

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

Het College voor zorgverzekeringen,
Gelet op Hoofdstuk 4 van de Zorgverzekeringswet, Hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering, Hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering, de Invoerings- en aanpassingswet Zorgverzekeringswet, artikel 19, derde lid van de Ziekenfondswet en de Regeling beschikbare middelen verstrekkingen en vergoedingen Zfw 2005;

Heeft in zijn vergadering van 10 september 2007 besloten:

Artikel I

De Regeling beleidsregels voor de toepassing van de Regeling beschikbare middelen verstrekkingen en vergoedingen Zfw 2005 wordt als volgt gewijzigd:

A

Onder vervanging van de puntkomma door een punt aan het eind van onderdeel a vervalt Artikel 15, onderdeel b.

B

Artikel 16 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid komt te luiden:

1. Het college hanteert bij de tweede voorlopige herberekening van het deelbudget variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2005 de uitgangspunten genoemd in artikel 6, eerste lid.
2. Het negende lid vervalt, onder vernummering van het tiende lid tot en met het dertiende lid tot negende lid tot en met twaalfde lid.
3. In het nieuwe negende lid, onderdeel c, wordt: 'het deelbudget, verkregen na de toepassing van de hoge kostenverevening in het negende lid' vervangen door: het resultaat van het achtste lid.
4. In het nieuwe tiende lid wordt de zinsnede 'het resultaat van het tiende lid, onder c' vervangen door: het resultaat van het negende lid, onder c.
5. In het nieuwe elfde lid, onderdelen a en b wordt 'elfde lid' vervangen door: tiende lid.
6. In het nieuwe twaalfde lid wordt 'twaalfde lid' vervangen door: elfde lid.

C

Artikel 18 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het eerste lid komt te luiden:

1. Het college hanteert bij de tweede voorlopige herberekening van het deelbudget kosten van overige verstrekkingen en vergoedingen 2005 de uitgangspunten genoemd in artikel 8, eerste lid.
2. Het achtste lid vervalt, onder vernummering van het negende lid tot het achtste lid.
3. In het nieuwe achtste lid wordt 'achtste lid' vervangen door: zevende lid.

D

Artikel 20 komt als volgt te luiden:

Artikel 20

1. Het college herberekent de deelbudgetten van de ziekenfondsen overeenkomstig de artikelen 15 tot en met 18.
2. Bij de herberekening bedoeld in het eerste lid worden voor de toepassing van artikel 16, eerste lid de volgende uitgangspunten gebruikt:
 - 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	583,92	490,66
5 t/m 9 jaar	360,50	312,49

Risicoklasse	Normbedrag in euro's mannen	Normbedrag in euro's vrouwen
10 t/m 14 jaar	307,36	290,07
15 t/m 19 jaar	343,12	392,94
20 t/m 24 jaar	349,50	505,39
25 t/m 29 jaar	344,38	618,77
30 t/m 34 jaar	375,00	702,86
35 t/m 39 jaar	418,15	609,57
40 t/m 44 jaar	455,50	553,08
45 t/m 49 jaar	554,35	599,66
50 t/m 54 jaar	596,94	674,24
55 t/m 59 jaar	762,53	790,82
60 t/m 64 jaar	827,93	826,17
65 t/m 69 jaar	1.070,00	940,10
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:

Farmaceutische kostengroep	Normbedrag in euro's	
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

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

Diagnosekostengroep	Normbedrag in euro's
0	-64,11
1	1.010,06
2	1.485,60
3	1.698,27
4	2.131,89
5	2.512,54
6	2.855,39
7	3.581,59
8	3.678,02
9	3.803,11
10	4.656,20
11	6.090,65
12	6.584,18
13	13.783,00

d. de volgende normbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 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		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.

3. Bij de herberekening bedoeld in het eerste lid worden voor de toepassing van artikel 18, eerste lid de volgende uitgangspunten gebruikt:

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

Risicoklasse	Normbedrag in euro's mannen	Normbedrag in euro's vrouwen
0 t/m 4 jaar	390,40	362,03
5 t/m 9 jaar	472,74	427,51
10 t/m 14 jaar	448,73	438,83
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

Risicoklasse	Normbedrag in euro's mannen	Normbedrag in euro's vrouwen
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:

Diagnosekostengroep	Normbedrag in euro's
0	-20,70
1	230,67
2	622,05
3	806,94
4	635,38
5	816,21
6	988,89
7	1.199,61
8	1.071,15
9	1.932,98
10	1.473,35
11	2.387,57
12	1.978,61
13	-97,59

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	

Verzekeringsgrondklasse Normbedragen in euro's	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	Totaal
4. Overige uitkeringsgerechtigden (hoofd- en medeverzekerden) inclusief verzekerden op grond van alimentatie en exclusief VUT-gerechtigden, en mede- verzekerden 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
Klasse 8	-2,58
Klasse 9	-18,21
Klasse 10	-33,94

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

4. Bij de herberekening bedoeld in het eerste lid vindt voor de toepassing van artikel 16, na het achtste lid van dat artikel en in artikel 18, na het zevende lid van dat artikel, een hoge kostenverevening plaats overeenkomstig artikel 15 van de Regeling beschikbare middelen verstrekkingen en vergoedingen Zfw 2005. Het college past in artikel 16 de beschreven verevening, nacalculatie en DBC-nacalculatie toe na toepassing van de hoge kostenverevening.

5. Het college stelt de in het eerste lid herberekende budgetten van de ziekenfondsen vast, onderscheidenlijk stelt de uitkeringen aan de ziekenfondsen nader vast overeenkomstig artikel 19 met dien verstande dat:

a. het college zich voor de hoge kostenverevening baseert op een specifieke opgave hoge kostenverevening 2005, die uiterlijk op 1 december 2007 door de ziekenfondsen bij het college moet zijn ingediend;

b. het college zich bij de herberekeningen en nadere vaststelling baseert op de beoordeling van de van belang zijnde gegevens door de Nederlandse Zorgautoriteit.

Artikel II

Deze regeling treedt in werking met ingang van de tweede dag na uitgifte van de Staatscourant, waarin zij wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 januari 2005.

Deze regeling zal met toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

M. van Brouwershaven,

plv. voorzitter Raad van Bestuur.

Goedgekeurd door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij brief van 25 september 2007, nr. Z/F-2801881.

Toelichting

Op basis van de wijziging van artikel 12 en artikel 13 van de Regeling beschikbare middelen versprekkingen en vergoedingen Zfw 2005 neemt het CVZ in de tweede voorlopige afrekening ZFW 2005 ook de opbrengstverrekening mee. Deze opbrengstverrekening leidt tot een wijziging van de door de NZa vastgestelde ziekenhuisbudgetten en daarmee tot een wijziging van de kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp voor de zorgverzekeraars.

In de tweede voorlopige afrekening Zfw 2005 is het technisch niet mogelijk om de eveneens voor de opbrengstverrekening gecorrigeerde hoge kosten mee te nemen. Daarom past het CVZ in de tweede voorlopige afrekening Zfw 2005 nog geen hoge kostenverevening toe. In de voorliggende wijziging regelt het CVZ dat bij de tweede voorlopige afrekening geen HKV wordt toegepast en dat in plaats van de normbedragen uit artikel 16 en artikel 18 de normbedragen uit artikel 6 en artikel 8 worden gehanteerd.

De hoge kostenopgave zal het CVZ separaat bij de zorgverzekeraars opvragen in september 2007. Deze specifieke opgave HKV 2005 moet door de ziekenfondsen uiterlijk op 1 december 2007 bij het CVZ zijn ingediend. Het CVZ zal de ziekenfondsen daarna informeren over de effecten van de hoge kostenverevening. De uiteindelijke verrekening van de hoge kostenverevening vindt plaats bij de definitieve afrekening over 2005. Bij de definitieve afrekening hanteert het CVZ wel de normbedragen uit artikel 16 en 18.

*M. van Brouwershaven,
plv. voorzitter Raad van Bestuur.*