

## Regeling beschikbare middelen verstrekkingen en vergoedingen Zfw 2005

*Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 oktober 2004, nr. Z/F-2526341, houdende vaststelling voor het jaar 2005 van de voor ziekenfondsen beschikbare middelen ter dekking van de kosten van verstrekkingen en vergoedingen ingevolge de ziekenfondsverzekering en van regels ter verdeling daarvan (Regeling beschikbare middelen verstrekkingen en vergoedingen Zfw 2005)*

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Gelet op de artikelen 1u, derde lid, en 19, tweede en zevende lid, van de Ziekenfondswet;

Besluit:

### Hoofdstuk I. Algemene bepaling

#### Artikel 1

1. Deze regeling verstaat onder:

a. *beschikbare middelen*: de voor ziekenfondsen ten laste van de Algemene Kas beschikbare middelen ter dekking van hun kosten van verstrekkingen en vergoedingen in het kader van de Ziekenfondswet;

b. *nominale premie*: de premie, bedoeld in artikel 17 van de Ziekenfondswet;

c. *nominale rekenpremie*: het fictieve bedrag aan nominale premie op jaarbasis per verzekerde of medeverzekerde, bedoeld in artikel 17, eerste lid, van de Ziekenfondswet, dat in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2005, hoofdstuk XVI, bij de berekening van de beschikbare middelen wordt gehanteerd;

d. *nominale no-claimpremie*: het bedrag ter hoogte van de uitkering voor de verzekerde die geen gebruik heeft gemaakt van zorg als bedoeld in artikel 18a, tweede lid, eerste volzin van de Ziekenfondswet zoals dat is opgenomen in het bij Koninklijke boodschap van 22 maart 2003 ingediende voorstel van wet, houdende wijziging van de Ziekenfondswet in verband met het invoeren van een no-claimteruggaaf voor verzekerden die geen of weinig gebruik hebben gemaakt van zorg waarop ingevolge die wet aanspraak bestaat;

e. *no-claimteruggave*: het bedrag dat ziekenfondsen uitkeren aan verzekerden op grond van de no-claimteruggaveregeling, bedoeld in artikel 18a, eerste lid, van de Ziekenfondswet zoals dat is opgenomen in het bij Koninklijke boodschap van 22 maart 2003 ingediende voorstel van wet, houdende wijziging

van de Ziekenfondswet in verband met het invoeren van een no-claimteruggaaf voor verzekerden die geen of weinig gebruik hebben gemaakt van zorg waarop ingevolge die wet aanspraak bestaat;

f. *macro-verstrekkingenbudget*: de beschikbare middelen, met uitzondering van de middelen verstrekt ingevolge hoofdstuk VI en VII, vermeerderd met de voor ziekenfondsen geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie, de geraamde opbrengst van de nominale no-claimpremie en tweederde deel van de geraamde opbrengsten van verhaal;

g. *budget*: het aan een ziekenfonds toegerekende aandeel in het macro-verstrekkingenbudget;

h. *uitkering*: de uitkering aan een ziekenfonds ter dekking van diens kosten van verstrekkingen en vergoedingen, bedoeld in artikel 19, eerste lid, van de Ziekenfondswet, verminderd met de overige uitkeringen ingevolge hoofdstuk VI en VII;

i. *verhaal*: het verhaal van een ziekenfonds, bedoeld in de artikelen 83b en 83d van de Ziekenfondswet;

j. *FKG's*: Farmaceutische kostengroepen, een verdeelcriterium waarbij verzekerden worden ingedeeld in categorieën chronische aandoeningen op basis van geneesmiddelengebruik in het verleden;

k. *DKG's*: Diagnose kostengroepen, een verdeelcriterium waarbij verzekerden worden ingedeeld in clusters van aandoeningengroepen die geïdentificeerd worden op grond van ontslagdiagnosecodes en enkele specifiek uitgevoerde nevenverrichtingen;

l. *verzekeringgrond*: een verdeelcriterium gebaseerd op de verzekeringsgrond voor de ziekenfondsverzekering en de leeftijd van verzekerden;

m. *regio*: een verdeelcriterium waarbij verzekerden worden ingedeeld in categorieën op basis van de postcode van het adres waar de verzekerde woonachtig is;

n. *academische component*: het deel van het ziekenhuisbudget van academische ziekenhuizen waarmee hun specifieke taken worden gedekt die liggen op het terrein van de behandeling van topreferente patiënten, de ontwikkel- en innovatiefunctie van nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling, alsmede de opleidingskosten;

o. *neventarieven*: alle door het College tarieven gezondheidszorg goedgekeurde dan wel vastgestelde landelijk uniforme ziekenhuistarieven;

p. *verpleegtarieven*: de door het College tarieven gezondheidszorg op grond van een individuele tariefbeschikking goed-

gekeurde dan wel vastgestelde ziekenhuistarieven voor het declareren van verpleegdagen;

q. *lokale tarieven voor experiment-DBC's*: lokaal overeengekomen tarieven voor experiment-DBC's, die Zelfstandige behandelcentra nog in rekening mogen brengen voor DBC's die voor 1 januari 2005 zijn geopend, en die zijn goedgekeurd door het College tarieven gezondheidszorg;

r. *onderhandelbare DBC-tarieven*: alle lokaal overeengekomen tarieven die instellingen bij invoering van DBC-financiering in rekening brengen bij het afsluiten van een door het College tarieven gezondheidszorg gedefinieerde onderhandelbare DBC;

s. *tarieven voor trajecten*: tarieven voor zorgproducten die naast DBC's gedeclareerd mogen worden zoals bijvoorbeeld verkeerde bed, intensive care, gezonde zuigeling, gezonde moeder en klasseverpleging;

t. *niet-onderhandelbare DBC-tarieven*: alle door het College tarieven gezondheidszorg vastgestelde niet-onderhandelbare tarieven die instellingen bij invoering van DBC-financiering in rekening brengen bij het afsluiten van een door het College tarieven gezondheidszorg gedefinieerde niet-onderhandelbare DBC, zijnde landelijke tarieven met instellingsspecifieke opslagen ter sluiting van het instellingsbudget;

u. *renteheffing*: tarieven die zorgaanbieders in rekening mogen brengen bij verzekeraars in het geval deze niet overgaan tot het bevoorschotten van zorg gefinancierd middels DBC's.

2. Hoofdstuk II, III, IV en V, alsmede de artikelen 20, 21 en 22 zijn niet van toepassing voor het Algemeen Ziekenfonds voor Zeelieden.

### Hoofdstuk II. De vaststelling van de beschikbare middelen, van het macro-verstrekkingenbudget en van de onderverdeling daarvan in macro-deelbudgetten

#### Artikel 2

1. De beschikbare middelen voor het jaar 2005 omvatten:

a. een bedrag van € 13.260.300.000;

b. de overige uitkeringen genoemd in hoofdstuk VI en VII.

2. Het macro-verstrekkingenbudget voor het jaar 2005 bedraagt € 15.981.000.000.

#### Artikel 3

Het macro-verstrekkingsbudget is onderverdeeld in de volgende macro-deelbudgetten:

- a. het macro-deelbudget variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp ad € 6.501.400.000;
- b. het macro-deelbudget vaste kosten van ziekenhuisverpleging ad € 3.160.000.000;
- c. het macro-deelbudget kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen ad € 6.319.600.000.

### **Hoofdstuk III. De verdeling van de macro-deelbudgetten en de vaststelling van het budget van de uitkering aan een ziekenfonds**

#### **§ 1. De verdeling van de macro-deelbudgetten**

##### Artikel 4

Het College zorgverzekeringen verdeelt de in artikel 3 genoemde macro-deelbudgetten elk volgens de artikelen 5 tot en met 9 in deelbudgetten voor ieder ziekenfonds.

##### Artikel 5

Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbudget variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp aan de hand van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, verzekeringsgrond en regio. Het College zorgverzekeringen kent aan alle klassen van de genoemde criteria gewichten toe.

##### Artikel 6

1. Het College zorgverzekeringen maakt bij de verdeling van het macro-deelbudget vaste kosten van ziekenhuisverpleging onderscheid tussen enerzijds uitgaven ten behoeve van de academische component en anderzijds uitgaven met betrekking tot de overige vaste kosten.
2. De vergoeding voor de uitgaven ten behoeve van de academische component is gelijk aan een vast bedrag per bij het ziekenfonds ingeschreven verzekerde, vermenigvuldigd met het aantal bij het ziekenfonds ingeschreven verzekerden, met uitzondering van inschrijvingen met terugwerkende kracht.
3. Het onder het tweede lid genoemde bedrag per verzekerde bedraagt in 2005 € 35,40.
4. De vergoeding voor de uitgaven met betrekking tot overige vaste kosten is gebaseerd op de vaste kosten ziekenhuisverpleging in het jaar 2003 per verzekerde per ziekenfonds, waarbij het College zorgverzekeringen deze vaste kosten schoont voor uitgaven ten behoeve van de academische component.

##### Artikel 7

Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbudget kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen aan de hand van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, verzekeringsgrond en regio. Het College zorgverzekeringen kent aan alle klassen van de genoemde criteria gewichten toe.

##### Artikel 8

Bij de toepassing van de artikelen 5, 6 en 7 laat het College zorgverzekeringen bij de bepaling van het aantal ingeschreven verzekerden de inschrijving buiten beschouwing van verzekerden van wie de totale kosten van verstrekkingen en vergoedingen door het College zorgverzekeringen ingevolge artikel 18, eerste lid, onder a en b, ten laste van de Algemene Kas worden vergoed naar het werkelijke bedrag van die kosten. De eerste volzin is van overeenkomstige toepassing op inschrijvingen met terugwerkende kracht, voorzover het betreft de periode waarover die inschrijvingen terugwerken.

##### Artikel 9

1. Het College zorgverzekeringen bepaalt de in de artikelen 5 en 7 bedoelde gewichten op basis van de gegevens zoals vermeld in de bij deze regeling behorende bijlage. Hierbij wordt door het College zorgverzekeringen de in de bijlage aangegeven klasse-indeling van de criteria aangehouden.
2. Bij de bepaling van de gewichten, bedoeld in de artikelen 5 en 7, houdt het College zorgverzekeringen rekening met de verwachte financiële gevolgen van de toepassing van artikel 15 voor groepen van verzekerden naar leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, verzekeringsgrond en regio.
3. Het College zorgverzekeringen kan bij de vaststelling van de uitkering ingevolge hoofdstuk III de toepassing van het tweede lid achterwege laten.

#### **§ 2. De vaststelling van het budget van en de uitkering aan een ziekenfonds**

##### Artikel 10

1. Het College zorgverzekeringen sommeert de ingevolge paragraaf 1 van dit hoofdstuk aan een ziekenfonds toegerekende deelbudgetten en stelt het budget van het ziekenfonds vast.
2. Het College zorgverzekeringen brengt vervolgens op het vastgestelde budget de door hem voor het ziekenfonds geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie, de geraamde opbrengst van nominale no-claimpremie en tweederde deel van de door hem voor het ziekenfonds geraamde opbrengst van verhaal in mindering.

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

4. Het College zorgverzekeringen geeft bij de mededeling van het vastgestelde budget en de vastgestelde uitkering aan het ziekenfonds aan welke geraamde bedragen aan opbrengsten, bedoeld in het tweede lid, bij de berekening van de uitkering zijn betrokken.

### **Hoofdstuk IV. De herberekening van het budget van een ziekenfonds, de vaststelling van het herberekende budget en de nadere vaststelling van de uitkering aan een ziekenfonds**

#### **§ 1. Uitgangspunten met betrekking tot de herberekening van het budget van een ziekenfonds**

##### Artikel 11

1. Ter nadere vaststelling van de uitkering, bedoeld in artikel 19, vijfde lid, van de Ziekenfondswet herberekent het College zorgverzekeringen het budget van een ziekenfonds. Het College zorgverzekeringen baseert de herberekening van het budget op de ingevolge deze regeling voor de onderscheiden deelbudgetten relevante gegevens, uitgaande van de realisaties in het budgetjaar. Indien zulks naar zijn oordeel is aangewezen kan het College zorgverzekeringen in afwijking van de tweede volzin bepalen dat voor door hem aan te geven herberekeningen niet wordt uitgegaan van de realisaties in het budgetjaar maar van gegevens van een daaraan al dan niet onmiddellijk voorafgaand jaar. De gegevens worden ontleend aan gegevensuitvragen van het College zorgverzekeringen bij de ziekenfondsen.
2. Het College zorgverzekeringen laat bij de herberekening buiten beschouwing:
  - a. kosten, waarvan het College toezicht heeft vastgesteld dat deze niet verantwoord waren, tenzij het College toezicht anders besluit;
  - b. de kosten en opbrengsten, bedoeld in artikel 18.
3. Het College toezicht kan besluiten gegevens als bedoeld in het eerste lid, die door een ziekenfonds zijn opgegeven, te corrigeren indien deze naar zijn oordeel niet juist zijn. In dat geval baseert het College zorgverzekeringen de herberekening op de gecorrigeerde gegevens.
4. De kosten van zorgvernieuwingsactiviteiten in het kader van de uitvoering van de ziekenfondsverzekering in verband waarmee het College zorgverzekeringen aan een ziekenfonds subsidie heeft verleend ingevolge de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet, merkt het College zorgverzekeringen aan:
  - a. voor 40% als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp;

b. voor 20% als vaste kosten van ziekenhuisverpleging;

c. voor 40% als kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen.

5. De kosten die het College zorgverzekeringen in het kader van de toepassing van verdragsregelingen inzake sociale zekerheid en van de Verordening (EEG) nr. 1408/71, betreffende de toepassing van de sociale zekerheidsregelingen op werknemers en zelfstandigen, alsmede op hun gezinsleden, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen, in het jaar 2005 ten laste van de Algemene Kas op declaraties vanuit verdragslanden op kasbasis vergoedt, ten behoeve van verzekeren die zich naar het buitenland begeven, teneinde daar geneeskundige hulp in te roepen, merkt het College zorgverzekeringen voor 60% aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en voor 40% als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

6. Het College zorgverzekeringen merkt de rechtstreeks door het ziekenfonds vergoede kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp verleend door instellingen in het buitenland voor 60% aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en voor 40% als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

## § 2. De herberekening van het budget van een ziekenfonds per deelbudget

### Artikel 12

1. Ter bepaling van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp merkt het College zorgverzekeringen 87,5% van de kostencomponent van onderhandelbare DBC-tarieven, onafhankelijk van het soort instelling dat deze DBC levert, aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging.

2. Van de kostencomponent van niet-onderhandelbare DBC-tarieven in algemene en academische ziekenhuizen, alsmede van het Oogziekenhuis, merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging.

3. Van de kostencomponent van de kosten van DBC's geleverd door instellingen die meedoen aan door de minister goedgekeurde experimenten, die niet vallen onder de reguliere onderhandelbare DBC's, merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging.

4. Het College zorgverzekeringen bepaalt per ziekenhuis het percentage, bedoeld in het tweede en derde lid, op basis van door het College tarieven gezondheidszorg te verschaffen gegevens.

5. Het College zorgverzekeringen merkt 75% van de kostencomponent van niet-onderhandelbare DBC-tarieven van Zelfstandige Behandelcentra aan als variabele kosten van ziekenhuiszorg.

6. De kosten van neventarieven en tarieven voor trajecten, voor zover gedeclareerd door algemene, categorale en academische ziekenhuizen en Zelfstandige behandelcentra, alsmede alle kosten van overige instellingen op het gebied van de curatieve zorg voor zover zij niet overstappen op DBC-financiering, merkt het College zorgverzekeringen voor 75% aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, met uitzondering van de kosten van verpleegdagen van klinische revalidatiecentra, epilepsiecentra en astmaklinieken waarvoor een percentage van 60% wordt aangehouden.

7. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten van lokale DBC-tarieven voor experiment-DBC's voor 87,5% aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.

8. Het College zorgverzekeringen betreft de renteheffing niet bij de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialisten hulp.

9. Het College zorgverzekeringen merkt de honorariumcomponent van onderhandelbare dan wel niet-onderhandelbare DBC's, alsmede eventuele overige declaraties van vrijgevestigde specialisten volledig aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.

10. Het College zorgverzekeringen past hogekostenverevening toe, overeenkomstig artikel 15.

11. Na toepassing van het tiende lid past het College zorgverzekeringen op door hem te bepalen wijze verevening toe ter grootte van 30%.

12. Het College zorgverzekeringen calculeert tenslotte 35% na op het verschil tussen de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, vastgesteld ingevolge het eerste tot en met negende lid, en het resultaat na toepassing van het elfde lid.

### Artikel 13

1. Het College zorgverzekeringen baseert de herberekening van het deelbudget vaste kosten van ziekenhuisverpleging samenhangend met overige vaste kosten, zoals genoemd in artikel 6, vierde lid, op basis van de vaste kosten in het jaar 2004, waarbij het College zorgverzekeringen deze vaste kosten schoont voor uitgaven ten behoeve van de academische component.

2. Ter bepaling van de vaste kosten van ziekenhuisverpleging merkt het College zorgverzekeringen 12,5% van de kostencomponent van onderhandelbare DBC-tarieven, onafhankelijk van het soort instelling dat deze DBC levert, aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

3. Van de kostencomponent van niet-onderhandelbare DBC-tarieven in algemene en academische ziekenhuizen, alsmede van het Oogziekenhuis, merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

4. Het percentage per instelling genoemd in het derde lid is gelijk aan 100 minus het percentage genoemd in artikel 12, tweede lid.

5. Van de kostencomponent van de kosten van DBC's geleverd door instellingen die meedoen aan door de minister goedgekeurde experimenten, die niet vallen onder de reguliere onderhandelbare DBC's, merkt het College zorgverzekeringen een door hem per ziekenhuis vast te stellen percentage aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

6. Het percentage per instelling genoemd in het derde lid is gelijk aan 100 minus het percentage genoemd in artikel 12, derde lid.

7. Het College zorgverzekeringen merkt 25% van de kostencomponent van niet-onderhandelbare DBC-tarieven van Zelfstandige Behandelcentra aan als vaste kosten van ziekenhuiszorg.

8. De kosten van neventarieven en tarieven voor trajecten, voor zover gedeclareerd door algemene, categorale en academische ziekenhuizen en Zelfstandige behandelcentra, alsmede alle kosten van overige instellingen op het gebied van de curatieve zorg voor zover zij niet overstappen op DBC-financiering, merkt het College zorgverzekeringen voor 25% aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, met uitzondering van de kosten van verpleegdagen van klinische revalidatiecentra, epilepsiecentra en astmaklinieken waarvoor een percentage van 40% wordt aangehouden.

9. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten van lokale DBC-tarieven voor experiment-DBC's voor 12,5% aan als vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

10. Het College zorgverzekeringen betreft de renteheffing niet bij de vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

11. Het College zorgverzekeringen calculeert tenslotte 95% na op het verschil tussen de vaste kosten van ziekenhuisverpleging, vastgesteld ingevolge het tweede tot en met tiende lid, en het deelbudget vaste kosten van ziekenhuisverpleging na toepassing van het eerste lid.

### Artikel 14

Het College zorgverzekeringen past op het deelbudget kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen hogekostenverevening toe, overeenkomstig artikel 15.

### Artikel 15

Het College zorgverzekeringen past de hogekostenverevening, bedoeld in de artikelen 12, zesde lid, en 14, als volgt toe:

- a. 90% van de som van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp van individuele verzekerden en de kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen van individuele verzekerden, voor zover deze kosten tezamen het bedrag van € 12.500 per verzekerde op jaarbasis overschrijden, wordt ten laste van een pool gebracht;
- b. de ten laste van de pool te brengen kosten worden per verzekerde gesplitst in enerzijds variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en anderzijds kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen naar rato van de totalen van die beide kostensoorten van die verzekerde;
- c. vervolgens worden de uitkomsten per kostensoort per ziekenfonds gesommeerd;
- d. aan de ingevolge onderdeel c gesommeerde variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp wordt 30% van de ingevolge artikel 11, vijfde lid, als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp aangemerkte kosten van het ziekenfonds toegevoegd;
- e. voorts berekent het College zorgverzekeringen voor elk der beide kostensoorten het percentage dat voortvloeit uit de verhouding tussen de som van de ten laste van de pool gebrachte kosten van alle ziekenfondsen tezamen en de som van de herberekende deelbudgetten van alle ziekenfondsen tezamen, en past dat toe per deelbudget van een ziekenfonds;
- f. de uitkomsten van onderdeel e worden ten gunste van de pool gebracht;
- g. op basis van de uitkomsten van onderdeel c, na toepassing van onderdeel d en van onderdeel f, worden de genoemde deelbudgetten herberekend.

### § 3. De vaststelling van het herberekende budget en de nadere vaststelling van de uitkering aan een ziekenfonds

#### Artikel 16

1. Het College zorgverzekeringen sommeert de ingevolge de paragrafen 1 en 2 van dit hoofdstuk herberekende deelbudgetten en stelt het herberekende budget van het ziekenfonds vast.
2. Het College zorgverzekeringen brengt vervolgens op het herberekende budget in mindering:
  - a. de aan het ziekenfonds toegerekende opbrengsten van de nominale rekenpremie;
  - b. de aan het ziekenfonds toegerekende opbrengsten van de nominale no-claimpremie;

c. tweederde deel van de werkelijke opbrengsten van verhaal van het ziekenfonds;

d. de aan het ziekenfonds verstrekte subsidies, bedoeld in artikel 11, vierde lid.

3. Het College zorgverzekeringen stelt de uitkering nader vast op de uitkomst van de berekening, genoemd in het tweede lid.

4. Het College zorgverzekeringen geeft bij de mededeling van het herberekende budget en de nader vastgestelde uitkering aan het ziekenfonds aan welke bedragen, bedoeld in het tweede lid, onder a tot en met d, bij de nadere berekening van de uitkering zijn betrokken.

5. Het College zorgverzekeringen kan één of meer keer het budget van een ziekenfonds voorlopig herberekenen en de uitkering voorlopig nader vaststellen. Het vierde lid is van overeenkomstige toepassing.

### Hoofdstuk V. Nadere bepaling met betrekking tot de hoofdstukken III en IV

#### Artikel 17

Waar het College zorgverzekeringen bij de vaststelling en de nadere vaststelling van het budget van het ziekenfonds gebruik maakt van historische gegevens, kan hij, indien die gegevens niet beschikbaar zijn, uitgaan van een andere basis.

### Hoofdstuk VI. Overige uitkeringen aan een ziekenfonds

#### Artikel 18

1. Het College zorgverzekeringen vergoedt aan een ziekenfonds naar het werkelijke bedrag:

a. kosten krachtens artikel 29 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering;

b. kosten die met toepassing van verdragsregelingen inzake sociale zekerheid en van de Verordening (EEG) nr. 1408/71 betreffende de toepassing van de socialezekerheidsregelingen op werknemers en zelfstandigen, alsmede op hun gezinsleden, die zich binnen de Gemeenschap verplaatsen, zijn gemaakt, met uitzondering van de kosten, bedoeld in artikel 11, vijfde lid.

c. uitgaven die het ziekenfonds ten laste van het betreffende budgetjaar heeft gedaan in verband met de no-claimteruggaveregeling.

2. Het College zorgverzekeringen laat bij de toepassing van het eerste lid de kosten onderscheidenlijk de uitgaven buiten beschouwing waarvan het College toezicht heeft vastgesteld dat deze niet verantwoord waren, tenzij het College toezicht anders besluit.

3. Het College zorgverzekeringen brengt de door hem vast te stellen opbrengsten, waaronder begrepen die van de nominale premie en de bedragen waarmee die premie ingevolge artikel 17, derde lid,

van de Ziekenfondswet is verhoogd, die samenhangen met de in het eerste lid, onder a en b, genoemde kosten, op die kosten in mindering. Op die kosten worden verder in mindering gebracht de opbrengsten op grond van artikel 22 van het Inschrijvingsbesluit ziekenfondsverzekering.

4. Het College zorgverzekeringen bepaalt de opbrengsten, bedoeld in het derde lid, op het bedrag van de werkelijke opbrengsten. Indien dat bedrag lager is dan het bedrag dat bij een naar het oordeel van het College toezicht verantwoorde uitvoering van de wettelijke regelingen als opbrengsten zou hebben gegolden, bepaalt het College zorgverzekeringen de opbrengsten op het hogere bedrag.

#### Artikel 19

Het College zorgverzekeringen vergoedt aan de Stichting Algemeen Ziekenfonds voor Zeelieden te Amsterdam naar het werkelijke bedrag de kosten van verstrekkingen ingevolge de Ziekenfondswet voor zijn verzekerden, bedoeld in artikel 15, eerste lid, tweede volzin van die wet. De leden 2, 3 en 4 van artikel 18 zijn van overeenkomstige toepassing.

#### Artikel 20

1. Het College zorgverzekeringen kan een uitkering verstrekken in verband met een substantieel of structureel verschil tussen kosten en budget dat rechtstreeks verband houdt met hogere kosten van verzekerden als gevolg van een bijzondere geografische situatie of zeer uitzonderlijke omstandigheid.

2. Ingevolge het eerste lid worden geen uitkeringen verstrekt dan nadat het College zorgverzekering bij regeling heeft vastgesteld dat een bijzondere geografische situatie of zeer uitzonderlijke omstandigheid als bedoeld in het eerste lid aanwezig is en het College regels heeft gesteld op welke wijze het voor de desbetreffende situatie onderscheidenlijk omstandigheid uitvoering geeft aan de toepassing van het eerste lid.

### Hoofdstuk VII. Slotbepalingen

#### Artikel 21

1. In verband met de overgang op financiering van de ziekenhuiszorg middels DBC's in 2005 worden voor de budgettering 2005 voor de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en voor de vaste kosten van ziekenhuisverpleging in de loop of na afloop van 2005 bovenop de middelen, bedoeld in artikel 2, eerste lid, onder a, van deze regeling extra middelen beschikbaar gesteld.

2. De extra middelen voor de budgettering van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp zijn gelijk aan de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp binnen de

helft van de totale uitgaven over alle ziekenfondsen met betrekking tot de in het jaar 2005 geopende DBC's die gesloten worden in het jaar 2006. De extra middelen voor de budgettering van de vaste kosten van ziekenhuisverpleging zijn gelijk aan de vaste kosten van ziekenhuisverpleging binnen de helft van de totale uitgaven over alle ziekenfondsen met betrekking tot de in het jaar 2005 geopende DBC's die gesloten worden in het jaar 2006.

3. De extra middelen worden door het College zorgverzekeringen aan de ziekenfondsen toegedeeld in het traject van de herberekening van de desbetreffende deelbudgetten voor toepassing van hogekostenverevening, verevening en nacalculatie. De toedeling wat betreft de extra middelen voor de budgettering van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp geschiedt naar rato van het desbetreffende herberekende deelbudget voor toepassing van hogekostenverevening, verevening en nacalculatie. De toedeling wat betreft de extra middelen voor de budgettering van de vaste kosten van ziekenhuisverpleging geschiedt naar rato van het deel van het desbetreffende herberekende deelbudget dat betrekking heeft op de overige vaste kosten, voor toepassing van nacalculatie.

4. Het College zorgverzekeringen kan op basis van voorlopige berekeningen aan ziekenfondsen voorschotten verlenen en kan daarvoor beleidsregels vaststellen, een en ander met inachtneming van door de minister in de loop van 2005 te verstrekken gegevens.

#### *Artikel 22*

1. Indien bij de herberekening van het deelbudget variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp voor het jaar 2005 van een ziekenfonds het procentuele resultaat meer dan 1,5 procentpunt afwijkt van het voor dit fonds geldende ijkpunt, worden de buiten bedoelde bandbreedte liggende meer- of minderkosten voor 90% nagecalculeerd.

2. Als ijkpunt, bedoeld in het eerste lid, geldt het gemiddelde procentuele resultaat over alle ziekenfondsen met betrekking tot het deelbudget variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, welk gemiddelde procentuele resultaat door het College zorgverzekeringen op een door hem te bepalen wijze en in een door hem te bepalen mate wordt gecorrigeerd voor het historische resultaat van het ziekenfonds.

3. Onder het procentuele resultaat, bedoeld in het eerste en tweede lid, wordt verstaan het verschil tussen het herberekende budget en de werkelijke kosten, uitgedrukt als percentage van het herberekende budget.

4. Voor de toepassing van het eerste, tweede en derde lid worden de extra middelen die voor de budgettering van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp ingevolge artikel 21 derde lid aan het ziekenfonds worden toegeedeeld, mee in aanmerking genomen.

#### *Artikel 23*

Deze regeling treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst en werkt, indien de dagtekening van de Staatscourant waarin de regeling is geplaatst, is gelegen na 26 oktober 2004 terug tot en met 28 oktober 2004.

#### *Artikel 24*

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling beschikbare middelen verstrekkingen en vergoedingen Zfw 2005.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

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

#### **Toelichting**

##### *Hooflijnen van het macro-verstrekkingenbudget ziekenfondsverzekering voor het jaar 2005*

In deze regeling worden de voor het jaar 2005 voor alle ziekenfondsen tezamen ten laste van de Algemene Kas beschikbare middelen voor de kosten van verstrekkingen en vergoedingen ingevolge de ziekenfondsverzekering vastgesteld. Dit betreft een bedrag van € 13.260.300.000. Naast dat bedrag zijn middelen ter dekking van kosten van verstrekkingen beschikbaar in een beperkt aantal situaties. De vaststelling van de beschikbare middelen is gebaseerd op artikel 19, tweede lid, van de Ziekenfondswet (Zfw).

De omvang van de beschikbare middelen is afgeleid uit het macro-verstrekkingenbudget. De hoogte van het macro-verstrekkingenbudget volgt uit de kostenramingen die zijn opgenomen in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hoofdstuk XVI) 2005. Het verschil tussen de beschikbare middelen uit de Algemene Kas en het macro-verstrekkingenbudget hangt samen met het gegeven dat ziekenfondsen de kosten van verstrekkingen en vergoedingen niet uitsluitend uit de hen ingevolge deze regeling toe te kennen middelen dekken, maar tevens uit de opbrengsten van de nominale premie, de nominale no-claimpremie en de opbrengsten van verhaal. Uit technische overwegingen is ervoor gekozen uit te gaan van het macro-verstrekkingenbudget bij de bepaling van de wijze waarop de middelen behoren te worden verdeeld

over ziekenfondsen. De gewichten die gekoppeld zijn aan de verdeelcriteria kunnen daardoor worden vastgesteld uitsluitend aan de hand van de macrokostenramingen en dus volledig onafhankelijk van de vastgestelde nominale rekenpremie en de geraamde opbrengsten van verhaal. Derhalve wordt in de onderhavige regeling zowel het bedrag van de beschikbare middelen als het macro-verstrekkingenbudget vastgesteld.

Het macro-verstrekkingenbudget wordt verdeeld in drie macro-deelbudgetten:

- het macro-deelbudget variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp;
- het macro-deelbudget vaste kosten van ziekenhuisverpleging;
- het macro-deelbudget kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen.

De gehanteerde verdeelcriteria komen in 2005 overeen met de in 2004 gehanteerde verdeelcriteria. Alleen is binnen het verdeelcriterium Diagnose kostengroepen (DKG's), een gezondheidsindicator op basis van zorggebruik in ziekenhuizen, de clustering van diagnosegroepen enigszins herzien. Tevens is de indeling in het APE-regiocriterium in beperkte mate aangepast.

Meer substantieel is de modelverandering bij de verdeling van het macro-deelbudget vaste kosten van ziekenhuisverpleging. De normering van de vaste kosten van ziekenhuisverpleging vond in het jaar 2004 plaats op basis van de vaste kosten per verzekerde per ziekenfonds van één jaar terug. Het is echter het voornemen om per 1 januari 2005 de financiering van de academische component te veranderen, waarbij deze niet langer uit de reguliere tarieven wordt gedekt, maar middels een apart fonds dat gevuld wordt door verzekeraars, zowel ziekenfondsen als particuliere verzekeraars, naar rato van het aantal verzekerden.

De normering van de vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2005 is hierop aangepast door binnen dit deelbudget een splitsing aan te brengen in de normering van de kosten samenhangend met de academische component en de normering van de overige vaste kosten.

Andere veranderingen hangen samen met de beoogde invoering van de no-claimteruggaveregeling in 2005. Besloten is in 2005 te starten met 100 procent nacalculatie op de daadwerkelijke no-claimteruggave die ziekenfondsen aan hun verzekerden uitkeren. Bovenop het reguliere budget, en de reguliere overige uitkeringen, ontvangt elk ziekenfonds dan ook een uitkering ter hoogte van het totaal van betaalde no-claimteruggaven. Door de 100 procent nacalculatie op de no-claimteruggave is het niet noodzakelijk in de gewichten van de verdeelcriteria rekening te houden met de financieringsverschuiving die optreedt door de no-claimteruggaveregeling. Wel is in de

gewichten rekening gehouden met het verwachte remgeld-effect als gevolg van de no-claimteruggaveregeling.

Voorts wordt bij de bepaling van de uitkering aan ziekenfondsen naast de opbrengst aan nominale rekenpremie en tweederde deel van de opbrengst van verhaal, ook de opbrengst aan nominale no-claimpremie gekort op het budget. Hierbij is de nominale no-claimpremie een opslag op de nominale premie omdat ziekenfondsen verzekerden die geen of weinig gebruik hebben gemaakt van zorg een uitkering moeten verstrekken.

Tenslotte heeft de invoering van DBC-financiering bij ziekenhuizen en specialisten per 1 januari 2005 geleid tot een drietal aanpassingen van de ministeriële regeling. Bij de invoering van DBC-financiering wordt de ziekenhuismarkt verdeeld in twee segmenten, te weten enerzijds een segment gevuld met DBC-groepen met vaste, landelijk geldende, prijzen waar bovenop instellingsspecifieke toeslagen komen ter sluiting van het ziekenhuisbudget (segment A) en anderzijds een segment gevuld met DBC-groepen waarvoor de prijs via (lokale) onderhandelingen tot stand komt (segment B).

De eerste aanpassing samenhangend met DBC-financiering is dat de indeling van welke kosten aangemerkt worden als vaste kosten ziekenhuisverpleging en welke als variabele kosten ziekenhuisverpleging wijzigt. Vanaf de invoering van het zogenoemde zelfstandig vaststellen van de vaste en variabele kosten ziekenhuisverpleging in 2002, was deze indeling gebaseerd op een onderverdeling van neventarieven en verpleegtarieven in vaste en variabele elementen. In 2005 zal de indeling in vaste en variabele kosten primair gebaseerd zijn op een onderverdeling van DBC-tarieven in vaste en variabele elementen. Omdat niet alle instellingen en alle specialisten volledig overgaan op DBC-financiering, is ook in de regeling aangegeven hoe de 'oude' tarieven worden gesplitst in vaste en variabele elementen.

De tweede aanpassing samenhangend met DBC-financiering houdt verband met een eenmalige kostenstijging bij verzekeraars die in 2005 optreedt door invoering van DBC-financiering. Verzekeraars moeten namelijk hogere voorzieningen aanhouden doordat de volledige DBC-schade verantwoord moet worden bij DBC-opening. Dit terwijl in de huidige systematiek de schade samenhangend met de behandeling wordt verantwoord op het moment van de feitelijke verrichting. Deze eenmalige kostenstijging wordt gecompenseerd via het beschikbaar stellen van extra middelen. Omdat vooraf niet exact bekend is hoe groot het effect is op de kosten, wordt de omvang van dit bedrag achteraf vast-

gesteld aan de hand van de werkelijke schadetoename als gevolg van de overgang op DBC-financiering.

De derde aanpassing samenhangend met DBC-financiering houdt verband met het feit dat in de gewichten van de criteria voor de verdeling van het macro-verstrekkingenbudget 2005 maar ten dele rekening kan worden gehouden met de gevolgen van de overstap op DBC-financiering. Een gevolg hiervan is dat de afgeleide deelbudgetten met betrekking tot variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp van ziekenfondsen mogelijk minder goed aansluiten bij de daadwerkelijke kosten. Om de risico's voor ziekenfondsen op dit punt te beperken is in de regeling een bandbreedte-regeling opgenomen met betrekking tot het deelbudget variabele kosten van ziekenhuiszorg en kosten van specialistische hulp. Hierdoor wordt, bovenop de reguliere compensatiemechanismen hogekostenverevening, generieke verevening en nacalculatie, het financieel risico voor ziekenfondsen tijdelijk verder beperkt.

#### *Artikelsgewijs*

##### *Artikel 1*

In het eerste artikel van deze regeling is een begrippenlijst opgenomen. In de regeling zijn de begrippen 'macro-verstrekkingenbudget' en 'budget' gerelateerd aan de volledige dekking van de totale (geraamde) kosten van verstrekkingen en vergoedingen. De termen 'beschikbare middelen' en 'uitkering' zijn gerelateerd aan het deel daarvan dat wordt gedekt door de uitkering uit de Algemene Kas. Na afloop van het jaar 2005 (ex post) herberekent het College zorgverzekeringen de (ex ante vastgestelde) budgetten voor ieder ziekenfonds. Er is dan niet langer sprake van een 'budget' maar van een 'herberekend budget'. Het deel van het 'herberekend budget' dat een ziekenfonds uit de Algemene Kas ontvangt is de 'nader vastgestelde uitkering'.

Voorts is in artikel 1 aangegeven dat de in de hoofdstukken II, III, IV en V en in de artikelen 20, 21 en 22 weergegeven budgetverdeling niet geldt voor het Algemeen Ziekenfonds voor Zeelieden. Dit fonds neemt een bijzondere positie in, samenhangend ook met de redersverplichting om bij te dragen aan de ziektekosten, en krijgt al zijn werkelijk kosten vergoed (zie artikel 19).

##### *Artikel 2*

In dit artikel wordt geregeld welke middelen voor uitkeringen aan ziekenfondsen ter dekking van de kosten van verstrekkingen en vergoedingen in het kader van de Ziekenfondswet in het jaar 2005 ten laste van de Algemene Kas beschikbaar zijn. In het eerste lid, onder a, is dit bedrag vastgesteld. Het College

zorgverzekeringen verdeelt deze middelen over ziekenfondsen via de in hoofdstuk III van deze regeling uiteengezette systematiek. Daarnaast zijn middelen ten laste van de Algemene Kas beschikbaar voor overige uitkeringen aan ziekenfondsen. De basis hiervoor is weergegeven in het eerste lid, onder b. Nieuw is dat in 2005 ook de nacalculatie van de no-claimteruggave onder deze overige uitkeringen valt.

In het tweede lid van dit artikel wordt de hoogte van het macro-verstrekkingenbudget aangegeven. De basis hiervoor is een raming van de financiering van de in de budgettering betrokken kosten van Zfw-verstrekkingen.

De beschikbare middelen, genoemd in het eerste lid, onder a, kunnen uit het macro-verstrekkingenbudget worden herleid door daarop de geraamde opbrengsten van de nominale rekenpremie, de geraamde opbrengst van de nominale no-claimpremie en tweederde deel van de geraamde opbrengsten van verhaal in mindering te brengen. De nominale rekenpremie bedraagt voor het jaar 2005 € 71,84 per volwassen verzekerde op jaarbasis. In combinatie met de raming van de premie-equivalenten ad 8.248 duizend leidt dit tot een geraamde macro-opbrengst van respectievelijk € 592,5 mln. Bovenop de rekenpremie komt de nominale no-claimpremie, een opslag op de nominale premie omdat ziekenfondsen verzekerden die geen of weinig gebruik hebben gemaakt van zorg een uitkering moeten verstrekken. Voor het jaar 2005 bedraagt deze nominale no-claimpremie € 255, dit is het bedrag dat verzekerden ontvangen die geen gebruik hebben gemaakt van zorg. In combinatie met de raming van de premie-equivalenten ad 8.248 duizend leidt dit tot een geraamde macro-opbrengst van € 2103,2 mln. De aftrek voor tweederde deel van de geraamde opbrengst van verhaal bedraagt € 25 mln., uitgaande van een geraamde verhaalsoopbrengst van € 37,5 mln.

De ramingen in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor de Zfw-gefinancierde uitgaven 2005 vormen de basis van de in dit artikel vermelde bedragen. Aan de in de begroting vermelde bedragen zijn toegevoegd de extra middelen die als onverdeelde post zijn opgenomen in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2005.

##### *Artikel 3*

Het macro-verstrekkingenbudget, waarvan in artikel 2, tweede lid, de hoogte is vastgesteld, wordt onderverdeeld in drie onderscheiden macro-deelbudgetten. De som van de macro-deelbudgetten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en vaste kosten van ziekenhuisverpleging zijn gerelateerd aan de raming van het deel

van de kosten van ziekenhuizen en specialistische hulp dat in het kader van de Zfw wordt gefinancierd. Het betreft de kosten van algemene, categorale en academische ziekenhuizen, van specialistische hulp, en van overige verstrekkingen op het gebied van de curatieve zorg, zoals weergegeven in de Rijksbegroting 2005, waarvan overigens de kosten van In Vitro Fertilisatie geen deel uitmaken. Het macro-deelbudget kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen is gerelateerd aan de geraamde kosten van alle overige Zfw-verstrekkingen die niet zijn opgenomen in de twee eerder genoemde macro-deelbudgetten.

Bij de onderverdeling van het macro-verstrekkingenbudget in macro-deelbudgetten is in principe aangesloten bij de sectorindeling in de Rijksbegroting 2005 – voor zover het de Zfw betreft –, zij het met enkele uitzonderingen en bijzonderheden.

In de eerste plaats is bij de vaststelling van het macro-verstrekkingenbudget de raming van de kosten maatgevend voor de omvang ervan en niet de raming van de financiering. Het verschil tussen beiden vormt de raming van de mutatie van de financieringsachterstand. Met ingang van het budgetjaar 2002 wordt met deze post in principe geen rekening meer gehouden bij de bepaling van het macro-budget dat aan ziekenfondsen wordt verstrekt. De hoofdregel is dat slechts eenmaal per jaar het macro-verstrekkingenbudget wordt vastgesteld aan de hand van de ramingen in de Rijksbegroting van het betreffende jaar. In incidentele gevallen kan van deze hoofdregel worden afgeweken.

Het splitsingsmodel dat in het jaar 2002 is ingevoerd, beoogt een zuivere splitsing aan te brengen tussen voor ziekenfondsen variabele en vaste kosten van ziekenhuisverpleging. Aangrijpingspunt hiervoor is een classificatie van componenten in de budgetsystematiek van algemene, categorale en academische ziekenhuizen. Alle budgetcomponenten die het College tarieven gezondheidszorg (Ctg) hanteert bij de bepaling van de hoogte van de instellingsbudgetten zijn aangemerkt als hetzij vaste, hetzij variabele componenten. Deze classificatie is als bijlage bij de aanbiedingsbrief bij deze regeling gevoegd. Op verzoek van het College zorgverzekeringen splitst het Ctg aan de hand van deze classificatie de budgetten van algemene, categorale en academische ziekenhuizen in een vast en een variabel deel. Op grond daarvan wordt ter dekking van deze vaste en variabele instellingsbudgetten eveneens een splitsing aangebracht in alle in rekening gebrachte tarieven. In de toelichting bij artikel 12 en bij artikel 13 wordt nader op deze splitsing ingegaan.

De splitsing in vast en variabel van het onderdeel van het macro-verstrekkingenbudget dat betrekking

heeft op ziekenhuisverpleging is geschied aan de hand van cijfers die door het Ctg beschikbaar zijn gesteld.

Tenslotte zijn aan de onderscheiden macro-deelbudgetten bedragen toegevoegd voor kosten in verband met de financiering van geneeskundige hulp in het buitenland (€ 35,0 mln.) en voor de financiering van de kosten van flexibele zorg en van de coördinatie- en organisatiekosten van activiteiten die zijn gericht op zorgvernieuwing (€ 57,5 mln.).

#### Artikel 4

Artikel 4 verwijst voor de verdeling van de onderscheiden macro-deelbudgetten door naar de volgende artikelen.

#### Artikel 5

Het macro-deelbudget variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp wordt geheel verdeeld op grond van de criteria 'leeftijd en geslacht', 'FKG's', 'DKG's', 'verzekeringsgrond' en 'regio'.

Bij de vaststelling van het budget deelt het College zorgverzekeringen verzekerden in naar FKG-klasse aan de hand van het geneesmiddelengebruik van ziekenfondsverzekerden in het jaar 2003. Hierbij wordt een indelingstabel gehanteerd van artikelnummers van geneesmiddelen die in het jaar 2003 zijn voorgeschreven en die gekoppeld zijn aan de verschillende FKG's. Indien aan een verzekerde meer dan 180 maal de 'daily defined dosis' (DDD) van een relevant geneesmiddel is afgeleverd wordt deze verzekerde ingedeeld bij één van de onderscheiden FKG's. Bij de herberekening van de budgetten (ex post) zal het College zorgverzekeringen uitgaan van geneesmiddelengebruik over het jaar 2004 en een bijbehorende indelingstabel van artikelnummers. De gewichten die het College zorgverzekeringen koppelt aan de FKG's zijn gebaseerd op onderzoek naar de voorspelbare vervolggkosten van verzekerden die zijn ingedeeld bij een FKG. Wat betreft het gewicht van de FKG nierziekten, die een zeer sterke stijging van de prevalentie kent, is hierbij op basis van simulatie rekening gehouden met de gevolgen van de stijgende prevalentie.

FKG's zijn sinds 2002 in het verdeelmodel opgenomen. Hierbij werden dertien aandoeningengroepen onderscheiden.

In 2004 heeft 'onderhoud' aan de FKG-systematiek plaatsgevonden, waarbij één FKG is toegevoegd, en twee FKG's zijn verwijderd. Per saldo resten dus twaalf FKG's. Dit onderhoud vond plaats vanwege de grote dynamiek van de geneesmiddelenmarkt (introductie van middelen voor 'nieuwe' aandoeningen; vervanging van oude door nieuwe middelen) en vragen die waren gerezen over bepaalde geneesmiddelen die momenteel niet of juist wel een rol spelen bij FKG-indeling van verzekerden.

Sinds 2004 is het kenmerk Diagnose kostengroepen (DKG's) in het verdeelmodel opgenomen. Dit is een indicator voor gezondheid op basis van zorggebruik in ziekenhuizen. Het idee achter DKG's is dat verzekerden die in jaar t-1 met bepaalde diagnoses zijn opgenomen in een ziekenhuis, in jaar t gemiddeld hogere (vervolg)kosten zullen hebben, en dat het ziekenfonds hiervoor gecompenseerd kan/moet worden middels een extra vergoeding. Uitgesloten zijn diagnoses die een incidenteel karakter hebben (bijv. beenbreuken). Tevens worden in het DKG-verdeelkenmerk enkele specifiek uitgevoerde nevenverrichtingen, te weten chemotherapie, radiotherapie, thuisbeademing en (thuis) hemodialyse, meegenomen. In tegenstelling tot FKG's, die elk naar een zelfstandige medisch homogene aandoeningengroep verwijzen, zijn DKG's clusters van aandoeningengroepen. Het totaal van 69 aandoeningengroepen is op grond van kostenhomogeniteit geclusterd in 13 DKG's. Hierbij is de clustering in 2005 enigszins gewijzigd ten opzichte van 2004, mede naar aanleiding van grote veranderingen op het gebied van de behandeling van nierziekten.

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

Bij de toepassing van het verzekeringsgrondcriterium wordt per ziekenfonds rekening gehouden met het aantal verzekerden naar verzekeringsgrond en naar de leeftijd van die verzekerden. Het College zorgverzekeringen zal in zijn beleidsregels aangeven welke verzekeringsgrond prioriteit heeft bij samenloop van verzekeringsgronden.

Voor de toepassing van het regiocriterium is het aantal verzekerden naar tien clusters van postcodegebieden relevant. Aan ieder cluster is een gewicht gekoppeld. De clustering van postcodes wordt jaarlijks herzien aan de hand van een model dat in het WOVM-onderzoek terzake is gehanteerd. Dit model verklaart op postcodeniveau verschillen tussen het gemiddelde budget per verzekerde (zonder toepassing van het regiocriterium) en de werkelijke gemiddelde kosten per verzekerde met behulp van proxy's voor door ziekenfondsen op korte termijn niet te beïnvloeden verschillen met betrekking tot aanbod, sociaal economische omstandigheden en resterende gezondheidsverschillen. Het College zorgverzekeringen baseert de vaststelling van de aan de tien clusters te koppelen gewichten op grond van de uitkomsten van dit onderzoek.

#### Artikel 6

De normering van de vaste kosten van ziekenhuisverpleging vond in het jaar 2004 plaats op basis van de vaste kosten per verzekerde per ziekenfonds van één jaar terug.

Het is echter het voornemen om per 1 januari 2005 de financiering van de academische component te veranderen. Deze wordt niet langer uit de reguliere tarieven gedekt, maar middels een apart fonds dat gevuld wordt door verzekeraars op basis van een vast bedrag per verzekerde. De normering van de vaste kosten 2005 is hierop aangepast door binnen dit deelbudget een splitsing aan te brengen in de normering van de kosten van de academische component en de normering van de overige vaste kosten.

De academische component wordt hierbij genormeerd op basis van een vast bedrag per verzekerde, ter hoogte van € 35,40. De overige vaste kosten worden genormeerd op basis van historische vaste kosten. Ex ante wordt uitgegaan van vaste kosten in 2003, waarbij deze vaste kosten wel eerst geschoond moeten worden voor betalingen samenhangend met de academische component. Het College zorgverzekeringen werkt deze schoning nader uit in zijn beleidsregels. Bij de herberekening van het budget (ex post) wordt uitgegaan van vaste kosten 2004, wederom geschoond voor de betalingen samenhangend met de academische component. Bij de budgetvaststelling in de ex ante situatie is het niet mogelijk om van 2004-cijfers uit te gaan, omdat de vaste kosten 2004 dan nog niet bekend zijn. Door bij de herberekening van het budget, in de ex post situatie, uit te gaan van een recenter kostenbeeld, sluiten naar verwachting de budgetten goed aan bij de kosten.

#### Artikel 7

Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbudget overige verstrekkingen en vergoedingen op grond van de normatieve criteria 'leeftijd en geslacht', 'FKG', 'DKG', 'verzekeringsgrond' en 'regio'. Het College zorgverzekeringen past deze verdeelcriteria op dezelfde wijze toe als bij de verdeling van het macro-deelbudget variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, met dien verstande dat de gewichten die het College zorgverzekeringen aan de criteria toekent per macro-deelbudget kunnen verschillen.

#### Artikel 8

Het College zorgverzekeringen vergoedt voor een beperkt aantal groepen verzekerden de kosten naar de werkelijke hoogte van de kosten (vgl. artikel 18, eerste lid, van de onderhavige regeling). Indien deze situatie zich voordoet, blijven deze verzekerden buiten de bepaling

van het verzekerdenaantal dat relevant is voor de budgetberekeningen in het kader van de verstrekkingenbudgettering.

#### Artikel 9

De onderzoeksgegevens die het College zorgverzekeringen hanteert bij de bepaling van de daadwerkelijk toe te passen gewichten worden aan het College zorgverzekeringen als bijlage bij deze regeling medegedeeld. Uit deze gegevens blijkt voorts welke klassen van verzekerden relevant zijn voor de toepassing van de onderscheiden verdeelcriteria. Het College zorgverzekeringen bepaalt het budget van een ziekenfonds aan de hand van een raming van de verzekerdenaantallen naar klasse van verzekerden, de normbedragen naar leeftijd en geslacht en de optelling van de toe- en afslagen op grond van FKG's en DKG's, verzekeringsgrond en regio.

Evenals voorgaande jaren houdt het College zorgverzekeringen bij de bepaling van de gewichten voor de verdeelcriteria rekening met de samenhang met de hogekostenverevening (HKV; geregeld in artikel 15 van deze regeling). Door bij de vaststelling van de gewichten mede te betrekken dat 90% van de kosten van verzekerden, voor zover deze de in artikel 15 genoemde grens te boven gaan, in een pool verevend zullen worden, worden over- en ondercompensaties op bepaalde risicoklassen tegengegaan. Het College zorgverzekeringen kan echter op grond van de bevoegdheid geformuleerd in het derde lid, bij de vaststelling van het budget (ex ante) afzien van bovenbedoelde samenhang en een raming van de werkelijke kosten per klasse van verzekerden als uitgangspunt hanteren. Deze niet voor HKV gecorrigeerde ramingen zijn ook in de bijlage bij de regeling opgenomen. In dat geval is het tweede lid eerst van toepassing bij de herberekening van het budget (ex post).

Bij het vaststellen van voor HKV gecorrigeerde gewichten is overigens rekening gehouden met de verwachting dat een hoger aandeel van de kosten in de HKV-pool terecht komt. Dit omdat de volledige schade behorend bij een DBC verantwoord moet worden bij DBC-opening, waardoor de kosten per verzekerde in 2005 eenmalig hoger uit zullen vallen.

#### Artikel 10

Artikel 10 regelt de vaststelling van het totale budget van, en uitkering aan, een ziekenfonds.

#### Artikel 11

Na afloop van het jaar 2005 worden de budgetten van de ziekenfondsen herberekend. In dit artikel zijn enkele uitgangspunten omtrent deze (ex post) herberekening opgenomen. De werkelijk gemaakte kosten vormen de basis van de herberekening, en zijn aldus rele-

vant voor de toepassing van de hogekostenverevening, de verevening en de nacalculatie. Voorts is de nacalculatie op basis van de werkelijke aantallen verzekerden per ziekenfonds van belang. Hierdoor wordt het budget van het ziekenfonds bijgesteld op grond van verschillen tussen het geraamde en het werkelijke aantal verzekerden in het jaar 2005. De toegekende gewichten voor de criteria 'leeftijd en geslacht', 'FKG', 'DKG', 'verzekeringsgrond' en 'regio' die het College zorgverzekeringen bij de vaststelling van de budgetten heeft gehanteerd blijven bij de ex post herberekening van het budget ongewijzigd van toepassing, tenzij het College zorgverzekeringen invulling geeft aan zijn bevoegdheid bedoeld in artikel 9, derde lid. In dat laatste geval houdt het College zorgverzekeringen pas rekening met de samenloop met de HKV bij de herberekening van het budget en de nadere vaststelling van de uitkering (ex post). Het College zorgverzekeringen bepaalt dan naast de gewichten ter bepaling van het (ex ante) budget en de uitkering tevens de gewichten zoals die na ommekeer van het jaar 2005 zullen worden toegepast bij de (ex post) herberekening van het budget en de nadere vaststelling van de uitkering.

Op grond van het tweede en derde lid houdt het College zorgverzekeringen rekening met bevindingen van het College toezicht bij deze herberekening.

In het vierde lid wordt geregeld op welke wijze de gesubsidieerde kosten van de uitvoering van zorgvernieuwingactiviteiten in het kader van de verstrekkingenbudgettering worden behandeld. Het betreft hier onder andere door ziekenfondsen verstrekte zorg die niet voldoet aan de wettelijke omschrijving van een ziekenfondsverstrekking. Om redenen van uitvoeringstechnische aard wordt gewerkt met een verdeelsleutel.

Deze verdeelsleutel is, bij gebrek aan recentere gegevens over welke 'klassieke' verstrekkingen vervangen worden door zorgvernieuwingactiviteiten, gebaseerd op de verantwoording van de kosten van vervangende hulp door ziekenfondsen over het jaar 2002.

In het vijfde lid is aangegeven op welke wijze de kosten, die het College zorgverzekeringen vergoedt ten behoeve van verzekerden die zich met toepassing van verdragsregelingen inzake sociale zekerheid naar het buitenland begeven om daar geneeskundige hulp in te roepen (kosten buitenlandtoestemmingsgevallen), behandeld dienen te worden in het kader van de verstrekkingenbudgettering. Uitgangspunt daarbij zijn de declaraties die het College zorgverzekeringen in het jaar 2005 op kasbasis vergoedt voor verzekerden van Nederlandse ziekenfondsen. Deze kosten worden toebedeeld op het niveau van het macro-deelbudget via een generieke verdeelsleutel, aangezien

de kosten in het algemeen niet te herleiden zijn naar Nederlandse verstrekkingen. Aangezien op dit moment de facto deze buitenlandkosten voor het overgrote deel kosten betreffen die een direct verband met ziekenhuiszorg hebben, is afgezien van het aanmerken van de kosten buitenland als kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen. De bedoelde kosten buitenland worden derhalve aangemerkt als enerzijds variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en anderzijds vaste kosten van ziekenhuisverpleging in de verhouding 60% en 40%. Deze percentages zijn afgeleid van de verhoudingen van deze macro-deelbudgetten binnen het macro-verstrekkingenbudget, waarbij gecorrigeerd is voor het feit dat buitenlandse opnamen niet kunnen leiden tot DKG-vergoeding. Van de als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp aangemerkte kosten wordt 30% ingebracht in de HKV-pool (artikel 15, onder d, van deze regeling).

Het zesde lid betreft de situaties waarin het Nederlandse ziekenfonds een rechtstreekse betalingsrelatie heeft met een buitenlandse instelling of zorgverlener. Rechtstreekse verrekening van kosten zonder tussenkomst van het College zorgverzekeringen vindt bijvoorbeeld plaats indien ziekenfondsverzekerden zorg ontvangen van buitenlandse zorgaanbieders waarmee het Nederlandse ziekenfonds een overeenkomst heeft afgesloten die kan worden opgevat als een overeenkomst in de zin van de Zfw. De rechtstreeks verrekende kosten die redelijkerwijs kunnen worden aangemerkt als kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, worden voor 60% aangemerkt als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en voor 40% als vaste kosten van ziekenhuisverpleging. Deze verdeelsleutel is identiek aan de verdeelsleutel die aan de orde is in het vijfde lid (kosten buitenland-toestemmingsgevallen). De overige kosten worden behandeld als kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen.

Alle rechtstreeks verrekende kosten buitenland zijn op reguliere wijze relevant voor de toepassing van HKV, verevening en nacalculatie.

#### Artikel 12

Het is het voornemen om per 1 januari 2005 te starten met DBC-financiering binnen de ziekenhuiszorg. De indeling van welke kosten aangemerkt worden als vaste kosten ziekenhuisverpleging en welke als variabele kosten ziekenhuisverpleging wijzigt hierdoor. Vanaf de invoering van het zogenoemde zelfstandig vaststellen van de vaste en variabele kosten ziekenhuisverpleging in 2002, was deze indeling gebaseerd op een onderverdeling van neventarieven en verpleegtarieven in vaste en variabele

elementen. Echter, in 2005 is de indeling in vast en variabel gebaseerd op een onderverdeling van DBC-tarieven in vaste en variabele elementen. Omdat niet alle instellingen en alle specialisten volledig overgaan op DBC-financiering, moet ook nog aangegeven worden hoe de 'oude' tarieven worden gesplitst in vast en variabel.

Wat betreft de DBC-tarieven (eerste lid) wordt een onderscheid gemaakt tussen enerzijds onderhandelbare DBC-tarieven (behorend bij het zogenoemde B-segment) en niet-onderhandelbare DBC-tarieven (het zogenoemde A-segment). De onderhandelbare DBC-tarieven zijn in principe variabel, met uitzondering van de 12,5% van het tarief dat ter dekking van de kapitaalslasten wordt aangemerkt. Dit deel zal, gegeven dat verzekeraars zeer beperkte invloed hebben op de hoogte van de kapitaalslasten, vooralsnog als vast worden aangemerkt. Dit geldt onafhankelijk van het type instelling dat deze onderhandelbare DBC levert.

Voor de niet-onderhandelbare DBC's geldt dat het percentage variabel in de kostencomponent verschilt tussen instellingen.

Voor algemene en academische ziekenhuizen, alsmede voor het Oogziekenhuis (tweede lid), geldt dat zij nog steeds een budget kennen, dat in plaats van de huidige neventarieven en verpleegtarieven, gevuld wordt met landelijk geldende, prijzen waar bovenop instellingsspecifieke toeslagen komen ter sluiting van het budget. Binnen het ziekenhuisbudget is het nog steeds mogelijk een onderscheid te maken in een vast en variabel deel. Deze onderverdeling kan als basis dienen voor de splitsing van de kostencomponent van niet-onderhandelbare DBC-tarieven in vast en variabel, te zamen met informatie over de vast/variabel-verdeling van de verschillende (overige) tarieven waarmee het ziekenhuisbudget gevuld wordt.

De WTG ExPres, een wijziging van de Wet Tarieven Gezondheidszorg, biedt mogelijkheden voor experimenten waarbij er ook voor DBC's die niet vallen onder de reguliere onderhandelbare DBC's toch sprake kan zijn van vrije prijsvorming. Het derde lid geeft aan dat de vast/variabel-verhouding die voor deze experimenten geldt door het College zorgverzekeringen wordt vastgesteld. Hierbij is het de insteek te kijken naar de budgetopbouw van betreffende instelling in 2004.

Zowel voor de niet-onderhandelbare DBC's als voor de DBC's die vallen onder een door de minister goedgekeurd experiment op grond van de WTG ExPres, levert het College tarieven gezondheidszorg per instelling informatie aan over de splitsing van de kostencomponent van niet-onderhandelbare

DBC-tarieven in vaste en variabele elementen aan het College zorgverzekeringen (vierde lid).

Zelfstandige behandelcentra kennen geen budgetten. De hierboven geschetste systematiek van het afleiden van vast/variabel-sleutels voor niet-onderhandelbare DBC's is dan ook voor hen niet van toepassing. In plaats hiervan geldt voor alle Zelfstandige behandelcentra dezelfde sleutel, waarbij 75% van de tarieven van niet-onderhandelbare DBC's als variabele kosten wordt aangemerkt (vijfde lid).

Naast DBC's kunnen zowel algemene, categorale en academische ziekenhuizen als Zelfstandige behandelcentra in bepaalde gevallen nog 'klassieke' neventarieven declareren (bijvoorbeeld voor eerstelijnsvoorzieningen en voor enkele kleinere specialismen die nog niet overstappen op DBC's), alsmede tarieven voor trajecten (waaronder de huidige zogenoemde vaste verpleegtarieven als 'verkeerde bedden', 'gezonde moeders' en 'gezonde zuigelingen'; klasseverpleging en intensive care). Evenals in 2004 gold voor de neventarieven, worden in 2005 neventarieven en tarieven voor trajecten voor 75% als variabele kosten aangemerkt. Dezelfde verhouding geldt voor alle tarieven die instellingen op het gebied van curatieve zorg die nog niet per 1 januari 2005 overstappen op DBC-financiering in rekening brengen. Enige uitzondering hierop zijn gedeclareerde verpleegtarieven van klinische revalidatiecentra, epilepsiecentra en astmaklinieken die voor 60% als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp worden aangemerkt en voor 40% als vaste kosten van ziekenhuisverpleging (zesde lid). Voor wat betreft de splitsing van de kosten van buitenlandse instellingen geldt hetgeen is toegelicht bij artikel 11.

In lid 7 wordt aangehaakt bij een eerder experiment, op grond waarvan het in 2003 en 2004 mogelijk was om, op vrijwillige basis, voor een beperkt aantal aandoeningen afspraken te maken over DBC's. Voor experiment-DBC's, die ZBC's in tegenstelling tot ziekenhuizen nog in 2005 mogen declareren, geldt dat zij, net als onderhandelbare DBC's, voor 87,5% als variabele kosten tellen.

De renteheffing, de tarieven die zorgaanbieders in rekening mogen brengen bij verzekeraars bovenop de reguliere tarieven in het geval deze niet over gaan tot het bevoorschotten van zorg gefinancierd middels DBC's, wordt om de prikkel tot bevoorschotting te maximaleren buiten de Zfw-verstrekkingenbudgettering gehouden. Lid 8 benoemt expliciet dat deze renteheffing niet meeloopt bij de variabele kosten.

Tenslotte merkt het College zorgverzekeringen alle declaraties van vrijevestigde specialisten aan als variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp (lid 9).

Ter bepaling van het herberekende deelbudget variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp (ex post) wordt eerst de hogekostenverevening, vervolgens een verevening ter grootte van 30% en tenslotte nacalculatie ter grootte van 35% toegepast.

#### Artikel 13

Lid 1 van artikel 13 regelt dat het deelbudget vaste kosten van ziekenhuisverpleging, wat betreft de overige vaste kosten, wordt herberekend op basis van vaste kosten in 2004, geschoond voor de academische component.

Lid 2 tot en met lid 9 gaat in op de vaststelling van de vaste kosten, waarbij voor alle verschillende tariefsoorten het percentage van de kosten dat als vaste kosten wordt aangemerkt gelijk is aan 100% minus het percentage van de kosten dat als variabele kosten wordt aangemerkt in de respectievelijke bijbehorende leden in artikel 12.

Lid 10 geeft aan dat de renteheffing niet meetelt bij de vaste kosten, net als zij niet meetelt bij de variabele kosten.

Het College zorgverzekeringen past op dit deelbudget 95% nacalculatie toe (lid 11). Ziekenfondsen lopen op het macro-deelbudget vaste kosten van ziekenhuisverpleging nog in beperkte mate risico, om juiste prikkels te geven aan ziekenfondsen in het krachtenveld van de ziekenhuiszorg. Op de meeste van vaste budgetelementen hebben ziekenfondsen weliswaar geen directe sturende rol, maar kunnen zij wel indirect invloed uitoefenen. Een voorbeeld hiervan zijn de kapitaalslasten, waarbij ziekenfondsen gelegenheid krijgen om mee te denken over het lange termijn huisvestingsplan en over de instandhoudingsinvesteringen (meldingsprocedure Wet ziekenhuisvoorzieningen) van ziekenhuizen.

#### Artikel 14

Ter bepaling van het herberekende deelbudget kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen (ex post) wordt de hogekostenverevening toegepast. Op het deelbudget overige verstrekkingen en vergoedingen wordt geen generieke verevening en nacalculatie toegepast.

#### Artikel 15

Met betrekking tot het deelbudget variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en het deelbudget overige verstrekkingen en vergoedingen vindt een specifieke verevening plaats van hoge kosten. Voor de toepassing is relevant de som van de kosten behorend bij de twee bovengenoemde deelbudgetten.

De hogekostenverevening (HKV) houdt in dat ziekenfondsen 90% van de kosten van individuele verzekerden, voorzover deze kosten het bedrag van € 12.500 op jaarbasis te boven gaan, ten

laste van een pool kunnen brengen. Ziekenfondsen dienen daartoe na afloop van het jaar 2005 de kostengegevens van alle verzekerden met kosten die boven het genoemde bedrag uitstijgen, aan te melden bij het College zorgverzekeringen. Het College zorgverzekeringen kan vervolgens de totale omvang van de pool vaststellen.

Ziekenfondsen splitsen de poolinbreng voor iedere individuele verzekerde op basis van de verhouding van de kosten behorend bij de twee deelbudgetten zoals die zich bij de desbetreffende verzekerde voordoet. Vervolgens wordt per ziekenfonds een door het College zorgverzekeringen vast te stellen percentage van de twee deelbudgetten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen ten gunste van de pool gebracht. Bij deze berekeningswijze zijn in totaal de ten laste en de ten gunste van de pool te brengen bedragen per deelbudget aan elkaar gelijk. De aldus opgebouwde HKV vindt plaats door een bijstelling per ziekenfonds van de deelbudgetten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen, op basis van het saldo van de per ziekenfonds per deelbudget ten laste en ten gunste van de pool gebrachte bedragen.

#### Artikel 16

In artikel 16 zijn bepalingen opgenomen omtrent de vaststelling van het herberekende budget en de nadere vaststelling van de uitkering aan een ziekenfonds. De uitkering aan een ziekenfonds uit de Algemene Kas bestaat uit de som van de herberekende deelbudgetten van dat ziekenfonds, waarop eerst nog een drietal posten in mindering moet worden gebracht.

Het betreft hier allereerst de opbrengst van de nominale rekenpremie, die wordt berekend door uit te gaan van het werkelijke aantal premiebetalende verzekerden per ziekenfonds en het bedrag van de nominale rekenpremie. Een tweede post die in mindering wordt gebracht op de som van de herberekende deelbudgetten betreft tweederde deel van de werkelijke opbrengsten van verhaal van het ziekenfonds. De overige eenderde deel van de werkelijke opbrengsten van verhaal mogen ziekenfondsen behouden, als prikkel om actief verhaalsacties in te stellen. Tenslotte worden – als derde post – de uitgekeerde subsidies in verband met de kosten van zorgvernieuwingactiviteiten in mindering gebracht.

Het vijfde lid regelt de bevoegdheid van het College zorgverzekeringen om, vooruitlopend op de (definitieve) herberekening van de budgetten van ziekenfondsen na beoordeling van de jaarstukken door het College toezicht, deze op voorlopige basis te herberekenen.

#### Artikel 17

Artikel 17 regelt de bevoegdheid van het College zorgverzekeringen om bij de vaststelling en de nadere vaststelling van het budget van een ziekenfonds, daar waar het College zorgverzekeringen geen gebruik kan maken van historische gegevens omdat die niet beschikbaar zijn, uit te gaan van een andere basis. Deze situatie kan zich voordoen bij nieuw toegelaten ziekenfondsen.

#### Artikel 18

In de artikelen 18 en 19 zijn regels opgenomen op grond waarvan het College Zorgverzekeringen overige uitkeringen aan een ziekenfonds kan verstrekken. In het eerste lid van artikel 18 wordt een drietal kosten dan wel uitgaven genoemd waarvoor ten laste van de Algemene Kas middelen beschikbaar zijn naar het werkelijke bedrag van die kosten. Het betreft allereerst de kosten die een ziekenfonds krachtens artikel 29 van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering heeft gemaakt (veelal aangeduid als kosten van verzoegde aanvragen). In de tweede plaats betreft het kosten die met toepassing van verdragsregelingen zijn gemaakt, met uitzondering van de kosten bedoeld in artikel 11, vijfde lid, van deze regeling. Tenslotte worden de uitgaven genoemd die ziekenfondsen doen voor de no-claimteruggave. In 2005 worden deze uitgaven namelijk volledig nagecalculeerd.

Bij de toepassing van de gevallen bedoeld in het eerste lid laat het College zorgverzekeringen kosten buiten beschouwing waarvan door het College toezicht is vastgesteld dat deze niet verantwoord waren, tenzij het College toezicht anders besluit (tweede lid).

Voorts brengt, op basis van het derde lid, het College zorgverzekeringen steeds de door hem vast te stellen opbrengsten van het ziekenfonds, die samenhangen met de in het eerste lid, onder a en b, bedoelde gevallen, in mindering op de bedoelde kosten. Onder die opbrengsten zijn mede begrepen de nominale premie en bedragen waarmee deze zijn verhoogd. Ook worden van de met de Algemene Kas te verrekenen kosten de opbrengsten van artikel 22 van het Inschrijvingsbesluit ziekenfondsverzekeringen in mindering gebracht. Indien de genoemde opbrengsten lager zijn dan zij bij een, naar het oordeel van het College toezicht, verantwoorde uitvoering van de wettelijke regelingen zouden zijn geweest, gaat het College zorgverzekeringen uit van door hem vast te stellen hogere opbrengsten.

#### Artikel 19

Artikel 19 regelt dat het Algemeen Ziekenfonds voor Zeelieden al zijn werkelijke kosten vergoed krijgt. Dit ziekenfonds, waarbij alleen zeelieden zich kunnen inschrijven, neemt een bijzonde-

re positie in, samenhangend ook met de redersverplichting om bij te dragen aan de ziektekosten.

#### Artikel 20

Artikel 20 vormt een basis om een uitkering te verstrekken in verband met financiële resultaten als gevolg van zeer uitzonderlijke omstandigheden of bijzondere geografische situaties. Ten principale is het ongewenst dat de concurrentiepositie van ziekenfondsen substantieel wordt aangetast door dergelijke niet beïnvloedbare uitzonderlijke omstandigheden. De premieverschillen tussen ziekenfondsen beogen immers primair doelmatigheidsverschillen te reflecteren.

Het College zorgverzekeringen oordeelt of er als gevolg van zeer uitzonderlijke omstandigheden, zoals een ramp of calamiteit, of bijzondere geografische situaties sprake is van ongewenste verschillen tussen kosten en budget. Bij het oordeel zal het College zorgverzekeringen betrekken of de verschillen dermate substantieel of structureel zijn dat compensatie in de rede ligt. Indien het College zorgverzekeringen oordeelt dat dit het geval is, kan het College ertoe overgaan de verschillen geheel of gedeeltelijk te ondervangen door het ziekenfonds in kwestie een additionele uitkering te verstrekken. In dit geval wordt in een regeling nader vastgelegd voor welke situatie welke uitkering wordt verstrekt.

#### Artikel 21

Artikel 21 houdt verband met een eenmalige kostenstijging bij verzekeraars die in 2005 optreedt door invoering van DBC-financiering. Verzekeraars moeten namelijk hogere voorzieningen aanhouden doordat de volledige DBC-schade verantwoord moet worden bij DBC-opening. In de huidige systematiek wordt de schade samenhangend met de behandeling verantwoord op het moment van de feitelijke verrichting. Deze eenmalige kostenstijging wordt gecompenseerd via de toekenning van extra middelen bovenop het oorspronkelijke macro-verstrekkingenbudget. Deze extra middelen zijn zowel bedoeld voor de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp als voor de vaste kosten van ziekenhuisverpleging (lid 1).

Omdat vooraf niet exact bekend is hoe groot de stijging is van de kosten als gevolg van de verplichting tot het aanhouden van voorzieningen voor DBC's, wordt dit bedrag achteraf vastgesteld. In het tweede lid wordt al wel de berekeningswijze vastgelegd. In totaal gaat het om 50% van de daadwerkelijke omvang van de DBC's die geopend zijn in 2005 en pas gesloten worden in 2006. Deze DBC's moeten immers volledig in het kader van de Zfw-verstrekkingenbudgettering geboekt worden ten laste van

2005, terwijl zonder DBC's de helft van de kosten (namelijk het deel dat in verwachting samenhangt met verrichtingen in 2006) in 2006 zouden zijn geboekt. Dit bedrag wordt onderverdeeld in enerzijds middelen ten behoeve van variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en anderzijds middelen ten behoeve van vaste kosten van ziekenhuisverpleging, op basis van de vaste en variabele kosten binnen de DBC's die geopend zijn in 2005 en pas gesloten worden in 2006.

In het derde lid wordt uiteengezet hoe de extra middelen worden verdeeld over ziekenfondsen. Dit gaat wat betreft de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp naar rato van de herberekende deelbudgetten, zonder toepassing van HKV, generieke verevening en nacalculatie, voorafgaand aan de toekenning van de extra middelen.

Bij de vaste kosten van ziekenhuisverpleging is de verdeling gebaseerd op de het deel van het herberekende deelbudget dat betrekking heeft op de overige vaste kosten (de vaste kosten exclusief de academische component), voor toepassing van nacalculatie. De extra middelen lopen mee in het reguliere traject van hogekostenverevening, verevening, nacalculatie.

Het uitbetalingsschema van het College zorgverzekeringen sluit in principe aan op het feitelijke moment dat ziekenfondsen declaraties betalen. Ziekenfondsen ontvangen in de loop van 2006 declaraties van DBC's die worden geopend in 2005 en worden gesloten in 2006. De in artikel 21 genoemde extra middelen voor ziekenfondsen moeten dan ook vanaf 2006 tot uitbetaling komen. Het vierde lid creëert een basis om voorafgaand aan de definitieve vaststelling van de extra middelen, die pas na 2006 kan plaatsvinden, het College zorgverzekeringen voorschotten aan ziekenfondsen te laten verlenen. De minister zal door in de loop van 2005 gegevens te verstrekken het College zorgverzekeringen handvatten bieden om hiertoe over gaan.

#### Artikel 22

Artikel 22 vloeit voort uit het feit dat bij de bepaling van de gewichten van de criteria voor de verdeling van het macro-verstrekkingenbudget 2005 maar ten dele rekening kan worden gehouden met de gevolgen van overstap op DBC-financiering. Bij gebrek aan ervaringscijfers uit het verleden is, aan de hand van informatie die verzameld is voor de vaststelling van de DBC-productstructuur en de bijbehorende DBC-tarieven, een inschatting gemaakt van hoe kosten gaan verschuiven door invoering van DBC-financiering tussen leeftijd/geslachtgroepen. Dit is minder 'harde' informatie dan waarop normaliter de normering is gebaseerd. Bovendien

wordt geen rekening gehouden met eventuele kostenverschuivingen tussen andere in de Zfw-verstrekkingenbudgettering onderscheiden groepen verzekerden, bijvoorbeeld tussen verzekerden met en zonder bepaalde DKG's. Een gevolg hiervan is dat de afgeleide deelbudgetten met betrekking tot variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp van ziekenfondsen mogelijk minder goed aansluiten bij de daadwerkelijke kosten.

Om de financiële risico's voor ziekenfondsen op dit punt te beperken is in de regeling een bandbreedte-regeling opgenomen met betrekking tot het deelbudget variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp. Hierdoor wordt bovenop de reguliere compensatiemechanismen hogekostenverevening, generieke verevening en nacalculatie, het verschil tussen kosten en budgetten wat betreft genoemd deelbudget tijdelijk verder beperkt. In de ministeriële regeling 2004 was overigens al een dergelijke bandbreedte-regeling opgenomen, conditioneel op invoering van DBC-financiering gedurende 2004. Omdat invoering van DBC-financiering is uitgesteld tot 1 januari 2005, was deze bandbreedte-regeling in 2004 niet van toepassing.

Bij de bandbreedte-regeling worden, bovenop de reguliere compensatiemechanismen nacalculatie, generieke verevening en hogekostenverevening, resultaten van ziekenfondsen die buiten een bandbreedte van 1,5 procentpunt liggen voor 90% nagecalculeerd (eerste lid).

Het tweede en derde lid omschrijven het ijkpunt voor de bandbreedte-regeling. Dit ijkpunt is het gemiddelde (over alle ziekenfondsen) procentuele resultaat (na HKV, nacalculatie en generieke verevening) op het deelbudget variabele kosten van ziekenhuiszorg en kosten van specialistische hulp.

Dit ijkpunt wordt, op nader te bepalen wijze, fonds-specifiek bijgesteld op grond van de mate waarin het ziekenfonds in het verleden betere, dan wel slechtere, resultaten haalde dan gemiddeld met betrekking tot dit deelbudget. Het vangnet geldt buiten een bandbreedte van minus en plus 1,5 procentpunt om het gestelde ijkpunt. Bij het College zorgverzekeringen ligt, gegeven deze randvoorwaarden, de bevoegdheid de bandbreedte-regeling verder in te vullen.

In het vierde lid wordt aangegeven dat bij de toepassing van de bandbreedte-regeling rekening wordt gehouden met de extra middelen die ziekenfondsen op grond van artikel 21 ontvangen in verband met de kostenstijging veroorzaakt door de overgang op DBC-financiering.

#### Artikel 23

Om er voor te zorgen dat de ziekenfondsen tijdig hun nominale premie voor 2005 kunnen vaststellen is het wenselijk

---

dat ziekenfondsen ruim voor het einde van het jaar in kennis worden gesteld van de beschikbare middelen voor de uitvoering van de ziekenfondsverzekering 2005. Daartoe is het gewenst dat het College zorgverzekeringen in zijn vergadering van 28 oktober 2004 de beleidsregels voor 2005 vaststelt. De

terugwerkende krachtbepaling in deze Regeling zorgt er voor dat er toch een wettelijke basis voor de beleidsregels is ook indien deze nog niet voor 26 oktober 2004 in de Staatscourant heeft gestaan.

*Artikel 24*

Artikel 24 geeft weer onder welke naam deze regeling wordt aangehaald.

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