



Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 13 december 2011, nr. Z/F-3096189, houdende bepalingen omtrent de in de Zorgverzekeringswet bedoelde vereveningsbijdrage voor het jaar 2012 (Regeling risicoverevening 2012)

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 i, j, k, y, z en bb, 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, 3.8a, 3.10, tweede lid, 3.11, vijfde en zesde lid, 3.13, 3.14, 3.15, eerste en tweede lid, 3.16, eerste en tweede lid, 3.17, eerste en tweede lid, 3.19, tweede lid, en 3.22, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering;

Besluit:

HOOFDSTUK 1. DEFINITIES EN ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1

1. Deze regeling verstaat onder:
 - a. *dbc-zorgproduct*: een declarabele prestatie die is afgeleid uit subtrajecten en zorgactiviteiten via door de zorgautoriteit vastgestelde beslisbomen;
 - b. *dbc-zorgproduct in het vrije segment*: een dbc-zorgproduct waarvan de prijs tot stand komt in vrije onderhandeling;
 - c. *dbc-zorgproduct in het gereguleerde segment*: een dbc-zorgproduct waarvan de maximumprijs wordt bepaald door de zorgautoriteit;
 - d. *overig zorgproduct*: een declarabele prestatie binnen de medisch-specialistische zorg, niet zijnde een dbc-zorgproduct;
 - e. *expertproduct*: een dbc-zorgproduct dat minder dan zes keer voorkomt in het dbc informatie systeem (DIS);
 - f. *add-on*: een door de zorgautoriteit te omschrijven overig zorgproduct op het terrein van de intensive care, de dure geneesmiddelen of de weesgeneesmiddelen, bestaande uit zorgactiviteiten behorende bij een dbc-zorgproduct;
 - g. *hemostatica*: een overig zorgproduct dat betrekking heeft op de verstrekking van stollingsmiddelen in het kader van een behandelplan voor hemofilie en aanverwante hemostaseziekten;
 - h. *eerstelijnsdiagnostiek*: een overig zorgproduct dat betrekking heeft op diagnostiek door een ziekenhuis of huisartsenlaboratorium op verzoek van de eerste lijn;
 - i. *landelijke vaste kosten factor*: een factor waarmee het College zorgverzekeringen op basis van historische kosten ziekenhuisverpleging per zorgverzekeraar de ex ante deelbedragen berekent voor de vaste kosten ziekenhuisverpleging in 2012.
2. Het bedrag, bedoeld in artikel 1, onderdeel x, van het Besluit zorgverzekering, is € 550, en het bedrag, bedoeld in artikel 1, onderdeel y, van het Besluit zorgverzekering is € 2 750.

Artikel 2

1. Het macro-prestatiebedrag voor het jaar 2012 bedraagt € 35 634,0 miljoen.
2. Het macro-prestatiebedrag is opgebouwd uit de volgende macro-deelbedragen:
 - a. het macro-deelbedrag kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment ad € 13 346,4 miljoen;
 - b. het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp ad € 3 062,1 miljoen;
 - c. het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging ad € 2 464,9 miljoen;
 - d. het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg ad € 3861,8 miljoen;
 - e. het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties ad € 12 898,8 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 € 642,9 miljoen;
- b. het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder ad € 3 218,9 miljoen.

Artikel 3

1. De opbrengst van de nominale rekenpremie wordt voor het jaar 2012 geraamd op € 13 975,5 miljoen.
2. De opbrengst van het verplicht eigen risico wordt voor het jaar 2012 geraamd op € 1 968,7 miljoen.

Artikel 4

De beschikbare middelen voor het verstrekken van de bijdragen aan zorgverzekeraars, bedoeld in artikel 32, vierde lid, onderdeel a, van de Zorgverzekeringswet, omvatten voor het jaar 2012, naast de middelen, bedoeld in § 1.5 van hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering, een bedrag van € 19 689,9 miljoen.

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

Artikel 5

1. De gewichten en de klassen, bedoeld in de artikelen 3.4, 3.5, 3.7 en 3.8 van het Besluit zorgverzekering, zijn vermeld in de bijlagen 1 en 2.
2. Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging, over zorgverzekeraars aan de hand van de gemiddelde vaste kosten per verzekerde per zorgverzekeraar in het jaar 2010, de landelijke vaste kostenfactor 2012 en de geraamde aantallen verzekerden voor het vereveningsjaar 2012.

Artikel 6

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

Artikel 7

1. De nominale rekenpremie per jaar bedraagt € 1 050 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 als bedoeld in artikel 24 van de Zorgverzekeringswet.

Artikel 8

1. Het College zorgverzekeringen raamt de opbrengst van het verplicht eigen risico per zorgverzekeraar, bedoeld in artikel 3.10, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, door het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder te verminderen met het geraamde aantal verzekerden,



bedoeld in artikel 24 van de Zorgverzekeringswet, en het resultaat te vermenigvuldigen met de geraamde opbrengst van het verplicht eigen risico per verzekerde.

2. Het College zorgverzekeringen gaat voor de bepaling van de geraamde opbrengst per verzekerde, bedoeld in het eerste lid, voor verzekerden van achttien jaar of ouder die voldoen aan het criterium 'Geen FKG' uit van verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, aard van het inkomen, en regio en de in bijlage 4 genoemde gewichten. Hierbij wordt de in de bijlage 4 aangegeven klassenindeling van de criteria aangehouden.
3. De geraamde opbrengst per verzekerde, bedoeld in het eerste lid, bedraagt voor verzekerden van achttien jaar of ouder die niet voldoen aan het criterium 'Geen FKG', € 220 per verzekerde.

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

Artikel 9

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

Artikel 10

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

Artikel 11

1. Nadat het College zorgverzekeringen de gerealiseerde kosten op de in de artikelen 12 tot en met 15, 17, eerste lid, 18, eerste lid, en 19 beschreven wijze heeft toebedeeld aan de clusters 'dbc-zorgproducten in het vrije segment', 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp', 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' en 'overige prestaties', herberekent het College de voor deze clusters relevante gewichten.
2. Het College zorgverzekering gaat bij de herberekening, bedoeld in het eerste lid, uit van de gerealiseerde kosten voor elk van de in het eerste lid genoemde clusters van prestaties, van gerealiseerde aantallen verzekerden per klasse van ieder criterium en van de verhouding tussen de gewichten in de in artikel 10 genoemde bijlagen.
3. De gerealiseerde aantallen verzekerden per klasse van ieder criterium worden voor de hiernavolgende criteria aan de hand van realisatiecijfers over volgende jaren berekend:
 - a. leeftijd en geslacht: 2012;
 - b. FKG's: 2011;
 - c. FKG's psychische aandoeningen: 2011;
 - d. DKG's: 2011;
 - e. aard van het inkomen: 2012;
 - f. SES: 2012;
 - g. éénpersoonsadres: 2012;



- h. regio: 2012;
 - i. GGZ-regio: 2012;
 - j. kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel: 2011;
 - k. kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel: 2011;
 - l. meerjarige hoge kosten: 2009, 2010 en 2011
 - m. leeftijd onder achttien jaar: 2012
4. In afwijking van het tweede en derde lid herberekent het College zorgverzekeringen het gewicht van de klasse 'Geen MHK' van het criterium meerjarig hoge kosten dusdanig, dat het voor dit criterium gesommeerde resultaat van de vermenigvuldiging van de gewichten met het gerealiseerde aantal verzekerden, macro per saldo nul bedraagt.
5. In afwijking van het tweede en derde lid herberekent het College zorgverzekeringen het gewicht van de klasse 'Geen kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel' van het criterium kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel en het gewicht van de klasse 'Geen kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel' van het criterium kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel dusdanig, dat per criterium het gesommeerde resultaat van de vermenigvuldiging van de gewichten met het gerealiseerde aantal verzekerden, macro per saldo nul bedraagt.

Artikel 12

1. Het College zorgverzekeringen merkt kosten, bedoeld in artikel 3.13 van het Besluit zorgverzekering, voor prestaties van grensoverschrijdende zorg die zodanig zijn gespecificeerd, dat:
- a. uit de specificatie blijkt dat zij ofwel gelden als kosten van geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden – met uitzondering van de kosten, bedoeld in subonderdeel b –, ofwel als kosten van verblijf als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering – met uitzondering van de kosten, bedoeld in subonderdeel b – voor 70 procent aan als kosten van het cluster 'dbc-zorgproducten in het vrije segment', voor 15 procent aan als kosten van het cluster 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp' en voor 15 procent aan als kosten van het cluster 'vaste kosten van ziekenhuisverpleging';
 - b. uit de specificatie blijkt dat zij gelden als kosten van geneeskundige zorg die gericht is op herstel van een psychische aandoening en, voor zover die zorg daarmee gepaard gaat, kosten van verblijf, aan als kosten van het cluster 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' voor verzekerden jonger dan achttien jaar of kosten van het cluster 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' voor verzekerden van achttien jaar en ouder;
 - c. uit de specificatie niet blijkt dat zij gelden als kosten als bedoeld onder a of b, voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'overige prestaties'.
2. Het College zorgverzekeringen merkt kosten voor prestaties van grensoverschrijdende zorg die gemaakt zijn met toepassing van internationale regelingen inzake sociale zekerheid, voor 35 procent aan als kosten van het cluster 'dbc-zorgproducten in het vrije segment', voor 10 procent aan als kosten van het cluster 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp', voor 10 procent aan als kosten van het cluster 'vaste kosten van ziekenhuisverpleging', voor 10 procent aan als kosten van het cluster 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' voor verzekerden van achttien jaar en ouder, en voor 35 procent aan als kosten van het cluster 'overige prestaties'.

Artikel 13

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

Artikel 14

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



Artikel 15

1. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van de kosten van dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment van alle instellingen voor medisch specialistische zorg, inclusief long/astma-klinieken en epilepsiecentra, maar uitgezonderd de kosten van expertproducten, voor 75 procent aan als kosten van het cluster 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp'.
2. Het College zorgverzekeringen merkt de honorariumcomponent van de kosten van dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment van alle instellingen voor medisch specialistische zorg, uitgezonderd de long/astma-klinieken en de epilepsiecentra, en uitgezonderd de kosten van expertproducten, voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp'.
3. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten- en honorariumcomponent van de kosten van overige zorgproducten, uitgezonderd de kosten van overige zorgproducten van long/astma-klinieken en epilepsiecentra en de kosten van add-ons, hemostatica en eerstelijnsdiagnostiek, voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp'.
4. Het College zorgverzekeringen merkt kosten voor prestaties waarop de beleidsregel 'Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch-specialistische zorg' van de zorgautoriteit van toepassing is, voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp'.
5. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van de kosten van prestaties, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg, voor een door hem per instelling vast te stellen percentage aan als kosten van het cluster 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp'.
6. Het College zorgverzekeringen merkt de door de zorgautoriteit berekende bedragen ter verrekening van de in 2012 gerealiseerde opbrengstresultaten van long/astma-klinieken en epilepsiecentra, voor 75 procent aan als kosten van het cluster '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-zorgproducten, waarvoor een percentage van 60 wordt aangehouden, merkt het College zorgverzekeringen de volgende kosten voor 75 procent aan als kosten van het cluster 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp':
 - a. de kostencomponent en honorariumcomponent van de kosten van overige zorgproducten van long/astma-klinieken en epilepsiecentra die in hoofdzaak worden gefinancierd op basis van dbc-zorgproducten, uitgezonderd de kosten van add-ons, hemostatica en eerstelijnsdiagnostiek van die instellingen;
 - b. de honorariumcomponent van de kosten van dbc-zorgproducten van long/astma-klinieken en epilepsiecentra;
 - c. alle kosten van overige instellingen op het gebied van ziekenhuisverpleging voor zover zij niet worden gefinancierd op basis van dbc-zorgproducten.

Artikel 16

1. Het College zorgverzekeringen baseert de herberekening per zorgverzekeraar vaste kosten van ziekenhuisverpleging op de vaste kosten in het jaar 2011.
2. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van de kosten van dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment van alle instellingen voor medisch-specialistische zorg, inclusief long/astma-klinieken en epilepsiecentra, en uitgezonderd de kosten van expertproducten, voor 25 procent aan als kosten van het cluster 'vaste kosten van ziekenhuisverpleging'.
3. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent en de honorariumcomponent van de kosten van expertproducten in het vrije en gereguleerde segment voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'vaste kosten van ziekenhuisverpleging'.
4. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten van add-ons voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'vaste kosten van ziekenhuisverpleging'.
5. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten hemostatica voor 100 procent aan als kosten van



het cluster 'vaste kosten van ziekenhuisverpleging'.

6. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent van de kosten van prestaties, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg, voor een door hem per instelling voor medisch specialistisch zorg vast te stellen percentage aan als kosten van het cluster 'vaste kosten van ziekenhuisverpleging'.
7. Het percentage per instelling, bedoeld in het zesde lid, is gelijk aan 100 minus het percentage, bedoeld in artikel 15, vijfde lid.
8. Het College zorgverzekeringen merkt de door de zorgautoriteit vastgestelde bedragen ter verrekening van de in 2012 gerealiseerde opbrengstresultaten van long/astma-klinieken en epilepsiecentra voor 25 procent als kosten van het cluster 'vaste kosten van ziekenhuisverpleging'.
9. Met uitzondering van de verpleegkosten bij instellingen die niet worden gefinancierd op basis van dbc-zorgproducten, waarvoor een percentage van 40 wordt aangehouden, merkt het College zorgverzekeringen de volgende kosten voor 25 procent aan als kosten van het cluster 'vaste kosten van ziekenhuisverpleging':
 - a. de kostencomponent en honorariumcomponent van de kosten van overige zorgproducten van long/astma-klinieken en epilepsiecentra die in hoofdzaak worden gefinancierd op basis van dbc-zorgproducten, uitgezonderd de kosten van add-ons, hemostatica en eerstelijnsdiagnostiek van die instellingen;
 - b. de honorariumcomponent van de kosten van dbc-zorgproducten van long/astma-klinieken en epilepsiecentra;
 - c. alle kosten van overige instellingen op het gebied van ziekenhuisverpleging voor zover zij niet worden gefinancierd op basis van dbc-zorgproducten.
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 kosten van het cluster 'vaste kosten van ziekenhuisverpleging'.
11. Het College zorgverzekeringen calculeert 100 procent na op het verschil tussen de vaste kosten van ziekenhuisverpleging, vastgesteld ingevolge het tweede tot en met negende lid enerzijds, en het herberekende deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging na toepassing van het eerste lid, anderzijds.

Artikel 17

1. Het College zorgverzekeringen merkt de door de zorgautoriteit berekende bedragen ter verrekening van de in 2012 gerealiseerde opbrengstresultaten van gebudgetteerde instellingen voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor een door de zorgautoriteit vast te stellen gedeelte aan als kosten die behoren tot het cluster 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar'.
2. Het College zorgverzekeringen calculeert 100 procent na op het verschil tussen de gerealiseerde kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar enerzijds, en het herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar, bedoeld in artikel 3.11, derde lid, van het Besluit zorgverzekering, anderzijds.

Artikel 18

1. Het College zorgverzekeringen merkt de door de zorgautoriteit berekende bedragen ter verrekening van de in 2012 gerealiseerde opbrengstresultaten van gebudgetteerde instellingen voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor een door de zorgautoriteit vast te stellen gedeelte aan als kosten die behoren tot het cluster 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' voor verzekerden van achttien jaar en ouder.
2. Het College zorgverzekeringen past als volgt hoge kostencompensatie toe op het herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder, bedoeld in artikel 3.12, derde lid, van het Besluit zorgverzekering:
 - a. 90 procent van de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, voor zover deze kosten het bedrag van € 10 000 per verzekerde op jaarbasis overschrijden, wordt betrokken bij de 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 2012 vergoedt, voor zover zij ingevolge artikel 12, tweede 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 de herberekende deelbedragen kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder van alle zorgverzekeraars samen, en dit percentage wordt toegepast op het corresponderende herberekende deelbedrag van een zorgverzekeraar;
- e. ten slotte wordt het herberekende deelbedrag per zorgverzekeraar nogmaals herberekend door hierbij het resultaat van onderdeel c op te tellen en vervolgens te verminderen met het resultaat van onderdeel d.

Artikel 19

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

Artikel 20

1. Het bedrag en het percentage bedoeld in artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering zijn: € 22,50 en 90 procent.
2. Het bedrag en het percentage bedoeld in artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering zijn: € 7,50 en 90 procent.

Artikel 21

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

HOOFDSTUK 4. AANVULLINGEN OP DE VEREVENINGSBIJDRAGE AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 22

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

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

Artikel 23

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

HOOFDSTUK 6. WIJZIGING VAN DE REGELING ZORGVERZEKERING

Artikel 24

De Regeling zorgverzekering wordt als volgt gewijzigd:



A

Artikel 3.15, achtste lid, komt te luiden:

8. Het College zorgverzekeringen merkt de eventuele overige declaraties van vrijgevestigde specialisten en de kosten voor de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten en de honorariumcomponent van niet onderhandelbare of onderhandelbare maar gemaximeerde dbc-tarieven voor 100 procent aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, met uitzondering van de kosten- en honorariumcomponent, bedoeld in het zevende lid, onderdeel a.

B

Artikel 3.17 komt te luiden:

Artikel 3.17

1. Het College zorgverzekeringen merkt de door de zorgautoriteit berekende bedragen ter verrekening van de in 2011 gerealiseerde opbrengstresultaten van gebudgetteerde instellingen voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor een door de zorgautoriteit vast te stellen gedeelte aan als kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar.
2. 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 herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van verzekerden jonger dan achttien jaar.

C

Artikel 3.18 komt te luiden:

Artikel 3.18

1. Het College zorgverzekeringen merkt de door de zorgautoriteit berekende bedragen ter verrekening van de in 2011 gerealiseerde opbrengstresultaten van gebudgetteerde instellingen voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor een door de zorgautoriteit vast te stellen gedeelte aan als kosten die behoren tot het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder.
2. Het College zorgverzekeringen past overeenkomstig artikel 3.13 hogekostencompensatie toe op het herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder.

Artikel 25

De Regeling zorgverzekering wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1, eerste lid, wordt als volgt gewijzigd:

1. De onderdelen n tot en met r vervallen.
2. De onderdelen s tot en met gg worden geletterd n tot en met bb.

B

Hoofdstuk 3 komt te luiden:

HOOFDSTUK 3. DE IN HET UITVOERINGSVERSLAG OP TE NEMEN GEGEVENS

Artikel 3.1

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 aanbieder 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

Artikel 8.3 wordt als volgt gewijzigd:

1. in het eerste lid, onderdeel, a wordt 'bijlage 9' vervangen door: bijlage 5.
2. in het tweedelid wordt 'bijlage 10' vervangen door: bijlage 6.

D

De bijlagen 4, 5, 6A, 6B en 7 vervallen en de bijlagen 8, 9 en 10 worden vernummerd tot 4, 5 en 6.

HOOFDSTUK 7. OVERIGE BEPALINGEN

Artikel 26

Artikel IX van de 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 (Stcrt. 2010, 21547) wordt vervangen door:

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. Het College zorgverzekeringen merkt 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, alsmede de kosten voor de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten, voor 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 27

In afwijking van hetgeen daarover in artikel 3.16 van de Regeling zorgverzekering zoals dat met betrekking tot het jaar 2010 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 2010 als volgt herberekend:

1. Het College van zorgverzekeringen merkt de kosten voor de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialististen 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 door de zorgautoriteit berekende 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 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 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 eerste tot en met negende lid enerzijds, en het herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuis.

Artikel 28

In afwijking van hetgeen daarover in artikel 3.17 van de Regeling zorgverzekering zoals dat met betrekking tot het jaar 2010 gold, was geregeld, worden de vaste kosten van ziekenhuisverpleging ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage over het jaar 2010 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 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 door de zorgautoriteit berekende 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:
 - 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.
10. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten voor prestaties waarop de beleidsregel 'Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch-specialistische zorg' van de zorgautoriteit van toepassing is, en 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 29

In afwijking van hetgeen daarover in artikel 3.18 van de Regeling zorgverzekering zoals dat met betrekking tot het jaar 2010 gold, was geregeld, worden de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage over het jaar 2010 als volgt herberekend:

1. Het College zorgverzekeringen merkt de door de zorgautoriteit berekende bedragen ter verrekening van de in 2010 gerealiseerde opbrengstresultaten van gebudgetteerde instellingen voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor een door de zorgautoriteit vast te stellen gedeelte aan als kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar.
2. Het College zorgverzekeringen merkt de door de zorgautoriteit berekende bedragen ter verrekening van de in 2010 gerealiseerde opbrengstresultaten van gebudgetteerde instellingen voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor een door de zorgautoriteit vast te stellen gedeelte aan als kosten die behoren tot het deelbedrag kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder.
3. Het percentage, bedoeld in het tweede lid, is gelijk aan 100 minus het percentage, bedoeld in het eerste lid.
4. Het College zorgverzekeringen calculeert 100 procent na op het verschil tussen de gerealiseerde kosten van geneeskundige gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar en het deelbedrag kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar.
5. Het College zorgverzekeringen past overeenkomstig artikel 3.14 van de Regeling zorgverzekering zoals dat met betrekking tot het jaar 2010 gold, hogekostencompensatie toe op het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder.

Artikel 30

In afwijking van hetgeen daarover in artikel 3.19 van de Regeling zorgverzekering zoals dat met betrekking tot het jaar 2010 gold, was geregeld, worden de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage over het jaar 2010 als volgt herberekend:

1. Het College zorgverzekeringen merkt de door de zorgautoriteit berekende bedragen ter verrekening van de in 2010 gerealiseerde opbrengstresultaten van gebudgetteerde instellingen voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor een door de zorgautoriteit vast te stellen gedeelte aan als kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder.
2. Het College zorgverzekeringen past overeenkomstig artikel 3.14 van de Regeling zorgverzekering zoals dat met betrekking tot het jaar 2010 gold, hogekostencompensatie toe op het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder.

HOOFDSTUK 8. SLOTBEPALINGEN

Artikel 31

Hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering, zoals dat na toepassing van artikel 24 juncto 33, vierde lid, zoals dat met betrekking tot het vereveningsjaar 2011 luidde, blijft van toepassing op de vaststelling van de vereveningsbijdragen over 2011.

Artikel 32

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling risicoverevening 2012.

Artikel 33

1. Deze regeling treedt, met uitzondering van artikel 25, in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst en werkt terug tot en met 30 september 2011.
2. Artikel 25 treedt in werking met ingang van 1 januari 2012.
3. Indien de Staatscourant waarin deze regeling wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 1 januari 2012, treedt ook artikel 25 in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin de regeling wordt geplaatst en werkt dat artikel terug tot en met 1 januari 2012.



4. Artikel 24 werkt terug tot en met 1 januari 2011.

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

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



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

De bijlage betreft kosten van zorg behorende tot de clusters 'dbc-zorgproducten in het vrije segment', 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp', en 'overige prestaties'.

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

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

		Kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment	Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Kosten van overige prestaties
Mannen	0 jaar	484,51	2.253,76	879,86
	1-4 jaar	429,02	323,15	653,54
	5-9 jaar	366,86	247,86	742,58
	10-14 jaar	345,60	207,73	682,39
	15-17 jaar	403,38	185,37	684,64
	18-24 jaar	439,09	154,18	499,58
	25-29 jaar	462,79	133,23	515,57
	30-34 jaar	475,22	129,40	537,00
	35-39 jaar	510,46	143,24	555,46
	40-44 jaar	556,29	135,70	575,05
	45-49 jaar	636,79	157,70	621,33
	50-54 jaar	738,42	178,88	673,63
	55-59 jaar	910,77	218,55	762,63
	60-64 jaar	1.077,52	233,29	815,73
	65-69 jaar	1.387,43	258,13	939,02
	70-74 jaar	1.697,28	246,54	1.003,49
	75-79 jaar	2.020,88	206,51	1.088,74
	80-84 jaar	2.133,44	77,90	1.204,30
	85-89 jaar	2.119,51	0,36	1.399,87
90+ jaar	2.095,70	- 18,67	1.746,38	
Vrouwen	0 jaar	399,65	1.970,03	771,53
	1-4 jaar	370,68	262,10	601,11
	5-9 jaar	350,15	178,61	670,96
	10-14 jaar	342,81	172,07	687,62
	15-17 jaar	422,28	182,55	777,44
	18-24 jaar	574,95	148,56	688,22
	25-29 jaar	844,27	172,49	964,31
	30-34 jaar	898,87	182,81	999,11
	35-39 jaar	762,10	163,01	774,66
	40-44 jaar	695,52	129,70	667,25
	45-49 jaar	784,12	119,40	702,70
	50-54 jaar	867,20	122,21	755,92
	55-59 jaar	952,43	123,93	813,58
	60-64 jaar	1.057,75	116,79	858,01
	65-69 jaar	1.243,12	116,59	961,45
	70-74 jaar	1.416,60	96,75	1.038,80
	75-79 jaar	1.614,79	67,93	1.143,35
	80-84 jaar	1.668,87	6,65	1.295,95
	85-89 jaar	1.628,18	- 42,88	1.499,92
90+ jaar	1.383,83	- 49,27	1.783,16	

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

	Kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment	Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Kosten van overige prestaties
FKG's			
Geen FKG	-59,76	0,80	- 147,69
Glaucoom	118,02	- 43,47	183,32
Schildklieraandoeningen	124,52	-16,85	106,28
Psychose, Alzheimer en verslaving	- 405,78	-225,81	1.000,59
Depressie	60,79	-28,33	170,32
Neuropathische pijn	483,64	-117,25	817,01
Hoog cholesterol	88,78	40,30	249,43
Diabetes type IIb	141,46	4,83	425,64
COPD/Zware astma	651,68	-84,59	969,29
Astma	194,17	10,19	513,71
Diabetes type IIa	203,79	35,83	592,49
Epilepsie	-52,61	443,19	626,46
Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	621,09	-125,49	309,04
Hartaandoeningen	705,39	172,05	345,02



	Kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment	Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Kosten van overige prestaties
Reuma: TNF-alfa-remmers	0,00	0,00	0,00
Reuma: overige middelen	640,00	17,72	41,64
Parkinson	74,32	-214,21	2.425,17
Diabetes type I	169,24	-135,76	1.342,73
Transplantaties	-691,64	32,75	1.090,22
Cystic fibrosis/pancreasenzymen	603,17	-459,75	4.846,78
Aandoeningen van hersenen/ ruggenmerg	-877,21	-627,84	5.929,31
Kanker	1.948,82	-360,70	4.664,51
Hormoongevoelige tumoren	682,83	-273,69	952,29
HIV/AIDS	-622,16	-844,42	8.635,68
Nieraandoeningen	3.572,42	-258,23	3.137,46
Groeihormonen	-2.034,44	-1.741,28	14.029,68

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

	Kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment	Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Kosten van overige prestaties
DKG's			
0	-79,09	-12,45	-22,41
1	792,60	94,95	55,63
2	806,41	392,86	224,33
3	1.142,27	665,40	422,40
4	2.019,75	282,70	690,05
5	3.448,67	231,31	1.050,92
6	2.708,64	439,98	716,05
7	2.831,31	1.777,41	1.312,98
8	3.828,69	348,22	1.363,46
9	3.525,36	1.082,33	2.661,06
10	6.373,81	299,71	2.158,77
11	7.257,08	831,72	3.419,87
12	5.880,56	2.597,55	5.879,23
13	54.954,48	141,03	2.605,21

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

		Kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment	Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Kosten van overige prestaties
Arbeidsongeschikten	0-17 jaar	0,00	0,00	0,00
	18-34 jaar	143,72	184,29	346,06
	35-44 jaar	201,11	123,29	348,98
	45-54 jaar	248,17	63,12	297,54
	55-64 jaar	239,74	47,01	199,90
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	105,76	28,16	49,36
	35-44 jaar	125,31	36,78	149,09
	45-54 jaar	164,15	15,15	186,68
	55-64 jaar	79,47	20,49	110,78
Zelfstandigen	18-34 jaar	-46,41	-16,46	-56,11
	35-44 jaar	-59,84	-19,37	-54,64
	45-54 jaar	-86,95	-20,25	-73,41
	55-64 jaar	-96,81	-19,96	-86,72
Referentiegroep	18-34 jaar	-6,28	-7,29	-12,67
	35-44 jaar	-10,77	-6,69	-20,84
	45-54 jaar	-22,22	-4,64	-29,41
	55-64 jaar	-42,50	-8,47	-36,96
	65+ jaar	0,00	0,00	0,00

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

	Kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment	Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Kosten van overige prestaties
Regio			
1	46,93	8,78	14,91
2	22,71	7,33	8,52
3	21,91	2,91	4,08
4	8,46	8,03	1,55
5	1,32	-1,34	7,65



	Kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment	Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Kosten van overige prestaties
6	-2,37	-1,83	4,12
7	-9,65	-2,96	-2,85
8	-18,58	-4,11	-6,14
9	-25,44	-8,41	-6,68
10	-45,10	-8,36	-25,00

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

		Kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment	Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Kosten van overige prestaties
SES > 15 bewoners	0-17 jaar	0,21	8,66	12,95
	18-64 jaar	3,10	16,64	-67,61
	65+ jaar	-216,94	-121,21	401,67
SES 1 (laag)	0-17 jaar	0,21	8,66	12,95
	18-64 jaar	31,31	-2,31	22,31
	65+ jaar	283,58	4,73	118,90
SES 2 (midden)	0-17 jaar	0,77	-7,14	-7,99
	18-64 jaar	13,52	-2,55	18,56
	65+ jaar	-27,78	-3,02	-15,98
SES 3 (hoog)	0-17 jaar	-3,24	-12,14	-26,64
	18-64 jaar	-37,95	4,07	-34,92
	65+ jaar	-83,52	17,77	-90,35

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

	Kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment	Variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp	Kosten van overige prestaties
MHK's			
Geen MHK	-92,33	-42,69	-138,31
MHK 2 voorafgaande jaren hoge kosten	754,17	316,58	771,11
MHK 3 jaar hoge kosten in top 15 procent	859,21	266,01	1.031,64
MHK 3 jaar hoge kosten in top 10 procent	1.266,60	371,65	1.741,83
MHK 3 jaar hoge kosten in top 7 procent	1.782,40	551,51	2.782,49
MHK 3 jaar hoge kosten in top 4 procent	2.560,45	1.069,55	4.495,80
MHK 3 jaar hoge kosten in top 1,5 procent	2.768,63	5.563,84	9.466,90



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

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

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

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

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden jonger dan achttien jaar	
Leeftijd onder achttien jaar	
Wel	185,15
Niet	0,00

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

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder		
Mannen	18-24 jaar	283,94
	25-29 jaar	305,46
	30-34 jaar	289,22
	35-39 jaar	273,69
	40-44 jaar	257,15
	45-49 jaar	243,08
	50-54 jaar	232,45
	55-59 jaar	220,48
	60-64 jaar	220,48
	65-69 jaar	207,69
	70-74 jaar	210,29
	75-79 jaar	206,22
	80-84 jaar	212,90
85-89 jaar	194,32	
90+ jaar	193,89	
Vrouwen	18-24 jaar	284,41
	25-29 jaar	256,63
	30-34 jaar	256,63
	35-39 jaar	245,62
	40-44 jaar	245,62
	45-49 jaar	238,47
	50-54 jaar	232,45
	55-59 jaar	220,48
	60-64 jaar	220,48
	65-69 jaar	208,13
	70-74 jaar	199,73
	75-79 jaar	193,89
	80-84 jaar	193,89
85-89 jaar	193,89	
90+ jaar	193,89	

Tabel 2.3: 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	78,41
2	11,26
3	-3,32
4	-9,46
5	-4,26
6	-12,10
7	-15,51
8	-15,51
9	-15,51
10	-15,51



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

		Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder
FKG's		
Geen FKG psychische aandoeningen		-31,73
Psychose		3.465,81
Depressie		228,68
Verslaving		2.583,56
Bipolaire stoornis		1.386,78
ADHD		271,45

Tabel 2.5: Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde)

		Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	834,80
	35-44 jaar	241,31
	45-54 jaar	126,06
	55-64 jaar	28,71
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	744,29
	35-44 jaar	627,47
	45-54 jaar	271,54
	55-64 jaar	148,23
Zelfstandigen	18-34 jaar	-47,71
	35-44 jaar	-36,70
	45-54 jaar	-23,53
	55-64 jaar	-11,57
Referentiegroep	18-34 jaar	-47,71
	35-44 jaar	-36,70
	45-54 jaar	-21,95
	55-64 jaar	-11,57
	65+ jaar	0,00

Tabel 2.6: Gewichten voor het criterium sociaaleconomische status (in euro's per verzekerde)

		Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder
SES > 15 bewoners	18-64 jaar	1.754,46
	65+ jaar	114,39
SES 1 (laag)	18-64 jaar	-14,36
	65+ jaar	25,49
SES 2 (midden)	18-64 jaar	-0,69
	65+ jaar	-10,77
SES 3 (hoog)	18-64 jaar	-25,79
	65+ jaar	-10,77

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

		Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Eenpersoonsadres		
Niet		-20,96
Wel		107,51

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

		Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Kosten geneeskundige GGZ boven lage drempel		
Niet		-35,95
Wel		776,22

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

		Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Kosten geneeskundige GGZ boven hoge drempel		
Niet		-78,97
Wel		5.523,63



BIJLAGE 3, BEHORENDE BIJ ARTIKEL 10, TWEDE LID

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

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

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

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder		
Mannen	18-24 jaar	257,83
	25-29 jaar	277,56
	30-34 jaar	278,99
	35-39 jaar	274,44
	40-44 jaar	263,58
	45-49 jaar	254,87
	50-54 jaar	240,64
	55-59 jaar	219,34
	60-64 jaar	210,08
	65-69 jaar	185,63
	70-74 jaar	190,78
	75-79 jaar	191,33
	80-84 jaar	201,53
	85-89 jaar	195,63
90+ jaar	184,33	
Vrouwen	18-24 jaar	297,99
	25-29 jaar	295,92
	30-34 jaar	274,95
	35-39 jaar	271,94
	40-44 jaar	260,23
	45-49 jaar	259,83
	50-54 jaar	240,64
	55-59 jaar	215,12
	60-64 jaar	210,08
	65-69 jaar	183,99
	70-74 jaar	183,99
	75-79 jaar	183,99
	80-84 jaar	183,99
	85-89 jaar	183,99
90+ jaar	183,99	

Tabel 3.2: 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	53,65
2	26,60
3	8,41
4	2,83
5	-4,01
6	-11,21
7	-19,40
8	-19,40
9	-19,40
10	-19,40

Tabel 3.3: Gewichten voor het criterium FKG psychische aandoeningen

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder	
FKG's	
Geen FKG psychische aandoeningen	-29,56
Psychose	2.454,78
Depressie	327,36
Verslaving	1.783,63
Bipolaire stoornis	1.083,27
ADHD	340,69

**Tabel 3.4: Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde)**

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder		
Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	537,97
	35-44 jaar	297,59
	45-54 jaar	169,10
	55-64 jaar	35,42
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	557,73
	35-44 jaar	528,52
	45-54 jaar	319,97
	55-64 jaar	106,22
Zelfstandigen	18-34 jaar	-58,75
	35-44 jaar	-61,14
	45-54 jaar	-41,55
	55-64 jaar	-11,00
Referentiegroep	18-34 jaar	-31,43
	35-44 jaar	-33,26
	45-54 jaar	-26,40
	55-64 jaar	-11,00
	65+ jaar	0,00

Tabel 3.5: Gewichten voor het criterium sociaaleconomische status (in euro's per verzekerde)

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder		
SES > 15 bewoners	18-64 jaar	643,91
	65+ jaar	50,34
SES 1 (laag)	18-64 jaar	-0,15
	65+ jaar	18,84
SES 2 (midden)	18-64 jaar	7,45
	65+ jaar	-6,33
SES 3 (hoog)	18-64 jaar	-21,42
	65+ jaar	-6,33

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

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder		
Eenpersoonsadres		
Niet		-18,61
Wel		95,46

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

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder		
Kosten geneeskundige GGZ boven lage drempel		
Niet	Zie artikel 11, vierde lid	
Wel		1.056,49

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

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder		
Kosten geneeskundige GGZ boven hoge drempel		
Niet	Zie artikel 11, vierde lid	
Wel		4.277,82



BIJLAGE 4, BEHORENDE BIJ ARTIKELEN 8, TWEEDE LID, EN 21, TWEEDE LID

De bijlage betreft het eigen risico.

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

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

		Eigen bijdrage ten gevolge van verplicht eigen risico
Mannen	18-24 jaar	89,68
	25-29 jaar	86,37
	30-34 jaar	89,85
	35-39 jaar	94,01
	40-44 jaar	98,18
	45-49 jaar	105,09
	50-54 jaar	114,73
	55-59 jaar	128,58
	60-64 jaar	138,36
	65-69 jaar	153,75
	70-74 jaar	167,89
	75-79 jaar	178,84
	80-84 jaar	184,82
Vrouwen	85-89 jaar	186,69
	90+ jaar	186,38
	18-24 jaar	135,61
	25-29 jaar	139,52
	30-34 jaar	146,04
	35-39 jaar	136,53
	40-44 jaar	131,67
	45-49 jaar	135,36
	50-54 jaar	142,27
	55-59 jaar	147,46
	60-64 jaar	152,74
	65-69 jaar	163,88
	70-74 jaar	174,59
75-79 jaar	182,81	
80-84 jaar	186,07	
85-89 jaar	185,04	
90+ jaar	177,80	

Tabel 4.2: 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	39,49
	35-44 jaar	41,90
	45-54 jaar	37,30
	55-64 jaar	23,71
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	28,83
	35-44 jaar	34,03
	45-54 jaar	28,74
	55-64 jaar	9,86
Zelfstandigen	18-34 jaar	-4,10
	35-44 jaar	-6,73
	45-54 jaar	-8,74
	55-64 jaar	-8,62
Referentiegroep	18-34 jaar	-1,69
	35-44 jaar	-2,18
	45-54 jaar	-2,42
	55-64 jaar	-2,76
	65+ jaar	0,00

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

	Eigen bijdrage ten gevolge van verplicht eigen risico
Regio	
1	6,96
2	4,04
3	3,41
4	1,60
5	0,61
6	-0,19
7	-1,28
8	-3,56



	Eigen bijdrage ten gevolge van verplicht eigen risico
9	-4,81
10	-5,88



TOELICHTING

Algemeen

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

Om dit te voorkomen, is in paragraaf 4.2 van de Zvw bepaald dat zorgverzekeraars jaarlijks van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) een 'vereveningsbijdrage' ontvangen, die uit het Zorgverzekeringsfonds gefinancierd wordt. Deze bijdrage wordt gebaseerd op een inschatting vooraf (ex ante) van de zorgkosten van een zorgverzekeraar aan de hand van een aantal objectieve kenmerken van de verzekerden van die zorgverzekeraar. Deze systematiek beoogt zorgverzekeraars voor kostenverschillen als gevolg van onbeïnvloedbare risicoverschillen in hun zorgverzekerdenportefeuilles te compenseren, zodat zij op dit punt in een gelijke uitgangspositie worden gebracht en daardoor eerlijk met elkaar kunnen concurreren. Weet de zorgverzekeraar welk bedrag hij in het komende jaar aan vereveningsbijdrage zal krijgen, dan zal hij vervolgens de nominale premie kunnen vaststellen die hij over dat jaar voor zijn zorgverzekering vraagt. De vereveningsbijdrage wordt vervolgens na afloop van het vereveningsjaar (ex post) door het CVZ definitief vastgesteld. Daarbij wordt rekening gehouden met de werkelijke situatie bij de zorgverzekeraar zoals deze zich gedurende het vereveningsjaar heeft voorgedaan (de werkelijke verzekerdenaantallen en -kenmerken kunnen namelijk afwijken van datgene waar ex ante mee rekening was gehouden) en worden bepaalde compensatiemechanismen ingezet. Hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering bevat de belangrijkste nadere regels over de vereveningsbijdragen: bepaald wordt met welke vereveningscriteria bij de berekening van die bijdragen rekening wordt gehouden, en hoe de bijdragen op hoofdlijnen ex ante en ex post worden berekend. De gedetailleerde uitwerking van deze regels is voor het vereveningsjaar 2012 vervolgens te vinden in voorliggende 'Regeling risicoverevening 2012' (Rrv 2012)

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

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

Door de risicovereveningsregels uit de Regeling zorgverzekering te halen en deze ieder jaar in een afzonderlijke, per vereveningsjaar geldende ministeriële regeling op te nemen, zal het mogelijk blijven om, uiteraard slechts voor zover dat noodzakelijk is en voor zover dit vóór de daadwerkelijke vaststelling door het CVZ geschiedt, ook na het vereveningsjaar de regels met betrekking tot de vaststelling van de bijdragen over dat jaar te wijzigen. Hiermee zal ook voor gebruikers veel transparanter worden hoe de vereveningsregels over een bepaald kalenderjaar luiden.

De risicovereveningsregels zullen met ingang van die voor het vereveningsjaar 2012 derhalve in een jaarlijkse, afzonderlijke ministeriële regeling worden vastgelegd. De voorliggende Regeling risicoverevening 2012 is hiervan de eerste.

De hoofdstukken 1 tot en met 5 van deze Regeling bevatten de nieuwe regels die gelden voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage over 2012. Zo wordt bepaald welke middelen beschikbaar zijn voor het jaar 2012 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 de regeling zowel het bedrag van de beschikbare middelen 2012, als het macro-prestatiebedrag 2012 vastgesteld. Het macro-prestatiebedrag wordt in 2012 verdeeld in vijf macro-deelbedragen:



- het macro-deelbedrag kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment;
- 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 2012 worden ex-post compensatiemechanismen toegepast. De bijdrage aan zorgverzekeraars wordt aangevuld met de bedragen berekend op grond van paragraaf 1.5 van hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering.

Hoofdstuk 6 bevat wijzigingen in de risicovereveningsregels zoals deze met betrekking tot het kalenderjaar 2011 luidden (artikel 24). Het gaat daarbij allereerst om de wijze waarop de kosten voor de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten worden behandeld. Daarnaast worden de door de zorgautoriteit vastgestelde bedragen ter verrekening van de in 2011 gerealiseerde opbrengstresultaten van de gebudgetteerde instellingen voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (geneeskundige GGZ) toegewezen aan verzekerden jonger dan 18 jaar en verzekerden van 18 jaar en ouder, zodat deze kosten in de risicoverevening kunnen worden verwerkt. Daarnaast bevat hoofdstuk 6 een bepaling (artikel 25) waarmee – met ingang van 1 januari 2012, zie artikel 33 – de risicovereveningsregels uit de Regeling zorgverzekering worden geschrapt. Deze zullen voor vereveningsjaren vanaf 2012 in afzonderlijke regelingen, zoals voorliggende regeling (die voor 2012 geldt), worden opgenomen.

De artikelen 26 tot en met 30 in hoofdstuk 7 bevatten een aantal correcties en toevoegingen op de vaststellingsregels voor de jaren 2008, 2009 en 2010. Het gaat hierbij om de wijze waarop de volgende kosten in de risicoverevening worden verwerkt: de gelden van de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten, de kosten van prestaties waarop de beleidsregel 'Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch-specialistische zorg' van de zorgautoriteit van toepassing is en de door de zorgautoriteit vastgestelde bedragen ter verrekening van de gerealiseerde opbrengstresultaten van gebudgetteerde instellingen voor geneeskundige GGZ.

In de slotbepalingen van hoofdstuk 8 wordt bepaald dat de risicovereveningsregels in de Regeling zorgverzekering, zoals deze luidden voor inwerkingtreding van artikel 24, voor 2011 nog van toepassing blijven voor de vaststelling van de vereveningsbijdragen over dat jaar. Dit met toepassing van de wijzigingen genoemd in artikel 24 juncto 33, vierde lid, van deze regeling. Daarnaast bevat het hoofdstuk regels over de terugwerkende kracht van de wijzigingen van de Regeling 2011 en de inwerkingtreding van de Regeling voor 2012.

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

Daarvoor worden de volgende wijzigingen voor 2012 doorgevoerd:

- voor het ex ante gedeelte van het model:
 1. er wordt een nieuw ex ante vereveningscriterium ingevoerd voor de kosten van somatische zorg: 'meerjarige hoge kosten' (MHK);
 2. het vereveningscriterium 'FKG psychische aandoeningen' wordt opgesplitst in vijf afzonderlijke FKG's voor verschillende psychische aandoeningen;
- voor het ex post gedeelte van het model:
 3. de macro-nacalculatie wordt volledig afgeschaft met flankerend beleid;
 4. het segment van de ziekenhuiskosten dat valt onder het deelbedrag kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment wordt uitgebreid van 30 procent naar 70 procent;
 5. het ex post compensatiemechanisme 'hogekostencompensatie' (HKC) wordt voor kosten van somatische zorg afgeschaft;
 6. de nacalculatie op het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp wordt afgeschaft;
 7. de bandbreedte die wordt gehanteerd bij het ex post compensatiemechanisme 'bandbreedtere-geling' wordt berekend rond het gemiddelde marktresultaat;
 8. de nacalculatie op de kosten die behoren tot het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en die buiten de bandbreedte vallen, wordt beperkt tot 90 procent (was 100 procent);
 9. de nacalculatie op de kosten die behoren tot het deelbedrag geneeskundige geestelijke



gezondheidszorg en boven het hogekostendrempelbedrag uitkomen, wordt beperkt tot 90 procent (was 100 procent).

Achtergrond basisgegevens en kwaliteit ex ante vereveningsmodellen

Bij de vaststelling van het ex ante vereveningsmodel laat ik mij adviseren door de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR). De WOR is een technische werkgroep, met als belangrijkste taken het adviseren over de opzet van een jaarlijks onderzoeksprogramma naar de risicoverevening, het beoordelen van de kwaliteit van de basisgegevens, het inhoudelijk begeleiden van de onderzoeken in dit onderzoeksprogramma en vervolgens het adviseren over de technische verbetermogelijkheden van het ex ante risicovereveningsmodel. In de WOR nemen deskundigen van zorgverzekeraars, onderzoeksbureaus, Zorgverzekeraars Nederland en het CVZ deel. Ik heb het advies over de technische verbeteringen van het ex ante vereveningsmodel overgenomen. De WOR duidt in haar advies ook op onzekerheden rond het representatief maken van de basisgegevens en de consequenties hiervan op de beoordeling van de kwaliteit van het vereveningsmodel 2012. Ik heb hiervan kennis genomen en ik heb dit meegewogen in de uiteindelijke vaststelling van het gehele risicovereveningsstelsel 2012.

Somatische zorg 2012

Basisgegevens

Het risicovereveningsstelsel 2012 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 2009. Deze gegevens zijn afkomstig uit één, uniform registratiesysteem. Over 2009 kan worden beschikt over kostengegevens met een dekkingsgraad van 94 procent. Dit is gelijk aan vorig jaar. Voor de verzekerdenkenmerken is voor het eerst een 100 procent dekkend bestand beschikbaar. Het verschil in dekking wordt deels verklaard doordat nog niet over de kosten uit het verleden van de volmachtverzekeraars kan worden beschikt. Er heeft herweging naar de gehele Nederlandse bevolking plaatsgevonden. Dit bevordert de representativiteit van de basisgegevens.

De kwaliteit van de basisgegevens over 2009 is verbeterd ten opzichte van 2008. De bestanden met kostengegevens ziekenhuiszorg zijn vollediger en vertonen een betere aansluiting met andere bronnen. Daarnaast laten de balansposten een plausibel beeld zien, terwijl dit in voorgaande jaren nog een grote bron van onzekerheid was.

Bewerkingen onderzoeksgegevens

Om de basisgegevens 2009 zoveel mogelijk representatief te maken voor 2012 is een aantal bewerkingen uitgevoerd onder begeleiding van de WOR. Er zijn correcties uitgevoerd voor verschillende pakket- en beleidsmaatregelen. Een belangrijke beleidsmaatregel is invoering van prestatiebekostiging voor ziekenhuizen per 2012. Er is onder meer rekening gehouden met de gevolgen van de invoering van 'dbc's op weg naar transparantie' (DOT), de uitbreiding van het vrije segment ziekenhuiszorg naar 70 procent, aanpassingen in het Zvw-vergoedingenpakket per 2012 en de overheveling van enkele kostensoorten tussen de verschillende deelbedragen.

In 2012 wordt een nieuwe vast/variabel-systematiek toegepast. In 2012 worden de kosten ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg in de risicoverevening uitgesplitst in vier categorieën, de zogenaamde deelbedragen. In 2011 werden deze kosten toebedeeld naar drie deelbedragen, namelijk vaste kosten van ziekenhuisverpleging, variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment (voorheen B-dbc's). In 2012 zal een deel van de ziekenhuiskosten (de eerstelijnsdiagnostische zorg) worden ondergebracht bij het deelbedrag kosten van overige prestaties. Per 2012 worden de kosten van de zogenaamde TNF-alfa-remmers van het geneesmiddelenkader naar het ziekenhuiskader overgeheveld. Deze kosten worden in 2012 als kosten van het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging aangemerkt. De reden hiervoor is dat er onvoldoende gegevens van met name intramurale gebruikers beschikbaar zijn. Hierdoor is het niet mogelijk om met het ex ante vereveningsmodel de vervolgcosten van gebruikers van TNF-alfa-remmers in 2012 te voorspellen aan de hand van een morbiditeitskenmerk. Om de basisgegevens zo veel mogelijk representatief te maken voor 2012 is een aantal pakketmaatregelen op individuniveau in de onderzoeksgegevens verwerkt. Het betreft aanpassingen in het Zvw-vergoedingenpakket op de volgende kostensoorten: tandheelkunde, fysiotherapie, anticonceptie, maagzuurremmers en dieetadvisering. In de kostengegevens is verder ook rekening gehouden met de maatregel beschikbaarheid en spreiding ambulances. Tot slot zijn in het kader van de invoering van DOT de kosten van ziekenhuiszorg 2009 in termen van dbc-declaraties vertaald naar dbc-zorgproducten onder DOT (dbc-zorgproducten). Naar verwachting worden kosten onder DOT beter toegerekend aan de ziektelast van verzekerden, waardoor deze beter voorspelbaar zijn.



Door deze aanpassingen zijn de basisgegevens zo goed mogelijk representatief gemaakt voor het jaar waarop de risicoverevening betrekking heeft. In dit geval is dat 2012.

Ex ante risicovereveningsmodel 2012

Het ex ante risicovereveningsmodel 2011 voor de somatische zorg kent de volgende vereveningscriteria: leeftijd/geslacht, Farmaceutische Kostengroepen (FKG's), Diagnose Kostengroepen (DKG's), Aard van het Inkomen (AvI), Sociaal Economische Status (SES) en het regiocriterium somatisch.

Op advies van de WOR voer ik in 2012 de volgende drie wijzigingen in de vormgeving van het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische zorg door.

- Belangrijkste wijziging is dat het ex ante risicovereveningsmodel wordt uitgebreid met een vereveningscriterium MHK. MHK heeft zeven klassen: een referentieklaas, vijf klassen voor verzekerden met drie jaar hoge kosten en een klasse met verzekerden die alleen de voorafgaande twee jaar hoge kosten hebben gehad. Met MHK wordt een betere compensatie gegenereerd voor groepen verzekerden met chronische aandoeningen, met structureel (voorspelbaar) hoge kosten.
- Daarnaast zijn er wijzigingen bij de FKG's. Zo zal het aantal FKG's uitgebreid worden van 23 naar 25. Er zijn FKG's voor neuropathische pijn en hormoongevoelige tumoren toegevoegd. Verder is de vormgeving van de FKG Kanker aangepast; een verzekerde wordt ingedeeld in deze FKG indien meer dan twee recepten zijn voorgeschreven. Indeling van de overige FKG's gebeurt nog steeds op basis van het criterium meer dan 180 DDD's. De normbedragen voor de FKG reuma TNF-alfaremmers worden gelijk gesteld aan 0 euro, omdat het model anders – als gevolg van de gelijktijdige invoering met MHK en de overheveling van de TNF-alfaremmers – negatieve normatieve (verwachte) kosten voor een gedeelte van deze verzekerden genereert.
- Laatste wijziging is dat bij de DKG's de groep verzekerden met predialyse van DKG13 naar DKG11 verschuift. DKG13 bestaat na de aanpassing nog alleen uit verzekerden met (chronische) dialyse. Hiermee verbetert de aansluiting tussen verwachte en werkelijke kosten bij deze twee afzonderlijke groepen en neemt de verklaringskracht van het model toe.

Kwaliteit risicovereveningsmodel 2012

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 (statistische) maten af te lezen:

- de verklaringskracht van het model op individueel verzekerdeniveau (de standaard statistische maat R-kwadraat);
- de aansluiting van de verwachte kosten met het vereveningsmodel en de werkelijke kosten voor groepen verzekerden, het zogenaamde vereveningsresultaat¹;
- 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 verzekerde.

De robuustheid van het vereveningsmodel wordt weergegeven in gemiddelde afwijking² 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 1) de invloed van de nieuwe basisgegevens 2009 waarop het model is gebaseerd, 2) de effecten van de aanpassingen van de basisgegevens ter bevordering van de representativiteit en 3) de effecten als gevolg van verbeteringen aan de vereveningscriteria.

• Nieuwe basisgegevens

Het risicovereveningsmodel 2012 is gebaseerd op kostengegevens over 2009. Om de invloed van deze nieuwe basisgegevens te bepalen, is de doorrekening van het risicovereveningsmodel 2011 op de gegevens 2008 vergeleken met de doorrekening op gegevens 2009. Hierbij zijn beide jaren representatief gemaakt voor de situatie in 2011.

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 10 euro en is iets lager dan voorgaande jaren.

In het algemeen is aansluiting tussen verwachte en werkelijke kosten van het vereveningsmodel 2011 op 2008 en 2009-gegevens goed vergelijkbaar. De verklaringskracht op individuniveau (R-kwadraat) bedraagt bijna 20 procent.

¹ Deze aansluiting wordt weergegeven door de gewogen gemiddelde absolute afwijking (GGAA) op verzekeraarsniveau. De GGAA wordt uitgedrukt in euro per verzekerdenjaar.

² Deze verandering wordt weergegeven door de Gewogen Gemiddelde Absolute Verandering in normbedragen (GGAV).



Gegeven het bovenstaande concludeer ik dat de nieuwe basisgegevens van goede kwaliteit zijn en een goede basis vormen voor de vaststelling van de risicoverevening 2012.

• *Aanpassingen basisgegevens representativiteit*

Voor de risicoverevening van 2012 worden kosten 2009 representatief gemaakt voor 2012. Hierbij is, in aanvulling op de pakketmaatregelen, rekening gehouden met de invoering van DOT en de uitbreiding van het vrije segment naar 70 procent. De dbc-declaraties zijn vertaald naar dbc-zorgproducten. Hierbij is een leeftijd- en ziekenhuistype specifieke conversietabel toegepast, die is samengesteld door de Stichting DBC-onderhoud. Ook zijn verwachte prijzen (vrije segment) en tarieven (gereguleerde segment) van dbc-zorgproducten gebruikt. Hierdoor hoeft niet meer gecorrigeerd te worden voor opbrengstresultaten. Naast de veranderingen die gepaard gaan met het declareren in termen van dbc-zorgproducten, is hierdoor in de vaststelling van de normgewichten voor 2012 de facto ook rekening gehouden met tariefontwikkelingen bij de dbc's tussen 2009 en 2011. Bij de conversie zijn een aantal onzekere factoren geconstateerd, zoals de mogelijke onderregistratie in het DIS en het niet kunnen meenemen van de herziening van de honorariumtarieven. Gesteld kan worden dat met de conversie zo goed mogelijk rekening is gehouden met de effecten van de invoering van de prestatie-bekostiging en DOT. Uit het onderzoek blijkt dat er grofweg een verschuiving van kosten van jong naar oud optreedt bij de overgang naar de DOT-systematiek.

Het gecombineerde effect van de nieuwe gegevens en het representatief maken voor 2012 resulteert in een betere aansluiting tussen de verwachte kosten en de werkelijke kosten. De verklaringskracht (R-kwadraat) van het vereveningsmodel op individuniveau stijgt van 19,8 naar 22,8 procent. De veranderingen in de normbedragen zijn groter dan voorgaande jaren, wat het gevolg is van de overheveling van TNF-alfa-remmers en de conversie naar DOT. Ervan uitgaande dat de correcties voor de verschillende maatregelen – in het bijzonder de conversie naar DOT – doorgevoerd worden om de kostengegevens zo goed mogelijk representatief te maken voor 2012, kan gesteld worden dat de normbedragen zich aanpassen aan de (gesimuleerde) veranderingen.

• *Wijzigingen vereveningscriteria*

In het ex ante vereveningsmodel zijn aanpassingen doorgevoerd bij vereveningscriteria FKG's en DKG's en is een nieuw criterium MHK toegevoegd. Er is bepaald in hoeverre dit de kwaliteit van het vereveningsmodel verbeterd. Hiertoe zijn doorrekeningen uitgevoerd van de vereveningsmodellen 2011 en 2012 op de gecorrigeerde gegevens 2009.

De veranderingen in de normbedragen voor met name leeftijd en geslacht, FKG en DKG zijn groot. Door de toevoeging van een criterium MHK dalen de normbedragen bij ouderen. De verklaringskracht van het ex ante vereveningsmodel 2012 verbetert substantieel met de aanpassing voor de criteria FKG, DKG en MHK. De overall verklaringskracht (de zogenaamde R-kwadraat) op individuniveau stijgt van 22,8 naar 29,8 procent. Wanneer het vereveningsmodel 2011 (met nacalculatie en HKC) vergeleken wordt met het model 2012 (alleen nacalculatie) daalt de GGAA op verzekeraarsniveau van 20,5 naar 15,6 euro. Per saldo betekenen de verbeteringen in de vereveningscriteria een verbetering van de kwaliteit van het ex ante risicovereveningsmodel 2012 ten opzichte van 2011.

Conclusie

De volledigheid en kwaliteit van de basisgegevens 2009 zijn verbeterd ten opzichte van 2008. Bovenstaande onderzoeksresultaten rechtvaardigen de conclusie dat het risicovereveningsmodel kwalitatief goed, stabiel en robuust is. Het model is bestand tegen veranderingen in de omgeving. Zo zijn de veranderingen die optreden in de normbedragen goed verklaarbaar op basis van de doorgevoerde correcties voor de verschillende pakket- en beleidsmaatregelen (waaronder DOT) en de wijzigingen in de vereveningscriteria. De patronen van de schadelastverschuivingen als gevolg van de (gesimuleerde) dbc-zorgproducten zijn plausibel, maar er zijn onzekerheden met betrekking tot de representativiteit van de gehanteerde conversietabel. Los van de onzekerheden constateer ik een substantiële verbetering van de kwaliteit (voorspelkracht) van het ex ante vereveningsmodel door de wijzigingen in de vereveningscriteria.

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

Basisgegevens

Sinds 1 januari 2008 is de geneeskundige GGZ van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) overgeheveld naar de Zvw. Tot nu toe beruiste het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ (deels) op gegevens uit het AWBZ-tijdperk. Het risicovereveningsmodel 2012 voor de geneeskundige GGZ kan voor het eerst volledig gebaseerd worden op Zvw-kostengegevens (2008 en 2009) en verzekerdenkenmerken (2009) die afkomstig zijn uit één uniform registratiesysteem. Het bestand bevat



nagenoeg uitgedeclareerde kostengegevens die via het CVZ zijn aangeleverd. Alle zorgverzekeraars (100 procent dekking) hebben gegevens aangeleverd.

Het kabinet streeft naar een stelselherziening om de effectiviteit van de jeugdzorg te verbeteren. Eén van de onderdelen is de voorgenomen overheveling van de jeugd GGZ naar de gemeenten. In het verleden hebben zorgverzekeraars geen financieel risico gelopen over de kosten geneeskundige GGZ voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Met het oog op de voorgenomen overheveling zullen de kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden jonger dan 18 jaar ook in 2012 volledig worden nagecalculeerd. Zorgverzekeraars lopen op dit deelbedrag dus geen financieel risico.

Bewerkingen basisgegevens

Op de basisgegevens 2009 worden enkele bewerkingen gedaan waarmee deze zo veel mogelijk representatief gemaakt worden voor de situatie 2012. Doordat het bestand nagenoeg uitgedeclareerd is, hoeft geen ophoging van de kosten voor balansposten plaats te vinden.

De opbrengstverrekeningen bij gebudgetteerde instellingen (circa 350 miljoen euro) zijn verwerkt in de bestanden. Het grootste deel kon instellingspecifiek worden verwerkt, waarna een resterend bedrag generiek is gecorrigeerd. De opbrengstverrekening kent grote verschillen tussen regio's en zorgverzekeraars. Ik deel de mening van de WOR dat de verwerking van de opbrengstverrekeningen een onzekere factor is. Desondanks acht ik het onderzoeksbestand van voldoende kwaliteit.

Op de kostengegevens voor de geneeskundige GGZ zijn geen correcties voor pakketmaatregelen op individueel verzekerdeniveau verwerkt. Maatregelen zoals extra eigen bijdragen voor eerstelijnspsychologische zorg zijn generiek verwerkt.

Ex ante risicovereveningsmodel 2012

Het ex ante risicovereveningsmodel 2011 voor de geneeskundige GGZ kent de volgende vereveningscriteria: leeftijd/geslacht, één Farmaceutische Kostengroep (FKG) psychische aandoeningen, Aard van het Inkomen (AvI), Sociaal Economische Status (SES), een dummy voor wel/niet eenpersoonsadres, twee dummy's voor kosten in het verleden (te weten kosten boven de lage drempel en kosten boven de hoge drempel) en het GGZ-regiocriterium.

Op advies van de WOR wijzig ik het ex ante vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ in 2012 op één onderdeel. De FKG psychische aandoeningen wordt opgesplitst in een vijftal afzonderlijke FKG's voor verschillende psychische aandoeningen: psychose, depressie, verslaving, bipolaire aandoening en ADHD.

Kwaliteit risicovereveningsmodel 2012

De normbedragen zijn stabiel. Wanneer geschat wordt op gegevens 2009, is er weinig verschil tussen de normbedragen van het vereveningsmodel 2011 en die van het vereveningsmodel 2012. Hieruit concludeer ik dat het model robuust is. De opsplitsing van de psychische FKG in het uitgangsmodel 2012 leidt tot aanzienlijk hogere normbedragen voor de FKG's psychose, verslaving en bipolaire aandoeningen dan voor de FKG's depressie en ADHD.

Doordat van twee opeenvolgende jaren kostengegevens uit uniforme bron beschikbaar zijn verbeteren de schattingsresultaten. De uitsplitsing van de FKG psychische aandoeningen in vijf FKG's leidt ook tot een verbetering van het model.

Alleen al de verbetering van de basisgegevens resulteert in een stijging van de verklaringskracht (de zogenaamde R-kwadraat) op individuniveau van 4,9 naar 8,0 procent. Dit blijkt uit een doorrekening van het vereveningsmodel op kostengegevens 2008 en 2009. Het toevoegen van de gesplitste FKG's aan het risicovereveningsmodel leidt tot een verdere stijging van de R-kwadraat van 8,0 naar 8,5 procent.

Ook op verzekeraarsniveau verbeteren de schattingsresultaten. Door gebruik te maken van uniforme Zvw-gegevens daalt de GGAA op verzekeraarsniveau voor het vereveningsmodel 2011 (zonder HKC) van 24,3 naar 15,0 euro. Het opnemen van de gesplitste FKG's in het vereveningsmodel 2012 zorgt voor een verdere daling van de GGAA op verzekeraarsniveau naar 12,6 euro. Ook de bandbreedte van de resultaten neemt af van 202,0 naar 100,0 euro (model 2012 zonder HKC).

Conclusie

De kwaliteit van de basisgegevens waarop de risicoverevening voor de geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder is gebaseerd, is ten opzichte van 2011 toegenomen. De gegevens leiden tot betere schattingsresultaten. De uitsplitsing van de psychische FKG levert een



verbetering van kwaliteit van het model. De verklaringskracht van het voorgestelde vereveningsmodel voor 2012 (zonder HKC) is beter dan de verklaringskracht van het model 2011.

Artikelsgewijs

Artikel 1

De zorgautoriteit past met ingang van 2012 de beschrijvingen van zorgproducten (prestaties) aan. Deze zorgproducten vormen de basis voor de risicoverevening. De zorgverzekeraars vergoeden de kosten van deze producten en worden hiervoor via de risicoverevening gecompenseerd. Het is daarom van belang om het begrippenkader dat de zorgautoriteit gebruikt bij de beschrijving van de prestaties en tarifiering ook te hanteren in het risicovereveningssysteem. De definities sluiten aan bij de inhoud van de door de zorgautoriteit vastgestelde Regeling Prestaties en tarieven medisch specialistisch zorg (Stcrt. 8 juli 2011, nr. 12174) en haar beleidsregel BR/CU-2045 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' van de zorgautoriteit (te raadplegen op www.nza.nl). Informatie over dbc-zorgproducten, inclusief expertproducten, wordt bijgehouden in het DIS. Dit is het systeem dat dbc-informatie bevat over de geleverde en gedeclareerde zorg. Deze informatie is rechtstreeks afkomstig uit de basisadministratie van ziekenhuizen, die sinds 2005 wettelijk verplicht zijn hun dbc-gegevens aan het de Stichting Dutch Hospital Data (opgericht door de NVZ vereniging van ziekenhuizen en Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra). Deze stichting beheert de data en levert uit aan geautoriseerde gebruikers van het DIS. Er zijn 588 expertproducten, in zeven categorieën in te delen, te weten brandwondenzorg, donormapping en toewijzing, NFU-dataset (academische zorg), transplantatie, palliatieve zorg, stamceltransplantatie en thuisbeademing. Eerstelijnsdiagnostiek wordt geleverd door ziekenhuizen (instellingen voor medisch specialistische zorg) en huisartsenlaboratoria (eerstelijnsdiagnostische centra) op verzoek van zorgaanbieders in de eerste lijn, zoals de huisarts.

Om het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging te verdelen over de zorgverzekeraars wordt gebruik gemaakt van de historische kosten uit 2011. Het CVZ berekent de landelijke kostenfactor en past deze toe op deze historische kosten. Deze methodiek resulteert in de ex ante toekenning van de ex ante deelbedragen voor de vaste kosten van ziekenhuisverpleging per zorgverzekeraar. De factor is zodanig bepaald dat het totaal van de deelbedragen vaste kosten van ziekenhuisverpleging over alle zorgverzekeraars gelijk is aan het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

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

Op grond van het tweede lid wordt de lage drempel voor de kosten van de geneeskundige ggz vastgesteld op € 550, en de hoge op € 2 750. Bij het vaststellen van deze bedragen is rekening gehouden met correcties voor de opbrengstresultaten van gebudgetteerde instellingen voor geneeskundige GGZ. Overigens gold dit ook voor 2010 en 2011.

Artikel 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 2012. Deze ramingen zijn opgenomen in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2012 (bijlage 4.1 'Financieel beeld zorg') 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 2012.

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 2012 is bepaald op (afgerond) € 1 050. 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 € 220 per verzekerde.



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 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 2012 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 2012, zij het met enkele uitzonderingen en bijzonderheden.

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

In de tweede plaats worden de kosten voor ziekenhuisverpleging toegedeeld naar de kosten van het deelbedrag kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment, naar kosten van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, naar kosten van het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging en naar kosten van het deelbedrag kosten van overige prestaties. In de toelichting bij de artikelen 14, 15 en 16 wordt nader op deze toedeling ingegaan.

De toedeling van het onderdeel van het macro-prestatiebedrag dat betrekking heeft op ziekenhuisverpleging, is grotendeels uitgevoerd aan de hand van cijfers die door de zorgautoriteit beschikbaar zijn gesteld over de kosten van verschillende soorten ziekenhuizen en overige instellingen die ziekenhuisverpleging verzorgen.

Ten slotte zijn aan de onderscheiden macro-deelbedragen componenten toegevoegd voor kosten in verband met de financiering van grensoverschrijdende zorg. Het gaat hierbij om een bedrag van in totaal circa € 327,9 miljoen. Deze kosten hangen zowel samen met Nederlandse ingezetenen die in het buitenland zorg afnemen (bijvoorbeeld bij ziekte tijdens tijdelijk verblijf, of zorg in het buitenland met toestemming van de zorgverzekeraar) als met ingezetenen van andere landen die onder de Zvw vallen, omdat zij bijvoorbeeld in Nederlandse loondienst zijn. Deze kosten zijn verdeeld over de gehanteerde macro-deelbedragen op basis van sleutels per buitenlandse kostencategorie.

Artikel 3

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

De berekening van deze opbrengsten per zorgverzekeraar ten behoeve van de toekenning van de vereveningsbijdrage is opgenomen in de artikelen 7 en 8 (artikel 3.10 van het Besluit zorgverzekering). Voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage gebeurt dit in artikel 21 (artikel 3.19 van het Besluit zorgverzekering).

Artikel 4

In dit artikel wordt geregeld welke middelen voor bijdragen aan zorgverzekeraars ter dekking van de kosten van prestaties in het kader van de Zvw in het jaar 2012 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 € 19 689,9 miljoen is gebaseerd op de Rijksbegroting. Het macro-prestatiebedrag (€ 35 634,0 miljoen) vermindert met de opbrengst van de nominale rekenpremie (€ 13 975,5 miljoen) en de opbrengst van het verplicht eigen risico (€ 1 968,7 miljoen) levert een bedrag op van € 19 689,8. Het verschil van € 0,1 miljoen tussen het in artikel 4 opgenomen bedrag en het resultaat van bovengenoemde aftreksom ontstaat door afronding.

Artikel 5

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

Het CVZ bepaalt het normatieve bedrag per zorgverzekeraar voor de kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment, de variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en de kosten van overige prestaties aan de hand van een raming van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen van verzekerden en de normbedragen naar leeftijd en geslacht, en aan de hand van



de optelling van de toe- en afslagen op grond van FKG's, DKG's, aard van het inkomen, SES, MHK en regio,

Het CVZ bepaalt het normatieve bedrag per zorgverzekeraar voor de kosten van geneeskundige GGZ aan de hand van een raming van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen van verzekerden en de normbedragen naar leeftijd en geslacht, en aan de hand van de optelling van de toe- en afslagen op grond van de FKG's psychische aandoeningen, aard van het inkomen, SES, éénpersoonsadres, GGZ-regio, leeftijd boven achttien jaar en de kosten van geneeskundige GGZ boven de lage drempel en de kosten van geneeskundige GGZ boven de hoge drempel. Voor de invulling van het criterium regio, zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering, is gekozen voor een specifiek regio-criterium voor de geneeskundige GGZ, genoemd GGZ-regio. In dit criterium wordt rekening gehouden met verschillen in aanbod in de geneeskundige GGZ en sociaaleconomische omstandigheden.

De ex ante normgewichten worden zowel voor de somatische zorg als voor de geneeskundige GGZ dusdanig vastgesteld dat alle beschikbare middelen per macro-deelbedrag via de kenmerken leeftijd en geslacht worden verdeeld. Vervolgens vindt er verevening plaats tussen de verzekerden uit de verschillende risicoklassen van de volgende vereveningscriteria: FKG's, DKG's, aard van het inkomen, SES, MHK, regio, FKG's psychische aandoeningen, éénpersoonsadres, GGZ-regio, kosten geneeskundige GGZ boven de lage drempel en kosten geneeskundige GGZ boven de hoge drempel. Uitzonderingen hierop worden gevormd door de verdeling van het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging (tweede lid) en de verdeling van het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar. De verdeling van het eerste bedrag wordt gebaseerd op de gemiddelde vaste kosten per verzekerde per zorgverzekeraar in het jaar 2010, de landelijke vaste kostenfactor 2012 en de geraamde aantallen verzekerden in het jaar 2012. De verdeling van het laatste bedrag vindt plaats op basis van het kenmerk: leeftijd onder achttien jaar (bijlage 2, tabel 2.1).

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

- Leeftijd en geslacht worden, behalve bij het criterium 'leeftijd onder de achttien jaar', dat een rol speelt bij de verdeling van het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, in samenhang gezien, omdat het kostenpatroon naar leeftijd tussen mannen en vrouwen verschilt. Dit verschil hangt onder meer samen met de kosten van zwangerschap en geboorten bij vrouwen tussen (vooral) 20 en 40 jaar. Bij dit criterium wordt gewerkt met vijfjaarsklassen. Om beter aan te sluiten bij de leeftijdsgrens van premiebetaling (18 jaar) zijn de 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 2012 wordt voor in Nederland verzekerden gewerkt met 25 FKG's. Verzekerden kunnen in principe in meerdere FKG's worden ingedeeld. Daarnaast wordt een referentiegroep onderscheiden van verzekerden die in geen enkele FKG zijn ingedeeld. Dit is de FKG 'Geen FKG'. Ten opzichte van het vereveningsjaar 2011 zijn twee nieuwe FKG's toegevoegd. Dit betreffen de FKG neuropathische pijn en de FKG hormoongevoelige tumoren. Daarnaast is de vormgeving van de FKG kanker in 2012 veranderd. Verzekerden worden ingedeeld in de FKG kanker als zij ten minste drie receptregels van de betreffende geneesmiddelen voorgeschreven hebben gekregen.
- Voor het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder wordt gebruik gemaakt van vijf FKG's psychische aandoeningen, daarnaast is er een referentiegroep (geen FKG psychische aandoeningen) van verzekerden die in geen enkele FKG psychische aandoeningen zijn ingedeeld. De andere FKG's psychische aandoeningen zijn FKG psychose, FKG depressie, FKG verslaving, FKG bipolaire aandoeningen en FKG ADHD. Een verzekerde kan in meerdere FKG's psychische aandoeningen worden ingedeeld.
- Wat betreft DKG's is er in 2011 voor in Nederland wonende verzekerden 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. Ten opzichte van 2011 zijn de samenstelling van DKG 13 en DKG 11 gewijzigd. Uit onderzoek bleek dat in dat DKG 13 niet meer kostenhomogeen was, door het verschuiven van verzekerden met predialyse van DKG 13 naar DKG 11 ontstaat weer een kostenhomogeen beeld.
- Bij het criterium aard van het inkomen worden bij de verzekerden van 18 tot en met 64 jaar vier

categorieën onderscheiden, waarvoor uit statistisch onderzoek is gebleken dat er sprake is van een verschillend kostenniveau. Het gaat om: arbeidsongeschikte verzekerden, bijstandsgerechtigde verzekerden, zelfstandige verzekerden en een referentiegroep, die alle verzekerden omvat die niet zijn ingedeeld bij de drie hiervoor genoemde groepen. Binnen elk van deze categorieën wordt een nader onderscheid gemaakt op basis van leeftijd van de verzekerde. De verzekerden tot en met 17 jaar en verzekerden van 65 jaar en ouder zijn ondergebracht in twee aparte categorieën. In de beleidsregels van het CVZ zal worden aangegeven hoe om te gaan met samenloop van verschillende categorieën aard van het inkomen.

- Het criterium SES gaat uit van het gemiddelde inkomen per adres. Het inkomen wordt opgedeeld in tien decielen, die worden samengevoegd tot drie clusters, en een vierde cluster voor adressen met meer dan 15 bewoners. Deze clusters worden in interactie met drie leeftijdsklassen genomen (0–17 jaar, 18–64 jaar en 65+ jaar). Hierdoor ontstaan 12 subgroepen.
- Het criterium MHK wordt in 2012 toegevoegd aan het vereveningsmodel voor de kosten in het vrije segment, de variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en de kosten van overige prestaties. Door het toevoegen van MHK kunnen structurele (voorspelbare) hoge kosten in het ex ante model substantieel beter verevend worden. Een verzekerde waarvan de som van de kosten van het deelbedrag B-dbc's, van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, en van het deelbedrag overige kosten de afgelopen drie jaar achter elkaar tot de hoogste 15 procent behoort, wordt, afhankelijk van het percentiel waartoe de som van deze kosten behoort hebben, ingedeeld in één van de klassen, '3 jaar hoge kosten in top 1,5 procent', '3 jaar hoge kosten in top 4 procent', '3 jaar hoge kosten in top 7 procent', '3 jaar hoge kosten in top 10 procent' of '3 jaar hoge kosten in top 15 procent'. Hierin is de top 1,5 procent de hoogste kostenklasse met het hoogste normatieve gewicht en de top 15 procent de laagste kostenklasse met het laagste normatieve gewicht. Een verzekerde wordt met in achtname van het bovenstaande ingedeeld in de hoogste klasse. De klasse waarin men wordt ingedeeld geldt voor elk van de drie deelbedragen.
Een verzekerde van wie de som van de kosten van het deelbedrag B-dbc's, van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, en het deelbedrag overige kosten de afgelopen twee jaar tot de hoogste 15 procent hebben behoort, en die niet is ingedeeld in klassen genoemd in het eerste lid, wordt ingedeeld in de klasse, 'MHK 2 voorafgaande jaren hoge kosten'. In het kader van het WOR-onderzoeksprogramma werd deze klasse aangeduid als 'nee-ja-ja'. Een verzekerde die niet in een van de klassen genoemd in het eerste lid of het tweede lid behoort, wordt ingedeeld in de klasse, bedoeld in de artikelen 3.4, eerste lid, 3.5, eerste lid en 3.8, eerste lid van het Besluit zorgverzekering, 'geen MHK'. Dit is de referentiegroep.
- Het criterium éénpersoonsadres wordt alleen gebruikt in het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder. Dit criterium komt tegemoet aan de constatering dat alleenstaanden relatief vaker gebruik maken van de geneeskundige GGZ dan personen die deel uit maken van een huishouden bestaande uit twee of meer personen. Het vereveningscriterium éénpersoonsadres is gebaseerd op het onderscheid 'woont op een adres waar één persoon is ingeschreven' en 'woont niet op een adres waar één persoon is ingeschreven'.
- Het criterium regio beoogt verschillen met betrekking tot zorgaanbod, sociaaleconomische omstandigheden en resterende gezondheidsverschillen te meten, door viercijferige postcodes te clusteren op basis van een model dat de verschillen verklaart, tussen het gemiddelde normatieve bedrag per verzekerde en de werkelijke gemiddelde kosten per verzekerde. In het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder wordt de regiocluster 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 GGZ boven de lage drempel' (€ 550 in voorgaand jaar) en 'kosten voor geneeskundige GGZ 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 daarom de kosten van het gebruik van deze zorg in het verleden, een goede voorspeller zijn voor de kosten in het heden. Uit onderzoek is gebleken dat de gehanteerde kostendrempels de voorspellende waarde van het model aanzienlijk verbeteren. 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.
- Het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar wordt louter verdeeld op grond van het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden jonger dan achttien jaar.

De gewichten van alle vereveningscriteria zijn geschat op basis van individuele kostencijfers van verzekerden uit 2009. Bij deze schatting wordt de samenhang tussen de verschillende criteria meegenomen. Bijvoorbeeld in het gewicht van leeftijdsklassen, FKG's en DKG's is verdisconteerd dat chronisch zieken in het algemeen ouder zijn dan verzekerden zonder chronische ziekte.



Artikel 6

Gewichten die gehanteerd worden bij de berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar zijn gebaseerd op statistische analyses van het verband tussen kosten per verzekerde en relevante verzekerdenkenmerken. Voor verzekerden woonachtig in het buitenland zijn echter minder verzekerdenkenmerken bekend dan voor verzekerden die in Nederland wonen. Het is niet mogelijk om een FKG of DKG af te leiden uit buitenlandse nota's. Als hier niet voor gecorrigeerd wordt, komen deze verzekerden in de FKG-klasse 'Geen FKG' en de DKG-klasse '0' terecht. Uit statistische analyse die het CVZ op deze groep verzekerden heeft uitgevoerd blijkt dat, wanneer gecorrigeerd wordt voor de overige, wel bekende vereveningscriteria, een correctiepercentage voor het gewicht in de FKG-klasse 'Geen FKG' dan wel de DKG-klasse '0' kan worden bepaald. In dit artikel wordt geregeld dat alle in het buitenland wonende verzekerden worden ingedeeld in de FKG-klasse 'Geen FKG' respectievelijk de DKG-klasse '0', maar dat daarvoor andere gewichten gelden dan voor in Nederland wonende verzekerden die in deze klassen zijn ingedeeld. Het gewicht dat voor de buitenlandse verzekerden geldt wordt namelijk door het CVZ vastgesteld op een percentage van laatstbedoelde gewichten (die te vinden zijn in de bijlagen 1.2 respectievelijk 1.3). Overigens geldt dit artikel niet voor de FKG's binnen de geneeskundige GGZ.

Artikel 7

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 Veiligheid en Justitie in het kader van de uitvoering van een rechterlijke uitspraak verantwoordelijk is voor de verstrekking van geneeskundige zorg (artikel 24 Zvw). Daarbij valt te denken aan gedetineerden en TBS'ers. Het CVZ houdt bij de raming rekening met het feit dat gedetineerden vaak maar een gedeelte van het jaar en dus niet het hele jaar gedetineerd zijn.

Artikel 8

In dit artikel wordt aangegeven hoe het CVZ de opbrengst van het verplicht eigen risico ten behoeve van de toekenning van de vereveningsbijdrage berekent. Het bedrag wordt 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 8 worden de zorgverzekeringen van de verzekerden waarop artikel 24 Zvw van toepassing is (gedetineerden en TBS'ers) hierbij buiten beschouwing gelaten. De te verwachten opbrengst van het verplicht eigen risico voor een zorgverzekeraar is afhankelijk van de samenstelling van zijn verzekerdenportefeuille. Zo zullen naar verwachting zorgverzekeraars met een jonge, gezonde populatie minder opbrengst uit eigen risico genieten, dan zorgverzekeraars met een oude, ongezondere populatie. Op het moment dat hiermee in de risicoverevening geen rekening zou worden gehouden, treedt verstoring van het gelijke speelveld op. Immers, in dat geval zouden zorgverzekeraars met een jonge, gezonde populatie een gemiddeld hogere nominale premie moeten vragen dan zorgverzekeraars met een oude, ongezondere populatie.

Deze overweging heeft geleid tot differentiëring in de normering van de bedragen die zorgverzekeraars van hun verzekerden ontvangen in het kader van het verplichte eigen risico. Differentiatie vindt in eerste instantie plaats op grond van het criterium FKG's van het somatische model. Voor verzekerden die niet vallen in de klasse 'Geen FKG' wordt uitgegaan van een eigen betaling van € 220 omdat blijkt dat de kosten van vrijwel alle FKG'ers boven de kostendrempel van € 220 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 vallen in de klasse 'Geen FKG' van het criterium FKG's van het somatische model uit van verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, aard van het inkomen, en regio en de in bijlage 5 genoemde gewichten. Hierbij wordt de in de bijlage 5 aangegeven klasse-indeling van de criteria aangehouden.

Artikel 9

Door bijvoorbeeld geboorte, overlijden, emigratie of immigratie kan het voorkomen dat een verzekerde slechts een gedeelte van het jaar een zorgverzekering had. Om te voorkomen dat de zorgverze-



keren ook een vereveningsbijdrage ontvangt over het gedeelte van het jaar dat de betreffende persoon niet ingeschreven stond, wordt deze bijdrage gerelateerd aan de verzekerde periode (eerste lid)

Hoewel het aantal dubbel verzekerden sinds de inwerkingtreding van de 'Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' (Stb. 2011, 111) naar verwachting veel kleiner is dan in de voorgaande jaren³, wordt in het tweede lid voorts nog de regel gehandhaafd dat een zorgverzekeraar voor een verzekerde die in een periode bij meerdere zorgverzekeraars was ingeschreven, over die periode een vereveningsbijdrage krijgt die gedeeld wordt door aan het aantal zorgverzekeraars waarbij de verzekerde in die periode was ingeschreven.

Dit geschiedt om te voorkomen dat zorgverzekeraars onbedoeld voordeel ontleenen aan dubbele inschrijvingen. Deze regel sluit aan bij de in artikel 961 van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek opgenomen regel, dat ingeval een verzekerde voor een zelfde schade bij meerdere zorgverzekeraars is ingeschreven, de door de verzekerde aangesproken verzekeraar de andere zorgverzekeraars kan aanspreken om de schade naar evenredigheid te dragen. Nagegaan zal worden of aan het tweede lid voor vereveningsjaren na 2012 nog behoefte bestaat.

Overigens weet het CVZ op basis van het tweede lid van artikel 35 Zvw bij welke zorgverzekeraar(s) een verzekerde gedurende welke periode is ingeschreven. Hierbij is het CVZ op basis van het derde lid van artikel 35 Zvw gehouden betrokken zorgverzekeraars terstond te informeren op het moment dat geconstateerd wordt dat een verzekerde bij twee of meer zorgverzekeraars verzekerd is. Deze informatie biedt de zorgverzekeraar een handvat om de situatie van dubbele verzekering op te heffen. Ten slotte wordt opgemerkt dat het eerste en tweede lid ook tegelijkertijd van toepassing kunnen zijn en ook zullen zijn (één van de zorgverzekeringen van een dubbel verzekerde eindigt gedurende een vereveningsjaar), zij het dat ook hier de werking van de 'Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' die het aantal dubbele verzekeringen in 2011 al fors zal hebben beperkt, onwaarschijnlijk maakt. Indien dit toch voorkomt, ontvangt de zorgverzekeraar waarbij de verzekerde slechts een gedeelte van het jaar dubbel ingeschreven stond, voor die verzekerde een vereveningsbijdrage die vermenigvuldigd wordt met het aantal verzekerde dagen gedeeld door – voor het jaar 2012 – 366, waarna de uitkomst hiervan nog eens – wegens de dubbele verzekering in die periode – gedeeld wordt door 2. De zorgverzekeraar waarbij de verzekerde gedurende het gehele jaar ingeschreven stond, ontvangt over de dubbel verzekerde periode een bijdrage gedeeld door twee, en over de rest van het jaar de 'volle' bijdrage.

Artikel 10

In de bijlagen 1 en 2 zijn de klassen en gewichten van de vereveningscriteria aangegeven die het CVZ bij de ex ante berekening van de deelbedragen kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment, variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en kosten van overige prestaties dient te gebruiken.

Op grond van artikel 3.11, vijfde lid, van het Besluit zorgverzekering herberekent het CVZ ten behoeve van de ex post herberekening van de deelbedragen, de gewichten. Dit dient te gebeuren met inachtneming van bij ministeriële regeling gestelde regels. Die regels zijn te vinden in de artikelen 10 en 11 van deze regeling. Artikel 10, eerste lid, bepaalt dat het CVZ ten behoeve van de herberekening van de gewichten die van belang zijn voor het bepalen van de deelbedragen voor de somatische zorg (met uitzondering van de vaste kosten ziekenhuisverpleging, waarvoor geen criteria met klassen en gewichten gelden) dient uit te gaan van de verhouding tussen de gewichten uit bijlage 1. Voor de herberekening van de gewichten die van belang zijn voor het bepalen van het deelbedrag voor de kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder dient uit te gaan van de verhouding tussen de gewichten uit bijlage 2. Anders dan in bijlage 2, is in de in bijlage 3 opgenomen gewichten (die dus vervolgens weer door het CVZ dienen te worden herberekend) rekening gehouden met de financiële gevolgen van de toepassing van specifieke hogekostencompensatie (geregeld in artikel 18). Voor de herberekening van de gewichten die van belang zijn voor het bepalen van het deelbedrag voor geneeskundige GGZ voor verzekerden jonger dan achttien jaar dient wèl uitgegaan te worden van de verhouding tussen de gewichten die voor de ex ante verdeling zijn gebruikt (bijlage 2), aangezien voor de kosten van deze groep geen hogekostencompensatie wordt toegepast.

Artikel 11

In artikel 3.11, tweede lid, van het Besluit zorgverzekeringen is geregeld dat het CVZ na het vereve-

³ Deze wet geeft de zorgverzekeraar de bevoegdheid iemand die reeds elders een zorgverzekering heeft voor inschrijving voor een nieuwe zorgverzekering te weigeren, en zorgt er daarnaast voor dat zorgverzekeringen van mensen die op de datum van inwerkingtreding van de relevante bepalingen van die wet meer dan één zorgverzekering hadden, eindigen, op één na.



ningsjaar de gerealiseerde kosten per cluster van prestaties berekent⁴ en het vierde lid van dit artikel staat dat het CVZ de ex ante geraamde kosten per cluster van prestaties corrigeert voor het werkelijke aantal verzekerden en hun werkelijke verzekerdenkenmerken in het vereveningsjaar. Vervolgens stelt het CVZ, uitgaande van deze kosten en het gerealiseerde aantal verzekerden per klasse van ieder vereveningscriterium, nieuwe gewichten vast (artikel 3.11, vijfde lid, Besluit zorgverzekering). Met behulp van deze nieuwe gewichten en van de werkelijke verzekerdenaantallen en de werkelijke verzekerdenkenmerken per verzekeraar berekent het CVZ dan weer voor iedere zorgverzekeraar en ieder cluster van prestaties een 'tussendeelbedrag'. Voor het afschaffen van de macronacalculatie zouden dit het deelbedragen zijn geweest waarop vervolgens voor zover van toepassing de nacalculatie, de hogekostencompensatie en de bandbreedteregeling zouden zijn toegepast. Maar nu de macronacalculatie is afgeschaft, wordt dit 'tussendeelbedrag' eerst nog omgerekend naar een 'herberekend deelbedrag' (art. 3.12, tweede en derde lid, Besluit zorgverzekering), zodanig dat kostenoverschrijdingen die niet het gevolg zijn onjuist geraamde aantallen verzekerden of verzekerdenkenmerken, voor rekening van de zorgverzekeraars blijven. Echter artikel 3.12, tweede lid, van het Besluit voorziet in flankerend beleid om te voorkomen dat verzekeraars met een relatief slechte risicoportefeuille hierdoor benadeeld worden.

In de artikelen 12 tot en met 16, 17, eerste lid, 18, eerste lid, en 19 van deze Regeling wordt, ter invulling van de artikelen 3.13, 3.14 en 3.15, eerste lid, en 3.16, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering, bepaald aan welke clusters van prestaties bepaalde kostensoorten dienen te worden toegerekend. Pas nadat dat gebeurd is, kan het CVZ de gerealiseerde kosten bepalen. Het eerste lid expliciteert dit nog eens voor die clusters van prestaties, waarvoor vereveningscriteria gelden en derhalve de gewichten dienen te worden herberekend. Dat wil zeggen voor alle clusters met uitzondering van het cluster 'vaste kosten van ziekenhuisverpleging'.

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

Het derde lid geeft aan dat bij de herberekening van de gewichten, het CVZ voor de criteria uitgaat van realisatiecijfers uit het jaar 2012 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's psychische aandoeningen, DKG's, kosten geneeskundige GGZ boven de lage drempel en kosten geneeskundige GGZ boven de hoge drempel wordt gekeken naar realisatiecijfers over het voorafgaande jaar 2011. Voor het criterium meerjarige hoge kosten gaat het CVZ uit van realisatiecijfers over de jaren 2009, 2010 en 2011. Bij de (ex ante) toekenning zijn deze realisaties nog niet bekend, en gaat het CVZ uit van ramingen met betrekking tot aantallen verzekerden per zorgverzekeraar, onderverdeeld naar de verschillende criteria. Dit sluit aan bij het concept achter FKG's en DKG's dat voorspelbare vervolggkosten dienen te worden gecompenseerd.

Voor het criterium MHK is sprake van een referentiegroep, waarin verzekerden zijn ingedeeld als zij niet in aanmerking komen voor een vergoeding op basis van dat criterium. Het CVZ krijgt in het vierde lid de opdracht om in afwijking van het tweede en derde lid het gewicht van deze groep zodanig vast te stellen, dat het totaal van de toe- en afslagen voor het criterium MHK – bezien over alle verzekerden en rekening houdend met de gerealiseerde verzekerdenaantallen per klasse – op nul uitkomt. Achtergrond hiervan is dat 2012 het eerste jaar is waarvoor een ex ante raming is gemaakt van de verzekerdenaantallen van het criterium MHK.

Het is mogelijk dat er een ontwikkeling is in de prevalentie van het criterium MHK op basis van gegevens die gebruikt worden in de ex ante raming van de prevalentie (2007–2009) en de gegevens die uiteindelijk gebruikt worden in het ex post vaststellen van de gerealiseerde prevalentie (2009–2011). Omdat 2012 het introductiejaar van MHK is, is er in dit eerste jaar nog geen historische reeks beschikbaar. Derhalve kan niet worden bepaald of, en in welke mate er sprake is van een ontwikkeling. Dat maakt het ramen van de verdeling van verzekerdenkenmerken lastiger.

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

⁴ Tot de gerealiseerde kosten behoren overigens niet kosten waarvoor een bijdrage als bedoeld in artikel 3.23 van het Besluit zorgverzekeringen (catastrofes) is verstrekt (zie art. 3.11, derde lid, van het Besluit).



Artikel 12

In dit artikel is aangegeven hoe kosten van prestaties van grensoverschrijdende zorg in het risico-vereveningssysteem moeten worden verwerkt.

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

De verdeelsleutel die in het tweede lid wordt gehanteerd heeft betrekking op de kosten voor prestaties van grensoverschrijdende zorg die door verzekerden zijn gemaakt met toepassing van internationale regelingen inzake sociale zekerheid, zoals een bepaling van de Verordening (EG) nr. 883/2004 inzake sociale zekerheid dan wel bilaterale verdragen of multilaterale verdragen, zoals het Verdrag betreffende de sociale zekerheid van Rijnvarenden. Hieronder vallen de kosten van zorg die slechts vergoed wordt na toestemming van de zorgverzekeraar (de zogenaamde toestemmingsgevallen), kosten van verzekerden die tijdelijk in het buitenland verblijven (bijvoorbeeld voor vakantie) en kosten van verzekerden die in het buitenland wonen. Deze kosten worden vergoed via het CVZ op kasbasis naar het werkelijke bedrag 2012. 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, voor zover deze althans worden toegerekend naar clusters van prestaties waarvoor deze gelden, ook de hogekostencompensatie en nacalculatie van toepassing. Enige uitzondering hierbij zijn de kosten van verzekerde prestaties die verzekerden buiten Nederland hebben gemaakt en die via het CVZ op basis van declaraties op kasbasis naar het werkelijke bedrag in 2012 worden vergoed. Op grond van artikel 18, tweede lid, onderdeel c, wordt 40 procent van deze kosten meegenomen bij de hoge kosten compensatie op het deelbedrag kosten van geneeskundige GGZ van verzekerden van achttien jaar of ouder.

Artikel 13

Binnen Zvw-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 in het eerste lid echter gemaakt voor de eigen betalingen van verzekerden in geval van een verplicht of vrijwillig eigen risico. In de risicoverevening moeten deze kosten 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 gebracht op de vereveningsbijdrage.

De renteheffingstarieven, dit zijn de tarieven die zorginstellingen in rekening mogen brengen bij zorgverzekeraars bovenop de reguliere tarieven in het geval de zorgverzekeraar niet overgaat tot bevoorschotting van zorg gefinancierd op basis van dbc-zorgproducten, worden, om de prikkel tot bevoorschotting te maximaliseren, buiten de risicoverevening gehouden. Dit is in het tweede lid geregeld.

Artikel 14

De basis voor de toedeling van de kosten van instellingen voor medisch specialistische zorg (inclusief extramuraal werkende specialisten) naar de diverse deelbedragen, zoals deze wordt weergegeven in dit artikel en in artikel 15, is gelegen in de artikelen 3.14 en 3.15 van het Besluit zorgverzekering. In dit artikel vindt de toedeling plaats van deze kosten naar het cluster 'dbc-zorgproducten n het vrije segment.'

Per 1 januari 2012 vinden een aantal wijzigingen plaats in de financiering van dbc-kosten door zorgverzekeraars. De sinds 2005 bestaande dbc-systematiek wordt vervangen door een verbeterde systematiek met dbc-zorgproducten.

Wat betreft de tarieven van deze dbc-zorgproducten wordt een onderscheid gemaakt tussen:



- dbc-zorgproducten met een onderhandelbaar tarief, die tot het zogenoemde vrije segment behoren en,
- dbc-zorgproducten met een onderhandelbaar, gemaximeerd tarief, die tot het zogenoemde gereguleerde segment behoren.

De dbc-zorgproducten behorend bij het zogenoemde vrije segment vormen een apart macro-deelbedrag met een eigen ex-post regime. Op deze dbc-zorgproducten richt dit artikel zich. Binnen dit vrije segment zijn een aantal dbc-zorgproducten gekenmerkt als zogenoemde expertproducten. Tot 2012 bestonden hiervoor nog geen producten, en waren er dus geen declaraties per verzekerde voor. Over deze kosten zijn geen individuele gegevens bekend.

In 2012 worden de kosten van deze expertproducten niet toegerekend aan het deelbedrag dbc-zorgproducten in het vrije segment, waar alle andere dbc-zorgproducten in het vrije segment wel toe worden gerekend. Toerekening van deze producten vindt in artikel 16 plaats.

Artikel 15

De basis voor de toedeling van de kosten van instellingen voor medisch specialistische zorg naar de diverse deelbedragen, zoals deze wordt weergegeven in dit artikel en in artikel 16, is gelegen in de artikelen 3.14 en 3.15 van het Besluit zorgverzekering. In dit artikel vindt de toedeling plaats van deze kosten naar het cluster 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp'.

Dbc-tarieven zijn opgebouwd uit een kosten- en een honorariumcomponent. Met de kostencomponent worden de kosten voor de instelling bedoeld. De toedeling van de kostencomponent van de onderhandelbare, gemaximeerde dbc-tarieven behorend bij het zogenoemde gereguleerde segment naar enerzijds het cluster 'variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp' en anderzijds het cluster 'vaste kosten van ziekenhuisverpleging', wordt per 2012 gebaseerd op in deze regeling opgenomen percentages. In het verleden werd de toedeling naar variabele en vaste bedragen voor een groot deel van de ziekenhuizen gebaseerd op de budgetsystematiek van die ziekenhuizen. Met ingang van 2012 hebben de meeste soorten instellingen geen budgetten meer, zodat de toedeling daar ook niet langer op gebaseerd kan worden. De budgetsystematiek wordt gewijzigd in een systematiek van vaste percentages per tariefsoort. Deze nieuwe systematiek vormt ook de basis voor de toedeling van kosten naar variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en geldt voor alle instellingen voor medisch specialistische zorg die dbc-zorgproducten declareren, voor zover ze geen budgetsystematiek meer hebben in 2012. Daartoe behoren ook instellingen dan wel zorgverleners die dbc-tarieven in rekening kunnen brengen, zoals revalidatie-instellingen en de zelfstandige centra voor erfelijkheidsonderzoek. Met deze wijziging wordt de situatie voor ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra met ingang van 2012 gelijk getrokken.

Voor een beperkt aantal type instellingen, te weten de long/astmaklinieken en epilepsie-instellingen, vervalt de budgetsystematiek niet. Voor deze instellingen wordt in 2012 de in 2011 bestaande systematiek van toerekening naar variabele (en vaste) ziekenhuiskosten gehandhaafd. Aangezien voor deze instellingen dezelfde percentages worden gehanteerd als voor de instellingen die dbc-zorgproducten declareren maar geen budgetsystematiek meer hebben, wordt de toedeling van de kostencomponent voor long/astmaklinieken en epilepsie-indelingen ook in het eerste lid geregeld. Omdat deze twee typen instellingen ook in 2012 gefinancierd worden via een budgetsystematiek zullen er voor hen opbrengstresultaten blijven bestaan. De toedeling van de bedragen waarmee deze opbrengstresultaten worden verrekend, is opgenomen in het zesde lid.

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

Bij zowel het eerste als tweede lid geldt een uitzondering voor de expertproducten. Net als bij de dbc-zorgproducten in het vrije segment bestaan er binnen de dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment een aantal zogenoemde expertproducten. De kosten voor deze producten worden, voor zowel de kosten- als honorariumcomponent, niet (geheel dan wel gedeeltelijk) toegewezen aan het cluster 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp'. In artikel 16 worden deze kosten toegerekend aan het cluster 'vaste kosten van ziekenhuisverpleging'.

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



In 2012 worden zowel de kosten- als de honorariumcomponent van de overige trajecten en overige verrichtingen, en van ondersteunende en overige producten voor 100 procent toegewezen aan het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp (derde lid). Hierop geldt echter allereerst een uitzondering voor de kosten van add-ons, hemostatica en eerstelijnsdiagnostiek. Daarnaast wordt voor de kosten- en honorariumcomponent van de kosten van overige trajecten, overige verrichtingen, ondersteunende producten en overige producten van long/astmaklinieken en epilepsiecentra een percentage van 75 aangehouden (zevende lid, onderdeel a). Voor de kosten van de honorariumcomponent van de kosten van dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment van long/astma-klinieken en epilepsiecentra geldt dat deze voor 75 procent worden toegewezen aan het cluster 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp' (zevende lid, onderdeel b).

Op de hiervoor genoemde toedeling van de kosten van overige zorgproducten bestaat een drietal uitzonderingen, te weten voor add-ons, ondersteunende producten voor hemostatica en overige zorgproducten betreffende de eerstelijnsdiagnostiek. De kosten van add-ons en hemostatica worden in artikel 16 toegerekend aan de kosten van het cluster 'vaste kosten van ziekenhuisverpleging'. De kosten van eerstelijnsdiagnostiek worden in artikel 19 toegerekend aan de kosten van het cluster 'overige prestaties'.

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

Het is de bedoeling dat dit leidt tot zorg die wordt geleverd in de beste vorm, waarin de mogelijkheid wordt gecreëerd tot substitutie en mensen eerder naar huis kunnen vanuit het ziekenhuis. Nu de zorgverzekeraar grote invloed heeft op de inkoop van deze zorg, pleit dit voor een risicodragendheid conform het cluster 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp' (vierde lid).

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

In het zesde lid wordt ingegaan op de situatie waarin de door een zorginstelling voor specialistische hulp in een jaar werkelijk gerealiseerde opbrengsten afwijken van het toegekende budget, en er dus sprake is van opbrengstresultaten. Deze moeten tussen de zorginstelling en de zorgverzekeraar verrekend worden via vaste bedragen. Er wordt geregeld hoe deze bedragen worden verwerkt in de risicoverevening. Hiertoe worden deze bedragen voor 75 procent toegewezen aan de kosten van het cluster 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp' en voor 25 procent aan de kosten van het cluster 'vaste kosten van ziekenhuisverpleging' (artikel 16, achtste lid). Aangezien in 2012 opbrengstresultaten nog slechts voor zullen komen bij het type instelling met een toedeling van kosten volgens het eerste lid en artikel 16, tweede lid, wordt in het zesde lid dezelfde toedeling voor deze vaste bedragen gehanteerd.

Voor zover er nog instellingen en specialismen zijn die niet volledig overgaan op financiering op basis van dbc-zorgproducten, moet ook nog aangegeven worden hoe de andere ('oude') tarieven worden gesplitst in een vast- en variabel deel. Dit wordt in het zevende lid, onderdeel c, aangegeven. De toedeling voor 75 procent aan de kosten van het cluster 'variabele ziekenhuiskosten en kosten van specialistische hulp', geldt voor alle tarieven van instellingen op het gebied van ziekenhuiszorg die per 1 januari 2012 nog niet dbc-gefinancierd zijn. Enige uitzondering hierop zijn gedeclareerde verpleegtarieven van instellingen die niet gefinancierd worden door dbc-zorgproducten, die voor 60 procent als kosten van het cluster 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp' worden aangemerkt.

In 2012 wordt de kosten van het (herberekende) deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp niet meer nagecalculeerd (ex post). Vandaar dat hierover geen bepaling meer is opgenomen.

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

Artikel 16

Het eerste lid regelt dat vaste kosten van ziekenhuisverpleging worden herberekend op basis van de vaste kosten in 2011.



De dbc-zorgproducten behorend tot het vrije segment zijn benoemd in artikel 14 en vormen een apart cluster 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 toerekening van kosten van het cluster 'vaste kosten van ziekenhuisverpleging', waarbij voor alle verschillende tariefsoorten het percentage van de kosten dat aan het cluster 'vaste kosten van ziekenhuisverpleging' toerekend, gelijk is aan 100 procent minus het percentage van de kosten dat aan het cluster 'variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp' wordt toegerekend in de corresponderende leden van artikel 15.

De kosten van expertproducten worden voor 100 procent toegerekend aan het cluster 'vaste kosten voor ziekenhuisverpleging' (derde lid).

De kosten voor add-ons worden eveneens voor 100 procent toegerekend aan de vaste kosten voor ziekenhuisverpleging (vierde lid).

Binnen de overige verrichtingen vallen ook de hemostatica, de stollingsmiddelen voor gebruik door patiënten met hemofilie en aanverwante hemostaseziekten. De kosten die hiermee gepaard gaan worden ook voor 100 procent toegerekend aan de kosten van het cluster 'vaste kosten van ziekenhuisverpleging' (vijfde lid).

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 2012 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 CVZ past op het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 100 procent nacalculatie toe (elfde lid). Hiermee lopen zorgverzekeraars in het geheel geen risico 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 17

De instellingen voor geneeskundige GGZ zijn in 2012 nog gebudgetteerd. Daardoor zullen er ook in 2012 zeer waarschijnlijk weer opbrengstresultaten optreden. De door de zorgautoriteit vast te stellen bedragen waarmee deze opbrengstresultaten tussen de zorgverzekeraars en deze instellingen worden verrekend, moeten in de risicoverevening worden meegenomen. Hierbij moeten deze bedragen worden toegewezen aan verzekerden van jonger dan achttien jaar en aan verzekerden van achttien jaar en ouder, omdat de kosten van deze twee groepen verschillend in het risicovereveningsmodel worden behandeld. Het eerste lid bepaalt dat de zorgautoriteit de bevoegdheid heeft een gedeelte van deze kosten toe te wijzen aan verzekerden jonger dan achttien jaar (eerste lid).

Het verschil tussen de gerealiseerde kosten voor geneeskundige GGZ van verzekerden jonger dan achttien jaar en de normatieve bijdrage voor deze zorg wordt voor 2012 nagecalculeerd. Artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering biedt hier de mogelijkheid voor.

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

Daarnaast zorgt krapte in het aanbod van zorg voor deze groep verzekerden er voor, dat het voor zorgverzekeraars lastig was om doelmatig zorg in te kopen. Dit verhinderde een goede normeerbaarheid van deze zorg in de risicoverevening tot en met vereveningsjaar 2011. Inmiddels zijn er meer en betere gegevens beschikbaar gekomen. Maar vanwege de voorgenomen overheveling is besloten om voor 2012 toch geen separaat vereveningsmodel voor geneeskundige ggz voor verzekerden jonger dan 18 jaar te ontwikkelen. Daarom worden zorgverzekeraars ook in 2012 volledig nagecalculeerd voor deze kosten. Zorgverzekeraars lopen op dit deelbedrag dus geen financieel risico (tweede lid).



Artikel 18

De instellingen voor geneeskundige GGZ zijn in 2012 nog gebudgetteerd. Daardoor zullen er ook in 2012 zeer waarschijnlijk weer opbrengstresultaten optreden. De door de zorgautoriteit vast te stellen bedragen waarmee deze opbrengstresultaten tussen de zorgverzekeraars en deze instellingen worden verrekend, moeten in de risicovereeniging worden meegenomen. Hierbij moeten deze bedragen worden toegewezen naar verzekerden van jonger dan achttien jaar en verzekerden van achttien jaar en ouder, omdat de kosten van deze twee groepen verschillend in het risicovereveningsmodel worden behandeld. Het eerste lid bepaalt dat de zorgautoriteit de bevoegdheid heeft een gedeelte van deze kosten toe te wijzen aan verzekerden van achttien jaar en ouder (eerste lid). Ter bepaling van het herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder wordt hogekostencompensatie toegepast (tweede lid).

Daarnaast vindt er nog nacalculatie op de meer- of minderkosten die buiten de bandbreedte vallen plaats (zie artikel 21, onderdeel b).

De hogekostencompensatie houdt in, dat 90 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 zorgverzekeraar sommeert de bedragen over alle individuele verzekerden per cluster van prestaties. Deze bedragen worden aan het CVZ aangeleverd en door het CVZ over alle zorgverzekeraars gesommeerd.

Kosten voor grensoverschrijdende zorg die het CVZ op kasbasis vergoedt (artikel 12, tweede lid) worden deels (naar rato van het percentage dat in de Nederlandse situatie in de praktijk boven de hogekostencompensatiedrempel komt) toegevoegd aan het bedrag, zodat deze kosten gedeeltelijk meetellen voor de vaststelling van de overschrijding van de hogekostendrempel.

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 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.

Artikel 19

De kosten voor eerstelijnsdiagnostiek (eerste lid) betreffen de kosten betaald aan instellingen voor medisch-specialistische zorg, zijnde zowel ziekenhuizen als eerstelijnsdiagnostische centra (huisartsenlaboratoria) voor diagnostiek aangevraagd door zorgaanbieders in de eerste lijn, waaronder de huisarts. In de tarieflijst 2010 van de zorgautoriteit betreft het hoofdstuk B, plus code 190255 (ordertarief).

In het tweede lid wordt ingegaan op de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' van de zorgautoriteit. Deze beleidsregel geeft zorgverzekeraars en zorgaanbieders de mogelijkheid 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 risicomanagement (functionele bekostiging). Keten-dbc's betreffen zorg die zowel in de eerste als tweede lijn kan worden geleverd. Voor deze zorg worden door de zorgautoriteit aparte prestaties gedefinieerd. De prijs van deze dbc's is vrij onderhandelbaar.

Artikel 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 macrodeelbedragen 'kosten dbc-zorgproducten in het vrije segment', 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp', en 'kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder'. De bandbreedte bestaat uit de in dit artikel aangegeven bedragen (van € 22,50



respectievelijk € 7,50) boven en onder een middelpunt dat in artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering wordt aangeduid als 'het gemiddelde marktresultaat van de zorgverzekeraars'. Indien het uiteindelijke resultaat van een zorgverzekeraar op de som van de kosten van 'dbc-zorgproducten uit het vrije segment' en de 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en de kosten van specialistische hulp', 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 GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder geldt, na toepassing van ex post hogekostencompensatie, een bandbreedte van plus of minus € 7,50 per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald. Buiten de genoemde bandbreedte geldt geen volledige compensatie, maar wordt 90 procent nagecalculeerd, om nog in enige mate een prikkel tot kostenbeheersing te handhaven.

Artikel 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 7 respectievelijk artikel 8. Alleen wordt nu gerekend met het gerealiseerde aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moet worden betaald bij de zorgverzekeraar, respectievelijk waarvoor het verplicht eigen risico geldt. De berekende opbrengst van de nominale premie en het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op het in artikel 3.18 van het Besluit zorgverzekering bedoelde normatieve bedrag per zorgverzekeraar.

Artikel 22

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 2012 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.

De inhoud van artikel 3.22 van de Regeling zorgverzekering zoals deze voor vereveningsjaren voor 2012 gold, keert in voorliggende regeling niet terug. In laatstgenoemd artikel was de aan zorgverzekeraars te verstrekken bijdrage geregeld voor het onverminderd verzekerd houden van verzekerden voor wier verzekering een premieachterstand van zes of meer maanden bestond en die nog niet onder het per 1 september 2009 ingevoerde 'bestuurlijke-premierégiem'⁵ vielen. Inmiddels vallen al deze wanbetalers, voor zover ze niet alsnog weer premie zijn gaan betalen aan hun zorgverzekeraar, onder dat bestuurlijke-premierégiem. Voor hen ontvangen de zorgverzekeraars nu in plaats van de oude bijdrage, een – overigens ook duidelijker van de risicovereveningsregels onderscheiden – wanbetalersbijdrage op grond van artikel 6.5.4 van de Regeling zorgverzekering. Dat betekent dat artikel 3.22 van de Regeling zorgverzekering is uitgewerkt, en dat de inhoud daarvan voor de vereveningsjaren 2012 en verder dus ook niet meer in voorliggende regeling en haar toekomstige opvolgers hoeft terug te komen. Een en ander laat overigens onverlet dat artikel 3.22 van de Regeling zorgverzekering zoals dat tot 1 januari 2012 luidde, van toepassing blijft op de vaststelling van de vereveningsbijdragen over de jaren voor 2012.

Artikel 23

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 24

Dit artikel geeft aan welke wijzingen de Regeling zorgverzekering zoals deze met betrekking tot het vereveningsjaar 2011 luidde ondergaat.

⁵ Wet van 18 juli 2009, houdende wijziging van de Zorgverzekeringswet, de Wet op de zorgtoeslag en enige andere wetten, houdende maatregelen om ook wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen (structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering, Stb. 2009, 357).



Onderdeel A

Aan artikel 3.15, achtste lid, van de Regeling zorgverzekering wordt toegevoegd dat de kosten voor Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) voor 100 procent als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp worden aangeduid.

De middelen voor de SKMS waren oorspronkelijk, in 2008, onderdeel van het met de medisch specialisten afgesproken uurtarief en behoren daarmee tot de kosten die ten laste van de Zvw komen. Omdat de afdracht van alle medisch specialisten aan de SKMS administratief onuitvoerbaar bleek, hebben zorgverzekeraars vanaf 2009 deze middelen rechtstreeks betaald aan de SKMS en op deze wijze voorgefinancierd. In dit artikel wordt voor het jaar 2011 opgenomen dat deze kosten aangemerkt worden als kosten van specialisten, de zogenaamde honorariumcomponent. Daarmee worden deze kosten aan de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van hulp toegewezen. Per 2012 vervallen de afspraken over de betaling aan de SKMS door zorgverzekeraars en hoeft de toewijzing niet meer opgenomen te worden.

Onderdeel B

De instellingen voor geneeskundige GGZ waren in 2011 nog gebudgetteerd. Daardoor zullen er ook in 2011 zeer waarschijnlijk weer opbrengstresultaten optreden. De door de zorgautoriteit vast te stellen bedragen waarmee deze opbrengstresultaten tussen de zorgverzekeraars en deze instellingen worden verrekend, moeten in de risicoverevening worden meegenomen. Hierbij moeten deze de bedragen worden toegewezen naar verzekerden van jonger dan achttien jaar en verzekerden van achttien jaar en ouder, omdat de kosten van deze twee groepen verschillend in het risicovereveningsmodel worden behandeld. Het eerste lid bepaalt dat de zorgautoriteit de bevoegdheid heeft een gedeelte van deze kosten toe te wijzen aan verzekerden van jonger dan achttien jaar (eerste lid). Het verschil tussen de gerealiseerde kosten voor geneeskundige GGZ van verzekerden jonger dan achttien jaar en het (herberekende) deelbedrag voor deze zorg wordt voor 2011 nagecalculeerd. Artikel 3.16 van het Besluit zorgverzekering zoals dat met betrekking tot het vereveningsjaar 2011 luidde, bood hier de mogelijkheid voor. De kwaliteit van de data over het gebruik van geneeskundige GGZ 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 (tweede lid).

Onderdeel C

De instellingen voor geneeskundige GGZ zijn in 2012 nog gebudgetteerd. Daardoor zullen er ook in 2012 zeer waarschijnlijk weer opbrengstresultaten optreden. De door de zorgautoriteit vast te stellen bedragen waarmee deze opbrengstresultaten tussen de zorgverzekeraars en deze instellingen worden verrekend, moeten in de risicoverevening worden meegenomen. Hierbij moeten deze de bedragen worden toegewezen naar verzekerden van jonger dan achttien jaar en verzekerden van achttien jaar en ouder, omdat de kosten van deze twee groepen verschillend in het risicovereveningsmodel worden behandeld. Het eerste lid bepaalt dat de zorgautoriteit de bevoegdheid heeft een gedeelte van deze kosten toe te wijzen aan verzekerden van achttien jaar en ouder (eerste lid). Ter bepaling van het herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder wordt 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 van de Regeling zorgverzekering zoals dat met betrekking tot het jaar 2011 luidde).

Artikel 25

Onderdeel A tot en met D

Zoals in het algemene deel van deze toelichting is aangegeven, zijn de risicovereveningsregels voor de kalenderjaren 2006 tot en met 2011 opgenomen in artikel 1 (definities), in hoofdstuk 3 (Bepalingen omtrent de vereveningsbijdrage) en in een aantal bijlagen van de Regeling zorgverzekering. In de praktijk bleek deze wijze van regelgeving, hoewel conform de Aanwijzingen voor de regelgeving (zie aanwijzing 104, eerste lid), slecht uit te pakken. De risicovereveningsregels zullen met ingang van die voor het vereveningsjaar 2012 daarom in een jaarlijkse, afzonderlijke ministeriële regeling worden vastgelegd, waarvan voorliggende Regeling risicoverevening 2012 de eerste is.

Het voorgaande brengt met zich dat de regels en bijlagen die betrekking hebben op de risicoverevening uit de Regeling risicoverevening kunnen worden geschrapt. Dit geschiedt in de onderdelen A, B



en D van artikel 25. Onderdeel B leidt ertoe dat hoofdstuk 3 vervangen wordt door een nieuw hoofdstuk 3 met een nieuw onderwerp: de in het uitvoeringsverslag op te nemen gegevens. Onderdeel C betreft een aanpassing van een verwijzing naar bepaalde bijlagen van de Regeling zorgverzekering, die nodig is nu de voor de risicoverevening van belang zijnde bijlagen (met onderdeel D) uit de Regeling zorgverzekering worden gehaald.

Artikel 26

In artikel IX van de 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 (Stcrt. 2010, 21547) is, in afwijking van artikel 3.15 van de Regeling zorgverzekering zoals dat oorspronkelijk gold, ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage over het vereveningsjaar 2009 geregeld in welke mate kosten worden toegerekend aan het cluster 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp'. Ook de kosten voor Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten blijken voor 100 procent als kosten van het cluster 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp' te moeten worden aangeduid. Deze kosten worden aangemerkt als kosten van specialisten, de zogenaamde honorariumcomponent. En daarmee worden ze aan laatstgenoemd cluster toegewezen. In de toelichting bij artikel 24, onderdeel A, is de verklaring voor deze toewijzing opgenomen.

Met het oog op de overzichtelijkheid is besloten het heel artikel IX in voorliggende regeling op te nemen. De wijziging beperkt zich tot een toevoeging aan het eerste lid.

Artikel 27 en 28

Voor het vereveningsjaar 2009 gold dat kosten voor 'Verpleging in de thuissituatie die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg' voor 100 procent als vaste kosten van ziekenhuisverpleging werden aangemerkt. 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. Daarmee dreigde een ongelijke situatie voor zorgverzekeraars. Door deze kosten voor 100 procent aan te merken als vaste kosten van ziekenhuisverpleging, die volledig nagecalculeerd werden, werd deze ongelijkheid voorkomen.

Voor 2010 gold ingevolge artikel 3.16, eerste lid, van de Regeling zorgverzekering dat deze kosten als kosten van het deelbedrag variabele ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp zouden worden aangemerkt. Het was namelijk de bedoeling dat de kosten voor verpleging in de thuissituatie vanaf 2010 volledig via de Zvw, en niet meer gedeeltelijk uit de AWBZ, betaald zouden worden. Bij nader inzien bleek echter dat dit per 2010 nog niet goed geregeld was, met name vanwege een afbakening tussen hoogcomplex en laagcomplex verpleegkundige zorg. En daarmee kwam bovengenoemde ongelijkheid in 2009 ook in 2010 tot uiting: de zorgverzekeraars die deze kosten in het kader van de Zvw zouden vergoeden, zouden hierover risico lopen. Om dit te voorkomen is er voor gekozen om de regeling die voor 2009 gold, met een jaar te verlengen. Deze kosten blijven ook over 2010 als vaste kosten van ziekenhuisverpleging worden aangemerkt. Nu deze kosten volledig worden nagecalculeerd lopen zorgverzekeraars hierover dus ook geen risico.

Per 2011 is de afbakeningsproblematiek opgelost en worden de kosten wel volledig uit de zorgverzekeringswet betaald. Deze kosten zullen vanaf 2011 wel voor 100 procent als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp aangemerkt (zie artikel 15 lid 4).

Daarnaast wordt ook met betrekking tot het vereveningsjaar 2010 geregeld dat de kosten voor SKMS voor 100 procent als kosten van het cluster 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp' moeten worden beschouwd. Deze kosten worden aangemerkt als kosten van specialisten, de zogenaamde honorariumcomponent. En daarmee worden ze aan laatstgenoemd cluster toegewezen. In de toelichting bij artikel 24, onderdeel A, is de verklaring voor deze toewijzing opgenomen.

Omdat de vereveningsbepalingen in de Regeling zorgverzekering die met betrekking tot het jaar 2010 golden inmiddels overschreven zijn, is een en ander geregeld door in artikel 27 nogmaals geheel uit te schrijven welke over dat jaar gemaakte kosten toe dienen te worden gedeeld aan het cluster 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp'. De tekst van dat artikel lijkt sterk op artikel 3.16 van de Regeling zorgverzekering zoals dat met betrekking tot het vereveningsjaar 2010 sinds de wijziging die de 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 (Stcrt. 2010, 21547) luidde. Slechts het eerste punt is gewijzigd. Stond daar dat het CVZ de kosten van prestaties waarop de beleidsregel 'Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch-specialistische zorg' voor 100 procent aanmerkt als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, nu staat er dat het CVZ dat dient te doen voor de kosten voor de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten.



Om dezelfde redenen is besloten in artikel 28 nogmaals uit te schrijven welke over dat jaar gemaakte kosten toe moeten worden gedeeld aan het cluster 'vaste kosten van ziekenhuisverpleging'. Hier geldt dat de inhoud van dit artikel vrijwel gelijk is aan dat van artikel 3.17 van de Regeling zorgverzekering zoals dat sinds de wijziging die de 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 (Stcrt. 2010, 21547) luidde. De enige wijziging betreft de opname, in het tiende punt, van de kosten voor prestaties waarop de beleidsregel 'Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch-specialistische zorg' van de zorgautoriteit: deze worden voor 100 procent aan de vaste kosten van ziekenhuisverpleging toegerekend.

Artikel 29 en 30

In de artikelen 3.18 en 3.19 van de Regeling zorgverzekering zoals deze met betrekking tot het vereveningsjaar 2010 luiden, was geen rekening gehouden met opbrengstresultaten bij instellingen voor geneeskundige GGZ. Deze instellingen waren echter in 2010 nog gebudgetteerd. Daardoor zullen er ook in 2010 waarschijnlijk weer opbrengstresultaten optreden. De door de zorgautoriteit vast te stellen bedragen waarmee deze opbrengstresultaten tussen de zorgverzekeraars en deze instellingen worden verrekend, moeten in de risicoverevening worden meegenomen. Hierbij moeten deze de bedragen worden toegewezen naar verzekerden van jonger dan achttien jaar enerzijds en verzekerden van achttien jaar en ouder anderzijds, omdat de kosten van deze twee groepen verschillend in het risicovereveningsmodel worden behandeld.

Omdat de vereveningsbepalingen in de Regeling zorgverzekering die met betrekking tot het jaar 2010 golden inmiddels overschreven zijn en de artikelen 3.18 en 3.19 van de Regeling zorgverzekering zoals ze met betrekking tot 2010 luiden derhalve niet meer gewijzigd kunnen worden, worden twee nieuwe artikelen – 29 en 30 – opgenomen.

De eerste punten van beide artikelen bepalen dat het CVZ de door de zorgautoriteit vastgestelde bedragen ter verrekening van de opbrengstresultaten van gebudgetteerde instellingen voor de geneeskundige GGZ voor een door die autoriteit vast te stellen gedeelte als kosten voor geneeskundige GGZ voor verzekerden jonger dan achttien jaar (artikel 29, punt 1), respectievelijk voor verzekerden van achttien jaar en ouder (artikel 30, punt 1) aanmerkt. De inhoud van de tweede punten is gelijk aan die van artikel 3.18 respectievelijk 3.19 van de Regeling zorgverzekering zoals deze artikelen met betrekking tot het vereveningsjaar 2010 golden.

Artikel 31

In artikel 24 worden de risicovereveningsregels zoals deze ingevolge de Regeling zorgverzekering met betrekking tot het vereveningsjaar 2011 gelden, gewijzigd. Ingevolge artikel 33, vierde lid, geschiedt dit met terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2011. Artikel 31 leidt ertoe dat de aldus gewijzigde regels voor het jaar 2011, ook nadat hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering ingevolge de inwerkingtreding van artikel 25, onderdeel B, is vervangen door een ander, veel korter hoofdstuk 3 over het uitvoeringsverslag, van toepassing blijven voor de vaststelling van de risicovereveningsbijdrage over het jaar 2011.

Artikel 32

Aangezien deze regeling de regels bevat met betrekking tot de aan de zorgverzekeraars te verstrekken risicovereveningsbijdragen over het jaar 2012, krijgt zij de citeertitel 'Regeling risicoverevening 2012' (af te korten als Rrv 2012). De risicovereveningsregels die voor het jaar 2013 zullen gaan gelden, zullen worden opgenomen in een Risicovereveningsregeling 2013 (Rrv 2013), enzovoorts.

Artikel 33

Voorliggende regeling kan slechts in werking treden nadat het Besluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met beperking van de ex post compensatiemechanismen voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage (waarop zij gedeeltelijk is gebaseerd) en het voorstel van wet houdende Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met de aanvulling met instrumenten voor bekostiging (Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG (waaraan zij beleidsinhoudelijk is verbonden) in werking zijn getreden. Laatstgenoemd wetsvoorstel was op 30 september 2011, de datum waarop ingevolge artikel 32, vierde lid, onderdeel a, Zvw uiterlijk de voor het vereveningsjaar 2012 beschikbare middelen gepubliceerd hadden moeten worden, nog in behandeling bij de Eerste Kamer (Kamerstukken I 2010/11, 32393, A). Daarnaast is het in artikel 4, tweede lid, bedoelde bedrag voor de opbrengst van het verplicht eigen risico berekend op basis van de aanname dat het wetsvoorstel tot wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met



de verhoging van het verplicht eigen risico (Kamerstukken II 2010/11, 32 788, nrs. 1 t/m 3 e.v.) uiterlijk op 1 januari 2012 in werking treedt. Dat wetsvoorstel was op 1 oktober 2011 nog in behandeling bij het Parlement.

Gezien het voorgaande is besloten eerst een concept van de Rrv 2012 te publiceren. De formele versie van de Rrv 2012, die derhalve per definitie pas na 30 september in werking kan treden, treedt nu in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst – dit zal gezien het voorgaande niet voor de dag zijn waarop de Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG, eerdergenoemde wijziging van de Zvw in verband met de verhoging van het verplicht eigen risico en het gewijzigde Besluit zorgverzekering in het Staatsblad zullen zijn gepubliceerd – en werkt terug tot en met 30 september 2012. Dit is in het eerste lid geregeld.

Het tweede lid zorgt ervoor dat de Regeling zorgverzekering met ingang van 1 januari 2012 van regels met betrekking tot de risicoverevening geschoond wordt. Tot die datum gelden de regels over het jaar 2011 immers nog. Na die datum zullen de risicovereveningsregels voor latere jaren in afzonderlijke ministeriële regelingen, zoals voor 2012 in voorliggende Rrv 2012, staan. Deze afzonderlijke regelingen zullen echter wel, met het oog op een tijdige ex ante verdeling van de vereveningsbijdragen door het CVZ, zo vroeg mogelijk in het jaar t-1 in werking moeten treden en zo nodig tot 30 september van t-1 moeten terugwerken (zie ook het eerste lid van dit artikel).

In het derde lid wordt rekening gehouden met de mogelijkheid dat voorliggende regeling pas na 1 januari 2012 in de Staatscourant kan worden gepubliceerd. Dat zou het geval kunnen zijn indien de Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG zo laat door de Eerste Kamer wordt aanvaard, dat deze pas eind december 2011 in het Staatsblad komt.

Het vierde lid zorgt ervoor dat de wijzigingen in de risicovereveningsregels die met betrekking tot het vereveningsjaar 2011 gelden (zie artikel 24), met terugwerkende kracht tot en met 1 januari van dat jaar gaan gelden.

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