

Toepassingsregels bij de Regeling beschikbare middelen verstrekkingen en vergoedingen Zfw 2001

23 november 2000

Het bestuur van het College voor zorgverzekeringen, gelet op artikel 19, derde lid, van de Ziekenfondswet en de Regeling beschikbare middelen verstrekkingen en vergoedingen Zfw 2001, heeft in zijn vergadering van 23 november 2000 besloten:

Artikel 1 Algemene bepaling

1. Dit besluit verstaat onder:

‘Regeling’: de Regeling beschikbare middelen verstrekkingen en vergoedingen Zfw 2001;

‘risicoklasse’: vijfjaarsklasse, verdeeld naar geslacht en te rekenen vanaf nul tot en met negentig jaar en ouder;

‘verzekeringgrondklasse’: een klasse gebaseerd op leeftijd en verzekeringsgrond voor de ziekenfondsverzekering;

‘stedelijkheidsklasse’: één van de vijf klassen die het Centraal Bureau voor de Statistiek hanteert als stedelijkheidsmaatstaf, gebaseerd op omgevingsadressendichtheid;

‘premie-equivalenten’: verzekerden en medeverzekerden voor wier verzekering nominale premie wordt geheven; ‘het geraamde gemiddeld aantal verzekerden’: het door het College in november 2000 geraamde gemiddeld aantal verzekerden voor 2001, met als basis voor de raming de opgave van het verzekerdenaantal op het formulier 07, tweede kwartaal 2000.

2. In dit besluit wordt onder ‘kosten buitenland’ en ‘kosten vervangende hulp’ verstaan de in de budgetteringsregels van het desbetreffende jaar als zodanig omschreven kosten, voorzover deze naar die regels bij de deelbudgetten werden opgenomen.

3. Voor een ziekenfonds waarvan het College niet over gegevens, bedoeld in dit besluit, beschikt, kan het College uitgaan van andere gegevens, berekeningen en bronnen. De eerste volzin is van overeenkomstige toepassing indien opgaven van een ziekenfonds aan het College, waaronder begrepen opgaven op de formulieren 07 en 08, niet overeenstemmen met de door het College gevraagde gegevens.

4. Indien een ziekenfonds in een of meer van de jaren 1997, 1998 en 1999 nog niet als zodanig heeft gefungeerd wordt voor de bepaling van het historische kostenniveau per verzekerde uitgegaan van de gemiddelde kosten per verzekerde van de totale verzekerdenpopulatie uit het desbetreffende jaar. De vorige volzin geldt niet indien het ziekenfonds rechtsopvolger is van een rechtspersoon die over de desbetreffende periode als ziekenfonds fungeerde. In dat geval wordt uitgegaan van het historische kostenniveau van de rechtsvoorganger.

5. Bij de berekening van de budgetten blijven de kosten en opbrengsten die naar werkelijke bedragen met de Algemene Kas worden verrekend buiten beschouwing. Daarbij blijft verder met betrekking tot de bepaling van het aantal ingeschreven verzekerden de inschrijving buiten beschouwing

van verzekerden wiens kosten van verstrekkingen en vergoedingen rechtstreeks met de Algemene Kas worden verrekend. De vorige volzin is van overeenkomstige toepassing voor inschrijvingen met terugwerkende kracht, voorzover het betreft de periode waarover de inschrijving terugwerkt.

Artikel 2 Toepassing artikel 5 van de Regeling

1. Het deelbudget variabele kosten van ziekenhuisverpleging wordt als volgt bepaald:

a. Op basis van de landelijke normconsumptie per productie-indicator per verzekerde per risicoklasse voor 2001 en de prijscomponent per productie-indicator voor 2001 uit onderstaande tabellen wordt per risicoklasse een normbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging vastgesteld.

Landelijke normconsumptie per productie-indicator per verzekerde 2001 mannen

Risicoklasse	Verpleegdag	Opname	Dagverpleging	Eerste polikliniek-bezoek
0 t/m 4 jaar	0,9572	0,1567	0,1308	0,5521
5 t/m 9 jaar	0,1422	0,0263	0,0806	0,4346
10 t/m 14 jaar	0,1413	0,0256	0,0267	0,3632
15 t/m 19 jaar	0,1786	0,0329	0,0197	0,3501
20 t/m 24 jaar	0,1807	0,0337	0,0233	0,3507
25 t/m 29 jaar	0,1747	0,0325	0,0256	0,3455
30 t/m 34 jaar	0,2233	0,0392	0,0324	0,3857
35 t/m 39 jaar	0,2896	0,0483	0,0396	0,4320
40 t/m 44 jaar	0,3835	0,0593	0,0447	0,4720
45 t/m 49 jaar	0,5399	0,0786	0,0496	0,5369
50 t/m 54 jaar	0,7655	0,1040	0,0599	0,6325
55 t/m 59 jaar	1,0764	0,1340	0,0698	0,7559
60 t/m 64 jaar	1,4637	0,1712	0,0764	0,8720
65 t/m 69 jaar	2,1110	0,2256	0,0860	1,0590
70 t/m 74 jaar	2,8722	0,2783	0,1039	1,2739
75 t/m 79 jaar	3,6578	0,3249	0,1193	1,4255
80 t/m 84 jaar	4,2873	0,3472	0,1240	1,3971
85 t/m 89 jaar	4,6224	0,3483	0,1107	1,2254
90 jaar en ouder	3,8644	0,2967	0,0771	0,9304

Landelijke normconsumptie per productie-indicator per verzekerde 2001 vrouwen

Risicoklasse	Verpleegdag	Opname	Dagverpleging	Eerste polikliniek-bezoek
0 t/m 4 jaar	0,8102	0,1309	0,0793	0,4334
5 t/m 9 jaar	0,1095	0,0202	0,0618	0,3617
10 t/m 14 jaar	0,1442	0,0235	0,0219	0,3382
15 t/m 19 jaar	0,2354	0,0457	0,0236	0,3972
20 t/m 24 jaar	0,3359	0,0705	0,0333	0,4765
25 t/m 29 jaar	0,5291	0,1115	0,0453	0,5448
30 t/m 34 jaar	0,6006	0,1229	0,0580	0,5958
35 t/m 39 jaar	0,4632	0,0827	0,0613	0,5701
40 t/m 44 jaar	0,4442	0,0690	0,0612	0,5802
45 t/m 49 jaar	0,5506	0,0789	0,0681	0,6612
50 t/m 54 jaar	0,6741	0,0900	0,0775	0,7576
55 t/m 59 jaar	0,8551	0,1053	0,0784	0,8324
60 t/m 64 jaar	1,1093	0,1226	0,0777	0,8958
65 t/m 69 jaar	1,5677	0,1546	0,0847	1,0173
70 t/m 74 jaar	2,2166	0,1952	0,1003	1,1708
75 t/m 79 jaar	2,9545	0,2329	0,1166	1,2757
80 t/m 84 jaar	3,5050	0,2537	0,1117	1,2147
85 t/m 89 jaar	3,8304	0,2600	0,0922	1,0366
90 jaar en ouder	3,4309	0,2223	0,0515	0,7419

Prijscomponent per productie-indicator 2001 (in guldens)

Productie-indicator	Prijscomponent 2001
Verpleegdag	120,90
Opname	1611,66
Dagverpleging	552,09
Eerste polikliniekbezoek	98,44

Normbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde voor 2001 (in guldens)

Risicoklasse	Mannen	Vrouwen
0 t/m 4 jaar	550,05	438,70
5 t/m 9 jaar	190,32	151,70
10 t/m 14 jaar	145,15	134,50
15 t/m 19 jaar	154,96	193,96
20 t/m 24 jaar	158,61	267,17
25 t/m 29 jaar	156,19	376,79
30 t/m 34 jaar	184,61	420,93
35 t/m 39 jaar	220,44	336,25
40 t/m 44 jaar	260,28	313,82
45 t/m 49 jaar	325,87	362,54
50 t/m 54 jaar	418,74	419,68
55 t/m 59 jaar	534,64	481,55
60 t/m 64 jaar	668,10	552,36
65 t/m 69 jaar	876,44	687,32
70 t/m 74 jaar	1105,92	870,29
75 t/m 79 jaar	1314,60	1050,08
80 t/m 84 jaar	1423,60	1135,35
85 t/m 89 jaar	1424,48	1138,73
90 jaar en ouder	1172,59	948,72

b. Per risicoklasse worden de normbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde per risicoklasse voor 2001 vermenigvuldigd met de

bijbehorende correctiefactoren variabele kosten van ziekenhuisverpleging per risicoklasse.

Correctiefactoren variabele kosten van ziekenhuisverpleging voor 2001

	Mannen	Vrouwen
0 t/m 4 jaar	1,0534	1,0617
5 t/m 9 jaar	1,0737	1,0697
10 t/m 14 jaar	1,0631	1,0590
15 t/m 19 jaar	1,0731	1,0688
20 t/m 24 jaar	1,0683	1,0804
25 t/m 29 jaar	1,0668	1,0827
30 t/m 34 jaar	1,0604	1,0801
35 t/m 39 jaar	1,0457	1,0553
40 t/m 44 jaar	1,0292	1,0377
45 t/m 49 jaar	1,0026	1,0192
50 t/m 54 jaar	0,9862	1,0053
55 t/m 59 jaar	0,9687	0,9840
60 t/m 64 jaar	0,9515	0,9685
65 t/m 69 jaar	0,9342	0,9544
70 t/m 74 jaar	0,9335	0,9465
75 t/m 79 jaar	0,9349	0,9515
80 t/m 84 jaar	0,9486	0,9537
85 t/m 89 jaar	0,9550	0,9661
90 jaar en ouder	0,9772	0,9742

c. De gecorrigeerde normbedragen per verzekerde worden per risicoklasse vermenigvuldigd met het per ziekenfonds geraamde gemiddeld aantal verzekerden voor 2001. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd.

2. Het resultaat van het eerste lid wordt vermenigvuldigd met een verzekeringsgrondfactor die per ziekenfonds als volgt wordt bepaald. Per ziekenfonds wordt het procentuele aandeel verzekerden per verzekeringsgrondklasse bepaald aan de hand van de opgave van de ziekenfondsen op het formulier 07 tweede kwartaal 2000. Daarna wordt per ziekenfonds het procentuele aandeel verzekerden per verzekeringsgrondklasse vermenigvuldigd met het per verzekeringsgrondklasse vastgestelde gewicht en worden de uitkomsten gesommeerd. Bij deze berekening worden de volgende gewichten per verzekeringsgrondfactor gehanteerd:

Verzekeringsgrond	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	Totaal/ gemiddeld over alle leeftijds- klassen
Arbeidsongeschikte hoofdverzekerden		2,2116857	2,1699029	1,7911586	1,3980703	1,7809502
Loondienst (hoofd- en medever- zekerden), VUT (hoofd- en mede- verzekerden), medeverzekerden van zeelieden en zelfstandigen (hoofd- en medeverzekerden)	0,9902654	0,9417942	0,8605454	0,7928852	0,7704526	0,9036939
ABW/IOAW/IOAZ (hoofd- en medeverzekerden)	1,0429370	1,1112520	1,2278670	1,1867491	1,0146521	1,1064099
WW en overige uitkeringsgerech- tigden (hoofd- en medever- zekerden), medeverzekerden van arbeidsongeschikten en ANW (hoofd- en medever- zekerden)	1,0854450	1,1025792	1,0693081	0,9885530	0,9002129	1,0157255
AOW (hoofd- en medever- zekerden)						1,0059692

3. Het resultaat van het tweede lid wordt vermenigvuldigd met een regiofactor die per ziekenfonds als volgt wordt bepaald.

a. Het aantal verzekerden naar viercijferige postcode volgens opgave van de ziekenfondsen, gevraagd bij brief van het College van 22 mei 2000 (kenmerk SEA/20027556) wordt ondergebracht naar één van de vijf stedelijkheidsklassen.

b. Daarna wordt per ziekenfonds het procentuele aandeel verzekerden per stedelijkheidsklasse vermenigvuldigd met het per stedelijkheidsklasse vastgestelde gewicht en worden de uitkomsten gesommeerd.

Bij deze berekening worden de volgende gewichten per stedelijkheidsklasse gehanteerd:

Stedelijkheidsklasse	Gewicht 2001
----------------------	--------------

Klasse 1	1,0317821
Klasse 2	1,0339934
Klasse 3	1,0120510
Klasse 4	0,9726988
Klasse 5	0,9464640

4. Het resultaat van het derde lid wordt als volgt verder bewerkt.

a. Het resultaat wordt voor 70% rechtstreeks toegerekend aan het deelbudget variabele kosten van ziekenhuisverpleging.

b. De overige 30% wordt over alle ziekenfondsen gesommeerd.

c. Het resultaat van onderdeel b wordt herverdeeld over de ziekenfondsen door het gemiddelde historische niveau variabele kosten van ziekenhuisverpleging per ziekenfonds te vermenigvuldigen met een historische kostenfactor. De historische kostenfactor wordt berekend door het resultaat van onderdeel b te delen door de som over alle ziekenfondsen van de gemiddelde historische niveaus variabele kosten van ziekenhuisverpleging. De historische niveaus variabele kosten van ziekenhuisverpleging zijn inclusief de desbetreffende kosten vervangende hulp en de desbetreffende kosten van zelfstandige behandelcentra.

5. Het gemiddelde historische niveau variabele kosten van ziekenhuisverpleging per ziekenfonds, bedoeld in het vierde lid, wordt als volgt bepaald.

a. Het gemiddelde historische niveau variabele kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde is het reken-

kundige gemiddelde over de jaren 1997, 1998 en 1999 van de historische niveaus variabele kosten van ziekenhuisverpleging, gedeeld door het werkelijk aantal verzekerden van het desbetreffende jaar. Het gemiddelde historische niveau variabele kosten van ziekenhuisverpleging is het gemiddelde historische niveau variabele kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde vermenigvuldigd met het totaal geraamde gemiddeld aantal verzekerden voor 2001.

b. Het historische niveau variabele kosten van ziekenhuisverpleging over enig jaar bestaat uit de som van de kosten op basis van de productie-indicatoren van dat jaar, de kosten vervangende hulp die in het betreffende jaar ten laste van het deelbudget variabele kosten van ziekenhuisverpleging zijn gebracht en de kosten van de zelfstandige behandelcentra die in het betreffende jaar ten laste van het deelbudget variabele kosten van ziekenhuisverpleging zijn gebracht.

Om de kosten op basis van de productie-indicatoren voor enig jaar te bepalen worden de prijscomponenten 2001 van de productie-indicatoren verpleegdag, opname, dagverpleging en eerste polikliniekbezoek vermenigvuldigd met de overeenkomstige productie-indicatoren van het desbetreffende jaar, inclusief de desbetreffende balanspost, op basis van de opgave op het formulier 08 van dat jaar, gecorrigeerd met de post oude jaren variabele kosten van ziekenhuisverpleging op basis van de opgave op het formulier van het daaropvolgende jaar, en vervolgens over de vier productie-indicatoren gesommeerd.

Bij de ex-anteberekening is het historisch kostenniveau voor 1999 gebaseerd op de aanvullende opgave van 15 mei 2000, opgevraagd bij circulaire 00/014 van het College (kenmerk SEA/20018028).

Voor de productie-indicator eerste polikliniekbezoek voor 1998 en 1997 wordt uitgegaan van de gemiddelde eerste polikliniekbezoeken 1999 per verzekerde per risicoklasse, vermenigvuldigd met de overeenkomstige verzekerdenaantallen per risicoklasse van het desbetreffende jaar. Deze herrekenende productieaantallen eerste polikliniekbezoeken worden nog gecorrigeerd voor de trendmatige ontwikkelingen van 1998 op 1999

(1,93%), respectievelijk van 1997 op 1999 (3,47%) van de eerste polikliniekbezoeken per verzekerde.

c. De basis voor het historische kostenniveau variabele kosten van ziekenhuisverpleging over enig jaar wordt gecorrigeerd met de gemiddelde kosten variabele kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde als berekend op grond van het derde lid, gedeeld door de overeenkomstige gemiddelde kosten variabele kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde als berekend op grond van het derde lid, maar nu op basis van de werkelijke verzekerdenaantallen uit het desbetreffende jaar in plaats van de verzekerdenaantallen 2001.

Daarbij wordt zonodig gebruik gemaakt van gewogen verzekeringsgrondfactoren, voorzover in de desbetreffende jaren uitgegaan werd van andere indelingen naar leeftijd en verzekeringsgrond.

Artikel 3 Toepassing artikel 6 van de Regeling

1. Het deelbudget vaste kosten van ziekenhuisverpleging wordt als volgt bepaald. Per ziekenfonds worden de gemiddelde totale kosten per verzekerde van ziekenhuisverpleging over 1999 als volgt bepaald.

a. Uitgangspunt per ziekenfonds vormen de totale kosten van ziekenhuisverpleging over 1999, verminderd met de kosten van specialisten in loondienst, op basis van de aanvullende opgave van 15 mei 2000, opgevraagd bij circulaire 00/014 van het College (kenmerk SEA/20018028).

b. De onder a genoemde kosten worden gedeeld door het gemiddeld aantal verzekerden over 1999 op basis van de opgaven op het formulier 08 1998 en de formulieren 07 1999.

c. Het resultaat onder b wordt vermenigvuldigd met het totaal geraamde gemiddeld aantal verzekerden voor 2001.

2. Tenslotte wordt per ziekenfonds het resultaat van het eerste lid vermenigvuldigd met een vaste kostenfactor. De vaste kostenfactor wordt berekend door het macro-deelbudget vaste kosten van ziekenhuisverpleging te delen door de som van de resultaten van het eerste lid over alle ziekenfondsen.

Het aldus per ziekenfonds berekende totale budget voor vaste kosten van ziekenhuisverpleging wordt tenslotte

uitgedrukt in een ziekenfondsspecifiek bedrag per geraamde verzekerde.

Artikel 4 Toepassing artikel 7 van de Regeling

1. Het deelbudget kosten van specialistische hulp wordt als volgt bepaald. Per risicoklasse wordt het geraamde gemiddeld aantal verzekerden voor 2001 vermenigvuldigd met het in de navolgende tabel bij die risicoklasse vermelde normbedrag kosten van specialistische hulp per verzekerde voor 2001. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd.

Normbedragen kosten van specialistische hulp per verzekerde voor 2001 (in guldens)

Risicoklasse	Mannen	Vrouwen
0 t/m 4 jaar	191,54	151,49
5 t/m 9 jaar	96,97	79,02
10 t/m 14 jaar	78,48	74,48
15 t/m 19 jaar	91,37	120,55
20 t/m 24 jaar	99,65	175,73
25 t/m 29 jaar	99,15	244,62
30 t/m 34 jaar	116,76	277,51
35 t/m 39 jaar	140,40	230,85
40 t/m 44 jaar	165,05	219,18
45 t/m 49 jaar	206,82	251,30
50 t/m 54 jaar	268,60	288,73
55 t/m 59 jaar	346,57	327,74
60 t/m 64 jaar	439,73	369,66
65 t/m 69 jaar	579,49	457,49
70 t/m 74 jaar	727,98	570,57
75 t/m 79 jaar	856,84	672,31
80 t/m 84 jaar	868,68	696,22
85 t/m 89 jaar	835,12	664,51
90 jaar en ouder	639,34	533,76

2. Het resultaat van het eerste lid wordt vermenigvuldigd met een verzekeringsgrondfactor die per ziekenfonds als volgt wordt bepaald.

a. Het procentuele aandeel verzekerden per verzekeringsgrondklasse wordt bepaald overeenkomstig artikel 2, tweede lid.

b. Daarna wordt per ziekenfonds het procentuele aandeel verzekerden per verzekeringsgrondklasse vermenigvuldigd met het per verzekeringsgrondklasse vastgestelde gewicht en worden de uitkomsten gesommeerd.

Bij deze berekening worden de volgende gewichten per verzekeringsgrondfactor gehanteerd:

Verzekeringsgrond	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	Totaal/ gemiddeld over alle leeftijds- klassen
Arbeidsongeschikte hoofdverzekerden		2,4856128	2,2966992	1,8774432	1,4195318	
Loondienst (hoofd- en medeverzekerden), VUT (hoofd- en medeverzekerden), medeverzekerden van zeelieden en zelfstandigen (hoofd- en medeverzekerden)	0,9803167	0,9171720	0,8403196	0,7702405	0,7535681	
ABW/IOAW/IOAZ (hoofd- en medeverzekerden)	1,0695262	1,2817296	1,3199580	1,2488952	1,0697996	
WW en overige uitkeringsgerechtigden (hoofd- en medeverzekerden), medeverzekerden van arbeidsongeschikten en ANW (hoofd- en medeverzekerden)	1,1506110	1,1251708	1,0933484	0,9765015	0,8773583	
AOW (hoofd- en medeverzekerden)						1,0064787

3. Het resultaat van het tweede lid wordt vermenigvuldigd met een regiofactor die per ziekenfonds als volgt wordt bepaald.

a. Het procentuele aandeel verzekerden per stedelijkheidsklasse wordt bepaald overeenkomstig artikel 2, derde lid, onder a.

b. Daarna wordt per ziekenfonds het procentuele aandeel verzekerden per stedelijkheidsklasse vermenigvuldigd met het per stedelijkheidsklasse vastgestelde gewicht en worden de uitkomsten gesommeerd.

Bij deze berekening worden de volgende gewichten per stedelijkheidsklasse gehanteerd:

Stedelijkheidsklasse Gewicht 2001

Klasse 1	1,1235259
Klasse 2	1,0496788
Klasse 3	0,9972318
Klasse 4	0,9392008
Klasse 5	0,8875743

Artikel 5 Toepassing artikel 8 van de Regeling

1. Het deelbudget kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen, wordt als volgt bepaald.

a. Per risicoklasse worden de normbedragen kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per verzekerde per risicoklasse voor 2001 uit de desbetreffende onderstaande tabel vermenigvuldigd met de bijbehorende correctiefactoren kosten van overige

verstrekkingen en vergoedingen per risicoklasse.

b. Deze gecorrigeerde normbedragen per verzekerden worden per risicoklasse vermenigvuldigd met het geraamde gemiddeld aantal verzekerden voor 2001. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd.

Normbedragen kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per verzekerde voor 2001 (in guldens)

Risicoklasse	Mannen	Vrouwen
0 t/m 4 jaar	449,36	389,03
5 t/m 9 jaar	623,79	525,18
10 t/m 14 jaar	584,52	558,23
15 t/m 19 jaar	518,72	640,60
20 t/m 24 jaar	436,14	785,89
25 t/m 29 jaar	494,77	1104,35
30 t/m 34 jaar	585,75	1263,47

Risicoklasse	Mannen	Vrouwen
35 t/m 39 jaar	734,53	1042,26
40 t/m 44 jaar	839,70	1013,18
45 t/m 49 jaar	1045,67	1159,34
50 t/m 54 jaar	1275,12	1373,76
55 t/m 59 jaar	1518,15	1583,09
60 t/m 64 jaar	1709,23	1746,67
65 t/m 69 jaar	2058,74	2035,91
70 t/m 74 jaar	2394,93	2352,24
75 t/m 79 jaar	2700,75	2628,62
80 t/m 84 jaar	2854,75	2885,60
85 t/m 89 jaar	3108,37	3109,59
90 jaar en ouder	3366,19	3349,61

Correctiefactoren kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen voor 2001

Risicoklasse	Mannen	Vrouwen
0 t/m 4 jaar	0,9995	1,0079
5 t/m 9 jaar	1,0242	1,0187
10 t/m 14 jaar	0,9977	1,0031
15 t/m 19 jaar	1,0120	1,0325
20 t/m 24 jaar	1,0217	1,0449
25 t/m 29 jaar	1,0260	1,0453
30 t/m 34 jaar	1,0237	1,0412
35 t/m 39 jaar	1,0134	1,0205
40 t/m 44 jaar	1,0076	1,0112
45 t/m 49 jaar	0,9930	1,0031
50 t/m 54 jaar	0,9873	1,0029
55 t/m 59 jaar	0,9833	0,9965
60 t/m 64 jaar	0,9787	0,9911
65 t/m 69 jaar	0,9679	0,9888
70 t/m 74 jaar	0,9605	0,9851
75 t/m 79 jaar	0,9557	0,9865
80 t/m 84 jaar	0,9612	0,9861
85 t/m 89 jaar	0,9635	0,9913
90 jaar en ouder	0,9823	0,9985

2. Het resultaat van het eerste lid wordt vermenigvuldigd met een verzekeringsgrondfactor die per ziekenfonds als volgt wordt bepaald.

a. Het procentuele aandeel verzekerden per verzekeringsgrondklasse wordt bepaald overeenkomstig artikel 2, tweede lid.

b. Daarna wordt per ziekenfonds het procentuele aandeel verzekerden per verzekeringsgrondklasse vermenigvuldigd met het per verzekeringsgrond-

klasse vastgestelde gewicht en worden de uitkomsten gesommeerd. Bij deze berekeningen worden de volgende gewichten per verzekeringsgrondklasse gehanteerd:

b. De overige 30% wordt over alle ziekenfondsen gesommeerd.

c. Het resultaat van onderdeel b wordt herverdeeld over de ziekenfondsen door het gemiddelde historische niveau kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per verzekerde vermenigvuldigd met het totaal geraamde gemiddeld aantal verzekerden voor 2001.

b. De basis voor het historische

Verzekeringsgrond	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	Totaal/ gemiddeld over alle leeftijds- klassen
Arbeidsongeschikte hoofdverzekerden		2,2116857	2,1699029	1,7911586	1,3980703	1,7809502
Loondienst (hoofd- en medeverzekerden), VUT (hoofd- en medeverzekerden), medeverzekerden van zeelieden en zelfstandigen (hoofd- en medeverzekerden)	0,9902654	0,9417942	0,8605454	0,7928852	0,7704526	0,9036939
ABW/IOAW/IOAZ (hoofd- en medeverzekerden)	1,0429370	1,1112520	1,2278670	1,1867491	1,0146521	1,1064099
WW en overige uitkeringsgerechtigden (hoofd- en medeverzekerden), medeverzekerden van arbeidsongeschikten en ANW (hoofd- en medeverzekerden)	1,0854450	1,1025792	1,0693081	0,9885530	0,9002129	1,0157255
AOW (hoofd- en medeverzekerden)						1,0059692

3. Het resultaat van het tweede lid wordt vermenigvuldigd met een regiofactor die per ziekenfonds als volgt wordt bepaald.

a. Het procentuele aandeel verzekerden per stedelijkheidsklasse wordt bepaald overeenkomstig artikel 2, derde lid, onder a.

b. Daarna wordt per ziekenfonds het procentuele aandeel verzekerden per stedelijkheidsklasse vermenigvuldigd met het per stedelijkheidsklasse vastgestelde gewicht en worden de uitkomsten gesommeerd.

Bij deze berekening worden de volgende gewichten per stedelijkheidsklasse gehanteerd:

Stedelijkheidsklasse	Gewicht 2001
Klasse 1	1,0099212
Klasse 2	1,0149708
Klasse 3	1,0157408
Klasse 4	1,0016618
Klasse 5	0,9568848

4. Het resultaat van het derde lid wordt als volgt verder bewerkt.

a. Het resultaat wordt voor 70% rechtstreeks toegerekend aan het deelbudget kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen.

rische niveau kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per ziekenfonds te vermenigvuldigen met een historische kostenfactor. De historische kostenfactor wordt berekend door het resultaat van onderdeel b te delen door de som over alle ziekenfondsen van de gemiddelde historische niveaus kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen. De historische niveaus kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen zijn inclusief de desbetreffende kosten vervangende hulp.

5. Het gemiddelde historische niveau kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per ziekenfonds, bedoeld in het vierde lid, wordt als volgt bepaald.

a. Het gemiddelde historische niveau kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per verzekerde is het rekenkundige gemiddelde over de jaren 1997, 1998 en 1999 van de historische niveaus kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen gedeeld door het werkelijk aantal verzekerden van het desbetreffende jaar. Het gemiddelde historische niveau kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen is het gemiddelde historische niveau kosten van overige vers-

niveau kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen over enig jaar zijn de werkelijke kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen van dat jaar, inclusief de desbetreffende balansposten, op basis van de opgave op het formulier 08 van dat jaar, gecorrigeerd met de post oude jaren kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen op basis van de opgave op het formulier van het daaropvolgende jaar. Bij de ex-anteberekening wordt voor het historische kostenniveau van 1999 de correctie met de post oude jaren kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen gelijk aan nul gesteld.

Voor het jaar 1997 wordt uitgegaan van de kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen, exclusief de kosten van specialistische hulp.

c. De basis voor het historische niveau kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen over enig jaar wordt gecorrigeerd met de gemiddelde kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per verzekerde als berekend op grond van het derde lid gedeeld door de overeenkomstige gemiddelde kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per verzekerde als berekend op grond van

het derde lid maar nu op basis van de werkelijke verzekerdenaantallen uit het desbetreffende jaar in plaats van de verzekerdenaantallen 2001. Daarbij wordt zonedig gebruik gemaakt van gewogen verzekeringsgrondfactoren, voorzover in de desbetreffende jaren uitgegaan werd van andere indelingen naar leeftijd en verzekeringsgrond.

Artikel 6 Toepassing artikel 11 van de Regeling

1. De opbrengsten van de nominale rekenpremie worden geraamd door het geraamde aantal premie-equivalenten 2001 te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie. Het geraamde aantal premie-equivalenten 2001 wordt per ziekenfonds geraamd op basis van het aandeel premie-equivalenten in het totaal gemiddeld aantal verzekerden van de opgave op het formulier 07, tweede kwartaal 2000.

2. Bij de raming door het College van de opbrengsten van verhaal per ziekenfonds wordt uitgegaan van de opgave op het formulier 08 1999 en het totaal geraamde gemiddeld aantal verzekerden voor 2001.

Artikel 7 Toepassing artikel 12 van de Regeling

De in de Regeling bedoelde herrekeningen vinden plaats op basis van de volgende door het College gevraagde opgaven van de ziekenfondsen:

- de opgave op het formulier 08 2001, exclusief de posten oude jaren;
- een separate opgave voor het werkelijke aantal verzekerden in 2001 naar viercijferige postcode ondergebracht in vijf stedelijkheidsklassen;
- voor de voorlopige herrekening van de budgetten een separate opgave, die ultimo 15 mei 2002 door het College dient te zijn ontvangen, over de deelbudgetten variabele kosten van ziekenhuisverpleging, kosten van specialistische hulp en vaste kosten van ziekenhuisverpleging;
- voor de voorlopige herrekening van de budgetten een voorlopige separate opgave, die ultimo 15 mei 2002 door het College dient te zijn ontvangen, van de kosten die worden ingebracht in de hoge kostenverevening;
- een definitieve separate opgave, die ultimo 15 september 2002 door het College dient te zijn ontvangen, van de kosten die worden ingebracht in de hoge kostenverevening;
- de opgave op het formulier 08 2000 van de posten oude jaren;

g. de opgave op het formulier 08 2002 van de posten oude jaren. Deze opgave blijft bij de voorlopige herrekening van de budgetten nog buiten beschouwing.

Artikel 8 Toepassing artikel 13 van de Regeling

1. Het deelbudget variabele kosten van ziekenhuisverpleging wordt als volgt herrekend. Uitgaande van:

- het normbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde per risicoklasse, bedoeld in artikel 2, eerste lid,
- de correctiefactoren per risicoklasse, bedoeld in artikel 2, eerste lid,
- het gewicht per verzekeringsgrondklasse, bedoeld in artikel 2, tweede lid,
- het gewicht per stedelijkheidsklasse, bedoeld in artikel 2, derde lid,

wordt per ziekenfonds het deelbudget variabele kosten van ziekenhuisverpleging herrekend op basis van:

- het werkelijke gemiddeld aantal verzekerden in 2001 per risicoklasse;
- het werkelijke gemiddeld aantal verzekerden in 2001 per verzekeringsgrondklasse;
- het werkelijke aantal verzekerden in 2001 naar viercijferige postcode ondergebracht in vijf stedelijkheidsklassen.

Bij de herrekening is artikel 2, vierde lid, van overeenkomstige toepassing. Bij de herrekening worden ook de historische kostenniveaus, bedoeld in artikel 2, vijfde lid, herrekend.

2. Per ziekenfonds worden de werkelijke kosten variabele kosten van ziekenhuisverpleging 2001 als volgt bepaald.

- Het werkelijke aantal van de productie-indicatoren verpleegdag, opname, dagverpleging en eerste polikliniekbezoek wordt vermenigvuldigd met de bijbehorende prijscomponent, bedoeld in artikel 2, eerste lid. De uitkomsten worden over de vier productie-indicatoren gesommeerd.
- Aan het resultaat onder a worden toegevoegd de werkelijke kosten 2001 van de zelfstandige behandelcentra, voor zover deze kosten niet kosten van specialistische hulp betreffen.
- Aan het resultaat onder b wordt toegevoegd 20% van de werkelijke kosten buitenland 2001.
- Aan het resultaat onder c worden toegevoegd de werkelijke kosten variabele kosten van ziekenhuisverpleging vervangende hulp 2001.

3. Na toepassing van het tweede lid vindt een hoge kostenverevening plaats overeenkomstig artikel 17 van de Regeling.

4. Tenslotte vindt per ziekenfonds 25% nacalculatie plaats op het verschil tussen de werkelijke kosten variabele kosten van ziekenhuisverpleging, berekend volgens het tweede lid, en het deelbudget variabele kosten van ziekenhuisverpleging, zoals dat na toepassing van het eerste en het derde lid is herrekend.

Artikel 9 Toepassing artikel 14 van de Regeling

1. Het deelbudget vaste kosten van ziekenhuisverpleging wordt als volgt herrekend.

- Het deelbudget wordt opnieuw berekend overeenkomstig artikel 3, eerste lid. Bij de voorlopige herrekening van het budget wordt voor de totale kosten, bedoeld in het eerste lid van dat artikel, uitgegaan van de opgave op het formulier 08 1999 (exclusief oude jaren) vermeerderd met de post oude jaren van de opgave op het formulier 08 2000.
- Bij de herrekening bedoeld onder a wordt uitgegaan van het totaal geraamde gemiddeld aantal verzekerden 2001.
- Bij de herrekening wordt ook de vaste kostenfactor opnieuw herrekend overeenkomstig artikel 3, tweede lid. Het per ziekenfonds ander a herrekende deelbudget vaste kosten van ziekenhuisverpleging wordt vermenigvuldigd met de herrekende vaste kostenfactor, en vervolgens uitgedrukt in een ziekenfondsspecifiek bedrag per geraamde verzekerde 2001. Tot slot wordt dit ziekenfondsspecifieke bedrag per geraamde verzekerde 2001 vermenigvuldigd met het totaal werkelijke gemiddeld aantal verzekerden 2001.

2. De werkelijke kosten vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2001 worden per ziekenfonds bepaald door:

- de som te berekenen van de werkelijke totale kosten ziekenhuisverpleging voor 2001, exclusief de kosten van specialisten in loondienst;
- het resultaat onder a te verminderen met de som van de werkelijke kosten variabele kosten van ziekenhuisverpleging 2001, berekend volgens artikel 8, tweede lid;
- aan het resultaat onder b worden toegevoegd 65% van de werkelijke kosten buitenland 2001;

d. aan het resultaat onder c worden toegevoegd de werkelijke kosten vervangende hulp vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2001.

3. Per ziekenfonds vindt 95% nacalculatie plaats op het verschil tussen de werkelijke kosten vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2001, berekend volgens het tweede lid, en het deelbudget vaste kosten van ziekenhuisverpleging, herrekend volgens het eerste lid.

Artikel 10 Toepassing artikel 15 van de Regeling

1. Het deelbudget kosten van specialistische hulp wordt als volgt herrekend.

Uitgaande van:

- het normbedrag kosten van specialistische hulp per verzekerde per risicoklasse, bedoeld in artikel 4, eerste lid,
- het gewicht per verzekeringsgrondklasse, bedoeld in artikel 4, tweede lid, onder b,
- het gewicht per stedelijkheidsklasse, bedoeld in artikel 4, derde lid, onder b,

wordt per ziekenfonds het deelbudget kosten van specialistische hulp herrekend op basis van:

- a. het werkelijke gemiddeld aantal verzekerden in 2001 per risicoklasse;
- b. het werkelijke gemiddeld aantal verzekerden in 2001 per verzekeringsgrondklasse;
- c. het werkelijk aantal verzekerden in 2001 naar viercijferige postcode ondergebracht in vijf stedelijkheidsklassen.

2. Per ziekenfonds worden de werkelijke kosten van specialistische hulp 2001 bepaald door de som te berekenen van:

- a. de werkelijke kosten 2001 van vrijgevestigde specialisten, inclusief de kosten van specialistische hulp van de zelfstandige behandelcentra;
- b. per ziekenfonds per ziekenhuis het werkelijke aantal verpleegdagen vermenigvuldigd met de specifieke loonkostencomponent per verpleegdag per ziekenhuis, zoals vermeld zal worden bij de circulaire 08, 2001 van het College;
- c. 15% van de werkelijke kosten buitenland 2001;
- d. de werkelijke kosten vervangende hulp kosten van specialistische hulp 2001.

3. Na toepassing van het tweede lid vindt op de volgende wijze een verevening plaats:

a. Per ziekenfonds wordt het verschil bepaald tussen de werkelijke kosten van specialistische hulp als resultaat van het tweede lid en het herrekende deelbudget kosten van specialistische hulp als resultaat van het eerste lid.

Vervolgens komt 50% van dit verschil in aanmerking voor verevening.

b. Door optelling van de onder a verkregen bedragen ontstaat het totale bedrag voor de verevening. Dit totale bedrag wordt gedeeld door het werkelijke gemiddeld aantal verzekerden voor 2001 voor alle ziekenfondsen, waaruit een gemiddeld bedrag per verzekerde resulteert. Per ziekenfonds wordt deze uitkomst vermenigvuldigd met het werkelijke gemiddeld aantal verzekerden van het ziekenfonds.

c. Vervolgens worden het deelbudget zoals verkregen in het eerste lid en het verschil tussen de uitkomsten verkregen onder a en b opgeteld, waarmee het deelbudget variabele kosten van ziekenhuisverpleging na verevening is bepaald.

4. Per ziekenfonds vindt 40% nacalculatie plaats op het verschil tussen de werkelijke kosten van specialistische hulp 2001, berekend volgens het tweede lid, en het deelbudget kosten van specialistische hulp, herrekend volgens het derde lid.

Artikel 11 Toepassing artikel 17 van de Regeling

1. Het deelbudget kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen wordt als volgt herrekend.

Uitgaande van:

- het normbedrag kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per verzekerde per risicoklasse, bedoeld in artikel 5, eerste lid,
 - de correctiefactoren kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per risicoklasse, bedoeld in artikel 5, eerste lid,
 - het gewicht per verzekeringsgrondklasse, bedoeld in artikel 5, tweede lid, onder b,
 - het gewicht per stedelijkheidsklasse, bedoeld in artikel 5, derde lid, onder b,
- wordt per ziekenfonds het deelbudget kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen herrekend op basis van:

- a. het werkelijke gemiddeld aantal verzekerden in 2001 per risicoklasse;
- b. het werkelijke gemiddeld aantal verzekerden in 2001 per verzekeringsgrondklasse;
- c. het werkelijk aantal verzekerden in 2001 naar viercijferige postcode

ondergebracht in vijf stedelijkheidsklassen.

Bij de herrekening is artikel 5, vierde lid, van overeenkomstige toepassing. Bij de herrekening worden ook de historische kostenniveaus, bedoeld in artikel 5, vijfde lid, herrekend.

2. Per ziekenfonds worden de werkelijke kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen 2001 bepaald door de som te berekenen van:

- a. de werkelijke kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen 2001;
- b. de werkelijke kosten vervangende hulp kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen 2001.

3. Na toepassing van het tweede lid vindt een hoge kostenverevening plaats overeenkomstig artikel 17 van de Regeling.

Artikel 12 Toepassing artikel 18, vijfde lid, van de Regeling

1. Het College herrekent de budgetten voorlopig en stelt de uitkeringen voorlopig nader vast.

2. De inbreng van de hoge kostenverevening wordt voor de voorlopige herrekening van de budgetten gebaseerd op de separate voorlopige opgave van 15 mei 2002. De inbreng voor de definitieve afrekening wordt gebaseerd op de door de CTU gecontroleerde opgave van 15 september 2002.

Artikel 13 Toepassing artikel 19 van de Regeling

Voor een nieuw ziekenfonds, dat geen rechtsopvolger van een of meer reeds bestaande ziekenfondsen is en dat na de datum waarop dit besluit is vastgesteld als ziekenfonds wordt toegelaten, wordt eerst bij gelegenheid van de toepassing van de artikelen 7 tot en met 12 een budget vastgesteld.

Artikel 14

Dit besluit, dat kan worden aangehaald als Besluit toepassingsregels bij de Regeling beschikbare middelen verstrekkingen en vergoedingen Zfw 2001, wordt in de Staatscourant geplaatst. Het treedt in werking op de tweede dag na plaatsing en werkt terug tot en met 24 november 2000.

L. de Graaf, voorzitter.

J.L.P.G. van Thiel, algemeen directeur.

Goedgekeurd door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij besluit van 23 november 2000, met kenmerk Z/F-2131829.