
638

Besluit van 4 december 2012, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met actualisatie van de regels over de risicoverevening

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 23 oktober 2012, kenmerk Z-3136151;

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

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van 7 november 2012, No. W13.12.0444/III);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 28 november 2012, kenmerk Z-3143670;

Hebben goedgevonden en verstaan:

ARTIKEL I

Het Besluit zorgverzekering wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1 wordt als volgt gewijzigd:

1. In onderdeel h wordt «het cluster «dbc-zorgproducten in het vrije segment», het cluster «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp», het cluster «vaste kosten van ziekenhuisverpleging»» vervangen door: het cluster «variabele kosten van medisch-specialistische zorg», het cluster «vaste zorgkosten».

2. Onderdeel i vervalt.

3. De onderdelen j tot en met ff worden geletterd i tot en met ee.

4. De onderdelen i (nieuw) en j (nieuw) komen te luiden:

i. *variabele kosten van medisch-specialistische zorg*: de variabele kosten van in het kader van medisch-specialistische zorg verleend verblijf, verpleging en verzorging, met uitzondering van verblijf gepaard gaande met zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden, alsmede 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, dit alles voor zover deze kosten onder de dekking van een zorgverzekering vallen en niet bij ministeriële regeling is bepaald dat deze als tot een ander cluster behorende kosten worden aangemerkt;

j. *vaste zorgkosten*: de vaste kosten van in het kader van medisch-specialistische zorg verleend verblijf, verpleging en verzorging, met uitzondering van verblijf gepaard gaande met zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden, alsmede bij ministeriële regeling aan te wijzen kosten, dit alles voor zover deze kosten onder de dekking van een zorgverzekering vallen.

5. Aan onderdeel k (nieuw) wordt na «vallen» ingevoegd: en niet bij ministeriële regeling is bepaald dat deze als tot een ander cluster behorende kosten worden aangemerkt.

B

In het opschrift van paragraaf 1.1 van hoofdstuk 3 wordt «vrijwillig eigen risico» vervangen door: verplicht eigen risico.

C

Artikel 3.1, eerste lid, komt te luiden:

1. Het macro-prestatiebedrag is de som van de volgende macro-deelbedragen:

- a. het macro-deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg;
- b. het macro-deelbedrag vaste zorgkosten;
- c. het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg;
- d. het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties.

D

In artikel 3.3 wordt «de artikelen 3.4 tot en met 3.8a» vervangen door: de artikelen 3.4 tot en met 3.8.

E

Artikel 3.4, eerste lid, komt te luiden:

1. Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg over de zorgverzekeraars aan de hand van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar, verdeeld naar leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, aard van het inkomen, SES, meerjarig hoge kosten en regio.

F

Artikel 3.5 vervalt.

G

De artikelen 3.6 tot en met 3.8a worden vernummerd tot 3.5 tot en met 3.8.

H

In artikel 3.5 (nieuw) wordt «vaste kosten van ziekenhuisverpleging» vervangen door: vaste zorgkosten.

I

In artikel 3.8 (nieuw) wordt «In afwijking van de artikelen 3.4, 3.5 en 3.8 worden verzekerden die in het buitenland wonen ingedeeld in de klasse «Geen FKG» respectievelijk «DKG «0»» vervangen door: In afwijking van de artikelen 3.4, 3.6 en 3.7 worden verzekerden die in het buitenland wonen ingedeeld in de klassen «Geen FKG», «Geen FKG psychische aandoeningen», respectievelijk «DKG «0»».

J

In artikel 3.9 wordt «artikelen» vervangen door: de artikelen.

K

Artikel 3.11 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt «bedoeld in de artikelen 3.4 tot en met 3.8» vervangen door: bedoeld in de artikelen 3.4, 3.6 en 3.7.

2. In het vijfde lid wordt «bedoeld in de artikelen 3.4, 3.5, 3.7, 3.8 en 3.8a» vervangen door: bedoeld in de artikelen 3.4, 3.6, 3.7, en 3.8.

3. In het zesde lid wordt «, voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage van de desbetreffende verzekeraar meetelt» vervangen door: of die gedurende het vereveningsjaar bij meerdere zorgverzekeraars tegelijk verzekerd is, voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage meetelt.

L

Artikel 3.12 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid, wordt «bedoeld in de artikelen 3.4 tot en met 3.8» vervangen door: bedoeld in de artikelen 3.4 tot en met 3.7.

2. Het derde lid komt te luiden:

3. Indien in andere artikelen of artikelleden van dit hoofdstuk de clausule «het herberekende deelbedrag» voor een in die artikelen of artikelleden genoemd cluster van prestaties wordt gebruikt, wordt daarmee bedoeld het op grond van het eerste en tweede lid voor het desbetreffende cluster van prestaties berekende bedrag.

M

In artikel 3.13 wordt «de zorgverzekering» vervangen door «een zorgverzekering» en wordt «de kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment, de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, de vaste kosten van ziekenhuisverpleging,» vervangen door: de variabele kosten van medisch-specialistische zorg, de vaste zorgkosten,.

N

Artikel 3.14 komt te luiden:

Artikel 3.14

Het College zorgverzekeringen merkt voor een bij ministeriële regeling te bepalen gedeelte van de verschillende geldende tarieven binnen de kosten van medisch-specialistische zorg, kosten aan als variabele kosten van medisch-specialistische zorg.

O

Artikel 3.15 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid komt te luiden:

1. Het College zorgverzekeringen merkt voor een bij ministeriële regeling te bepalen gedeelte van de verschillende geldende tarieven binnen de kosten van medisch-specialistische zorg, kosten aan als vaste zorgkosten.

2. In het tweede lid wordt «vaste kosten van ziekenhuisverpleging» telkens vervangen door: vaste zorgkosten.

P

Artikel 3.16 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het tweede lid, wordt «en het resultaat na eventuele toepassing van het gestelde in het eerste lid anderszijds» vervangen door: en het op grond van artikel 3.12 herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg dan wel, indien het eerste lid is toegepast, het resultaat na de daar bedoelde hogekostencompensatie anderszijds.

2. In het derde lid vervalt: , dan wel, indien van toepassing, van het eerste en tweede lid,.

Q

In artikel 3.17, eerste lid, komt te luiden:

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

R

In artikel 3.18 wordt «dbc-zorgproducten in het vrije segment», «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp» vervangen door: «variabele kosten van medisch-specialistische zorg».

S

Artikel 4.3 vervalt.

ARTIKEL II

In artikel 67, vijfde lid, van het Besluit prudentiële regels Wft wordt «artikel 1, onderdeel dd, van het Besluit zorgverzekering» vervangen door: artikel 1, onderdeel cc, van het Besluit zorgverzekering.

ARTIKEL III

1. Dit besluit treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van het Staatsblad waarin het wordt geplaatst en werkt terug tot en met 30 september 2012.

2. Nadat zij in werking zijn getreden, gelden de artikelen van dit besluit voor het eerst met betrekking tot de vereveningsbijdrage die voor het eerstvolgende kalenderjaar wordt toegekend.

3. Op de vaststelling van vereveningsbijdragen over kalenderjaren voor het kalenderjaar, bedoeld in het tweede lid, blijven de regels van artikel 1 en hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering van toepassing zoals zij met betrekking tot die kalenderjaren golden.

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

's-Gravenhage, 4 december 2012

Beatrix

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

Uitgegeven de *achttiende* december 2012

De Minister van Veiligheid en Justitie,
I. W. Opstelten

Het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State wordt niet openbaar gemaakt op grond van artikel 26, zesde lid jo vijfde lid van de Wet op de Raad van State, omdat het uitsluitend opmerkingen van redactionele aard bevat.

NOTA VAN TOELICHTING

Algemeen

Op grond van de Zorgverzekeringswet (Zvw) dienen zorgverzekeraars verzekeringsplichtigen voor de zorgverzekering als bedoeld in die wet te accepteren (acceptatieplicht). Bovendien moeten de zorgverzekeraars voor een zelfde soort zorgverzekering van alle verzekeringnemers van achttien jaar of ouder een zelfde nominale premie vragen (verbod van premiedifferentiatie). Het voorspelbare risico op verlies dat zorgverzekeraars aldus lopen op verzekerden met een slecht gezondheidsrisico wordt gecompenseerd via de risicoverevening. De Zvw, het Besluit zorgverzekering en de op die wet en op dat Besluit gebaseerde ministeriële regeling (tot het vereveningsjaar 2012 was dat de Regeling zorgverzekering en vanaf dat jaar is het een «Regeling risicoverevening» die voor ieder vereveningsjaar afzonderlijk wordt gemaakt) bevatten de bepalingen die het risicovereveningsmodel vorm geven. Veranderende omstandigheden en verbeteringen van het model nopen regelmatig tot aanpassing van deze bepalingen.

Tot 2013 werden de kosten van medisch-specialistische zorg voor de risicoverevening gesplitst in drie clusters, te weten het cluster «kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment», het cluster «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp» en het cluster «vaste kosten van ziekenhuisverpleging». Dat was nodig omdat voor de drie clusters verschillende risicovereveningsregels golden. Sinds het vereveningsjaar 2012 geldt dit echter niet meer voor de eerste twee clusters. Om die reden zijn deze twee clusters met voorliggend Besluit samengevoegd tot een nieuw cluster «variabele kosten van medisch-specialistische zorg». Het cluster «vaste kosten van ziekenhuisverpleging» is hernoemd tot het cluster «vaste zorgkosten». Deze wijzigingen hebben op vele punten in het Besluit zorgverzekeringen tot technische aanpassingen geleid.

Voorts is geregeld dat in het buitenland wonende verzekerden voor de toepassing van het vereveningscriterium «FKG's psychische aandoeningen» in de klasse «geen FKG psychische aandoeningen» worden ingedeeld. Hier is voor gekozen omdat uit buitenlandse ziektekostennota's niet kan worden afgeleid in welke FKG psychische aandoeningen iemand moet worden ingedeeld. Voor de somatische FKG's en de (somatische) DKG's was iets dergelijks sinds 2012 al het geval.

Dit besluit is ingevolge artikel 124 Zvw op 7 september 2012 voorgehangen bij de Tweede en Eerste Kamer. De Kamerleden hebben er geen vragen over gesteld.

Artikelsgewijs

Artikel I

Onderdeel A

Artikel 1 van het Besluit zorgverzekering bevat definities van begrippen die elders in het Besluit gebruikt worden. De wijzigingen van dit artikel strekken ertoe om de clusters «kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment», en «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp» samen te voegen tot het cluster «variabele kosten van medisch-specialistische zorg», en het cluster «vaste kosten van ziekenhuisverpleging» om te dopen tot het cluster «vaste zorgkosten».

Besloten is de termen «ziekenhuisverpleging» en «specialistische hulp» in de «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp» en de «vaste kosten van ziekenhuisverpleging» te vervangen. Hiervoor is gekozen omdat de oude termen gezien de kostencategorieën die er in de Regeling risicoverevening 2012 aan zijn en in regelingen risicoverevening van later jaren nog aan zullen worden toebedeeld niet geheel meer de lading dekken. Zo worden voor het vereveningsjaar 2012 de kosten van expertproducten, add-ons en hemostatica aan de «vaste kosten van ziekenhuisverpleging» toegerekend, terwijl deze zorg niet noodzakelijk met verpleging gepaard gaat.

Voor de vervangende term «medisch-specialistische zorg» bij de variabele kosten is gekozen omdat deze term het best aansluit bij de terminologie die in het kader van de bekostiging van instellingen voor medisch-specialistische zorg wordt gebruikt. Onder dergelijke instellingen vallen niet alleen de academische en algemene ziekenhuizen, maar ook zelfstandige behandelcentra en de zogenoemde categorale instellingen (het Oogziekenhuis Rotterdam, audiologische centra, dialysecentra, radiotherapeutische centra, revalidatiecentra, instellingen voor epilepsie, long/astma-centra, instellingen voor erfelijkheidsonderzoek en trombose-diensten). Derhalve worden kosten voor door dergelijke instellingen verleende zorg tot de kosten van «medisch-specialistische zorg» gerekend.

Het cluster «vaste kosten van ziekenhuisverpleging» is hernoemd tot het cluster «vaste zorgkosten». Hiervoor is gekozen omdat deze vaste kosten in de toekomst niet slechts vaste kosten van medisch-specialistische zorg moeten kunnen betreffen, maar – in beperkte mate en voor zover dit is aangewezen in de Regeling risicoverevening over het betreffende jaar – ook kosten van behorende tot het cluster «kosten van overige prestaties» of tot het cluster «kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg». Met het oog daarop is overigens aan de omschrijving van het begrip «kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg» toegevoegd dat bij ministeriële regeling kosten kunnen worden aangewezen die niet als tot dat cluster behorende kosten worden aangemerkt. Die kunnen dan als vaste zorgkosten worden aangemerkt.

Van de gelegenheid is gebruik gemaakt om in de definities van «variabele kosten van medisch-specialistische zorg» en «vaste zorgkosten» te expliciteren, dat kosten van verblijf, verpleging en verzorging slechts onder deze kosten vallen, voor zover ze in het kader van de medisch-specialistische zorg zijn verleend (en niet zijn verleend in verband met de geneeskundige ggz). De kosten van verblijf, verpleging en verzorging in verband met tandheelkundige hulp of kraamzorg, vallen onder het cluster «kosten van overige prestaties». Dat was al zo, maar volgt nu duidelijker in de definities van «variabele kosten van medisch-specialistische zorg» en «vaste zorgkosten».

Onderdeel B

In het opschrift stond ten onrechte «vrijwillig eigen risico». Dit moet «verplicht eigen risico» zijn.

Onderdeel C

Ook deze wijziging is het directe gevolg van de samenvoeging van de clusters «kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment», en «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp» tot het cluster «variabele kosten van medisch-specialistische zorg»

en het hernoemen van het cluster «vaste kosten van ziekenhuisverpleging» tot het cluster «vaste zorgkosten».

Overigens wordt opgemerkt dat de in artikel 3.1, eerste lid, bedoelde macro-deelbedragen en daarmee ook in het macro-prestatiebedrag, die ieder jaar in de Regeling risicoverevening worden bepaald, bedragen zijn exclusief de voor de desbetreffende zorg te innen eigen bijdragen. Op dit punt is de systematiek derhalve anders dan die voor het verplicht eigen risico, dat wel onderdeel uitmaakt van het macro-prestatiebedrag en in een later stadium uit vereveningsbijdrage wordt gehaald (zie de artikelen 3.2 en 3.10, alsmede artikel 3.19 van het Besluit zorgverzekering). De reden hiervoor is dat de eigen bijdragen zijn gelieerd aan het gebruik van specifieke vormen van zorg, zodat de schadebestanden hier op voorhand voor kunnen worden gecorrigeerd en de kosten buiten de macro-deelbedragen en het macro-prestatiebedrag kunnen blijven. Het eigen risico, daarentegen, is niet zorggebonden, met als gevolg dat de zorgverzekeraars de kosten daarvan, anders dan die voor de eigen bijdragen, niet vooraf op bepaalde kostensoorten binnen hun schadebestanden in mindering kunnen brengen.

Onderdelen D, E, F, G, K, L

Zoals in het algemeen deel van deze toelichting reeds is aangegeven, werden de «kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment», en de «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp» voor het vereveningsjaar 2012 al op dezelfde wijze over verzekeraars verdeeld. Deze wijze van verdeling verandert voor het vereveningsjaar 2013 niet, maar wel worden de clusters samengevoegd tot het cluster «variabele kosten van medisch-specialistische zorg». In artikel 3.4, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering is nu geregeld hoe het macro-deelbedrag voor deze kosten ex ante over de verzekeraars worden verdeeld (onderdeel E). Artikel 3.5 kon vervallen (onderdeel F). Het opengevallen nummer is gebruikt om de oorspronkelijke artikelen 3.6 tot en met 3.8a van het Besluit zorgverzekering te hernummeren tot de artikelen 3.5 tot en met 3.8 (onderdeel G). Dientengevolge dienden ook de verwijzingen naar deze artikelen in de artikelen 3.3, 3.11 en 3.12 aangepast te worden (onderdelen D, K en L). Van de gelegenheid is gebruik gemaakt om de delegatiebepaling van artikel 3.11, zesde lid, enigszins uit te breiden: er zullen in de Rrv 2013 ook regels gesteld kunnen worden voor het geval iemand bij twee of meer zorgverzekeraars tegelijk verzekerd is. De tekst van het nieuwe derde lid van artikel 3.12 betreft slechts een taalkundige verbetering.

Onderdeel H

Zoals in het voorgaande reeds is aangegeven, is het cluster «vaste kosten van ziekenhuisverpleging» omgedoopt tot het cluster «vaste zorgkosten». Dit diende ook in artikel 3.5 (nieuw) van het Besluit zorgverzekering te worden verwerkt.

Onderdeel I

Uit buitenlandse ziektekostennota's kan niet worden afgeleid in welke FKG of DKG een verzekerde moet worden ingedeeld. Om die reden worden in het buitenland wonende verzekerden ingedeeld in de klassen «geen FKG» en «DKG «0»». Bovendien worden voor hen de bij die klasse behorende gewichten niet door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vastgesteld, maar door het College zorgverzekeringen (CVZ), zij het op een in de Regeling risicoverevening te bepalen wijze. Inmiddels is gebleken dat het voorgaande vanaf het vereveningsjaar 2013 ook voor de

«FKG's psychische aandoeningen» dient te gelden. Dit is in artikel 3.8 (nieuw) geregeld. Voor eerdere vereveningsjaren kon dit nog niet geregeld worden omdat het CVZ toen nog niet in staat was om aan de «FKG geen psychische aandoeningen» voor in het buitenland wonende verzekerden een afzonderlijk gewicht toe te kennen.

Onderdeel J

Door toevoeging van het lidwoord «de» verbetert de leesbaarheid van artikel 3.9.

Onderdelen M, O, Q en R

De eerste wijziging in onderdeel M maakt het artikel consistenter met de definities in artikel 1, onderdelen i tot en met l (nieuw), waarin ook van «een zorgverzekering» in plaats van «de zorgverzekering» wordt gesproken. Er is geen inhoudelijke wijziging beoogd.

De overige wijzigingen vloeien direct voort uit de samenvoeging van de clusters «kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment» en «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp» tot het cluster «variabele kosten van medisch-specialistische zorg» en de hernoeming van het cluster «vaste kosten van ziekenhuisverpleging» tot het cluster «vaste zorgkosten». Overigens wordt opgemerkt dat de zogenoemde «bandbreedteregeling», die in het in onderdeel Q gewijzigde artikel 3.17, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering is opgenomen, met ingang van 1 januari 2015 zal komen te vervallen. Dit is geregeld in artikel II van het Besluit van 16 december 2011, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met beperking van de ex post compensatiemechanismen voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage (Stb. 2011, 654).

Onderdeel N

Artikel 3.14 van het Besluit zorgverzekering bepaalde dat het CVZ voor een bij ministeriële regeling te bepalen gedeelte van de verschillende geldende tarieven binnen de kosten van ziekenhuisverpleging, kosten aanmerkte als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp. Het andere gedeelte werd dan in de ministeriële regeling – op grond van artikel 3.15, eerste lid van het Besluit zorgverzekering – aangemerkt als vaste kosten van ziekenhuisverpleging. Ten gevolge van de samenvoeging van de clusters «kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment» en «variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp» tot het cluster «variabele kosten van medisch-specialistische zorg» geldt artikel 3.14 nu voor alle variabele kosten van medisch-specialistische zorg. Dit laat onverlet dat in de in artikel 3.14 bedoelde ministeriële regeling (voor het jaar 2013 zal dat de Regeling risicoverevening 2013 zijn) kosten kunnen worden aangewezen – waarbij te denken valt aan kosten van dbc's die in 2013 ongetarifeerd zullen zijn en in de terminologie van de risicovereveningsregels die voor het jaar 2012 golden derhalve tot het vrije segment behoorden – die voor 100% als variabele kosten van medisch-specialistische zorg moeten worden aangemerkt.

Onderdeel P

Artikel 3.16, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering regelde niet duidelijk genoeg hoe ex post voor de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg moest worden nagecalculeerd indien niet eerst de hogekostencompensatie van artikel 3.16, eerste lid, was toegepast. De

bedoeling was uiteraard – zoals overigens voor het jaar 2012 wèl duidelijk in artikel 17, tweede lid, van de Regeling risicoverevening 2012 is geregeld – dat in dat geval wordt nagecalculeerd op het verschil tussen de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg enerzijds en het op grond van artikel 3.12 herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg anderzijds. Deze bedoeling is nu geëxpliciteerd.

Onderdeel S

Van de gelegenheid is gebruik gemaakt om artikel 4.3 van het Besluit zorgverzekering, dat al enige jaren is uitgewerkt, te laten vervallen.

Artikel II

Deze redactionele wijziging vloeit voort uit het feit dat het begrip «hogekostencompensatie» niet meer in artikel 1, onderdeel dd, van het Besluit zorgverzekering, gedefinieerd wordt, maar in onderdeel cc van dat artikel.

Artikel III

Op grond van artikel 32, vierde lid, onderdeel a, Zvw dient voor 1 oktober van een vereveningsjaar te worden bepaald welk bedrag in totaal ex ante aan de zorgverzekeraars kan worden toegekend. Dit zal voor het jaar 2013 geschieden in de Regeling risicoverevening 2013. Die regeling kan pas in werking treden nadat voorliggend Besluit (waarop zij gedeeltelijk is gebaseerd) in werking is getreden. Mede ten gevolge van het op het zomerreces aansluitende verkiezingsreces van de Tweede Kamer, waardoor de voorhang van voorliggend besluit pas begin september van start kan gaan, zal het niet mogelijk zijn het besluit nog voor deze datum in werking te laten treden. Omdat het CVZ niettemin op grond van artikel 32, vijfde lid, Zvw, voor 15 oktober 2012, met inachtneming van de Regeling risicoverevening 2013, beleidsregels dient te hebben vastgesteld en voor 1 november 2012 de vereveningsbijdragen voor het vereveningsjaar 2013 ex ante aan de verzekeraars moet hebben toegekend, is op 28 september 2012 een concept van de Rrv 2013 in de Staatscourant gepubliceerd (Strct. 2012, 19574). De formele regeling zal worden gepubliceerd nadat voorliggend Besluit in werking zal zijn getreden, en zal terugwerken tot en met 30 september 2012.

Gezien het voorgaande krijgt ook voorliggend besluit terugwerkende kracht tot en met 30 september 2012. Met het voorgaande wordt afgeweken van de vaste verandermomenten. Gezien de in artikel 32 neergelegde Zvw neergelegde jaarcyclus van de vereveningsbijdragen, is dit echter onvermijdelijk.

Op grond van het tweede lid van artikel III wordt zeker gesteld, dat het Besluit voor het eerst van toepassing kan zijn op de vereveningsbijdrage die voor het vereveningsjaar 2013 wordt toegekend. Het derde lid van artikel III zorgt ervoor dat de bepalingen uit het Besluit zorgverzekering zoals deze luiden voor eerdere vereveningsjaren, op de vaststelling van de vereveningsbijdragen over die jaren van toepassing blijven.

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