijn in dit bestand zo goed mogelijk gecorrigeerd voor opbrengstresultaten en daarmee vergelijkbaar met de situatie in 2013. Het risicovereveningsmodel 2013 is gesimuleerd met kosten 2010. In 2013 zijn er geen opbrengstresultaten meer en de kosten 2010, die deze kosten simuleren, zijn dan ook niet gecorrigeerd voor deze opbrengstresultaten. Om te bepalen of iemand voldoet aan de hoge of lage kostendrempel voor het vereveningsjaar 2013 wordt gekeken naar de kosten in 2012 (t-1). In 2012 vindt nog wel verrekening van opbrengstresultaten en correctie hiervoor plaats, net zoals dat de kosten 2009 in het onderzoeksbestand hiervoor zijn gecorrigeerd.

Per 1 januari 2012 zijn diverse maatregelen getroffen in de geneeskundige ggz. Dit betreft de aanpassing in het pakket met betrekking tot eerstelijns psychologische zorg (maximaal vijf zittingen en een verhoging van de eigen bijdrage naar € 20); de invoering van een eigen bijdrage voor tweedelijnsbehandeling en de invoering van een eigen bijdrage bij verblijf. Deze pakketmaatregelen zijn specifiek verwerkt. Dit houdt in dat deze aan de betreffende verzekerde worden toegedeeld.

Ex ante risicovereveningsmodel 2013

Op advies van de WOR wordt het ex ante vereveningsmodel voor de geneeskundige ggz in 2013 op een tweetal punten gewijzigd. Ten eerste worden de FKG psychose en FKG bipolaire stoornis opgesplitst. Door deze splitsing is een groep gebruikers afgesplitst met complexere problematiek die leidt tot hogere voorspelbare kosten.

Daarnaast wordt de lage kostendrempel verlaagd tot € 400. Door de invoering van een eigen bijdrage wordt een deel van de kosten bij de verzekerde neergelegd. Hierdoor dalen dus de kosten van de zorgverzekeraar. Omdat de risicoverevening gebaseerd wordt op de voor eigen bijdrage gecorrigeerde kosten wordt de lage kostendrempel aangepast.

Conclusie

Het vereveningsmodel geneeskundige ggz is gebaseerd op kostengegevens 2010 die nog gecorrigeerd moeten worden voor opbrengstresultaten. De daarvoor in het verleden gehanteerde verrekenpercentages blijken erg instabiel te zijn. Daarom is besloten om voor het vereveningsmodel 2013 de schadegegevens representatief te maken door per geleverde prestatie het tarief 2010 als schadebedrag te nemen. Hierdoor geldt voor alle instellingen eenzelfde tarief per productsoort. Dit zorgt voor meer stabiliteit in de kosten waarop het vereveningsmodel 2013 is gebaseerd. De gegevens zijn van voldoende kwaliteit en voldoende representatief om het vereveningsmodel geneeskundige ggz 2013 op te baseren.



De aanpassing van de onderzoeksgegevens en de aanpassingen in het vereveningscriterium gebaseerd op extramuraal geneesmiddelengebruik (psychische FKG) en aanpassing van de lage kosten drempel leiden tot een kleine toename van de verklaringskracht. Mede op basis van de bevindingen uit de WOR wordt geconstateerd dat de kwaliteit van het vereveningsmodel 2013 licht is verbeterd ten opzichte van het vereveningsmodel 2012.

Artikelsgewijs

Artikel 1

De zorgautoriteit heeft met ingang van 2012 de beschrijvingen van zorgproducten (prestaties) aangepast. Deze beschrijvingen blijven in 2013 hetzelfde. Deze zorgproducten vormen de basis voor de risicoverevening. De zorgverzekeraars vergoeden de kosten van deze producten en worden hiervoor via de risicoverevening gecompenseerd. Het is daarom van belang om het begrippenkader dat de zorgautoriteit gebruikt bij de beschrijving van de prestaties en tarifiering ook te hanteren in het risicovereveningssysteem. De definities sluiten aan bij de inhoud van de door de zorgautoriteit vastgestelde Regeling medisch specialistische zorg (Stcrt. 12 april 2012, nr. 6905) en haar beleidsregel BR/CU-2078 'Prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg' (te raadplegen op www.nza.nl). Informatie over dbc-zorgproducten, inclusief expertproducten, wordt bijgehouden in het DIS. Dit is het systeem dat dbc-informatie bevat over de geleverde en gedeclareerde zorg. Deze informatie is rechtstreeks afkomstig uit de basisadministratie van ziekenhuizen, die sinds 2005 wettelijk verplicht zijn hun dbc-gegevens aan de Stichting Dutch Hospital Data (opgericht door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra) te leveren. Deze stichting beheert de data en levert uit aan geautoriseerde gebruikers van het DIS.

De definitie voor het overige zorgproduct met betrekking tot hemostatica is niet meer apart opgenomen. De reden hiervoor is dat de uitzonderingspositie die in 2012 gold, per 2013 komt te vervallen. De kosten van hemostatica worden, net als de andere overige zorgproducten, toegedeeld aan de kosten van het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg'.

Er zijn ruim 900 expertproducten die in diverse categorieën zijn in te delen, waaronder brandwonden-zorg, donormapping en -toewijzing, NFU-dataset (academische zorg), transplantatie, palliatieve zorg, stamceltransplantatie en thuisbeademing. De expertproducten zijn te raadplegen op http://www.dbconderhoud.nl/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=610&Itemid=404.

Eerstelijnsdiagnostiek wordt geleverd door ziekenhuizen (instellingen voor medisch-specialistische zorg), huisartsenlaboratoria (eerstelijnsdiagnostische centra), productiesamenwerkingsverbanden en zelfstandige behandelcentra (zbc's) op verzoek van zorgaanbieders in de eerste lijn, zoals de huisarts.

Om het macro-deelbedrag vaste zorgkosten te verdelen over de zorgverzekeraars wordt gebruik gemaakt van de historische kosten uit 2012. Het CVZ berekent de landelijke kostenfactor en past deze toe op deze historische kosten. Deze methodiek resulteert in de ex ante toekenning van de ex ante deelbedragen voor de vaste zorgkosten per zorgverzekeraar. De factor is zodanig bepaald, dat het totaal van de deelbedragen vaste zorgkosten over alle zorgverzekeraars gelijk is aan het macro-deelbedrag vaste zorgkosten.

Een definitie van de add-on voor groeihormonen is toegevoegd. Deze add-ons worden namelijk in de toedeling anders behandeld dan de overige add-ons voor dure en weesgeneesmiddelen. De add-ons voor groeihormonen betreffen middelen die per 2013 overgeheveld worden van extramurale verstrekking naar intramurale verstrekking. De kosten van deze add-ons worden toegedeeld aan het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg.

De nieuwe zorgproducten kunnen ook betrekking hebben op zorg die niet op grond van een zorgverzekering verzekerd is. Uit het Besluit zorgverzekering volgt al dat dergelijke zorgproducten niet worden meegenomen in de risicoverevening. Het gaat hier vooral om zorg die niet tot het op grond van een zorgverzekering te verzekeren pakket behoort, maar ook om zorg die wel tot dat pakket behoort, maar genoten is door iemand die geen zorgverzekering heeft.

De artikelen 14 en 15 gaan over kosten voor medisch-specialistische zorg. Aangezien het voor de risicoverevening niet relevant is of deze zorg door extramuraal werkende medisch specialisten of 'instellingen voor medisch-specialistische zorg' wordt geleverd, is per 2013 besloten om de leverende zorgaanbieder niet langer te vermelden.

Op grond van het tweede lid van artikel 1 wordt de lage drempel voor de kosten van de geneeskundige ggz vastgesteld op € 400, en de hoge op € 2.750. Bij het vaststellen van deze bedragen is rekening gehouden met correcties voor de gerealiseerde opbrengstresultaten van gebudgetteerde



instellingen voor geneeskundige ggz en zijn de kosten ook gecorrigeerd voor eigen bijdragen die verzekerden voor geneeskundige ggz betalen.

Artikel 2

De hoogte van het macro-prestatiebedrag volgt uit de kostenramingen voor de zorg die valt onder de Zvw. Dit bedrag is exclusief de voor de desbetreffende zorg te innen eigen bijdragen, maar inclusief de te innen bedragen aan verplicht of vrijwillig eigen risico. De basis voor het macro-prestatiebedrag wordt gevormd door de geraamde Zvw-gefinancierde uitgaven 2013. Deze ramingen zijn opgenomen in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2013 (bijlage 4 'Financiering van de zorguitgaven') 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 (zie hierna). 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 2013

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 2013 is bepaald op (afgerond) € 1.154. 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 € 350 per verzekerde.

In het eerste lid van dit artikel wordt de hoogte van het macro-prestatiebedrag vastgesteld. De beschikbare middelen, bedoeld in artikel 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 2013 onderverdeeld in vier onderscheiden macro-deelbedragen. Bij de onderverdeling van het macro-prestatiebedrag in deelbedragen is in principe aangesloten bij de sectorindeling in de Rijksbegroting 2013, zij het met enkele uitzonderingen en bijzonderheden.

In de eerste plaats zijn de verschillende nominale bijstellingen en groeiruiten toegedeeld aan de verschillende (deel)prestaties, en hebben op enkele specifieke punten overhevelingen tussen (deel)prestaties plaatsgevonden. Zo telt bijvoorbeeld ziekenvervoer tussen ziekenhuizen als ambulancervervoer mee.

In de tweede plaats worden de kosten voor ziekenhuisverpleging toegedeeld naar de kosten van het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg, naar kosten van het deelbedrag vaste zorgkosten en naar kosten van het deelbedrag kosten van overige prestaties. In de toelichting bij de artikelen 14, 15 en 18 wordt nader op deze toedeling ingegaan.

De toedeling van het onderdeel van het macro-prestatiebedrag dat betrekking heeft op ziekenhuisverpleging, is grotendeels uitgevoerd aan de hand van cijfers die door de zorgautoriteit beschikbaar zijn gesteld over de kosten van 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 grensoverschrijdende zorg. Het gaat hierbij om een bedrag van in totaal circa € 363,4 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 bijvoorbeeld in Nederlandse loondienst zijn.

Artikel 3

De bedragen die geraamd worden als 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 7 en 8 (artikel 3.10 van het Besluit zorgverzekering). Voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage gebeurt dit in artikel 20 (artikel 3.19 van het Besluit zorgverzekering).



Artikel 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 2013 ten laste van het Zorgverzekeringsfonds beschikbaar zijn. Het CVZ verdeelt deze middelen over zorgverzekeraars op basis van de in het Besluit zorgverzekering uiteengezette systematiek, met inachtneming van voorliggende Regeling. De basis hiervoor is opgenomen in paragraaf 1.5 van hoofdstuk 3 in het Besluit zorgverzekering. Het genoemde bedrag van € 20.379,7 miljoen is gebaseerd op de Rijksbegroting. Het macro-prestatiebedrag (€ 38.603,6 miljoen) verminderd met de opbrengst van de nominale rekenpremie (€ 15.358,6 miljoen) en de opbrengst van het verplicht eigen risico (€ 2.865,2 miljoen) levert een bedrag op van € 20.379,8. Het verschil van € 0,1 miljoen tussen het in artikel 4 opgenomen bedrag en het resultaat van bovengenoemde aftreksom ontstaat door een verschil in de raming van de eigen bijdragen en de door afronding.

Artikel 5

De gewichten van de klassen van vereveningscriteria die het CVZ hanteert bij de berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar, zijn als bijlagen 1 en 2 bij deze Regeling opgenomen. Deze gewichten zijn gebaseerd op statistische analyse van het verband tussen de kosten per verzekerde en relevante verzekerdenkenmerken. Uit de bijlagen 1 en 2 blijkt voorts welke klassen van verzekerden worden gehanteerd bij de toepassing van de onderscheiden vereveningscriteria.

Het CVZ bepaalt het normatieve bedrag per zorgverzekeraar voor de variabele kosten van medisch-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 aan de hand van de optelling van de toe- en afslagen op grond van FKG's, DKG's, aard van het inkomen, SES, MHK en regio.

Het CVZ bepaalt het normatieve bedrag per zorgverzekeraar voor de kosten van geneeskundige ggz aan de hand van een raming van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen van verzekerden en de normbedragen naar leeftijd en geslacht, en aan de hand van de optelling van de toe- en afslagen op grond van de FKG's psychische aandoeningen, aard van het inkomen, SES, éénpersoonsadres, ggz-regio, leeftijd onder achttien jaar en de kosten van geneeskundige ggz boven de lage drempel en de kosten van geneeskundige ggz 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 ggz, genoemd ggz-regio. In dit criterium wordt rekening gehouden met verschillen in aanbod in de geneeskundige ggz en met sociaaleconomische omstandigheden. De ex ante normgewichten worden zowel voor de somatische zorg als voor de geneeskundige ggz dusdanig vastgesteld dat alle beschikbare middelen per macro-deelbedrag via de kenmerken leeftijd en geslacht worden verdeeld. Vervolgens vindt er verevening plaats tussen de verzekerden uit de verschillende risicoklassen van de volgende vereveningscriteria: FKG's, DKG's, aard van het inkomen, SES, MHK, regio, FKG's psychische aandoeningen, éénpersoonsadres, ggz-regio, kosten geneeskundige ggz boven de lage drempel en kosten geneeskundige ggz boven de hoge drempel. Uitzonderingen hierop worden gevormd door de verdeling van het macro-deelbedrag vaste zorgkosten (tweede lid) en de verdeling van het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar. De verdeling van het eerste bedrag wordt gebaseerd op de gemiddelde vaste kosten per verzekerde per zorgverzekeraar in het jaar 2011, de landelijke vaste kostenfactor 2013 en de geraamde aantallen verzekerden in het jaar 2013. De (historische) vaste zorgkosten worden procentueel verhoogd met de kosten voor geriatrische revalidatiezorg. In het macro-prestatiebedrag wordt dus rekening gehouden met deze nieuwe kosten die ontstaan als gevolg van de overheveling van de AWBZ naar de Zvw. De verdeling van het tweede bedrag vindt plaats op basis van het kenmerk: leeftijd onder achttien jaar (bijlage 2, tabel 2.1).

In de toelichting bij het Besluit zorgverzekering respectievelijk, voor sinds 2006 toegevoegde vereveningscriteria, in de toelichtingen bij de wijzingen van dat Besluit is al in algemene zin ingegaan op de gehanteerde criteria: leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, aard van het inkomen, SES, MHK, regio, FKG's psychische aandoeningen, éénpersoonsadres, ggz-regio, kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel en kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel. In aanvulling daarop kan over deze vereveningscriteria nog het volgende worden opgemerkt.

- Leeftijd en geslacht worden, behalve bij het criterium 'leeftijd onder de achttien jaar', dat een rol speelt bij de verdeling van het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, 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 vijfjaarsklassen. Om beter aan te sluiten bij de leeftijdsgrens van premiebetaling (18 jaar) zijn de leeftijds-



grenzen 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 wordt het leeftijdsinterval 0-4 jaar gesplitst in een klasse 0 jarigen en een klasse 1–4 jaar.

- In 2013 wordt voor in Nederland wonende verzekerden gewerkt met 24 FKG's. Verzekerden kunnen in principe in meerdere FKG's worden ingedeeld. Daarnaast wordt een referentiegroep onderscheiden van verzekerden die in geen enkele FKG zijn ingedeeld. Dit is de FKG 'Geen FKG'. Ten opzichte van het vereveningsjaar 2012 is er één FKG vervallen. Het betreft de FKG Reuma TNF alfa-remmers. Dit is een noodzakelijke aanpassing omdat het met ingang van 2012 door de overheveling van het farmaceutische kader naar het ziekenhuiskader van deze geneesmiddelen niet meer mogelijk is om deze verzekerden te identificeren op basis van extramurale declaraties.
- Voor het vereveningsmodel voor de geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder wordt gebruik gemaakt van zeven FKG's psychische aandoeningen, daarnaast is er een referentiegroep (geen FKG psychische aandoeningen) van verzekerden die in geen enkele FKG psychische aandoeningen zijn ingedeeld. In 2013 worden twee nieuwe psychische FKG's aan het vereveningsmodel toegevoegd: de FKG Psychose depot en de FKG Bipolaire stoornis complex. Bij de FKG psychose depot is de minimale dosering van 180 standaard dagdoseringen (ddd's) losgelaten. Om bij deze FKG ingedeeld te worden moet een verzekerde minstens eenmaal een voorschrift voor een depotpreparaat gehad hebben. Op deze manier kan ook een groep verzekerden die minder therapietrouw is, maar wel hoge vervolgcosten heeft, onderscheiden worden. Om ingedeeld te worden in de FKG Bipolair complex moeten verzekerden naast 180 ddd's voor middelen uit de FKG bipolair ook minstens eenmaal een recept uit de somatische FKG epilepsie of uit de psychische FKG psychose voorgeschreven krijgen. Voor beide nieuwe FKG's geldt een restrictie, als een verzekerde ingedeeld wordt in de FKG bipolair complex, kan deze verzekerde niet ook ingedeeld worden in de indeling in de FKG bipolair regulier (en vergelijkbaar voor de FKG psychose depot en de FKG psychose). De FKG's psychische aandoeningen zijn FKG psychose, FKG psychose depot, FKG chronische stemmingsstoornissen, FKG verslaving, FKG bipolair regulier, FKG bipolair complex en FKG ADHD. Een verzekerde kan in meerdere FKG's psychische aandoeningen worden ingedeeld.
- Wat betreft DKG's is er in 2013 voor in Nederland wonende verzekerden sprake van 15 clusters van aandoeningengroepen, en van een DKG "0" voor degenen die geen van die aandoeningen hebben. De vormgeving van de DKG's wordt aangepast. Er worden vier nieuwe aandoeningengroepen toegevoegd: hemofilie, slaapapneu, nierziekten bij kinderen en shuntchirurgie ten behoeve van nierlijden. Bovendien worden de DKG's per 2013 ook gebaseerd op diagnose-informatie van niet-klinische behandelingen. Door deze aanpassing worden zorgverzekeraars ook gecompenseerd voor verzekerden die in het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar een poliklinische behandeling of een dagopname hebben ondergaan. In de vormgeving van de DKG's worden de verschillende klinische en niet-klinische behandelingen samengenomen zodat het risicovereveningsmodel een prikkel geeft om verzekerden – waar mogelijk – goedkoper poliklinisch te behandelen in plaats van via duurdere klinische opnames. Vanwege prikkelwerking worden zorgproducten van de typering 'Lichte behandeling op de polikliniek' uitgezonderd. Consequentie van de samenvoeging van verschillende behandelingen en de toevoeging van vier nieuwe aandoeningengroepen is dat de heterogeniteit tussen de aandoeningengroepen is toegenomen. Om deze heterogeniteit ten volle in het risicovereveningsmodel mee te kunnen nemen, is op basis van een empirische analyse vastgesteld dat het aantal clusters uitgebreid moet worden van 13 naar 15. In het DKG-criterium worden alleen die diagnosegroepen betrokken, waarvan door een groep van medische deskundigen is vastgesteld dat sprake is van een eenduidige relatie met een specifieke chronische aandoening. De prevalentie van DKG's wordt vastgesteld op basis van diagnose-informatie uit de dbc-zorgproducten. Met de aangepaste DKG's wordt een grotere groep verzekerden met chronische aandoeningen gecompenseerd via de risicoverevening, onafhankelijk van het type behandeling.
- Bij het criterium aard van het inkomen worden bij de verzekerden van 18 tot en met 64 jaar vier categorieën onderscheiden, waarvoor uit statistisch onderzoek is gebleken dat er sprake is van een verschillend kostenniveau. Het gaat om: arbeidsongeschikte verzekerden, bijstandsgerechtigde verzekerden, zelfstandige verzekerden en een referentiegroep, die alle verzekerden omvat die niet zijn ingedeeld bij de drie hiervoor genoemde groepen. Binnen elk van deze categorieën wordt een nader onderscheid gemaakt op basis van leeftijd van de verzekerde. De verzekerden tot en met 17 jaar en verzekerden van 65 jaar en ouder zijn ondergebracht in twee aparte categorieën. In de beleidsregels van het CVZ 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 MHK werd in 2012 toegevoegd aan het vereveningsmodel voor, vanaf 2013, de variabele kosten van medisch-specialistische zorg, alsmede voor de kosten van overige prestaties.

Door het toevoegen van MHK kunnen structurele (voorspelbare) hoge kosten in het ex ante model substantieel beter verevend worden. Een verzekerde van wie de som van de variabele kosten van medisch-specialistische zorg en de kosten voor overige prestaties de afgelopen drie jaar tot de hoogste 15 procent behoort, wordt, afhankelijk van het percentiel waartoe de som van deze kosten behoort, ingedeeld in één van de klassen, '3 jaar hoge kosten in top 1,5 procent', '3 jaar hoge kosten in top 4 procent', '3 jaar hoge kosten in top 7 procent', '3 jaar hoge kosten in top 10 procent' of '3 jaar hoge kosten in top 15 procent'. Hierin is de top 1,5 procent de hoogste kostenklasse met het hoogste normatieve gewicht en de top 15 procent de laagste kostenklasse met het laagste normatieve gewicht. Een verzekerde wordt met in achtneming van het bovenstaande ingedeeld in de hoogste klasse. De klasse waarin men wordt ingedeeld is dezelfde voor beide deelbedragen. Een verzekerde van wie de som van de variabele kosten van medisch-specialistische zorg en de kosten van overige prestaties de afgelopen twee jaar tot de hoogste 10 procent hebben behoort, en die niet is ingedeeld in een van de eerdergenoemde, wordt ingedeeld in de klasse, 'MHK 2 voorafgaande jaren hoge kosten in de top 10 procent'. Voor het vereveningsjaar 2012 gold op dit punt nog een percentage van 15. Door de voor het vereveningsjaar 2013 geldende beperking van het aantal verzekerden dat in deze klasse valt, bevat deze in sterkere mate een groep verzekerden die voorspelbaar (structureel) hoge kosten hebben. Een verzekerde die niet in een van de bovengenoemde klassen behoort, wordt ingedeeld in de klasse, 'geen MHK'. Dit is de referentiegroep.

- Het criterium éénpersoonsadres wordt alleen gebruikt in het vereveningsmodel voor de geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder. Dit criterium komt tegemoet aan de constatering dat alleenstaanden relatief vaker gebruik maken van de geneeskundige ggz dan personen die deel uit maken van een huishouden bestaande uit twee of meer personen. Het vereveningscriterium éénpersoonsadres is 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, sociaaleconomische 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. In het vereveningsmodel voor de geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder wordt de regioclustering specifiek voor dit deelbedrag bepaald. Om het onderscheid aan te duiden met het regiocriterium voor de andere deelbedragen (variabele kosten van medisch-specialistische zorg en kosten van overige prestaties) gaan het Besluit zorgverzekering en de Regeling uit van een andere naamgeving, namelijk ggz-regio.
- Toepassing van de vereveningscriteria 'kosten voor geneeskundige ggz boven de lage drempel' (€ 400 aan kosten gemaakt hebben in 2012) en 'kosten voor geneeskundige ggz boven de hoge drempel' (€ 2 750 aan kosten gemaakt hebben in 2012) berust op de gedachte dat een deel van de psychische aandoeningen een chronisch karakter heeft en daarom 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. In 2012 zijn verschillende eigen bijdragen ingevoerd dan wel verhoogd, waardoor het gemiddelde kostenniveau is gedaald. Om hiermee rekening te houden is de lage drempel verlaagd tot € 400. De hoge drempel maakt onderscheid naar het al dan niet hebben van hoge kosten en daarmee tussen intramuraal en extramuraal gebruik in het voorafgaande jaar.
- Het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar wordt louter verdeeld op grond van het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden jonger dan achttien jaar.

De gewichten van alle vereveningscriteria zijn econometrisch geschat op basis van individuele kostencijfers van verzekerden uit 2010. Bij deze schatting wordt de samenhang tussen de verschillende criteria meegenomen. Bijvoorbeeld in het gewicht van leeftijdsklassen, FKG's en DKG's is verdisconteerd dat chronisch zieken in het algemeen ouder zijn dan verzekerden zonder chronische ziekte.

Artikel 6

Gewichten die gehanteerd worden bij de berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar zijn gebaseerd op statistische analyses van het verband tussen kosten per verzekerde en relevante verzekerdenkenmerken. Voor verzekerden woonachtig in het buitenland zijn echter minder verzekerdenkenmerken bekend dan voor verzekerden die in Nederland wonen. Het is voor deze verzekerden niet mogelijk om een FKG of DKG af te leiden uit buitenlandse nota's. Als hier niet voor wordt gecorrigeerd, komen alle verzekerden woonachtig in het buitenland in de FKG-klassen 'Geen FKG' of 'Geen FKG psychische aandoening' en de DKG-klasse '0' terecht. Dit is voor de betreffende verzekerden met een chronische aandoening onterecht. Uit statistische analyses die het CVZ heeft uitgevoerd op de totale groep verzekerden woonachtig in het buitenland, blijkt dat, wanneer



rekening wordt gehouden met de overige, wel bekende vereveningscriteria, een correctiepercentage voor het gewicht van de FKG-klasse 'Geen FKG', 'Geen FKG psychische aandoening' dan wel de DKG-klasse '0' kan worden bepaald. Dit normbedrag houdt als het ware rekening met de gemiddelde gezondheid van de totale groep verzekerden woonachtig in het buitenland.

In dit artikel wordt geregeld dat alle in het buitenland wonende verzekerden worden ingedeeld in de klasse 'Geen FKG' van de FKG's, de klasse 'Geen FKG psychische aandoening' van de FKG psychische aandoeningen en de klasse '0' van de DKG's, maar dat daarvoor andere gewichten gelden dan voor in Nederland wonende verzekerden die in deze klassen zijn ingedeeld. Het gewicht dat voor de buitenlandse verzekerden geldt, wordt door het CVZ vastgesteld op een percentage van laatstbedoelde gewichten. Deze gewichten zijn te vinden in bijlage 1, tabellen 1.2 en 1.3 voor de FKG's respectievelijk DKG's, en in bijlagen 2 en 3, tabellen 2.4 en 3.3 voor FKG's psychische aandoeningen (gewichten zonder en met correctie voor hoge kostencompensatie). Het vereveningsjaar 2013 is het eerste jaar dat deze afwijkende behandeling ook van toepassing is op de FKG's psychische aandoeningen. Hiermee wordt de werkwijze die vanaf 2012 bij de FKG's en DKG's wordt toegepast, ook consistent toegepast op de FKG's psychische aandoeningen.

Artikel 7

In dit artikel wordt aangegeven hoe het CVZ 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 Veiligheid en 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 CVZ 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 8

In dit artikel wordt aangegeven hoe het CVZ de opbrengst van het verplicht eigen risico ten behoeve van de toekenning van de vereveningsbijdrage berekent. Het bedrag van de opbrengst uit het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op het normatieve bedrag ten behoeve van een 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. Evenals in artikel 7 worden de zorgverzekeringen van de verzekerden waarop artikel 24 Zvw van toepassing is (gedetineerden en TBS'ers) 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 een relatief lagere opbrengst aan eigen betalingen onder het verplicht eigen risico innen, dan zorgverzekeraars met een oude, ongezonere populatie. Op het moment dat hiermee in de risicoverevening geen rekening zou worden gehouden, treedt verstoring van het gelijke speelveld op. Bij zorgverzekeraars met een jonge, gezonde populatie wordt in dat geval een gemiddeld te hoge opbrengst aan verplicht eigen risico in mindering gebracht op het normatieve bedrag ten behoeve van de zorgverzekeraar. Bij zorgverzekeraars met een oude, ongezonere populatie geldt het omgekeerde; er wordt een te lage opbrengst in mindering gebracht op het normatieve bedrag ten behoeve van de zorgverzekeraar.

Deze overweging heeft geleid tot differentiëring in de normering van de bedragen die zorgverzekeraars van hun verzekerden ontvangen in het kader van het verplicht eigen risico. De normering is samengesteld uit een tweetal bedragen: opbrengsten verplicht eigen risico voor verzekerden van achttien jaar of ouder zonder en met chronische aandoeningen.

Voor de verzekerden zonder een chronische aandoening is een normatief model toepassing. Voor de bepaling van de omvang van deze opbrengst verplicht eigen risico gaat het CVZ voor verzekerden, die vallen in de klasse 'Geen FKG' en vallen in de klasse 'DKG 0' en vallen in de klasse 'Geen MHK' uit van verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, aard van het inkomen, en regio en de in bijlage 4 genoemde gewichten. Hierbij wordt de in bijlage 4 aangegeven klasse-indeling van de criteria aangehouden.

Voor de verzekerden met een chronische aandoening, ingedeeld in een van de 24 FKG's, 15 DKG's of 6 MHK-classes, wordt uitgegaan van een forfaitaire eigen betaling van € 313,51. Dit is het gemiddelde bedrag aan eigen betalingen voor deze totale groep verzekerden.

In 2013 is de normering van eigen betalingen onder het verplicht eigen risico aangepast. Enerzijds wordt voor verzekerden met chronische aandoeningen niet meer uitgegaan van de maximale eigen



betaling onder het verplicht eigen risico (voor 2013 zal dit een bedrag van € 350 zijn), maar van de gemiddelde eigen betaling. Anderzijds is de definitie van deze groep verzekerden, waarop het normatieve model niet van toepassing is, aangepast. In 2012 werden alleen verzekerden met een FKG (niet ingedeeld in de FKG 'Geen FKG') uitgesloten van het normatief model eigen risico. In 2013 geldt dit voor verzekerden ingedeeld in een FKG, DKG of MHK. Door de aanpassingen verbetert de normering van het normatief model verplicht eigen risico, omdat beter rekening wordt gehouden met de eigen betalingen van chronische zieken.

Artikel 9

Door bijvoorbeeld geboorte, overlijden, emigratie of immigratie kan het voorkomen dat een verzekerde slechts een gedeelte van het jaar een zorgverzekering had. Om te voorkomen dat de zorgverzekeraars ook een vereveningsbijdrage ontvangt over het gedeelte van het jaar dat de betreffende persoon niet ingeschreven stond, wordt deze bijdrage gerelateerd aan de verzekerde periode (eerste lid).

Hoewel het aantal dubbel verzekerden sinds de inwerkingtreding van de 'Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' (Stb. 2011, 111) naar verwachting veel kleiner is dan in de voorgaande jaren¹, wordt in het tweede lid vooralsnog de regel gehandhaafd dat een zorgverzekeraar voor een verzekerde die in een periode bij meerdere zorgverzekeraars was ingeschreven, over die periode een vereveningsbijdrage krijgt die gedeeld wordt door het aantal zorgverzekeraars waarbij de verzekerde in die periode was ingeschreven.

Dit geschiedt om te voorkomen dat zorgverzekeraars onbedoeld voordeel ontleen aan dubbele inschrijvingen. Deze regel 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 zorgverzekeraars kan aanspreken om de schade naar evenredigheid te dragen.

Overigens weet het CVZ op basis van het tweede lid van artikel 35 Zvw bij welke zorgverzekeraar(s) een verzekerde gedurende welke periode is ingeschreven. Hierbij is het CVZ op basis van het derde lid van artikel 35 Zvw gehouden betrokken zorgverzekeraars terstond te informeren op het moment dat geconstateerd wordt dat een verzekerde bij twee of meer zorgverzekeraars verzekerd is. Deze informatie biedt de zorgverzekeraar een handvat om de situatie van dubbele verzekering op te heffen. Ten slotte wordt opgemerkt dat het eerste en tweede lid ook tegelijkertijd van toepassing kunnen zijn (één van de zorgverzekeringen van een dubbel verzekerde eindigt gedurende een vereveningsjaar), zij het dat ook hier de werking van de 'Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' dit onwaarschijnlijk maakt. Indien dit toch voorkomt, ontvangt de zorgverzekeraar waarbij de verzekerde slechts een gedeelte van het jaar dubbel ingeschreven stond, voor die verzekerde een vereveningsbijdrage die vermenigvuldigd wordt met het aantal verzekerde dagen gedeeld door – voor het jaar 2013 – 365, waarna de uitkomst hiervan nog eens – wegens de dubbele verzekering in die periode – gedeeld wordt door 2. De zorgverzekeraar waarbij de verzekerde gedurende het gehele jaar ingeschreven stond, ontvangt over de dubbel verzekerde periode een bijdrage gedeeld door twee, en over de rest van het jaar de 'volle' bijdrage.

Artikel 10

In de bijlagen 1 en 2 zijn de klassen en gewichten van de vereveningscriteria aangegeven die het CVZ bij de ex ante berekening van de deelbedragen variabele kosten van medisch-specialistische zorg, kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en kosten van overige prestaties dient te gebruiken.

Op grond van artikel 3.11, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering herberekent het CVZ ten behoeve van de ex post herberekening van de deelbedragen, de gewichten. Dit dient te gebeuren met inachtneming van bij ministeriële regeling gestelde regels. Die regels zijn te vinden in de artikelen 10 en 11 van deze regeling. Artikel 10, eerste lid, bepaalt dat het CVZ ten behoeve van de herberekening van de gewichten die van belang zijn voor het bepalen van de deelbedragen voor de somatische zorg (met uitzondering van de vaste zorgkosten, waarvoor geen criteria met klassen en gewichten gelden) dient uit te gaan van de verhouding tussen de gewichten uit bijlage 1. Voor de herberekening van de gewichten die van belang zijn voor het bepalen van het deelbedrag voor de kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder dient het CVZ uit te gaan van de verhouding tussen de gewichten uit bijlage 3. Anders dan in bijlage 2, is in de in bijlage 3 opgenomen gewichten (die dus vervolgens weer door het CVZ dienen te worden herberekend) rekening gehouden met de financiële gevolgen van de toepassing van specifieke hoge kostencompensatie (geregeld in artikel 17 van deze Regeling). Voor de herberekening van de gewichten die van belang zijn voor het bepalen van het

¹ Deze wet geeft de zorgverzekeraar de bevoegdheid iemand die reeds elders een zorgverzekering heeft voor inschrijving voor een nieuwe zorgverzekering te weigeren, en zorgt er daarnaast voor dat zorgverzekeringen van mensen die op de datum van inwerkingtreding van de relevante bepalingen van die wet meer dan één zorgverzekering hadden, eindigen, op één na.



deelbedrag voor geneeskundige ggz voor verzekerden jonger dan achttien jaar dient wèl uitgegaan te worden van de verhouding tussen de gewichten die voor de ex ante verdeling zijn gebruikt (bijlage 2), aangezien voor de kosten van deze groep geen hoge kostencompensatie wordt toegepast.

Artikel 11

In artikel 3.11, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering is geregeld dat het CVZ na het vereveningsjaar de gerealiseerde kosten per cluster van prestaties berekent² en het vierde lid van dit artikel staat dat het CVZ de ex ante geraamde kosten per cluster van prestaties corrigeert voor het werkelijke aantal verzekerden en hun werkelijke verzekerdenmerken in het vereveningsjaar. Vervolgens stelt het CVZ, uitgaande van deze kosten en het gerealiseerde aantal verzekerden per klasse van ieder vereveningscriterium, nieuwe gewichten vast (artikel 3.11, vijfde lid, Besluit zorgverzekering). Met behulp van deze nieuwe gewichten en van de werkelijke verzekerdenaantallen en de werkelijke verzekerdenmerken per verzekeraar berekent het CVZ dan weer voor iedere zorgverzekeraar en ieder cluster van prestaties een 'tussendeelbedrag'. Vóór het afschaffen van de macronacalculatie zouden dit het deelbedragen zijn geweest waarop vervolgens voor zover van toepassing de nacalculatie, de hoge kostencompensatie en de bandbreedteregeling zouden zijn toegepast. Maar nu de macronacalculatie met ingang van het vereveningsjaar 2012 is afgeschaft, wordt dit 'tussendeelbedrag' eerst nog omgerekend naar een 'herberekend deelbedrag' (art. 3.12, tweede en derde lid, Besluit zorgverzekering), zodanig dat kostenoverschrijdingen die niet het gevolg zijn van verschillen tussen geraamde en werkelijk gerealiseerde aantallen verzekerden of verzekerdenmerken, voor rekening van de zorgverzekeraars blijven. Hierbij voorziet artikel 3.12, tweede lid, van het Besluit in flankerend beleid om te voorkomen dat verzekeraars met een relatief slechte risicoportefeuille hierdoor benadeeld worden.

In de artikelen 12 tot en met 15, en 18 van deze Regeling wordt bepaald aan welke clusters van prestaties bepaalde kostensoorten dienen te worden toegerekend. Pas nadat dat gebeurd is, kan het CVZ de gerealiseerde kosten bepalen. Het eerste lid expliciteert dit nog eens voor die clusters van prestaties, waarvoor vereveningscriteria gelden en derhalve de gewichten dienen te worden herberekend. Dat wil zeggen voor alle clusters met uitzondering van het cluster 'vaste zorgkosten'.

Het tweede en derde lid bepalen aan de hand van welke gegevens het CVZ de gewichten herberekent. Ten eerste zijn dit de over het vereveningsjaar gerealiseerde kosten per cluster van prestaties. Daarnaast zijn dit de gerealiseerde aantallen verzekerden per iedere klasse van ieder relevant vereveningscriterium. In het derde lid is wat dit betreft per criterium aangegeven uit welk jaar de gegevens betrokken dienen te worden. Ten slotte dient natuurlijk de verhouding tussen de gewichten van de in artikel 10 genoemde bijlagen in aanmerking te worden genomen.

Het derde lid geeft aan dat bij de herberekening van de gewichten, het CVZ voor de criteria uitgaat van realisatiecijfers uit het jaar 2013 wat betreft de criteria leeftijd en geslacht, aard van het inkomen, SES, éénpersoonsadres, regio, ggz-regio en leeftijd onder achttien jaar. Voor de criteria FKG's, FKG's psychische aandoeningen, DKG's, kosten geneeskundige ggz boven de lage drempel en kosten geneeskundige ggz boven de hoge drempel wordt gekeken naar realisatiecijfers over 2012, waarbij de laatste twee criteria gecorrigeerd zijn voor gerealiseerde opbrengstresultaten. Voor het criterium meerjarig hoge kosten gaat het CVZ uit van realisatiecijfers over de jaren 2010, 2011 en 2012 gecorrigeerd voor gerealiseerde opbrengstresultaten. Bij de (ex ante) toekenning zijn deze realisaties nog niet bekend, en gaat het CVZ uit van ramingen met betrekking tot aantallen verzekerden per zorgverzekeraar, onderverdeeld naar de verschillende criteria. Dit sluit aan bij het concept achter FKG's en DKG's dat voorspelbare vervolgstkosten dienen te worden gecompenseerd.

Voor het criterium DKG's is sprake van een referentiegroep, waarin verzekerden zijn ingedeeld als hun zorgverzekeraars niet in aanmerking komen voor een vergoeding op basis van dat criterium. Het CVZ krijgt in het vierde lid de opdracht om in afwijking van het tweede en derde lid het gewicht van deze groep zodanig vast te stellen, dat het totaal van de toe- en afslagen voor het criterium DKG – bezien over alle verzekerden en rekening houdend met de gerealiseerde verzekerdenaantallen per klasse – op nul uitkomt. Achtergrond hierbij is dat vanaf 2013 de DKG's gebaseerd zijn op zowel klinische als niet-klinische behandelingen. Bovendien is de vormgeving aangepast omdat deze door de invoering van prestatiebekostiging in 2012 gebaseerd moet worden op de informatie van dbc-zorgproducten. De vormgeving is vastgesteld op basis van 'gesimuleerde' DOT-productstructuur, waarbij enige onzekerheid bestaat over de mate waarin deze overeenkomt met de werkelijkheid. Hierdoor is niet te toetsen in hoeverre de ex ante verzekerdenraming (op basis van dbc's 2009) representatief is voor de uiteindelijke verzekerdenbepaling (dbc-zorgproducten 2012).

² Tot de gerealiseerde kosten behoren overigens niet kosten waarvoor een bijdrage als bedoeld in artikel 3.23 van het Besluit zorgverzekeringen (catastrofes) is verstrekt (zie art. 3.11, derde lid, van het Besluit).



Ook voor het criterium MHK is sprake van een referentiegroep, waarin verzekerden zijn ingedeeld als zij niet in aanmerking komen voor een vergoeding op basis van dat criterium. Het CVZ krijgt in het vijfde lid de opdracht om in afwijking van het tweede en derde lid het gewicht van deze groep zodanig vast te stellen, dat het totaal van de toe- en afslagen voor het criterium MHK – bezien over alle verzekerden en rekening houdend met de gerealiseerde verzekerdenaantallen per klasse – op nul uitkomt. Achtergrond hiervan is dat 2013 pas het tweede jaar is waarvoor een ex ante raming is gemaakt van de verzekerdenaantallen van het criterium MHK. Er kan momenteel nog niet worden beschikt over een historische reeks, waardoor niet is te toetsen in hoeverre de ex ante verzekerdenraming (op basis van kosten 2008–2010) representatief is voor de uiteindelijke verzekerdenbepaling (op basis van kosten 2010–2012). Het is mogelijk dat er een ontwikkeling is in de prevalentie van het criterium MHK bijvoorbeeld door wijzigingen in bekostiging van dure geneesmiddelen en/of ziekenhuizen in de tussenliggende jaren. Dat maakt het ramen van de verdeling van verzekerdenkenmerken lastiger.

Daarnaast dient het CVZ de gewichten die horen bij de klasse 'Geen Kosten van geneeskundige ggz boven de lage drempel' van het criterium kosten van geneeskundig ggz boven de lage drempel en bij de klasse 'Geen Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel' van het criterium kosten van geneeskundige ggz boven de hoge drempel op een van het tweede en derde lid afwijkende wijze vast te stellen. In het zesde lid wordt bepaald dat het CVZ deze gewichten zodanig vaststelt dat macro gezien de toe- en afslagen voor elk criterium – rekening houdend met de gerealiseerde verzekerdenaantallen per klasse – op nul uitkomt.

Artikel 12

In dit artikel is aangegeven hoe kosten van prestaties van grensoverschrijdende zorg in het risico-vereveningssysteem moeten worden verwerkt. Deze kosten worden of vergoed via de zorgverzekeraars (lid 1) of via het CVZ (lid 2).

Declaraties die bij de zorgverzekeraars worden ingediend zijn meestal zodanig gespecificeerd dat daaruit blijkt dat het gaat om kosten voor medisch-specialistische zorg, al dan niet inclusief verblijf (onderdeel a) of voor psychische zorg, al dan niet inclusief verblijf (onderdeel b). Het CVZ deelt deze kosten toe aan kosten van de betreffende clusters van prestaties. Voor de kosten van onderdeel a doet het CVZ dit aan de hand van een in het onderdeel vastgelegde verdeelsleutel. Voor de kosten van onderdeel b blijkt uit de specificatie of het gaat om verzekerden jonger dan achttien jaar of verzekerden van achttien jaar en ouder. Is er wel een specificatie maar blijkt daaruit niet dat de kosten gemaakt zijn voor de eerder genoemde medisch-specialistische zorg of psychische zorg, dan gaat het om kosten van overige medische zorg, en die worden volledig aangemerkt als kosten van overige prestaties (onderdeel c).

De verdeelsleutel voor de toedeling onder onderdeel a is gebaseerd op cijfers uit het macro-prestatiebedrag 2013 en afgerond op 5 procentpunt.

De verdeelsleutel die in het tweede lid wordt gehanteerd heeft betrekking op de kosten voor prestaties van grensoverschrijdende zorg die door verzekerden zijn gemaakt met toepassing van internationale regelingen inzake sociale zekerheid, zoals een bepaling van de Verordening (EG) nr. 883/2004 inzake sociale zekerheid dan wel bilaterale verdragen of multilaterale verdragen, zoals het Verdrag betreffende de sociale zekerheid van Rijnvaardenden. Hieronder vallen de kosten van zorg die slechts vergoed wordt 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 worden vergoed via het CVZ op kasbasis naar het werkelijke bedrag 2013 en zijn meestal niet gespecificeerd. De toedeling van de verschillende kosten van prestaties gebeurt per 2013 op basis van feitelijke declaratiegegevens van het CVZ.

Op basis van eerdere schadecijfers over 2011 (inclusief balanspost) blijkt dat, afgerond op 5%-punt, de zogenaamde kosten buitenland voor 85 procent onder de kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, voor 0 procent onder de kosten van geneeskundige ggz en voor 15 procent onder kosten van overige prestaties vallen. Geconstateerd kan worden dat de 'werkelijke' kosten buitenland via zorgverzekeraars relatief meer kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp omvat en minder kosten van geneeskundige ggz en kosten van overige prestaties dan het macro-prestatiebedrag. Daarom wordt de kosten buitenland gebruikt voor de verdeling en niet het macro-prestatiebedrag. Daarmee sluit de verdeling beter aan bij de feitelijke situatie. Vervolgens moeten de kosten van ziekenhuiskosten en specialistische hulp (85 procent) worden verdeeld over de onderliggende clusters van deelbedragen. Dit gebeurt wél op basis van het macro-prestatiebedrag 2013, aangezien daarvoor geen gebruik gemaakt kan worden van werkelijke declaratiegegevens. De uiteindelijke verdeling is als volgt: voor 75 procentpunt worden de kosten buitenland als kosten van het cluster van 'variabele kosten medisch-specialistische zorg' beschouwd, voor 10 procentpunt als kosten van het cluster van 'vaste zorgkosten' en voor 15 procentpunt als kosten van het cluster van 'overige prestaties'.



Artikel 13

Binnen het Zvw-stelsel nemen verzekerden in een aantal situaties een deel van de zorgkosten voor eigen rekening. Deze eigen betalingen worden niet betrokken bij de risicoverevening. Een uitzondering wordt in het eerste lid echter gemaakt voor de eigen betalingen van verzekerden in geval van een verplicht of vrijwillig eigen risico. In de risicoverevening moeten deze kosten wel betrokken worden in de vaststelling van de gewichten voor de clusters 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg', 'overige prestaties' en 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg'. Op deze wijze wordt initieel bij de herberekening van de vaststelling van het normatief bedrag ten behoeve van de zorgverzekeraar rekening gehouden met de zorgkosten, exclusief de eigen betalingen voor zover deze niet het gevolg zijn van het verplicht of vrijwillig eigen risico. Omdat niet exact te bepalen is voor welke kostensoorten een verzekerde nu daadwerkelijk eigen betalingen heeft gedaan onder het eigen risico wordt het normatief bedrag voor eigen betalingen in mindering gebracht op het totaal van de normatieve bedragen van de drie hierboven genoemde clusters. Dit resulteert – na aftrek van de nominale rekenpremie – in de vereveningsbijdrage. 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. Bij een vrijwillig eigen risico krijgt de verzekerde een premiereductie. Deze inkomstenderving voor de zorgverzekeraar wordt gecompenseerd doordat de betalingen uit hoofde van het vrijwillig eigen risico bij de zorgkosten worden meegerekend; voor de bepaling van de vereveningsbijdrage hoeft er dan ook geen normatief bedrag in mindering te worden gebracht.

De renteheffingstarieven, dit zijn de tarieven die zorginstellingen 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-zorgproducten, worden, om de prikkel tot bevoorschotting te maximaleren, buiten de risicoverevening gehouden. Dit is in het tweede lid geregeld.

Artikel 14

De basis voor de toedeling van de kosten van instellingen voor medisch- specialistische zorg naar de diverse deelbedragen, zoals deze wordt weergegeven in dit artikel en in artikel 15, is gelegen in de artikelen 3.14 en 3.15 van het Besluit zorgverzekering. In dit artikel vindt de toedeling plaats van deze kosten naar het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg'.

Dbc-tarieven zijn opgebouwd uit een kosten- en een honorariumcomponent. Met de kostencomponent worden de kosten voor de instelling bedoeld. De toedeling van de kostencomponent van de onderhandelbare, gemaximeerde dbc-tarieven behorend bij het zogenoemde gereguleerde segment naar enerzijds het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' en anderzijds het cluster 'vaste zorgkosten', is gebaseerd op in deze regeling opgenomen percentages. In het verleden werd de toedeling naar variabele en vaste kosten voor een groot deel van de ziekenhuizen gebaseerd op de budgetsystematiek van die ziekenhuizen. Met ingang van 2012 hebben de meeste soorten instellingen geen budgetten meer, zodat de toedeling daar ook niet langer op gebaseerd kan worden. De budgetsystematiek wordt gewijzigd in een systematiek van vaste percentages per tariefsoort. Deze systematiek vormt ook de basis voor de toedeling van kosten naar variabele kosten van medisch-specialistische zorg en geldt voor alle instellingen voor medisch-specialistische zorg die dbc-zorgproducten declareren, voor zover ze geen budgetsystematiek meer hebben in 2013. Daartoe behoren ook de long/astmaklinieken en epilepsiecentra, die per 2013 overgaan op prestatiebekostiging.

Met de honorariumcomponent van de tarieven worden de kosten voor specialisten bedoeld. De splitsing in kosten- en honorariumcomponent is uitsluitend van belang voor de dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment. De toedeling van de kostencomponent van deze kosten wordt in het tweede lid geregeld, de toedeling van de honorariumcomponent in het derde lid.

Bij zowel het eerste, het tweede en het derde lid geldt een uitzondering voor de expertproducten. Zowel bij de dbc-zorgproducten in het vrije segment als in het gereguleerde segment bestaan er binnen deze producten een aantal zogenoemde expertproducten. De kosten voor deze laatste producten worden, voor zowel de kosten- als honorariumcomponent, toegedeeld aan het cluster 'vaste zorgkosten' (artikel 15, derde lid).

Hiernaast is ook bij de instellingen die in hoofdzaak worden gefinancierd op basis van dbc-zorgproducten nog sprake van aanvullende financiering in de vorm van overige zorgproducten. Onder deze overige zorgproducten vallen een vijftal producten, te weten 'add-ons', 'overige trajecten', 'overige verrichtingen' (waaronder de huidige tarieven als 'verkeerde bedden', 'gezonde moeders' en 'gezonde zuigelingen'), 'ondersteunende producten' en 'overige producten' (bijvoorbeeld voor eerstelijns zorg). (De begrippen 'add-on' en 'overig zorgproduct' worden in artikel 1 van deze Regeling



gedefinieerd; voor een omschrijving van de 'overige trajecten', 'overige verrichtingen' en 'ondersteunende producten' wordt verwezen naar de Regeling medisch-specialistische zorg van de zorgautoriteit (Stcrt. 12 april 2012, nr. 6905). Sinds 2012 worden zowel de kosten- als de honorariumcomponent van de overige trajecten, de overige verrichtingen, de ondersteunende producten en de overige zorgproducten voor 100 procent toegedeeld aan het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg'. Dit geldt per 2013 ook voor de kosten van overige zorgproducten die betrekking hebben op hemostatica en voor de kosten van de add-ons voor groeihormonen en de add-ons voor intensive care. Een uitzondering op de regel dat de kosten van overige producten aan het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' worden toegedeeld, vormen de kosten van de add-ons voor dure en weesgeneesmiddelen niet zijnde add-ons voor groeihormonen, die aan het cluster 'vaste zorgkosten' (artikel 15) worden toegedeeld en de kosten voor eerstelijnsdiagnostiek die aan het cluster 'overige prestaties' (artikel 18) worden toegedeeld (vierde lid).

Een zorgverzekeraar kan zelf beslissen of hij de zorgprestaties die vallen onder de beleidsregel van de zorgautoriteit 'Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch-specialistische zorg' inkoop en bij welke zorgaanbieder.

Het is de bedoeling dat dit leidt tot zorg die wordt geleverd in de beste 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 het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' (vijfde lid).

De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) biedt mogelijkheden voor experimenten waarbij ook voor dbc-zorgproducten die niet behoren tot het zogenoemde vrije segment toch sprake kan zijn van vrije prijsvorming. Een voorbeeld hiervan was het experiment in de Sint Maartenskliniek. Het zesde lid geeft, samen met het vijfde en zesde lid van artikel 15, aan dat de vast/variabel-verhouding, die voor de kosten van deze experimenten geldt, door het CVZ wordt vastgesteld.

De trombosediensten, de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION) en de Nederlandse Transplantatiestichting (NTS) zullen in 2013 nog niet zijn overgegaan op financiering op basis van dbc-zorgproducten. Daarom moet worden bepaald hoe de kosten van hun prestaties worden gesplitst in een vast- en een variabel deel: voor 75 procent worden deze kosten aan het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' toegedeeld (zevende lid).

Wat betreft de splitsing van de kosten voor prestaties van grensoverschrijdende zorg van buitenlandse instellingen, geldt hetgeen is toegelicht bij artikel 12.

Artikel 15

Het eerste lid regelt dat de kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' worden herberekend op basis van de vaste kosten in 2012. De tarieven van dbc's behorend tot het vrije segment spelen bij de bepaling van de vaste zorgkosten geen rol.

Het tweede lid gaat in op de toedeling van kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' waarbij het percentage van de kosten dat aan het cluster 'vaste zorgkosten' wordt toegedeeld, gelijk is aan 100 procent minus het percentage van de kosten dat aan het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' wordt toegedeeld in het corresponderende tweede lid van artikel 14. De kosten van expertproducten worden voor 100 procent toegedeeld aan het cluster 'vaste zorgkosten' (derde lid). Dit geldt ook voor de kosten voor de add-ons voor dure en weesgeneesmiddelen, de kosten voor de add-ons voor de per 2012 vanuit het farmaciekader overgeheveldde TNF alfa-remmers en voor de kosten voor de per 2013 over te hevelen oncolytics. Een uitzondering hierop vormen de kosten voor de add-ons voor groeihormonen die aan het cluster 'variabele zorgkosten van medisch-specialistische zorg' worden toegedeeld (artikel 14, vierde lid).

Het vijfde en zesde lid gaan in op de toedeling van kosten van prestaties, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg. Het percentage van de kosten hiervan dat aan het cluster 'vaste zorgkosten' wordt toegedeeld, is gelijk aan 100 procent minus het percentage van deze kosten dat aan het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' wordt toegedeeld in het corresponderende zesde lid van artikel 14.

De kosten voor geriatrische revalidatiezorg worden per 2013 niet meer verzekerd onder de AWBZ maar worden overgeheveld naar de Zvw. Omdat zorgverzekeraars zullen moeten groeien in hun rol van inkoper van deze voor hen nieuwe soort zorg en er nog onvoldoende betrouwbare onderzoeksgegevens beschikbaar zijn voor de risicoverevening, is besloten om zorgverzekeraars in 2013 geen risico te laten lopen over deze kosten. Er vindt 100 procent nacalculatie plaats: de kosten voor geriatrische revalidatiezorg worden daarom toegedeeld aan het cluster 'vaste zorgkosten' (zevende lid).

De zorgautoriteit voert met ingang van 2013 een nieuwe bekostigingssystematiek in voor geriatrische



revalidatiezorg: er wordt gedeclareerd in dbc's. Om de risico's voor bestaande zorgaanbieders af te dekken wordt voor hen een transitie-systeem gehanteerd, waarin wordt afgerekend op oude parameters (zorgzwaartepakketten (zzp's) en extramurale producten). Als er verschillen ontstaan tussen de omzet gebaseerd op dbc's en de omzet gebaseerd op de oude parameters moeten deze worden verrekend. Daartoe stelt de zorgautoriteit per bestaande zorgaanbieder met betrekking tot de afrekening van het jaar 2013 per instelling ambtshalve een verrekenbedrag vast. Dit bedrag is het positieve of negatieve verschil tussen het totale bedrag dat een bestaande zorgaanbieder in 2013 op basis van het nieuwe bekostigingssysteem, rechtsgeldig in rekening heeft gebracht of zou hebben kunnen brengen (dbc's), ten opzichte van het bedrag dat die aanbieder in 2013 rechtsgeldig in rekening had kunnen brengen als het bekostigingssysteem voor AWBZ-zorg nog van toepassing was geweest (zzp's en extramurale producten). Indien de zorgautoriteit voor een zorgaanbieder een positief verrekenbedrag vaststelt, stelt zij een sluittarief per relevante zorgverzekeraar vast naar rato van het aandeel van de desbetreffende zorgverzekeraar in de omzet van die aanbieder. Indien de zorgautoriteit voor een zorgaanbieder een negatief verrekenbedrag vaststelt, stelt zij een vereffeningbedrag per relevante zorgverzekeraar vast naar rato van het aandeel van de desbetreffende zorgverzekeraar in de omzet van die aanbieder. In het achtste lid wordt geregeld hoe deze bedragen in de risicoverevening worden verwerkt; zij worden voor 100 procent toegeedeeld aan de kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.

De trombosediensdiensten, de SKION en de NTS zullen in 2013 nog niet zijn overgegaan op financiering op basis van dbc-zorgproducten. Daarom moet worden bepaald hoe de kosten van hun prestaties worden gesplitst in een vast- en een variabel deel. Dit wordt in het negende lid aangegeven; voor 25 procent worden deze kosten aan het cluster 'vaste zorgkosten' toegeedeeld.

Het corresponderende zevende lid van artikel 14 bepaalt dat deze kosten voor 75 procent aan de kosten van het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' worden toegeedeeld.

Het tiende lid bepaalt dat de kosten voor Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) voor 100 procent als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' worden aangeduid. De middelen voor de SKMS waren oorspronkelijk, in 2008, onderdeel van het met de medisch specialisten afgesproken uurtarief en behoren daarmee tot de kosten die ten laste van de Zvw komen. Omdat de afdracht van alle medisch specialisten aan de SKMS administratief onuitvoerbaar bleek, hebben zorgverzekeraars vanaf 2009 deze middelen rechtstreeks betaald aan de SKMS en op deze wijze voorgefinancierd. In dit artikel wordt opgenomen dat deze kosten als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' mee worden genomen in de risicoverevening.

Het CVZ past op het deelbedrag vaste zorgkosten 100 procent nacalculatie toe (elfde lid). Hiermee lopen zorgverzekeraars in het geheel geen risico over kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'. Deze kosten zijn niet of nauwelijks beïnvloedbaar voor een zorgverzekeraar. De basis voor deze nacalculatie is te vinden in artikel 3.15, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering.

Artikel 16

Het verschil tussen de gerealiseerde kosten voor geneeskundige ggz van verzekerden jonger dan achttien jaar en de normatieve bijdrage voor deze zorg wordt voor 2013 nagecalculeerd. Artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering biedt hier de mogelijkheid voor.

Het kabinet streeft naar een stelselherziening om de effectiviteit van de jeugdzorg te verbeteren. Eén van de onderdelen is de voorgenomen overheveling van de jeugd ggz naar de gemeenten. In het verleden hebben zorgverzekeraars geen financieel risico gelopen over de kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden jonger dan achttien jaar. De reden hiervoor was dat de kwaliteit van de data over het gebruik van geneeskundige ggz van verzekerden jonger dan achttien jaar nog achterbleef.

Daarnaast zorgt krapte in het aanbod van zorg voor deze groep verzekerden er voor, dat het voor zorgverzekeraars lastig was om doelmatige zorg in te kopen. Dit verhinderde een goede normeerbaarheid van deze zorg in de risicoverevening tot en met vereveningsjaar 2012. Inmiddels zijn er meer en betere gegevens beschikbaar gekomen. Maar vanwege de voorgenomen overheveling is besloten om ook voor 2013 een apart vereveningskenmerk te hanteren voor de ggz kosten van verzekerden jonger dan 18 jaar. Zorgverzekeraars worden ook in 2013 volledig nagecalculeerd voor deze kosten. Zij lopen op dit deelbedrag dus geen financieel risico.

Artikel 17

Alleen voor de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder wordt ter bepaling van het herberekende deelbedrag hoge kostencompensatie toegepast. Hierdoor wordt bij de vaststelling van de gewichten over- en ondercompensaties op bepaalde risicoklassen, die juist relatief vaak dan wel weinig bij hoge kostencompensatie worden ingebracht, tegengegaan.

De hoge kostencompensatie houdt in, dat 90 procent van de kosten van individuele verzekerden, voor zover deze kosten het bedrag van € 10 000 op jaarbasis te boven gaan, betrokken wordt bij herbereke-



ning van de deelbedragen kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder.

De feitelijke hoge kostencompensatie 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.

Artikel 18

De kosten voor eerstelijnsdiagnostiek (eerste lid) betreffen de kosten betaald aan instellingen voor medisch-specialistische zorg, zijnde zowel ziekenhuizen, eerstelijnsdiagnostische centra (huisartsenlaboratoria), productiesamenwerkingsverbanden als zelfstandige behandelcentra aangevraagd door zorgaanbieders in de eerste lijn, waaronder huisartsen. In bijlage 4 van beleidsregel BR/CU 2078 van de NZa betreft het de overige zorgproducten met toevoeging 'OZP Eerstelijns Diagnostiek' en 'OZP Eerstelijns Diagnostiek – Med. specialist. behand. en diagn.'. Voor de huisartsenlaboratoria betreft het dezelfde codes. Daarnaast valt ook het ordertarief (code 190255) hieronder.

In het tweede lid wordt ingegaan op de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' van de zorgautoriteit. Deze beleidsregel geeft zorgverzekeraars en zorgaanbieders de mogelijkheid om kleinschalig met nieuwe of vernieuwde zorgprestaties ervaring op te doen. 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 de innovatie beperkt is tot een specifieke zorgprestatie, waarbij zorgaanbieders en zorgverzekeraars alleen op regionaal of lokaal niveau zijn betrokken. Verder moet de innovatie zijn gericht op nieuwe of vernieuwende zorgverlening met een betere prijs-kwaliteitverhouding of op een efficiëntere organisatie van de zorg. Voor zover 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 vallen onder de beleidsregel 'Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen' van de zorgautoriteit. Hieronder vallen de zogenaamde keten-dbc's hartfalen, COPD, diabetes en cardiovasculair risicomanagement (functionele bekostiging). Keten-dbc's betreffen zorg die zowel in de eerste als tweede lijn kan worden geleverd. Voor deze zorg worden door de zorgautoriteit aparte prestaties gedefinieerd. De prijs van deze dbc's is vrij onderhandelbaar.

Artikel 19

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 macrodeelbedragen 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg', en 'kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder'. De bandbreedte bestaat uit de in dit artikel aangegeven bedragen (van € 25 respectievelijk € 7,50) boven en onder een middelpunt dat in artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering wordt aangeduid als 'het gemiddelde marktresultaat van de zorgverzekeraars' voor de desbetreffende cluster van prestaties. Indien het uiteindelijke resultaat van een zorgverzekeraar op de som van de kosten van 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg', buiten een bandbreedte valt van plus of minus € 25 per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald, wordt 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 ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder geldt, na toepassing van ex post hoge kostencompensatie, een bandbreedte van plus of minus € 7,50 per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald. Buiten de genoemde bandbreedte geldt geen volledige compensatie, maar wordt 90 procent nagecalculeerd, om nog in enige mate een prikkel tot kostenbeheersing te handhaven.

Artikel 20

In dit artikel gaat het om de herberekening van het normatieve bedrag ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage. De berekeningswijze die hiervoor wordt gehanteerd, komt overeen met die genoemd in artikel 7 respectievelijk artikel 8. Alleen wordt nu gerekend met het gerealiseerde aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moest worden betaald bij de zorgverzekeraar, respectievelijk waarvoor het verplicht eigen risico geldt. De berekende opbrengst van de nominale premie en het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op het in artikel 3.18 van het Besluit zorgverzekering bedoelde normatieve bedrag per zorgverzekeraar.



Artikel 21

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 2013 op € 50 per verzekerde jonger dan achttien jaar vastgesteld. Dit bedrag is bepaald op basis van historische gegevens over beheerskosten, waarbij is verdisconteerd dat verzekerden jonger dan 18 jaar gemiddeld lagere beheerskosten kennen dan andere verzekerden, omdat voor hen gemiddeld minder declaraties verwerkt hoeven worden. Jonge verzekerden zijn immers gemiddeld gezonder dan oudere verzekerden.

Artikel 22

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

Artikel 23

Dit artikel geeft aan welke wijzingen de Regeling risicoverevening zoals deze met betrekking tot het vereveningsjaar 2012 luidde ondergaat.

Onderdeel A

In artikel 16 wordt bepaald dat de kosten voor Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) voor 100 procent als kosten van het cluster 'vaste kosten van ziekenhuisverpleging' in de risicoverevening worden meegenomen. De middelen voor de SKMS waren oorspronkelijk, in 2008, onderdeel van het met de medisch specialisten afgesproken uurtarief en behoren daarmee tot de kosten die ten laste van de Zvw komen. Omdat de afdracht van alle medisch specialisten aan de SKMS administratief onuitvoerbaar bleek, hebben zorgverzekeraars vanaf 2009 deze middelen rechtstreeks betaald aan de SKMS en op deze wijze voorgefinancierd.

Onderdeel B

In artikel 3.17, tweede lid, Rrv 2012, wordt ten onrechte naar een deelbedrag als bedoeld in artikel 3.11, derde lid, van het Besluit zorgverzekering verwezen. Dit moet een verwijzing naar artikel 3.12, derde lid, van dat Besluit zijn. Voorliggend onderdeel herstelt deze verwijfsfout.

Artikel 24

Dit artikel bevat een kleine wijziging in de regels die gelden voor de vaststelling van de risicovereveningsbijdragen over de jaren 2010 en 2011. Krachtens de geldende regelgeving rekende het CVZ in het buitenland gemaakte kosten voor geneeskundige zorg die gericht was op herstel van een psychische aandoening en eventueel daarmee gepaard gaande kosten van verblijf voor 20 procent toe aan het cluster 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van jonger dan achttien jaar' en voor 80 procent aan het cluster 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder'. Naar is gebleken was het niet wenselijk om deze onderverdeling te hanteren.

Artikel 25

Aangezien deze regeling de regels bevat met betrekking tot de aan de zorgverzekeraars te verstrekken risicovereveningsbijdragen over het jaar 2013, krijgt zij de citeertitel 'Regeling risicoverevening 2013' (af te korten als Rrv 2013).

Artikel 26

Voorliggende regeling kan slechts in werking treden nadat het Besluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met actualisatie van de regels over de risicoverevening (waarop zij gedeeltelijk is gebaseerd) in werking is getreden. Gezien het voorgaande is besloten eerst een concept van de Rrv 2013 te publiceren. De formele versie van de Rrv 2013 zal in werking treden met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst – dit zal gezien het voorgaande niet voor de dag zijn waarop, eerdergenoemde wijziging van het Besluit zorgverzekering in het Staatsblad zal zijn gepubliceerd – en werkt terug tot en met 30 september 2012. Dit is in het eerste lid geregeld.



Het tweede lid zorgt ervoor dat de wijziging in de risicovereveningsregels die met betrekking tot het vereveningsjaar 2012 gelden (zie artikel 23), met terugwerkende kracht tot en met 1 januari van dat jaar gaan gelden, en het derde lid zorgt ervoor dat de in artikel 24 geregelde wijziging in de risicovereveningsregels met betrekking tot het vereveningsjaar 2010 respectievelijk 2011 terugwerken tot en met 1 januari 2010 respectievelijk 1 januari 2011.

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