



Tweede wijziging Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2008

29 augustus 2011

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 29 augustus 2011 besloten:

ARTIKEL I

De Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2008 wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1 wordt als volgt gewijzigd:

1. Onderdeel e. morbiditeitsrisicoklasse tot en met onderdeel i worden geletterd f. morbiditeitsklasse tot en met j.
2. Onder vervanging van de punt aan het slot van het nieuwe onderdeel j door een puntkomma wordt een nieuw onderdeel toegevoegd luidende:

k. *BSN*: burgerservicenummer.

B

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 22a. Algemene bepaling

1. Het college betreft de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast, het uitstroombestand 2009 en het bestand met verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN 2008 bij de verzekerdenaantallen.
2. Het college herberekent het normatieve bedrag voor de tweede maal voorlopig rekening houdend met de opgave hoge kosten verevening 2008, de lasten 2008 uit de opgave jaarstaat 2010, het opbrengstresultaat 2008 en de correcties die de NZa heeft toegepast.

Artikel 22b. Bepaling van de verzekerdenaantallen 2008 voor de zorgverzekeraars

1. Het college baseert zich op het persoonskenmerkenbestand 2008, het uitstroombestand 2008, het uitstroombestand 2009 en het persoonskenmerkenbestand 2009. Indien gegevens ontbreken, maakt het college tevens gebruik van het persoonskenmerkenbestand 2007. Het persoonskenmerkenbestand 2008 bestaat uit de gepseudonimiseerde opgaven van de zorgverzekeraars van de verzekerden op 1 juni 2008 naar geslacht, geboortemaand en geboortjaar, viercijferige postcode en gepseudonimiseerd adres. Het uitstroombestand 2008 is een aanvulling op het persoonskenmerkenbestand, waarin de zorgverzekeraar de persoonskenmerken opgeeft van verzekerden die in 2008 zijn uitgestroomd.
2. Voor de vaststelling van het aantal verzekerden 2008 en de verzekeringsduur per verzekerde met een geverifieerd BSN per zorgverzekeraar baseert het college zich op het Referentiebestand verzekerden Zorgverzekeringswet van SA-Z. Wanneer een verzekerde gedurende een bepaalde periode in 2008 bij meerdere zorgverzekeraars tegelijkertijd is ingeschreven, verdeelt het college die periode voor het vaststellen van de verzekeringsduur naar rato van het aantal



zorgverzekeraars waar de verzekerde gedurende die periode ingeschreven is geweest.

3. Voor de vaststelling van de verzekerdenaantallen naar risicoklasse leeftijd en geslacht 2008, naar regioklasse 2008 en naar de verzekerden aantallen van 18 jaar en ouder 2008, baseert het college zich op de in het eerste lid genoemde bestanden.
4. Voor de vaststelling van de aard van het inkomenklasse baseert het college zich voor de zelfstandigen op de gepseudonimiseerde opgave van de Belastingdienst en voor de overige inkomstenbronnen op de gepseudonimiseerde opgave van het UWV. Voor de opgave van het UWV of de Belastingdienst naar inkomensbron in het jaar 2008, bedoeld in de vorige volzin, hanteert het college de peildatum 30 juni 2008. Indien de opgave van het UWV betreffende een gemeente onvoldoende gegevens bevat, maakt het college voor verzekerden uit die gemeente indien mogelijk gebruik van de gegevens zoals bekend uit 2007, met als peildatum 30 juni 2007. Het college hanteert per verzekerde voor de gepseudonimiseerde opgave van de Belastingdienst dezelfde peildatum als gebruikt voor de opgave van het UWV. Voor de sociaal economische statusklasse betreft het college voor het inkomen de opgave van de Belastingdienst over 2008 bij de verzekerdenaantallen. Indien een verzekerde niet is opgenomen in de opgave voor 2008, maakt het college gebruik van de opgave voor 2007. Indien een verzekerde niet is opgenomen in de opgave voor 2007, maakt het college gebruik van de opgave voor 2006.
5. Het college bepaalt voor elke verzekerde uit de bestanden in het eerste lid in welke klasse een verzekerde valt voor de criteria leeftijd, geslacht, aard van het inkomen, regio, GGZ-regio, éénpersoonsadres en sociaal economische status. Het college bepaalt de leeftijd op basis van de geboortemaand en het geboortjaar op peildatum 30 juni 2008.
6. Vervolgens bepaalt het college per zorgverzekeraar het aantal verzekerden naar leeftijd en geslacht 2008.
7. Voor de tweede voorlopige vaststelling van de bijdrage aan een zorgverzekeraar bepaalt het college het aantal verzekerden per FKG 2008 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. Op basis daarvan bepaalt het college het aantal verzekerden 2007 per FKG 2008 dat in 2007 voldoet aan het bepaalde in artikel 4.
 - b. Het college bepaalt per zorgverzekeraar de rechtstreeks aan een zorgverzekeraar toe te wijzen verzekerden 2007 in 2008 per FKG 2008 met behulp van een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde BSN, de in het eerste lid genoemde bestanden en de opgave van de zorgverzekeraar genoemd onder a.
 - c. Het college splitst per zorgverzekeraar het aantal verzekerden zonder FKG 1 t/m 20 2008 in een verzekerden aantal FKG 2008 onbekend en een verzekerden aantal FKG 2008 0. Het verzekerden aantal FKG onbekend bestaat uit verzekerden met een woonadres in het buitenland en waarvoor de zorgverzekeraar geen informatie heeft over farmaciedeclaraties.
 - d. Het college bepaalt de gewichten voor alle FKG 2008-onbekend op 0,00.
 - e. Tot slot worden de verzekerdenaantallen 2008 per FKG 2008 over de verzekerden gesommeerd.
8. Voor de tweede voorlopige vaststelling van de bijdrage aan een zorgverzekeraar bepaalt het college het aantal verzekerden per DKG 2008 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 2008 volgens de indeling in artikel 4, vierde lid.
 - b. Het college bepaalt per zorgverzekeraar de rechtstreeks aan een zorgverzekeraar toe te wijzen verzekerden 2007 in 2008 per DKG 2008 met behulp van een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde BSN, de in het eerste lid genoemde bestanden 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 2008 onbekend en een verzekerdenaantal DKG 2008 0. Het verzekerdenaantal DKG 2008 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 2008 onbekend op 0,00.
 - e. Tot slot worden per zorgverzekeraar de verzekerdenaantallen 2008 per DKG 2008 gesommeerd.
9. Het college bepaalt met behulp van opgaven van de Belastingdienst en het UWV, het referentiebestand van SA-Z over 2008 en de opgaven van de zorgverzekeraars over de verzekerden naar persoonskenmerken uit het eerste lid, de aantallen verzekerden per aard van het



inkomenklasse 2008 en sociaal economische klasse 2008.

10. Het college bepaalt met behulp van het referentiebestand van SA-Z en de opgaven van de zorgverzekeraars over de verzekerden naar viercijferige postcode van het adres waar de verzekerde woonachtig is, de aantallen verzekerden naar regioklasse 2008, naar GGZ regioklasse 2008 en naar éénpersoonshuishouden.
11. Het bestand verzekerden zonder BSN 2008 en verzekerden zonder geverifieerd BSN 2008 bevat per verzekerde de verzekerde periode, de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand en geboortjaar en viercijferige postcode. Voor de vaststelling van het aantal verzekerden en de verzekeringsduur per verzekerde zonder een BSN per zorgverzekeraar en de vaststelling van de verzekeringsduur per verzekerde zonder een geverifieerd BSN per zorgverzekeraar, baseert het college zich op het bestand verzekerden zonder BSN 2008 en verzekerden zonder geverifieerd BSN 2008. Het college deelt verzekerden zonder BSN respectievelijk verzekerden zonder geverifieerd BSN uitsluitend in bij de vereveningskenmerken leeftijd en geslacht en regio.

Artikel 22c. De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2008

1. Het college hanteert bij de tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2008 als uitgangspunten:
 - a. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per risicoklasse 2008 naar leeftijd en geslacht, zoals vermeld in bijlage 24 van deze beleidsregels;
 - b. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per FKG 0 t/m 20 2008, zoals vermeld in bijlage 25 van deze beleidsregels;
 - c. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per DKG 0 t/m 13 2008, zoals vermeld in bijlage 26 van deze beleidsregels;
 - d. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2008, zoals vermeld in bijlage 27 van deze beleidsregels;
 - e. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per regioklasse 2008, zoals vermeld in bijlage 28 van deze beleidsregels;
 - f. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2008, genoemd in bijlage 29 van deze beleidsregels.
2. Het college bepaalt de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2008 met inachtneming van de artikelen 3.7, 3.8 en 3.9, van de Regeling zorgverzekering.
3. Het college herberekent het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2008 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 2008 door de som van de totale variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2008 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 2008 van alle verzekeraars, zoals berekend in het derde lid.
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 2008 en rondt 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 2008 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 2008 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per FKG 2008 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 2008 worden per zorgverzekeraar per overeenkomstige DKG 2008 vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2008 per DKG 2008. 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 2008 worden per zorgverzekeraar per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2008 per aard van het inkomenklasse 2008. 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 2008, worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per regioklasse 2008 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het negende lid.
11. De in het vijfde lid herberekende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2008, worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2008 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tiende lid.
12. Het college past een hoge kostencompensatie toe overeenkomstig artikel 3.13 van de Regeling zorgverzekering en verrekent dit met het resultaat van het elfde lid.
13. Vervolgens calculeert het college per zorgverzekeraar 50 procent na op het verschil tussen de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, verkregen in het tweede lid en het resultaat van het twaalfde lid.
14. Het resultaat van het dertiende lid wordt aangeduid als het tweede voorlopige herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2008.
15. Voor de toepassing van artikel 3.9, elfde lid van de Regeling zorgverzekering trekt het college van het definitieve herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2008 af de kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2008, zoals bepaald in het tweede lid.
16. Indien het in het vijftiende lid bepaalde bedrag groter is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2008 maal 20 euro, dan trekt het college 90 procent van het meerdere af van het tweede voorlopige herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2008.
17. Indien het in het vijftiende lid bepaalde bedrag kleiner is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2007 maal -20 euro, dan voegt het college 90 procent van het verschil toe aan het tweede voorlopige herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2008.

Artikel 22d. De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2008

1. Het college bepaalt per zorgverzekeraar overeenkomstig de artikelen 3.7, 3.8 en 3.10, van de Regeling zorgverzekering, de vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2008.
2. Het college herberekent het tweede voorlopige deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2008 per zorgverzekeraar als volgt:
 - a. De vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2007 worden per zorgverzekeraar gedeeld door het aantal verzekerden 2008, vastgesteld met toepassing van artikel 22b, eerste en derde lid. Dit vormt het herberekende zorgverzekeraarspecifieke bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde 2008.
 - b. Het in onderdeel a opnieuw berekende zorgverzekeraarspecifieke bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde 2008 wordt vermenigvuldigd met het totaal aantal verzekerden 2008 per zorgverzekeraar.



3. Het college calculeert per zorgverzekeraar 100 procent na op het verschil tussen de kosten vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2008, verkregen in het eerste lid, en het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging, verkregen in het tweede lid.
4. Het resultaat van het derde lid wordt aangeduid als het tweede voorlopige herberekende deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2008.

Artikel 22e. De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2008

1. Het college bepaalt per zorgverzekeraar en voor het totaal van de zorgverzekeraars overeenkomstig artikel 3.7, 3.8 en 3.11 van de Regeling zorgverzekering, de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2008.
2. Het college herberekent op grond van de uitkomsten van artikel 22b het normatieve bedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2008 voor het totaal van alle verzekerden 2008 van alle zorgverzekeraars op de wijze zoals beschreven in artikel 10, eerste tot en met het zevende lid. Daarna calculeert het college per zorgverzekeraar 100 procent na op het verschil tussen de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2008, verkregen in het eerste lid en het resultaat van het tweede lid.
3. Het resultaat van het derde lid wordt aangeduid als het tweede voorlopige herberekende deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2008.

Artikel 22f. De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties 2008

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 2008 naar leeftijd en geslacht, zoals vermeld in bijlage 30 van deze beleidsregels;
 - b. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per FKG 2008, zoals vermeld in bijlage 31 van deze beleidsregels;
 - c. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per DKG 2008, zoals vermeld in bijlage 32 van deze beleidsregels;
 - d. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2008, zoals vermeld in bijlage 33 van deze beleidsregels;
 - e. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per regioklasse 2008, zoals vermeld in bijlage 34 van deze beleidsregels;
 - f. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2008, genoemd in bijlage 35 van deze beleidsregels.
2. Het college bepaalt de kosten van overige prestaties 2008 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 2008 voor het totaal van alle verzekerden 2008 van alle zorgverzekeraars op de wijze zoals beschreven in artikel 11, gebruik makend van de gewichten uit het eerste lid.
4. Het college herberekent de schalingsfactor kosten van overige prestaties 2008 door de som van de kosten van overige prestaties 2008 van alle zorgverzekeraars, zoals bepaald in het tweede lid, te delen door het normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2008 voor het totaal van alle verzekerden 2008 van alle zorgverzekeraars, als berekend in het derde lid.
5. Het college herberekent alle gewichten uit het eerste lid door deze te vermenigvuldigen met de herberekende schalingsfactor overige prestaties 2008, en deze vervolgens af te ronden op twee decimalen.
6. De herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde 2008 worden per overeenkomstige risicoklasse naar leeftijd en geslacht vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2008 per risicoklasse 2008 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
7. De herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per FKG 2008 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2008 per FKG 2008 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 2008 worden per overeenkomstige DKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2008 per DKG 2008 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 2008 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2008 per aard van het inkomenklasse 2008 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het achtste lid.
10. De herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per regioklasse 2008 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2008 per regioklasse 2008 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het negende lid.
11. De herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2008, worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2008 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tiende lid.
12. Het college past een hoge kostencompensatie toe overeenkomstig artikel 3.13 van de Regeling zorgverzekering en verrekent dit met het resultaat van het elfde lid.
13. Het resultaat van het twaalfde lid wordt aangeduid als het tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties 2008.

Artikel 22g. De tweede voorlopige herberekening van de opbrengst van het normatieve eigen risico 2008

1. Uitgangspunt voor de tweede voorlopige herberekening van de opbrengst van het normatieve eigen risico is de opgave van de verzekerdenaantallen van de zorgverzekeraar van 1 juni 2008.
2. Het college herberekent op de wijze zoals beschreven in artikel 12 de normatieve eigen risico opbrengst 2008 op basis van de werkelijke verzekerdenaantallen 2008.

Artikel 22h. De tweede voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2008 en de tweede voorlopige herberekening en tweede voorlopige vaststelling van de bijdrage 2008

1. Het college herberekent het normatieve bedrag 2008 voor de tweede maal voorlopig als de som van het tweede voorlopige herberekende deelbedrag 2008 variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2008 na toepassing van artikel 3.9, elfde lid van de Regeling zorgverzekering, het tweede voorlopige herberekende deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2008, het tweede voorlopig herberekende deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2008 en het tweede voorlopig herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties 2008.
2. Het college bepaalt de opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de verzekerden van 18 jaar en ouder 2008 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2008.
3. Het college vermindert het resultaat van het tweede lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in zijn jaarverslag 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 herberekent voor de tweede maal voorlopig 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 in 2008 te vermenigvuldigen met 50 euro.
5. Het college herberekent de bijdrage 2008 voor de tweede maal voorlopig door de som van het herberekende normatieve bedrag 2008 bedoeld in het eerste lid en de aanvulling voor



uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar bedoeld in het vierde lid te verminderen met de voor de tweede maal voorlopig herberekende normatieve eigen risico opbrengst bedoeld in artikel 22g en de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in het derde lid.

6. Het college stelt de bijdrage 2008 voor de tweede maal voorlopig vast ter hoogte van de in het vorige lid berekende bijdrage.

C

Artikel 23 komt te luiden:

Artikel 23. 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 2008 uit de opgave jaarstaat 2010 per 1 juni 2011.

D

Artikel 24 komt te luiden:

Artikel 24. De definitieve herberekening van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2008

Het college herberekent definitief het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2008 overeenkomstig artikel 22c, met inachtneming van artikel 23.

E

Artikel 25 komt te luiden:

Artikel 25. De definitieve herberekening van het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2008

Het college herberekent definitief het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2007 overeenkomstig artikel 22d, met inachtneming van artikel 23.

F

Artikel 26 komt te luiden:

Artikel 26. De definitieve herberekening van het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2008

Het college herberekent definitief het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2008 overeenkomstig artikel 22e, met inachtneming van artikel 23.

G

Artikel 27 komt te luiden:

Artikel 27. De definitieve herberekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties 2008

Het college herberekent definitief het deelbedrag kosten van overige prestaties 2008 overeenkomstig artikel 22f, met inachtneming van artikel 23.

H

Aan artikel 32 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 2008 ingevorderde boetes vast, overeenkomstig de opgave van de zorgverzekeraars in de jaarstaat 2008 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 22h,



zesde lid, voor de tweede maal voorlopig vastgestelde bijdrage.

I

Artikel 35 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 34. 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 34. Het college verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de definitief te betalen termijnen.
5. 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. Na het vijfde lid 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.

J

Artikel 36 wordt als volgt gewijzigd:

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

K

Artikel 37 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 35, vierde lid, berekent het college rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 34, 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 2008.

Deze beleidsregels zullen met toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

*Wvd. Voorzitter Raad van Bestuur,
A. Boer.*

Goedgekeurd door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij brief van 7 september 2011, kenmerk Z/F-3079948.



TOELICHTING

Vanaf vereveningsjaar 2006 past het College voor zorgverzekeringen (CVZ) een nieuw schadebegrip toe in de risicoverevening. Om die reden 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 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 2008 pas na 31 december 2009 indienen, vormt de achtergrond van de introductie van dit nieuwe schadebegrip in de jaarstaat. Als gevolg van het nieuwe schadebegrip worden alle declaraties over 2008 die tot en met 31 december 2010 door de zorgverzekeraars zijn ontvangen, betrokken bij het bijdragejaar 2008. 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 2011. Zorgverzekeraars kunnen dan voor de premievaststelling voor 2012 alvast beschikken over een zo volledig mogelijk beeld van de uitkomsten van het risicovereveningsmodel 2008. Na een review van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op de door de zorgverzekeraars voor de tweede voorlopige vaststelling aangeleverde lasten 2008 in de jaarstaat 2010, volgt in de eerste maanden van 2012 de definitieve vaststelling 2008. 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 lasten 2008 in de jaarstaat 2010.

In de onderhavige Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2008 was 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 lasten 2008 in de jaarstaat 2010, zoals die per 1 juni 2011 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 35 tot en met 37 aangepast om het betaalmoment en de renteberekening voor de tweede voorlopige vaststelling een plaats te geven.

De zorgverzekeraar ontvangt in beginsel uitsluitend een vereveningsbijdrage voor verzekerden in jaar t mét een geverifieerd BSN, die uiterlijk op 1 juni t+1 waren opgenomen in het 'Referentiebestand verzekerden Zorgverzekeringswet' (RBVZ). Voor de vereveningsjaren 2006 tot en met 2008 heeft de zorgverzekeraar niet tot 1 juni t+1 maar nog een jaar extra de tijd gekregen om een (geverifieerd) BSN te verkrijgen en de verzekerde aan te melden in het RBVZ.

Er is een uitermate sterk verband tussen het bezitten van een BSN en de verzekeringsplichtigheid ingevolge de Zvw. Op grond van artikel 86 Zorgverzekeringswet neemt de zorgverzekeraar het BSN van zijn verzekerden in zijn administratie op. Bovendien moet een verzekerde op grond van artikel 4 van de Zorgverzekeringswet het BSN aan de zorgverzekeraar aanleveren. Als een verzekerde bij een verzoek om zorgverzekering geen BSN kan overleggen is de zorgverzekeraar verplicht om zich extra in te spannen om de verzekeringsplicht vast te stellen en om het BSN alsnog te verkrijgen van de verzekerde. Als er wel een BSN is dan is de zorgverzekeraar verplicht om dit BSN te verifiëren. De zorgverzekeraar mag het BSN uitsluitend gebruiken als hij zich ervan heeft vergewist dat het BSN betrekking heeft op de persoon wiens persoonsgegevens hij verwerkt.

In uitzonderingssituaties waarin de zorgverzekeraar wel de verzekeringsplicht heeft vastgesteld en hij heeft gemotiveerd waarom hij toch op 1 juni t+1 (voor 2008: 1 juli t+2) van een verzekerde in jaar t nog niet over een (geverifieerd) BSN beschikt, kan de zorgverzekeraar de betreffende verzekerde opnemen in het bestand 'Verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN'.

Van een uitzondering *kan* bijvoorbeeld sprake zijn in de volgende situaties: een beschermd getuige; baby's die kort geleefd hebben; in het buitenland geboren, verzekeringsplichtige gezinsleden (kinderen) van naar het buitenland uitgezonden ambtenaren of van in het buitenland gedetacheerde, verzekeringsplichtige werknemers; verzekeringsplichtige gezinsleden van in Nederland gedetacheerde werknemers. En bij niet-ingezetenen die tijdelijk in Nederland werken *kan* het bij kortdurende dienstverbanden en dus ook een korte inschrijfduur voorkomen dat het BSN niet tijdig is verkregen of geverifieerd.

Als er sprake is van een uitzonderingssituatie betreft het CVZ die verzekerden alsnog bij de risicoverevening, zij het met een bijdrage die uitsluitend is gebaseerd op de kenmerken leeftijd, geslacht en regio. Zorgverzekeraars zijn hiervan al op de hoogte omdat het CVZ dit in het Handboek zorgverzekeraars informatie Zorgverzekeringswet eerder al uitgebreid heeft toegelicht.

*Wvd. Voorzitter Raad van Bestuur,
A. Boer.*