



Vierde wijziging Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2006

Het College voor zorgverzekeringen,

Gelet op artikel 32, 33 en 34 van de Zorgverzekeringswet, Hoofdstuk 3 van het Besluit Zorgverzekering en Hoofdstuk 3 van de Regeling Zorgverzekering;

Heeft in zijn vergadering van 10 augustus 2009 besloten:

ARTIKEL I

De Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2006¹ wordt als volgt gewijzigd:

A

Na artikel 20 wordt een nieuw hoofdstuk ingevoegd dat komt te luiden:

HOOFDSTUK IIIa DE TWEDE VOORLOPIGE VASTSTELLING VAN DE BIJDRAGE AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 20a Algemene bepaling

Het college herberekent het normatieve bedrag voor de tweede maal op basis van correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast op de dbc-declaraties 2006, de HKC opgave 2006, de opgave no-claim teruggave 2006 in de jaarstaat 2007 en de te verrekenen opbrengstresultaten 2006, zoals vastgesteld door de NZa overeenkomstig de artikelen 3.8 en 3.9 van de Regeling zorgverzekering.

Artikel 20b Bepaling van de verzekerdenaantallen 2006 voor de zorgverzekeraars

1. Het persoonskenmerkenbestand 2006 bestaat uit de gepseudonimiseerde opgaven van de zorgverzekeraars van de verzekerdenaantallen op 1 juni 2006 naar geslacht, geboortedatum en viercijferige postcode.
2. Voor de vaststelling van het aantal verzekerden 2006 en de verzekeringsduur per verzekerde per zorgverzekeraar baseert het college zich op het Referentiebestand verzekerden Zorgverzekeringswet van SA-Zorg. Wanneer een verzekerde gedurende een bepaalde periode in 2006 bij meerdere zorgverzekeraars tegelijkertijd is ingeschreven, wordt die periode voor het vaststellen van de verzekeringsduur verdeeld naar rato van het aantal zorgverzekeraars waar de verzekerde gedurende die periode ingeschreven is geweest.
3. Voor de vaststelling van de vereveningskenmerken per verzekerde naar risicoklasse leeftijd en geslacht 2006, naar regioklasse 2006 en naar de verzekerdenaantallen van 18 jaar en ouder 2006 baseert het college zich op het persoonskenmerkenbestand 2006, het uitstroombestand 2006 en de opgave 2006 van verzekerden die vanwege bijzondere omstandigheden niet over een burgerservicenummer beschikken. Tevens maakt het college in voorkomende gevallen gebruik van het persoonskenmerkenbestand 2007 en het uitstroombestand 2007.
4. Voor de vaststelling van de aard van het inkomenklasse baseert het college zich op de gepseudonimiseerde opgave van het CBS naar inkomensbron in het jaar 2006. Voor de opgave van het CBS, bedoeld in de vorige volzin, hanteert het CVZ de peildatum 30 juni 2006.
5. Het college bepaalt per zorgverzekeraar voor elke verzekerde uit het persoonskenmerkenbestand 2006 in welke klasse een verzekerde valt voor de criteria leeftijd, geslacht, aard van het inkomen en regio. Het college bepaalt de leeftijd op basis van de geboortemaand en het geboortjaar op peildatum 30 juni 2006.

¹ Beleidsregels van 8 september 2005, Stcrt. 22 september 2005, 184/19, laatstelijk gewijzigd bij besluit van het College voor zorgverzekeringen van 10 september 2007, Stcrt. nr. 9 oktober 2007, nr. 195/34.



6. Vervolgens bepaalt het college per zorgverzekeraar het aantal verzekerden naar leeftijd en geslacht 2006. Hierbij telt de verzekerde mee voor de verzekeringsduur zoals vastgesteld in het tweede lid.
7. Voor de vaststelling van de bijdrage aan een zorgverzekeraar bepaalt het college het aantal verzekerden per FKG 2006 per zorgverzekeraar als volgt:
 - a. Uitgangspunt is de opgave van 1 juni 2007 van alle declaraties farmaceutische hulp 2006 van de zorgverzekeraar aan het college, tenzij de zorgverzekeraar gebruik heeft gemaakt van de mogelijkheid om op 1 december 2007 een herzien bestand in te sturen.
 - b. Op basis daarvan bepaalt het college het aantal verzekerden 2006 per FKG 2006 dat in 2006 voldoet aan het bepaalde in artikel 4. Daarbij splitst het college per zorgverzekeraar het aantal verzekerden zonder FKG 1t/m17 2006 in een verzekerdenaantal FKG 2006 onbekend en een verzekerdenaantal FKG 2006 0. Het verzekerdenaantal FKG onbekend bestaat uit verzekerden met een woonadres in het buitenland en waarvoor de zorgverzekeraar geen informatie heeft over farmaciedeclaraties.
 - c. Het college bepaalt de gewichten voor alle FKG 2006-onbekend op 0,00.
 - d. Het college stelt de prevalentieontwikkeling 2005–2006 per morbiditeitsrisicoklasse per FKG 2006 gelijk aan de prevalentieontwikkeling 2004–2005 per morbiditeitsrisicoklasse per FKG 2006, zoals vermeld in bijlage 1.
 - e. Het college schaalt met behulp van de onder d bepaalde prevalentieontwikkeling de aantallen verzekerden per morbiditeitsrisicoklasse per FKG 2006 terug naar de prevalentie 2005, sommeert deze over de morbiditeitsrisicoklassen en rondt deze som af op nul decimalen.
 - f. De verzekerden per FKG 2006 tellen mee voor de verzekeringsduur zoals vastgesteld in het tweede lid.
8. Voor de voorlopige vaststelling van de bijdrage aan een zorgverzekeraar bepaalt het college het aantal verzekerden per DKG 2006 per zorgverzekeraar als volgt:
 - a. Uitgangspunt is de opgave van de zorgverzekeraar per 1 juni 2008 van de declaraties van alle DBC's die in 2006 geopend zijn. Op basis daarvan bepaalt het college het aantal verzekerden per DKG volgens de indeling in artikel 4, derde lid.
 - b. Het college bepaalt per zorgverzekeraar de rechtstreeks aan een zorgverzekeraar toe te wijzen verzekerden 2006 per DKG 2006 met behulp van een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer, het persoonskenmerkenbestand 2006 en de opgave van de zorgverzekeraar genoemd onder a.
 - c. Het college splitst per zorgverzekeraar het aantal verzekerden zonder DKG 1t/m13 in een verzekerdenaantal DKG 2006 onbekend en een verzekerdenaantal DKG 2006 0. Het verzekerdenaantal DKG 2006 onbekend bestaat uit verzekerden met een woonadres in het buitenland en waarvoor de zorgverzekeraar geen DBC-informatie heeft.
 - d. Het college bepaalt het gewicht DKG 2006 onbekend op 0,00.
 - e. Tot slot worden per zorgverzekeraar de verzekerdenaantallen 2006 per DKG 2006 opgeteld. Hierbij telt de verzekerde mee voor de verzekeringsduur zoals vastgesteld in het tweede lid.
9. Het college bepaalt met behulp van opgaven van het CBS en het Referentiebestand verzekerden Zorgverzekeringswet van SA-Zorg over 2006 de aantallen verzekerden per aard van het inkomenklasse 2006.
10. Het college bepaalt met behulp van het Referentiebestand verzekerden Zorgverzekeringswet van SA-Zorg en de opgave van de zorgverzekeraars over de verzekerden naar viercijferige postcode van het adres waar de verzekerde woonachtig is, de aantallen verzekerden naar regioklasse 2006.

Artikel 20c De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2006

1. Het college hanteert bij de tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2006 als uitgangspunten:
 - a. de volgende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per risicoklasse 2006:

Risicoklasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
0 t/m 4 jaar	720,56	612,04
5 t/m 9 jaar	365,81	312,69
10 t/m 14 jaar	303,41	283,67

Risicoklasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
15 t/m 19 jaar	351,89	388,23
20 t/m 24 jaar	335,91	458,77
25 t/m 29 jaar	335,24	579,36
30 t/m 34 jaar	363,12	688,50
35 t/m 39 jaar	405,41	603,82
40 t/m 44 jaar	445,20	543,40
45 t/m 49 jaar	527,77	579,51
50 t/m 54 jaar	581,47	654,68
55 t/m 59 jaar	745,85	744,64
60 t/m 64 jaar	834,59	815,40
65 t/m 69 jaar	1.079,06	925,12
70 t/m 74 jaar	1.357,92	1.094,55
75 t/m 79 jaar	1.485,80	1.234,90
80 t/m 84 jaar	1.490,03	1.252,31
85 t/m 89 jaar	1.384,47	1.145,19
90 jaar en ouder	1.143,66	885,03

- b. de volgende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialis-
tische hulp per verzekerde per FKG 2006:

	FKG 2006	Gewicht in euro's
	FKG-onbekend	0,00
0	Geen FKG	
1	Glaucoom	92,72
2	Schildklierandoeningen	232,00
3	Hoog cholesterol	151,17
4	Diabetes IIb (laag intensief)	287,10
5	Cara	417,76
6	Diabetes IIa (hoog intensief)	402,31
7	Epilepsie	492,76
8	Ziekte van Crohn/colitis ulcerosa	794,88
9	Hartaandoeningen	953,50
10	Reuma	1.286,58
11	Parkinson	842,11
12	Diabetes I	963,03
13	Transplantaties	1.684,40
14	Cystic fibrosis en pancreasaandoeningen	1.352,94
15	Neuromusculaire aandoeningen	821,17
16	HIV / AIDS	1.358,03
17	Nieraandoeningen / ESRD	3.958,93

Het college berekent het gewicht variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van
specialistische hulp per verzekerde voor de FKG 2006 0 door de totale aantallen verzeker-
den per FKG 2006 1 tot en met 17 te vermenigvuldigen met de overeenkomstige gewichten,
de resultaten daarvan te sommeren en vervolgens te delen door het totaal aantal verzeker-
den FKG 2006 0, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.

- c. de volgende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialis-
tische hulp per verzekerde per DKG 2006:

DKG 2006	Gewicht in euro's
DKG-onbekend	0,00
0 Geen DKG	
1	1.050,94
2	1.475,89
3	1.754,12
4	1.857,02
5	2.374,36
6	2.999,31
7	3.583,00
8	3.787,78

DKG 2006	Gewicht in euro's
9	4.197,67
10	5.414,32
11	7.220,32
12	7.226,71
13	14.256,10

Het college berekent het gewicht variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde voor de DKG 2006 0 door de totale aantallen verzekerden per DKG 2006 1 tot en met 13 te vermenigvuldigen met de overeenkomstige gewichten, de resultaten daarvan te sommeren en vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden DKG 2006 0, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.

- d. de volgende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2006:

Aard van het inkomenklasse	0–14 jaar	15–34 jaar	35–44 jaar	45–54 jaar	55–64 jaar	65 jaar en ouder
Gewichten in euro's						
1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder	0,00					0,00
2. Arbeidsongeschikten		454,71	456,69	463,81	376,94	
3. Bijstandsgerechtigden		147,46	135,07	169,65	84,96	
4. WW, ANW (AWW) en overige uitkeringsgerechtigden		50,52	-14,48	-8,50	-83,23	
5. Zelfstandigen		-59,08	-99,54	-151,67	-226,09	

6. Referentiegroep

Het college berekent het gewicht variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per leeftijdscategorie voor de referentiegroep door de totale aantallen verzekerden van de aard van het inkomenklasse 2 tot en met 5 te vermenigvuldigen met de overeenkomstige gewichten, de resultaten daarvan te sommeren en vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden per leeftijdsklasse van de referentiegroep, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.

- e. de volgende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per regioklasse 2006:

Regioklasse 2006	Voormalig ziekenfonds verzekerd	Voormalig particulier verzekerd
Gewicht in euro's		
Klasse 1	71,65	-4,14
Klasse 2	51,52	-17,21
Klasse 3	33,77	-24,74
Klasse 4	24,15	-30,61
Klasse 5	15,82	-34,49
Klasse 6	4,79	-33,06
Klasse 7	-0,77	-41,24
Klasse 8	-7,05	-32,70
Klasse 9	-16,03	-40,26
Klasse 10	-22,59	-47,82

- Het college bepaalt op basis van de opgave herziene jaarstaat 2006 per 1 juli 2009 en het opbrengstresultaat 2006, zoals vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit per zorgverzekeraar en voor het totaal van de zorgverzekeraars de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2006 met inachtneming van de artikelen 3.7 en 3.8 van de Regeling zorgverzekering.
- Het college herberekent het normatieve bedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2006 voor het totaal van alle verzekerden van alle zorgverzekeraars 2006 op de wijze zoals beschreven in artikel 7, gebruik makend van de gewichten uit het eerste lid en de verzekerdenaantallen zoals bepaald in artikel 20b.
- Het college herberekent de schalingsfactor variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2006 door de totale variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp te delen door het herberekende macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp.



5. Het college herberekent alle gewichten uit het eerste lid door deze te vermenigvuldigen met de herberekende schalingsfactor variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2006.
6. Het college vermenigvuldigt de in het vijfde lid herberekende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per risicoklasse 2006 met de aantallen verzekerden per overeenkomstige risicoklasse 2006, zoals vastgesteld in artikel 20b. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
7. De in het vijfde lid herberekende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde 2006 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2006 per FKG 2006, zoals vastgesteld in artikel 20b. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zesde lid.
8. De in het vijfde lid herberekende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde 2006 worden per overeenkomstige DKG 2006 vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2006 per DKG 2006, zoals vastgesteld in artikel 20b. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zevende lid.
9. De in het vijfde lid herberekende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2006 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2006 per aard van het inkomenklasse per zorgverzekeraar, zoals vastgesteld in artikel 20b. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het achtste lid.
10. De in het vijfde lid herberekende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per regioklasse 2006, worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per regioklasse 2006 per zorgverzekeraar, zoals vastgesteld in artikel 20b. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het negende lid.
11. Het college past een hoge kostencompensatie toe overeenkomstig artikel 3.11 van de Regeling zorgverzekering.
12. Vervolgens past het college op de volgende wijze een generieke verevening toe:
 - a. Per zorgverzekeraar wordt het verschil bepaald tussen de kosten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp als resultaat van het tweede lid en het resultaat van het elfde lid. Vervolgens komt 30 procent van dit verschil in aanmerking voor verevening.
 - b. Door somming van de onder a verkregen bedragen over alle zorgverzekeraars ontstaat het totale bedrag voor de verevening. Dit totale bedrag wordt gedeeld door het aantal verzekerden voor 2006 voor alle zorgverzekeraars, waaruit een gemiddeld bedrag per verzekerde resulteert. Per zorgverzekeraar wordt deze uitkomst vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2006 van de zorgverzekeraar.
 - c. Vervolgens worden het deelbedrag, verkregen in het elfde lid, en het verschil tussen de uitkomsten, verkregen onder a en b, opgeteld.
13. Daarna calculeert het college per zorgverzekeraar 35 procent na op het verschil tussen de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, verkregen in het tweede lid en het resultaat van het twaalfde lid, onder c.
14. Het resultaat van het dertiende lid wordt aangeduid als het tweede voorlopige herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten specialistische hulp 2006.

Artikel 20d De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2006

Het college herberekent op basis van de opgave herziene jaarstaat 2006 per 1 juli 2009 en het opbrengstresultaat 2006 zoals vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit, het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2006 overeenkomstig artikel 17. Het resultaat wordt aangeduid als het tweede voorlopige herberekende deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2006.



Artikel 20e De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties 2006

1. Voor de tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties hanteert het college als uitgangspunten:
 - a. de volgende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per risicoklasse 2006:

Risicoklasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
0 t/m 4 jaar	426,41	392,69
5 t/m 9 jaar	494,24	446,56
10 t/m 14 jaar	499,61	498,75
15 t/m 19 jaar	442,44	504,87
20 t/m 24 jaar	340,83	492,96
25 t/m 29 jaar	353,69	685,86
30 t/m 34 jaar	373,89	801,26
35 t/m 39 jaar	416,70	626,77
40 t/m 44 jaar	444,12	516,14
45 t/m 49 jaar	501,42	590,10
50 t/m 54 jaar	546,97	652,18
55 t/m 59 jaar	624,95	722,14
60 t/m 64 jaar	672,33	777,84
65 t/m 69 jaar	817,15	858,00
70 t/m 74 jaar	926,62	974,42
75 t/m 79 jaar	1.078,63	1.105,09
80 t/m 84 jaar	1.207,50	1.249,02
85 t/m/ 89 jaar	1.369,37	1.419,54
90 jaar en ouder	1.594,47	1.653,90

- b. de volgende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per FKG 2006:

	FKG 2006	Gewicht in euro's
	FKG onbekend	0,00
0	Geen FKG	
1	Glaucoom	262,67
2	Schildklieraandoeningen	198,53
3	Hoog cholesterol	593,90
4	Diabetes IIb (laag intensief)	584,18
5	Cara	854,89
6	Diabetes IIa (hoog intensief)	1.316,00
7	Epilepsie	1.131,80
8	Ziekte van Crohn/colitis ulcerosa	1.160,60
9	Hartaandoeningen	1.143,19
10	Reuma	1.595,19
11	Parkinson	2.563,80
12	Diabetes I	2.487,17
13	Transplantaties	3.445,05
14	Cystic fibrosis en pancreasaandoeningen	3.933,16
15	Neuromusculaire aandoeningen	7.170,77
16	HIV / AIDS	9.645,16
17	Nieraandoeningen / ESRD	3.732,09

Het college berekent het gewicht kosten van overige prestaties per verzekerde voor de FKG 2006 0 door de totale aantallen verzekerden per FKG 2006 1 tot en met 17 te vermenigvuldigen met de overeenkomstige gewichten, de resultaten daarvan te sommeren en vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden FKG 2006 0, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.

- c. de volgende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per DKG 2006:

DKG 2006	Gewicht in euro's
DKG-onbekend	0,00
0 Geen DKG	
1	306,43

DKG 2006	Gewicht in euro's
2	582,46
3	740,51
4	926,91
5	745,97
6	791,90
7	1.409,86
8	2.021,58
9	2.081,80
10	2.193,90
11	2.927,02
12	2.465,31
13	-10,90

Het college berekent het gewicht kosten van overige prestaties per verzekerde voor de DKG 2006 0 door de totale aantallen verzekerden per DKG 2006 1 tot en met 13 te vermenigvuldigen met de overeenkomstige gewichten, de resultaten daarvan te sommeren en vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden DKG 2006 0, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.

- d. de volgende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2006:

Aard van het inkomenklasse Gewichten in euro's	0-14 jaar	15-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-64 jaar	65 jaar en ouder
1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder	0,00					0,00
2. Arbeidsongeschikten		426,27	440,31	448,11	316,40	
3. Bijstandsgerechtigden		47,65	129,18	201,78	69,59	
4. WW, ANW (AWW) en overige uitkeringsgerechtigden		38,44	16,65	0,56	-49,14	
5. Zelfstandigen		-45,26	-76,11	-113,02	-156,82	

6. Referentiegroep

Het college berekent het gewicht overige prestaties per verzekerde per leeftijdscategorie voor de referentiegroep aard van het inkomen door de totale aantallen verzekerden van de aard van het inkomenklasse 2006 2 tot en 5 te vermenigvuldigen met de overeenkomstige gewichten, de resultaten daarvan te sommeren en vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden per leeftijdsklasse van de referentiegroep aard van het inkomen, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.

- e. de volgende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per regioklasse 2006:

Regioklasse 2006	Voormalig ziekenfonds verzekerd	Voormalig particulier verzekerd
Klasse 1	16,35	-21,89
Klasse 2	19,68	-16,13
Klasse 3	16,85	-18,24
Klasse 4	18,41	-15,01
Klasse 5	13,13	-15,62
Klasse 6	10,71	-12,93
Klasse 7	9,02	-12,13
Klasse 8	2,85	-16,08
Klasse 9	-9,72	-13,11
Klasse 10	-23,74	-26,65

- Het college bepaalt op basis van de opgave herziene jaarstaat 2006 per 1 juli 2009 de kosten van overige prestaties 2006 met inachtneming van artikel 3.7 van de Regeling zorgverzekering.
- Het college herberekent het normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2006 voor het totaal van alle verzekerden 2006 van alle zorgverzekeraars op de wijze zoals beschreven in artikel 9, gebruik makend van de gewichten uit het eerste lid.
- Het college herberekent de schalingsfactor kosten van overige prestaties 2006 door de som van de kosten van overige prestaties 2006 van alle zorgverzekeraars, zoals bepaald in het tweede lid, te delen door het normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2006 voor het totaal van alle verzekerden 2006 van alle zorgverzekeraars, zoals berekend in het derde lid en de verzekerdenaantallen zoals bepaald in artikel 20b.



5. Het college herberekent alle gewichten uit het eerste lid door deze te vermenigvuldigen met de herberekende schalingsfactor overige prestaties 2006, en deze vervolgens af te ronden op twee decimalen.
6. De herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde 2006 worden per overeenkomstige risicoklasse naar leeftijd en geslacht vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2006 per risicoklasse per zorgverzekeraar, zoals vastgesteld in artikel 20b. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
7. De herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per FKG 2006 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2006 per FKG 2006 per zorgverzekeraar, zoals vastgesteld in artikel 20b. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zesde lid.
8. De herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per DKG 2006 worden per overeenkomstige DKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2006 per DKG 2006 per zorgverzekeraar, zoals vastgesteld in artikel 20b. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zevende lid.
9. De herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2006 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2006 per aard van het inkomenklasse per zorgverzekeraar, zoals vastgesteld in artikel 20b. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het achtste lid.
10. De gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per regioklasse 2006 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2006 per regioklasse 2006 per zorgverzekeraar, zoals vastgesteld in artikel 20b. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het negende lid.
11. Het college past een hoge kostencompensatie toe overeenkomstig artikel 3.11 van de Regeling zorgverzekering.
12. Het resultaat van het elfde lid wordt aangeduid als het tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties 2006.

Artikel 20f De tweede voorlopige herberekening van de normatieve no-claimteruggave 2006

1. Het college herberekent de gewichten no-claimteruggave voor de tweede maal op basis van de verzekerden aantallen 2006 en de door de zorgverzekeraars uitgekeerde no-claimteruggave 2006 op 1 april 2007 inclusief de correctie op 1 april 2008, zoals verantwoord in de opgave jaarstaat 2007 per 1 juni 2008, op de volgende wijze:
 - a. Het college herberekent de landelijke gemiddelde no-claimteruggave per verzekerde van 18 jaar en ouder 2006 door de som van de no-claimteruggaven 2006 over alle zorgverzekeraars te delen door som van de aantallen verzekerden van 18 jaar en ouder 2006 van alle zorgverzekeraars.
 - b. Het college herberekent de normatieve no-claimteruggave 2006 voor alle verzekerden van 18 jaar en ouder 2006 overeenkomstig artikel 10 op basis van de bij het college bekende totale verzekerdenaantallen naar de in artikel 10 genoemde risicoklassen naar leeftijd en geslacht 2006, naar aard van het inkomenklassen 2006 en naar regioklassen 2006.
 - c. Het college herberekent voor de tweede maal de no-claimschalingsfactor 2006 door de landelijke gemiddelde no-claimteruggave per verzekerde van 18 jaar en ouder 2006, berekend in onderdeel a, te vermenigvuldigen met het totaal aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2006, en dat vervolgens weer te delen door de normatieve no-claimteruggave voor alle verzekerden van 18 jaar en ouder 2006, berekend in onderdeel b, en deze no-claimschalingsfactor 2006 vervolgens af te ronden op zes decimalen.
 - d. Het college herberekent voor de tweede maal de gewichten no-claimteruggave per verzekerde per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2006, per aard van het inkomenklasse 2006 en per regioklasse 2006 door de overeenkomstige gewichten uit artikel 10 te vermenigvuldigen met de no-claimschalingsfactor 2006, herberekend in onderdeel c, en deze vervolgens op twee decimalen af te ronden.
2. Het college herberekent de normatieve no-claimteruggave voor de tweede maal voorlopig als volgt:
 - a. Per zorgverzekeraar worden de op grond van het eerste lid, onderdeel d, herberekende gewichten no-claimteruggave per verzekerde per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2006



per overeenkomstige risicoklasse vermenigvuldigd met de aantallen verzekerden van 18 jaar en ouder in 2006 per risicoklasse 2006. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.

- b. Per zorgverzekeraar worden de op grond van het eerste lid, onderdeel d, herberekende gewichten no-claimteruggave per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2006 per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2006 per aard van het inkomenklasse 2006. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van onderdeel a.
- c. Per zorgverzekeraar worden de op grond van het eerste lid, onderdeel d, herberekende gewichten no-claimteruggave per verzekerde per regioklasse 2006 per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2006 per regioklasse 2006. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van onderdeel b.
- d. Het resultaat van onderdeel c wordt aangeduid als de tweede voorlopig herberekende normatieve no-claimteruggave 2006.

Artikel 20g De tweede voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2006 en de tweede voorlopige herberekening en tweede voorlopige vaststelling van de bijdrage 2006

1. Het college herberekent het normatieve bedrag 2006 voor de tweede maal voorlopig als de som van het tweede voorlopige herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2006, het tweede voorlopige herberekende deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2006 en het tweede voorlopig herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties 2006.
2. Het college trekt van de som van het tweede voorlopige deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2006, het tweede voorlopig herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties 2006 en de tweede voorlopig herberekende normatieve no-claimteruggave 2006 af de som van de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2006, zoals bepaald in artikel 20c, tweede lid, de kosten van overige prestaties 2006, zoals bepaald in artikel 20e, tweede lid en de verantwoorde no-claimteruggave 2006.
3. Indien het in het tweede lid bepaalde bedrag groter is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2006 maal 35 euro, dan trekt het college 90 procent van het meerdere af van het voor de tweede maal herberekende normatieve bedrag 2006.
4. Indien het in het tweede lid bepaalde bedrag kleiner is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder maal -35 euro, dan voegt het college 90 procent van het verschil toe aan het voor de tweede maal herberekende normatieve bedrag 2006.
5. Het college herberekent voor de tweede maal de opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de verzekerden van 18 jaar en ouder 2006 per zorgverzekeraar, volgens artikel 20b, derde lid, te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2006. Het college vermindert het resultaat van de opbrengst nominale rekenpremie met een detentiefactor, vanwege gedeelde inkomsten voor verzekerden van wie de zorgverzekering is opgeschort overeenkomstig artikel 24 van de Zorgverzekeringswet en waarvoor zorgverzekeraars geen nominale premies ontvangen. Het CVZ berekent de detentiefactor door het aantal gedetineerden 2006 zoals vermeld door het CBS in Statline te delen door het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2006, zoals vastgesteld in artikel 20b, derde lid.
6. Het college herberekent voor de tweede maal de aanvulling op de bijdrage voor de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar door het aantal verzekerden jonger dan 18 jaar 2006, volgens artikel 20b, derde lid, te vermenigvuldigen met 50 euro.
7. Het college herberekent de bijdrage 2006 voor de tweede maal door van het voor de tweede maal herberekende normatieve bedrag 2006, inclusief de aanvulling voor de uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar en inclusief de normatieve no-claimteruggave, de opbrengst van de nominale rekenpremie af te trekken.
8. Het college stelt de bijdrage 2006 voor de tweede maal voorlopig vast ter hoogte van de in het vorige lid berekende bijdrage.

Artikel 20h

1. Naast de bijdrage 2006 zoals vastgesteld op grond van artikel 20g, achtste lid, keert het college



de extra middelen, bedoeld in artikel 3.1, eerste en tweede lid, van de Regeling zorgverzekering zoals van toepassing in 2006, uit.

2. De extra middelen ten behoeve van het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van medisch specialistische hulp verdeelt het college als volgt:
 - a. Het college berekent een bedrag per verzekerde door de extra middelen ten behoeve van het macro-bedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van medisch te delen door het landelijk aantal verzekerden in FKG-klasse 0 2006.
 - b. Het college vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het aantal verzekerden 2006 in de FKG-klasse 0 2006 met het onder a berekende bedrag.
3. De extra middelen ten behoeve van het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties verdeelt het college als volgt:
 - a. Het college berekent een bedrag per verzekerde door de extra middelen ten behoeve van het macro-bedrag kosten van overige prestaties te delen door het landelijk aantal verzekerden in FKG-klasse 0 2006.
 - b. Het college vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het aantal verzekerden 2006 in de FKG-klasse 0 2006 met het onder a berekende bedrag.
4. Het college stelt per zorgverzekeraar de extra bijdrage, bedoeld in het eerste lid, vast als de som van het resultaat van het tweede lid onder b en het resultaat van het derde lid onder b.

B

Artikel 21 komt te luiden:

Artikel 21. Algemene bepaling

Het college herberekent het normatieve bedrag definitief op basis van de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast op de opgave herziene jaarstaat 2006, de opgave no-claimteruggave 2006 in de jaarstaat 2007, de opgave hoge kosten compensatie 2006 en de opbrengstverrekening 2006.

C

Artikel 22 komt te luiden:

Artikel 22

Het college herberekent definitief het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2006 overeenkomstig artikel 20c, met inachtneming van artikel 21.

D

Artikel 23 komt te luiden:

Artikel 23

Het college herberekent definitief het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2006 overeenkomstig artikel 20d, met inachtneming van artikel 21.

E

Artikel 24 komt te luiden:

Artikel 24

Het college herberekent definitief het deelbedrag kosten van overige prestaties 2006 overeenkomstig artikel 20e, met inachtneming van artikel 21.

F

Artikel 25 komt te luiden:



Artikel 25

Het college herberekent definitief de normatieve no-claimteruggave 2006, overeenkomstig artikel 20f, met inachtneming van artikel 21.

G

Artikel 26 wordt als volgt gewijzigd:

Aan het vijfde lid, wordt na de punt de volgende zin toegevoegd:

Het college vermindert het resultaat van de opbrengst nominale rekenpremie met een detentiefactor, vanwege gedeelde inkomsten voor verzekerden van wie de zorgverzekering is opgeschort overeenkomstig artikel 24 van de Zorgverzekeringswet en waarvoor zorgverzekeraars geen nominale premies ontvangen. Het CVZ berekent de detentiefactor door het aantal gedetineerden 2006 zoals vermeld door het CBS in Statline te delen door het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2006, zoals vastgesteld in artikel 20b, derde lid.

H

Na artikel 26 wordt een nieuw artikel 26a ingevoegd dat komt te luiden:

Artikel 26a

Naast de bijdrage zoals vastgesteld in artikel 26 keert het college de extra middelen uit overeenkomstig artikel 20h.

I

Artikel 28a wordt als volgt gewijzigd:

Aan 28a worden een vierde en vijfde lid toegevoegd die komen te luiden als volgt:

4. Bij gelegenheid van de tweede voorlopige vaststelling stelt het college opnieuw de hoogte van de in 2006 ingevorderde boetes vast, overeenkomstig de opgave van de zorgverzekeraars in de jaarstaat 2006 met inachtneming van correcties door de Nederlandse Zorgautoriteit.
5. Het college verrekent zo mogelijk, na toepassing van het vierde lid en overeenkomstig het tweede lid, de som van de onderdelen c en d uit het eerste lid met de op grond van artikel 20f, achtste lid, voor de tweede maal voorlopig vastgestelde bijdrage.

J

Artikel 28b wordt als volgt gewijzigd:

Het vierde tot en met het zesde lid vervallen.

K

Artikel 30 wordt als volgt gewijzigd:

In artikel 30 wordt na het tweede lid, onder vernummering van de leden 3 tot en met 5 tot de leden 4 tot en met 6, het volgende lid toegevoegd:

3. Indien het college de bijdrage voor de tweede maal voorlopig vaststelt op grond van hoofdstuk IIIa, herzielt het college ook de te betalen termijnen overeenkomstig artikel 29. Op de eerste werkdag van de maand oktober 2009 verrekent het college het verschil tussen de voor het jaar 2006 betaalde termijnen en de herziene termijnen.

L

Artikel 32 wordt als volgt gewijzigd:

In artikel 32 wordt na het tweede lid, onder vernummering van de leden 3 tot en met 7 tot de leden 4 tot en met 8, het volgende lid toegevoegd:

3. Bij de verrekening van de verschillen, bedoeld in artikel 30, derde lid, berekent het college rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 29, eerste en tweede lid, tot de datum van de tweede voorlopige vaststelling van de bijdrage.



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 2006.

Deze regeling zal met toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

*Voorzitter Raad van Bestuur,
P.C. Hermans.*



TOELICHTING

Algemeen

Namens alle zorgverzekeraars heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) het ministerie van VWS schriftelijk verzocht om alle zorgkosten over 2006, die in de loop van 2008 zijn gedeclareerd, te betrekken bij de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage 2006. De achtergrond van dit verzoek is dat door de lange doorlooptijd van de DBC's de ziekenhuizen een substantieel deel van de declaraties pas na 31 december 2007 indienen. De zorgverzekeraars verzoeken het schadebegrip aan te passen en bij de definitieve vaststelling voor 2006 uit te gaan van declaraties over 2006, zoals die zijn ontvangen tot en met 31 december 2008. Op dit verzoek is door het ministerie van VWS en het CVZ positief gereageerd. Het CVZ heeft daarom in april 2009 een nieuwe gegevensvraag opgesteld, waarmee de zorgverzekeraars per 1 juli 2009 een nieuwe jaarstaat 2006 aan konden leveren. Het is wenselijk dat de zorgverzekeraars voor de premievaststelling 2010 kunnen beschikken over de uitkomsten van het risicovereveningsmodel 2006, gebaseerd op alle zorgkosten 2006, zoals die in juli 2009 door de zorgverzekeraars zijn aangeleverd. Daartoe stelt het CVZ op verzoek van het ministerie in september 2009 een tweede voorlopige vaststelling 2006 op. Deze tweede voorlopige vaststelling 2006 zal het CVZ ook daadwerkelijk met de zorgverzekeraars verrekenen. Na een review van de NZa van de door de zorgverzekeraars aangeleverde gegevens volgt in de eerste maanden van 2010 de definitieve vaststelling 2006.

In de huidige Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2006 (hierna: de beleidsregels 2006) is niet voorzien in een tweede voorlopige vaststelling. Om de tweede voorlopige vaststelling een plaats te geven is na de artikelen over de voorlopige vaststelling een nieuw hoofdstuk ingevoegd over de tweede voorlopige vaststelling en artikel 30 in het hoofdstuk betalingen aangepast. In de artikelen in het ingevoegde hoofdstuk IIIa staat beschreven dat het CVZ zich voor deze tweede voorlopige vaststelling baseert op de jaarstaat 2006, zoals die per 1 juli 2009 door de zorgverzekeraars is aangeleverd.

De berekening die leidt tot de tweede voorlopige vaststelling is op grote lijnen gelijk aan de berekening zoals die oorspronkelijk was weergegeven in hoofdstuk IV van de beleidsregels 2006. Bij de definitieve afrekening zal het CVZ nu uitgaan van de tweede voorlopige vaststelling met in achtneming van de NZa correcties.

In artikel 20b is een wijziging opgenomen voor de bepaling van de verzekerden aantallen.

Artikelsgewijs

A

Artikel 20b bevat ten opzichte van de voorlopige vaststelling 2006 een wijziging met betrekking tot de bepaling van de verzekerdenaantallen. Het gaat vooral om een verdere uitwerking en verheldering van de oorspronkelijke beleidsregels, namelijk het gecombineerde gebruik van gegevens uit het ReferentieBestand Verzekerden Zorgverzekeringwet (RBVZ) en de overige (gepseudonimiseerde) gegevens op verzekerdeniveau.

In het kalenderjaar 2007 heeft het CVZ dit gecombineerde gebruik van gegevens uitgewerkt en het VerzekerdenVolgSysteem (VVS) geïntroduceerd. Hierdoor kan het CVZ de vereveningsbijdragen rechtstreeks baseren op alle criteria van de verzekerden en deze rechtstreeks toerekenen aan de juiste verzekeraar. Ook kan het CVZ een verzekerde op deze manier (gepseudonimiseerd) in de tijd volgen en per bijdragejaar de verzekerde aan de juiste verzekeraar toerekenen. Het systeem van het VVS is voor het eerst toegepast bij de ex ante berekeningen voor het model 2008. In overleg met het ministerie en ZN is besloten deze systematiek van het VVS ook bij de afrekeningen 2006 en 2007 door te voeren. In plaats van de bepaling van de verzekerdenaantallen met een indirecte berekening via 'prevalenties' per zorgverzekeraar bepaalt het CVZ direct de werkelijke verzekerdenaantallen.

Voor de toepassing van het VVS heeft het CVZ voor het bijdragejaar 2006, in aanvulling op het persoonskenmerkenbestand, ook een 'uitstroombestand' uitgevraagd. In dit bestand geven de zorgverzekeraars per burgerservicenummer de persoonskenmerken van verzekerden die in een bepaald jaar zijn uitgestroomd. Zo kan het CVZ verzekerden die voor de peildatum van nominale premieprolongatie voor de maand juni zijn uitgestroomd en verzekerden die tussen de peildatum van het persoonskenmerkenbestand zijn in- en uitgestroomd, toch koppelen aan de overige verzekerdenkenmerken. De verzekerdenkenmerken van verzekerden die instromen na de peildatum voor het persoonskenmerkenbestand haalt het CVZ uit het persoonskenmerkenbestand van het volgende jaar.

In artikel 20b, vierde en negende lid, staat beschreven dat het CVZ zich voor de gegevens ter bepaling voor de aard van het inkomen baseert op gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Oorspronkelijk zou het CVZ hiervoor gegevens van het UWV gebruiken. De gegevens van het UWV over 2006 bleken echter niet volledig landelijk dekkend. Het CBS beschikt over meerdere gegevens-



bronnen en kan voor 2006 daarom wel een volledig bestand leveren.

G

Met dit artikel wijzigt artikel 26 van deze beleidsregels. Artikel 24 van de Zorgverzekeringswet regelt dat de rechten en plichten uit de zorgverzekering worden opgeschort wanneer een verzekerde in detentie is. De Minister van Justitie is verantwoordelijk voor de zorg aan gedetineerden. Dit betekent dat voor de zorgverzekeraars sprake is van gedeelde inkomsten. Daarom vermindert het CVZ het resultaat van de opbrengst nominale premie met een landelijke detentiefactor.

*Voorzitter Raad van Bestuur,
P.C. Hermans.*