

Nota van toelichting

I. Algemeen

1. Inleiding

Dit besluit wijzigt het Besluit zorgverzekering (hierna: Bzv) in verband met wijzigingen voor de vast te stellen vereveningsbijdrage over het vereveningsjaar 2022. De wijzigingen betreffen in de eerste plaats de continuering van macrona calculatie voor het vereveningsjaar 2022 bij het deelbedrag voor variabele zorgkosten en bij de opbrengsten van het verplicht eigen risico (hoofdstuk 3 van deze toelichting). De wijzigingen betreffen in de tweede plaats de continuering van de bandbreedteregeling bij het deelbedrag voor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (hierna: GGZ) (hoofdstuk 4 van deze toelichting). De continuering van de macrona calculatie bij het deelbedrag voor variabele zorgkosten en bij de opbrengsten van het verplicht eigen risico vindt plaats vanwege de onzekerheden van de infectieziekte covid-19. De continuering van de bandbreedteregeling voor geneeskundige GGZ vindt plaats vanwege de onzekerheden rondom de financiële effecten van de invoering van het Zorgprestatiemodel (hierna: Zpm) als nieuw bekostigingssysteem. Het Zpm is met ingang van 1 januari 2022 ingevoerd. De wijzigingen op grond van dit besluit hebben uitsluitend betrekking op het vereveningsjaar 2022. Deze toelichting wordt vervolgd met een algemene beschouwing over de vereveningsbijdrage en een weergave van het totstandkomingsproces van dit besluit.

2. Vereveningsbijdrage algemeen en totstandkomingsproces van dit besluit

Algemeen

De zorgverzekeraars ontvangen met de vereveningsbijdrage compensatie voor de uitvoering van een dienst van algemeen economisch belang. Zij zijn onder de voorwaarden en beperkingen van de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) belast met zo'n dienst. De belangrijkste voorwaarden en beperkingen van de Zvw zijn de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie, het verplicht aan te bieden basispakket en de regeling van het verplicht en het vrijwillig eigen risico. De vereveningsbijdrage over een vereveningsjaar voor een zorgverzekeraar is het verschil tussen zijn normatieve bedrag en de berekende opbrengst van de nominale rekenpremie en de genormeerde opbrengst van het verplicht eigen risico. Zie hiervoor artikel 3.19, eerste en zevende lid, Bzv. Het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar is de som van zijn deelbedragen voor variabele zorgkosten, kosten van geneeskundige GGZ en voor vaste zorgkosten (artikel 3.18 Bzv). Zie voor de berekende opbrengst van de nominale rekenpremie en van de genormeerde opbrengst van het verplicht eigen risico over het vereveningsjaar 2022 artikel 3.19, vierde lid, Bzv. De deelbedragen voor variabele zorgkosten en voor kosten van geneeskundige GGZ van een zorgverzekeraar worden bepaald op basis van de indeling van de verzekerden van de zorgverzekeraar in de klassen van de toepasselijke vereveningscriteria.

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

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

Algemeen, vaststelling normatief bedrag van een zorgverzekeraar

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

De tweede stap bestaat uit de toepassing van het zogenaamde flankerende beleid op de deelbedragen voor variabele zorgkosten en kosten van geneeskundige GGZ na de eerste stap. Het flankerende beleid bestaat uit de verdeling van het verschil tussen de gerealiseerde kosten en de geraamde kosten van de gezamenlijke zorgverzekeraars per premieplichtige verzekerde (artikel 3.12, eerste lid, onderdeel b, en tweede lid, Bzv). Dit besluit regelt voor het vereveningsjaar 2022 voor het deelbedrag voor variabele zorgkosten een alternatieve tweede stap bestaande uit een combinatie van macronaïcalculatie voor een percentage van 70% en flankerend beleid voor een percentage van 30 % (artikel 3.12, eerste lid, onderdeel b, en vierde lid, Bzv). De macronaïcalculatie betreft de aanpassing van het deelbedrag voor variabele zorgkosten na de eerste stap aan het verschil van de gerealiseerde kosten van de gezamenlijke zorgverzekeraars en de geraamde kosten van de gezamenlijke zorgverzekeraars voor het met het deelbedrag overeenkomende cluster van prestaties. De aanpassing geschiedt door vermenigvuldiging met het quotiënt van de gerealiseerde kosten en de geraamde kosten, de zogenaamde macronaïcalculatiefactor. Een onderschrijding van de ramingen leidt tot een macronaïcalculatiefactor kleiner dan 1 en derhalve tot een lager deelbedrag voor een zorgverzekeraar. Een overschrijding van de ramingen leidt tot een macronaïcalculatiefactor groter dan 1 en derhalve tot een hoger deelbedrag voor een zorgverzekeraar. Het flankerende beleid voor het vereveningsjaar 2022 heeft voor wat betreft het deelbedrag voor variabele zorgkosten betrekking op 30% in plaats van 100% van het verschil tussen de gerealiseerde kosten en de geraamde kosten van de gezamenlijke zorgverzekeraars voor het met dat deelbedrag overeenkomende cluster van prestaties. Het flankerend beleid voor het vereveningsjaar 2022 heeft voor wat betreft het deelbedrag voor kosten van geneeskundige GGZ wel betrekking op 100% van het verschil tussen de gerealiseerde kosten en de geraamde kosten van de gezamenlijke zorgverzekeraars voor het met dat deelbedrag overeenkomende cluster van prestaties. Dit betekent dat voor wat betreft het deelbedrag voor kosten van geneeskundige GGZ over het vereveningsjaar 2022 alleen flankerend beleid en geen combinatie van macronaïcalculatie en flankerend beleid plaatsvindt.

De twee stappen resulteren in het deelbedrag van de zorgverzekeraar voor variabele zorgkosten en voor de kosten van geneeskundige GGZ.

De bepaling van het deelbedrag voor kosten van geneeskundige GGZ over het vereveningsjaar 2022 bestaat uit twee extra stappen op dat deelbedrag na stap 2. De derde stap voor de vaststelling van het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar bestaat uit de toepassing van de regeling voor hogekostencompensatie indien dat bij ministeriële regeling is bepaald (artikel 3.12a Bzv). De Regeling risicoverevening 2022 zal die toepassing regelen. Op basis van de regeling voor hogekostencompensatie worden de GGZ-kosten voor verzekerden met zeer hoge GGZ-kosten gedeeltelijk herverdeeld over de zorgverzekeraars. Die herverdeling leidt afhankelijk van de uitkomst voor de zorgverzekeraar tot een hoger deelbedrag dan wel tot een lager deelbedrag voor kosten van geneeskundige GGZ. De vierde stap betreft de toepassing van de bandbreedteregeling voor de kosten van geneeskundige GGZ (artikel 3.16 Bzv) na stap 3. De toepassing van de bandbreedteregeling leidt afhankelijk van de uitkomst voor de zorgverzekeraar, tot een hoger dan wel lager deelbedrag voor kosten van geneeskundige GGZ. De vier stappen resulteren in het deelbedrag voor kosten van geneeskundige GGZ voor de zorgverzekeraar. De vijfde stap van de vaststelling van het normatieve bedrag

van een zorgverzekeraar bestaat uit de vaststelling van zijn deelbedrag voor vaste zorgkosten (artikel 3.15 Bzv).

Totstandkomingsproces van dit besluit

In 2021 hebben, net als elk jaar, onderzoeken plaatsgevonden naar mogelijke verbeteringen in de risicoverevening. De onderzoeken hebben geleid tot wijzigingen die in combinatie met elkaar zijn doorgerekend in de zogenaamde Overall Toets (hierna: OT). De OT wordt begeleid door de Werkgroep beleid risicoverevening (WBR) waaraan o.a. het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS), het Zorginstituut en Zorgverzekeraars Nederland (hierna: ZN) deelnemen. De onderzoeken en de OT zijn na afronding technisch besproken in de Werkgroep ontwikkeling risicoverevening (WOR) waaraan o.a. het Ministerie van VWS, het Zorginstituut en ZN deelnemen. De voorgenomen wijzigingen van de risicoverevening zijn besproken in het Beslisoverleg risicoverevening (BOR) waarin het Ministerie van VWS, ZN, en het Zorginstituut zijn vertegenwoordigd. De Minister voor Medische Zorg respectievelijk de Staatssecretaris van VWS hebben een aantal keren een bestuurlijk overleg met zorgverzekeraars/ZN en het Zorginstituut gehouden waarin de wijzigingen van de risicoverevening voor het komende jaar zijn besproken. De betrokkenheid van het Zorginstituut in dit proces beperkt zich niet tot de inhoud. Het Zorginstituut beoordeelt hierbij ook of de aangepaste systematiek uitvoerbaar is. Het is daarbij gebleken dat het Zorginstituut de macronacalculatie voor de variabele zorgkosten en de opbrengsten van het verplicht eigen risico en de bandbreedteregeling voor kosten van geneeskundige GGZ binnen de voor dat instituut beschikbare middelen kan uitvoeren. Het Zorginstituut heeft in 2021 ook zijn beleidsregels vastgesteld onder de opschortende voorwaarde van inwerkingtreding van dit besluit en van de Regeling risicoverevening 2022. De macronacalculatie voor de variabele zorgkosten en van de opbrengsten van het verplicht eigen risico is, afgezien van het nacalculatiepercentage, identiek aan die voor het vereveningsjaar 2021. De bandbreedteregeling voor de kosten van geneeskundige GGZ is geheel identiek aan die voor het vereveningsjaar 2021. Een aparte uitvoeringstoets op dit besluit is gezien het voorgaande niet nodig.

Dit proces heeft geleid tot de regeling van macronacalculatie voor het deelbedrag voor variabele zorgkosten en de opbrengsten van het verplicht eigen risico en de bandbreedteregeling voor geneeskundige GGZ voor 2022, zoals opgenomen in dit besluit.

De toe te passen systematiek voor het vereveningsjaar 2022 is pas na het bestuurlijk overleg van de Staatssecretaris van VWS met de zorgverzekeraars, ZN en het Zorginstituut van 30 augustus 2021, definitief geworden. De onderdelen macronacalculatie voor het deelbedrag voor variabele zorgkosten en voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico en de bandbreedteregeling voor de geneeskundige GGZ moesten vervolgens nog worden vertaald in wijzigingen van het Bzv. Er heeft vervolgens afstemming plaatsgevonden over het ontwerp van dit besluit met ZN en het Zorginstituut. Dat instituut heeft daarbij geconstateerd dat dit besluit louter de vertaling van de bovenbedoelde onderdelen in het Bzv regelt.

3. Macronacalculatie deelbedrag voor variabele zorgkosten en genormeerde opbrengst van het verplicht eigen risico

De infectieziekte covid-19, veroorzaakt door het severe acute syndrome coronavirus-2, kan afhankelijk van het verloop van de crisis, een grote impact hebben op de kosten over 2022 van zorg en de opbrengsten van het verplicht eigen risico. Het gaat om de uitval en het inhalen van reguliere zorg, de oversterfte en de kosten voor zorg in verband met de infectieziekte covid-19. De catastrofereregeling, bedoeld in artikel 33, tweede lid, Zvw, vindt namelijk met ingang van het vereveningsjaar 2022 geen toepassing meer. De catastrofebijdrage geldt op grond van artikel 33, tweede lid, Zvw, voor de infectieziekte covid-19 voor het catastrofejaar (2020) en het daaropvolgende kalenderjaar (2021). De infectieziekte covid-19 kan ook een grote impact hebben op de opbrengsten van het verplicht eigen risico. Die infectieziekte kan daarmee een grote invloed hebben op de risicoverevening 2022. Het inhalen van in 2020 of 2021 uitgevallen reguliere zorg of juist uitstel van reguliere zorg in 2022 kan een volume-effect hebben (meer of minder

zorggebruikers dan geraamd) en wellicht ook een samenstellingseffect (als bijvoorbeeld de zorg voor de minder zware patiëntgroepen uitgesteld zal worden). De som van al de onzekerheden in verband met de infectieziekte covid-19 is op voorhand heel lastig in te schatten.

De kans op afwijkingen tussen realisaties en ramingen is hierdoor groter dan gebruikelijk. De onzekerheid zit niet alleen bij ontwikkeling van de totale zorgkosten, maar ook bij de wijze waarop de gevolgen van de infectieziekte covid-19 neerslaan bij verzekeraars. Dit kan leiden tot een risico-opslag op de premies van de verzekeraars, waardoor verzekerden extra gaan betalen. De infectieziekte covid-19 zorgt voor veel grotere onzekerheden voor de risicoverevening over het vereveningsjaar 2022 dan normaal. De Minister van VWS heeft bij Kamerbrief van 9 september 2021 gemeld dat het ex ante risicovereveningsmodel onvoldoende rekening houdt met die veel grotere onzekerheden¹.

De Minister van VWS is na bestuurlijk overleg met zorgverzekeraars/ZN en het Zorginstituut tot de conclusie gekomen dat ook voor het vereveningsjaar 2022 macrona calculatie nodig is. Het gaat om macrona calculatie voor het deelbedrag voor variabele zorgkosten en de opbrengsten van het verplicht eigen risico. Die macrona calculatie vermindert de uitzonderlijke onzekerheden op de resultaten van zorgverzekeraars over het jaar 2022. De macrona calculatie voor het vereveningsjaar 2022 vormt een bewuste afwijking van het beleid om het risico op landelijke over- of onderschrijdingen van geraamde kosten bij zorgverzekeraars neer te leggen. De regeling voor macrona calculatie is met ingang van het vereveningsjaar 2012 in het Bzv vervallen. Het doel van het vervallen van de macrona calculatie was om de zorgverzekeraars te stimuleren meer te investeren in goede zorginkoop en om zorgverzekeraars maximaal te prikkelen tot beheersing van de zorgkosten. De macrona calculatie is in verband met de effecten van de infectieziekte covid-19 voor de vereveningsjaren 2021 en 2022 weer in het Bzv opgenomen. De regeling van de macrona calculatie voor die vereveningsjaren vormt het resultaat van de afweging tussen het behoud van bovenbedoelde doelmatigheidsprikkels enerzijds en het voorkomen van een verstoring van het speelveld tussen zorgverzekeraars anderzijds².

Door de macrona calculatie wordt achteraf het in totaal uit te keren bedrag via de risicoverevening aangepast aan de feitelijke gerealiseerde kosten van het cluster variabele zorgkosten en aan de gerealiseerde opbrengsten van het verplicht eigen risico van alle zorgverzekeraars gezamenlijk.

Het na calculatiepercentage is voor het vereveningsjaar 2022 vastgesteld op 70% zodat de doelmatigheidsprikkels gedeeltelijk blijven bestaan. Wel wordt voor zorgverzekeraars het risico voor een kostenoverschrijding op macroniveau voor de reguliere zorg voor een groot deel weggenomen, waardoor een risico-opslag in de zorgverzekeringspremie voor 2022 wordt voorkomen. De onzekerheden in verband met de infectieziekte covid-19 zijn weliswaar duidelijk minder groot dan die over het vereveningsjaar 2021, de catastrofebijdrage vindt echter op grond van artikel 33, tweede lid, Zvw, over het vereveningsjaar 2022 geen toepassing meer op de pandemie covid-19. Het na calculatiepercentage is op basis van de bovenstaande feiten in vergelijking met dat voor het vereveningsjaar 2021 verlaagd van 85% naar 70%. Het risico van een kostenoverschrijding voor de variabele zorgkosten blijft voor 30% op de zorgverzekeraars rusten. Indien door een eventuele nieuwe ervaring van de infectieziekte covid-19 er in 2022 opnieuw sprake is van zorguitval en dus juist lagere reguliere zorgkosten, dan leidt dit tot een lager deelbedrag voor variabele zorgkosten. Daarmee wordt voorkomen dat zorgverzekeraars tezamen veel financieel profijt hebben van vraaguitval.

De macrona calculatie voor het vereveningsjaar 2022 gaat vergezeld van flankerend beleid dat bijdraagt aan een gelijk speelveld tussen de zorgverzekeraars. Deze wijziging van het Bzv betekent aanpassing van het flankerende beleid voor het deelbedrag voor variabele

¹ Kamerstukken II 2020/21, 29689, nr. 1126, p.3.

² Kamerstukken II 2020/21, 29689, nr. 1126, p.3.

zorgkosten en voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico. Het flankerende beleid voor het vereveningsjaar 2022 heeft betrekking op:

- a. 30% van het verschil tussen de gerealiseerde en de gecorrigeerde geraamde variabele zorgkosten van alle zorgverzekeraars gezamenlijk;
- b. 100% van het verschil tussen de gerealiseerde en de gecorrigeerde geraamde kosten van geneeskundige GGZ van alle zorgverzekeraars gezamenlijk; en
- c. 30% van het verschil tussen de gerealiseerde en de gecorrigeerde geraamde opbrengsten van het verplicht eigen risico voor alle zorgverzekeraars gezamenlijk.

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

De macronaïcalculatie voor variabele zorgkosten en de opbrengsten van het verplicht eigen risico beperkt zich tot 70% van de bovenstaande verschillen. Het deel van de bovenstaande verschillen dat buiten de macronaïcalculatie blijft (30 % variabele zorgkosten en opbrengsten verplicht eigen risico en 100 % kosten geneeskundige GGZ) komt voor rekening en risico van de gezamenlijke zorgverzekeraars. De toepassing van het flankerende beleid vindt plaats over het deel dat buiten de macronaïcalculatie blijft. Dat deel wordt over de zorgverzekeraars verdeeld via een gelijk bedrag per premieplichtige verzekerde in het vereveningsjaar 2022. Het flankerende beleid bestaat uit de verdeling over de zorgverzekeraars via een gelijk bedrag per premieplichtige. De minderjarige verzekerden en gedetineerde verzekerden zijn niet premieplichtig. De minderjarige verzekerden behoeven op grond van artikel 16, tweede lid, onderdeel a, Zvw geen premie te betalen. De rechten en plichten uit de zorgverzekering voor gedetineerden waaronder dus ook de plicht tot premiebetaling, zijn op grond van artikel 24, eerste lid, Zvw, van rechtswege opgeschort.

De combinatie van macronaïcalculatie en flankerend beleid voor het vereveningsjaar 2022 is voor wat betreft het deelbedrag voor variabele zorgkosten neergelegd in artikel 3.12, eerste lid, onderdeel b, Bzv, en in het vierde lid van dat artikel. De combinatie van de macronaïcalculatie en het flankerende beleid is voor wat betreft de opbrengsten van het verplicht eigen risico neergelegd in artikel 3.19, vierde lid, Bzv.

De uitvoering van de combinatie van macronaïcalculatie en flankerend beleid voor het deelbedrag voor variabele zorgkosten geschiedt door het Zorginstituut in drie stappen.

De eerste stap bestaat uit het bepalen van de macronaïcalculatiefactor voor de variabele zorgkosten. De macronaïcalculatiefactor is het quotiënt van de gerealiseerde kosten en de gecorrigeerde geraamde kosten van alle zorgverzekeraars gezamenlijk. De tweede stap bestaat uit vermenigvuldiging van de deelbedragen op basis van de werkelijke verzekerdenaantallen, de werkelijke verzekerdenkenmerken en de toepasselijke gewichten, met de toepasselijke macronaïcalculatiefactor. De eerste en tweede stap zijn neergelegd in artikel 3.12, eerste lid, onderdeel b, Bzv.

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

- a. het verschil tussen de gerealiseerde variabele zorgkosten en de gecorrigeerde geraamde variabele zorgkosten van alle zorgverzekeraars gezamenlijk wordt vermenigvuldigd met 0,30;
- b. de uitkomsten van onderdeel a worden gedeeld door het totale aantal premieplichtige verzekerden van alle zorgverzekeraars gezamenlijk;
- c. de uitkomsten van onderdeel b worden per zorgverzekeraar vermenigvuldigd met het totale aantal premieplichtige verzekerden van die zorgverzekeraar.

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

Voorbeeld 1

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

In stap 3 wordt op grond van artikel 3.12, vierde lid, Bzv, nog een bedrag in mindering gebracht. Het verschil tussen de gerealiseerde kosten en de geraamde kosten bedraagt 50.000 euro (regel 2 – regel 1). Hier wordt 30% van genomen. Dit is 15.000 euro. Er zijn 7.500 premieplichtige verzekerden (regel 3). Dit levert dus een bedrag van 2 euro per verzekerde. Dit bedrag wordt voor elke verzekeraar vermenigvuldigd met het aantal premieplichtige verzekerden (regel 3) en in mindering gebracht op de geraamde kosten. Deze aftrek is opgenomen op regel 6, de uiteindelijke uitkomst na de toepassing van macronaalfactor en flankerend beleid op regel 7 (regel 5 + regel 6).

Verzekeraar	A	B	C	Totaal
1. geraamde variabele zorgkosten	100.000	50.000	100.000	250.000
2. gerealiseerde variabele zorgkosten	50.000	50.000	200.000	300.000
3. aantal premieplichtige verzekerden	2.500	2.500	2.500	7.500
4. effect macronaalfactor (stap 1 en 2)	20.000	10.000	20.000	50.000
5. deelbedrag na macronaalfactor	120.000	60.000	120.000	300.000
6. effect flankerend beleid (stap 3)	-5.000	-5.000	-5.000	-15.000
7. deelbedrag na flankerend beleid	115.000	55.000	115.000	285.000

Voorbeeld 2

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

In stap 3 wordt op grond van het in artikel 3.12 Bzv, vierde lid, nog een bedrag in mindering gebracht. Het verschil tussen de gerealiseerde kosten en de geraamde kosten bedraagt -50.000 euro (regel 2 – regel 1). Hier wordt 30% van genomen. Dit is -15.000 euro. Er zijn 7.500 premieplichtige verzekerden (regel 3). Dit levert dus een bedrag van -2 euro per verzekerde. Dit bedrag wordt voor elke verzekeraar vermenigvuldigd met het aantal premieplichtige verzekerden (regel 3) en in mindering gebracht op de geraamde kosten. Omdat er een negatief bedrag in mindering wordt gebracht, komt er geld bij. Dit bedrag is opgenomen op regel 6, de uiteindelijke uitkomst na de toepassing van macronaalfactor en flankerend beleid op regel 7 (regel 5 + regel 6).

Verzekeraar	A	B	C	Totaal
-------------	---	---	---	--------

1. geraamde variabele zorgkosten	100.000	50.000	100.000	250.000
2. gerealiseerde variabele zorgkosten	40.000	40.000	120.000	200.000
3. aantal premieplichtige verzekerden	2.500	2.500	2.500	7.500
4. effect macrona­calcu­latie (stap 1 en 2)	-20.000	-10.000	-20.000	-50.000
5. deel­bedrag na macrona­calcu­latie	80.000	40.000	80.000	200.000
6. effect flankerend beleid (stap 3)	5.000	5.000	5.000	15.000
7. deel­bedrag na flankerend beleid	85.000	45.000	85.000	215.000

De combinatie van macrona­calcu­latie en flankerend beleid voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico vindt voor het vereveningsjaar 2022 op dezelfde wijze plaats. De drie stappen zijn neergelegd in artikel 3.19, vierde lid, Bzv. Dat lid voorziet in een afwijkende berekeningswijze voor het vereveningsjaar 2022 van de naar gerealiseerde verzekerdenaantallen genormeerde opbrengst van het verplicht eigen risico.

De eerste stap bestaat uit het bepalen van de macrona­calcu­latiefactor voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico. Die factor is het quotiënt van de gerealiseerde opbrengsten van het verplicht eigen risico voor de gezamenlijke zorgverzekeraars en de uitkomsten van de reguliere berekeningswijze voor de gezamenlijke zorgverzekeraars. Het Zorginstituut vermenigvuldigt in stap 2 de uitkomsten van de reguliere berekeningswijze voor de zorgverzekeraar met de macrona­calcu­latiefactor. De eerste en tweede stap zijn neergelegd in artikel 3.19, vierde lid, onderdeel a, Bzv.

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

- het verschil van de gerealiseerde opbrengsten van het verplicht eigen risico en de uitkomsten van de reguliere berekeningswijze voor de gezamenlijke zorgverzekeraars wordt vermenigvuldigd met 0,30;
- de uitkomst van onderdeel a wordt gedeeld door het totale aantal premieplichtige verzekerden van de gezamenlijke zorgverzekeraars;
- de uitkomst van onderdeel b wordt per zorgverzekeraar vermenigvuldigd met het totale aantal premieplichtige verzekerden van die zorgverzekeraar.

De uitkomst van de drie stappen is de naar gerealiseerde verzekerdenaantallen genormeerde opbrengst van het verplicht eigen risico over het vereveningsjaar 2022 voor de zorgverzekeraar.

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

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

In stap 3 wordt op grond van onderdeel b, van artikel 3.19, vierde lid, Bzv, nog een bedrag in mindering gebracht. Het verschil tussen de gerealiseerde opbrengsten en de geraamde opbrengsten bedraagt 50.000 euro (regel 2 – regel 1). Hier wordt 30% van

genomen. Dit is 15.000 euro. Er zijn 7.500 premieplichtige verzekerden (regel 3). Dit levert dus een bedrag van 2 euro per verzekerde. Dit bedrag wordt voor elke verzekeraar vermenigvuldigd met het aantal premieplichtige verzekerden (regel 3) en in mindering gebracht op de geraamde opbrengsten. Deze aftrek is opgenomen op regel 6, de uiteindelijke uitkomst na de toepassing van macronacalculatie en flankerend beleid op regel 7 (regel 5 + regel 6).

Verzekeraar	A	B	C	Totaal
1. geraamde opbrengsten	100.000	50.000	100.000	250.000
2. gerealiseerde opbrengsten	50.000	50.000	200.000	300.000
3. aantal premieplichtige verzekerden	2.500	2.500	2.500	7.500
4. effect macronacalculatie (stap 1 en 2)	20.000	10.000	20.000	50.000
5. genormeerde opbrengst na macronacalculatie	120.000	60.000	120.000	300.000
6. effect flankerend beleid (stap 3)	-5.000	-5.000	-5.000	-15.000
7. genormeerde opbrengst	115.000	55.000	115.000	285.000

4. Bandbreedteregeling GGZ-kosten

De bekostiging van de geneeskundige GGZ is met ingang van 1 januari 2022 gewijzigd met invoering van het Zpm. De Minister van VWS heeft bij Kamerbrief van 9 september 2021 gemeld dat het nieuwe bekostigingssysteem zorgt voor onzekerheden op het niveau van zorgverzekeraars die kunnen zorgen voor een ongewenste invloed op de spreiding in resultaat tussen zorgverzekeraars. Deze onzekerheden zijn het gevolg van aannames die zijn gehanteerd in het onderzoek naar de mogelijkheden om rekening te houden met de verandering van de bekostiging. De belangrijkste onzekerheid is dat in het onderzoek met de gemiddelde prijs is gerekend en dus met de gemiddelde behandelsetting. De werkelijke behandelsetting is echter scheef verdeeld over de zorgverzekeraars en kan aanzienlijk van het gemiddelde afwijken. De Minister van VWS heeft gemeld dat een bandbreedteregeling het best werkende instrument is om dit probleem op te lossen aangezien dit ingrijpt op de spreiding van het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars. De Minister van VWS heeft aangekondigd dat de bandbreedteregeling voor kosten van geneeskundige GGZ in artikel 3.16 Bzv nog een jaar wordt gecontinueerd³. Dit is geregeld in het gewijzigde eerste lid van artikel 3.11 Bzv.

De bandbreedteregeling grijpt in op de spreiding van het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars. Boven een zekere drempel wordt een deel van het resultaat afgeroomd, terwijl beneden een zekere drempel juist een deel wordt gecompenseerd. De bandbreedteregeling impliceert een bepaalde mate van herverdeling tussen zorgverzekeraars, die de grootste verschillen tussen individuele zorgverzekeraars wegneemt en daarmee de onzekerheid voor zorgverzekeraars reduceert. Het gaat om de verschillen bij het vereveningsresultaat voor het cluster GGZ-kosten per premieplichtige verzekerde. Het vereveningsresultaat is het verschil tussen het deelbedrag voor kosten van geneeskundige GGZ na toepassing van de regelingen voor flankerend beleid en hogekostencompensatie en de door de zorgverzekeraar gerealiseerde GGZ-kosten, voor die zorgverzekeraar. De minderjarige verzekerden en de gedetineerden behoren niet tot de premieplichtige verzekerden. Het vereveningsresultaat op het gebied van GGZ-kosten per premieplichtige verzekerde is het quotiënt van dat resultaat en die verzekerden. De bandbreedte voor de bandbreedteregeling is het gebied tussen - € 10 en € 10 rondom het gemiddelde marktresultaat voor kosten van geneeskundige GGZ per premieplichtige

³ Kamerstukken II 2020/21, 29689, nr. 1126, p.4.

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

Het verschil van het vereveningsresultaat op kosten voor geneeskundige GGZ per premieplichtige verzekerde van de zorgverzekeraar en het marktgemiddelde, wordt voor zover zich dat buiten de bandbreedte bevindt, voor 90% verminderd⁴. Een vermindering van een negatief verschil leidt tot een minder groot negatief verschil en van een positief verschil tot een minder groot positief verschil. Een negatief verschil van meer dan € 10 leidt dus tot een verhoging van het deelbedrag voor kosten van geneeskundige GGZ voor de zorgverzekeraar en een positief verschil van meer dan € 10 tot een verlaging van dat deelbedrag.

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

Voorbeeld 1

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

Het deel van dat negatieve verschil dat zich buiten de bandbreedte bevindt bedraagt € 5 (15 - 10). Zorgverzekeraar A heeft 1.000 premieplichtige verzekerden. De bandbreedteregeling leidt tot een verhoging van het deelbedrag voor kosten van geneeskundige GGZ van zorgverzekeraar A met $0,90 * € 5 * 1.000 = € 4.500$.

Voorbeeld 2

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

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

5. EU-aspecten macronaïcalculatie en bandbreedteregeling GGZ-kosten

Staatssteun

De toekenning van vereveningsbijdragen ten laste van het Zorgverzekeringsfonds aan zorgverzekeraars vormt een steunmaatregel als bedoeld in artikel 107, eerste lid, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie. De Europese Commissie heeft in haar beschikking van 3 mei 2005⁵ (hierna: het goedkeuringsbesluit) beslist dat de toekenning van de vereveningsbijdragen aan zorgverzekeraars verenigbaar is met de interne markt.

Het goedkeuringsbesluit vermeldt dat de zorgverzekeraars onder de voorwaarden en beperkingen van de Zvw belast zijn met een dienst van algemeen economisch belang.⁶ De belangrijkste voorwaarden en beperkingen zijn de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie, het verplicht aan te bieden basispakket en de regeling van het verplicht eigen risico en vrijwillig eigen risico. De macronaïcalculatie voor het deelbedrag voor variabele zorgkosten en de opbrengsten van het verplicht eigen risico en de

⁴ Kamerstukken II 2020/21, 29689, nr. 1078, p. 4 en p. 5 en nr. 1126, p.4.

⁵ Besluit van de Europese Commissie van 3 mei 2005 inzake steunmaatregelen nr. N. 541/2004 en N 542/2004 betreffende behoud financiële reserves door ziekenfondsen en het risicovereveningssysteem nr. 03.V. 2005 C (2005) 1329 fin.

⁶ Zie p. 27 van het goedkeuringsbesluit.

bandbreedteregeling GGZ leiden niet tot wijzigingen op het gebied van de bovenbedoelde voorwaarden en beperkingen voor zorgverzekeraars.

De door de Europese Commissie goedgekeurde steunmaatregel houdt in dat de Zvw-uitgaven van zorgverzekeraars voor ongeveer 50% bekostigd worden uit het Zorgverzekeringsfonds (hierna: Zvf) en voor ongeveer 50% uit hun eigen inkomsten.⁷ De bekostiging uit het Zvf bestaat uit de vereveningsbijdragen en de eigen inkomsten uit de opbrengsten van de nominale premies en het verplicht eigen risico. Nederland geeft uitvoering aan de bekostigingsregel op basis van de verwachte Zvw-uitgaven. Dit vereist wel dat het verschil tussen realisatie en verwachtingen binnen redelijke grenzen blijft. De infectieziekte covid-19 zorgt voor veel grotere onzekerheden voor over het vereveningsjaar 2022 dan over de andere vereveningsjaren. Er wordt voor een nadere toelichting op die onzekerheden verwezen naar hoofdstuk 3 van het algemeen deel van deze toelichting. Een wezenlijke onderschrijding van de verwachte Zvw-uitgaven van zorgverzekeraars heeft tot gevolg dat het aandeel van de bekostiging van de werkelijke Zvw-uitgaven van zorgverzekeraars vanuit het Zvf, zonder nadere maatregelen, boven de 50% uitkomt. De onderschrijding van de verwachte inkomsten uit het verplicht eigen risico dempt dat effect voor een klein deel. Een wezenlijke overschrijding van de verwachte Zvw-uitgaven van zorgverzekeraars heeft het tegenovergestelde effect. De overschrijding van de verwachte inkomsten uit het verplicht eigen risico dempt dat effect voor een klein deel. De macronacalculatie voor het deelbedrag voor variabele zorgkosten brengt het aandeel van de bekostiging van de werkelijke Zvw-uitgaven van zorgverzekeraars, vanuit het Zvf voor de Zvw-uitgaven van zorgverzekeraars bij zowel onderschrijding als overschrijding van de verwachte Zvw-uitgaven richting 50%.

Specifiek geldt een extra onzekerheid als gevolg van de invoering van het Zpm als nieuw bekostigingssysteem voor de geneeskundige GGZ, zie hiervoor hoofdstuk 4 van het algemeen deel van deze toelichting. De GGZ-kosten en daarmee ook de effecten van de invoering van het Zpm, zijn zeer ongelijk verdeeld over de zorgverzekeraars. De bandbreedteregeling grijpt in op de eventuele uitersten van de markt en neemt daarmee de grootste verschillen tussen zorgverzekeraars weg. De bandbreedteregeling reduceert daarmee de onzekerheid van de gevolgen van de invoering van het Zpm, een maatregel van overheidswege waarop de zorgverzekeraars geen invloed hebben. De bandbreedteregeling draagt daarmee bij aan het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars.

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

Het goedkeuringsbesluit vermeldt dat de goedgekeurde steunmaatregel niet de prikkels voor zorgverzekeraars heeft weggenomen om de concurrentie aan te gaan.⁸ Het nacalculatiepercentage van 70% voor de variabele zorgkosten en de opbrengsten van het verplicht eigen risico en de bandbreedte en het percentage van 90% van de bandbreedteregeling voor de kosten van geneeskundige GGZ zorgen ervoor dat de prikkels voor de zorgverzekeraars om de concurrentie aan te gaan blijven bestaan. Het Nederlands risicovereveningssysteem blijft met de macronacalculatie voor het deelbedrag voor variabele zorgkosten en voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico en bandbreedteregeling voor de vaststelling van het deelbedrag voor kosten van geneeskundige GGZ binnen de grenzen van het goedkeuringsbesluit uit 2005. De eenmalige ex post maatregelen voor het vereveningsjaar 2022 vormen geen wezenlijke wijziging van het Nederlandse risicovereveningssysteem.

⁷ Zie p. 9 tot en met 12, p. 24 en p. 28 van het goedkeuringsbesluit.

⁸ Zie p. 29 van het goedkeuringsbesluit.

Solvabiliteit II-richtlijn

De zorgverzekeraars vallen als schadeverzekeringsondernemingen onder het toepassingsbereik van de Solvabiliteit II-richtlijn.⁹ Artikel 109 bis, vierde en vijfde lid, van die richtlijn hebben betrekking op het systeem van risicoverevening. Het bovenbedoelde vijfde lid bevat de eisen voor een nationaal systeem van risicoverevening.

Een dergelijk systeem moet:

- a. transparant zijn en voorafgaand aan het vereveningsjaar volledig zijn uitgewerkt;
- b. waarborgen dat de volatiliteit van het premierisico en het voorzieningenrisico van de betrokken verzekeraars in significante mate wordt verminderd;
- c. betrekking hebben op verplichte ziektekostenverzekeringen en geheel of gedeeltelijk ter vervanging van ziektekostendekking waarin de wettelijke socialezekerheidsregelingen voorzien; en
- d. een regeling bevatten dat een of meer overheidsinstanties in het geval van wanbetaling door verzekeraars de schadevorderingen van de betrokken polishouders van de verzekeringen die onder dat systeem vallen, volledig dekken.

De verordening van de Europese Commissie ter aanvulling van de Solvabiliteit II-richtlijn bevat nog een aanvullende eis. De verzekeringsverplichtingen die onder het systeem van risicoverevening vallen, moet gescheiden van de andere activiteiten van de verzekeraars, georganiseerd zijn en beheerd worden.¹⁰ De regeling voor een nationaal systeem van risicoverevening is met het oog op het Ierse en Nederlandse risicovereveningssysteem in de Solvabiliteit II-richtlijn opgenomen.

De ex post maatregelen voor het vereveningsjaar 2022 zijn transparant en op grond van dit besluit volledig uitgewerkt in het Bzv. Het Zorginstituut heeft bovendien in het jaar 2021 zijn beleidsregels voor de vereveningsbijdrage 2022 vastgesteld onder opschortende voorwaarde van de inwerkingtreding van dit besluit en de Regeling risicoverevening 2022 en die vereveningsbijdrage in 2021 aan de zorgverzekeraars toegekend. De eenmalige ex post maatregelen verminderen de volatiliteit van het premierisico en het voorzieningenrisico van zorgverzekeraars. De ex post maatregelen hebben alleen betrekking op de zorgverzekering, een gelet op artikel 2 Zvw verplichte ziektekostenverzekering. De eenmalige ex post maatregelen betreffen niet de onderwerpen waarop die vierde en vijfde eis voor een nationaal risicovereveningssysteem zien.

De regeling voor de macrona calculatie voor het deelbedrag voor variabele zorgkosten en de genormeerde opbrengst van het verplicht eigen risico en de bandbreedteregeling voor de bepaling van het deelbedrag kosten van geneeskundige GGZ bevatten tenslotte geen bepalingen voor zorgverzekeringsovereenkomsten of de premievaststelling door zorgverzekeraars. De wijzigingen als gevolg van de ex post maatregelen voor het vereveningsjaar 2022 leiden dan niet tot strijdigheid met artikel 206 van de Solvabiliteit II-richtlijn. Het is het enige artikel van die richtlijn betreffende de ziektekostenverzekering als alternatief voor sociale zekerheid.

⁹ Richtlijn 2009/138/EG van het Europees Parlement en de Raad van 25 november 2009 betreffende de toegang tot en de uitoefening van het verzekerings- en het herverzekeringsbedrijf (Solvabiliteit II) (PbEU 2009, L 335).

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

De eenmalige ex post maatregelen voor het vereveningsjaar 2022 voldoen gezien het bovenstaande aan de kaders van de Solvabiliteit II-richtlijn.

6. Fraudetoets

Het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) controleren de opgaven van de zorgverzekeraars voor de toekenning en vaststelling van de vereveningsbijdragen. De NZa houdt op grond van artikel 16, onderdeel b, van de Wet marktordening gezondheidszorg, toezicht op de rechtmatige uitvoering door zorgverzekeraars van onder meer de regelgeving op het gebied van de vereveningsbijdrage. Dit besluit leidt niet tot wezenlijke wijziging van de controle door de NZa op de opgaven van zorgverzekeraars voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage over 2022. De gegevens die de zorgverzekeraars ten behoeve van de vereveningsbijdrage dienen te verstrekken veranderen niet als gevolg van dit besluit. Het Zorginstituut kan met die gegevens de vereveningsbijdrage over het vereveningsjaar 2022 vaststellen.

7. Gevolgen voor de Rijksbegroting en exploitatiesaldo Zorgverzekeringsfonds

Het onderhavige besluit heeft geen gevolgen voor de Rijksbegroting maar wel voor het exploitatiesaldo van het Zvf. De bandbreedteregeling voor het cluster GGZ-kosten heeft, gelet op het symmetrische karakter, naar verwachting geen noemenswaardige gevolgen voor het exploitatiesaldo van het Zvf. De regeling voor macronaïcalculatie voor het deelbedrag voor variabele zorgkosten en de opbrengsten van het verplicht eigen risico voor het vereveningsjaar 2022 heeft wel gevolgen voor dat exploitatiesaldo. De omvang daarvan is nog niet in te schatten vanwege de onzekerheid over de gevolgen van de infectieziekte covid-19. De mate van het inhalen van reguliere zorg die in 2020 en 2021 was uitgevallen en van de eventuele uitval van reguliere zorg in 2022 zijn afhankelijk van het nog onzekere verdere verloop van de infectieziekte covid-19 in 2022. Een macronaïcalculatiefactor bij het deelbedrag voor de variabele zorgkosten kleiner dan 1 leidt tot lagere vereveningsbijdragen hetgeen het exploitatiesaldo van het Zvf positief beïnvloedt. Een macronaïcalculatiefactor groter dan 1 leidt tot hogere vereveningsbijdragen hetgeen het exploitatiesaldo van het Zvf negatief beïnvloedt. De macronaïcalculatiefactor bij de opbrengsten van het verplicht eigen risico heeft een tegengestelde werking. Een macronaïcalculatiefactor kleiner dan 1 houdt in een onderschrijding en een macronaïcalculatiefactor groter dan 1 een overschrijding van de verwachte opbrengsten van het verplicht eigen risico. Een macronaïcalculatiefactor kleiner dan 1 leidt tot hogere vereveningsbijdragen hetgeen het exploitatiesaldo van het Zvf negatief beïnvloedt. Een macronaïcalculatiefactor groter dan 1 leidt tot lagere vereveningsbijdragen hetgeen het exploitatiesaldo van het Zvf positief beïnvloedt.

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

De onzekerheid over de gevolgen van de infectieziekte covid-19 voor de zorgverlening vormt de reden voor de macronaïcalculatie. Die onzekerheid leidt ertoe dat de gevolgen van de macronaïcalculatie voor het exploitatiesaldo van het Zvf niet zijn in te schatten.

8. Regeldrukgevolgen

Dit besluit heeft vooral gevolgen voor het Zorginstituut. Hij moet zijn programmatuur aanpassen om de gewijzigde risicovereveningssysteematiek te kunnen toepassen bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage voor zorgverzekeraars over 2022. Voor de zorgverzekeraars zijn er – behoudens de kennismemingskosten - geen gevolgen voor de regeldruk. Dit besluit heeft geen regeldrukgevolgen voor andere bedrijven of de burger. Het ontwerp van dit besluit is op 12 april 2022 aan het Adviescollege toetsing regeldruk

(ATR) aangeboden. De ATR heeft het dossier niet geselecteerd voor een formeel advies omdat het behoudens de kennismemingskosten voor zorgverzekeraars geen gevolgen heeft voor de regeldruk van burgers en bedrijven.

9. Voorhangprocedure

Dit besluit heeft de voorhangprocedure bij de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal doorlopen. De voorhang is op grond van artikel 124, eerste lid, Zvw, weliswaar niet verplicht maar wel toegezegd. Dit besluit bevat ex post maatregelen voor de vereveningsbijdrage over het vereveningsjaar 2022 en berust derhalve louter op artikel 34, derde lid, Zvw. De voorhangprocedure op grond van artikel 124, eerste lid, Zvw, geldt niet voor een op bovenbedoeld artikellid berustende algemene maatregel van bestuur. De Minister van VWS heeft bij Kamerbrief van 9 september gemeld dat het ontwerp van dit besluit zou worden voorgehangen bij de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal¹¹.

P.M. resultaten voorhangprocedure

II Artikelsgewijs

Artikel I, onderdeel A.

Het gewijzigde eerste lid van artikel 3.11 Bzv regelt dat de bandbreedteregeling voor het deelbedrag voor kosten van geneeskundige GGZ in artikel 3.16 Bzv, ook van toepassing is op het vereveningsjaar 2022.

Artikel I, onderdeel B

Artikel 3.12, vierde lid, Bzv, bevat de combinatie van de macronacalculatie en het flankerende beleid voor het deelbedrag voor variabele zorgkosten over het vereveningsjaar 2022.

Artikel I, onderdeel C

De wijziging van artikel 3.19, derde lid, onderdeel b, Bzv, betreft een verduidelijking in verband met het feit dat het betrokken lid louter ziet op het vereveningsjaar 2021. Het vierde lid van dat artikel bevat de combinatie van de macronacalculatie en het flankerende beleid voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico over het vereveningsjaar 2022.

De wijziging van artikel 3.19, zevende lid, Bzv, betreft een technische aanpassing aan de invoeging van een nieuw vierde lid in dat artikel en de daarmee verband houdende vernummering van artikelleden.

Artikel I, onderdeel D

De wijziging van artikel 3.20, vierde lid, Bzv, betreft een technische aanpassing van een nieuw vierde lid in artikel 3.19 Bzv en de daarmee verband houdende vernummering van artikelleden.

Artikel II

Dit besluit treedt in werking met ingang van de dag na publicatie in het Staatsblad en werkt terug tot en met 1 januari 2022. De reden voor de terugwerkende kracht is gelegen in het feit dat de in dit besluit opgenomen regels betrekking hebben op het gehele vereveningsjaar 2022. Het Zorginstituut geeft pas uitvoering aan de ex post maatregelen bij de vaststelling van de vereveningsbijdragen voor de zorgverzekeraars over het jaar 2022. Het Zorginstituut dient op grond van artikel 34, eerste lid, Zvw, uiterlijk op 1 april 2026 de vereveningsbijdragen over het vereveningsjaar 2022 definitief vast te stellen. Bij Kamerbrief van 9 september 2021 van de Minister van VWS zijn de in dit besluit neergelegde bepalingen beschreven. De inhoud van die bepalingen is ook met zorgverzekeraars, ZN en het Zorginstituut besproken. Zie hiervoor hoofdstuk 2 van het

¹¹ Zie Kamerstukken II 2020/21, 29689, nr. 1126, p.7.

algemeen deel van deze toelichting. Op deze manier konden de zorgverzekeraars al rekening houden voor aanvang het vereveningsjaar 2022 met inhoud van dit besluit, zoals bijvoorbeeld bij de vaststelling van hun nominale premies voor het jaar 2022. De terugwerkende kracht betreft geen belastende wijzigingen. De macronacalculatie voor het deelbedrag voor variabele zorgkosten en de opbrengsten van het verplicht eigen risico en de bandbreedteregeling voor de kosten van geneeskundige GGZ beperken de risico's van zorgverzekeraars over het vereveningsjaar 2022.

Er is afgezien van het systeem van de vaste verandermomenten en van de minimale invoeringstermijn van twee maanden. Dit bewerkstelligt dat dit besluit zo snel mogelijk in werking treedt en de termijn van de terugwerkende kracht zo kort mogelijk is. De doelgroep van dit besluit is beperkt tot de zorgverzekeraars en het Zorginstituut. De onmiddellijke inwerkingtreding en de terugwerkende kracht tot en met 1 januari 2022 voorkomen belangrijke nadelen voor zorgverzekeraars voor de vaststelling van hun premies en voorkomt een belangrijk uitvoeringsnadeel voor het Zorginstituut. Het afzien van het systeem van de vaste verandermomenten en van de minimale invoeringstermijn voorkomt gelet op de doelgroep van dit besluit aanmerkelijke ongewenste private en publieke nadelen. Aanwijzing 4.17 van de Aanwijzingen voor de regelgeving vermeldt die mogelijkheid.

Dit besluit voorziet niet in het vervallen van de bepalingen in het Bzv die uitsluitend zien op het vereveningsjaar 2022. De reden hiervoor is dat het thans nog niet duidelijk is wanneer de bovenbedoelde bepalingen materieel zijn uitgewerkt. Deze bepalingen hebben immers ook betekenis na het vereveningsjaar 2022. Het Zorginstituut moet uiterlijk op 1 april 2026 de vereveningsbijdragen over het jaar 2022 voor de zorgverzekeraars vaststellen. De zorgverzekeraars kunnen vervolgens bezwaar maken bij het Zorginstituut en vervolgens beroep instellen bij de Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State. Om deze reden is niet op dit moment voorzien in het vervallen van deze bepalingen. Indien deze materieel zijn uitgewerkt, kunnen deze wel vervallen.

Let op: vul A.U.B. de ondertekengegevens NIET handmatig in. De ondertekengegevens 'OndertekeningFunctie' en 'OndertekeningNaam' worden automatisch door Marjolein ingevuld. Daarbij mag dit gele plaatje NIET worden verwijderd! Bij digitaal ondertekenen wordt door Marjolein de juiste handtekening automatisch geplaatst en bij handmatig ondertekenen wordt dit plaatje vervangen door een aantal witregels.