



Regeling van de Minister voor Medische Zorg van 4 december 2020, kenmerk 1790136-214958-WJZ, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering ter aanvulling van de regels voor de extra bijdrage voor zorgverzekeraars bij een catastrofe

De Minister voor Medische Zorg,

Gelet op artikel 33, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet;

Besluit:

ARTIKEL I

De Regeling zorgverzekering wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 6.6.1 wordt als volgt gewijzigd:

1. Onder verlettering van onderdeel d tot f worden twee onderdelen ingevoegd, luidende:

- d. *prestatiebeschrijving*: beschrijving van een prestatie als bedoeld in artikel 50, eerste lid, onderdeel d, van de Wet marktordening gezondheidszorg;
- e. *tarief*: tarief als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel k, van de Wet marktordening gezondheidszorg;.

B

Artikel 6.6.2 wordt als volgt gewijzigd:

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

- c. *de catastrofeschadelast*: de som van de verwachte kosten van de zorgverzekeraar ten gevolge van de catastrofe in het catastrofejaar en het daaropvolgende kalenderjaar, die het Zorginstituut op grond van het tweede en derde lid in aanmerking neemt.

2. Onder vernummering van het tweede tot en met vierde lid tot vierde tot en met zesde lid worden twee leden ingevoegd, luidende:

- 2. Het Zorginstituut neemt als verwachte kosten in aanmerking kosten ten gevolge van de betrokken catastrofe die zorgaanbieders overeenkomstig hetgeen bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg is geregeld met tarieven in rekening brengen met hantering van:
 - a. daartoe door het Zorginstituut aangewezen prestatiebeschrijvingen voor zorg of andere diensten die op grond van de zorgverzekeringen zijn verzekerd en rechtstreeks betrekking hebben op individuele verzekerden; of
 - b. een prestatiebeschrijving voor meerkosten in verband met de catastrofe en voor zover het kosten betreft anders dan bedoeld in onderdeel a, de zorgverzekeraar op de door het Zorginstituut aangegeven wijze aantoonde dat die kosten betrekking hebben op zorg of andere diensten die op grond van de zorgverzekeringen zijn verzekerd;
- 3. Het Zorginstituut neemt niet als verwachte kosten in aanmerking:
 - a. kosten waarvoor de zorgverzekeraar naar verwachting compensatie verkrijgt ten laste van de rijksbegroting, bedoeld in artikel 2.1 van de Comptabiliteitswet 2016, op grond van daartoe door dat instituut aangewezen regelingen;
 - b. kosten die zorgaanbieders met tarieven in rekening brengen met hantering van de prestatiebeschrijving "continuïteitsbijdrage" voor de onderdekking van doorlopende kosten.

3. Het vijfde lid (nieuw) wordt als volgt gewijzigd:



a. De zinsnede 'overeenkomstig door hem opgestelde beleidsregels' wordt vervangen door 'overeenkomstig de beleidsregels, bedoeld in artikel 33, vijfde lid, van de wet'.

b. De zinsnede 'op grond van het tweede lid' wordt vervangen door 'op grond van het vierde lid'.

c. Er wordt een zin toegevoegd, luidende:

Het Zorginstituut kent een extra bijdrage van nihil toe indien de zorgverzekeraar het verzoek om toekenning van de extra bijdrage na het einde van het tweede kalenderjaar volgend op het catastrofejaar heeft ingediend.

4. In het zesde lid (nieuw) wordt 'De toepassing van het derde lid' vervangen door 'De toepassing van het vijfde lid'.

C

Artikel 6.6.3 wordt als volgt gewijzigd.

1. In het eerste lid wordt 'de daarvoor door het Zorginstituut vastgestelde beleidsregels' vervangen door 'de door het Zorginstituut vastgestelde beleidsregels'.

2. Het tweede lid alsmede de aanduiding '1.' voor het eerste lid vervallen.

D

Artikel 6.6.4 komt te luiden:

Artikel 6.6.4

Een zorgverzekeraar aan wie het Zorginstituut een extra bijdrage heeft toegekend neemt in de afzonderlijke administratie, bedoeld in artikel 33, derde lid, van de wet op:

- a. de gerealiseerde kosten in het catastrofejaar en het daaropvolgende kalenderjaar ten gevolge van de catastrofe voor zorg of andere diensten die op grond van de zorgverzekeringen zijn verzekerd en rechtstreeks betrekking hebben op individuele verzekerden;
- b. de gerealiseerde kosten in het catastrofejaar en het daaropvolgende kalenderjaar anders dan bedoeld in onderdeel a, ten gevolge van de catastrofe voor op grond van de zorgverzekeringen verzekerde zorg of andere diensten die de zorgaanbieders met tarieven in rekening hebben gebracht met hantering van een prestatiebeschrijving voor meerkosten in verband met de catastrofe en de wijze waarop deze zijn bepaald;
- c. het deel van de gerealiseerde kosten, bedoeld in onderdeel a, dat voor rekening van verzekerden is gekomen op grond van het verplicht eigen risico;
- d. het deel van de gerealiseerde kosten, bedoeld in de onderdelen a en b, waarvoor de zorgverzekeraar compensatie heeft verkregen of zal verkrijgen ten laste van de rijksbegroting als bedoeld in artikel 2.1, eerste lid, van de Comptabiliteitswet 2016, op grond van de door het Zorginstituut daartoe aangewezen regelingen;
- e. de gerealiseerde kosten in het catastrofejaar en het daaropvolgende kalenderjaar die de zorgaanbieders met tarieven in rekening hebben gebracht met hantering van de prestatiebeschrijving 'continuïteitsbijdrage' voor de onderdekking van doorlopende kosten.

E

Artikel 6.6.5 wordt als volgt gewijzigd:

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

c. *de catastrofeschadelast*: de som van de gerealiseerde kosten van de zorgverzekeraar ten gevolge van de catastrofe in het catastrofejaar en het daaropvolgende kalenderjaar, die het Zorginstituut op grond van het tweede en derde lid in aanmerking neemt.

2. Onder vernummering van het tweede en derde lid tot vierde en vijfde lid, worden twee leden ingevoegd, luidende:

2. Het Zorginstituut neemt als gerealiseerde kosten in aanmerking kosten ten gevolge van de betrokken catastrofe die zorgaanbieders overeenkomstig hetgeen bij of krachtens de Wet marktordening gezondheidszorg is geregeld met tarieven in rekening brengen met hantering van:



- a. daartoe door het Zorginstituut aangewezen prestatiebeschrijvingen voor zorg of andere diensten die op grond van de zorgverzekeringen zijn verzekerd en rechtstreeks betrekking hebben op individuele verzekerden; of
 - b. een prestatiebeschrijving voor meerkosten in verband met de catastrofe en voor zover het kosten betreft anders dan bedoeld in onderdeel a, de zorgverzekeraar op de door het Zorginstituut aangegeven wijze aantoonde dat die kosten:
 - 1°. betrekking hebben op zorg of andere diensten die grond van de zorgverzekeringen zijn verzekerd, en
 - 2°. zijn gebaseerd op aan zorgaanbieders betaalde tarieven op grond van schriftelijke afspraken die mede gelet op de bijzondere omstandigheden van de catastrofe, leiden tot een plausibele bepaling van die meerkosten.
3. Het Zorginstituut neemt niet als gerealiseerde kosten in aanmerking:
- a. kosten, die voor rekening van verzekerden zijn gekomen op grond van het verplicht eigen risico;
 - b. kosten waarvoor een zorgverzekeraar compensatie heeft verkregen of zal verkrijgen ten laste van de rijksbegroting, bedoeld in artikel 2.1, eerste lid, van de Comptabiliteitswet 2016 op grond van daartoe door dat instituut aangewezen regelingen;
 - c. kosten die zorgaanbieders met tarieven in rekening hebben gebracht met hantering van de prestatiebeschrijving 'continuïteitsbijdrage' voor de onderdekking van doorlopende kosten.
3. Het vijfde lid (nieuw) komt te luiden:
5. Het Zorginstituut stelt overeenkomstig de door hem opgestelde beleidsregels de extra bijdrage lager vast dan op grond van het vierde lid, indien dat instituut ten aanzien van de zorgverzekeraar artikel 6.6.2, vijfde lid, heeft toegepast. Het Zorginstituut stelt de extra bijdrage op nihil vast indien de zorgverzekeraar het verzoek om toekenning van de extra bijdrage na het einde van het tweede kalenderjaar volgend op het catastrofejaar heeft ingediend.

ARTIKEL II

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 1 januari 2020.

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

*De Minister voor Medische Zorg,
T. van Ark*



TOELICHTING

I Algemeen

1. Inleiding

Deze regeling wijzigt hoofdstuk 6, paragraaf 6, van de Regeling zorgverzekering (hierna: Rzv). Die paragraaf bevat regels omtrent de extra bijdrage voor zorgverzekeraars voor de kosten van op grond van de zorgverzekeringen verzekerde zorg of andere diensten ten gevolge van een catastrofe als bedoeld in artikel 33, eerste lid, onderdeel a, van de Zorgverzekeringswet (hierna Zvw). De bovenbedoelde bijdrage wordt in het vervolg van deze toelichting aangeduid als de extra bijdrage.

De Wereldgezondheidsorganisatie (hierna: Wgo) heeft op 11 maart 2020 de infectieziekte COVID-19 uitgeroepen tot een pandemie. De infectieziekte COVID-19 geldt daarmee als catastrofe in de zin van artikel 33, eerste lid, onderdeel a, Zvw en het kalenderjaar 2020 als het catastrofejaar voor die catastrofe. Het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) kent op grond van dat artikel de zorgverzekeraar die daarom verzoekt – na het bereiken van de toepasselijke drempel – een extra bijdrage toe voor de kosten in 2020 en 2021 ten gevolge van de infectieziekte COVID-19.

Het Zorginstituut dient op grond van artikel 34, eerste lid, Zvw, uiterlijk op 1 april 2025, de toegekende extra bijdrage vast te stellen. De eisen voor de extra bijdrage op grond van artikel 33 Zvw in samenhang met besluiten van de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) in verband met de infectieziekte COVID-19 leiden tot wijzigingen. Die eisen en die besluiten maken aanvulling en verdere verduidelijking van de regels voor de extra bijdrage noodzakelijk voor een goede uitvoering van de regeling voor de extra bijdrage.

2. Eisen artikel 33 Zvw en besluiten van de NZa

Eisen artikel 33 Zvw

De extra bijdrage heeft op grond van artikel 33 Zvw alleen betrekking op de kosten voor de op grond van de zorgverzekeringen verzekerde zorg of andere diensten ten gevolge van de betrokken catastrofe, voor een zorgverzekeraar. Een zorgverzekering houdt op grond van artikel 1, onderdeel d, Zvw, een schadeverzekering in die voldoet aan het bepaalde bij of krachtens die wet, en waarvan de verzekerde prestaties het te verzekeren basispakket niet te boven gaan. De extra bijdrage ziet dus niet op kosten van andere ziektekostenverzekeringen dan de zorgverzekering.

Het Zorginstituut neemt bij de bepaling van de extra bijdrage alleen kosten ten gevolge van de betrokken catastrofe in aanmerking. Dit betekent in het geval van infectieziekte COVID-19 dat het gevolgen moeten zijn van die infectieziekte. De door het Zorginstituut in aanmerking te nemen kosten moeten ook per saldo op de zorgverzekeraar drukken. Dit betekent dat kosten die op grond van het verplicht eigen risico van de zorgverzekering voor rekening van verzekerden komen of waarvoor de zorgverzekeraar langs andere weg compensatie krijgt, bij de bepaling van de extra bijdrage buiten aanmerking blijven.

Besluiten NZa

Een zorgaanbieder kan op grond van artikel 35, eerste lid, onderdelen c tot en met e, Wet marktordening gezondheidszorg (hierna: Wmg), alleen rechtsgeldig een tarief in rekening brengen voor geleverde zorg met hantering van de toepasselijke door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijving binnen de aan die beschrijving verbonden voorschriften en beperkingen¹.

De prestatiebeschrijvingen vormen de declareerbare prestaties, de declaratietitels, voor de zorgaanbieders. Een ziektekostenverzekeraar mag op grond van artikel 35, tweede lid, Wmg geen tarief voor een niet-declareerbare prestatie aan een zorgaanbieder betalen of aan een verzekerde vergoeden.

De NZa heeft in verband met de infectieziekte COVID-19 voor een aantal individuele zorgvormen prestaties voor patiëntgerelateerde meerkosten in verband met de infectie COVID-19 beschreven. De patiëntgerelateerde kosten zijn kosten voor de levering van zorg aan individuele patiënten. De betrokken zorgaanbieders hebben met die prestatiebeschrijvingen declaratietitels voor een toeslag ter dekking van extra kosten die zij moeten maken voor de levering van zorg aan individuele patiënten.

¹ Een aantal vormen van zorg is uitgezonderd van de prestatie- en tariefregulering van de NZa op grond van het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG.



Voorbeelden van dergelijke prestatiebeschrijvingen zijn:

- a. 'de Toeslag extra kosten SARS-CoV-2' in de Prestatie- en tariefbeschikking tandheelkundige zorg met kenmerk TB/REG-20600-03; en
- b. 'de Toeslag extra kosten SARS-CoV-2' in de Prestatie- en tariefbeschikking orthodontische zorg, met kenmerk TB/REG-20601-02.

Het gaat bij de patiënt gerelateerde meerkosten om de extra kosten voor zorg of overige diensten die rechtstreeks betrekking hebben op individuele patiënten/verzekerden. Het betreft kosten zoals kosten van triage voorafgaand aan een bezoek, gebruik van persoonlijke beschermingsmiddelen, van het gebruik van desinfecterende handreinigingsmiddelen en van maatregelen tegen het virus SARS-CoV-2 bij de behandeling van de patiënt.

De NZa heeft daarnaast een algemene prestatiebeschrijving 'meerkosten' vastgesteld. Die prestatie geldt voor zowel patiëntgerelateerde meerkosten in verband met de infectieziekte COVID-19 die niet onder een andere prestatiebeschrijving vallen als de niet-patiënt gerelateerde meerkosten in verband met die infectieziekte. De NZa heeft verder voor de compensatie van de onderdekking van de doorlopende kosten van zorgaanbieders als gevolg van zorguitval de prestatiebeschrijving 'continuïteitsbijdrage' vastgesteld. De NZa heeft de beide prestatiebeschrijvingen opgenomen in de Prestatiebeschrijvingbeschikking continuïteitsbijdrage en meerkosten in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus, met kenmerk TB/REG 20656-01. De bovenbedoelde prestatiebeschrijvingen hebben betrekking op de zorg die valt onder de prestatie- en tariefregulering van de Wmg, anders dan zorg op grond van de Wet langdurige zorg. Die prestatiebeschrijvingen gelden dus zowel voor de op grond van de zorgverzekeringen verzekerde zorg als voor bijvoorbeeld de op grond van aanvullende ziektekostenverzekeringen verzekerde zorg. De zorgaanbieder beschikt met de prestatiebeschrijving 'meerkosten' over een declaratietitel voor de niet-patiënt gerelateerde meerkosten in verband met de infectieziekte COVID-19. Een voorbeeld daarvan zijn kosten in verband met praktijkaanpassingen. De prestatiebeschrijving 'continuïteitsbijdrage' betreft een toeslag waarmee zorgaanbieders onderdekking van hun doorlopende kosten als gevolg van de infectieziekte COVID-19 in rekening kunnen brengen. Die infectieziekte heeft namelijk gezorgd voor zorguitval die tot gevolg heeft dat de betrokken zorgaanbieders minder dekking voor hun doorlopende kosten hebben ontvangen. De NZa heeft aan de beide prestatiebeschrijvingen wel het voorschrift verbonden dat een zorgaanbieder die alleen in rekening mag brengen op grond van een schriftelijke afspraak met een ziektekostenverzekeraar als bedoeld in de Wmg. Een zorgverzekeraar en een aanvullende ziektekostenverzekeraar zijn beide op grond van artikel 1, eerste lid, onderdeel f, Wmg, ziektekostenverzekeraar in de zin van die wet. De schriftelijke afspraak met een ziektekostenverzekeraar in plaats van met alleen een zorgverzekeraar hangt samen met het feit dat de prestatiebeschrijving 'meerkosten' ook betrekking heeft op zorg die niet behoort tot het op grond van een zorgverzekering te verzekeren basispakket.

3. Aanvulling en verduidelijking regels extra bijdrage

Hoofdstuk 6, paragraaf 6, van de Rzv, bevat op grond van artikel 33, vierde lid, Zvw, regels over de berekening van de extra bijdrage, de door de zorgverzekeraar te voeren administratie voor de extra bijdrage en de betaling van de toegekende extra bijdrage door het Zorginstituut. De aanvulling en de verduidelijking betreffen de regels voor de berekening en de administratie.

Regels berekening extra bijdrage

De hoogte van de extra bijdrage voor een zorgverzekeraar is op grond van de artikelen 6.6.2, vierde lid en 6.6.5, vierde lid, Rzv, afhankelijk van zijn catastrofeschadelast. Het eerstgenoemde artikel betreft de toekenning van de extra bijdrage op grond van artikel 33, tweede lid, Zvw en het laatstgenoemde artikel de vaststelling van de toegekende bijdrage op grond van artikel 34, eerste lid, Zvw.

Het in de artikelen 6.6.2 en 6.6.5 Rzv ingevoegde tweede en derde lid regelen de kostencategorieën die het Zorginstituut in aanmerking neemt respectievelijk niet in aanmerking neemt bij het bepalen van de catastrofeschadelast van de zorgverzekeraar.

De catastrofeschadelast kan op grond van artikel 33, tweede lid, Zvw, alleen kosten betreffen ten gevolge van de catastrofe voor zorg of overige diensten die behoren tot het op grond van een zorgverzekering verplicht te verzekeren basispakket. Het Zorginstituut wijst daartoe de prestatiebeschrijvingen aan voor de zorg of overige diensten die rechtstreeks betrekking hebben op individuele verzekerden waarvan dat instituut de kosten in aanmerking neemt bij de bepaling van de catastrofeschadelast. Het gaat daarbij om zowel de prestatiebeschrijvingen voor zorg in verband met de infectieziekte COVID-19 verleend aan een individuele verzekerde als de prestatiebeschrijvingen voor de toeslagen ter zake van patiënt gerelateerde meerkosten.

De prestatiebeschrijving 'meerkosten' bestrijkt zowel de op grond van de zorgverzekering te verzekeren zorg als andere zorg. Het Zorginstituut maakt voor de bepaling van de catastrofeschadelast van



een zorgverzekeraar onderscheid tussen de kosten voor zorg of overige diensten die behoren tot het op grond van de zorgverzekering te verzekeren basispakket en andere kosten. Het Zorginstituut neemt alleen de kosten van zorg of overige diensten die behoren tot het op grond van de zorgverzekering te verzekeren basispakket in aanmerking voor de bepaling van de catastrofeschadelast van de zorgverzekeraar. Het Zorginstituut geeft de wijze aan waarop de zorgverzekeraar het onderscheid moet maken tussen zorg die behoort tot het op grond van de zorgverzekeringen te verzekeren basispakket en overige kosten.

De zorgverzekeraar kan op de door het Zorginstituut aangegeven wijze aantonen dat de ingebrachte kosten ter zake van een prestatie meerkosten in verband met de betrokken catastrofe betrekking hebben op zorg of overige diensten die behoren tot het te verzekeren basispakket op grond van de zorgverzekeringen.

De NZa heeft aan de prestatiebeschrijving 'meerkosten' het voorschrift verbonden dat een zorgaanbieder die prestatie alleen in rekening mag brengen op grond van een schriftelijke afspraak met een ziektekostenverzekeraar. Het Zorginstituut neemt de kosten voor de 'meerkosten' alleen in aanmerking bij de bepaling van de catastrofeschadelast indien deze zijn gebaseerd op tarieven die de zorgverzekeraar op grond van de schriftelijke afspraak met de betrokken zorgaanbieder heeft betaald.

Voor de prestatiebeschrijving 'meerkosten' geldt de tariefsoort vrij tarief². Dit betekent dat de zorgaanbieder en de ziektekostenverzekeraar vrij zijn in het overeen te komen tarief. Het Zorginstituut neemt in verband daarmee alleen gerealiseerde niet-patiëntgerelateerde meerkosten mee indien die daadwerkelijk via tarieven zijn betaald op grond van schriftelijke afspraken, die mede gelet op de bijzondere omstandigheden van de catastrofe, leiden tot een plausibele bepaling van die meerkosten. Een omvangrijke catastrofe zoals de infectieziekte COVID-19 doet zich plotsklaps voor en overvalt de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars en noopt tot snel handelen door hen. De daarmee gepaard gaande bijzondere omstandigheden worden betrokken bij de beoordeling van de schriftelijke afspraken van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Het Zorginstituut zal voor de beoordeling van de bovenbedoelde meerkosten, gebruik maken van het oordeel van de NZa die immers op grond van artikel 16, onderdeel b, Wmg, toezicht houdt op de rechtmatige uitvoering door de zorgverzekeraars van hetgeen bij of krachtens de Zvw is geregeld.

De catastrofeschadelast kan op grond van artikel 33, tweede lid, Zvw alleen kosten betreffen die per saldo op de zorgverzekeraar drukken. Het Zorginstituut neemt bij de vaststelling van de toegekende extra bijdrage de gerealiseerde kosten die voor rekening van de verzekerden komen op grond van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering niet in aanmerking bij de vaststelling van de catastrofeschadelast. De kosten die via het verplicht eigen risico voor rekening van de verzekerden zijn gekomen drukken niet op de zorgverzekeraar. Het verplicht eigen risico is op grond van artikel 1, onderdeel g, Zvw, het verplicht eigen risico voor zorgverzekeringen. De betalingen door verzekerden in verband met het verplicht eigen risico behoren tot de inkomsten van de zorgverzekeraar. De toepassing van het verplicht eigen risico kan plaatsvinden plaats bij zowel zorg in verband met de infectieziekte COVID-19 verleend aan een individuele verzekerde als bij de prestatiebeschrijvingen voor de toeslagen ter zake van patiënt gerelateerde meerkosten.

Het Zorginstituut neemt kosten waarvoor de zorgverzekeraar compensatie ontvangt ten laste van de Rijksbegroting niet als kosten in aanmerking bij de bepaling van de catastrofeschadelast van die verzekeraar. De enige compensatie die thans is voorzien is die ter zake van het Zvw-PGB. Het Zorginstituut wijst ten behoeve van de rechtszekerheid van zorgverzekeraars de voor de bepaling van de catastrofeschadelast in aanmerking te nemen compensatieregelingen aan. De kosten waarvoor een zorgverzekeraar compensatie ontvangt ten laste van de Rijksbegroting drukken niet op die verzekeraar.

Het Zorginstituut neemt ook de kosten ter zake van de prestatiebeschrijving 'continuïteitsbijdrage' niet in aanmerking bij de bepaling van de catastrofeschadelast van de zorgverzekeraar. De overeengekomen tarieven voor de bovenbedoelde prestatiebeschrijving vormen compensatie voor de onderdekking van de doorlopende kosten van zorgaanbieders als gevolg van uitval van reguliere zorg vanwege de infectieziekte COVID-19. De uitval van de reguliere zorg leidt tot minder kosten voor de zorgverzekeraars. Het bedrag van de overeengekomen continuïteitsbijdragen is lager dan dat van de besparingen in verband met de uitval van reguliere zorg. Er bestaat dan ook geen aanleiding om de zorgverzekeraars via de extra bijdrage compensatie te verlenen voor de kosten ter zake van de prestatiebeschrijving 'continuïteitsbijdrage'.

De goede uitvoering van de regeling voor de extra bijdrage en van het beheer van het Zorgverzeke-

² Zie artikel 5 van de Beleidsregel continuïteitsbijdrage en meerkosten in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2 virus met kenmerk BR/REG-20157.



ringsfonds (hierna: Zvf) vereist een begrenzing van de termijn voor het doen van een aanvraag voor de toekenning van een extra bijdrage. Het Zorginstituut kent de zorgverzekeraar een extra bijdrage van nihil toe indien die verzekeraar de aanvraag tot toekenning van een extra bijdrage na het einde van het tweede kalenderjaar volgend op het catastrofejaar heeft ingediend. Het bovenstaande is neergelegd in de aan het tot vijfde lid vernummerde derde lid van artikel 6.6.2 Rzv toegevoegde zin. Het Zorginstituut stelt op grond van het tot vijfde lid vernummerde derde lid van artikel 6.6.5 Rzv bij een aanvraag na het einde van het tweede kalenderjaar volgend op het catastrofejaar, de extra bijdrage op nihil vast.

Regels afzonderlijke administratie voor extra bijdrage

Een zorgverzekeraar aan wie het Zorginstituut een extra bijdrage op grond van artikel 33, tweede lid, Zvw, heeft toegekend moet op grond van het derde lid van dat artikel een afzonderlijke administratie bijhouden. Die administratie betreft de op hem drukkende kosten ten gevolge van de betrokken catastrofe voor zorg en andere diensten die behoren tot op grond van de zorgverzekeringen verzekerde zorg in het catastrofejaar en het daaropvolgende kalenderjaar.

Het gewijzigde artikel 6.6.4 Rzv bevat een nadere uitwerking van de eisen voor die administratie. De zorgverzekeraar moet in de afzonderlijke administratie voor de extra bijdrage de volgende kosten van op grond van de zorgverzekeringen verzekerde zorg en andere diensten opnemen:

- a. de gerealiseerde kosten voor zorg ten gevolge van de betrokken catastrofe verleend aan individuele verzekerden en voor de prestatiebeschrijvingen voor de toeslagen ter zake van patiënt gerelateerde meerkosten in verband met die infectieziekte;
- b. de gerealiseerde kosten voor een prestatiebeschrijving voor meerkosten in verband met de betrokken catastrofe;
- c. het deel van de kosten, bedoeld in onderdeel a dat op grond van het verplicht eigen risico voor rekening van verzekerden is gekomen;
- d. het deel van de kosten, bedoeld in de onderdelen a en b, waarvoor de zorgverzekeraar compensatie heeft verkregen of zal verkrijgen vanuit de Rijksbegroting; en
- e. de gerealiseerde kosten voor de prestatiebeschrijving 'continuïteitsbijdrage'.

4. Gevolgen voor de regeldruk

Deze regeling heeft geen gevolgen voor de regeldruk van de burger en het bedrijfsleven. De mogelijkheid voor een zorgverzekeraar om, ingeval van een catastrofe, een verzoek om een extra bijdrage te doen, en de daarbij geldende verplichting om een afzonderlijke administratie bij te houden, gelden reeds op grond van de Zvw. Met deze regeling wordt hieraan een nadere invulling gegeven in verband met de nu optredende catastrofe, de infectieziekte COVID-19. De in de afzonderlijke administratie op te nemen gegevens dienen voor zover die betrekking hebben op het jaar 2021 ook voor de vereveningsbijdrage over dat jaar bijgehouden te worden. Het Adviescollege toetsing regeldruk (Atr) heeft op 25 november gemeld dat het zich kan verenigen in het standpunt dat deze regeling geen gevolgen heeft voor de regeldruk van de burger en het bedrijfsleven en daarom besloten heeft geen formeel advies uit te brengen.

5. Gevolgen voor de Rijksbegroting en het exploitatiesaldo van het Zorgverzekeringsfonds

Deze regeling heeft geen gevolgen voor de Rijksbegroting en het exploitatiesaldo van het Zvf. Het uitroepen door de Wgo van de infectieziekte COVID-19 tot pandemie heeft tot gevolg dat deze infectieziekte een catastrofe is als bedoeld in artikel 33, eerste lid, onderdeel a, Zvw. De hoogte van de extra bijdrage is afhankelijk van de catastrofeschadelast van de zorgverzekeraar. Deze regeling wijzigt niet de verhouding tussen de catastrofeschadelast en de extra bijdrage. Die verhouding is opgenomen in het ongewijzigde tot vierde lid vernummerde tweede lid van de artikelen 6.6.2 respectievelijk 6.6.5 Rzv. Deze regeling verduidelijkt de bepalingwijze van de catastrofeschadelast en vult die nader in. Die nadere invulling leidt dan ook niet per definitie tot een hogere of lagere catastrofeschadelast van de zorgverzekeraar en daarmee niet tot een lager of hoger exploitatiesaldo van het Zvf.

II Artikelsgewijs

Artikel I, onderdeel A

Een prestatiebeschrijving is de beschrijving van een prestatie vastgesteld door de NZa op grond van artikel 50, eerste lid, onderdeel d, Wmg. Een tarief is een tarief voor een prestatie, een deel van een prestatie of een geheel van prestaties als bedoeld in de Wmg.



Artikel I, onderdelen B en E

Het gaat bij de catastrofeschadelast om kosten in het catastrofejaar en het daaropvolgende kalenderjaar. De bepaling of het gaat om kosten in het catastrofejaar en het daaropvolgende kalenderjaar vindt plaats met toepassing van artikel 23 Zvw. Op grond van het eerste lid van dat artikel worden de kosten van zorg toegerekend aan het kalenderjaar waarin die is genoten. De kosten van zorg die in het kalenderjaar 2021 is genoten en waarvoor de zorgaanbieder het tarief in kalenderjaar 2022 declareert, worden volledig toegerekend aan het kalenderjaar 2021.

De kosten van zorg die in twee achtereenvolgende kalenderjaren is genoten en door de zorgaanbieder in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden op grond van artikel 23, eerste lid, Zvw, volledig toegerekend aan het kalenderjaar waarin de zorg is aangevangen. De kosten van een diagnose behandeling combinatie die in het kalenderjaar 2021 is geopend en in het kalenderjaar 2022 is afgesloten worden op grond van artikel 23, eerste lid, Zvw, volledig toegerekend aan het kalenderjaar 2021.

Artikel I, onderdeel C

Het Zorginstituut stelt op grond van artikel 33, vijfde lid, in verbinding met artikel 32, vijfde lid, Zvw, beleidsregels vast voor de toekenning van de extra bijdrage die ook zien op de betaling van de toegekende extra bijdrage. Het Zorginstituut stelt dus geen beleidsregels vast die alleen betrekking hebben op de betaling van de toegekende extra bijdrage. De tekst van artikel 6.6.3 Rzv is daarmee in overeenstemming gebracht. De levering van gegevens na de toekenning van de extra bijdrage is van belang voor de vaststelling van de extra bijdrage en niet voor de betaling van de toegekende extra bijdrage. Het tweede lid van artikel 6.6.3 Rzv is in verband met het bovenstaande vervallen.

Artikel II

Deze regeling werkt terug tot en met 1 januari 2020 aangezien 2020 het eerste catastrofejaar is waarop de regeling van de extra bijdrage toepassing vindt. De hoogte van de extra bijdrage in verband met de infectieziekte COVID-19 is afhankelijk van de catastrofeschadelast in het catastrofejaar 2020 en het jaar 2021. Er is afgezien van het systeem van de vaste verandermomenten en van de minimale invoeringstermijn van twee maanden. Dit bewerkstelligt dat deze regeling zo snel mogelijk in werking treedt en de termijn van de terugwerkende kracht zo kort mogelijk is. De doelgroep van dit besluit is beperkt tot de zorgverzekeraars en het Zorginstituut. De onmiddellijke inwerkingtreding en de terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2020 voorkomen belangrijke nadelen voor zorgverzekeraars door de reducering van hun risico's en voorkomt een belangrijk uitvoeringsnadeel voor het Zorginstituut. Het afzien van het systeem van de vaste verandermomenten en van de minimale invoeringstermijn voorkomt gelet op de doelgroep van deze regeling aanmerkelijke ongewenste private en publieke nadelen. Ar 4.17 van de Aanwijzingen voor de regelgeving vermeldt die mogelijkheid.

*De Minister voor Medische Zorg,
T. van Ark*