



Concept voor de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2009 zoals het College voor Zorgverzekeringen voornemens is die vast te stellen, nadat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de regeling tot wijziging van de Regeling zorgverzekering heeft vastgesteld terzake van de vereveningsbijdrage voor zorgverzekeraars in het jaar 2009 en onder voorbehoud van goedkeuring door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

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 30 september 2008 Z/F-2880603;

Heeft in zijn vergadering van 6 oktober 2008 besloten:

HOOFDSTUK I ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1 Definities

Deze beleidsregels verstaan onder:

- a. *college*: het College voor zorgverzekeringen;
- b. *risicoklasse naar leeftijd en geslacht*: een een- of meerjarige leeftijdsklasse, 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 B-dbc's, 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;
- f. *morbiditeitsrisicoklasse*: een vijftienjaarsklasse per geslacht, gebaseerd op morbiditeitsrisico, te rekenen vanaf nul tot en met vierenzeventig jaar en vijfenzeventig jaar en ouder;
- g. *sociaal economische statusklasse*: een klasse gebaseerd op het inkomen per adres, waarbij verzekerden worden ingedeeld in klassen op basis van het aantal personen op een adres, hun leeftijd en het inkomen per adres;
- h. *eenpersoonsadresklasse*: een klasse gebaseerd op het onderscheid naar 'woont op een adres waar één persoon is ingeschreven' of 'woont niet op een adres waar één persoon is ingeschreven';
- i. *zwaarte*: het deel waarvoor de verzekerde meetelt in een betreffende klasse;
- j. *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;
- k. *persoons-kenmerkenbestand*: een bestand dat bestaat uit de opgaven van de zorgverzekeraars over enig jaar van de verzekerden met per gepseudonimiseerd BSN de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand en -jaar, viercijferige postcode en adresleutel;
- l. *uitstroombestand*: het uitstroombestand over enig jaar is een aanvulling op het persoons-kenmerkenbestand, waarin de zorgverzekeraar per gepseudonimiseerd BSN de persoonskenmerken opgeeft van verzekerden die in enig jaar zijn uitgestroomd;
- m. *RBVZ*: Referentiebestand Verzekerden Zorgverzekeringswet, een bestand waarin per gepseudonimiseerde verzekerde de in- en uitschrijfdatum en het UZOVI nummer van de verzekeraar van de verzekerde is vastgelegd;



n. *verzekerde die in het buitenland woont*: een verzekerde die in Nederland werkt en in de EU, de EER, Zwitserland of een verdragsland woont en zich met een formulier 106 heeft ingeschreven bij het plaatselijke verzekeringsorgaan.

Artikel 2 Zorgverzekeraars

Het college gaat bij de verdeling van de macro-deelbedragen 2009 en de berekening van de normatieve bedragen en de bijdragen ervan uit dat alle zorgverzekeraars die gedurende 2008 actief zijn geweest ook in 2009 als zorgverzekeraar actief zullen zijn, tenzij zij voor 1 augustus 2008 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. zelfstandigen, voor zover zij niet ook inkomsten uit arbeid in loondienst hebben ontvangen;
5. referentiegroep aard van het inkomen, alle verzekerden omvattend die niet zijn ingedeeld onder 1 tot en met 4.

Artikel 4 Indeling in FKG's 2009 en DKG's 2009

1. Het college baseert de indeling in FKG's 2009 op bijlage 8 bij de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 september 2008 (kenmerk Z/F-2880603)
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. De FKG psychische aandoeningen is gelijk aan FKG 3 uit tabel B4.2 en B6.2 uit de Regeling zorgverzekering.
5. Bij de bepaling van de DKG's baseert het college de indeling in DKG's 2009 op bijlage 9, bij de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 september 2008 (kenmerk Z/F-2880603).

Artikel 5 Indeling in regioklasse 2009

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 2009 toe met inachtneming van het bepaalde in deze regeling.

HOOFDSTUK II TOEKENNING VAN DE BIJDRAGE 2009 AAN DE ZORGVERZEKERAAR

Artikel 7 Raming van de verzekerdenaantallen 2009 voor de zorgverzekeraars

1. De verzekeraars leveren het persoonskenmerkenbestand 2008 op 1 juli 2008 bij het CVZ aan. De peildatum van deze opgaven is de datum van nominale premieprolongatie voor de maand juni 2008.
2. Het college baseert zich bij de raming van de verzekerdenaantallen naar risicoklasse leeftijd en



- geslacht 2009, naar regioklasse 2009, naar GGZ-regioklasse 2009 en naar de verzekerden aantallen van 18 jaar en ouder 2009, op het in het eerste lid genoemde persoonskenmerkenbestand 2008.
3. Voor de vaststelling van de aard van het inkomenklasse baseert het college zich op de gepseudonimiseerde opgave van het UWV en de Belastingdienst naar inkomensbron op peildatum 27 januari 2008.
 4. Voor de vaststelling van de sociaal economische status klasse baseert het college zich op de gepseudonimiseerde opgave van de Belastingdienst over het jaar 2006. Wanneer voor 2006 geen gegevens beschikbaar zijn baseert het CVZ zich op gegevens over het jaar 2005.
 5. Het college bepaalt voor elke verzekerde uit het persoonskenmerkenbestand 2008 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 2009 verder als volgt:
 - a. Uitgangspunt is de opgave per 1 juni 2008 van alle declaraties farmaceutische hulp 2007 van de zorgverzekeraar aan het college.
 - b. Het college bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservice-nummer tussen de opgave onder a en het persoonskenmerkenbestand 2008 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 2009 een ophoogfactor toe voor de geraamde prevalentieontwikkeling, zoals weergegeven in bijlage 1 van deze beleidsregels. De zwaarte zoals bepaald onder b, vermenigvuldigd met de prevalentieontwikkeling, geeft de uiteindelijke zwaarte voor de verzekerde voor de betreffende klasse.
 7. Het college bepaalt per verzekerde de zwaarte per DKG 2009 verder als volgt:
 - a. Uitgangspunt is de opgave van de zorgverzekeraar aan het college per 1 juni 2008 van de declaraties van alle DBC's die in 2006 geopend zijn.
 - b. Het college bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservice-nummer tussen de opgave onder a en het persoonskenmerkenbestand 2008 per verzekerde in welke DKG 1 t/m 13 2009 de verzekerde valt. De verzekerde krijgt een gewicht afhankelijk van leeftijd en geslacht voor de betreffende klasse.
 - c. Als een verzekerde niet in een DKG 1 t/m 13 2009 valt, deelt het college deze verzekerde per zorgverzekeraar in bij DKG 0. Deze verzekerde krijgt een gewicht afhankelijk van leeftijd en geslacht voor deze klasse.
 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 2009.
 9. Tenslotte bepaalt het college per zorgverzekeraar het geraamde aantal verzekerden 2009 per zorgverzekeraar door per risicoklasse naar leeftijd en geslacht, FKG klasse, DKG klasse, aard van het inkomenklasse, regioklasse, GGZ regioklasse, eenpersoonsadres klasse en sociaal economische status klasse de zwaarten zoals bepaald in het achtste lid per risicoklasse bij elkaar op te tellen.
 10. Het college bepaalt per zorgverzekeraar het geraamde aantal verzekerden met FKG Psychische aandoeningen voor het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg overeenkomstig de berekening van de FKG psychische aandoeningen 2009 uit het zesde lid. Het aantal verzekerden 2009 per zorgverzekeraar voor het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg met een FKG 0 bepaalt het college door het geraamde totaal aantal verzekerden 2009 per zorgverzekeraar te verminderen met het aantal verzekerden 2009 met een FKG Psychische aandoeningen.
 11. Het college bepaalt per zorgverzekeraar het geraamde aantal verzekerden voor de normatieve eigen risico opbrengst als volgt:
 - a. Het college bepaalt per zorgverzekeraar op basis van het persoonskenmerkenbestand 2008, artikel 2 en artikel 5 het geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2009 met een FKG 1 t/m 20 2009.
 - b. Het college bepaalt het aantal verzekerden per zorgverzekeraar van 18 jaar en ouder zonder een FKG 1 t/m 20 2009. 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 geraamde verzekerden 2009 per risicoklasse naar leeftijd en geslacht, aard van het inkomenklasse en regioklasse door de zwaarten per risicoklasse naar leeftijd en geslacht, inkomensklasse en regioklasse bij elkaar op te tellen.

Artikel 8 De verdeling van het macro-deelbedrag kosten van B-dbc's ten behoeve van de zorgverzekeraars

Voor de verdeling van het macro-deelbedrag kosten van B-dbc's hanteert het college de volgende gewichten als uitgangspunten:

1. a. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per risicoklasse 2009 naar leeftijd en geslacht, genoemd in bijlage 3 van deze beleidsregels;
b. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per FKG 0 t/m 20 2009, genoemd in bijlage 4 van deze beleidsregels;
c. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per DKG 0 t/m 13 2009, genoemd in bijlage 5 van deze beleidsregels;
d. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2009, genoemd in bijlage 6 van deze beleidsregels;
e. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per regioklasse 2009, genoemd in bijlage 7 van deze beleidsregels;
f. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2009, genoemd in bijlage 8 van deze beleidsregels.
2. Het college vermenigvuldigt de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2009 per overeenkomstige risicoklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2009. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
3. Het college vermenigvuldigt de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per FKG 2009 per overeenkomstige FKG met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden FKG 2009. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tweede lid.
4. Het college vermenigvuldigt de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per DKG 2009 per overeenkomstige DKG met het geraamde aantal verzekerden per DKG 2009. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het derde lid.
5. Het college vermenigvuldigt de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2009 per overeenkomstige aard van het inkomenklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per aard van het inkomenklasse 2009. Het college sommeert de uitkomsten per zorgverzekeraar en voegt deze toe aan het resultaat van het vierde lid.
6. Het college vermenigvuldigt de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per regioklasse 2009 per overeenkomstige regioklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per regioklasse 2009. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vijfde lid.
7. Het college vermenigvuldigt de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2009 per overeenkomstige sociaal economische statusklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2009. 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 kosten van B-dbc's 2009.

Artikel 9 De verdeling van het macro-deelbedrag 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 macro-deelbedrag 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 2009 naar leeftijd en geslacht, genoemd in bijlage 9 van deze beleidsregels;
b. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per FKG 0 t/m 20 2009, genoemd in bijlage 10 van deze beleidsregels;
c. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per DKG 0 t/m 13 2009, genoemd in bijlage 11 van deze beleidsregels;
d. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2009, genoemd in bijlage 12 van deze beleidsregels;



- e. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per regioklasse 2009, genoemd in bijlage 13 van deze beleidsregels;
 - f. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2009, genoemd in bijlage 14 van deze beleidsregels.
2. Het college vermenigvuldigt de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2009 per overeenkomstige risicoklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2009. 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 2009 per overeenkomstige FKG met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per FKG 2009. 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 2009 per overeenkomstige DKG met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per DKG 2009. 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 2009 per overeenkomstige aard van het inkomenklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per aard van het inkomenklasse 2009. 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 2009 per overeenkomstige regioklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per regioklasse 2009. 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 2009 per overeenkomstige sociaal economische statusklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2009. 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 2009.

Artikel 10 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 2009 als volgt:
 - a. Het college berekent de gemiddelde vaste kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde per zorgverzekeraar in 2007 op basis van gegevens uit de jaarstaat 2007 van de zorgverzekeraar.
 - b. Per zorgverzekeraar vermenigvuldigt het college de geraamde aantallen verzekerden 2009 met het berekende bedrag in onderdeel a.
 - c. Vervolgens berekent het college de landelijke vaste kostenfactor 2009 door het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2009 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 2009. Dit resultaat wordt aangeduid als het zorgverzekeraarspecifieke bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2009.
2. Indien het gemiddelde aantal verzekerden van een zorgverzekeraar in 2007 minder dan 10.000 bedraagt, wordt voor de zorgverzekeraars bij de berekening bedoeld in het eerste lid uitgegaan van de kosten van ziekenhuisverpleging 2007 van alle zorgverzekeraars. Deze werkwijze wordt ook gevolgd wanneer de zorgverzekeraar geen juiste of geen volledige opgave over 2007 aan het college heeft gedaan of wanneer een opgave niet mogelijk is.
3. Het college berekent per zorgverzekeraar het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2009 door het zorgverzekeraarspecifieke bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging per geraamde verzekerde 2009 te vermenigvuldigen met het totaal aantal geraamde verzekerden 2009.
4. Het resultaat van het derde lid wordt aangeduid als het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2009.



Artikel 11 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 2009 naar leeftijd en geslacht, genoemd in bijlage 15 van deze beleidsregels;
 - b. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde naar FKG's psychische aandoeningen 2009, genoemd in bijlage 16 van deze beleidsregels;
 - c. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2009, genoemd in bijlage 17 van deze beleidsregels;
 - d. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per GGZ-regioklasse 2009, genoemd in bijlage 18 van deze beleidsregels;
 - e. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2009, genoemd in bijlage 19 van deze beleidsregels;
 - f. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per eenpersoonsadres 2009, genoemd in bijlage 20 van deze beleidsregels.
2. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per risicoklasse 2009 naar leeftijd en geslacht worden per overeenkomstige risicoklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2009. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
3. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per FKG psychische aandoeningen 2009 worden per overeenkomstige klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per klasse 2009. 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 2009 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per aard van het inkomenklasse 2009. 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 2009 worden per overeenkomstige GGZ-regioklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per GGZ-regioklasse 2009. 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 2009 worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2009. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vijfde lid.
7. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per eenpersoonsadres klasse 2009 worden per overeenkomstige eenpersoonsadres klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per eenpersoonsadres klasse 2009. 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 geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2009.

Artikel 12 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 2009 naar leeftijd en geslacht, genoemd in bijlage 21 van deze beleidsregels;
 - b. De gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per FKG 2009, genoemd in bijlage 22 van deze beleidsregels;
 - c. De gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per DKG 2009, genoemd in bijlage 23 van deze beleidsregels;
 - d. De gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per aard van het inkomenklasse



- 2009, genoemd in bijlage 24 van deze beleidsregels;
- e. De gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per regioklasse 2009, genoemd in bijlage 25 van deze beleidsregels.
 - f. De gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2009, genoemd in bijlage 26 van deze beleidsregels.
2. De gewichten kosten van de totale overige prestaties per verzekerde per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2009 worden per overeenkomstige risicoklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2009. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
 3. De gewichten kosten van de totale overige prestaties per verzekerde per FKG 2009 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per FKG 2009. 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 2009 worden per overeenkomstige DKG vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per DKG 2009. 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 2009 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per aard van het inkomenklasse 2009. 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 2009 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per regioklasse 2009. 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 2009 worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2009. 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 2009.
 9. Het college kan ter voorlichting aan de zorgverzekeraars ook deelbedragen per afzonderlijke overige prestaties berekenen overeenkomstig de leden 2 tot 8.

Artikel 13 De raming van de normatieve eigen risico opbrengst

1. Voor de raming van de normatieve eigen risico opbrengst voor verzekerden zonder een FKG 1 t/m 20 2009 hanteert het college als uitgangspunten:
 - a. de gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2009, genoemd in bijlage 27 van deze beleidsregels;
 - b. de gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2009, genoemd in bijlage 28 van deze beleidsregels;
 - c. de gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per regioklasse 2009, genoemd in bijlage 29 van deze beleidsregels.
2. De gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per risicoklasse 2009 naar leeftijd en geslacht worden per overeenkomstige risicoklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder zonder een FKG 1 t/m 20, zoals bepaald in artikel 7, elfde lid, onder b. De uitkomsten worden per risicoklasse 2009 per zorgverzekeraar gesommeerd.
3. De gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2009 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 2009, 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 2009 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per regioklasse 2009, 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 1 t/m 20 2009, zoals bepaald in artikel 7, elfde lid, onder a, met een bedrag van 155 euro per verzekerde. Dit is de geraamde normatieve eigen risico opbrengst 2009 voor verzekerden met een FKG 1 t/m 20 2009.
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 14 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 2009 van een zorgverzekeraar vast als de som van het volgens dit hoofdstuk berekende deelbedrag kosten B-dbc's 2009, het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009, het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2009, het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2009 en het deelbedrag kosten van overige prestaties 2009.
2. Het college raamt de opbrengst 2009 van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de geraamde aantallen verzekerden van 18 jaar en ouder 2009 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2009. De nominale rekenpremie 2009 bedraagt 947 euro overeenkomstig artikel 3.6 van de Regeling zorgverzekering;
3. Het college vermindert het resultaat van het tweede lid met 0,17895 procent vanwege de geraamde gedeerde 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 2009 aan een zorgverzekeraar door op het normatieve bedrag 2009 de geraamde normatieve eigen risico opbrengst 2009 en de volgens het tweede lid en derde lid geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie 2009 in mindering te brengen.
5. Het college berekent per zorgverzekeraar de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar 2009. Deze uitkering bedraagt het aantal geraamde verzekerden jonger dan 18 jaar, vermenigvuldigd met 50 euro.
6. Het college kent de bijdrage 2009 ter hoogte van de bijdrage berekend in het vierde lid, aangevuld met het bedrag berekend in het vijfde lid, aan de zorgverzekeraar toe.

Artikel 15 Herberekeningen als gevolg van splitsingen

Indien een zorgverzekeraar na de toekenning van de bijdrage 2009 besluit zich te splitsen, dient de zorgverzekeraar aan het college mee te delen hoe naar zijn verwachting de geraamde verzekerdenaantallen 2009 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 meegedeelde geraamde verzekerdenaantallen en het tijdstip waarop de splitsing wordt gerealiseerd.

Artikel 16 De herberekening en herziening van de toegekende bijdrage 2009

1. Het college herberekent de toekenning van de bijdrage op basis van de werkelijke verzekerdenaantallen 2009 volgens de opgaven van de zorgverzekeraars aan het college op 7 maart 2009.
2. Het college bepaalt de herberekening van de toegekende bijdrage 2009 als volgt:
Het college deelt het totaal aantal verzekerden uit de opgave in het eerste lid door het totaal aantal verzekerden uit artikel 7, tiende lid en vermenigvuldigt het verkregen aantal met de bijdrage 2009 zoals berekend in artikel 14, zesde lid.
3. Het college herziert de op grond van artikel 14, zesde lid toegekende bijdrage 2009.



HOOFDSTUK III DE VOORLOPIGE VASTSTELLING VAN DE BIJDRAGE AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 17 Bepaling van de verzekerdenaantallen 2009 voor de zorgverzekeraars

1. De zorgverzekeraars leveren het persoonskenmerkenbestand 2009 op 1 juli 2009 bij het CVZ aan. De peildatum van de opgave is de datum van nominale premieprolongatie voor de maand juni 2009.
In aanvulling op het persoonskenmerkenbestand 2009 leveren de zorgverzekeraars het uitstroombestand 2009 en de opgave van verzekerden die vanwege bijzondere omstandigheden niet over een BSN nummer beschikken op 1 juli respectievelijk 1 juni 2010 bij het CVZ aan.
2. Voor de vaststelling van het aantal verzekerden 2009 en de verzekeringsduur per verzekerde per zorgverzekeraar baseert het college zich op het Referentiebestand verzekerden Zorgverzekeringwet (RBVZ) van SA-Zorg en de opgave van verzekerden zonder BSN die vanwege bijzondere omstandigheden niet over een BSN nummer beschikken. Wanneer een verzekerde gedurende een bepaalde periode in 2009 bij meerdere zorgverzekeraars tegelijkertijd is ingeschreven, wordt die periode voor het vaststellen van de verzekeringsduur verdeeld naar rato van het aantal zorgverzekeraars waar de verzekerde gedurende die periode ingeschreven is geweest.
3. Voor de vereveningskenmerken per verzekerde naar risicoklasse leeftijd en geslacht 2009, naar regioklasse 2009 en naar de verzekerdenaantallen van 18 jaar en ouder 2009, baseert het college zich op het persoonskenmerkenbestand 2009, het uitstroombestand 2009 en de opgave van verzekerden die vanwege bijzondere omstandigheden niet over een BSN nummer beschikken. In het geval een verzekerde niet is opgenomen in het persoonskenmerkenbestand 2009 maakt het college indien mogelijk gebruik van de gegevens uit het persoonskenmerkenbestand 2008 of 2010.
4. Voor de vaststelling van de aard van het inkomenklasse en de sociaal economische statusklasse baseert het college zich op de gepseudonimiseerde opgave van het UWV of de Belastingdienst naar inkomensbron in het jaar 2009. Voor de opgave van het UWV of de Belastingdienst, bedoeld in de vorige volzin, hanteert het CVZ de peildatum 30 juni 2009.
5. Het college bepaalt voor elke verzekerde uit het persoonskenmerkenbestand 2009 in welke klasse een verzekerde valt voor de criteria leeftijd, geslacht, aard van het inkomen, regio, GGZ-regio, éénpersoonsadres en sociaal economische status. Het college bepaalt de leeftijd op basis van de geboortemaand en het geboortjaar op peildatum 30 juni 2009.
6. Vervolgens bepaalt het college per zorgverzekeraar het aantal verzekerden naar leeftijd en geslacht 2009. Hierbij telt de verzekerde mee voor de verzekeringsduur zoals vastgesteld in het tweede lid.
7. Voor de voorlopige vaststelling van de bijdrage aan een zorgverzekeraar bepaalt het college het aantal verzekerden per FKG 2009 per zorgverzekeraar als volgt:
 - a. Uitgangspunt is de opgave van 1 juni 2009 van alle declaraties farmaceutische hulp 2008 van de zorgverzekeraar aan het college. Op basis daarvan bepaalt het college het aantal verzekerden 2008 per FKG 2009 dat in 2008 voldoet aan het bepaalde in artikel 4.
 - b. Het college bepaalt per zorgverzekeraar de rechtstreeks aan een zorgverzekeraar toe te wijzen verzekerden 2008 in 2009 per FKG 2009 met behulp van een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer, het persoonskenmerkenbestand 2009 en de opgave van de zorgverzekeraar genoemd onder a.
 - c. Het college splitst per zorgverzekeraar het aantal verzekerden zonder FKG 1 t/m 20 2009 in een verzekerdenaantal FKG 2009 onbekend en een verzekerdenaantal FKG 2009 0. Het verzekerdenaantal FKG onbekend bestaat uit verzekerden die in het buitenland wonen zoals gedefinieerd in artikel 1, onder n.
 - d. Het college bepaalt de gewichten voor alle FKG 2009-onbekend op 0,00.
 - e. Tot slot worden de verzekerdenaantallen 2009 per FKG 2009 over de verzekerden gesommeerd. Hierbij telt de verzekerde mee voor de verzekeringsduur zoals vastgesteld in het tweede lid.
8. Voor de voorlopige vaststelling van de bijdrage aan een zorgverzekeraar bepaalt het college het aantal verzekerden per DKG 2009 per zorgverzekeraar als volgt:
 - a. Uitgangspunt is de opgave van de zorgverzekeraar per 1 juni 2010 van de declaraties van alle DBC's die in 2008 geopend zijn. Op basis daarvan bepaalt het college het aantal verzekerden per DKG 2009 volgens de indeling in artikel 4, vijfde lid.
 - b. Het college bepaalt per zorgverzekeraar de rechtstreeks aan een zorgverzekeraar toe te wijzen verzekerden 2008 in 2009 per DKG 2009 met behulp van een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer, het persoonskenmerkenbestand 2009 en de opgave van de zorgverzekeraar genoemd onder a.



- c. Het college splitst per zorgverzekeraar het aantal verzekerden zonder DKG 1 t/m 13 2009 in een verzekerdenaantal DKG 2009 onbekend en een verzekerdenaantal DKG 2009 0. Het verzekerdenaantal DKG 2009 onbekend bestaat uit verzekerden die in het buitenland wonen zoals gedefinieerd in artikel 1, onder n.
 - d. Het college bepaalt het gewicht DKG 2009 onbekend op 0,00.
 - e. Tot slot worden per zorgverzekeraar de verzekerdenaantallen 2009 per DKG 2009 opgeteld. Hierbij telt de verzekerde mee voor de verzekeringsduur zoals vastgesteld in het tweede lid.
9. Het college bepaalt met behulp van opgaven van de Belastingdienst en het UWV, het RBVZ over 2009 en de verzekerdenopgaven van de zorgverzekeraars de aantallen verzekerden per aard van het inkomenklasse 2009 en sociaal economische statusklasse 2009. Hierbij telt de verzekerde mee voor de verzekeringsduur zoals vastgesteld in het tweede lid.
 10. Het college bepaalt met behulp van het RBVZ over 2009, de opgave van de Belastingdienst en de opgave van de zorgverzekeraars naar viercijferige postcode van het adres waar de verzekerde woonachtig is, de aantallen verzekerden naar regioklasse 2009, naar GGZ regioklasse 2009 en naar éénpersoonshuishouden. Hierbij telt de verzekerde mee voor de verzekeringsduur zoals vastgesteld in het tweede lid.

Artikel 18 De voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van B-dbc's 2009

1. Het college bepaalt op basis van de jaarstaat 2009 per zorgverzekeraar en voor het totaal van de zorgverzekeraars de kosten van B-dbc's 2009, met inachtneming van de artikelen 3.11 en 3.12 van de Regeling zorgverzekering.
2. Het college herberekent op basis van de uitkomsten verkregen na toepassing van artikel 17 het normatieve bedrag kosten van B-dbc's 2009 voor het totaal van alle verzekerden 2009 van alle zorgverzekeraars op de wijze zoals beschreven in artikel 8.
3. Het college berekent de schalingsfactor kosten van B-dbc's 2009 door de kosten van B-dbc's 2009, bepaald in het eerste lid, te sommeren over alle verzekeraars en deze te delen door het in het tweede lid herberekende normatieve bedrag kosten van B-dbc's voor het totaal van alle verzekerden 2009 van alle zorgverzekeraars.
4. Het college herberekent alle gewichten uit artikel 8, eerste lid door deze te vermenigvuldigen met de schalingsfactor kosten van B-dbc's 2009 en deze vervolgens af te ronden op twee decimalen.
5. Het college vermenigvuldigt de in het vierde lid herberekende gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2009 met de aantallen verzekerden per overeenkomstige risicoklasse 2009 per zorgverzekeraar. Het college sommeert de uitkomsten per zorgverzekeraar.
6. De in het vierde lid herberekende gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per FKG 2009 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 zoals berekend in artikel 17, zevende lid, per FKG 2009 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 B-dbc's per verzekerde per DKG 2009 worden per overeenkomstige DKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 zoals berekend in artikel 17, achtste lid, per DKG 2009 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 B-dbc's per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2009 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 per aard van het inkomenklasse 2009 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, negende lid. 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 B-dbc's per verzekerde per regioklasse 2009 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per regioklasse 2009 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, tiende lid. 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 B-dbc's per verzekerde bij sociaal economische statusklasse 2009 worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2009 per



zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, negende lid. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het negende lid.

11. Het college calculeert per zorgverzekeraar 15 procent na op het verschil tussen de kosten van B-dbc's, berekend 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 kosten van B-dbc's 2009.
13. Voor de toepassing van artikel 3.16 van de Regeling zorgverzekering trekt het college van het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van B-dbc's 2009 af de kosten van B-dbc's 2009, zoals bepaald in het eerste lid.

Artikel 19 De voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009

1. Het college bepaalt op basis van de jaarstaat 2009 per zorgverzekeraar en voor het totaal van de zorgverzekeraars de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009 met inachtneming van de artikelen 3.11, 3.12 en 3.15 van de Regeling zorgverzekering.
2. Het college herberekent op basis van de uitkomsten verkregen na toepassing van artikel 17 het normatieve bedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009 voor het totaal van alle verzekerden 2009 van alle zorgverzekeraars op de wijze zoals beschreven in artikel 9, eerste tot en met achtste lid.
3. Het college berekent de schalingsfactor variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009 door de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009, 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 2009 van alle zorgverzekeraars.
4. Het college herberekent alle gewichten uit artikel 9 door deze te vermenigvuldigen met de schalingsfactor variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009, 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 2009 met de aantallen verzekerden per overeenkomstige risicoklasse 2009 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 2009 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 zoals berekend in artikel 17, zevende lid, per FKG 2009 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 2009 worden per overeenkomstige DKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 zoals berekend in artikel 17, achtste lid, per DKG 2009 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 2009 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 per aard van het inkomenklasse 2009 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, negende lid. 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 2009 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per regioklasse 2009 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, tiende lid. 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 2009 worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2009 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, negende lid. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het negende lid.
11. Het college calculeert per zorgverzekeraar 40 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 2009.
13. Voor de toepassing van artikel 3.16 van de Regeling zorgverzekering trekt het college van het voorlopige herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009 af de kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009, zoals bepaald in het eerste lid.

Artikel 20 De voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2009

1. Het college bepaalt op basis van de jaarstaat 2009 per zorgverzekeraar met inachtneming van de artikelen 3.11, 3.12 en 3.17 van de Regeling zorgverzekering, de vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2009.
2. Het college herberekent het voorlopig deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2009 per zorgverzekeraar als volgt:
 - a. De vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2008 worden per zorgverzekeraar gedeeld door het aantal verzekerden 2009, vastgesteld met toepassing van artikel 17, eerste en derde lid. Dit vormt het herberekende zorgverzekeraarspecifieke bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde 2009.
 - b. Het in onderdeel a opnieuw berekende zorgverzekeraarspecifieke bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde 2009 wordt vermenigvuldigd met het totaal aantal verzekerden 2009 per zorgverzekeraar.
3. Het college calculeert per zorgverzekeraar 100 procent na op het verschil tussen de kosten vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2009, verkregen in het eerste lid, en het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging, verkregen in het tweede lid.
4. Het resultaat van het derde lid wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2009.

Artikel 21 De voorlopige herberekening van het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2009

1. Het college bepaalt op basis van de jaarstaat 2009 per zorgverzekeraar en voor het totaal van de zorgverzekeraars met inachtneming van de artikelen 3.11 en 3.12 van de Regeling zorgverzekering, de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2009.
2. Het college herberekent op grond van de uitkomsten van artikel 17 het normatieve bedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2009 voor het totaal van alle verzekerden 2009 van alle zorgverzekeraars op de wijze zoals beschreven in artikel 11, eerste tot en met het zevende lid. Daarna calculeert het college per zorgverzekeraar 100 procent na op het verschil tussen de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2009, verkregen in het eerste lid en het resultaat van het tweede lid.
3. Het resultaat van het tweede lid wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2009.

Artikel 22 De voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties 2009

1. Het college bepaalt op basis van de jaarstaat 2009 de kosten van overige prestaties 2009 met inachtneming van de artikelen 3.11 en 3.12 van de Regeling zorgverzekering.
2. Het college berekent het normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2009 voor het totaal van



alle verzekerden 2009 van alle zorgverzekeraars op de wijze zoals beschreven in artikel 12, eerste tot en met het zevende lid.

3. Het college berekent de schalingsfactor kosten van overige prestaties 2009 door de som van de in het eerste lid bepaalde kosten van overige prestaties 2009 van alle zorgverzekeraars te delen door het in het tweede lid herberekende normatieve bedrag kosten van overige prestaties voor alle verzekerden 2009 van alle zorgverzekeraars.
4. Het college herberekent alle gewichten uit artikel 12 door deze te vermenigvuldigen met de schalingsfactor kosten van overige prestaties 2009, en deze vervolgens af te ronden op twee decimalen.
5. De in het vierde lid herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde 2009 naar leeftijd en geslacht worden per overeenkomstige risicoklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 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 2009 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 zoals berekend in artikel 17, zevende lid, per FKG 2009 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 2009 worden per overeenkomstige DKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 zoals berekend in artikel 17, achtste lid, per DKG 2009 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 2009, worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 per aard van het inkomenklasse 2009 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, negende lid. 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 2009 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 per regioklasse 2009 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, tiende lid. 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 2009 worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2009 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, negende lid. 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 2009.

Artikel 23 De voorlopige herberekening van de opbrengst van het normatieve eigen risico 2009

1. Uitgangspunt voor de herberekening van de opbrengst van het normatieve eigen risico zijn de opgaven, bedoeld in artikel 17, van de verzekerdenaantallen van de zorgverzekeraar, van 1 juni 2009 danwel 1 juli 2009.
2. Het college herberekent op de wijze zoals beschreven in artikel 13 de normatieve eigen risico opbrengst 2009 op basis van de werkelijke verzekerden aantallen 2009 van 18 jaar en ouder zoals berekend in artikel 17.

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

1. Het college herberekent het normatieve bedrag 2009 voorlopig als de som van het voorlopige herberekende deelbedrag B-dbc's 2009, het voorlopig herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009, het voorlopige herberekende deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2009, het voorlopig herberekende deelbedrag



geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2009 en het voorlopig herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties 2009.

2. Voor de toepassing van artikel 3.16 van de Regeling zorgverzekering berekent het college
 - a. de som van het bedrag bepaald in artikel 18, dertiende lid en het bedrag bepaald in artikel 19, dertiende lid.
 - b. Indien het in onderdeel a bepaalde bedrag groter is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2009 maal 22,50 euro, dan trekt het college 90 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2009 uit het eerste lid.
 - c. Indien het in onderdeel a bepaalde bedrag kleiner is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2009 maal -22,50 euro, dan voegt het college 90 procent van het verschil toe aan het normatieve bedrag 2009 uit het eerste lid.
3. Het college bepaalt de opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de verzekerden van 18 jaar en ouder 2009 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2009.
4. Het college vermindert het resultaat van het derde lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in de jaarstaat 2009 als gedeerde inkomsten voor verzekerden van 18 jaar en ouder waarvoor als gevolg van de toepasselijkheid van artikel 24 Zorgverzekeringswet geen nominale premies worden ontvangen.
5. 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 2009 te vermenigvuldigen met 50 euro.
6. Het college herberekent de bijdrage 2009 voorlopig door de som van het herberekende normatieve bedrag 2009 bedoeld in het eerste lid en de aanvulling voor uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar bedoeld in het vijfde lid te verminderen met de voorlopig herberekende normatieve eigen risico opbrengst bedoeld in artikel 23 en de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in het vierde lid.
7. Het college stelt de bijdrage 2009 voorlopig vast ter hoogte van de in het vorige lid berekende bijdrage.

HOOFDSTUK IV DE VASTSTELLING VAN DE BIJDRAGE 2009 AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 25 Algemene bepaling

Het college herberekent het normatieve bedrag definitief op basis van de opgave hoge kosten compensatie 2009, de jaarstaat 2009, de kosten verrekening oude jaren uit de jaarstaat 2010 en de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast.

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

1. Het college hanteert bij de definitieve herberekening van het deelbedrag kosten van B-dbc's 2009 als uitgangspunten:
 - a. de gewichten kosten van B-dbc's 2009 naar leeftijd en geslacht, zoals vermeld in bijlage 30 van deze beleidsregels;
 - b. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per FKG 0 t/m 20 2009, zoals vermeld in bijlage 31 van deze beleidsregels;
 - c. de gewichten variabele kosten van B-dbc's per verzekerde per DKG 0 t/m 13 2009, zoals vermeld in bijlage 32 van deze beleidsregels;
 - d. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2009, zoals vermeld in bijlage 33 van deze beleidsregels;
 - e. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per regioklasse 2009, zoals vermeld in bijlage 34 van deze beleidsregels;
 - f. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2009, genoemd in bijlage 35 van deze beleidsregels.
2. Het college bepaalt de kosten van B-dbc's 2009 met inachtneming van de artikelen 3.11 en 3.12 van de Regeling zorgverzekering.
3. Het college herberekent het deelbedrag kosten van B-dbc's 2009 voor het totaal van alle verzeker-



den van alle zorgverzekeraars 2009 op de wijze zoals beschreven in artikel 8, gebruik makend van de gewichten uit het eerste lid.

4. Het college herberekent de schalingsfactor kosten van B-dbc's 2009 door de som van de totale kosten van B-dbc's 2009 van alle zorgverzekeraars, zoals bepaald in het tweede lid, te delen door het herberekende normatieve deelbedrag kosten van B-dbc's voor het totaal van alle verzekerden 2009 van alle verzekeraars, zoals berekend in het derde lid.
5. Het college herberekent alle gewichten uit het eerste lid door deze te vermenigvuldigen met de herberekende schalingsfactor kosten van B-dbc's 2009 en rond deze af op twee decimalen.
6. Het college vermenigvuldigt de in het vijfde lid herberekende gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2009 met de aantallen verzekerden per overeenkomstige risicoklasse per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
7. De in het vijfde lid herberekende gewichten kosten van B-dbc's 2009 per verzekerde worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 per FKG 2009 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zesde lid.
8. De in het vijfde lid herberekende gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde worden per overeenkomstige DKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 per DKG 2009 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zevende lid.
9. De in het vijfde lid herberekende gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2009 worden per zorgverzekeraar per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 per aard van het inkomenklasse 2009. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het achtste lid.
10. De in het vijfde lid herberekende gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per regioklasse 2009 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per regioklasse 2009 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het negende lid.
11. De in het vijfde lid herberekende gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2009 worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2008 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tiende lid.
12. Het college past een hoge kostencompensatie toe overeenkomstig artikel 3.13 van de Regeling zorgverzekering en verreken dit met het resultaat van het elfde lid.
13. Vervolgens calculeert het college per zorgverzekeraar 15 procent na op het verschil tussen de kosten van B-dbc's, verkregen in het tweede lid en het resultaat van het twaalfde lid.
14. Het resultaat van het dertiende lid wordt aangeduid als het definitief herberekende deelbedrag kosten van B-dbc's 2009.
15. Voor de toepassing van artikel 3.16 van de Regeling zorgverzekering trekt het college van het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van B-dbc's 2009 af de kosten van B-dbc's 2009, zoals bepaald in het tweede lid.

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

1. Het college hanteert bij de definitieve herberekening van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009 als uitgangspunten:
 - a. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per risicoklasse 2009 naar leeftijd en geslacht, zoals vermeld in bijlage 36 van deze beleidsregels;
 - b. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per FKG 0 t/m 20 2009, zoals vermeld in bijlage 37 van deze beleidsregels;



- c. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per DKG 0 t/m 13 2009, zoals vermeld in bijlage 38 van deze beleidsregels;
 - d. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2009, zoals vermeld in bijlage 39 van deze beleidsregels;
 - e. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per regioklasse 2009, zoals vermeld in bijlage 40 van deze beleidsregels;
 - f. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2009, genoemd in bijlage 41 van deze beleidsregels.
2. Het college bepaalt de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009 met inachtneming van de artikelen 3.11, 3.12 en 3.15 van de Regeling zorgverzekering.
 3. Het college herberekent het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009 voor het totaal van alle verzekerden van alle zorgverzekeraars 2009 op de wijze zoals beschreven in artikel 9, gebruik makend van de gewichten uit het eerste lid.
 4. Het college herberekent de schalingsfactor variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009 door de som van de totale variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009 van alle zorgverzekeraars, zoals bepaald in het tweede lid, te delen door het herberekende normatieve deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp voor het totaal van alle verzekerden 2009 van alle verzekeraars, zoals berekend in het derde lid.
 5. Het college herberekent alle gewichten uit het eerste lid door deze te vermenigvuldigen met de herberekende schalingsfactor variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009 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 2009 naar leeftijd en geslacht met de aantallen verzekerden per overeenkomstige risicoklasse per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
 7. De in het vijfde lid herberekende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde 2009 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 per FKG 2009 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zesde lid.
 8. De in het vijfde lid herberekende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde 2009 worden per zorgverzekeraar per overeenkomstige DKG 2009 vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 per DKG 2009. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zevende lid.
 9. De in het vijfde lid herberekende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2009 worden per zorgverzekeraar per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 per aard van het inkomenklasse 2009. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het achtste lid.
 10. De in het vijfde lid herberekende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per regioklasse 2009, worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per regioklasse 2009 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het negende lid.
 11. De in het vijfde lid herberekende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2009, worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2009 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tiende lid.
 12. Het college past een hoge kostencompensatie toe overeenkomstig artikel 3.13 van de Regeling zorgverzekering en verreken dit met het resultaat van het elfde lid.
 13. Vervolgens calculeert het college per zorgverzekeraar 40 procent na op het verschil tussen de



variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, verkregen in het tweede lid en het resultaat van het twaalfde lid.

14. Het resultaat van het dertiende lid wordt aangeduid als het definitief herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009.
15. Voor de toepassing van artikel 3.16 van de Regeling zorgverzekering trekt het college van het definitieve herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009 af de kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009, zoals bepaald in het tweede lid.

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

Het college herberekent definitief het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2009 overeenkomstig artikel 20, met inachtneming van artikel 25.

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

Het college herberekent definitief het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2009 overeenkomstig artikel 21, met inachtneming van artikel 25.

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

1. Voor de definitieve herberekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties hanteert het college als uitgangspunten:
 - a. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per risicoklasse 2009 naar leeftijd en geslacht, zoals vermeld in bijlage 42 van deze beleidsregels;
 - b. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per FKG 2009, zoals vermeld in bijlage 43 van deze beleidsregels;
 - c. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per DKG 2009, zoals vermeld in bijlage 44 van deze beleidsregels;
 - d. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2009, zoals vermeld in bijlage 45 van deze beleidsregels;
 - e. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per regioklasse 2009, zoals vermeld in bijlage 46 van deze beleidsregels;
 - f. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2009, genoemd in bijlage 47 van deze beleidsregels.
2. Het college bepaalt de kosten van overige prestaties 2009 met inachtneming van de artikelen 3.11 en 3.12 van de Regeling zorgverzekering.
3. Het college herberekent het normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2009 voor het totaal van alle verzekerden 2009 van alle zorgverzekeraars op de wijze zoals beschreven in artikel 12, gebruik makend van de gewichten uit het eerste lid.
4. Het college herberekent de schalingsfactor kosten van overige prestaties 2009 door de som van de kosten van overige prestaties 2009 van alle zorgverzekeraars, zoals bepaald in het tweede lid, te delen door het normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2009 voor het totaal van alle verzekerden 2009 van alle zorgverzekeraars, als berekend in het derde lid.
5. Het college herberekent alle gewichten uit het eerste lid door deze te vermenigvuldigen met de herberekende schalingsfactor overige prestaties 2009, en deze vervolgens af te ronden op twee decimalen.
6. De herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde 2009 worden per overeenkomstige risicoklasse naar leeftijd en geslacht vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 per risicoklasse 2009 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
7. De herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per FKG 2009 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 per FKG 2009 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zesde lid.



8. De herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per DKG 2009 worden per overeenkomstige DKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 per DKG 2009 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zevende lid.
9. De herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2009 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 per aard van het inkomenklasse 2009 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het achtste lid.
10. De herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per regioklasse 2009 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2009 per regioklasse 2009 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het negende lid.
11. De herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2009, worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2009 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tiende lid.
12. Het college past een hoge kostencompensatie toe overeenkomstig artikel 3.13 van de Regeling zorgverzekering en verreken 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 2009.

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

Het college herberekent definitief de normatieve eigen risico opbrengst 2009 overeenkomstig artikel 13 en artikel 23, met inachtneming van artikel 25.

Artikel 32 De definitieve herberekening van het normatieve bedrag 2009 en de definitieve herberekening en de vaststelling van de bijdrage 2009

1. Het college herberekent het normatieve bedrag 2009 definitief als de som van het definitieve deelbedrag B-dbc's 2009, het definitieve deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009, het definitieve deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2009, het definitieve deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2009 en het definitieve deelbedrag kosten van overige prestaties 2009.
2. Voor de toepassing van artikel 3.16 van de Regeling zorgverzekering berekent het college:
 - a. de som van het bedrag bepaald in artikel 26, vijftiende lid en het bedrag bepaald in artikel 27, vijftiende lid.
 - b. Indien het in onderdeel a bepaalde bedrag groter is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2009 maal 22,50 euro, dan trekt het college 90 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2009 uit het eerste lid.
 - c. Indien het in onderdeel a bepaalde bedrag kleiner is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2009 maal -22,50 euro, dan voegt het college 90 procent van het verschil toe aan het normatieve bedrag 2009 uit het eerste lid.
3. Het college bepaalt de definitieve opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de verzekerden van 18 jaar en ouder 2009 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2009.
4. Het college vermindert het resultaat van het derde 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 Zorgverzekeringswet geen nominale premies worden ontvangen.
5. 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 2009 te vermenigvuldigen met 50 euro.
6. Het college berekent de bijdrage 2009 definitief door de som van het definitieve normatieve bedrag



2009 bedoeld in het eerste lid en de aanvulling voor uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar bedoeld in het vijfde lid, te verminderen met de definitieve normatieve eigen risico opbrengst bedoeld in artikel 31, en de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in het vierde lid.

7. Het college stelt de bijdrage 2009 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 33

1. Bij gelegenheid van de vaststelling van de bijdrage 2009 als bedoeld in artikel 32 stelt het college per zorgverzekeraar ook de uitkering 2009 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 2009 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 2009 bedoeld in artikel 24 ook de voorlopige uitkering 2009 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 34

1. Het college betaalt de zorgverzekeraars de bijdrage, bedoeld in artikel 14, vierde lid, uit. Het college maakt bij de betalingen onderscheid naar de volgende bestanddelen:
 - a. het deel van het normatieve bedrag 2009 dat betrekking heeft op het deelbedrag kosten van B-dbc's, het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2008;
 - b. het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2009;
 - c. het deelbedrag overige prestaties 2009;
 - d. een aftrekpost voor de geraamde normatieve eigen risico opbrengst;
 - e. 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 14, 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 35

1. Bij gelegenheid van de voorlopige vaststelling van de bijdrage, bedoeld in artikel 24, zesde lid, stelt het college ook het volgende vast:
 - a. De hoogte van het bedrag van de door de zorgverzekeraar ingevorderde boetes op grond van artikel 96 Zorgverzekeringswet;
 - b. Het vergoedingsbedrag waar de zorgverzekeraar voor de door hem zelf ingevorderde boetes op grond van artikel 96, zesde lid, Zorgverzekeringswet recht op heeft;
 - c. 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 24, 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 36

1. Bij gelegenheid van de voorlopige vaststelling van de bijdrage, bedoeld in artikel 24, zesde lid, stelt het college het bedrag aan compensatie vast overeenkomstig artikel 3.23 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.
2. De zorgverzekeraar ontvangt compensatie onder de voorwaarde dat is voldaan aan het bepaalde in artikel 3.24 van het Besluit zorgverzekering. Bij de voorlopige vaststelling baseert het college zich voor de vaststelling van de compensatie vanwege wanbetaling op de opgave van de zorgverzekeraars op 1 juni 2010 over het totale aantal wanbetalers en het totale aantal premieachterstandsdagen in de periode 1 januari 2006 tot en met 31 december 2009.
3. De zorgverzekeraar dient de opgave, bedoeld in het tweede lid, per wanbetaler als volgt te berekenen:
 - a. Een verzekerde wordt als wanbetaler aangemerkt als hij een premieschuld heeft van meer dan 6 maandpremies werkelijke nominale premie.
 - b. De zorgverzekeraar bepaalt per verzekerde de totale openstaande premieschuld over de periode 1 januari 2006 tot en met 31 december 2009 op basis van de werkelijke nominale premies onder aftrek van betaalde verplichtingen op grond van het verplicht eigen risico.
 - c. Het bedrag aan premieachterstand zet de zorgverzekeraar om in een periode van premieachterstand. Hierbij wordt verondersteld dat alle premie-inkomsten en betaalde verplichtingen op grond van het verplicht eigen risico met de oudste openstaande premieschuld zijn verrekend.
 - d. De zorgverzekeraar berekent het compensatiebedrag voor de periode 1 januari tot en met 31 december 2009 per verzekerde door de verschuldigde nominale rekenpremie per maand, op basis van de nominale premiebedragen 2006, 2007, 2008 en 2009. De zorgverzekeraar vermeerderd dit bedrag met de gemiddelde opbrengst van het eigen risico per maand voor 2008 en 2009. Hierop brengt hij vervolgens in mindering het bedrag van de nominale rekenpremie gedurende de eerste 6 maanden van de onder c berekende periode.
4. Het college stelt op basis van de opgave van de zorgverzekeraar het totaal van de berekende compensatiebedragen uit het derde lid, vast onder aftrek van de bedragen die eerder aan de zorgverzekeraar zijn uitgekeerd in het kader van de compensatieregeling voor wanbetalers.
5. Het college keert het resultaat van het vierde lid uit bij de gelegenheid bedoeld in het eerste lid.

Artikel 37 Betaling

1. Het college bepaalt de som van de bestanddelen genoemd in artikel 34, eerste lid, onder a, eerste lid, onder b, eerste lid, onder c en de uitkering genoemd in artikel 34, tweede lid.
2. Het college deelt het resultaat van artikel 14, zesde lid door het resultaat van het eerste lid.
3. Het college vermenigvuldigt de bestanddelen genoemd in artikel 34, eerste lid, onder a, eerste lid, onder b, eerste lid, onder c en de uitkering bedoeld in artikel 34, 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 kosten van B-dbc's, het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2009;
 - b. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2009;
 - c. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag overige prestaties 2009;
 - d. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op de uitkering in verband met de uitvoeringskosten van verzekerden 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 betalingschema:



Betalingschema

Betaalmoment	Bestanddelen betalingen			
	Artikel 37, lid 4, onder a	Artikel 37, lid 4, onder b	Artikel 37, lid 4, onder c	Artikel 37, lid 4, onder d
Januari 2009		0,5200%		
februari 2009	0,9195%	2,0800%		8,3333%
maart 2009	2,6437%	4,1700%	8,3333%	8,3333%
april 2009	4,3678%	6,2500%	8,3334%	8,3334%
mei 2009	6,0920%	7,8100%	8,3333%	8,3333%
juni 2009	7,6435%	8,3400%	8,3333%	8,3333%
juli 2009	8,3333%	8,3300%	8,3334%	8,3334%
augustus 2009	8,3333%	8,3300%	8,3333%	8,3333%
september 2009	8,3333%	8,3400%	8,3333%	8,3333%
oktober 2009	8,3333%	8,3300%	8,3334%	8,3334%
November 2009	8,3333%	8,3300%	8,3333%	8,3333%
December 2009	8,3333%	8,3400%	8,3333%	8,3333%
januari 2010	8,3333%	7,8100%	8,3334%	8,3334%
februari 2010	7,4139%	6,2500%	8,3333%	
maart 2010	5,6897%	4,1700%		
april 2010	3,9656%	2,0800%		
mei 2010	2,2414%	0,5200%		
Juni 2010	0,6898%			

6. 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.
7. 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 38

1. Bij de herberekening en herziening van de toegekende bijdrage 2009 op grond van artikel 16 herziet het college de te betalen termijnen overeenkomstig artikel 37 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, herziet het college voor de tweede keer de te betalen termijnen overeenkomstig artikel 37. 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 37. 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 39

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 38.

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 40

1. Bij de verrekening van verschillen, bedoeld in artikel 38, 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 34, tweede lid, berekent het college rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 38, eerste en tweede lid, tot de datum van de voorlopige vaststelling van de bijdrage.
3. Bij de verrekening van de verschillen, bedoeld in artikel 38, derde lid, berekent het college rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 38, eerste, tweede en derde lid tot de datum van de definitieve vaststelling van de bijdrage.
4. Voor een zorgverzekeraar waarvoor krachtens artikel 38, 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 driemaands termijngelden 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 beleidsregels treden in werking met ingang van 1 januari 2009.

Artikel 39

Deze beleidsregels worden aangehaald als: Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2009.

Deze beleidsregels zullen in de Staatscourant worden geplaatst.

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



BIJLAGE 1 PREVALENTIE-ONTWIKKELING 2008–2009 PER MORBIDITEITSRISICOKLASSE PER FKG 2009

Mannen	0	1	2	3	4	5
Leeftijd		Glaucoom	Schildklier-aandoeningen	Psychische aandoeningen	Hoog cholesterol	Diabetes type IIb
0 t/m 14	0,994946	0,916784	1,081253	1,286823	1,440820	1,481987
15 t/m 29	0,996299	1,001718	1,088967	1,145811	1,025248	0,951463
30 t/m 44	0,995933	1,068038	1,056187	1,065671	1,038572	0,990170
45 t/m 59	0,992487	1,023692	1,074088	1,068441	1,022935	0,954643
60 t/m 74	0,988923	1,026117	1,046486	1,073786	1,040144	0,918346
75 e.o.	0,962688	1,029510	1,039217	1,082241	1,110389	0,910208

Vrouwen	0	1	2	3	4	5
Leeftijd		Glaucoom	Schildklier-aandoeningen	Psychische aandoeningen	Hoog cholesterol	Diabetes type IIb
0 t/m 14	0,997987	1,063088	1,112774	1,377972	1,190803	0,635031
15 t/m 29	0,996708	0,950667	1,059823	1,089308	1,006351	0,979854
30 t/m 44	0,994375	1,015629	1,077908	1,047767	1,042204	0,978064
45 t/m 59	0,989004	1,012947	1,068078	1,068705	1,033687	0,952167
60 t/m 74	0,989557	1,012661	1,053349	1,059108	1,028295	0,892637
75 e.o.	0,973606	1,021154	1,053403	1,061091	1,118750	0,901833

Mannen	6	7	8	9	10	11
Leeftijd	CARA	Diabetes type IIa	Epilepsie	Ziekte van Crohn	Hartaandoeningen	Reuma
0 t/m 14	1,145880	1	1,115185	1,077808	0,947937	1,418403
15 t/m 29	1,108495	1,184836	1,056689	0,993942	0,988437	1,233385
30 t/m 44	1,058978	1,158834	1,034606	1,033999	0,985205	1,209513
45 t/m 59	1,059070	1,100202	1,046805	1,058727	0,976311	1,132727
60 t/m 74	1,000170	1,094992	1,038351	1,033713	0,955256	1,110552
75 e.o.	1,011361	1,167331	1,014542	1,027845	0,988860	1,115630

Vrouwen	6	7	8	9	10	11
Leeftijd	CARA	Diabetes type IIa	Epilepsie	Ziekte van Crohn	Hartaandoeningen	Reuma
0 t/m 14	1,145275	1	1,080919	1,029861	0,876521	1,095075
15 t/m 29	1,077401	0,775718	1,060375	1,008862	0,933821	1,215249
30 t/m 44	1,056185	1,130546	1,030013	1,037554	0,977942	1,129678
45 t/m 59	1,066423	1,110307	1,060057	1,058702	0,984690	1,117888
60 t/m 74	1,032003	1,080043	1,056652	1,050752	0,958079	1,100247
75 e.o.	1,043446	1,155489	1,035452	1,037281	0,989070	1,117779

Mannen	12	13	14	15	16	17
Leeftijd	Parkinson	Diabetes type I	Transplantaties	Cystic fibrosis/pancreas	Aand. van hersenen/ruggemerg	Kanker
0 t/m 14	1	1,032338	1,126172	0,992057	0,946825	1,086790
15 t/m 29	0,978778	1,010443	1,103120	1,174533	1,107215	1,144417
30 t/m 44	1,049508	1,020521	1,083708	1,114934	1,116699	1,229883
45 t/m 59	1,060161	1,012432	1,076591	1,091516	1,059237	1,194961
60 t/m 74	1,004997	1,012943	1,071559	1,033283	1,043744	1,199274
75 e.o.	1,050063	1,047508	1,115779	1,055674	0,993653	1,175019

Vrouwen	12	13	14	15	16	17
Leeftijd	Parkinson	Diabetes type I	Transplantaties	Cystic fibrosis	Aand. van hersenen/ruggemerg	Kanker
0 t/m 14	1	1,031347	0,978045	0,992139	1,661343	0,808221
15 t/m 29	1,017541	1,017244	1,084785	1,165100	1,123248	1,428954



Vrouwen	12	13	14	15	16	17
Leeftijd	Parkinson	Diabetes type I	Transplantaties	Cystic fibrosis	Aand. van hersenen/ ruggemerg	Kanker
30 t/m 44	1,133328	1,015105	1,114800	1,090451	1,106496	1,218395
45 t/m 59	1,056718	1,017134	1,126130	1,069036	1,043771	1,232790
60 t/m 74	1,001499	0,988262	1,101337	0,983375	1,148425	1,188966
75 e.o.	1,006954	1,022195	1,053012	0,920271	1,074857	1,093067

Mannen	18	19	20
Leeftijd	HIV/AIDS	Nieraandoeningen	Groeihormonen
0 t/m 14	0,851192	0,905658	1,171803
15 t/m 29	1,084592	1,013986	1,015524
30 t/m 44	1,038648	1,088803	1,333074
45 t/m 59	1,133936	1,059603	1,148218
60 t/m 74	1,162167	1,036055	1,243956
75 e.o.	1,248860	1,136838	1,050512

Vrouwen	18	19	20
Leeftijd	HIV/AIDS	Nieraandoeningen	Groeihormonen
0 t/m 14	0,915984	1,111304	1,098256
15 t/m 29	1,088225	1,038646	1,100658
30 t/m 44	1,053991	0,938257	1,179764
45 t/m 59	1,174400	0,983161	1,198459
60 t/m 74	1,180416	1,011153	1,191486
75 e.o.	1,616879	1,202640	0,970127

Bron: College voor zorgverzekeringen



BIJLAGE 2 TOEWIJZING FKG'S 2009 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

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

Bron: College voor zorgverzekeringen

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 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag kosten van B-dbc's

Risicoklasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
0 t/m 4 jaar	140,01	109,40
5 t/m 9 jaar	98,71	95,19
10 t/m 14 jaar	55,01	60,42
15 t/m 17 jaar	56,28	83,01
18 t/m 24 jaar	75,89	204,50
25 t/m 29 jaar	91,33	505,97
30 t/m 34 jaar	104,83	557,02
35 t/m 39 jaar	113,99	332,38
40 t/m 44 jaar	123,33	183,90
45 t/m 49 jaar	139,37	182,29
50 t/m 54 jaar	166,26	235,82
55 t/m 59 jaar	217,86	278,71
60 t/m 64 jaar	269,87	346,26
65 t/m 69 jaar	349,00	437,41
70 t/m 74 jaar	445,68	564,06
75 t/m 79 jaar	548,61	645,71
80 t/m 84 jaar	563,63	589,98
85 t/m 89 jaar	518,19	451,24
90 jaar en ouder	378,17	265,88

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 4 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

Gewichten voor het criterium FKG's (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag kosten van B-dbc's

	FKG 2009	Gewicht in euro's
0	Geen FKG	-26,78
1	Glaucoom	52,22
2	Schildklierandoeningen	59,53
3	Psychische aandoeningen	-3,15
4	Hoog cholesterol	34,10
5	Diabetes type IIb	120,20
6	CARA	40,36
7	Diabetes type IIa	178,80
8	Epilepsie	-19,54
9	Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	-16,51
10	Hartaandoeningen	142,07
11	Reuma	778,83
12	Parkinson	-18,43
13	Diabetes type I	747,39
14	Transplantaties	129,83
15	Cystic fibrosis/pancreas	94,02
16	Aand. van hersenen/ruggemerg	-57,34
17	Kanker	-237,72
18	HIV/AIDS	17,37
19	Nieraandoeningen	163,55
20	Groeihormonen	-18,58

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 5 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

Gewichten voor het criterium DKG's (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag kosten van B-dbc's

DKG 2009	Gewicht in euro's
0	-9,87
1	701,25
2	150,81
3	169,20
4	77,17
5	657,82
6	1020,31
7	341,40
8	152,65
9	445,92
10	658,62
11	65,60
12	531,29
13	597,14

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 6 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag kosten van B-dbc's

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	-8,96
	35-44 jaar	34,08
	45-54 jaar	73,46
	55-64 jaar	83,79
3. Bijstand	15-34 jaar	35,48
	35-44 jaar	-4,17
	45-54 jaar	-13,29
	55-64 jaar	-22,57
4. Zelfstandigen	15-34 jaar	-24,91
	35-44 jaar	-28,56
	45-54 jaar	-31,54
	55-64 jaar	-39,56
5. Referentiegroep	15-34 jaar	0,49
	35-44 jaar	0,93
	45-54 jaar	-4,68
	55-64 jaar	-14,86

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 7 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

Gewichten voor het regiocriterium (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag kosten van B-dbc's

Regioklasse 2008	Gewicht in euro's
Klasse 1	2,81
Klasse 2	3,44
Klasse 3	2,90
Klasse 4	1,70
Klasse 5	4,45
Klasse 6	-0,06
Klasse 7	-0,24
Klasse 8	-2,84
Klasse 9	-5,02
Klasse 10	-19,35

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 8 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

Gewichten voor het criterium sociaal economische status (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag kosten van B-dbc's

SES	Klasse	Gewichten in euro's
> 15 bewoners	0-14 jaar	3,20
	15-64 jaar	-53,35
	65+	-185,89
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-14 jaar	3,20
	15-64 jaar	24,88
	65+	58,39
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-14 jaar	-1,13
	15-64 jaar	13,39
	65+	-2,42
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-14 jaar	-9,99
	15-64 jaar	-32,08
	65+	-22,40

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 9 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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	697,30	584,97
5 t/m 9 jaar	340,97	298,43
10 t/m 14 jaar	317,51	300,68
15 t/m 17 jaar	355,26	360,04
18 t/m 24 jaar	344,65	371,65
25 t/m 29 jaar	343,60	422,52
30 t/m 34 jaar	350,03	450,33
35 t/m 39 jaar	382,34	455,97
40 t/m 44 jaar	413,67	457,53
45 t/m 49 jaar	481,19	527,07
50 t/m 54 jaar	576,46	578,75
55 t/m 59 jaar	714,09	633,13
60 t/m 64 jaar	862,87	693,44
65 t/m 69 jaar	1111,15	781,90
70 t/m 74 jaar	1336,42	900,74
75 t/m 79 jaar	1503,71	1012,17
80 t/m 84 jaar	1462,24	1047,60
85 t/m 89 jaar	1407,83	1041,37
90 jaar en ouder	1340,20	958,38

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 10 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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

	FKG 2009	Gewicht in euro's
0	Geen FKG	-98,87
1	Glaucoom	52,85
2	Schildklierandoeningen	114,93
3	Psychische aandoeningen	51,00
4	Hoog cholesterol	201,57
5	Diabetes type IIb	94,03
6	CARA	406,13
7	Diabetes type IIa	296,22
8	Epilepsie	584,91
9	Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	504,35
10	Hartaandoeningen	1139,19
11	Reuma	433,94
12	Parkinson	708,05
13	Diabetes type I	391,27
14	Transplantaties	737,24
15	Cystic fibrosis/pancreas	1793,28
16	Aand. van hersenen/ruggemerg	1450,60
17	Kanker	4222,17
18	HIV/AIDS	1288,49
19	Nieraandoeningen	6806,46
20	Groeihormonen	1138,81

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 11 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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

DKG 2009	Gewicht in euro's
0	-72,10
1	780,65
2	1474,55
3	1479,90
4	1761,81
5	2491,79
6	2648,57
7	3624,30
8	3644,79
9	3861,70
10	4357,83
11	6795,71
12	5199,30
13	42693,67

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 12 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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

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	351,02
	35-44 jaar	355,23
	45-54 jaar	360,20
	55-64 jaar	288,70
3. Bijstand	15-34 jaar	84,72
	35-44 jaar	95,25
	45-54 jaar	139,01
	55-64 jaar	100,19
4. Zelfstandigen	15-34 jaar	-24,67
	35-44 jaar	-55,91
	45-54 jaar	-96,58
	55-64 jaar	-122,80
5. Referentiegroep	15-34 jaar	-11,51
	35-44 jaar	-19,95
	45-54 jaar	-36,51
	55-64 jaar	-59,77

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 13 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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

Regioklasse 2009	Gewicht in euro's
Klasse 1	32,85
Klasse 2	20,63
Klasse 3	17,87
Klasse 4	6,29
Klasse 5	-5,94
Klasse 6	-2,36
Klasse 7	-6,44
Klasse 8	-19,40
Klasse 9	-25,35
Klasse 10	-25,40

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 14 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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 bewoners	0-14 jaar	1,33
	15-64 jaar	68,36
	65+	88,70
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-14 jaar	1,33
	15-64 jaar	27,16
	65+	248,95
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-14 jaar	-4,52
	15-64 jaar	1,52
	65+	-61,80
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-14 jaar	9,20
	15-64 jaar	-23,57
	65+	-90,46

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 15 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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	98,99	96,18
5 t/m 9 jaar	203,00	135,75
10 t/m 14 jaar	184,51	128,86
15 t/m 17 jaar	245,33	269,77
18 t/m 24 jaar	232,02	260,03
25 t/m 29 jaar	234,07	251,16
30 t/m 34 jaar	228,65	239,26
35 t/m 39 jaar	294,29	303,78
40 t/m 44 jaar	295,69	300,82
45 t/m 49 jaar	249,52	256,64
50 t/m 54 jaar	235,20	235,89
55 t/m 59 jaar	161,19	159,21
60 t/m 64 jaar	157,26	157,25
65 t/m 69 jaar	101,39	100,87
70 t/m 74 jaar	104,37	106,25
75 t/m 79 jaar	110,44	103,98
80 t/m 84 jaar	118,69	115,01
85 t/m 89 jaar	121,59	118,88
90 jaar en ouder	101,54	98,98

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 16 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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	60,01–
FKG Psychische aandoeningen	1.519,54

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 17 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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

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	2.301,63
	35-44 jaar	1.529,20
	45-54 jaar	625,20
	55-64 jaar	164,24
3. Bijstand	15-34 jaar	1.888,20
	35-44 jaar	2.094,34
	45-54 jaar	1.423,27
	55-64 jaar	339,51
4. Zelfstandigen	15-34 jaar	105,32-
	35-44 jaar	175,65-
	45-54 jaar	118,94-
	55-64 jaar	41,57-
5. Referentiegroep	15-34 jaar	97,82-
	35-44 jaar	159,96-
	45-54 jaar	113,13-
	55-64 jaar	41,13-

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 18 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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

GGZ Regioklasse 2009	Gewicht in euro's
Klasse 1	120,35
Klasse 2	73,13
Klasse 3	25,38
Klasse 4	3,30-
Klasse 5	14,21-
Klasse 6	23,82-
Klasse 7	27,05-
Klasse 8	28,74-
Klasse 9	32,85-
Klasse 10	32,94-

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 19 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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

SES	Klasse	Gewichten in euro's
> 15 bewoners	0-14 jaar	753,63
	15-64 jaar	753,63
	65+	85,16
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-14 jaar	1,86
	15-64 jaar	10,76
	65+	5,68
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-14 jaar	4,31-
	15-64 jaar	5,95-
	65+	3,09-
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-14 jaar	6,03-
	15-64 jaar	18,17-
	65+	8,72-

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 20 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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

Eenpersoonsadres	Gewicht in euro's
Wel	35,20
Niet	6,22-

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 21 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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	Gewicht in euro's
Mannen	Huisartsenhulp	Tandheekundige hulp	Verloskundige hulp	Paramedische hulp	Ziekenvervoer
0 t/m 4 jaar	154,52	17,59	0	55,56	27,93
5 t/m 9 jaar	116,17	81,53	0	90,71	19,94
10 t/m 14 jaar	107,75	91,01	0	36,22	20,51
15 t/m 17 jaar	107,64	93,97	0	31,96	26,27
18 t/m 24 jaar	106,22	60,09	0	13,80	23,61
25 t/m 29 jaar	108,69	3,32	0	13,89	22,41
30 t/m 34 jaar	112,40	4,33	0	13,80	22,26
35 t/m 39 jaar	115,49	4,46	0	15,13	22,41
40 t/m 44 jaar	117,61	6,86	0	15,59	24,68
45 t/m 49 jaar	121,70	12,00	0	18,13	28,62
50 t/m 54 jaar	126,53	20,06	0	19,09	32,90
55 t/m 59 jaar	133,92	29,67	0	23,46	38,27
60 t/m 64 jaar	138,45	36,72	0	21,34	43,80
65 t/m 69 jaar	161,10	45,96	0	29,41	62,83
70 t/m 74 jaar	174,92	46,65	0	33,26	78,70
75 t/m 79 jaar	198,59	40,10	0	36,62	111,48
80 t/m 84 jaar	227,58	31,76	0	40,01	130,12
85 t/m 89 jaar	270,46	27,28	0	41,81	156,45
90 jaar en ouder	337,67	23,43	0	45,19	187,20

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	242,15	64,81	562,56
5 t/m 9 jaar	0	216,30	61,49	586,14
10 t/m 14 jaar	0	221,58	57,68	534,75
15 t/m 17 jaar	0	236,64	56,10	552,58
18 t/m 24 jaar	0	224,00	43,63	471,35
25 t/m 29 jaar	0	242,82	43,72	434,85
30 t/m 34 jaar	0	251,96	45,14	449,89
35 t/m 39 jaar	0	277,54	49,00	484,03
40 t/m 44 jaar	0	291,13	50,67	506,54
45 t/m 49 jaar	0	323,55	58,17	562,17
50 t/m 54 jaar	0	347,99	65,17	611,74
55 t/m 59 jaar	0	402,54	79,55	707,41
60 t/m 64 jaar	0	429,10	82,38	751,79
65 t/m 69 jaar	0	507,19	127,65	934,14
70 t/m 74 jaar	0	557,27	153,00	1043,80
75 t/m 79 jaar	0	605,35	199,53	1191,67
80 t/m 84 jaar	0	637,21	256,47	1323,15
85 t/m 89 jaar	0	658,39	343,94	1498,33
90 jaar en ouder	0	639,28	513,17	1745,94



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	145,32	17,01	0,00	37,55	24,67
5 t/m 9 jaar	115,79	80,91	0,00	52,64	16,08
10 t/m 14 jaar	111,64	92,62	0,00	36,70	19,80
15 t/m 17 jaar	127,60	95,96	0,00	45,18	26,24
18 t/m 24 jaar	134,73	60,29	27,84	16,55	22,93
25 t/m 29 jaar	140,78	3,10	101,21	16,82	25,95
30 t/m 34 jaar	140,07	3,17	103,16	16,74	24,77
35 t/m 39 jaar	136,79	3,69	38,77	18,47	21,53
40 t/m 44 jaar	136,49	6,67	4,75	21,07	22,24
45 t/m 49 jaar	142,56	14,20	0,00	27,60	26,72
50 t/m 54 jaar	147,89	25,98	0,00	33,73	30,84
55 t/m 59 jaar	151,65	36,11	0,00	40,32	33,51
60 t/m 64 jaar	156,91	46,70	0,00	43,17	36,16
65 t/m 69 jaar	178,91	52,03	0,00	50,26	46,39
70 t/m 74 jaar	194,86	49,54	0,00	58,97	57,21
75 t/m 79 jaar	218,68	41,34	0,00	70,81	80,37
80 t/m 84 jaar	245,95	30,03	0,00	79,86	105,35
85 t/m 89 jaar	279,50	22,84	0,00	87,90	129,53
90 jaar en ouder	329,83	17,35	0,00	97,34	157,78

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	0,00	231,91	58,82	515,28
5 t/m 9 jaar	0,00	218,11	58,75	542,28
10 t/m 14 jaar	0,00	237,07	58,60	556,43
15 t/m 17 jaar	0,00	268,99	55,19	619,16
18 t/m 24 jaar	45,14	286,06	44,09	637,63
25 t/m 29 jaar	204,92	299,90	46,89	839,57
30 t/m 34 jaar	228,58	303,88	47,86	868,23
35 t/m 39 jaar	92,58	324,63	51,25	687,71
40 t/m 44 jaar	11,71	334,90	52,78	590,61
45 t/m 49 jaar	0,00	381,13	64,40	656,61
50 t/m 54 jaar	0,00	405,29	74,02	717,75
55 t/m 59 jaar	0,00	446,50	92,74	800,83
60 t/m 64 jaar	0,00	478,59	103,37	864,90
65 t/m 69 jaar	0,00	518,84	135,56	981,99
70 t/m 74 jaar	0,00	563,88	170,31	1094,77
75 t/m 79 jaar	0,00	577,86	239,14	1228,20
80 t/m 84 jaar	0,00	586,25	332,84	1380,28
85 t/m 89 jaar	0,00	587,52	434,00	1541,29
90 jaar en ouder	0,00	582,26	605,53	1790,09

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 22 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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

	FKG 2009	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
		Huisartsenhulp	Tandheekundige hulp	Verloskundige hulp
0	Geen FKG	-11,75	-1,22	0,27
1	Glaucoom	6,91	-2,04	0,50
2	Schildklierandoeningen	17,77	3,17	-1,68
3	Psychische aandoeningen	47,75	10,29	-4,07
4	Hoog cholesterol	18,03	5,56	0,70
5	Diabetes type IIb	86,83	-2,50	-0,25
6	CARA	62,95	6,72	-1,13
7	Diabetes type IIa	93,60	0,79	0,45
8	Epilepsie	39,97	5,26	-3,49
9	Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	17,85	2,67	-3,05
10	Hartaandoeningen	59,09	-1,98	0,53
11	Reuma	24,51	4,90	-2,08
12	Parkinson	70,66	16,65	0,70
13	Diabetes type I	56,44	0,35	-2,09
14	Transplantaties	12,59	-5,47	-5,41
15	Cystic fibrosis/pancreas	45,37	11,56	-0,83
16	Aand. van hersenen/ruggemerg	88,09	-0,33	-5,92
17	Kanker	203,00	-11,78	0,23
18	HIV/AIDS	-10,10	7,23	-3,26
19	Nieraandoeningen	104,77	-6,35	0,20
20	Groeihormonen	10,17	0,33	-2,67

	FKG 2009	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
		Paramedische hulp	Ziekenvervoer	Kraamzorg
0	Geen FKG	-5,85	-6,85	0,44
1	Glaucoom	0,10	1,44	1,04
2	Schildklierandoeningen	4,87	2,38	0,88
3	Psychische aandoeningen	8,65	21,77	-9,18
4	Hoog cholesterol	1,98	0,58	1,31
5	Diabetes type IIb	9,82	3,86	-0,40
6	CARA	30,08	29,25	-1,84
7	Diabetes type IIa	8,65	3,68	0,98
8	Epilepsie	66,33	75,21	-4,99
9	Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	-0,41	-2,78	-1,19
10	Hartaandoeningen	31,72	86,77	0,83
11	Reuma	168,38	19,46	-3,72
12	Parkinson	600,45	81,03	1,51
13	Diabetes type I	19,91	47,65	-2,49
14	Transplantaties	28,84	-11,44	-8,98
15	Cystic fibrosis/pancreas	105,55	109,45	-1,07
16	Aand. van hersenen/ruggemerg	755,12	184,82	-11,68
17	Kanker	-15,06	169,15	0,73



	FKG 2009	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
		Paramedische hulp	Ziekenvervoer	Kraamzorg
18	HIV/AIDS	-18,14	1,48	-3,57
19	Nieraandoeningen	26,31	574,38	1,01
20	Groeihormonen	70,72	39,53	-4,77

	FKG 2009	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
		Farmaceutische hulp	Hulpmiddelen	Totale overige prestaties
0	Geen FKG	-170,28	-26,11	-221,35
1	Glaucoom	235,00	13,20	256,15
2	Schildklierandoeningen	82,13	27,94	137,46
3	Psychische aandoeningen	414,19	22,65	512,05
4	Hoog cholesterol	356,47	-40,52	344,11
5	Diabetes type IIb	282,20	106,05	485,61
6	CARA	678,01	68,25	872,29
7	Diabetes type IIa	781,61	58,19	947,95
8	Epilepsie	625,79	190,35	994,43
9	Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	613,82	78,29	705,20
10	Hartaandoeningen	474,80	138,59	790,35
11	Reuma	2778,14	115,86	3105,45
12	Parkinson	1869,00	445,65	3085,65
13	Diabetes type I	1039,91	1028,88	2188,56
14	Transplantaties	2885,88	132,91	3028,92
15	Cystic fibrosis/pancreas	5819,62	467,08	6556,73
16	Aand. van hersenen/ruggemerg	6793,93	1703,26	9507,29
17	Kanker	6205,82	471,50	7023,59
18	HIV/AIDS	11504,24	-28,80	11449,08
19	Nieraandoeningen	5063,30	181,39	5945,01
20	Groeihormonen	18168,59	786,23	19068,13

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 23 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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

DKG 2009	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
0	-1,96	-0,09	0,02	-2,12	-6,29	0,03	-13,96	-6,74	-31,11
1	34,88	4,69	-0,03	179,99	37,11	0,20	175,54	48,94	481,32
2	38,86	2,95	-1,15	30,39	111,54	-1,64	422,45	99,98	703,38
3	57,60	6,53	-0,37	15,96	128,73	-0,75	433,55	108,19	749,44
4	84,71	5,92	-0,66	135,13	198,00	-1,07	524,60	257,67	1204,30
5	82,11	3,81	-0,97	38,37	167,78	-1,65	402,18	350,79	1042,42
6	78,97	1,97	-1,29	31,64	158,58	-1,34	347,04	373,96	989,53
7	138,47	-3,36	-2,63	115,87	258,07	-6,02	1017,06	395,10	1912,56
8	168,73	3,85	0,40	166,33	400,18	0,25	1193,61	601,65	2535,00
9	188,63	10,75	-0,91	89,41	359,15	-2,52	932,25	1136,86	2713,62
10	270,74	-1,48	-1,06	78,49	532,41	-3,20	1551,32	715,19	3142,41
11	451,53	2,53	-2,13	136,41	717,48	-4,96	2634,51	725,98	4661,35
12	133,09	4,98	-0,62	143,08	295,68	-1,98	1911,74	759,61	3245,58
13	-17,01	-4,08	-1,28	20,82	4134,04	-3,53	1790,59	401,74	6321,29

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 24 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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

Aard van het inkomen Huisartsenzorg	Klasse	Gewichten in euro's
1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. WAO	15-34 jaar	27,08
	35-44 jaar	30,19
	45-54 jaar	28,01
	55-64 jaar	18,54
3. Bijstand	15-34 jaar	25,04
	35-44 jaar	27,18
	45-54 jaar	27,45
	55-64 jaar	16,09
4. Zelfstandigen	15-34 jaar	-3,26
	35-44 jaar	-8,21
	45-54 jaar	-12,85
	55-64 jaar	-15,19
5. Referentiegroep	15-34 jaar	-1,15
	35-44 jaar	-2,01
	45-54 jaar	-2,93
	55-64 jaar	-3,55

Aard van het inkomen Tandheelkundige hulp	Klasse	Gewichten in euro's
1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. WAO	15-34 jaar	9,19
	35-44 jaar	10,25
	45-54 jaar	11,40
	55-64 jaar	13,35
3. Bijstand	15-34 jaar	-5,05
	35-44 jaar	8,36
	45-54 jaar	9,41
	55-64 jaar	5,02
4. Zelfstandigen	15-34 jaar	-6,23
	35-44 jaar	-2,44
	45-54 jaar	-3,45
	55-64 jaar	-7,55
5. Referentiegroep	15-34 jaar	0,00
	35-44 jaar	-0,69
	45-54 jaar	-1,31
	55-64 jaar	-2,60

Aard van het inkomen Verloskundige hulp	Klasse	Gewichten in euro's
1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. WAO	15-34 jaar	-18,96
	35-44 jaar	-4,81
	45-54 jaar	0,00
	55-64 jaar	0,00
3. Bijstand	15-34 jaar	-6,85
	35-44 jaar	-5,70
	45-54 jaar	0,00
	55-64 jaar	0,00



Aard van het inkomen	Klasse	Gewichten in euro's
Verloskundige hulp		
4. Zelfstandigen	15-34 jaar	-1,04
	35-44 jaar	-0,99
	45-54 jaar	0,00
	55-64 jaar	0,00
5. Referentiegroep	15-34 jaar	0,74
	35-44 jaar	0,60
	45-54 jaar	0,00
	55-64 jaar	0,00

Aard van het inkomen	Klasse	Gewichten in euro's
Paramedische hulp		
1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. WAO	15-34 jaar	44,44
	35-44 jaar	42,56
	45-54 jaar	45,97
	55-64 jaar	38,50
3. Bijstand	15-34 jaar	-1,71
	35-44 jaar	-1,51
	45-54 jaar	-1,50
	55-64 jaar	-2,06
4. Zelfstandigen	15-34 jaar	-2,13
	35-44 jaar	-3,58
	45-54 jaar	-6,93
	55-64 jaar	-10,57
5. Referentiegroep	15-34 jaar	-1,28
	35-44 jaar	-2,26
	45-54 jaar	-4,47
	55-64 jaar	-7,89

Aard van het inkomen	Klasse	Gewichten in euro's
Ziekenvervoer		
1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. WAO	15-34 jaar	39,10
	35-44 jaar	29,41
	45-54 jaar	28,85
	55-64 jaar	21,01
3. Bijstand	15-34 jaar	12,38
	35-44 jaar	14,59
	45-54 jaar	16,90
	55-64 jaar	11,52
4. Zelfstandigen	15-34 jaar	-2,94
	35-44 jaar	-4,70
	45-54 jaar	-8,29
	55-64 jaar	-12,28
5. Referentiegroep	15-34 jaar	-1,32
	35-44 jaar	-1,88
	45-54 jaar	-3,09
	55-64 jaar	-4,21

Aard van het inkomen	Klasse	Gewichten in euro's
Kraamzorg		
1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder		0,00



Aard van het inkomen Kraamzorg	Klasse	Gewichten in euro's
2. WAO	15-34 jaar	-34,57
	35-44 jaar	-10,09
	45-54 jaar	0,00
	55-64 jaar	0,00
3. Bijstand	15-34 jaar	-41,78
	35-44 jaar	-20,04
	45-54 jaar	0,00
	55-64 jaar	0,00
4. Zelfstandigen	15-34 jaar	-0,51
	35-44 jaar	-1,95
	45-54 jaar	0,00
	55-64 jaar	0,00
5. Referentiegroep	15-34 jaar	1,79
	35-44 jaar	1,54
	45-54 jaar	0,00
	55-64 jaar	0,00

Aard van het inkomen Farmaceutische hulp	Klasse	Gewichten in euro's
1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. WAO	15-34 jaar	299,69
	35-44 jaar	369,43
	45-54 jaar	334,80
	55-64 jaar	207,86
3. Bijstand	15-34 jaar	55,14
	35-44 jaar	117,72
	45-54 jaar	137,95
	55-64 jaar	94,31
4. Zelfstandigen	15-34 jaar	-12,28
	35-44 jaar	-36,86
	45-54 jaar	-58,12
	55-64 jaar	-76,60
5. Referentiegroep	15-34 jaar	-9,82
	35-44 jaar	-23,59
	45-54 jaar	-37,43
	55-64 jaar	-45,06

Aard van het inkomen Hulpmiddelen	Klasse	Gewichten in euro's
1. 0 t/m 14 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. WAO	15-34 jaar	162,89
	35-44 jaar	122,88
	45-54 jaar	120,64
	55-64 jaar	87,82
3. Bijstand	15-34 jaar	-2,94
	35-44 jaar	-0,23
	45-54 jaar	6,30
	55-64 jaar	14,14
4. Zelfstandigen	15-34 jaar	0,23
	35-44 jaar	-10,09
	45-54 jaar	-18,19
	55-64 jaar	-28,22
5. Referentiegroep	15-34 jaar	-5,01
	35-44 jaar	-6,69
	45-54 jaar	-12,12
	55-64 jaar	-18,37



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	528,86
	35-44 jaar	589,82
	45-54 jaar	569,67
	55-64 jaar	387,08
3. Bijstand	15-34 jaar	34,23
	35-44 jaar	140,37
	45-54 jaar	196,51
	55-64 jaar	139,02
4. Zelfstandigen	15-34 jaar	-28,16
	35-44 jaar	-68,82
	45-54 jaar	-107,83
	55-64 jaar	-150,41
5. Referentiegroep	15-34 jaar	-16,05
	35-44 jaar	-34,98
	45-54 jaar	-61,35
	55-64 jaar	-81,68

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 25 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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

Regio-klasse 2009	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
	Huisartsen-hulp	Tandheel-kundige hulp	Verloskun-dige hulp	Paramedi-sche hulp	Zieken-vervoer	Kraamzorg	Farmaceu-tische hulp	Hulpmid-delen	Totale overige prestaties
1	-0,12	4,48	-0,22	-3,46	-1,82	-3,62	15,63	-0,67	10,20
2	1,76	1,53	-0,38	-1,29	-0,75	-1,66	8,62	1,10	8,93
3	0,18	-0,05	-0,03	0,72	-0,96	-0,61	6,54	1,07	6,86
4	0,32	-0,49	-0,10	1,65	-1,92	-0,10	3,82	-0,11	3,07
5	0,06	-0,19	0,54	1,19	-0,75	1,15	0,44	-0,04	2,40
6	0,78	-0,17	0,45	0,83	0,24	1,05	-1,49	0,94	2,63
7	0,62	-0,37	0,33	0,16	0,79	1,73	-6,03	0,43	-2,34
8	-0,42	-0,51	0,41	0,50	1,89	2,00	-5,72	-0,43	-2,28
9	-0,95	-1,11	-0,25	-0,90	2,33	0,47	-11,47	-1,16	-13,04
10	-4,31	-3,56	-2,20	-2,18	2,06	-3,61	-16,74	-3,26	-33,80

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 26 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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	Gewichten in euro's
Huisartsenhulp		
	> 15 bewoners	0-14 jaar 2,88 15-64 jaar -37,72 65+ 28,26
	SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-14 jaar 2,88 15-64 jaar 6,63 65+ 28,58
	SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-14 jaar -1,56 15-64 jaar 2,39 65+ -3,28
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-14 jaar -7,24 15-64 jaar -6,74 65+ -18,59	

SES	Klasse	Gewichten in euro's
Tandheelkundige hulp		
	> 15 bewoners	0-14 jaar 5,47 15-64 jaar 5,21 65+ -11,32
	SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-14 jaar 5,47 15-64 jaar 3,34 65+ 6,19
	SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-14 jaar -3,60 15-64 jaar 1,67 65+ 2,89
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-14 jaar -11,61 15-64 jaar -4,44 65+ -8,53	

SES	Klasse	Gewichten in euro's
Verloskundige hulp		
	> 15 bewoners	0-14 jaar 0,00 15-64 jaar -4,12 65+ 0,00
	SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-14 jaar 0,00 15-64 jaar 3,76 65+ 0,00
	SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-14 jaar 0,00 15-64 jaar 2,16 65+ 0,00
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-14 jaar 0,00 15-64 jaar -5,08 65+ 0,00	

SES	klasse	Gewichten in euro's	
Paramedische hulp			
	> 15 bewoners	0-14 jaar 4,51 15-64 jaar -11,34 65+ 69,01	



SES	Klasse	Gewichten in euro's
Paramedische hulp		
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-14 jaar	4,51
	15-64 jaar	-0,37
	65+	8,65
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-14 jaar	-3,41
	15-64 jaar	0,66
	65+	-4,98
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-14 jaar	-8,11
	15-64 jaar	-0,19
	65+	-4,51

SES	Klasse	Gewichten in euro's
Ziekenvervoer		
> 15 bewoners	0-14 jaar	1,22
	15-64 jaar	44,78
	65+	85,50
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-14 jaar	1,22
	15-64 jaar	3,68
	65+	35,94
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-14 jaar	-1,02
	15-64 jaar	0,87
	65+	-7,45
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-14 jaar	-1,91
	15-64 jaar	-4,71
	65+	-22,39

SES	Klasse	Gewichten in euro's
Kraamzorg		
> 15 bewoners	0-14 jaar	0,00
	15-64 jaar	-9,69
	65+	0,00
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-14 jaar	0,00
	15-64 jaar	8,77
	65+	0,00
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-14 jaar	0,00
	15-64 jaar	6,04
	65+	0,00
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-14 jaar	0,00
	15-64 jaar	-12,95
	65+	0,00

SES	Klasse	Gewichten in euro's
Farmaceutische hulp		
> 15 bewoners	0-14 jaar	1,31
	15-64 jaar	-83,94
	65+	171,26
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-14 jaar	1,31
	15-64 jaar	2,77
	65+	45,84
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-14 jaar	-1,50
	15-64 jaar	3,98
	65+	-10,67
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-14 jaar	-0,69
	15-64 jaar	-4,53
	65+	-32,43



SES Hulpmiddelen	Klasse	Gewichten in euro's
> 15 bewoners	0-14 jaar	-0,19
	15-64 jaar	5,04
	65+	288,78
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-14 jaar	-0,19
	15-64 jaar	2,44
	65+	54,96
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-14 jaar	-0,04
	15-64 jaar	1,54
	65+	-14,96
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-14 jaar	0,96
	15-64 jaar	-3,62
	65+	-43,00

SES Totaal overige prestaties	Klasse	Gewichten in euro's
> 15 bewoners	0-14 jaar	15,20
	15-64 jaar	-91,78
	65+	631,49
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-14 jaar	15,20
	15-64 jaar	31,02
	65+	180,16
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-14 jaar	-11,13
	15-64 jaar	19,31
	65+	-38,45
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-14 jaar	-28,60
	15-64 jaar	-42,26
	65+	-129,45



BIJLAGE 27 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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 24 jaar	67,28	113,13
25 t/m 29 jaar	65,81	120,42
30 t/m 34 jaar	69,13	116,16
35 t/m 39 jaar	73,83	110,95
40 t/m 44 jaar	77,98	104,86
45 t/m 49 jaar	83,84	109,62
50 t/m 54 jaar	91,12	110,29
55 t/m 59 jaar	100,92	115,74
60 t/m 64 jaar	108,33	120,98
65 t/m 69 jaar	120,74	129,25
70 t/m 74 jaar	131,64	136,99
75 t/m 79 jaar	139,03	141,91
80 t/m 84 jaar	143,03	143,47
85 t/m 89 jaar	144,60	141,12
90 jaar en ouder	142,11	134,13

Bron: Bijlage 7 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 28 VAN DE REGELING BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

**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	18-34 jaar	26,28
	35-44 jaar	30,05
	45-54 jaar	27,22
	55-64 jaar	17,83
3. Bijstand	18-34 jaar	17,14
	35-44 jaar	21,39
	45-54 jaar	18,29
	55-64 jaar	6,28
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-2,00
	35-44 jaar	-5,10
	45-54 jaar	-7,14
	55-64 jaar	-7,64
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-0,99
	35-44 jaar	-1,43
	45-54 jaar	-1,93
	55-64 jaar	-2,44

Bron: Bijlage 7 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 29 VAN DE REGELING BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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

Regioklasse 2009	Gewicht in euro's
Klasse 1	3,54
Klasse 2	1,76
Klasse 3	0,96
Klasse 4	0,34
Klasse 5	-0,39
Klasse 6	-1,28
Klasse 7	-1,17
Klasse 8	-1,24
Klasse 9	-0,48
Klasse 10	-1,92

Bron: Bijlage 7 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 30 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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 HKC.

Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag kosten van B-dbc's

Risicoklasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
0 t/m 4 jaar	141,00	108,49
5 t/m 9 jaar	97,66	93,77
10 t/m 14 jaar	51,49	56,69
15 t/m 17 jaar	52,80	81,04
18 t/m 24 jaar	73,56	209,46
25 t/m 29 jaar	90,22	527,48
30 t/m 34 jaar	103,30	581,01
35 t/m 39 jaar	113,30	343,79
40 t/m 44 jaar	123,92	185,45
45 t/m 49 jaar	139,63	182,25
50 t/m 54 jaar	167,29	237,60
55 t/m 59 jaar	215,72	280,86
60 t/m 64 jaar	264,41	347,74
65 t/m 69 jaar	337,44	437,68
70 t/m 74 jaar	422,87	565,32
75 t/m 79 jaar	521,37	640,61
80 t/m 84 jaar	536,27	586,85
85 t/m 89 jaar	496,69	448,40
90 jaar en ouder	364,06	262,80

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 31 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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 HKC.

Gewichten voor het criterium FKG's (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag kosten van B-dbc's

	FKG 2009	Gewicht in euro's
0	Geen FKG	-23,75
1	Glaucoom	50,99
2	Schildklierandoeningen	58,69
3	Psychische aandoeningen	-3,61
4	Hoog cholesterol	31,98
5	Diabetes type IIb	115,15
6	CARA	36,86
7	Diabetes type IIa	162,12
8	Epilepsie	-24,22
9	Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	-11,02
10	Hartaandoeningen	97,53
11	Reuma	710,22
12	Parkinson	-34,06
13	Diabetes type I	702,84
14	Transplantaties	101,19
15	Cystic fibrosis/pancreas	52,48
16	Aand. van hersenen/ruggemerg	-97,80
17	Kanker	-240,20
18	HIV/AIDS	-16,91
19	Nieraandoeningen	-9,17
20	Groeihormonen	-33,86

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 32 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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 HKC.

Gewichten voor het criterium DKG's (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag kosten van B-dbc's

DKG 2009	Gewicht in euro's
0	-7,91
1	676,49
2	130,22
3	135,02
4	56,57
5	454,70
6	829,80
7	310,18
8	75,53
9	311,11
10	478,01
11	21,30
12	446,31
13	-46,40

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 33 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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 HKC.

Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag kosten van B-dbc's

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	-7,61
	35-44 jaar	36,61
	45-54 jaar	70,37
	55-64 jaar	77,83
3. Bijstand	15-34 jaar	38,09
	35-44 jaar	-1,98
	45-54 jaar	-13,13
	55-64 jaar	-25,26
4. Zelfstandigen	15-34 jaar	-25,96
	35-44 jaar	-29,07
	45-54 jaar	-32,27
	55-64 jaar	-37,03
5. Referentiegroep	15-34 jaar	0,44
	35-44 jaar	0,75
	45-54 jaar	-4,26
	55-64 jaar	-13,60

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 34 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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 HKC.

Gewichten voor het regiocriterium (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag kosten van B-dbc's

Regioklasse 2009	Gewicht in euro's
Klasse 1	3,53
Klasse 2	3,76
Klasse 3	2,47
Klasse 4	0,96
Klasse 5	4,68
Klasse 6	-0,23
Klasse 7	0,19
Klasse 8	-2,24
Klasse 9	-5,47
Klasse 10	-20,15

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 35 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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 HKC.

Gewichten voor het criterium sociaal economische status (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag kosten van B-dbc's

SES	Klasse	Gewichten in euro's
> 15 bewoners	0-14 jaar	3,31
	15-64 jaar	-57,83
	65+	-196,07
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-14 jaar	3,31
	15-64 jaar	25,56
	65+	51,25
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-14 jaar	-1,11
	15-64 jaar	13,99
	65+	-0,21
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-14 jaar	-10,56
	15-64 jaar	-33,14
	65+	-19,83

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 36 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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 HKC.

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

Risicoklasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
0 t/m 4 jaar	670,27	564,80
5 t/m 9 jaar	324,54	286,82
10 t/m 14 jaar	299,04	288,32
15 t/m 17 jaar	328,97	346,31
18 t/m 24 jaar	325,08	369,98
25 t/m 29 jaar	324,62	426,69
30 t/m 34 jaar	335,13	458,87
35 t/m 39 jaar	363,46	462,41
40 t/m 44 jaar	398,82	463,97
45 t/m 49 jaar	466,03	527,23
50 t/m 54 jaar	559,25	579,23
55 t/m 59 jaar	697,51	633,25
60 t/m 64 jaar	841,36	696,26
65 t/m 69 jaar	1091,66	802,88
70 t/m 74 jaar	1332,55	942,84
75 t/m 79 jaar	1531,73	1086,57
80 t/m 84 jaar	1586,90	1185,02
85 t/m 89 jaar	1599,69	1223,31
90 jaar en ouder	1576,89	1147,86

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 37 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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 HKC.

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

	FKG 2009	Gewicht in euro's
0	Geen FKG	-92,56
1	Glaucoom	75,21
2	Schildklierandoeningen	141,53
3	Psychische aandoeningen	72,84
4	Hoog cholesterol	202,70
5	Diabetes type IIb	126,24
6	CARA	420,83
7	Diabetes type IIa	309,95
8	Epilepsie	549,33
9	Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	477,63
10	Hartaandoeningen	1009,80
11	Reuma	407,74
12	Parkinson	717,82
13	Diabetes type I	313,14
14	Transplantaties	891,02
15	Cystic fibrosis/pancreas	1147,13
16	Aand. van hersenen/ruggemerg	1109,60
17	Kanker	3618,69
18	HIV/AIDS	837,15
19	Nieraandoeningen	3499,68
20	Groeihormonen	635,81

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 38 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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 HKC.

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

DKG 2009	Gewicht in euro's
0	-53,86
1	817,19
2	1451,07
3	1468,71
4	1667,98
5	2160,34
6	2419,01
7	3337,85
8	3307,73
9	3406,01
10	3750,48
11	6042,12
12	3922,70
13	17371,12

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 39 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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 HKC.

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

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	305,20
	35-44 jaar	324,29
	45-54 jaar	330,01
	55-64 jaar	262,27
3. Bijstand	15-34 jaar	80,89
	35-44 jaar	101,77
	45-54 jaar	142,56
	55-64 jaar	96,56
4. Zelfstandigen	15-34 jaar	-16,83
	35-44 jaar	-51,35
	45-54 jaar	-93,11
	55-64 jaar	-116,54
5. Referentiegroep	15-34 jaar	-10,28
	35-44 jaar	-18,70
	45-54 jaar	-33,56
	55-64 jaar	-54,06

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 40 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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 HKC.

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

Regioklasse 2009	Gewicht in euro's
Klasse 1	37,15
Klasse 2	23,90
Klasse 3	17,50
Klasse 4	7,73
Klasse 5	-3,97
Klasse 6	-2,43
Klasse 7	-10,91
Klasse 8	-21,46
Klasse 9	-26,74
Klasse 10	-28,54

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 41 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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 HKC.

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

SES	Klasse	Gewichten in euro's
> 15 bewoners	0-14 jaar	0,87
	15-64 jaar	77,00
	65+	115,51
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-14 jaar	0,87
	15-64 jaar	24,03
	65+	253,43
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-14 jaar	-3,98
	15-64 jaar	2,34
	65+	-58,81
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-14 jaar	9,42
	15-64 jaar	-22,32
	65+	-101,46

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 42 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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 HKC.

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

Risicoklasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
0 t/m 4 jaar	551,39	506,16
5 t/m 9 jaar	583,92	538,34
10 t/m 14 jaar	529,19	544,62
15 t/m 17 jaar	531,09	608,08
18 t/m 24 jaar	461,32	636,28
25 t/m 29 jaar	431,21	846,72
30 t/m 34 jaar	448,92	875,72
35 t/m 39 jaar	476,61	686,88
40 t/m 44 jaar	498,84	585,33
45 t/m 49 jaar	556,32	651,74
50 t/m 54 jaar	610,95	718,19
55 t/m 59 jaar	706,30	803,46
60 t/m 64 jaar	755,38	868,13
65 t/m 69 jaar	932,17	987,28
70 t/m 74 jaar	1047,57	1107,27
75 t/m 79 jaar	1200,81	1254,37
80 t/m 84 jaar	1362,17	1425,47
85 t/m 89 jaar	1557,60	1606,62
90 jaar en ouder	1825,74	1865,68

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 43 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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 HKC.

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

	FKG 2009	Gewicht in euro's
		Overige prestaties
0	Geen FKG	-216,27
1	Glaucoom	264,65
2	Schildklierandoeningen	141,43
3	Psychische aandoeningen	532,75
4	Hoog cholesterol	365,77
5	Diabetes type IIb	507,77
6	CARA	871,27
7	Diabetes type IIa	991,07
8	Epilepsie	989,61
9	Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	733,70
10	Hartaandoeningen	749,06
11	Reuma	2891,22
12	Parkinson	2974,21
13	Diabetes type I	2177,70
14	Transplantaties	2884,03
15	Cystic fibrosis/pancreas	4538,67
16	Aand. van hersenen/ruggemerg	9040,18
17	Kanker	4505,49
18	HIV/AIDS	11210,63
19	Nieraandoeningen	3925,15
20	Groeihormonen	14476,10

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 44 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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 HKC.

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

DKG 2009	Gewicht in euro's
	Overige prestaties
0	-25,56
1	480,67
2	670,60
3	711,98
4	1158,28
5	905,57
6	858,20
7	1797,06
8	2226,17
9	2534,84
10	2588,03
11	4122,52
12	2441,55
13	1144,58

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 45 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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 HKC.

Gewichten voor het criterium Aard van het inkomen (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	492,86
	35-44 jaar	565,63
	45-54 jaar	542,68
	55-64 jaar	365,60
3. Bijstand	15-34 jaar	32,66
	35-44 jaar	140,14
	45-54 jaar	192,77
	55-64 jaar	127,61
4. Zelfstandigen	15-34 jaar	-33,90
	35-44 jaar	-69,58
	45-54 jaar	-111,00
	55-64 jaar	-150,21
5. Referentiegroep	15-34 jaar	-14,73
	35-44 jaar	-33,36
	45-54 jaar	-57,83
	55-64 jaar	-76,22

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 46 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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 HKC.

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

Regioklasse 2009	Gewicht in euro's
Klasse 1	11,05
Klasse 2	8,18
Klasse 3	6,65
Klasse 4	4,16
Klasse 5	3,07
Klasse 6	2,51
Klasse 7	-2,66
Klasse 8	-2,58
Klasse 9	-13,19
Klasse 10	-35,18

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 47 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2009

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 HKC.

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

SES Overige prestaties	Klasse	Gewichten in euro's
> 15 bewoners	0-14 jaar	15,38
	15-64 jaar	-78,03
	65+	643,77
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-14 jaar	15,38
	15-64 jaar	33,24
	65+	177,99
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-14 jaar	-10,57
	15-64 jaar	20,03
	65+	-36,54
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-14 jaar	-31,20
	15-64 jaar	-45,04
	65+	-132,22

Bron: Bijlage 6 van de Regeling zorgverzekering



TOELICHTING

Algemeen

De belangrijkste inhoudelijke wijziging in het vereveningsmodel 2009 ten opzicht van het model 2008 is de invoering van een apart deelbedrag voor de kosten van B-dbc's. Dit deelbedrag kent dezelfde vereveningscriteria als het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp. Het nacalculatie-percentage is echter verschillend. Voor de kosten van B-dbc's bedraagt het nacalculatie-percentage 15% en voor de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp is het nacalculatie-percentage 40%. De bandbreedteregeling geldt voor het totaal van de deelbedragen kosten van B-dbc's en variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en is verruimd naar 45 euro.

Artikelsgewijs

Wijzigingen in artikel 1

In artikel 1 zijn een aantal nieuwe definities opgenomen. Het gaat hier ten eerste om een nadere omschrijving van de bestanden die het CVZ gebruikt bij de bepaling van de verzekerdenaantallen, zoals het RBVZ en het persoonskenmerkenbestand. In aanvulling op het persoonskenmerkenbestand heeft het CVZ ook nog een uitstroombestand gedefinieerd. Met dit uitstroombestand wordt het mogelijk om verzekerden die uitstromen voor de peildatum toch te betrekken bij het bijdragejaar 2009. Voor verzekerden die instromen na de peildatum maakt het CVZ gebruik van het persoonskenmerkenbestand van het jaar daarna, in dit geval dus het jaar 2010.

Ten tweede heeft het CVZ een nadere definitie opgenomen van 'een verzekerde die in het buitenland woont'. Het gaat om verzekerden die in Nederland een Zvw-verzekering hebben (omdat ze hier werken) maar die in het buitenland wonen en in het land waar ze wonen zorg gebruiken. Daarvoor moeten ze zich inschrijven bij een verzekeringsorgaan in het land waar ze wonen. Er zijn dan twee situaties mogelijk.

Stel dat het om een verzekerde gaat die in Duitsland woont. Hij heeft dan een Duits en een Nederlands verzekeringspasje. Wanneer hij in Duitsland zorg gebruikt met zijn Nederlandse pasje komen de kosten terecht bij de Nederlandse verzekeraar. In die situatie zijn farmacie en dbc declaraties in principe bekend bij de zorgverzekeraar.

Wanneer hij in Duitsland zorg gebruikt met zijn Duitse pasje dan worden de kosten – via het CVZ – uiteindelijk in rekening gebracht bij de Nederlandse zorgverzekeraar. Dit loopt via het E 106 formulier. Uiteindelijk betaalt de Nederlandse zorgverzekeraar deze kosten maar die heeft dan geen zicht op de onderliggende declaraties en kan dit dus niet uitsplitsen naar FKG's of DKG's.

In deze laatste situatie – wanneer er geen zicht is op de onderliggende declaraties en het CVZ dus geen uitsplitsing kan maken voor FKG's en DKG's – is het wenselijk om FKG en DKG onbekend toe te passen. Met de nu geformuleerde definitie bakent het CVZ de groep af die het CVZ wil onderscheiden voor FKG en DKG onbekend, met gewicht nul.

Artikel 16

Artikel 16 beschrijft de 'lenteherberekening'. Deze berekening is ten opzichte van 2008 sterk vereenvoudigd.

Artikel 36

De tekst van artikel 36 sluit aan bij de regeling voor de compensatie voor wanbetalers zoals die geldt tot en met 31 december 2008. Voor 2009 loopt de huidige regeling vooralsnog door omdat de besluitvorming rond de nieuwe regeling, die 1 januari 2009 in zou gaan, nog niet definitief is. In artikel 36 gaat het CVZ nu uit van één opgave van de zorgverzekeraars: één opgave over de periode 2006 t/m 2009.

Bij wijziging van de wet- en regelgeving over de compensatieregeling voor wanbetalers zal het CVZ de beleidsregels moeten aanpassen. Dat wil zeggen dat mogelijk niet over heel 2009 de huidige tekst van artikel 36 van toepassing zal zijn.

Bijlagen

Bijlage 1 is een inhoudelijk vernieuwde bijlage.

Verder blijkt uit de bijlagen dat er een tweetal technische aanpassingen hebben plaatsgevonden. Ten eerste is de leeftijdindeling bij de risicoklasse naar leeftijd en geslacht aangepast. De klasse 15 t/m 19 jarigen is de klasse 15 t/m 17 jarigen geworden en de klasse 20 t/m 24 jarigen is de klasse 18 t/m 24



jarigen geworden. Deze nieuwe 'knip' is een vereenvoudiging omdat onder meer bij de berekening van de nominale premie en het eigen risico de leeftijdsgrens van 18 jaar geldt. De verzekerdenaantallen blijven zo consistent in het hele model. Ten tweede is bij de aard van het inkomen de klasse 'WW, ANW (AWW) en overige' komen te vervallen.

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