

WIJ BEATRIX, BIJ DE GRATIE GODS,
KONINGIN DER NEDERLANDEN,
PRINSES VAN ORANJE-NASSAU,
ENZ. ENZ. ENZ.

Besluit van

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

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van
P.M. 2011, kenmerk Z/F-**P.M.**;

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

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van **P.M.**, no.W.
P.M.);

Gezien het nader rapport van Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en
Sport van **P.M.** 2011, kenmerk Z/F-**P.M.**;

Hebben goedgevonden en verstaan:

ARTIKEL I

Het Besluit zorgverzekering wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1 wordt als volgt gewijzigd:

1. De onderdelen g tot en met aa worden geletterd h tot en met bb.
2. Er wordt een onderdeel g ingevoegd, luidende:
g. *vereveningsjaar*: het kalenderjaar waarop een vereveningsbijdrage betrekking heeft;.
3. Onderdeel h (nieuw) komt te luiden:
h. *het macro-deelbedrag kosten van dbc's in het vrije segment*: de kosten van bij ministeriële regeling aangewezen dbc's in het vrije segment;.
4. In onderdeel m (nieuw) wordt "het cluster van bij ministeriële regeling aangewezen B-dbc's, bedoeld in onderdeel g" vervangen door: het cluster van bij ministeriële regeling aangewezen dbc's in het vrije segment, bedoeld in onderdeel h.
5. De onderdelen z (nieuw) tot en met bb (nieuw) worden vervangen door:
z. *meerjarige hoge kosten*: een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden op basis van de kosten van de zorg die zij in de drie jaren, voorafgaande aan het vereveningsjaar, hebben genoten, worden ingedeeld in klassen van voorspelbare zorgkosten;
aa. *nominale rekenpremie*: een bij de berekening van de vereveningsbijdrage in aanmerking te nemen bedrag, ter hoogte van de door Onze Minister geraamde premie die een zorgverzekeraar op jaarbasis bij een premieplichtige verzekerde voor verzekerde prestaties in rekening brengt;

bb. *geraamde kosten*: de bij de ministeriële regeling, bedoeld in artikel 3.1, derde lid, bepaalde macro-deelbedragen, vermeerderd of verminderd met na vaststelling van deze deelbedragen maar voor 1 januari van het vereveningsjaar geraamde kosten die het gevolg zijn van wijzigingen in de over het vereveningsjaar op grond van een zorgverzekering te verzekeren prestaties waarmee bij het opstellen van die ministeriële regeling nog geen rekening kon worden gehouden;

cc. *gerealiseerde kosten*: de over het vereveningsjaar per cluster van prestaties gerealiseerde kosten, verminderd met, indien van toepassing, de aan het cluster van prestaties toe te rekenen kosten waarvoor bijdragen als bedoeld in artikel 3.23 zijn verstrekt;

dd. *hogekostencompensatie*: het verrekenen met het Zorgverzekeringsfonds van een bij ministeriële regeling te bepalen percentage van de kosten van verzekerden met betrekking tot in dit besluit aangewezen deelbedragen, voor zover zij uitgaan boven een bij ministeriële regeling te omschrijven drempel;

ee. *nacalculatie*: bijstelling van het deelbedrag op basis van het verschil tussen gerealiseerde kosten en het herberekende deelbedrag per zorgverzekeraar, per onderscheiden cluster van prestaties.

B

Artikel 3.1 wordt als volgt gewijzigd

1. Het eerste lid, onderdeel a, komt te luiden:

- a. het macro-deelbedrag kosten van dbc's in het vrije segment;.
2. In het derde lid wordt "voor een jaar" vervangen door: voor een vereveningsjaar.

C

In artikel 3.2 wordt "voor een jaar" telkens vervangen door: voor een vereveningsjaar.

D

Artikel 3.4, eerste lid, komt te luiden:

1. Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag kosten van dbc's in het vrije segment 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, meerjarige hoge kosten en regio.

E

In artikel 3.5, eerste lid, wordt "SES en regio" vervangen door: SES, meerjarige hoge kosten en regio.

F

In artikel 3.8, eerste lid, wordt "SES en regio" vervangen door: SES, meerjarige hoge kosten en regio.

G

Artikel 3.11 komt te luiden:

Artikel 3.11

1. Na het vereveningsjaar herberekent het College zorgverzekeringen per zorgverzekeraar de deelbedragen, bedoeld in de artikelen 3.4 tot en met 3.8, waarbij het de werkelijke verzekerdenaantallen per verzekeraar en in eerste instantie ook de gerealiseerde kosten in acht neemt.
2. Ten behoeve van de herberekening, bedoeld in het eerste lid, herberekent het College zorgverzekeringen de gewichten, bedoeld in de artikelen 3.4, 3.5, 3.7 en 3.8.

3. Het College zorgverzekeringen vermindert of vermeerderd ieder op grond van het eerste lid voor een zorgverzekeraar berekend deelbedrag met een bedrag dat het als volgt berekent:

- a. het College zorgverzekeringen berekent het verschil tussen de gerealiseerde kosten en de geraamde kosten voor het met het deelbedrag overeenkomende cluster van prestaties;
- b. het College zorgverzekeringen deelt de onder a verkregen uitkomst door het totaal aantal in het vereveningsjaar ingeschreven verzekerden;
- c. het College zorgverzekeringen vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar de onder b verkregen uitkomst met het aantal in het vereveningsjaar bij die verzekeraar ingeschreven verzekerden.

4. Het op grond van het eerste tot en met derde lid berekende bedrag wordt voor de toepassing van de overige artikelen van dit hoofdstuk genoemd: het herberekende deelbedrag per in die artikelen aangegeven cluster van prestaties.

H

In artikel 3.12 wordt "de kosten van B-dbc's" vervangen door: de kosten van dbc's in het vrije segment.

I

Artikel 3.13 vervalt.

J

Artikel 3.14, derde en vierde lid, worden vervangen door:

3. Het College zorgverzekeringen calculeert in een bij ministeriële regeling te bepalen mate na op het verschil tussen geïmplementeerde kosten binnen het cluster 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp' enerzijds, en het op grond van artikel 3.11 voor dat cluster herberekende deelbedrag anderzijds, leidende tot een nieuw deelbedrag per zorgverzekeraar.

K

Artikel 3.17 komt te luiden:

Artikel 3.17

1. Indien voor een zorgverzekeraar de som van het ingevolge artikel 3.11 herberekende deelbedrag voor het cluster 'bij ministeriële regeling aangewezen dbc's in het vrije segment', bedoeld in artikel 1, onderdeel h' en het op grond van artikel 3.14 berekende nieuwe deelbedrag, gedeeld door het aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moet worden betaald, meer dan een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag afwijkt van een bedrag waarvan de berekeningswijze bij ministeriële regeling wordt bepaald, calculeert het College zorgverzekeringen de buiten de bedoelde bandbreedte liggende meer- of minderkosten voor een bij die regeling te bepalen percentage na.

2. Indien voor een zorgverzekeraar de gerealiseerde kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg meer dan een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag afwijken van een bedrag waarvan de berekeningswijze bij ministeriële regeling wordt bepaald, calculeert het College zorgverzekeringen de buiten de bedoelde bandbreedte liggende meer- of minderkosten voor een bij die regeling te bepalen percentage na.

L

Artikel 3.18 komt te luiden:

Artikel 3.18

Het College zorgverzekeringen sommeert de ingevolge artikel 3.11 herberekende deelbedragen voor de clusters 'bij ministeriële regeling aangewezen dbc's in het

vrije segment, bedoeld in artikel 1, onderdeel h' en 'overige prestaties', de op grond van de artikelen 3.14, 3.15 en 3.16 berekende nieuwe deelbedragen en, voor zover van toepassing, de op grond van artikel 3.17 berekende bedragen tot één normatief bedrag per verzekeraar.

M

Het tweede lid van artikel 3.20 komt te luiden:

2. het College zorgverzekeringen kan bij een voorlopige vaststelling als bedoeld in het eerste lid, een correctie met bedragen als bedoeld in artikel 1, onderdeel cc, onder 1^o of 2^o, de hogekostencompensatie, bedoeld in artikel 3.16 of de nacalculatie, bedoeld in de artikelen 3.14, 3.15, 3.16 of 3.17 achterwege laten.

N

Artikel 3.23 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt "een uitkering" vervangen door "een bijdrage" en vervalt: of structureel.
2. In het tweede lid wordt "uitkeringen" vervallen door "bijdragen" en vervalt: nationale.
3. In het derde lid wordt "de uitkering" vervangen door: de bijdrage.

ARTIKEL II

1. Artikel 3.14, derde lid, van het Besluit zorgverzekering vervalt met ingang van 1 januari 2014.
2. Het eerste lid van artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering en de aanduiding "2." voor het tweede lid van dat artikel vervallen met ingang van 1 januari 2015.

ARTIKEL III

1. De artikelen van dit besluit treden in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip, dat voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden vastgesteld.
2. Nadat zij in werking zijn getreden, gelden de artikelen van dit besluit of de onderdelen daarvan voor het eerst met betrekking tot de vereveningsbijdrage die voor het eerstvolgende kalenderjaar wordt toegekend.

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

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

Nota van toelichting

Managementsamenvatting

Met deze wijziging wordt een aantal ex post compensatiemechanismen afgebouwd. Daarnaast wordt een nieuw risicovereveningscriterium geïntroduceerd. Zorgverzekeraars gaan door de afbouw van ex post compensatiemechanismen meer financieel risico lopen. Flankerend beleid zorgt er voor dat dit verantwoord kan gebeuren. Doel van deze wijziging is om het risicovereveningsmodel verder te verbeteren en de zorgverzekeraars te stimuleren om meer te investeren in goede zorginkoop en beheersing van de zorgkosten. Hierdoor kan kwalitatief goede zorg in de toekomst betaalbaar en toegankelijk blijven.

Algemeen

Een zorgverzekeraar dient iedere verzekeringsplichtige die een zorgverzekering bij hem wenst te sluiten, te accepteren. Dat is in de Zorgverzekeringswet (Zvw) geregeld. Die wet bepaalt ook, dat de premie die de zorgverzekeraar voor een dergelijke zorgverzekering vraagt, niet mag worden afgestemd op het gezondheidsrisico of op andere kenmerken van de verzekerde. Zonder nadere maatregelen is het gevolg van deze acceptatieplicht en dit verbod van premiedifferentiatie, dat zorgverzekeraars met relatief veel ongezonde verzekerden in de zorgverzekeringsportefeuille, in het nadeel zijn ten opzichte van zorgverzekeraars met een relatief gezonde populatie, omdat zij gegeven hun populatie welhaast gedwongen zijn een hogere premie te vragen dan hun concurrent met een gezondere populatie. Dit ondermijnt het gelijke speelveld waarop de concurrentie tussen zorgverzekeraars zich moet afspelen.

Om dit te voorkomen, is in paragraaf 4.2 van de Zvw bepaald dat zorgverzekeraars jaarlijks van het College van zorgverzekeringen (CVZ) een 'vereveningsbijdrage' ontvangen, die uit het zorgverzekeringsfonds gefinancierd wordt. Deze bijdrage wordt gebaseerd op een inschatting vooraf (ex ante) van de zorgkosten van een zorgverzekeraar aan de hand van een aantal objectieve kenmerken van de verzekerden van die zorgverzekeraar. Deze systematiek beoogt zorgverzekeraars voor kostenverschillen als gevolg van onbeïnvloedbare risicoverschillen in hun zorgverzekerdenportefeuilles te compenseren, zodat zij op dit punt in een gelijke uitgangspositie worden gebracht en daardoor eerlijk met elkaar kunnen concurreren. Weet de zorgverzekeraar welk bedrag hij in het komende jaar aan vereveningsbijdrage zal krijgen, dan zal hij vervolgens de nominale premie kunnen vaststellen die hij over dat jaar voor zijn zorgverzekering vraagt.

Wanneer het ex ante risicovereveningsmodel tekort schiet, kunnen compensatiemechanismen worden ingezet om dit achteraf te corrigeren. Als de verwachte zorgkosten en de feitelijk gerealiseerde zorgkosten slecht op elkaar aansluiten, is het voor zorgverzekeraars mogelijk interessant om, ondanks de wettelijk voorgeschreven zorgplicht en het verbod op risicoselectie, te beknibben op de kwaliteit van de zorg of om toch over te gaan tot het weren van verzekerden met voorspelbare hoge kosten. Vooral als de 'onderschatting' van de verwachte kosten voorspelbaar is en neerslaat bij een vooraf te duiden en te

selecteren groep van verzekerden. Als de zorgverzekeraars achteraf (ex post) worden gecompenseerd voor het verschil neemt de neiging tot beknipten op de kosten of tot risicoselectie af.

Hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering bevat de belangrijkste nadere regels over de vereveningsbijdragen: bepaald wordt met welke vereveningscriteria bij de berekening van die bijdragen rekening wordt gehouden, en hoe de bijdragen op hoofdlijnen worden berekend. De gedetailleerde uitwerking van deze regels is vervolgens te vinden in hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering, in bijlagen daarbij en in beleidsregels van het CVZ.

Als compensatiemechanismen worden in het Besluit onder meer genoemd:

Macro-nacalculatie

De ex ante vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars wordt gebaseerd op een schatting van de totale zorgkosten, het zogenoemde macro prestatiebedrag. Sinds de invoering van de Zvw wordt binnen het risicovereveningssysteem macro-nacalculatie toegepast. Het doel van de macro-nacalculatie is het waarborgen dat elke verzekerde voor een verzekeraar een gelijk verzekeringsrisico vormt; ook als de macro kostenramingen afwijken van de macro kostenrealisaties. Hierdoor wordt de prikkel tot risicoselectie als gevolg van genoemde afwijkingen gemitigeerd.

Door de macro-nacalculatie lopen verzekeraars bovendien gezamenlijk in het betreffende jaar geen risico op de totale kostenontwikkeling. Als de macro kosten hoger uitvallen dan geraamd, wordt ex post een hogere vereveningsbijdrage toegekend, als de macro kosten lager uitvallen gaat de vereveningsbijdrage omlaag. De hogere of lagere vereveningsbijdragen worden gebaseerd op de werkelijke verdeling van verzekerden over de vereveningskenmerken en de macro kosten per deelbedrag.

Hoge kostencompensatie

Bij hoge kostencompensatie worden kosten hoger dan de vooraf vastgestelde schaderempel voor een bepaald percentage nagecalculeerd. Hierdoor worden zorgverzekeraars voor verschillen in schades die ontstaan als gevolg van een ongelijke verdeling van verzekerden met hoge schades gecompenseerd.

Nacalculatie

Nacalculatie wordt ingezet om de hoogte van het financiële risico dat zorgverzekeraars lopen te koppelen aan de mogelijkheden die zorgverzekeraars hebben om de zorguitgaven te beïnvloeden.

Bandbreedteregeling

De bandbreedteregeling fungeert als vangnet. Het begrenst de financiële risico's die zorgverzekeraars lopen. Het vangnet wordt toegepast indien voor een zorgverzekeraar het verschil tussen de werkelijk gerealiseerde zorgkosten, ondanks de inzet van de eerder genoemde ex post compensatiemechanismen, en de geraamde zorgkosten, per verzekerde buiten een vooraf vastgestelde bandbreedte ligt. In dat geval worden de meerkosten in bepaalde mate nagecalculeerd.

Afschaffing ex post compensatiemechanismen

De zorgverzekeraars lopen door het bestaan van deze compensatiemechanismen aanzienlijk minder financieel risico. Dat is comfortabel voor zorgverzekeraars maar heeft ook een keerzijde. Door toepassing van de compensatiemechanismen is de prikkel voor zorgverzekeraars (vraagzijde) om scherp zorg in te kopen en het volume te beheersen te veel beperkt. De creativiteit en innovativiteit die nodig zijn om de beste zorg ook in de toekomst zowel toegankelijk als betaalbaar te houden boren zorgverzekeraars daardoor nog onvoldoende aan. Dit moet veranderen.

Verdere optimalisering van het ex ante risicovereveningsmodel door introductie van het nieuw vereveningscriterium 'meerjarige hoge kosten' maakt het mogelijk om vrijwel alle ex post compensatiemechanismen verantwoord en in samenhang met andere verbeteringen aan het zorgstelsel af te schaffen. In 2015 zullen alleen nog voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg ex post compensatiemechanismen gelden. Het financiële belang van zorgverzekeraars bij goede zorginkoop en volumebeheersing neemt toe en daarmee ook de prikkel om hierin serieus te gaan investeren. Met onderhavig besluit zijn de volgende wijzigingen ter versterking van de prikkel tot doelmatige zorginkoop doorgevoerd:

- De macro-nacalculatie wordt per 2012 afgeschaft.
Door het afschaffen van de macro-nacalculatie verschuift het financiële risico op overschrijdingen van de overheid naar de zorgverzekeraars. Als gevolg daarvan zullen zorgverzekeraars een sterkere prikkel ervaren de zorg zo doelmatig mogelijk in te kopen. Door macronacalculatie ontstaan ongelijke voorwaarden tussen grote en kleine verzekeraars, macronacalculatie vergroot daardoor de ongelijkheden in het speelveld. Dit effect wordt groter naarmate de verschillen in omvang tussen verzekeraars toenemen. Afschaffen van macronacalculatie¹ (in combinatie met flankerend beleid gericht op het behoud van een gelijk speelveld) leidt tot een meer gelijk speelveld tussen verzekeraars van ongelijke omvang.

Het afschaffen van de macro-nacalculatie gaat gepaard met een aantal flankerende maatregelen. Deze maatregelen zijn gericht op het zo veel mogelijk behouden van een gelijk speelveld voor alle zorgverzekeraars, het verwerken in de risicoverevening van financiële gevolgen van wijzigingen van de verzekerde prestaties na het moment waarop de vereveningsbijdragen bekend worden gemaakt en het bieden van financiële zekerheid aan zorgverzekeraars bij een catastrofe als bedoeld in artikel 3.23.

Door het afschaffen van de macro-nacalculatie in combinatie met de afbouw van de bandbreedte regeling, worden catastrofes, zowel regionale als de nationale niet langer impliciet afgedekt voor verzekeraars. Het flankerend beleid met betrekking tot catastrofes wordt nog ontwikkeld en is nog niet opgenomen in onderhavig besluit. Dit betekent dat vooralsnog volledig wordt teruggevallen op de bepaling in de Zvw dat de overheid kan besluiten om in het geval van een catastrofe via een ministeriële regeling de getroffen zorgverzekeraars geheel of gedeeltelijk te compenseren. Er wordt gewerkt aan een meer structurele oplossing waarbij voor zowel de zorgverzekeraar, de prudentiële toezichthouder, De Nederlandsche Bank, als de overheid helderheid wordt verschaft over het vraagstuk wanneer sprake is van een catastrofe en in welke mate dit risico door de overheid wordt afgedekt. Deze duidelijkheid is benodigd ten behoeve van het risicomanagement van de zorgverzekeraar en het prudentiële toezicht.

- De hoge kostenverevening voor 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische zorg', 'kosten die behoren tot het cluster van bij ministeriële regeling aangewezen dbc's in het vrije segment', en 'kosten van overige prestaties' wordt per 2012 afgeschaft.

Tot nu toe werden zorgverzekeraars via deze verevening achteraf gecompenseerd voor verschillen in kosten die ontstaan als gevolg van de ongelijke verdeling van verzekerden met hoge schades. Dit is na introductie van het nieuwe vereveningscriterium 'meerjarige hoge kosten' niet meer nodig. Verdere verbetering van het vereveningsmodel maakt het mogelijk om verzekerden met voorspelbare (meerjarige) hoge kosten te compenseren.

¹ Bron: CPB document 212: Ex post correctiemechanismen in de zorgverzekeringwet: hoe nu verder

Door het afschaffen van de hoge kostenverevening in combinatie met de introductie van het nieuwe vereveningscriterium 'meerjarige hoge kosten' worden verzekeraars niet meer gecompenseerd voor onvoorspelbare (incidentele) hoge kosten, deze kosten worden tot de normale verzekeraarsrisico's gerekend.

De hoge kostencompensatie voor 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' (ggz) blijft gehandhaafd. Het invoeren van een criterium voor structurele (meerjarige) hoge kosten ggz in het vereveningsmodel is nu nog niet mogelijk, omdat deze kosten pas in 2008 naar de Zvw zijn overgeheveld.

- Als gevolg van de invoering van prestatiebekostiging en van DOT zal de beïnvloedbaarheid van de kosten door zorgverzekeraars toenemen. De nacalculatie voor 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische zorg' wordt daarom afgeschaft per 2014. In 2012 en 2013 vindt een betekenisvolle en verantwoorde afbouw in stappen plaats. Dit zal worden geregeld in de ministeriële regelingen Zvw die de risicovereveningsregels voor 2012 en 2013 bevatten.
- De bandbreedteregeling voor de som van 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische zorg' en 'kosten die behoren tot het cluster van bij ministeriële regeling aangewezen dbc's in het vrije segment' en 'kosten van overige prestaties' wordt afgeschaft per 2015. In 2012, 2013 en 2014 vindt een betekenisvolle en verantwoorde afbouw in stappen plaats. Dit zal worden geregeld in de ministeriële regelingen Zvw die de risicovereveningsregels voor 2012, 2013 en 2014 bevatten.

Flankerend beleid

Als gevolg van het afschaffen van de macro-nacalculatie worden de volgende maatregelen van flankerend beleid per 2012 ingevoerd:

- a. Zonder macro-nacalculatie zullen zorgverzekeraars met hoge (verwachte) kosten per verzekerde naar verwachting hogere verliezen per verzekerde leiden dan zorgverzekeraars met gemiddeld lage (verwachte) kosten per verzekerde. Om het gelijke spelveld tussen zorgverzekeraars zo veel mogelijk in stand te houden wordt de herberekening van de vereveningsbijdrage gebaseerd op de gerealiseerde macrozorgkosten, waarbij ramingsafwijkingen ten laste van zorgverzekeraars worden gebracht om de prikkel tot doelmatige zorginkoop te maximaliseren; de aanwezige kostenverhouding tussen zorgverzekeraars blijft hierbij gehandhaafd.
- b. In het geval van late besluitvorming (over pakketwijzigingen) door de overheid, zouden zorgverzekeraars de financiële gevolgen hiervan niet adequaat in hun premies kunnen verwerken. Door het afschaffen van de macro-nacalculatie komt het risico hiervan volledig bij zorgverzekeraars. Om dit te voorkomen wordt de definitie 'geraamde kosten' zodanig aangepast, dat ook de financiële gevolgen worden meegenomen van de in het vereveningsjaar geldende wijzigingen in de te verzekeren prestaties die na vaststelling van het macro-prestatiebedrag en de macro-deelbedragen, maar voor de aanvang van het vereveningsjaar bekend zijn.
- c. Door het afschaffen van de macro-nacalculatie komen ook de volledige financiële risico's van nationale catastrofes voor rekening van de zorgverzekeraars. In artikel 33 van de Zvw is bepaald dat bij ministeriële regeling middelen ter beschikking *kunnen* worden gesteld aan zorgverzekeraars ingeval een catastrofe (een kernexplosie, een natuurramp of een andere buitengewone gebeurtenis die niet tot het normale bedrijfsrisico van zorgverzekeraars kan worden gerekend). Door deze 'kan-bepaling' om te zetten in een 'zal-bepaling' wordt aan zorgverzekeraars zekerheid geboden dat

er in geval van een catastrofe ook daadwerkelijk een bijdrage wordt verleend ter dekking van de extra kosten. De negatieve invloed van deze kosten op het financiële resultaat kan daarmee worden gereduceerd. Deze wijziging van de Zvw zal in gang worden gezet. Daarnaast zal worden onderzocht in hoeverre in een ministeriële regeling nadere invulling kan worden gegeven aan de in artikel 33 Zvw gebruikte begrippen. In dit Besluit wordt geregeld dat zorgkosten door een in het vereveningsjaar opgetreden catastrofe, voor zo ver daar op grond van artikel 3.23 extra middelen voor beschikbaar zijn gesteld, niet meetellen bij de gerealiseerde kosten. Hierdoor wordt komt het catastroferisico niet bij de zorgverzekeraars te liggen.

Transitiefase

Het CVZ voert de risicoverevening uit en stelt de vereveningsbijdrage voor ieder zorgverzekeraar vast. De wijze waarop dit gebeurt, is vastgelegd in de beleidsregels van het CVZ. Deze beleidsregels vinden hun basis in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering. Zodra het Besluit en/of de Regeling worden gewijzigd, past het CVZ de beleidsregels daarop aan. Het gewijzigde Besluit zal waarschijnlijk op 1 januari 2012 in werking treden. In de tussenliggende periode (transitiefase) zal het CVZ de beleidsregels en het uitvoeringsproces op de wijzigingen aanpassen.

Consultatie

Zowel in het Regeerakkoord als in de brief 'Zorg die loont' (Kamerstuk II, 2010-11, 32620 nr. 6) die de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport op 14 maart 2011 naar de Tweede Kamer zond, zijn de betreffende beleidsbeslissingen al aangekondigd. Met de voorliggende wijziging worden deze beslissingen juridisch verankerd. In het voortraject zijn ondermeer de volgende betrokken partijen geconsulteerd: het CVZ, de Nederlandse Zorgautoriteit, Zorgverzekeraars Nederland en De Nederlandsche Bank.

Administratieve lasten

Door deze wijziging verandert de administratieve lastendruk niet.

Artikelsgewijs

Artikel I

Onderdeel A

Het nieuwe artikel 1, onderdeel g, definieert het begrip 'vereveningsjaar'. Dat is het kalenderjaar waarop een vereveningsbijdrage betrekking heeft. Deze bijdrage wordt voor het vereveningsjaar (ex ante) berekend en toegekend (zie artikel 32 Zvw) en na het vereveningsjaar (ex post) herberekend en vastgesteld (zie artikel 34 Zvw). Voor definiëring van het vereveningsjaar is gekozen om te voorkomen dat het begrip in de nieuwe artikelen over de ex post compensatie-mechanismen, waar het gebruikt wordt, herhaaldelijk moet worden omschreven. Daarnaast is van de gelegenheid gebruik gemaakt om het begrip 'jaar' dat in enkele bepalingen over de ex ante toekenning van de vereveningsbijdrage is opgenomen te vervangen door het duidelijkere 'vereveningsjaar'.

De twee wijzigingen in de onderdelen h (nieuw) en m (nieuw) van artikel 1 van het Besluit zorgverzekering houden verband met het feit dat ingevolge het voorstel van wet houdende Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met de aanvulling met instrumenten voor bekostiging (Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG; Kamerstukken I 2009/10, 32393, A) niet meer gesproken zal worden van dbc's (diagnose

behandeling combinaties) in het A- dan wel B-segment, maar van een vast segment, van dbc's in een "gereguleerde" segment en van dbc's in een "vrije segment"². Laatstbedoelde dbc's zijn vergelijkbaar met de dbc's in het B-segment.

Met onderdeel z wordt het ex ante vereveningscriterium 'meerjarige hoge kosten' toegevoegd.

De definitie van 'nominale rekenpremie' in onderdeel aa is gelijk aan de definitie van dat begrip in het huidige onderdeel y.

Onderdeel bb van artikel 1 van het Besluit zorgverzekering kan als volgt worden toegelicht. Met voorliggend besluit is de macro-nacalculatie geschrapt. Zoals in het algemene deel van deze toelichting is aangegeven, betekent dit dat bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage in principe niet meer wordt uitgegaan van de uiteindelijk in het vereveningsjaar gemaakte kosten, maar van de geraamde kosten. In principe zijn die kosten gelijk aan de kosten die voor 1 oktober van het jaar voorafgaande aan het vereveningsjaar als de kosten voor het macro-prestatiebedrag en de macro-deelbedragen in een jaarlijkse ministeriële regeling worden gepubliceerd. Deze kostenraming sluit aan bij het in het vereveningsjaar te verzekeren pakket, dat voor 1 juli van het jaar voor het vereveningsjaar bekend dient te zijn. De zorgverzekeraars moeten immers, met het oog op het bijstellen van hun modelovereenkomsten, ruim van tevoren weten welke zorg op grond van een zorgverzekering verzekerd moet worden. Echter, de laatste jaren is het om politieke redenen voorgekomen dat pakketbeslissingen pas na 1 juli bekend zijn geworden, en wel soms zo laat, dat er ook bij de publicatie van het macro-prestatiebedrag en de macro-deelbedragen geen rekening mee kon worden gehouden. Het is niet redelijk om de financiële gevolgen van dergelijke late pakketbeslissingen niet bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage mee te nemen. Bij een laat bekend geworden pakketuitbreiding of verlaging van een eigen bijdrage zou dat immers – zeker indien de wijziging zo laat bekend wordt dat deze ook niet meer door de zorgverzekeraar in de nominale premie kan worden verwerkt - betekenen dat de verzekeraars dit bedrag in eerste instantie zelf moet zien te financieren, en bij een laat bekend geworden pakketbeperking of verhoging van eigen bijdragen, zouden de zorgverzekeraars oneigenlijk voordeel krijgen. Om die reden wordt in artikel 1, onderdeel bb van het Besluit zorgverzekering 'geraamde kosten' in wezen gedefinieerd als de bij de ministeriële regeling, bedoeld in artikel 3.1, derde lid, bepaalde macro-deelbedragen, vermeerderd of verminderd met de geraamde kosten van nagekomen wijzigingen in het te verzekeren pakket.

Hoewel de macro-nacalculatie met dit besluit is afgeschaft, is het, om een ongelijk speelveld tussen zorgverzekeraars te voorkomen, wel nodig dat in een tussenberekening voor de vaststelling van de vereveningsbijdragen wel rekening wordt gehouden met de werkelijk in het vereveningsjaar gerealiseerde kosten. In de toelichting op onderdeel H (het nieuwe artikel 3.11 van het Besluit zorgverzekering) wordt hier nader op ingegaan. Ook voor de nacalculatie wordt uitgegaan van de gerealiseerde kosten. Onderdeel cc definieert de gerealiseerde kosten als de over het vereveningsjaar per cluster van prestaties gerealiseerde kosten. Zonder nadere bepalingen zou dit gaan om alle door zorgverzekeraars over het verzekeringsjaar aan zorgaanbieders uitbetaalde bedragen, voor zover

² Naar verwachting zal de huidige dbc-structuur met ingang van 1 januari 2012 worden vervangen door het zogenoemde 'DOT'-systeem. Omdat ook het DOT-systeem uitgaat van dbc's ('DOT' staat voor 'dbc's op weg naar transparantie'), dient de term 'dbc's' in de regelgeving gehandhaafd te worden. Wel zullen de dbc's na invoering van DOT een hoger abstractieniveau hebben dan de huidige dbc's.

deze althans te zien zijn als vergoeding voor op grond van zorgverzekeringen verleende zorg. Het zou derhalve ook gaan om de extra, buiten de risicoverevening omgaande bijdragen die het CVZ, nadat daartoe een ministeriële regeling getroffen is, op grond van artikel 33 Zvw (en 3.23 van het Besluit zorgverzekering) ter beschikking zal stellen in geval van een catastrofe.

'Opbrengstresultaten', dat wil zeggen om bedragen waarvan later wordt vastgesteld dat zij boven (overdekking) of onder (onderdekking) het aan instellingen toegewezen budget zijn uitgegaan³ en die door de instellingen aan de verzekeraars moeten worden terugbetaald (overdekking) dan wel achteraf door de verzekeraar aan de instelling moeten worden betaald (onderdekking), zijn niet te zien als vergoedingen voor door zorgverleners verleende zorg. Dergelijke kosten vallen dus sowieso buiten het begrip 'gerealiseerde kosten'

De definities van 'hogekostencompensatie' in onderdeel dd en 'nacalculatie' in onderdeel ee zijn gelijk aan de voor de inwerkingtreding van dit besluit geldende definitie in onderdeel z respectievelijk aa.

Onderdeel B, deel van onderdeel D en onderdeel H

Voor een toelichting op de vervanging van 'B-dbc's' door 'dbc's in het vrije segment' wordt verwezen naar de toelichting op onderdeel A (toelichting op de gewijzigde onderdelen h (nieuw) en m (nieuw) van artikel 1 van het Besluit zorgverzekering).

De wijziging van "voor een jaar" in "voor een vereveningsjaar" in artikel 3.1, derde lid, is slechts een verduidelijking.

Onderdeel C

De wijziging van "voor een jaar" in "voor een vereveningsjaar" in artikel 3.2, is slechts een verduidelijking.

Onderdelen D tot en met F

De onderdelen D tot en met F introduceren het nieuwe vereveningscriterium 'meerjarige hoge kosten', dat, behalve bij de kosten van geneeskundig geestelijke gezondheidszorg, het huidige *ex post* mechanisme van de hogekostencompensatie vervangt.

Onderdeel G

De artikelen 3.11 tot en met 3.19 van het Besluit zorgverzekering gaan over de *ex post* berekening van de vereveningsbijdrage, die uiteindelijk leidt tot de (definitieve) vaststelling daarvan. Voor de inwerkingtreding van voorliggend besluit, waren er vijf *ex post* compensatiemechanismen, die in de volgende volgorde werden toegepast:

1. verzekerden-nacalculatie
2. macro-nacalculatie
3. hogekostencompensatie
4. nacalculatie
5. bandbreedteregeling

Niet ieder instrument werd overigens op ieder deelbedrag toegepast.

Met dit Besluit zijn de macro-nacalculatie en de hogekostencompensatie (dit laatste behalve voor de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg)

³ Opbrengstresultaten zullen, indien het wetsvoorstel Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG op 1 januari in werking treedt, met ingang van het vereveningsjaar 2012 slechts voor categorale instellingen en voor instellingen voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg kunnen optreden.

komen te vervallen, terwijl de nacalculatie voor de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp over 2012 en 2013 respectievelijk de toepassing van de bandbreedteregeling over 2012, 2013 en 2014 bij ministeriële regeling zal worden afgebouwd en met ingang van 2014 respectievelijk 2015 zal zijn afgeschaft (zie artikel II van voorliggend besluit). Nog steeds geldt dat de overblijvende mechanismen niet op ieder deelbedrag worden toegepast.

Artikel 3.11 zoals dat voor de inwerkingtreding van dit Besluit luidde, vormde de basis voor de verzekerdenacalculatie en voor de macro-nacalculatie. Met dit besluit is het artikel vervangen door een artikel dat nog steeds de basis vormt voor de verzekerdenacalculatie (eerste lid en tweede lid) maar waarin geen basis meer ligt voor de macro-nacalculatie. Dat wil zeggen dat bij de ex post berekeningen van de vereveningsbijdragen, leidende tot de vaststelling van die bijdragen, niet meer uitgegaan wordt van de gerealiseerde kosten, maar van de geraamde kosten.

Echter, de macro-nacalculatie kan niet zonder flankerend beleid worden afgeschaft. Zonder flankerend beleid zouden, indien de gerealiseerde kosten macro hoger uitvallen dan de macro geraamde kosten, zorgverzekeraars met een verzekerdenportefeuille met relatief veel slechte risico's meer nadeel lijden dan zorgverzekeraars met een gemiddelde of lage (verwachte) kosten per verzekerde (en andersom zouden eerstbedoelde verzekeraars meer voordeel hebben indien de zorgkosten macro lager uit zouden vallen dan geraamd). Daarnaast zouden verzekeraars, indien bij de vaststelling slechts rekening zou worden gehouden met de ten behoeve van de ex ante toekenning gebruikte macro-deelbedragen, geld tekort komen of juist overhouden indien nadien - maar voor de aanvang van het vereveningsjaar - nog pakketwijzigingen zouden worden aangebracht. Ten slotte zouden verzekeraars macro geld tekort komen indien sprake zou zijn van toepassing van artikel 3.23 van het Besluit zorgverzekering. Toepassing van dat artikel zou dan immers inhouden dat het CVZ ten gevolge van een catastrofe geld ter beschikking zou stellen, maar dat zouden alle verzekeraars dan, nu deze kosten niet in de geraamde kosten zitten, tezamen moeten opbrengen. Bovendien zou dan sprake zijn van herverdeling van geld in plaats van het ter beschikking komen van extra geld voor die verzekeraars, die met de financiële gevolgen van de catastrofe te maken krijgen.

Dit flankerend beleid is deels in artikel 1, onderdeel cc, en deels in artikel 3.11 van het Besluit zorgverzekering verwerkt.

Het gelijke speelveld wordt bereikt door bij de herberekening in eerste instantie wél uit te gaan van de gerealiseerde zorgkosten. Dit zijn alle kosten die over het vereveningsjaar zijn gemaakt, voor zover zij in de risicoverevening dienen te worden betrokken. Dit geldt niet voor de kosten van catastrofes (zie artikel 1, onderdeel cc, van het Besluit zorgverzekering). In eerste instantie berekent het CVZ per verzekeraar per cluster van prestaties nieuwe deelbedragen, uitgaande van de werkelijke verzekerdenaantallen per verzekeraar, van de werkelijke verzekerdenkenmerken, en van de op basis van de gerealiseerde kosten herberekende gewichten (art 3.11, eerste en tweede lid). Daarmee zou de macro-nacalculatie in stand blijven, ware het niet, dat het derde lid van artikel 3.11 vervolgens bepaalt, dat op de aldus berekende deelbedragen een bedrag in mindering wordt gebracht. Het derde lid bepaalt bovendien, hoe dit bedrag moet worden berekend. Allereerst wordt het verschil tussen de gerealiseerde kosten en de geraamde kosten berekend (derde lid, onderdeel a) Gezien de definities van 'gerealiseerde kosten' en 'geraamde kosten' gaat het hier telkens om de kosten

per cluster van prestaties: de uitkomst is derhalve het verschil tussen gerealiseerde en geraamde kosten voor, bijvoorbeeld, het cluster 'overige prestaties'. Vervolgens wordt de uitkomst van onderdeel a gedeeld door het totaal aantal in het vereveningsjaar ingeschreven verzekerden. Dit levert een per verzekerde gelijk bedrag per cluster van prestaties op (derde lid, onderdeel b). Dit standaardbedrag wordt vermenigvuldigd met het aantal personen dat in het vereveningsjaar een zorgverzekering bij de verzekeraar had (derde lid, onderdeel c). Het resultaat is het bedrag dat iedere verzekeraar in totaal ten gevolge van kostenoverschrijdingen per deelbedrag in zou moeten leveren. De uitkomst wordt dan ook in mindering gebracht op het op grond van het eerste en tweede lid van artikel 3.11 berekende toepasselijke deelbedrag. De uitkomst daar weer van (het herberekende deelbedrag per in die artikelen aangegeven cluster van prestaties) wordt gebruikt als basis voor de toepassing van de overige ex post compensatiemechanismen, zoals geregeld in de artikelen 3.12 tot en met 3.17 van het Besluit zorgverzekering.

Overigens wordt in het voorgaande telkens gesproken van het in mindering brengen van kosten. Dat is logisch, nu de afgelopen jaren de gerealiseerde kosten steeds hoger uitvielen dan de geraamde kosten. Indien in de toekomst echter in enig jaar de geraamde kosten hoger zouden zijn dan de gerealiseerde kosten, leidt de berekening, bedoeld in artikel 3.11, derde lid, tot een negatief bedrag en daarmee tot een op- in plaats van een afslag op de herberekende deelbedragen.

Op grond van artikel 1, onderdeel bb, worden in de geraamde kosten ook de financiële gevolgen meegenomen van in het vereveningsjaar geldende wijzigingen in de te verzekeren prestaties die na de vaststelling van het macro-prestatiebudget en de macro-deelbedragen, maar voor de aanvang van het vereveningsjaar bekend zijn geworden. Daarmee is het tweede punt van het flankerend beleid geregeld.

Onderdeel I

Artikel 3.13 zoals dat voor de inwerkingtreding van dit Besluit luidde, voorzag in hogekostencompensatie op het herberekende deelbedrag van de kosten van B-dbc's (nu: de kosten van de dbc's in het vrije segment) en in de mogelijkheid van nacalculatie. De hogekostencompensatie is met voorliggend Besluit vervallen. In de plaats daarvan is de ex ante verevening op meerjarige hoge kosten gekomen. Van de mogelijkheid tot nacalculatie is in 2011 geen gebruik gemaakt, behalve dan dat de kosten van de B-dbc's meegenomen worden in het bepalen van de bandbreedteregeling (toepassen van de bandbreedteregeling is ook een vorm van nacalculatie). Omdat de bandbreedteregeling een jaar later zal vervallen dan de nacalculatie op de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, is het nodig om een (tijdelijke) afzonderlijke delegatiebepaling te maken voor de bandbreedteregeling. Deze is met voorliggend besluit opgenomen in artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering. Nu het niet de bedoeling is om nog om andere redenen gebruik te maken van de nacalculatiemogelijkheid op dbc's in het vrije segment die in artikel 3.13 was opgenomen, is besloten het artikel geheel te laten vervallen. Dat betekent dat voor de dbc's uit het vrije segment het op grond van artikel 3.11, eerste tot en met derde lid, berekende bedrag het bedrag is dat meetelt voor de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage.

Onderdeel J

In artikel 3.14 is de hogekostencompensatie bij het cluster 'variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp' komen te vervallen.

De nacalculatie op de kosten in dit cluster is nu in het nieuwe derde lid van artikel 3.14 geregeld. In de in dit lid bedoelde ministeriële regeling, zal voor de vereveningsjaren 2012 en 2013 een gefaseerde afbouw van het nacalculatiepercentage worden geregeld. Ingevolge artikel II vervalt artikel 3.14, en daarmee de nacalculatiemogelijkheid binnen dit cluster, met ingang van 1 januari 2014.

Onderdeel K

In artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering zoals dat voor de inwerkingtreding van voorliggend besluit luidde, was de hogekostencompensatie en de mogelijkheid van nacalculatie op het cluster 'kosten van overige prestaties' geregeld. De hogekostencompensatie komt echter bij de inwerkingtreding van voorliggend besluit te vervallen, terwijl van de mogelijkheid van nacalculatie over het vereveningsjaar 2011 geen gebruik is gemaakt en er geen voornemens zijn om die mogelijkheid in later jaren alsnog te gebruiken. Daarom komt artikel 3.17 vervallen. Dat betekent dat voor de overige prestaties het op grond van artikel 3.11, eerste tot en met derde lid, berekende bedrag het bedrag is dat meetelt voor de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage.

Het vrijgevalLEN nummer is echter gebruikt voor een delegatiebepaling voor de bandbreedteregeling. Dit is nodig nu gebruik van de bandbreedteregeling, die onder ander wordt toegepast op de som van 'de kosten van de dbc's uit het vrije segment' en 'de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische zorg', te zien is als een vorm van nacalculatie, terwijl de basis voor nacalculatie voor de dbc's uit het vrije segment met ingang van het vereveningsjaar 2012 en de basis voor nacalculatie op de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische zorg met ingang van 1 januari 2014 vervalt. Ingevolge artikel II, tweede lid, zal de bandbreedteregeling voor de som van de kosten van de dbc's uit het vrije segment en de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische zorg met ingang van 1 januari 2015 vervallen.

Hoewel de nacalculatiemogelijkheid op de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (zie art. 3.16 van het Besluit zorgverzekering) vooralsnog niet vervalt, en de toepassing van de bandbreedteregeling ook voor deze zorg als een vorm van nacalculatie wordt gezien en derhalve geheel in de Regeling zorgverzekering geregeld zou kunnen worden, is besloten in artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering toch ook de basis voor de toepassing van de bandbreedteregeling voor de geneeskundige geestelijk gezondheidszorg te regelen. Dat is gebeurd in het tweede lid.

Ingevolge de bandbreedteregeling dient zowel voor de som van 'de kosten van dbc's uit het vrije segment' en 'de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp' als voor de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg te worden nagecalculeerd op een bandbreedte rond het gemiddelde resultaat. Dat gemiddelde resultaat was voor het afschaffen van de macro-nacalculatie nul euro. Het afschaffen van de macro-nacalculatie zal ertoe leiden dat het gemiddelde resultaat verschuift van nul euro naar het gemiddelde bedrag van de over- of onderschrijding per verzekerde. De precieze wijze waarop dit gemiddelde resultaat wordt berekend, zal bij ministeriële regeling worden bepaald.

Onderdeel L

Nu voor de dbc's uit het vrije segment en de overige prestaties het op grond van artikel 3.11 herberekende deelbedrag het bedrag is, dat voor de definitieve

vaststelling wordt meegenomen, diende artikel 3.18 van het Besluit zorgverzekering anders geformuleerd te worden.

Onderdeel M

De wijziging van artikel 3.20, tweede lid, vloeit voort uit de voorgaande wijzigingen.

Onderdeel N

In artikel 3.23 van het Besluit zorgverzekering worden enkele wijzigingen aangebracht. Allereerst vervalt met de woorden 'of structureel' de mogelijkheid om, indien de financiële gevolgen van een catastrofe zich ook uitstrekken tot jaren na het (verevenings)jaar waarin de catastrofe zich heeft voorgedaan, een afzonderlijke financiële bijdrage aan verzekeraars te verlenen. Immers, anders dan voor de kosten in het jaar waarin de catastrofe zich voordeed, kan in later jaren bij de raming van de kosten rekening gehouden worden met de financiële gevolgen van een catastrofe die zich in een eerder jaar voordeed.

Daarnaast vervalt de eis dat er sprake dient te zijn van een nationale ramp. Deze woorden kunnen namelijk ten onrechte de indruk wekken dat een bijdrage als bedoeld in artikel 3.23 van het Besluit zorgverzekering slechts wordt verstrekt indien een ramp gevolgen heeft in heel Nederland. Dat is niet de bedoeling. Ook een ramp die louter of vooral verzekerden in een bepaalde regio treft, moet kunnen leiden tot het verstrekken van een extra bijdrage als in artikel 3.23 bedoeld.

Met het vervangen van het woord 'uitkering' door 'bijdrage' wordt beter aangesloten bij de tekst van artikel 33 Zvw.

ARTIKEL II

Op grond van het eerste lid vervalt de mogelijkheid van nacalculatie op de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en de kosten van specialistische hulp – anders dan de nacalculatie in verband met de toepassing van de bandbreedteregeling - met ingang van 1 januari 2014.

Op grond van het tweede lid vervalt de bandbreedteregeling voor de som van 'de kosten van de dbc's uit het vrije segment' en 'de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp' met ingang van 1 januari 2015.

ARTIKEL III

Het streven is voorliggend besluit voor 1 oktober 2011 in werking te laten treden. Het is dan voor het eerst van toepassing op de vereveningsbijdrage die voor het vereveningsjaar 2012 wordt toegekend (tweede lid). Indien de Wet aanvulling instrumenten bekostiging WMG onverhoopt niet met ingang van 1 januari 2012 in werking kan treden, zullen delen van voorliggend besluit ook niet voor het vereveningsjaar 2012 kunnen gaan gelden. Om die reden voorziet artikel III in een bij koninklijk besluit te bepalen inwerkingtredingsdatum, die voor verschillende artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden vastgesteld (eerste lid).

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers