

Regeling Beleidsregels Vereveningsbijdrage Zorgverzekering 2008

Het College voor zorgverzekeringen, Gelet op de artikelen 32, 33 en 34 van de Zorgverzekeringswet en Hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering en Hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering;

Gelezen de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 27 september 2007 Z/F-2800819;

Heeft in zijn vergadering van 1 oktober 2007 besloten:

Hoofdstuk I. Algemene Bepalingen

Artikel 1. Definities

Deze regeling verstaat onder:

- a. college: Het College voor zorgverzekeringen;
- b. risicoklasse naar leeftijd en geslacht: Een vijfjaarsklasse, verdeeld naar geslacht, overeenkomstig tabel B4.1 van Bijlage 4, tabel B5.1 van Bijlage 5, tabel 6.1 van Bijlage 6 en tabel 7.1 van Bijlage 7 van de Regeling zorgverzekering;
- c. aard van het inkomenklasse: Een klasse gebaseerd op de aard van het inkomen en de leeftijd van een verzekerde, overeenkomstig tabel B4.4 van Bijlage 4, tabel B5.4 van Bijlage 5, tabel 6.4 van Bijlage 6 en tabel 7.2 van Bijlage 7 van de Regeling zorgverzekering;
- d. regioklasse: Een klasse gebaseerd op de postcode van het adres waar een verzekerde woonachtig is overeenkomstig tabel B4.5 van Bijlage 4, tabel 6.5 van Bijlage 6 en tabel 7.3 van Bijlage 7 van de Regeling zorgverzekering, waarin de indeling regioklasse voor de deelbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp en overige prestaties is weergegeven;
- e. GGZ-regioklasse: Een klasse gebaseerd op de postcode van het adres waar een verzekerde woonachtig is overeenkomstig tabel B5.2 van Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering, waarin de indeling regioklasse voor het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg is weergegeven;
- e. morbiditeitsrisicoklasse: Een vijftienjaarsklasse per geslacht, gebaseerd op morbiditeitsrisico, te rekenen vanaf nul tot en met vierenzeventig jaar en vijfenzeventig jaar en ouder;
- f. zwaarte: Het deel waarvoor de verzekerde meetelt in het totaal van een betreffende klasse;
- g. sociaal economische status-klasse: Een klasse gebaseerd op het inkomen per adres, waarbij onderscheid wordt gemaakt in 3 leeftijds categorieën;
- h. eenpersoonsadres: Een klasse gebaseerd op het onderscheid tussen één bewoner per adres of meerdere bewoners per adres voor zover het adres in Nederland is.
- i. macro verzekerden-raming: Een raming van het aantal verzekerden op macroniveau op basis van de opgave van de zorgverzekeraars en trends van het CBS naar aantal inwoners in Nederland.

Artikel 2. Zorgverzekeraars

Het college gaat bij de verdeling van de macro-deelbedragen 2008 en de berekening van de normatieve bedragen en de bijdragen ervan uit dat alle zorgverzekeraars die gedurende 2007 actief zijn geweest ook in 2008 als zorgverzekeraar actief zullen zijn, tenzij zij voor 1 augustus 2007 aan het college hebben aangegeven dat zulks niet het geval zal zijn.

Artikel 3. Samenloop van criteria aard van het inkomen

Voor de indeling in de aard van het inkomenklasse deelt het college een verzekerde, die onder meerdere criteria valt in te delen, in op basis van de hierna genoemde volgorde:

1. 0 tot en met 14 jaar of 65 jaar en ouder;
2. arbeidsongeschikten;
3. bijstandsgerechtigden;
4. WW, ANW (AWW) en overige uitkeringsgerechtigden;
5. zelfstandigen, voor zover zij niet ook inkomsten uit arbeid in loondienst hebben ontvangen;
6. referentiegroep aard van het inkomen, alle verzekerden omvattend die niet zijn ingedeeld onder 1 tot en met 5.

Artikel 4. Indeling in FKG's 2008 en DKG's 2008

1. Het college baseert de indeling in FKG's 2008 op bijlage 8 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 27 september 2007 (kenmerk Z/F-2800819).

2. Bij de bepaling van de FKG's zijn de volgende farmaceutische middelen uitgesloten:
 - a. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als niet voor vergoeding in aanmerking komend op grond van artikel 2.8 Besluit zorgverzekering;
 - b. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als kliniekverpakkingen;

c. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als grond- en hulpstoffen.

3. Wanneer er sprake is van samenloop voor FKG's wijst het college alle toepasselijke FKG's toe. Hierop wordt de samenloop bij FKG's Diabetes I, Diabetes IIa, Diabetes IIb, Cholesterol en Hypertensie uitgezonderd. In dat geval stelt het college aan de hand van de tabel in bijlage 2 bij deze regeling vast welke FKG's het college aan een verzekerde toewijst.

4. Bij de bepaling van de DKG's baseert het college de indeling in DKG's 2007 op bijlage 9, bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 27 september 2007 (kenmerk Z/F-2800819).

Artikel 5. Indeling in regioklasse 2008
Wanneer van een verzekerde geen geldige Nederlandse postcode bekend is – ondanks inspanningen van de zorgverzekeraar deze te administreren – zal het college als gewicht van de regioklasse en GGZ-regioklasse de waarde nul hanteren.

Artikel 6
Het college past de regels die in het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering zijn gesteld met betrekking tot de toekenning en vaststelling van de bijdragen aan de zorgverzekeraars voor het jaar 2008 toe met inachtneming van het bepaalde in deze regeling.

Hoofdstuk II. Toekenning van de bijdrage 2008 aan de zorgverzekeraar

Artikel 7. Raming van de ex ante verzekerdenaantallen 2008 voor de zorgverzekeraars

1. Het persoonskenmerkenbestand 2007 bestaat uit de gepseudonimiseerde opgaven van de zorgverzekeraars van de verzekerden op 1 juni 2007 naar geslacht, leeftijd en viercijferige postcode.

2. Het college baseert zich bij de raming van de verzekerdenaantallen naar risicoklasse leeftijd en geslacht 2008, naar regioklasse 2008, naar GGZ-regioklasse en naar de verzekerden aantallen van 18 jaar en ouder 2008, op het persoonskenmerkenbestand 2007.

3. Voor de vaststelling van de aard van het inkomenklasse baseert het college zich op de gepseudonimiseerde opgave van het UWV of de Belastingdienst naar inkomenbron in het jaar 2006.

4. Voor de vaststelling van de sociaal economische status klasse baseert het college zich op de gepseudonimiseerde opgave van de Belastingdienst over het jaar 2004 en 2005.

5. Het college bepaalt voor elke verzekerde uit het persoonskenmerkenbestand 2007 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 stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.

6. Het college bepaalt per verzekerde de zwaarte per FKG 2008 verder als volgt:
a. Uitgangspunt is de opgave per 1 juni 2007 van alle declaraties farmaceutische hulp 2006 van de zorgverzekeraar aan het college.

b. Het college bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer tussen de opgave onder a en het persoonskenmerkenbestand 2007 per verzekerde in welke FKG klasse de verzekerde valt. De verzekerde krijgt een zwaarte van 1 voor de betreffende klasse.

c. Vervolgens past het college per verzekerde per FKG 2008 een ophoogfactor toe voor de geraamde prevalentieontwikkeling, die gelijk wordt gesteld aan de prevalentieontwikkeling 2005–2006, zoals weergegeven in bijlage 1 van deze beleidsregels. Indien de ophoogfactor 1,x bedraagt krijgt de verzekerde een zwaarte van 1,x voor de betreffende klasse.

7. Het college bepaalt per verzekerde de zwaarte per DKG 2008 verder als volgt:
a. Uitgangspunt is de opgave van de zorgverzekeraar per 1 juni 2007 van de declaraties van alle DBC's die in 2005 geopend zijn.

b. Het college bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer tussen de opgave onder a en het persoonskenmerkenbestand 2007 per verzekerde in welke DKG 1t/m13 2008 de verzekerde valt. De verzekerde krijgt een zwaarte van 1 voor de betreffende klasse.

c. Vervolgens past het college per verzekerde per DKG 1t/m13 2008 een ophoogfactor 1,y toe voor ontbrekende gegevens. Bij een ophoogfactor van 1,y krijgt de verzekerde een zwaarte van 1,y voor de betreffende klasse.

d. Als een verzekerde niet in een DKG 1t/m13 valt, deelt het college deze verzekerde per zorgverzekeraar in bij DKG 0. Deze verzekerde krijgt de zwaarte 1 voor zover het college geen zorgverkeersspecifieke bijraming heeft gedaan.

8. Vervolgens past het college per risicoklasse naar leeftijd en geslacht, FKG klasse, DKG klasse, aard van het inkomenklasse, regioklasse, GGZ-regioklasse, eenpersoonsadres klasse en sociaal economische status klasse een ophoogfactor toe, zodanig dat opschaling plaatsvindt naar de macro verzekerdenraming voor 2008. Bij een ophoogfactor van 1,z krijgt de verzekerde per verdeelcriterium een zwaarte die gelijk is aan het product van 1,z en de zwaarte van de betreffende klasse.

9. Tenslotte bepaalt het college het aantal verzekerden 2008 per zorgverzekeraar per risicoklasse, FKG klasse, DKG klasse, aard van het inkomenklasse,

regioklasse, GGZ regioklasse, eenpersoonsadres klasse en sociaal economische status klasse de zwaarten door zoals bepaald in het achtste lid per risicoklasse, FKG klasse, DKG klasse, aard van het inkomenklasse, regioklasse, GGZ regioklasse, eenpersoonsadresklasse en sociaal economische status klasse bij elkaar op te tellen.

10. Het college bepaalt per zorgverzekeraar het aantal verzekerden met FKG Psychische aandoeningen voor het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg overeenkomstig de berekening van de psychische FKG 2008 uit het zesde lid en het negende lid. Het aantal verzekerden 2008 per zorgverzekeraar voor het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg met een FKG 0 bepaalt het college door het geraamde totaal aantal verzekerden 2008 per zorgverzekeraar te verminderen met het aantal verzekerden 2008 met een FKG Psychische aandoeningen.

11. Het college bepaalt per zorgverzekeraar het aantal verzekerden voor de normatieve eigen risico opbrengst als volgt:

a. Het college bepaalt per zorgverzekeraar op basis van het persoonskenmerkenbestand 2007, artikel 2 en artikel 5 het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2008 met een FKG 1t/m 20 2008;
b. Het college bepaalt het aantal verzekerden per zorgverzekeraar van 18 jaar en ouder zonder een FKG 1 t/m 20. Per verzekerde bepaalt het college op basis van het zesde en het negende lid welke zwaarte deze verzekerde heeft voor de risicoklasse naar leeftijd en geslacht, aard van inkomenklasse en regioklasse;
c. Vervolgens bepaalt het college per zorgverzekeraar het totaal aantal verzekerden 2008 per risicoklasse naar leeftijd en geslacht, aard van het inkomenklasse en regioklasse door de zwaarten per risicoklasse naar leeftijd en geslacht, inkomenklasse en regioklasse bij elkaar op te tellen.

Artikel 8. De verdeling van het macrodeelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en de berekening van de normatieve bedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp ten behoeve van de zorgverzekeraars

Voor de verdeling van het macrodeelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp hanteert het college de volgende gewichten als uitgangspunten:
1. a. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per risicoklasse 2008 naar leeftijd en geslacht, genoemd in bijlage 3 van deze beleidsregels;
b. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van spe-

cialistische hulp per verzekerde per FKG 0 t/m 20 2008, genoemd in bijlage 4 van deze beleidsregels;

c. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van d. specialistische hulp per verzekerde per DKG 0 t/m 13 2008, genoemd in bijlage 5 van deze beleidsregels;

d. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2008, genoemd in bijlage 6 van deze beleidsregels;

e. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per regioklasse 2008, genoemd in bijlage 7 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 8 van deze beleidsregels.

2. Het college vermenigvuldigt de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per risicoklasse 2008 per overeenkomstige risicoklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per risicoklasse 2008. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.

3. Het college vermenigvuldigt de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per FKG 2008 per overeenkomstige FKG met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per FKG 2008. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tweede lid.

4. Het college vermenigvuldigt de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per DKG 2008 per overeenkomstige DKG met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per DKG 2008. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het derde lid.

5. Het college vermenigvuldigt de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2008 per overeenkomstige aard van het inkomenklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per aard van het inkomenklasse 2008. Het college sommeert de uitkomsten per zorgverzekeraar en voegt deze toe aan het resultaat van het vierde lid.

6. Het college vermenigvuldigt de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per regioklasse 2008 per overeenkomstige regioklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per regioklasse 2008.

De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vijfde lid.

7. Het college vermenigvuldigt de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2008 per overeenkomstige sociaal economische statusklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2008. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zesde lid.

8. Het resultaat van het zevende lid wordt aangeduid als het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2008.

Artikel 9. De verdeling van het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging en de berekening van de normatieve bedragen vaste kosten van ziekenhuisverpleging ten behoeve van de zorgverzekeraars

1. Het college bepaalt het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2008 met de volgende berekening:

a. Het college berekent de gemiddelde totale kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde per zorgverzekeraar in 2006 op basis van gegevens uit het financieel verslag 2006 en de jaarstaat 2006 van de zorgverzekeraar.

b. Per zorgverzekeraar vermenigvuldigt het college de geraamde aantallen verzekerden 2008 met het berekende bedrag in onderdeel a.

c. Vervolgens berekent het college de landelijke vaste kostenfactor 2008 door het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2008 te delen door de som over alle zorgverzekeraars van het resultaat onder b.

d. Het college vermenigvuldigt het in onderdeel a berekende bedrag per zorgverzekeraar met de in onderdeel c berekende landelijke vaste kostenfactor 2008 en rondt het resultaat af op 2 decimalen. Dit resultaat wordt aangeduid als het zorgverzekeraarspecifieke bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2008.

2. Indien het gemiddelde aantal verzekerden van een zorgverzekeraar in 2006 minder dan 10.000 bedraagt, wordt voor de zorgverzekeraars bij de berekening bedoeld in het eerste lid uitgegaan van de kosten van ziekenhuisverpleging 2006 van alle zorgverzekeraars. Deze werkwijze wordt ook gevolgd wanneer de zorgverzekeraar geen juiste of geen volledige opgave over 2006 aan het college heeft gedaan of wanneer een opgave niet mogelijk is.

3. Het college berekent per zorgverzekeraar het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2008 door het zorgverzekeraarspecifieke bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging per

geraamde verzekerde 2008 te vermenigvuldigen met het totaal aantal geraamde verzekerden 2008.

4. Het resultaat van het derde lid wordt aangeduid als het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2008.

Artikel 10. De verdeling van het macro-deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de berekening van de normatieve bedragen van de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg ten behoeve van de zorgverzekeraars

1. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg hanteert het college als uitgangspunten:

a. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per risicoklasse 2008 naar leeftijd en geslacht, genoemd in bijlage 9 van deze beleidsregels;

b. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde naar FKG's psychische aandoeningen 2008, genoemd in bijlage 10 van deze beleidsregels;

c. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2008, genoemd in bijlage 11 van deze beleidsregels;

d. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per GGZ-regioklasse 2008, genoemd in bijlage 12 van deze beleidsregels;

e. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2008, genoemd in bijlage 13 van deze beleidsregels;

f. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per eenpersoonsadres 2008, genoemd in bijlage 14 van deze beleidsregels.

2. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per risicoklasse 2008 naar leeftijd en geslacht worden per overeenkomstige risicoklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per risicoklasse 2008. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.

3. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per FKG psychische aandoeningen 2008 worden per overeenkomstige klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per klasse 2008. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het tweede lid.

4. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2008 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per aard van het inkomen-

klasse 2008. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het derde lid.

5. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per GGZ-regioklasse 2008 worden per overeenkomstige GGZ-regioklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per GGZ-regioklasse 2008. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vierde lid.

6. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2008 worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2008. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vijfde lid.

Artikel 11. De verdeling van het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties en de berekening van de normatieve bedragen kosten van overige prestaties ten behoeve van de zorgverzekeraars

1. Voor de verdeling van het macro-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, genoemd in bijlage 15 van deze beleidsregels;
- b. De gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per FKG 2008, genoemd in bijlage 16 van deze beleidsregels;
- c. De gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per DKG 2008, genoemd in bijlage 17 van deze beleidsregels;
- d. De gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2008, genoemd in bijlage 18 van deze beleidsregels;
- e. De gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per regioklasse 2008, genoemd in bijlage 19 van deze beleidsregels.
- f. De gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2008, genoemd in bijlage 20 van deze beleidsregels.

2. De gewichten kosten van de totale overige prestaties per verzekerde per risicoklasse 2008 worden per overeenkomstige risicoklasse naar leeftijd en geslacht vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per risicoklasse 2008. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.

3. De gewichten kosten van de totale overige prestaties per verzekerde per FKG 2008 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per FKG 2008. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tweede lid.

4. De gewichten kosten van de totale overige prestaties per verzekerde per DKG 2008 worden per overeenkomstige DKG vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per DKG 2008. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het derde lid.

5. De gewichten kosten van de totale overige prestaties per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2008 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per aard van het inkomenklasse 2008. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vierde lid.

6. De gewichten kosten van de totale overige prestaties per verzekerde per regioklasse 2008 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per regioklasse 2008. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vijfde lid.

7. De gewichten kosten van de totale overige prestaties per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2008 worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2008. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zesde lid.

8. Het resultaat van het zevende lid wordt aangeduid als deelbedrag kosten van overige prestaties 2008.

9. Het college kan ter voorlichting aan de zorgverzekeraars ook deelbedragen per afzonderlijke overige prestaties berekenen overeenkomstig de leden 2 tot 8.

Artikel 12. De raming van de normatieve eigen risico opbrengst

1. Voor de raming van de normatieve eigen risico opbrengst voor verzekerden zonder een FKG 1t/m20 hanteert het college als uitgangspunten:

a. de gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2008, genoemd in bijlage 21 van deze beleidsregels;

b. de gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2008, genoemd in bijlage 22 van deze beleidsregels;

c. de gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per regioklasse 2008, genoemd in bijlage 23 van deze beleidsregels;

2. De gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per risicoklasse 2008 naar leeftijd en geslacht worden per overeenkomstige risicoklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder zonder een FKG 1t/m20, zoals bepaald in artikel 7, elfde lid, onder b. De uitkomsten worden per risicoklasse 2008 per zorgverzekeraar gesommeerd.

3. De gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2008 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per aard van het inkomenklasse 2008, zoals bepaald in artikel 7, elfde lid, onder b. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tweede lid.

4. De gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per regioklasse 2008 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per regioklasse 2008, zoals bepaald in artikel 7, elfde lid, onder b. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het derde lid.

5. Per zorgverzekeraar vermenigvuldigt het college het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder met een FKG 1t/m20, zoals bepaald in artikel 7, elfde lid, onder a, met een bedrag van 150 euro per verzekerde. Dit is de geraamde normatieve eigen risico opbrengst 2008 voor verzekerden met een FKG 1t/m20.

6. De totale raming van de normatieve eigen risico opbrengst per zorgverzekeraar is de som van het resultaat van het vierde en het vijfde lid.

Artikel 13. De berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar, en de berekening en toekenning van de bijdrage aan een zorgverzekeraar

1. Het college stelt het normatieve bedrag 2008 van een zorgverzekeraar vast als de som van het volgens dit hoofdstuk berekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2008, het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2008, het deelbedrag

geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en het deelbedrag kosten van overige prestaties 2008.

2. Het college raamt de opbrengst 2008 van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de geraamde aantallen 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 een percentage van 0,15782% vanwege de geraamde gedeelde 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 bijdrage 2008 aan een zorgverzekeraar door op het normatieve bedrag 2008 de geraamde normatieve eigen risico opbrengst 2008 en de volgens het tweede lid en derde lid geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie 2008 in mindering te brengen.
5. Het college berekent de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar 2008. Deze uitkering bedraagt het aantal geraamde verzekerden jonger dan 18 jaar, vermenigvuldigd met 50 euro.
6. Het college kent de bijdrage 2008 ter hoogte van de bijdrage berekend in het vierde lid, aangevuld met het bedrag berekend in het vijfde lid, aan de zorgverzekeraar toe.

Artikel 14. Herberekeningen als gevolg van splitsingen

Indien een zorgverzekeraar na de toekenning van de bijdrage 2008 besluit zich te splitsen, dient de zorgverzekeraar aan het college mee te delen hoe naar zijn verwachting de geraamde verzekerdenaantallen 2008 verdeeld zullen worden, over nieuwe dan wel bestaande zorgverzekeraars. Het college kan de toegekende bijdrage herzien en de bijdragen aan nieuwe dan wel bestaande zorgverzekeraars toekennen, een en ander rekening houdend met de meege-deelde geraamde verzekerdenaantallen en het tijdstip waarop de splitsing wordt gerealiseerd.

Artikel 15. De herberekening en herziening van de toegekende bijdrage 2008

1. Het college herberekent de toekenning van de bijdrage op basis van de werkelijke verzekerdenaantallen 2008 naar leeftijd en geslacht, volgens de opgave van de zorgverzekeraars per 1 maart 2008. Bij de herberekening gaat het college voor de overige criteria uit van de relatieve prevalenties uit de ex ante raming 2008.
2. Het college herzielt de op grond van artikel 13, zesde lid, toegekende bijdrage.

Hoofdstuk III. De voorlopige vaststelling van de bijdrage aan een zorgverzekeraar

Artikel 16. Algemene bepalingen

1. Het persoonskenmerkenbestand 2008 bestaat uit de gepseudonimiseerde opgaven van de zorgverzekeraars van de verzekerdenaantallen op 1 juni 2008 naar geslacht, leeftijd en viercijferige postcode.
2. Het college herberekent de verzekerdenaantallen naar risicoklasse en het normatieve bedrag voorlopig op basis van het financieel verslag 2008 en de jaarstaat 2008 van de zorgverzekeraars. Voor de verzekerdenaantallen naar risicoklasse leeftijd en geslacht 2008, naar regioklasse 2008 en naar de verzekerdenaantallen van 18 jaar en ouder 2008, baseert het college zich op de gepseudonimiseerde opgaven van de zorgverzekeraars van de verzekerdenaantallen op 1 juni 2008 naar geslacht, leeftijd en viercijferige postcode.
3. Voor de vaststelling van de verzekeringsduur per verzekerde per zorgverzekeraar baseert het college zich op het Referentiebestand verzekerden Zorgverzekeringswet van SA-Zorg. Wanneer een verzekerde gedurende een bepaalde periode in 2008 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.
4. Voor de vaststelling van de aard van het inkomenklasse en de sociaal economische klasse baseert het college zich op de gepseudonimiseerde opgave van het UWV of de Belastingdienst naar inkomensbron in het jaar 2007.
5. Het college bepaalt voor elke verzekerde uit het persoonskenmerkenbestand in welke klasse een verzekerde valt voor de criteria leeftijd, geslacht, aard van het inkomen, regio, GGZ-regio, éénpersoonsadres en sociaal economische status in welke klasse de verzekerde valt.
6. Vervolgens bepaalt het college per zorgverzekeraar het aantal verzekerden naar leeftijd en geslacht 2008.
7. Voor de 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 2009 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 burgerservicenummer, het

persoonskenmerkenbestand 2008 en de opgave van de zorgverzekeraar genoemd onder a.

- c. Het college splitst per zorgverzekeraar het aantal verzekerden zonder FKG 1t/m20 2008 in een verzekerdenaantal FKG 2008 onbekend en een verzekerdenaantal FKG 2008 0. Het verzekerdenaantal 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 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 2008 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 burgerservicenummer, het persoonskenmerkenbestand 2008 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.

9. Het college bepaalt met behulp van opgaven van de Belastingdienst en het UWV, het referentiebestand van SA-Zorg over 2008 en de verzekerdenopgaven van de zorgverzekeraars de aantallen verzekerden per aard van het inkomenklasse 2008 en sociaal economische klasse 2008.

10. Het college bepaalt met behulp van het referentiebestand SA-Zorg en de opgave van de zorgverzekeraars over de verzekerden naar viercijferige postcode van het adres waar de verzekerde woonachtig is, de aantallen verzekerden naar regioklasse 2008, naar GGZ regioklasse 2008 en naar éénpersoonshuishouden.

Artikel 17. De voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2008

1. Het college bepaalt per zorgverzekeraar en voor het totaal van de zorgverzekeraars 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.

2. Het college herberekent op basis van de uitkomsten verkregen na toepassing van artikel 16 het normatieve bedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2008 voor het totaal van alle verzekerden 2008 van alle zorgverzekeraars op de wijze zoals beschreven in artikel 8, eerste tot en met achtste lid.

3. Het college berekent de schalingsfactor variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2008 door de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2008, bepaald in het eerste lid, te sommeren over alle verzekeraars en deze te delen door het in het tweede lid herberekende normatieve bedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp voor het totaal van alle verzekerden 2008 van alle zorgverzekeraars.

4. Het college herberekent alle gewichten uit artikel 8 door deze te vermenigvuldigen met de schalingsfactor variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2008, en deze vervolgens af te ronden op twee decimalen.

5. Het college vermenigvuldigt de in het vierde lid herberekende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2008 met de aantallen verzekerden per overeenkomstige risicoklasse 2008 per zorgverzekeraar. Het college sommeert de uitkomsten per zorgverzekeraar.

6. De in het vierde lid herberekende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per FKG 2008 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2007 per FKG 2008 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vijfde lid.

7. De in het vierde lid herberekende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per DKG 2008 worden per overeenkomstige DKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2007 per DKG 2008 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zesde lid.

8. De in het vierde lid herberekende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 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 zevende lid.

9. De in het vierde 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 achtste lid.

10. De in het vierde lid herberekende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde bij 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 negende lid.

11. Het college calculeert per zorgverzekeraar 50 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 tiende lid.

12. Het resultaat van het elfde lid wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2008.

13. a. Voor de toepassing van artikel 3.9, elfde lid, van de Regeling zorgverzekering trekt het college van het voorlopige 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 eerste lid.

b. Indien het in onderdeel a bepaalde bedrag groter is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2008 maal 40 euro, dan trekt het college 90 procent van het meerdere af van het voorlopig herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2008.

c. Indien het in onderdeel a bepaalde bedrag kleiner is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2008 maal 40 euro, dan voegt het college 90 procent van het verschil toe aan het voorlopig herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2008.

Artikel 18. De 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 voorlopig 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 16, 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 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 voorlopige herberekende deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2008.

Artikel 19. De 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 16 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 voorlopige herberekende deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2008.

Artikel 20. De voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties 2008

1. Het college bepaalt de kosten van overige prestaties 2008 met inachtneming van de artikelen 3.6, 3.7, 3.8 en 3.12, van de Regeling zorgverzekering.

2. Het college berekent 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, eerste tot en met het zevende lid.

3. Het college berekent de schalingsfactor kosten van overige prestaties 2008 door de som van de in het eerste lid bepaalde kosten van overige prestaties 2008 van alle zorgverzekeraars te delen door het in het tweede lid herberekende normatieve bedrag kosten van overige prestaties voor alle verzekerden 2008 van alle zorgverzekeraars.

4. Het college herberekent alle gewichten uit artikel 11 door deze te vermenigvuldigen met de schalingsfactor kosten van overige prestaties 2008, en deze vervolgens af te ronden op twee decimalen.

5. De in het vierde lid herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde 2008 naar leeftijd en geslacht worden per overeenkomstige risicoklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2008 per risicoklasse per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.

6. De in het vierde lid 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 vijfde lid.

7. De in het vierde lid 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 zesde lid.

8. De in het vierde lid 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 zevende lid.

9. De in het vierde lid 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 achtste lid.

10. De in het vierde lid herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde bij 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 negende lid.

11. Het resultaat van het tiende lid wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties 2007.

Artikel 21. De voorlopige herberekening van de opbrengst van het normatieve eigen risico 2008

1. Uitgangspunt voor de 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 verzekerden aantallen 2008.

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

1. Het college herberekent het normatieve bedrag 2008 voorlopig als de som van het voorlopige herberekende deelbedrag 2008 variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2008 na toepassing van artikel 3.9, twaalfde lid van de Regeling zorgverzekering, het voorlopige herberekende deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2008, het voorlopig herberekende deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2008 en het 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 gedeerde inkomsten voor verzekerden van 18 jaar en ouder waarvoor als gevolg van de toepasselijkheid van artikel 24 Zorgverzekeringwet geen nominale premies worden ontvangen.

4. Het college herberekent 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 voorlopig door de som van het herberekende normatieve bedrag 2008 bedoeld in het eerste lid en de aanvulling voor uitvoeringskosten van verze-

kerden jonger dan 18 jaar bedoeld in het vierde lid te verminderen met de voorlopig herberekende normatieve eigen risico opbrengst bedoeld in artikel 21 en de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in het derde lid.

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

Hoofdstuk IV. De vaststelling van de bijdrage 2008 aan een zorgverzekeraar

Artikel 23. Algemene bepaling

Het college herberekent het normatieve bedrag definitief rekening houdend met de maatschappelijke verantwoording 2008. De posten verrekening oude jaren uit de maatschappelijke verantwoording 2009 en de opgave hoge kosten verevening 2008 worden bij de definitieve herberekening betrokken, evenals de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast.

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

1. Het college hanteert bij de definitieve herberekening van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2008 als uitgangspunten:

- 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;
- 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;
- 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;
- 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;
- de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per regioklasse 2008, zoals vermeld in bijlage 28 van deze beleidsregels;
- 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 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 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 3.12 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 definitief herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2008.

15. a. 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.

b. Indien het in onderdeel a bepaalde bedrag groter is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2008 maal 40 euro, dan trekt het college 90 procent van het meerdere af van het definitieve herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2008.

c. Indien het in onderdeel a bepaalde bedrag kleiner is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2007 maal – 40 euro, dan voegt het college 90 procent van het verschil toe aan het definitieve herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2008.

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

Het college herberekent definitief het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2008 overeenkomstig artikel 18, met inachtneming van artikel 23.

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

Het college herberekent definitief het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2008 overeenkomstig artikel 19, met inachtneming van artikel 23.

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

1. Voor de definitieve herberekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties hanteert het college als uitgangspunten:

- de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per risicoklasse 2008 naar leeftijd en geslacht, zoals vermeld in bijlage 30 van deze beleidsregels;
- de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per FKG 2008, zoals vermeld in bijlage 31 van deze beleidsregels;
- de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per DKG 2008, zoals vermeld in bijlage 32 van deze beleidsregels;
- de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2008, zoals vermeld in bijlage 33 van deze beleidsregels;
- de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per regioklasse 2008, zoals vermeld in bijlage 34 van deze beleidsregels;
- 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 3.11 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 definitief herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties 2008.

Artikel 28. De definitieve herberekening van de normatieve eigen risico opbrengst 2008

Het college herberekent definitief de normatieve eigen risico opbrengst 2008 overeenkomstig artikel 12, met inachtneming van artikel 23.

Artikel 29. De definitieve herberekening van het normatieve bedrag 2008 en de definitieve herberekening en de vaststelling van de bijdrage 2008

1. Het college herberekent het normatieve bedrag 2008 definitief als de som van het definitieve deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2008 na toepassing van artikel 3.9, elfde lid van de Regeling zorgverzekering, het definitieve deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2008, het definitieve deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2008 en het definitieve deelbedrag kosten van overige prestaties 2008.

2. Het college bepaalt de definitieve 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 berekent de definitieve 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 2008 te vermenigvuldigen met 50 euro.

5. Het college berekent de bijdrage 2008 definitief door de som van het definitieve 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 definitieve normatieve eigen risico opbrengst bedoeld in artikel 28, en de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in het derde lid.

6. Het college stelt de bijdrage 2008 vast ter hoogte van de in het vorige lid definitief berekende bijdrage.

Hoofdstuk V. De uitkering voor de kosten van prestaties die door het college naar het werkelijk bedrag worden vergoed

Artikel 30

1. Bij gelegenheid van de vaststelling van de bijdrage 2008 als bedoeld in artikel 29 stelt het college per zorgverzekeraar ook de uitkering 2008 vast voor de

kosten die op grond van de Zorgverzekeringswet naar het werkelijke bedrag door het college worden vergoed.

2. In afwachting van de vaststelling van de uitkering 2008 voor de kosten die op grond van de Zorgverzekeringswet naar het werkelijke bedrag door het college worden vergoed, stelt het college bij de voorlopige vaststelling van de bijdrage 2008 bedoeld in artikel 22 ook de voorlopige uitkering 2008 voor de kosten die op grond van de Zorgverzekeringswet naar het werkelijke bedrag door het college worden vergoed, vast.

Hoofdstuk VI. De betalingen aan de zorgverzekeraars

Artikel 31

1. Het college betaalt de zorgverzekeraars de bijdrage, bedoeld in artikel 13, vierde lid, uit. Het college maakt bij de betalingen onderscheid naar de volgende bestanddelen:

- het deel van het normatieve bedrag 2008 dat betrekking heeft op het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2008;
 - het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2008;
 - het deelbedrag overige prestaties 2008;
 - een aftrekpost voor de geraamde normatieve eigen risico opbrengst;
 - een aftrekpost voor de geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie.
2. Het college betaalt de zorgverzekeraars de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar, bedoeld in artikel 12, vijfde lid.
3. Voor de betaling van de kosten, die op grond van de Zorgverzekeringswet naar werkelijke kosten worden vergoed, kan het college ambtshalve een bedrag vaststellen, waarmee de betaling aan de zorgverzekeraars wordt verhoogd.
4. Indien toepassing van onderscheidenlijk het eerste en het tweede lid resulteert in een negatief saldo voor de zorgverzekeraar, schort het CVZ de betalingen aan de zorgverzekeraar op, tot het negatieve saldo is verrekend.

Artikel 32

1. Bij gelegenheid van de voorlopige vaststelling van de bijdrage, bedoeld in artikel 22, zesde lid, stelt het college het volgende vast:

- De hoogte van het bedrag van de door de zorgverzekeraar ingevorderde boetes op grond van artikel 96 Zorgverzekeringswet;
- Het vergoedingsbedrag waar de zorgverzekeraar voor de door hem zelf ingevorderde boetes op grond van artikel 96, zesde lid, Zorgverzekeringswet recht op heeft;
- Het deel van het bedrag bedoeld onder a dat de zorgverzekeraar aan het Zorgverzekeringsfonds moet afdragen;

d. Het deel van het bedrag van de door het college zelf op grond van artikel 96 Zorgverzekeringswet ingevorderde boetes waar de zorgverzekeraar als vergoeding recht op heeft.

2. Het college verrekent de som van de onderdelen c en d uit het eerste lid zo mogelijk met de op grond van artikel 22, zesde lid, voorlopig vastgestelde bijdrage.

3. Indien verrekening, als bedoeld in het tweede lid, niet mogelijk blijkt, vordert het college het door de zorgverzekeraar af te dragen bedrag bij de zorgverzekeraar in, dan wel betaalt het college het door de zorgverzekeraar te ontvangen bedrag, aan de zorgverzekeraar na.

Artikel 33

1. Bij gelegenheid van de voorlopige vaststelling van de bijdrage, bedoeld in artikel 22, zesde lid, stelt het college het bedrag aan compensatie vast volgens artikel 3.16a van de Regeling zorgverzekering, voor iedere verzekerde ten aanzien van wie niet aan de premieplicht, bedoeld in artikel 16 van de Zorgverzekeringswet, is of wordt voldaan. De zorgverzekeraar ontvangt de compensatie onder de voorwaarde dat is voldaan aan het bepaalde in artikel 3.18 van het Besluit zorgverzekering. Bij de voorlopige vaststelling baseert het college zich voor de vaststelling van de compensatie op de voorlopige opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2009 over het aantal wanbetalers in 2008.

2. Het college stelt de compensatie, bedoeld in het eerste lid, als volgt vast:
a. Het college stelt per zorgverzekeraar het totale bedrag aan openstaande premievorderingen vast.

b. Het college berekent het bedrag van de premievordering dat ten laste komt van de zorgverzekeraar zelf door het aantal wanbetalers te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie over 6 maanden.

c. Het college stelt de voorlopige compensatie vast door het bedrag onder b in mindering te brengen op het bedrag onder a.

3. De door de zorgverzekeraars te ontvangen compensatie, bedoeld in het tweede lid, onder c, verrekent het college zo mogelijk met de op grond van artikel 22, zesde lid, voorlopig vastgestelde bijdrage.

4. Bij gelegenheid van de definitieve vaststelling van de bijdrage, bedoeld in artikel 29, zesde lid, stelt het college het bedrag aan compensatie definitief vast overeenkomstig artikel 3.16a van de Regeling zorgverzekering, voor iedere verzekerde ten aanzien van wie niet aan de premieplicht, bedoeld in artikel 16 van de Zorgverzekeringswet, is voldaan. De zorgverzekeraar ontvangt de compensatie onder de voorwaarden dat is voldaan aan het bepaalde in artikel 3.18 van het Besluit zorgverzekering. Bij de definitieve vaststelling baseert het college zich voor de vaststelling van de compensatie op de definitieve opgave over het aantal wanbetalers in 2008, zoals die door de zorgverzekeraar per 1 juni 2010 bij het college moet zijn ingediend.

5. Het college stelt opnieuw de compensatie bedoeld in het vierde lid als volgt vast:

a. Het college stelt per zorgverzekeraar het totale bedrag aan openstaande premievorderingen voor het bijdragejaar 2008 vast.

b. Het college berekent het bedrag van de premievordering dat ten laste komt van de zorgverzekeraar zelf door het aantal wanbetalers te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie over 6 maanden.

c. Het college stelt de definitieve compensatie vast door het bedrag onder b in mindering te brengen op het bedrag onder a.

6. Het college verrekent bij gelegenheid van de definitieve vaststelling van de bijdrage het verschil tussen het bedrag voor compensatie dat bij de voorlopige vaststelling ter compensatie is uitbetaald en het bedrag dat bij de definitieve vaststelling is vastgesteld.

Artikel 34. Betaling

1. Het college bepaalt de som van de bestanddelen genoemd in artikel 31, eerste lid, onder a, eerste lid, onder b, eerste lid, onder c en de uitkering genoemd in artikel 31, tweede lid.

2. Het college deelt het resultaat van artikel 13, zesde lid door het resultaat van het eerste lid.

3. Het college vermenigvuldigt de bestanddelen genoemd in artikel 31, eerste lid, onder a, eerste lid, onder b, eerste lid, onder c en de uitkering bedoeld in artikel 31, tweede lid, met het percentage dat het resultaat is van het tweede lid.

4. De resultaten van het derde lid worden genoemd als volgt:

a. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2008;

b. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2008;

c. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag overige prestaties 2008;

d. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op de uitkering in verband met de uitvoeringskosten van verzekerd jonger dan 18 jaar.

5. Het CVZ betaalt de netto te betalen bedragen berekend in het vierde lid in termijnen op de eerste werkdag van de maand, overeenkomstig onderstaand betalingsschema:

Betalingsschema

Betaalmoment	Bestanddelen betalingen			
	Artikel 34, Lid 4, onder a	Artikel 34 Lid 4, onder b	Artikel 34 Lid 4, onder c	Artikel 34 Lid 4, onder d
Januari 2008		4,1700%		
februari 2008	0,919500%	8,3300%		8,333300%
maart 2008	2,643700%	8,3300%	8,333300%	8,333300%
april 2008	4,367800%	8,3400%	8,333400%	8,333400%
mei 2008	6,092000%	8,3300%	8,333300%	8,333300%
juni 2008	7,643500%	8,3300%	8,333300%	8,333300%
juli 2008	8,333300%	8,3400%	8,333400%	8,333400%
augustus 2008	8,333300%	8,3300%	8,333300%	8,333300%
september 2008	8,333300%	8,3300%	8,333300%	8,333300%
oktober 2008	8,333300%	8,3400%	8,333400%	8,333400%
November 2008	8,333300%	8,3300%	8,333300%	8,333300%
December 2008	8,333300%	8,3300%	8,333300%	8,333300%
januari 2009	8,333300%	7,8200%	8,333400%	8,333400%
februari 2009	7,413900%	6,2500%	8,333300%	
maart 2009	5,689700%	4,1600%		

Bestanddelen betalingen				
Betaalmoment	Artikel 34, Lid 4, onder a	Artikel 34 Lid 4, onder b	Artikel 34 Lid 4, onder c	Artikel 34 Lid 4, onder d
april 2009	3,965600%	2,0900%		
mei 2009	2,241400%	0,5200%		
Juni 2009	0,689800%			

7. Voor een zorgverzekeraar, die zich op grond van artikel 25 Zorgverzekeringswet aanmeldt bij de Nederlandse Zorgautoriteit nadat het College voor zorgverzekeringen de bijdragen voor de zorgverzekeraars heeft toegekend, kan het college voor die zorgverzekeraar afwijken van de vorige leden.

8. Het college kan, indien naar zijn oordeel uit nieuwe informatie blijkt dat de verwachting is dat bij de eerstvolgende herberekening of herziening van de bijdrage, de bijdrage meer dan 5 procent hoger zal zijn dan bij de laatst toegekende of voorlopig vastgestelde bijdrage, afwijken van de vorige leden en de betalingen aan een zorgverzekeraar aanpassen.

Artikel 35

1. Bij de herberekening en herziening van de toegekende bijdrage 2008 op grond van artikel 15 herziene termijn artikel 34 voor de eerste keer. Het college verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de eerste keer herziene termijnen.

2. Bij gelegenheid van de voorlopige vaststelling van de bijdrage, op grond van hoofdstuk III, herziene termijn voor de tweede keer de te betalen termijnen overeenkomstig artikel 34. Het college verrekent het verschil tussen de voor de eerste keer herziene termijnen, bedoeld in het vorige lid, en de voor de tweede keer herziene termijnen.

3. 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 voor de tweede maal herziene termijnen, bedoeld in het tweede lid, en de definitief te betalen termijnen.

4. Indien toepassing van onderscheidenlijk het eerste, tweede en derde 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.

5. Indien toepassing van onderscheidenlijk het eerste, tweede en derde 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.

Artikel 36

1. De zorgverzekeraar en het college zijn over en weer rente verschuldigd en hebben over en weer aanspraak op rente over de verschillen, bedoeld in artikel 35.

2. De rente, bedoeld in het eerste lid, wordt bij de herberekening en herziening van de toekenning, de voorlopige en de definitieve vaststelling van de uitkering door het college verwerkt en zo mogelijk verrekend met andere betalingen die uit deze vaststellingen voortvloeien.

Artikel 37

1. Bij de verrekening van verschillen, bedoeld in artikel 35, eerste lid, berekent het college rente over het verschil vanaf de datum waarop het verschil is ontstaan tot de datum waarop de verschillen worden verrekend.

2. Bij de verrekening van de verschillen, bedoeld in artikel 31, tweede lid, berekent het college rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 35, eerste en tweede lid, tot de datum van de voorlopige vaststelling van de bijdrage.

3. Bij de verrekening van de verschillen, bedoeld in artikel 35, derde lid, berekent het college rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 35, eerste, tweede en derde lid tot de datum van de definitieve vaststelling van de bijdrage.

4. Voor een zorgverzekeraar waarvoor krachtens artikel 35, derde en vierde lid, afwijkende betalingen hebben plaatsgevonden, kan het college bij de renteberekening afwijken van de vorige leden.

5. Voor het rentepercentage gaat het college uit van het gemiddelde van de maandrentes van het Euro Interbank Offered Rate (Euribortarief) voor drie maanden termijn gelden zonder onderpand over de periodes, bedoeld in het eerste, tweede en derde lid. Voor de laatste kalendermaand vóór de betaling wordt uitgegaan van de rente over de voorafgaande kalendermaand.

6. De rente betreft een samengestelde rente en wordt op maandbasis berekend. Bij de berekening wordt een maand op 30 en een jaar op 360 dagen gesteld.

7. Indien de situatie zich voordoet dat het in deze paragraaf bedoelde Euro Interbank Offered Rate (Euribortarief) niet meer kan worden toegepast, zal een zoveel als mogelijk overeenkomstig tarief worden gehanteerd.

Hoofdstuk VII. Slotbepalingen

Artikel 38

Deze regeling treedt in werking met ingang 1 januari 2008.

Artikel 39

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2008.

Deze regeling zal in de Staatscourant worden geplaatst.

*Plv. Voorzitter Raad van Bestuur,
M. van Brouwershaven MPA RA.*

Goedgekeurd door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij besluit van 1 oktober 2007 onder nummer Z/F-2802682

Toelichting

Wijzigingen Artikel 7

Vanaf 2006 beschikt het CVZ door de gepseudonimiseerde aanlevering met burgerservicenummers (BSN) over informatie op het niveau van de verzekerde. Hierdoor kan het CVZ de vereveningsbijdragen rechtstreeks baseren op alle criteria van deze verzekerden en deze rechtstreeks toerekenen aan de juiste verzekerde. Ook kan het CVZ een verzekerde op deze manier in de tijd volgen en per bijdragejaar de verzekerde aan de juiste verzekerde toerekenen. Het CVZ noemt deze systematiek het 'VerzekerdenVolgSysteem' (VVS).

In voorgaande jaren gebruikte het CVZ de systematiek van de relatieve prevalenties per zorgverzekeraar om tot een raming van de verzekerdenaantallen te komen. Nu kan het CVZ op verzekerdeniveau de verzekerde per verzekerde direct in de juiste klasse indelen. Dit maakt de basis voor de raming veel preciezer, want direct gekoppeld aan de juiste criteria en de juiste verzekerde.

Voor de FKG's en de DKG's past het CVZ vervolgens een aantal ophoogfactoren toe. Voor de FKG's wordt specifiek opgehoogd met een groeitabel, zodanig dat voor de landelijke toe- of afname van het voorkomen van bepaalde aandoeningen of voor wijzigingen in voorschrijfgedrag wordt gecorrigeerd. In de raming van de verzekerdenaantallen 2008 voor de zorgverzekeraars is geen specifieke bijraming gedaan voor ontbrekende gegevens.

Voor de DKG's maakt het CVZ wel een zorgverzekeraarspecifieke bijraming, waar onderdelen van de gegevensaanlevering van zorgverzekeraars over 2005 ontbreken.

Tenslotte geldt dat het CVZ voor alle criteria een ophoogfactor bepaalt om aansluiting te verkrijgen bij de macroraming van het aantal verzekerden 2008 van het CVZ.

Het totaal aantal verzekerden per zorgverzekeraar per criterium bepaalt het CVZ vervolgens door over alle verzekerden op te tellen.

In deze Regeling beleidsregels anticipeert het CVZ op de invoering van het eigen risico voor verzekerden en de afschaffing van de no-claim regeling. Mocht het zo zijn dat artikel IV van de Regeling tot wijziging van de Regeling zorgverzekering ter zake van de vereveningsbijdrage voor zorgverzekeraars in het jaar 2008 niet in werking treedt dan zal het CVZ bezien hoe hij deze beleidsregels kan aanpassen.

*Plv. Voorzitter Raad van Bestuur,
M. van Brouwershaven MPA RA.*

Bijlage 1. Prevalentie-ontwikkeling 2005–2006 per morbiditeitsrisicoklasse per FKG 2008

Bron: College voor zorgverzekeringen

Mannen	0	1	2	3	4	5
Leeftijd	Nieraan- doeningen	HIV/AIDS	Aand. van hersenen/ rugge- merg	Cystic fibrosis/ pancreas	Parkinson	
0 t/m 14	0,998893	1,426106	1,116083	1,122817	1,013606	1
15 t/m 29	0,999173	1,302976	1,139497	1,101291	0,975536	1,187609
30 t/m 44	0,996798	1,026366	1,031111	1,029009	1,085433	0,997834
45 t/m 59	0,990436	1,032688	1,124911	1,039496	1,251895	1,015046
60 t/m 74	0,976663	1,122469	1,091475	1,103261	1,2162	1,008873
75 e.o.	0,955354	1,279458	1,402485	1,00608	1,282163	1,03161

Vrouwen	0	1	2	3	4	5
Leeftijd	Nieraan- doeningen	HIV/AIDS	Aand. van hersenen/ rugge- merg	Cystic fibrosis	Parkinson	
0 t/m 14	0,999351	1,366298	0,982776	0,817981	1,022354	1
15 t/m 29	0,999453	0,996534	1,126552	1,078021	1,276635	0,832694
30 t/m 44	0,997602	1,09796	1,107493	1,077631	1,1707	1,094064
45 t/m 59	0,990936	1,073812	1,298909	1,066214	1,25804	1,069876
60 t/m 74	0,982691	1,11182	1,191863	1,112355	1,229627	1,020888
75 e.o.	0,966982	1,400238	0,99307	0,977553	1,148017	0,996106
Totaal	0,991647	1,175924	1,091261	1,071878	1,190468	1,030972

Mannen	6	7	8	9	10	11
Leeftijd	Transplan- taties	Reuma	Hartaan- doeningen	Hoog cho- lesterol	Epilepsie	Cara
0 t/m 14	0,978306	0,740194	1,179234	1,118515	1,075699	1,021368
15 t/m 29	1,01518	1,244637	1,004787	1,054034	1,00318	0,992891
30 t/m 44	1,075602	1,158817	0,989618	1,111098	1,01015	0,9832
45 t/m 59	1,025653	1,100174	0,962873	1,070517	1,01898	1,016551
60 t/m 74	1,07168	1,027907	0,968072	1,091431	1,03624	0,992519
75 e.o.	1,10505	1,080637	0,989317	1,194242	1,036795	1,006749

Vrouwen	6	7	8	9	10	11
Leeftijd	Transplan- taties	Reuma	Hartaan- doeningen	Hoog cho- lesterol	Epilepsie	Cara
0 t/m 14	1,140979	1,121803	1,058374	1,132589	1,015053	1,038228
15 t/m 29	1,109165	1,12695	1,04926	1,065054	1,042275	0,99953
30 t/m 44	1,056403	1,113018	1,022049	1,111944	1,007104	1,008132
45 t/m 59	1,058451	1,07509	0,97721	1,11477	1,032112	1,029547
60 t/m 74	1,080378	1,072932	0,965843	1,09261	1,018717	1,016661
75 e.o.	1,079175	1,065545	0,989222	1,185164	1,005466	1,044856
Totaal	1,064863	1,092252	0,994021	1,126334	1,026266	1,022196

Mannen	12	13	14	15	16	17
Leeftijd	Groeihor- moon	Schild- klieraan- doeningen	Diabetes type I	Diabetes type IIa	Diabetes type IIb	Psychi- sche aandoe- ningen
0 t/m 14	1,320428	0,967945	1,063786	1	1	1,078306
15 t/m 29	1,179744	1,082847	1,014964	2,443081	0,915072	1,04363
30 t/m 44	0,915834	1,045876	1,040504	1,276246	1,031939	1,038587
45 t/m 59	1,256695	1,054377	1,051036	1,157666	0,98442	1,029787
60 t/m 74	0,725482	1,051468	1,084016	1,188833	0,9752	1,03536
75 e.o.						

Vrouwen	12	13	14	15	16	17
Leeftijd	Groeihor- moon	Schild- klieraan- doeningen	Diabetes type I	Diabetes type IIa	Diabetes type IIb	Psychi- sche aandoe- ningen
0 t/m 14	1,347122	1,003934	1,05164	1	0,503373	1,122374
15 t/m 29	1,064351	1,071563	1,041397	2,035474	1,173342	0,990094
30 t/m 44	1,022724	1,052771	1,04737	1,286936	1,007593	1,005689
45 t/m 59	1,099977	1,042328	1,040909	1,158184	0,99023	1,012821
60 t/m 74	1,081733	1,019742	1,037509	1,173454	0,953899	1,009854
75 e.o.	2,317164	1,043468	1,069005	1,264793	0,974555	1,042182
Totaal	1,173485	1,050966	1,067289	1,218509	0,989934	1,026143

Mannen	18	19	20
Leeftijd	Glaucoom	Ziekte van Crohn/ colitis ulcerosa	Kanker
0 t/m 14	0,907647	1,028547	4,026653
15 t/m 29	1,037813	1,045435	0,990438
30 t/m 44	1,04314	1,037084	1,150663
45 t/m 59	1,038994	1,023383	1,237296
60 t/m 74	1,022997	1,004742	1,31713
75 e.o.	1,023585	1,082889	1,40716

Vrouwen Leeftijd	18 Glaucoom	19 Ziekte van Crohn/ colitis ulcerosa	20 Kanker
0 t/m 14	1,073862	1,243627	1
15 t/m 29	1,166832	1,021943	1,319289
30 t/m 44	1,015858	0,99742	1,20268
45 t/m 59	1,019488	1,064623	1,176525
60 t/m 74	1,006107	1,057875	1,301372
75 e.o.	1,018396	1,057166	1,605584
Totaal	1,033657	1,037726	1,31075

Bijlage 2. Toewijzing FKG's 2008 in het geval van samenloop van de een van de FKG's Diabetes (Diabetes I, Diabetes IIa of Diabetes IIb) met een FKG voor Hoog Cholesterol en/of Hypertensie

Bron: College voor zorgverzekeringen

Diabetes I	Diabetes II	Cholesterol	Hypertensie	Toewijzing FKG
>180	>180	>180	>180	DIA I, CHO
>180	>180	>180	<180	DIA I, CHO
>180	<180	>180	>180	DIA I, CHO
>180	<180	>180	<180	DIA I, CHO
>180	>180	<180	>180	DIA I
>180	>180	<180	<180	DIA I
>180	<180	<180	>180	DIA I
>180	<180	<180	<180	DIA I
<180	>180	>180	>180	DIA IIa
<180	>180	>180	<180	DIA IIb, CHO
<180	>180	<180	<180	DIA IIb
<180	>180	<180	>180	DIA IIb
<180	<180	>180	>180	CHO
<180	<180	>180	<180	CHO
<180	<180	<180	>180	Geen
<180	<180	<180	<180	Geen

Toelichting:

Groter of kleiner dan 180 verwijst naar de dagdosering voor de betreffende FKG. De tabel beschrijft de verschillende situaties die mogelijk zijn bij een samenloop van farmaciegebruik voor diabetes en cholesterol. In de laatste kolom staat aangegeven welke FKG's toegewezen worden in de betreffende situatie.

Bijlage 3

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp

Risicoklasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
0 t/m 4 jaar	787,39	653,33
5 t/m 9 jaar	420,67	372,51
10 t/m 14 jaar	384,11	372,27
15 t/m 19 jaar	412,93	438,96
20 t/m 24 jaar	407,73	515,23
25 t/m 29 jaar	415,68	681,35
30 t/m 34 jaar	433,92	767,99
35 t/m 39 jaar	480,04	680,8
40 t/m 44 jaar	515,17	602,17
45 t/m 49 jaar	604,99	663,36
50 t/m 54 jaar	708,91	753,73
55 t/m 59 jaar	886,09	857,34
60 t/m 64 jaar	1043,69	935,82
65 t/m 69 jaar	1334,2	1073,77
70 t/m 74 jaar	1632,01	1282,67
75 t/m 79 jaar	1878,84	1448,74
80 t/m 84 jaar	1874,96	1460,96
85 t/m 89 jaar	1783,34	1414,94
90 jaar en ouder	1669,86	1173,15

Bijlage 4

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het criterium FKG's (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp

FKG 2008	Gewicht in euro's
0 Geen FKG	-114,46
1 Glaucoom	89,59
2 Schildklierandoeningen	222,58
3 Psychische aandoeningen	49,65
4 Hoog cholesterol	202,17
5 Diabetes type IIb	251,54
6 CARA	518,61
7 Diabetes type IIa	494,07
8 Epilepsie	466,63
9 Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	452,06
10 Hartaandoeningen	1178,12
11 Reuma	1075,86
12 Parkinson	793,74

FKG 2008	Gewicht in euro's	Gewichten voor het criterium DKG's (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp		DKG 2008	Gewicht in euro's
13 Diabetes type I	913,17			9	4699,06
14 Transplantaties	553,56			10	5754,09
15 Cystic fibrosis/pancreas	1417,08			11	6571,84
16 Aand. van hersenen/ruggemerg	1012,1	DKG 2008	Gewicht in euro's	12	8220,57
17 Kanker	3419,62	0	-71,50	13	47646,37
18 HIV/AIDS	1634,87	1	1148,28		
19 Nieraandoeningen	8316,15	2	1560,68		
20 Groeihormonen	1062,91	3	1845,15		
		4	2030,05		
		5	2704,80		
		6	3367,47		
		7	3732,24		
		8	4517,13		

Bijlage 5

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

Aard van het inkomen klasse	Gewichten in euro's	
1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. WAO	15-34 jaar	449,59
	35-44 jaar	450,16
	45-54 jaar	497,61
	55-64 jaar	408,84
3. Bijstand	15-34 jaar	155,31
	35-44 jaar	135,71
	45-54 jaar	213,11
	55-64 jaar	150,56
4. WW, ANW (AWW) en overige uitkeringsgerechtigden	15-34 jaar	49,95
	35-44 jaar	-26,04
	45-54 jaar	-83,29
	55-64 jaar	-131,28
5. Zelfstandigen	15-34 jaar	-27,12
	35-44 jaar	-53,93
	45-54 jaar	-114,11
	55-64 jaar	-165,3
6. Referentiegroep	15-34 jaar	-17,3
	35-44 jaar	-29,74
	45-54 jaar	-56,11
	55-64 jaar	-87,37

Bijlage 7

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering
Gewichten voor het regiocriterium (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp

Regioklasse 2008	Gewicht in euro's	Regioklasse 2008	Gewicht in euro's
Klasse 1	53,74	Klasse 9	-38,43
Klasse 2	38,58	Klasse 10	-73,37
Klasse 3	20,27		
Klasse 4	12,31		
Klasse 5	0,87		
Klasse 6	-9,73		
Klasse 7	-9,08		
Klasse 8	-26,73		

SES klasse

SES klasse	Gewichten in euro's	
> 15 bewoners	0-14 jaar	-14,35
	15-64 jaar	-14,35
	65+	15,85
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-14 jaar	6,32
	15-64 jaar	35,61
	65+	284,31
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-14 jaar	-9,24
	15-64 jaar	10,82
	65+	-50,91
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-14 jaar	0,12

Bijlage 6

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp

Regioklasse 2008	Gewicht in euro's
Klasse 9	-38,43
Klasse 10	-73,37

Bijlage 8

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het criterium sociaal economische status (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp

SES klasse	Gewichten in euro's	
	15-64 jaar	-37,13
	65+	-110,8

Bijlage 9

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag geneeskundige GGZ

Risicoklasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
0 t/m 4 jaar	112,57	109,37
5 t/m 9 jaar	197,42	120,94
10 t/m 14 jaar	209,82	146,53
15 t/m 19 jaar	278,98	306,77
20 t/m 24 jaar	257,55	291,18
25 t/m 29 jaar	266,17	285,61
30 t/m 34 jaar	260,01	272,08
35 t/m 39 jaar	334,65	345,45

Risicoklasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
40 t/m 44 jaar	336,25	342,08
45 t/m 49 jaar	283,74	291,84
50 t/m 54 jaar	267,46	268,24
55 t/m 59 jaar	183,30	181,05
60 t/m 64 jaar	178,83	178,82
65 t/m 69 jaar	115,30	114,70
70 t/m 74 jaar	118,68	120,82
75 t/m 79 jaar	125,59	118,24
80 t/m 84 jaar	134,97	130,79
85 t/m 89 jaar	138,27	135,18
90 jaar en ouder	115,47	112,56

Bijlage 10

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering

Aard van het inkomen klasse	Gewichten in euro's	
1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. WAO	15-34 jaar	2585,39
	35-44 jaar	1714,82
	45-54 jaar	695,96
	55-64 jaar	176,43
3. Bijstand	15-34 jaar	2119,43
	35-44 jaar	2351,76
	45-54 jaar	1595,43
	55-64 jaar	373,97
4. WW, ANW (AWW) en overige uitkeringsgerechtigden	15-34 jaar	-26,93
	35-44 jaar	-141,58
	45-54 jaar	-108,58
	55-64 jaar	-55,54
5. Zelfstandigen	15-34 jaar	-132,19
	35-44 jaar	-208,47
	45-54 jaar	-143,85
	55-64 jaar	-55,53
6. Referentiegroep	15-34 jaar	-120,86
	35-44 jaar	-190,89
	45-54 jaar	-137,49
	55-64 jaar	-54,99

Bijlage 12

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het criterium GGZ-regio (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag geneeskundige GGZ

GGZ Regioklasse 2008	Gewicht in euro's
Klasse 1	135,68
Klasse 2	82,46
Klasse 3	28,64
Klasse 4	-3,68
Klasse 5	-15,97
Klasse 6	-26,81
Klasse 7	-30,45
Klasse 8	-32,35

SES klasse	Gewichten in euro's	
> 15 bewoners	0-14 jaar	849,00
	15-64 jaar	849,00

Gewichten voor het criterium FKG psychische aandoeningen (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag geneeskundige GGZ

FKG 2008	Gewicht in euro's
Geen FKG	-59,15
FKG Psychische aandoeningen	1721,09

Bijlage 11

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag geneeskundige GGZ

GGZ Regioklasse 2008	Gewicht in euro's
Klasse 9	-36,98
Klasse 10	-37,08

Bijlage 13

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het criterium sociaal economische status (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag geneeskundige GGZ

SES klasse	Gewichten in euro's	
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	65+	95,60
	0-14 jaar	1,72
	15-64 jaar	11,75
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	65+	6,02
	0-14 jaar	-5,24
	15-64 jaar	-7,09
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	65+	-3,86
	0-14 jaar	-7,18
	15-64 jaar	-20,86
	65+	-10,21

Bijlage 14

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het criterium eenpersoonsadres (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag geneeskundige GGZ

Eenpersoonsadres	Gewicht in euro's
Wel	-5,96
Niet	40,72

Bijlage 15

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

Risicoklasse	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
Mannen	Huisartsenhulp	Tandheelkundige hulp	Verloskundige hulp	Paramedische hulp	Ziekenvervoer
0 t/m 4 jaar	139,47	13,96	0	46,46	26,2
5 t/m 9 jaar	109,5	83,32	0	87,2	18,13
10 t/m 14 jaar	100,36	106,3	0	32,81	20,1
15 t/m 19 jaar	100,75	131,82	0	24,91	24,59
20 t/m 24 jaar	95,76	57,47	0	13,17	22,25
25 t/m 29 jaar	96,04	2,94	0	13,03	21,07
30 t/m 34 jaar	100,34	3,81	0	13,14	20,9
35 t/m 39 jaar	105,34	4,71	0	15,38	22,1
40 t/m 44 jaar	108,37	6,28	0	16,57	24,2
45 t/m 49 jaar	111,72	8,81	0	19,66	27,45
50 t/m 54 jaar	114,97	11,56	0	21,35	31,55
55 t/m 59 jaar	119,32	15,83	0	26,62	36,76
60 t/m 64 jaar	121,01	20,16	0	25,16	40,75
65 t/m 69 jaar	131,89	28,48	0	28,6	59,46
70 t/m 74 jaar	143,6	29,05	0	30,5	74,61
75 t/m 79 jaar	159,02	24,66	0	33,22	100,92
80 t/m 84 jaar	184,14	18,29	0	37,36	124,21
85 t/m 89 jaar	221,18	12,75	0	41,47	144
90 jaar en ouder	279,23	11,69	0	43,27	167,07

Risicoklasse	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
Mannen	Kraamzorg	Farmaceutische hulp	Hulpmiddelen	Totale overige prestaties
0 t/m 4 jaar	0	240,29	54,62	521,00
5 t/m 9 jaar	0	212,38	59,07	569,60
10 t/m 14 jaar	0	217,22	56,51	533,30
15 t/m 19 jaar	0	226,25	47,62	555,94
20 t/m 24 jaar	0	220,1	39,63	448,38
25 t/m 29 jaar	0	227,71	41,38	402,17
30 t/m 34 jaar	0	243,04	43,43	424,66
35 t/m 39 jaar	0	269,58	48,42	465,53
40 t/m 44 jaar	0	287,11	51,64	494,17
45 t/m 49 jaar	0	321,12	62,19	550,95
50 t/m 54 jaar	0	342,27	71,12	592,82
55 t/m 59 jaar	0	388,01	88,04	674,58
60 t/m 64 jaar	0	413,29	96,53	716,90

Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag overige prestaties (totale overige prestaties en van de afzonderlijke overige prestaties)

Risicoklasse	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
Mannen	Kraamzorg	Farmaceutische hulp	Hulpmiddelen	Totale overige prestaties
65 t/m 69 jaar	0	480,75	142,6	871,78
70 t/m 74 jaar	0	525,33	168,19	971,28
75 t/m 79 jaar	0	560,28	209,22	1087,32
80 t/m 84 jaar	0	596,31	260,01	1220,32
85 t/m 89 jaar	0	627,78	334,48	1381,66
90 jaar en ouder	0	634,65	453,76	1589,67

Risicoklasse	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
Vrouwen	Huisartsenhulp	Tandheelkundige hulp	Verloskundige hulp	Paramedische hulp	Ziekenvervoer
0 t/m 4 jaar	131,94	13,4	0	31,56	23,24
5 t/m 9 jaar	107,72	82,55	0	49,23	15,42
10 t/m 14 jaar	101,11	108,97	0	30,26	17,77
15 t/m 19 jaar	119,22	132,8	2,16	32,94	23,4
20 t/m 24 jaar	117,63	57,35	31,49	15,49	21,3
25 t/m 29 jaar	120,8	2,78	89,06	15,13	24,09
30 t/m 34 jaar	124,21	2,83	104,62	15,44	23,42
35 t/m 39 jaar	123,82	3,58	45,44	17,58	21,03
40 t/m 44 jaar	123,26	5,57	6,39	20,42	21,12
45 t/m 49 jaar	127,58	10,25	0	26,75	25,26
50 t/m 54 jaar	130,6	17,06	0	33,6	28,59
55 t/m 59 jaar	133,35	24,52	0	40,39	32,02
60 t/m 64 jaar	137,1	29,43	0	43,83	33,49
65 t/m 69 jaar	147,76	35,6	0	47,19	44,61
70 t/m 74 jaar	162,6	34,87	0	55,95	55,2
75 t/m 79 jaar	181,14	26,13	0	67,95	76,28
80 t/m 84 jaar	208,56	16,89	0	77,59	97,42
85 t/m 89 jaar	241,64	11,49	0	84,57	120,09
90 jaar en ouder	287,18	9,02	0	84,89	132,49

Risicoklasse	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
Vrouwen	Kraamzorg	Farmaceutische hulp	Hulpmiddelen	Totale overige prestaties
0 t/m 4 jaar	0	228,14	51,86	480,14
5 t/m 9 jaar	0	212,23	53,84	520,99
10 t/m 14 jaar	0	224,46	55,49	538,06
15 t/m 19 jaar	1,32	260,37	49,85	622,06
20 t/m 24 jaar	53,34	292,36	41,95	630,91
25 t/m 29 jaar	194,04	296,85	44,69	787,44
30 t/m 34 jaar	251,78	295,37	45,35	863,02
35 t/m 39 jaar	115,23	319,43	49,23	695,34
40 t/m 44 jaar	16,89	332,43	54	580,08

Risicoklasse	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
Vrouwen	Kraamzorg	Farmaceuti- sche hulp	Hulpmiddelen	Totale overige prestaties
45 t/m 49 jaar	0	370,52	67,55	627,91
50 t/m 54 jaar	0	393,43	83,09	686,37
55 t/m 59 jaar	0	433,46	104,08	767,82
60 t/m 64 jaar	0	460,25	116,95	821,05
65 t/m 69 jaar	0	488,68	150,04	913,88
70 t/m 74 jaar	0	519,09	182,22	1009,93
75 t/m 79 jaar	0	543,07	242,7	1137,27
80 t/m 84 jaar	0	551,68	313,33	1265,47
85 t/m 89 jaar	0	562,63	390,89	1411,31
90 jaar en ouder	0	575,8	513,3	1602,68

Bijlage 16

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorg-
verzekering

Gewichten voor het criterium FKG's
(in euro's per verzekerde) voor het deel-
bedrag overige prestaties (totale overige
prestaties en van de afzonderlijke overige
prestaties)

FKG 2008	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	
	Huisartsenhulp	Tandheelkundi- ge hulp	Verloskundige hulp	
0	Geen FKG	-8,52	-0,54	0,25
1	Glaucoom	6,09	0,01	0,54
2	Schildklieraandoenin- gen	11,19	3,11	-1,52
3	Psychische aandoenin- gen	18,89	6,49	-4,83
4	Hoog cholesterol	10,12	2,9	0,79
5	Diabetes type IIb	23,46	-3,6	-0,2
6	CARA	65,14	3,5	-1,22
7	Diabetes type IIa	27,66	-2,69	0,57
8	Epilepsie	62,11	3,73	-3,76
9	Ziekte van Crohn/ Colitis Ulcerosa	41,9	2,27	-3,26
10	Hartaandoeningen	73	-2,78	0,61
11	Reuma	59,65	3,18	-1,93
12	Parkinson	98,4	8,82	0,96
13	Diabetes type I	58,71	-2,79	-2,17
14	Transplantaties	33,59	1,73	-6,34
15	Cystic fibrosis/pancreas	44,67	13,36	-0,75
16	Aand. van hersenen/ ruggemerg	100,85	8,83	-6
17	Kanker	89,67	-6,69	0,83
18	HIV/AIDS	62,5	13,98	-1,23
19	Nieraandoeningen	53,23	-8,48	0,38
20	Groeihormonen	45,38	14,39	-1,24

FKG 2008	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	
	Paramedische hulp	Ziekenvervoer	Kraamzorg	
0	Geen FKG	-4,82	-6,53	0,47
1	Glaucoom	1,33	4,05	1,25
2	Schildklieraandoenin- gen	5,21	4,53	0,93
3	Psychische aandoenin- gen	7,2	20,69	-11,48
4	Hoog cholesterol	1,36	-1,36	1,48
5	Diabetes type IIb	9,29	11,18	-0,29
6	CARA	26,9	32,11	-2,22
7	Diabetes type IIa	6,21	9,78	1,27
8	Epilepsie	58,63	65,25	-5,54

FKG 2008		Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
		Paramedische hulp	Ziekenvervoer	Kraamzorg
9	Ziekte van Crohn/ Colitis Ulcerosa	0,93	-7,16	-2,3
10	Hartaandoeningen	29,94	84,95	1,03
11	Reuma	163,17	21,02	-3,47
12	Parkinson	502,18	73,75	2,09
13	Diabetes type I	21,45	52,32	-3,01
14	Transplantaties	23,87	-6,04	-10,66
15	Cystic fibrosis/pancreas	78,57	52,92	-1,15
16	Aand. van hersenen/ ruggemerg	658,27	161,09	-12,06
17	Kanker	-27,49	182,12	1,37
18	HIV/AIDS	-16,12	3,18	-1,77
19	Nieraandoeningen	-7,09	602,69	0,69
20	Groeihormonen	86,4	66,72	-2,44

FKG 2008		Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
		Farmaceutische hulp	Hulpmiddelen	Totale overige prestaties
0	Geen FKG	-154,41	-24,21	-198,31
1	Glaucoom	221,44	9,68	244,39
2	Schildklieraandoeningen	94,34	33,67	151,46
3	Psychische aandoeningen	398,88	20,46	456,30
4	Hoog cholesterol	354,32	-36,12	333,49
5	Diabetes type IIb	293,6	105,25	438,69
6	CARA	661,75	66,13	852,09
7	Diabetes type IIa	825,8	73,72	942,32
8	Epilepsie	628,06	173,81	982,29
9	Ziekte van Crohn/ Colitis Ulcerosa	633,19	77,12	742,69
10	Hartaandoeningen	479,4	106,47	772,62
11	Reuma	2230,39	124,74	2596,75
12	Parkinson	1688,9	376,87	2751,97
13	Diabetes type I	1032,99	1046,59	2204,09
14	Transplantaties	2792,95	93,75	2922,85
15	Cystic fibrosis/pancreas	4940,3	399,19	5527,11
16	Aand. Van hersenen/ ruggemerg	6570,08	1353,53	8834,59
17	Kanker	6356,96	387,1	6983,87
18	HIV/AIDS	11615,69	-30,4	11645,83
19	Nieraandoeningen	4444,21	21,47	5107,10
20	Groeihormonen	19393,84	391,52	19994,57

Bijlage 17
Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het criterium DKG's
(in euro's per verzekerde) voor het deel-
bedrag overige prestaties (totale overige
prestaties en van de afzonderlijke overige
prestaties)

DKG 2008	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
	Huisart- senhulp	Tandheel- kundige hulp	Verlos- kundige hulp	Paramedi- sche hulp	Ziekenver- voer	Kraamzorg	Farmaceu- tische hulp	Hulpmid- delen	Totale overige prestaties
0	-1,59	-0,03	0,02	-1,63	-5,09	0,03	-13,15	-5,30	-26,74
1	67,55	2,59	-0,11	120,6	29,55	0,2	108,46	44,31	373,15
2	55,82	1,68	-1,02	21,47	100,35	-2,36	354,07	75,16	605,17
3	63,4	1,09	-0,55	17,93	130,25	-1,01	402,36	154,49	767,96
4	83,63	3,06	-0,58	114,67	202,82	-0,78	570,91	220,18	1193,91
5	67,5	0,16	-0,78	34,87	163,81	-0,83	367,91	211,06	843,70
6	68,74	-1,34	-1,66	38,53	162,5	-2,73	429,27	307,12	1000,43

DKG 2008	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
	Huisart- senhulp	Tandheel- kundige hulp	Verlos- kundige hulp	Paramedi- sche hulp	Ziekenver- voer	Kraamzorg	Farmaceu- tische hulp	Hulpmid- delen	Totale overige prestaties
7	97,65	-1,22	-2,33	111,07	224,95	-5,16	1025,58	345,13	1795,67
8	95,64	-0,98	0,84	143,26	379,12	1,54	1227,16	569,93	2416,51
9	105,02	12,53	-1,01	106,09	341,18	-2,44	1110,97	1025,89	2698,23
10	149,88	1,87	-1,27	101,89	561,97	-2,94	2411,77	757,31	3980,48
11	220,69	-0,72	-0,71	100,86	585,68	-2,78	2004,16	542,85	3450,03
12	123,17	2,02	-1,08	235,55	483,43	-2,5	3174,76	757,09	4772,44
13	31,03	-2,92	-1,87	35,14	3832,65	-4,4	1082,18	312,39	5284,20

Bijlage 18

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorg-
verzekering

Gewichten voor het criterium Aard
van het inkomen (in euro's per verzeker-
de) voor het deelbedrag overige presta-
ties (totale overige prestaties en van de
afzonderlijke overige prestaties)

Aard van het inkomen klasse Huisartsenzorg	Gewichten in euro's
1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder	0,00
2. WAO	15-34 jaar 20,76 35-44 jaar 22,51 45-54 jaar 22,22 55-64 jaar 15,77
3. Bijstand	15-34 jaar 12,56 35-44 jaar 10,54 45-54 jaar 8,47 55-64 jaar 0,43
4. WW, ANW (AWW) en overige uitke- ringsgerechtigden	15-34 jaar 7,89 35-44 jaar 4,86 45-54 jaar 2,25 55-64 jaar -0,69
5. Zelfstandigen	15-34 jaar -4,61 35-44 jaar -7,67 45-54 jaar -10,53 55-64 jaar -14,79
6. Referentiegroep	15-34 jaar -0,95 35-44 jaar -1,42 45-54 jaar -2,22 55-64 jaar -2,72

Aard van het inkomen klasse Tandheelkundige hulp		Gewichten in euro's
1.	0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder	0,00
2.	WAO	
	15-34 jaar	10,28
	35-44 jaar	5,32
	45-54 jaar	6,16
3.	Bijstand	
	15-34 jaar	8,45
	35-44 jaar	-4,35
	45-54 jaar	2,14
4.	WW, ANW (AWW) en overige uitke- ringsgerechtigden	
	15-34 jaar	2,14
	35-44 jaar	1,03
	45-54 jaar	-3,82
5.	Zelfstandigen	
	15-34 jaar	-1,61
	35-44 jaar	1,03
	45-54 jaar	0,2
6.	Referentiegroep	
	15-34 jaar	-4,05
	35-44 jaar	-1,67
	45-54 jaar	-3,2
	55-64 jaar	-5,51
	15-34 jaar	0
	35-44 jaar	-0,22
	45-54 jaar	-0,6
	55-64 jaar	-1,8

Aard van het inkomen klasse Verloskundige hulp		Gewichten in euro's
1.	0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder	0,00
2.	WAO	
	15-34 jaar	-9,36
	35-44 jaar	-3,37
	45-54 jaar	0
3.	Bijstand	
	15-34 jaar	0
	35-44 jaar	-2,71
	45-54 jaar	-7,02
4.	WW, ANW (AWW) en overige uitke- ringsgerechtigden	
	15-34 jaar	0
	35-44 jaar	7,74
	45-54 jaar	1,45
5.	Zelfstandigen	
	15-34 jaar	0
	35-44 jaar	1,95
	45-54 jaar	-0,51
6.	Referentiegroep	
	15-34 jaar	0
	35-44 jaar	0,11
	45-54 jaar	0,52
	55-64 jaar	0

Aard van het inkomen klasse Paramedische hulp		Gewichten in euro's
1.	0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder	0,00
2.	WAO	
	15-34 jaar	41,28
	35-44 jaar	39,07
	45-54 jaar	41,64
3.	Bijstand	
	15-34 jaar	33,8
	35-44 jaar	-2,5
	45-54 jaar	-2,06
4.	WW, ANW (AWW) en overige uitke- ringsgerechtigden	
	15-34 jaar	-2,38
	35-44 jaar	-5,24
	45-54 jaar	-1,76
5.	Zelfstandigen	
	15-34 jaar	-1,73
	35-44 jaar	-4,95
	45-54 jaar	-8,2
	55-64 jaar	-2,19
	15-34 jaar	-3,16
	35-44 jaar	-6,63
	45-54 jaar	

Aard van het inkomen klasse Paramedische hulp		Gewichten in euro's
6. Referentiegroep	55-64 jaar	-9,89
	15-34 jaar	-1,08
	35-44 jaar	-2,15
	45-54 jaar	-4,19
	55-64 jaar	-6,99

Aard van het inkomen klasse Ziekenvervoer		Gewichten in euro's
1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. WAO	15-34 jaar	41,77
	35-44 jaar	29,36
	45-54 jaar	31,01
	55-64 jaar	22,4
3. Bijstand	15-34 jaar	13,41
	35-44 jaar	18,01
	45-54 jaar	21,72
	55-64 jaar	14,53
4. WW, ANW (AWW) en overige uitke- ringgerechtigden	15-34 jaar	1,96
	35-44 jaar	-2,21
	45-54 jaar	-2,85
	55-64 jaar	-4,18
5. Zelfstandigen	15-34 jaar	-1,54
	35-44 jaar	-4,21
	45-54 jaar	-7,21
	55-64 jaar	-9,15
6. Referentiegroep	15-34 jaar	-1,55
	35-44 jaar	-2,25
	45-54 jaar	-3,98
	55-64 jaar	-5,41

Aard van het inkomen klasse Kraamzorg		Gewichten in euro's
1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. WAO	15-34 jaar	-17,08
	35-44 jaar	-7,38
	45-54 jaar	0
	55-64 jaar	0
3. Bijstand	15-34 jaar	-45,82
	35-44 jaar	-26,93
	45-54 jaar	0
	55-64 jaar	0
4. WW, ANW (AWW) en overige uitke- ringgerechtigden	15-34 jaar	9,6
	35-44 jaar	4,5
	45-54 jaar	0
	55-64 jaar	0
5. Zelfstandigen	15-34 jaar	5,62
	35-44 jaar	-0,96
	45-54 jaar	0
	55-64 jaar	0
6. Referentiegroep	15-34 jaar	1,16
	35-44 jaar	1,57
	45-54 jaar	0
	55-64 jaar	0

Aard van het inkomen klasse Farmaceutische hulp		Gewichten in euro's
1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. WAO	15-34 jaar	274,46
	35-44 jaar	326,82
	45-54 jaar	311,08
	55-64 jaar	192,51
3. Bijstand	15-34 jaar	59,78
	35-44 jaar	113,16

Aard van het inkomen klasse Farmaceutische hulp		Gewichten in euro's
	45-54 jaar	137,38
	55-64 jaar	70,35
4.	WW, ANW (AWW) en overige uitke- ringsgerechtigden	15-34 jaar 4,83 35-44 jaar -9,46 45-54 jaar -21,92 55-64 jaar -46,87
5.	Zelfstandigen	15-34 jaar -11,55 35-44 jaar -37,01 45-54 jaar -58,21 55-64 jaar -66,51
6.	Referentiegroep	15-34 jaar -9,35 35-44 jaar -22,85 45-54 jaar -38,07 55-64 jaar -43,84

Aard van het inkomen klasse Hulpmiddelen		Gewichten in euro's
1.	0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder	0,00
2.	WAO	15-34 jaar 147,46 35-44 jaar 102,3 45-54 jaar 108,85 55-64 jaar 86,26
3.	Bijstand	15-34 jaar -2,1 35-44 jaar 7,68 45-54 jaar 9,45 55-64 jaar 17,63
4.	WW, ANW (AWW) en overige uitke- ringsgerechtigden	15-34 jaar -3,83 35-44 jaar -4,93 45-54 jaar -7,5 55-64 jaar -16,91
5.	Zelfstandigen	15-34 jaar -5,21 35-44 jaar -10,35 45-54 jaar -18,09 55-64 jaar -33,33
6.	Referentiegroep	15-34 jaar -4,14 35-44 jaar -5,98 45-54 jaar -11,85 55-64 jaar -19,03

Aard van het inkomen klasse	Gewichten in euro's	
Totaal overige prestaties		

1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. WAO	15-34 jaar	509,57
	35-44 jaar	514,63
	45-54 jaar	520,96
	55-64 jaar	359,19
3. Bijstand	15-34 jaar	28,27
	35-44 jaar	115,52
	45-54 jaar	176,78
	55-64 jaar	98,73
4. WW, ANW (AWW) en overige uitkeringsgerechtigden	15-34 jaar	22,61
	35-44 jaar	-9,13
	45-54 jaar	-33,94
	55-64 jaar	-76,65
5. Zelfstandigen	15-34 jaar	-21,58
	35-44 jaar	-65,54
	45-54 jaar	-103,87
	55-64 jaar	-139,18
6. Referentiegroep	15-34 jaar	-15,80
	35-44 jaar	-32,78
	45-54 jaar	-60,91
	55-64 jaar	-79,79

Bijlage 19

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het regiocriterium (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag overige prestaties (totale overige prestaties en van de afzonderlijke overige prestaties)

Regioklasse 2006	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
	Huisartsenhulp	Tandheelkundige hulp	Verloskundige hulp	Paramedische hulp	Ziekenvervoer	Kraamzorg	Farmaceutische hulp	Hulpmiddelen	Totale overige prestaties
1	2,15	2,85	-0,15	-3,62	0,11	-4,48	9,51	0,03	6,40
2	0,87	1,1	-0,1	-1,09	-1,27	-2,33	3,91	0,64	1,73
3	0,65	0,66	0,3	0,11	-1,04	0,25	7,35	-0,19	8,09
4	0,26	0,1	0,09	0,76	-1,45	0,01	3,75	-0,18	3,34
5	-0,42	-0,48	0,09	1,34	-0,27	0,33	4,97	-0,29	5,27
6	-0,39	0,02	0,4	0,79	-0,8	1,01	-1	-0,29	-0,26
7	-0,35	-0,32	-0,11	1,51	-0,85	0,42	-0,5	0,36	0,16
8	-0,58	-0,47	-0,13	1,3	1,24	1,29	-5,27	0,6	-2,02
9	-0,95	-0,92	-0,03	-0,3	2,17	1,96	-12,69	0,56	-10,20
10	-2,11	-4,25	-0,93	-1,97	4,23	1,08	-18,37	-2,23	-24,55

Bijlage 20

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor de sociaal economische status klasse (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag overige prestaties (totale overige prestaties en van de afzonderlijke overige prestaties)

SES klasse Huisartsenhulp		Gewichten in euro's
> 15 bewoners	0-14 jaar	-8,61
	15-64 jaar	-8,61
	65+	6,93
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-14 jaar	1,64
	15-64 jaar	1,90
	65+	9,68
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-14 jaar	-1,24
	15-64 jaar	0,88
	65+	0,23
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-14 jaar	-4,00
	15-64 jaar	-2,13
	65+	-7,97

SES klasse Tandheelkundige hulp		Gewichten in euro's
> 15 bewoners	0-14 jaar	3,22
	15-64 jaar	3,22
	65+	-10,02
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-14 jaar	5,52
	15-64 jaar	1,88
	65+	-0,53
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-14 jaar	-4,06
	15-64 jaar	0,44
	65+	0,22
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-14 jaar	-14,4
	15-64 jaar	-1,92
	65+	1,31

SES klasse Verloskundige hulp		Gewichten in euro's
> 15 bewoners	0-14 jaar	0
	15-64 jaar	-4,96
	65+	0
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-14 jaar	0
	15-64 jaar	4,22
	65+	0
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-14 jaar	0
	15-64 jaar	2,6
	65+	0
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-14 jaar	0
	15-64 jaar	-5,77
	65+	0

SES klasse Paramedische hulp		Gewichten in euro's
> 15 bewoners	0-14 jaar	-8,06
	15-64 jaar	-8,06
	65+	62,13
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-14 jaar	3,78
	15-64 jaar	-0,95
	65+	7,07
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-14 jaar	-3,34
	15-64 jaar	0,12
	65+	-4,78
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-14 jaar	-7,7
	15-64 jaar	0,75
	65+	-4,93

SES klasse Ziekenvervoer	Gewichten in euro's	
> 15 bewoners	0-14 jaar	30,26
	15-64 jaar	30,26
	65+	74,19
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-14 jaar	0,88
	15-64 jaar	2,54
	65+	32,11
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-14 jaar	-1,01
	15-64 jaar	1,16
	65+	-6,91
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-14 jaar	-1,6
	15-64 jaar	-3,81
	65+	-20,11

SES klasse Kraamzorg	Gewichten in euro's	
> 15 bewoners	0-14 jaar	0
	15-64 jaar	-11,89
	65+	0
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-14 jaar	0
	15-64 jaar	8,23
	65+	0
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-14 jaar	0
	15-64 jaar	7,31
	65+	0
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-14 jaar	0
	15-64 jaar	-13,63
	65+	0

SES klasse Farmaceutische hulp	Gewichten in euro's	
> 15 bewoners	0-14 jaar	-78,68
	15-64 jaar	-78,68
	65+	144,46
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-14 jaar	-2,41
	15-64 jaar	-3,76
	65+	29,44
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-14 jaar	1,92
	15-64 jaar	3,41
	65+	-14,44
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-14 jaar	7,29
	15-64 jaar	0,85
	65+	-14,72

SES klasse Hulpmiddelen	Gewichten in euro's	
> 15 bewoners	0-14 jaar	8,02
	15-64 jaar	8,02
	65+	224,71
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-14 jaar	0,07
	15-64 jaar	1,69
	65+	44,01
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-14 jaar	-0,03
	15-64 jaar	2,82
	65+	-9,54
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-14 jaar	-0,42
	15-64 jaar	-4,48
	65+	-43,73

SES klasse	Gewichten in euro's	
Totaal overige prestaties		
> 15 bewoners	0-14 jaar	-53,85
	15-64 jaar	-70,70
	65+	502,40
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-14 jaar	9,48
	15-64 jaar	15,75
	65+	121,78
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-14 jaar	-7,76
	15-64 jaar	18,74
	65+	-35,22
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-14 jaar	-20,83
	15-64 jaar	-30,14
	65+	-90,15

Bijlage 21

Bron: Bijlage 7 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor de eigen risico opbrengst per verzekerde per risicoklasse naar leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)

Risicoklasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
18 t/m 19 jaar	56,39	81,46
20 t/m 24 jaar	61,97	110,51
25 t/m 29 jaar	63,10	115,99
30 t/m 34 jaar	67,57	112,25
35 t/m 39 jaar	72,93	108,61
40 t/m 44 jaar	77,67	102,82
45 t/m 49 jaar	83,61	106,93
50 t/m 54 jaar	89,81	106,80
55 t/m 59 jaar	98,19	112,55
60 t/m 64 jaar	105,04	116,86
65 t/m 69 jaar	114,97	123,47
70 t/m 74 jaar	125,34	131,30

Risicoklasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
75 t/m 79 jaar	132,48	136,37
80 t/m 84 jaar	136,75	138,14
85 t/m 89 jaar	138,46	137,07
90 jaar en ouder	137,45	131,96

Bijlage 22

Bron: Bijlage 7 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor de eigen risico opbrengst per verzekerde per risicoklasse naar Aard van het inkomen (in euro's per verzekerde)

Aard van het inkomen klasse	Gewichten in euro's	
1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. WAO	15-34 jaar	26,57
	35-44 jaar	27,98
	45-54 jaar	24,91
	55-64 jaar	16,97
3. Bijstand	15-34 jaar	13,55
	35-44 jaar	16,64
	45-54 jaar	13,69
	55-64 jaar	3,02
4. WW, ANW (AWW) en overige uitkeringsgerechtigden	15-34 jaar	7,45
	35-44 jaar	3,20
	45-54 jaar	-1,13
	55-64 jaar	-3,34
5. Zelfstandigen	15-34 jaar	-4,32
	35-44 jaar	-7,40
	45-54 jaar	-9,88
	55-64 jaar	-9,90
6. Referentiegroep	15-34 jaar	-1,13
	35-44 jaar	-1,35
	45-54 jaar	-1,59
	55-64 jaar	-2,06

Bijlage 23

Bron: Bijlage 7 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor de eigen risico opbrengst per verzekerde per risicoklasse naar regio (in euro's per verzekerde)

Regioklasse 2008	Gewicht in euro's
Klasse 1	2,51
Klasse 2	1,54
Klasse 3	1,15
Klasse 4	0,20
Klasse 5	-0,06
Klasse 6	-0,66
Klasse 7	-1,24
Klasse 8	-1,60

Regioklasse 2008	Gewicht in euro's
Klasse 9	-1,22
Klasse 10	-1,23

Bijlage 24

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp

De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex post berekening van het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar en bevatten een correctie voor HKV.

Risicoklasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
0 t/m 4 jaar	744,49	621,04
5 t/m 9 jaar	401,99	358,62
10 t/m 14 jaar	364,01	357,03
15 t/m 19 jaar	385,39	424,13
20 t/m 24 jaar	386,48	516,9
25 t/m 29 jaar	393,18	701,47
30 t/m 34 jaar	417,68	797,13
35 t/m 39 jaar	460,06	696,65
40 t/m 44 jaar	499,32	606,37
45 t/m 49 jaar	583,43	664,9
50 t/m 54 jaar	685,86	755,01
55 t/m 59 jaar	858,59	857,99
60 t/m 64 jaar	1015,16	945,94
65 t/m 69 jaar	1317,09	1102,41
70 t/m 74 jaar	1624,8	1333,19
75 t/m 79 jaar	1911,86	1547,01
80 t/m 84 jaar	1995,64	1613,84
85 t/m 89 jaar	1981,56	1602,6
90 jaar en ouder	1891,7	1351,18

Bijlage 25

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het criterium FKG's (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp

De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex post berekening van het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar en bevatten een correctie voor HKV.

FKG 2008	Gewicht in euro's
0 Geen FKG	-106,9
1 Glaucoom	110,52
2 Schildklieraandoeningen	242,94
3 Psychische aandoeningen	69,26
4 Hoog cholesterol	198,88
5 Diabetes type IIb	275,5
6 CARA	527,07
7 Diabetes type IIa	490,47
8 Epilepsie	468,8
9 Ziekte van Crohn/ Colitis Ulcerosa	450,41
10 Hartaandoeningen	1040,44
11 Reuma	1041,9
12 Parkinson	805,86
13 Diabetes type I	862,96
14 Transplantaties	907,24
15 Cystic fibrosis/ pancreas	921,24
16 Aand. Van hersenen/ ruggemerg	846,16
17 Kanker	2916,16
18 HIV/AIDS	978,51
19 Nieraandoeningen	3840,84
20 Groeihormonen	556,47

Bijlage 26

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het criterium DKG's (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp

De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex post berekening van het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar en bevatten een correctie voor HKV.

DKG 2008	Gewicht in euro's
0	-53,33
1	1223,41
2	1494,36
3	1762,66
4	1823,02
5	2394,75
6	2872,11
7	3372,25
8	3902,67
9	3757,18
10	4828,94
11	5769,38
12	6006,59
13	16734,78

Bijlage 27

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp

De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex post berekening van het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar en bevatten een correctie voor HKV.

Aard van het inkomen klasse		Gewichten in euro's
1.	0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder	0,00
2.	WAO	
	15-34 jaar	372,19
	35-44 jaar	409,53
	45-54 jaar	448,71
3.	Bijstand	
	15-34 jaar	145,2
	35-44 jaar	139,47
	45-54 jaar	203,06
4.	WW, ANW (AWW) en overige uitkeringsgerechtigden	
	15-34 jaar	66,18
	35-44 jaar	-14,31
	45-54 jaar	-70,74
5.	Zelfstandigen	
	15-34 jaar	-22,82
	35-44 jaar	-59,54
	45-54 jaar	-112,01
6.	Referentiegroep	
	15-34 jaar	-153,31
	35-44 jaar	-15,24
	45-54 jaar	-27,11
	55-64 jaar	-50,4
	55-64 jaar	-79,61

Bijlage 28

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het regiocriterium (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp

De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex post berekening van het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar en bevatten een correctie voor HKV.

Regioklasse 2008	Gewicht in euro's
Klasse 1	54,51
Klasse 2	38,19
Klasse 3	21,23
Klasse 4	12,85
Klasse 5	0,93
Klasse 6	-8,61
Klasse 7	-14,43
Klasse 8	-27,2
Klasse 9	-37,51
Klasse 10	-72,29

Bijlage 29

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering

SES klasse	Gewichten in euro's	
> 15 bewoners	0-14 jaar	-4,58
	15-64 jaar	-4,58
	65+	20,5
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-14 jaar	1,91
	15-64 jaar	34,09
	65+	292,07
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-14 jaar	-4,55
	15-64 jaar	11,51
	65+	-48,74
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-14 jaar	6,26
	15-64 jaar	-37,02
	65+	-120,47

Bijlage 30

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag overige prestaties

De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex post berekening van het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar en bevatten een correctie voor HKV.

Gewichten voor het criterium sociaal economische status (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag variabele kosten ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp

De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex post berekening van het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar en bevatten een correctie voor HKV.

Risicoklasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
0 t/m 4 jaar	509,4	469,56
5 t/m 9 jaar	564,92	514,43
10 t/m 14 jaar	525,51	528,44
15 t/m 19 jaar	537,82	615,25
20 t/m 24 jaar	437,94	628,87
25 t/m 29 jaar	396,6	792,23

Risicoklasse	Gewicht in euro's		FKG 2008	Gewicht in euro's	Overige prestaties
	Mannen	Vrouwen			
30 t/m 34 jaar	421,74	871,12			
35 t/m 39 jaar	457,74	695,75			
40 t/m 44 jaar	483,13	572,95			
45 t/m 49 jaar	539,99	622,33			
50 t/m 54 jaar	589,9	688,68			
55 t/m 59 jaar	676,07	770,76			
60 t/m 64 jaar	722,86	826,68			
65 t/m 69 jaar	874,45	921,63			
70 t/m 74 jaar	975,58	1030,33			
75 t/m 79 jaar	1108,95	1168,83			
80 t/m 84 jaar	1262,5	1314,95			
85 t/m 89 jaar	1442,1	1477,82			
90 jaar en ouder	1666,04	1676,44			

DKG 2008		Gewicht in euro's
		Overige prestaties
0		-21,92
1		385,16
2		590,94
3		726,72
4		1118,00
5		783,35
6		883,78
7		1683,90
8		2063,79
9		2446,49
10		2921,85
11		3266,02
12		3337,13
13		513,41

Bijlage 31

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het criterium FKG's (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag overige prestaties

De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex post berekening van het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar en bevatten een correctie voor HKV.

FKG 2008	Gewicht in euro's	Overige prestaties
0 Geen FKG		-194,03
1 Glaucoom		250,01

Bijlage 32

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het criterium DKG's (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag overige prestaties

Aard van het inkomen klasse	Gewichten in euro's
1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder	0,00
2. WAO	15-34 jaar 466,46
	35-44 jaar 492,17
	45-54 jaar 491,79
	55-64 jaar 343,02
3. Bijstand	15-34 jaar 23,86
	35-44 jaar 117,21
	45-54 jaar 171,72
	55-64 jaar 79,78
4. WW, ANW (AWW) en overige uitkeringsgerechtigden	15-34 jaar 27,06
	35-44 jaar -1,12
	45-54 jaar -29,46
	55-64 jaar -69,98
5. Zelfstandigen	15-34 jaar -26,37
	35-44 jaar -65,58
	45-54 jaar -105,96
	55-64 jaar -141,87
6. Referentiegroep	15-34 jaar -14,35
	35-44 jaar -31,69
	45-54 jaar -57,07
	55-64 jaar -74,92

Bijlage 34

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor het regiocriterium (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag overige prestaties

De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex post berekening van het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar en bevatten een correctie voor HKV.

Regioklasse 2007	Gewicht in euro's	Regioklasse 2007	Gewicht in euro's
Klasse 1	4,71	Klasse 8	-1,90
Klasse 2	2,02	Klasse 9	-8,72
Klasse 3	7,06	Klasse 10	24,50
Klasse 4	3,84		
Klasse 5	5,41		
Klasse 6	0,23		
Klasse 7	-0,14		

Bijlage 35

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering

Gewichten voor de sociaal economische statusklasse (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag overige prestaties

De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex post berekening van het normatieve bedrag van een zorgverzekeraar en bevatten een correctie voor HKV.

SES klasse Overige prestaties		Gewichten in euro's
> 15 bewoners	0-14 jaar	-55,04
	15-64 jaar	-55,04
	65+	519,58
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-14 jaar	10,00
	15-64 jaar	19,67
	65+	123,68
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-14 jaar	-7,61
	15-64 jaar	18,96
	65+	-34,21
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-14 jaar	-24,02
	15-64 jaar	-33,58
	65+	-95,46