

377

Besluit van 14 juli 2021, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de invoering van het vereveningscriterium DKG's en van maatregelen voor het vereveningsjaar 2021

Wij Willem-Alexander, bij de gratie Gods, Koning der Nederlanden, Prins van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van Onze Minister voor Medische Zorg van 26 april 2021, kenmerk 2346607-1006604-WJZ;

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

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van 16 juni 2021, no. W13.21.0123/III);

Gezien het nader rapport van Onze Minister voor Medische Zorg van 12 juli 2021, kenmerk 3218181-1006604-WJZ;

Hebben goedgevonden en verstaan:

ARTIKEL I

Het Besluit zorgverzekering wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1 wordt als volgt gewijzigd:

1. In onderdeel h wordt «geneeskundige geestelijke gezondheidszorg» vervangen door «kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg».

2. Onderdeel r komt te luiden:

r. *DKG's*: diagnosekostengroepen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in kostenhomogene klassen met verschillende chronische aandoeningen die geïdentificeerd zijn op grond van uitgevoerde diagnose behandeling combinaties in het verleden;

3. Onderdeel dd komt te luiden:

dd. *HKG's*: hulpmiddelenkostengroepen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen van hulpmiddelgebruik op basis van gebruik in het verleden;

4. Onderdeel nn vervalt, onder vervanging van de puntkomma aan het slot van onderdeel II door een punt.

B

In artikel 3.4, eerste lid, wordt «primaire DKG's, secundaire DKG's,» vervangen door «DKG's, ».

C

In artikel 3.8, eerste lid, onderdeel a, wordt ««Geen primaire DKG», «Geen secundaire DKG»,» vervangen door ««Geen DKG»,».

D

Artikel 3.11 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt na «de artikelen 3.12 tot en met 3.14» ingevoegd «, en voor wat betreft het vereveningsjaar 2021 de artikelen 3.12 tot en met 3.14 en 3.16,».

2. Het derde lid komt te luiden:

3. Tot de gerealiseerde kosten behoren niet:

a. kosten ten gevolge van een catastrofe als bedoeld in artikel 33, eerste lid, onderdeel a, van de wet, in het catastrofejaar, bedoeld in artikel 33, eerste lid, onderdeel b van de wet en het daaropvolgende kalenderjaar, anders dan toeslagen voor onderdekking van doorlopende kosten als gevolg van die catastrofe;

b. kosten waarvoor bijdragen als bedoeld in artikel 3.23 zijn verstrekt;

c. de als zodanig bij ministeriële regeling aangewezen voor rekening van de verzekerden gekomen kosten; en

d. de als zodanig bij ministeriële regeling aangewezen rentekosten.

E

Artikel 3.12, derde lid, komt te luiden:

3. Het Zorginstituut vermindert voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage over het vereveningsjaar 2021, in afwijking van het tweede lid, ieder op grond van het eerste lid voor een zorgverzekeraar berekend deelbedrag met een bedrag dat het als volgt berekent:

a. het Zorginstituut berekent het verschil tussen de gerealiseerde kosten, bedoeld in artikel 3.11, tweede lid, en de gecorrigeerde geraamde kosten, bedoeld in artikel 3.11, vierde lid, over het vereveningsjaar 2021, voor het met het deelbedrag overeenkomende cluster van prestaties;

b. het Zorginstituut vermenigvuldigt de onder a verkregen uitkomst met 0,15;

c. het Zorginstituut deelt de onder b verkregen uitkomst door het totaal aantal in het vereveningsjaar 2021 ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is;

d. het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar de onder c verkregen uitkomst met het aantal in het vereveningsjaar 2021 bij die verzekeraar ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.

F

Artikel 3.12a wordt als volgt gewijzigd:

1. Onder vernummering van het derde en vierde lid tot vierde en vijfde lid wordt een lid ingevoegd, luidende:

3. De gerealiseerde kosten van een verzekerde in verband met een catastrofe als bedoeld in artikel 33, eerste lid, onderdeel a, van de wet in een catastrofejaar als bedoeld in onderdeel b van dat lid en het daaropvolgende kalenderjaar blijven bij de toepassing door het Zorginstituut van hogekostencompensatie buiten aanmerking.

2. In het vierde lid (nieuw) en in het vijfde lid (nieuw) wordt «de op grond van artikel 3.12 herberekende deelbedragen» vervangen door «het na toepassing van artikel 3.12 resulterende deelbedrag».

G

Na artikel 3.15 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 3.16

Indien voor een zorgverzekeraar het verschil tussen enerzijds het na toepassing van artikel 3.12a resulterende deelbedrag voor het cluster «kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg», en anderzijds de gerealiseerde kosten voor dat cluster, gedeeld door het aantal bij hem in het vereveningsjaar ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, meer dan € 10 afwijkt van het gemiddelde marktresultaat voor dat cluster, vermindert het Zorginstituut het buiten de bedoelde bandbreedte liggende deel van die afwijking met 90 procent.

H

Artikel 3.18 komt te luiden:

Artikel 3.18

Het Zorginstituut sommeert de herberekende deelbedragen, bedoeld in artikel 3.11, eerste lid, voor de clusters «variabele zorgkosten» en «kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg» en het op grond van artikel 3.15 berekende nieuwe deelbedrag tot één normatief bedrag per zorgverzekeraar.

I

Artikel 3.19 wordt als volgt gewijzigd:

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

3. De berekening van de voor de zorgverzekeraar naar gerealiseerde verzekerdenaantallen genormeerde opbrengst van het verplicht eigen risico over het vereveningsjaar 2021, vindt, in afwijking van het tweede lid, op de volgende wijze plaats:

a. het Zorginstituut vermenigvuldigt de uitkomst voor het verplicht eigen risico van de berekening, bedoeld in het tweede lid, voor de zorgverzekeraar over het vereveningsjaar 2021, met het quotiënt van de gesommeerde door de zorgverzekeraars gerealiseerde opbrengsten van het verplicht eigen risico en van de gesommeerde uitkomsten voor het verplicht eigen risico, van de berekening, bedoeld in het tweede lid, voor de zorgverzekeraars;

b. het Zorginstituut vermindert de onder a verkregen uitkomst met een bedrag dat het als volgt berekent:

1°. het Zorginstituut bepaalt het verschil tussen de gesommeerde door de zorgverzekeraars over het vereveningsjaar gerealiseerde opbrengsten van het verplicht eigen risico en van de gesommeerde uitkomsten voor het verplicht eigen risico, van de berekening, bedoeld in het tweede lid, voor de zorgverzekeraars;

2°. het Zorginstituut vermenigvuldigt de onder 1° verkregen uitkomst met 0,15;

3°. het Zorginstituut deelt de onder 2° verkregen uitkomst door het totale aantal in het vereveningsjaar ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is;

4°. het Zorginstituut vermenigvuldigt de onder 3° verkregen uitkomst met het aantal in het vereveningsjaar bij die verzekeraar ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder, waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.

4. Het Zorginstituut laat de gerealiseerde opbrengsten van het verplicht eigen risico ten gevolge van een catastrofe als bedoeld in artikel 33, eerste lid, onderdeel a, van de wet over het vereveningsjaar 2021, buiten beschouwing.

2. In het zesde lid (nieuw) wordt «bedoeld in het derde lid» vervangen door «bedoeld in het vijfde lid».

J

Artikel 3.20 wordt als volgt gewijzigd:

1. Onder vernummering van het derde lid tot vierde lid wordt een lid ingevoegd, luidende:

3. Het Zorginstituut past bij een voorlopige vaststelling als bedoeld in het eerste lid indien dat instituut de hogekostencompensatie, bedoeld in artikel 3.12a, achterwege heeft gelaten, in afwijking van artikel 3.16, dat artikel toe op het verschil tussen enerzijds het na toepassing van artikel 3.12 resulterende deelbedrag voor het cluster «kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg», en anderzijds de gerealiseerde kosten voor dat cluster.

3. Het vierde lid (nieuw) komt te luiden:

4. Artikel 3.19, zesde lid, is van overeenkomstige toepassing.

K

Aan hoofdstuk 3 wordt een paragraaf toegevoegd, luidende:

§ 1.6. Nadere regels voor de vaststelling van de extra bijdrage in verband met een catastrofe

Artikel 3.24

Bij ministeriële regeling worden nadere regels gesteld omtrent de berekening van de bijdragen, bedoeld in artikel 34, eerste lid, van de wet, voor zover het de vaststelling betreft van de bijdragen die het Zorginstituut op grond van artikel 33 van de wet heeft toegekend.

ARTIKEL II

1. Dit besluit treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van het Staatsblad waarin het wordt geplaatst en werkt terug tot en met 30 september 2020.

2. 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 jaar 2021 is toegekend.

3. Op de vaststelling van vereveningsbijdragen over de aan het kalenderjaar 2021 voorafgaande kalenderjaren blijven de regels van artikel 1 en hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering van toepassing zoals zij met betrekking tot die kalenderjaren golden.

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

's-Gravenhage, 14 juli 2021

Willem-Alexander

De Minister voor Medische Zorg,
T. van Ark

Uitgegeven de *tweëntwintigste* juli 2021

De Minister van Justitie en Veiligheid,
F.B.J. Grapperhaus

NOTA VAN TOELICHTING

Algemeen

1. Inleiding

Dit besluit wijzigt het Besluit zorgverzekering (hierna: Bzv) in verband met aanpassingen in de risicoverevening. De aanpassingen betreffen in de eerste plaats de invoering van het vereveningscriterium diagnosekostengroepen (hierna: DKG's) voor de bepaling van het deelbedrag voor variabele zorgkosten van een zorgverzekeraar (hoofdstuk 3 van deze toelichting). De aanpassingen betreffen in de tweede plaats de invoering voor het vereveningsjaar 2021 van macronacalculatie bij de deelbedragen voor variabele zorgkosten en kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (hierna: GGZ) en bij de opbrengsten van het verplicht eigen risico (hoofdstuk 4 van deze toelichting). De aanpassingen betreffen in de derde plaats de invoering van de bandbreedteregeling bij het deelbedrag voor de kosten van geneeskundige GGZ (hoofdstuk 5 van deze toelichting). De invoering van de macronacalculatie vindt plaats vanwege de onzekerheden van de infectieziekte COVID-19. De invoering van de bandbreedteregeling vindt plaats vanwege de onzekerheid over de effecten van verplichte afsluiting op 31 december 2021 van de nog openstaand diagnose behandeling combinaties (hierna: dbc's) op het gebied van de geneeskundige GGZ. Er is van de gelegenheid gebruik gemaakt om in het Bzv een grondslag neer te leggen voor regels voor de vaststelling van de bijdrage die het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) op grond van artikel 33 van de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) aan een zorgverzekeraar heeft toegekend. Zie daarvoor hoofdstuk 6 van deze toelichting. Deze toelichting vangt aan met een algemene beschouwing over de vereveningsbijdrage.

2. Risicoverevening algemeen, overlegproces en tijdslijn tot en met voordracht

Algemeen

De zorgverzekeraars ontvangen met de vereveningsbijdrage compensatie voor de uitvoering van een dienst van algemeen economisch belang. Zij zijn onder de voorwaarden en beperkingen van de Zvw belast met zo'n dienst. De belangrijkste voorwaarden en beperkingen van de Zvw zijn de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie, het verplicht aan te bieden basispakket en de regeling van het verplicht en het vrijwillig eigen risico. De vereveningsbijdrage over een vereveningsjaar voor een zorgverzekeraar is het verschil tussen zijn normatieve bedrag en de berekende opbrengst van de nominale rekenpremie en de genormeerde opbrengst van het verplicht eigen risico. Zie hiervoor artikel 3.19, eerste en derde lid, Bzv.

Het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar is de som van zijn deelbedragen voor variabele zorgkosten, kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (hierna: GGZ) en voor vaste zorgkosten (artikel 3.18 Bzv). Zie voor de berekende opbrengst van de nominale rekenpremie en van de genormeerde opbrengst van het verplicht eigen risico artikel 3.19, tweede lid, Bzv. De deelbedragen voor variabele zorgkosten en voor kosten van geneeskundige GGZ van een zorgverzekeraar worden bepaald op basis van de indeling van de verzekerden van de zorgverzekeraar in de klassen van de toepasselijke vereveningscriteria.

Het Zorginstituut is het bestuursorgaan dat de vereveningsbijdrage op grond van artikel 32 Zvw toekent en vervolgens op grond van artikel 34 Zvw vaststelt. Het Zorginstituut dient op grond van artikel 32, vijfde lid,

Zvw, voor 15 oktober van het jaar voorafgaande aan het betrokken vereveningsjaar zijn beleidsregels voor de vereveningsbijdrage over dat jaar vast te stellen. De toekenning dient op grond van artikel 32, zesde lid, Zvw, voor 1 november van het jaar voorafgaande aan het betrokken vereveningsjaar plaats te vinden. De vaststelling van de vereveningsbijdrage dient op grond van artikel 34, eerste lid, Zvw, uiterlijk op 1 april van het vierde jaar volgend op het betrokken vereveningsjaar, te geschieden. Het Zorginstituut vordert op grond van artikel 34, vijfde lid Zvw, bij een hogere toegekende dan vastgestelde vereveningsbijdrage dat verschil terug van de zorgverzekeraar. Het Zorginstituut betaalt bij een hogere vastgestelde dan toegekende vereveningsbijdrage dat verschil aan de zorgverzekeraar.

De (te) verwachten vereveningsbijdrage vormt een belangrijk gegeven voor de vaststelling door de zorgverzekeraar van zijn premie voor de zorgverzekering. Hij dient op grond van artikel 17, zevende lid, Zvw, de nieuwe premie voor een volgend jaar, uiterlijk zeven weken voor aanvang van dat jaar bekend te maken.

Algemeen, vaststelling normatief bedrag van een zorgverzekeraar

De vaststelling van het normatieve bedrag geschiedt door het Zorginstituut in een aantal stappen. De eerste stap bestaat uit een correctie van de bij de toekenning gehanteerde deelbedragen voor variabele zorgkosten en voor kosten van geneeskundige GGZ aan de hand van de daadwerkelijke indeling van de verzekerden in de klassen van de vereveningscriteria (artikel 3.12, eerste lid, onderdeel a, Bzv).

De tweede stap bestaat uit de toepassing van het zogenaamde flankerende beleid op de deelbedragen voor variabele zorgkosten en kosten van geneeskundige GGZ na de eerste stap. Het flankerende beleid bestaat uit de verdeling van het verschil tussen de gerealiseerde kosten en de geraamde kosten van de gezamenlijke zorgverzekeraars per premieplichtige verzekerde (artikel 3.12, eerste lid, onderdeel b, en tweede lid, Bzv).

Dit besluit regelt voor het vereveningsjaar 2021 een alternatieve tweede stap bestaande uit een combinatie van macronacalculatie voor een percentage van 85% en flankerend beleid voor een percentage van 15% (artikel 3.12, eerste lid, onderdeel b, en derde lid Bzv). De macronacalculatie betreft de aanpassing van de deelbedragen na de eerste stap aan het verschil van de gerealiseerde kosten van de gezamenlijke zorgverzekeraars en de geraamde kosten van de gezamenlijke zorgverzekeraars. De aanpassing geschiedt door vermenigvuldiging met het quotiënt van de gerealiseerde kosten en de geraamde kosten, de zogenaamde macronacalculatiefactor. Een onderschrijding van de ramingen leidt tot een macronacalculatiefactor kleiner dan 1 en derhalve tot een lager deelbedrag voor een zorgverzekeraar. Een overschrijding van de ramingen leidt tot een macronacalculatiefactor groter dan 1 en derhalve tot een hoger deelbedrag voor een zorgverzekeraar. Het flankerende beleid voor het vereveningsjaar 2021 heeft betrekking op 15% in plaats van 100% van het verschil tussen de gerealiseerde kosten en de geraamde kosten van de gezamenlijke zorgverzekeraars.

De twee stappen resulteren in het deelbedrag van de zorgverzekeraar voor variabele zorgkosten.

De bepaling van het deelbedrag voor kosten van geneeskundige GGZ over het vereveningsjaar 2021 bestaat uit twee extra stappen op dat deelbedrag na stap 2. De derde stap voor de vaststelling van het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar bestaat uit de toepassing van de regeling voor hogekostencompensatie indien dat bij ministeriële regeling

is bepaald (artikel 3.12a Bzv). De Regeling risicoverevening 2021 zal die toepassing regelen. Op basis van de regeling voor hogekostencompensatie worden de GGZ-kosten voor verzekerden met zeer hoge GGZ-kosten gedeeltelijk herverdeeld over de zorgverzekeraars. Die herverdeling leidt afhankelijk van de uitkomst voor de zorgverzekeraar tot een hoger deelbedrag dan wel tot een lager deelbedrag voor kosten van geneeskundige GGZ. De vierde stap betreft de (eenmalige) toepassing van de bandbreedteregeling voor de kosten van geneeskundige GGZ (artikel 3.16 Bzv) na stap 3. De toepassing van de bandbreedteregeling leidt afhankelijk van de uitkomst voor de zorgverzekeraar, tot een hoger dan wel lager deelbedrag voor kosten van geneeskundige GGZ. De vier stappen resulteren in het deelbedrag voor kosten van geneeskundige GGZ voor de zorgverzekeraar. De vijfde stap van de vaststelling van het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar bestaat uit de vaststelling van zijn deelbedrag voor vaste zorgkosten (artikel 3.15 Bzv).

Overlegproces wijzigingen risicoverevening

In 2020 hebben, net als elk jaar, onderzoeken plaatsgevonden naar mogelijke verbeteringen in de risicoverevening. De onderzoeken hebben geleid tot wijzigingen die in combinatie met elkaar zijn doorgerekend in de zogenaamde Overall Toets (hierna: OT). De OT wordt begeleid door de Werkgroep beleid risicoverevening (WBR) waaraan o.a. het Ministerie van VWS, het Zorginstituut en Zorgverzekeraars Nederland (hierna: ZN) deelnemen. De onderzoeken en de OT zijn na afronding technisch besproken in de Werkgroep ontwikkeling risicoverevening (WOR) waaraan o.a. het Ministerie van VWS, het Zorginstituut en ZN deelnemen. De voorgenomen wijzigingen van de risicoverevening zijn besproken in het Beslisoverleg risicoverevening (BOR) waarin het Ministerie van VWS, ZN, en het Zorginstituut zijn vertegenwoordigd. De Minister voor Medische Zorg heeft driemaal een bestuurlijk overleg met zorgverzekeraars/ZN en het Zorginstituut gehouden waarin de wijzigingen van de risicoverevening voor het komende jaar zijn besproken. De betrokkenheid van het Zorginstituut in dit proces beperkt zich niet tot de inhoud. Het Zorginstituut beoordeelt hierbij ook of de aangepaste systematiek uitvoerbaar is. Een aparte uitvoeringstoets op dit besluit is hierdoor niet nodig.

Dit proces heeft geleid tot de risicovereveningssystematiek voor 2021, zoals opgenomen in dit besluit.

Tijdlĳn tot en met voordracht

De toe te passen systematiek voor het vereveningsjaar 2021 is pas na het bestuurlijk overleg van mij met de zorgverzekeraars, ZN en het Zorginstituut van 2 september 2020, definitief geworden. Een deel van de uitkomsten van dat bestuurlijk overleg moest vervolgens nog worden vertaald in wijzigingen van het Bzv. Er heeft vervolgens afstemming plaatsgevonden over het ontwerp van dit besluit met ZN, het Zorginstituut en andere ministeries. De Commissie Werk, Inkomen, Zorg en Onderwijs (CWIZO) heeft als ambtelijk voorportaal het ontwerp van dit besluit op 16 november 2020 behandeld. De behandeling van het ontwerp van dit besluit door de ministerraad vond plaats op 27 november 2020. Het ontwerp van dit besluit is vervolgens op grond van artikel 124, eerste lid, Zvw, voorgehangen bij beide kamers der Staten-Generaal. De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer der Staten-Generaal heeft op 21 januari 2021 een aantal vragen over het voorgehangen ontwerp van dit besluit gesteld. Ik heb bij brief van 5 maart 2021 die vragen beantwoord. De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport, heeft op 14 april 2021 de voorhangprocedure beëindigd met haar besluit de antwoorden op de gestelde vragen voor kennisgeving

aan te nemen. De voordracht aan Z.M. de Koning voor het aanhangig-making van het ontwerp van dit besluit bij de Afdeling advisering van de Raad van State, heeft op 26 april 2021 plaatsgevonden.

3. Vereveningscriterium DKG's

Er is bij de vereveningscriteria op het gebied van de DKG's (primaire en secundaire) groot onderhoud uitgevoerd.

De resultaten van het uitgevoerde groot onderhoud geven aanleiding tot vervanging van de vereveningscriteria primaire DKG's en de secundaire DKG's door het vereveningscriterium DKG's voor de verdeling van het macro-deelbedrag variabele zorgkosten. In dit groot onderhoud is allereerst de lijst met diagnoses/specialismen-codes (onderdeel van de dbc's) die meetellen in de risicoverevening, geactualiseerd. Er zijn circa 50 nieuwe diagnoses/specialismen toegevoegd. Ook is een aantal diagnoses/specialismen verwijderd vanwege negatieve meerkosten. Vervolgens zijn de codes volgens een verbeterde methode geclusterd naar 26 klassen voor de indeling van verzekerden bij het vereveningscriterium DKG's. Die klassen worden op grond van artikel 3.4, derde lid, Bzv, opgenomen in de jaarlijkse ministeriële regeling voor de risicoverevening. De invoering van het vereveningscriterium voor de vaststelling van het deelbedrag voor variabele kosten heeft geleid tot wijziging van de artikelen 3.4 en 3.8 Bzv.

De nieuwe clustermethode houdt beter rekening met de andere vereveningscriteria voor het macro-deelbedrag variabele zorgkosten. De nieuwe clustermethode heeft als voordeel dat geen ingewikkelde rangordening meer nodig is en dat meer dan twee diagnoses kunnen meetellen bij de indeling van verzekerden in de klassen van het vereveningscriterium DKG's. De aanpassing leidt tot een betere verevenende werking op het niveau van de individuele verzekerden.¹ De betere verevenende werking betekent een betere voorspelling van de zorgkosten die een zorgverzekeraar voor de individuele verzekerde maakt. Voor de individuele verzekerde heeft dit geen directe gevolgen. Een betere verevenende werking leidt in het algemeen tot betere prikkels voor zorgverzekeraars tot doelmatige zorginkoop en tot minder prikkels tot risicoselectie. De Minister voor Medische Zorg heeft bij Kamerbrief van 21 september 2020 het definitieve besluit tot invoering van het vereveningscriterium DKG's voor de bepaling van het deelbedrag voor variabele zorgkosten aangekondigd.²

4. Macronacalculatie

De infectieziekte COVID-19, veroorzaakt door het severe acute syndrome coronavirus-2, kan afhankelijk van de duur van de crisis, een grote impact hebben op de kosten over 2021 van zorg anders dan in verband met die ziekte. Die ziekte kan ook een grote impact hebben op de opbrengsten van het verplicht eigen risico. De infectieziekte COVID-19 kan daarmee een grote invloed hebben op de risicoverevening 2021. Het gaat kortweg om de kosten van reguliere zorg. Het inhalen van in 2020 uitgevallen reguliere zorg of juist uitstel van reguliere zorg in 2021 kan een volume-effect hebben (meer of minder zorggebruikers dan geraamd) en wellicht ook een samenstellingseffect (als bijvoorbeeld de zorg voor de minder zware patiëntgroepen uitgesteld zal worden). De som van al deze onzekerheden is op voorhand heel lastig in te schatten.

De kans op afwijkingen tussen realisaties en ramingen is hierdoor groter dan gebruikelijk. De onzekerheid zit niet alleen bij ontwikkeling van de totale zorgkosten, maar ook bij de wijze waarop de gevolgen van de

¹ Kamerstukken II 2019/20, 29 689, nr. 1067, p. 3 en bijlage, p. 1 en p. 2.

² Kamerstukken II 2020/21, 29 689, nr. 1078, p. 1-3.

infectieziekte COVID-19 neerslaan bij verzekeraars. Dit kan leiden tot een risico-opslag op de premies van de verzekeraars, waardoor verzekerden extra gaan betalen. De infectieziekte COVID-19 zorgt voor veel grotere onzekerheden voor de risicoverevening over het vereveningsjaar 2021 dan normaal. De Minister voor Medische Zorg heeft bij Kamerbrief van 21 september 2020 gemeld die grotere onzekerheden niet eenzijdig bij de zorgverzekeraars te willen neerleggen.³

De Minister voor Medische Zorg is na bestuurlijk overleg met zorgverzekeraars/ZN en het Zorginstituut tot de conclusie gekomen dat eenmalig voor het vereveningsjaar 2021 macronacalculatie nodig is. Het gaat om macronacalculatie voor zowel de deelbedragen voor de clusters variabele zorgkosten en GGZ-kosten als voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico. De macronacalculatie vermindert de uitzonderlijke onzekerheden op de resultaten van zorgverzekeraars over het jaar 2021. De eenmalige macronacalculatie voor het vereveningsjaar 2021 vormt een bewuste afwijking van het beleid om het risico op landelijke over- of onderschrijdingen van geraamde kosten bij zorgverzekeraars neer te leggen. De macronacalculatie is met ingang van het vereveningsjaar 2012 afgeschaft. Het doel van die afschaffing van de macronacalculatie was om de zorgverzekeraars te stimuleren meer te investeren in goede zorginkoop en om zorgverzekeraars maximaal te prikkelen tot beheersing van de zorgkosten. De eenmalige macronacalculatie vormt het resultaat van de afweging tussen het behoud van bovenbedoelde doelmatigheidsprikkels enerzijds en het voorkomen van een verstoring van het speelveld tussen zorgverzekeraars anderzijds.

Door de macronacalculatie wordt achteraf het in totaal uit te keren bedrag via de risicoverevening aangepast aan de feitelijke gerealiseerde kosten van de clusters variabele zorgkosten en GGZ-kosten en aan de gerealiseerde opbrengsten van het verplicht eigen risico van alle zorgverzekeraars gezamenlijk. Hierbij geldt dat de kosten ten gevolge van een catastrofe als bedoeld in artikel 33, eerste lid, onderdeel a, Zvw, zoals die ten gevolge van de infectieziekte COVID-19, niet als gerealiseerde kosten voor de vereveningsbijdrage gelden. Ook de opbrengsten van het verplicht eigen risico in verband met zorg ten gevolge van een catastrofe voor zorgverzekeraars, gelden niet als gerealiseerde opbrengsten van het verplicht eigen risico voor de vereveningsbijdrage. Die uitsluiting van de gerealiseerde kosten en gerealiseerde opbrengsten van het verplicht eigen risico ten gevolge van een catastrofe beperkt zich tot het catastrofejaar en het daaropvolgende kalenderjaar. De zorgverzekeraars hebben immers op grond van artikel 33 Zvw onder de daarin opgenomen voorwaarden, aanspraak op een extra bijdrage voor de op hen drukkende kosten voor het basispakket in het catastrofejaar en het daaropvolgende kalenderjaar, ten gevolge van een catastrofe. Het gaat bij de zorgkosten ten gevolge van een catastrofe waarvoor een bijdrage op grond van artikel 33 Zvw wordt gegeven, om incidentele kosten.⁴ Een zorgverzekeraar ontvangt een eventuele extra bijdrage in aanvulling op zijn vereveningsbijdrage.

Het nacalculatiepercentage is vastgesteld op 85% zodat de doelmatigheidsprikkels gedeeltelijk blijven bestaan. Wel wordt voor zorgverzekeraars het risico voor een kostenoverschrijding op macroniveau voor de reguliere zorg voor een groot deel weggenomen, waardoor een risico-opslag in de zorgverzekeringspremie over 2021 wordt voorkomen. Het risico van een kostenoverschrijding voor de reguliere zorg blijft voor 15% de zorgverzekeraars rusten. Indien door een eventuele nieuwe opleving

³ Kamerstukken II 2020/21, 29 689, nr. 1078, p. 3.

⁴ Kamerstukken II 2012/13, 33 507, nr.3, p. 8.

van de infectieziekte COVID-19 er in 2021 opnieuw sprake is van zorguitval en dus juist lagere reguliere zorgkosten, dan leidt dit tot een lager deelbedrag voor variabele zorgkosten en kosten van geneeskundige GGZ.⁵ Daarmee wordt voorkomen dat zorgverzekeraars tezamen veel financieel profijt hebben van vraaguitval.

De eenmalige macronaïcalculatie gaat vergezeld van flankerend beleid dat bijdraagt aan een gelijk speelveld tussen de zorgverzekeraars. Deze wijziging van het Bzv betekent aanpassing van het flankerende beleid voor de deelbedragen voor variabele zorgkosten en voor de kosten van geneeskundige GGZ en de introductie van flankerend beleid voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico. Het flankerende beleid heeft betrekking op 15% van het verschil tussen:

- a. de gerealiseerde en de gecorrigeerde geraamde variabele zorgkosten respectievelijk GGZ-kosten van alle zorgverzekeraars gezamenlijk; en
- b. de gerealiseerde en de gecorrigeerde geraamde opbrengsten van het verplicht eigen risico voor alle zorgverzekeraars gezamenlijk.

De gecorrigeerde geraamde variabele zorgkosten en GGZ-kosten zijn de geraamde kosten op basis van werkelijke verzekerdenaantallen, de werkelijke verzekerdendenkenmerken en de toepasselijke gewichten. De gecorrigeerde geraamde opbrengsten van het verplicht eigen risico zijn de geraamde opbrengsten op basis van de gerealiseerde verzekerdenaantallen, de werkelijke verzekerdendenkenmerken en de toepasselijke gewichten.

De macronaïcalculatie beperkt zich tot 85% van de bovenstaande verschillen. Het deel van de bovenstaande verschillen dat buiten de macronaïcalculatie blijft (15%) komt voor rekening en risico van de gezamenlijke zorgverzekeraars. De toepassing van het flankerende beleid vindt over het deel dat buiten de macronaïcalculatie blijft. Dat deel wordt over de zorgverzekeraars verdeeld via een gelijk bedrag per premieplichtige verzekerde in het vereveningsjaar 2021. Het flankerende beleid bestaat uit de verdeling over de zorgverzekeraars via een gelijk bedrag per premieplichtige. De minderjarige verzekerden en gedetineerde verzekerden zijn niet premieplichtig. De minderjarige verzekerden behoeven op grond van artikel 16, tweede lid, onderdeel a, Zvw geen premie te betalen. De rechten en plichten uit de zorgverzekering voor gedetineerden waaronder dus ook de plicht tot premiebetaling, zijn op grond van artikel 24, eerste lid, Zvw, van rechtswege opgeschort.

De combinatie van macronaïcalculatie en flankerend beleid is voor wat betreft de deelbedragen voor variabele zorgkosten en de kosten van geneeskundige GGZ neergelegd in het ongewijzigde artikel 3.12, eerste lid, onderdeel b, Bzv, en in het in dat artikel ingevoegde derde lid. De combinatie van de macronaïcalculatie en het flankerende beleid is voor wat betreft de opbrengsten van het verplicht eigen risico neergelegd in het in artikel 3.19 Bzv ingevoegde derde lid.

De uitvoering van de combinatie van macronaïcalculatie en flankerend beleid door het Zorginstituut geschiedt voor wat betreft de deelbedragen voor variabele zorgkosten en kosten van geneeskundige GGZ in drie stappen.

De eerste stap bestaat uit het bepalen van de macronaïcalculatiefactoren voor de variabele zorgkosten respectievelijk van de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. De macronaïcalculatiefactor is het quotiënt van de gerealiseerde kosten en de gecorrigeerde geraamde kosten van alle zorgverzekeraars gezamenlijk. De tweede stap bestaat uit vermenigvuldiging van de deelbedragen op basis van de werkelijke

⁵ Kamerstukken II 2020/21, 29 689, nr. 1078, p. en p.4.

verzekerdenaantallen, de werkelijke verzekerdennenmerken en de toepasselijke gewichten, met de toepasselijke macronaculatiefactor. De eerste en tweede stap zijn neergelegd in artikel 3.12, eerste lid, onderdeel b, Bzv.

De aldus verkregen bedragen zijn de uitkomsten bij een nacalculatiepercentage van 100% zonder het flankerende beleid. De derde stap bestaat uit een vermindering van die bedragen die op grond van het ingevoegde derde lid van artikel 3.12 Bzv als volgt wordt berekend:

- a. het verschil tussen de gerealiseerde variabele zorgkosten en de gecorrigeerde geraamde variabele zorgkosten respectievelijk tussen de gerealiseerde GGZ-kosten en de gecorrigeerde geraamde GGZ-kosten van alle zorgverzekeraars gezamenlijk wordt vermenigvuldigd met 0,15;
- b. de uitkomsten van onderdeel a worden gedeeld door het totale aantal premieplichtige verzekerden van alle zorgverzekeraars gezamenlijk;
- c. de uitkomsten van onderdeel b worden per zorgverzekeraar vermenigvuldigd met het totale aantal premieplichtige verzekerden van die zorgverzekeraar.

Deze berekeningswijze wordt hieronder toegelicht aan de hand van twee voorbeelden.

Voorbeeld 1

Dit voorbeeld (zie de tabel hieronder) gaat uit van een situatie met drie zorgverzekeraars (A, B en C). Hun geraamde kosten bedragen in totaal 250.000 euro (regel 1). De werkelijke kosten zijn 300.000 euro (regel 2). Dit betekent dat de macronaculatiefactor op grond van artikel 3.12, eerste lid, onderdeel b, Bzv, uitkomt op 1,2 (300.000 / 250.000). Alle drie de verzekeraars krijgen er op basis van de hierboven beschreven stap 2 dus 20% bij. Dit zijn de bedragen op regel 4. Gesommeerd (regel 1 + regel 4) leidt dit tot de deelbedragen na macronaculatie op regel 5.

In stap 3 wordt op grond van het in artikel 3.12 Bzv ingevoegde derde lid, nog een bedrag in mindering gebracht. Het verschil tussen de gerealiseerde kosten en de geraamde kosten bedraagt 50.000 euro (regel 2 – regel 1). Hier wordt 15% van genomen. Dit is 7.500 euro. Er zijn 7.500 premieplichtige verzekerden (regel 3). Dit levert dus een bedrag van 1 euro per verzekerde. Dit bedrag wordt voor elke verzekeraar vermenigvuldigd met het aantal premieplichtige verzekerden (regel 3) en in mindering gebracht op de geraamde kosten. Deze aftrek is opgenomen op regel 6, de uiteindelijke uitkomst na de toepassing van macronaculatie en flankerend beleid op regel 7 (regel 5 + regel 6).

Verzekeraar	A	B	C	Totaal
1. geraamde kosten	100.000	50.000	100.000	250.000
2. gerealiseerde kosten	50.000	50.000	200.000	300.000
3. aantal premieplichtige verzekerden	2.500	2.500	2.500	7.500
4. effect macronaculatie (stap 1 en 2)	20.000	10.000	20.000	50.000
5. deelbedrag na macronaculatie	120.000	60.000	120.000	300.000
6. effect flankerend beleid (stap 3)	-2.500	-2.500	-2.500	-7.500
7. deelbedrag na flankerend beleid	117.500	57.500	117.500	292.500

Voorbeeld 2

Dit voorbeeld (zie de tabel hieronder) gaat uit van een situatie met drie zorgverzekeraars (A, B en C). Hun geraamde kosten bedragen in totaal 250.000 euro (regel 1). De werkelijke kosten zijn 200.000 euro (regel 2). Dit betekent op grond van artikel 3.12, eerste lid, onderdeel b, Bzv dat de macronaalfactor uitkomt op 0,8 (200.000 / 250.000). Alle drie de verzekeraars krijgen op basis van de hierboven beschreven stap 2 dus 20% minder. Dit zijn de bedragen op regel 4. Gesommeerd (regel 1 + regel 4) leidt dit tot de deelbedragen na macronaalfactor op regel 5.

In stap 3 wordt op grond van het in artikel 3.12 Bzv ingevoegde derde lid, nog een bedrag in mindering gebracht. Het verschil tussen de gerealiseerde kosten en de geraamde kosten bedraagt -50.000 euro (regel 2 – regel 1). Hier wordt 15% van genomen. Dit is -7.500 euro. Er zijn 7.500 premieplichtige verzekerden (regel 3). Dit levert dus een bedrag van -1 euro per verzekerde. Dit bedrag wordt voor elke verzekeraar vermenigvuldigd met het aantal premieplichtige verzekerden (regel 3) en in mindering gebracht op de geraamde kosten. Omdat er een negatief bedrag in mindering wordt gebracht, komt er geld bij. Dit bedrag is opgenomen op regel 6, de uiteindelijke uitkomst na de toepassing van macronaalfactor en flankerend beleid op regel 7 (regel 5 + regel 6).

Verzekeraar	A	B	C	Totaal
1. geraamde kosten	100.000	50.000	100.000	250.000
2. gerealiseerde kosten	40.000	40.000	120.000	200.000
3. aantal premieplichtige verzekerden	2.500	2.500	2.500	7.500
4. effect macronaalfactor (stap 1 en 2)	-20.000	-10.000	-20.000	-50.000
5. deelbedrag na macronaalfactor	80.000	40.000	80.000	200.000
6. effect flankerend beleid (stap 3)	2.500	2.500	2.500	7.500
7. deelbedrag na flankerend beleid	82.500	42.500	82.500	207.500

De uitkomst van de drie stappen is voor wat betreft het de variabele zorgkosten het deelbedrag voor de zorgverzekeraar. De uitkomst voor het de kosten van geneeskundige GGZ ondergaat in voorkomend geval nog wijzigingen als gevolg van:

- de toepassing van de regeling voor hoge kostencompensatie (artikel 3.12a Bzv); en van
- de bandbreedteregeling (artikel 3.16 Bzv).

De uitkomst na toepassing van de regeling voor hogekostencompensatie en de bandbreedteregeling voor de GGZ-kosten, is het deelbedrag voor kosten van geneeskundige GGZ voor de zorgverzekeraar.

Het Zorginstituut sommeert op grond van artikel 3.18 Bzv de definitieve deelbedragen voor de clusters variabele zorgkosten respectievelijk voor GGZ-kosten en het nieuwe deelbedrag voor het cluster vaste zorgkosten (artikel 3.15 Bzv) tot één normatief bedrag voor de zorgverzekeraar.

De combinatie van macronaalfactor en flankerend beleid voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico vindt voor 2021 op dezelfde wijze plaats. De drie stappen zijn neergelegd in het in artikel 3.19 Bzv ingevoegde derde lid. Dat lid voorziet in een afwijkende berekeningswijze voor het vereveningsjaar 2021 van de naar gerealiseerde verzekerdenaantallen genormeerde opbrengst van het verplicht eigen risico.

De eerste stap bestaat uit het bepalen van de macronaalfactor voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico. Die factor is het

quotiënt van de gerealiseerde opbrengsten van het verplicht eigen risico voor de gezamenlijke zorgverzekeraars en de uitkomsten van de reguliere berekeningswijze voor de gezamenlijke zorgverzekeraars. Het Zorginstituut vermenigvuldigt in stap 2 de uitkomsten van de reguliere berekeningswijze voor de zorgverzekeraar met de macronaculatiefactor. De eerste en tweede stap zijn neergelegd in het in artikel 3.19 Bzv ingevoegde derde lid, onderdeel a.

De aldus verkregen bedragen zijn de uitkomsten bij een nacalculatiepercentage van 100% zonder het flankerende beleid. De derde stap bestaat uit een vermindering van die bedragen die op grond van onderdeel van het in artikel 3.19 Bzv ingevoegde derde lid als volgt wordt berekend:

- a. het verschil van de gerealiseerde opbrengsten van het verplicht eigen risico en de uitkomsten van de reguliere berekeningswijze voor de gezamenlijke zorgverzekeraars wordt vermenigvuldigd met 0,15;
- b. de uitkomst van onderdeel a wordt gedeeld door het totale aantal premieplichtige verzekerden van de gezamenlijke zorgverzekeraars;
- c. de uitkomst van onderdeel b wordt per zorgverzekeraar vermenigvuldigd met het totale aantal premieplichtige verzekerden van die zorgverzekeraar. De uitkomst van de drie stappen is de naar gerealiseerde verzekerdenaantallen genormeerde opbrengst van het verplicht eigen risico over het vereveningsjaar 2021 voor de zorgverzekeraar.

Deze berekeningswijze wordt hieronder toegelicht aan de hand van het onderstaande voorbeeld.

Dit voorbeeld (zie de tabel hieronder) gaat uit van een situatie met drie zorgverzekeraars (A, B en C). Hun op basis van de reguliere berekeningswijze geraamde opbrengsten van het verplicht eigen risico kosten bedragen in totaal 250.000 euro (regel 1). De gerealiseerde opbrengsten zijn 300.000 euro (regel 2). Dit betekent dat de macronaculatiefactor op grond van artikel 3.19, derde lid, onderdeel a, Bzv, uitkomt op 1,2 (300.000 / 250.000). Alle drie de verzekeraars krijgen er op basis van de hierboven beschreven stap 2 dus 20% bij. Dit zijn de bedragen op regel 4. Gesommeerd (regel 1 + regel 4) leidt dit tot de genormeerde opbrengsten na macronacalculatie op regel 5.

In stap 3 wordt op grond van onderdeel b, van het in artikel 3.19 Bzv ingevoegde derde lid, nog een bedrag in mindering gebracht. Het verschil tussen de gerealiseerde kosten en de geraamde kosten bedraagt 50.000 euro (regel 2 – regel 1). Hier wordt 15% van genomen. Dit is 7.500 euro. Er zijn 7.500 premieplichtige verzekerden (regel 3). Dit levert dus een bedrag van 1 euro per verzekerde. Dit bedrag wordt voor elke verzekeraar vermenigvuldigd met het aantal premieplichtige verzekerden (regel 3) en in mindering gebracht op de geraamde opbrengsten. Deze aftrek is opgenomen op regel 6, de uiteindelijke uitkomst na de toepassing van macronacalculatie en flankerend beleid op regel 7 (regel 5 + regel 6).

Verzekeraar	A	B	C	Totaal
1. geraamde opbrengsten	100.000	50.000	100.000	250.000
2. gerealiseerde opbrengsten	50.000	50.000	200.000	300.000
3. aantal premieplichtige verzekerden	2.500	2.500	2.500	7.500
4. effect macronacalculatie (stap 1 en 2)	20.000	10.000	20.000	50.000
5. genormeerde opbrengst na macronacalculatie	120.000	60.000	120.000	300.000
6. effect flankerend beleid (stap 3)	-2.500	-2.500	-2.500	-7.500
7. genormeerde opbrengst	117.500	57.500	117.500	292.500

5. Bandbreedteregeling GGZ-kosten

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft bij Kamerbrief van 14 september gemeld dat hij en de Minister voor Rechtsbescherming hebben besloten om per 2022 het Zorgprestatie­model in te voeren als nieuwe bekostiging voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de forensische zorg.⁶ De invoering van het Zorgprestatie­model gaat gepaard met het per 31 december 2021 verplicht afsluiten van lopende dbc's en producten basis-GGZ die anders nog zouden blijven doorlopen in 2022. Dat leidt tot een grote eenmalige vermindering van de GGZ-schadelast in 2021, die op het niveau van individuele verzekeraars verschillend kan uitpakken. De bovenbedoelde dbc's en producten basis-GGZ zouden zonder verplichte afsluiting geheel worden toege­rekend aan het kalenderjaar 2021. De kosten van zorg die in twee achtereenvolgende jaren is genoten en door de zorgaanbieder in één bedrag in rekening zijn gebracht, worden op grond van artikel 23, eerste lid, Zvw, toegerekend aan het jaar waarin de zorg of dienst is aange­vangen. De kosten van dbc's en producten basis-GGZ die zonder de verplichte afsluiting zouden blijven doorlopen in 2022 zouden op grond van artikel 23, eerste lid, Zvw geheel tot de schadelast over 2021 behoren. De verplichte afsluiting van de per 31 december 2021 nog openstaande dbc's en producten basis GGZ betekent dat het deel van die zorg dat in 2022 is genoten behoort tot de schadelast over 2022 in plaats van over 2021.

De eenmalige vermindering van de schadelast van geneeskundige GGZ brengt extra onzekerheid met zich mee voor zorgverzekeraars. De omvang van die vermindering wordt geraamd op € 1,25 miljard, meer dan 30% van de oorspronkelijk geraamde schadelast voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg over 2021⁷.

De Minister voor Medische Zorg heeft bij Kamerbrief van 21 september 2020⁸ gemeld eenmalig voor het vereveningsjaar 2021 een zogeheten bandbreedteregeling te willen toepassen. De bandbreedteregeling moet de onzekerheid voor zorgverzekeraars en de verschillen tussen zorgverze­keraars beperken. De bandbreedteregeling is neergelegd in het ingevoegde artikel 3.16 Bzv. De bandbreedteregeling grijpt in op de spreiding van het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars. Boven een zekere drempel wordt een deel van het resultaat afgeroomd, terwijl beneden een zekere drempel juist een deel wordt gecompenseerd. De bandbreedteregeling impliceert een bepaalde mate van herverdeling tussen zorgverzekeraars, die de grootste verschillen tussen individuele zorgverzekeraars wegneemt en daarmee de onzekerheid voor zorgverze­keraars reduceert. Het gaat om de verschillen bij het vereveningsresultaat voor het cluster GGZ-kosten per premieplichtige verzekerde. Het vereve­ningsresultaat is het verschil tussen het deelbedrag voor kosten van geneeskundige GGZ na toepassing van de regelingen voor macronacalculatie, flankerend beleid en hogekostencompensatie en de door de zorgverzekeraar gerealiseerde GGZ-kosten, voor die zorgverzekeraar.

De minderjarige verzekerden en de gedetineerden behoren niet tot de premieplichtige verzekerden. Het vereveningsresultaat op het gebied van GGZ-kosten per premieplichtige verzekerde is het quotiënt van dat resultaat en die verzekerden. De bandbreedte voor de bandbreedte­regeling is het gebied tussen – € 10 en € 10 rondom het gemiddelde marktresultaat voor kosten van geneeskundige GGZ per premieplichtige

⁶ Kamerstukken II 2019/20, 25 424, nr. 552.

⁷ Kamerstukken II 2020/21, 29 689, nr. 1078.

⁸ Kamerstukken II 2020.21, 29 689, nr. 1078.

verzekerde (het totale resultaat van alle zorgverzekeraars samen gedeeld door het totaal aantal premieplichtige verzekerden).

Het verschil van het vereveningsresultaat op kosten voor geneeskundige GGZ per premieplichtige verzekerde van de zorgverzekeraar en het marktgemiddelde, wordt voor zover zich dat buiten de bandbreedte bevindt, voor 90% verminderd⁹. Een vermindering van een negatief verschil leidt tot een minder groot negatief verschil en van een positief verschil tot een minder groot positief verschil. Een negatief verschil van meer dan € 10 leidt dus tot een verhoging van het deelbedrag voor kosten van geneeskundige GGZ voor de zorgverzekeraar en een positief verschil van meer dan € 10 tot een verlaging van dat deelbedrag.

Het bovenstaande wordt toegelicht aan de hand van de volgende twee voorbeelden.

Voorbeeld 1

Het gemiddelde vereveningsresultaat voor het cluster kosten van geneeskundige GGZ per premieplichtige verzekerde bedraagt € 20. Het vereveningsresultaat van zorgverzekeraar A per premieplichtige verzekerde voor het cluster kosten van geneeskundige GGZ bedraagt € 5 en wijkt € 15 af van het gemiddelde.

Het deel van dat negatieve verschil dat zich buiten bandbreedte bevindt bedraagt € 5 (15 – 10). Zorgverzekeraar A heeft 1.000 premieplichtige verzekerden.

De bandbreedteregeling leidt tot een verhoging van het deelbedrag voor kosten van geneeskundige GGZ van zorgverzekeraar A met $0,90 * € 5 * 1.000 = € 4.500$.

Voorbeeld 2

Het gemiddelde vereveningsresultaat voor het cluster GGZ-kosten per premieplichtige verzekerde bedraagt € 20. Het vereveningsresultaat van zorgverzekeraar B per premieplichtige verzekerde voor het cluster GGZ-kosten bedraagt € 35 en wijkt € 15 af van het gemiddelde.

Het deel van dat positieve verschil dat zich buiten bandbreedte bevindt bedraagt € 5 (15–10) per premieplichtige verzekerde. Zorgverzekeraar B heeft 2.000 premieplichtige verzekerden. De bandbreedteregeling leidt tot een verlaging van het deelbedrag voor kosten van geneeskundige GGZ van zorgverzekeraar B ter grootte van $0,90 * (€ 5) * 2.000 = € 9.000$.

6. Berekening vast te stellen extra bijdrage i.v.m. een catastrofe

De Wereldgezondheidsorganisatie (Wgo) heeft op 11 maart 2020 de infectieziekte COVID-19 uitgeroepen tot een pandemie. De infectieziekte COVID-19 is daarmee de eerste catastrofe als bedoeld in artikel 33, eerste lid, onderdeel a, Zvw. Het Zorginstituut kent op grond van dat artikel de zorgverzekeraar die daarom verzoekt na het bereiken van een drempel van 4% – een extra bijdrage toe voor de kosten in 2020 en 2021 als gevolg van de infectieziekte COVID-19. Het Zorginstituut dient op grond van artikel 34, eerste lid, Zvw, uiterlijk op 1 april 2025 de toegekende extra bijdrage vast te stellen. Op grond van het derde lid van het bovenbedoelde artikel worden bij of krachtens algemene maatregel van bestuur nadere regels omtrent de berekening van de vast te stellen extra bijdrage gesteld. Een specifieke grondslag om bij ministeriële regeling nadere regels te stellen

⁹ Kamerstukken II 2020/21, 29 689, nr. 1078, p. 4 en p. 5.

omtrent die berekening ontbrak. Het in het Bzv ingevoegde artikel 3.24 voorziet alsnog in de grondslag voor een ministeriële regeling voor de berekening van de vast te stellen extra bijdrage. Artikel 33, vierde lid, Zvw, bevat de grondslag voor een ministeriële regeling voor de berekening van de toe te kennen extra bijdrage, dit ziet dus op de fase vóór de vaststelling.

De nadere regels voor de berekening van zowel de toe te kennen extra bijdrage als van de vast te stellen eigen bijdrage, worden bij ministeriële regeling vastgesteld.

7. EU-aspecten macrona calculatie en bandbreedteregeling GGZ-kosten

Staatssteun

De toekenning van vereveningsbijdragen ten laste van het Zorgverzekeringsfonds aan zorgverzekeraars vormt een steunmaatregel als bedoeld in artikel 107, eerste lid, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie. De Europese Commissie heeft in haar beschikking van 3 mei 2005¹⁰ (hierna: het goedkeuringsbesluit) beslist dat de toekenning van de vereveningsbijdragen aan zorgverzekeraars verenigbaar is met de interne markt.

Het goedkeuringsbesluit vermeldt dat de zorgverzekeraars onder de voorwaarden en beperkingen van de Zvw belast zijn met een dienst van algemeen economisch belang.¹¹ De belangrijkste voorwaarden en beperkingen zijn de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie, het verplicht aan te bieden basispakket en de regeling van het verplicht eigen risico en vrijwillig eigen risico. De macrona calculatie en de bandbreedteregeling GGZ leiden niet tot wijzigingen op het gebied van de bovenbedoelde voorwaarden en beperkingen voor zorgverzekeraars.

De door de Europese Commissie goedgekeurde steunmaatregel houdt in dat de Zvw-uitgaven van zorgverzekeraars voor ongeveer 50% bekostigd worden uit het Zorgverzekeringsfonds (hierna: Zvf) en voor ongeveer 50% uit hun eigen inkomsten.¹² De bekostiging uit het Zvf bestaat uit de vereveningsbijdragen en de eigen inkomsten uit de opbrengsten van de nominale premies en het verplicht eigen risico. Nederland geeft uitvoering aan de bekostigingsregel op basis van de verwachte Zvw-uitgaven. Dit vereist wel dat het verschil tussen realisatie en verwachtingen, binnen redelijke grenzen blijft. De infectieziekte COVID-19 zorgt voor veel grotere onzekerheden voor de risicoverevening over het vereveningsjaar 2021 dan over de andere vereveningsjaren. Er wordt voor een nadere toelichting op die onzekerheden verwezen naar hoofdstuk 4 van deze toelichting. Specifiek geldt een extra onzekerheid als gevolg van een eenmalige vermindering van de GGZ-schadelast door de verplichte afsluiting op 31 december 2021 van de lopende dbc's en producten basis-ggz. De macrona calculatie en de bandbreedteregeling voor de GGZ-kosten verminderen voor de zorgverzekeraars hun grote onzekerheden voor het vereveningsjaar 2021.

Een wezenlijke onderschrijding van de verwachte Zvw-uitgaven van zorgverzekeraars heeft tot gevolg dat het aandeel van de bekostiging van de werkelijke Zvw-uitgaven van zorgverzekeraars vanuit het Zvf, zonder

¹⁰ Besluit van de Europese Commissie van 3 mei 2005 inzake steunmaatregelen nr. N. 541/2004 en N 542/2004 betreffende behoud financiële reserves door ziekenfondsen en het risicovereveningssysteem nr. 03.V. 2005 C (2005) 1329 fin.

¹¹ Zie p. 27 van het goedkeuringsbesluit.

¹² Zie p. 9 tot en met 12, p. 24 en p. 28 van het goedkeuringsbesluit.

nadere maatregelen, boven de 50% uitkomt. De onderschrijding van de verwachte inkomsten uit het verplicht eigen risico dempt dat effect voor een klein deel. Een wezenlijke overschrijding van de verwachte Zvw-uitgaven van zorgverzekeraars heeft het tegenovergestelde effect. De overschrijding van de verwachte inkomsten uit het verplicht eigen risico dempt dat effect voor een klein deel. De macronacalculatie brengt het aandeel van de bekostiging van de werkelijke Zvw-uitgaven van zorgverzekeraars, vanuit het Zvf voor de Zvw-uitgaven van zorgverzekeraars bij zowel onderschrijding als overschrijding van de verwachte Zvw-uitgaven richting 50%.

De verplichte afsluiting op 31 december 2021 van de nog openstaande dbc's op het gebied van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en van de producten basis-GGZ leidt tot een eenmalige vermindering van de schadelast die ongelijk over de zorgverzekeraars is verdeeld.

Er wordt voor een nadere toelichting op de vermindering van de schadelast verwezen naar hoofdstuk 5 van het algemeen deel van deze toelichting. De GGZ-kosten en daarmee ook de effecten van die verplichte afsluiting, zijn zeer ongelijk verdeeld over de zorgverzekeraars. De voorgenomen bandbreedteregeling grijpt in op de eventuele uitersten van de markt en neemt daarmee de grootste verschillen tussen zorgverzekeraars weg. De bandbreedteregeling reduceert daarmee de onzekerheid van de gevolgen van de verplichte afsluiting, een maatregel van overheidswege waarop de zorgverzekeraars geen invloed hebben. De bandbreedteregeling draagt daarmee bij aan het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars.

De bandbreedteregeling voor het cluster GGZ-kosten zorgt voor een bepaalde mate van herverdeling tussen de zorgverzekeraars. De herverdeling tussen zorgverzekeraars leidt niet tot een noemenswaardige wijziging van het bekostigingsaandeel vanuit de Zvf, voor de Zvw-uitgaven van zorgverzekeraars.

Het goedkeuringsbesluit vermeldt dat de goedgekeurde steenmaatregel niet de prikkels voor zorgverzekeraars heeft weggenomen om de concurrentie aan te gaan.¹³ Het nacalculatiepercentage van 85% en de bandbreedte en het percentage van 90% van de bandbreedteregeling voor GGZ-kosten zorgen ervoor dat de prikkels voor de zorgverzekeraars om de concurrentie aan te gaan blijven bestaan.

Het Nederlands risicovereveningssysteem blijft met de voorgenomen eenmalige macronacalculatie en bandbreedteregeling voor de vaststelling van het deelbedrag voor kosten van geneeskundige GGZ binnen de grenzen van het goedkeuringsbesluit uit 2005. De eenmalige ex post maatregelen voor het vereveningsjaar 2021 vormen geen wezenlijke wijziging van het Nederlandse risicovereveningssysteem.

Solvabiliteit II-richtlijn

De zorgverzekeraars vallen als schadeverzekeringsondernemingen onder het toepassingsbereik van de Solvabiliteit II-richtlijn.¹⁴ Artikel 109 bis, vierde en vijfde lid, van die richtlijn hebben betrekking op het systeem van risicoverevening. Het bovenbedoelde vijfde lid bevat de eisen voor een nationaal systeem van risicoverevening.

Een dergelijk systeem moet:

a. transparant zijn en voorafgaand aan het vereveningsjaar volledig zijn uitgewerkt;

¹³ Zie p. 29 van het goedkeuringsbesluit.

¹⁴ Richtlijn 2009/138/EG van het Europees Parlement en de Raad van 25 november 2009 betreffende de toegang tot en de uitoefening van het verzekerings- en het herverzekeringsbedrijf (Solvabiliteit II) (PbEU 2009, L 335).

b. waarborgen dat de volatiliteit van het premierisico en het voorzieningenrisico van de betrokken verzekeraars in significante mate wordt verminderd;

c. betrekking hebben op verplichte ziektekostenverzekeringen en geheel of gedeeltelijk ter vervanging van ziektekostendeckking waarin de wettelijke socialezekerheidsregelingen voorzien; en

d. een regeling bevatten dat een of meer overheidsinstanties in het geval van wanbetaling door verzekeraars de schadevorderingen van de betrokken polishouders van de verzekeringen die onder dat systeem vallen, volledig dekken.

De verordening van de Europese Commissie ter aanvulling van de Solvabiliteit II-richtlijn bevat nog een aanvullende eis. De verzekeringsverplichtingen die onder het systeem van risicoverevening vallen, moet gescheiden van de andere activiteiten van de verzekeraars, georganiseerd zijn en beheerd worden.¹⁵ De regeling voor een nationaal systeem van risicoverevening is met het oog op het Ierse en Nederlandse risicovereveningssysteem in de Solvabiliteit II-richtlijn opgenomen.

De eenmalige ex post maatregelen voor het vereveningsjaar 2021 zijn transparant en op grond van dit besluit volledig uitgewerkt in het Bzv. Het Zorginstituut heeft bovendien in het jaar 2020 zijn beleidsregels voor de vereveningsbijdrage 2021 vastgesteld en die vereveningsbijdrage in 2020 aan de zorgverzekeraars toegekend. De eenmalige ex post maatregelen verminderen de volatiliteit van het premierisico en het voorzieningenrisico van zorgverzekeraars. De ex post maatregelen hebben alleen betrekking op de zorgverzekering, een gelet op artikel 2 Zvw verplichte ziektekostenverzekering. De eenmalige ex post maatregelen betreffen niet de onderwerpen waarop die vierde en vijfde eis voor een nationaal risicovereveningssysteem zien.

De regeling voor de macronacalculatie en de bandbreedteregeling voor de bepaling van het deelbedrag kosten van geneeskundige GGZ bevatten tenslotte geen bepalingen voor zorgverzekeringsovereenkomsten of de premievaststelling door zorgverzekeraars. De wijzigingen als gevolg van de eenmalige ex post maatregelen voor het vereveningsjaar 2021 leiden dan niet tot strijdigheid met artikel 206 van de Solvabiliteit II-richtlijn. Het is het enige artikel van die richtlijn betreffende de ziektekostenverzekering als alternatief voor sociale zekerheid.

De eenmalige ex post maatregelen voor het vereveningsjaar 2021 voldoen gezien het bovenstaande aan de kaders van de Solvabiliteit II-richtlijn.

8. Fraudetoets

Het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) controleren de opgaven van de zorgverzekeraars voor de toekenning en vaststelling van de vereveningsbijdragen. De NZa houdt op grond van artikel 16, onderdeel b, van de Wet marktordening gezondheidszorg, toezicht op de rechtmatige uitvoering door zorgverzekeraars van onder meer de regelgeving op het gebied van de vereveningsbijdrage. Dit besluit leidt niet tot wezenlijke wijziging van de controle door de NZa op de opgaven van zorgverzekeraars voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage over 2021. De gegevens die de zorgverzekeraars ten behoeve van de vereveningsbijdrage dienen te verstrekken veranderen

¹⁵ Zie artikel 149b, eerste lid, van de Gedelegeerde verordening (EU) 2015/35 van de Commissie van 10 oktober 2014 tot aanvulling van Richtlijn 2009/138/EG van het Europees Parlement en de Raad betreffende de toegang tot en de uitoefening van het verzekerings- en het hervverzekeringsbedrijf (Solvabiliteit II) (PbEU 2015, L 12).

niet als gevolg van dit besluit. Het Zorginstituut kan met die gegevens de vereveningsbijdrage over het vereveningsjaar 2021 vaststellen.

9. Gevolgen voor de Rijksbegroting en exploitatiesaldo Zorgverzekeringsfonds

Het onderhavige besluit heeft geen gevolgen voor de Rijksbegroting maar wel voor het exploitatiesaldo van het Zorgverzekeringsfonds (hierna: Zvf). De vervanging van de vereveningscriteria primaire DKG's en de secundaire DKG's door het vereveningscriterium DKG's heeft geen gevolgen voor dat saldo. Hetzelfde geldt voor de grondslag voor nadere regels bij ministeriële regeling omtrent de berekening van de vast te stellen extra bijdrage in verband met een catastrofe als bedoeld in artikel 33 Zvw. De bandbreedteregeling voor het cluster GGZ-kosten heeft, gelet op het symmetrische karakter, naar verwachting geen noemenswaardige gevolgen voor het exploitatiesaldo van het Zvf. De regeling voor macronacalculatie voor het vereveningsjaar 2021 heeft wel gevolgen voor dat exploitatiesaldo. De omvang daarvan is nog niet in te schatten vanwege de onzekerheid over de gevolgen van de COVID-19. De mate van het inhalen van reguliere zorg die in 2020 was uitgevallen en van de eventuele uitval van reguliere zorg in 2021 zijn afhankelijk van het nog onzekere verdere verloop van de Covid-19 in 2021. Een macronacalculatiefactor bij de deelbedragen voor de variabele zorgkosten of kosten van geneeskundige GGZ kleiner dan 1 leidt tot lagere vereveningsbijdragen hetgeen het exploitatiesaldo van het Zvf positief beïnvloedt. Een macronacalculatiefactor groter dan 1 leidt tot hogere vereveningsbijdragen hetgeen het exploitatiesaldo van het Zvf negatief beïnvloedt. De macronacalculatiefactor bij de opbrengsten van het verplicht eigen risico heeft een tegengestelde werking. Een macronacalculatiefactor kleiner dan 1 houdt in een onderschrijding en een macronacalculatiefactor groter dan 1 een overschrijding van de verwachte opbrengsten van het verplicht eigen risico. Een macronacalculatiefactor kleiner dan 1 leidt tot hogere vereveningsbijdragen hetgeen het exploitatiesaldo van het Zvf negatief beïnvloedt.

Een macronacalculatiefactor groter dan 1 leidt tot lagere vereveningsbijdragen hetgeen het exploitatiesaldo van het Zvf positief beïnvloedt.

Een eventueel saldo in het Zorgverzekeringsfonds als gevolg van de gedeeltelijke macronacalculatie wordt in het volgende jaar weggewerkt. Dit gebeurt volgens de 50/50 regeling. Dit betekent dat 50% van een saldo wordt opgevangen via een hogere/lagere vereveningsbijdrage (en daarmee indirect via een lagere/hogere nominale premie) en 50% via een lagere/hogere inkomensafhankelijke bijdrage.

De onzekerheid over de gevolgen van de infectieziekte COVID-19 voor reguliere zorg vormt de reden voor de macronacalculatie. Die onzekerheid leidt ertoe dat de gevolgen van de macronacalculatie voor het exploitatiesaldo van het Zvf niet zijn in te schatten.

10. Regeldrukgevolgen

Dit besluit heeft vooral gevolgen voor het Zorginstituut. Hij moet zijn programmatuur aanpassen om de gewijzigde risicovereveningssysteematiek te kunnen toepassen bij de toekenning en vaststelling van de vereveningsbijdrage voor zorgverzekeraars over 2021. Voor de zorgverzekeraars zijn er – behoudens de kennismakingskosten – geen gevolgen voor de regeldruk. Dit besluit heeft geen regeldrukgevolgen voor andere bedrijven of de burger. Het Adviescollege toetsing regeldruk (Atr) heeft op 28 oktober 2020 gemeld dat het zich kan verenigen in dat standpunt en daarom besloten heeft geen formeel advies uit te brengen.

11. Voorhang

Het ontwerp van dit besluit is op grond van artikel 124, eerste lid, Zvw, voorgehangen bij de beide kamers der Staten-Generaal¹⁶. De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer der Staten-Generaal heeft een aantal vragen aan mij gesteld over het ontwerp. De vragen waren afkomstig van de leden van de VVD-fractie en de leden van de D66-fractie. Ik heb bij brief van 5 maart 2021 de gestelde vragen beantwoord¹⁷.

De leden van de VVD-fractie hebben om een toelichting gevraagd op de regeling van hogekostencompensatie voor geneeskundige GGZ. Zij hebben ook gevraagd naar de gevolgen van de betere verevenende werking voor verzekerden. Ik heb uitgelegd hoe de regeling werkt op grond van dit besluit. De betere verevenende werking leidt tot minder prikkels voor zorgverzekeraars om zich vooral te richten op verzekeringsplichtigen met relatieve goede gezondheidsrisico's.

De leden van de VVD-fractie hebben gevraagd naar de gevolgen voor individuele zorgverzekeraars van de eenmalige bandbreedteregeling voor de kosten van geneeskundige GGZ. Ik heb gemeld dat de invoering van het zorgprestatie-model per 2022 als nieuwe bekostiging van de geneeskundige GGZ gepaard gaat met een verplichte afsluiting van per 31 december 2021 nog openstaande dbc's en producten basis GGZ. Die verplichte afsluiting leidt tot een eenmalige grote vermindering van de GGZ-schadelast over 2021. De eenmalige bandbreedteregeling reduceert de onzekerheid voor zorgverzekeraars en voorkomt de verstoring van een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars.

De leden van de VVD-fractie hebben gevraagd wanneer een inschatting is te geven van de gevolgen voor het exploitatiesaldo van het Zvf van de macrona-calculatie over 2021. Ik heb in mijn reactie de verwachting uitgesproken dat in mei 2022 een eerste redelijke inschatting van die gevolgen kan worden gegeven.

De leden van de D66-fractie hebben gevraagd hoe het dit besluit bijdraagt aan een evenwichtige risicoverevening met adequate compensatie van zorgverzekeraars voor zowel chronisch zieken als voor gezondere verzekerden. Ik heb toegelicht dat de eenmalige regeling voor macrona-calculatie en de eenmalige bandbreedteregeling voor de kosten van geneeskundige GGZ incidentele problemen in 2021 oplossen en daarmee ook zijn gericht op een adequate compensatie van zorgverzekeraars. De wijziging voor het vereveningscriterium DKG's zorgt wel voor betere compensatie van zorgverzekeraars voor chronisch zieken.

De leden van de D66-fractie hebben gevraagd toe te lichten in hoeverre de macrona-calculatie over 2021 zorgverzekeraars zekerheid biedt. Zij hebben verzocht om in te gaan op de catastrofereregeling en de balans tussen de inzet van buffers door zorgverzekeraars en aanvullende overheidssteun. Ik heb in mijn reactie aangegeven dat de macrona-calculatie en de catastrofereregeling elkaar aanvullen. De macrona-calculatie ziet op de kosten van reguliere zorg en de catastrofereregeling op de als gevolg van de pandemie COVID-19 optredende kosten. Het nacalculatiepercentage van 85% zorgt ervoor dat het risico op landelijke overschrijdingen (of onderschrijdingen) slechts voor een beperkt deel (15%) ten laste (ten bate) van de gezamenlijke zorgverzekeraars komt. De gekozen invulling van de macrona-calculatie is tot stand gekomen in overleg met zorgverze-

¹⁶ Kamerstukken II 2020/21, 29 689, nr. 1091 met bijlage.

¹⁷ Kamerstukken II 2020/21, 29 689, nr. 1096.

keraars, ZN en het Zorginstituut. De combinatie van de macronacalculatie en de catastroferegeling zorgt voor een goede balans tussen de inzet van buffers door de zorgverzekeraars en aanvullende overheidssteun.

De leden van de D66-fractie hebben gevraagd hoe het nacalculatiepercentage van 85% is vastgesteld en of sturing op doelmatigheid van zorgverzekeraars in 2021 nog wel mogelijk is, gelet op de afgesproken gezamenlijke regelingen van zorgverzekeraars voor de continuïteit van zorg. Ik heb in mijn reactie gemeld dat het percentage van 85% de resultante is van de afweging tussen het wegnemen van een groot deel van de gezamenlijke risico's en het behoud van doelmatigheidsprykkels bij de zorginkoop. Ik acht de beperkte doelmatigheidsprykkels voor de zorgverzekeraars in 2021 reëel. Er is mogelijk sprake van het inhalen van uitgevallen reguliere zorg waarbij sturing op doelmatigheid van belang is.

De leden van de D66-fractie hebben gevraagd waarom gekozen is om de ondersteuning van zorgaanbieders aan zorgverzekeraars te laten en geen gebruik te maken van het instrument beschikbaarheidsbijdrage. Ik heb in mijn beantwoording twee redenen voor bovenbedoelde keuze genoemd. Het Zorginstituut heeft in 2019 de ex ante vereveningsbijdrage over 2020 aan zorgverzekeraars toegekend. Bij de bepaling van het bedrag dat beschikbaar is voor de ex ante vereveningsbijdragen over 2020 was uiteraard geen rekening gehouden met de gevolgen van de pandemie COVID-19. Die pandemie leidt daarnaast enerzijds tot uitval (uitstel en afstel) van reguliere zorg en anderzijds tot extra kosten voor de verlening van reguliere zorg. De zorgverzekeraars moesten vanuit hun zorgplicht voor de verzekerden die aspecten aan elkaar verbinden en hebben dat via hun regelingen ook gedaan.

De leden van de D66-fractie hebben ten slotte gevraagd om een nadere uitleg over de wijze waarop flankerend beleid bijdraagt aan een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars. Ik heb in mijn reactie gemeld dat het flankerende beleid leidt tot herverdeling van de landelijke onderschrijding dan wel overschrijding over de zorgverzekeraars tot een gelijk bedrag per premiebetaler.

II Artikelsgewijs

Artikel I, onderdeel A

Het cluster voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg wordt in het Bzv nu consequent aangeduid als het cluster «kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg». De begripsomschrijvingen van «primaire DKG's» en «secundaire DKG's» zijn vervallen en de begripsomschrijving van «DKG's» is ingevoegd. Dit vloeit voort uit de vervanging van de vereveningscriteria primaire DKG's en secundaire DKG's door het vereveningscriterium DKG's.

De gewijzigde begripsomschrijving van «HKG's» sluit beter aan bij de vormgeving van dat vereveningscriterium.

Artikel I, onderdelen B en C

De wijzigingen van de artikelen 3.4 en 3.8 Bzv hangen samen met de vervanging van de vereveningscriteria primaire DKG's en secundaire DKG's door het vereveningscriterium DKG's voor de bepaling van het deelbedrag voor variabele zorgkosten.

Artikel I, onderdeel D, onder 1 en onderdeel H

De herberekening van de deelbedragen voor de variabele zorgkosten en GGZ-kosten van een zorgverzekeraar, bedoeld in artikel 3.11, eerste lid Bzv, vindt plaats op de bij of krachtens artikelen 3.11 tot en met 3.14 en 3.16 bepaalde wijze. Die deelbedragen zijn na de herberekening, bedoeld in artikel 3.11, eerste lid, definitief. De som van die definitieve deelbedragen vermeerderd met het nieuwe deelbedrag voor vaste zorgkosten resulteert in het normatieve bedrag voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage van de zorgverzekeraar, bedoeld in artikel 3.18 Bzv. De uitkomsten van de eventuele toepassing van de regeling voor hogekostencompensatie, bedoeld in artikel 3.12a en voor wat betreft het vereveningsjaar 2021 tevens de uitkomsten van de bandbreedteregeling voor de kosten van geneeskundige GGZ (artikel 3.16 Bzv), zijn verwerkt in het definitieve deelbedrag voor GGZ-kosten. Artikel 3.18, tweede lid, Bzv, kan in verband met de gewijzigde redactie van het eerste lid, van dat artikel vervallen.

Artikel I, onderdeel D, onder 2, onderdeel F, onder 1

De kosten van zorg of diensten ten gevolge van een catastrofe als bedoeld in artikel 33, eerste lid, onderdeel a, Zvw, in het catastrofejaar en het daaropvolgende kalenderjaar, behoren op grond van het gewijzigde artikel 3.11, derde lid, Bzv niet tot de gerealiseerde kosten van een zorgverzekeraars voor de risicoverevening. Dit betekent dat deze kosten bij de macronacalculatie en het flankerende beleid en de bandbreedteregeling voor GGZ-kosten buiten beschouwing blijven. Die kosten zijn incidenteel omdat een catastrofe zoals de infectieziekte COVID-19, niet ieder jaar zal optreden. De aan zorgaanbieders rechtsgeldig betaalde compensaties voor de onderdekking van hun doorlopende kosten in verband met de uitval van reguliere zorg als gevolg van een catastrofe gelden wel als gerealiseerde kosten. De doorlopende kosten zijn kosten voor zorgverlening die ondanks uitval van reguliere zorg doorlopen. De zorgaanbieders ontvangen bij uitval van reguliere zorg minder dekking van hun doorlopende kosten. De uitval van reguliere zorg leidt tot besparingen bij de zorgverzekeraars. De met zorgaanbieders overeengekomen compensaties voor de onderdekking van doorlopende kosten verminderen die besparing. De compensaties houden direct verband met de zorgplicht van de zorgverzekeraars jegens hun verzekerden. Een zorgverzekeraar kan de compensatie voor onderdekking doorlopende kosten slechts verlenen aan zorgaanbieders die daadwerkelijk zorg aan zijn verzekerden leveren¹⁸.

Het Zorginstituut neemt de compensaties voor de onderdekking van de doorlopende kosten niet in aanmerking bij de vaststelling van de op grond van artikel 33, tweede lid, Zvw, toegekende extra bijdrage voor kosten ten gevolge van een catastrofe.¹⁹ De bovenbedoelde compensaties voor de onderdekking van doorlopende kosten gelden gezien het bovenstaande als gerealiseerde kosten voor het flankerende beleid en de eenmalige macronacalculatie voor het vereveningsjaar 2021. De tekst van het derde lid van artikel 3.11 Bzv is opnieuw vastgesteld om de rangorde in financieel belang weer te geven door te beginnen met de kostencategorie met het grootste financiële belang en te eindigen met de categorie met het kleinste financiële belang.

¹⁸ Zie Prestatiebeschrijvingsbeschikking continuïteitsbijdrage en meerkosten in verband met de uitbraak van het SARS-CoV-2-virus met kenmerk TB/REG-20656-01, van de NZa.

¹⁹ Zie artikel 6.6.5, derde lid, onderdeel c, van de Regeling zorgverzekering,

De gerealiseerde kosten voor geneeskundige GGZ van de verzekerde ten gevolge van een catastrofe blijven op grond van het in artikel 3.12a Bzv ingevoegde derde lid buiten beschouwing bij de hogekostencompensatie.

Artikel I, onderdeel E

Het tweede lid van artikel 3.12 Bzv, bevat de reguliere regeling van het flankerende beleid. Het flankerende beleid voor het vereveningsjaar 2021 wijkt af van de reguliere regeling vanwege de macronacalculatie voor dat vereveningsjaar. De afwijkende regeling voor het vereveningsjaar 2021 is neergelegd in het derde lid van het bovenbedoelde artikel. Het voormalige derde lid van dat artikel is vervallen omdat de bedragen, na de herberekening, bedoeld in artikel 3.11, eerste lid, Bzv, definitief zijn. Om die reden komt de clausule «het herberekende deelbedrag» niet meer voor in andere artikelen van hoofdstuk 3, en kan dit lid vervallen.

Artikel I, onderdeel F, onder 2

Het derde en vierde lid van artikel 3.12a Bzv, hebben betrekking op de individuele zorgverzekeraar. Een zorgverzekeraar heeft maar één deelbedrag voor de GGZ-kosten. De redactie van de beide artikelen is met het bovenstaande in overeenstemming gebracht en is tevens aangepast aan het gewijzigde derde lid van artikel 3.12 Bzv.

Artikel 1, onderdeel G

Het ingevoegde artikel 3.16 Bzv betreft de bandbreedteregeling voor GGZ-kosten en heeft alleen betrekking op het vereveningsjaar 2021. De regeling voor de hogekostencompensatie bij GGZ-kosten, bedoeld in artikel 3.12a Bzv zal op grond van de Regeling risicoverevening 2021 toepassing vinden over dat vereveningsjaar. Het ingevoegde artikel 3.16 Bzv heeft op grond van het gewijzigde artikel 3.11, eerste lid, alleen werking voor het vereveningsjaar 2021.

Artikel I, onderdeel I

Met de wijziging van artikel 3.19 Bzv, wordt geregeld dat over het vereveningsjaar 2021 macronacalculatie en flankerend beleid wordt toegepast bij de berekening van de naar gerealiseerde verzekerdenaantallen genormeerde opbrengst van het verplicht eigen risico. De gerealiseerde opbrengsten van het verplicht eigen risico ten gevolge van een catastrofe als bedoeld in artikel 33, eerste lid, onderdeel a, Zvw, zoals de infectieziekte COVID-19, blijven op grond van artikel 3.19, vierde lid, Bzv, bij de macronacalculatie buiten beschouwing.

Artikel I, onderdeel J

Het Zorginstituut kan op grond van artikel 3.20, eerste lid, Bzv, het normatieve bedrag en het vereveningsbijdrage voorlopig vaststellen. De regeling voor de hogekostencompensatie bij GGZ-kosten zal op grond van de Regeling risicoverevening 2021 worden toegepast over het vereveningsjaar 2021.

Die regeling zal net als artikel 16, tweede lid, van de Regeling risicoverevening 2020, bepalen dat het Zorginstituut de toepassing van hogekostencompensatie bij een voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage achterwege kan laten. Het in artikel 3.20 Bzv ingevoegde derde lid bewerkstelligt dat het Zorginstituut de vereveningsbijdrage over het vereveningsjaar 2021 wel met toepassing van de bandbreedteregeling

voor GGZ-kosten voorlopig kan vaststellen in het geval de hogekostencompensatie bij de voorlopige vaststelling achterwege laat.

Artikel II

Op grond van artikel 32, vierde lid, onderdeel a, Zvw, dient voor 1 oktober voorafgaand aan een vereveningsjaar te worden bepaald welk bedrag in totaal ex ante aan de zorgverzekeraars kan worden toegekend. Dit zal voor het jaar 2021 geschieden in de Regeling risicoverevening 2021. Het Zorginstituut heeft overeenkomstig artikel 32, vijfde lid, Zvw, voor 15 oktober 2020 zijn beleidsregels voor de vereveningsbijdrage over het jaar 2021 vastgesteld. Het Zorginstituut heeft overeenkomstig artikel 32, zesde lid, Zvw, voor 1 november 2020 de vereveningsbijdragen over het jaar 2021 toegekend aan de zorgverzekeraars. Het Zorginstituut heeft zijn beleidsregels en de toekenning van de vereveningsbijdragen over 2021 gebaseerd op de concepten van dit besluit en van de Regeling risicoverevening 2021. De zorgverzekeraars hebben conform artikel 17, zevende lid, Zvw, hun premies voor de zorgverzekeringen 2021 voor 13 november 2020 bekendgemaakt. De (te) verwachten vereveningsbijdrage speelt een belangrijke rol voor de zorgverzekeraars bij de vaststelling van hun premies voor de zorgverzekering. De wijzigingen van dit besluit dienen voor de vereveningsbijdrage over geheel 2021 te gelden en op grond van artikel 109bis, vijfde lid, van de Solvabiliteit II-richtlijn voorafgaand aan het jaar 2021 volledig zijn uitgewerkt.

Dit besluit werkt gezien het bovenstaande terug tot en met 30 september 2020. De terugwerkende kracht betreft geen belastende wijzigingen. De eenmalige maatregelen voor het vereveningsjaar 2021 op het gebied van de macronaculatie en bandbreedteregeling voor de kosten van geneeskundige GGZ zijn begunstigend voor de zorgverzekeraars doordat ze hun risico's over dat jaar beperken. De vermindering van hun risico's vermindert de risico-opslag in de premies voor zorgverzekering over het jaar 2021.

De wijzigingen van het Bzv op grond van het onderhavige besluit gelden voor het eerst met betrekking tot de vereveningsbijdrage die voor het jaar 2021 is toegekend. Dit betekent dat dit besluit met inbegrip van de terugwerkende kracht voor het eerst toepassing moet vinden op de toekenning door het Zorginstituut van de vereveningsbijdrage over 2021. Er is afgezien van het systeem van de vaste verandermomenten en van de minimale invoeringstermijn van twee maanden. Dit bewerkstelligt dat het onderhavige besluit zo snel mogelijk in werking treedt en de termijn van de terugwerkende kracht zo kort mogelijk is. De doelgroep van dit besluit is beperkt tot de zorgverzekeraars en het Zorginstituut. De onmiddellijke inwerkingtreding en de terugwerkende kracht tot en met 30 september 2020 voorkomen belangrijke nadelen voor zorgverzekeraars voor de vaststelling van hun premies en voorkomt een belangrijk uitvoeringsnadeel voor het Zorginstituut. Het afzien van het systeem van de vaste verandermomenten en van de minimale invoeringstermijn voorkomt gelet op de doelgroep van dit besluit aanmerkelijke ongewenste private en publieke nadelen. Aanwijzing 4.17 van de Aanwijzingen voor de regelgeving vermeldt die mogelijkheid.

De Minister voor Medische Zorg,
T. van Ark