

## Regeling beleidsregels voor de toepassing van de Regeling beschikbare middelen verstrekkingen en vergoedingen Zfw 2005

Het College voor zorgverzekeringen, Gelet op artikel 19, derde lid van de Ziekenfondswet en de Regeling beschikbare middelen verstrekkingen en vergoedingen Zfw 2005; Gelezen de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 oktober 2004 (kenmerk Z/F-2526263);

Heeft in zijn vergadering van 28 oktober 2004 besloten:

### Hoofdstuk I

#### Algemene bepalingen

##### Artikel 1

Deze regeling verstaat onder:

- a. *College*: het College voor zorgverzekeringen;
- b. *premie-equivalenten*: verzekerden en medeverzekerden voor wier verzekering nominale premie wordt geheven;
- c. *ministeriële regeling*: de Regeling beschikbare middelen verstrekkingen en vergoedingen Zfw 2005;
- d. *regioklasse*: een klasse gebaseerd op de postcode van het adres waar een verzekerde woonachtig is en volgens de indeling in de tien klassen als bedoeld in bijlage 5 bij de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 oktober 2004 (kenmerk Z/F-2526263);
- e. *risicoklasse*: Een vijfjaarsklasse, verdeeld naar geslacht en te rekenen vanaf nul tot en met negentig jaar en ouder;
- f. *morbiditeitsrisicoklasse*: Een vijftienjaarsklasse, gebaseerd op morbiditeitsrisico, te rekenen vanaf nul tot en met vijfenzeventig jaar en ouder;
- g. *verzekeringsgrondklasse*: Een klasse gebaseerd op de verzekeringsgrond en de leeftijd van een verzekerde.

##### Artikel 2

Het college past de regels die in de ministeriële regeling zijn gesteld met betrekking tot de vaststelling en nadere vaststelling van de uitkeringen voor de kosten van verstrekkingen en vergoedingen van de ziekenfondsen voor het jaar 2005 toe met inachtne-

ming van de beleidsregels van deze regeling.

##### Artikel 3 Samenloop van verzekeringsgronden

Voor de indeling in verzekeringsgrondklassen wordt een verzekerde die op meerdere gronden verzekerd is, ingedeeld op basis van de op hem van toepassing zijnde verzekeringsgrond die in de tabellen als eerste genoemd wordt.

##### Artikel 4 Indeling in farmaceutische kostengroepen en diagnosekostengroepen

1. De verzekerdenaantallen naar farmaceutische kostengroepen worden bepaald aan de hand van het aantal verzekerden voor wie ten laste van het ziekenfonds, waarvoor het budget wordt berekend, in het aangegeven jaar voor meer dan 180 dagen de 'daily defined dosis' (DDD) van geneesmiddelen is afgeleverd voor één van de twaalf farmaceutische kostengroepen als omschreven in circulaire 04/29 van het college van 2 juni 2004 (Gegevensverstrekking FKG 2004 en 2005).

2. De samenstelling van de diagnosekostengroepen gebeurt volgens bijlage 4 bij de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 oktober 2004 (kenmerk Z/F-2526263);

### Hoofdstuk II

#### De verdeling van de macrodeelbudgetten en de vaststelling van het budget en de uitkering aan het ziekenfonds

##### Artikel 5 Verzekerdenraming 2005

1. Het college raamt voor elk ziekenfonds ten behoeve van de verdeling van de macrodeelbudgetten de verzekerdenaantallen 2005, uitgesplitst naar risicoklassen, farmaceutische kostengroepen, diagnosekostengroepen, verzekeringsgrondklassen en regioklassen. Het college raamt voor elk ziekenfonds tevens de premie-equivalenten 2005.

2. Het college baseert zich bij de raming van de verzekerdenaantallen

2005 naar risicoklasse, verzekeringsgrondklasse en regioklasse op de opgaven van de ziekenfondsen van de verzekerdenaantallen op 1 juli 2004 naar geslacht, leeftijd, verzekeringsgrond en viercijferige postcode.

3. Het college raamt het aantal verzekerden per farmaceutische kostengroep 2005 per ziekenfonds als volgt:

- a. Uitgangspunt is het aantal verzekerden naar morbiditeitsrisicoklasse dat in 2003 aan de in artikel 4 genoemde voorwaarden voldoet.
- b. De verzekerdenaantallen onder a worden gedeeld door het overeenkomstige totaal aantal verzekerden per morbiditeitsrisicoklasse 2003.
- c. Het college berekent het verwachte totaal aantal verzekerden 2003 per farmaceutische kostengroep per ziekenfonds door de werkelijke verzekerdenaantallen per morbiditeitsrisicoklasse per ziekenfonds 2003 te vermenigvuldigen met de overeenkomstige landelijke prevalenties 2003 per farmaceutische kostengroep per morbiditeitsrisicoklasse en deze vervolgens over de morbiditeitsrisicoklassen te sommeren.
- d. Het college bepaalt een ziekenfondsspecifieke FKG-factor per farmaceutische kostengroep door de verzekerdenaantallen bedoeld onder a te delen door de verwachte aantallen verzekerden 2003 per farmaceutische kostengroep, bedoeld onder c.
- e. Wanneer voor een ziekenfonds het geraamde totaal aantal verzekerden 2005 kleiner dan of gelijk is aan het werkelijke totaal aantal verzekerden 2003, wordt het aantal verzekerden 2005 per farmaceutische kostengroep per morbiditeitsrisicoklasse berekend door de geraamde aantallen verzekerden 2005 per farmaceutische kostengroep per morbiditeitsrisicoklasse te vermenigvuldigen met de onder b berekende landelijke prevalenties 2003 per morbiditeitsrisicoklasse en dat resultaat weer te vermenigvuldigen met de onder d berekende ziekenfondsspecifieke FKG-factor per farmaceutische kostengroep.
- f. Wanneer voor een ziekenfonds het geraamde totaal aantal verzekerden 2005 groter is dan het werkelijke aan-

tal verzekerden 2003, wordt het aantal verzekerden 2005 per farmaceutische kostengroep per morbiditeitsrisicoklasse als volgt berekend:

1) Het geraamde aantal verzekerden 2005 per morbiditeitsrisicoklasse is gelijk aan het werkelijke aantal verzekerden 2003 van de desbetreffende morbiditeitsrisicoklasse vermenigvuldigd met de desbetreffende onder b berekende landelijke prevalentie per farmaceutische kostengroep per morbiditeitsrisicoklasse en vervolgens vermenigvuldigd met de onder d berekende ziekenfondsspecifieke FKG-factor per farmaceutische kostengroep.

2) Indien het geraamde aantal verzekerden 2005 per morbiditeitsrisicoklasse groter is dan het overeenkomstige werkelijke aantal verzekerden 2003, wordt aan het resultaat onder 1 toegevoegd het verschil in aantallen verzekerden van de desbetreffende morbiditeitsrisicoklassen, vermenigvuldigd met de onder b berekende landelijke prevalentie per farmaceutische kostengroep per morbiditeitsrisicoklasse, vervolgens nog vermenigvuldigd met de helft van de, met 1 verhoogde, onder d berekende ziekenfondsspecifieke FKG-factor per farmaceutische kostengroep.

g. Tot slot worden de verzekerdenaantallen 2005 per morbiditeitsrisicoklasse per farmaceutische kostengroep over de morbiditeitsrisicoklassen gesommeerd en afgerond op vier decimalen.

4. Het college raamt het aantal verzekerden per diagnosekostengroep 2005 per ziekenfonds als volgt:

a. Uitgangspunt is het totaal aantal verzekerden 2002 per diagnosekostengroep per ziekenfonds, zoals aangeleverd is door Prismant. Deze verzekerdenaantallen zijn op hun beurt weer gebaseerd op opgaven van de ziekenfondsen over 2002.

b. Het college bepaalt landelijke DKG-prevalenties 2002 per morbiditeitsrisicoklasse per diagnosekostengroep door het totaal aantal verzekerden 2002 per diagnosekostengroep per morbiditeitsrisicoklasse te delen door de som van de werkelijke aantallen verzekerden 2002 per morbiditeitsrisicoklasse over alle ziekenfondsen.

c. Het college berekent het verwachte totaal aantal verzekerden 2002 per diagnosekostengroep per ziekenfonds door de werkelijke verzekerdenaantal-

len per morbiditeitsrisicoklasse per ziekenfonds 2002 te vermenigvuldigen met de overeenkomstige landelijke DKG-prevalenties 2002 per morbiditeitsrisicoklasse en deze vervolgens over de morbiditeitsrisicoklassen te sommeren.

d. Het college bepaalt een ziekenfondsspecifieke DKG-factor per diagnosekostengroep door de verzekerdenaantallen bedoeld onder a, te delen door de geraamde aantallen verzekerden 2002 per diagnosekostengroep, bedoeld onder c.

e. Wanneer voor een ziekenfonds het geraamde totaal aantal verzekerden 2005 kleiner dan of gelijk is aan het werkelijke totaal aantal verzekerden 2002 wordt het aantal verzekerden 2005 per morbiditeitsrisicoklasse per diagnosekostengroep berekend door de werkelijke aantallen verzekerden 2005 per morbiditeitsrisicoklasse te vermenigvuldigen met de onder b berekende landelijke DKG-prevalentie per morbiditeitsrisicoklasse en dat resultaat weer te vermenigvuldigen met de onder d berekende ziekenfondsspecifieke DKG-factor per diagnosekostengroep.

f. Wanneer voor een ziekenfonds het geraamde totaal aantal verzekerden 2005 groter is dan het werkelijke totaal gemiddeld aantal verzekerden 2002, wordt het aantal verzekerden 2005 per diagnosekostengroep per morbiditeitsrisicoklasse als volgt berekend:

1) Het aantal verzekerden 2005 per morbiditeitsrisicoklasse is gelijk aan het werkelijke aantal verzekerden 2002 van de desbetreffende morbiditeitsrisicoklasse, vermenigvuldigd met de desbetreffende onder b berekende landelijke DKG-prevalentie per morbiditeitsrisicoklasse en vervolgens vermenigvuldigd met de onder d berekende ziekenfondsspecifieke DKG-factor per diagnosekostengroep.

2) Indien het aantal verzekerden 2005 per morbiditeitsrisicoklasse groter is dan het overeenkomstige werkelijke aantal verzekerden 2002, wordt aan het resultaat onder 1 toegevoegd het verschil in aantallen verzekerden tussen de desbetreffende morbiditeitsrisicoklassen, vermenigvuldigd met de onder b berekende landelijke DKG-prevalentie per morbiditeitsrisicoklasse per diagnosekostengroep, vervolgens nog vermenigvuldigd met de helft van de, met 1 verhoogde, onder

d berekende ziekenfondsspecifieke DKG-factor per diagnosekostengroep.

g. Tot slot worden de aantallen verzekerden 2005 per morbiditeitsrisicoklasse per diagnosekostengroep over de morbiditeitsrisicoklassen gesommeerd en afgerond op vier decimalen.

#### *Artikel 6 De verdeling van het macrodeelbudget variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp*

1. Voor de verdeling van het macrodeelbudget variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp hanteert het college als uitgangspunten:

a. de volgende normbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per risicoklasse 2005:

Risicoklasse	Normbedrag in euro's Mannen	Normbedrag in euro's Vrouwen
0 t/m 4 jaar	621,85	527,80
5 t/m 9 jaar	376,43	327,57
10 t/m 14 jaar	340,95	311,06
15 t/m 19 jaar	380,90	411,53
20 t/m 24 jaar	386,83	489,40
25 t/m 29 jaar	376,03	563,03
30 t/m 34 jaar	400,84	632,38
35 t/m 39 jaar	441,83	570,46
40 t/m 44 jaar	482,78	539,79
45 t/m 49 jaar	611,60	590,25
50 t/m 54 jaar	645,43	663,07
55 t/m 59 jaar	820,99	799,05
60 t/m 64 jaar	865,47	822,54
65 t/m 69 jaar	1.103,97	919,13
70 t/m 74 jaar	1.352,39	1.084,92
75 t/m 79 jaar	1.451,57	1.180,49
80 t/m 84 jaar	1.380,36	1.184,35
85 t/m 89 jaar	1.261,76	1.055,72
90 jaar en ouder	919,74	789,53

b. de volgende normbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per farmaceutische kostengroep 2005:

Farmaceutische kostengroep		Normbedrag in euro's
0	Geen farmaceutische kostengroep	-76,26
1	Cara	378,76
2	Epilepsie	457,55
3	Ziekte van Crohn/colitis ulcerosa	720,49
4	Hartaandoeningen	933,92
5	Reuma	1.370,10
6	Parkinson	843,86
7	Diabetes-hoog (insulines)	1.083,83
8	Transplantaties	1.651,15
9	Cystic fibrosis en pancreasaandoeningen	2.317,88
10	Neuro musculaire aandoeningen	1.230,16
11	HIV / AIDS	1.986,98
12	Nieraandoeningen/ESRD	6.960,23

c. de volgende normbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per diagnosekostengroep 2005:

Diagnose kostengroep	Normbedrag in euro's
0	-96,75
1	907,41
2	1.742,52
3	2.108,95
4	2.892,93
5	3.394,36
6	3.637,21
7	3.981,60
8	5.250,29
9	5.244,17
10	7.226,94
11	7.321,92
12	11.178,48
13	43.489,56

d. de volgende normbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per verzekeringsgrondklasse 2005:

Verzekeringsgrondklasse	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	Totaal
Normbedragen in euro's						0,00
1. Personen van 65 jaar en ouder (hoofdverzekerden en hun medeverzekerden)						
2. Arbeidsongeschikte hoofdverzekerden		571,46	457,39	461,93	333,63	
3. ABW/IOAW/IOAZ/WIK (hoofd- en medeverzekerden)	17,73	85,69	146,04	217,18	77,85	
4. Overige uitkeringsgerechtigden (hoofd- en medeverzekerden) inclusief verzekerden op grond van alimentatie en exclusief VUT-gerechtigden, en medeverzekerden van arbeidsongeschikten	42,96	33,56	12,12	-25,52	-84,07	
5. Werknemers in loondienst (hoofd- en medeverzekerden), VUT-gerechtigden (hoofd- en medeverzekerden), vervroegd gepensioneerden (hoofd- en medeverzekerden) en medeverzekerden van zeelieden	-3,67	-32,96	-58,94	-113,57	-170,07	
6. Zelfstandigen (hoofd- en medeverzekerden)	-38,92	-47,53	-95,26	-150,05	-205,16	

e. de volgende normbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per regioklasse 2005:

Regioklasse	Normbedrag in euro's
Klasse 1	44,66
Klasse 2	37,20
Klasse 3	25,70
Klasse 4	19,16
Klasse 5	9,53
Klasse 6	-2,97
Klasse 7	-15,37
Klasse 8	-29,69
Klasse 9	-40,06
Klasse 10	-59,45

2. De normbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde 2005 worden per overeenkomstige risicoklasse vermenigvuldigd met het per ziekenfonds geraamde aantal verzekerden 2005. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd.

3. De normbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzeker-

de per farmaceutische kostengroep 2005 worden per overeenkomstige farmaceutische kostengroep vermenigvuldigd met het per ziekenfonds geraamde aantal verzekerden per farmaceutische kostengroep 2005. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tweede lid.

4. De normbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per diagnosekostengroep 2005 worden per overeenkomstige diagnosekostengroep vermenigvuldigd met het per ziekenfonds geraamde aantal verzekerden per diagnosekostengroep 2005. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het derde lid.

5. De normbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per verzekeringsgrondklasse 2005 worden per overeenkomstige verzekeringsgrondklasse vermenigvuldigd met het per ziekenfonds geraamde aantal verzekerden per verzekeringsgrondklasse 2005. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vierde lid.

6. De normbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per regioklasse 2005 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het per ziekenfonds geraamde aantal verzekerden per regioklasse 2005. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vijfde lid.

7. Het resultaat van het zesde lid wordt aangeduid als deelbudget variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2005.

#### Artikel 7 De verdeling van het macrodeelbudget vaste kosten van ziekenhuisverpleging

1. Het college bepaalt het deelbudget vaste kosten van ziekenhuisverpleging als volgt:

a. De basis voor de verdeling van het macrodeelbudget vaste kosten van ziekenhuisverpleging zijn de vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2003 per ziekenfonds, zoals deze zijn berekend bij de voorlopige nadere vaststelling van de uitkering kosten van verstrekkingen en vergoedingen 2003.

b. De onder a genoemde vaste kosten worden voor de academische componenten 2003 van alle academische ziekenhuizen geschoond. Het college voert de schoning als volgt uit:

1) De vaste kosten uit het financieel verslag 2003 worden verminderd met de som van de bovenregionale toeslagen van alle academische ziekenhuizen uit de jaarstaat 2003.

2) De in bijlage 2 bij deze regeling vermelde verpleegdagtarieven per academisch ziekenhuis worden vermenigvuldigd met het aantal verpleegdagen per academisch ziekenhuis uit de jaarstaat 2003 en vervolgens gesommeerd over alle academische ziekenhuizen.

3) Het resultaat onder 1 wordt verlaagd met het resultaat onder 2.

4) Het resultaat onder 3 wordt aangeduid als de overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

c. De overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging worden gedeeld door het aantal verzekerden per ziekenfonds 2003, afkomstig uit het financieel verslag 2003.

d. Het resultaat onder c wordt vermenigvuldigd met het totaal aantal geraamde verzekerden per ziekenfonds 2005.

e. Vervolgens wordt een groeifactor overige vaste kosten bepaald door het macrodeelbudget overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2005 te delen door de som van de resultaten onder d over alle ziekenfondsen.

f. Het resultaat onder d wordt vermenigvuldigd met de onder e berekende kostengroeifactor overige vaste kosten.

g. Het resultaat onder f wordt aangeduid als deelbudget overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2005.

2. Het aldus per ziekenfonds berekende deelbudget overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2005 wordt ten slotte uitgedrukt in een ziekenfondsspecifiek bedrag overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2005 per geraamde verzekerde.

3. Indien het gemiddelde aantal verzekerden van een ziekenfonds in 2003 minder dan 10.000 bedraagt, wordt voor dat ziekenfonds uitgegaan van een berekening uit het eerste lid, waarbij in de onderdelen a, b en c wordt uitgegaan van de vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2003 van alle ziekenfondsen en van de aantallen verzekerden 2003 van alle ziekenfondsen.

4. Aan het deelbudget overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2005 wordt toegevoegd een bedrag ter grootte van het aantal geraamde verzekerden van het ziekenfonds vermenigvuldigd met het vaste bedrag, genoemd in artikel 6, derde lid van de ministeriële regeling.

5. Het resultaat van het vierde lid wordt aangeduid als deelbudget vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2005.

*Artikel 8 De verdeling van het macrodeelbudget kosten van overige verstrekingen en vergoedingen*

1. Voor de verdeling van het macrodeelbudget kosten van overige verstrekingen en vergoedingen hanteert het college als uitgangspunten:

a. de volgende normbedragen kosten van overige verstrekingen en vergoedingen per verzekerde per risicoklasse per deelverstreking 2005:

Risicoklasse	Normbedrag in euro's	Normbedrag in euro's	Normbedrag in euro's	Normbedrag in euro's	Normbedrag in euro's
Mannen	Huisartsen-hulp	Tandheelkundige hulp	Paramedische hulp	Verloskundige hulp	Ziekenvervoer
0 t/m 4 jaar	127,00	14,39	26,36	0,00	19,97
5 t/m 9 jaar	107,51	90,10	60,63	0,00	17,96
10 t/m 14 jaar	102,62	108,30	18,72	0,00	18,75
15 t/m 19 jaar	101,62	71,31	11,65	0,00	26,47
20 t/m 24 jaar	100,91	8,80	7,67	0,00	24,19
25 t/m 29 jaar	100,83	8,49	9,31	0,00	21,62
30 t/m 34 jaar	102,30	8,52	10,77	0,00	21,51
35 t/m 39 jaar	103,29	8,91	12,99	0,00	24,33
40 t/m 44 jaar	102,77	8,95	13,99	0,00	25,45
45 t/m 49 jaar	102,50	9,20	15,54	0,00	31,48
50 t/m 54 jaar	101,88	9,00	15,25	0,00	31,34
55 t/m 59 jaar	102,18	9,19	16,07	0,00	39,69
60 t/m 64 jaar	102,05	9,20	13,37	0,00	41,72
65 t/m 69 jaar	116,78	8,73	14,94	0,00	57,81
70 t/m 74 jaar	121,03	6,80	15,53	0,00	77,39
75 t/m 79 jaar	125,32	5,37	17,32	0,00	98,31
80 t/m 84 jaar	131,07	3,68	18,48	0,00	120,06
85 t/m 89 jaar	140,34	2,54	22,30	0,00	133,03
90 jaar en ouder	150,97	1,85	25,67	0,00	136,99

Risicoklasse	Normbedrag in euro's	Normbedrag in euro's	Normbedrag in euro's	Normbedrag in euro's
Mannen	Kraamzorg	Farmaceutische hulp	Hulp-middelen	Totaal overige verstrekingen
0 t/m 4 jaar	0,00	166,00	48,04	401,76
5 t/m 9 jaar	0,00	148,45	54,74	479,39
10 t/m 14 jaar	0,00	159,71	50,40	458,50
15 t/m 19 jaar	0,00	164,48	47,02	422,55
20 t/m 24 jaar	0,00	156,56	41,09	339,22
25 t/m 29 jaar	0,00	166,33	41,08	347,66
30 t/m 34 jaar	0,00	186,80	42,17	372,07
35 t/m 39 jaar	0,00	228,57	51,11	429,20
40 t/m 44 jaar	0,00	252,45	54,81	458,42
45 t/m 49 jaar	0,00	318,27	72,25	549,24
50 t/m 54 jaar	0,00	345,20	77,99	580,66
55 t/m 59 jaar	0,00	438,86	95,39	701,38
60 t/m 64 jaar	0,00	457,23	95,01	718,58
65 t/m 69 jaar	0,00	555,64	128,41	882,31
70 t/m 74 jaar	0,00	603,28	158,23	982,26
75 t/m 79 jaar	0,00	634,38	194,80	1.075,50
80 t/m 84 jaar	0,00	631,79	251,14	1.156,22
85 t/m 89 jaar	0,00	608,98	332,96	1.240,15
90 jaar en ouder	0,00	611,27	505,61	1.432,36

Risicoklasse	Normbedrag in euro's	Normbedrag in euro's	Normbedrag in euro's	Normbedrag in euro's	Normbedrag in euro's
Vrouwen	Huisartsen- hulp	Tandheel- kundige hulp	Parame- dische hulp	Verloskun- dige hulp	Zieken- vervoer
0 t/m 4 jaar	122,78	13,95	16,66	0,00	17,84
5 t/m 9 jaar	106,35	88,32	33,15	0,00	13,80
10 t/m 14 jaar	102,18	109,55	16,47	0,00	16,43
15 t/m 19 jaar	105,48	73,47	17,06	4,61	24,34
20 t/m 24 jaar	108,06	9,98	12,47	34,85	24,04
25 t/m 29 jaar	107,61	9,76	15,21	78,12	23,63
30 t/m 34 jaar	106,80	9,81	15,61	90,25	22,87
35 t/m 39 jaar	105,42	10,33	17,47	33,14	23,18
40 t/m 44 jaar	104,15	10,74	19,47	4,35	24,04
45 t/m 49 jaar	103,83	11,12	22,95	0,00	28,39
50 t/m 54 jaar	103,39	11,50	24,81	0,00	30,02
55 t/m 59 jaar	103,48	11,77	25,52	0,00	34,52
60 t/m 64 jaar	103,36	11,57	24,94	0,00	36,10
65 t/m 69 jaar	117,21	10,15	26,39	0,00	44,55
70 t/m 74 jaar	120,91	7,84	29,56	0,00	59,03
75 t/m 79 jaar	123,16	5,62	34,25	0,00	74,69
80 t/m 84 jaar	127,35	3,77	39,03	0,00	93,07
85 t/m 89 jaar	131,72	2,27	42,69	0,00	108,16
90 jaar en ouder	139,43	1,39	45,74	0,00	121,76

Risicoklasse	Normbedrag in euro's	Normbedrag in euro's	Normbedrag in euro's	Normbedrag in euro's
Vrouwen	Kraamzorg	Farmaceu- tische hulp	Hulp- middelen	Totaal overige verstrekkingen
0 t/m 4 jaar	0,00	157,29	45,94	374,46
5 t/m 9 jaar	0,00	144,37	50,37	436,36
10 t/m 14 jaar	0,00	160,05	50,15	454,83
15 t/m 19 jaar	6,56	199,09	45,96	476,57
20 t/m 24 jaar	57,67	206,71	41,38	495,16
25 t/m 29 jaar	172,62	212,44	41,70	661,09
30 t/m 34 jaar	226,86	229,24	43,52	744,96
35 t/m 39 jaar	87,02	257,88	52,64	587,08
40 t/m 44 jaar	11,15	270,45	58,79	503,14
45 t/m 49 jaar	0,00	361,32	77,97	605,58
50 t/m 54 jaar	0,00	407,79	89,77	667,28
55 t/m 59 jaar	0,00	484,72	112,35	772,36
60 t/m 64 jaar	0,00	501,96	121,98	799,91
65 t/m 69 jaar	0,00	566,30	143,03	907,63
70 t/m 74 jaar	0,00	611,80	182,39	1.011,53
75 t/m 79 jaar	0,00	623,32	247,86	1.108,90
80 t/m 84 jaar	0,00	611,32	321,15	1.195,69
85 t/m 89 jaar	0,00	593,78	435,41	1.314,03
90 jaar en ouder	0,00	592,44	581,78	1.482,54

b. de volgende normbedragen kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per verzekerde per farmaceutische kostengroep per deelverstrekking 2005:

	Farmaceutische kostengroep	Normbedrag in euro's	Normbedrag in euro's	Normbedrag in euro's
		Huisartsen- hulp	Tandheel- kundige hulp	Parame- dische hulp
0	Geen farmaceutische kostengroep	-1,24	-0,01	-1,34
1	Cara	10,56	0,83	8,21
2	Epilepsie	10,50	1,92	17,74
3	Ziekte van Crohn/colitis ulcerosa	2,31	0,32	0,20
4	Hartaandoeningen	15,59	-0,81	10,91
5	Reuma	1,65	-0,25	55,54
6	Parkinson	15,53	3,03	158,23
7	Diabetes-hoog (insulines)	19,45	-0,65	9,68
8	Transplantaties	7,36	1,25	12,14
9	Cystic fibrosis en pancreasaandoeningen	16,90	-0,06	45,08
10	Neuro musculaire aandoeningen	13,08	2,50	211,06
11	HIV / AIDS	2,60	2,72	-11,93
12	Nieraandoeningen / ESRD	24,06	-0,56	11,86

	Farmaceutische kostengroep	Normbedrag in euro's	Normbedrag in euro's	Normbedrag in euro's
		Verloskun- dige hulp	Zieken- vervoer	Kraamzorg
0	Geen farmaceutische kostengroep	0,15	-4,90	0,25
1	Cara	-1,54	18,29	-2,60
2	Epilepsie	-5,15	63,29	-9,39
3	Ziekte van Crohn/colitis ulcerosa	-4,49	-6,18	-1,24
4	Hartaandoeningen	-0,06	69,77	-0,36
5	Reuma	-2,10	52,55	-4,23
6	Parkinson	-0,10	77,21	-0,91
7	Diabetes-hoog (insulines)	-2,56	67,87	-3,45
8	Transplantaties	-7,08	99,11	-13,26
9	Cystic fibrosis en pancreasaandoeningen	-1,51	79,57	-3,26
10	Neuro musculaire aandoeningen	-8,21	175,86	-18,10
11	HIV / AIDS	-6,12	3,60	-10,15
12	Nieraandoeningen / ESRD	-0,54	351,60	-1,30

	Farmaceutische kostengroep	Normbedrag in euro's	Normbedrag in euro's	Normbedrag in euro's
		Farmaceu- tische hulp	Hulp- middelen	Totaal overige verstrekkingen
0	Geen farmaceutische kostengroep	-89,42	-21,84	-118,35
1	Cara	628,10	33,49	695,34
2	Epilepsie	678,56	157,21	914,68
3	Ziekte van Crohn/colitis ulcerosa	978,54	99,95	1.069,41
4	Hartaandoeningen	748,79	128,50	972,33
5	Reuma	1.068,90	190,42	1.362,48
6	Parkinson	1.520,51	456,39	2.229,89
7	Diabetes-hoog (insulines)	1.212,05	932,69	2.235,08
8	Transplantaties	3.206,03	201,65	3.507,20
9	Cystic fibrosis en pancreasaandoeningen	4.320,04	551,65	5.008,41
10	Neuro musculaire aandoeningen	5.980,80	1.505,04	7.862,03
11	HIV / AIDS	10.365,96	-41,28	10.305,40
12	Nieraandoeningen / ESRD	3.909,43	271,99	4.566,54

c. de volgende normbedragen kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per verzekerde per diagnosekostengroep per deelverstreking 2005:

Diagnosekosten-groep	Norm-bedrag in euro's	Norm-bedrag in euro's	Norm-bedrag in euro's	Norm-bedrag in euro's	Norm-bedrag in euro's	Norm-bedrag in euro's	Norm-bedrag in euro's	Norm-bedrag in euro's	Norm-bedrag in euro's
	Huisartsen-hulp	Tandheelkundige hulp	Paramedische hulp	Verloskundige hulp	Ziekenvervoer	Kraamzorg	Farmaceutische hulp	Hulpmiddelen	Totaal overige verstrekkingen
0	-0,56	-0,02	-0,69	0,02	-5,90	0,04	-16,84	-7,23	-31,18
1	7,02	0,95	44,47	-0,23	36,39	-0,63	82,65	58,50	229,12
2	13,52	0,05	9,56	-0,41	105,49	-0,61	458,90	122,01	708,51
3	20,08	0,84	17,67	-1,12	166,14	-2,60	643,72	148,77	993,50
4	16,15	-0,20	32,56	-1,22	143,88	-2,10	375,76	286,73	851,56
5	32,31	-0,83	8,08	-0,53	186,65	-1,45	760,46	313,87	1.298,56
6	22,51	1,10	28,17	-0,30	206,42	-0,76	694,86	472,40	1.424,40
7	27,04	-0,06	25,01	-0,85	223,29	-2,30	1.010,83	356,46	1.639,42
8	22,23	0,89	51,88	-2,54	237,83	-6,52	1.158,65	345,94	1.808,36
9	59,27	5,30	34,51	0,09	397,09	0,46	1.270,52	873,42	2.640,66
10	49,42	0,13	24,29	-0,67	481,30	-1,28	1.194,48	611,26	2.358,93
11	97,29	0,30	27,65	-1,11	614,22	-2,94	2.046,35	610,67	3.392,43
12	33,39	-0,38	95,59	-1,57	480,28	-4,51	2.597,50	939,46	4.139,76
13	14,86	-1,21	5,12	-2,13	2.815,95	-4,94	1.365,95	197,63	4.391,23

d. de volgende normbedragen kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per verzekerde per verzekeringsgrondklasse per deelverstreking 2005:

Verzekeringsgrondklasse Normbedragen in euro's	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	Totaal
Huisartsenzorg						
1. Personen van 65 jaar en ouder (hoofdverzekerden en hun medeverzekerden)						0,00
2. Arbeidsongeschikte hoofdverzekerden		7,66	5,73	3,77	2,61	
3. ABW/IOAW/IOAZ/WIK (hoofd- en medeverzekerden)	3,28	6,13	7,50	7,71	3,25	
4. Overige uitkeringsgerechtigden (hoofd- en medeverzekerden) inclusief verzekerden op grond van alimentatie en exclusief VUT-gerechtigden, en medeverzekerden van arbeidsongeschikten	4,37	3,26	2,02	1,17	-0,62	
5. Werknemers in loondienst (hoofd- en medeverzekerden), VUT-gerechtigden (hoofd- en medeverzekerden), vervroegd gepensioneerden (hoofd- en medeverzekerden) en medeverzekerden van zeelieden	-0,37	-0,79	-1,09	-1,39	-1,71	
6. Zelfstandigen (hoofd- en medeverzekerden)	-5,35	-1,57	-2,46	-2,62	-2,45	

Verzekeringsgrondklasse Normbedragen in euro's	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	Totaal
Tandheelkundige hulp						
1. Personen van 65 jaar en ouder (hoofdverzekerden en hun medeverzekerden)						0,00
2. Arbeidsongeschikte hoofdverzekerden		-1,76	1,26	1,18	1,20	
3. ABW/IOAW/IOAZ/WIK (hoofd- en medeverzekerden)	2,39	3,72	-0,13	-0,24	-0,51	
4. Overige uitkeringsgerechtigden (hoofd- en medeverzekerden) inclusief verzekerden op grond van alimentatie en exclusief VUT-gerechtigden, en medeverzekerden van arbeidsongeschikten	3,80	13,77	-0,37	-0,86	-0,83	
5. Werknemers in loondienst (hoofd- en medeverzekerden), VUT-gerechtigden (hoofd- en medeverzekerden), vervroegd gepensioneerden (hoofd- en medeverzekerden) en medeverzekerden van zeelieden	-0,01	-0,87	-0,02	0,00	-0,04	
6. Zelfstandigen (hoofd- en medeverzekerden)	-6,26	3,29	-0,96	-1,48	-1,94	

Verzekeringsgrondklasse	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	Totaal
Normbedragen in euro's Verloskundige hulp						
1. Personen van 65 jaar en ouder (hoofdverzekerden en hun medeverzekerden)						0,00
2. Arbeidsongeschikte hoofdverzekerden		-10,98	-2,41	0,00	0,00	
3. ABW/IOAW/IOAZ/WIK (hoofd- en medeverzekerden)	0,00	3,39	-1,32	0,00	0,00	
4. Overige uitkeringsgerechtigden (hoofd- en medeverzekerden) inclusief verzekerden op grond van alimentatie en exclusief VUT- gerechtigden, en medeverzekerden van arbeidsongeschikten	0,00	5,49	2,60	0,00	0,00	
5. Werknemers in loondienst (hoofd- en medeverzekerden), VUT- gerechtigden (hoofd- en medeverzekerden), vervroegd gepensioneerden (hoofd- en medeverzekerden) en medeverzekerden van zeelieden	0,00	-0,01	0,28	0,00	0,00	
6. Zelfstandigen (hoofd- en medeverzekerden)	0,00	3,08	0,05	0,00	0,00	

Verzekeringsgrondklasse	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	Totaal
Normbedragen in euro's Paramedische hulp						
1. Personen van 65 jaar en ouder (hoofdverzekerden en hun medeverzekerden)						0,00
2. Arbeidsongeschikte hoofdverzekerden		14,59	14,80	14,80	10,82	
3. ABW/IOAW/IOAZ/WIK (hoofd- en medeverzekerden)	-1,42	-3,02	-1,68	-0,94	-3,11	
4. Overige uitkeringsgerechtigden (hoofd- en medeverzekerden) inclusief verzekerden op grond van alimentatie en exclusief VUT- gerechtigden, en medeverzekerden van arbeidsongeschikten	3,21	2,11	0,46	-2,04	-3,95	
5. Werknemers in loondienst (hoofd- en medeverzekerden), VUT- gerechtigden (hoofd- en medeverzekerden), vervroegd gepensioneerden (hoofd- en medeverzekerden) en medeverzekerden van zeelieden	0,13	-0,60	-1,32	-2,73	-4,04	
6. Zelfstandigen (hoofd- en medeverzekerden)	-2,97	-1,71	-4,08	-5,55	-6,22	

Verzekeringsgrondklasse	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	Totaal
Normbedragen in euro's Ziekenvervoer						
1. Personen van 65 jaar en ouder (hoofdverzekerden en hun medeverzekerden)						0,00
2. Arbeidsongeschikte hoofdverzekerden		48,87	37,58	34,52	22,16	
3. ABW/IOAW/IOAZ/WIK (hoofd- en medeverzekerden)	4,19	11,60	18,23	18,79	7,94	
4. Overige uitkeringsgerechtigden (hoofd- en medeverzekerden) inclusief verzekerden op grond van alimentatie en exclusief VUT- gerechtigden, en medeverzekerden van arbeidsongeschikten	2,85	2,27	1,19	-0,86	-3,96	
5. Werknemers in loondienst (hoofd- en medeverzekerden), VUT- gerechtigden (hoofd- en medeverzekerden), vervroegd gepensioneerden (hoofd- en medeverzekerden) en medeverzekerden van zeelieden	-0,57	-3,00	-5,30	-8,77	-12,24	
6. Zelfstandigen (hoofd- en medeverzekerden)	-3,24	-4,40	-7,89	-11,49	-14,65	



Verzekeringsgrondklasse Normbedragen in euro's Kraamzorg	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	Totaal
1. Personen van 65 jaar en ouder (hoofdverzekerden en hun medeverzekerden)						0,00
2. Arbeidsongeschikte hoofdverzekerden		-21,20	-3,59	0,00	0,00	
3. ABW/IOAW/IOAZ/WIK (hoofd- en medeverzekerden)	0,00	-24,46	-11,49	0,00	0,00	
4. Overige uitkeringsgerechtigden (hoofd- en medeverzekerden) inclusief verzekerden op grond van alimentatie en exclusief VUT- gerechtigden, en medeverzekerden van arbeidsongeschikten	0,00	0,94	0,30	0,00	0,00	
5. Werknemers in loondienst (hoofd- en medeverzekerden), VUT- gerechtigden (hoofd- en medeverzekerden), vervroegd gepensioneerden (hoofd- en medeverzekerden) en medeverzekerden van zeelieden	0,00	1,90	1,17	0,00	0,00	
6. Zelfstandigen (hoofd- en medeverzekerden)	0,00	9,31	1,04	0,00	0,00	

Verzekeringsgrondklasse Normbedragen in euro's Farmaceutische hulp	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	Totaal
1. Personen van 65 jaar en ouder (hoofdverzekerden en hun medeverzekerden)						0,00
2. Arbeidsongeschikte hoofdverzekerden		251,01	274,15	303,08	208,57	
3. ABW/IOAW/IOAZ/WIK (hoofd- en medeverzekerden)	-8,39	29,50	107,67	136,23	33,00	
4. Overige uitkeringsgerechtigden (hoofd- en medeverzekerden) inclusief verzekerden op grond van alimentatie en exclusief VUT- gerechtigden, en medeverzekerden van arbeidsongeschikten	6,14	1,27	11,09	9,68	-32,18	
5. Werknemers in loondienst (hoofd- en medeverzekerden), VUT- gerechtigden (hoofd- en medeverzekerden), vervroegd gepensioneerden (hoofd- en medeverzekerden) en medeverzekerden van zeelieden	0,05	-13,60	-37,37	-75,50	-107,74	
6. Zelfstandigen (hoofd- en medeverzekerden)	0,96	-17,67	-53,96	-103,76	-143,29	

Verzekeringsgrondklasse Normbedragen in euro's Hulpmiddelen	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	Totaal
1. Personen van 65 jaar en ouder (hoofdverzekerden en hun medeverzekerden)						0,00
2. Arbeidsongeschikte hoofdverzekerden		128,04	91,31	91,61	64,37	
3. ABW/IOAW/IOAZ/WIK (hoofd- en medeverzekerden)	3,38	2,32	4,25	8,20	-2,40	
4. Overige uitkeringsgerechtigden (hoofd- en medeverzekerden) inclusief verzekerden op grond van alimentatie en exclusief VUT- gerechtigden, en medeverzekerden van arbeidsongeschikten	6,76	0,25	-2,58	-0,65	-12,80	
5. Werknemers in loondienst (hoofd- en medeverzekerden), VUT- gerechtigden (hoofd- en medeverzekerden), vervroegd gepensioneerden (hoofd- en medeverzekerden) en medeverzekerden van zeelieden	-1,19	-6,43	-10,41	-20,40	-30,87	
6. Zelfstandigen (hoofd- en medeverzekerden)	-2,61	-5,05	-12,98	-25,30	-38,01	

Verzekeringsgrondklasse	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	Totaal
Normbedragen in euro's						
Totaal overige verstrekkingen						
1. Personen van 65 jaar en ouder (hoofdverzekerden en hun medeverzekerden)						0,00
2. Arbeidsongeschikte hoofdverzekerden		416,23	418,83	448,96	309,73	
3. ABW/IOAW/IOAZ/WIK (hoofd- en medeverzekerden)	3,43	29,18	123,03	169,75	38,17	
4. Overige uitkeringsgerechtigden (hoofd- en medeverzekerden) inclusief verzekerden op grond van alimentatie en exclusief VUT-gerechtigden, en medeverzekerden van arbeidsongeschikten	27,13	29,36	14,71	6,44	-54,34	
5. Werknemers in loondienst (hoofd- en medeverzekerden), VUT-gerechtigden (hoofd- en medeverzekerden), vervroegd gepensioneerden (hoofd- en medeverzekerden) en medeverzekerden van zeelieden	-1,96	-23,40	-54,06	-108,79	-156,64	
6. Zelfstandigen (hoofd- en medeverzekerden)	-19,47	-14,72	-81,24	-150,20	-206,56	

e. de volgende normbedragen kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per verzekerde per regioklasse per deelverstreking 2005:

Regio- klasse	Norm- bedrag in euro's	Norm- bedrag in euro's	Norm- bedrag in euro's	Norm- bedrag in euro's	Norm- bedrag in euro's	Norm- bedrag in euro's	Norm- bedrag in euro's	Norm- bedrag in euro's	Norm- bedrag in euro's	Norm- bedrag in euro's
	Huis- artsen- hulp	Tandheel- kundige hulp	Parame- dische hulp	Verlos- kundige hulp	Zieken- vervoer	Kraam- zorg	Farma- ceutische hulp	Hulpmid- delen	Totaal overige verstrek- kingen	
1	6,01	1,23	-0,59	0,04	-1,32	-6,02	12,78	-3,72	8,41	
2	2,19	0,72	-0,05	-0,48	-0,81	-4,08	11,33	1,04	9,86	
3	1,75	0,42	0,05	-0,15	-1,44	-2,09	9,78	2,13	10,45	
4	0,40	-0,22	0,73	0,24	-0,63	-0,76	4,45	0,10	4,31	
5	0,45	0,32	0,63	-0,40	-2,30	-1,37	8,56	-2,80	3,09	
6	-0,80	-0,09	0,59	0,19	0,01	0,98	4,55	1,45	6,88	
7	-1,56	-0,61	0,50	0,25	-0,10	1,90	-0,51	1,28	1,15	
8	-2,16	-0,35	0,43	-0,11	1,47	2,39	-5,16	0,31	-3,18	
9	-3,26	-0,31	-0,98	0,60	2,15	5,00	-22,42	1,38	-17,84	
10	-2,92	-1,88	-1,85	-0,20	3,65	4,79	-32,79	-4,79	-35,99	

2. De normbedragen kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per verzekerde 2005 worden per overeenkomstige risicoklasse vermenigvuldigd met het per ziekenfonds geraamde aantal verzekerden 2005. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd.

3. De normbedragen kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per verzekerde per farmaceutische kostengroep 2005 worden per overeenkomstige farmaceutische kostengroep vermenigvuldigd met het per ziekenfonds geraamde aantal verzekerden per farmaceutische kostengroep 2005. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tweede lid.

4. De normbedragen kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per verzekerde per diagnosekostengroep 2005 worden per overeenkomstige diagnosekostengroep vermenigvuldigd met het per ziekenfonds geraamde aantal verzekerden per diagnosekostengroep 2005. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het derde lid.

5. De normbedragen kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per verzekerde per verzekeringsgrondklasse 2005 worden per overeenkomstige verzekeringsgrondklasse vermenigvuldigd met het per ziekenfonds geraamde aantal verzekerden per verzekeringsgrondklasse 2005. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vierde lid.

6. De normbedragen kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per verzekerde per regioklasse 2005 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het per ziekenfonds geraamde aantal verzekerden per regioklasse 2005. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vijfde lid.

7. Het resultaat van het zesde lid wordt aangeduid als deelbudget kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen 2005.

*Artikel 9 De vaststelling van het budget en de uitkering aan een ziekenfonds*

1. Het college stelt overeenkomstig de ministeriële regeling het budget 2005 van een ziekenfonds vast als de som van het volgens dit hoofdstuk berekende deelbudget variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2005, het deelbudget vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2005 en het deelbudget kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen 2005.

2. Het college raamt de opbrengst van de nominale rekenpremie per ziekenfonds door de geraamde premie-equivalenten 2005 per ziekenfonds te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2005.

3. Het college raamt de opbrengst van de nominale no-claimpremie per ziekenfonds door de geraamde premie-equivalenten 2005 per ziekenfonds te vermenigvuldigen met de nominale no-claimpremie 2005.

4. Het college raamt de opbrengst van verhaal per ziekenfonds door de werkelijke opbrengsten van verhaal 2003 te delen door het gemiddelde aantal verzekerden 2003 en het resultaat te vermenigvuldigen met het geraamde aantal verzekerden 2005 en een landelijke correctiefactor. Het college bepaalt deze landelijke correctiefactor zodanig dat de som van de geraamde opbrengsten van verhaal van alle ziekenfondsen gelijk is aan 37,5 miljoen euro.

5. Het college stelt overeenkomstig de ministeriële regeling de uitkering aan een ziekenfonds vast als het budget 2005 onder aftrek van de volgens het tweede lid geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie, de volgens het derde lid geraamde opbrengst van de nominale no-claimpremie en tweederde van de volgens het vierde lid geraamde opbrengst van verhaal.

### **Hoofdstuk III**

#### **De eerste voorlopige herberekening van het budget, de vaststelling van het voor de eerste maal voorlopig herberekenende budget en de eerste voorlopige nadere vaststelling van de uitkering aan een ziekenfonds**

*Artikel 10 Algemene bepaling*

1. Het college herberekent, voorafgaande aan de beoordeling van de van belang zijnde gegevens door het

College van toezicht op de zorgverzekeringen, het budget van een ziekenfonds voor een eerste maal voorlopig op basis van het financieel verslag 2005 en de jaarstaat 2005, met dien verstande dat de posten verrekening oude jaren uit die verantwoordingsdocumenten buiten beschouwing blijven.

2. Het College bepaalt ter correctie voor de onrechtmatig ingeschreven verzekerden per ziekenfondsen aftrekbedragen op de volgende wijze:

a. Het College bepaalt aan de hand van de informatie van het ziekenfonds het bedrag dat over onrechtmatig ingeschreven periodes in 2005 aan schadeforfaits, als bedoeld in het bepaalde bij en krachtens artikel 22 van het Inschrijvingsbesluit ziekenfondsverzekering, zou zijn opgelegd wanneer in alle gevallen het maximum forfait zou zijn opgelegd.

b. Op het bedrag onder a worden in mindering gebracht de daadwerkelijk in 2005 ontvangen schadeforfaits en de opbrengsten nominale premies van de onrechtmatig ingeschreven verzekerden.

c. Het bedrag onder b wordt verdeeld naar rato van de macroverstrekkingsbedragen over de deelbudgetten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, vaste kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen.

d. De resultaten onder c worden aangeduid als aftrekbedrag voor onrechtmatige inschrijving per deelbudget.

3. Voor de herberekening, bedoeld in het eerste lid, bepaalt het college het aantal verzekerden per farmaceutische kostengroep 2005 per ziekenfonds als volgt:

a. Uitgangspunt is het aantal verzekerden per farmaceutische kostengroep dat in 2004 aan de in artikel 4, eerste lid, genoemde voorwaarden voldoet.

b. Het college bepaalt de landelijke prevalenties per morbiditeitsrisicoklasse per farmaceutische kostengroep door de som over alle ziekenfondsen van de verzekerdenaantallen 2004 onder a te delen door de som over alle ziekenfondsen van het totaal aantal werkelijke verzekerden 2004 per morbiditeitsrisicoklasse.

c. Het college berekent het verwachte totaal aantal verzekerden 2004 per farmaceutische kostengroep per ziekenfonds door de werkelijke verzeker-

denaantallen per morbiditeitsrisicoklasse per ziekenfonds 2004 te vermenigvuldigen met de overeenkomstige landelijke prevalenties 2004 per farmaceutische kostengroep per morbiditeitsrisicoklasse en deze vervolgens over de morbiditeitsrisicoklassen te sommeren.

d. Het college bepaalt een ziekenfondsspecifieke FKG-factor per farmaceutische kostengroep door de verzekerdenaantallen bedoeld onder a te delen door de verwachte aantallen verzekerden 2004 per farmaceutische kostengroep, bedoeld onder c.

e. Wanneer voor een ziekenfonds het werkelijke totaal aantal verzekerden 2005 kleiner dan of gelijk is aan het werkelijke totaal aantal verzekerden 2004, wordt het aantal verzekerden 2005 per morbiditeitsrisicoklasse per farmaceutische kostengroep berekend door de werkelijke aantallen verzekerden 2005 per morbiditeitsrisicoklasse te vermenigvuldigen met de onder b berekende landelijke prevalenties 2004 per morbiditeitsrisicoklasse en dat resultaat weer te vermenigvuldigen met de onder d berekende ziekenfondsspecifieke FKG-factor per farmaceutische kostengroep.

f. Wanneer voor een ziekenfonds het werkelijke totaal aantal verzekerden 2005 groter is dan het werkelijke aantal verzekerden 2004, wordt het aantal verzekerden 2005 per morbiditeitsrisicoklasse per farmaceutische kostengroep als volgt berekend:

1) Het aantal verzekerden 2005 per morbiditeitsrisicoklasse is gelijk aan het werkelijke aantal verzekerden 2004 van de desbetreffende morbiditeitsrisicoklasse vermenigvuldigd met de desbetreffende onder b berekende landelijke prevalentie per farmaceutische kostengroep per morbiditeitsrisicoklasse en vervolgens vermenigvuldigd met de onder d berekende ziekenfondsspecifieke FKG-factor per farmaceutische kostengroep.

2) Indien het aantal verzekerden 2005 per morbiditeitsrisicoklasse groter is dan het overeenkomstige werkelijke aantal verzekerden 2004, wordt aan het resultaat onder 1 toegevoegd het verschil in aantallen verzekerden van de desbetreffende morbiditeitsrisicoklassen, vermenigvuldigd met de onder b berekende landelijke prevalentie per farmaceutische kostengroep per morbiditeitsrisicoklasse, vervolgens nog vermenigvuldigd met de helft van de, met 1 verhoogde, onder

d berekende ziekenfondsspecifieke FKG-factor per farmaceutische kostengroep.

g. Tot slot worden de verzekerdenaantallen 2005 per morbiditeitsrisicoklasse per farmaceutische kostengroep over de morbiditeitsrisicoklassen gesommeerd en afgerond op vier decimalen.

4. Voor de herberekening, bedoeld in het eerste lid, bepaalt het college het aantal verzekerden per diagnosekostengroep 2005 per ziekenfonds als volgt:

a. Uitgangspunt is het totaal aantal verzekerden 2003 per diagnosekostengroep per ziekenfonds, zoals aangeleverd is door Prismant. Deze verzekerdenaantallen zijn op hun beurt weer gebaseerd op opgaven van de ziekenfondsen over 2003.

b. Het college bepaalt landelijke DKG-prevalenties 2003 per morbiditeitsrisicoklasse door het totaal aantal verzekerden 2003 per diagnosekostengroep per morbiditeitsrisicoklasse te delen door de som van de werkelijke aantallen verzekerden 2003 per morbiditeitsrisicoklasse over alle ziekenfondsen.

c. Het college berekent het verwachte totaal aantal verzekerden 2003 per diagnosekostengroep per ziekenfonds door de werkelijke verzekerdenaantallen per morbiditeitsrisicoklasse per ziekenfonds 2003 te vermenigvuldigen met de overeenkomstige landelijke DKG-prevalenties 2003 per morbiditeitsrisicoklasse en deze vervolgens over de morbiditeitsrisicoklassen te sommeren.

d. Het college bepaalt een ziekenfondsspecifieke DKG-factor per diagnosekostengroep door de verzekerdenaantallen bedoeld onder a te delen door de verwachte aantallen verzekerden 2003 per diagnosekostengroep, bedoeld onder c.

e. Wanneer voor een ziekenfonds het werkelijke totaal aantal verzekerden 2005 kleiner dan of gelijk is aan het werkelijke totaal aantal verzekerden 2003, wordt het aantal verzekerden 2005 per morbiditeitsrisicoklasse per diagnosekostengroep berekend door de werkelijke aantallen verzekerden 2005 per morbiditeitsrisicoklasse te vermenigvuldigen met de onder b berekende landelijke DKG-prevalentie 2003 per morbiditeitsrisicoklasse en dat resultaat weer te vermenigvuldigen met de onder d berekende zie-

kenfondsspecifieke DKG-factor per diagnosekostengroep.

f. Wanneer voor een ziekenfonds het werkelijke totaal aantal verzekerden 2005 groter is dan het werkelijke totaal aantal verzekerden 2003, wordt het aantal verzekerden 2005 per morbiditeitsrisicoklasse per diagnosekostengroep als volgt berekend:

1) Het aantal verzekerden 2005 per morbiditeitsrisicoklasse is gelijk aan het werkelijke aantal verzekerden 2003 van de desbetreffende morbiditeitsrisicoklasse vermenigvuldigd met de desbetreffende onder b berekende landelijke DKG-prevalentie per morbiditeitsrisicoklasse en vervolgens vermenigvuldigd met de onder d berekende ziekenfondsspecifieke DKG-factor per diagnosekostengroep.

2) Indien het aantal verzekerden 2005 per morbiditeitsrisicoklasse groter is dan het overeenkomstige werkelijke aantal verzekerden 2003, wordt aan het resultaat onder 1 toegevoegd het verschil in aantallen verzekerden van de desbetreffende morbiditeitsrisicoklassen, vermenigvuldigd met de onder b berekende landelijke DKG-prevalentie per morbiditeitsrisicoklasse, vervolgens nog vermenigvuldigd met de helft van de, met 1 verhoogde, onder d berekende ziekenfondsspecifieke DKG-factor per diagnosekostengroep.

g. Tot slot worden de aantallen verzekerden 2005 per morbiditeitsrisicoklasse per diagnosekostengroep over de morbiditeitsrisicoklassen gesommeerd en afgerond op vier decimalen.

*Artikel 11 De eerste voorlopige herberekening van het deelbudget variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2005*

1. Het college bepaalt de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2005 overeenkomstig artikel 11 en 12 van de ministeriële regeling.

2. De normbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde 2005, zoals vermeld in artikel 6, worden per overeenkomstige risicoklasse vermenigvuldigd met het werkelijke aantal verzekerden 2005 per risicoklasse per ziekenfonds. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd.

3. De normbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten

van specialistische hulp per verzekerde per farmaceutische kostengroep 2005, zoals vermeld in artikel 6, worden per overeenkomstige farmaceutische kostengroep vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2005 per farmaceutische kostengroep per ziekenfonds gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tweede lid.

4. De normbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per diagnosekostengroep 2005, zoals vermeld in artikel 6, worden per overeenkomstige diagnosekostengroep vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2005 per diagnosekostengroep per ziekenfonds. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het derde lid.

5. De normbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per verzekeringsgrondklasse 2005, zoals vermeld in artikel 6, worden per overeenkomstige verzekeringsgrondklasse vermenigvuldigd met het werkelijke aantal verzekerden 2005 per verzekeringsgrondklasse per ziekenfonds. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vierde lid.

6. De normbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per regioklasse 2005, zoals vermeld in artikel 6, worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2005 per regioklasse per ziekenfonds. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vijfde lid.

7. Vervolgens verhoogt het college het resultaat van het zesde lid als volgt:

a. De resultaten van het zesde lid worden gesommeerd over alle ziekenfondsen.

b. Per ziekenfonds worden de werkelijke kosten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp voor DBC's die in 2005 zijn geopend maar die pas in 2006 worden gesloten, bepaald, gedeeld door twee en vervolgens gesommeerd over alle ziekenfondsen.

c. Het resultaat onder b wordt gedeeld door het resultaat onder a.

d. De resultaten van het zesde lid

worden voor alle ziekenfondsen procentueel verhoogd met het resultaat onder c.

8. Het college verlaagt het resultaat van het zevende lid onder d met het aftrekbedrag voor onrechtmatige inschrijving voor het deelbudget variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van overige verstrekingen.

9. Vervolgens past het college op de volgende wijze een verevening toe:

a. Per ziekenfonds wordt het verschil bepaald tussen de werkelijke kosten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp als resultaat van het eerste lid en het resultaat van het achtste lid.

Vervolgens komt 30 procent van dit verschil in aanmerking voor verevening.

b. Door sommering van de onder a verkregen bedragen over alle ziekenfondsen ontstaat het totale bedrag voor de verevening. Dit totale bedrag wordt gedeeld door het werkelijke aantal verzekerden voor 2005 voor alle ziekenfondsen, waaruit een gemiddeld bedrag per verzekerde resulteert. Per ziekenfonds wordt deze uitkomst vermenigvuldigd met het werkelijke aantal verzekerden 2005 van het ziekenfonds.

c. Vervolgens worden het deelbudget, verkregen in het achtste lid, en het verschil tussen de uitkomsten, verkregen onder a en b, opgeteld.

10. Daarna calculeert het college per ziekenfonds 35 procent na op het verschil tussen de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, verkregen in het eerste lid en het resultaat van het negende lid onder c.

11. Tot slot vindt een DBC-nacalculatie plaats. Deze nacalculatie voert het college als volgt uit:

a. Het procentuele resultaat van het ziekenfonds wordt berekend door het verschil te bepalen tussen de uitkomst van het tiende lid en de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en de kosten van specialistische hulp verkregen in het eerste lid en dit verschil vervolgens te delen door de uitkomst van het tiende lid.

b. Het procentuele resultaat over alle ziekenfondsen wordt berekend door het verschil te bepalen van de som van de uitkomsten van het tiende lid over alle ziekenfondsen en de over alle ziekenfondsen gesommeerde kosten van ziekenhuisverpleging en spe-

cialistische hulp verkregen in het eerste lid en dit verschil ten slotte te delen door de som van de uitkomsten van het tiende lid over alle ziekenfondsen.

c. De correctie met het historische procentuele resultaat wordt als volgt berekend:

1) Per ziekenfonds worden de deelbudgetten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp voor de jaren 2002, 2003 en 2004 gesommeerd. Daarvan worden per ziekenfonds afgetrokken de som van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp voor de jaren 2002, 2003 en 2004. Tot slot wordt per ziekenfonds dit verschil uitgedrukt in een percentage van de som van de historische deelbudgetten zoals vermeld in de eerste volzin.

2) De berekening zoals aangeduid onder 1 wordt ook uitgevoerd voor het totaal van alle ziekenfondsen.

3) Het resultaat onder 1 wordt verminderd met het resultaat onder 2.

4) De helft van het resultaat onder 3 wordt opgeteld bij het resultaat onder b.

d. Indien er voor een ziekenfonds een groter verschil bestaat dan 1,5 procentpunt tussen het resultaat onder a en het resultaat onder c, worden de meer- dan wel minderkosten voor 90 procent nagecalculeerd.

12. Het resultaat van het elfde lid wordt aangeduid als het eerste voorlopig herberekende deelbudget variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2005.

*Artikel 12 De eerste voorlopige herberekening van het deelbudget vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2005*

1. Het college herberekent het deelbudget vaste kosten van ziekenhuisverpleging, exclusief academische component 2005 voor de eerste maal voorlopig als volgt:

a. Het ziekenfondsspecifieke bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2005 per geraamde verzekerde wordt opnieuw berekend overeenkomstig artikel 7, eerste en tweede lid, waarbij voor de berekeningen overeenkomstig de onderdelen a, b en c van het eerste lid van artikel 7, wordt uitgegaan van de vaste kosten ziekenhuisverpleging 2004 per ziekenfonds en de verzekerdenaantallen 2004. Daarbij wordt voor de vaste kosten van ziekenhuis-

verpleging 2004 uitgegaan van het financieel verslag 2004, verminderd met de desbetreffende posten verrekening oude jaren uit het financieel verslag 2004. Voor de in artikel 7, eerste lid, onder b, onderdeel 2, vermelde verpleegdagtarieven wordt uitgegaan van een opgave van het CTG-ZAio voor 2004.

b. Het onder a opnieuw berekende ziekenfondsspecifieke bedrag overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2005 per geraamde verzekerde wordt vermenigvuldigd met het totaal werkelijke aantal verzekerden 2005.

c. Indien het werkelijk aantal verzekerden 2004 van een ziekenfonds minder dan 10.000 bedraagt, wordt voor dat ziekenfonds uitgegaan van een berekening onder a, waarbij voor de berekeningen overeenkomstig de onderdelen a, b en c van artikel 7, eerste lid, wordt uitgegaan van de vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2004 van alle ziekenfondsen en van de aantallen verzekerden 2004 van alle ziekenfondsen.

2. Vervolgens verhoogt het college het resultaat van het eerste lid als volgt:

a. De resultaten van het eerste lid worden gesommeerd over alle ziekenfondsen.

b. Per ziekenfonds worden de werkelijke vaste kosten van ziekenhuisverpleging voor DBC's die in 2005 zijn geopend maar die pas in 2006 worden gesloten, bepaald, gedeeld door twee en gesommeerd over de ziekenfondsen.

c. Het resultaat onder b wordt gedeeld door het resultaat onder a.

d. De resultaten van het eerste lid worden voor alle ziekenfondsen procentueel verhoogd met het resultaat onder c.

3. Aan het resultaat van het tweede lid wordt een bedrag ter grootte van het aantal verzekerden 2005 per ziekenfonds vermenigvuldigd met het vaste bedrag, genoemd in artikel 6, derde lid van de ministeriële regeling wordt toegevoegd.

4. Het College verlaagt het resultaat van het derde lid met het aftrekbedrag voor onrechtmatige inschrijving vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

5. Het college bepaalt per ziekenfonds de werkelijke vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2005 overeenkomstig artikel 11 en 13 van de ministeriële regeling.

6. Aan het resultaat van het vijfde lid wordt toegevoegd een bedrag ter grootte van het aantal verzekerden 2005 per ziekenfonds vermenigvuldigd met het vaste bedrag, genoemd in artikel 6, derde lid van de ministeriële regeling.

7. Tot slot calculeert het college per ziekenfonds 95 procent na op het verschil tussen de werkelijke kosten vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2005, verkregen in het zesde lid, en het deelbudget vaste kosten van ziekenhuisverpleging, verkregen in het vierde lid.

8. Het resultaat van het zevende lid na de nacalculatie wordt aangeduid als het eerste voorlopig herberekende deelbudget vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2005.

*Artikel 13 De eerste voorlopige herberekening van het deelbudget kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen 2005*

1. Het college bepaalt de kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen 2005 overeenkomstig artikel 11 van de ministeriële regeling.

2. De normbedragen kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per verzekerde 2005 worden per overeenkomstige risicoklasse vermenigvuldigd met het werkelijk aantal verzekerden 2005 per risicoklasse per ziekenfonds. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd.

3. De normbedragen kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per verzekerde per farmaceutische kostengroep 2005 worden per overeenkomstige farmaceutische kostengroep vermenigvuldigd met het werkelijke aantal verzekerden 2005 per farmaceutische kostengroep per ziekenfonds. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tweede lid.

4. De normbedragen kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per verzekerde per diagnosekostengroep 2005 worden per overeenkomstige diagnosekostengroep vermenigvuldigd met het werkelijke aantal verzekerden 2005 per diagnosekostengroep per ziekenfonds. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het derde lid.

5. De normbedragen kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen

per verzekerde per verzekeringsgrondklasse 2005 worden per overeenkomstige verzekeringsgrondklasse vermenigvuldigd met het werkelijke aantal verzekerden 2005 per verzekeringsgrondklasse per ziekenfonds. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vierde lid.

6. De normbedragen kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per verzekerde per regioklasse 2005 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het werkelijke aantal verzekerden 2005 per regioklasse per ziekenfonds. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vijfde lid.

7. Het college verlaagt het resultaat van het zesde lid met het aftrekbedrag voor onrechtmatige inschrijving kosten overige verstrekkingen en vergoedingen.

8. Het resultaat van het zevende lid wordt aangeduid als het eerste voorlopig herberekende deelbudget kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen 2005.

*Artikel 14 Vaststelling van het voor de eerste maal voorlopig herberekende budget 2005 en de eerste voorlopige nadere vaststelling van de uitkering*

1. Het college stelt het voor de eerste maal voorlopig herberekende budget 2005 van een ziekenfonds vast als de som van de voor de eerste maal voorlopig herberekende deelbudgetten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2005, vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2005 en kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen 2005.

2. Het college bepaalt de opbrengst van de nominale rekenpremie per ziekenfonds door de werkelijke premie-equivalenten 2005 per ziekenfonds te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2005.

3. Het college bepaalt de opbrengst van de nominale no-claimpremie per ziekenfonds door de werkelijke premie-equivalenten 2005 per ziekenfonds te vermenigvuldigen met de nominale no-claimpremie 2005.

4. Het college stelt de uitkering aan een ziekenfonds voor de eerste maal voorlopig nader vast als het voor de eerste maal voorlopig herberekende budget 2005 onder aftrek van de

opbrengst van de nominale rekenpremie, de opbrengst van de nominale no-claimpremie en van tweederde deel van de opbrengst van verhaal en onder aftrek van de aan het ziekenfonds verstrekte subsidies, bedoeld in artikel 11, vierde lid van de ministeriële regeling.

#### **Hoofdstuk IV**

#### **De tweede voorlopige herberekening van het budget, de vaststelling van het voor de tweede maal voorlopig herberekende budget en de tweede voorlopige nadere vaststelling van de uitkering aan een ziekenfonds**

*Artikel 15 Algemene bepaling*

Het college herberekent de deelbudgetten van de ziekenfondsen overeenkomstig de artikelen 10 tot en met 13 voor een tweede maal voorlopig, stelt de voor de tweede maal voorlopig herberekende budgetten van de ziekenfondsen overeenkomstig artikel 14 vast en stelt overeenkomstig dat artikel de uitkeringen aan de ziekenfondsen voor de tweede maal voorlopig nader vast, met dien verstande dat:

a. ook de posten verrekening oude jaren uit het financieel jaarverslag 2006 en de jaarstaat 2006 bij de vaststelling van de kosten worden betrokken, alsmede de correcties van het College van toezicht op de zorgverzekeringen op het financieel verslag 2005 en op de jaarstaat 2005;

b. de inbreng van de hoge kostenverevening wordt gebaseerd op de uiterlijk op de datum dat het financieel verslag 2006 en de jaarstaat 2006 bij het college moet worden ingediend aan het college gedane opgave van de kosten 2005 die worden ingebracht bij de hoge kostenverevening.

*Artikel 16 De tweede voorlopige herberekening van het deelbudget variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2005*

1. Het college hanteert bij de tweede voorlopige herberekening van het deelbudget variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2005 als uitgangspunten:

a. de volgende normbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per risicoklasse 2005:

<b>Risico-klasse</b>	<b>Normbedrag in euro's Mannen</b>	<b>Normbedrag in euro's Vrouwen</b>	c. de volgende normbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per diagnosekostengroep 2005:	
			<b>Diagnose-kostengroep</b>	<b>Normbedrag in euro's</b>
0 t/m 4 jaar	583,92	490,66	0	-64,11
5 t/m 9 jaar	360,50	312,49	1	1.010,06
10 t/m 14 jaar	307,36	290,07	2	1.485,60
15 t/m 19 jaar	343,12	392,94	3	1.698,27
20 t/m 24 jaar	349,50	505,39	4	2.131,89
25 t/m 29 jaar	344,38	618,77	5	2.512,54
30 t/m 34 jaar	375,00	702,86	6	2.855,39
35 t/m 39 jaar	418,15	609,57	7	3.581,59
40 t/m 44 jaar	455,50	553,08	8	3.678,02
45 t/m 49 jaar	554,35	599,66	9	3.803,11
50 t/m 54 jaar	596,94	674,24	10	4.656,20
55 t/m 59 jaar	762,53	790,82	11	6.090,65
60 t/m 64 jaar	827,93	826,17	12	6.584,18
65 t/m 69 jaar	1.070,00	940,10	13	13.783,00
70 t/m 74 jaar	1.319,36	1.116,30		
75 t/m 79 jaar	1.494,36	1.256,28		
80 t/m 84 jaar	1.521,86	1.292,01		
85 t/m 89 jaar	1.469,09	1.200,39		
90 jaar en ouder	1.143,08	944,17		

b. de volgende normbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per farmaceutische kostengroep 2005:

<b>Farmaceutische kostengroep</b>	<b>Normbedrag in euro's</b>
0 Geen farmaceutische kostengroep	-65,16
1 Cara	389,52
2 Epilepsie	410,12
3 Ziekte van Crohn/colitis ulcerosa	757,21
4 Hartaandoeningen	832,55
5 Reuma	1.269,01
6 Parkinson	703,27
7 Diabetes-hoog (insulines)	910,05
8 Transplantaties	1.514,38
9 Cystic fibrosis en pancreasaandoeningen	1.373,58
10 Neuro musculaire aandoeningen	719,53
11 HIV/AIDS	1.127,60
12 Nieraandoeningen/ESRD	3.274,18

d. de volgende normbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per verzekeringsgrondklasse 2005:

Verzekeringsgrondklasse	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	Totaal
Normbedragen in euro's						
1. Personen van 65 jaar en ouder (hoofdverzekerden en hun medeverzekerden)						0,00
2. Arbeidsongeschikte hoofdverzekerden		438,89	402,78	389,70	290,82	
3. ABW/IOAW/IOAZ/WIK (hoofd- en medeverzekerden)	7,02	83,52	121,58	153,84	40,39	
4. Overige uitkeringsgerechtigden (hoofd- en medeverzekerden) inclusief verzekerden op grond van alimentatie en exclusief VUT-gerechtigden, en medeverzekerden van arbeidsongeschikten	39,87	43,64	25,88	-15,54	-73,19	
5. Werknemers in loondienst (hoofd- en medeverzekerden), VUT-gerechtigden (hoofd- en medeverzekerden), vervroegd gepensioneerden (hoofd- en medeverzekerden) en medeverzekerden van zeelieden	-1,65	-26,57	-50,76	-92,35	-142,50	
6. Zelfstandigen (hoofd- en medeverzekerden)	-38,82	-46,56	-95,26	-136,68	-180,60	

e. de volgende normbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per regioklasse 2005:

Regioklasse	Normbedrag in euro's
Klasse 1	40,91
Klasse 2	36,20
Klasse 3	26,06
Klasse 4	11,16
Klasse 5	5,68
Klasse 6	-4,21
Klasse 7	-14,78
Klasse 8	-27,32
Klasse 9	-35,65
Klasse 10	-49,20

f. de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2005, door het college bepaald overeenkomstig artikel 11 en 12 van de ministeriële regeling.

2. De normbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde 2005 worden per overeenkomstige risicoklasse vermenigvuldigd met het werkelijke aantal verzekerden 2005 per risicoklasse per ziekenfonds. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd.

3. De normbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per farmaceutische kostengroep 2005 worden per overeenkomstige farmaceutische kostengroep vermenigvuldigd met het werkelijke aantal verzekerden 2005 per farmaceutische kostengroep per ziekenfonds. De uit-

komsten worden per ziekenfonds gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tweede lid.

4. De normbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten

van specialistische hulp per verzekerde per diagnosekostengroep 2005 worden per overeenkomstige diagnosekostengroep vermenigvuldigd met het werkelijke aantal verzekerden 2005 per diagnosekostengroep per ziekenfonds. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het derde lid.

5. De normbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per verzekeringsgrondklasse 2005 worden per overeenkomstige verzekeringsgrondklasse vermenigvuldigd met het werkelijke aantal verzekerden 2005 per verzekeringsgrondklasse per ziekenfonds. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vierde lid.

6. De normbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per regioklasse 2005 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het werkelijke aantal verzekerden 2005 per regioklasse per ziekenfonds. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vijfde lid.

7. Vervolgens verhoogt het college het resultaat van het zesde lid als volgt:

a. De resultaten van het zesde lid worden gesommeerd over alle ziekenfondsen.

b. Per ziekenfonds worden de werkelijke kosten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van spe-

cialistische hulp voor DBC's die in 2005 zijn geopend maar die pas in 2006 worden gesloten, bepaald, gedeeld door twee en gesommeerd over de ziekenfondsen.

c. Het resultaat onder b wordt gedeeld door het resultaat onder a. d. De resultaten van het zesde lid worden voor alle ziekenfondsen procentueel verhoogd met het resultaat onder c.

8. Het college verlaagt het resultaat van het zevende lid onder d met het aftrekbedrag voor onrechtmatige inschrijving voor het budget variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van overige verstrekkingen.

9. Na toepassing van het achtste lid vindt een hoge kostenverevening plaats overeenkomstig artikel 15 van de ministeriële regeling.

10. Vervolgens past het college op de volgende wijze een verevening toe:

a. Per ziekenfonds wordt het verschil bepaald tussen de werkelijke kosten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp als resultaat van het eerste lid en het resultaat van het negende lid.

Vervolgens komt 30 procent 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 aantal verzekerden voor 2005 voor alle ziekenfondsen, waaruit een gemiddeld bedrag per verzekerde resulteert. Per ziekenfonds wordt deze uitkomst vermenigvuldigd met het werkelijke aantal verzekerden 2005 van het ziekenfonds.

c. Vervolgens worden het deelbudget, verkregen na de toepassing van de hoge kostenverevening in het negende lid, en het verschil tussen de uitkomsten, verkregen onder a en b, opgeteld.

11. Daarna calculeert het college per ziekenfonds 35 procent na op het verschil tussen de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, verkregen in het eerste lid, onder f, en het resultaat van het tiende lid, onder c.

12. Tot slot voert het college, in geval integrale financiering middels DBC's in 2005 een aanvang heeft genomen, een DBC-nacalculatie op de volgende wijze uit:

a. Het procentuele resultaat van het ziekenfonds wordt berekend door het



verschil te bepalen tussen de uitkomst van het elfde lid en de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en de kosten van specialistische hulp, verkregen in het eerste lid, onder f, en dit verschil vervolgens te delen door de uitkomst van het elfde lid.

b. Het procentuele resultaat over alle ziekenfondsen wordt berekend door het verschil te bepalen van de som van de uitkomsten van het elfde lid over alle ziekenfondsen en de over alle ziekenfondsen gesommeerde kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp en dit verschil ten slotte te delen door de som van de uitkomsten van het elfde lid over alle ziekenfondsen.

c. De correctie met het historische procentuele resultaat wordt als volgt berekend:

1) Per ziekenfonds worden de deelbudgetten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp voor de jaren 2002, 2003 en 2004 gesommeerd. Daarvan worden per ziekenfonds afgetrokken de som van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp voor de jaren 2002, 2003 en 2004. Tot slot wordt per ziekenfonds dit verschil uitgedrukt in een percentage van de som van de historische deelbudgetten zoals vermeld in de eerste volzin.

2) De berekening zoals aangeduid onder 1 wordt ook uitgevoerd voor het totaal van alle ziekenfondsen.

3) Het resultaat onder 1 wordt verminderd met het resultaat onder 2.

4) De helft van het resultaat onder 3 wordt opgeteld bij het resultaat onder b.

d. Indien er voor een ziekenfonds een groter verschil bestaat dan 1,5 procentpunt tussen het resultaat onder a en het resultaat onder c, worden de meer- dan wel minderkosten voor 90 procent nagecalculeerd.

13. Het resultaat van het twaalfde lid wordt aangeduid als het voor de tweede maal voorlopig herberekende deelbudget variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.

*Artikel 17 De tweede voorlopige herberekening van het deelbudget vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2005*

1. Het college herberekent het deelbudget vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2005 voor een tweede maal voorlopig als volgt:

a. Het ziekenfondsspecifieke bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2005 per geraamde verzekerde wordt opnieuw berekend overeenkomstig artikel 7, eerste en tweede lid, waarbij voor de berekeningen overeenkomstig de onderdelen a, b en c van het eerste lid van artikel 7, wordt uitgegaan van de vaste kosten ziekenhuisverpleging 2004 per ziekenfonds en de verzekerdenaantallen 2004. Daarbij wordt voor de vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2004 uitgegaan van het financieel verslag 2004, verminderd met de desbetreffende posten verrekening oude jaren en vermeerderd met de desbetreffende posten verrekening oude jaren uit het financieel verslag 2005. Voor de in artikel 7, eerste lid, onder 6, onderdeel 2, vermelde verpleegdagarieven wordt uitgegaan van een opgave van het CTG-ZAio voor 2004.

b. Het onder a opnieuw berekende ziekenfondsspecifieke bedrag overige vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2005 per geraamde verzekerde wordt vermenigvuldigd met het totaal werkelijke aantal verzekerden 2005.

c. Indien het werkelijk aantal verzekerden 2004 minder dan 10.000 bedraagt, wordt voor dat ziekenfonds uitgegaan van een berekening onder a, waarbij voor de berekeningen overeenkomstig de onderdelen a, b en c van het artikel 7, eerste lid, wordt uitgegaan van de vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2004 van alle ziekenfondsen en van de verzekerden 2004 van alle ziekenfondsen.

2. Vervolgens verhoogt het college het resultaat van het eerste lid onder c als volgt:

a. De resultaten van het eerste lid onder c worden gesommeerd over alle ziekenfondsen.

b. Per ziekenfonds worden de werkelijke kosten vaste kosten van ziekenhuisverpleging voor DBC's die in 2005 zijn geopend maar die pas in 2006 worden gesloten, bepaald, gedeeld door twee en gesommeerd over de ziekenfondsen.

c. Het resultaat onder b wordt gedeeld door het resultaat onder a.

d. De resultaten van het eerste lid onder c worden voor alle ziekenfondsen procentueel verhoogd met resultaat onder c.

3. Aan het resultaat van het tweede lid wordt toegevoegd een bedrag ter grootte van het aantal verzekerden 2005 per ziekenfonds vermenigvuldigd

met het vaste bedrag, genoemd in artikel 6, derde lid van de ministeriële regeling.

4. Het College verlaagt het resultaat van het derde lid met het aftrekbedrag voor onrechtmatige inschrijving vaste kosten van ziekenhuisverpleging.

5. Het college bepaalt per ziekenfonds de werkelijke kosten vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2005 overeenkomstig artikel 11 en 13 van de ministeriële regeling.

6. Aan het resultaat van het vijfde lid wordt toegevoegd een bedrag ter grootte van het aantal verzekerden 2005 per ziekenfonds vermenigvuldigd met het vaste bedrag, genoemd in artikel 6, derde lid van de ministeriële regeling.

7. Tot slot calculeert het college per ziekenfonds 95 procent na op het verschil tussen de werkelijke kosten vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2005, verkregen in het zesde lid, en het deelbudget vaste kosten van ziekenhuisverpleging, berekend volgens het vierde lid.

8. Het resultaat van het zevende lid na de nacalculatie wordt aangeduid als het voor de tweede maal voorlopig herberekende deelbudget vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2005.

*Artikel 18 De tweede voorlopige herberekening van het deelbudget kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen 2005*

1. Voor de tweede voorlopige herberekening van het deelbudget kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen hanteert het college als uitgangspunten:

a. de volgende normbedragen kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per verzekerde per risicoklasse 2005:

Risico-klasse	Normbedrag in euro's Mannen	Normbedrag in euro's Vrouwen				
			6	988,89	Klasse 8	-2,58
			7	1.199,61	Klasse 9	-18,21
			8	1.071,15	Klasse 10	-33,94
			9	1.932,98		
			10	1.473,35		
0 t/m 4 jaar	390,40	362,03	11	2.387,57		
5 t/m 9 jaar	472,74	427,51	12	1.978,61		
10 t/m 14 jaar	448,73	438,83	13	-97,59		
15 t/m 19 jaar	408,30	469,87				
20 t/m 24 jaar	329,80	496,78				
25 t/m 29 jaar	340,34	674,65				
30 t/m 34 jaar	366,06	763,85				
35 t/m 39 jaar	424,12	593,53				
40 t/m 44 jaar	455,09	503,53				
45 t/m 49 jaar	536,67	602,20				
50 t/m 54 jaar	577,09	665,22				
55 t/m 59 jaar	691,49	768,25				
60 t/m 64 jaar	713,90	802,61				
65 t/m 69 jaar	876,36	914,78				
70 t/m 74 jaar	980,19	1.023,93				
75 t/m 79 jaar	1.087,15	1.134,39				
80 t/m 84 jaar	1.188,92	1.233,07				
85 t/m/ 89 jaar	1.290,27	1.361,55				
90 jaar en ouder	1.510,53	1.558,30				

b. de volgende normbedragen kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per verzekerde per farmaceutische kostengroep 2005:

Farmaceutische kostengroep	Normbedrag in euro's
0 Geen farmaceutische kostengroep	-113,53
1 Cara	712,47
2 Epilepsie	904,50
3 Ziekte van Crohn/colitis ulcerosa	1.091,82
4 Hartaandoeningen	951,65
5 Reuma	1.222,63
6 Parkinson	2.184,50
7 Diabetes-hoog (insulines)	2.217,00
8 Transplantaties	3.195,60
9 Cystic fibrosis en pancreasaandoeningen	3.465,44
10 Neuro musculaire aandoeningen	6.674,42
11 HIV/AIDS	8.960,31
12 Nieraandoeningen/ESRD	3.047,53

c. de volgende normbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per diagnosekostengroep 2005:

Diagnose kostengroep	Normbedrag in euro's
0	-20,70
1	230,67
2	622,05
3	806,94
4	635,38
5	816,21

d. de volgende normbedragen kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per verzekerde per verzekeringsgrondklasse 2005:

Verzekeringsgrondklasse Normbedragen in euro's	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	Totaal
1. Personen van 65 jaar en ouder (hoofdverzekerden en hun medeverzekerden)						0,00
2. Arbeidsongeschikte hoofdverzekerden		377,28	402,08	418,51	291,40	
3. ABW/IOAW/IOAZ/WIK (hoofd- en medeverzekerden)	5,53	28,69	122,94	164,28	36,74	
4. Overige uitkeringsgerechtigden (hoofd- en medeverzekerden) inclusief verzekerden op grond van alimentatie en exclusief VUT-gerechtigden, en medeverzekerden van arbeidsongeschikten	24,46	31,87	19,01	15,72	-48,56	
5. Werknemers in loondienst (hoofd- en medeverzekerden), VUT-gerechtigden (hoofd- en medeverzekerden), vervroegd gepensioneerden (hoofd- en medeverzekerden) en medeverzekerden van zeelieden	-1,56	-21,47	-52,00	-101,88	-147,02	
6. Zelfstandigen (hoofd- en medeverzekerden)	-21,32	-15,09	-82,13	-146,67	-202,06	

e. de volgende normbedragen kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per verzekerde per regioklasse 2005:

Regioklasse	Normbedrag in euro's
Klasse 1	8,55
Klasse 2	9,70
Klasse 3	9,30
Klasse 4	4,10
Klasse 5	3,61
Klasse 6	5,77
Klasse 7	1,71

f. de kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen 2005, door het college bepaald overeenkomstig artikel 11 van de ministeriële regeling.

2. De normbedragen kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per verzekerde 2005 worden per overeenkomstige risicoklasse vermenigvuldigd met het werkelijke aantal verze-

kerden 2005 per risicoklasse per ziekenfonds. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd.

3. De normbedragen kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per verzekerde per farmaceutische kostengroep 2005 worden per overeenkomstige farmaceutische kostengroep vermenigvuldigd met het werkelijke aantal verzekerden 2005 per farmaceutische kostengroep per ziekenfonds. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tweede lid.

4. De normbedragen kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per verzekerde per diagnosekostengroep 2005 worden per overeenkomstige diagnosekostengroep vermenigvuldigd met het werkelijke aantal verzekerden 2005 per diagnosekostengroep per ziekenfonds. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het derde lid.

5. De normbedragen kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per verzekerde per verzekeringsgrondklasse 2005 worden per overeenkomstige verzekeringsgrondklasse vermenigvuldigd met het werkelijke aantal

verzekerden 2005 per verzekeringsgrondklasse per ziekenfonds. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vierde lid.

6. De normbedragen kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen per verzekerde per regioklasse 2005 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het werkelijke aantal verzekerden 2005 per regioklasse per ziekenfonds. De uitkomsten worden per ziekenfonds gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vijfde lid.

7. Het college verlaagt het resultaat van het zesde lid met het aftrekbedrag voor onrechtmatige inschrijving kosten overige verstrekkingen.

8. Na toepassing van het zevende lid vindt een hoge kostenverevening plaats overeenkomstig artikel 15 van de ministeriële regeling.

9. Het resultaat van het achtste lid wordt aangeduid als het voor de tweede maal voorlopig herberekende deelbudget kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen.

*Artikel 19 Vaststelling van het voor de tweede maal voorlopig herberekende budget 2005 en de tweede voorlopige nadere vaststelling van de uitkering*

1. Het college stelt het voor de tweede maal voorlopig herberekende budget 2005 van een ziekenfonds vast als de som van de voor de tweede maal voorlopig herberekende deelbudgetten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2005, vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2005 en kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen 2005.

2. Het college bepaalt de opbrengst van de nominale rekenpremie per ziekenfonds door de werkelijke premie-equivalenten 2005 per ziekenfonds te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2005.

3. Het college bepaalt de opbrengst van de nominale no-claimpremie per ziekenfonds door de werkelijke premie-equivalenten 2005 per ziekenfonds te vermenigvuldigen met de nominale no-claimpremie 2005.

4. Het college stelt de uitkering aan een ziekenfonds voor de tweede maal voorlopig nader vast als het voor de eerste maal voorlopig herberekende budget 2005 onder aftrek van de opbrengst van de nominale rekenpremie, de opbrengst van de nominale

no-claimpremie en van tweederde deel van de opbrengst van verhaal en onder aftrek van de aan het ziekenfonds verstrekte subsidies, bedoeld in artikel 11, vierde lid van de ministeriële regeling.

#### **Hoofdstuk V**

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

###### *Artikel 20*

Het college herberekent de deelbudgetten van de ziekenfondsen overeenkomstig de artikelen 15 tot en met 18, en stelt de aldus herberekende budgetten van de ziekenfondsen vast, onderscheidenlijk stelt de uitkeringen aan de ziekenfondsen nader vast overeenkomstig artikel 19, met dien verstande dat:

- a. voor de hoge kostenverevening mee in aanmerking worden genomen de na de datum dat het financieel verslag en de jaarstaat 2006 bij het college moet worden ingediend aan het college gedane opgaven voor de hoge kostenverevening 2005, waarvoor het college uitstel heeft verleend, mits de opgave is gedaan vóór het einde van de termijn waarvoor het uitstel is verleend en het ziekenfonds het verzoek om uitstel schriftelijk en uiterlijk 1 maand voor de datum dat het financieel verslag en de jaarstaat 2006 bij het college moeten worden ingediend, aan het college heeft gedaan;
- b. het college zich bij de herberekeningen en nadere vaststelling baseert op de beoordeling van de van belang zijnde gegevens door het College van toezicht op de zorgverzekeringen.

#### **Hoofdstuk VI**

##### **De uitkering voor de kosten van verstrekkingen die door het college naar het werkelijke bedrag worden vergoed**

###### *Artikel 21*

1. Bij gelegenheid van de nadere vaststelling van de uitkering als bedoeld in artikel 20 stelt het college per ziekenfonds ook de uitkering vast voor de kosten van het ziekenfonds die volgens artikel 18 van de ministeriële regeling naar het werkelijke bedrag door het college worden vergoed,

waaronder ook het bedrag van de no-claimteruggave.

2. In afwachting van de beoordeling van de desbetreffende gegevens door het College van toezicht op de zorgverzekeringen stelt het college deze uitkering voorlopig vast bij de tweede voorlopige nadere vaststelling van de uitkering.

3. Vooruitlopend op de voorlopige vaststelling, bedoeld in het tweede lid, kent het college een voorlopige vergoeding voor de no-claimteruggave 2005 toe op 1 april 2006 voor die ziekenfondsen die daartoe uiterlijk op 1 maart 2006 het college hebben geïnformeerd over de te verwachten no-claimteruggave 2005.

4. Het college stelt de uitkering ingevolge artikel 19 van de ministeriële regeling aan de Stichting Algemeen Ziekenfonds voor Zeelieden vast naar het werkelijke bedrag van de over 2005 te verwachten kosten van verstrekkingen ingevolge de Ziekenfondswet van dat ziekenfonds. Nadat het College van toezicht op de zorgverzekeringen na ommekomst van het kalenderjaar de gegevens heeft beoordeeld die ingevolge artikel 19 van de ministeriële regeling van belang zijn voor de vergoeding van de kosten van verstrekkingen ingevolge de Ziekenfondswet van de Stichting Algemeen Ziekenfonds voor Zeelieden, stelt het college met inachtneming van dat artikel de uitkering voor dat ziekenfonds nader vast aan de hand van de werkelijke kosten. In afwachting van de beoordeling van de desbetreffende gegevens door het College van toezicht op de zorgverzekeringen kan het college deze uitkering ook voorlopig nader vaststellen.

#### **Hoofdstuk VII**

##### **Verstrekking van uitkeringen ten laste van de algemene kas vanwege uitzonderlijke omstandigheden**

*Artikel 22 Vaststelling van zodanig uitzonderlijke omstandigheden dat deze een overige uitkering rechtvaardigen en vaststelling van regels voor uitzonderlijke omstandigheden*

1. Indien zich naar het oordeel van een ziekenfonds een bijzondere geografische situatie of een zeer uitzonderlijke omstandigheid voordoet waardoor een substantieel of structureel verschil tussen kosten en budget

ontstaat, kan het ziekenfonds deze bijzondere geografische situatie of zeer uitzonderlijke omstandigheid aanmelden bij het college, met het verzoek hiervoor een regeling voor een overige uitkering vanwege uitzonderlijke omstandigheden op te stellen.

2. Het college kan ook op eigen initiatief een regeling treffen voor een bijzondere geografische situatie of een zeer uitzonderlijke omstandigheid waardoor een substantieel of structureel verschil tussen kosten en budget ontstaat.

#### *Artikel 23 Regels overige uitkering vanwege uitzonderlijke omstandigheden*

1. De nieuwjaarsramp in Volendam geldt als zeer uitzonderlijke omstandigheid als bedoeld in het eerste lid van artikel 20 van de ministeriële regeling.

2. De Friese Waddeneilanden gelden als een bijzondere geografische situatie als bedoeld in het eerste lid van artikel 20 van de ministeriële regeling.

3. Het college stelt de ziekenfondsen in de gelegenheid na de eerste voorlopige vaststelling van de nadere uitkering aan een ziekenfonds een aanvraag te doen voor een uitkering als bedoeld in artikel 20 van de ministeriële regeling ten laste van de Algemene Kas voor de slachtoffers van de nieuwjaarsramp in Volendam en separaat voor de verzekerden die woonachtig zijn op de Friese waddeneilanden. De uitkering wordt in deze regeling verder aangeduid als overige uitkering vanwege uitzonderlijke omstandigheden.

4. Ten behoeve van de aanvraag, bedoeld in het derde lid, bepaalt het college de specificatie van een extra opgave van gegevens betreffende de kosten en de verzekerdenkenmerken van de desbetreffende bijzondere groepen verzekerden en de datum waarop het college over deze opgave van gegevens moet beschikken.

5. Op basis van die extra opgave berekent het college per ziekenfonds overeenkomstig de artikelen 15 tot en met 19 het budget voor de betreffende bijzondere groepen verzekerden.

6. Een ziekenfonds komt slechts in aanmerking voor een overige uitkering vanwege uitzonderlijke omstandigheden, indien de kosten van de desbetreffende bijzondere groep verzekerden hoger zijn geweest dan de ingevolge het vijfde lid berekende

budgetten. Het college stelt de overige uitkering vanwege uitzonderlijke omstandigheden vast op het verschil tussen de betreffende kosten en budgetten.

7. In hun aanvraag voor een overige uitkering vanwege uitzonderlijke omstandigheden voor de slachtoffers van de nieuwjaarsramp te Volendam mogen de ziekenfondsen uitsluitend verzekerden in aanmerking nemen die betrokken zijn geweest bij de nieuwjaarsramp in Volendam en voor wie de kosten 2001 per verzekerde meer hebben bedragen dan 22.689 euro (fl. 50.000) en die ook in aanmerking zijn genomen bij de uitkering 2004 inzake de nieuwjaarsramp te Volendam.

8. Indien ziekenfondsen met verzekerden die woonachtig zijn op één van de Friese Waddeneilanden een aanvraag doen voor een overige uitkering vanwege uitzonderlijke omstandigheden in verband met de kosten voor deze verzekerden, zijn zij verplicht een opgave als bedoeld in het vierde lid te doen die gebaseerd is op al hun verzekerden die op die eilanden woonachtig zijn.

9. De vaststelling van de overige uitkering vanwege uitzonderlijke omstandigheden geschiedt bij gelegenheid van de vaststelling van de nadere uitkering. Het college kan voorafgaand daaraan en voorafgaand aan de beoordeling van de desbetreffende gegevens door het College van toezicht op de zorgverzekeringen de overige uitkering vanwege uitzonderlijke omstandigheden voorlopig vaststellen.

### **Hoofdstuk VIII**

#### **Slotbepalingen**

##### *Artikel 24*

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

##### *Artikel 25*

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling beleidsregels voor de toepassing van de Regeling beschikbare middelen verstrekkingen en vergoedingen Zfw 2005.

*J.S.J. Hillen, voorzitter.*

*P.C. Hermans, algemeen directeur.*

Goedgekeurd door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij brief van 27 oktober 2004, kenmerk Z/F-2528475.

**Bijlage 1 Prevalentie-ontwikkeling per morbiditeitsrisicoklasse per farmaceutische kostengroep 2003 2004**

Bron: College voor zorgverzekeringen

Mannen	1	2	3	4	5	6	7
Leeftijd	CARA	EPILEPSIE	ZIEKTE VAN CROHN E.D.	HARTAAN-DOENINGEN	REUMA	PARKINSON	DIABETES - HOOG
0 t/m 14	0,9492290	1,0334563	1,0834626	1,0145441	0,9620108	1,0198909	1,0839601
15 t/m 29	0,9963327	1,0647303	1,0262519	0,9909387	0,9415900	0,6959837	1,0271846
30 t/m 44	1,0147335	1,0762890	0,9875929	1,0336748	1,1055422	1,1301530	1,0580091
45 t/m 59	1,0241909	1,1049534	1,0500227	1,0003970	1,0983518	1,0667564	1,0454047
60 t/m 74	1,0016474	1,0884209	1,0163136	0,9852977	1,0857217	1,0363590	1,0744141
75 e.o.	1,0084380	1,0746529	1,0889933	0,9914563	1,0877471	1,0265256	1,0624285

Vrouwen	1	2	3	4	5	6	7
Leeftijd	CARA	EPILEPSIE	ZIEKTE VAN CROHN E.D.	HARTAAN-DOENINGEN	REUMA	PARKINSON	DIABETES - HOOG
0 t/m 14	0,9504799	1,1385479	1,2644938	1,1917846	0,9566542	1,0171816	1,0558380
15 t/m 29	0,9927464	1,0583169	1,0201726	1,0591632	1,0476379	1,2265717	1,0352926
30 t/m 44	1,0185238	1,0900943	1,0273749	1,0222884	1,0711818	1,0379442	1,0431303
45 t/m 59	1,0407683	1,1144609	1,0663095	0,9897402	1,0945564	1,0202692	1,0398308
60 t/m 74	1,0391585	1,1299134	1,0695569	0,9877624	1,0734965	1,0149281	1,0269880
75 e.o.	1,0511796	1,0928902	1,0404032	0,9939185	1,0787660	0,9900466	1,0278054

Tot man	1,0142165	1,0882161	1,0289394	1,0126129	1,0997473	1,0594703	1,0719792
Tot vrouw	1,0359150	1,1095180	1,0472486	1,0064148	1,0912671	1,0171816	1,0437346
Totaal	1,0256066	1,0979826	1,0398470	1,0092366	1,0952324	1,0367414	1,0558949

Mannen	8	9	10	11	12	Totaal
Leeftijd	TRANS-PLANTATIES	CYSTIC FIBROSIS EN PANCREAS-AANDOENINGEN	NEURO-MUSC. AANDOENINGEN	HIV / AIDS	NIERAANDOENINGEN / ESRD	
0 t/m 14	0,9373228	0,9873252	1,1093250	1,1270009	0,9644367	0,9637198
15 t/m 29	1,1036790	1,0368275	1,1595871	0,9769617	1,2312389	1,0171744
30 t/m 44	1,0798689	0,9986007	1,0962130	1,0425648	1,2962623	1,0377646
45 t/m 59	1,0695734	1,0581951	1,0219534	1,1268443	1,4491909	1,0391484
60 t/m 74	1,0981228	1,0646325	1,0766669	1,2140751	1,6660032	1,0161927
75 e.o.	1,2267827	1,0538947	1,1172863	1,4440282	1,4535947	1,0076564

Vrouwen	8	9	10	11	12	Totaal
Leeftijd	TRANS-PLANTATIES	CYSTIC FIBROSIS EN PANCREAS-AANDOENINGEN	NEURO-MUSC. AANDOENINGEN	HIV / AIDS	NIERAANDOENINGEN / ESRD	
0 t/m 14	1,0136519	0,9637690	1,2496001	0,9918082	1,1459543	0,9754193
15 t/m 29	1,1006357	1,0451055	1,1066031	1,2017460	1,2029307	1,0143650
30 t/m 44	1,0593283	1,0327434	1,1161314	1,1115857	1,4083201	1,0371141
45 t/m 59	1,0719310	1,0497127	1,1014615	1,2290883	1,4755026	1,0451862
60 t/m 74	1,0665607	1,0653005	1,0865727	1,1300202	1,5298796	1,0257358
75 e.o.	0,9855814	1,0642467	1,0084726	1,0332228	1,4764479	1,0103588

Tot man	1,0891832	1,0553318	1,0745925	1,0738398	1,5279990	1,0331739
Tot vrouw	1,0701072	1,0540364	1,1102246	1,1360305	1,4942899	1,0348761
Totaal	1,0787924	1,0537710	1,0967560	1,0837518	1,5100409	1,0340774

---

**Bijlage 2 Verpleegdagarieven ter schoning van de vaste kosten ziekenhuisverpleging 2003**

Ten behoeve van de schoning van de vaste kosten van ziekenhuisverpleging heeft het College voor zorgverzekeringen van het College tarieven gezondheidszorg – Zorgautoriteit in oprichting, specifieke verdeeldagarieven per academisch ziekenhuis ontvangen. Deze verpleegdagarieven komen per academisch ziekenhuis overeen met de totale kosten van de academische component minus de bovenregionale toeslagen, gedeeld door alle verpleegdagen met een sluittarief.

---

<b>Academisch ziekenhuis</b>	<b>Verpleegdagtarief in euro's ter schoning van de vaste kosten ziekenhuisverpleging 2003</b>
Groningen	241,35
Nijmegen	288,86
Utrecht	214,51
AMC, A'dam	428,63
Amsterdam	263,62
Leiden	446,15
Rotterdam	265,48
Maastricht	118,58

---

Bij de herberekening van de vaste kosten ziekenhuisverpleging zal opnieuw voor de academische component worden geschoond.

Het College voor zorgverzekeringen zal aan de bijlage bij de herberekeningen toevoegen de tabel met verpleegdagarieven ter schoning van de vaste kosten ziekenhuisverpleging 2004.