



## Derde wijziging Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007

Het College voor zorgverzekeringen,

Gelet op de artikelen 32 en 34 van de Zorgverzekeringswet en Hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering en Hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering;

Heeft in zijn vergadering van 23 augustus 2010 besloten:

### ARTIKEL I

De Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007 wordt als volgt gewijzigd:

A

Na hoofdstuk III wordt ingevoegd een hoofdstuk IIIa dat als volgt komt te luiden:

#### **HOOFDSTUK IIIA. DE TWEDE VOORLOPIGE VASTSTELLING VAN DE BIJDRAGE AAN EEN ZORGVERZEKERAAR**

##### **Artikel 21a. Algemene bepaling**

Het college herberekent het normatieve bedrag voor de tweede maal voorlopig op basis van correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast op de dbc declaraties 2007, de hogekostencompensatieopgave 2007 en de opgave no-claim teruggave 2007 in de jaarstaat 2008, zoals vastgesteld door de NZa.

##### **Artikel 21b. Bepaling van de verzekerdenaantallen 2007 voor de zorgverzekeraars**

1. Het persoonskenmerkenbestand 2007 bestaat uit de gepseudonimiseerde opgaven van de zorgverzekeraars van de verzekerdenaantallen op 1 juni 2007 naar geslacht, geboortedatum en viercijferige postcode.
2. Voor de vaststelling van het aantal verzekerden 2007 en de verzekeringsduur per verzekerde per zorgverzekeraar baseert het college zich op het Referentiebestand verzekerden Zorgverzekeringswet van SA-Z. Wanneer een verzekerde gedurende een bepaalde periode in 2007 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 2007, naar regioklasse 2007 en naar de verzekerdenaantallen van 18 jaar en ouder 2007 baseert het college zich op het persoonskenmerkenbestand 2007, het uitstroombestand 2007, de opgave 2007 van verzekerden die vanwege bijzondere omstandigheden niet over een burgerservicenummer beschikken, het uitstroombestand 2008 en het persoonskenmerkenbestand 2008. In het geval dat er gegevens ontbreken, maakt het college tevens gebruik van het persoonskenmerkenbestand 2006.
4. Voor de vaststelling van de aard van het inkomenklasse baseert het college zich op de gepseudonimiseerde opgave van het UWV naar inkomensbron in het jaar 2007 en voor de zelfstandigen op de gepseudonimiseerde opgave van de Belastingdienst. Voor de opgave van het UWV of de Belastingdienst naar inkomensbron in het jaar 2007, bedoeld in de vorige volzin, hanteert het college de peildatum 30 juni 2007.
5. Het college bepaalt per zorgverzekeraar voor elke verzekerde uit het persoonskenmerkenbestand 2007 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 2007.
6. Vervolgens bepaalt het college per zorgverzekeraar het aantal verzekerden naar leeftijd en



geslacht 2007. 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 2007 per zorgverzekeraar als volgt:
  - a. Uitgangspunt is de opgave van 1 juni 2008 van alle declaraties farmaceutische hulp 2007 van de zorgverzekeraar aan het college.
  - b. Op basis daarvan bepaalt het college het aantal verzekerden 2007 per FKG 2007 dat in 2007 voldoet aan het bepaalde in artikel 4. Daarbij splitst het college per zorgverzekeraar het aantal verzekerden zonder FKG 1 t/m 20 2007 in een verzekerdenaantal FKG 2007 onbekend en een verzekerdenaantal FKG 2007 0. Het verzekerdenaantal FKG onbekend bestaat uit verzekerden met een woonadres in het buitenland.
  - c. Het college bepaalt de gewichten voor alle FKG 2007-onbekend op 0,00.
  - d. Het college stelt de prevalentieontwikkeling 2006-2007 per morbiditeitsrisicoklasse per FKG 2007 gelijk aan de prevalentieontwikkeling 2005-2006 per morbiditeitsrisicoklasse per FKG 2007, zoals vermeld in bijlage 1.
  - e. Het college schaalt met behulp van de onder d bepaalde prevalentieontwikkeling de aantallen verzekerden per morbiditeitsrisicoklasse per FKG 2007 terug naar de prevalentie 2006, sommeert deze over de morbiditeitsrisicoklassen en rondt deze som af op nul decimalen.
  - f. De verzekerden per FKG 2007 tellen mee voor de verzekeringsduur zoals vastgesteld in het tweede lid.
8. Voor de tweede voorlopige vaststelling van de bijdrage aan een zorgverzekeraar bepaalt het college het aantal verzekerden per DKG 2007 per zorgverzekeraar als volgt:
  - a. Uitgangspunt is de opgave van de zorgverzekeraar per 1 juni 2009 van de declaraties van alle DBC's die in 2007 geopend zijn. Op basis daarvan bepaalt het college het aantal verzekerden per DKG volgens de indeling in artikel 4, vijfde lid.
  - b. Het college bepaalt per zorgverzekeraar de rechtstreeks aan een zorgverzekeraar toe te wijzen verzekerden 2007 per DKG 2007 met behulp van een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer, het persoonskenmerkenbestand 2007 en de opgave van de zorgverzekeraar genoemd onder a.
  - c. Het college splitst per zorgverzekeraar het aantal verzekerden zonder DKG 1 t/m 13 in een verzekerdenaantal DKG 2007 onbekend en een verzekerdenaantal DKG 2007 0. Het verzekerdenaantal DKG 2007 onbekend bestaat uit verzekerden met een woonadres in het buitenland.
  - d. Het college bepaalt het gewicht DKG 2007 onbekend op 0,00.
  - e. Tot slot worden per zorgverzekeraar de verzekerdenaantallen 2007 per DKG 2007 opgeteld. Hierbij telt de verzekerde mee voor de verzekeringsduur zoals vastgesteld in het tweede lid.
9. Het college bepaalt met behulp van gepseudonimiseerde opgaven van het UWV en voor de zelfstandigen met behulp van de gepseudonimiseerde opgave van de Belastingdienst en het Referentiebestand verzekerden Zorgverzekeringswet van SA-Z over 2007 de aantallen verzekerden per aard van het inkomenklasse 2007.
10. Het college bepaalt met behulp van het Referentiebestand verzekerden Zorgverzekeringswet van SA-Z 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 2007.

#### **Artikel 21c. De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007**

1. Het college hanteert bij de tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007 als uitgangspunten:
  - a. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per risicoklasse 2007 naar leeftijd en geslacht, zoals vermeld in bijlage 16 bij deze regeling beleidsregels;
  - b. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per FKG 0 t/m 20 2007, zoals vermeld in bijlage 17 bij deze regeling beleidsregels;
  - c. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per DKG 0 t/m 13 2007, zoals vermeld in bijlage 18 bij deze regeling beleidsregels;
  - d. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp



per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2007, zoals vermeld in bijlage 19 bij deze regeling beleidsregels;

- e. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per regioklasse 2007, zoals vermeld in bijlage 20 bij deze regeling beleidsregels, waarbij onderscheid wordt gemaakt in voormalig ziekenfondsverzekerden en voormalig particulier verzekerden.

Het college bepaalt afzonderlijk gewichten voor de categorie '0-1' jarigen.

2. Het college bepaalt op basis van de lasten 2007 uit de opgave jaarstaat 2009 per 1 juli 2010 en het opbrengstresultaat 2007, 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 2007 met inachtneming van artikel 3.9, vierde lid van de Regeling zorgverzekering.
3. Het college herberekent het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007 voor het totaal van alle verzekerden van alle zorgverzekeraars 2007 op de wijze zoals beschreven in artikel 8, gebruik makend van de gewichten uit het eerste lid.
4. Het college herberekent de schalingsfactor variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007 door de som van totale variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007 van alle zorgverzekeraars, zoals bepaald in het tweede lid, te delen door het herberekende normatieve deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp voor het totaal van alle verzekerden 2007 van alle verzekeraars, zoals berekend in het derde lid en afgerond op zeven decimalen.
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 2007 en rond deze af op twee decimalen.
6. Het college vermenigvuldigt de in het vijfde lid herberekende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per risicoklasse 2007 naar leeftijd en geslacht met de aantallen verzekerden per overeenkomstige risicoklasse per zorgverzekeraar. 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 2007 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per FKG 2007 per zorgverzekeraar. 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 2007 worden per zorgverzekeraar per overeenkomstige DKG 2007 vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2007 per DKG 2007. 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 2007 worden per zorgverzekeraar per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2007 per aard van het inkomenklasse 2007. 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 2007, worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per regioklasse 2007 per zorgverzekeraar. 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 3.12 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 eerste 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 2007 voor alle zorgverzekeraars, waaruit een gemiddeld bedrag per verzekerde resulteert. Per zorgverzekeraar wordt deze uitkomst vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2007 van de zorgverzekeraar.
  - c. Vervolgens worden het deelbedrag, verkregen in het elfde lid, en het verschil tussen de uitkomsten, verkregen in de onderdelen a en b, opgeteld.
13. Daarna calculeert het college per zorgverzekeraar 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 twaalfde lid, onderdeel c.
  14. Het resultaat van het dertiende lid wordt aangeduid als het voor de tweede maal voorlopig herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007.
  15. Voor de toepassing van artikel 3.9, twaalfde lid van de Regeling zorgverzekering trekt het college van het tweede voorlopige herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007 af de kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007, zoals bepaald in het eerste lid, waarbij:
    - a. Indien de uitkomst groter is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2007 maal 17,50 euro, het college 90 procent van het meerdere aftrekt van het tweede voorlopige herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007.
    - b. Indien de uitkomst kleiner is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2007 maal – 17,50 euro, het college 90 procent van het verschil toevoegt aan het tweede voorlopige herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007.

#### **Artikel 21d. De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2007**

Het college herberekent op basis van de lasten 2007 uit de opgave jaarstaat 2009 per 1 juli 2010, en het opbrengstresultaat zoals vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit, het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2007 overeenkomstig artikel 18 en met inachtneming van artikel 3.10, zevende lid van de Regeling zorgverzekering. Het resultaat wordt aangeduid als het tweede voorlopige herberekende deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2007.

#### **Artikel 21e. De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties 2007**

1. Voor de tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties hanteert het college als uitgangspunten:
  - a. De gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per risicoklasse 2007 naar leeftijd en geslacht, zoals vermeld in bijlage 21 bij deze regeling beleidsregels;
  - b. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per FKG 2007, zoals vermeld in bijlage 22 bij deze regeling beleidsregels;
  - c. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per DKG 2007, zoals vermeld in bijlage 23 bij deze regeling beleidsregels;
  - d. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2007, zoals vermeld in bijlage 24 bij deze regeling beleidsregels;
  - e. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per regioklasse 2007, zoals vermeld in bijlage 25 bij deze regeling beleidsregels, waarbij onderscheid wordt gemaakt in voormalig ziekenfondsverzekerden en voormalig particulier verzekerden.Het college bepaalt afzonderlijk gewichten voor de categorie '0-1' jarigen.
2. Het college bepaalt op basis van de lasten 2007 uit de opgave jaarstaat 2009 per 1 juli 2010 de kosten van overige prestaties 2007 met inachtneming van de artikelen 3.7 en 3.8, van de Regeling zorgverzekering.
3. Het college herberekent het normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2007 voor het totaal van alle verzekerden 2007 van alle zorgverzekeraars op de wijze zoals beschreven in artikel 10, gebruik makend van de gewichten uit het eerste lid.
4. Het college herberekent de schalingsfactor kosten van overige prestaties 2007 door de som van



de kosten van overige prestaties 2007 van alle zorgverzekeraars, zoals bepaald in het tweede lid, te delen door het normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2007 voor het totaal van alle verzekerden 2007 van alle zorgverzekeraars, zoals berekend in het derde lid en af te ronden op zeven decimalen.

5. Het college herberekent alle gewichten uit het eerste lid door deze te vermenigvuldigen met de herberekende schalingsfactor overige prestaties 2007, en deze vervolgens af te ronden op twee decimalen.
6. De herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde 2007 worden per overeenkomstige risicoklasse naar leeftijd en geslacht vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2007 per risicoklasse 2007 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
7. De herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per FKG 2007 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2007 per FKG 2007 per zorgverzekeraar. 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 2007 worden per overeenkomstige DKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2007 per DKG 2007 per zorgverzekeraar. 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 2007 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2007 per aard van het inkomenklasse 2007 per zorgverzekeraar. 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 2007 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2007 per regioklasse 2007 per zorgverzekeraar. 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 voor de tweede maal voorlopig herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties 2007.

#### **Artikel 21f. De tweede voorlopige herberekening van de normatieve no-claimteruggave 2007**

1. Het college herberekent de gewichten no-claimteruggave voor de tweede maal voorlopig op basis van de verzekerdenaantallen 2007 en de door de zorgverzekeraars uitgekeerde no-claimteruggave 2007 op 1 april 2008 inclusief de correctie op 1 april 2009, zoals verantwoord in de jaarstaat 2008 per 1 juni 2009 op de volgende wijze:
  - a. Het college herberekent voor de tweede maal voorlopig de landelijke gemiddelde no-claimteruggave per verzekerde van 18 jaar en ouder 2007 door de som van de no-claimteruggaven 2007 over alle zorgverzekeraars te delen door som van de aantallen verzekerden 2007 van 18 jaar en ouder in 2007 van alle zorgverzekeraars.
  - b. Het college herberekent voor de tweede maal voorlopig de normatieve no-claimteruggave 2007 voor alle verzekerden 2007 overeenkomstig artikel 11 op basis van de bij het college bekende totale verzekerdenaantallen 2007 naar risicoklassen naar leeftijd en geslacht 2007, naar aard van het inkomenklassen 2007 en naar regioklassen 2007.
  - c. Het college herberekent voor de tweede maal voorlopig de no-claimschalingsfactor 2007 door de landelijke gemiddelde no-claimteruggave per verzekerde van 18 jaar en ouder 2007, berekend in onderdeel a, te vermenigvuldigen met het totaal aantal verzekerden 2007 van 18 jaar en ouder 2007, en dat vervolgens weer te delen door de in onderdeel b herberekende normatieve no-claimteruggave voor alle verzekerden 2007, en deze vervolgens af te ronden op zeven decimalen.
  - d. Het college herberekent voor de tweede maal voorlopig de gewichten no-claimteruggave per verzekerde per risicoklasse 2007, per aard van het inkomenklasse 2007 en per regioklasse 2007 door de overeenkomstige gewichten uit artikel 11 te vermenigvuldigen met de no-claimschalingsfactor 2007, herberekend in onderdeel c, en deze vervolgens op twee decimalen af te ronden.



2. Het college herberekent voor de tweede maal voorlopig de normatieve no-claimteruggave als volgt:
  - a. Per zorgverzekeraar worden de op grond van het eerste lid, onderdeel d, voor de tweede maal voorlopig herberekende gewichten no-claimteruggave per verzekerde per risicoklasse 2007 naar leeftijd en geslacht per overeenkomstige risicoklasse vermenigvuldigd met de aantallen verzekerden van 18 jaar en ouder per risicoklasse 2007. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
  - b. Per zorgverzekeraar worden de op grond van het eerste lid, onderdeel d, voor de tweede maal voorlopig herberekende gewichten no-claimteruggave per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2007 per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per aard van het inkomenklasse 2007. 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, voor de tweede maal voorlopig herberekende gewichten no-claimteruggave per verzekerde per regioklasse 2007 per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per regioklasse 2007. 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 voorlopige normatieve no-claimteruggave 2007.

**Artikel 21g. De tweede voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2007 en de tweede voorlopige herberekening en de vaststelling van de bijdrage 2007**

1. Het college herberekent het normatieve bedrag 2007 voor de tweede maal voorlopig als de som van het tweede voorlopige deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007 na toepassing van artikel 3.9, twaalfde lid van de Regeling zorgverzekering, het tweede voorlopige deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2007 en het tweede voorlopige deelbedrag kosten van overige prestaties 2007.
2. Het college bepaalt de tweede voorlopige opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de verzekerden van 18 jaar en ouder 2007 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2007.
3. Het college vermindert het resultaat van het tweede lid met het bedrag 2007 dat de zorgverzekeraar heeft verantwoord in zijn jaarstaat 2008 als gederfde inkomsten voor verzekerden van 18 jaar en ouder waarvoor als gevolg van de toepasselijkheid van artikel 24 Zorgverzekeringswet geen nominale premies worden ontvangen.
4. Het college berekent de tweede voorlopige 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 2007 te vermenigvuldigen met 50 euro.
5. Het college berekent de bijdrage 2007 voor de tweede maal voorlopig door van de som van het tweede voorlopige normatieve bedrag 2007 bedoeld in het eerste lid, de aanvulling voor uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar bedoeld in het vierde lid en de tweede voorlopige normatieve no-claimteruggave bedoeld in artikel 26 de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in het derde lid, af te trekken.
6. Het college stelt de bijdrage 2007 vast ter hoogte van de in het vorige lid voor de tweede maal voorlopig berekende bijdrage.

B

Artikel 22 komt te luiden:

**Artikel 22. Algemene bepaling**

Het college herberekent de vereveningsbijdrage definitief met inachtneming van de correcties die voortkomen uit de reviewrapportage die de Nederlandse Zorgautoriteit uitbrengt over de lasten 2007 uit de opgave jaarstaat 2009 per 1 juli 2010.

C

Artikel 23 komt te luiden:



### **Artikel 23. De definitieve herberekening van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007**

Het college herberekent definitief het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2007 overeenkomstig artikel 21c, met inachtneming van artikel 22.

D

Artikel 24 komt te luiden:

### **Artikel 24. De definitieve herberekening van het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2007**

Het college herberekent definitief het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2007 overeenkomstig artikel 21d, met inachtneming van artikel 22.

E

Artikel 25 komt te luiden:

### **Artikel 25. De definitieve herberekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties 2007**

Het college herberekent definitief het deelbedrag kosten van overige prestaties 2007 overeenkomstig artikel 21e, met inachtneming van artikel 22.

F

Artikel 27 wordt als volgt gewijzigd:

In het vijfde lid komt te vervallen: , tweede lid, onderdeel d

G

Aan artikel 29a wordt na het derde lid een vierde en vijfde lid toegevoegd luidende:

4. Bij gelegenheid van de tweede voorlopige vaststelling stelt het college opnieuw de hoogte van de in 2007 ingevorderde boetes vast, overeenkomstig de opgave van de zorgverzekeraars in de jaarstaat 2007 met inachtneming van de correcties van 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 21g, zesde lid, voor de tweede maal voorlopig vastgestelde bijdrage.

H

Artikel 31 wordt als volgt gewijzigd:

1. Het derde tot en met vijfde lid komen te luiden:

3. Bij gelegenheid van de tweede voorlopige vaststelling van de bijdrage, op grond van hoofdstuk IIIa, herziet het college de te betalen termijnen voor de derde keer overeenkomstig artikel 30. Het college verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de derde maal herziene termijnen.
4. Bij gelegenheid van de definitieve vaststelling van de bijdrage, op grond van hoofdstuk IV, stelt het college de te betalen termijnen definitief vast overeenkomstig artikel 30. Het college verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de definitief te betalen termijnen.
4. Indien toepassing van onderscheidenlijk het eerste, tweede, derde en vierde lid, resulteert in een positief saldo voor de zorgverzekeraar, betaalt het college dat saldo ineens aan de zorgverzekeraar, behoudens een eventuele verrekening met een vordering op de zorgverzekeraar uit hoofde van de Zorgverzekeringswet dan wel de AWBZ.

2. Aan artikel 31 wordt een zesde lid toegevoegd dat komt te luiden:

6. Indien toepassing van onderscheidenlijk het eerste, tweede, derde en vierde lid, resulteert in een negatief saldo voor de zorgverzekeraar, wordt dat saldo ineens door de desbetreffende



---

zorgverzekeraar aan het college terugbetaald, behoudens voor zover het college het bedrag heeft verrekend met enige vordering op de zorgverzekeraar op grond van de Zorgverzekeringswet dan wel de AWBZ.

I

Artikel 32 wordt als volgt gewijzigd:

In het tweede lid wordt na 'voorlopige' ingevoegd: , tweede voorlopige

J

Artikel 33 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het derde lid wordt 'definitieve vaststelling' vervangen door: tweede voorlopige vaststelling.
2. Na het derde lid wordt onder vernummering van het vierde lid tot en met zevende lid tot vijfde lid tot en met achtste lid een nieuw vierde lid ingevoegd dat luidt als volgt:
  4. Bij de verrekening van de verschillen, bedoeld in artikel 31, vierde lid, berekent het college rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 30, eerste en tweede lid, tot de datum van de definitieve vaststelling van de bijdrage.

## ARTIKEL II

Deze beleidsregels treden in werking met ingang van de tweede dag na uitgifte van de Staatscourant waarin zij worden geplaatst en werken terug tot en met 1 januari 2007.

Deze beleidsregels zullen met toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

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

Goedgekeurd door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij brief van 16 september 2010, kenmerk Z/F-3022433.





## TOELICHTING

Vanaf vereveningsjaar 2006 wordt er een nieuw schadebegrip toegepast in de risicoverevening en vindt er een tweede voorlopige vaststelling plaats. Het nieuwe schadebegrip houdt verband met het feit dat zorgverzekeraars op 1 juni van het jaar  $t+3$  de definitieve jaarstaat aanleveren bij het College voor zorgverzekeringen (CVZ) in plaats van op 1 juni van het jaar  $t+2$ . De lange doorlooptijd van DBC's, waardoor ziekenhuizen een substantieel deel van hun declaraties over 2007 pas na 31 december 2008 indienen, vormt de achtergrond van de introductie van dit nieuwe schadebegrip in de jaarstaat. Als gevolg van het nieuwe schadebegrip worden alle declaraties over 2007 die tot en met 31 december 2009 door de zorgverzekeraars zijn ontvangen, betrokken bij het bijdragejaar 2007. Om zorgverzekeraars zo spoedig mogelijk na het aanleveren van de definitieve jaarstaat duidelijkheid te bieden omtrent de uitkomst van de vereveningsbijdrage voert het CVZ een tweede voorlopige vaststelling uit in september 2010. Zorgverzekeraars kunnen dan voor de premievaststelling voor 2011 alvast beschikken over een zo volledig mogelijk beeld van de uitkomsten van het risicovereveningsmodel 2007. Na een review van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op de door de zorgverzekeraars voor de tweede voorlopige vaststelling aangeleverde jaarstaat 2009, volgt in de eerste maanden van 2011 de definitieve vaststelling 2007. Het verschil tussen de tweede voorlopige vaststelling en de definitieve vaststelling bestaat uit correcties die het CVZ doorvoert op basis van de review door de NZa op de jaarstaat 2009.

In de huidige Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2007 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. Het nieuw ingevoegde hoofdstuk IIIa beschrijft dat het CVZ zich voor deze tweede voorlopige vaststelling baseert op de jaarstaat 2009, zoals die per 1 juli 2010 door de zorgverzekeraars is aangeleverd. De berekening die leidt tot de tweede voorlopige vaststelling is in grote lijnen gelijk aan de berekening zoals die oorspronkelijk was weergegeven in hoofdstuk IV over de definitieve vaststelling. Bij de definitieve vaststelling zal het CVZ nu uitgaan van de tweede voorlopige vaststelling met inachtneming van de NZa correcties. In hoofdstuk VII over de betalingen aan de zorgverzekeraars, zijn de artikelen 31 tot en met 33 aangepast om het betaalmoment en de renteberekening voor de tweede voorlopige vaststelling een plaats te geven.

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