



Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 14 december 2010, nr. Z/F-3038399, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering ter zake van de vereveningsbijdrage voor zorgverzekeraars in het jaar 2011

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 32, vierde lid, en 38, tweede lid, van de Zorgverzekeringswet en de artikelen 1, onderdelen g en x, 3.1, derde lid, 3.2, eerste en tweede lid, 3.4, derde lid, 3.5, derde lid, 3.6, tweede lid, 3.7, derde lid, 3.8, derde lid, 3.10, tweede lid, 3.11, tweede lid, 3.12, 3.13, eerste en tweede lid, 3.14, eerste, derde en vierde lid, 3.15, eerste en tweede lid, 3.16, eerste en tweede lid, 3.17, eerste lid, 3.19, tweede lid, 3.22, tweede lid en 3.24 derde lid, van het Besluit zorgverzekering;

Besluit:

ARTIKEL I

De Regeling zorgverzekering wordt als volgt gewijzigd:

A

Het derde en het vierde lid van artikel 3.12 vervallen.

B

Artikel 3.16 komt als volgt te luiden:

Artikel 3.16

1. Het College van zorgverzekeringen merkt kosten van 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 variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
2. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbc-tarieven in algemene en academische ziekenhuizen, alsmede van het Oogziekenhuis, voor een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
3. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van de kosten van dbc's, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg, die niet bedoeld zijn in artikel 3.1, voor een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
4. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de in 2010 gerealiseerde opbrengstresultaten voor een door hem per instelling voor medisch specialistische zorg vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging.
5. Het College zorgverzekeringen bepaalt per ziekenhuis het percentage, bedoeld in het tweede tot en met het vierde lid, op basis van door de zorgautoriteit te verschaffen gegevens.
6. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbc-tarieven van instellingen dan wel zorgverleners, die niet bedoeld zijn in het tweede of derde lid, voor 75 procent aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
7. Met uitzondering van de verpleegkosten bij instellingen die niet worden gefinancierd op basis van dbc's, waarvoor een percentage van 60 wordt aangehouden, merkt het College zorgverze-



- keringen de volgende kosten voor 75 procent aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp:
- a. de kostencomponent en honorariumcomponent van overige trajecten en verrichtingen en van ondersteunende en overige producten van instellingen en zorgverleners die in hoofdzaak worden gefinancierd op basis van dbc's;
 - b. alle kosten van overige instellingen op het gebied van ziekenhuisverpleging voor zover zij niet worden gefinancierd op basis van dbc's;
 - c. de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de in 2010 gerealiseerde opbrengstresultaten van centra voor klinische genetica, radiotherapie, epilepsie, dialyse en revalidatie.
8. Het College zorgverzekeringen merkt de honorariumcomponent van de niet-onderhandelbare dbc's en eventuele overige declaraties van vrijgevestigde specialisten voor 100 procent aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, met uitzondering van de honorariumcomponent van overige trajecten en verrichtingen en van ondersteunende en overige producten, waarvoor een percentage van 75 wordt aangehouden.
 9. Het College zorgverzekeringen betreft de renteheffingstarieven niet bij de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
 10. Het College zorgverzekeringen past overeenkomstig artikel 3.14 hogekostencompensatie toe op het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
 11. Het College zorgverzekeringen calculeert 30 procent na op het verschil tussen de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, vastgesteld ingevolge het eerstetot en met negende lid enerzijds, en het herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp na toepassing van het tiende lid anderzijds.

C

Artikel 3.17 komt als volgt te luiden:

Artikel 3.17

1. Het College zorgverzekeringen baseert de herberekening per zorgverzekeraar van het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging op de vaste kosten in het jaar 2009.
2. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van de niet-onderhandelbare dbc-tarieven in algemene en academische ziekenhuizen, alsmede van het Oogziekenhuis, voor een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
3. Het percentage per ziekenhuis, bedoeld in het tweede lid, is gelijk aan 100 minus het percentage, bedoeld in artikel 3.16, tweede lid.
4. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van de kosten van dbc's, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg, die niet bedoeld zijn in artikel 3.1, voor een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
5. Het percentage per instelling, bedoeld in het vierde lid, is gelijk aan 100 minus het percentage, bedoeld in artikel 3.16, derde lid.
6. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de opbrengstresultaten in 2010 voor een door hem per instelling voor medisch specialistische zorg vast te stellen percentage aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
7. Het percentage per instelling, bedoeld in het zesde lid, is gelijk aan 100 minus het percentage, bedoeld in artikel 3.16, vierde lid.
8. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van de niet-onderhandelbare dbc-tarieven van instellingen, dan wel zorgverleners, die niet bedoeld zijn in het tweede, vierde of zesde lid, voor 25 procent aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
9. Met uitzondering van de verpleegkosten bij instellingen die niet worden gefinancierd op basis



van dbc's, waarvoor een percentage van 40 wordt aangehouden, merkt het College zorgverzekeringen de volgende kosten voor 25 procent aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging:

- de kostencomponent en honorariumcomponent van overige trajecten en verrichtingen en van ondersteunende en overige producten van instellingen en zorgverleners die in hoofdzaak worden gefinancierd op basis van dbc's;
- alle kosten van overige instellingen op het gebied van ziekenhuisverpleging voor zover zij niet worden gefinancierd op basis van dbc's;
- de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de in 2010 gerealiseerde opbrengstresultaten van centra voor klinische genetica, radiotherapie, epilepsie, dialyse en revalidatie.

- Het College zorgverzekeringen merkt de kosten van de overgangsregeling van het functioneel leeftijdsontslag van werknemers in de publieke ambulancezorg voor 100 procent aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
- Het College zorgverzekeringen betreft de renteheffingstarieven niet bij de vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
- Het College zorgverzekeringen calculeert 100 procent na op het verschil tussen de vaste kosten van ziekenhuisverpleging, vastgesteld ingevolge het tweede tot en met elfde lid enerzijds, en het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging na toepassing van het eerste lid anderzijds.

D

Artikel 3.20 komt als volgt te luiden:

Artikel 3.20

- Het College zorgverzekeringen merkt de kosten van prestaties waarop de beleidsregels 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' of 'Prestatiebeprestiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen' van de zorgautoriteit van toepassing zijn, voor 100 procent aan als kosten van overige prestaties.
- Het College zorgverzekeringen past overeenkomstig artikel 3.14 hoge-kostencompensatie toe op het deelbedrag kosten van overige prestaties.

E

In artikel 3.21, eerste lid, wordt 'artikel 3.16, negende lid' vervangen door: artikel 3.16,

ARTIKEL II

De regeling zorgverzekering zoals gewijzigd bij artikel I, komt te luiden als volgt:

A

Onder vervanging van de punt aan het slot van de onderdeel ff door een puntkomma wordt aan artikel 1, eerste lid, een onderdeel toegevoegd, luidende:

- gg. grensoverschrijdende zorg: zorg waarop de Zorgverzekeringswet recht geeft en die verzekerden buiten Nederland hebben genoten.

B

Hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering komt voor het jaar 2011 te luiden als volgt:

A

Hoofdstuk 3 Bepalingen omtrent de vereveningsbijdrage 2011

§ 1 Algemene bepalingen

Artikel 3.1

De voor de risicoverevening relevante B-dbc's zijn de dbc's die door de zorgautoriteit zijn opgeno-



men in de beleidsregel CI-1068 'samenstelling van het B-segment'.

Artikel 3.2

1. Het macro-prestatiebedrag voor het jaar 2011 bedraagt € 34 265,8 miljoen.
2. Het macro-prestatiebedrag is opgebouwd uit de volgende macro-deelbedragen:
 - a. het macro-deelbedrag kosten van B-dbc's ad € 4 742,9 miljoen;
 - b. het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp ad € 9 595,1 miljoen;
 - c. het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging ad € 3 824,5 miljoen;
 - d. het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg ad € 3 808,3 miljoen;
 - e. het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties ad € 12 295,0 miljoen.
3. Het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, bedoeld in het tweede lid, onderdeel d, wordt gesplitst in:
 - a. het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar ad € 552,7 miljoen;
 - b. het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder ad € 3 255,6 miljoen.

Artikel 3.3

1. De opbrengst van de nominale rekenpremie wordt voor het jaar 2011 geraamd op € 14 294,1 miljoen.
2. De opbrengst van het verplicht eigen risico wordt voor het jaar 2011 geraamd op € 1 649,8 miljoen.

Artikel 3.4

De beschikbare middelen voor het verstrekken van de bijdragen aan zorgverzekeraars, bedoeld in artikel 32, vierde lid, onderdeel a, van de Zorgverzekeringswet, omvatten voor het jaar 2011, naast de middelen, bedoeld in § 1.5 van hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering, een bedrag van € 18 321,8 miljoen.

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

Artikel 3.5

1. De gewichten en de klassen, bedoeld in de artikelen 3.4, 3.5, 3.7 en 3.8 van het Besluit zorgverzekering, met uitzondering van de gewichten van de klasse 'Geen kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel' van het criterium kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel en 'Geen kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel' van het criterium kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel, zijn vermeld in bijlagen 4 en 5 bij deze Regeling.
2. Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging, over zorgverzekeraars aan de hand de gemiddelde vaste kosten per verzekerde per zorgverzekeraar in het jaar 2009, de landelijke vaste kostenfactor 2011 en de geraamde aantallen verzekerden in het jaar 2011.
3. De lage en hoge drempel bedoeld in artikel 1, onderdelen w en x, van het Besluit zorgverzekering bedragen € 550, respectievelijk € 2 750.
4. Het College zorgverzekeringen berekent het gewicht van de klasse 'Geen kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel' van het criterium kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel en 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 geraamde aantal verzekerden, macro per saldo nul bedraagt.



Artikel 3.6

1. De nominale rekenpremie per jaar bedraagt € 1 088 per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald.
2. Het College zorgverzekeringen raamt de opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar, bedoeld in artikel 3.10, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, door het geraamde aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moet worden betaald te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie.
3. Het College zorgverzekeringen berekent het aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moet worden betaald door het aantal zorgverzekeringen van verzekerden van achttien jaar en ouder bij een zorgverzekeraar, te verminderen met het aantal zorgverzekeringen van verzekerden bedoeld in artikel 24 van de Zorgverzekeringswet.

Artikel 3.7

1. Het College zorgverzekeringen raamt de opbrengst van het verplicht eigen risico per zorgverzekeraar, bedoeld in artikel 3.10, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, door het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder te verminderen met het geraamde aantal verzekerden, bedoeld in artikel 24 van de Zorgverzekeringswet, en het resultaat te vermenigvuldigen met de geraamde opbrengst van het verplicht eigen risico per verzekerde.
2. Het College zorgverzekeringen gaat voor de bepaling van de geraamde opbrengst per verzekerde, bedoeld in het eerste lid, voor verzekerden van achttien jaar of ouder die voldoen aan het criterium 'Geen FKG', uit van verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, aard van het inkomen, en regio en de in bijlage 7 genoemde gewichten. Hierbij wordt de in de bijlage 7 aangegeven klasse-indeling van de criteria aangehouden.
3. De geraamde opbrengst per verzekerde, bedoeld in het eerste lid, bedraagt voor verzekerden van achttien jaar of ouder die niet voldoen aan het criterium 'Geen FKG', € 170 per verzekerde.

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

Artikel 3.8

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

Artikel 3.9

1. Het College zorgverzekeringen herleidt de gewichten, bedoeld in de artikelen 3.4, 3.5 en 3.8 van het Besluit zorgverzekering, ten behoeve van de herberekening van het normatieve bedrag voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage tot gewichten waarbij rekening is gehouden met de verwachte financiële gevolgen van de toepassing van een specifieke compensatie van hoge kosten voor verzekerden naar leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, aard van het inkomen, SES en regio. De herleide gewichten zijn vermeld in bijlage 6A bij deze Regeling.
2. Het College zorgverzekeringen herleidt de gewichten, bedoeld in artikel 3.7 van het Besluit zorgverzekering, ten behoeve van de herberekening van het normatieve bedrag voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage tot gewichten waarbij rekening is gehouden met de verwachte financiële gevolgen van de toepassing van een specifieke compensatie van hoge kosten voor verzekerden naar leeftijd en geslacht, FKG's psychische aandoeningen, aard van het inkomen, SES, éénpersoonsadres, kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel, kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge



drempel en GGZ-regio. De herleide gewichten zijn vermeld in bijlage 6B bij de Regeling, met uitzondering van de gewichten van de klasse 'Geen kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel' van het criterium kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel en de klasse 'Geen kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel' van het criterium kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel, zijn vermeld in bijlage 6B bij deze Regeling.

3. Het College zorgverzekeringen herberekent 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.
4. Het College zorgverzekeringen herberekent de gewichten, bedoeld in het eerste, tweede en derde lid, nader door deze per macro-deelbedrag te vermenigvuldigen met de verhouding tussen de gerealiseerde kosten per cluster van prestaties over alle zorgverzekeraars en het bijbehorende herberekende macro-deelbedrag over alle zorgverzekeraars op basis van het eerste lid.

Artikel 3.10

1. Het College zorgverzekeringen herberekent het normatieve bedrag per zorgverzekeraar en de onderliggende deelbedragen op basis van de herberekende gewichten, bedoeld in artikel 3.9, vierde lid, en de gerealiseerde verzekerdenaantallen per klasse van de criteria.
2. Het College zorgverzekeringen gaat bij de herberekening van het normatieve bedrag uit van de realisatiecijfers van de volgende jaren:
 - a. 2010: voor de criteria FKG's, FKG's psychische aandoeningen, DKG's, kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel en kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel;
 - b. 2011: voor de criteria leeftijd en geslacht, aard van het inkomen, SES, regio, éénpersoonsadres, GGZ-regio en leeftijd onder achttien jaar.

Artikel 3.11

1. Het College zorgverzekeringen merkt kosten, als bedoeld in artikel 3.12 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 30 procent aan als kosten van B-dbc's, voor 50 procent aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en voor 20 procent aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging;
 - b. uit de specificatie blijkt dat zij gelden als kosten van geneeskundige zorg die gericht is op herstel van een psychiatrische aandoening en, voor zover die zorg daarmee gepaard gaat, kosten van verblijf, voor 20 procent aan als kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar en voor 80 procent aan als kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder;
 - c. uit de specificatie blijkt dat zij niet gelden als kosten als bedoeld onder a of b, voor 100 procent aan als kosten van overige prestaties.
2. Het College zorgverzekeringen merkt kosten voor presentaties van grensoverschrijdende zorg die gemaakt zijn met toepassing van een bepaling van de Verordening (EEG) nr 1408/71 inzake sociale zekerheid dan wel met toepassing van een bepaling in het Verdrag betreffende de sociale zekerheid van Rijnvaardenden, voor 15 procent aan als kosten van B-dbc's, voor 30 procent aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, voor 10 procent aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging, voor 10 procent aan als kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder, en voor 35 procent aan als kosten van overige prestaties.



Artikel 3.12

Tot de kosten van B-dbc's, de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, de vaste kosten van ziekenhuisverpleging, de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van verzekerden jonger dan achttien jaar, de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van verzekerden van achttien jaar en ouder, en de kosten van overige prestaties worden niet gerekend de zorgkosten die voor rekening komen van de verzekerden, met uitzondering van betalingen uit hoofde van een verplicht of vrijwillig eigen risico.

Artikel 3.13

1. Indien het College zorgverzekeringen op het deelbedrag kosten van B-dbc's, op het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, of op het deelbedrag kosten van overige prestaties, hogekostencompensatie, bedoeld in de artikelen 3.13, 3.14 en 3.17 van het Besluit zorgverzekeringen, toepast, geschiedt dit als volgt:
 - a. 90 procent van de som van de kosten van B-dbc's, de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en de kosten van overige prestaties, voor zover deze kosten samen het bedrag van € 22 500 per verzekerde op jaarbasis overschrijden, wordt betrokken bij herberekening van de deelbedragen kosten van B-dbc's, variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, en kosten van overige prestaties;
 - b. de bij onderdeel a berekende bedragen worden per verzekerde gesplitst in kosten van B-dbc's, variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, en kosten van overige prestaties, naar rato van de totalen van die kostensoorten van die verzekerde;
 - c. vervolgens worden de uitkomsten per cluster van prestaties per zorgverzekeraar gesommeerd;
 - d. aan de ingevolge onderdeel c gesommeerde kosten van B-dbc's wordt per zorgverzekeraar 5 procent toegevoegd van de kosten van verzekerde prestaties die verzekerden van de zorgverzekeraar buiten Nederland hebben gemaakt en die het College zorgverzekeringen op basis van declaraties op kasbasis naar het werkelijke bedrag in 2011 vergoedt, voor zover zij ingevolge artikel 3.11, eerste lid, als kosten van B-dbc's zijn aangemerkt;
 - e. aan de ingevolge onderdeel c gesommeerde variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp wordt per zorgverzekeraar 15 procent toegevoegd van de kosten van verzekerde prestaties die verzekerden van de zorgverzekeraar buiten Nederland hebben gemaakt en die het College zorgverzekeringen op basis van declaraties op kasbasis naar het werkelijke bedrag in 2011 vergoedt, voor zover zij ingevolge artikel 3.11, eerste lid, als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp zijn aangemerkt;
 - f. aan de ingevolge onderdeel c gesommeerde kosten van overige prestaties wordt per zorgverzekeraar 5 procent toegevoegd van de kosten van verzekerde prestaties die verzekerden van de zorgverzekeraar buiten Nederland hebben gemaakt en die het College zorgverzekeringen op basis van declaraties op kasbasis naar het werkelijke bedrag in 2011 vergoedt, voor zover zij ingevolge artikel 3.11, eerste lid, als kosten van overige prestaties zijn aangemerkt;
 - g. per genoemd cluster van prestaties wordt het percentage berekend dat voortvloeit uit de verhouding tussen de som van de uitkomsten van respectievelijk de onderdelen d, e en f van alle zorgverzekeraars samen en de som van de herberekende deelbedragen van alle zorgverzekeraars samen, en dit per cluster berekende percentage wordt toegepast op het corresponderende deelbedrag van een zorgverzekeraar;
 - h. op basis van de uitkomsten onder de onderdelen d, e, f en g wordt per genoemde cluster van prestaties het deelbedrag per zorgverzekeraar verder herberekend door hieraan respectievelijk de onder onderdelen d, e en f berekende uitkomsten toe te voegen en de voor elk cluster onder onderdeel g berekende bedragen daarop in mindering te brengen.
2. Indien het College zorgverzekeringen op het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder hogekostencompensatie toepast, geschiedt dit als volgt:
 - a. 100 procent van de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, voor zover deze kosten het bedrag van € 10 000 per verzekerde op jaarbasis overschrijden, wordt betrokken bij herberekening van het deelbedrag kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van verzekerden van achttien jaar en ouder;
 - b. vervolgens worden de uitkomsten uit onderdeel a per zorgverzekeraar gesommeerd;
 - c. aan de ingevolge onderdeel b gesommeerde kosten wordt per zorgverzekeraar 40 procent toegevoegd van de kosten van verzekerde prestaties die verzekerden van de zorgverzekeraar buiten Nederland hebben gemaakt en die het College zorgverzekeringen op basis van



declaraties op kasbasis naar het werkelijke bedrag in 2011 vergoedt, voor zover zij ingevolge artikel 3.11, eerste lid, als kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van verzekerden van achttien jaar en ouder zijn aangemerkt;

- d. daarna wordt het percentage berekend dat voortvloeit uit de verhouding tussen de som van de uitkomsten van onderdeel c van alle zorgverzekeraars samen en het herberekende deelbedrag kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder van alle zorgverzekeraars samen, en dit percentage wordt toegepast op het corresponderende deelbedrag van een zorgverzekeraar;
- e. ten slotte wordt het deelbedrag per zorgverzekeraar herberekend door hierbij het resultaat van onderdeel c op te tellen en vervolgens te verminderen met het resultaat van onderdeel d.

Artikel 3.14

Het College zorgverzekeringen past overeenkomstig artikel 3.13 hogekostencompensatie toe op het deelbedrag kosten van B-dbc's.

Artikel 3.15

1. Het College zorgverzekeringen merkt kHet 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 variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
2. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van niet onderhandelbare dbc-tarieven, geleverd door algemene en academische ziekenhuizen, alsmede door het Oogziekenhuis, voor een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
3. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van de dbc-tarieven, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg, die niet bedoeld zijn in artikel 3.1, voor een door hem per instelling vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
4. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de in 2011 gerealiseerde opbrengstresultaten voor een door hem per instelling voor medisch specialistische zorg vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
5. Het College zorgverzekeringen bepaalt per ziekenhuis het percentage, bedoeld in het tweede tot en met het vierde lid, op basis van door de zorgautoriteit te verschaffen gegevens.
6. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van niet onderhandelbare of onderhandelbare maar gemaximeerde dbc-tarieven, geleverd door instellingen dan wel zorgverleners, die niet bedoeld zijn in het tweede of derde lid, voor 75 procent aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
7. Met uitzondering van de verpleegkosten bij instellingen die niet worden gefinancierd op basis van dbc's, waarvoor een percentage van 60 wordt aangehouden, merkt het College zorgverzekeringen de volgende kosten voor 75 procent aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp:
 - a. de kostencomponent en honorariumcomponent van overige trajecten en verrichtingen en van ondersteunende en overige producten van instellingen en zorgverleners die in hoofdzaak worden gefinancierd op basis van dbc's;
 - b. alle kosten van overige instellingen op het gebied van ziekenhuisverpleging voor zover zij niet worden gefinancierd op basis van dbc's;
 - c. de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de in 2011 gerealiseerde opbrengstresultaten van centra voor klinische genetica, radiotherapie, epilepsie, dialyse en revalidatie.
8. Het College zorgverzekeringen merkt de honorariumcomponent van niet onderhandelbare of onderhandelbare maar gemaximeerde dbc-tarieven en eventuele overige declaraties van vrijgevestigde specialisten voor 100 procent aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, met uitzondering van de kosten- en honorariumcomponent, bedoeld in artikel 7, onderdeel a.



9. Het College zorgverzekeringen betreft de renteheffingstarieven niet bij de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
10. Het College zorgverzekeringen past overeenkomstig artikel 3.13 hogekostencompensatie toe op het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
11. Het College zorgverzekeringen calculeert 30 procent na op het verschil tussen de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, vastgesteld ingevolge het eerste tot en met negende lid enerzijds, en het herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp na toepassing van het tiende lid anderzijds.

Artikel 3.16

1. Het College zorgverzekeringen baseert de herberekening per zorgverzekeraar van het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging op de vaste kosten in het jaar 2010.
2. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van niet onderhandelbare dbc-tarieven, geleverd algemene en academische ziekenhuizen, alsmede door het Oogziekenhuis, voor een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
3. Het percentage per ziekenhuis, bedoeld in het tweede lid, is gelijk aan 100 minus het percentage, bedoeld in artikel 3.15, tweede lid.
4. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van de dbc-tarieven, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg, die niet bedoeld zijn in artikel 3.1, voor een door hem per instelling voor medisch specialistisch zorg vast te stellen percentage aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
5. Het percentage per instelling, bedoeld in het vierde lid, is gelijk aan 100 minus het percentage, bedoeld in artikel 3.15, derde lid.
6. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de in 2011 gerealiseerde opbrengstresultaten voor een door hem per instelling voor medisch specialistische zorg vast te stellen percentage aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
7. Het percentage per instelling, bedoeld in het zesde lid, is gelijk aan 100 minus het percentage, bedoeld in artikel 3.15, vierde lid.
8. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van niet onderhandelbare of onderhandelbare maar gemaximeerde dbc-tarieven, geleverd door instellingen dan wel zorgverleners, die niet bedoeld zijn in het tweede of vierde lid, dan wel de kostencomponent, bedoeld in het zesde lid, voor 25 procent aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
9. Met uitzondering van de verpleegkosten bij instellingen die niet worden gefinancierd op basis van dbc's, waarvoor een percentage van 40 wordt aangehouden, merkt het College zorgverzekeringen de volgende kosten voor 25 procent aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging:
 - a. de kostencomponent en honorariumcomponent van overige trajecten en verrichtingen en van ondersteunende en overige producten van instellingen en zorgverleners die in hoofdzaak worden gefinancierd op basis van dbc's;
 - b. alle kosten van overige instellingen op het gebied van ziekenhuisverpleging voor zover zij niet worden gefinancierd op basis van dbc's;
 - c. de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de in 2011 gerealiseerde opbrengstresultaten van centra voor klinische genetica, radiotherapie, epilepsie, dialyse en revalidatie.
10. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten van de overgangsregeling van het functioneel leeftijdsontslag van werknemers in de publieke ambulancezorg voor 100 procent aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
11. Het College zorgverzekeringen betreft de renteheffingstarieven niet bij de vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
12. Het College zorgverzekeringen calculeert 100 procent na op het verschil tussen de vaste kosten



van ziekenhuisverpleging, vastgesteld ingevolge het tweede tot en met elfde lid enerzijds, en het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging na toepassing van het eerste lid anderzijds.

Artikel 3.17

Het College zorgverzekeringen calculeert 100 procent na op het verschil tussen de gerealiseerde kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar en het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar.

Artikel 3.18

Het College zorgverzekeringen past overeenkomstig artikel 3.13 hoge-kostencompensatie toe op het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder.

Artikel 3.19

1. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten van prestaties waarop de beleidsregels 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' of 'Prestatiebesteding multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen' van de zorgautoriteit van toepassing zijn, voor 100 procent aan als kosten van overige prestaties.
2. Het College zorgverzekeringen past overeenkomstig artikel 3.13 hoge-kostencompensatie toe op het deelbedrag kosten van overige prestaties.

Artikel 3.20

1. Indien het resultaat van een zorgverzekeraar van de som van de kosten van B-DBC's en de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp na toepassing van artikel 3.14 en artikel 3.15, tiende lid, per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald, bedoeld in artikel 3.6, derde lid, meer dan € 22,50 afwijkt van € 0, calculeert het College zorgverzekeringen de buiten bedoelde bandbreedte liggende meer- of minderkosten voor 90 procent na.
2. Indien het resultaat van een zorgverzekeraar van de som van de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder na toepassing van artikel 3.18, per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald, bedoeld in artikel 3.6, derde lid, meer dan € 7,50 afwijkt van € 0, calculeert het College zorgverzekeringen de buiten bedoelde bandbreedte liggende meer- of minderkosten voor 100 procent na.

Artikel 3.21

1. De opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in artikel 3.19, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, wordt berekend overeenkomstig artikel 3.6, met dien verstande, dat wordt uitgegaan van het gerealiseerde aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moet worden betaald bij de zorgverzekeraar.
2. De opbrengst van het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 3.19, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, wordt berekend overeenkomstig artikel 3.7, met dien verstande, dat wordt uitgegaan van de gerealiseerde aantallen in dat artikel bedoelde verzekerden.

§ 4. Aanvullingen op de vereveningsbijdrage aan een zorgverzekeraar

Artikel 3.22

1. De bijdrage, bedoeld in artikel 3.24 van het Besluit zorgverzekering, is gelijk aan een twaalfde van de nominale rekenpremie voor iedere premie die per maand vanaf het moment waarop het recht op de bijdrage is ontstaan, niet volledig is betaald, vermeerderd met het bedrag van het gemiddeld verplicht eigen risico, en verminderd met het bedrag dat de zorgverzekeraar tot en met het kalenderjaar, volgende op het jaar waarvoor de bijdrage wordt betaald, alsnog in verband met de desbetreffende verzekering heeft ontvangen.
2. In afwijking van het eerste lid is de bijdrage vanaf de eerste dag van de maand volgende op de maand waarin het College zorgverzekeringen op aanvraag van een zorgverzekeraar heeft



vastgesteld dat deze in staat is te voldoen aan het gestelde bij de artikelen 18a, 18b en 18c van de Zorgverzekeringswet, gelijk aan de standaardpremie, bedoeld in de Wet op de zorgtoeslag, verminderd met het bedrag dat de zorgverzekeraar tot en met het kalenderjaar volgende op het jaar waarvoor de bijdrage wordt betaald, alsnog in verband met de desbetreffende verzekering heeft ontvangen.

Artikel 3.23

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

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

Artikel 3.24

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.

§ 6. De in het uitvoeringsverslag op te nemen gegevens

Artikel 3.25

- 1 De zorgverzekeraar neemt in ieder geval in zijn uitvoeringsverslag op:
 - a. het profiel, de organisatiestructuur en het gevoerde en voorgenomen beleid bij de uitvoering van de Zorgverzekeringswet;
 - b. de wijze waarop hij uitvoering geeft aan de zorgplicht;
 - c. de wijze waarop hij uitvoering geeft aan de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie;
 - d. de wijze waarop hij de afhandeling van klachten van de verzekerden heeft georganiseerd alsmede de resultaten daarvan;
 - e. de wijze waarop hij uitvoering geeft aan gedragscodes waaraan hij zich heeft verbonden;
 - f. of hij het Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringswet is nagekomen, en zo nee, welke onderdelen niet, waarom niet, en wat hij in de plaats van die onderdelen aan incassowerkzaamheden heeft verricht;
 - g. algemene gegevens over de honorering van directie en bestuur van de zorgverzekeraar voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet;
 - h. gegevens over zijn relaties met de aanbieders van zorg en de wijze waarop hij stuurt op de kwaliteit van door hen geleverde zorg.
2. Het uitvoeringsverslag wordt, voor zover het gaat om de in het vorige lid genoemde aspecten, ingericht overeenkomstig een door de zorgautoriteit beschikbaar te stellen model.

C

De bijlagen 4 tot en met 7 worden vervangen door:

Bijlage 4 komt te luiden:

Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

Bijlage horende bij artikel 3.5 van de Regeling zorgverzekering.

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

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

		Kosten van B-dbc's	Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Kosten van overige prestaties
Mannen	0 jaar	118,88	2.401,23	765,05
	1-4 jaar	155,42	456,85	597,70



	Kosten van B-dbc's	Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Kosten van overige prestaties	
	5-9 jaar	112,99	375,88	675,93
	10-14 jaar	80,00	360,39	631,34
	15-17 jaar	92,08	388,75	629,19
	18-24 jaar	98,04	371,77	455,14
	25-29 jaar	113,92	364,96	462,68
	30-34 jaar	128,12	367,45	481,02
	35-39 jaar	142,33	392,64	510,05
	40-44 jaar	166,21	424,67	534,42
	45-49 jaar	193,02	478,09	585,11
	50-54 jaar	241,28	563,33	635,28
	55-59 jaar	310,23	691,67	730,32
	60-64 jaar	380,04	817,53	775,44
	65-69 jaar	492,37	1.034,52	954,81
	70-74 jaar	614,28	1.216,46	1.046,41
	75-79 jaar	734,19	1.360,93	1.167,71
	80-84 jaar	760,47	1.243,49	1.332,46
	85-89 jaar	719,24	1.134,50	1.488,60
	90+ jaar	546,40	1.037,65	1.776,31
Vrouwen	0 jaar	88,49	2.044,84	674,25
	1-4 jaar	125,15	385,85	549,15
	5-9 jaar	106,77	318,90	612,93
	10-14 jaar	82,64	331,21	633,35
	15-17 jaar	111,93	398,18	698,22
	18-24 jaar	210,89	413,18	616,62
	25-29 jaar	473,78	455,52	890,48
	30-34 jaar	520,74	479,88	943,58
	35-39 jaar	345,03	490,71	735,77
	40-44 jaar	230,07	483,91	623,18
	45-49 jaar	242,20	543,98	672,05
	50-54 jaar	297,80	582,97	740,36
	55-59 jaar	347,73	630,16	816,54
	60-64 jaar	403,12	673,03	871,84
	65-69 jaar	513,41	772,90	1.005,60
	70-74 jaar	635,64	854,59	1.113,40
	75-79 jaar	726,54	898,30	1.251,75
	80-84 jaar	699,68	883,31	1.406,47
	85-89 jaar	567,33	876,67	1.594,19
	90+ jaar	366,75	760,59	1.829,91

Tabel B 4.2: Gewichten voor het criterium FKG's (> 180 standaarddag-doseringen per jaar; in euro's per verzekerde)

	Kosten van B-dbc's	Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Kosten van overige prestaties
FKG's			
Geen FKG	-41,40	-80,83	-234,74
Glaucoom	153,29	9,55	270,98
Schildklieraandoeningen	43,03	131,23	138,47
Antipsychotica, Alzheimer en verslaving	-146,81	75,58	1.403,77
Antidepressiva	22,60	130,24	351,09
Hoog cholesterol	96,15	96,38	320,14
Diabetes IIb (laag intensief)	106,53	96,97	436,66
COPD / zware astma	68,28	838,80	1.532,31
Astma	41,80	264,46	617,85
Diabetes IIa (hoog intensief)	207,42	192,23	729,59
Epilepsie	-31,46	704,57	955,18
Ziekte van Crohn / colitus	641,57	45,09	728,58
ulcerosa			
Hartaandoeningen	442,56	889,41	884,53
Reuma: TNF α -blokkers	786,92	798,88	14.997,95
Reuma: overige middelen	639,59	399,16	1.386,13
Parkinson	-23,92	695,17	3.630,75
Diabetes I	680,43	399,33	2.392,42
Transplantaties	368,66	947,13	2.908,49
Cystic fibrosis / pancreas aandoeningen	12,19	1.558,85	6.023,92
Aandoeningen van hersenen en ruggenmerg	-128,32	1.051,00	9.362,69
Kanker	337,99	2.159,42	15.126,89
HIV / AIDS	-78,36	1.368,45	11.937,94
Nieraandoeningen	242,59	4.618,64	4.629,00



	Kosten van B-dbc's	Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Kosten van overige prestaties
Groeihormonen	-4,71	1.604,44	18.879,57

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

DKG's	Kosten van B-dbc's	Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Kosten van overige prestaties
0	-19,10	-71,50	-38,43
1	753,58	525,94	521,07
2	660,23	1.040,21	594,59
3	528,07	1.542,84	912,48
4	455,23	2.038,26	1.452,40
5	894,44	2.671,03	1.802,08
6	1.201,49	2.539,32	1.398,50
7	778,74	4.434,43	1.904,56
8	471,47	3.892,72	2.486,43
9	649,75	4.426,88	3.777,79
10	60,37	6.297,29	2.680,63
11	1.375,82	5.243,37	4.846,64
12	559,37	7.566,12	6.331,91
13	492,96	26.683,98	4.969,70

Tabel B 4.4: Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde)

	Kosten van B-dbc's	Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Kosten van overige prestaties
Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	6,87	464,94
	35-44 jaar	78,79	422,02
	45-54 jaar	121,48	399,86
	55-64 jaar	127,93	298,22
Bijstandsge-rechtigden	18-34 jaar	34,57	167,34
	35-44 jaar	22,07	166,20
	45-54 jaar	21,14	178,29
	55-64 jaar	-6,98	157,80
Zelfstandigen	18-34 jaar	-13,24	-38,17
	35-44 jaar	-24,77	-54,46
	45-54 jaar	-41,47	-77,60
	55-64 jaar	-54,13	-97,74
Referentiegroep	0-17 jaar	0,00	0,00
	18-34 jaar	-0,51	-19,14
	35-44 jaar	-2,77	-24,61
	45-54 jaar	-8,44	-38,35
	55-64 jaar	-20,90	-59,23
65+ jaar	0,00	0,00	

Tabel B 4.5: Gewichten voor het criterium regio (in euro's per verzekerde)

Regio	Kosten van B-dbc's	Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Kosten van overige prestaties
1	14,31	35,10	13,15
2	9,20	23,59	8,44
3	6,55	16,96	7,81
4	3,43	3,01	8,69
5	3,51	2,76	6,97
6	0,65	-6,69	1,44
7	-3,62	-10,74	0,06
8	-3,77	-12,40	-3,36
9	-9,52	-22,07	-12,15
10	-20,54	-29,02	-30,86



Tabel B 4.6: Gewichten voor het criterium sociaaleconomische status (in euro's per verzekerde)

		Kosten van B-dbc's	Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Kosten van overige prestaties
SES > 15 bewoners	0-17 jaar	1,23	12,62	11,64
	18-64 jaar	-61,00	227,61	-107,21
	65+ jaar	-213,66	38,80	590,00
SES 1 (laag)	0-17 jaar	1,23	12,62	11,64
	18-64 aar	24,66	23,45	27,77
	65+ jaar	72,82	180,00	155,21
SES 2 (midden)	0-17 jaar	0,04	-11,40	-5,05
	18-64 aar	13,47	0,48	19,93
	65+ jaar	-2,91	-47,00	-43,44
SES 3 (hoog)	0-17 jaar	-4,88	-13,10	-29,21
	18-64 jaar	-30,43	-20,82	-38,64
	65+ jaar	-30,61	-75,44	-126,51

Bijlage 5 komt te luiden:

Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering

GGZ Bijlage horende bij artikel 3.5 van de Regeling zorgverzekering.

De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex ante berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar.

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

	Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden jonger dan achttien jaar
Leeftijd onder achttien jaar	
Wel	168,88
Niet	0,00

Tabel B 5.2: 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	302,20
	25-29 jaar	323,24
	30-34 jaar	301,39
	35-39 jaar	278,15
	40-44 jaar	254,39
	45-49 jaar	246,43
	50-54 jaar	242,44
	55-59 jaar	217,76
	60-64 jaar	217,76
	65-69 jaar	196,60
	70-74 jaar	204,00
	75-79 jaar	189,41
	80-84 jaar	185,83
	85-89 jaar	185,83
Vrouwen	90+ jaar	185,83
	18-24 jaar	306,34
	25-29 jaar	269,10
	30-34 jaar	266,67
	35-39 jaar	254,39
	40-44 jaar	254,39
	45-49 jaar	242,44
	50-54 jaar	242,44
	55-59 jaar	217,76
	60-64 jaar	217,76
	65-69 jaar	188,92
	70-74 jaar	185,83
	75-79 jaar	185,83
	80-84 jaar	185,83
85-89 jaar	185,83	
90+ jaar	185,83	



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

		Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder
GGZ-regio		
1		54,74
2		3,32
3		3,16
4		-7,56
5		-9,08
6		-9,08
7		-9,08
8		-9,08
9		-9,08
10		-9,08

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

		Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder
FKG's		
Geen FKG psychische aandoeningen		-49,84
FKG psychische aandoeningen		1.085,71

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

			Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Arbeidsongeschikten	18-34 jaar		1.375,27
	35-44 jaar		618,38
	45-54 jaar		262,40
	55-64 jaar		52,09
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar		739,55
	35-44 jaar		572,53
	45-54 jaar		430,52
	55-64 jaar		122,18
Zelfstandigen	18-34 jaar		-63,76
	35-44 jaar		-51,48
	45-54 jaar		-39,53
	55-64 jaar		-14,85
Referentiegroep	18-34 jaar		-63,76
	35-44 jaar		-51,48
	45-54 jaar		-39,53
	55-64 jaar		-14,85
	65+ jaar		0,00

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

			Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder
SES > 15 bewoners	18-64 jaar		2.060,12
	65+ jaar		129,32
SES 1 (laag)	18-64 jaar		-21,44
	65+ jaar		-4,36
SES 2 (midden)	18-64 jaar		1,35
	65+ jaar		-4,36
SES 3 (hoog)	18-64 jaar		-21,44
	65+ jaar		-4,36

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

		Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Eenpersoonsadres		
Niet		-30,61
Wel		138,32



Tabel B 5.8: 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	Zie artikel 3.5, vierde lid
Wel	731,33

Tabel B 5.9: 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	Zie artikel 3.5, vierde lid
Wel	4.483,43

Bijlage 6A komt te luiden:

Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering

Bijlage horende bij artikel 3.9 van de Regeling zorgverzekering.

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

Tabel B 6A.1: Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)

		Kosten van B-abc's	Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Kosten van overige prestaties
Mannen	0 jaar	114,98	2.275,67	742,00
	1-4 jaar	154,76	447,12	588,35
	5-9 jaar	110,92	362,29	675,91
	10-14 jaar	77,11	343,55	626,55
	15-17 jaar	89,59	369,43	620,07
	18-24 jaar	96,08	349,54	440,65
	25-29 jaar	112,44	349,29	457,20
	30-34 jaar	126,77	351,32	477,04
	35-39 jaar	141,40	376,81	502,98
	40-44 jaar	165,79	407,50	525,76
	45-49 jaar	192,54	459,61	575,87
	50-54 jaar	240,98	542,08	631,92
	55-59 jaar	309,61	668,21	729,10
	60-64 jaar	376,47	782,37	774,63
	65-69 jaar	485,09	999,51	947,84
	70-74 jaar	604,83	1.196,24	1.054,22
	75-79 jaar	723,68	1.371,11	1.191,93
	80-84 jaar	762,26	1.359,00	1.376,77
	85-89 jaar	730,18	1.338,05	1.565,51
Vrouwen	90+ jaar	563,59	1.269,44	1.868,32
	0 jaar	84,72	1.951,22	656,40
	1-4 jaar	123,45	377,14	540,32
	5-9 jaar	104,65	314,16	610,88
	10-14 jaar	79,74	324,27	625,05
	15-17 jaar	110,07	394,74	696,44
	18-24 jaar	212,43	415,85	611,47
	25-29 jaar	483,63	464,48	893,25
	30-34 jaar	531,52	494,62	947,28
	35-39 jaar	349,45	503,55	731,91
	40-44 jaar	229,94	493,57	617,25
	45-49 jaar	240,74	549,97	663,93
	50-54 jaar	296,65	590,73	741,19
	55-59 jaar	347,95	636,14	821,13
	60-64 jaar	403,47	682,97	875,25
	65-69 jaar	514,59	787,56	1.010,49
	70-74 jaar	637,20	886,60	1.126,16
	75-79 jaar	731,94	969,67	1.282,58
	80-84 jaar	710,08	1.010,19	1.458,53
85-89 jaar	584,53	1.041,15	1.665,45	
90+ jaar	384,58	937,23	1.915,16	



Tabel B 6A.2: Gewichten voor het criterium FKG's (> 180 standaarddag-doseringen per jaar; in euro's per verzekerde)

	Kosten van B-dbc's	Variabele kosten van ziekenhuis-verpleging en kosten van specialistische hulp	Kosten van overige prestaties
FKG's			
Geen FKG	-39,53	-76,11	-230,51
Glaucoom	156,76	12,89	271,82
Schildklieraandoeningen	45,14	152,14	136,38
Antipsychotica, Alzheimer en verslaving	-144,81	50,97	1.444,38
Antidepressiva	22,41	141,88	363,28
Hoog cholesterol	97,62	103,28	340,52
Diabetes IIb (laag intensief)	108,64	108,49	445,14
COPD / zware astma	61,59	860,68	1.528,61
Astma	40,86	280,29	628,27
Diabetes IIa (hoog intensief)	201,67	206,00	760,10
Epilepsie	-29,89	692,33	961,66
Ziekte van Crohn / colitus ulcerosa	648,10	40,90	769,58
Hartaandoeningen	411,72	757,91	840,70
Reuma: TNF α -blokkers	647,22	724,76	14.398,62
Reuma: overige middelen	629,96	451,41	1.399,39
Parkinson	-37,12	777,99	3.330,18
Diabetes I	646,22	343,96	2.405,60
Transplantaties	351,26	959,20	2.804,82
Cystic fibrosis / pancreas aandoeningen	-16,29	1.149,74	4.732,23
Aandoeningen van hersenen en ruggenmerg	-141,89	976,65	9.172,20
Kanker	165,95	1.706,85	9.516,94
HIV / AIDS	-92,87	1.049,52	11.795,24
Nieraandoeningen	77,52	2.518,16	3.273,93
Groeihormonen	-17,21	1.070,80	15.768,68

Tabel B 6A.3: Gewichten voor het criterium DKG's (in euro's per verzekerde)

	Kosten van B-dbc's	Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Kosten van overige prestaties
DKG's			
0	-17,17	-57,20	-32,71
1	753,92	499,05	526,99
2	643,58	996,26	586,01
3	494,24	1.416,08	861,40
4	408,56	1.960,92	1.347,10
5	849,07	2.734,97	1.805,86
6	1.040,28	2.223,41	1.232,88
7	645,24	3.881,69	1.647,48
8	339,97	3.470,44	2.246,05
9	528,80	3.381,42	2.827,82
10	27,17	5.238,10	2.498,50
11	1.216,01	5.143,15	4.461,13
12	426,45	5.511,21	4.253,19
13	-33,14	13.818,87	1.921,38

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

	Kosten van B-dbc's	Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Kosten van overige prestaties
Arbeidson- geschikten	18-34 jaar	5,77	381,38
	35-44 jaar	76,18	368,46
	45-54 jaar	117,22	353,12
	55-64 jaar	121,57	264,75
Bijstandsge- rechtigden	18-34 jaar	35,60	148,92
	35-44 jaar	22,50	164,45
	45-54 jaar	19,41	181,40
	55-64 jaar	-10,81	128,69
Zelfstandi- gen	18-34 jaar	-13,26	-29,01
	35-44 jaar	-24,95	-50,35
	45-54 jaar	-41,09	-70,97
	55-64 jaar	-53,41	-86,21



		Kosten van B-dbc's	Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Kosten van overige prestaties
Referentie-groep	0-17 jaar	0,00	0,00	0,00
	18-34 jaar	-0,49	-16,04	-15,42
	35-44 jaar	-2,61	-21,94	-29,52
	45-54 jaar	-7,99	-34,63	-49,34
	55-64 jaar	-19,49	-52,12	-71,09
	65+ jaar	0,00	0,00	0,00

Tabel B6A.5: Gewichten voor het criterium regio (in euro's per verzekerde)

Regio	Kosten van B-dbc's	Variabele kosten van ziekenhuis-verpleging en kosten van specialistische hulp	Kosten van overige prestaties
1	14,43	38,56	13,40
2	9,37	23,49	8,11
3	6,25	17,24	8,05
4	3,83	3,90	8,41
5	3,66	3,01	6,78
6	0,77	-4,38	2,34
7	-3,71	-11,27	0,14
8	-3,90	-16,01	-2,35
9	-9,47	-22,31	-12,90
10	-21,03	-31,74	-31,79

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

		Kosten van B-dbc's	Variabele kosten van ziekenhuis-verpleging en kosten van specialistische hulp	Kosten van overige prestaties
SES > 15 bewoners	0-17 jaar	1,26	11,04	13,08
	18-64 jaar	-65,33	164,73	-95,57
	65+ jaar	-220,85	56,37	608,64
SES 1 (laag)	0-17 jaar	1,26	11,04	13,08
	18-64 jaar	24,57	18,81	29,65
	65+ jaar	68,20	175,81	155,59
SES 2 (midden)	0-17 jaar	0,08	-9,21	-6,21
	18-64 jaar	13,77	2,19	20,84
	65+ jaar	-2,18	-45,15	-42,41
SES 3 (hoog)	0-17 jaar	-5,12	-13,87	-31,11
	18-64 jaar	-30,62	-18,30	-41,11
	65+ jaar	-27,12	-77,19	-130,83

Bijlage 6B komt te luiden:

Bijlage 6B van de Regeling zorgverzekering

GGZ Bijlage horende bij artikel 3.9 van de Regeling zorgverzekering.

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

Tabel B 6B.1: Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)

		Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Mannen	18-24 jaar	272,83
	25-29 jaar	294,79
	30-34 jaar	293,55
	35-39 jaar	288,00
	40-44 jaar	266,55
	45-49 jaar	261,59
	50-54 jaar	238,53
	55-59 jaar	206,86
	60-64 jaar	205,21
	65-69 jaar	169,50
	70-74 jaar	169,50



Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder		
Vrouwen	75-79 jaar	169,50
	80-84 jaar	171,61
	85-89 jaar	169,50
	90+ jaar	169,50
	18-24 jaar	326,42
	25-29 jaar	329,69
	30-34 jaar	309,48
	35-39 jaar	283,79
	40-44 jaar	265,28
	45-49 jaar	263,58
	50-54 jaar	238,53
	55-59 jaar	205,21
	60-64 jaar	205,21
	65-69 jaar	169,50
	70-74 jaar	169,50
75-79 jaar	169,50	
80-84 jaar	169,50	
85-89 jaar	169,50	
90+ jaar	169,50	

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

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder	
GGZ-regio	
1	37,83
2	29,41
3	15,19
4	-3,92
5	-8,75
6	-14,05
7	-14,05
8	-14,05
9	-14,05
10	-14,05

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

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder	
FKG's	
Geen FKG psychische aandoeningen	-46,62
FKG psychische aandoeningen	1.015,72

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

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder		
Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	960,18
	35-44 jaar	636,25
	45-54 jaar	319,73
	55-64 jaar	47,59
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	718,13
	35-44 jaar	670,95
	45-54 jaar	477,59
Zelfstandigen	55-64 jaar	126,53
	18-34 jaar	-81,81
	35-44 jaar	-74,26
	45-54 jaar	-47,50
Referentiegroep	55-64 jaar	-14,19
	18-34 jaar	-47,52
	35-44 jaar	-53,91
	45-54 jaar	-46,26
	55-64 jaar	-14,19
65+ jaar	0,00	



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

		Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder
SES > 15 bewoners	18-64 jaar	578,02
	65+ jaar	34,30
SES 1 (laag)	18-64 jaar	-2,54
	65+ jaar	-1,15
SES 2 (midden)	18-64 jaar	13,89
	65+ jaar	-1,15
SES 3 (hoog)	18-64 jaar	-22,68
	65+ jaar	-1,15

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

	Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Eenpersoonsadres	
Niet	-28,21
Wel	127,49

Tabel B 6B.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 3.9, derde lid
Wel	873,05

Tabel B 6B.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 3.9, derde lid
Wel	3.113,00

Bijlage 7 komt te luiden:

Bijlage 7 van de Regeling zorgverzekering

Bijlage horende bij de artikelen 3.7 en 3.21, tweede lid, van de Regeling zorgverzekering.

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

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

		Eigen bijdrage ten gevolge van verplicht eigen risico
Mannen	18-24 jaar	79,03
	25-29 jaar	76,14
	30-34 jaar	79,21
	35-39 jaar	83,36
	40-44 jaar	87,76
	45-49 jaar	94,23
	50-54 jaar	103,11
	55-59 jaar	115,11
	60-64 jaar	123,86
	65-69 jaar	137,24
	70-74 jaar	149,45
	75-79 jaar	157,93
	80-84 jaar	162,06
	85-89 jaar	162,66
	90+ jaar	160,20
Vrouwen	18-24 jaar	121,69
	25-29 jaar	123,56
	30-34 jaar	128,97
	35-39 jaar	121,00
	40-44 jaar	117,27
	45-49 jaar	120,84



Eigen bijdrage ten gevolge van verplicht eigen risico		
	50-54 jaar	127,42
	55-59 jaar	131,98
	60-64 jaar	136,76
	65-69 jaar	146,47
	70-74 jaar	155,41
	75-79 jaar	160,72
	80-84 jaar	162,42
	85-89 jaar	159,39
	90+ jaar	150,87

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

Eigen bijdrage ten gevolge van verplicht eigen risico		
Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	31,90
	35-44 jaar	35,03
	45-54 jaar	30,95
	55-64 jaar	19,89
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	25,31
	35-44 jaar	29,48
	45-54 jaar	24,98
	55-64 jaar	8,66
Zelfstandigen	18-34 jaar	-2,32
	35-44 jaar	-5,25
	45-54 jaar	-7,75
	55-64 jaar	-7,41
Referentiegroep	18-34 jaar	-1,35
	35-44 jaar	-1,79
	45-54 jaar	-2,03
	55-64 jaar	-2,46
	65+ jaar	0,00

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

Eigen bijdrage ten gevolge van verplicht eigen risico	
Regio	
1	3,60
2	2,34
3	1,52
4	1,04
5	0,22
6	0,11
7	-1,21
8	-1,37
9	-2,16
10	-3,53

ARTIKEL III

In afwijking van hetgeen daarover in artikel 3.4, eerste lid, van de Regeling zorgverzekering zoals dat met betrekking tot het jaar 2006 gold, was geregeld, bedraagt het bedrag per verzekerde op basis waarvan het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging over het jaar 2006 mede wordt vastgesteld: € 36,59.

ARTIKEL IV

In afwijking van hetgeen daarover in artikel 3.9 van de Regeling zorgverzekering zoals dat met betrekking tot het jaar 2007 gold, was geregeld, worden de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage over het jaar 2007 als volgt herberekend:

1. Ter bepaling van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp merkt het College zorgverzekeringen 87,5 procent van de kostencomponent van de onderhandelbare dbc-tarieven, onafhankelijk van het type instelling of zorgverlener dat deze dbc levert, aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
2. Van de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbc-tarieven in algemene en academische ziekenhuizen, alsmede van het Oogziekenhuis, merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
3. Van de kostencomponent van de kosten van dbc's, geleverd door instellingen die meedoen aan



experimenten in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg, die niet vallen onder de reguliere onderhandelbare dbc's, merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.

4. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de in 2007 gerealiseerde opbrengstresultaten voor een door hem per instelling voor medisch specialistische zorg vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
5. Het College zorgverzekeringen bepaalt per ziekenhuis het percentage, genoemd in het tweede, derde en vierde lid, op basis van door de zorgautoriteit te verschaffen gegevens.
6. Het College zorgverzekeringen merkt 75 procent van de kostencomponent van de niet-onderhandelbare dbc-tarieven van instellingen dan wel zorgverleners die niet genoemd zijn in het tweede lid aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
7. De kostencomponent en honorariumcomponent van overige trajecten en verrichtingen en van ondersteunende en overige producten van instellingen en zorgverleners die in hoofdzaak worden gefinancierd op basis van dbc's, alsmede alle kosten van overige instellingen op het gebied van ziekenhuisverpleging voor zover zij niet worden gefinancierd op basis van dbc's, merkt het College zorgverzekeringen voor 75 procent aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, met uitzondering van de verpleegkosten van instellingen die niet gefinancierd worden op basis van dbc's, waarvoor een percentage van 60 wordt aangehouden.
8. Het College zorgverzekeringen merkt de honorariumcomponent van onderhandelbare dan wel niet-onderhandelbare dbc's, alsmede eventuele overige declaraties van vrijgevestigde specialisten, met uitzondering van de honorariumcomponent van overige trajecten en verrichtingen en van ondersteunende en overige producten, volledig aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
9. Het College zorgverzekeringen betreft de renteheffingstarieven niet bij de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
10. Het College zorgverzekeringen past hogekostencompensatie toe, overeenkomstig artikel 3.12 van de Regeling zorgverzekering zoals dit met betrekking tot het jaar 2007 luidde.
11. Na toepassing van het tiende lid past het College zorgverzekeringen op door hem te bepalen wijze generieke verevening toe ter grootte van 30 procent.
12. Het College zorgverzekeringen calculeert 35 procent na op het verschil tussen de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, vastgesteld ingevolge het eerste tot en met negende lid, en het resultaat na toepassing van het elfde lid.
13. Indien het gemiddelde absolute resultaat per premieplichtige verzekerde na toepassing van het twaalfde lid meer dan € 17,50 afwijkt van 0, worden de buiten bedoelde bandbreedte liggende meer- of minderkosten voor 90 procent nagecalculeerd.

ARTIKEL V

In afwijking van hetgeen daarover in artikel 3.10 van de Regeling zorgverzekering zoals dat met betrekking tot het jaar 2007 gold, was geregeld, worden de vaste kosten van ziekenhuisverpleging ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage over het jaar 2007 als volgt herberekend:

1. Het College zorgverzekeringen baseert de herberekening per zorgverzekeraar van het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging samenhangend met overige vaste kosten, bedoeld in artikel 3.4, tweede lid, van de Regeling zorgverzekering zoals dat met betrekking tot het jaar 2007 luidde, op de overige vaste kosten in het jaar 2006.
2. Ter bepaling van de vaste kosten van ziekenhuisverpleging merkt het College zorgverzekeringen 12,5 procent van de kostencomponent van de onderhandelbare dbc-tarieven, onafhankelijk van het type instelling of zorgverlener dat deze dbc levert, aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
3. Van de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbc-tarieven in algemene en academische ziekenhuizen, alsmede van het Oogziekenhuis, merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
4. Het percentage per ziekenhuis, bedoeld in het derde lid, is gelijk aan 100 minus het percentage, bedoeld in artikel IV, tweede lid.
5. Van de kostencomponent van de kosten van dbc's, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg, die niet vallen onder de reguliere onderhandelbare dbc's, merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
6. Het percentage per instelling, bedoeld in het vijfde lid, is gelijk aan 100 minus het percentage, bedoeld in artikel IV, derde lid.
7. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de in 2007 gerealiseerde opbrengstresultaten voor een door hem per instelling voor medisch specialistische zorg vast te stellen percentage aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
8. Het percentage per instelling, bedoeld in het zevende lid, is gelijk aan 100 minus het percentage, bedoeld in artikel IV, vierde lid.



9. Het College zorgverzekeringen merkt 25 procent van de kostencomponent van de niet-onderhandelbare dbc-tarieven van instellingen dan wel zorgverleners die niet genoemd zijn in het derde lid aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
10. De kostencomponent en honorariumcomponent van overige trajecten en verrichtingen en van ondersteunende en overige producten van instellingen en zorgverleners die in hoofdzaak worden gefinancierd op basis van dbc's alsmede alle kosten van overige instellingen op het gebied van ziekenhuisverpleging voor zover zij niet worden gefinancierd op basis van dbc's, merkt het College zorgverzekeringen voor 25 procent aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging, met uitzondering van de verpleegkosten bij instellingen die niet worden gefinancierd op basis van dbc's, waarvoor een percentage van 40 wordt aangehouden.
11. Het College zorgverzekeringen betreft de renteheffingstarieven niet bij de vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
12. Het College zorgverzekeringen calculeert 100 procent na op het verschil tussen de vaste kosten van ziekenhuisverpleging, vastgesteld ingevolge het tweede tot en met elfde lid, en het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging na toepassing van het eerste lid.

ARTIKEL VI

In afwijking van hetgeen daarover in artikel 3.9 van de Regeling zorgverzekering zoals dat met betrekking tot het jaar 2008 gold, was geregeld, worden de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en de kosten van specialistische hulp ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage over het jaar 2008 als volgt herberekend:

1. Ter bepaling van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp merkt het College zorgverzekeringen 100 procent van de kostencomponent van de onderhandelbare dbc-tarieven, onafhankelijk van het type instelling of zorgverlener dat deze dbc levert, aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
2. Van de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbc-tarieven in algemene en academische ziekenhuizen, alsmede van het Oogziekenhuis merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
3. Van de kostencomponent van de kosten van dbc's, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg, die niet vallen onder de reguliere onderhandelbare dbc's, merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
4. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de in 2008 gerealiseerde opbrengstresultaten voor een door hem per instelling voor medisch specialistische zorg vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
5. Het College zorgverzekeringen bepaalt per ziekenhuis het percentage, genoemd in het tweede, derde en vierde lid, op basis van door de zorgautoriteit te verschaffen gegevens.
6. Het College zorgverzekeringen merkt 75 procent van de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbc-tarieven van instellingen dan wel zorgverleners die niet genoemd zijn in het tweede lid aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
7. Met uitzondering van de verpleegkosten bij instellingen die niet worden gefinancierd op basis van dbc's, waarvoor een percentage van 60 wordt aangehouden, merkt het College zorgverzekeringen de volgende kosten voor 75 procent aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp:
 - a. de kostencomponent en honorariumcomponent van overige trajecten en verrichtingen en van ondersteunende en overige producten van instellingen en zorgverleners die in hoofdzaak worden gefinancierd op basis van dbc's;
 - b. alle kosten van overige instellingen op het gebied van ziekenhuisverpleging voor zover zij niet worden gefinancierd op basis van dbc's;
 - c. de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de in 2008 gerealiseerde opbrengstresultaten van centra voor klinische genetica, radiotherapie, epilepsie, dialyse en revalidatie.
8. Het College zorgverzekeringen betreft de renteheffingstarieven niet bij de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
9. Het College zorgverzekeringen past hogekostencompensatie toe, overeenkomstig artikel 3.13 van de Regeling zorgverzekering zoals dit met betrekking tot het jaar 2008 luidde.
10. Het College zorgverzekeringen calculeert 50 procent na op het verschil tussen de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, vastgesteld ingevolge het eerste tot en met achtste lid, en het resultaat na toepassing van het negende lid.
11. Indien het gemiddelde absolute resultaat per premieplichtige verzekerde na toepassing van het tiende lid meer dan € 20 afwijkt van 0, worden de buiten bedoelde bandbreedte liggende meer- of minderkosten voor 90 procent nagecalculeerd.



ARTIKEL VII

In afwijking van hetgeen daarover in artikel 3.10 van de Regeling zorgverzekering zoals dat met betrekking tot het jaar 2008 gold, was geregeld, worden vaste kosten van ziekenhuisverpleging ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage over het jaar 2008 als volgt herberekend:

1. Het College zorgverzekeringen baseert de herberekening per zorgverzekeraar van het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging, samenhangend met overige vaste kosten, bedoeld in artikel 3.4, tweede lid, van de Regeling zorgverzekering zoals dat met betrekking tot het jaar 2008 luidde, op de overige vaste kosten in het jaar 2007.
2. Van de kostencomponent van de niet-onderhandelbare dbc-tarieven in algemene en academische ziekenhuizen, alsmede van het Oogziekenhuis, merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
3. Het percentage per ziekenhuis, bedoeld in het tweede lid, is gelijk aan 100 minus het percentage, bedoeld in artikel VI, tweede lid.
4. Van de kostencomponent van de kosten van dbc's, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg, die niet vallen onder de reguliere onderhandelbare dbc's, merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
5. Het percentage per instelling, bedoeld in het vierde lid, is gelijk aan 100 minus het percentage, bedoeld in artikel VI, derde lid.
6. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de in 2008 gerealiseerde opbrengstresultaten voor een door hem per instelling voor medisch specialistische zorg vast te stellen percentage aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
7. Het percentage per instelling, bedoeld in het zesde lid, is gelijk aan 100 minus het percentage, bedoeld in artikel VI, vierde lid.
8. Het College zorgverzekeringen merkt 25 procent van de kostencomponent van de niet-onderhandelbare dbc-tarieven van instellingen dan wel zorgverleners die niet genoemd zijn in het tweede lid aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
9. Met uitzondering van de verpleegkosten bij instellingen die niet worden gefinancierd op basis van dbc's, waarvoor een percentage van 40 wordt aangehouden, merkt het College zorgverzekeringen de volgende kosten voor 25 procent aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging:
 - a. de kostencomponent en honorariumcomponent van overige trajecten en verrichtingen en van ondersteunende en overige producten van instellingen en zorgverleners die in hoofdzaak worden gefinancierd op basis van dbc's;
 - b. alle kosten van overige instellingen op het gebied van ziekenhuisverpleging voor zover zij niet worden gefinancierd op basis van dbc's;
 - c. de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de in 2008 gerealiseerde opbrengstresultaten van centra voor klinische genetica, radiotherapie, epilepsie, dialyse en revalidatie.
10. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten van zorg die in 2007 door epilepsie-instellingen zijn gestart en doorliepen in 2008, en die niet op individuele basis werden gedeclareerd, voor 100 procent aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
11. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de in 2006 en 2007 gerealiseerde opbrengstresultaten van centra voor klinische genetica, radiotherapie, epilepsie, dialyse en revalidatie voor 100 procent aan als bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage over het jaar 2008 in acht te nemen vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
12. Het College zorgverzekeringen betreft de renteheffingstarieven niet bij de vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
13. Het College zorgverzekeringen calculeert 100 procent na op het verschil tussen de vaste kosten van ziekenhuisverpleging, vastgesteld ingevolge het tweede tot en met dertiende lid, en het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging na toepassing van het eerste lid.

ARTIKEL VIII

In afwijking van hetgeen daarover in artikel 3.11 van de Regeling zorgverzekering zoals dat met betrekking tot het jaar 2008 gold, was geregeld, worden de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage over het jaar 2008 als volgt herberekend:

1. Het College zorgverzekeringen merkt de vaste bedragen ter verrekening van de in 2008 gerealiseerde opbrengstresultaten van gebudgetteerde instellingen voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor 100 procent aan als kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.
2. Het College zorgverzekeringen calculeert 100 procent na op het verschil tussen de werkelijk gemaakte kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de normatieve bijdrage geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.



ARTIKEL IX

In afwijking van hetgeen daarover in artikel 3.15 van de Regeling zorgverzekering zoals dat met betrekking tot het jaar 2009 gold, was geregeld, worden de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en de kosten van specialistische hulp ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage over het jaar 2009 als volgt herberekend:

1. Van de kostencomponent van onderhandelbare dbc-tarieven, met uitzondering van de B-dbc's bedoeld in artikel 3.1 zoals dat met betrekking tot 2009 gold, merkt het College zorgverzekeringen 100 procent aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
2. Van de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbc-tarieven in algemene en academische ziekenhuizen, alsmede van het Oogziekenhuis, merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
3. Van de kostencomponent van de kosten van dbc's, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg, die niet vallen onder de reguliere onderhandelbare dbc's en niet bedoeld zijn in artikel 3.1 zoals dat met betrekking tot 2009 gold, merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
4. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de in 2009 gerealiseerde opbrengstresultaten voor een door hem per instelling voor medisch specialistische zorg vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging.
5. Het College zorgverzekeringen bepaalt per ziekenhuis het percentage, bedoeld in het tweede, derde en vierde lid, op basis van door de zorgautoriteit te verschaffen gegevens.
6. Het College zorgverzekeringen merkt 75 procent van de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbc-tarieven van instellingen dan wel zorgverleners, die niet bedoeld zijn in het tweede lid of derde lid, aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
7. Met uitzondering van de verpleegkosten bij instellingen die niet worden gefinancierd op basis van dbc's, waarvoor een percentage van 60 wordt aangehouden, merkt het College zorgverzekeringen de volgende kosten voor 75 procent aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp:
 - a. de kostencomponent en honorariumcomponent van overige trajecten en verrichtingen en van ondersteunende en overige producten van instellingen en zorgverleners die in hoofdzaak worden gefinancierd op basis van dbc's;
 - b. alle kosten van overige instellingen op het gebied van ziekenhuisverpleging voor zover zij niet worden gefinancierd op basis van dbc's;
 - c. de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de in 2009 gerealiseerde opbrengstresultaten van centra voor klinische genetica, radiotherapie, epilepsie, dialyse en revalidatie.
8. Het College zorgverzekeringen merkt de honorariumcomponent van onderhandelbare dbc's, met uitzondering van de B-dbc's bedoeld in artikel 3.1 zoals dat met betrekking tot het jaar 2009 gold, dan wel niet-onderhandelbare dbc's, alsmede eventuele overige declaraties van vrijgevestigde specialisten, met uitzondering van de honorariumcomponent van overige trajecten en verrichtingen en van ondersteunende en overige producten waarvoor een percentage van 75 wordt aangehouden, volledig aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
9. Het College zorgverzekeringen betreft de renteheffingstarieven niet bij de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
10. Het College zorgverzekeringen past overeenkomstig artikel 3.13 zoals dat met betrekking tot het jaar 2009 gold, hogekostencompensatie toe op het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.
11. Het College zorgverzekeringen calculeert 40 procent na op het verschil tussen de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, vastgesteld ingevolge het eerste tot en met negende lid enerzijds, en het herberekende deelbedrag van variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp na toepassing van het tiende lid anderzijds.

ARTIKEL X

In afwijking van hetgeen daarover in artikel 3.16 van de Regeling zorgverzekering zoals dat met betrekking tot het jaar 2009 gold, was geregeld, wordt het antwoord op de vraag of daar bedoelde nacalculatie dient plaats te vinden niet mede bepaald aan de hand van toepassing van het tiende lid van artikel 3.15, maar aan de hand van toepassing van het elfde lid van artikel IX.

ARTIKEL XI

In afwijking van hetgeen daarover in artikel 3.17 van de Regeling zorgverzekering zoals dat met



betrekking tot het jaar 2009 gold, was geregeld, worden vaste kosten van ziekenhuisverpleging ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage over het jaar 2009 als volgt herberekend:

1. Het College zorgverzekeringen baseert de herberekening per zorgverzekeraar van het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging op de vaste kosten in het jaar 2008.
2. Het College van zorgverzekeringen merkt kosten van 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 vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
3. Van de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbc-tarieven in algemene en academische ziekenhuizen, alsmede van het Oogziekenhuis, merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
4. Het percentage per ziekenhuis, bedoeld in het derde lid, is gelijk aan 100 minus het percentage, bedoeld in artikel IX, tweede lid.
5. Van de kostencomponent van de kosten van dbc's, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg en die niet zijn bedoeld in artikel 3.1 zoals dat met betrekking tot 2009 gold, merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
6. Het percentage per instelling, bedoeld in het vijfde lid, is gelijk aan 100 minus het percentage, bedoeld in artikel IX, derde lid.
7. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de opbrengsresultaten in 2009 voor een door hem per instelling voor medisch specialistische zorg vast te stellen percentage aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
8. Het percentage per instelling, bedoeld in het zevende lid, is gelijk aan 100 minus het percentage, bedoeld in artikel IX, vierde lid.
9. Het College zorgverzekeringen merkt 25 procent van de kostencomponent van niet-onderhandelbare dbc-tarieven van instellingen, dan wel zorgverleners, die niet bedoeld zijn in het derde of vijfde lid, aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
10. Met uitzondering van de verpleegkosten bij instellingen die niet worden gefinancierd op basis van dbc's, waarvoor een percentage van 40 wordt aangehouden, merkt het College zorgverzekeringen de volgende kosten voor 25 procent aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging:
 - a. de kostencomponent en honorariumcomponent van overige trajecten en verrichtingen en van ondersteunende en overige producten van instellingen en zorgverleners die in hoofdzaak worden gefinancierd op basis van dbc's;
 - b. alle kosten van overige instellingen op het gebied van ziekenhuisverpleging voor zover zij niet worden gefinancierd op basis van dbc's;
 - c. de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de in 2009 gerealiseerde opbrengstresultaten van centra voor klinische genetica, radiotherapie, epilepsie, dialyse en revalidatie.
11. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten van de overgangsregeling van het functioneel leeftijdsontslag van werknemers in de publieke ambulancezorg in 2009 voor 100 procent aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
12. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten van de overgangsregeling van het functioneel leeftijdsontslag van werknemers in de publieke ambulancezorg in 2008 voor 100 procent aan als bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage over het jaar 2009 in acht te nemen vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
13. Het College zorgverzekeringen betreft de renteheffingstarieven niet bij de vaste kosten van ziekenhuisverpleging.
14. Het College zorgverzekeringen calculeert 100 procent na op het verschil tussen de vaste kosten van ziekenhuisverpleging, vastgesteld ingevolge het tweede tot en met twaalfde lid enerzijds, en het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging na toepassing van het eerste lid anderzijds.

ARTIKEL XII

In afwijking van hetgeen daarover in artikel 3.18 van de Regeling zorgverzekering zoals dat met betrekking tot het jaar 2009 gold, was geregeld, worden de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage over het jaar 2009 als volgt herberekend:

1. Het College zorgverzekeringen merkt de vaste bedragen ter verrekening van in 2009 gerealiseerde opbrengsresultaten van gebudgetteerde instellingen voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor 100 procent aan als kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.
2. Het College zorgverzekeringen calculeert 100 procent na op het verschil tussen de werkelijk gemaakte kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de normatieve bijdrage geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.

ARTIKEL XIII

De artikelen I, II en III van de Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van



29 september 2009, nr. Z/F-2958935, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering ter zake van de vereveningsbijdrage voor zorgverzekeraars in het jaar 2010 (Stcrt. 2009, 15003) vervallen.

ARTIKEL XIV

Hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering, zoals dat na toepassing van artikel I juncto XV, derde lid, luidde op de dag voor de inwerkingtreding van artikel II, blijft van toepassing voor de vaststelling van de voor zorgverzekeraars geldende vereveningsbijdragen over 2010.

ARTIKEL XV

1. Deze Regeling treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst.
2. Indien de Staatscourant waarin deze regeling wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 28 september 2010 werkt deze regeling terug tot en met 30 september 2010.
3. Artikel I werkt terug tot en met 1 januari 2010.

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

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



TOELICHTING

Algemeen

Met deze regeling wordt hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering met betrekking tot de vereveningsbijdragen 2010 vervangen door een nieuw hoofdstuk 3 met betrekking tot de vereveningsbijdragen 2011 (artikel II). Jaarlijks legt de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de voor alle zorgverzekeraars beschikbare middelen voor de kosten van prestaties op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) vast. Met de invoering van de Zvw is er voor gekozen alle nadere regelgeving voor de Zvw in één besluit (Besluit zorgverzekering) en in één ministeriële regeling (Regeling zorgverzekering) neer te leggen. Voornaamste doel hiervan was bevordering van de transparantie van de regelgeving. De regels inzake de vereveningsbijdragen aan zorgverzekeraars zijn opgenomen in hoofdstuk 3 van deze Regeling. Vóór de inwerkingtreding van de Zvw werd voor de risicoverevening ieder jaar een afzonderlijke ministeriële regeling getroffen. Voordeel hiervan was dat voor betrokkenen duidelijk was hoe de verevenings-systeematiek voor dat jaar luidde. Om dit voordeel te behouden, worden in artikel II van onderhavige Regeling de paragrafen in het huidige hoofdstuk 3, die betrekking hebben op de vaststelling van de vereveningsbijdragen voor het jaar 2010, integraal vervangen door nieuwe paragrafen met betrekking tot het jaar 2011. Daarnaast is in dit artikel een definitie van grensoverschrijdende zorg opgenomen. In artikel XIV is expliciet bepaald dat de regels van het huidige hoofdstuk 3, zoals deze bepalingen luiden voor inwerkingtreding van deze wijzigingsregeling, voor het jaar 2010 nog van toepassing blijven voor de vaststelling van de voor zorgverzekeraars geldende vereveningsbijdragen over 2010. Dit met toepassing van de wijzigingen genoemd in artikel I van deze Regeling. Ten slotte bevat artikel XV regels over de inwerkingtreding van de Regeling voor 2010. Artikel I bevat wijzigingen in de risicovereveningsregels zoals deze met betrekking tot het kalenderjaar 2010 luiden. Het gaat daarbij om de wijze waarop de volgende kosten worden verwerkt in de risicoverevening: kosten van prestaties waarop de beleidsregel 'Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch-specialistische zorg' van de zorgautoriteit van toepassing is, de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de in 2010 gerealiseerde opbrengstresultaten van centra voor klinische genetica, radiotherapie, epilepsie, dialyse en revalidatie, kosten van het functioneel leeftijdsontslag van werknemers in de publieke ambulancezorg, kosten van prestaties waarop de beleidsregels 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' of 'Prestatiebepoortering multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen' van de zorgautoriteit van toepassing zijn. In artikel III wordt het bedrag per verzekerde, waarmee de zogenaamde academische component wordt gefinancierd, voor 2006 aangepast.

De artikelen IV tot en met XII bevatten naast correcties op de vaststellingsregels voor de jaren 2006, 2007, 2008 en 2009, ook nog een aantal toevoegingen op deze regels. Het gaat hierbij om de wijze waarop de volgende kosten in de risicoverevening worden verwerkt: de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de gerealiseerde opbrengstresultaten van algemene en academische ziekenhuizen, alsmede van centra voor klinische genetica, radiotherapie, epilepsie, dialyse en revalidatie, en van instellingen voor geneeskundige, geestelijke gezondheidszorg, kosten van epilepsie-instellingen, kosten van prestaties waarop de beleidsregel 'Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch-specialistische zorg' van de zorgautoriteit van toepassing is, en kosten van de overgangsregeling van het functioneel leeftijdsontslag van werknemers in de publieke ambulancezorg.

In de artikel XIV is expliciet bepaald dat de regels van het huidige hoofdstuk 3, zoals deze bepalingen luiden voor inwerkingtreding van deze wijzigingsregeling, voor het jaar nog van toepassing blijven voor de vaststelling van de voor zorgverzekeraars geldende vereveningsbijdragen over 2010. Dit met toepassing van de wijzigingen genoemd in artikel I van deze Regeling. Ten slotte bevat artikel XV regels over de terugwerkende kracht van de wijzigingen van de Regeling 2010 en de inwerkingtreding van de Regeling voor 2011.

De Tweede Kamer heeft de risicoverevening in verband met de demissionaire status van het kabinet controversieel verklaard. Nu er nog geen nieuw kabinet is blijven structurele wijzigingen van het risicovereveningsmodel dan ook achterwege. Zo is verdere afbouw van de ex post compensatiemechanismen opgeschort. De belangrijkste wijzigingen voor 2011 ten opzichte van de 2010 die nog wél worden doorgevoerd zijn:

1. De nieuwe bepaling van de omvang van de middelen die beschikbaar zijn voor de risicoverevening voor het jaar 2011.
2. Het schrappen van vereveningscriteria 'leeftijd onder achttien jaar', 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel' en 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel'. Met deze nieuwe criteria is voor de vereveningsbijdrage over 2010 éénmalig rekening gehouden. Nu ze ook voor de vereveningsbijdrage over 2011 en mogelijk latere jaren gebruikt zullen worden, zijn ze, conform artikel 32 van de Zvw, in het Besluit zorgverzekering opgenomen.



Achtergrond informatie basisgegevens en schattingen ex ante vereveningsmodellen

Somatische zorg 2010

Basisgegevens

Het risicovereveningssysteem 2011 wordt gebaseerd op de meest recente – zo veel mogelijk – uitgedeclareerde kostengegevens van alle zorgverzekeraars op individueel verzekerdeniveau. Het betreft de kostengegevens met bijbehorende verzekerdenkenmerken voor het jaar 2008. Deze gegevens zijn afkomstig uit één, uniform registratiesysteem. In 2008 zijn, ten opzichte van 2007, de gegevens van 3 extra risicodragers (zorgverzekeraars) aan het registratiesysteem toegevoegd. Hierdoor is de dekkinggraad van het registratiesysteem in 2008 toegenomen tot 93,9 procent. Dit is een duidelijke verbetering ten opzichte van 2007, toen deze 89,6 procent bedroeg.

Onderzoeksbestand

Om de basisgegevens 2008 zoveel mogelijk representatief te maken voor 2011 is een aantal bewerkingen uitgevoerd onder begeleiding van de Werkgroep Onderzoek Risicoverevening (WOR)¹. Ten eerste zijn de kosten van ziekenhuiscost gecorrigeerd voor de opbrengstresultaten bij algemene en academische ziekenhuizen in 2008. Hiertoe zijn op het niveau van individuele verzekerden de tarieven van originele declaraties aangepast. Ten tweede zijn voor de B-dbc's, die in 2009 nieuw zijn geïntroduceerd, de oude A-dbc-tarieven vervangen door de markttarieven zoals de zorgautoriteit die verwacht.

In 2009 is besloten om in de risicoverevening de ziekenhuiskosten uit te splitsen in drie categorieën (de zogenaamde deelbedragen), naast de al bestaande deelbedragen "vaste ziekenhuiskosten" en "variabele ziekenhuiskosten" werd een deelbedrag "kosten van B-dbc's" geïntroduceerd.

Om de basisgegevens zo veel mogelijk representatief te maken voor 2011 zijn een aantal pakketmaatregelen op individuniveau in de onderzoeksgegevens verwerkt. Dit betreffen correcties voor: de kosten van tandheelkunde voor 18- tot en met 21-jarigen; de kosten van gebruik van de anticonceptiepil vanaf 21 jaar; een verlaging van de kosten van paramedische zorg omdat per 2011 niet de eerste 9 maar de eerste 12 zittingen van fysiotherapie en van oefentherapie voor eigen rekening van de patiënt komen en een verlaging van de kosten van hulpmiddelen in verband met het schrappen van de dekking voor eenvoudige hulpmiddelen.

Daarnaast zijn de kosten gepaard gaande met nierdialyse in de onderzoeksdata (van 2008) ongeveer gehalveerd ten opzichte van 2007. Dit is het gevolg van een halvering van de betreffende dbc-tarieven per 2008. De gevolgen hiervan zijn een kleinere hogekostenvereveningspool, zeer fors lagere normbedragen voor DKG13 in het ex-ante risicovereveningsmodel, en beperkt lagere normbedragen voor DKG13 in het ex-post model.

Door deze aanpassingen zijn de basisgegevens representatief gemaakt voor het jaar waarop de risicoverevening betrekking heeft, in dit geval 2011.

Ex ante vereveningsmodel 2011

In 2011 zullen er geen wijzigingen zijn in de vormgeving van het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische zorg. De WOR geeft aan dat volledigheid en kwaliteit van de gegevens 2008 verbeterd zijn ten opzichte van 2007. Verder geeft de WOR aan vertrouwen te hebben in de stabiliteit en robuustheid van het vereveningsmodel.

Kwaliteit risicovereveningsmodel 2011

De kwaliteit van het ex ante risicovereveningsmodel kan worden afgemeten aan de mate van voorspelkracht en de mate van robuustheid van het model. De voorspelkracht is onder andere uit de volgende drie maten af te lezen:

1. de verklaringskracht van het model op individueel verzekerdeniveau (de standaard statistische maat R-kwadraat);
2. de aansluiting van de verwachte kosten met het vereveningsmodel en de werkelijke kosten voor groepen verzekerden, het zogenaamde vereveningsresultaat²;

¹ De Werkgroep Onderzoek Risicoverevening (WOR) begeleidt het onderzoek naar de risicoverevening, in de WOR nemen deskundigen van verzekeraars, onderzoeksbureaus, Zorgverzekeraars Nederland en het College voor Zorgverzekeringen deel.

² Deze aansluiting wordt weergegeven door de gewogen gemiddelde absolute afwijking (GGAA) op verzekerarsniveau. De GGAA wordt uitgedrukt in euro per verzekerdenjaar.



3. de bandbreedte in vereveningsresultaten tussen zorgverzekeraars. De bandbreedte geeft het verschil in gemiddeld resultaat per verzekerde weer tussen de verzekeraar met het laagste vereveningsresultaat en de verzekeraar met het hoogste resultaat per verzekerde³. De robuustheid van het vereveningsmodel wordt weergegeven in gemiddelde afwijking van de normbedragen (de gewichten in het vereveningsmodel).

Om uitspraken te kunnen doen over de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel wordt onderscheid gemaakt tussen de effecten van de verbeterde onderzoeksgegevens waarop het model is gebaseerd en de effecten als gevolg van verbeteringen aan de vereveningscriteria.

Om het effect van de verbeterde onderzoeksgegevens te bepalen is de doorrekening van het risico-vereveningsmodel 2010 op de gegevens 2007 vergeleken met de doorrekening op gegevens 2008. De verklaringskracht op individuniveau (R-kwadraat) daalt bij doorrekening op de gegevens 2007 met ruim 5 procentpunt van ruim 25 procent naar ongeveer 20 procent. Dit komt vooral door de halvering van de dbc-tarieven voor dialyse (DKG 13). De robuustheid van het model is goed. Er is sprake van een hoge mate van stabiliteit van de normbedragen; de overall gemiddelde afwijking bedraagt ongeveer € 12 euro en is iets lager dan voorgaande jaren.

Met name bij de variabele kosten van ziekenhuiszorg is de stabiliteit van de normbedragen toegenomen.

De aansluiting tussen de verwachte kosten en de werkelijke kosten op verzekeraarsniveau is voor het vereveningsmodel 2011 beter dan voor het vereveningsmodel 2010. Dit wordt vooral veroorzaakt door de betere kwaliteit van de aangeleverde kostengegevens van ziekenhuiszorg.

Vervolgens is bezien of de kwaliteit van het vereveningsmodel verbeterd door verbetering aan de vereveningscriteria. Hiertoe zijn de resultaten bezien van een doorrekening van model 2011 op de gegevens 2008 ten opzichte van de doorrekening van model 2010 op de gegevens 2008.

De vereveningskenmerken zijn voor model 2010 en 2011 gelijk. Verschillen ontstaan doordat de FKG-referentietabel geactualiseerd is en pakketmaatregelen per 2011 zijn verwerkt.

De voorspelkracht op individuniveau bedraagt bijna 20 procent. Het vereveningsresultaat en de bandbreedte laten op verzekeraarsniveau een kleine verslechtering zien. De gemiddelde resultaatverschuiving op verzekeraarsniveau bedraagt ongeveer € 2 gemiddeld per verzekerdejaar.

Conclusie

Bovenstaande onderzoeksresultaten rechtvaardigen de conclusie dat het risicovereveningsmodel kwalitatief goed, stabiel en robuust is. Het model is bestand tegen veranderingen in de omgeving.

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

Basisgegevens

Sinds 1 januari 2008 is de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (geneeskundige GGZ) van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) overgeheveld naar de Zvw. Tot nu toe beruiste het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ op gegevens uit het AWBZ-tijdperk, die zijn verzameld bij geneeskundige GGZ-instellingen en franchiseorganisaties (de Verantwoording GGZ), en PAAZ-en (de LMR). In het onderzoek voor het vereveningsmodel 2011 wordt gebruik gemaakt van gegevens over 2008, hiertoe zijn voor de eerste maal kostengegevens uit de administratie van zorgverzekeraars beschikbaar.

De gegevens 2008 die in het onderzoek gebruikt worden zijn hierdoor niet volledig vergelijkbaar met de gegevens 2007. In voorgaande jaren waren gegevens met betrekking tot eerstelijns psychologische zorg, vrijevestigde psychiaters en psychotherapeuten en zorg bij nieuwe geneeskundige GGZ-aanbieders maar beperkt beschikbaar.

Onderzoeksbestand

Bij de invoering van dbc's is de declaratiestroom het eerste jaar langzaam op gang gekomen. Bovendien blijkt dat dbc's in de geneeskundige GGZ in vergelijking met de somatische zorg gemiddeld een langere doorlooptijd hebben. Zelfs begin 2010 zijn nog aanzienlijke declaraties door geneeskundige GGZ-aanbieders over 2008 ingediend. Gelet op bovenstaande is daarom besloten om in plaats van de declaratiebestanden van Vektis (8 kwartalen declaraties) uit te gaan van het schadebestand van het College zorgverzekeringen (CVZ). Dit bestand is een nagenoeg uitgedeclareerd bestand, op basis van (gemiddeld) 9,5 kwartalen declaraties.

³ Bij de bepaling van de bandbreedte worden een beperkt aantal, namelijk de zeer kleine risicodragers buiten beschouwing gelaten.



Om de basisgegevens 2008 zoveel mogelijk representatief te maken voor 2011 zijn twee belangrijke bewerkingen uitgevoerd onder begeleiding van de WOR. Ten eerste zijn de kosten zoveel mogelijk gecorrigeerd voor de zogeheten overfinanciering (opbrengstresultaten) van gebudgetteerde geneeskundige GGZ-instellingen in 2008. Ook zijn de kosten geschoond voor de overloop-dbc's, waardoor het onderzoek alleen op de structurele kosten (kosten van structurele dbc's en de overige geneeskundige GGZ-kosten) plaats vindt.

Door het schonen van het schadebestand voor overloop-dbc's worden de totale kosten voor ruwweg € 1,0 miljard geschoond. Vervolgens wordt de opbrengstresultaten verrekend wat resulteert in een totale ophoging van de kosten met € 0,3 miljard. Deze opbrengstverrekening kent grote verschillen tussen zorgverzekeraars en regio's.

Net als vorig jaar heeft de analyse en de schatting van het model uitsluitend betrekking op verzekerden van 18 jaar en ouder. Voor de groep verzekerden jonger dan 18 jaar ontbreekt betrouwbare informatie over het geneeskundige GGZ-gebruik in het verleden.

Het gebruik van het declaratiebestand van het CVZ op basis van 9,5 kwartalen heeft geleid tot een aanzienlijke verbetering van het onderzoeksbestand ten opzichte van 2007. Door de bewerkingen zijn de basisgegevens beter dan in het voorafgaande jaar representatief gemaakt voor het jaar waarop de risicoverevening betrekking heeft, in dit geval 2011.

Ex ante vereveningsmodel

In 2011 zullen er geen wijzigingen zijn in de vormgeving van het ex ante risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ. De WOR geeft aan dat volledigheid en kwaliteit van de gegevens 2008 verbeterd zijn ten opzichte van 2007. Verder geeft de WOR aan dat de voorspelkracht van het vereveningsmodel niet veranderd is ten opzichte van het model 2010.

Kwaliteit risicovereveningsmodel 2010

De kosten van de geneeskundige GGZ zijn erg scheef verdeeld over de verzekerden. Doordat dit jaar in het onderzoek gebruik gemaakt is van dbc-declaraties, zijn de prevalenties ten opzichte van het vorige onderzoeksbestand gedaald, terwijl de gemiddelde kosten gestegen zijn. Dit leidt tot een nog schevere verdeling van de kosten en een verslechtering van de vereveningsresultaten ten opzichte van vorig jaar.

De verklaringskracht van het model bedraagt nu 4,9 procent en is lager dan vorig jaar. Het vereveningsresultaat, de eerder genoemde gewogen gemiddelde absolute afwijking (GGAA), bedraagt € 24 per verzekerdejaar (was € 14) en de bandbreedte van de vereveningsresultaten is van ongeveer € 132 gestegen naar ongeveer € 201.

De verklaringskracht van het model voor geneeskundige GGZ is lager dan die voor het somatische model. Een verklaring hiervoor is dat een deel van de kosten van de geneeskundige GGZ incidenteel van aard is en daarmee moeilijk te modelleren. Niet alleen in het onderzoek zijn de kosten moeilijk te normeren, maar deze kosten zijn in dezelfde mate moeilijk te voorspellen door zorgverzekeraars. Doordat zorgverzekeraars daar in gelijke mate mee geconfronteerd worden, wordt het gelijke speelveld hierdoor niet aangetast.

De WOR acht de verklaringskracht voldoende voor risicodragende uitvoering van de geneeskundige GGZ door zorgverzekeraars, waarbij het risicoregime gelijk zal zijn aan dat van 2010. De WOR adviseert voor volgend jaar onderzoek uit te laten voeren naar de in het onderzoek naar het vereveningsmodel geneeskundige GGZ gehanteerde schattingstechniek. De WOR adviseert daarnaast om in het onderzoek volgend jaar aandacht te besteden aan verbeteringen in de vereveningskenmerken.

Conclusie

De kwaliteit van de gegevens waarop de risicoverevening voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen is gebaseerd, is ten opzichte van 2010 toegenomen. De kwaliteit van het risicovereveningsmodel is voldoende.



Artikelsgewijs

Artikel I

Algemeen

Artikel I bevat wijzigingen in de risicovereveningsregels zoals deze met betrekking tot het kalenderjaar 2010 luiden. Weliswaar zullen de risicovereveningsregels voor dat kalenderjaar overschreven worden door de risicovereveningsregels met betrekking tot het kalenderjaar 2011, die in artikel II van deze regeling zijn neergelegd, maar omdat artikel I aan artikel II voorafgaat, zullen eerst nog de wijzigingen in de regels met betrekking tot het jaar 2010 kunnen worden doorgevoerd. Dat dit de bedoeling is, blijkt overigens ook uit de aanhef van artikel II. Artikel I krijgt terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2010 (zie artikel XV, derde lid). Ingevolge artikel XIV zullen de risicovereveningsregels zoals deze met betrekking tot het jaar 2010 luiden (inclusief de in artikel I opgenomen wijzigingen), voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage over dat jaar blijven gelden.

Onderdeel A

In artikel 3.12, derde lid, van de Regeling zorgverzekering zoals dit met betrekking tot 2010 luidde, was geregeld dat de kosten van onder een zorgverzekering gedekte zorg waarop de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' van de zorgautoriteit toepassing is en van toen nog in beleidsregels van de zorgautoriteit aan te duiden ketenzorg, voor 100 procent dienen te worden aangemerkt als de kosten van overige prestaties. In het vierde lid van dat artikel stond dat de kosten van verpleging in de thuissituatie, die nodig is in verband met medisch-specialistische zorg, voor 100 procent als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp worden aangeduid. Bij nader inzien is het beter de inhoud van het derde lid te regelen in artikel 3.20, en van het vierde lid in artikel 3.16. Daarmee wordt namelijk duidelijk dat de overige in die artikelen opgenomen regels (artikel 3.16, negende tot en met elfde lid, respectievelijk artikel 3.20, tweede lid) voor zover toepasbaar, ook gelden voor de hier genoemde kosten.

Onderdelen B, C en E

Met het oog op de duidelijkheid is besloten de artikelen 3.16, 3.17 en 3.20 van de Regeling zorgverzekering geheel te vervangen. Het grootste deel van de inhoud van de nieuwe artikelen 3.16 en 3.17 was echter reeds opgenomen in de Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 29 september 2009, nr. Z/F-2958935, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering ter zake van de vereveningsbijdrage voor zorgverzekeraars in het jaar 2010 (Stcrt. 2009, 15003). Voor een toelichting op deze inhoud wordt verwezen naar de artikelgewijze toelichting bij die regeling. In het hierna volgende worden slechts de gedeelten toegelicht, die inhoudelijk nieuw zijn.

Het eerste lid van artikel 3.16 was eerder opgenomen als artikel 3.12, vierde lid. Het is echter beter de inhoud van dit lid in artikel 3.16 op te nemen. Dan komt beter tot uitdrukking dat hetgeen in het negende tot en met elfde lid van artikel 3.16 geregeld is, ook betrekking heeft tot de prestaties waarop de beleidsregel 'Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch-specialistische zorg' van de zorgautoriteit van toepassing is.

In onderdeel c van het zevende lid van artikel 3.16 is geregeld dat in 2010 gerealiseerde opbrengsresultaten van centra voor klinische genetica, radiotherapie, epilepsie, dialyse en revalidatie voor 75 procent worden aangemerkt als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp. Ook voor de desbetreffende categorale instellingen blijkt namelijk sprake van dergelijke resultaten. In artikel 3.17, negende lid, onderdeel, c van de Regeling zorgverzekering is vervolgens het spiegelbeeld hiervan geregeld: 25 procent van de in 2010 gerealiseerde opbrengstresultaten bij de hier bedoelde centra wordt beschouwd als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

De inhoud van het achtste en negende lid van artikel 3.16 is omgewisseld om duidelijk te maken dat het niet betrekken van de renteheffingstarieven ook geldt voor de kosten, bedoeld in het (nieuwe) achtste lid.

Het volgende moge het nieuwe artikel 3.17, tiende lid, van de Regeling zorgverzekering toelichten. Binnen de ambulancesector bestaan drie verschillende ouderenregelingen. De kosten voor functioneel leeftijdsontslag (FLO) worden alle drie verschillend gefinancierd. Eén groep (de zogenaamde B3-diensten) krijgt de middelen via een subsidiebeschikking, een tweede groep (private diensten) via facturering aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor de derde groep (de publieke diensten) zijn de kosten opgenomen in tarieven op grond van de Wmg. Over de kosten vanuit de eerste twee financieringsvormen lopen zorgverzekeraars geen risico, over de laatste wel. De situatie met verschillende financieringsvormen is onwenselijk. Er wordt gewerkt aan een uniforme



financieringsregeling. Zolang deze er niet is, en de kosten voor FLO van de publieke diensten in de tarieven op grond van de Wmg zitten, blijft er een verstoring van het level playing field voor zorgverzekeraars. Er is een scheve verdeling over zorgverzekeraars van deze kosten FLO voor de publieke diensten en zorgverzekeraars hebben geen invloed op deze kosten. Om deze redenen en de tijdelijkheid van de FLO-kosten is besloten dat zorgverzekeraars over de jaren 2008 tot en met 2010 over de in de tarieven opgenomen kosten bij de publieke diensten geen risico dienen te lopen. Dat wordt in de artikelen I (voor het jaar 2010; wijziging van art. 3.17 van de Regeling zorgverzekering), en XI, elfde lid en twaalfde lid (voor de jaren 2008 en 2009) geregeld door de desbetreffende kosten geheel als vaste kosten van ziekenhuisverpleging aan te merken. Vaste kosten van ziekenhuisverpleging worden immers volledig nagecalculeerd.

Onderdeel D

Het eerste lid van artikel 3.20 van de Regeling zorgverzekering was eerder opgenomen als artikel 3.12, derde lid. Het is echter beter de inhoud van dat lid in artikel 3.20 op te nemen. Daarmee komt namelijk beter tot uitdrukking dat de nu in het tweede lid van artikel 3.20 geregelde hogekostencompensatie ook van toepassing is op de kosten van prestaties waarop de in het eerste lid bedoelde beleidsregels van toepassing zijn. Omdat de zorgautoriteit inmiddels voor ketenzorg de beleidsregel 'Prestatiebekostiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen' heeft vastgesteld, kon nu naar die beleidsregel worden verwezen.

Artikel II

Onderdeel A

De definitie van grensoverschrijdende zorg is toegevoegd om de kosten van de zorg scherper te kunnen afbakenen.

Onderdeel B

Dit onderdeel bevat de vereveningsregels voor het jaar 2011. Zo geeft dit onderdeel van de wijzigingsregeling weer welke middelen beschikbaar zijn voor het jaar 2011 en hoe deze middelen over zorgverzekeraars worden verdeeld. De vaststelling van de beschikbare middelen is gebaseerd op artikel 32, vierde lid, onderdeel a, van de Zvw. Vergoedingen uit het Zorgverzekeringsfonds die niet samenhangen met prestaties, zoals subsidies, en betalingen uit het Zorgverzekeringsfonds buiten zorgverzekeraars om, zoals voor gemoedsbezwaarden en bepaalde groepen verzekerden die in het buitenland verkeren, vallen buiten deze Regeling.

De omvang van de beschikbare middelen is afgeleid uit het macro-prestatiebedrag. Derhalve worden in onderhavig onderdeel van de wijzigingsregeling zowel het bedrag van de beschikbare middelen 2011, als het macro-prestatiebedrag 2011 vastgesteld. Het macro-prestatiebedrag wordt in 2011 verdeeld in vijf macro-deelbedragen:

- het macro-deelbedrag kosten van B-dbc's
- het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp;
- het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging;
- het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg;
- het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties.

Het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg wordt gesplitst in: macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar en het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder. De verdeling van deze macro-deelbedragen vindt plaats op basis van de criteria, genoemd in het Besluit zorgverzekering, waarbij in deze Regeling nader wordt ingegaan op de invulling van de criteria in klassen en de bijbehorende gewichten. Bij de herberekeningen van de bijdragen aan zorgverzekeraars in 2011 worden ex-post compensatiemechanismen toegepast. De bijdrage aan zorgverzekeraars wordt aangevuld met de bedragen berekend op grond van paragraaf 1.5 van hoofdstuk 3 in het Besluit zorgverzekering.

Onderstaand wordt per onderdeel nader op de wijzigingen ingegaan.

De titel van hoofdstuk 3 maakt duidelijk dat dit onderdeel van de wijzigingsregeling betrekking heeft op de vereveningsbijdragen voor het jaar 2011.

Artikel 3.1

In dit artikel wordt omschreven welke B-dbc's relevant zijn voor de bepaling van de tot het deelbedrag



kosten van B-dbc's behorende dbc's. De zorgautoriteit heeft sinds 2005 enkele malen een aantal dbc's overgeheveld van het A-segment naar het B-segment. Het B-segment, zoals dat sinds 2009 geldt is opgenomen in de beleidsregel CI-1068 van de zorgautoriteit. Alle dbc's die in 2011 in het B-segment vallen worden in het kader van de risicoverevening tot het macro-deelbedrag kosten van B-dbc's gerekend.

Artikel 3.2

De hoogte van het macro-prestatiebedrag volgt uit de kostenramingen voor de zorg die valt onder de Zvw. De basis wordt gevormd door de Zvw-gefinancierde uitgaven 2011. Deze ramingen zijn opgenomen in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hoofdstuk XVI) 2011 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 2011.

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 2011 is bepaald op (afgerond) € 1 088. 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 € 170.

In het eerste lid van dit artikel wordt de hoogte van het macro-prestatiebedrag vastgesteld. De basis hiervoor is het totaal van de betrokken kosten van Zvw-prestaties. De beschikbare middelen, bedoeld in artikel 3.4, kunnen uit het macro-prestatiebedrag worden afgeleid door daarop de geraamde opbrengsten van de nominale rekenpremie en de geraamde financieringsverschuiving als gevolg van het verplicht eigen risico in mindering te brengen.

Het macro-prestatiebedrag wordt in 2011 onderverdeeld in vijf onderscheiden macro-deelbedragen. Bij de onderverdeling van het macro-prestatiebedrag in deelbedragen is in principe aangesloten bij de sectorindeling in de Rijksbegroting 2011, zij het met enkele uitzonderingen en bijzonderheden.

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

In de tweede plaats wordt binnen de kosten voor ziekenhuisverpleging voor zover het A-segment van dbc's betreft, een onderscheid gemaakt tussen variabele en vaste kosten van ziekenhuisverpleging. Het belangrijkste aangrijpingspunt hiervoor is een classificatie van componenten in de budgetsystematiek van algemene, academische en categorale ziekenhuizen. Alle budgetcomponenten die de zorgautoriteit hanteert bij de bepaling van de hoogte van de instellingsbudgetten zijn aangemerkt als hetzij vaste, hetzij variabele componenten. Deze classificatie wordt aan het CVZ ter hand gesteld. Op verzoek van het CVZ splitst de zorgautoriteit aan de hand van deze classificatie de budgetten van algemene, academische en categorale ziekenhuizen in een vast en een variabel deel. Op grond daarvan wordt ter dekking van deze vaste en variabele instellingsbudgetten eveneens een splitsing aangebracht in de in rekening gebrachte tarieven. In de toelichting bij artikel 3.15 wordt nader op deze splitsing ingegaan.

De splitsing in vast en variabel van het onderdeel van het macro-prestatiebedrag dat betrekking heeft op ziekenhuisverpleging, is uitgevoerd aan de hand van cijfers die door de zorgautoriteit beschikbaar zijn gesteld over vaste en variabele kosten bij verschillende soorten ziekenhuizen en overige instellingen die ziekenhuisverpleging verzorgen.

Ten slotte zijn aan de onderscheiden macro-deelbedragen componenten toegevoegd voor kosten in verband met de financiering van grensoverschrijdende zorg. Het gaat hierbij om een bedrag van in totaal circa € 281,4 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 in Nederlandse loondienst zijn. Deze kosten zijn verdeeld over de gehanteerde macro-deelbedragen op basis van sleutels per buitenlandse kostencategorie.



Artikel 3.3

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

De berekening van deze opbrengsten per zorgverzekeraar ten behoeve van de toekenning van de vereveningsbijdrage is opgenomen in de artikelen 3.6 en 3.7 (artikel 3.10 van het Besluit zorgverzekering). Voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage gebeurt dit in de artikelen 3.21 (artikel 3.19 van het Besluit zorgverzekering).

Artikel 3.4

In dit artikel wordt geregeld welke middelen voor bijdragen aan zorgverzekeraars ter dekking van de kosten van prestaties in het kader van de Zvw in het jaar 2011 ten laste van het Zorgverzekeringsfonds beschikbaar zijn. Het CVZ verdeelt deze middelen over zorgverzekeraars op basis van de in het Besluit zorgverzekering uiteengezette systematiek, met inachtneming van voorliggende Regeling. Daarnaast zijn middelen ten laste van het Zorgverzekeringsfonds beschikbaar voor aanvullende bijdragen aan zorgverzekeraars. De basis hiervoor is opgenomen in paragraaf 1.5 van hoofdstuk 3 in het Besluit zorgverzekering. Het genoemde bedrag van € 18 321,8 miljoen is gebaseerd op de Rijksbegroting. Het macro-prestatiebedrag (€ 34 265,8 miljoen) vermindert met de opbrengst van de nominale rekenpremie (€ 14 294,1 miljoen) en de opbrengst van het verplicht eigen risico (€ 1 649,8 miljoen) levert een bedrag op van € 18 321,9. Dit bedrag zou overeen moeten komen met het bedrag voor de beschikbare middelen van € 18 321,8 miljoen. Dat is echter niet het geval: het verschil van € 0,1 miljoen ontstaat door afronding.

Artikel 3.5

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

Het CVZ bepaalt het normatieve bedrag per zorgverzekeraar voor de kosten van B-DBC's, de variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische zorg en de kosten van overige prestaties aan de hand van een raming van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen van verzekerden en de normbedragen naar leeftijd en geslacht en de optelling van de toe- en afslagen op grond van FKG's, Diagnose kostengroepen DKG's, aard van het inkomen, SES en regio.

Het CVZ bepaalt het normatieve bedrag per zorgverzekeraar voor de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg aan de hand van een raming van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen van verzekerden en de normbedragen naar leeftijd en geslacht en de optelling van de toe- en afslagen op grond van de FKG psychische aandoeningen, aard van het inkomen, SES, éénpersoonsadres, GGZ-regio, leeftijd boven achttien jaar en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel. Voor de invulling van het criterium regio, zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering, is gekozen voor een specifiek regio-criterium voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, genoemd GGZ-regio. In dit criterium wordt rekening gehouden met verschillen in aanbod in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en sociaaleconomische omstandigheden. Bij de criteria kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel en kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel is sprake van een referentiegroep waarin verzekerden zijn ingedeeld die niet in aanmerking komen voor een vergoeding voor chronisch gebruik van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Het CVZ stelt de gewichten van deze groep dusdanig vast dat het totaal van de toe- en afslagen voor elk criterium – bezien over alle verzekerden en rekening houdend met de geraamde verzekerdenaantallen per klasse – op nul uitkomt (vierde lid). Dat laat uiteraard onverlet dat de ene zorgverzekeraar ten gevolge van het hanteren van deze criteria een hogere, en de andere een lagere vereveningsbijdrage kan krijgen. De hierboven bedoelde berekening wordt in 2011 niet alleen ex ante maar ook ex post uitgevoerd, waarbij rekening wordt gehouden met de gerealiseerde verzekerdenaantallen. Achtergrond hiervan is dat na de overheveling van de financiering van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg op basis van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten naar financiering via de risicoverevening in de Zvw per 1 januari 2008 het ramen van de verdeling van verzekerdenkenmerken lastiger is. Belangrijkste complicatie is dat niet voor alle zorgverzekeraars de huidige aantallen verzekerden die vallen in de klassen 'Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel' van het criterium kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel en 'Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel' van het criterium kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel in het voorafgaande jaar bekend



zijn, wat het lastig maakt om deze aantallen exact te ramen. Op het moment dat de verdeling van verzekerden over de verschillende klassen per criterium anders uitpakt dan verwacht zou zonder ex post herberekening van het gewicht van het criterium, ex post de bijdrage van het criterium sterk van nul af kunnen wijken.

Om dit ongewenste effect te voorkomen, worden de gewichten van de betreffende klassen per criterium achteraf vastgesteld, rekening houdend met gerealiseerde verzekerdenaantallen per klasse (artikel 3.9, derde lid).

De ex ante normgewichten worden dusdanig vastgesteld dat alle beschikbare middelen per macro-deelbedrag via de kenmerken leeftijd en geslacht worden verdeeld, waarna vervolgens herschikkingen plaatsvinden op basis van de andere vereveningscriteria (FKG's, DKG's, aard van het inkomen, SES, regio, FKG psychische aandoeningen, éénpersoonsadres, GGZ-regio, kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel en kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel). Uitzonderingen hierop worden gevormd door de verdeling van het macro-deelbedrag vast kosten van ziekenhuisverpleging (tweede lid) en de verdeling van het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar. De eerste wordt gebaseerd op de gemiddelde vaste kosten per verzekerde per zorgverzekeraar in het jaar 2009, de landelijke vaste kostenfactor 2011 en de geraamde aantallen verzekerden in het jaar 2011. De laatste vindt plaats op basis van het kenmerk: leeftijd onder achttien jaar.

In de toelichting bij het Besluit zorgverzekering is al in algemene zin ingegaan op de gehanteerde criteria: leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, aard van het inkomen, SES, regio, FKG psychische aandoeningen, éénpersoonsadres, 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 leeftijdsgrenzen van premiebetaling (18 jaar) zijn de leeftijdsgrenzen in het interval 15–24 jaar onderverdeeld in 15–17 en 18–24 jaar in plaats van 15–19 en 20–24 jaar.
Om beter aan te kunnen sluiten bij de werkelijke kosten is in 2010 het leeftijdsinterval 0–4 jaar gesplitst in een klasse 0 jarigen en een klasse 1–4 jaar.
- In 2011 wordt gewerkt met 24 FKG's, waarbij verzekerden in principe in meerdere FKG's kunnen worden ingedeeld, waaronder een referentiegroep van verzekerden die in geen enkele FKG zijn ingedeeld. Dit is de FKG 'Geen FKG'. Voor het vereveningsmodel voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg wordt slechts gebruik gemaakt van één FKG, die in de Regeling de 'FKG psychische aandoeningen' wordt genoemd.
- Wat betreft DKG's is er in 2011 sprake van 13 clusters van aandoeningengroepen. De aandoeningengroepen zelf zijn klinisch homogeen, waarna vervolgens samenvoeging heeft plaatsgevonden op basis van kostenhomogeniteit. Alleen die diagnosegroepen zijn bij het DKG-criterium betrokken, waarvan door een groep van medische deskundigen is vastgesteld dat sprake is van een eenduidige relatie met een specifieke chronische aandoening. De prevalentie van DKG's wordt vastgesteld op basis van diagnose-informatie uit de dbc's.
- Bij het criterium aard van het inkomen worden vier categorieën onderscheiden, waarvoor uit statistisch onderzoek is gebleken dat er sprake is van een verschillend kostenniveau. Het gaat om: arbeidsongeschikte verzekerden, bijstandsgerechtigde verzekerden, zelfstandigen en verzekerden zonder eigen inkomstenbron (de referentiegroep).
Binnen elk van deze categorieën wordt een nader onderscheid gemaakt op basis van leeftijd van de verzekerde. In de beleidsregels van het CVZ zal worden aangegeven hoe om te gaan met samenloop van verschillende categorieën aard van het inkomen.
- Het criterium SES gaat uit van het gemiddelde inkomen per adres. Het inkomen wordt opgedeeld in tien decielen, die worden samengevoegd tot drie clusters, en een vierde cluster voor adressen met meer dan 15 bewoners. Deze clusters worden in interactie met drie leeftijdsklassen genomen (0 – 17 jaar, 18 – 64 jaar en 65+ jaar). Hierdoor ontstaan 12 subgroepen.
- Het criterium éénpersoonsadres wordt alleen gebruikt in het vereveningsmodel voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder. Dit criterium komt tegemoet aan de constatering dat alleenstaanden relatief vaker gebruik maken van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg dan personen die deel uit maken van een huishouden bestaande uit twee of meer personen. Het vereveningscriterium éénpersoonsadres is gebaseerd op het onderscheid 'woont op een adres waar één persoon is ingeschreven' en 'woont niet op een adres waar één persoon is ingeschreven'.



- Het criterium regio beoogt verschillen met betrekking tot zorgaanbod, sociaal-economische omstandigheden en resterende gezondheidsverschillen te meten, door viercijferige postcodes te clusteren op basis van een model dat de verschillen verklaart, tussen het gemiddelde normatieve bedrag per verzekerde en de werkelijke gemiddelde kosten per verzekerde. Het verklaringsmodel 2011 houdt rekening met de opname van criterium SES (door het weglaten van inkomensgerelateerde parameters) en in het verklaringsmodel wordt de mortaliteitsparameter gebaseerd op de gehele Nederlandse bevolking, waar voorheen deze parameter was gebaseerd op de ziekenfonds-populatie.
In het vereveningsmodel voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder wordt de regio-clustering specifiek voor dit deelbedrag bepaald. Om het onderscheid aan te duiden met het regiocriterium voor de andere deelbedragen gaan het Besluit zorgverzekering en de Regeling uit van een andere naamgeving, namelijk GGZ-regio.
- Toepassing van de vereveningscriteria 'kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel' (€ 550 in voorgaand jaar) en 'kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel' (€ 2 750 in voorgaand jaar) berust op de gedachte dat een deel van de psychische aandoeningen een chronisch karakter heeft en daardoor de kosten van het gebruik van deze zorg in het verleden, een goede voorspeller zijn voor de kosten in het heden (derde lid). Uit onderzoek is gebleken dat de gehanteerde kostendrempels de voorspellende waarde van het model aanzienlijk verbeteren. De hoge drempel maakt dit onderscheid naar het al dan niet hebben van hoge kosten en daarmee tussen intramuraal en extramuraal gebruik in het voorafgaande jaar.

De gewichten van alle vereveningscriteria zijn geschat op basis van individuele kostencijfers van verzekerden uit 2008. Bij deze schatting wordt de samenhang tussen de verschillende criteria meegenomen. Bijvoorbeeld in het gewicht van FKG's en DKG's is verdisconteerd dat chronisch zieken in het algemeen ouder zijn dan verzekerden zonder chronische ziekte. Aandachtspunt is nog dat in de gewichten die in eerste instantie (ex ante) worden gebruikt voor de berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar, geen rekening wordt gehouden met de samenhang met de hogekostencompensatie. Pas bij de (ex post) vaststelling van de bijdrage wordt wel met deze samenhang rekening gehouden.

Artikel 3.6

In dit artikel wordt aangegeven dat 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 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 3.7

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

Bij de bepaling van de opbrengst van het verplicht eigen risico, wordt alleen rekening gehouden met de zorgverzekeringen van verzekerden voor wie dit risico geldt. Dit zijn alleen de verzekerden van achttien jaar en ouder. Het aantal van deze verzekerden wordt geraamd. Evenals in artikel 3.6 worden de zorgverzekeringen van de verzekerden waarop artikel 24 Zvw van toepassing is (gedetineerden en TBS'ers) hierbij buiten beschouwing gelaten. De te verwachten opbrengst van het verplicht eigen risico voor een zorgverzekeraar is afhankelijk van de samenstelling van zijn verzekerdenportefeuille. Zo zullen naar verwachting zorgverzekeraars met een jonge, gezonde populatie minder opbrengst uit eigen risico genieten, dan zorgverzekeraars met een oude, ongezonder populatie. Op het moment dat hiermee in de risicoverevening geen rekening zou worden gehouden, treedt verstoring van het gelijke speelveld op. Immers, in dat geval zouden zorgverzekeraars met een jonge, gezonde populatie een gemiddeld hogere nominale premie moeten vragen dan zorgverzekeraars met een oude, ongezonder populatie.

Deze overweging heeft geleid tot differentiëring in de normering van de bedragen die zorgverzekeraars van hun verzekerden ontvangen in het kader van het verplichte eigen risico. Differentiatie vindt in eerst instantie plaats op grond van het criterium 'Geen FKG'. Voor verzekerden die niet voldoen aan



dit criterium wordt uitgegaan van een eigen betaling van € 170, omdat blijkt dat vrijwel alle FKG'ers boven de kostendrempel van € 170 uitkomen. Om deze inkomsten aan eigen bijdrage te compenseren wordt het normatieve bedrag verlaagd. Voor de bepaling van de omvang van deze verlaging gaat het CVZ voor verzekerden van achttien jaar of ouder die voldoen aan het criterium 'Geen FKG' uit, gaat het CVZ uit van verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, aard van het inkomen, en regio en de in bijlage 7 genoemde gewichten. Hierbij wordt de in de bijlage 7 aangegeven klasse-indeling van de criteria aangehouden.

Artikel 3.8

Dit artikel handelt over de gevolgen voor de bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds indien verzekerden tegelijkertijd bij meerdere zorgverzekeraars stond ingeschreven.

Onder de Zvw is het mogelijk dat verzekerden bij meerdere zorgverzekeraars waren ingeschreven. Gelet op de verwachte hoogte van de nominale premie, is het niet aannemelijk dat veel volwassen verzekerden dubbel verzekerd zullen zijn. Verzekerden onder de achttien jaar betalen echter geen nominale premie, waardoor – zonder nadere maatregelen – dubbel verzekerd zijn hier niet uit te sluiten is. Om te voorkomen dat zorgverzekeraars onbedoeld voordeel ontleen aan dubbele inschrijvingen, wordt de vereveningsbijdrage aangepast aan het aantal zorgverzekeraars waarbij een verzekerde is ingeschreven. Deze wordt gebaseerd op de inschrijfduur per zorgverzekeraar. Dit sluit aan bij de in artikel 961 van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek opgenomen regel, dat ingeval een verzekerde voor een zelfde schade bij meerdere verzekeraars is ingeschreven, de door de verzekerde aangesproken verzekeraar de andere verzekeraars kan aanspreken om de schade naar evenredigheid te dragen. De zinsnede 'rekening houdend met de inschrijfduur per zorgverzekeraar' is opgenomen, omdat het CVZ de periode kan vaststellen waarover de verzekering heeft gegolden. Overigens weet het CVZ op basis van het tweede lid van artikel 35 Zvw bij welke zorgverzekeraar(s) een verzekerde 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. Door bijvoorbeeld geboorte, overlijden of immigratie kan het ook voorkomen dat een verzekerde slechts een gedeelte van het jaar staat ingeschreven. 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.

Artikel 3.9

In het eerste lid van dit artikel is aangegeven dat bij de herberekening van de bijdrage (ex post) bij de gewichten van de vereveningscriteria van het macro-deelbedrag kosten van B-dbc's, het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, en van het macro-deelbedrag overige prestaties, rekening wordt gehouden met de financiële gevolgen van de toepassing van specifieke hogekostencompensatie (geregeld in de artikelen 3.13, 3.14, 3.15, 3.18 en 3.19). De herleide gewichten waarmee rekening wordt gehouden, zijn te vinden in bijlage 6A. Het tweede lid bepaalt dat de herberekening van de bijdrage (ex post) bij het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder, wordt gebaseerd op de gewichten zoals genoemd in bijlage 6B. Een uitzondering hierop wordt gevormd door de gewichten die horen bij de klasse 'Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel' van het criterium kosten van geneeskundig geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel en bij de klasse 'Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel' van het criterium kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel. Bij de gewichten wordt rekening gehouden met de gevolgen van de hogekostencompensatie (geregeld in artikel 3.18).

In het derde lid wordt bepaald dat het CVZ de gewichten van de in het tweede lid uitgezonderde klassen, dusdanig vaststelt dat macro gezien de toe- en afslagen voor elk criterium – rekening houdend met de gerealiseerde verzekerdenaantallen per klasse – op nul uitkomt. Deze berekening is hetzelfde als de berekening genoemd in artikel 3.5, vierde lid, alleen dan met gerealiseerde verzekerdenaantallen in plaats van geraamde verzekerdenaantallen.

Vervolgens geeft het vierde lid aan dat in de herberekening van de gewichten voor genoemde deelbedragen ook rekening wordt gehouden met de over alle zorgverzekeraars gerealiseerde kosten in 2011. Op het moment dat deze afwijken van de gestelde macro-deelbedragen worden alle gewichten van de criteria opnieuw ingeschaald. Hierbij is de inschalingsfactor per macro-deelbedrag gelijk aan de verhouding tussen de gerealiseerde kosten over alle zorgverzekeraars per macro-deelbedrag en het totaal van de herberekende macro-deelbedragen over alle zorgverzekeraars.

Artikel 3.10

Het eerste lid gaat in op de verzekerdenaantalcalculatie: het CVZ herberekent het normatieve bedrag per



zorgverzekeraar, en de onderliggende deelbedragen, op basis van de herberekende gewichten, en de gerealiseerde verzekerdenaantallen per klasse van de criteria.

Het tweede lid geeft aan dat bij de herberekening van het normatieve bedrag, het CVZ voor de criteria uitgaat van realisatiecijfers uit het jaar 2011 wat betreft de criteria leeftijd en geslacht, aard van het inkomen, SES, regio, éénpersoonshuishouden, GGZ-regio en leeftijd onder achttien jaar. Voor de criteria FKG's, FKG psychische aandoeningen, DKG's, kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel en kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel wordt gekeken naar realisatiecijfers over het voorafgaande jaar 2010. Bij de (ex ante) toekenning van het normatieve bedrag zijn deze realisaties nog niet bekend, en gaat het CVZ uit van ramingen met betrekking tot aantallen verzekerden per zorgverzekeraar, onderverdeeld naar de verschillende criteria. Dit sluit aan bij het concept achter FKG's en DKG's dat voorspelbare vervolgstkosten dienen te worden gecompenseerd.

Artikel 3.11

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

Zijn deze kosten zodanig gespecificeerd dat blijkt dat het gaat om kosten voor medisch-specialistische zorg (inclusief verblijf) of voor psychiatrische zorg (inclusief verblijf), dan worden deze kosten via een bepaalde sleutel toegerekend naar kosten van de betreffende clusters van prestaties. Is er wel een specificatie maar blijkt daaruit dat de kosten niet gemaakt zijn voor de eerder genoemde medisch-specialistische zorg of psychiatrische zorg, dan gaat het om kosten van overige medische zorg, en die worden volledig aangemerkt als kosten van overige prestaties (lid 1).

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 een bepaling van de Verordening (EEG) nr. 1408/71 inzake sociale zekerheid dan wel het Verdrag betreffende de sociale zekerheid van Rijnvarenden. Hieronder vallen de kosten van zorg die mag worden genoten na toestemming van de zorgverzekeraar (de zogenaamde toestemmingsgevallen), kosten van verzekerden die tijdelijk in het buitenland verblijven (bijvoorbeeld voor vakantie) en kosten van verzekerden die in het buitenland wonen. Deze kosten vergoedt het CVZ op declaratie op kasbasis naar het werkelijke bedrag 2011.

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

Op de toegerekende kosten voor grensoverschrijdende zorg zijn ook de hogekostencompensatie en nacalculatie van toepassing. Enige uitzondering hierbij zijn de kosten van verzekerde prestaties die verzekerden buiten Nederland hebben gemaakt en die het CVZ op basis van declaraties op kasbasis naar het werkelijke bedrag in 2011 vergoedt. Op grond van onderdeel d, e en f van het eerste lid en onderdeel c van het tweede lid van artikel 3.13 wordt 5 procent van deze kosten, voor zover zij als kosten van B-dbc's zijn aangemerkt, 15 procent van deze kosten, voor zover zij als variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp zijn aangemerkt, 5 procent van deze kosten, voor zover zij als kosten van overige prestaties zijn aangemerkt, en 40 procent van deze kosten, voor zover zij als kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van verzekerden van achttien jaar of ouder, zijn aangemerkt, meegenomen.

Artikel 3.12

Binnen Zwv-stelsel nemen verzekerden in een aantal gevallen een deel van de zorgkosten voor eigen rekening. Deze kosten worden niet betrokken bij de risicoverevening. Een uitzondering wordt echter gemaakt voor de eigen betalingen van verzekerden in geval van een verplicht of vrijwillig eigen risico. In de risicoverevening moeten deze kosten betrokken worden. Op die manier wordt initieel bij de herberekening van de vaststelling van de vereveningsbijdrage rekening gehouden met de werkelijke zorgkosten, of deze nu door de zorgverzekeraar of ingevolge een eigen risico door de verzekerde zijn betaald. 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. Dit normatieve bedrag wordt in mindering gebracht op de vereveningsbijdrage. Betalingen uit hoofde van een vrijwillig eigen risico worden ook bij de zorgkosten meegerekend. Omdat hier een premiereductie tegenover staat, wordt de zorgverzekeraar voor deze inkomstendering gecorrigeerd; er wordt geen normatief bedrag in mindering wordt gebracht op de vereveningsbijdrage.

Artikel 3.13

Met betrekking tot de deelbedragen kosten van B-dbc's, variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor

verzekerden van achttien en ouder en kosten van overige prestaties vindt hogekostencompensatie plaats. Voor de toepassing is relevant de som van de kosten van B-dbc's, de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de kosten van overige prestaties per individuele verzekerde.

De hogekostencompensatie op de deelbedragen kosten van B-dbc's, variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en kosten van overige prestaties, houdt in, dat 90 procent van de bovengenoemde kosten van individuele verzekerden, voor zover deze kosten het bedrag van € 22 500 op jaarbasis te boven gaan, betrokken wordt bij herberekening van de deelbedragen kosten van B-dbc's, het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en het deelbedrag kosten van overige prestaties. Daarbij splitst de zorgverzekeraar het voor de hogekostencompensatie relevante bedrag uit naar de drie onderscheiden clusters van prestaties. Daarbij gaat hij als volgt te werk. Per verzekerde wordt het relevante bedrag gesplitst in kosten van B-dbc's, variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, en kosten van overige prestaties, naar rato van de totalen van die kostensoorten van die verzekerde, en vervolgens sommeert de zorgverzekeraar de bedragen per cluster van prestaties. Deze bedragen worden aan het CVZ aangeleverd en door het CVZ over alle zorgverzekeraars gesommeerd. Kosten voor grensoverschrijdende zorg worden deels (naar rato van het percentage van het deelbedrag dat boven de hogekostencompensatiedrempel komt) toegevoegd aan de bedragen, zodat deze kosten voor grensoverschrijdende zorg gedeeltelijk meetellen voor de vaststelling van de overschrijding van de hogekostendrempel. Vervolgens wordt door het CVZ voor de relevante clusters van prestaties een zogenaamd dekkingspercentage vastgesteld. Hiervoor wordt per cluster van prestaties uitgegaan van de som van de door de zorgverzekeraars aangeleverde relevante bedragen en de som van de desbetreffende deelbedragen. Bij de deelbedragen gaat het om de deelbedragen berekend op basis van voor hogekostencompensatie gecorrigeerde gewichten.

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

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

De hogekostencompensatie op het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder wordt toegepast op de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van achttien jaar en ouder per individuele verzekerde. Kosten voor grensoverschrijdende zorg worden deels toegevoegd aan het bedrag, zodat deze kosten gedeeltelijk meetellen voor de vaststelling van de overschrijding van de hogekostencompensatiedrempel.

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

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

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

Artikel 3.14

Ter bepaling van het herberekende deelbedrag kosten van B-dbc's wordt hogekostencompensatie toegepast. Voor de wijze waarop dit gebeurt, wordt verwezen naar artikel 3.13.

Artikel 3.15

De basis voor de verdeling van de verschillende tarieven binnen de kosten ziekenhuisverpleging in variabele en vaste kosten van ziekenhuisverpleging, zoals die wordt weergegeven in dit artikel en artikel 3.16, is gelegen in de artikelen 3.14 en 3.15 van het Besluit zorgverzekering.



Per 1 januari 2005 is gestart met dbc-financiering binnen de ziekenhuiszorg. Dbc's zijn opgebouwd uit een kosten- en een honorariumcomponent:

- Met de kostencomponent worden de kosten voor ziekenhuis bedoeld. De indeling van deze kosten in enerzijds vaste kosten ziekenhuisverpleging en anderzijds variabele kosten ziekenhuisverpleging, is in hoofdlijnen gebaseerd op een onderverdeling van de verschillende dbc-tarieven in vaste en variabele elementen. Omdat niet alle instellingen en alle specialismen volledig overgaan op dbc-financiering, moet ook nog aangegeven worden hoe de andere ('oude') tarieven worden gesplitst in vast en variabel. Hiernaast is ook bij de instellingen die in hoofdzaak worden gefinancierd op basis van dbc's nog sprake van aanvullende financiering in de vorm van overige trajecten en verrichtingen, en van ondersteunende en overige producten.
- Met de honorariumcomponent worden de kosten voor specialisten bedoeld.

Wat betreft de dbc-tarieven, wordt een onderscheid gemaakt tussen:

- onderhandelbare dbc-tarieven behorend bij het zogenoemde B-segment en,
- niet-onderhandelbare of onderhandelbare maar gemaximeerde dbc-tarieven behorend bij het zogenoemde A-segment.

De dbc-tarieven behorend bij het zogenoemde B-segment vormen een apart macro-deelbedrag met een eigen ex-post regime. Dit zijn de dbc's, bedoeld in artikel 3.1.

Een zorgverzekeraar kan zelf beslissen hij of de zorgprestaties die vallen onder de beleidsregel 'Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch-specialistische zorg' van de zorgautoriteit inkoop en bij wie. Het is de bedoeling dat deze zorg leidt tot de optimale vorm, waarin de mogelijkheid wordt gecreëerd tot substitutie en mensen eerder naar huis kunnen vanuit het ziekenhuis. Nu de zorgverzekeraar grote invloed heeft op de inkoop van deze zorg, pleit dit voor een risicodragendheid conform de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp.

Voor niet onderhandelbare of onderhandelbare maar gemaximeerde dbc's geldt dat het percentage variabel in de kostencomponent verschilt tussen instellingen. Voor algemene en academische ziekenhuizen, alsmede voor het Oogziekenhuis, geldt dat zij nog steeds een budget kennen, dat gevuld wordt met landelijk geldende prijzen (tweede lid). Alleen voor deze instellingen wordt een instellingsbudget gemaakt.

Binnen het instellingsbudget is het mogelijk een onderscheid te maken in een vast en variabel deel. Deze onderverdeling dient als basis voor de splitsing van de kostencomponent van dbc's behorend bij het zogenoemde A-segment in vast en variabel, tezamen met informatie over de vast/variabelverdeling van de verschillende (overige) tarieven waarmee het instellingsbudget gevuld wordt. Overigens hebben ook een aantal andere instellingen voor medisch specialistische zorg nog steeds een budget. Maar voor deze instellingen wordt een andere systematiek voor vast/variabele-verdeling gevolgd.

De Wmg biedt mogelijkheden voor experimenten waarbij ook voor dbc's die niet vallen onder het zogenoemde B-segment toch sprake kan zijn van vrije prijsvorming. Een voorbeeld hiervan is het experiment in de Sint Maartenskliniek. Het derde lid geeft aan dat de vast/variabel-verhouding die voor deze experimenten geldt, door het CVZ wordt vastgesteld. Hierbij is het de bedoeling te kijken naar de budgetopbouw van de instelling in de jaren direct voorafgaand aan het experiment.

In het vierde lid wordt ingegaan op de situatie waarin de door een instelling voor medisch specialistische zorg in een jaar werkelijk gerealiseerde opbrengsten afwijken van het toegekende budget, en er dus sprake is van opbrengstresultaten. Deze moeten tussen de instelling en de zorgverzekeraar verrekend worden via vaste bedragen. Er wordt geregeld dat deze bedragen worden betrokken bij de vaststelling van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp en vaste kosten van ziekenhuisverpleging en daarmee in de risicoverevening kunnen worden verwerkt. Dit vergt een aanpassing van de omschrijving van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp en van de vaste kosten van ziekenhuisverpleging (omschreven in artikel 3.16).

Zowel voor de dbc's behorend tot het zogenoemde A-segment, als voor de dbc's die vallen onder een experiment op grond van de Wmg, alsmede voor de vaste bedragen in het kader van de verrekening van de opbrengstresultaten, levert de zorgautoriteit per instelling informatie aan over de splitsing van de kostencomponent van de tarieven van dbc's behorend bij het zogenoemde A-segment in vaste en variabele elementen aan het CVZ (vijfde lid).

Zelfstandige behandelcentra en extramuraal werkende specialisten kennen geen budgetten. Zij werken met dbc's behorend tot het zogenoemde B-segment, maar ook met onderhandelbare maar gemaximeerde dbc-tarieven. De hierboven geschetste systematiek van het afleiden van vast/variabel-sleutels voor deze laatste dbc's niet van toepassing. In plaats hiervan geldt voor alle zelfstandige behandelcentra en extramuraal werkende specialisten dezelfde sleutel, waarbij 75 procent van de



kostencomponent van de tarieven van de onderhandelbare maar gemaximeerde dbc's als variabele kosten wordt aangemerkt. Dezelfde sleutel geldt ook voor andere dan de in het tweede lid genoemde instellingen dan wel zorgverleners die dbc-tarieven in rekening kunnen brengen, zoals de zelfstandige centra voor erfelijkheidsonderzoek (zesde lid).

Naast dbc's kunnen instellingen en zorgverleners die in hoofdzaak gefinancierd worden door dbc's nog een aantal overige trajecten en verrichtingen declareren (waaronder de huidige zogenoemde vaste verpleegtarieven als 'verkeerde bedden', 'gezonde moeders', 'gezonde zuigelingen' en intensive care) en ondersteunende en overige producten (bijvoorbeeld voor eerstelijns zorg). In 2011 wordt zowel de kostencomponent als honorariumcomponent van deze overige trajecten en verrichtingen en van ondersteunende en overige producten voor 75 procent als variabele kosten aangemerkt (zevende lid, sub a). Dezelfde verhouding geldt voor alle tarieven van instellingen op het gebied van ziekenhuiszorg die nog niet per 1 januari 2011 dbc-gefinancierd zijn (zeven lid, sub b) en de kostencomponent van de vaste bedragen ter verrekening van de in 2011 gerealiseerde opbrengstresultaten van centra voor klinische genetica, radiotherapie, epilepsie, dialyse en revalidatie (zevende lid, sub c). Enige uitzondering hierop zijn gedeclareerde verpleegtarieven van instellingen die niet gefinancierd worden door dbc's, zoals astma-centra, die voor 60 procent als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp worden aangemerkt. Wat betreft de splitsing van de kosten voor prestaties van grensoverschrijdende zorg van buitenlandse instellingen, geldt hetgeen is toegelicht bij artikel 3.11.

Ten slotte merkt het CVZ de honorariumcomponent van de niet onderhandelbare en de onderhandelbare maar gemaximeerde dbc-tarieven, alsmede eventuele overige declaraties van vrijgevestigde specialisten, volledig aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp. Bij de overige declaraties van vrijgevestigde specialisten kan bijvoorbeeld gedacht worden aan declaraties van kaakchirurgen (achtste lid). Enige uitzondering betreft de honorariumcomponent van overige trajecten en verrichtingen en van ondersteunende en overige producten. Deze wordt slechts voor 75 procent als variabele kosten aangemerkt, omdat in de uitvoeringspraktijk het voor zorgverzekeraars vaak lastig is de honorariumcomponent van deze tarieven te scheiden van de kostencomponent. Kaakchirurgen vallen dus niet onder deze uitzondering.

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

Ter bepaling van het herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp (ex post) wordt eerst de hogekostencompensatie (tiende lid) en vervolgens nacalculatie ter grootte van 30 procent (elfde lid) toegepast.

Artikel 3.16

Het eerste lid regelt dat het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging, wordt herberekend op basis van de vaste kosten in 2010. De B-dbc's zijn benoemd in artikel 3.1 en vormen een apart macro-deelbedrag met een eigen vereveningsregime. De tarieven van deze dbc's spelen bij de bepaling van de vaste kosten van ziekenhuisverpleging geen rol.

Het tweede tot en met negende lid gaan in op de vaststelling van de vaste kosten, waarbij voor alle verschillende tariefsoorten het percentage van de kosten dat als vaste kosten wordt aangemerkt, gelijk is aan 100 procent minus het percentage van de kosten dat als variabele kosten wordt aangemerkt in de respectievelijke bijbehorende leden van artikel 3.15.

Het tiende lid gaat over de ambulancesector. Daar bestaan drie verschillende ouderenregelingen. De kosten voor functioneel leeftijdsontslag (FLO) worden alle drie verschillend gefinancierd. Eén groep (de zogenaamde B3-diensten) krijgt de middelen via een subsidiebeschikking, een tweede groep (private diensten) via facturering aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en voor de derde groep (de publieke diensten) zijn de kosten opgenomen in tarieven op grond van de Wmg. Over de kosten vanuit de eerste twee financieringsvormen lopen zorgverzekeraars geen risico, over de laatste wel. De situatie met verschillende financieringsvormen is onwenselijk, omdat zorgverzekeraars hierdoor verschillend risico lopen. Er wordt gewerkt aan een uniforme financieringsregeling. Zolang deze er niet is, en de kosten voor FLO van de publieke diensten in de tarieven op grond van de Wmg zitten, blijft er een verstoring van het level playing field voor zorgverzekeraars. Er is een scheve verdeling over zorgverzekeraars van deze kosten FLO voor de publieke diensten en zorgverzekeraars hebben geen invloed op deze kosten. Om deze redenen en de tijdelijkheid van de FLO-kosten is besloten dat zorgverzekeraars ook over 2011 over de in de tarieven opgenomen kosten bij de publieke diensten geen risico dienen te lopen. In lid 10 wordt daarom geregeld dat de desbetreffende kosten geheel als vaste kosten van ziekenhuisverpleging worden aangemerkt. Vaste kosten van ziekenhuisverpleging worden immers volledig nagecalculeerd.



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

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

Artikel 3.17

Het verschil tussen de gerealiseerde kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van verzekerden jonger dan achttien jaar en de normatieve bijdrage voor deze zorg wordt voor 2011 volledig nagecalculeerd. Artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering biedt hier de mogelijkheid voor. De kwaliteit van de data over het gebruik van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van verzekerden jonger dan achttien jaar blijft nog achter, wat goede normeerbaarheid van deze zorg verhindert. Daarnaast zorgt krapte in het aanbod van zorg voor deze groep verzekerden er voor, dat het voor dat zorgverzekeraars lastig is om doelmatig zorg in te kopen. Er is dan ook er geen adequaat functionerend risicovereveningsmodel. Dit betekent dat de zorgverzekeraars geen risico lopen op dit deelbedrag. Het is dan ook niet nodig om hogekostencompensatie toe te passen.

Artikel 3.18

Ter bepaling van het herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder wordt alleen hogekostencompensatie toegepast. Daarnaast is er alleen nog sprake van nacalculatie op de meer- of minderkosten die buiten de bandbreedte vallen (zie artikel 3.20).

Artikel 3.19

In het eerste lid wordt ingegaan op de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' van de zorgautoriteit. Deze beleidsregel geeft zorgverzekeraars en zorgaanbieders de mogelijkheid kleinschalig met nieuwe of vernieuwde zorgprestaties te experimenteren. Een zorgprestatie is het totaalpakket aan zorg dat wordt geleverd aan patiënten of cliënten met dezelfde zorgvraag. Dit kan ook als programma worden aangeboden. Kleinschalig wil in dit verband zeggen dat het experiment beperkt is tot een specifieke zorgprestatie, waarbij zorgaanbieders en zorgverzekeraars alleen op regionaal of lokaal niveau zijn betrokken. Verder moet het experiment zijn gericht op nieuwe of vernieuwende zorgverlening met een betere prijs-kwaliteitverhouding of op een efficiëntere organisatie van de zorg. 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 risicomangement (functionele bekostiging). Keten-dbc's betreffen zorg die zowel in de eerste als tweede lijn kan worden geleverd. Voor deze zorg worden door de zorgautoriteit aparte prestaties gedefinieerd. De prijs van deze dbc's is vrij onderhandelbaar. Ter bepaling van het herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties wordt alleen hogekostencompensatie toegepast (tweede lid). Daarnaast is er alleen nog sprake van nacalculatie op de meer- of minderkosten die buiten de bandbreedte vallen (zie artikel 3.20).

Artikel 3.20

In dit artikel is bepaald dat er nog sprake is van aanvullende nacalculatie op grond van een bandbreedteregeling. Achtergrond hiervan is de onzekerheid die bestaat bij de normering van de macro-deelbedragen kosten van B-dbc's, variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, en kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder. Wanneer het uiteindelijke resultaat van een zorgverzekeraar op de som van deze kosten van B-dbc's en de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en de kosten van specialistische hulp, na toepassing van ex post hogekostencompensatie en nacalculatie, buiten een bandbreedte valt van plus of minus € 22,50 per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald, wordt extra nagecalculeerd. De omvang van de bandbreedte is dusdanig, dat voldoende prikkels tot doelmatig handelen blijven gehandhaafd. Buiten de genoemde bandbreedte geldt geen volledige compensatie, maar wordt 90 procent nagecalculeerd, om nog in enige mate een prikkel tot kostenbeheersing te handhaven. Voor de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder geldt een bandbreedte van plus of minus € 7,50 per zorgverzekering waarvoor premie



moet worden betaald. Buiten de genoemde bandbreedte geldt een volledige compensatie (100 procent).

Artikel 3.21

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 3.6, respectievelijk artikel 3.7. Alleen wordt nu gerekend met het gerealiseerde aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moet worden betaald bij de zorgverzekeraar, respectievelijk waarvoor het verplicht eigen risico geldt. De berekende opbrengst van de nominale premie en het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op het normatieve bedrag per zorgverzekeraar.

Artikel 3.22

Op 1 september 2009 trad de Wet van 18 juli 2009 tot wijziging van de Zvw, de Wet op de zorgtoeslag en enige andere wetten, houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering; Stb. 2009, 356) in werking. Vanaf die datum kunnen wanbetalers die bij hun zorgverzekeraar een premieschuld ter hoogte van zes of meer maandpremies hebben opgebouwd en die niet zijn ingegaan op een door hun verzekeraar eerder aangeboden betalingsregeling of op een door hun verzekeraar verzonden waarschuwing inhoudende dat zij bij het CVZ gemeld zullen worden als zij niet alsnog gaan betalen, door die zorgverzekeraar bij het CVZ worden gemeld. Na die melding is de wanbetaler voor zijn zorgverzekering geen premie meer aan zijn zorgverzekeraar verschuldigd, maar een hogere, bestuursrechtelijke premie aan het CVZ. De zorgverzekeraar blijft hem echter wel onverminderd verzekeren. Hiervoor ontvangt hij van het CVZ een bijdrage op grond van artikel 6.5.4 van de Regeling zorgverzekering.

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

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

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

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

Ingevolge laatstgenoemde regeling zal artikel 3.22 met ingang van 1 september 2012, wanneer deze compensatieregeling geheel afgesloten en afgerekend zal kunnen zijn, vervallen.

Artikel 3.23

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 2011 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 3.24

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 3.25

Voorwaarde voor het ontvangen van de in artikel 3.22 geregelde compensatie voor het verzekerd houden van wanbetalers is, dat de zorgverzekeraar voldoende inspanningen verricht om de premie alsnog te innen. Met het oog daarop dient de zorgverzekeraar in het uitvoeringsverslag aan te geven of hij het Protocol incassotraject wanbetalers Zvw is nagekomen, en zo nee, welke onderdelen niet, waarom niet, en wat hij in plaats van die onderdelen aan incassowerkzaamheden heeft verricht. De zorgautoriteit zal de desbetreffende passages in het uitvoeringsverslag laten meewegen in zijn oordeel, of de zorgverzekeraar voldoende incasso-inspanningen heeft verricht.

Onderdeel C

In de bijlagen 4 en 6A zijn de normgewichten – respectievelijk zonder en met correctie voor de toepassing van hogekostencompensatie – behorende bij de deelbedragen kosten van B-dbc's, variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische zorg en de kosten van overige prestaties aangepast aan de situatie voor 2011. In bijlage 5 en 6B is dit gebeurd – respectievelijk zonder en met correctie voor de toepassing van hogekostencompensatie – voor de deelbedragen kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar en kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder. In bijlage 7 worden de gewichten genoemd die zijn bedoeld voor de berekening van de specifiek voor de zorgverzekeraar geraamde/genormeerde opbrengst van het verplicht eigen risico.

Artikelen III tot en met XV

Algemeen

Sinds 2005 worden de risicovereveningsregels die voor het kalenderjaar t gelden, opgenomen in een hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering. Om de zorgverzekeraar vooraf zoveel mogelijk helderheid te verschaffen over de vraag hoeveel risicovereveningsgeld zij over jaar t kunnen verwachten, betreffen deze regels zowel de toekenningsfase – die op grond van artikel 32, zesde lid, Zvw voor 1 november van t-1 rond moet zijn – als de vaststellingsfase, die enkele jaren na t plaatsvindt.⁴ Met het oog op een tijdige toekenning aan de zorgverzekeraars, wordt het nieuwe hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering telkens zo vroeg mogelijk in het daaraan voorafgaande jaar gepubliceerd. Aangezien de risicovereveningsbedragen afhankelijk zijn van het op Prinsjesdag openbaar te maken Budgettair Kader Zorg, is publicatie vóór die dag echter niet mogelijk.

Bij het opstellen van de Zvw ging de wetgever ervan uit dat de regels met betrekking tot de vaststelling van de risicovereveningsbijdrage over t, die derhalve tegelijk met de toekenningsregels over t in het najaar van t-1 gepubliceerd zouden worden, niet meer zouden wijzigen. Aldus zou een zorgverzekeraar na het jaar t op basis van zijn gerealiseerde verzekerdenaantallen over dat jaar en – aan de hand van de binnengekomen declaraties – de samenstelling van zijn verzekerdenportefeuille ook zelf een inschatting kunnen maken van de risicovereveningsbijdrage die hij over t uiteindelijk zou ontvangen. Vanuit het uitgangspunt dat de eenmaal voor een bepaald kalenderjaar vastgestelde risicovereveningsregels niet meer gewijzigd zouden worden, werd er vervolgens voor gekozen om de in hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering opgenomen risicovereveningsregels ieder najaar geheel te overschrijven met de regels die voor de vereveningsbijdrage voor het volgende kalenderjaar

⁴ Op grond van artikel 34, eerste lid, Zvw, dient dit in t+2 te gebeuren. Dit blijkt niet haalbaar te zijn. Daarom zal op afzienbare termijn een wetsvoorstel aan de Staten-Generaal worden gezonden, waarin de termijn verlengd wordt. De vaststelling zal daarna voor 1 april van t+4 dienen plaats te vinden.



zouden gelden. Daarbij werd dan telkens geregeld, dat de regels die met betrekking tot het eerdere jaar golden, op dat jaar van toepassing bleven. Dat was natuurlijk vooral van belang voor de toepassing van de vaststellingregels, aangezien de toekenningfase van de vereveningsbijdrage over het lopende jaar, op een dergelijk moment al achter de rug was.

Inmiddels is echter toch het noodzakelijk gebleken om achteraf correcties aan te brengen in de vaststellingsregels. Indien in het jaar t al duidelijk wordt dat de in $t-1$ gepubliceerde vaststellingregels die met betrekking tot het jaar t gelden, gewijzigd moeten worden, zijn dergelijke wijzigingen eenvoudig aan te brengen. In de regeling die in het najaar van t wordt gepubliceerd en die in hoofdzaak de vereveningsregels voor het jaar $t+1$ betreft, wordt dan een artikel I opgenomen, waarin eerst nog de vereveningsregels die gelden voor het jaar t worden gewijzigd. Voor het vereveningsjaar 2010 is dat in voorliggende regeling dan ook geschied (art. I). In 2009 bleek echter dat ook de vaststellingregels over eerdere jaren, waarover het CVZ de bijdrage nog niet had afgerekend en vastgesteld, nog gewijzigd moesten worden. In de artikelen I tot en met III van de 'Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 29 september 2009, nr. Z/F-2958935, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering ter zake van de vereveningsbijdrage voor zorgverzekeraars in het jaar 2010 (Stcrt. 2009, 15003)' is geprobeerd de vereveningsregels die met betrekking tot de jaren 2006, 2007 en 2008 golden, met terugwerkende kracht te wijzigen. Op het moment waarop dit geschiedde – najaar 2009 – bestonden de vereveningsregels over die jaren echter niet meer: ze waren reeds overschreven door de risicovereveningsregels die over latere jaren moesten gelden, en wel laatstelijk door de vereveningsregeling over het jaar 2009. De beoogde wijzigingen konden derhalve geen doel treffen.

Aangezien het toch noodzakelijk is dat het CVZ de beoogde wijzigingen bij het vaststellen van de vereveningsbijdragen meeneemt, wordt een en ander in de artikelen III tot en met XII van voorliggende regeling alsnog geregeld. Dit gebeurt dit keer door te bepalen dat bij de vaststelling van de risicovereveningsbijdrage over eerdergenoemde jaren, die op zich volgens de toen geldende regels dient te geschieden, in afwijking van in de artikelen III tot en met XII genoemde bepalingen van de risicovereveningsregels zoals zij over die jaren luiden, de in deze regeling opgenomen regels gelden.

In de artikelen III tot en met XII zijn overigens niet alleen alsnog de wijzigingen opgenomen die in 2009 geen doel troffen, maar zijn ook enkele nieuwe, hieronder toegelichte aanpassingen opgenomen.

Artikel III

Het macro-deelbedrag voor vaste kosten van ziekenhuisverpleging bestond enerzijds uit een bedrag dat wordt vastgesteld door het aantal verzekerden bij een zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met een bij de Regeling zorgverzekering vastgesteld bedrag, anderzijds uit een bedrag met betrekking tot de overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging. Met behulp eerstbedoelde bedragen werd de zogenoemde 'academische component' gefinancierd. Het bij de Regeling zorgverzekering vast te stellen bedrag werd berekend door het bedrag, benodigd voor de financiering van deze component – in 2006 was dat € 590,9 miljoen – te delen door het aantal mensen met een zorgverzekering. Aldus is – uitgaande van een verwacht aantal verzekerden van 16,252 miljoen – in artikel 3.4, eerste lid, van de Regeling zorgverzekering zoals deze met ingang van 1 januari 2006 in werking trad, voor de vereveningsbijdragen over het jaar 2006 een bedrag van € 36,36 per verzekerde opgenomen. Bij voorlopige en definitieve vaststellingen door het CVZ kan het aantal verzekerden wijzigen. Voor het jaar 2006 is gebleken dat het werkelijk aantal verzekerden 16 134 989 was. Aangezien het bedrag voor de financiering van de academische component over 2006 niet meer gewijzigd kan worden, dient het bedrag per verzekerde alsnog gewijzigd te worden. Anders zijn de uitgaven van het fonds academische component niet gelijk aan de inkomsten. Artikel III strekt daartoe.

Artikelen IV en V

De artikelen IV respectievelijk V bepalen dat voor de vaststelling van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp over het jaar 2007 respectievelijk de vaste kosten van ziekenhuisverpleging over het jaar 2007 geen rekening dient te worden gehouden met de artikelen 3.9 respectievelijk 3.10 van de Regeling zorgverzekering zoals deze indertijd luidde, maar met de in IV respectievelijk V neergelegde regels. Inhoudelijk zijn deze grotendeels gelijk aan de indertijd geldende regels, en voor een toelichting op het grootste gedeelte van de artikelen IV en V wordt dan ook verwezen naar de toelichting op de artikelen 3.9 en 3.10 in de 'Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 september 2006, nr. Z/F-2717267, tot wijziging van de Regeling zorgverzekering in verband met de vaststelling van de vereveningsbijdrage van zorgverzekeraars voor 2006 en 2007, alsmede wijziging van de Regeling beschikbare middelen verstrekkingen en vergoedingen Zfw 2005' (Stcrt. 2006, 189).

Nieuw aan artikel IV is het vierde lid, waarin wordt geregeld dat het CVZ de kostencomponent van de



vaste bedragen ter verrekening van de in 2007 gerealiseerde opbrengsresultaten voor een door hem per instelling van medisch specialistische zorg vast te stellen percentage als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp aanmerkt. In 2009 is reeds beoogd dit te regelen, maar de desbetreffende regeling kon toen geen doel treffen (zie de algemene toelichting op de artikelen III tot en met XV in het voorgaande). Ook de wijziging in de voorgestelde 'spiegelbeeldbepaling' (art. 3.10), inhoudende dat dat deel van de hier bedoelde kostencomponent, dat niet wordt toegerekend aan de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, wordt toegerekend aan de vaste kosten van ziekenhuisverpleging, kon geen doel treffen. Dit spiegelbeeld is nu opgenomen in artikel V, zevende en achtste lid. Het gaat in de artikelen IV, vierde lid, en V, zevende en achtste lid, om 'opbrengstresultaten' (dat wil zeggen het verschil tussen de door een instelling voor medisch specialistische zorg in een jaar werkelijk gerealiseerde opbrengsten en het toegekende budget) van bepaalde zorginstellingen. Die worden tussen de instelling en de zorgverzekeraar verrekend, waarna ze vervolgens ook in de risicoverevening moeten worden meegenomen. Dit laatste wordt met de voorgestelde wijzigingen mogelijk gemaakt. De zorgautoriteit heeft vastgesteld dat er over 2007 opbrengsresultaten waren: de opbrengsten van de instellingen waren toen per saldo groter dan de budgetten. De instellingen hebben derhalve te veel ontvangen.

Artikelen VI en VII

De artikelen VI respectievelijk VII bepalen dat voor de vaststelling van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp over het jaar 2008 respectievelijk de vaste kosten van ziekenhuisverpleging over het jaar 2008 geen rekening dient te worden gehouden met de artikelen 3.9 respectievelijk 3.10 van de Regeling zorgverzekering zoals deze indertijd luidde, maar met de in artikel VI respectievelijk VII neergelegde regels. Inhoudelijk zijn deze voor een aanzienlijk deel gelijk aan de indertijd geldende regels, en voor een toelichting op die delen wordt dan ook verwezen naar de toelichting op de artikelen 3.9 en 3.10 in de 'Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 26 september 2007, nr. Z/F-2800813, tot wijziging van de Regeling zorgverzekering ter zake van de vereveningsbijdrage voor zorgverzekeraars in het jaar 2008' (Stcrt. 2007, 195).

Nieuw ten opzichte van de inhoud van de artikelen 3.9 en 3.10 zoals deze indertijd luiden, is allereerst het in artikel VI, vierde lid, en artikel VII, zesde en zevende lid, geregelde. Ook over 2008 worden bij instellingen voor medisch specialistische zorg opbrengsresultaten verwacht, en ook over dat jaar dienen de gevolgen daarvan bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage te worden betrokken. De artikelen VI, vierde lid en VII, zesde en zevende lid zijn nodig omdat artikel III van de 'Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 29 september 2009, nr. Z/F-2958935, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering ter zake van de vereveningsbijdrage voor zorgverzekeraars in het jaar 2010 (Stcrt. 2009, 15003)' geen doel kon treffen (meer daarover onder het kopje 'algemeen' bij de toelichting op de artikelen III tot en met XV).

Hetzelfde geldt voor artikel VII, tiende lid, waarin wordt geregeld dat het CVZ de kosten van zorg door epilepsie-instellingen die in 2007 startten en doorliepen in 2008, en die niet op individuele basis werden gedeclareerd, voor 100 procent als vaste kosten van ziekenhuisverpleging worden beschouwd. De zorgautoriteit heeft namelijk geen prestatie voor dergelijke zorg vastgesteld. De kosten die in 2008 met deze zorg gemoeid zijn, kunnen derhalve niet aan zorgverzekeraars worden toegerekend. Daarom worden ze over 2008 als 'vast' aangemerkt. De kosten in 2007 zijn wel op individuele basis gedeclareerd. Deze kosten lopen mee in de ziekenhuiskosten 2007. Hetzelfde geldt voor de kosten over de jaren na 2008.

Artikel VI, zevende lid, onderdeel c, en het spiegelbeeld daarvan in artikel VII, negende lid, onderdeel c, is geheel nieuw. Hierin wordt – kort gezegd – geregeld hoe de in 2008 opbrengsresultaten van bepaalde categorale instellingen – te weten de centra voor klinische genetica, radiotherapie, epilepsie, dialyse en revalidatie aan de variabele kosten voor ziekenhuisverpleging en specialistische hulp respectievelijk aan de vaste kosten van ziekenhuisverpleging over het jaar 2008 worden toegedeeld. Ook over de jaren 2006 en 2007 was er bij deze groepen van categorale instellingen sprake van opbrengstresultaten. Deze worden echter niet meegenomen bij de vaststelling van de risicovereveningsbijdragen over die jaren, maar bij die over het jaar 2008, en wel volledig als vaste kosten van ziekenhuisverpleging (art. VII, elfde lid).

Artikel VIII

Ook bij de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg zijn opbrengsresultaten te verwachten. In artikel VIII wordt geregeld dat deze voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage over 2008 volledig worden toegerekend aan de kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Vervolgens wordt volledig nagecalculeerd. Overigens kwam de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg pas met ingang van 1 januari 2008 onder de Zvw te vallen. Daarom is een bepaling als artikel VIII voor de vaststelling van de vereveningsbijdragen over 2006 en 2007 niet nodig.



Artikelen IX, X en XI

De artikelen IX en X respectievelijk XI bepalen dat voor de vaststelling van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp over het jaar 2009 respectievelijk de vaste kosten van ziekenhuisverpleging over het jaar 2009 geen rekening dient te worden gehouden met de artikelen 3.15 en 3.16 respectievelijk 3.17 van de Regeling zorgverzekering zoals deze indertijd luidde, maar met de in artikel IX en X respectievelijk XI neergelegde regels. Inhoudelijk zijn deze voor een aanzienlijk deel gelijk aan de indertijd geldende regels, en voor een toelichting op die delen wordt dan ook verwezen naar de toelichting op de artikelen 3.15, 3.16 en 3.17 in de 'Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 29 december 2008, nr. Z/F-2899922, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering ter zake van de vereveningsbijdrage voor zorgverzekeraars in jaar 2009' (Stcrt. 2008, 2655).

Nieuw ten opzichte van de inhoud van de artikelen 3.15 en 3.17 zoals deze indertijd luiden, is allereerst het in artikel IX, vierde lid, en artikel XI, zevende en achtste lid, geregelde. Ook over 2009 worden bij instellingen voor medisch specialistische zorg opbrengsresultaten verwacht, en ook over dat jaar dienen de gevolgen daarvan bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage te worden betrokken. De artikelen artikel IX, vierde lid, en artikel XI, zevende en achtste lid, zijn nodig omdat artikel IV van de 'Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 29 september 2009, nr. Z/F-2958935, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering ter zake van de vereveningsbijdrage voor zorgverzekeraars in het jaar 2010 (Stcrt. 2009, 15003)' geen doel kon treffen (meer daarover onder het kopje 'algemeen' bij de toelichting op de artikelen III tot en met XV).

Artikel IX, zevende lid, onderdeel c, en het spiegelbeeld daarvan in artikel XI, tiende lid, onderdeel c, is geheel nieuw. Hierin wordt – kort gezegd – geregeld hoe de in 2009 gerealiseerde opbrengsresultaten van bepaalde categorale instellingen – te weten de centra voor klinische genetica, radiotherapie, epilepsie, dialyse en revalidatie – aan de variabele kosten voor ziekenhuisverpleging en specialistische hulp respectievelijk aan de vaste kosten van ziekenhuisverpleging over het jaar 2009 worden toege-deeld.

Ook artikel XI, tweede lid, is geheel nieuw. Verpleging in de thuissituatie die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg had over 2009 nog geen structurele bekostiging. Sommige zorgverzekeraars betaalden deze kosten in het kader van de Zvw, anderen (via de zorgkantoren) in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Via de AWBZ gaat dit volledig risicoloos. Dit zou een ongelijke situatie opleveren voor zorgverzekeraars. Als dit lid niet zou zijn opgenomen, zouden zorgverzekeraars risico lopen over deze kosten. Om hetzelfde te bereiken voor betaling in het kader van de Zvw worden deze kosten voor de risicoverevening als vaste kosten van ziekenhuisverpleging aangemerkt. Nu deze kosten volledig worden nagecalculeerd lopen zorgverzekeraars hierover dus ook geen risico.

Het elfde lid en twaalfde lid van artikel van artikel XI, ten slotte, zijn ook geheel nieuw. Voor de toelichting daarop wordt verwezen naar de toelichting op artikel I, onderdelen B, C en E (ad artikel 3.16, tiende lid, van de Regeling zorgverzekering). In het twaalfde lid wordt bepaald dat de kosten van de overgangsregeling van het functioneel leeftijdsontslag van werknemers in de publieke ambulancezorg van de overgangsregeling in 2008 echter niet worden meegenomen bij de vaststelling van de risicovereveningsbijdragen over dat jaar, maar bij die over het jaar 2009, en wel volledig als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

Artikel X bevat een technische wijziging die nodig is geworden nu de toerekening van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp niet meer geschiedt overeenkomstig artikel 3.15 zoals dat met betrekking tot het jaar 2009 gold, maar overeenkomstig het bepaalde in artikel IX.

Artikel XII

Net als over het jaar 2008 zijn bij de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg ook over het jaar 2009 opbrengsresultaten te verwachten. In artikel XII wordt geregeld dat deze voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage over 2009 volledig worden toegerekend aan de kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Vervolgens wordt volledig nagecalculeerd.

Artikel XIII

Met dit artikel vervallen de artikelen I, II en III van de Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 29 september 2009, nr. Z/F-2958935, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering ter zake van de vereveningsbijdrage voor zorgverzekeraars in het jaar 2010 (Stcrt. 2009, 15003). Met deze artikelen is geprobeerd de risicovereveningsregels die golden over de



kalenderjaren 2006, 2007 en 2008 aan te passen. Dat was op het moment waarop de wijzigingsregeling in werking trad – 8 oktober 2009 – echter niet meer mogelijk, aangezien deze risicovereveningsregels inmiddels overschreven waren, en derhalve niet meer golden. Derhalve kunnen de artikelen in voornoemde wijzigingsregeling komen te vervallen. In de artikelen III tot en met XII van voorliggende regeling is een en ander alsnog meegenomen.

Artikel XIV

In dit onderdeel van de onderhavige wijzigingsregeling is expliciet bepaald dat de regels van het huidige hoofdstuk 3 voor het jaar 2010 nog gewoon van toepassing zijn. Indien nodig kunnen deze regels ook worden gewijzigd. In artikel I is van deze mogelijkheid gebruik gemaakt.

Artikel XV

Op grond van artikel 32, vierde lid, van de Zvw wordt vóór 1 oktober van ieder jaar bepaald welk bedrag in totaal voor het daaropvolgende kalenderjaar aan de zorgverzekeraars wordt toegekend. Onderhavige regeling geeft hier in artikel II uitvoering aan voor het kalenderjaar 2011 (van 1 januari 2011 tot en met 31 december 2011). Voor het geval de Staatscourant waarin de regeling wordt geplaatst later dan 28 september 2010 wordt gepubliceerd, werkt de regeling terug tot en met 30 september 2010. Artikel I werkt echter terug tot en met 1 januari 2010.

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