
389

Besluit van 28 juni 2005, houdende vaststelling van een algemene maatregel van bestuur als bedoeld in de artikelen 11, 20, 22, 32, 34 en 89, van de Zorgverzekeringswet (Besluit zorgverzekering)

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 22 april 2005, kenmerk Z/VV-2577868;

Gelet op de artikelen 11, derde en vierde lid, 20, 22, vijfde lid, 32, tweede en derde lid, 34, derde lid, en 89, vijfde lid, van de Zorgverzekeringswet;

De Raad van State gehoord (advies van 20 juni 2005, nr. W13.05.0153/III);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 27 juni 2005, kenmerk Z/VV-2596179;

Hebben goedgevonden en verstaan:

HOOFDSTUK 1. DEFINITIES EN ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1

In dit besluit en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:

- a. *wet*: de Zorgverzekeringswet;
- b. *verblijf*: verblijf gedurende het etmaal;
- c. *eigen bijdrage*: een eigen bijdrage als bedoeld in artikel 11, derde lid van de wet;
- d. *geregistreerd geneesmiddel*: een geneesmiddel dat is ingeschreven in het register, bedoeld in artikel 3 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, of voor het in de handel brengen waarvan de Gemeenschap ingevolge de Verordening (EEG) nr. 2309/93 van de Raad van de Europese Gemeenschappen van 22 juli 1993 tot vaststelling van communautaire procedures voor het verlenen van vergunningen voor en het toezicht op geneesmiddelen voor menselijk en diergeneeskundig gebruik en tot oprichting van een Europees bureau voor de geneesmiddelenbeoordeling (PbEG L 214) een vergunning heeft afgegeven;
- e. *beschikbare middelen*: het bedrag dat in totaal voor het daaropvolgende kalenderjaar aan de zorgverzekeraars kan worden toegekend, bedoeld in artikel 32, vierde lid, onderdeel a, van de wet;
- f. *premie*: de premie, bedoeld in artikel 16 van de wet;

- g. *nominale rekenpremie*: het fictieve bedrag voor verzekerde prestaties inclusief de nominale premie no-claim, dat in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij de berekening van de beschikbare middelen wordt gehanteerd als het fictieve bedrag dat op jaarbasis per verzekerde door een zorgverzekeraar in rekening wordt gebracht;
- h. *gemiddelde no-claimteruggave*: het geraamde bedrag dat verzekerden gemiddeld op grond van artikel 22, eerste lid, van de wet na afloop van het kalenderjaar zullen ontvangen;
- i. *macro-prestatiebedrag*: de beschikbare middelen, met uitzondering van de middelen, bedoeld in de artikelen 3.15 en 3.16, vermeerderd met de voor zorgverzekeraars geraamde opbrengsten van de nominale rekenpremie en verminderd met de gemiddelde no-claimteruggave voor alle verzekerden tezamen;
- j. *bijdrage*: de bijdrage, bedoeld in artikel 32, eerste lid, van de wet;
- k. *leeftijd en geslacht*: verdeelcriteria waarbij verzekerden worden ingedeeld op basis van hun leeftijd en geslacht;
- l. *aard van het inkomen*: een verdeelcriterium waarbij verzekerden worden ingedeeld op basis van de aard van hun inkomen;
- m. *regio*: een verdeelcriterium waarbij verzekerden worden ingedeeld in categorieën op basis van de postcode van het adres waar de verzekerde woonachtig is;
- n. *FKG's*: Farmaceutische kostengroepen, een verdeelcriterium waarbij verzekerden worden ingedeeld in categorieën chronische aandoeningen op basis van geneesmiddelengebruik in het verleden;
- o. *DKG's*: Diagnose kostengroepen, een verdeelcriterium waarbij verzekerden worden ingedeeld in clusters van aandoeningengroepen die geïdentificeerd zijn op grond van uitgevoerde Diagnose Behandeling Combinaties;
- p. *normatief bedrag*: het aan een zorgverzekeraar toegerekende aandeel in het macro-prestatiebedrag.
- q. *hogekostencompensatie*: het poolen dan wel verrekenen met het Zorgverzekeringsfonds van een bij ministeriële regeling te bepalen percentage van de kosten van verzekerden met betrekking tot in dit besluit genoemde deelbedragen, voor zover zij uitgaan boven een bij ministeriële regeling te omschrijven drempel;
- r. *nacalculatie*: bijstelling van het deelbedrag op basis van het verschil tussen kosten en het deelbedrag per zorgverzekeraar, per onderscheiden categorie van prestaties;
- s. *deelbedrag*: het normatief bedrag per onderscheiden categorie van prestaties
- t. *generieke verevening*: bijstelling van het deelbedrag op basis van het verschil per zorgverzekeraar tussen de kosten en het deelbedrag in relatie met de verschillen tussen de kosten en het deelbedrag bij andere zorgverzekeraars, per onderscheiden categorie van prestaties.

HOOFDSTUK 2. DE INHOUD VAN DE ZORGVERZEKERING

§ 1. De te verzekeren prestaties

Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15.

2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

Artikel 2.2

1. De vergoeding van kosten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel b, van de wet omvat de kosten die de verzekerde heeft gemaakt voor zorg of overige diensten zoals die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15.

2. Bij het bepalen van de vergoeding worden in mindering gebracht:

a. hetgeen de verzekerde als eigen bijdrage had moeten betalen indien hij krachtens de zorgverzekering recht zou hebben op prestaties bestaande uit zorg of overige diensten;

b. de kosten die hoger zijn dan in de Nederlandse markt-omstandigheden in redelijkheid passend is te achten.

Artikel 2.3

Indien Onze Minister van Financiën van de in artikel 18b, eerste lid, van de Noodwet financieel verkeer geregelde bevoegdheid gebruik heeft gemaakt, en de behoefte aan zorg of overige diensten ontstaan is naar aanleiding van een of meer in die bepaling bedoelde terroristische handelingen, heeft de verzekerde slechts recht op een of meer prestaties voor zover de kosten daarvan niet hoger zijn dan door Onze Minister van Financiën is bepaald.

Artikel 2.4

1. Geneeskundige zorg omvat zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden, met uitzondering van de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden, alsmede paramedische zorg als bedoeld in artikel 2.6, met dien verstande dat:

a. de zorg niet omvat:

1°. het vaccineren ten behoeve van grieppreventie,

2°. de eerste dan wel vierde of volgende in-vitrofertilisatiepoging per te realiseren zwangerschap;

b. behandeling van plastisch-chirurgische aard slechts onder de zorg valt indien die strekt tot correctie van:

1°. afwijkingen in het uiterlijk die gepaard gaan met aantoonbare lichamelijke functiestoornissen;

2°. verminkingen die het gevolg zijn van een ziekte, ongeval of geneeskundige verrichting;

3°. verlamde of verslachte bovenoogleden die het gevolg zijn van een aangeboren afwijking of een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;

4°. de volgende aangeboren misvormingen: lip-, kaak- en gehemelte-pletten, misvormingen van het benig aangezicht, goedaardige woekeringen van bloedvaten, lymfevaten of bindweefsel, geboortevlekken of misvormingen van urineweg- en geslachtsorganen;

5°. uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transsexualiteit;

c. transplantatie van weefsels en organen slechts tot de zorg behoort indien het betreft:

1°. beenmergtransplantatie;

2°. bottransplantatie;

3°. hoornvliestransplantatie;

4°. huidweefseltransplantatie;

5°. niertransplantatie;

6°. harttransplantatie;

- 7°. levertransplantatie, gepaard gaande met verwijdering van de eigen lever van de ontvanger;
 - 8°. longtransplantatie;
 - 9°. hartlongtransplantatie;
 - 10°. nierpancreastransplantatie;
 - d. de zorg ten hoogste acht zittingen eerstelijnspsychologische zorg per jaar omvat;
 - e. de zorg die niet gepaard gaat met verblijf of die geen psychoanalytische behandeling is, ten hoogste vijftig zittingen dan wel, indien sprake is van persoonlijkheidsstoornissen of de verzekerde jonger is dan achttien jaar, ten hoogste vijftig zittingen psychotherapie omvat;
 - f. de zorg die niet gepaard gaat met verblijf of die geen psychoanalytische behandeling is, geen psychotherapie omvat indien na beëindiging van voorafgaande psychotherapie in verband met het bereiken van de vijftig zittingen respectievelijk vijftig zittingen, nog geen jaar is verstreken.
2. Bij ministeriële regeling kunnen vormen van zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, worden uitgezonderd.
 3. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde voor een zitting psychotherapie of een zitting eerstelijnspsychologische zorg een eigen bijdrage betaalt. Daarbij kan worden bepaald dat hij die bijdrage betaalt tot een bij die regeling aangegeven maximum.

Artikel 2.5

De geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, eerste lid, onderdeel c, omvat tevens vergoeding van de kosten van:

- a. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de selectie van de donor;
- b. specialistisch geneeskundige zorg in verband met de operatieve verwijdering van het transplantatiemateriaal bij de gekozen donor;
- c. het onderzoek, de conservering, de verwijdering en het vervoer van het postmortale transplantatiemateriaal, in verband met de voorgenomen transplantatie;
- d. de zorg waarop ingevolge dit hoofdstuk aanspraak bestaat aan de donor, gedurende ten hoogste dertien weken na de datum van ontslag uit de instelling waarin de donor ter selectie of verwijdering van het transplantatiemateriaal opgenomen is geweest, voor zover die zorg verband houdt met die opnemings;
- e. het vervoer van de donor in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer binnen Nederland of, indien medisch noodzakelijk, vervoer per auto binnen Nederland, in verband met de selectie, opnemings en ontslag uit het ziekenhuis en met de zorg, bedoeld in onderdeel d;
- f. het vervoer van en naar Nederland, van een in het buitenland woonachtige donor, in verband met transplantatie van een nier of beenmerg bij een verzekerde in Nederland en overige kosten gemoeid met de transplantatie die verband houden met het wonen van de donor in het buitenland, met uitzondering van de verblijfskosten in Nederland en gedeelde inkomsten.

Artikel 2.6

1. Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefen therapie, logopedie, ergotherapie en dieetadvisering.
2. Fysiotherapie of oefen therapie omvat zorg zoals fysiotherapeuten en oefen therapieuten die plegen te bieden ter behandeling van de in bijlage 1 aangegeven aandoeningen, voor zover de daarbij aangegeven termijn niet is overschreden. Deze zorg omvat voor de verzekerden van achttien jaar en ouder niet de eerste negen behandelingen.

3. Voor verzekerden jonger dan achttien jaar bestaat fysiotherapie en oefentherapie in andere gevallen dan het tweede lid tevens uit ten hoogste negen behandelingen van dezelfde aandoening per jaar, bij ontoereikend resultaat te verlengen met ten hoogste negen behandelingen.

4. Logopedie omvat zorg zoals logopedisten die plegen te bieden, mits de zorg een geneeskundig doel heeft en van de behandeling herstel of verbetering van de spraakfunctie of het spraakvermogen kan worden verwacht.

5. Ergotherapie omvat zorg zoals ergotherapeuten die plegen te bieden, mits deze als doel heeft de zelfzorg en de zelfredzaamheid van de verzekerde te bevorderen en te herstellen, tot een maximum van tien behandeluren per jaar.

6. Dieetadvisering omvat voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten, zoals diëtisten die plegen te bieden, tot een maximum van vier behandeluren per jaar.

Artikel 2.7

1. Mondzorg omvat zorg zoals tandartsen die plegen te bieden, met dien verstande dat het slechts betreft tandheelkundige zorg die noodzakelijk is:

a. indien de verzekerde een zodanige ernstige ontwikkelingsstoornis, groeistoornis of verworven afwijking van het tand-kaak-mondstelsel heeft dat hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven, gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet zou hebben voorgedaan;

b. indien de verzekerde een niet-tandheelkundige lichamelijke of geestelijke aandoening heeft en hij zonder die zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan; of

c. indien een medische behandeling zonder die zorg aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben en de verzekerde zonder die andere zorg geen tandheelkundige functie kan behouden of verwerven gelijkwaardig aan die welke hij zou hebben gehad als de aandoening zich niet had voorgedaan.

2. Onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, is tevens begrepen het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat en het aanbrengen van het vaste gedeelte van de suprastructuur, indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en deze dienen ter bevestiging van een uitneembare prothese;

3. Orthodontische hulp is slechts onder de zorg, bedoeld in het eerste lid, begrepen in geval van een zeer ernstige ontwikkelings- of groeistoornis van het tand-kaak-mondstelsel, waarbij medediagnostiek of medebehandeling van andere disciplines dan de tandheelkundige noodzakelijk is.

4. Mondzorg omvat voor verzekerden jonger dan achttien jaar in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:

a. periodiek preventief tandheelkundig onderzoek, eenmaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;

b. incidenteel tandheelkundig consult;

c. het verwijderen van tandsteen;

d. fluorideapplicatie aan verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, tenzij de verzekerde tandheelkundig meer keren per jaar op die hulp is aangewezen;

e. sealing;

f. parodontale hulp;

g. anesthesie;

h. endodontische hulp;

- i. restauratie van gebitselementen met plastische materialen;
 - j. gnathologische hulp;
 - k. uitneembare prothetische voorzieningen;
 - l. tandvervangende hulp met niet-plastische materialen alsmede het aanbrengen van tandheelkundige implantaten, indien het de vervanging van een of meer ontbrekende, blijvende snij- of hoektanden betreft die niet zijn aangelegd, dan wel omdat het ontbreken van die tand of die tanden het directe gevolg is van een ongeval;
 - m. chirurgische tandheelkundige hulp, met uitzondering het aanbrengen van tandheelkundige implantaten;
 - n. röntgenonderzoek, met uitzondering van röntgenonderzoek ten behoeve van orthodontische hulp.
5. Mondzorg omvat voor verzekerden van achttien jaar en ouder in andere gevallen dan het eerste lid, onderdelen a tot en met c:
- a. chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard en het daarbij behorende röntgenonderzoek, met uitzondering van parodontale chirurgie en het aanbrengen van een tandheelkundig implantaat;
 - b. uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak.
6. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde een eigen bijdrage betaalt voor de zorg, bedoeld in het eerste of vijfde lid, onderdeel b.

Artikel 2.8

1. Farmaceutische zorg omvat aflevering van:
- a. de bij ministeriële regeling aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar;
 - b. andere geneesmiddelen die op grond van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening in Nederland mogen worden afgeleverd, indien het rationele farmacotherapie betreft;
 - c. polymere, oligomere, monomere en modulaire dieetpreparaten.
2. Farmaceutische zorg omvat geen:
- a. farmaceutische zorg in bij ministeriële regeling aangegeven gevallen;
 - b. geneesmiddelen ingeval van ziekterisico bij reizen;
 - c. geneesmiddelen als bedoeld in de artikel 54 en 55 van het Besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten, tenzij de verzekerde lijdt aan een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150 000 inwoners;
 - d. geneesmiddelen die gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig zijn aan enig niet aangewezen, geregistreerd geneesmiddel.
3. De aanwijzing door de zorgverzekeraar geschiedt zodanig dat van alle werkzame stoffen die voorkomen in de bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddelen ten minste een geneesmiddel voor de verzekerde beschikbaar is.
4. Farmaceutische zorg omvat ook een ander bij ministeriële regeling aangewezen geneesmiddel dan het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, voor zover behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel voor de verzekerde medisch niet verantwoord is.
5. Bij de ministeriële regeling, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, worden de aangewezen geneesmiddelen zoveel mogelijk ingedeeld in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen. In die ministeriële regeling wordt tevens de aanvraagprocedure voor de aanwijzing geregeld, worden regels gesteld met betrekking tot de systematiek van de indeling in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen en worden regels gesteld met betrekking tot de vaststelling van een vergoedingslimiet voor elke groep van onderling vervangbare geneesmiddelen.

6. De verzekerde betaalt een eigen bijdrage voor een geneesmiddel dat is ingedeeld in een groep van onderling vervangbare geneesmiddelen, indien de inkoopprijs hoger is dan de vergoedingslimiet. Een eigen bijdrage wordt ook betaald voor zover een geneesmiddel is bereid uit een geneesmiddel waarvoor een eigen bijdrage is verschuldigd. Bij ministeriële regeling wordt geregeld hoe de eigen bijdrage wordt berekend.

Artikel 2.9

1. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden geregeld:

a. in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg;
b. vergoeding van bij die regeling aangewezen kosten in verband met thuisdialyse.

2. De kosten van normaal gebruik van hulpmiddelen komen, tenzij bij ministeriële regeling anders is bepaald, voor rekening van de verzekerde.

3. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde voor een hulpmiddel een eigen bijdrage betaalt ter grootte van:

a. het verschil tussen de aanschaffingskosten en het bij dat hulpmiddel vermelde bedrag, dat kan verschillen naar gelang de groep van verzekerden, waartoe de verzekerde behoort;
b. een daarbij vermeld bedrag wegens besparing van kosten.

Artikel 2.10

1. Verblijf omvat verblijf gedurende een ononderbroken periode van ten hoogste 365 dagen, dat medisch noodzakelijk is in verband met de geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg.

2. Een onderbreking van ten hoogste dertig dagen wordt niet als onderbreking beschouwd, maar deze dagen tellen niet mee voor de berekening van de 365 dagen.

3. In afwijking van het tweede lid tellen onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof mee voor de berekening van de 365 dagen.

Artikel 2.11

Naast de in artikel 2.10 bedoelde verpleging, omvat verpleging tevens zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, zonder dat die zorg gepaard gaat met verblijf, en die noodzakelijk is in verband met medisch-specialistische zorg.

Artikel 2.12

1. Naast de in artikel 2.10 bedoelde verzorging, omdat verzorging tevens zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling, gedurende ten hoogste tien dagen, te rekenen vanaf de dag van bevalling.

2. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde een eigen bijdrage betaalt voor de zorg, bedoeld in het eerste lid.

Artikel 2.13

1. Vervoer omvat ziekenvervoer per ambulance als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer:

a. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;

b. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering als bedoeld in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zal gaan verblijven;

c. vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel b, naar:

1°. een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;

2°. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de bijzondere ziektekostenverzekering wordt verstrekt;

d. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen, bedoeld in de onderdelen a, b of c.

2. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Artikel 2.14

1. Het vervoer omvat tevens ziekenvervoer per auto, anders dan per ambulance als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer, dan wel uit vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon, instelling of woning als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover:

a. de verzekerde nierdialyses moet ondergaan;

b. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie moet ondergaan;

c. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;

d. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen.

2. Indien het vervoer, bedoeld in het eerste lid, vervoer met een particuliere auto betreft, bedraagt de vergoeding een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag per kilometer.

3. In afwijking van het eerste lid, onderdelen a tot en met d, omvat vervoer ook vervoer in andere gevallen, indien de verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.

4. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

Artikel 2.15

1. In gevallen waarin ziekenvervoer per auto of een openbaar middel van vervoer niet mogelijk is, kan de zorgverzekeraar toestaan dat het ziekenvervoer plaatsvindt met een ander door de zorgverzekeraar aan te geven vervoermiddel.

2. Het ziekenvervoer omvat tevens vervoer van een begeleider, indien begeleiding noodzakelijk is, of indien het betreft begeleiding van kinderen beneden zestien jaar. In bijzondere gevallen kan de zorgverzekeraar vervoer van twee begeleiders toestaan.

Artikel 2.16

Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde voor ziekenvervoer, anders dan ambulancevervoer als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancevervoer, een eigen bijdrage betaalt tot een bij die regeling aangeven maximum.

§ 2. Het eigen risico

Artikel 2.17

1. De kosten van inschrijving bij een huisarts of bij een instelling die huisartsenzorg verleent, vallen buiten een eigen risico.

2. Onder kosten van inschrijving worden verstaan:

a. een bedrag ter zake van de inschrijving als patiënt, tot ten hoogste het tarief dat op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg als beschikbaarheidstarief is vastgesteld;

b. vergoedingen die samenhangen met de wijze waarop de geneeskundige zorg in de praktijk van de huisarts of in de instelling wordt verleend, met de kenmerken van het patiëntenbestand of met de locatie van de praktijk of de instelling, voor zover deze vergoedingen tussen de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling zijn overeengekomen en de huisarts of instelling deze vergoedingen krachtens eerderbedoelde overeenkomst bij de inschrijving van een verzekerde in rekening mag brengen.

§ 3. De no-claimteruggave

Artikel 2.18

1. Het bedrag, bedoeld in artikel 22 van de wet, bedraagt: € 255.

2. Het indexcijfer, bedoeld in artikel 22, vijfde lid, onderdeel d, van de wet, betreft het percentage waarmee het minimumloon, bedoeld in artikel 8, eerste lid, onderdeel a, van de Wet minimumloon en minimumvakantiebijslag, op 1 juli van het jaar voorafgaand aan het kalenderjaar waarop de no-claimteruggave betrekking heeft, is gewijzigd ten opzichte van het minimumloon, bedoeld in artikel 8, eerste lid, onderdeel a, van de Wet minimumloon en minimumvakantiebijslag, op 1 juli van het tweede jaar voorafgaand aan dat kalenderjaar.

3. Het met toepassing van het tweede lid berekende bedrag wordt naar beneden afgerond op een veelvoud van € 10.

4. Bij de jaarlijkse toepassing van het indexcijfer wordt de afronding buiten beschouwing gelaten.

5. Indien toepassing van het derde lid leidt tot een lager bedrag dan € 255, wordt het bedrag vastgesteld op € 255.

Artikel 2.19

1. Voor de toepassing van artikel 22, eerste lid, van de wet wordt het gebruik van zorg in verband met zwangerschap, bevalling en kraambed alsmede de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden buiten beschouwing gelaten.

2. De no-claimteruggave wordt uiterlijk op 31 maart van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claimteruggave betrekking heeft, uitgekeerd door overmaking op de bankrekening van de verzekerde.

3. Indien blijkt dat zorg is gebruikt, met de kosten waarvan de zorgverzekeraar bij de berekening van de no-claimteruggave geen rekening kon houden, wordt de no-claimteruggave uiterlijk op 31 maart

van het tweede kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claimteruggave betrekking heeft, gecorrigeerd.

HOOFDSTUK 3. ZORGVERZEKERAARS

§ 1. De vereveningsbijdrage

§ 1.1. De onderverdeling van het macro-prestatiebedrag in macro-deelbedragen

Artikel 3.1

1. Het macro-prestatiebedrag is onderverdeeld in de volgende macro-deelbedragen:

a. het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, dat betreft geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden, en de variabele kosten van verblijf, verpleging en verzorging, met uitzondering van verblijf gepaard gaande met zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden, voor zover deze prestaties voor vergoeding op grond van de wet in aanmerking komen;

b. het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging, dat betreft vaste kosten van verblijf, verpleging en verzorging, met uitzondering van verblijf gepaard gaande met zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden, voor zover deze prestaties voor vergoeding op grond van de wet in aanmerking komen;

c. het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, dat betreft de kosten van geneeskundige zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden alsmede het daarmee gepaard gaande verblijf, voor zover deze prestaties voor vergoeding op grond van de wet in aanmerking komen;

d. het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties, dat betreft overige prestaties die voor vergoeding op grond van de wet in aanmerking komen.

2. Bij de ministeriële regeling ingevolge artikel 32, vierde lid, van de wet wordt voor 1 oktober van ieder jaar de hoogte van het macro-prestatiebedrag en van de macro-deelbedragen bepaald.

§ 1.2. De verdeling van de macro-deelbedragen en de berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van, en de bijdrage aan, een zorgverzekeraar

Artikel 3.2

Het College zorgverzekeringen verdeelt de in artikel 3.1 genoemde macro-deelbedragen elk volgens de artikelen 3.3 tot en met 3.6 in deelbedragen voor iedere zorgverzekeraar.

Artikel 3.3

1. Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp aan de hand van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, aard van het inkomen en regio.

2. De minister kent aan alle klassen van de genoemde criteria gewichten toe.

3. De klassen, bedoeld in het eerste lid, en de gewichten, bedoeld in het tweede lid, worden jaarlijks bij ministeriële regeling bepaald.

Artikel 3.4

1. Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging op basis van enerzijds een vergoeding voor de uitgaven die gefinancierd worden op basis van gelijke bedragen per verzekerde en anderzijds een vergoeding voor de uitgaven met betrekking tot de overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

2. De vergoeding voor de uitgaven die gefinancierd worden op basis van gelijke bedragen per verzekerde is gelijk aan een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag per bij de zorgverzekeraar ingeschreven verzekerde, vermenigvuldigd met het aantal bij de zorgverzekeraar ingeschreven verzekerden.

Artikel 3.5

1. Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg aan de hand van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar in elk geval leeftijd en geslacht, en regio.

2. De minister kent aan alle klassen van de genoemde criteria gewichten toe.

3. De klassen, bedoeld in het eerste lid, en de gewichten, bedoeld in het tweede lid, worden jaarlijks bij ministeriële regeling bepaald.

Artikel 3.6

1. Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties aan de hand van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, aard van het inkomen en regio.

2. De minister kent aan alle klassen van de genoemde criteria gewichten toe.

3. De klassen, bedoeld in het eerste lid, en de gewichten, bedoeld in het tweede lid, worden jaarlijks bij ministeriële regeling bepaald.

Artikel 3.7

1. Het College zorgverzekeringen sommeert de ingevolge artikelen 3.2 tot en met 3.6 aan een zorgverzekeraar toegerekende deelbedragen tot één normatief bedrag.

2. Het College zorgverzekeringen brengt vervolgens op het berekende normatieve bedrag de door hem voor de zorgverzekeraar geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie gecorrigeerd voor de geraamde gemiddelde no-claimteruggave in mindering.

3. Het College zorgverzekeringen kent een bijdrage toe aan de zorgverzekeraar ter hoogte van de uitkomst van de berekening, bedoeld in het tweede lid.

4. Het College zorgverzekeringen deelt aan de zorgverzekeraar het berekende normatieve bedrag en de toegekende bijdrage mee, en geeft hierbij aan welk geraamd bedrag voor opbrengst van de nominale rekenpremie en voor de geraamde gemiddelde no-claimteruggave, bedoeld in het tweede lid, bij de berekening van de bijdrage zijn betrokken.

Artikel 3.8

1. Ter herberekening van de bijdrage, bedoeld in artikel 34, tweede lid, van de wet, vindt een herberekening plaats van de gewichten, genoemd in de artikelen 3.3 en 3.6, rekening houdend met de verwachte financiële gevolgen van de toepassing van een specifieke compensatie van hoge kosten voor groepen van verzekerden naar leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, aard van het inkomen en regio.

2. Ter herberekening van de bijdrage als bedoeld in artikel 34, tweede lid, van de wet vindt een herberekening plaats van de gewichten, genoemd in artikel 3.5, rekening houdend met de verwachte financiële gevolgen van de toepassing van een specifieke compensatie van hoge kosten voor groepen van verzekerden naar leeftijd en geslacht, en regio.

3. Ter herberekening van de bijdrage, bedoeld in artikel 34, tweede lid, van de wet, herberekent het College zorgverzekeringen het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar. Het College zorgverzekeringen baseert de herberekening van het normatieve bedrag op de ingevolge dit besluit voor de onderscheiden deelbedragen relevante gegevens over het betreffende jaar. Indien zulks naar zijn oordeel is aangewezen, kan het College zorgverzekeringen in afwijking van de tweede volzin bepalen dat voor door hem aan te geven herberekeningen niet wordt uitgegaan van de resultaten in het betreffende jaar maar van de resultaten in een daaraan al dan niet onmiddellijk voorafgaand jaar.

4. Het College zorgverzekeringen deelt de vergoede kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp verleend door instellingen in het buitenland, overeenkomstig een bij ministeriële regeling te bepalen verdeelsleutel toe aan de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, onderscheidenlijk aan de vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

Artikel 3.9

1. Het College zorgverzekeringen merkt voor een bij ministeriële regeling te bepalen gedeelte van de verschillende geldende tarieven binnen de kosten van ziekenhuisverpleging, kosten aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.

2. Het College zorgverzekeringen merkt de declaraties van specialisten volledig aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.

3. Het College zorgverzekeringen past op een bij ministeriële regeling te bepalen wijze hogekostencompensatie toe.

4. Na toepassing van het derde lid past het College zorgverzekeringen in een bij ministeriële regeling te bepalen mate generieke verevening toe.

5. Het College zorgverzekeringen calculeert ten slotte in een bij ministeriële regeling te bepalen mate na op het verschil tussen de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, en het resultaat na toepassing van het vierde lid.

Artikel 3.10

1. Het College zorgverzekeringen merkt voor een bij ministeriële regeling te bepalen gedeelte van de verschillende geldende tarieven binnen de kosten van ziekenhuisverpleging, die kosten aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

2. Het College zorgverzekeringen calculeert in een bij ministeriële regeling te bepalen mate na het verschil tussen de vaste kosten van ziekenhuisverpleging vastgesteld ingevolge het eerste lid en het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging in het betreffende jaar.

Artikel 3.11

1. Het College zorgverzekeringen past op het deelbedrag kosten van overige prestaties op een bij ministeriële regeling te bepalen wijze hogekostencompensatie toe.

2. Na toepassing van het eerste lid past het College zorgverzekeringen in een bij ministeriële regeling te bepalen mate generieke verevening toe.

3. Het College zorgverzekeringen calculeert ten slotte in een bij ministeriële regeling te bepalen mate na op het verschil tussen de kosten van overige prestaties, en het resultaat na toepassing van het tweede lid.

Artikel 3.12

1. Het College zorgverzekeringen past op het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg op een bij ministeriële regeling te bepalen wijze hogekostencompensatie toe.

2. Na toepassing van het eerste lid past het College zorgverzekeringen in een bij ministeriële regeling te bepalen mate generieke verevening toe.

3. Het College zorgverzekeringen calculeert tenslotte in een bij ministeriële regeling te bepalen mate na op het verschil tussen de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, en het resultaat na toepassing van het tweede lid.

Artikel 3.13

1. Het College zorgverzekeringen sommeert de ingevolge de artikelen 3.8 tot en met 3.12 herberekende deelbedragen tot één normatief bedrag.

2. Het College zorgverzekeringen brengt vervolgens op het herberekende normatieve bedrag de aan de zorgverzekeraar toegerekende opbrengsten van de nominale rekenpremie gecorrigeerd voor de gemiddelde no-claimteruggave in mindering.

3. Het College zorgverzekeringen stelt de bijdrage vast op de uitkomst van de berekening, bedoeld in het tweede lid.

4. Het College zorgverzekeringen deelt aan de zorgverzekeraar het herberekende normatieve bedrag en de vastgestelde bijdrage mee, en geeft hierbij aan welke bedragen, bedoeld in het tweede lid, bij de vaststelling van de bijdrage zijn betrokken.

5. Het College zorgverzekeringen kan het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar voorlopig herberekenen en de bijdrage voorlopig vaststellen. Het vierde lid is van overeenkomstige toepassing.

6. Het College Zorgverzekeringen kan bij de voorlopige herberekeningen en de vaststelling van de bijdragen, bedoeld in het vijfde lid, artikel 3.8, eerste en tweede lid, achterwege laten.

§ 1.4. Nadere bepaling met betrekking tot § 1.2. en § 1.3

Artikel 3.14

1. Waar het College zorgverzekeringen bij de berekening en de vaststelling van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar gebruik maakt van historische gegevens, kan hij, indien die gegevens niet beschikbaar zijn, uitgaan van een andere basis die een goede benadering geeft van de ontbrekende historische gegevens.

2. Indien het toepassen van historische gegevens tot onredelijke en niet-beoogde uitkomsten leidt, is het College zorgverzekeringen bevoegd om uit te gaan van een alternatieve basis.

§ 1.5. Aanvullingen op de bijdrage aan een zorgverzekeraar

Artikel 3.15

1. In aanvulling op de bijdrage, bedoeld in de artikelen 3.7 en 3.13, verstrekt het College zorgverzekeringen een uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar.

2. De uitkering is gelijk aan een vast bedrag maal het aantal verzekerden jonger dan 18 jaar op peilmoment 1 juli van het betreffende jaar.

3. De hoogte van het vaste bedrag per verzekerde jonger dan 18 jaar wordt jaarlijks bij ministeriële regeling bepaald.

Artikel 3.16

1. In aanvulling op de bijdrage bedoeld in de artikelen 3.7 en 3.13, kan het College zorgverzekeringen een uitkering verstrekken in verband met een substantieel of structureel verschil tussen kosten en deelbedrag per verzekeraar dat rechtstreeks verband houdt met hogere kosten van verzekerden als gevolg van een zeer uitzonderlijke omstandigheid.

2. Ingevolge het eerste lid worden geen uitkeringen verstrekt dan nadat bij ministeriële regeling is vastgesteld dat sprake is van een nationale ramp die niet opgevangen kan worden binnen de reguliere wijze van vaststelling van de bijdrage aan zorgverzekeraars.

3. Bij ministeriële regeling wordt de wijze waarop het College zorgverzekeringen de uitkering, bedoeld in het eerste lid, vaststelt, geregeld.

Artikel 3.17

Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de bijdrage, bedoeld in de artikelen 3.7 en 3.13, wordt verhoogd met de specifiek voor de verzekeraar geraamde no-claimteruggave en dat het College zorgverzekeringen bij het in mindering brengen van de geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie op het berekende normatieve bedrag niet corrigeert voor de geraamde gemiddelde no-claimteruggave.

HOOFDSTUK 4. SLOTBEPALINGEN

Artikel 4.1

Bij de inwerkingtreding van de wet kunnen voor een zorgverzekeraar die als nieuwe rechtspersoon de wet uitvoert de gegevens van zijn rechtsvoorganger worden aangemerkt als historische gegevens.

Artikel 4.2

De rijksbelastingdienst verstrekt aan de zorgverzekeraar op een verzoek als bedoeld in artikel 89, eerste lid, van de wet, het persoonsgegeven dat een persoon als niet-ingezetene aan de loonbelasting is onderworpen ter zake van in Nederland in dienstbetrekking verrichte arbeid dan wel als niet-ingezetene aan de inkomstenbelasting is onderworpen ter zake van in Nederland verrichte beroepswerkzaamheden anders dan in dienstbetrekking.

Artikel 4.3

1. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2006, met uitzondering van artikel 2.4, eerste lid, voor zover het betreft zorg zoals psychiaters, zenuwartsen en klinisch-psychologen die plegen te bieden, de eerstelijns-psychologische zorg voor zover die niet wordt verleend door een huisarts, de onderdelen d, e en f van dat lid, het derde lid van dat artikel, artikel 3.1, eerste lid, subonderdeel c, artikel 3.5 en artikel 3.11.

2. Artikel 2.4, eerste lid, voor zover het betreft zorg zoals psychiaters, zenuwartsen en klinisch-psychologen die plegen te bieden, de eerstelijns-psychologische zorg voor zover die niet wordt verleend door een huisarts, de onderdelen d, e en f van dat lid, het derde lid van dat artikel, artikel 3.1, eerste lid, subonderdeel c, artikel 3.5 en artikel 3.11 treden in werking met ingang van 1 januari 2007.

Artikel 4.4

Het advies van de Raad van State is openbaar gemaakt door terinzagelegging bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Tevens zal het advies met de daarbij ter inzage gelegde stukken worden opgenomen in het bijvoegsel bij de Staatscourant van 13 september 2005, nr. 177.

Dit besluit wordt aangehaald als: Besluit zorgverzekering.

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

's-Gravenhage, 28 juni 2005

Beatrix

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst

Uitgegeven de *tweede* augustus 2005

De Minister van Justitie a.i.,
M. C. F. Verdonk

van het Besluit zorgverzekering

- Bijlage behorende bij artikel 2.6, tweede lid.
De aandoeningen, bedoeld in artikel 2.6, tweede, betreffen:
1. a. een van de volgende aandoeningen van het zenuwstelsel:
 - 1°. cerebrovasculair accident;
 - 2°. ruggemergaandoening;
 - 3°. multipele sclerose;
 - 4°. perifere zenuwaandoening indien sprake is van motorische uitval;
 - 5°. extrapyramidale aandoening;
 - 6°. motorische retardatie of een ontwikkelingsstoornis van het zenuwstelsel en hij jonger is dan 17 jaar;
 - 7°. aangeboren afwijking van het centraal zenuwstelsel;
 - 8°. cerebellaire aandoening;
 - 9°. uitvalsverschijnselen als gevolg van een tumor in de hersenen of het ruggenmerg dan wel als gevolg van hersenletsel;
 - 10°. radiculair syndroom met motorische uitval;
 - 11°. spierziekte;
 - 12°. myasthenia gravis;
 - b. of een van de volgende aandoeningen van het bewegingsapparaat:
 - 1°. aangeboren afwijking;
 - 2°. progressieve scoliose;
 - 3°. juveniele osteochondrose en hij jonger is dan 22 jaar;
 - 4°. reflexdystrofie;
 - 5°. wervelfractuur als gevolg van osteoporose;
 - 6°. fractuur als gevolg van morbus Kahler, botmetastase of morbus Paget;
 - 7°. frozen shoulder (capsulitis adhaesiva);
 - 8°. reumatoïde artritis of chronische reuma;
 - 9°. chronische artritiden;
 - 10°. spondylitis ankylopoetica (morbus Bechterew);
 - 11°. reactieve artritis;
 - 12°. juveniele chronische artritis;
 - 13°. hyperostotische spondylose (morbus Forestier);
 - 14°. collageenziekten;
 - 15°. status na amputatie;
 - 16°. whiplash;
 - 17°. postpartum bekkeninstabiliteit;
 - 18°. fracturen indien deze conservatief worden behandeld;
 - c. of een van de volgende hartaandoeningen:
 - 1°. myocard-infarct (AMI);
 - 2°. status na coronary artery bypass-operatie (CABG);
 - 3°. status na percutane transluminale coronair angioplastiek (PTCA);
 - 4°. status na hartklepoperatie;
 - 5°. status na operatief gecorrigeerde congenitale afwijkingen;
 - d. of een van de volgende aandoeningen:
 - 1°. chronic obstructive pulmonary disease indien sprake is van een FEV1/VC kleiner dan 60%;
 - 2°. aangeboren afwijking van de tractus respiratorius;
 - 3°. lymfoedeem;
 - 4°. littekenweefsel van de huid al dan niet na een trauma;
 - 5°. status na opname in een ziekenhuis, een verpleeginrichting of een instelling voor revalidatie dan wel na dagbehandeling in een instelling voor revalidatie en de hulp dient ter bespoediging van het herstel na ontslag naar huis of de beëindiging van de dagbehandeling;
 - 6°. claudicatio intermittens (vasculair) graad 2 of 3 Fontaine;
 - 7°. weke delen tumoren;
 - 8°. diffuse interstitiële longaandoening indien sprake is van ventilatoire beperking of diffusiestoornis.

2. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in onderdeel a, subonderdeel 10, en onderdeel b, subonderdeel 17°, is de duur van behandeling maximaal drie maanden.

3. Indien het een aandoening betreft als bedoeld, onderdeel b, subonderdeel 18, is de duur van behandeling maximaal zes maanden na conservatieve behandeling.

4. Indien het een aandoening betreft als bedoeld in onderdeel b, subonderdeel 7, en onderdeel d, subonderdeel 6, is de duur van behandeling maximaal twaalf maanden.

Algemeen

In dit besluit zijn nadere regels gesteld ter uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De regering heeft er voor gekozen om alleen datgene te regelen wat voor de uitvoering van de Zvw noodzakelijk is, en niet meer dan dat. Dit is in overeenstemming met de in de Zvw neergelegde gedachtegang dat voorzover regelgeving wordt getroffen, deze noodzakelijk en proportioneel dient te zijn. Voorts is besloten om in het kader van terugdringing van regelgeving alle nadere regelgeving voor de Zvw in één besluit en in één ministeriële regeling neer te leggen. Een uitzondering hierop vormt de kring van verzekerden van de Zvw. Degenen die van rechtswege verzekerd zijn ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de daarop gebaseerde regelgeving, zijn verplicht zich krachtens een zorgverzekering te verzekeren of te laten verzekeren. Dit betekent dat de kring van verzekeringsplichtigen nader is geregeld in het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999. Wijzigingen in de kring verzekerden AWBZ hebben dus gevolgen voor de kring van verzekeringsplichtigen Zvw.

De opbouw van dit besluit is overeenkomstig de opbouw van de Zvw.

In hoofdstuk 1 zijn de definitiebepalingen opgenomen. In hoofdstuk 2 zijn de aanspraken van verzekerden, te weten het te verzekeren pakket en de no-claimteruggave geregeld en in hoofdstuk 3 is de werking van de vereveningsregeling neergelegd. Een aantal van de in de Zvw neergelegde mogelijkheden tot nadere regelgeving zal eerst worden ingevuld wanneer gebleken is dat daaraan behoefte bestaat. Een en ander betekent dat de inhoud van de nadere regelgeving, mede door de beperkte omvang ervan, aanzienlijk overzichtelijker en transparanter is geworden ten opzichte van de situatie onder de Ziekenfondswet.

Hoofdstuk 2. Rechten van verzekerden

§ 1. De te verzekeren prestaties

In deze paragraaf zijn ter uitvoering van artikel 11 van de Zvw de inhoud en omvang van de prestaties waarop de verzekerde krachtens de zorgverzekering recht heeft, nader geregeld. Tevens is in deze paragraaf geregeld voor welke vormen van zorg en voor welke diensten een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt. Een ontwerp van dit besluit was als bijlage bij de nota naar aanleiding van het verslag aan de Tweede Kamer gevoegd¹. In verband met het aangenomen amendement-Omtzigt² is hoofdstuk 2 van dit ontwerp gewijzigd. Met dit amendement is artikel 11 van de Zvw dusdanig gewijzigd dat nadere regeling van de inhoud en omvang van de prestaties zoveel mogelijk bij algemene maatregel van bestuur (AMvB) dient plaats te vinden. Aan die opdracht is uitvoering gegeven.

In de memorie van toelichting³ op de Zvw is aangegeven dat de regering het van belang acht dat de directe overheidsregulering van het zorgaanbod vermindert. Binnen de door de wetgever geformuleerde kaders, zo is verwoord, krijgen de betrokken actoren meer keuzemogelijkheden, beleids- en beslissingsruimte én meer concurrentieprikkels. Een van de instrumenten om daartoe te komen, is de zogenoemde functiegerichte omschrijving van de zorg die onder het verzekeringspakket valt. De functiegerichte omschrijving houdt in dat alleen nog maar bij wettelijk voorschrift geregeld is wat er onder de aanspraken valt (de inhoud en omvang van de zorg) en wanneer (de indicatiegebieden) er aanspraak bestaat. Wie de zorg verleent en waar die wordt verleend, is in het gekozen functiegerichte systeem een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om daarover afspraken te maken met de

¹ Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 7.

² Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 40.

³ Kamerstukken II 2003/04, 29 763, nr. 3.

verzekerde in de zorgovereenkomst. Dit geldt ook voor de procedurele voorwaarden, zoals toestemmingsvereisten, verwijzingen en voorschrijfvereisten.

De functiegerichte omschrijving biedt ruimte aan verzekerden, zorgverzekeraars en zorgaanbieders om het verzekeringspakket naar eigen keuze in te vullen binnen de door de wetgever gestelde grenzen. Daarmee wordt tegemoet gekomen aan de wens van de verzekerden, zorgverzekeraars en zorgaanbieders om niet alles in starre centrale regelgeving vast te leggen, maar het pakket op eigen wijze te mogen concretiseren. Dit biedt de mogelijkheid om zorgpolissen op maat aan te bieden.

Anders dan bij de Ziekenfondswet, regelt de Zvw dus niet alle elementen meer die voor de verzekerde relevant zijn om te weten waar hij uit hoofde van zijn zorgverzekeringsovereenkomst aanspraak op heeft. Alle elementen die daarvoor relevant zijn, leest hij in zijn zorgpolis. Het gaat daarbij immers om uitwerking van zowel de wettelijke voorschriften als de overeengekomen voorschriften. De zorgpolis omschrijft de zorg waarop aanspraak bestaat, dan wel bij restitutie welke zorg wordt vergoed, op voorzieningsgerichte wijze zoals voorheen de Ziekenfondswet dat deed. Uitgangspunt is dat in de zorgpolis staat vermeld welke zorg door wie wordt verleend, waar deze wordt verleend en welke voorwaarden gelden, wil op deze zorg aanspraak bestaan, dan wel willen de kosten worden vergoed.

Het is verder van belang dat in de zorgpolis wordt beschreven aan welke hoedanigheid, bekwaamheid of geschiktheid een zorgverlenende persoon of instelling moet voldoen, wil diens zorg voor rekening van de zorgverzekering komen. In de memorie van toelichting op de Zvw is ingegaan op de kwaliteit van zorg en hoe de verantwoordelijkheden wat dat betreft liggen. Ook de mogelijkheid die de Zvw de zorgverzekeraar biedt om zich wat betreft de kwaliteit van zorg te onderscheiden van andere zorgverzekeraars zijn daar beschreven.

Doordat de zorgverzekeraar en de verzekerden overeenkomen door wie en waar de zorg wordt verleend, kan voorts zorggedragen worden dat de verzekerde de zorg in de voor hem noodzakelijke samenhang krijgt. Een voorbeeld is de zorg in verband met een herseninfarct. Hierbij vindt samenwerking plaats tussen allerlei beroepsbeoefenaren op het terrein van logopedie, fysiotherapie en geneeskundige zorg. Een ander voorbeeld is de multidisciplinaire samenwerking bij revalidatie. Het ontwikkelen van diagnose behandeling combinaties (dbc's) die op die samenwerking zijn afgestemd, versterken dit proces van samenwerking.

Het functiegerichte systeem houdt in dat de zorgverzekeraar in zijn zorgpolis vormgeeft aan de poortwachtersfunctie van de huisarts. Die poortwachtersfunctie wordt dus door de functiegerichte omschrijving van de aanspraken niet opgeheven. Integendeel, de huisarts als centraal persoon in de gezondheidszorg is in Nederland dusdanig ingeburgerd dat deze daar niet meer weg te denken is. Het belang van de huisarts in de eerstelijnsgezondheidszorg in Nederland is door de Tweede Kamer benadrukt door aanvaarding van het amendement-Van der Vlies en Smilde¹. Met dat amendement is in artikel 10, eerste lid, van de Zvw geregeld dat de geneeskundige zorg in ieder geval integrale eerstelijnszorg omvat zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden.

Daarnaast geldt dat de nieuwe structuur van de avond-, nacht- en weekenddiensten, de taakherschikking binnen de gezondheidszorg en andere ontwikkelingen, met zich brengen dat de zorg zoals de huisartsen die plegen te bieden lang niet meer uitsluitend door de huisartsen wordt verleend. Praktijkverpleegkundigen, doktersassistenten, bedrijfsartsen, GGD-artsen zijn taken gaan overnemen. Daarnaast zijn er de nieuwe beroepsgroepen, de nurse practitioner en de physician assistant, die taken op dit gebied gaan verrichten. Door voorwaarden als wie mag verwijzen

¹ Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 44.

en wie mag voorschrijven niet meer bij wettelijk voorschrift te regelen, kan het veld flexibel op de nieuwe ontwikkelingen inspelen en kunnen de voorwaarden flexibel in de zorgpolis worden aangepast.

Uitgangspunt bij dit hoofdstuk is het ziekenfondspakket zoals dat op het moment van inwerkingtreding van dit besluit naar aard, inhoud en omvang is vastgesteld. Dit pakket is gericht op de op genezing gerichte zorg en is getoetst aan de uitgangspunten zoals in de memorie van toelichting op de Zvw zijn beschreven. Behalve de zorg van het ziekenfondspakket omvat de zorg zoals die in dit hoofdstuk is omschreven ook de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (geneeskundige ggz). Het kabinet heeft op 8 april 2005 besloten deze zorg in 2006 nog onder de AWBZ te laten vallen¹. Op dit punt treedt dit besluit derhalve pas op 1 januari 2007 in werking. De niet-geneeskundige ggz, ook indien deze gepaard gaat met verblijf, en de geneeskundige intramurale ggz na het eerste jaar blijven ook per 1 januari 2007 onderdeel uitmaken van de AWBZ.

Van de geneeskundige ggz maakt ook eerstelijnspsychologische zorg deel uit. De eerstelijnspsychologische zorg viel al in het ziekenfondspakket voor zover deze werd verleend in het kader van de huisartsenzorg. Met de aanvaarde motie Buijs is de regering opgedragen de eerstelijnspsycholoog als hulpverlener in het basispakket op te nemen². Doordat op grond van de Zvw niet meer geregeld wordt wie de zorg verleent, kan deze zorg ook door andere beroepsbeoefenaren worden verleend en is aan deze motie voldaan. Het voordeel is dat op deze wijze een verlichting van de werkdruk van de huisarts en van de tweedelijns-ggz wordt bereikt. Omdat er een zorginhoudelijke en financiële grens is aan eerstelijnspsychologische zorg die als onderdeel van de geneeskundige zorg ten laste van de zorgverzekering moet komen, is het aantal zittingen per jaar gemaximeerd tot acht en geldt hiervoor een eigen bijdrage. Aangezien de geneeskundige ggz pas per 1 januari 2007 uit de AWBZ wordt verwijderd, treedt ook de verruiming met betrekking tot de eerstelijnspsychologische zorg (dat wil zeggen dat andere personen dan de huisarts deze zorg voor rekening van de zorgverzekering mogen verlenen, voor zover door de zorgverzekeraar aangewezen) in werking met ingang van 1 januari 2007.

Voorts is de in-vitrofertilisatiebehandeling voor zover die op grond van de Ziekenfondswet werd gesubsidieerd thans onder de aanspraken geregeld. In artikel 68 van de Zvw is, anders dan bij de Ziekenfondswet, het doel van subsidies beperkt tot één doel, namelijk het moet gaan om een tijdelijke subsidie voor zorg of andere diensten, ten aanzien waarvan het voornemen bestaat deze te doen opnemen in de te verzekeren prestaties. In-vitrofertilisatiebehandeling is al lang het experimentele stadium voorbij, zodat er geen reden is om de subsidie langer voort te zetten. Bovendien moet het uitvoeren van bij ministeriële regeling te regelen subsidies door particuliere verzekeraars tot het minimum beperkt worden. Door het regelen van in-vitrofertilisatiebehandeling als aanspraak is uitvoering gegeven aan de uitkomsten van de doorlichting premie-subsidies zoals die aan de Tweede Kamer zijn meegedeeld³ en zijn aangekondigd in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2004⁴.

Door het functiegericht omschrijven van de zorg waarop de Zvw van toepassing is, is paragraaf 3.3.1 van de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet overbodig geworden. Een soortgelijke regeling zal dan ook niet op grond van de Zvw getroffen worden.

Paragraaf 3.3.1, getiteld: initiatiefruimte ziekenfondsverzekering, maakte het mogelijk dat ziekenfondsen 5% van de samengestelde deelbudgetten «variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische zorg» en «kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen» konden inzetten voor zorgvernieuwingen op het terrein van ziekenfondszorg. Daarbij mocht het niet gaan om van het ziekenfondspakket uitgesloten zorg. Op grond van deze paragraaf organiseerden ziekenfondsen binnen de gegeven ruimte de zorg op een wijze die de

¹ Brief van 13 april 2005, Z/M-2574170.

² Kamerstukken II 2001/02, 27855, nr. 12.

³ Kamerstukken II, 29 214, nrs. 1 en 9.

⁴ Kamerstukken II 2003/04, 29 200, hoofdstuk XVI, nr. 2.

verstrekkingenomschrijvingen van de Ziekenfondswet niet mogelijk maakten. Deze mogelijkheid hebben zorgverzekeraars wel op grond van de Zvw.

§ 2. De no-claimteruggave

Paragraaf 2 van dit hoofdstuk heeft betrekking op de no-claimteruggave. Een no-claimteruggaveregeling is in 2005 in de Ziekenfondswet ingevoerd. Met de invoering van een gelijke regeling in de Zvw heeft de no-claimteruggave met ingang van 1 januari 2006 ook betrekking op die personen die voorheen particulier tegen ziektekosten verzekerd waren en op die personen die voorheen onder de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen vielen. De nadere regels in dit besluit komen in hoofdzaak overeen met de regels zoals die bij de ziekenfondsverzekering golden.

Hoofdstuk 3. Risicoverevening

Waarom risicoverevening

Private verzekeraars zijn in de Zvw verantwoordelijk voor de uitvoering van de zorgverzekering, gegeven de door overheid gestelde randvoorwaarden van een betaalbare, toegankelijke gezondheidszorg van voldoende kwaliteit. In een volledig vrije zorgverzekeringsmarkt met keuzevrijheid voor de verzekerden en voldoende transparantie hebben verzekeraars verschillende instrumenten om hun opereren te optimaliseren: risicoselectie, premiestelling, doelmatige (zorg)inkoop, efficiënte bedrijfsvoering. Een belangrijk uitgangspunt is dat de verzekeraars aan de verzekerden premies in rekening kunnen brengen die samenhangen met het risico dat die verzekerden voor de verzekeraar vormt. Dit is het equivalentiebeginsel.¹

Binnen de kaders van de Zvw is er niet sprake van een dergelijke volledig vrije markt. Om de toegankelijkheid tot de zorg zeker te stellen, is de markt aan randvoorwaarden gebonden. De Zvw legt de zorgverzekeraars behalve een acceptatieplicht (artikel 3) ook het verbod op om premies te differentiëren naar verzekerdenkenmerken (artikel 17, tweede lid). De wet stelt daarmee het equivalentiebeginsel buiten werking. Zonder aanvullende mechanismen zijn zorgverzekeraars met een ongezonde populatie in het nadeel ten opzichte van zorgverzekeraars met een gezonde populatie, omdat zij gegeven hun populatie haast wel gedwongen zijn een hogere premie te vragen dan hun concurrent met een gezondere populatie. Dit ondermijnt het gelijke speelveld waarop concurrentie tussen zorgverzekeraars zich moet afspelen.

Risicoverevening is nodig om zorgverzekeraars te compenseren voor het feit dat zij in hun portefeuilles verzekerden met verschillende gezondheidsrisico's hebben. Paragraaf 4.2 van de Zvw (artikelen 32 tot en met 36) legt de wettelijke basis voor een systeem van risicoverevening. Risicoverevening geldt niet alleen voor bestaande zorgverzekeraars, maar ook voor nieuwe (buitenlandse) toetreders.

Naast het bereiken van een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars is risicoverevening ook van belang voor het waarborgen van een goede toegankelijkheid van de verzekering voor alle verzekerden. Door de wettelijke acceptatieplicht wordt directe risicoselectie uitgesloten. Echter, omdat voor alle verzekerden met eenzelfde polis een gelijke nominale premie moet worden geheven, is er een prikkel tot indirecte risicoselectie. Immers als de premie per verzekerde niet aangepast kan worden aan het bijbehorende risicoprofiel van de verzekerde, leidt een zorgverzekeraar verlies op verzekerden met een ongunstig risicoprofiel. Dit kan er toe leiden dat zorgverzekeraars, ondanks de acceptatieplicht, zullen trachten ongezonde verzekerden te mijden. Deze vanuit het oogpunt van toeganke-

¹ Volgens het equivalentiebeginsel wordt de door de verzekeringnemer te betalen premie gerelateerd aan het risico dat hij door de verzekering zoekt te dekken.

lijkheid ongewenste prikkel tot (indirecte) risicoselectie wordt gemitigeerd door een systeem van risicoverevening.

Doordat door risicoverevening de karakteristieken van de verzekerdenpopulatie (bijvoorbeeld jong/oud, ziek/gezond) niet langer bepalend zijn voor het uiteindelijke financiële resultaat van de zorgverzekeraar en ook de mogelijkheden om premies te differentiëren zijn teruggebracht, neemt voor de zorgverzekeraar het belang toe van andere instrumenten waarmee hij zijn optreden in de markt kan operationaliseren, zoals de doelmatigheid van zorginkoop en de efficiency van uitvoering van de verzekering. Hiermee ontstaat een extra prikkel voor zorgverzekeraars om zich te richten op het betaalbaar houden van de zorg, om zich zo via een lage nominale premie een gunstige concurrentiepositie te verschaffen.

Het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) ziet toe op de juistheid van de gegevens die door zorgverzekeraars voor de verevening worden aangeleverd. Wanneer bijvoorbeeld de verzekerdengegevens onjuist blijken of kosten niet aan de juiste kostencategorieën zijn toegerekend, kan het CTZ interveniëren, onder meer door de zorgverzekeraar een boete op te leggen. Daarnaast worden de gegevens, na melding, door het College voor zorgverzekeringen (CVZ) gecorrigeerd bij toepassing van de vereveningsregeling.

Ex-ante risicoverevening

Om de prikkel tot doelmatig handelen te effectueren in combinatie met verevening van de gezondheidsrisicos is in de Zvw gekozen voor een systeem van ex-ante risicoverevening. Kenmerkend hierin is dat niet de verschillen in kosten worden gecompenseerd maar dat de risico's van de verzekerden op basis van kenmerken die samenhangen met de gezondheidstoestand van de verzekerde zo goed mogelijk worden ingeschat. Deze kenmerken dienen als basis voor de bijdrage die deze zorgverzekeraar krijgt uit het zogenoemde Zorgverzekeringsfonds. Aanvullend op deze bijdrage kan de zorgverzekeraar bij zijn verzekerden een (nominale) premie in rekening brengen, waarvan hij de hoogte zelf kan bepalen. Hierbij geldt wel dat de nominale premie voor alle verzekerden met eenzelfde polis gelijk moet zijn.

Elke zorgverzekeraar die in Nederland een zorgverzekering aanbiedt die voldoet aan de eisen vanuit de Zvw ontvangt dus aan het begin van het jaar een genormeerde bijdrage die is afgestemd op de gezondheidsrisico's van de verzekerden in zijn portefeuille. Deze bijdrage is dusdanig bepaald dat zij tezamen met een reële inschatting van de opbrengsten uit nominale premies gelijk is aan de verwachte kosten van aanspraken (het zogenaamde «normatieve bedrag»). Daardoor behoudt de zorgverzekeraar de prikkel om doelmatig met de verkregen middelen om te gaan omdat hij zich anders uit de markt zal prijzen. Immers, door doelmatig zorg in te kopen en de verzekering doelmatig uit te voeren kan de zorgverzekeraar zijn nominale premie laag houden en zo nieuwe verzekerden aantrekken.

Dit risicovereveningssysteem nivelleert de verschillen tussen zorgverzekeraars die zijn ontstaan door verschillen in de risicosamenstelling van de portefeuilles als gevolg van de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie. Anderzijds bevat het systeem nog voldoende prikkels voor zorgverzekeraars om doelmatig met de beschikbare middelen om te gaan; het blijft voor een zorgverzekeraar noodzakelijk om zich bij de zorginkoop in te spannen om goede zorg tegen een redelijke prijs in te kopen en om zodoende de premie voor zijn verzekering concurrerend te houden.

De gedachte achter de werking van het risicovereveningssysteem en de invloed daarvan op het doelmatig handelen van zorgverzekeraars is betrekkelijk eenvoudig. De zorgverzekeraars ontvangen een deel van hun middelen voor de uitvoering van de verzekering uit het Zorgverzekerings-

fonds volgens een algemene verdeelsleutel. Deze wordt ex-ante vastgesteld aan de hand van de kenmerken van de verzekerden die een indicator vormen voor te verwachten zorgkosten. Deze relaties zijn statistisch onderbouwd. Het risicovereveningsmodel bevat parameters die corrigeren voor verschillen in de gezondheidstoestand van de verzekerde als gevolg van verschillen in de leeftijd, het geslacht en overige objectief meetbare gezondheidskenmerken van de verzekerden.

De normatieve risicoverevening kent twee doelstellingen.

- Het eerste is *het verdelingsaspect*: de verdeling van het Zorgverzekeringsfonds over zorgverzekeraars zal zodanig moeten plaatsvinden dat verschillen in gezondheidstoestand van de verzekerdenpopulaties bij zorgverzekeraars worden verevend. Met andere woorden, zorgverzekeraars worden gecompenseerd voor onevenredige voorspelbare verliezen die het gevolg zijn van verschillen in de gezondheidstoestand van de verzekerden die zij op grond van de wet moeten accepteren en waarvoor zij de premies niet mogen laten variëren met de hoogte van het gezondheidsrisico. Omgekeerd worden voorspelbare winsten op gezonde verzekerden afgeroomd.

- Het tweede is *het doelmatigheidsaspect*; zorgverzekeraars die doelmatig omgaan met de middelen die zij uit het Zorgverzekeringsfonds ontvangen kunnen een voordeel behalen dat zij tot uitdrukking kunnen brengen in een lagere nominale premie.

Voor de verdeling van de middelen uit het Zorgverzekeringsfonds zijn objectieve criteria nodig. Omdat de uiteindelijke bijdrage die zorgverzekeraars ontvangen uitsluitend afhangt van de gezondheidsrisico's van verzekerden, komen alleen kenmerken van de verzekerden in aanmerking als verdeelcriterium die samenhangen met de gezondheid van de verzekerde. Het gehanteerde stelsel van gewichten per verdeelcriterium beoogt immers zo goed mogelijk de kosten per individuele verzekerde te voorspellen; de kosten die voortvloeien uit de behoefte aan zorg waarop de verzekerde krachtens de Zvw aanspraak heeft. Het moet bovendien gaan om voorspelbare kosten, omdat de gewichten immers ex-ante worden vastgesteld. Dat stelt eisen aan de te hanteren verdeelcriteria op het terrein van de bijdrage aan de verdelende werking, van de juiste prikkels, de uitvoerbaarheid en de betrouwbaarheid.

Naast eisen aan de verdeelcriteria *sec*, worden ook eisen gesteld aan de ontwikkeling en uitvoering van het vereveningssysteem zelf. Het is van groot belang dat er bij betrokken partijen draagvlak bestaat voor de keuze van de te hanteren verdeelcriteria. Ook moeten de bij de criteria behorende gewichten op een betrouwbare en objectieve wijze worden vastgesteld, met maximale transparantie richting alle betrokken marktpartijen. Dit wordt bereikt door de gewichten van de verdeelcriteria te laten berekenen met behulp van wetenschappelijke statistische methoden. In de begeleiding van dit onderzoek hebben zorgverzekeraars ook een belangrijke adviserende rol. Verder moet, met behulp van de berekende gewichten, op transparante wijze de vaststelling van de uiteindelijke bijdrage per zorgverzekeraar plaatsvinden, waarbij ook tijdig helderheid aan zorgverzekeraars wordt geboden over de hoogte van de bijdragen.

In de uitwerking van het risicovereveningssysteem dat van toepassing zal zijn in de Zvw wordt met al deze aspecten rekening gehouden. Hierbij wordt voortgeborduurd op ervaringen die in meer dan tien jaar zijn opgedaan met risicoverevening in de ziekenfondsverzekering. Meerdere landen, waaronder België, Duitsland, Verenigde Staten (Medicare programma), Ierland, Tsjechië, Zwitserland en Israël, hanteren een normatief verdeelmodel voor zorgverzekeraars. Nederland loopt echter voorop in de wereld met de ontwikkeling van het verdeelmodel dat gehanteerd wordt in de ziekenfondsverzekering, en dat ook aan de basis ligt van het verdeelmodel binnen de Zvw. In Nederland is vooral het feit dat in het verdeelmodel rekening wordt gehouden met gezondheidskenmerken (ook wel morbiditeitskenmerken genoemd) vooruitstrevend.

Dit komt verder alleen voor bij het Medicare programma in de Verenigde Staten. Voorts is de centrale inning van premiemiddelen uniek.

Aandachtspunt is dat het verdeelmodel dat gehanteerd wordt bij de risicoverevening onderscheid maakt tussen vier verschillende categorieën van prestaties, te weten:

- variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialis-tische hulp, dat betreft geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van geneeskundige zorg zoals klinisch psychologen en psychiaters die plegen te bieden. Alsmede de variabele kosten van verblijf, verpleging en verzorging, met uitzondering van verblijf gepaard gaande met zorg zoals psychologen en psychiaters die plegen te bieden, voor zover deze prestaties voor vergoeding op grond van de Zvw in aanmerking komen;
- vaste kosten van ziekenhuisverpleging, dat betreft vaste kosten van verblijf, verpleging en verzorging, met uitzondering van verblijf gepaard gaande met zorg zoals klinisch psychologen en psychiaters die plegen te bieden, voor zover deze prestaties voor vergoeding op grond van de Zvw in aanmerking komen;
- kosten van geneeskundige ggz die betreft de kosten van genees-kundige zorg zoals klinisch psychologen en psychiaters die plegen te bieden alsmede het daarmee gepaard gaand verblijf, voor zover deze prestaties voor vergoeding op grond van de Zvw in aanmerking komen.
- kosten van overige prestaties, dat betreft overige prestaties die voor vergoeding op grond van de Zvw in aanmerking komen.

Achtergrond van dit onderscheid in categorieën van prestaties is dat, in elk geval in de eerste jaren van risicoverevening, sprake is van ex post compensatiemechanismen (zie ook onderstaande paragraaf) omdat het ex ante risicovereveningssysteem bij de start van de Zvw nog niet optimaal kan functioneren. Deze ex post compensatiemechanismen mitigeren verschillen tussen de uitgaven die zorgverzekeraars doen voor bepaalde prestaties, en het bedrag dat zij ontvangen uit het Zorgverzekeringsfonds samenhangend met deze prestaties. Deze ex post compensatie-mechanismen zijn in de overgang noodzakelijk vanwege het gegeven dat het systeem van risicoverevening binnen de Zvw een bredere doelgroep kent dan binnen de Ziekenfondswet, er sprake is van overheveling van kosten van curatieve geestelijke gezondheidszorg vanuit de AWBZ, en bovendien tegelijkertijd met de invoering van de Zvw sprake is van veranderingen in de bekostiging van het zorgaanbod. Om deze ex post compensatiemechanismen zo beperkt mogelijk in te kunnen zetten, worden in de overgangsfase binnen het risicovereveningsmodel de genoemde verschillende categorieën van prestaties onderscheiden. Op het moment dat de ex post compensatiemechanismen zijn afgebouwd, kunnen de verschillende categorieën van prestaties weer worden samengevoegd.

Voor elke categorie van prestaties geldt een aparte formule waarmee wordt weergegeven wat het normatieve bedrag per categorie van prestaties is (het zogenaamde deelbedrag) op basis van de voor deze categorie van prestaties geldende criteria met bijbehorende gewichten. De te hanteren criteria kunnen dus uiteenlopen tussen verschillende categorieën van prestaties. Overigens betekent het hanteren van categorieën van prestaties niet dat de bijdrage die zorgverzekeraars ontvangen specifiek wordt geormerkt voor de verschillende categorieën van prestaties: zorgverzekeraars kunnen de bijdrage die zij ontvangen uit het Zorgverzekeringsfonds in principe aanwenden voor de verschillende prestaties binnen de Zvw. Wél is het zo dat zorgverzekeraars moeten bijhouden hoeveel zij uitgeven per categorie van prestaties en deze gegevens aan het CVZ beschikbaar stellen zodat het CVZ de ex post compensatiemechanismen toe kan passen.

Verzekerdennacalculatie

In de eerste plaats moet achteraf de bijdrage aan zorgverzekeraars worden gecorrigeerd voor verschillen tussen geraamde en gerealiseerde verzekerdenaantallen. De bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds vindt in principe vooraf plaats op basis van geraamde aantallen verzekerden onderverdeeld naar de verschillende relevante kenmerken van verzekerden. Voorkomen dient te worden dat een zorgverzekeraar die in enig jaar veel extra klanten krijgt, bijvoorbeeld doordat bekend is geworden dat hij de benodigde zorg zeer snel voor zijn verzekerden regelt en claims heel goed afwikkelt, voor deze toestroom pas gecompenseerd wordt via de vereveningsbijdrage voor een later jaar. Daarom is in de Zvw geregeld, dat alle bijdragen achteraf worden herberekend, rekening houdend met de werkelijke verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar, en hun kenmerken.

Uitgavenkadernacalculatie

Daarnaast kan ingeval van een kernexplosie of natuurramp, of andere buitengewone gebeurtenissen die niet tot het normale bedrijfsrisico van zorgverzekeraars kunnen worden gerekend, achteraf de bijdragen aan zorgverzekeraars worden aangepast aan het uiteindelijke kostenbeeld. De hoogte en verdeling van deze extra middelen, die verstrekt worden op grond van Artikel 33 van de Zvw, wordt niet in dit besluit vastgelegd, maar in een ministeriële regeling.

Tijdelijke ex post compensatiemechanismen

Bij inwerkingtreding van de Zvw is het nog niet mogelijk de kwaliteit te garanderen van de relaties tussen kosten en kenmerken van de voormalig particuliere en publiekrechtelijke verzekerden. Het is dan ook waarschijnlijk niet goed mogelijk om bij de ex ante normering het niveau van betrouwbaarheid te halen dat bereikt is bij de risicoverevening in de Ziekenfondswet. Weliswaar is reeds jarenlang ervaring opgedaan met de ontwikkeling van een risicovereveningssysteem binnen de Ziekenfondswet, maar het is onjuist de resultaten hiervan één-op-één te vertalen naar een risicovereveningssysteem dat voor een bredere groep verzekerden geldt, te weten verzekerden die nu zijn ondergebracht bij particuliere ziektekostenverzekeraars en de uitvoeringsorganen van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren. Om dit te kort schieten van de ex ante normering op te vangen, zullen (ex post) methoden worden toegepast, waarbij de verdeling van middelen over de zorgverzekeraars achteraf wordt aangepast aan de hand van kostenrealisaties.

De noodzaak voor tijdelijke ex post compensatiemechanismen wordt nog versterkt doordat de invoering van de Zvw gekoppeld is aan een breder traject van invoering van marktwerking binnen de gezondheidszorg. Hierbij wordt ook de bekostiging van het zorgaanbod gewijzigd. Dit krijgt onder andere vorm in de invoering van dbc's, waarbij de vergoeding die ziekenhuizen en medisch-specialisten ontvangen voor verleende zorg beter dan in de huidige bekostigingssystematiek aansluit bij de onderliggende kosten. Door dbc-invoering nemen de kosten bij bijvoorbeeld jongere verzekerden (die relatief intensieve zorg ontvangen) toe en bij oudere verzekerden af. In de gewichten van de gehanteerde criteria kan, vanwege onvoldoende informatie vooraf over de precieze omvang van dergelijke verschuivingen, hiermee maar beperkt rekening worden gehouden.

Per 1 januari 2005 is gestart met invoering van volledige dbc-financiering, waarbij fasegewijs verdere aanpassingen in de bekostiging en financiering van ziekenhuiszorg en medisch-specialistische hulp plaatsvindt. Hierbij valt te denken aan verbreding van de set van dbc's waarvoor vrije prijsvorming mogelijk is, en de overschakeling voor het

deel van de zorg gefinancierd middels dbc's met vaste prijzen van de huidige functiegerichte ziekenhuisbudgetten naar ziekenhuisbudgetten op basis van dbc's. Door de veranderingen die, ook nog in de eerste jaren na inwerking treden van de Zvw, op het punt van onder andere bekostiging van ziekenhuiszorg en specialistische hulp plaatsvinden, kost het tijd om de normering op orde te krijgen in termen van de nieuwe bekostiging. Ook dit vergt ex post compensatiemechanismen.

Deze compensaties zijn in principe alleen tijdelijk noodzakelijk, en zullen worden afgebouwd zodra betere informatie beschikbaar komt om de ex ante normering aan te passen aan de kostenpatronen van alle verzekerden in termen van de nieuwe bekostiging van het zorgaanbod.

Binnen de ex post compensatiemechanismen kunnen de volgende vormen worden onderscheiden:

- *hogekostencompensatie*, waarbij kosten voor een verzekerde boven een drempelbedrag voor een bepaald percentage worden onderling verevend dan wel verrekend met het Zorgverzekeringsfonds. De hogekostencompensatie beoogt tegemoet te komen aan kostenverschillen tussen zorgverzekeraars als gevolg van een ongelijke verdeling van extreem hoge schades over zorgverzekeraars. Hierbij geldt dat als geprobeerd wordt de individuele gevallen vooraf op te sporen en te compenseren, de complexiteit van het systeem van risicoverevening toeneemt;

- *generieke verevening*: bijstelling van het (normatieve) deelbedrag op basis van het verschil per zorgverzekeraar tussen kosten en het (normatieve) deelbedrag in relatie met de verschillen tussen de kosten en het deelbedrag bij andere zorgverzekeraars, per onderscheiden categorie van prestaties. Generieke verevening wordt gebruikt om mogelijke onvolkomenheden in de verdelende werking van het model te corrigeren;

- *nacalculatie*: bijstelling van het (normatieve) deelbedrag op basis van het verschil per zorgverzekeraar tussen kosten en het (normatieve) deelbedrag per onderscheiden categorie van prestaties. Nacalculatie wordt gebruikt om de hoogte van het financiële risico te koppelen aan de mogelijkheden die zorgverzekeraars hebben om de hoogte van de feitelijke kosten te beïnvloeden.

Het streven is van genoemde ex post compensatiemechanismen de generieke verevening met de grootste voorrang af te bouwen na inwerkingtreding van de Zvw. Op grond van het derde lid in artikel 34 van de Zvw dient generieke verevening uiterlijk in 2011 te zijn afgebouwd.

De verwachting is dat afbouw van compensatiemechanismen het snelst kan voor «kosten van overige prestaties», waarvoor in de huidige Ziekenfondswet al geen generieke verevening en nacalculatie meer geldt. Wat betreft de «kosten van curatieve geestelijke gezondheidszorg», waarvoor helemaal nieuw gestart wordt met risicoverevening, is een langer overgangstraject voorzien. Het afbouwtraject op het punt van «vaste kosten van ziekenhuisverpleging» en «variabele kosten van ziekenhuisverpleging» zal sterk afhangen van het tempo van verdere veranderingen in de financiering en bekostiging van ziekenhuiszorg. Dit omdat voortdurende aanpassingen in de bekostiging van het aanbod gevolgen kunnen hebben voor de schadelastverdeling over groepen consumenten.

Evaluatie

Het systeem van risicoverevening zal jaarlijks door het CVZ worden geëvalueerd. Hierbij wordt zowel aandacht besteed aan de werking van de ex ante risicoverevening als aan de ex post aspecten. Naast deze jaarlijkse evaluatie door het CVZ zal een wetenschappelijke evaluatie door internationale experts plaatsvinden van de werking van het vereveningssysteem 2 en 5 jaar na invoering van de Zvw. Bij laatstgenoemde evaluatie zal zowel aandacht worden besteed aan de werking van het

risicovereveningssysteem in enge zin (bijvoorbeeld aansluiting tussen kosten en normatieve bedragen op verschillende niveaus), als aan de mate waarin het risicovereveningssysteem tegemoet komt aan de beoogde beleidsdoelen als het creëren van een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars, en het waarborgen van een goede toegankelijkheid van de verzekering voor alle verzekerden (tegenaan risicoselectie).

Juridisch kader

Binnen de Zvw zelf zijn de contouren van het risicovereveningssysteem neergelegd (artikel 32 tot en met 36). De verdere invulling van het risicovereveningssysteem, zoals bijvoorbeeld de gehanteerde verdeelcriteria is in principe volledig vastgelegd in hoofdstuk 3 van dit besluit. Deze methodiek draagt bij aan de rechtszekerheid voor de zorgverzekeraars. Bij ministeriële regeling wordt jaarlijks vastgelegd wat de hoogte is van het totale bedrag dat verdeeld wordt over zorgverzekeraars, en wat de hierbij gehanteerde gewichten van de verdeelcriteria zijn. Het totale bedrag dat verdeeld wordt is afgeleid van de meest actuele raming van de zorguitgaven, en zal (vanzelfsprekend) van jaar op jaar verschillen. Het jaarlijks vaststellen van de gewichten van de verdeelcriteria is noodzakelijk omdat, bijvoorbeeld door veranderingen in de bekostigingssystematiek van het zorgaanbod of door veranderingen in behandelmethoden, de verdeling van kosten over verschillende groepen verzekerden van jaar op jaar kan veranderen. Met deze veranderende kostenpatronen kan bij een jaarlijkse aanpassing rekening worden gehouden. In de ministeriële regeling wordt tenslotte aangegeven of, en zo ja op welke wijze, invulling wordt gegeven aan de bevoegdheid van de minister om op grond van artikel 33 van de Zvw na aanvang van het kalenderjaar bijdragen aan een of meer zorgverzekeraars toe te kennen.

Van belang is dat zorgverzekeraars tijdig inzicht hebben in de bijdrage die zij mogen verwachten uit het Zorgverzekeringsfonds. Met het oog op de premievaststelling is daarom in de Zvw bepaald dat de jaarlijkse ministeriële regeling voor 1 oktober aangeeft welk bedrag ten behoeve van het daaropvolgende kalenderjaar in totaal wordt toegekend en welke gewichten hierbij worden gehanteerd. De beleidsregels die de toedeling van deze middelen nader vastleggen zijn vervolgens voor 15 oktober beschikbaar, en voor 1 november wordt bekend gemaakt welke bijdrage elke zorgverzekeraar ontvangt voor het volgende kalenderjaar, gegeven de geraamde verzekerdenaantallen en het geraamde totale macro-uitgavenkader.

Financiële aspecten

Financieringsbron en kostengrondslag

De financieringsbron voor de risicoverevening is het Zorgverzekeringsfonds. Achtergrond bij dit Zorgverzekeringsfonds is dat de regering beoogt een verzekeringsstelsel te creëren dat enerzijds het nemen van eigen verantwoordelijkheid en marktwerking aanmoedigt en anderzijds een stevige verankering geeft aan sociale randvoorwaarden (solidariteit tussen inkomens en risico's). De inkomenssolidariteit is vormgegeven door de invoering van een inkomensgerelateerde verzekerdenbijdrage. Deze bijdrage dekt in totaal vijftig procent van de totale macropremielast en dient als de voornaamste financieringsbron voor de risicoverevening. In praktijk vergoeden werkgevers deze bijdrage voor werknemers door een verplichte inkomensafhankelijke werkgeversbijdrage. Het Zorgverzekeringsfonds wordt naast de bovengenoemde werkgeversbijdragen gevoed door rijksbijdragen. De totale omvang van het Zorgverzekeringsfonds ligt hiermee vast.

De vereveningsbijdragen uit het Zorgverzekeringsfonds zijn niet toereikend voor een zorgverzekeraar om alle uitgaven voor de zorg aan zijn verzekerden te dekken. Zorgverzekeraars zullen naast de bijdrage uit Zorgverzekeringsfonds een nominale premie in rekening brengen bij hun verzekerden. In het risicovereveningssysteem wordt uitgegaan van een voor iedereen gelijke premie, de zogenaamde rekenpremie (met inbegrip van een toeslag in verband met de no-claimteruggaveregeling). Deze rekenpremie geeft het bedrag aan dat zorgverzekeraars gemiddeld in rekening moeten brengen om in beginsel alle kosten van aanspraken te dekken. Het doel van risicoverevening is immers kostenverschillen tussen zorgverzekeraars die voortvloeien uit de verschillen in gezondheidsrisico's van verzekerden te compenseren.

Naast de kosten van de (verzekerde) aanspraken maakt een zorgverzekeraar ook kosten om de verzekering te kunnen uitvoeren. Daarenboven moet een zorgverzekeraar aan zijn verplichtingen inzake de wettelijk vereiste solvabiliteitsmarge en de technische voorzieningen voldoen. Hij zal dan ook toevoegingen moeten doen aan reserves en voorzieningen om deze op het gewenste peil te kunnen houden. Zorgverzekeraars die winst wensen te maken om de kapitaalverschaffers te kunnen belonen zullen ook een winstopslag calculeren. Voor doelmatigheidsverschillen in de uitvoering (bijvoorbeeld door schaal-effecten of uitbesteding van taken op het punt van administratie en zorginkoop) hoeven zorgverzekeraars niet, door correcties vanuit de overheid, in een gelijke uitgangspositie te worden gebracht. De beheerskosten worden daarom niet meegenomen in het risicovereveningssysteem. De doelmatigheidsverschillen dienen in een opslag op de rekenpremie tot uitdrukking te komen. Hetzelfde geldt uiteraard voor de opslagen voor toevoegingen aan reserves en voorzieningen en te behalen winst. Deze opslagen verschillen per zorgverzekeraar afhankelijk van zijn doelmatigheid en vermogenspositie. De zorgverzekeraars zijn vrij in het bepalen van de hoogte van de nominale premie. De hoogte moet echter voor ieder die kiest voor dezelfde verzekeringsovereenkomst gelijk zijn.

Jaarlijks worden de middelen uit het Zorgverzekeringsfonds verdeeld via het vereveningssysteem over de zorgverzekeraars. Het risicovereveningssysteem maakt – rekening houdend met de relevante kenmerken van verzekerden – voor een zorgverzekeraar een inschatting mogelijk van zijn te verwachten kosten van aanspraken, het zogenaamde normatieve bedrag. Deze inschatting is de basis voor zijn bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds. Door bij alle zorgverzekeraars op het zogenaamde normatieve bedrag in elk geval de opbrengst van de rekenpremie (met inbegrip van de opslag hierop in verband met de no-claimteruggaveregeling) in mindering te brengen, wordt bereikt dat alle zorgverzekeraars in min of meer gelijke uitgangsposities worden geplaatst.

Relatie met minimaal vereiste solvabiliteitsmarge

De memorie van toelichting op de Zvw gaat in op de consequenties van de overgang naar een nieuw verzekeringsstelsel op het vlak van de financiële reserves van ziekenfondsen, particuliere en publiekrechtelijke verzekeraars. De regering gaat ervan uit dat de zorgverzekeraars – zowel de huidige ziekenfondsen als de huidige particuliere ziektekostenverzekeraars – een adequate reserve dienen aan te houden die niet zonder meer op hetzelfde niveau hoeft te liggen als die welke een particuliere ziektekostenverzekeraar thans moet aanhouden.

Vanwege het privaatrechtelijke karakter van de Zvw zijn de eisen inzake de minimaal vereiste solvabiliteit uit de Europese schaderichtlijnen van toepassing. De Europese schaderichtlijnen maken onderscheid tussen een nominale solvabiliteitsmarge (van 2 miljoen euro) en een variabele solvabiliteitsmarge. De hoogste van de twee is bepalend voor de daadwerkelijke eis. De variabele solvabiliteitsmarge is gerelateerd aan de

omvang van de schaden en de premies. In het geval van zorgverzekeraars zal de omvang van de schaden leidend zijn. De solvabiliteitsmarge komt neer op 26 procent van de gemiddeld geboekte bruto schaden in de afgelopen drie boekjaren en van de gemiddelde toevoeging aan de schadevoorziening in deze jaren, indien en voorzover deze schaden en toevoeging niet meer bedragen dan € 35 miljoen, vermeerderd met 23 procent van deze schaden en toevoeging, voorzover deze meer bedragen dan € 35 miljoen.

Kortheidshalve wordt veelal gesproken over dat de minimaal vereiste solvabiliteitsmarge gemiddeld ongeveer 24 procent bedraagt van de gemiddeld geboekte schaden (en toevoegingen aan de schadevoorziening) in de afgelopen drie jaar. Dit terwijl het exacte percentage dat geldt als de minimaal vereiste solvabiliteitsmarge tussen verzekeraars verschilt afhankelijk van de omvang van de gemiddeld geboekte schaden (en toevoegingen aan de schadevoorziening) in de afgelopen drie jaar, waarbij overigens dit percentage in elk geval tussen de 23 en 26 procent ligt.

Op grond van artikel 16bis, zesde lid, van de eerste richtlijn schadeverzekering gelezen in samenhang met artikel 54, tweede lid, van de derde richtlijn schadeverzekering, is een verlaging van de solvabiliteitsmarge met tweederde mogelijk als de ziekte(zorg)verzekering wordt beheerd als een levensverzekering. De bedoeling van deze eis is het verlagen van het risicoprofiel van de verzekering en de verzekering zoveel mogelijk de kenmerken te geven van een levensverzekering. In dit verband wordt erop gewezen dat onder de eerste richtlijn levensverzekering de zogenoemde «Permanent health insurance» valt. Deze verzekering kan worden gekenschetst als een niet opzegbare ziektekostenverzekering.

In Nederland zijn de schadeverzekeringsrichtlijnen geïmplementeerd in de Wet toezicht verzekeringsonderneming 1993 (Wtv 1993) onder de verantwoordelijkheid van de minister van Financiën. Artikel 16bis is geïmplementeerd in artikel 1, vijfde lid, van het Besluit solvabiliteitsmarge verzekeringsonderneming 1994. De richtlijn stelt vijf voorwaarden voor een verlaging van de solvabiliteitsmarge. Artikel 16bis van de eerste richtlijn schadeverzekering stelt de volgende eisen:

- De geheven premie moet volgens verzekeringswiskundige methoden worden berekend.

Deze eis is gerelateerd aan de idee dat de zorgverzekering als een levensverzekering moet kunnen worden beheerd en dat de kenmerkende schadeverzekeringstechnische risico's via de premieberekening al zijn verevend. Dit is in de Zvw het geval omdat hoewel er sprake is van een doorsneepremie, de risicoverevening ervoor zorgt dat alle statistische risico's volgens econometrische methoden worden verevend.

- Er moet een actuariael berekende ouderdomsvoorziening worden gevormd.

Deze eis is gerelateerd aan een eigenschap van de levensverzekering te weten het niet opzegbaar zijn door de verzekeraar vanwege risico's verbonden aan bijvoorbeeld ouderdom. Het risicovereveningssysteem corrigeert volledig voor leeftijd en geslacht, zodat een zorgverzekeraar geen voorziening hoeft te hebben voor vergrijzing: gegeven de rekenpremie, is de vereveningsbijdrage aan de verzekeraar vanuit het zorgverzekeringsonderhoud voldoende om bij elke leeftijdssamenstelling de zorgkosten te vergoeden. Kortom, een zorgverzekeraar met een relatief oude portefeuille krijgt een grotere vereveningsbijdrage uit het zorgverzekeringsonderhoud dan een zorgverzekeraar met een jonge portefeuille. Uit de nominale premie die zorgverzekeraars vragen hoeft dus geen voorziening voor vergrijzingseffecten te worden gevormd.

- Een aanvullende premie moet kunnen worden geheven om een reële veiligheidsmarge te vormen.

Zorgverzekeraars en niet de overheid bepalen de hoogte van de nominale premie. Zorgverzekeraars kunnen zodoende aan deze voorwaarde voldoen.

- De verzekeraar kan de overeenkomst alleen voor het einde van het derde verzekeringsjaar opzeggen.

Het uitgangspunt is, dat de verzekering niet kan worden opgezegd door de verzekeraar. De richtlijn laat hierop een beperkte uitzondering toe, door te bepalen dat een opzegging voor het einde van het derde verzekeringsjaar toelaatbaar is, maar op een later tijdstip niet meer. De richtlijn strekt er derhalve niet toe te regelen dat de verzekering tot het derde verzekeringsjaar opzegbaar zou moeten zijn. Bij de zorgverzekering speelt de genoemde uitzondering geen rol. De zorgverzekering kan niet worden opgezegd vanwege het toenemen van het risico in de loop van de tijd. In de Zvw geldt een acceptatieplicht en een zorgverzekeraar mag de overeenkomst slechts in een aantal specifieke gevallen, die niet gerelateerd zijn aan de verzekeringstechnische risico's, opzeggen. De zorgverzekering voldoet derhalve ruimschoots aan de gestelde eis.

- In de overeenkomst moet de mogelijkheid zijn opgenomen om ook voor lopende contracten de premies te verhogen of de verzekerde prestaties te verminderen.

Deze eis is eveneens bedoeld om het risicoprofiel te verminderen en gerelateerd aan de hierboven genoemde beperkte mogelijkheid van de verzekeraar om de verzekering op te zeggen. De Zvw legt geen verbod op tussentijdse premieverhogingen. Uiteraard dienen zorgverzekeraars wel steeds te voldoen aan de gestelde randvoorwaarden van een gelijke premie voor alle verzekerden met dezelfde polis. De Zvw schrijft het te verzekeren pakket voor. Hierin kan een verzekeraar dus geen eigen wijzigingen aanbrengen. Wel kan de verzekeraar, ook bij lopende overeenkomsten, de keuzemogelijkheid tussen zorgaanbieders of het aantal tranches vrijwillig eigen risico beperken.

De verzekeringnemer heeft bij premieverhoging of andere wijzigingen van de polisvoorwaarden overigens wel het recht om de verzekeringsovereenkomst op te zeggen.

De regering is van mening dat door het risicovereveningssysteem de zorgverzekering op grond van de Zvw wordt beheerd als een levensverzekering en voldoet aan de voorwaarden om tot tweederde afslag van de solvabiliteitseis te komen. De minimaal vereiste solvabiliteitsmarge zal dus ongeveer acht procent van de gemiddelde geboekte schaden (en toevoegingen aan de schadevoorziening) in de afgelopen drie jaar bedragen. Deze solvabiliteitseisen hebben alleen betrekking op de schade onder de zorgverzekering in de zin van de Zvw. Alleen voor de activiteiten voor die zorgverzekering geldt het risicovereveningssysteem, waardoor een zorgverzekeraar lagere risico's loopt. Voor aanvullende verzekeringen met de pure schade risico's voor een zorgverzekeraar gelden daarom ook hogere eisen conform de Europese schadeverzekeringsrichtlijnen.

Wanneer de Zvw enige jaren in werking is en er voldoende statistische gegevens zijn van de werking van het risicovereveningssysteem zal de risicoreductie ook empirisch kunnen worden getoetst. Op grond van de empirische toetsing kan vervolgens worden bezien of de tweederde afslag ook voor de langere termijn gerechtvaardigd is, omdat de Europese schadeverzekeringsrichtlijn een maximale afslag aangeeft wanneer aan de vijf voorwaarden is voldaan.

Administratieve lasten

Dit besluit levert geen extra administratieve lasten op voor burgers en voor het bedrijfsleven. Onder administratieve lasten voor het bedrijfsleven worden begrepen de kosten om te voldoen aan informatieverplichtingen voortvloeiend uit wet- en regelgeving van de overheid. Het gaat om het

verzamenen, bewerken, registreren bewaren en ter beschikking stellen van informatie. Administratieve lasten voor burgers zijn kosten om te voldoen aan informatieverplichtingen voortvloeiend uit wet- en regelgeving van de overheid. Het gaat hierbij zowel om het nakomen van verplichtingen als het uitoefenen van rechten. Een informatieverplichting is een wettelijke verplichting tot het leveren van informatie. Het leveren van informatie heeft betrekking op het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie.

Toelichting

Ten opzichte van de Ziekenfondswet zijn er geen extra belastende bepalingen. Integendeel, op verschillende punten is er sprake van minder detaillering of zelfs van het vervallen van het voorschrift voor de informatieverstrekking. Zo zijn bij de geneeskundige zorg de erfelijkheidsadvisering, de niet-klinische haemodialyse, de chronische intermitterende beademing, de hulp door een audiologisch centrum en de hulp door een trombosedienst niet meer apart geregeld. Ook is niet meer geregeld wie de zorg moet leveren, wie de zorg moet voorschrijven, voor welke zorg een voorafgaande toestemming van het uitvoeringsorgaan geldt, waar de zorg moet worden geleverd en aan wie de eigen bijdrage moet worden betaald. Ten opzichte van de Wet op de toegang tot de ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz) zijn soortgelijke bepalingen, voorzover die golden, ook vervallen. Ten aanzien van overige particuliere ziektekostenverzekeringen golden geen wettelijke voorschriften over het pakket en eigen bijdragen. Wel volgden particuliere ziektekostenverzekeraars met hun ziektekostenpakketten veelal de overheid. Zo verwezen zij voor de farmaceutische zorg, de hulpmiddelen en de paramedische zorg meestal naar de voorwaarden van de overheid. Dat gold ook voor eigen betalingen bij die zorg. Verder golden ook bij de publiekrechtelijk ziektekostenregelingen omschrijvingen van vergoedingen en een uitgebreid systeem van procentuele eigen bijdragen.

De regeling met betrekking tot de no-claimteruggave is in hoofdlijn gelijk aan die van de Ziekenfondswet. De Wtz kende een verplicht eigen risico. De no-claimteruggave komt in de plaats daarvan. Dit geldt ook voor de procentuele eigen bijdragen bij de publiekrechtelijk ziektekostenregelingen. In de situatie dat een particuliere ziektekostenverzekeraar geen enkel systeem van eigen betalingen kende, betekent de no-claimteruggave extra administratieve lasten. Deze toename valt echter in het niet tegen de mindere administratieve lasten als gevolg van het wegvallen van voorwaarden en dergelijke bij onder meer de Ziekenfondswet.

Ook de bepalingen over de zorgverzekeraar en de wijze van risicoverevening leveren in dit besluit ten opzichte van de Ziekenfondswet geen extra administratieve lasten voor het bedrijfsleven op. Behalve dan dat de bepalingen nu ook publiekrechtelijke en op particuliere verzekeraars en verzekerden betrekking hebben. In de Zvw hebben de zorgverzekeraars een acceptatieplicht ten aanzien van verzekeringsplichtigen. Dit kan ertoe leiden dat zij een groot aantal mensen met een slecht verzekeringsrisico in hun verzekeringsportefeuille krijgen. Omdat hieruit een financieel nadeel voortvloeit voor de zorgverzekeraar, is een goed systeem van risicoverevening noodzakelijk. In de Zvw is de wijze van risicoverevening wettelijk vastgelegd. Bij de totstandkoming van de Zvw is uitgebreid ingegaan op de gevolgen van deze wet voor de administratieve lasten. Deze wet is voorgelegd aan het Adviescollege toetsing administratieve lasten. De bepalingen in hoofdstuk 3 zijn een nadere uitwerking van de Zvw en brengen geen verandering aan in de administratieve lasten voor het bedrijfsleven.

Nadere kwantificering van de administratieve lasten van de zorgverzekeringswet en onderliggende regelgeving

In de memorie van toelichting op de Zvw is volstaan met een globale raming van de gevolgen voor de administratieve lasten. Op dat moment kon nog onvoldoende worden overzien wat er geregeld zou gaan worden in de lagere wet- en regelgeving. Er is daarom gekozen om de administratieve lasten binnen de bestaande Ziekenfondswet en de Wtz te bezien en na te gaan welke lasten in ieder geval niet meer zouden terugkeren in de nieuwe wet. Dit leverde per saldo een reductie op van minimaal € 11 miljoen ten opzichte van de Ziekenfondswet en Wtz. (De administratieve lasten van deze beide wetten bedragen € 726 miljoen per 31 december 2002).

Door de formulering van de nadere regelgeving is het beeld van de administratieve lasten die samenhangen met de Zvw en dit besluit inzichtelijker geworden. De Zvw zelf biedt slechts mogelijkheden om nadere regels te stellen waarin informatieverplichtingen kunnen voorkomen. Het besluit duidt aan welke informatiebepalingen in de ministeriële regeling zullen worden opgenomen. Het besluit geeft dus een verbeterd inzicht. Extra lasten of extra vermindering van lasten vloeien niet voort uit het besluit. Dit gaat zowel op voor bedrijven als voor burgers.

Het volgende kan hierover worden opgemerkt.

Ten opzichte van de huidige situatie is al een aantal maatregelen te noemen waardoor de administratieve lasten per 1 januari 2006 zullen zijn afgenomen. Deze maatregelen betreffen:

- afschaffen modelovereenkomsten Zfw (€ 15 miljoen);
- afschaffen contracteerplicht (€ 37 miljoen);
- automatisering verzekerdenadministratie (RINIS)¹ (€ 32 miljoen);
- afschaffen procedurele toegangsvoorwaarden tot de zorg (€ 50 miljoen);
- besluit hulpverlening door trombosediensten ziekenfondsverzekering (€12 miljoen);
- inschrijvingsbesluit ziekenfondsverzekering (€ 17 miljoen).

Voorts geldt dat in de opzet van de Zvw, inclusief onderliggende regelgeving, geen regels (en dus geen administratieve lasten) meer gelden voor het declaratieverkeer en de receptregels. Dit laatste betreft de verplichting voor de (huis)arts tot het schrijven van een recept, waarmee de verzekerde recht heeft/toegang krijgt tot de geneesmiddelen. Met deze maatregelen zijn lasten gemoeid van € 340 miljoen respectievelijk € 188 miljoen.

De totale reductie die uit deze maatregelen voortvloeit bedraagt aldus € 682 miljoen. Hierbij is rekening gehouden met een toename van lasten door de introductie van de no-claimregeling in de Ziekenfondswet (€ 9 miljoen).

Slechts een beperkt aantal processen, waaruit administratieve lasten voortkomen, wordt ook onder de Zvw voorgeschreven. Op grond van de nog in te vullen ministeriële regeling valt daar meer over te zeggen. Hiernaast ontstaan ook nieuwe lasten door de ministeriële regeling. Dit zullen voornamelijk lasten zijn die verzekeraars/Vektis dragen op het gebied van de «verevening» en «verantwoording». Ook moet rekening worden gehouden met een toename omdat er sprake is van een groter aantal verzekeraars en verzekerden. Ook van deze lasten is de omvang nu nog niet aan te geven. De huidige informatiestromen zijn gebaseerd op goedwerkende (wettelijk voorgeschreven) declaratie- en administratieprocessen. Van deze laatste processen komt de wettelijke basis echter te vervallen. Hiervoor zal andere, maar minder brede, regelgeving in de plaats komen. Op dit moment kunnen de administratieve lasten die samenhangen met verevening en verantwoording echter nog niet geschat worden. In de toelichting van de ministeriële regeling wordt een nadere invulling hiervan gegeven.

¹ Het Routeringsinstituut voor (Inter)Nationale Informatiestromen (RINIS) gaat uit van geautomatiseerde en beveiligde informatiestromen. Het RINIS-concept heeft tot doel een efficiënt en effectief (her)gebruik van eenmalig vastgelegde gegevens (geen dubbele processen en investeringen) en handhaving en fraudebestrijding.

Op 5 april 2005 zond het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) een advies over onderhavig Besluit. Het CBP vindt het niet noodzakelijk dat het CVZ ten behoeve van de risicoverevening op basis van het sofi-nummer/burgerservicenummer (bsn) persoonsgegevens van de verzekerden verwerkt, althans vindt dat VWS de noodzaak daartoe onvoldoende is aangetoond. Het CBP vreest dat dit leidt tot een bestand met (medische) persoonsgegevens van vrijwel iedere burger in Nederland.

De verevening wordt uitgevoerd door het CVZ. In dat verband regelt artikel 35, eerste lid, Zvw dat het CVZ ervoor moet zorgen dat er een administratie wordt ingericht en in stand gehouden waarin van iedere verzekerde wordt opgenomen:

- a. het sofi-nummer (in de toekomst: het bsn),
- b. de zorgverzekeraar waarbij de zorgverzekering loopt, en
- c. die persoonsgegevens, waaronder gezondheidsgegevens, die noodzakelijk zijn voor de berekening van de aan de zorgverzekeraars toekomende bijdragen uit het Zorgverzekeringsfonds.

Voorts dienen begin en einde van iedere zorgverzekering bij het CVZ te worden gemeld (tweede lid).

Dit betekent niet dat het CVZ verplicht of zelfs maar bevoegd is per individuele verzekerde op sofinummer/bsn alle voor de verevening relevante criteria in zijn administratie op te slaan. Dit is slechts toegestaan voor zover dat voor de risicoverevening noodzakelijk is. Artikel 35, eerste lid, onderdeel c, Zvw bepaalt dit dan ook met zoveel woorden.

Voor sommige van de werkzaamheden heeft het CVZ, bijvoorbeeld voor de ex ante toekenning van de vereveningsbijdragen, voldoende aan een opgave van het aantal verzekerden met bepaalde kenmerken per verzekeraar (geaggregeerd niveau). Voor andere werkzaamheden zijn echter gegevens op individueel niveau – aan te leveren op sofi-nummer/bsn – noodzakelijk. Voor geen van de werkzaamheden is het noodzakelijk dat het CVZ dergelijke gegevens op individueel niveau herleidt of kan herleiden tot individuele verzekerden (persoonsniveau). Het CVZ is niet bevoegd om het sofi-nummer/bsn tot individuele personen te herleiden.

Voor zover gegevens op individueel niveau (aan de hand van het sofi-nummer of bsn) moeten worden verwerkt, zullen deze worden opgenomen in de ministeriële regeling, bedoeld in artikel 35, vierde lid, Zvw. In de nota van toelichting bij die regeling zal worden beargumenteerd waarom verwerking van de desbetreffende persoonsgegevens noodzakelijk is.

Er is één gegeven waarvan artikel 35 Zvw reeds zelf bepaalt dat het CVZ het moet verwerken, en dat is het sofi-nummer/bsn. Verwerking, door het CVZ, van dit nummer is om drie redenen noodzakelijk. Allereerst is dit noodzakelijk om te kunnen bepalen welk gewicht moet worden toegekend aan combinaties van verzekerdenkenmerken, indien die op elkaar inwerken. Ten tweede is dit noodzakelijk om te voorkomen dat voor één en dezelfde verzekerde meerdere malen een volledige vereveningsbijdrage wordt betaald. Ten derde is gebruik van het sofi-nummer/bsn noodzakelijk om te voorkomen dat te hoge vereveningsbijdragen worden uitbetaald. Zo zullen de gegevens omtrent de aard van inkomen op basis van het sofi-nummer/bsn (en binnen de grenzen van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen) door het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen aan het CVZ, worden verstrekt. Door deze gegevens te koppelen aan de sofi-nummers/bs-nummers in de zorgverzekeraarsbestanden, wordt bereikt dat alleen extra vereveningsbedragen worden gegeven voor die verzekerden, die daadwerkelijk daarvoor in aanmerking komen.

De plicht tot verwerking van het nummer is, geheel conform artikel 24, eerste lid, Wbp bij (formele) wet geregeld, te weten in artikel 35, eerste lid, onderdeel a, van de Zvw. Dat het CVZ het slechts mag gebruiken voor de uitvoering van de Zvw, volgt reeds uit artikel 24, eerste lid, Wbp, en hoeft derhalve niet in de Zvw te worden herhaald.

Nagegaan wordt nog waar en in hoeverre «privacy enhancing technologies» de noodzaak tot gebruik van sofi-nummer/bsn door het CVZ kan beperken, wegnemen.

Het CBP noemt in zijn brief nog enkele andere kritiekpunten waarop in een afzonderlijke brief aan het CBP is ingegaan. Deze punten hebben geen gevolgen voor het Besluit.

Artikelsgewijs

Hoofdstuk 1. Definities en algemene bepalingen

Artikel 1, onderdeel b

Voor een definitie van eigen bijdrage is gekozen omdat in dit besluit het woord bijdrage ook in een andere betekenis is gedefinieerd (zie onderdeel j).

Artikel 1, onderdeel c

De definitie van verblijf komt overeen met de definitie op grond van de AWBZ.

Artikel 1, onderdeel d

Een definitie van geregistreerd geneesmiddel is noodzakelijk om aan te geven om welke registraties het gaat. Om duidelijkheid te scheppen welke geneesmiddelen wel en niet onder de ziektekostenverzekeringen vallen, is in het verleden gekozen voor een duidelijke koppeling met de geneesmiddelenregelgeving. Op deze wijze wordt ook bereikt dat alleen geneesmiddelen ten laste van de zorgverzekering komen die voldoen aan de normen van die wet.

Artikel 1, onderdeel e t/m r

In de regeling zijn de begrippen «macro-prestatiebedrag» en «normatieve bedrag» gerelateerd aan de volledige dekking van de totale (geraamde) kosten van prestaties. De termen «beschikbare middelen» en «berekende bijdrage» zijn gerelateerd aan het deel daarvan dat wordt gedekt door de bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds. Na afloop van het jaar (ex post) herberekent het CVZ het (ex ante berekende) normatieve bedrag voor iedere zorgverzekeraar. Er is dan niet langer sprake van een «normatief bedrag» maar van een «herberekend normatief bedrag». Het deel van het «herberekende normatieve bedrag» dat een zorgverzekeraar uit het Zorgverzekeringsfonds ontvangt is de «vastgestelde bijdrage».

Hoofdstuk 2. De inhoud van de zorgverzekering

§ 1. De te verzekeren prestaties

Artikel 2.1

De Zvw biedt de mogelijkheid om in de zorgverzekering een recht op zorg in natura overeen te komen (artikel 11, eerste lid, aanhef en onderdeel a) dan wel te kiezen voor het recht op vergoeding van de

kosten van zorg (artikel 11, eerste lid, aanhef en onderdeel b). Een combinatie daarvan is eveneens mogelijk (artikel 11, tweede lid).

Het derde lid van artikel 11 van de Zvw draagt op de inhoud en de omvang van de prestaties (zorg in natura en restitutie) bij of krachtens AMvB nader te regelen. Daarbij, zo bepaalt dat lid, kan het recht op een prestatie afhankelijk worden gesteld van het betalen van een eigen bijdrage. Anders dan bij de Ziekenfondswet is niet geregeld aan wie de verzekerde de bijdrage betaalt. Dat is ter bepaling in de zorgovereenkomst/zorgpolis.

Met artikel 2.1 wordt voor de zorg in natura aan bedoelde opdracht voldaan. In het eerste lid is geregeld dat de zorg en overige diensten bestaan uit de zorgvormen die naar inhoud en omvang in de artikelen 2.4 tot en met 2.12 zijn omschreven.

Zoals hiervoor is aangegeven, zijn alleen nog de aard, inhoud en omvang van de zorg bij wettelijk voorschrift geregeld. De aard is geregeld in de Zvw zelf (artikel 10). De inhoud en omvang zijn geregeld bij en krachtens dit hoofdstuk. De zorgverzekeraar en de verzekerden hebben geen bevoegdheid om andere of uitgebreidere zorgvormen in de zorgverzekering op te nemen (artikel 1, onderdeel d, van de Zvw). Uit de artikelen 10 en 11 van de Zvw vloeit voort dat er ook geen bevoegdheid is om beperktere afspraken te maken, op één uitzondering na. De zorgverzekeraar kan namelijk, ingevolge het met het aanvaarde amendement Van der Vlies en Rouvout gewijzigde artikel 11, vierde lid, van de Zvw, pro-lifepolissen aanbieden waarin bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven¹. De zorgverzekeraar en de verzekerde kunnen verder over te stellen voorwaarden alleen afspraken maken indien deze van procedurele en administratieve aard zijn. Voorwaarden zoals voor welke indicatiegebieden geldt het recht op zorg of de vergoeding van de kosten daarvan, zijn derhalve niet aan de regelingsbevoegdheid van de zorgverzekeraar en verzekerde overgelaten. Indicatiegebieden raken immers de aard, inhoud en de omvang van de prestaties. Deze worden derhalve uitsluitend bij wettelijk voorschrift geregeld. De voorwaarden waar zorgverzekeraar en verzekerde wel afspraken over kunnen maken, zijn voorwaarden zoals het vragen van een verwijsbriefje, een voorschrift, een melding van aanvang zorg en het vragen van toestemming.

De inhoud en omvang van de zorgvormen worden niet alleen bepaald door de omschrijvingen in de artikelen 2.4 tot en met 2.15 maar ook door het tweede lid van artikel 2.1.

Het tweede lid, samen met de woorden «die plegen te bieden» in de artikelen 2.4 en verder, is een geactualiseerde vertaling van het gebruikelijkheids criterium zoals dat op grond van de Ziekenfondswet voor de huisartsen- en de medisch-specialistische zorg was geregeld. Het gebruikelijkheids criterium had daar twee functies. In de eerste plaats grensde het huisartsenzorg van medisch-specialistische zorg af. Deze grens is bij een functiegericht systeem voor de aanspraak niet meer relevant.

In de tweede plaats bepaalde het ook nog eens de grenzen van de aanspraken. In deze betekenis is het gebruikelijkheids criterium voor het onderhavige besluit relevant. Bij deze betekenis slaat het woord gebruikelijk niet zozeer op de frequentie waarin een verrichting of behandelingswijze toepassing vindt. Het verklaart die zorg tot dat deel van het pakket, welke de betrokken beroepsgroep tot het aanvaarde arsenaal van medische onderzoeks- en behandelingsmogelijkheden rekent. Daarbij zijn zowel de stand van de medische wetenschap als de mate van acceptatie in de medische praktijk belangrijke graadmeters. In dit opzicht heeft het criterium veel gemeen met de rechtspraak welke het gebruikelijk zijn afmeet aan de houding in de kringen van de medische wetenschap en praktijkuitoefening. Het woord houding maakt duidelijk dat niet bepalend is hoe vaak bepaalde zorg toepassing vindt, doch in welke mate beroeps-

¹ Kamerstukken II 2004/05, 29 763, nr. 57.

beoefenaren dergelijke hulp als een professioneel juiste handelwijze beschouwen. Staat eenmaal vast dat een vorm van onderzoek of behandeling gebruikelijk is, dan is daarmee het opgenomen zijn in het verzekeringspakket een gegeven. Daarmee is niet gezegd dat de verzekerde de verlening van die zorg kan verlangen. Het is de beroepsbeoefenaar die vanuit zijn beroepsmatige verantwoordelijkheid in samenspraak met de patiënt de onderzoeks- of behandelingswijze bepaalt. Bij de beroepsbeoefenaar kunnen doelmatigheids- of kwaliteitsoverwegingen aanleiding zijn in het concrete geval van het verlenen van de verlangde zorg af te zien of een andere keuze te maken binnen het geheel van de zorg die gebruikelijk is. Zorgverzekeraars kunnen met de zorgverleners bij overeenkomst afspraken omtrent kwaliteit en doelmatigheid van de verzekerde zorg maken. Die afspraken kunnen de vorm aannemen van gedragsregels die in de overeenkomsten zelf zijn vervat of aanknopen bij gedragsregels die binnen de beroepsgroep zelf als normen voor een verantwoord beroepsmatig en vakmatig handelen worden gehanteerd.

Dat bepaalde zorg gebruikelijk is en mitsdien tot het verzekeringspakket behoort, wil niet zeggen dat de verzekerde daar zonder meer recht op heeft. Veelal zullen in de zorgpolis voorwaarden als verwijzing, voorschrijven of toestemming opgenomen zijn, waaraan moet zijn voldaan om de aanspraak tot gelding te kunnen brengen. Daarbij gaat het er dus niet om of de verzekerde voor die zorg verzekerd is, doch om een nadere beslissing omtrent de vraag of in het individuele geval de verlangde zorg het aangewezen middel is om in het gezondheidstekort van de verzekerde te voorzien.

Het is de zorgverzekeraar die de zorgverzekering uitvoert. Daarbij toetst hij ook of er sprake is van gebruikelijke zorg. Bij twijfel doet een verzekerde er dan ook verstandig aan bij zijn zorgverzekeraar te informeren of de gewenste zorg wel onder de zorgverzekering valt. De zorgverlener dient bij twijfel aan zijn kant uiteraard wel de verzekerde hierover te informeren, doch deze informatie kan in het algemeen de zorgverzekeraar niet binden. Is er sprake van gecontracteerde zorg, dan ligt de verantwoordelijkheid voor het antwoord op de vraag of de zorg wel onder de zorgverzekering valt, bij de zorgaanbieder. Als blijkt dat dat niet het geval is en de zorg is wel verleend, kan het niet-gebruikelijk zijn de verzekerde niet worden tegengeworpen. Die zorg kan dan ook niet bij de verzekerde in rekening worden gebracht. De praktijk laat overigens zien dat zorgverzekeraars met twijfelgevallen prudent weten om te gaan.

Zorgverzekeraars kunnen bij twijfel ook het CVZ als pakketbeheerder raadplegen. Het CVZ zal hierin ook een actieve rol spelen.

Het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen heeft zich in het arrest van 12 juli 2001 in de zaak C-151/99 (Smits en Peerbooms) uitgesproken over het Nederlandse gebruikelijkheids criterium. Het Hof stelde dat de voorwaarde van gebruikelijkheid alleen aanvaardbaar is indien deze verwijst naar hetgeen door de internationale medische wetenschap voldoende beproefd en deugdelijk is bevonden. Met het hanteren van het begrip «stand der wetenschap» wordt voldaan aan deze voorwaarde van het Hof. Het begrip «stand der wetenschap» kan immers slechts internationaal worden uitgelegd. Het criterium is verder ruimer dan het door het Hof gehanteerde criterium. In de eerste plaats is er aan toegevoegd «en praktijk». Deze toevoeging is noodzakelijk omdat het pakket anders versmald zou zijn tot enkel evidence based medicine. Slechts een klein deel van het medisch arsenaal voldoet daaraan.

Verder is er aan toegevoegd «door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten». Deze toevoeging is noodzakelijk omdat deze bepaling thans betrekking heeft op alle zorgvormen en dus ook op de zorg en diensten die minder of geen wetenschappelijke status hebben of behoeven (bijvoorbeeld het zittend vervoer).

In het derde lid is het algemene wettelijke indicatievereiste neergelegd. Een dergelijke bepaling staat ook in de AWBZ (artikel 9b, derde lid) en het Besluit zorgaanspraken AWBZ (artikel 2, derde lid) en stond in het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering (artikel 2a, eerste lid). Anders dan in die bepalingen zijn in dit lid de woorden «uit een oogpunt van doelmatige zorgverlening» weggelaten. Uitgangspunt bij de Zvw is immers dat de doelmatigheid een onderwerp is dat behoort tot de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en dus niet het onderwerp van wettelijke voorschriften is. Een eventuele doelmatigheidsvereiste is aan de zorgverzekeraar en de verzekerden om daarover afspraken te maken in de zorgverzekering en vervolgens op te nemen in de zorgpolis. Dit geldt ook voor de doelmatige organisatie van de zorg.

Het kan zijn dat bij bepaalde zorgvormen of onderdelen daarvan nog specifieke eisen bij of krachtens de artikelen 2.4 tot en met 2.15 gesteld zijn. Dan is er sprake van een cumulatie van de algemene met de bijzondere indicatie-eisen. Dat is tot uitdrukking gebracht in de eerste woorden van het derde lid. Bezien wordt of de verzekerde voldoet aan het bijzondere indicatievereiste en vervolgens of en in hoeverre de verzekerde ook dan nog redelijkerwijs op de zorg is aangewezen.

Artikel 2.2

Omdat ook gekozen kan worden voor een zorgverzekering met recht op restitutie is deze bepaling in dit besluit opgenomen. Door de formulering van het eerste lid is voorkomen dat in de overige bepalingen van dit hoofdstuk steeds een onderscheid tussen natura en restitutie gemaakt moet worden. Het tweede lid, onderdeel a, voorkomt dat met betrekking tot de verderop in dit hoofdstuk geregelde eigen bijdragen.

Voor de hoogte van de vergoeding bij restitutie is thans in zijn algemeenheid nog het tarief op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg) bepalend. Echter, niet voor elke zorgvorm geldt een Wtg-tarief. Zonder nadere afspraken kunnen zorgaanbieders in die situaties zelf hun prijs bepalen, hetgeen tot onredelijke hoge rekeningen kan leiden. Daarom is in de memorie van toelichting op de Zvw aangegeven dat bij de AMvB op grond van artikel 11, derde lid, van die wet ook geregeld zal worden dat slechts recht op vergoeding van de kosten van zorg bestaat voor zover het door de verlener van zorg in rekening gebrachte bedrag in verhouding tot de door de overige zorgaanbieders voor gelijksoortige activiteiten berekende bedrag niet onredelijk hoog is. Er wordt derhalve een marktconform bedrag vergoed. In verband daarmee is in het tweede lid, onderdeel b, geregeld dat bij restitutie niet meer wordt vergoed dan die kosten die in de Nederlandse markt-omstandigheden in redelijkheid passend zijn te achten.

Artikel 2.3

In de memorie van toelichting is bij de toelichting op artikel 11 aangegeven dat bij AMvB zal worden geregeld dat geen recht op zorg of overige diensten bestaat als er sprake is van oorlogsmolest alsmede dat aangesloten zal worden bij hetgeen de Minister van Financiën heeft bepaald op grond van de Noodwet financieel verkeer voor schade ten gevolge van terrorisme. Bij nader inzien is het niet nodig om de uitsluiting met betrekking tot groot molest te regelen. Immers, de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 sluit groot molest reeds van de dekking van schadeverzekeringen uit. Ingevolge de artikelen 64, tweede lid en 89, tweede lid, van die wet mogen verzekeraars namelijk geen schade verzekeren, veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer en munitie. In artikel 2.3 is daarom alleen een regeling getroffen voor het geval de Minister van Financiën een regeling heeft getroffen op grond van artikel 18b van de

Noodwet financieel verkeer. De Minister van Financiën heeft van deze bevoegdheid nog geen gebruik gemaakt.

Overigens regelt artikel 55 van de Zvw dat ik in overeenstemming met de Minister van Financiën een bijdrage aan het Zorgverzekeringsfonds kan verlenen ter gehele of gedeeltelijke betaling van zorg of overige diensten ingeval de behoefte aan die zorg of overige diensten is veroorzaakt door of ontstaan uit gewapend conflict, burgeroorlog, opstand, binnenlandse onlusten, oproer, munitie of terrorisme.

Artikel 2.4

Het eerste lid regelt waar de geneeskundige zorg uit bestaat. Het gaat om zorg zoals de huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden alsmede om paramedische zorg.

Zoals in het algemene deel van deze nota van toelichting is aangegeven, is door amendement-Van der Vlies en Smilde nr. 44 al in artikel 10, eerste lid, van de Zvw geregeld dat de geneeskundige zorg in ieder geval zorg omvat zoals huisartsen en verloskundigen die plegen te bieden. Er is voor gekozen om dit nogmaals in artikel 2.4 te vermelden omdat zo in één oogopslag kan worden gezien wat onder geneeskundige zorg wordt verstaan. Met het weglaten van huisarts en verloskundigen zouden misverstanden kunnen ontstaan.

Omwille van de leesbaarheid is er voor gekozen om de paramedische zorg in een aparte bepaling (artikel 2.6) uit te werken.

Met de formulering «plegen te bieden» met daaraan gekoppeld de aanduiding van een beroepsbeoefenaar» worden de inhoud en omvang van de zorg bepaald. Door in de omschrijving de maat te nemen van voor iedereen kenbare hulpverleners, is het duidelijk welke zorg het betreft. De term «plegen te bieden» wordt ingevuld met toepassing van artikel 2.1, tweede lid. De artikelen 2.1, tweede lid, en 2.4 vullen dus samen in wat de verzekerde geneeskundige zorg inhoudt.

Het opnemen van beroepsgroepen in de omschrijving kadert slechts de inhoud en omvang van de zorg in. Het regelt niet dat zij de beroepsbeoefenaren zijn die de zorg voor rekening van de zorgverzekering verlenen. Zoals gezegd, is dat een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar en de verzekerde. Zij maken daarover afspraken in de zorgverzekeringsovereenkomst. Dat kunnen dus andere zorgaanbieders zijn en hoeven zelfs in het geheel niet de beroepsbeoefenaren zijn die in de bepaling genoemd worden.

Voor de zorg in het eerste lid kunnen dus allerlei beroepsbeoefenaren en instellingen ingeschakeld worden, bijvoorbeeld een huisarts, een verloskundige, een ziekenhuis, een psychiater, een basisarts, een bedrijfsarts, de sociaal psychiatrisch verpleegkundige en een gezondheidscentrum. Het inschakelen van beroepsbeoefenaren hoeft zich overigens, voor zover het geen voorbehouden handelingen betreft, niet te beperken tot beroepsbeoefenaren waarop de registratie en titelbescherming op grond van de Wet op de beroepen gezondheidszorg betrekking hebben.

Onder de zorg «zoals medisch-specialisten die plegen te bieden» valt ook de kaakchirurgie. Aangezien deze zorg in dit besluit onder artikel 2.7 is geregeld, is de zorg zoals tandarts-specialisten die plegen te bieden van de onderhavige bepaling uitgesloten.

Bij de geneeskundige zorg zijn ook verpleegkundigen betrokken. Voor een toelichting hierop verwijs ik naar de toelichting op artikel 2.11.

Onder de zorg in dit lid valt ook de erfelijkheidsadviesing, de niet-klinische haemodialyse, de chronische intermitterende beademing en de hulp door een trombosedienst, die geregeld waren in de artikelen 20, 21, 22 en 24 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering. Dit zijn allemaal zorgvormen die vallen onder de zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden. Voor de afbakening van de erfelijkheidsadviesing is

het Besluit aanwijzing bijzondere medische verrichtingen van belang. De omschrijving in het kader van de ziekenfondsverzekering ging ook daarvan uit.

De voor de niet-klinische haemodialyse en de chronische intermitterende beademing benodigde apparatuur valt op grond van dit besluit onder de hulpmiddelenzorg.

In de onderdelen a tot en met c en e en f is de geneeskundige zorg op een aantal onderdelen, wat inhoud en omvang betreft, nader ingevuld. Deze nadere invulling is gelijk aan de invulling zoals die geregeld was op grond van de Ziekenfondswet en voor de geestelijke gezondheidszorg op grond van de AWBZ.

Onder geneeskundige zorg vallen ook de materialen die er toe bijdragen dat de arts of een andere hulpverlener geneeskundige zorg verleent. Vaak bestaat de geneeskundige zorg slechts of voor een groot deel uit de toepassing van materialen, zoals genees-, verband- of hulpmiddelen. Te denken valt aan behandeling met chemotherapie, het aanbrengen van een gipsverband, het plakken van een pleister en het hechten van een wond. De toepassing van bepaalde materialen is dan juist de geneeskundige zorg. Ook ten behoeve van onderzoek kunnen materialen nodig zijn, bijvoorbeeld contrastvloeistoffen bij röntgenonderzoek. Zo was dat onder de Ziekenfondswet, Dat is met de invoering van de Zvw niet anders geworden. Dit betekent dat materialen als genees-, verband- of hulpmiddelen die door de hulpverlener als onderdeel van de zorg worden toegepast, onder de geneeskundige zorg vallen zoals die in deze bepaling is geregeld. Krijgt een verzekerde een voorschrift mee om genees-, verband- of hulpmiddelen aan hem te laten afleveren voor gebruik buiten de praktijk van de hulpverlener dan wel buiten de instelling waaraan de hulpverlener verbonden is, dan valt deze zorg onder artikel 2.8 of artikel 2.9.

Verder valt onder de geneeskundige zorg ook het daarbij behorende laboratoriumonderzoek.

De uitsluiting van de griepvaccinatie (onderdeel a, subonderdeel 1) was geregeld in het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering omdat deze preventie geschiedt in het kader van het gesubsidieerde Nationaal Programma Grieppreventie.

In-vitrofertilisatie (onderdeel a, subonderdeel 2) werd tot de inwerking-treding van dit besluit gesubsidieerd, maar is thans als aanspraak geregeld om de in het algemene deel van de toelichting aangegeven reden.

De beperkingen met betrekking tot behandeling van plastisch-chirurgische aard (onderdeel b) en de transplantaties (onderdeel c) waren bij de ziekenfondsverzekering geregeld bij ministeriële regeling (de Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet). Ter uitvoering van het amendement-Omtzigt nr. 40 zijn die onderdelen in dit besluit geregeld. Wel is gebruik gemaakt van de mogelijkheid die het met dit amendement gewijzigde artikel 11, derde lid, onderdeel a, geeft om medisch-specialistische zorg bij ministeriële regeling te beperken. Het gaat hier om beperkingen die met ingang van 1 januari 2005 zijn ingevoerd, namelijk dat geen aanspraak bestaat op:

1. behandeling van verlamde of verslapte bovenoogleden anders dan als gevolg van een aangeboren afwijking of van een bij de geboorte aanwezige chronische aandoening;
2. abdominoplastiek en liposuctie van de buik;
3. het operatief plaatsen van een borstprothese anders dan na status bij een gehele of gedeeltelijke borstamputatie;
4. het operatief verwijderen en plaatsen van een borstprothese na de in onder 3 bedoelde behandeling;
5. behandelingen tegen snurken met uvuloplastiek;
6. behandelingen gericht op de sterilisatie van de verzekerde;

7. behandelingen gericht op het ongedaan maken van de sterilisatie van de verzekerde;

8. behandelingen gericht op de circumcisie van de verzekerde.

Anders dan in de Regeling medisch-specialistische zorg Ziekenfondswet is bij de transplantaties niet meer geregeld dat het moet gaan om een indicatiegebied dat algemeen voor de desbetreffende vorm van transplantatie is aanvaard. Het is niet meer nodig om dit te regelen omdat dat al uit artikel 2.1, tweede lid, volgt.

Onderdeel d beperkt de eerstelijnspsychologie tot maximaal acht zittingen.

Onderdeel e beperkt het aantal zittingen psychotherapie op dezelfde wijze als dat op grond van de AWBZ geregeld was.

Het derde lid betreft de eigen bijdrage voor psychotherapie zoals die op grond van de AWBZ gold. Dit betekent een bedrag per zitting tot een maximum per kalenderjaar. Zoals in de toelichting op het amendement-Omtzigt nr. 40 is aangegeven, voorziet artikel 11, derde lid, onderdeel c, erin dat een eigen bijdrage bij ministeriële regeling kan worden geregeld.

Verder geeft deze bepaling de bevoegdheid om een eigen bijdrage voor eerstelijnspsychologie te regelen.

Artikel 2.5

Dit artikel heeft betrekking op de vergoeding van de kosten die samenhangen met de in artikel 2.4, eerste lid, onderdeel c, geregelde transplantatie. Het gaat om kosten die nodig zijn vanwege het transplantatiemateriaal en derhalve ook kosten vanwege de donor. Om voor vergoeding in aanmerking te komen, is het niet nodig dat de donor verzekerd is in de zin van de Zvw. Ook kosten gemaakt voor in het buitenland wonende donoren komen voor vergoeding in aanmerking. Het betreft kosten van vervoer van en naar Nederland, kosten die samenhangen met het feit dat de screening en de selectie van potentiële donors in het buitenland plaatsvinden, zoals reiskosten in het buitenland naar een instelling voor het uitvoeren van de screening en de selectie- en transportkosten van bloedmonsters. De verblijfskosten in Nederland en gederfde inkomsten zijn nadrukkelijk van de aanspraak op vergoeding uitgesloten. Op een dergelijke vergoeding hebben ook donoren in Nederland geen aanspraak voor rekening van de zorgverzekering. De zorgverzekeraar is als uitvoerder van de Zvw verantwoordelijk voor de beoordeling of de te maken kosten noodzakelijk zijn. Zo kan afname van bloed voor screening en selectie meestal gebeuren in het land waar de potentiële donor woont en is het niet altijd noodzakelijk dat een in het buitenland woonachtige beenmergdonor naar Nederland komt, omdat het ook mogelijk is beenmerg te conserveren en naar Nederland te transporteren. Reiskosten zullen met name worden gemaakt in de twee laatste fasen van de screening en selectie. Het is dan ook zinnig als deze fasen zoveel mogelijk op elkaar aansluiten zodat zoveel mogelijk met één reis van de donor kan worden volstaan.

Artikel 2.6

Dit artikel heeft betrekking op de paramedische zorg, naar inhoud en omvang zoals die in de ziekenfondsverzekering geregeld waren.

Het tweede lid en bijlage 1 betreffen de fysiotherapie en de oefentherapie zoals die naar inhoud en omvang geregeld waren in de Regeling paramedische hulp ziekenfondsverzekering. De lijst van chronische aandoeningen waarbij langdurige of intermitterende fysiotherapie of oefentherapie nodig kan zijn, is geregeld in bijlage 1. Op die bijlage staan ook de termijnen zoals die in die regeling stonden.

De bepalingen van procedurele aard zijn een aangelegenheid van zorgverzekeraar en verzekerden om in de zorgverzekering overeen te komen en zijn derhalve niet in dit lid, onderscheidenlijk deze bijlage, geregeld.

Het derde lid betreft de logopedie zoals geregeld was in artikel 4, tweede lid, van de Regeling paramedische hulp ziekenfondsverzekering.

Het vierde lid betreft de ergotherapie zoals dat geregeld was in artikel 5, eerste lid, onderdeel c, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering.

Het vijfde lid regelt de dieetadvisering zoals die met ingang van 1 januari 2005 in de ziekenfondsverzekering geregeld was.

Artikel 2.7

Deze bepaling regelt de mondzorg. Anders dan in het ontwerp dat met de nota naar aanleiding van het verslag aan de Tweede Kamer gestuurd was, zijn inhoud en omvang, vanwege het aanvaarde amendement-Omtzigt nr. 40 thans geheel in dit besluit geregeld. De inhoud en omvang van de zorg zijn gelijk aan de inhoud en omvang zoals die geregeld waren met de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering.

In het eerste, tweede en derde lid zijn de inhoud en omvang van de mondzorg voor alle verzekerden geregeld. Deze is beperkt tot de zogenoemde bijzondere tandheelkunde. Voorheen was dat geregeld in de artikelen 8 en 9 van de Regeling tandheelkundige hulp ziekenfondsverzekering. Het eerste lid noemt voor de inhoud en omvang van de mondzorg die onder het Zvw-pakket valt, de tandartsen. Bij tandartsen gaat het om tandarts algemeen practici en tandarts-specialisten (kaakchirurgen en orthodontisten). Ook hier kunnen andere beroepsbeoefenaren bij de zorg ingeschakeld worden. Te denken valt aan tandprothetici, mondhygiënisten en tandtechnici. De functiegerichte omschrijving maakt dat mogelijk.

Net als in de ziekenfondsverzekering bestaat aanspraak op het aanbrengen van tandheelkundige implantaten voor bijvoorbeeld oligodontiepatiënten, schisispatiënten en oncologiepatiënten met gedeeltelijke resectie van kaakdelen. Het aanbrengen van tandheelkundige implantaten valt in die gevallen onder het eerste lid. Daarnaast is, net als in de ziekenfondsverzekering, als onderdeel van de bijzondere tandheelkunde geregeld dat aanspraak bestaat op een tandheelkundig implantaat indien er sprake is van een zeer ernstig geslonken tandeloze kaak en het implantaat dient ter bevestiging van een uitneembare prothese. Dit is geregeld in het tweede lid.

De aanspraak op orthodontie is met ingang van 1 januari 1995 in de ziekenfondsverzekering beperkt tot de tandheelkundige aandoeningen waarop de bijzondere tandheelkunde betrekking heeft. Het gaat daarbij om ingrijpende orthodontische behandelingen bij verzekerden met een schisisafwijking dan wel vergelijkbare zeer ernstige afwijkingen. Deze beperking is in het derde lid geregeld.

Het vierde lid regelt het uitgebreide pakket voor verzekerden tot achttien jaar in die situaties dat niet bijzondere tandheelkunde, maar «gewone» tandheelkunde aan de orde is. Dit pakket is gelijk aan het jeugdpakket zoals dat in de ziekenfondsverzekering geregeld was.

Voor verzekerden vanaf achttien jaar is de mondzorg beperkt tot de chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard (kaakchirurgie) en het daarbij behorende röntgenonderzoek en tot uitneembare volledige prothetische voorzieningen voor de boven- of onderkaak, zoals die in het vijfde lid van de onderhavige bepaling geregeld zijn. Gezien de functiegerichte omschrijving zijn deze prothetische voorzieningen nu weer onder de mondzorg geregeld. De mondzorg kan thans immers ook door onder andere tandprothetici voor rekening van de zorgverzekering worden geleverd als zorgverzekeraars en verzekerden dat overeenkomen.

Onder chirurgische tandheelkundige hulp van specialistische aard wordt begrepen de tandheelkundige hulp die wordt verleend door een tandarts met een registratie voor mondziekten en kaakchirurgie.

In de ziekenfondsverzekering waren eigen bijdragen geregeld voor de bijzondere tandheelkunde alsmede voor de uitneembare prothetische voorzieningen. Deze zullen op dezelfde wijze ook weer bij ministeriële regeling geregeld worden. Dat betekent dat zal worden geregeld dat voor de volledige gebitsprothesen een eigen bijdrage van 25% van de kosten geldt. Voor de volwassen verzekerde van achttien jaar en ouder die zijn aanspraak ingevolge artikel 2.7, eerste lid, onderdeel a, onderscheidenlijk de extreem angstige verzekerde van achttien jaar of ouder die zijn aanspraak ingevolge artikel 2.7, eerste lid, onderdeel b, tot gelding brengt, zal worden geregeld dat voor bepaalde verrichtingen een bijdrage verschuldigd is ter grootte van het bedrag dat ten hoogste in rekening mag worden gebracht indien zodanige prestaties niet in het kader van bijzondere tandheelkunde (derhalve slechts tegen het reguliere tandheelkundige tarief) zouden worden geleverd. Deze verrichtingen zijn: preventief onderzoek, incidenteel consult, extractie, parodontale hulp, endodontische hulp, restauratie van gebitselementen met plastische materialen en uitneembare prothetische voorzieningen.

Artikel 2.8

In dit artikel is de farmaceutische zorg omschreven. De farmaceutische zorg bestaat uit geneesmiddelen (in hoofdzaak: geregistreerde geneesmiddelen en apotheekbereidingen) en dieetpreparaten. Onder de ziekenfondsverzekering viel onder de farmaceutische zorg ook verbandmiddelen. Deze zijn met dit besluit onder de hulpmiddelen begrepen.

Het gaat in deze bepaling om farmaceutische zorg die bestaat uit middelen die aan de verzekerde worden afgeleverd.

Sinds 1991 geldt bij de farmaceutische zorg het zogenoemde geneesmiddelenvergoedingssysteem (gvs). Het gvs houdt in het indelen van geneesmiddelen in groepen van onderling vervangbare geneesmiddelen volgens bepaalde criteria. Per gvs-groep is een vergoedingslimiet berekend. Is de werkelijke prijs van het geneesmiddel hoger, dan betaalt de verzekerde het verschil bij. Uitgangspunt is dat de verzekerde deze eigen bijdrage kan vermijden door te kiezen voor een geneesmiddel met een prijs lager dan de limiet.

Met de invoering van het gvs is geregeld dat de minister de geregistreerde geneesmiddelen die in het pakket zitten, aanwijst. Deze middelen staan met merknaam op een bijlage die onderdeel is van een ministeriële regeling. Onder de ziekenfondsverzekering was dat bijlage 1 van de Regeling farmaceutische hulp 1996. De geneesmiddelen die in groepen waren onderverdeeld, stonden op onderdeel A van die bijlage. Omdat er ook geneesmiddelen bestaan die niet zijn onder te verdelen op basis van de daarvoor vastgestelde criteria, maar die in verband met de therapeutische waarde en de doelmatigheid van het geneesmiddel dusdanig van belang zijn voor de volksgezondheid dat de verzekerden toch toegang moeten hebben tot dat middel, worden deze middelen ook aangewezen. Zij stonden onder de ziekenfondsverzekering op onderdeel B van bedoelde bijlage.

Met het oog op de beoogde regierol van zorgverzekeraars is met ingang van 19 december 2003 geregeld dat de zorgverzekeraar het pakket kan beperken tot door hem aangewezen middelen onder de voorwaarde dat hij van elke werkzame stof die zit in een bij ministeriële regeling aangewezen middel, een middel aanwijst. Deze beperking gold niet indien behandeling met het door de zorgverzekeraar aangewezen middel voor de verzekerde medisch niet verantwoord was.

Deze materie (de aanwijzing door de minister en de eventuele keuze daaruit door de zorgverzekeraar) is thans geregeld in het eerste lid, onderdeel a. Om de beoogde regierol van zorgverzekeraars extra te benadrukken, is de bepaling, anders dan in het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering, zo geformuleerd dat de zorgverzekeraar bewust een beslissing moet noemen over de middelen die hij in de zorgpolis wil opnemen. Dat wil niet zeggen dat hij persé een selectie moet maken uit de bij ministeriële regeling aangewezen middelen. Hij kan er voor kiezen om alle middelen aan te wijzen. Hij kan ook bijvoorbeeld alle middelen aanwijzen op een enkele uitzondering na. Hij kan voorts geleidelijk aan meer keuzen maken. Zijn aanwijzing is wel aan dezelfde beperkingen onderhevig als onder de ziekenfondsverzekering. In het derde lid is, net zoals dat in artikel 9a, tweede lid, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering geregeld was, namelijk geregeld dat de zorgverzekeraar van elke werkzame stof ten minste één middel moet aanwijzen. Elke verzekerde moet namelijk kunnen rekenen op een geneesmiddelenpakket in zijn zorgpolis dat dezelfde therapeutische breedte dekt. Met andere woorden, alle verzekerden moeten bij dezelfde aandoening kunnen rekenen op farmaceutische zorg voor rekening van zijn zorgverzekering.

De uitzondering op de aanwijzing van de zorgverzekeraar, die geregeld was in artikel 9a, derde lid van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering, is geregeld in het vierde lid. Ingevolge dit lid geldt de beperking van de keuze van de zorgverzekeraar niet jegens een verzekerde voor zover die beperking ten koste zou gaan van diens gezondheid; als het medisch niet verantwoord is de verzekerde slechts toegang te geven tot het aangewezen geneesmiddel, behoudt de verzekerde aanspraak op een ander geneesmiddel. Het gaat hier om een hoge uitzondering, slechts als het medisch onverantwoord is dat behandeld wordt met een door de zorgverzekeraar aangewezen geneesmiddel, bestaat aanspraak op een ander middel. Het is aan de zorgverzekeraar zelf om te bepalen hoe hij toetst of aan deze voorwaarde voldaan is.

In het tweede lid is geregeld wanneer farmaceutische zorg niet onder de prestatie valt. Het gaat daarbij in onderdeel a om de situatie dat er bij de verzekerde geen sprake is van een bepaalde medische indicatie. Deze medische indicaties stonden voor geneesmiddelen op bijlage 2 van de Regeling farmaceutische hulp 1996. Een soortgelijke lijst van indicaties zal ook in de op grond van dit besluit te treffen ministeriële regeling geregeld worden. Daaraan zal dan ook het indicatiegebied voor dieetpreparaten worden toegevoegd, dat geregeld was in artikel 9, derde lid, onderdeel d, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering.

De formulering van onderdeel c van het eerste lid is ten opzichte van de bepaling in het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering iets aangepast. Er is gekozen om de Europese omschrijving te volgen en te spreken over «een ziekte die in Nederland niet vaker voorkomt dan bij 1 op de 150 000 inwoners in plaats van de formulering «een in Nederland zelden voorkomende aandoening». Het voornemen om deze andere omschrijving in te gaan voeren, heb ik aan de Tweede Kamer kenbaar gemaakt in mijn brief van 7 april 2004 over de vergoeding van weesgeneesmiddelen¹.

In het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering was een aantal categorieën aangeduid die de minister niet mag aanwijzen. Deze opsomming was niet uitputtend en is in deze bepaling weggelaten. De minister heeft immers de bevoegdheid om, gemotiveerd, geneesmiddelen of groepen van geneesmiddelen wel of niet aan te wijzen en buiten de prestatie te laten. Groepen die tot nu toe niet (meer) zijn aangewezen, zijn:

- a. een groot deel van de zogenoemde zelfzorgmiddelen en daarmee overeenkomende geneesmiddelen;
- b. de geneesmiddelen als bedoeld in artikel 1 van het Besluit homeopatische farmaceutische producten;

¹ Kamerstukken II 2003/04, 24 124, nr. 114.

- c. geneesmiddelen tegen besmettelijke ziekten, tenzij aanwijzing daarvan om bijzondere redenen noodzakelijk is te achten;
- d. geneesmiddelen waarvoor geen vergoedingslimiet is vast te stellen, tenzij in verband met de therapeutische waarde en de doelmatigheid van het geneesmiddel het belang van de volksgezondheid vergt dat verzekerden toegang tot dat middel hebben.

Verder is het geneesmiddelenpakket een aantal jaren geleden getrechterd op basis van de Dunning-criteria.

Het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering bevatte ook een bepaling over de maximale perioden waarover geneesmiddelen voor rekening van de ziekenfondsverzekering mochten worden afgeleverd. Deze doelmatigheidsbepaling is bij de Zvw een bevoegdheid van de zorgverzekeraar. Deze bevoegdheid houdt niet in dat de zorgverzekeraar de hoeveelheid farmaceutische zorg die een verzekerde nodig heeft, mag beperken.

Omdat regeling van de gvs-criteria en de aanvraagprocedure voor de fabrikanten materieel gezien beter bij ministeriële regeling kan geschieden, is afgezien om deze onderwerpen in dit besluit te regelen zoals dat wel gedaan was in het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering.

Artikel 2.9

Het eerste lid van dit artikel waarin de hulpmiddelenzorg is geregeld, is nagenoeg gelijk aan artikel 15, eerste lid, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering. Bij de ziekenfondsverzekering was in de Regeling hulpmiddelen 1996 limitatief geregeld op welke hulpmiddelen aanspraak bestond. Een dergelijke regeling zal op grond van dit besluit eveneens getroffen worden. Wel zal bezien worden of zoveel mogelijk gedereguleerd kan worden. Bij de in de Regeling hulpmiddelen 1996 geregelde hulpmiddelen gaat het om allerlei prothesen, orthesen, gezichts-hulpmiddelen, gehoorhulpmiddelen, verzorgingsmiddelen, hulpmiddelen voor anticonceptionele doeleinden, eenvoudige hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen, pruiken, injectiespuiten, uitwendige hulpmiddelen voor het langdurig compenseren van het functieverlies van aderen bij het transport van bloed en het functieverlies van lymfevaten bij het transport van lymfe, hulpmiddelen bij diabetes, apparatuur voor positieve uitademingsdruk, draagbare, uitwendige infuuspompen, schoenvoorzieningen, hulpmiddelen voor het toedienen van voeding, allergievrije en stofdichte hoezen, hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering, zuurstofapparaten, zuurstofconcentratoren, longvibrators, vernevelaars, beeldschermloepen, uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn, hulpmiddelen voor continue positieve luchtdruk tijdens het ademen (CPAP-apparatuur), solo-apparatuur, tactiel-leesapparatuur, vervanging van hoortoestelen die kunnen worden aangesloten op een te implanteren beengeleider (BAHA-hoortoestel), inrichtingselementen van woningen en prothetische voorzieningen voor de onder- of bovenkaak. Deze laatste hulpmiddelen vallen thans onder mondzorg. Verder zullen aan de genoemde hulpmiddelen in ieder geval nog de verbandmiddelen, de apparatuur voor de niet-klinische haemodialyse en voor de chronische intermitterende beademing toegevoegd worden. Bedoelde hulpmiddelen worden bij ministeriële regeling meer gedetailleerd omschreven. Daarbij wordt ook aangegeven in welke gevallen er recht op bestaat.

Op termijn zal worden bezien of tot een globalere omschrijving met als aangrijpingspunt de te corrigeren aandoening/handicap, kan worden overgegaan, zodat er meer ruimte is voor innovatie. Het inzicht of en hoe dit zou kunnen, bestaat op dit moment nog niet.

Er is voor gekozen om de nadere regeling op ministerieel niveau te handhaven. Dat maakt het mogelijk om de regeling jaarlijks aan te passen. Jaarlijks rapporteert het CVZ namelijk over gesignaleerde knelpunten rond de verstrekking van hulpmiddelen. In 1999 is het CVZ gestart met het bijhouden van de signaleringslijst. Hierop staan alle signalen op het gebied van hulpmiddelen die het CVZ bereiken. Daarbij kan het gaan om verzoeken van fabrikanten om een nieuw hulpmiddel in de regeling op te nemen. Ook kan het gaan om signalen vanuit de Commissie Verstrekkingengeschillen van het CVZ, uit correspondentie of uit de uitvoeringspraktijk. In het bijzonder gaat het ook om signalen die het CVZ vanuit de Werkgroep Stofkam, waarin patiënten en zorgverzekeraars zitting hebben, en vanuit de Begeleidingscommissie hulpmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland bereiken. Ten slotte zijn de uitvoeringsverslagen van zorgverzekeraars hiervoor een belangrijke bron. Met ingang van 2001 heeft het CVZ op basis van deze lijst het Signaleringsrapport hulpmiddelen uitgebracht. De rapportages vormden de basis voor jaarlijkse actualisatie van de Regeling hulpmiddelen 1996.

Artikel 15, tweede lid, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering regelde dat bij ministeriële regeling regels konden worden gesteld met betrekking tot wijziging of herstel van hulpmiddelen en het verstrekken van reservehulpmiddelen. Verder gaf artikel 15, vierde lid, onderdeel c, van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering de bevoegdheid om bij ministeriële regeling een eigen bijdrage te regelen ter grootte van een daarbij aangegeven percentage van de aanschaffingskosten, indien door toerekenbare onachtzaamheid of opzet van de verzekerde schade aan het hulpmiddel ontstaat. Omdat bij de Zvw uitgangspunt is dat de doelmatigheid een aangelegenheid van de zorgverzekeraar is, zijn dergelijke bepalingen niet in dit besluit opgenomen.

In het derde lid is bepaald dat bij ministeriële regeling een eigen bijdrage kan worden geregeld. Daarbij gaat het om eigen bijdragen voor:

1. Orthopedische schoenen, verbandschoenen of allergeen vrije schoenen, omdat de verzekerde de kosten van gewone schoenen uitspaart. Tevens betaalt de verzekerde het verschil bij als de kosten hoger zijn dan een bepaald bedrag.
2. Voor een hoortoestel als de aanschaffingskosten hoger zijn dan een bepaald bedrag. De verzekerde betaalt dan het verschil bij. Dat bedrag is hoger indien het hoortoestel in een bril wordt ingebouwd.
3. Voor een pruik als de kosten hoger zijn dan een bepaald bedrag. De verzekerde betaalt dan het verschil bij.
4. Voor faxapparatuur als de kosten hoger zijn dan een bepaald bedrag. De verzekerde betaalt dan het verschil bij.

Artikel 2.10

In dit artikel is het verblijf geregeld tot een periode van ten hoogste 365 dagen. In artikel 1, onderdeel b, is verblijf gedefinieerd als verblijf gedurende het etmaal. Niet is geregeld waar dat verblijf dan is. Dat is aan de zorgverzekeraar en de verzekerde om in de zorgovereenkomst te regelen. Dat hoeft niet persé in een zorginstelling te zijn.

Indien het gaat om verblijf in combinatie met medisch-specialistische zorg komt het verblijf na 365 dagen ten laste van de AWBZ, net als tot 1 januari 2006 het geval was.

Op grond van de ziekenfondsverstrekkingen was verblijf slechts mogelijk indien dat verblijf plaatsvond in ziekenhuizen of revalidatie-instellingen. Met toepassing van paragraaf 3.3.1 van de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet (initiatiefruimte ziekenfondsverzekering) werd echter ook ander verblijf uit de kas van de ziekenfondsverzekering gefinancierd dat noodzakelijk was voor de geneeskundige zorg op grond van de Ziekenfondswet, bijvoorbeeld zorghotels. De

omschrijving van artikel 2.10 maakt het opnemen in de zorgverzekering van deze nieuwe verblijfsvormen mogelijk. Behalve dit verblijf gaat het in deze bepaling ook om verblijf gedurende het eerste jaar, zoals dat met dit besluit voor mensen met een psychiatrische aandoening uit de AWBZ is overgeheveld. Na het eerste jaar blijft dit verblijf met de daarbij behorende zorg in de AWBZ.

Het in deze bepaling geregelde verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg, bedoeld in artikel 2.4 van dit besluit, omvat ook de daarmee gepaard gaande verpleging en verzorging. Verpleging en verzorging zijn als extra zorg in deze bepaling genoemd. Uiteraard omvat verblijf meer dan slechts een bed, maar ook eten en drinken, het schoonhouden van de kamer enzovoort. Zoals in de toelichting op artikel 2.4 is gesteld omvat de geneeskundige zorg ook de noodzakelijke toepassing van materialen, zoals genees-, verband- of hulpmiddelen. Ook deze materialen zijn niet apart in deze bepaling vermeld. Datzelfde geldt voor operatiematerialen en voor bijvoorbeeld verband-, verzorgings- en verpleegmiddelen die in het kader van verzorging en verpleging tijdens het verblijf worden toegepast. Paramedische zorg valt eveneens onder de in artikel 2.4 geregelde geneeskundige zorg. Toch is paramedische zorg apart genoemd omdat het hier niet gaat om medisch noodzakelijke geneeskundige zorg door een arts waarvoor het verblijf primair is aangewezen. Omdat de beperkingen van artikel 2.6 niet gelden voor de paramedische zorg bij verblijf is paramedische zorg expliciet in deze bepaling genoemd.

In het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering was expliciet geregeld dat slechts aanspraak bestond op verblijf in een ziekenhuis in de laagste klasse. Een dergelijke voorwaarde wordt niet in dit hoofdstuk geregeld. Een eventueel verschil in klasse heeft namelijk geen betekenis voor het kwaliteitsniveau van de verzekerde zorg, maar heeft betrekking op niet zorggerelateerde aanvullende aspecten, zoals het beschikbaar stellen van een eenpersoonskamer. Dit niet-zorggerelateerde aspect behoort tot het bereik van de aanvullende verzekering.

Wat betreft de berekening van de 365 dagen geldt het totale verblijf dat voor rekening van de Zvw is gekomen. Verhuist de verzekerde dus van de ene Zvw-instelling naar de andere Zvw-instelling dan tellen de verblijfsdagen bij elkaar op ook al is het verblijf om een andere medische indicatie aangewezen.

Artikel 2.11

In artikel 10 van de Zvw is verpleging als apart onderdeel vermeld. Met het nadrukkelijk noemen van verpleging in artikel 10 van de Zvw is beoogd belangrijke ontwikkelingen in deze zorg te faciliteren. In het advies van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, getiteld «Taakherschikking in de gezondheidszorg» (publicatienummer 02/17) worden deze ontwikkelingen bepleit.

De zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden, voorzover die onder de Zvw valt, valt in dit besluit deels onder artikel 2.4, deels onder artikel 2.10 en deels onder artikel 2.11. Deze zorg moet onderscheiden worden van de verpleging in de zin van de AWBZ.

Onder artikel 2.4 vallen werkzaamheden die verpleegkundigen doen in het kader van de geneeskundige zorg. Verpleegkundigen, praktijkverpleegkundigen of nurse practitioners, nemen immers gaandeweg zowel meer taken van de huisarts als van de medisch-specialist over. Dat doen ze bijvoorbeeld in de huisartsenpraktijk, waar ze specifieke groepen begeleiden en behandelen voor onder andere diabetes, astma of hartfalen. In een aantal ziekenhuizen houden nurse practitioners eigen spreekuren, veelal gerelateerd aan verschillende specialismen. Ook hier gaat het om diabetes, hartfalen (hartpoli's) en verder reuma, mammapoli's en andere oncologische zorg.

Verder is recent in Nederland de opleiding voor physician assistant gestart. De opleiding voor physician assistant is een hogere beroepsopleiding. Ook de physician assistant kan taken van de arts overnemen.

In artikel 2.10 is de verpleging geregeld die aangewezen is bij verblijf in een instelling.

Artikel 2.11 regelt de verpleging aanvullend op de verpleging in artikel 2.10. Daarnaast zijn er dus taken van verpleegkundigen als onderdeel van de geneeskundige zorg in artikel 2.4.

Het gaat in artikel 2.11 met betrekking tot de verpleging waarover het CTZ in zijn rapport «Verkennd onderzoek diabetesproject Zuid-Limburg», aangeboden bij brief van 6 mei 2004, CTZ/24041757, heeft geconstateerd dat deze verpleging onder de zorg in de Ziekenfondswet valt. Het CTZ heeft dat rapport uitgebracht naar aanleiding van vragen over de financiering van transmurale zorg vanuit ziekenhuizen. In eerste aanleg ging het om transmurale initiatieven voor zorg aan diabetespatiënten. Later zijn ook projecten gestart voor andere aandoeningen zoals astma/COPD (chronic obstructive pulmonary, diseases), reuma en hartfalen. Doel was om met behulp van samenhangende zorg winst in gezondheid en welzijn te bereiken. Het betreft zorgverlening voor chronisch zieken in een zogenoemd disease managementmodel. Centraal in de zorgverlening staat dat aan patiënten advies, instructie en voorlichting en gespecialiseerde verpleegkundige zorg wordt gegeven.

Voor de zorg is een behandelprotocol opgesteld. In het behandelprotocol zijn drie routes opgenomen voor in aanmerking komende patiënten met diabetes. Deze routes zijn van belang bij het vaststellen of de verleende zorg – toen – verzekerd is op grond van de Ziekenfondswet dan wel op grond van de AWBZ. Route 1 betreft nieuwe of slecht gereguleerde diabetespatiënten waarbij de internist verantwoordelijk is voor de behandeling. De kosten van de verpleging in deze situatie komen ten laste van het ziekenhuisbudget. Het CTZ constateerde dat de kosten dan gedragen moeten worden door de ziekenfondsverzekering en de particuliere ziektekostenverzekeringen

Bij route 3 gaat het om verpleegkundige zorg aan diabetespatiënten gekoppeld aan behandeling van de huisarts. Bij deze route komen de kosten van verpleging ten laste van de AWBZ, zo constateerde het CTZ. Het gaat hier immers om verpleging in de thuissituatie.

Route 2 zit daar tussen in.

Op basis van deze conclusie van het CTZ is artikel 2.11 geformuleerd. Indien er sprake is van verpleging in verband met medisch-specialistische zorg, valt deze onder de Zvw. Dit geldt indien er sprake is van verblijf (artikel 2.10) en indien verblijf niet aan de orde is.

Is er sprake van verpleging in verband met geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 2.4, niet zijnde medisch-specialistische zorg, dan valt die alleen onder de Zvw indien er sprake is van verblijf.

Artikel 2.12

Deze bepaling regelt de kraamzorg naar inhoud en omvang zoals die in de ziekenfondsverzekering geregeld waren. Ingevolge het aanvaarde amendement-Van der Vlies en Smilde nr. 20 is in artikel 10, eerste lid, onderdeel f, van de Zvw nadrukkelijk geregeld dat verzorging ook kraamzorg omvat. Bij de eigen bijdrage voor kraamzorg gaat het om een bedrag per uur voor kraamzorg thuis en een bedrag per dag bij verblijf in een instelling, indien het gaat om verblijf zonder medische indicatie. Indien de kosten per verblijfsdag hoger zijn dan een bepaald bedrag, betaalt de verzekerde bovendien het meerdere bij.

Artikel 2.13

In dit artikel is het vervoer per ambulance geregeld. Anders dan in de Regeling ziekenvervoer Ziekenfondswet is in de formulering geen onderscheid meer gemaakt tussen vervoer in Nederland en vervoer van en naar het buitenland.

Het vervoer is in beginsel gemaximeerd tot vervoer over een afstand van 200 kilometer (enkele reis). Daarmee is aangesloten bij hetgeen het CVZ in zijn circulaire van 25 juni 2003, 04/45, aan de uitvoeringsorganen van de Ziekenfondswet en AWBZ heeft aangegeven als een redelijke toepassing van het ziekenvervoer. Het CVZ heeft deze circulaire opgesteld naar aanleiding van de uitspraak die het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen heeft gedaan in de zaken Müller-Fauré en Van Riet (C-385/99).

In de situatie dat de zorgverzekeraar de verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een verder weg gevestigde instelling of beroepsbeoefenaar bestaat echter recht op vervoer over een grotere afstand. Dit wordt geregeld in het tweede lid.

Artikel 2.14

In eerste lid is het vervoer geregeld per auto, anders dan ambulancevervoer, en per openbaar vervoer. Conform de Regeling ziekenvervoer Ziekenfondswet gaat het daarbij slechts om vier situaties waarbij recht bestaat op dat vervoer. Ook hier geldt de beperking van maximaal 200 kilometer (enkele reis).

Het derde lid betreft de hardheidsclausule zoals die ook onder de ziekenfondsverzekering gold.

Het vierde lid regelt dezelfde uitzondering op de 200 kilometer als artikel 2.13, tweede lid.

Artikel 2.15

Deze bepaling gold eveneens onder de ziekenfondsverzekering. Bij deze uitzondering kan gedacht worden aan vervoer per helikopter. Dit speelt vooral bij medisch noodzakelijk vervoer vanaf de waddeneilanden.

Artikel 2.16

Deze bepaling strekt er toe bij ministeriële regeling een eigen bijdrage te regelen voor het in artikel 2.14 geregelde vervoer. Het gaat om een eigen bijdrage voor vervoer tot een bepaald bedrag per 12 maanden. Hierbij gaat het niet om een kalenderjaar, maar om een termijn die ingaat op het moment dat van het vervoer gebruik gemaakt gaat worden.

§ 2. Het eigen risico

Artikel 2.17

Eind maart 2005 hebben VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) afspraken gemaakt over een nieuw bekostigingssysteem van huisartsenzorg. De hoofdlijnen van dat systeem zijn bij brief van 8 april 2005 aan de Tweede Kamer uiteengezet (Kamerstukken II 2004/05, 29 247, nr. 24).

Samengevat komt het er op neer dat een huisarts of instelling die huisartsenzorg verleent, voor iedere patiënt die hij of zij inschrijft als tegenprestatie voor zijn beschikbaarheid een bedrag in rekening zal mogen brengen. Dit mag op het moment waarop de patiënt zich bij hem inschrijft (tenzij deze reeds bij een andere huisarts of instelling is ingeschreven) en vervolgens ieder jaar. Het bedrag dat de huisarts of

instelling in rekening mag brengen is ten hoogste het «beschikbaarheids-tarief» dat het College tarieven gezondheidszorg op grond van de Wtg (in de toekomst: op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg: Wmg) zal vaststellen. Het bedrag kan echter, indien de zorgverzekeraar van de verzekerde en zijn huisarts of instelling dit in een zorgovereenkomst zijn overeengekomen, ook lager zijn.

In zo'n zorgovereenkomst kan tevens zijn neergelegd dat de huisarts of instelling een additioneel bedrag in rekening mag brengen indien hij of zij wegens extra werkzaamheden meer kosten heeft (te denken valt aan het werken met praktijkondersteuners, het houden van een diabetes-spreekuur, of het deelnemen aan farmacotherapeutisch overleg), indien zijn patiëntenbestand bijzondere kenmerken heeft (bijvoorbeeld indien de leeftijd van zijn patiënten veel hoger is dan het gemiddelde) of indien de huisvestingskosten van de praktijk hoger zijn dan gemiddeld. Het ligt in de rede dat de huisarts of instelling dan met de zorgverzekeraar afspreekt dat hij deze gelden per ingeschreven verzekerde van de zorgverzekeraar ontvangt. Aan patiënten van zorgverzekeraars waarmee geen zorgovereenkomst is gesloten, mogen deze bedragen niet in rekening worden gebracht.

Ten slotte mag een huisarts of instelling voor ieder consult een bedrag in rekening brengen, wederom totaan het maximum daarvoor op grond van de Wtg is vastgesteld.

Is een patiënt reeds bij een andere huisarts ingeschreven, dan mag de huisarts of instelling waar de patiënt – bijvoorbeeld omdat deze op zijn vakantieadres op zorg aangewezen raakt – een passantentarief in rekening brengen.

De verplichting om voor het ingeschreven staan een beschikbaarheidsvergoeding te betalen, zou verzekerden die een zorgverzekering met een eigen risico hebben ertoe kunnen bewegen zich pas bij een huisarts in te schrijven op het moment waarop zij zorg nodig hebben. Zowel vanuit het oogpunt van continuïteit van de zorgverlening aan de verzekerde, als vanuit het doel van het beschikbaarheidstarief, te weten het leveren van een vergoeding aan de aanbieder voor zijn beschikbaarheid als leverancier voor huisartsenzorg, wordt dit ongewenst geacht. Daarom is in artikel 2.17 de vergoeding voor de beschikbaarheid van de huisartsenzorg buiten het eigen risico gehouden. Hetzelfde geldt voor de tegelijk met deze vergoeding in rekening te brengen bedragen voor extra werkzaamheden, voor een patiëntenbestand met bijzondere kenmerken of voor een locatie met bijzondere kenmerken, voor zover althans over één of meer van deze modules afspraken zijn gemaakt met de zorgverzekeraar van de patiënt, en bovendien is afgesproken dat deze kosten per verzekerde van die zorgverzekeraar die zich bij de desbetreffende huisarts of instelling wenst in te schrijven, tegelijk met het bedrag voor de inschrijving in rekening worden gebracht.

De delegatiebasis voor artikel 2.17 zal door middel van een in de Invoerings- en aanpassingswet Zvw op te nemen wijziging van de Zvw, in artikel 20 Zvw worden opgenomen.

Het consulttarief en het passantentarief vallen wél onder het eigen risico. In dezen is de situatie anders dan bij de no-claimteruggave. Voor het berekenen van die teruggave tellen kosten van zorg zoals huisartsen die plegen te bieden namelijk in het geheel niet mee (zie artikel 2.19).

Aangezien beschikbaarheidsvergoeding en afgesproken extra vergoedingen noch voor de no-claimteruggave, noch voor een eigen risico meetellen, komen deze kosten – uiteraard mits de patiënt een zorgverzekering heeft – geheel voor rekening van zijn zorgverzekeraar.

Artikel 2.18

Het eerste lid van deze bepaling regelt het maximale no-claimteruggavebedrag. Dit is het bedrag dat wordt uitgekeerd na afloop van het kalenderjaar aan mensen die in het geheel geen zorg hebben gebruikt. De overige leden regelen het indexcijfer en de afrondingsregels. Anders dan bij de no-claimteruggave op grond van de Ziekenfondswet is de afronding op veelvouden van € 10 geregeld. Daarmee wordt bereikt dat de indexering leidt tot een maximale no-claimteruggave in herkenbare bedragen.

Voor 2006 geldt, net als voor 2005 in de ziekenfondsverzekering gold, een bedrag van € 255. Dit bedrag was voor 2005 verhoogd van € 250 naar € 255 vanwege het buiten de no-claimteruggaveregeling laten van de huisartsenzorg. Het is niet de bedoeling dat dit bedrag door de gekozen afronding op een veelvoud van € 10 naar beneden, lager wordt dan € 255. Om dit te voorkomen is het vijfde lid getroffen.

Artikel 2.19

Het eerste lid geeft uitvoering aan artikel 22, vijfde lid, onderdeel b, van de Zvw. De zorgverzekeraar is verplicht om uiterlijk op 31 maart van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarop de no-claimteruggave betrekking heeft, de no-claimteruggave uit te betalen door overmaking op de bankrekening van de verzekerde.

In het tweede lid is, net als bij ziekenfondsverzekering, geregeld dat de kosten van verloskundige zorg en kraamzorg niet meetellen bij de no-claimteruggave. Tevens is geregeld dat de kosten van de zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, niet meetellen. Door de functiegerichte omschrijving geldt deze uitzondering dus ook indien de zorg door anderen dan de huisarts wordt verleend. De zorgverzekeraar zal in de zorgpolis duidelijk moeten aangeven wanneer dat het geval is.

Als na vaststelling van de uitkering nog rekeningen voor in het desbetreffende jaar genoten zorg bij de zorgverzekeraar binnenkomen waarmee bij de berekening van de no-claimteruggave geen rekening is gehouden, hebben deze kosten ingevolge het derde lid gevolgen voor de inmiddels uitgekeerde no-claimteruggave. Dit kan nog tot en met uiterlijk 31 maart van het kalenderjaar daarna. Bijvoorbeeld rekeningen voor de in 2006 genoten zorg die nog binnenkomen nadat de no-claimteruggave al in 2007 is uitgekeerd, maar vóór 1 april 2008, kunnen ertoe leiden dat de vastgestelde no-claimteruggave over 2006 alsnog lager wordt vastgesteld; daardoor ontstaat er een vordering van de zorgverzekeraar op de verzekerde aan wie de no-claimteruggave is uitbetaald. Voor zover de betrokken verzekerde op dat latere tijdstip nog is ingeschreven bij dezelfde zorgverzekeraar, kan de terugbetaling – voor zover dat mogelijk is – eventueel worden verrekend met de no-claimteruggave over 2007. Als de verzekerde over 2007 geen no-claimteruggave van die zorgverzekeraar ontvangt, omdat hij in 2007 veel zorg heeft geconsumeerd of omdat hij inmiddels is ingeschreven bij een andere zorgverzekeraar, zal de zorgverzekeraar op andere wijze tot verrekening met de verzekerde moeten komen.

De extra termijn van een jaar waarbinnen met alsnog ontvangen rekeningen rekening wordt gehouden, lijkt op het eerste gezicht lang. Bedacht moet echter worden dat de zorgaanbieders hun rekeningen soms vele maanden na de zorgverlening verzenden. Bovendien zullen dbc's pas na afsluiting ervan in rekening worden gebracht. Ook dbc's kunnen een duur van vele maanden kennen. Ten slotte is het voordeel van het precies nemen van een jaar (in plaats van, bijvoorbeeld, negen maanden) dat

verrekening met de no-claimteruggave voor het daaropvolgende zorgjaar kan plaatsvinden.

Rekeningen met betrekking tot zorg in 2006 die na 31 maart 2008 binnenkomen, tellen niet meer mee.

Hoofdstuk 3. Zorgverzekeraars

§ 1. De vereveningsbijdrage

§ 1.1. De onderverdeling van het macro-prestatiebedrag in macro-deelbedragen

Artikel 3.1

Het macro-prestatiebedrag wordt onderverdeeld in vier onderscheiden macro-deelbedragen, voor verschillende categorieën van prestaties (lid 1). De som van de macro-deelbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en vaste kosten van ziekenhuisverpleging zijn gerelateerd aan de raming van het deel van de kosten van geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden, met uitzondering van zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden, alsmede de kosten van verblijf, verpleging en verzorging (met uitzondering van verblijf in verband met geneeskundige ggz), voor zover deze prestaties voor vergoeding op grond van de Zvw in aanmerking komen. Het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige ggz is gerelateerd aan de kosten van geneeskundige zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden en het hiermee gepaard gaand verblijf, voor zover deze prestaties voor vergoeding op grond van de Zvw in aanmerking komen. Het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties is gerelateerd aan de geraamde kosten van alle overige Zvw-prestaties die niet zijn opgenomen in de drie eerder genoemde macro-deelbedragen.

In de eerste plaats is bij de berekening van het macro-prestatiebedrag de raming van de kosten maatgevend voor de omvang ervan en niet de raming van de financiering. Het verschil tussen beide vormt de raming van de mutatie van de financieringsachterstand bij zorgaanbieders. De hoofdregel is dat slechts eenmaal per jaar het macro-prestatiebedrag wordt bepaald aan de hand van de ramingen in de Rijksbegroting van het betreffende jaar. Een mogelijke uitzondering op deze hoofdregel betreft de middelen die tijdens het voorgaande jaar beschikbaar zijn gesteld en waarmee nog geen rekening was gehouden in de ramingen van het vorige jaar.

Wellicht ten overvloede wordt nog opgemerkt dat weliswaar nacalculatie op de premielast plaatsvindt om te waarborgen dat werkgevers daadwerkelijk 50% van de totale macropremielast dekken, maar dat dit zich niet hetzelfde jaar vertaalt in een nacalculatie op de financiële stroom van het Zorgverzekeringsfonds naar de zorgverzekeraars.

Binnen de kosten van ziekenhuiszorg maken met name de op dit moment door zorgverzekeraars nauwelijks beïnvloedbare en via verzekerdenkenmerken slecht normeerbare kapitaalslasten van ziekenhuisvoorzieningen een verdere splitsing in (voor zorgverzekeraars) vaste en variabele kosten noodzakelijk. Doordat – na de integrale invoering van dbc-financiering bij ziekenhuizen en medisch-specialisten per 1 januari 2005 – nog verdere ontwikkeling van de dbc-systematiek voorzien is in de jaren na 2005, kan van jaar op jaar variëren welke soorten tarieven binnen de ziekenhuisverpleging worden gedeclareerd, en hoe deze in termen van vaste en variabele kosten dienen te worden aangemerkt. Daarom wordt de precieze splitsing van vaste en variabele kosten bij ministeriële regeling vastgelegd. Als de dbc-situatie over enkele

jaren stabiel is dan zal de wijze van splitsing van vaste en variabele kosten in dit besluit worden opgenomen.

Bij de discussie over welke kosten als vast en welke kosten als variabel dienen te worden aangemerkt, speelt overigens ook een rol hoe in de toekomst omgegaan wordt met de overeenkomsten. Tevens is van belang hoe financiering plaatsvindt van ziekenhuiskosten die niet via dbc's gefinancierd (kunnen) worden. Een mogelijk eindplaatje is dat de zorg die gefinancierd wordt middels dbc's (waaronder al dan niet ook de kapitaal-lasten vallen) aangemerkt worden als variabele kosten ziekenhuis-verpleging, en de overige kosten van ziekenhuisverpleging en specialis-tische hulp als vaste kosten ziekenhuisverpleging.

Het tweede lid geeft weer dat bij ministeriële regeling de hoogte van de macro-deelbedragen per categorie van prestaties wordt bepaald.

De kosten van geneeskundige verzorging van Nederlandse verzekerden, die op grond van een internationale overeenkomst (dit is: een overeen-komst gesloten met een andere lidstaat van de Europese Unie dan wel een andere staat die partij is bij de Overeenkomst betreffende de Europese Economische Ruimte of een staat waarmee Nederland een verdrag inzake sociale zekerheid heeft gesloten) recht op zorg in het buitenland hebben, komen voor rekening van de zorgverzekeraars bij wie de verzekerden zijn aangesloten. Betaling van deze kosten geschiedt via het CVZ. Het College betaalt aan het bevoegde buitenlandse orgaan. Het CVZ brengt vervolgens deze kosten in rekening bij de betrokken zorgverzekeraar.

Met een aantal landen is, vanuit administratief oogpunt, een akkoord gesloten waarin is afgesproken om af te zien van verrekening van de kosten van geneeskundige verzorging (zgn. waivers). Waivers zorgen er in beginsel voor, dat de kosten die Nederlandse verzekerden in deze landen maken niet ten laste komen van hun zorgverzekeraars. Deze situatie kan leiden tot een ongelijke behandeling van zorgverzekeraars. Een zorgverzekeraar waarvan een verzekerde medische kosten maakt in een waiver-land hoeft deze kosten niet te betalen terwijl kosten die in een ander verdragsland worden gemaakt wel voor rekening van de zorgverzekeraar komen. Dit gaat in tegen het genoemde uitgangspunt dat medische kosten in een verdragsland ten laste komen van de zorgverzekeraar. Daarbij komt dat de kosten die personen uit waiver-landen in Nederland maken weliswaar niet verrekend worden met het buitenland maar wel door het CVZ worden vergoed.

Doordat geen administratie wordt bijgehouden van de medische kosten van Nederlandse verzekerden in waiver-landen kunnen deze kosten door het College niet aan een bepaalde zorgverzekeraar worden toegerekend. Daarom is gekozen voor de volgende oplossing.

Uitgaande van een evenwichtige verhouding tussen de kosten die Nederlandse verzekerden in waiver-landen maken en de kosten die verzekerden uit deze landen in Nederland maken, wordt bij de vaststelling van het Macro-prestatiebedrag rekening gehouden dat een verzekeraar de kosten waarvan een verzekerde medische kosten maakt in een waiver-land deze niet behoeft te betalen en de kosten die verzekerden uit waiver-landen maken in Nederland door het CVZ vergoed.

Bepaalde groepen personen die in het buitenland wonen, hebben op grond van een internationale overeenkomst ten laste van Nederland recht op (vergoeding van de kosten van) geneeskundige zorg. Het gaat hier om personen met (uitsluitend) een Nederlands pensioen en hun gezinsleden, alsmede de gezinsleden van werknemers en grensarbeiders. Deze personen dienen aan het CVZ een bijdrage te betalen. Het CVZ stort de ontvangen bijdragen in het Zorgverzekeringsfonds. De kosten van geneeskundige verzorging van deze personen worden door het CVZ betaald uit het Zorgverzekeringsfonds. Deze kosten worden in mindering gebracht op het macro-prestatiebedrag.

§ 1.2. De verdeling van de macro-deelbedragen en de berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van, en de bijdrage aan, een zorgverzekeraar

Artikel 3.2

Dit artikel verwijst voor de verdeling van de onderscheiden macro-deelbedragen door naar de volgende artikelen.

Artikel 3.3

Het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp wordt geheel verdeeld op grond van de criteria «leeftijd en geslacht», «FKG's», «DKG's», «aard van het inkomen» en «regio».

De basisverdeling van het macro-deelbedrag vindt plaats via het criterium «leeftijd en geslacht», met hierbij toe- en afslagen op grond van andere verdeelcriteria. Bij de gewichten voor de verschillende criteria wordt rekening gehouden met de samenhang tussen de criteria. Zo wordt bij het gewicht voor oudere verzekerden rekening gehouden met het feit dat ouderen relatief vaak aan chronische ziekten lijden, en op grond hiervan voor een toeslag op grond van FKG's en/of DKG's in aanmerking komen.

Het CVZ deelt verzekerden in naar FKG-klasse aan de hand van het geneesmiddelengebruik van verzekerden in het jaarvoorafgaand aan het jaar waarvoor de bijdragen aan de zorgverzekeraars wordt berekend. Hierbij wordt een indelingstabel gehanteerd van artikelnummers van geneesmiddelen die in dit voorafgaand jaar (jaar t-1) zijn voorgeschreven en die gekoppeld zijn aan de verschillende FKG's. Indien aan een verzekerde meer dan 180 maal de «daily defined dosis» (DDD) van een relevant geneesmiddel is afgeleverd wordt deze verzekerde ingedeeld bij één van de onderscheiden FKG's.

De gewichten die de Minister koppelt aan de FKG's zijn gebaseerd op onderzoek naar de voorspelbare vervolgcosten van verzekerden die zijn ingedeeld bij een FKG.

Naast FKG's is ook sprake van een ander verdeelkenmerk waarmee chronisch zieken worden geïdentificeerd: Diagnose kostengroepen (DKG's), een gezondheidsindicator op basis van zorggebruik in ziekenhuizen. Het idee achter DKG's is dat verzekerden die in jaar t-1 met bepaalde diagnoses zijn opgenomen in een ziekenhuis, in jaar t gemiddeld hogere (vervolg)kosten zullen hebben, en dat de zorgverzekeraar hiervoor gecompenseerd kan/moet worden middels een extra vergoeding. Uitgesloten zijn diagnoses die een incidenteel karakter hebben (bijvoorbeeld beenbreuken). In tegenstelling tot FKG's, die elk naar een zelfstandige medisch homogene aandoeningengroep verwijzen, zijn DKG's clusters van aandoeningengroepen. De aandoeningengroepen worden geïdentificeerd op grond van informatie over uitgevoerde dbc's in het jaar voorafgaand aan het jaar waarvoor de bijdragen aan de zorgverzekeraars wordt berekend. Deze dbc's zijn samengevoegd op basis van klinische homogeniteit in een aantal diagnosegroepen. Alleen die diagnosegroepen zijn bij het DKG-verdeelkenmerk betrokken waarvan door een groep van medische deskundigen is vastgesteld dat zij eenduidig wijzen op de aanwezigheid van ernstige, chronische aandoeningen.

Door via FKG's en DKG's voor aandoeningen met een chronisch karakter te compenseren verbetert de gewenste prikkelstructuur in het model: zorgverzekeraars hebben er niet langer financieel nadeel van indien ze zich door goede zorg te verlenen aan chronisch zieken aantrekkelijk maken voor deze groepen.

Zowel voor FKG's en DKG's geldt dat omdat bij de ex ante berekening van de bijdragen aan zorgverzekeraars nog niet alle informatie uit het voorafgaande jaar bekend is, bij de ex ante situatie uitgegaan wordt van gegevens van nog één jaar eerder (jaar t-2). Bij de herberekening van de normatieve bedragen (ex post) gaat het CVZ wel uit van gegevens over het voorafgaand jaar.

Bij FKG's en DKG's gaat het niet om statische criteria die eenmalig worden vastgesteld, maar om criteria die regelmatig worden geactualiseerd. Jaarlijks wordt na afstemming met enerzijds medische experts en anderzijds verzekeraars nagegaan in hoeverre de gehanteerde FKG's en DKG's op afdoende wijze chronische ziekten in beeld brengen, zodat prikkels voor risicoselectie worden gereduceerd, en in hoeverre de juiste prikkels voor adequate zorgverlening uitgaan van het hanteren van de verschillende specifieke FKG's en DKG's. Bij FKG's speelt daarbij tevens de grote dynamiek van de geneesmiddelenmarkt (introductie van middelen voor «nieuwe» aandoeningen; vervanging van oude door nieuwe middelen) een belangrijke rol, terwijl bij DKG's de verdere ontwikkeling van dbc's aandacht vraagt. Speciaal aandachtspunt in dit onderhoud van FKG's en DKG's zijn de zeldzame chronische ziekten.

Bij de toepassing van het criterium «aard van het inkomen» wordt per zorgverzekeraar ondermeer rekening gehouden met het aantal verzekeren dat afhankelijk is van verschillende soorten uitkeringen. Uit jarenlang onderzoek komt naar voren dat verzekeren met bijvoorbeeld een arbeidsongeschiktheidsuitkering of een bijstandsuitkering aanmerkelijk hogere kosten kennen dan verzekeren die niet van een uitkering afhankelijk zijn. Dit geldt zelfs als rekening wordt gehouden met de aanwezigheid van chronische ziekten, als geïdentificeerd door FKG's en DKG's. Door met kostenverschillen naar de aard van het inkomen rekening te houden in de risicoverevening, wordt een prikkel tot risicoselectie uitgesloten.

Aandachtspunt is dat binnen de Zvw – in tegenstelling tot de huidige Ziekenfondswet – geen relatie bestaat tussen de aard van het inkomen en verzekeringsgerechtigheid. De administratie van zorgverzekeraars bevat dan ook geen gegevens over het verdeelkenmerk «aard van het inkomen». De operationalisering van het verdeelkenmerk «aard van het inkomen» zal plaats moeten vinden aan de hand van externe bronnen. Hierbij kan zowel gedacht worden aan informatie op postcodeniveau van bijvoorbeeld het CBS, als aan data op individuniveau afkomstig van bijvoorbeeld de UWV. Nadere invulling van dit verdeelkenmerk zal worden gegeven bij ministeriële regeling.

Voor de toepassing van het regiocriterium is het aantal verzekeren naar clusters van postcodegebieden relevant. Aan ieder cluster is een gewicht gekoppeld. De clustering van postcodes vindt in principe plaats aan de hand van een model dat in onderzoek terzake is gehanteerd. Dit model verklaart op postcodeniveau verschillen tussen het gemiddelde normatieve bedrag per verzekerde (zonder toepassing van het regiocriterium) en de werkelijke gemiddelde kosten per verzekerde met behulp van indicatoren voor door zorgverzekeraars op korte termijn niet te beïnvloeden verschillen met betrekking tot zorgaanbod, sociaal economische omstandigheden en resterende gezondheidsverschillen. De minister baseert de vaststelling van de aan de clusters te koppelen gewichten op grond van de uitkomsten van dit onderzoek. Bij de regiogewichten kan rekening worden gehouden met zeer uitzonderlijke geografische omstandigheden die niet in het algemene verklaringsmodel kunnen worden gevat.

De criteria «leeftijd en geslacht», «FKG's», «DKG's», «aard van het inkomen» en «regio» zijn elk onderverdeeld in klassen. Deze klassen worden weergegeven bij ministeriële regeling. Het CVZ bepaalt het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar aan de hand van een raming van de verzekerdenaantallen naar klasse van verzekeren, de

normbedragen naar leeftijd en geslacht en de optelling van de toe- en afslagen op grond van FKG's en DKG's, aard van het inkomen en regio.

Artikel 3.4

Bij het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging wordt in het verdeelmodel een onderscheid gemaakt tussen de vergoedingen voor uitgaven die gefinancierd worden op basis van vaste bedragen per verzekerde, en de vergoeding voor overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging die gebaseerd is op historische overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde per zorgverzekeraar.

Achtergrond van deze splitsing is dat sinds 1 januari 2005 de financiering van de academische component, dat is het deel van het ziekenhuisbudget van academische ziekenhuizen waarmee hun specifieke taken worden gedekt die liggen op het terrein van de behandeling van topreferente patiënten, de ontwikkel- en innovatiefunctie van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling, alsmede de opleidingskosten, niet langer uit de reguliere tarieven wordt gedekt. In plaats hiervan is sprake van financiering middels een apart fonds dat gevuld wordt door zorgverzekeraars op basis van een vast bedrag per verzekerde. Idee hierbij is dat de uitgaven ten behoeve van de academische component niet zozeer ten goede komen van de individuele patiënt die een academisch ziekenhuis bezoekt, maar betrekking hebben op de gemeenschappelijke meerwaarde van academische ziekenhuizen die ten goede komt aan de hele populatie. In het risicovereveningssysteem wordt de vergoeding voor de kosten van de academische component genormeerd op basis van een vast bedrag per verzekerde. Niet uit te sluiten is dat in de loop der jaren ook andere kostencategorieën op een dergelijke manier worden gefinancierd.

De overige vaste kosten worden genormeerd op basis van historische vaste kosten. Ex ante wordt uitgegaan van vaste kosten in het tweede jaar voorafgaande aan het jaar waarop de berekeningen betrekking hebben, waarbij de vaste kosten eerst geschoond worden voor betalingen samenhangend met de academische component en eventuele andere kosten die worden gefinancierd middels een vast bedrag per verzekerde. Bij de herberekening van het deelbedrag (ex post) wordt uitgegaan van vaste kosten in het jaar voorafgaande aan het jaar waarop de berekeningen betrekking hebben, wederom geschoond voor de betalingen samenhangend met de academische component en eventuele andere kostencategorieën die worden gefinancierd middels een gelijk bedrag per verzekerde. Bij de berekening van het deelbedrag in de ex ante situatie is dat niet mogelijk, omdat de overige vaste kosten van het voorgaande jaar dan nog niet bekend zijn. Door bij de herberekening van het normatieve bedrag, in de ex post situatie, uit te gaan van een recenter kostenbeeld, sluiten naar verwachting het deelbedrag goed aan bij de kosten.

Artikel 3.5

Het CVZ verdeelt het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige ggz op grond van in elk geval de normatieve criteria «leeftijd en geslacht» en «regio». Het streven is op termijn deze set van criteria uit te breiden met meer directe indicatoren van de geestelijke gezondheidstoestand. Bij het van start gaan van de Zvw, ontbreekt empirisch materiaal om de gewichten voor dergelijke meer geavanceerde criteria vast te stellen. De Minister kan bij de vaststelling van deze gewichten, daar waar de Minister geen gebruik kan maken van historische gegevens omdat die niet beschikbaar zijn, uitgaan van een andere basis.

Artikel 3.6

Het CVZ verdeelt het macro-deelbedrag overige prestaties op grond van de normatieve criteria «leeftijd en geslacht», «FKG», «DKG», «aard van het inkomen» en «regio». Het CVZ past deze verdeelcriteria op dezelfde wijze toe als bij de verdeling van het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp (artikel 3.3), met dien verstande dat de gewichten die de Minister aan de criteria toekent per macro-deelbedrag kunnen verschillen.

Artikel 3.7

Dit artikel regelt de vaststelling van het totale normatieve bedrag van en bijdrage aan een zorgverzekeraar. Hiertoe worden eerst de deelbedragen per categorie van prestaties gesommeerd tot één normatief bedrag. Om de uiteindelijke bijdrage aan de zorgverzekeraar vast te stellen, wordt dit normatieve bedrag verlaagd met de opbrengst van de nominale rekenpremie en de gemiddelde no-claimteruggave.

Door deze werkwijze worden de risicoverschillen tussen verzekerden niet slechts voor het deel van de zorguitgaven die via het Zorgverzekeringsfonds wordt vergoed verdisconteerd, maar voor de volle honderd procent. In principe kunnen zorgverzekeraars voor alle verzekerden, ongeacht hun risicoprofiel, toe met een vergelijkbare nominale premie voor de vergoeding van hun aanspraken.

§ 1.3. De herberekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar en de vaststelling van de bijdrage aan een zorgverzekeraar

Artikel 3.8

Na afloop van het jaar worden de normatieve bedragen van de zorgverzekeraars herberekend. In dit artikel zijn enkele uitgangspunten omtrent deze (ex post) herberekening opgenomen.

Het eerste en tweede lid van artikel 3.8 haken er bij aan dat de toepassing van hogekostencompensatie gevolgen heeft voor de gewichten van verzekerden bij de deelbedragen waar hogekostencompensatie van toepassing is. Ter illustratie: verzekerden met een chronische ziekte, geïdentificeerd door FKG's en DKG's, hebben gemiddeld hoge kosten, en hiermee een hoge kans dat hun kosten (voor een deel) worden ingebracht bij de hogekostencompensatie. De feitelijke risicodragende kosten van een dergelijke verzekerde zijn dus lager dan de totale betaalde kosten.

Er kan dan ook in een situatie van hogekostencompensatie volstaan worden met een lagere toeslag voor FKG's en DKG's dan wanneer er geen sprake zou zijn van hogekostencompensatie.

Bij de vaststelling van het normatieve bedrag (en de hiervan afgeleide bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds) in de ex ante situatie wordt met dergelijke interacties tussen gewichten en hogekostencompensatie nog geen rekening gehouden. Het is echter de bedoeling dat dit wel gebeurt bij de uiteindelijke definitieve vaststelling van het normatieve bedrag in de ex post situatie. Hierbij is het op grond van artikel 3.13, zesde lid, mogelijk om deze correctie van de gewichten in verband met hogekostencompensatie nog niet toe te passen bij de voorlopige ex post herberekeningen, maar alleen bij de definitieve herberekeningen.

Er is overigens bewust voor gekozen om in de ex ante situatie de correctie op de gewichten in verband met hogekostencompensatie nog niet toe te passen, omdat de ex ante berekening van het normatieve bedrag en de hiervan afgeleide bijdrage zo goed mogelijk moet aansluiten bij de feitelijke kosten waarmee een zorgverzekeraar wordt geconfron-

teerd. Een eventueel batig dan wel negatief saldo van hogekostencompensatie wordt pas zichtbaar bij de ex post herberekeningen van de bijdragen, en op dit moment moet pas in de gewichten het effect van hogekostencompensatie verdisconteerd worden.

Het derde lid van artikel 3.9 haakt er bij aan bij dat de werkelijk gemaakte kosten de basis van de herberekening vormen, en aldus relevant zijn voor de toepassing van de hogekostencompensatie, de verevening en de nacalculatie. Voorts is de nacalculatie op basis van de werkelijke aantallen verzekerden per zorgverzekeraar van belang. Hierdoor wordt het normatieve bedrag van de zorgverzekeraar bijgesteld op grond van verschillen tussen het geraamde en het werkelijke aantal verzekerden in het betreffende jaar.

In het vierde lid is aangegeven volgens welke verdeelsleutel het CVZ de kosten van in het buitenland ingeroepen ziekenhuisverpleging en van specialistische hulp aanmerkt als vaste kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp dan wel als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp. Deze verdeelsleutel wordt bij ministeriële regeling vastgelegd.

De overige kosten worden behandeld als kosten van overige prestaties. Alle verrekende kosten buitenland zijn op reguliere wijze relevant voor de toepassing van hogekostencompensatie, verevening en nacalculatie.

Artikel 3.9

Het CVZ stelt vast welke tarieven voor ziekenhuiszorg worden aangemerkt als variabele kosten van ziekenhuiszorg, op grond van bij ministeriële regeling vastgelegde verdeelsleutels per tariefsoort. Doordat – na de integrale invoering van dbc-financiering bij ziekenhuizen en medisch-specialisten per 1 januari 2005 – nog verdere ontwikkeling van de dbc-systematiek voorzien is in de jaren na 2005, kan van jaar op jaar variëren welke soorten tarieven binnen de ziekenhuisverpleging worden gedeclareerd, en hoe deze in termen van vaste en variabele kosten dienen te worden aangemerkt. Als de dbc-situatie over enkele jaren stabiel is dan zal de wijze van splitsing van vaste en variabele kosten in dit besluit worden opgenomen. Wel ligt reeds vast dat alle declaraties van specialisten worden meegenomen bij het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.

Op het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp zijn, bij de inwerkingtreding van de Zvw, verschillende compensatiemechanismen van toepassing. Het gaat hierbij om achtereenvolgens hogekostencompensatie, verevening en nacalculatie. Bij ministeriële regeling wordt nader vastgelegd in welke mate deze ex-post compensatiemechanismen worden ingezet. Streven is deze ex-post compensatiemechanismen in zo kort mogelijke tijd af te bouwen, waarbij afbouw van generieke verevening prioriteit heeft. Zoals ook in het algemeen deel van de memorie van toelichting is aangegeven, kan bij de aanvang van de Zvw hier echter vooralsnog niet omheen gegaan worden, vanwege enerzijds de verbreding van de doelgroep van de risico-verevening en anderzijds de invoering van dbc's.

Artikel 3.10

Het CVZ stelt vast welke tarieven voor ziekenhuiszorg worden aangemerkt als vaste kosten van ziekenhuiszorg, op grond van bij ministeriële regeling vastgelegde verdeelsleutels per tariefsoort. Hierbij zal per tariefsoort het percentage van de kosten dat als vaste kosten wordt aangemerkt, gelijk zijn aan honderd procent minus het percentage van de kosten dat als variabele kosten wordt aangemerkt.

Het CVZ past op dit deelbedrag een bij ministeriële regeling te bepalen mate van nacalculatie toe. Het zal hierbij, in elk geval in de overgangsfase, om een relatief hoog percentage gaan. Immers, op het moment dat juist de door zorgverzekeraars nauwelijks beïnvloedbare en via verzekerdenkenmerken slecht normeerbare kosten van ziekenhuisverpleging worden aangemerkt als vaste kosten van ziekenhuisverpleging, is het niet billijk zorgverzekeraars hier veel financieel risico over te laten lopen. Op het moment dat de vaste kosten van ziekenhuisverpleging alleen bestaan uit kosten die gefinancierd worden middels gelijke bedragen per verzekerde, is de normeerbaarheid optimaal en bestaat er geen noodzaak meer voor een hoge mate van nacalculatie.

Artikel 3.11

Ter bepaling van het herberekende deelbedrag kosten van curatieve geestelijke gezondheidszorg (ex post) wordt eerst hogekostencompensatie, vervolgens generieke verevening en tenslotte nacalculatie toegepast. Ook hier geldt weer dat bij ministeriële regeling nader invulling wordt gegeven aan de mate waarin deze compensatiemechanismen worden ingezet.

De geneeskundige ggz wordt met ingang van 1 januari 2007 overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw. Bij zorgverzekeraars ontbreekt historische informatie over de neerslag van kosten over verschillende groepen van verzekerden. Met behulp van externe gegevensbronnen, waaronder instellingsregistraties binnen de geestelijke gezondheidszorg, is zo goed mogelijk getracht in kaart te brengen hoe de neerslag van kosten binnen de curatieve geestelijke gezondheidszorg

plaatsvindt over verschillende groepen naar leeftijd, geslacht en regio. Het gaat hierbij echter om relatief ruwe ramingen, waardoor bij aanvang van de Zvw waarschijnlijk sprake zal zijn van relatief sterke ex post compensatiemechanismen. Met het vanaf 2006 beschikbaar komen van informatie over de neerslag van kosten van geneeskundige ggz over verzekerden, kan enerzijds de set van verdeelcriteria worden uitgebreid, en anderzijds de gewichten van de gehanteerde verdeelcriteria nauwkeuriger worden geschat. Afbouw van compensatiemechanismen kan dan ook in de jaren na 2006 plaatsvinden. Dit zal wel meerdere jaren vergen, omdat de gegevens uit 2006 in elk geval niet beschikbaar zijn voor de vaststelling van de gewichten voor 2007 en waarschijnlijk ook nog niet voor de vaststelling van gewichten in 2008.

Artikel 3.12

Ter bepaling van het herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties (ex post) wordt bij de inwerkingtreding van de Zvw, eerst hogekostencompensatie en vervolgens generieke verevening toegepast. Bij ministeriële regeling wordt nader vastgelegd in welke mate deze ex-post compensatiemechanismen worden ingezet. Streven is deze ex-post compensatiemechanismen in zo kort mogelijke tijd af te bouwen. Dit lijkt ook mogelijk, gegeven dat binnen de huidige Ziekenfondswet reeds geen sprake meer is van generieke verevening en nacalculatie op deze categorie van kosten.

Bij de aanvang van de Zvw kan hier echter vooralsnog niet omheen gegaan worden, samenhangend met de verbreding van de risico-verevening in de Zvw ten opzichte van de Ziekenfondswet. Evenals voor het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuiszorg en kosten van specialistische hulp, is er om deze reden sprake van een lager niveau van betrouwbaarheid bij de ex ante normering dan wenselijk. Vereveningsmechanismen zijn bij uitstek geschikt om achteraf te corrigeren voor tekort schieten van de verdelende werking vooraf. Nacalculatie op deze

deelraming is op grond van dit besluit mogelijk, al lijkt vooralsnog de noodzaak hiervoor nog niet zo groot.

Artikel 3.13

In dit artikel zijn bepalingen opgenomen omtrent de vaststelling van het herberekende normatieve bedrag en de vaststelling van de bijdrage aan een zorgverzekeraar. De bijdrage aan een zorgverzekeraar uit het Zorgverzekeringsfonds bestaat uit de som van de herberekende deelbedragen van dat zorgverzekeraar (eerste lid), waarop eerst nog een post in mindering moet worden gebracht (tweede lid). Het betreft hier de opbrengst van de nominale rekenpremie, die wordt berekend door uit te gaan van het werkelijke aantal premiebetalende verzekerden per zorgverzekeraar en het bedrag van de nominale rekenpremie. Vervolgens vindt er een correctie plaats voor de gemiddelde no-claimteruggave.

In 2005 was er binnen de Ziekenfondswet sprake van 100% nacalculatie op de uitgaven die zorgverzekeraars doen aan hun verzekerden in verband met de no-claimteruggave. Dit omdat het nog niet goed mogelijk was het effect van de no-claimteruggaveregeling te verwerken in de normering. Voor de jaren na 2005, binnen de Zvw, is een afbouwtraject op deze nacalculatie voorzien. Besluitvorming moet nog plaatsvinden over op welke termijn en in welke mate dit afbouwtraject gaat plaatsvinden. Op het punt van het eigen risico ontvangen zorgverzekeraars in elk geval niet een dergelijke compensatie. Gegeven dat zorgverzekeraars op vrijwillige basis eigen risico's kunnen aanbieden, is het niet meer dan logisch dat zij volledig risicodragend zijn op dit punt.

Het derde en het vierde lid geven weer dat het CVZ aan de hand van de bovengenoemde stappen de bijdrage aan de zorgverzekeraars herberekent, en hierbij informatie verschaft aan de zorgverzekeraars verschaft over de bedragen die gehanteerd zijn in deze herberekening.

Het vijfde lid regelt de bevoegdheid van het CVZ om, vooruitlopend op de (definitieve) herberekening van de normatieve bedragen deze op voorlopige basis te herberekenen. Reden voor een dergelijke tussentijdse herberekening is ondermeer dat het CVZ al vrij snel na ommekomst van het kalenderjaar inzicht heeft in de daadwerkelijk gerealiseerde verzekerdenaantallen – uitgesplitst naar kenmerken –, op grond waarvan reeds een eerste herberekening van de bijdrage kan plaatsvinden (verzekerdennacalculatie). Definitieve kosteninformatie op grond waarvan mechanismen als hogekostencompensatie, verevening en nacalculatie kunnen worden toegepast, kent veelal een aanzienlijke vertraging. Pas als deze informatie beschikbaar is, kan de definitieve herberekening van de bijdrage plaatsvinden.

Het zesde lid geeft aan dat bij deze voorlopige herberekeningen het CVZ bevoegd is om vooralsnog de correctie voor hogekostencompensatie op de gewichten nog niet toe te passen.

§ 1.4. Nadere bepaling met betrekking tot § 1.2. en § 1.3.

Artikel 3.14

Dit artikel regelt de bevoegdheid van het CVZ om bij de (ex ante) berekening en (ex post) vaststelling van het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar, daar waar het CVZ geen gebruik kan maken van historische gegevens omdat die niet beschikbaar zijn, uit te gaan van een andere basis. Het gaat hierbij in elk geval om FKG's, DKG's en historische overige vaste kosten. Zoals ook in de artikelsgewijze toelichting bij artikel 3.3 en 3.4 is aangegeven, zijn deze bij de ex ante berekening van de normatieve bijdrage en de hiervan afgeleide bijdrage gebaseerd op gegevens uit het tweede jaar voorafgaand aan het jaar waarop de berekeningen betrekking hebben (jaar t-2), en in de ex post berekeningen

op basis van gegevens uit het eerste jaar voorafgaand aan het jaar waarop de berekeningen betrekking hebben (t-1).

Bij nieuw toegelaten zorgverzekeraars kan het voorkomen dat deze geen gegevens beschikbaar hebben uit jaar t-2 en/of jaar t-1, en zal het CVZ gebruik moeten maken van een andere basis die een goede benadering geeft van de ontbrekende historische gegevens (lid 1).

Bij deze alternatieve basis valt te denken aan landelijke gemiddelden, liefst rekening houdend met wél bekende karakteristieken van de verzekerdenpopulatie van de nieuw toegelaten zorgverzekeraar. Als voorbeeld: wat betreft de mate van voorkomen van FKG's en DKG's zou het CVZ uit kunnen gaan van landelijke leeftijd/geslachtspecifieke prevalenties, vermenigvuldigd met de samenstelling naar leeftijd en geslacht van betreffende zorgverzekeraar.

Expliciet is hierbij aangegeven dat bij inwerkingtreding van de Zvw de mogelijkheid bestaat om voor een verzekeraar die als nieuwe rechtspersoon aan de Zvw deelneemt gegevens te gebruiken van een voorgaande rechtspersoon. Dit is geregeld in artikel 4.1.

In het tweede lid is aangegeven dat het CVZ kan afwijken van de wel beschikbare historische gegevens op het moment dat toepassing hiervan tot onredelijke en niet-beoogde uitkomsten leidt. Hierbij valt te denken aan de situatie van zorgverzekeraars met een snel groeiend verzekerdenbestand. In een dergelijke situatie is het denkbaar dat de historische verzekerdenpopulatie die betrokken is bij de vaststelling van het normale bedrag, bijvoorbeeld op het punt van prevalenties van FKG's en DKG's, niet representatief is voor het actuele verzekerdenbestand. In dit geval kan het CVZ van een alternatieve basis uitgaan. Mocht CVZ gebruik maken van deze bepaling, dan is hiertoe overleg met de Minister aangewezen. Het CVZ heeft niet de bevoegdheid de bepalingen de nadere regelgeving te negeren en de middelen in het Zorgverzekeringsfonds geheel naar eigen inzicht te verdelen.

§ 1.5. Aanvullingen op de bijdrage aan een zorgverzekeraar

Artikel 3.15

Verzekerden onder de 18 jaar zijn geen nominale premie verschuldigd. Verzekeraars hebben voor verzekerden onder de 18 jaar naast zorgkosten ook beheerskosten (administratie, zorginkoop). Via artikel 3.15 krijgen verzekeraars voor deze kosten een vergoeding.

Artikel 3.16

Dit artikel geeft weer dat in aanvulling op de bijdragen die zijn vastgesteld op grond van artikel 3.13, het CVZ een uitkering kan verstrekken in verband met zeer uitzonderlijke omstandigheden. Het gaat hierbij alleen om nationale rampen, waarvan bovendien bij ministeriële regeling is vastgesteld dat deze niet opgevangen kunnen worden binnen het reguliere systeem van risicoverevening. Een reden hiervoor kan zijn dat de kosten buitengewoon omvangrijk zijn en hierbij ook nog eens afwijkend verdeeld zijn over verzekerdersgroepen in vergelijking met «reguliere» zorgkosten. Bij ministeriële regeling wordt vastgelegd hoe de uitkering wordt bepaald.

Aandachtspunt is dat artikel 33 van de Zvw aangeeft dat bij ministeriële regeling na aanvang van het kalenderjaar middelen kunnen worden verstrekt, waarbij in de Memorie van toelichting wordt gewezen op ernstige rampen als mogelijke reden om dergelijke extra middelen te verstrekken. Strikt genomen gaat het dan om middelen ten behoeve van kosten in het jaar van de ramp zelf. Door het opnemen van artikel 3.16 in dit besluit is er ook een basis gecreëerd om eventuele vervolgschade in latere jaren te vergoeden. Bijvoorbeeld de ervaringen rondom de

Volendam-ramp van 1 januari 2001 laten zien dat in bepaalde gevallen de kosten van rampen nog lang kunnen najlen. Specifieke compensatie hiervoor kan geboden zijn.

Artikel 3.17

Bij de vaststelling van de bijdragen per zorgverzekeraars wordt geen rekening gehouden met verschillen in de gemiddelde no-claimteruggave per verzekeraar. Dit artikel geeft de mogelijkheid om via nadere bepalingen in de ministeriële regeling daar wel rekening mee te houden.

Hoofdstuk 4. Slotbepalingen

Artikel 4.2

In artikel 2, eerste lid van de Zvw is geregeld dat degene die ingevolge de AWBZ en de daarop gebaseerde regelgeving van rechtswege verzekerd is, verplicht is zich krachtens een zorgverzekering te (laten) verzekeren. De zorgverzekeraar dient dus te kunnen vaststellen dat iemand die een zorgverzekering wenst af te sluiten, verzekeringsplichtig is ingevolge de Zvw.

De kring van verzekerden AWBZ betreft onder meer degene die geen ingezetene is, doch ter zake van in Nederland in dienstbetrekking verrichte arbeid aan de loonbelasting is onderworpen. Voorts wordt op grond van internationale regelgeving de Nederlandse wetgeving van toepassing verklaard op degene die anders dan in dienstbetrekking zijn beroeps-werkzaamheden in Nederland uitoefent. Dit gegeven wordt door de Belastingdienst op verzoek aan de zorgverzekeraars geleverd ten behoeve van de vaststelling van de verzekeringsplicht.

De gegevenslevering door de Belastingdienst aan de zorgverzekeraars wordt geregeld bij algemene maatregel van bestuur omdat het gaat om een gegevenslevering aan derden, niet-publieke instanties. Het uitgangspunt dat een dergelijke gegevenslevering aan derden uitsluitend plaatsvindt op basis van specifieke bepalingen in een algemene maatregel van bestuur is bijvoorbeeld ook neergelegd in artikel 73 van de Wet structuur uitvoeringsorganisatie werk en inkomen (Wet SUWI), zoals dat komt te luiden na inwerkingtreding van de Wet financiering sociale verzekeringen (Wfsv). Artikel 89 van de Zvwzal in deze lijn worden aangepast in het wetsvoorstel Invoerings- en Aanpassingswet Zvw.

Alle gegevensuitwisselingen vinden plaats met gebruik van het sofi-nummer, tot het gebruik waarvan de zorgverzekeraar zowel bevoegd als gehouden is. De gegevensuitwisseling met de Belastingdienst vindt plaats met behulp van de infrastructuur die al gedurende geruime tijd gebruikt wordt voor het gegevensverkeer tussen de zorgsector en het sociale zekerheidsdomein.

Het CVZ kan ingevolge artikel 92, tweede lid, van de Zvw regels stellen omtrent het gebruik van deze infrastructuur.

Artikel 4.3

Zoals in het algemene deel van de toelichting is aangegeven, zal de geneeskundige ggz in 2006 nog onderdeel uitmaken van de AWBZ en niet van de Zvw. Daarom treden de onderdelen van dit besluit die daarop betrekking hebben niet per 1 januari 2006, maar per 1 januari 2007 in werking.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst