

WIJ WILLEM ALEXANDER,  
BIJ DE GRATIE GODS,  
KONING DER NEDERLANDEN,  
PRINS VAN ORANJE-NASSAU,  
ENZ. ENZ. ENZ.

**Concept 5 juni 2013**

Besluit van

houdende wijziging van het Besluit  
zorgverzekering in verband met  
beperking van de ex post  
compensatiemechanismen voor de  
vaststelling van de  
vereveningsbijdrage

Op de voordracht van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van  
XXXXXXXXX2013, Z- XXXXXXXXXXXXX;

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

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van XXXXXXXXXXXX,  
WXXXXXXXXXXXX);

Gezien het nader rapport van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van  
XXXXXX2013, Z-XXXXXXXXXXXX;

Hebben goedgevonden en verstaan:

**Artikel I**

Het Besluit zorgverzekering wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1 wordt als volgt gewijzigd:

1. Onderdeel h komt te luiden:

h. *cluster van prestaties*: het cluster «variabele kosten van medisch-specialistische zorg», het cluster «vaste zorgkosten», het cluster «geneeskundige geestelijke gezondheidszorg» of het cluster «overige prestaties»;

2. De onderdelen j en k komen te luiden:

j. *vaste zorgkosten*: bij ministeriële regeling aangewezen kosten van zorg die voor verzekeraars niet te beïnvloeden zijn of door onvoldoende gegevens in het kader van de risicoverevening niet normeerbaar zijn;

k. *kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg*: de kosten van geneeskundige zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden alsmede het daarmee gepaard gaande verblijf, voor zover deze kosten onder de dekking van een zorgverzekering vallen en niet bij ministeriële regeling is bepaald dat deze als tot een ander cluster behorende kosten worden aangemerkt.

B

In artikel 3.6, eerste lid, vervalt "leeftijd onder achttien jaar,".

C

Artikel 3.16 komt te luiden:

**Artikel 3.16**

1. Het College zorgverzekeringen past op het op grond van artikel 3.12 herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, op bij ministeriële regeling te bepalen wijze hogekostencompensatie toe.
2. Het resultaat van toepassing van het eerste lid leidt tot een nieuw deelbedrag per zorgverzekeraar.

D

Artikel 3.17 komt te luiden:

**Artikel 3.17**

1. Indien voor een zorgverzekeraar het verschil tussen enerzijds het ingevolge artikel 3.12 herberekende deelbedrag voor het cluster «variabele kosten van medisch-specialistische zorg» en anderzijds de gerealiseerde kosten voor het cluster «variabele kosten van medisch-specialistische zorg», gedeeld door het aantal bij hem ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, meer dan € 40,00 afwijkt van het gemiddelde marktresultaat van de zorgverzekeraars voor dit cluster, calculeert het College zorgverzekeringen de buiten de bedoelde bandbreedte liggende meer- of minderkosten voor 90 procent na.
2. Indien voor een zorgverzekeraar het verschil tussen het deelbedrag, bedoeld in artikel 3.16, tweede lid, en de gerealiseerde kosten voor het cluster «geneeskundige geestelijke gezondheidszorg», gedeeld door het aantal bij hem ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, meer dan een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag afwijkt van het gemiddelde marktresultaat van de zorgverzekeraars voor het cluster «geneeskundige geestelijke gezondheidszorg», calculeert het College zorgverzekeringen de buiten de bedoelde bandbreedte liggende meer- of minderkosten voor een bij die ministeriële regeling te bepalen percentage na.

**Artikel II**

Het Besluit zorgverzekering wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1 wordt als volgt gewijzigd:

1. Onderdeel cc vervalt.
2. De onderdelen dd en ee worden geletterd cc en dd.

B

Artikel 3.16 vervalt.

C

Artikel 3.18 komt te luiden:

**Artikel 3.18**

Het College zorgverzekeringen sommeert de ingevolge artikel 3.12 herberekende deelbedragen voor de clusters «variabele kosten van medisch-specialistische zorg», «geneeskundige geestelijke gezondheidszorg» en «overige prestaties», het op grond van artikel 3.15 berekende nieuwe deelbedrag en, voor zover van toepassing, de op grond van artikel 3.17 berekende bedragen, tot één normatief bedrag per zorgverzekeraar.

D

Artikel 3.20, tweede lid, wordt vervangen door:

2. Het College zorgverzekeringen kan bij een voorlopige vaststelling als bedoeld in het eerste lid de nacalculatie, bedoeld in artikel 3.15 of 3.17, achterwege laten.

**Artikel III**

Het Besluit zorgverzekering wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1 wordt als volgt gewijzigd:

1. In onderdeel cc wordt de puntkomma aan het slot vervangen door een punt.
2. Onderdeel dd vervalt.

B

Artikel 3.17 vervalt.

C

Artikel 3.18 komt te luiden:

**Artikel 3.18**

Het College zorgverzekeringen sommeert de ingevolge artikel 3.12 herberekende deelbedragen voor de clusters «variabele kosten van medisch-specialistische zorg», «geneeskundige geestelijke gezondheidszorg» en «overige prestaties» en het op grond van artikel 3.15 berekende nieuwe deelbedrag tot één normatief bedrag per zorgverzekeraar.

D

Artikel 3.20, tweede lid, wordt vervangen door:

2. Het College zorgverzekeringen kan bij een voorlopige vaststelling als bedoeld in het eerste lid de nacalculatie, bedoeld in artikel 3.15, achterwege laten.

**Artikel IV**

In artikel 67 van het Besluit prudentiële regels Wft vervalt het vijfde lid en worden het zesde tot en met het tiende lid vernummerd tot vijfde tot en met negende lid.

**Artikel V**

1. Artikel I treedt in werking met ingang van 30 september 2013.
2. Indien het Staatsblad waarin dit besluit wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 29 september 2013, treedt artikel I in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van het Staatsblad waarin het wordt geplaatst, en werkt het terug tot en met 30 september 2013.
3. De artikelen II en IV treden in werking met ingang van 30 september 2014.
4. Artikel III treedt in werking met ingang van 30 september 2016.
5. Nadat zij in werking zijn getreden, gelden de artikelen van dit besluit of de onderdelen daarvan voor het eerst met betrekking tot de vereveningsbijdrage die voor het eerstvolgende kalenderjaar wordt toegekend.

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

De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

## **Nota van toelichting**

### **I. Algemeen**

#### **1. Inleiding**

Volledige risicodragendheid van zorgverzekeraars als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw) is één van de kabinetsvoornemens uit het Regeerakkoord 'Bruggen slaan' van het kabinet Rutte II<sup>[1]</sup>. Volledige risicodragendheid geldt volgens het Regeerakkoord vanaf 2017 voor alle vormen van zorg die op dat moment onder het te verzekeren pakket vallen. Om dit te bewerkstelligen is enerzijds beleid ingezet om de beïnvloedingsmogelijkheden van zorgverzekeraars op de voor rekening van de zorgverzekering te verlenen zorg te vergroten en dient anderzijds het ex ante vereveningsmodel een dergelijke afbouw van de ex post compensaties te ondersteunen.

Met voorliggende algemene maatregel van bestuur (amvb) wordt concrete invulling gegeven aan een afbouwpad van de ex post compensaties in het risicovereveningssysteem voor de somatische zorg en wordt het moment waarop de ex post compensaties voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg afgeschaft zullen worden vastgelegd. Ten slotte wordt een nieuwe definitie van het begrip 'vaste zorgkosten' gegeven.

#### **2. Variabele kosten van medisch-specialistische zorg**

Het vereveningsmodel voor somatische zorg blijkt zeer robuust te zijn. Door invoering van prestatiebekostiging in de ziekenhuiszorg zijn de beïnvloedingsmogelijkheden op de levering van en kosten voor somatische zorg voor zorgverzekeraars de afgelopen jaren toegenomen. Voor de somatische zorg is in 2013 de bandbreedteregeling de enige overgebleven ex post compensatie. De bandbreedteregeling is een vangnet waarmee de financiële risico's die zorgverzekeraars lopen, begrensd worden.

Het is opvallend dat door het toepassen van de huidige bandbreedteregeling meer verzekeraars afgeroomd worden dan een bijdrage ontvangen. Dit is beleidsmatig gezien ongewenst. De bandbreedteregeling zou moeten werken als vangnet voor verzekeraars. Het lijkt er in de praktijk echter op dat de regeling er met name voor zorgt dat verzekeraars die goede inkoopresultaten weten te behalen, een deel van de opbrengst (winst) in moeten inleveren. Hiermee wordt de prikkel tot inkoop van doelmatige zorg verminderd. Om dit effect tegen te gaan, wordt de bandbreedteregeling voor de variabele kosten van medisch-specialistische zorg afgebouwd. Afbouw van de bandbreedteregeling somatische zorg zal geschieden door de bandbreedte in 2014 te verbreden van € 50 (2 x € 25) naar € 80 (2 x € 40). Buiten deze bandbreedte worden verzekeraars voor 90 procent nagecalculeerd. Het is de verwachting dat er in 2014 nog slechts enkele zorgverzekeraars (risicodragers) effect ondervinden van de bandbreedteregeling.

De bandbreedteregeling voor de variabele kosten van medisch-specialistische zorg vervalt vervolgens geheel met ingang van het vereveningsjaar 2015. Dit is reeds geregeld in artikel II van het Besluit van 16 december 2011, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met beperking van de ex post compensatiemechanismen voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage (Stb. 2011, 654).

---

<sup>[1]</sup> Bijlage bij Kamerstukken II 2012/13, 33410, nr. 15.

### **3. Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (geneeskundige ggz)**

Bij de geneeskundige ggz spelen op hoofdlijnen twee ontwikkelingen. Aan de ene kant kunnen de zorgverzekeraars ten gevolge van de invoering van de prestatiebekostiging in 2013 en de aanpassing van de productstructuur in de geneeskundige ggz de ggz-zorgkosten beter beïnvloeden, terwijl het gesloten hoofdlijnenakkoord aanbieders en verzekeraars ondersteunt om de doelmatigheid van ggz verder te verstevigen. Dat rechtvaardigt dat de zorgverzekeraars meer financieel risico gaan lopen. Aan de andere kant zal de langdurige ggz (dat wil zeggen de intramurale ggz na het eerste verblijfsjaar) vanaf 1 januari 2015 niet meer op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) maar op grond van de zorgverzekering verzekerd zijn. De reden hiervoor is dat ook dergelijke kosten in wezen kosten van geneeskundige zorg zijn, en daarmee meer in de Zvw dan in de AWBZ thuishoren. Deze overheveling gaat met onzekerheden gepaard die het juist weer wat lastiger maken om de verzekeraars snel meer financieel risico op de gehele ggz te laten lopen.

Het Regeerakkoord stelt dat de zorgverzekeraars met ingang van het vereveningsjaar 2017 volledig risicodragend dienen te zijn voor alle zorg die onder de Zvw valt. Gezien het bovenstaande wordt in voorliggende amvb de hogekostencompensatie voor de geneeskundige ggz in 2015 en de bandbreedteregeling in 2017 afgeschaft, zodat zorgverzekeraars met ingang van 2017 voor de kosten van de geneeskundige ggz volledig risicodragend zijn.

In de tussentijd wordt ingezet op de verbetering van het ex ante risicovereveningsmodel. Zo wordt met betrekking tot het vereveningsjaar 2014 een stap in de verbetering van de ex ante risicoverevening voorzien door de introductie van een geneeskundig ggz-specifiek vereveningscriterium gebaseerd op diagnose-informatie uit de dbc-declaraties (zogenoemde psychische DKGs). Dit criterium zal verzekeraars naar verwachting vooral voor dure geneeskundig ggz-cliënten ex ante beter compenseren. Het criterium zal op basis van artikel 32, vierde lid, onderdeel b, Zvw met betrekking tot het vereveningsjaar 2014 in de Regeling risicoverevening 2014 worden opgenomen. Nadat gebleken is dat het voldoende stabiel is vormgegeven, zal het voor latere jaren in het Besluit zorgverzekering worden neergelegd. Het ex ante vereveningsmodel voor 2015 zal verder verbeterd worden door de introductie van een criterium gebaseerd op meerjarige hoge kosten. Dit criterium maakt het mogelijk om verzekerden met voorspelbare (meerjarige) hoge kosten vooraf te compenseren. Ook dit criterium zal voor het eerste vereveningsjaar waarvoor het zal gelden (2015) bij ministeriële regeling worden geregeld (Regeling risicoverevening 2015). Voor onvoorspelbare (incidentele) hoge kosten worden verzekeraars vanaf 2015 niet meer gecompenseerd. In 2015 zal de ex post compensatie hogekostencompensatie voor de geneeskundige ggz dan ook afgeschaft worden.

Overigens is het effect van de invoering van prestatiebekostiging en de aanpassing van de productstructuur op de kosten die individuele verzekerden in 2014 en later zullen maken, op dit moment nog niet goed in te schatten. Hetzelfde geldt voor de financiële effecten van de overheveling van de langdurige ggz. Het is daardoor nog niet duidelijk in hoeverre de gegevens die ten grondslag liggen aan de vaststelling van het ex ante risicovereveningsmodel voor de geneeskundige ggz in 2014, in 2015 en 2016 representatief gemaakt kunnen worden voor de nieuwe financieringssituatie. Om die redenen zal de bandbreedteregeling in de geneeskundige ggz voor die vereveningsjaren blijven bestaan en geleidelijk worden afgebouwd. De afbouw wordt jaarlijks geregeld per ministeriële regeling. Pas vanaf vereveningsjaar 2017 zal bij het vormgeven van het ex ante vereveningsmodel gebruik gemaakt worden van schadecijfers die niet voor deze

aanpassingen gecorrigeerd hoeven te worden. Op dat moment zal de bandbreedteregeling, de ex post compensatie die ingezet wordt als de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel tijdelijk minder goed is, afgeschaft worden.

#### **4. Aangepaste definitie vaste zorgkosten**

De definitie van vaste zorgkosten is aangepast. Die heeft nu niet meer uitsluitend betrekking op vaste kosten van "verblijf, verpleging en verzorging in het kader van medisch specialistische zorg". In de eerste plaats kunnen de vaste zorgkosten nu ook betrekking hebben op andere zorgkosten dan die van medisch-specialistische zorg. Daarnaast is aangegeven welke criteria (beïnvloedbaarheid en normmeerbaarheid) leidend zijn bij het toedelen van kosten tot de vaste zorgkosten.

Door deze wijziging zullen in de Regeling risicoverevening 2014 bijvoorbeeld de kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden jonger dan 18 jaar (niet normmeerbaar) en de kosten van geriatrische revalidatiezorg (niet normmeerbaar) aan de vaste zorgkosten toegeedeeld kunnen worden.

De opdeling van het cluster van prestaties «geneeskundige geestelijke gezondheidszorg» in een deel met kosten van verzekerden van 18 jaar of ouder en een deel met kosten van verzekerden jonger dan 18 jaar kan nu achterwege blijven. Bij invoering van de Jeugdwet zullen de kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden jonger dan 18 jaar onder die wet vallen en niet meer onder de dekking van de zorgverzekering. Tot die tijd kunnen de kosten aan de vaste zorgkosten toebedeeld worden.

#### **5. Financiële gevolgen**

Als gevolg van de afbouw van de ex post compensaties nemen de risicodragende kosten van zorgverzekeraars toe. De Nederlandsche Bank heeft aangegeven dat het effect hiervan meegenomen wordt in het advies aan de Minister van Financiën over de minimum solvabiliteitseis, dat jaarlijks in de zomer wordt uitgebracht.

#### **6. Administratieve lasten en regeldruk**

Door deze wijziging verandert de administratieve lastendruk niet.

## **II. Artikelsgewijs**

### Artikel I

#### A

In onderdeel A wordt de definitie van "kosten van geneeskundige gezondheidszorg" aangepast, zodat er geen onderscheid meer is tussen jonger of ouder dan achttien jaar in de geneeskundige ggz. Ook is de definitie van "vaste zorgkosten" aangepast, waardoor bij ministeriële regeling kosten van zorg die niet beïnvloedbaar zijn voor de verzekeraar of met het oog op de risicoverevening niet goed normmeerbaar zijn, als vaste zorgkosten aangemerkt kunnen worden.

#### B

In artikel 3.6 wordt "leeftijd onder achttien jaar" genoemd als criterium voor de verdeling van het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg over de zorgverzekeraars. Nu er in de geneeskundige ggz geen onderscheid meer wordt gemaakt tussen jonger of ouder dan achttien jaar, wordt dit criterium uit artikel 3.16 gehaald.

C

Het nieuwe eerste lid van artikel 3.16 bepaalt dat er hogekostencompensatie wordt toegepast voor de geneeskundige ggz. De nacalculatie van het huidige artikel 3.16, tweede lid, vervalt. Deze nacalculatie werd toegepast op de kosten van het subcluster 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar'. Nu dit subcluster niet meer bestaat, kan dit lid komen te vervallen. Als de kosten van de 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar' volledig nagecalculeerd moeten worden, kunnen ze bij ministeriële regeling bij het cluster "vaste zorgkosten" worden ingedeeld.

In het nieuwe tweede lid wordt rekening gehouden met het feit dat het cluster 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' niet meer bestaat uit een subcluster 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar' en een cluster 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder'.

D

In onderdeel D worden de bedragen en percentages voor de bandbreedteregeling binnen de somatiek vastgelegd. De wijziging houdt in dat voor de somatiek het percentage en het bedrag voor het jaar 2014 in het artikel worden opgenomen, in plaats van bij ministeriële regeling worden aangewezen. Door de inzet van deze ex post compensatie nu al in het Besluit zorgverzekering vast te leggen (in plaats van in de Regeling risicoverevening 2014, die pas in het najaar van 2013 zal worden vastgesteld), wordt duidelijkheid gecreëerd. Zorgverzekeraars kunnen zich voorbereiden op een hogere risicodragendheid in 2014 en eventueel het zorginkoopbeleid daarop aanpassen.

## Artikel II

A

Onderdeel A verwijdert de bij de ex post compensatie behorende definitie van "hogekostencompensatie" uit het Besluit zorgverzekering. Deze is overbodig na de afschaffing van de hogekostencompensatie voor geneeskundige ggz per 1 januari 2015.

B

Onderdeel B laat artikel 3.16 vervallen, waardoor de hogekostencompensatie voor de geneeskundige ggz komt te vervallen.

C

Onderdeel C wijzigt artikel 3.18, zodat dit artikel niet meer verwijst naar het vervallen artikel 3.16.

D

Onderdeel D wijzigt artikel 3.20, zodat dit artikel niet meer verwijst naar het vervallen artikel 3.16.

### Artikel III

A

Onderdeel A verwijdert de bij de ex post compensatie behorende definitie van "bandbreedte" uit het Besluit zorgverzekering. Deze is overbodig na de afschaffing van de bandbreedte voor de geneeskundige ggz per 1 januari 2017. (De bandbreedte voor de variabele kosten van medisch-specialistische zorg zal al per 1 januari 2015 vervallen. Dat is reeds geregeld in het Besluit van 16 december 2011, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met beperkingen van de ex post compensatiemechanismen voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage (Stb. 2011, 654)).

B

Onderdeel B laat artikel 3.17 (zoals dat ingevolge van laatstgenoemd Besluit met ingang van 1 januari 2015 zal zijn komen te luiden) vervallen, waarmee de bandbreedte voor de geneeskundige ggz komt te vervallen.

C

Onderdeel C wijzigt artikel 3.18, zodat dit artikel niet meer verwijst naar het vervallen artikel 3.17.

D

Onderdeel D wijzigt artikel 3.20, zodat dit artikel niet meer verwijst naar het vervallen artikel 3.17.

### Artikel IV

Artikel III wijzigt het Besluit prudentiële regels Wft, zodat dit besluit niet meer verwijst naar de per 1 januari 2015 afgeschafte hogekostencompensatie.

### Artikel V

Aangezien ingevolge artikel 32, Zvw de verdeling van de vereveningsbijdragen tussen 1 oktober en 1 november van het jaar voorafgaande aan het vereveningsjaar geschiedt, dienen de verschillende artikelen van voorliggend besluit uiterlijk op 30 september van het jaar voorafgaande aan het vereveningsjaar waar ze voor dienen te gelden, in werking te treden. In dezen is derhalve sprake van een direct uit de Zvw zelf voortvloeiende afwijking van de vaste verandermomenten.

De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers