



Tweede wijziging Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2009

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 6 augustus 2012 besloten:

ARTIKEL I

De Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2009 wordt als volgt gewijzigd:

A

Artikel 1 wordt als volgt gewijzigd:

1. Onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel n door een puntkomma worden de volgende onderdelen toegevoegd:

- o. *VPPKB*: Verzekerde Periode en Persoonskenmerken Bestand; een bestand dat bestaat uit de opgave van de zorgverzekeraar van verzekerden mét een geverifieerd gepseudonimiseerd burgerservicenummer dat per geverifieerd gepseudonimiseerd burgerservicenummer de verzekerde periode, de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand en geboortejaar, viercijferige postcode en gepseudonimiseerd adres bevat en de opgave van de zorgverzekeraar van verzekerden zonder een geverifieerd burgerservicenummer en verzekerden zonder burgerservicenummer dat per verzekerde de verzekerde periode, de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand en geboortejaar en viercijferige postcode bevat;
- p. *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 24a. Algemene bepaling

1. Het college betreft de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast, het VPPKB 2010, het bestand verzekerden 2009 met bevestigd E106 formulier en het bestand met verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN 2009 bij de verzekerdenaantallen.
2. Het college herberekent het normatieve bedrag voor de tweede maal voorlopig rekening houdend met de opgave hogekostencompensatie 2009, de lasten 2009 uit de opgave jaarstaat 2011, het opbrengstresultaat 2009 en de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast.

Artikel 24b. Bepaling van de verzekerdenaantallen 2009 voor de zorgverzekeraars

1. De zorgverzekeraars leveren het persoonskenmerkenbestand 2009 op 1 juli 2009 bij het CVZ aan. De peildatum van de opgave is de datum van nominale premieprolongatie voor de maand juni 2009. In aanvulling op het persoonskenmerkenbestand 2009 maakt het college gebruik van het uitstroombestand 2009 en het VPPKB 2010, zoals zorgverzekeraars dat op 1 juli 2010 respectievelijk 1 juli 2011 bij het college hebben aangeleverd. Tevens maakt het college gebruik van het bestand verzekerden 2009 met bevestigd E106 formulier zoals zorgverzekeraars dat op 1 juli 2010 bij het college hebben aangeleverd.
2. Voor de vaststelling van het aantal verzekerden 2009 en de verzekeringsduur per verzekerde



met een geverifieerd BSN per zorgverzekeraar baseert het college zich op het Referentiebestand verzekerden Zorgverzekeringswet (RBVZ) van SA-Zorg. Wanneer een verzekerde gedurende een bepaalde periode in 2009 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 vereveningskenmerken per verzekerde naar risicoklasse leeftijd en geslacht 2009, naar regioklasse 2009 en naar de verzekerdenaantallen van 18 jaar en ouder 2009, baseert het college zich op de in het eerste lid genoemde bestanden. Indien gegevens ontbreken, maakt het college tevens gebruik van de gegevens uit het persoonskenmerkenbestand 2008 of 2010.
4. Voor de vaststelling van de aard van het inkomenklasse en de sociaal economische statusklasse baseert het college zich op de gepseudonimiseerde opgave van het UWV of de Belastingdienst naar inkomensbron in het jaar 2009. Voor de opgave van het UWV of de Belastingdienst, bedoeld in de vorige volzin, hanteert het CVZ de peildatum 30 juni 2009. Indien de opgave van het UWV betreffende een gemeente onvoldoende gegevens bevat, maakt het college voor verzekerden uit die gemeenten indien mogelijk gebruik van de gegevens zoals bekend uit 2008, met als peildatum 30 juni 2008. 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 2009 bij de verzekerdenaantallen. Indien een verzekerde niet is opgenomen in de opgave voor 2009, maakt het college gebruik van de opgave voor 2008. Indien een verzekerde niet is opgenomen in de opgave voor 2008, maakt het college gebruik van de opgave voor 2007.
5. Het college bepaalt voor elke verzekerde uit het RBVZ 2009 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 2009.
6. Vervolgens bepaalt het college per zorgverzekeraar het aantal verzekerden naar leeftijd en geslacht 2009.
7. Voor de tweede voorlopige vaststelling van de bijdrage aan een zorgverzekeraar bepaalt het college het aantal verzekerden per FKG 2009 per zorgverzekeraar als volgt:
 - a. Uitgangspunt is de opgave van 1 juni 2009 van alle declaraties farmaceutische hulp 2008 van de zorgverzekeraar aan het college. Op basis daarvan bepaalt het college het aantal verzekerden 2008 per FKG 2009 dat in 2008 voldoet aan het bepaalde in artikel 4.
 - b. Het college bepaalt per zorgverzekeraar de rechtstreeks aan een zorgverzekeraar toe te wijzen verzekerden 2008 in 2009 per FKG 2009 met behulp van een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde BSN, het RBVZ 2009 en de opgave van de zorgverzekeraar genoemd onder a.
 - c. Het college splitst per zorgverzekeraar het aantal verzekerden zonder FKG 1 t/m 20 2009 in een verzekerdenaantal FKG 2009 onbekend en een verzekerdenaantal FKG 2009 0. Het verzekerdenaantal FKG onbekend bestaat uit verzekerden die in het buitenland wonen zoals gedefinieerd in artikel 1, onder n.
 - d. Het college bepaalt de gewichten voor alle FKG 2009-onbekend op 0,00.
 - e. Tot slot worden de verzekerdenaantallen 2009 per FKG 2009 over de verzekerden gesommeerd. Hierbij telt de verzekerde 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 2009 per zorgverzekeraar als volgt:
 - a. Uitgangspunt is de opgave van de zorgverzekeraar per 1 juni 2010 van de declaraties van alle DBC's die in 2008 geopend zijn. Op basis daarvan bepaalt het college het aantal verzekerden per DKG 2009 volgens de indeling in artikel 4, vijfde lid.
 - b. Het college bepaalt per zorgverzekeraar de rechtstreeks aan een zorgverzekeraar toe te wijzen verzekerden 2008 in 2009 per DKG 2009 met behulp van een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer, het RBVZ 2009 en de opgave van de zorgverzekeraar genoemd onder a.
 - c. Het college splitst per zorgverzekeraar het aantal verzekerden zonder DKG 1 t/m 13 2009 in een verzekerdenaantal DKG 2009 onbekend en een verzekerdenaantal DKG 2009 0. Het verzekerdenaantal DKG 2009 onbekend bestaat uit verzekerden die in het buitenland wonen zoals gedefinieerd in artikel 1, onder n.
 - d. Het college bepaalt het gewicht DKG 2009 onbekend op 0,00.



- e. Tot slot worden per zorgverzekeraar de verzekerdenaantallen 2009 per DKG 2009 opgeteld. Hierbij telt de verzekerde mee voor de verzekeringsduur zoals vastgesteld in het tweede lid.
9. Het college bepaalt met behulp van opgaven van de Belastingdienst en het UWV, het RBVZ over 2009 en de verzekerdenopgaven van de zorgverzekeraars de aantallen verzekerden per aard van het inkomenklasse 2009 en sociaal economische statusklasse 2009. Hierbij telt de verzekerde mee voor de verzekeringsduur zoals vastgesteld in het tweede lid.
10. Het college bepaalt met behulp van de opgaven van de zorgverzekeraars naar viercijferige postcode van het adres waar de verzekerde woonachtig is en het gepseudonimiseerd adres, de aantallen verzekerden naar regioklasse 2009, naar GGZ regioklasse 2009 en naar éénpersoons-huishouden. Hierbij telt de verzekerde mee voor de verzekeringsduur zoals vastgesteld in het tweede lid.
11. Het bestand verzekerden zonder BSN 2009 en verzekerden zonder geverifieerd BSN 2009 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 2009 en verzekerden zonder geverifieerd BSN 2009. Het college deelt verzekerden zonder BSN respectievelijk verzekerden zonder geverifieerd BSN uitsluitend in bij de vereveningskenmerken leeftijd en geslacht en regio.

Artikel 24c. De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van B-dbc's 2009

1. Het college hanteert bij de tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van B-dbc's 2009 als uitgangspunten:
 - a. de gewichten kosten van B-dbc's 2009 naar leeftijd en geslacht, zoals vermeld in bijlage 30 van deze beleidsregels;
 - b. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per FKG 0 t/m 20 2009, zoals vermeld in bijlage 31 van deze beleidsregels;
 - c. de gewichten variabele kosten van B-dbc's per verzekerde per DKG 0 t/m 13 2009, zoals vermeld in bijlage 32 van deze beleidsregels;
 - d. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2009, zoals vermeld in bijlage 33 van deze beleidsregels;
 - e. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per regioklasse 2009, zoals vermeld in bijlage 34 van deze beleidsregels;
 - f. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2009, genoemd in bijlage 35 van deze beleidsregels.
2. Het college bepaalt de kosten van B-dbc's 2009 met inachtneming van de artikelen 3.11 en 3.12 van de Regeling zorgverzekering.
3. Het college herberekent het deelbedrag kosten van B-dbc's 2009 voor het totaal van alle verzekerden van alle zorgverzekeraars 2009 op de wijze zoals beschreven in artikel 8, gebruik makend van de gewichten uit het eerste lid.
4. Het college herberekent de schalingsfactor kosten van B-dbc's 2009 door de som van de totale kosten van B-dbc's 2009 van alle zorgverzekeraars, zoals bepaald in het tweede lid, te delen door het herberekende normatieve deelbedrag kosten van B-dbc's voor het totaal van alle verzekerden 2009 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 kosten van B-dbc's 2009 en rondt deze af op twee decimalen.
6. Het college vermenigvuldigt de in het vijfde lid herberekende gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2009 met de aantallen verzekerden per overeenkomstige risicoklasse per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
7. De in het vijfde lid herberekende gewichten kosten van B-dbc's 2009 per verzekerde worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 per FKG 2009 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 kosten van B-dbc's per verzekerde worden per



overeenkomstige DKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 per DKG 2009 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zevende lid.

9. De in het vijfde lid herberekende gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2009 worden per zorgverzekeraar per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 per aard van het inkomenklasse 2009. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het achtste lid.
10. De in het vijfde lid herberekende gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per regioklasse 2009 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per regioklasse 2009 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 kosten van B-dbc's per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2009 worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2009 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tiende lid.
12. Het college past een hogekostencompensatie 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 15 procent na op het verschil tussen de kosten van B-dbc's, verkregen in het tweede lid en het resultaat van het twaalfde lid en verrekent dit met het resultaat van het twaalfde lid.
14. Het resultaat van het dertiende lid wordt aangeduid als het tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van B-dbc's 2009.
15. Voor de toepassing van artikel 3.16 van de Regeling zorgverzekering trekt het college van het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van B-dbc's 2009 af de kosten van B-dbc's 2009, zoals bepaald in het tweede lid.

Artikel 24d. De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009

1. Het college hanteert bij de tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009 als uitgangspunten:
 - a. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per risicoklasse 2009 naar leeftijd en geslacht, zoals vermeld in bijlage 36 van deze beleidsregels;
 - b. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per FKG 0 t/m 20 2009, zoals vermeld in bijlage 37 van deze beleidsregels;
 - c. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per DKG 0 t/m 13 2009, zoals vermeld in bijlage 38 van deze beleidsregels;
 - d. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2009, zoals vermeld in bijlage 39 van deze beleidsregels;
 - e. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per regioklasse 2009, zoals vermeld in bijlage 40 van deze beleidsregels;
 - f. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2009, genoemd in bijlage 41 van deze beleidsregels.
2. Het college bepaalt de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009 met inachtneming van de artikelen 3.11, 3.12 en 3.15 van de Regeling zorgverzekering.
3. Het college herberekent het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009 voor het totaal van alle verzekerden van alle zorgverzekeraars 2009 op de wijze zoals beschreven in artikel 9, gebruik makend van de gewichten uit het eerste lid.
4. Het college herberekent de schalingsfactor variabele kosten van ziekenhuisverpleging en



kosten van specialistische hulp 2009 door de som van de totale variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009 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 2009 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 2009. Het college rondt de herberekende gewichten 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 2009 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 2009 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 per FKG 2009 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 2009 worden per zorgverzekeraar per overeenkomstige DKG 2009 vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 per DKG 2009. 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 2009 worden per zorgverzekeraar per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 per aard van het inkomenklasse 2009. 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 2009, worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per regioklasse 2009 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 2009, worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2009 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tiende lid.
12. Het college past een hogekostencompensatie 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 40 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 en verrekent dit met 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 2009.
15. Voor de toepassing van artikel 3.16 van de Regeling zorgverzekering trekt het college van het tweede voorlopige herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009 af de kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009, zoals bepaald in het tweede lid.

Artikel 24e. De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2009

1. Het college bepaalt per zorgverzekeraar overeenkomstig de artikelen 3.11, 3.12 en 3.17 van de



Regeling zorgverzekering, de vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2009.

2. Het college herberekent het voorlopig deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2009 per zorgverzekeraar als volgt:
 - a. De vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2008 worden per zorgverzekeraar gedeeld door het aantal verzekerden 2008. Dit vormt het herberekende zorgverzekeraarspecifieke bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde 2008.
 - b. Het in onderdeel a herberekende zorgverzekeraarspecifieke bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde 2008 wordt vermenigvuldigd met het totaal aantal verzekerden 2009 per zorgverzekeraar.
3. Het college calculeert per zorgverzekeraar 100 procent na op het verschil tussen de kosten vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2009, 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 2009.

Artikel 24f. De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2009

1. Het college bepaalt per zorgverzekeraar en voor het totaal van de zorgverzekeraars overeenkomstig de artikelen 3.11 en 3.12 van de Regeling zorgverzekering, de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2009.
2. Het college herberekent op grond van de uitkomsten van artikel 24b het normatieve bedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2009 voor het totaal van alle verzekerden 2009 van alle zorgverzekeraars op de wijze zoals beschreven in artikel 11, 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 2009, verkregen in het eerste lid en het resultaat van het tweede lid.
3. Het resultaat van het tweede lid wordt aangeduid als het tweede voorlopige herberekende deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2009.

Artikel 24g. De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties 2009

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 2009 naar leeftijd en geslacht, zoals vermeld in bijlage 42 van deze beleidsregels;
 - b. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per FKG 2009, zoals vermeld in bijlage 43 van deze beleidsregels;
 - c. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per DKG 2009, zoals vermeld in bijlage 44 van deze beleidsregels;
 - d. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2009, zoals vermeld in bijlage 45 van deze beleidsregels;
 - e. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per regioklasse 2009, zoals vermeld in bijlage 46 van deze beleidsregels;
 - f. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2009, genoemd in bijlage 47 van deze beleidsregels.
2. Het college bepaalt de kosten van overige prestaties 2009 met inachtneming van de artikelen 3.11 en 3.12 van de Regeling zorgverzekering.
3. Het college herberekent het normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2009 voor het totaal van alle verzekerden 2009 van alle zorgverzekeraars op de wijze zoals beschreven in artikel 12, gebruik makend van de gewichten uit het eerste lid.
4. Het college herberekent de schalingsfactor kosten van overige prestaties 2009 door de som van de kosten van overige prestaties 2009 van alle zorgverzekeraars, zoals bepaald in het tweede lid, te delen door het normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2009 voor het totaal van alle verzekerden 2009 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 2009, en deze vervolgens af te ronden op twee decimalen.

6. De herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde 2009 worden per overeenkomstige risicoklasse naar leeftijd en geslacht vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 per risicoklasse 2009 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
7. De herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per FKG 2009 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 per FKG 2009 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 2009 worden per overeenkomstige DKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 per DKG 2009 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 2009 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 per aard van het inkomenklasse 2009 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 2009 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 per regioklasse 2009 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 2009, worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2009 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tiende lid.
12. Het college past een hogekostencompensatie 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 2009.

Artikel 24h. De tweede voorlopige herberekening van de opbrengst van het normatieve eigen risico 2009

1. Uitgangspunt voor de herberekening van de opbrengst van het normatieve eigen risico zijn de opgaven, bedoeld in artikel 24b, tweede lid van de verzekerdenaantallen van de zorgverzekeraar.
2. Het college herberekent op de wijze zoals beschreven in artikel 13 de normatieve eigen risico opbrengst 2009 op basis van de werkelijke verzekerden aantallen 2009 van 18 jaar en ouder zoals berekend in artikel 24b.
3. In afwijking van het tweede lid bepaalt het college op basis van de opgave jaarstaat 2009 per 1 juni 2010 de gedeerde inkomsten voor verzekerden van 18 jaar en ouder voor wie als gevolg van de toepasselijkheid van artikel 24 van de Zorgverzekeringswet geen nominale premies worden ontvangen.

Artikel 24i. De tweede voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2009 en de tweede voorlopige herberekening en tweede voorlopige vaststelling van de bijdrage 2009

1. Het college herberekent het normatieve bedrag 2009 voor de tweede maal voorlopig als de som van het tweede voorlopige deelbedrag B-dbc's 2009, het tweede voorlopige deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009, het tweede voorlopige deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2009, het tweede voorlopige deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2009 en het tweede voorlopige deelbedrag kosten van overige prestaties 2009.



2. Voor de toepassing van artikel 3.16 van de Regeling zorgverzekering berekent het college de som van het bedrag bepaald in artikel 24c, vijftiende lid en het bedrag bepaald in artikel 24d, vijftiende lid.
3.
 - a. Indien de in het tweede lid berekende som groter is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2009 maal 22,50 euro, dan trekt het college 90 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2009 uit het eerste lid.
 - b. Indien de in het tweede lid berekende som kleiner is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2009 maal -22,50 euro, dan voegt het college 90 procent van het verschil toe aan het normatieve bedrag 2009 uit het eerste lid.
4. Het college bepaalt de opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de verzekerden van 18 jaar en ouder 2009 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2009.
5. Het college vermindert het resultaat van het vierde lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar heeft verantwoord in de jaarstaat 2009 zoals die is aangeleverd op 1 juni 2010 als gedeerde inkomsten voor verzekerden van 18 jaar en ouder waarvoor als gevolg van de toepasselijkheid van artikel 24 Zorgverzekeringswet geen nominale premies worden ontvangen.
6. 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 2009 te vermenigvuldigen met 50 euro.
7. Het college herberekent de bijdrage 2009 voor de tweede maal voorlopig door de som van het herberekende normatieve bedrag 2009 bedoeld in het eerste lid en de aanvulling voor uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar bedoeld in het zesde lid, te verminderen met de voor de tweede maal voorlopig herberekende normatieve eigen risico opbrengst bedoeld in artikel 24h en de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in het vijfde lid.
8. Het college stelt de bijdrage 2009 voor de tweede maal voorlopig vast ter hoogte van de in het vorige lid berekende bijdrage.

C

Artikel 25 komt te luiden:

Artikel 25. 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 2009 uit de opgave jaarstaat 2011 per 1 juni 2012.

D

Artikel 26 komt te luiden:

Artikel 26. De definitieve herberekening van het deelbedrag kosten van B-dbc's 2009

Het college herberekent definitief het deelbedrag kosten van B-dbc's 2009 overeenkomstig artikel 24c, met inachtneming van artikel 25.

E

Artikel 27 komt te luiden:

Artikel 27. De definitieve herberekening van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009

Het college herberekent definitief het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009 overeenkomstig artikel 24d, met inachtneming van artikel 25.

F

Artikel 28 komt te luiden:



Artikel 28. De definitieve herberekening van het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2009

Het college herberekent definitief het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2009 overeenkomstig artikel 24e, met inachtneming van artikel 25.

G

Artikel 29 komt te luiden:

Artikel 29. De definitieve herberekening van het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2009

Het college herberekent definitief het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2009 overeenkomstig artikel 24f, met inachtneming van artikel 25.

H

Artikel 30 komt te luiden:

Artikel 30. De definitieve herberekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties 2009

Het college herberekent definitief het deelbedrag kosten van overige prestaties 2009 overeenkomstig artikel 24g, met inachtneming van artikel 25.

I

Artikel 31 komt te luiden:

Artikel 31. De definitieve herberekening van de normatieve eigen risico opbrengst 2009

Het college herberekent definitief de normatieve eigen risico opbrengst 2009 overeenkomstig artikel 24h, met inachtneming van artikel 25.

J

Artikel 38 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, herzielt het college de te betalen termijnen voor de derde keer overeenkomstig artikel 37. 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 37. 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.

K

Artikel 39 wordt als volgt gewijzigd:

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



L

Artikel 40 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 zesde lid tot en met negende lid een nieuw vierde en vijfde lid ingevoegd die luiden 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.
 5. Het college deelt het bedrag dat de zorgverzekeraar heeft terugbetaald op grond van artikel 38, zesde lid voor de renteberekening naar rato toe aan de eerste dag van de maand waarin is terugbetaald en de eerste dag van de daaropvolgende maand, waarbij het uitgangspunt is de dag van terugbetaling.

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 2009.

Deze beleidsregels zullen met toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

*Voorzitter Raad van Bestuur,
A. Moerkamp.*

Goedgekeurd door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij brief van 17 september 2012, kenmerk Z-3130730



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 t pas na 31 december $t+1$ indienen, vormt de achtergrond van de introductie van dit nieuwe schadebegrip in de jaarstaat. Als gevolg van het nieuwe schadebegrip worden alle declaraties over 2009 die tot en met 31 december 2011 door de zorgverzekeraars zijn ontvangen, betrokken bij het bijdragejaar 2009. 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 2012. Zorgverzekeraars kunnen dan voor de premievaststelling voor 2013 alvast beschikken over een zo volledig mogelijk beeld van de uitkomsten van het risicovereveningsmodel 2009. Na een review van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) op de door de zorgverzekeraars voor de tweede voorlopige vaststelling aangeleverde lasten 2009 in de jaarstaat 2011, volgt op 1 april 2013 de definitieve vaststelling 2009. 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 2009 in de jaarstaat 2011.

In de onderhavige Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2009 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 2009 in de jaarstaat 2011, zoals die per 1 juni 2012 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 38 tot en met 40 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). 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 $t+1$ 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.



Artikelsgewijs

Artikel I

A

Vanaf het vereveningsjaar 2010 maakt het CVZ voor de vaststelling van de bijdrage gebruik van het 'Verzekerde Periode en Persoonskenmerken Bestand'. Dit bestand vervangt vanaf vereveningsjaar 2010 het RBVZ, het uitstroombestand, het bestand 'verzekerden met bevestigd E106 formulier' en het bestand verzekerden zonder (geverifieerd) BSN.

Voor de tweede voorlopige vaststelling 2009 maakt het CVZ in aanvulling op het uitstroombestand 2009 gebruik van het VPPKB 2010. Aan de Beleidsregels wordt in artikel 1 de definitie van het VPPKB toegevoegd.

B

In aanvulling op het PKB 2009 heeft het CVZ het bestand 'verzekerden 2009 met bevestigd E106 formulier' uitgevraagd. Dit staat vermeld in artikel 24a.

*Voorzitter Raad van Bestuur,
A. Moerkamp.*