



Beleidsregels Vereveningsbijdrage Zorgverzekering 2010

Het College voor zorgverzekeringen,

Gelet op de artikelen 32, vijfde lid, 34 en 96 van de Zorgverzekeringswet en Hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering, Hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering en artikel II van de Regeling van de Minister van VWS van 19 juli 2009, nr. Z/VV-2944170, houdende wijziging van de Regeling zorgverzekering, ter nadere invulling van de maatregelen om wanbetalers voor hun zorgverzekering te laten betalen

Gelezen de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 29 september 2009 Z/F-2958947;

Heeft in zijn vergadering van 6 oktober 2009 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 één- of meerjarige leeftijdsklasse, verdeeld naar geslacht, overeenkomstig tabel B4.1 van Bijlage 4, tabel B5.2 van Bijlage 5, tabel B6A.1 van Bijlage 6A en tabel B7.1 van Bijlage 7 van de Regeling zorgverzekering;
- c. *risicoklasse naar farmacie kostengroep (FKG)*: een klasse gebaseerd op geneesmiddelengebruik gekoppeld aan aandoeningen overeenkomstig tabel B4.2 van Bijlage 4 en tabel B6A.2 van Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering;
- d. *risicoklasse naar farmacie kostengroep voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (FKG -GGZ)*: een klasse gebaseerd op geneesmiddelengebruik gekoppeld aan aandoeningen overeenkomstig tabel B5.4 van Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering;
- e. *risicoklasse naar diagnose kostengroep (DKG)*: een klasse gebaseerd op kostenhomogene aandoeningengroepen, overeenkomstig tabel B4.3 van bijlage 4 en tabel B6A.3 van Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering;
- f. *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 B5.5 van Bijlage 5, tabel B6A.4 van Bijlage 6A en tabel B7.2 van Bijlage 7 van de Regeling zorgverzekering;
- g. *regioklasse*: een klasse gebaseerd op de postcode van het adres waar een verzekerde woonachtig is overeenkomstig tabel B4.5 van Bijlage 4, tabel B6A.5 van Bijlage 6A en tabel B7.3 van Bijlage 7 van de Regeling zorgverzekering;
- h. *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;
- i. *morbiditeitsrisico-klasse*: een vijftienjaarsklasse per geslacht, gebaseerd op morbiditeitsrisico, te rekenen vanaf nul tot en met vierenzeventig jaar en vijfenzeventig jaar en ouder;
- j. *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 overeenkomstig tabel B4.6 van Bijlage 4, tabel B5.6 van Bijlage 5 en B6A.6 van Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering;
- k. *éénpersoonsadres-klasse*: 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' overeenkomstig tabel B5.7 van Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering;
- l. *GGZ-kosten lage drempelklasse*: een klasse gebaseerd op een drempel van EUR 550 voor de geneeskundige GGZ-kosten in het jaar t-1 op peildatum 30 juni van verzekerden van 18 jaar en ouder overeenkomstig tabel B5.8 van bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering;
- m. *GGZ-kosten hoge drempelklasse*: een klasse gebaseerd op een drempel van EUR 2750 voor de geneeskundige GGZ-kosten in het jaar t-1 op peildatum 30 juni van verzekerden van 18 jaar en ouder overeenkomstig tabel B5.9 van bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering;
- n. *jonger dan 18 jaarklasse*: een klasse gebaseerd op de leeftijd van een verzekerde overeenkomstig tabel B5.1 van bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering;
- o. *zwaarte*: het deel waarvoor de verzekerde meetelt in een betreffende klasse;
- p. *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;

q. *persoons-kenmerkenbestand*: een bestand dat bestaat uit de opgave van de zorgverzekeraar per peildatum met per gepseudonimiseerd burgerservicenummer de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand en geboortjaar, viercijferige postcode en gepseudonimiseerd adres;

r. *uitstroombestand*: een bestand waarin de zorgverzekeraar per gepseudonimiseerd burgerservicenummer de persoonskenmerken, bedoeld onder q, opgeeft van verzekerden die in enig jaar zijn uitgestroomd;

s. *Referentiebestand Verzekerden Zorgverzekeringswet (RBVZ)*: een bestand over enig jaar waarin per gepseudonimiseerd burgerservicenummer de in- en uitschrijfdatum en het UZOVI nummer van de verzekeraar van de verzekerde zijn vastgelegd;

t. *verzekerde die in het buitenland woont*: een verzekerde die in Nederland werkt en in de Europese Unie, de Europees Economische Ruimte, Zwitserland of een verdragsland woont en zich met een formulier E-106 heeft ingeschreven bij het plaatselijke verzekeringsorgaan;

v. *compensatie-bijdrage*: de bijdrage bedoeld in artikel 3.24 van het Besluit zorgverzekering, voor het onder de dekking van de zorgverzekering houden van verzekerden ten aanzien van wie niet aan de premieplicht bedoeld in artikel 16 van de Zorgverzekeringswet is voldaan;

v. *datum gereed*: de eerste dag van de maand na de maand waarin het college op grond van artikel 23, tweede lid Regeling zorgverzekering en artikel 3, eerste lid van de Beleidsregels aanmelding stuwmeer wanbetalers van de nominale premie Zorgverzekeringswet 2009/2010 heeft vastgesteld dat de zorgverzekeraar gereed is om de melding bedoeld in artikel II, eerste lid van de regeling van 19 juli 2009 tot wijziging van de Regeling zorgverzekering te doen;

w. *datum aanlevering*: de eerste dag van de maand waarop de zorgverzekeraar de meldingen bedoeld in artikel II, eerste lid, van de regeling van 19 juli 2009 tot wijziging van de Regeling zorgverzekering heeft gedaan.

Artikel 2 Algemene bepaling

Het college past de bepalingen uit het Besluit zorgverzekering en de Regeling zorgverzekering met betrekking tot de toekenning en vaststelling van de bijdrage aan de zorgverzekeraars toe met inachtneming van het bepaalde in deze beleidsregels.

Artikel 3 Zorgverzekeraars

Het college gaat bij de verdeling van de macro-deelbedragen 2010 en de berekening van de normatieve bedragen en de bijdragen ervan uit dat alle zorgverzekeraars die gedurende 2009 actief zijn geweest ook in 2010 als zorgverzekeraar actief zullen zijn, tenzij zij voor 1 augustus 2009 aan het college hebben aangegeven dat zulks niet het geval zal zijn.

Artikel 4 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 17 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 5 Indeling in FKG's 2010 en DKG's 2010

1. Het college baseert de indeling in FKG's 2010 op bijlage 8a en 8b bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 29 september 2009 (kenmerk Z/F-2958947).
2. Wanneer sprake is van samenloop voor FKG's wijst het college alle toepasselijke FKG's toe met inachtneming van het volgende:
 - a. In geval van samenloop bij FKG's diabetes I, diabetes IIa en diabetes IIb stelt het college aan de hand van de tabel in bijlage 2 vast welke FKG het college aan een verzekerde toewijst.
 - b. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de FKG diabetes I, de FKG diabetes IIa of de FKG diabetes IIb, deelt het college deze verzekerde niet in bij de FKG Hoog cholesterol.
 - c. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de FKG hartaandoeningen, deelt het college deze verzekerde niet in bij de FKG hoog cholesterol.
 - d. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de FKG antipsychotica, Alzheimer en verslaving deelt het college deze verzekerde niet in bij de FKG antidepressiva.
 - e. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de FKG COPD/zware astma deelt het college deze verzekerde niet in bij de FKG astma.
 - f. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de FKG reuma: TNF-a-blokkers, deelt het college deze



verzekerde niet in bij de FKG overige reuma middelen.

3. Bij de bepaling van de DKG's baseert het college de indeling in DKG's 2010 op bijlage 9, bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 29 september 2009 (kenmerk Z/F-2958947).

Artikel 6 Indeling in regioklasse 2010 en sociaal economische statusklasse 2010

Wanneer van een verzekerde geen Nederlandse postcode bekend is – ondanks inspanningen van de zorgverzekeraar deze te administreren – zal het college als gewicht van de regioklasse, de GGZ-regioklasse en de sociaal economische statusklasse de waarde nul hanteren.

HOOFDSTUK II TOEKENNING VAN DE BIJDRAGE 2010 AAN DE ZORGVERZEKERAAR

Artikel 7 Raming van de verzekerdenaantallen 2010

1. Uitgangspunt voor de raming is het persoonskenmerkenbestand 2009 dat de zorgverzekeraars op 1 juli 2009 bij het college hebben aangeleverd. De peildatum van deze opgaven is de datum van nominale premieprolongatie voor de maand juni 2009.
2. Het college baseert zich bij de raming van de verzekerdenaantallen naar risicoklasse leeftijd en geslacht 2010, naar regioklasse 2010, naar GGZ-regioklasse 2010, naar éénpersoonsadresklasse 2010, naar jonger dan 18 jaarklasse 2010 en naar de verzekerdenaantallen van 18 jaar en ouder 2010, op het in het eerste lid genoemde persoonskenmerkenbestand 2009.
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 30 juni 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 2007. Wanneer voor 2007 geen gegevens beschikbaar zijn baseert het college zich op gegevens over het jaar 2006.
5. Voor de vaststelling van de GGZ kosten lage drempelklasse en de GGZ kosten hoge drempelklasse, baseert het college zich op het bestand dat door onderzoeksbureau APE voor de raming 2010 is gebruikt en dat op 24 juli 2009 bij het college is aangeleverd.
6. Het college bepaalt per zorgverzekeraar het geraamde aantal verzekerden voor het macro-deelbedrag kosten van B-dbc's, voor het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuis-verpleging en kosten van specialistische hulp en voor het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties als volgt:
 - a. De verzekerden uit het persoonskenmerkenbestand 2009 worden geclassificeerd naar risicoklasse naar leeftijd en geslacht, naar aard van het inkomenklasse, naar regioklasse, naar FKG klasse, naar DKG klasse en naar sociaal economische statusklasse.
 - b. Het college stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.
7. Het college bepaalt per zorgverzekeraar het geraamde aantal verzekerden voor het macro-deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als volgt:
 - a. Voor het macro-deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg worden de verzekerden van 18 jaar en ouder geclassificeerd naar risicoklasse naar leeftijd en geslacht, naar aard van het inkomenklasse, naar GGZ-regioklasse, naar FKG GGZ klasse, naar sociaal economische statusklasse, naar éénpersoonsadresklasse, naar GGZ kosten lage drempelklasse en naar GGZ kosten hoge drempel klasse.
 - b. Voor het macrodeelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg worden de verzekerden jonger dan 18 jaar geclassificeerd naar de jonger dan 18 jaarklasse.
 - c. Het college stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.
8. Het college bepaalt per verzekerde de zwaarte per FKG 2010 verder als volgt:
 - a. Uitgangspunt is de opgave per 1 juli 2009 van alle declaraties farmaceutische hulp 2008 van de zorgverzekeraars aan het college.
 - b. Bij de bepaling van de FKG's zijn de volgende farmaceutische middelen uitgesloten:
 - i. 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;
 - ii. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als kliniekverpakkingen;
 - iii. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als grond- en hulpstoffen.
 - c. Het college hanteert een drempel van meer dan 180 standaarddagdoseringen. Beneden deze

- drempel kent het college geen FKG aan een verzekerde toe.
- d. Het college koppelt de opgave onder a met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het persoonskenmerkenbestand 2009 en bepaalt op basis hiervan en met behulp van de drempel onder c per verzekerde in welke FKG klasse en FKG GGZ klasse de verzekerde valt. De verzekerde krijgt een zwaarte van 1 voor de betreffende klasse, met inachtneming van het bepaalde met betrekking tot de samenloop van FKG's, bedoeld in artikel 5, tweede lid. Het college zet verzekerden die in het persoonskenmerkenbestand 2009 voor het eerst voorkomen per FKG op de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het persoonskenmerkenbestand naar risicoklasse naar leeftijd en geslacht.
 - e. Vervolgens past het college per verzekerde per FKG 2010 en per FKG GGZ 2010 een ophoogfactor toe voor de geraamde prevalentieontwikkeling, zoals weergegeven in bijlage 1 van deze beleidsregels. Het college vermenigvuldigt de zwaarte, bepaald onder d, met de prevalentieontwikkeling en berekent uiteindelijke zwaarte voor de verzekerde voor de betreffende klasse.
 - f. Als een verzekerde niet in een FKG 1 t/m 23 2010 valt, deelt het college deze verzekerde per zorgverzekeraar in bij FKG 0 geen FKG. Als een verzekerde niet in de FKG GGZ 1 valt, deelt het college deze verzekerde per zorgverzekeraar in bij FKG GGZ 0 geen FKG GGZ.
9. Het college bepaalt per verzekerde de zwaarte per DKG 2010 verder als volgt:
 - a. Uitgangspunt is de opgave van de zorgverzekeraar aan het college per 1 juni 2009 van de declaraties van alle DBC's die in 2007 geopend zijn.
 - b. Het college bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer tussen de opgave onder a en het persoonskenmerkenbestand 2008 per verzekerde in welke DKG 1 tot en met 13 2010 de verzekerde valt. De verzekerden die in het persoonskenmerkenbestand 2008 voor het eerst voorkomen worden per DKG op de gemiddelde prevalentie gezet van de overige verzekerden in het persoonskenmerkenbestand 2008 naar risicoklasse naar leeftijd en geslacht. Vervolgens koppelt het college de verzekerden aan het persoonskenmerkenbestand 2009, waarbij de verzekerden een gewicht krijgen dusdanig dat de prevalentie per DKG per risicoklasse naar leeftijd en geslacht constant blijft. De verzekerde krijgt een gewicht afhankelijk van leeftijd en geslacht voor de betreffende klasse.
 - c. Als een verzekerde niet in een DKG 1 tot en met 13 2010 valt, deelt het college deze verzekerde per zorgverzekeraar in bij DKG 0.
 10. Vervolgens past het college per risicoklasse naar leeftijd en geslacht, aard van het inkomenklasse, regioklasse, GGZ-regioklasse, éénpersoonsadresklasse, sociaal economische status klasse, GGZ kosten lage drempelklasse, GGZ kosten hoge drempelklasse en jonger dan 18 jaarklasse een ophoogfactor toe, zodanig dat opschaling plaatsvindt naar de macro verzekerdenraming voor 2010. Voor de risicoklassen FKG, FKG GGZ en DKG geldt dat het verschil per risicoklasse naar leeftijd en geslacht tussen het persoonskenmerkenbestand 2009 en de macro verzekerdenraming 2010 terechtkomt bij FKG 0 geen FKG, bij FKG GGZ 0 geen FKG GGZ en DKG 0.
 11. Tenslotte bepaalt het college per zorgverzekeraar het geraamde aantal verzekerden 2010 per zorgverzekeraar door per risicoklasse naar leeftijd en geslacht, FKG klasse, DKG klasse, aard van het inkomenklasse, regioklasse, GGZ regioklasse, éénpersoonsadresklasse, sociaal economische status klasse, GGZ kosten lage drempelklasse, GGZ kosten hoge drempelklasse en jonger dan 18 jaarklasse de zwaarten zoals bepaald in het tiende lid per risicoklasse bij elkaar op te tellen.
 12. Het aantal verzekerden 2010 per zorgverzekeraar voor het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg met een FKG GGZ 0 geen FKG GGZ bepaalt het college door het geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2010 per zorgverzekeraar te verminderen met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2010 met een FKG GGZ 1.
 13. 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 2009, het elfde lid en artikel 5, het geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2010 met een FKG 1 tot en met 23 2010.
 - b. Het college bepaalt het aantal verzekerden per zorgverzekeraar van 18 jaar en ouder zonder een FKG 1 tot en met 23 2010. Per verzekerde bepaalt het college op basis van het achtste en het elfde lid welke zwaarte deze verzekerde heeft voor de risicoklasse naar leeftijd en geslacht, aard van het inkomenklasse en regioklasse.
 - c. Vervolgens bepaalt het college per zorgverzekeraar het totaal aantal geraamde verzekerden 2010 per risicoklasse naar leeftijd en geslacht, aard van het inkomenklasse en regioklasse door de zwaarten per risicoklasse naar leeftijd en geslacht, aard van het inkomenklasse en regioklasse bij elkaar op te tellen.

Artikel 8 De verdeling van het macro-deelbedrag kosten van B-dbc's

1. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag kosten van B-dbc's hanteert het college de volgende gewichten als uitgangspunten:
 - a. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per risicoklasse 2010 naar leeftijd en geslacht, genoemd in bijlage 3 van deze beleidsregels;
 - b. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per FKG 0 tot en met 23 2010, genoemd in bijlage 4 van deze beleidsregels;
 - c. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per DKG 0 tot en met 13 2010, genoemd in bijlage 5 van deze beleidsregels;
 - d. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2010, genoemd in bijlage 6 van deze beleidsregels;
 - e. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per regioklasse 2010, genoemd in bijlage 7 van deze beleidsregels;
 - f. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2010, 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 2010 per overeenkomstige risicoklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2010. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
3. Het college vermenigvuldigt de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per FKG 2010 per overeenkomstige FKG met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden FKG 2010. 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 2010 per overeenkomstige DKG met het geraamde aantal verzekerden per DKG 2010. 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 2010 per overeenkomstige aard van het inkomenklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per aard van het inkomenklasse 2010. 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 2010 per overeenkomstige regioklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per regioklasse 2010. 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 2010 per overeenkomstige sociaal economische statusklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2010. 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 2010.

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

1. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp hanteert het college de volgende gewichten als uitgangspunten:
 - a. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per risicoklasse 2010 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 tot en met 23 2010, genoemd in bijlage 10 van deze beleidsregels;
 - c. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per DKG 0 tot en met 13 2010, 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 2010, genoemd in bijlage 12 van deze beleidsregels;

- e. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per regioklasse 2010, 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 2010, 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 2010 per overeenkomstige risicoklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2010. 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 2010 per overeenkomstige FKG met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per FKG 2010. 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 2010 per overeenkomstige DKG met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per DKG 2010. 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 2010 per overeenkomstige aard van het inkomenklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per aard van het inkomenklasse 2010. 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 2010 per overeenkomstige regioklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per regioklasse 2010. 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 2010 per overeenkomstige sociaal economische statusklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2010. 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 2010.

Artikel 10 De verdeling van het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging en de berekening van de normatieve bedragen vaste kosten van ziekenhuisverpleging

1. Het college bepaalt het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2010 als volgt:
 - a. Het college berekent de gemiddelde vaste kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde per zorgverzekeraar in 2008 op basis van gegevens uit de jaarstaat 2008 van de zorgverzekeraar.
 - b. Per zorgverzekeraar vermenigvuldigt het college de geraamde aantallen verzekerden 2010 met het berekende bedrag in onderdeel a.
 - c. Vervolgens berekent het college de landelijke vaste kostenfactor 2010 door het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2010 te delen door de som over alle zorgverzekeraars van het resultaat onder b. Het macro-deelbedrag vaste kosten ziekenhuisverpleging bedraagt EUR 3.130,2 mln overeenkomstig artikel 3.2 uit de Regeling zorgverzekering.
 - d. Het college vermenigvuldigt het in onderdeel a berekende bedrag per zorgverzekeraar met de in onderdeel c berekende landelijke vaste kostenfactor 2010. Dit resultaat wordt aangeduid als het zorgverzekeraarspecifieke bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2010.
2. Indien het gemiddelde aantal verzekerden van een zorgverzekeraar in 2008 minder dan 10.000 bedraagt, wordt voor deze zorgverzekeraar bij de berekening bedoeld in het eerste lid uitgegaan van de gemiddelde kosten van ziekenhuisverpleging 2008 van alle zorgverzekeraars. Deze werkwijze wordt ook gevolgd wanneer de zorgverzekeraar geen juiste of geen volledige opgave over 2008 aan het college heeft gedaan of wanneer een opgave niet mogelijk is.
3. Het college berekent per zorgverzekeraar het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2010 door het zorgverzekeraarspecifieke bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging per



geraamde verzekerde 2010 te vermenigvuldigen met het totaal aantal geraamde verzekerden 2010.

4. Het resultaat van het derde lid wordt aangeduid als het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2010.

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

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 2010 naar leeftijd en geslacht, genoemd in bijlage 15 van deze beleidsregels;
 - b. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde naar FKG GGZ 2010, genoemd in bijlage 16 van deze beleidsregels;
 - c. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2010, genoemd in bijlage 17 van deze beleidsregels;
 - d. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per GGZ-regioklasse 2010, genoemd in bijlage 18 van deze beleidsregels;
 - e. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2010, genoemd in bijlage 19 van deze beleidsregels;
 - f. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per eenpersoonsadres 2010, genoemd in bijlage 20 van deze beleidsregels;
 - g. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per geneeskundige GGZ kosten lage drempelklasse, genoemd in bijlage 21 van deze beleidsregels;
 - h. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per geneeskundige GGZ kosten hogedrempelklasse, genoemd in bijlage 22 van deze beleidsregels;
 - i. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per jonger dan 18 jaarklasse, genoemd in bijlage 23 van deze beleidsregels.
2. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per risicoklasse 2010 naar leeftijd en geslacht worden per overeenkomstige risicoklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2010. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
3. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per FKG GGZ 2010 worden per overeenkomstige klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per klasse 2010. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan de som van uitkomsten per zorgverzekeraar bedoeld in het tweede lid.
4. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2010 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 2010. 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 2010 worden per overeenkomstige GGZ-regioklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per GGZ-regioklasse 2010. 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 2010 worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per sociaal economische statusklasse 2010. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vijfde lid.
7. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per éénpersoonsadresklasse 2010 worden per overeenkomstige éénpersoonsadresklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per éénpersoonsadresklasse 2010. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zesde lid.
8. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per geneeskundige GGZ kosten lage drempelklasse 2010 worden per overeenkomstige GGZ kosten lage drempelklasse

2010 vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per GGZ kosten lage drempelklasse 2010. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zevende lid.

9. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per geneeskundige GGZ kosten hoge drempelklasse 2010 worden per overeenkomstige GGZ kosten hoge drempelklasse 2010 vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per GGZ kosten hoge drempelklasse 2010. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het achtste lid.
10. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per jonger dan 18 jaarklasse 2010 worden per overeenkomstige jonger dan 18 jaarklasse 2010 vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per jonger dan 18 jaarklasse 2010. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
11. De som van het resultaat van het negende en tiende lid wordt aangeduid als het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010.

Artikel 12 De verdeling van het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties en de berekening van de normatieve bedragen kosten van overige prestaties

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 2010 naar leeftijd en geslacht, genoemd in bijlage 24 van deze beleidsregels;
 - b. De gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per FKG 2010, genoemd in bijlage 25 van deze beleidsregels;
 - c. De gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per DKG 2010, genoemd in bijlage 26 van deze beleidsregels;
 - d. De gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2010, genoemd in bijlage 27 van deze beleidsregels;
 - e. De gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per regioklasse 2010, genoemd in bijlage 28 van deze beleidsregels;
 - f. De gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2010, genoemd in bijlage 29 van deze beleidsregels.
2. De gewichten kosten van de totale overige prestaties per verzekerde per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2010 worden per overeenkomstige risicoklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2010. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
3. De gewichten kosten van de totale overige prestaties per verzekerde per FKG 2010 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per FKG 2010. 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 2010 worden per overeenkomstige DKG vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per DKG 2010. 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 2010 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per aard van het inkomenklasse 2010. 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 2010 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per regioklasse 2010. 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 2010 worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per sociaal economische status-

klasse 2010. 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 2010.
9. Het college kan ter voorlichting aan de zorgverzekeraars ook deelbedragen per afzonderlijke overige prestaties berekenen overeenkomstig de leden 2 tot en met 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 tot en met 23 2010 hanteert het college als uitgangspunten:
 - a. de gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2010, genoemd in bijlage 30 van deze beleidsregels;
 - b. de gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2010, genoemd in bijlage 31 van deze beleidsregels;
 - c. de gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per regioklasse 2010, genoemd in bijlage 32 van deze beleidsregels.
2. De gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per risicoklasse 2010 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 tot en met 23, zoals bepaald in artikel 7, elfde lid. De uitkomsten worden per risicoklasse 2010 per zorgverzekeraar gesommeerd.
3. De gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2010 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 2010, zoals bepaald in artikel 7, dertiende 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 2010 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per regioklasse 2010, zoals bepaald in artikel 7, dertiende lid, onder b. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het derde lid. Het college vermindert de uitkomst met 0,10766 procent van de uitkomst vanwege de geraamde gedeelde inkomsten voor verzekerden van 18 jaar en ouder, voor wie als gevolg van de toepasselijkheid van artikel 24 Zorgverzekeringswet geen nominale premies worden ontvangen.
5. Het college berekent de geraamde normatieve eigen risico opbrengst 2009 voor verzekerden met een FKG 1 tot en met 23 2010 per zorgverzekeraar door het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder met een FKG 1 tot en met 23 2010, bepaald in artikel 7, dertiende lid, onder a, te vermenigvuldigen met een bedrag van EUR 165 per verzekerde. Het college vermindert de uitkomst met 0,17895 procent van de uitkomst vanwege de geraamde gedeelde inkomsten voor verzekerden van 18 jaar en ouder, voor wie als gevolg van de toepasselijkheid van artikel 24 Zorgverzekeringswet geen nominale premies worden ontvangen.
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 en de berekening en toekenning van de bijdrage

1. Het college berekent het normatieve bedrag 2010 van een zorgverzekeraar als de som van het volgens dit hoofdstuk berekende deelbedrag kosten B-dbc's 2010, het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2010, het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2010, het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010 en het deelbedrag kosten van overige prestaties 2010.
2. Het college raamt de opbrengst 2010 van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de geraamde aantallen verzekerden van 18 jaar en ouder 2010 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2010. De nominale rekenpremie 2010 bedraagt EUR 983 overeenkomstig artikel 3.7 van de Regeling zorgverzekering.
3. Het college vermindert het resultaat van het tweede lid met 0,10766 procent van het resultaat van het tweede lid vanwege de geraamde gedeelde inkomsten voor verzekerden van 18 jaar en ouder



waarvoor als gevolg van de toepasselijkheid van artikel 24 Zorgverzekeringswet geen nominale premies worden ontvangen.

4. Het college berekent de bijdrage 2010 aan een zorgverzekeraar door op het normatieve bedrag 2010 de geraamde normatieve eigen risico opbrengst 2010 en de volgens het tweede lid en derde lid geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie 2010 in mindering te brengen.
5. Het college berekent per zorgverzekeraar de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar 2010. Deze uitkering bedraagt het aantal geraamde verzekerden jonger dan 18 jaar, vermenigvuldigd met EUR 50.
6. Het college kent de bijdrage 2010 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 2010 besluit zich te splitsen, dient de zorgverzekeraar aan het college mee te delen hoe naar zijn verwachting de geraamde verzekerden-aantallen 2010 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, 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 2010

1. Het college herberekent de toekenning van de bijdrage op basis van de werkelijke verzekerden-aantallen 2010 volgens de opgaven van de zorgverzekeraars aan het college op 5 maart 2010.
2. Het college bepaalt de herberekening van de toegekende bijdrage 2010 als volgt:
Het college deelt het totaal aantal verzekerden uit de opgaven in het eerste lid door het totaal aantal verzekerden, zoals bepaald op grond van artikel 7, elfde lid en vermenigvuldigt het verkregen aantal met de bijdrage 2010 zoals toegekend op grond van artikel 14, zesde lid.
3. Het college herzielt de op grond van artikel 14, zesde lid, toegekende bijdrage 2010 overeenkomstig de herberekening uit het tweede lid.

HOOFDSTUK III DE EERSTE VOORLOPIGE VASTSTELLING VAN DE BIJDRAGE AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 17 Bepaling van de verzekerdenaantallen 2010

1. De zorgverzekeraars leveren het persoonskenmerkenbestand 2010 op 1 juli 2010 bij het CVZ aan. De peildatum van de opgave is de datum van nominale premieprolongatie voor de maand juni 2010.
De zorgverzekeraars leveren het uitstroombestand 2010 en de opgave van in 2010 ingeschreven verzekerden die vanwege bijzondere omstandigheden niet over een burgerservicenummer beschikken op 1 juli 2011 bij het CVZ aan.
2. Voor de vaststelling van het aantal verzekerden 2010 en de verzekeringsduur per verzekerde per zorgverzekeraar baseert het college zich op het RBVZ en de opgave van verzekerden die vanwege bijzondere omstandigheden niet over een burgerservicenummer beschikken. Wanneer een verzekerde gedurende een bepaalde periode in 2010 bij meerdere zorgverzekeraars tegelijkertijd is ingeschreven, wordt die periode voor het vaststellen van de verzekeringsduur verdeeld naar rato van het aantal zorgverzekeraars waar de verzekerde gedurende die periode ingeschreven is geweest.
3. Voor de vaststelling van de vereveningskenmerken per verzekerde naar risicoklasse leeftijd en geslacht 2010, naar regioklasse 2010, naar GGZ-regioklasse 2010, naar éénpersoonsadresklasse, naar jonger dan 18 jaarklasse en naar de verzekerdenaantallen van 18 jaar en ouder 2010, baseert het college zich op het persoonskenmerkenbestand 2010, het uitstroombestand 2010 en de opgave van verzekerden die vanwege bijzondere omstandigheden niet over een burgerservicenummer beschikken. In het geval een verzekerde niet is opgenomen in het persoonskenmerkenbestand 2010 maakt het college indien mogelijk gebruik van de gegevens uit het persoonskenmerkenbestand 2011. In het geval een verzekerde ook niet is opgenomen in het persoonskenmerkenbestand 2011, maakt het college indien mogelijk gebruik van de gegevens uit het persoonskenmerkenbestand 2009.

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 en voor de zelfstandigen op de gepseudonimiseerde opgave van de Belastingdienst. Voor de opgave van het UWV of de Belastingdienst naar inkomensbron in het jaar 2010, bedoeld in de vorige volzin, hanteert het CVZ de peildatum 30 juni 2010.
5. Voor de vaststelling van de GGZ-kosten lage drempelklasse en de GGZ-kosten hoge drempelklasse, baseert het CVZ zich op de opgave door zorgverzekeraars per 1 juni 2011 van declaraties van dbc's geneeskundige GGZ die in 2009 geopend zijn en van overige declaraties geneeskundige GGZ over 2009.
6. Het college bepaalt per zorgverzekeraar het aantal verzekerden voor het deelbedrag kosten van B-dbc's, voor het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en voor het deelbedrag kosten van overige prestaties als volgt. Voor elke verzekerde uit het persoonskenmerkenbestand 2010 bepaalt het college in welke klasse een verzekerde valt. Het college classificeert de verzekerden naar risicoklasse naar leeftijd en geslacht, naar aard van het inkomenklasse, naar regioklasse, naar FKG klasse, naar DKG klasse en naar sociaal economische statusklasse. Het college bepaalt de leeftijd op basis van de geboortemaand en het geboortjaar. Het college hanteert daarbij als peildatum 30 juni 2010.
7. Het college bepaalt per zorgverzekeraar het aantal verzekerden voor het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg als volgt:
 - a. Voor het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg classificeert het college de verzekerden van 18 jaar en ouder naar risicoklasse naar leeftijd en geslacht, naar aard van het inkomenklasse, naar GGZ-regioklasse, naar FKG GGZ klasse, naar sociaal economische statusklasse, naar éénpersoonsadresklasse, naar GGZ kosten lage drempelklasse en naar GGZ-kosten hoge drempelklasse.
 - b. Voor het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg classificeert het college de verzekerden jonger dan 18 jaar naar jonger dan 18 jaar klasse.
 - c. Het college bepaalt voor de vereveningskenmerken risicoklasse naar leeftijd en geslacht, naar aard van het inkomenklasse, naar GGZ-regioklasse, naar sociaal economische statusklasse, éénpersoonsadresklasse en naar jonger dan 18 jaar klasse de leeftijd op basis van de geboortemaand en het geboortjaar. Het college hanteert daarbij als peildatum 30 juni 2010.
8. Vervolgens bepaalt het college per zorgverzekeraar het aantal verzekerden naar leeftijd en geslacht 2010. Hierbij telt de verzekerde mee voor de verzekeringsduur zoals vastgesteld in het tweede lid.
9. Voor de voorlopige vaststelling van de bijdrage aan een zorgverzekeraar bepaalt het college het aantal verzekerden per FKG 2010 per zorgverzekeraar als volgt:
 - a. Uitgangspunt is de opgave van 1 juni 2010 van de declaraties farmaceutische hulp 2009 van de zorgverzekeraar aan het college.
 - b. Bij de bepaling van de FKG's zijn de volgende farmaceutische middelen uitgesloten:
 - i. 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;
 - ii. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als kliniekverpakkingen;
 - iii. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als grond- en hulpstoffen.
 - c. Het college hanteert een drempel van meer dan 180 standaarddagdoseringen. Beneden deze drempel kent het college geen FKG aan een verzekerde toe.
 - d. Het college koppelt de opgave onder a met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het persoonskenmerkenbestand 2010 en het uitstroombestand 2010 en bepaalt op basis hiervan en met behulp van de drempel onder c per verzekerde in welke FKG klasse en FKG GGZ klasse de verzekerde valt.
 - e. Op basis van het onder d bepaalde stelt het college het aantal verzekerden 2009 per FKG 2010 met inachtneming van het bepaalde met betrekking tot de samenloop van FKG's, bedoeld in artikel 5, tweede lid vast. Het college wijst verzekerden 2009 in 2010 per FKG 2010, zoals bepaald onder d, toe aan een zorgverzekeraar met behulp van een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer, het persoonskenmerkenbestand 2010 en het uitstroombestand 2010.
 - f. Het college bepaalt voor verzekerden die in het buitenland wonen zonder FKG 2010 1 tot en met 23 het gewicht op EUR 0,00.
 - g. Het college bepaalt voor verzekerden die in het buitenland wonen zonder FKG GGZ 2010 1 het gewicht op EUR 0,00.
 - h. Tot slot worden de verzekerdenaantallen 2010 per FKG 2010 en per FKG GGZ 2010 gesommeerd. Hierbij telt de verzekerde mee voor de verzekeringsduur zoals vastgesteld in het tweede lid.

10. Voor de voorlopige vaststelling van de bijdrage aan een zorgverzekeraar bepaalt het college het aantal verzekerden per DKG 2010 per zorgverzekeraar als volgt:
 - a. Uitgangspunt is de opgave van de zorgverzekeraar per 1 juni 2011 van de declaraties van alle DBC's die in 2009 geopend zijn. Op basis daarvan bepaalt het college het aantal verzekerden per DKG 2010 volgens de indeling in artikel 5, derde lid.
 - b. Het college wijst verzekerden 2009 in 2010 per DKG 2010, zoals bepaald onder a, toe aan een zorgverzekeraar met behulp van een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer, het persoonskenmerkenbestand 2010 en het uitstroombestand 2010.
 - c. Het college bepaalt voor verzekerden die in het buitenland wonen zonder DKG 2010 1 tot en met 10 het gewicht op EUR 0,00.
 - d. Tot slot worden per zorgverzekeraar de verzekerdenaantallen 2010 per DKG 2010 opgeteld. Hierbij telt de verzekerde mee voor de verzekeringsduur, vastgesteld overeenkomstig het tweede lid.
11. Het college bepaalt met behulp van opgaven van de Belastingdienst en het UWV, het RBVZ over 2010, het persoonskenmerkenbestand 2010 en het uitstroombestand 2010 de aantallen verzekerden per aard van het inkomenklasse 2010 en sociaal economische statusklasse 2010. Hierbij telt de verzekerde mee voor de verzekeringsduur, vastgesteld overeenkomstig het tweede lid.
12. Het college bepaalt met behulp van het RBVZ over 2010, 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 2010 en de aantallen verzekerden van 18 jaar en ouder naar GGZ regioklasse. Hierbij telt de verzekerde mee voor de verzekeringsduur, vastgesteld overeenkomstig het tweede lid.
13. Het college bepaalt met behulp van het RBVZ over 2010, de opgave van de Belastingdienst en de opgave van de zorgverzekeraars van het adres waar de verzekerde woonachtig is, de aantallen verzekerden naar éénpersoonsadresklasse. Hierbij telt de verzekerde mee voor de verzekeringsduur, vastgesteld overeenkomstig het tweede lid.
14. Het college bepaalt met behulp van de opgave door zorgverzekeraars per 1 juni 2011 van declaraties van dbc's geneeskundige GGZ die in 2009 geopend zijn en van overige declaraties geneeskundige GGZ over 2009 de aantallen verzekerden naar de GGZ-kosten lage drempelklasse en de GGZ-kosten hoge drempelklasse.

Artikel 18 De voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van B-dbc's 2010

1. Het college bepaalt op basis van de jaarstaat 2010 per zorgverzekeraar en voor het totaal van de zorgverzekeraars de kosten van B-dbc's 2010, met inachtneming van de artikelen 3.12 en 3.13 van de Regeling zorgverzekering.
Het college herberekent op basis van de uitkomsten verkregen na toepassing van artikel 17 het normatieve bedrag kosten van B-dbc's 2010 voor het totaal van alle verzekerden 2010 van alle zorgverzekeraars op de wijze zoals beschreven in artikel 8.
2. Het college berekent de schalingsfactor kosten van B-dbc's 2010 door de kosten van B-dbc's 2010, 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 2010 van alle zorgverzekeraars.
3. Het college herberekent alle gewichten uit artikel 8, eerste lid door deze te vermenigvuldigen met de schalingsfactor kosten van B-dbc's 2010 en deze vervolgens af te ronden op twee decimalen.
4. Het college vermenigvuldigt de in het vierde lid herberekende gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2010 met de aantallen verzekerden per overeenkomstige risicoklasse 2010 per zorgverzekeraar. Het college sommeert de uitkomsten per zorgverzekeraar.
5. De in het vierde lid herberekende gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per FKG 2010 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2010 zoals berekend in artikel 17, negende lid, per FKG 2010 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vijfde lid.
6. De in het vierde lid herberekende gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per DKG 2010 worden per overeenkomstige DKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2010 zoals berekend in artikel 17, tiende lid, per DKG 2010 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zesde lid.

7. De in het vierde lid herberekende gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2010 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2010 per aard van het inkomenklasse 2010 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, elfde lid. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zevende lid.
8. De in het vierde lid herberekende gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per regioklasse 2010 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per regioklasse 2010 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, twaalfde lid. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het achtste lid.
9. De in het vierde lid herberekende gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde bij sociaal economische statusklasse 2010 worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2010 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, elfde lid. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het negende lid.
10. Het resultaat van het tiende lid wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van B-dbc's 2010.
11. Voor de toepassing van artikel 3.21 van de Regeling zorgverzekering vermindert het college het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van B-dbc's 2010 met de kosten van B-dbc's 2010, zoals bepaald in het eerste lid.

Artikel 19 De voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2010

1. Het college bepaalt op basis van de jaarstaat 2010 per zorgverzekeraar en voor het totaal van de zorgverzekeraars de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2010 met inachtneming van de artikelen 3.12, 3.13 en 3.16 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 2010 voor het totaal van alle verzekerden 2010 van alle zorgverzekeraars op de wijze zoals beschreven in artikel 9.
3. Het college berekent de schalingsfactor variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2010 door de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2010, 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 2010 van alle zorgverzekeraars.
4. Het college herberekent alle gewichten uit artikel 9, eerste lid, door deze te vermenigvuldigen met de schalingsfactor variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2010, 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 2010 met de aantallen verzekerden per overeenkomstige risicoklasse 2010 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 2010 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2010 zoals berekend in artikel 17, negende lid, per FKG 2010 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 2010 worden per overeenkomstige DKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2010 zoals berekend in artikel 17, tiende lid, per DKG 2010 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 2010 worden per

overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2010 per aard van het inkomenklasse 2010 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, elfde 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 2010 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per regioklasse 2010 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, twaalfde 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 2010 worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2010 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, elfde lid. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het negende lid.
11. Het college calculeert per zorgverzekeraar 30 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 2010.
13. Voor de toepassing van artikel 3.21 van de Regeling zorgverzekering trekt het college van het voorlopige herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2010 af de kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2010, zoals bepaald in het eerste lid.

Artikel 20 De voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2010

1. Het college bepaalt op basis van de jaarstaat 2010 per zorgverzekeraar met inachtneming van de artikelen 3.12, 3.13 en 3.17 van de Regeling zorgverzekering, de vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2010.
2. Het college herberekent het voorlopig deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2010 per zorgverzekeraar als volgt:
 - a. De vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2009 worden per zorgverzekeraar gedeeld door het aantal verzekerden 2010, vastgesteld met toepassing van artikel 17, eerste en derde lid. Dit vormt het herberekende zorgverzekeraarspecifieke bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde 2010.
 - b. Het in onderdeel a opnieuw berekende zorgverzekeraarspecifieke bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde 2010 wordt vermenigvuldigd met het totaal aantal verzekerden 2010 per zorgverzekeraar.
3. Het college calculeert per zorgverzekeraar 100 procent na op het verschil tussen de kosten vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2010, 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 2010.

Artikel 21 De voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010

1. Het college bepaalt op basis van de opgave door zorgverzekeraars per 1 juni 2011 van declaraties van dbc's geneeskundige GGZ die in 2009 geopend zijn en van overige declaraties geneeskundige GGZ over 2009 per zorgverzekeraar en voor het totaal van de zorgverzekeraars de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010 voor verzekerden van 18 jaar en ouder, met inachtneming van de artikelen 3.12, 3.13 en 3.18 van de Regeling zorgverzekering.
2. Het college bepaalt op basis van de opgave door zorgverzekeraars per 1 juni 2011 van declaraties van dbc's geneeskundige GGZ die in 2009 geopend zijn en van overige declaraties geneeskundige GGZ over 2009 per zorgverzekeraar en voor het totaal van de zorgverzekeraars de kosten van

geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010 voor verzekerden jonger dan 18 jaar, met inachtneming van de artikelen 3.12, 3.13 en 3.18 van de Regeling zorgverzekering.

3. Het college herberekent op basis van de uitkomsten verkregen na toepassing van artikel 17 het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010 voor de verzekerden van 18 jaar en ouder 2010 van alle zorgverzekeraars op de wijze zoals beschreven in artikel 11, eerste tot en met negende lid.
4. Het college berekent het gewicht kosten van overige prestaties per verzekerde voor de risicoklasse GGZ kosten lage drempelklasse 2010 0 door het totaal aantal verzekerden per GGZ kosten lage drempelklasse 1 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en het resultaat vervolgens te delen door het geraamde totaal aantal verzekerden GGZ kosten lage drempelklasse 2010 0, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
5. Het college berekent het gewicht kosten van overige prestaties per verzekerde voor de risicoklasse GGZ kosten hoge drempelklasse 2010 0 door het totaal aantal verzekerden per GGZ kosten hoge drempelklasse 1 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en het resultaat vervolgens te delen door het geraamde totaal aantal verzekerden GGZ kosten hoge drempelklasse 2010 0, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
6. Het college berekent de schalingsfactor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010 door de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010, bepaald in het eerste lid, te sommeren over alle verzekeraars en deze te delen door het in het derde lid herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010 voor het totaal van alle verzekerden 2010 van alle zorgverzekeraars.
7. Het college herberekent alle gewichten uit artikel 11 door deze te vermenigvuldigen met de schalingsfactor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010, en deze vervolgens af te ronden op twee decimalen.
8. Het college vermenigvuldigt de in het zevende lid herberekende gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010 per verzekerde per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2010 met de aantallen verzekerden van 18 jaar en ouder per overeenkomstige risicoklasse 2010 zoals berekend in artikel 17, achtste lid, per risicoklasse naar leeftijd en geslacht per zorgverzekeraar. Het college sommeert de uitkomsten per zorgverzekeraar.
9. De in het zevende lid herberekende gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010 per verzekerde per FKG GGZ 2010 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2010 zoals berekend in artikel 17, negende lid, per FKG GGZ 2010 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het achtste lid.
10. De in het zevende lid herberekende gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010 per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2010 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2010 per aard van het inkomenklasse 2010 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, elfde lid. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het negende lid.
11. De in het zevende lid herberekende gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010 per verzekerde per GGZ regioklasse 2010 worden per overeenkomstige GGZ regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per GGZ regioklasse 2010 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, twaalfde lid. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tiende lid.
12. De in het zevende lid herberekende gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010 per verzekerde bij sociaal economische statusklasse 2010 worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per sociaal economische statusklasse 2010 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, elfde lid. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het elfde lid.
13. De in het zevende lid herberekende gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010 per verzekerde per éénpersoonsadresklasse 2010 worden per overeenkomstige éénpersoonsadresklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per éénpersoonsadresklasse 2010 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, twaalfde lid. De

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

14. De in het zevende lid herberekende gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010 per verzekerde per risicoklasse GGZ-kosten lage drempelklasse worden per overeenkomstige risicoklasse GGZ-kosten lage drempelklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per risicoklasse GGZ-kosten lage drempelklasse 2010 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, dertiende lid. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het dertiende lid.
15. De in het zevende lid herberekende gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010 per verzekerde per risicoklasse GGZ-kosten hoge drempelklasse 2010 worden per overeenkomstige risicoklasse GGZ-kosten hoge drempelklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per risicoklasse GGZ-kosten hoge drempelklasse 2010 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, dertiende lid. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het veertiende lid.
16. Het college herberekent op basis van de uitkomsten verkregen na toepassing van artikel 17 het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010 voor de verzekerden jonger dan 18 jaar 2010 van alle zorgverzekeraars op de wijze zoals beschreven in artikel 11, tiende lid.
17. Het college berekent de schalingsfactor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010 door de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010, bepaald in het tweede lid, te sommeren over alle zorgverzekeraars en deze te delen door het in het zestiende lid herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010 voor de verzekerden jonger dan 18 jaar 2010 van alle zorgverzekeraars.
18. Het college herberekent het normbedrag voor de normatieve GGZ kosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar door deze te vermenigvuldigen met de herberekende schalingsfactor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar 2010, en deze vervolgens af te ronden op twee decimalen.
19. Het herberekende normbedrag voor de normatieve GGZ kosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar per verzekerde 2010 wordt vermenigvuldigd met het aantal verzekerden jonger dan 18 jaar 2010 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
20. Het college calculeert per zorgverzekeraar 100 procent na over het verschil tussen de kosten van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg verkregen in tweede lid en het resultaat verkregen in het negentiende lid.
21. De som van het resultaat van het vijftiende en het twintigste lid wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010.
22. Voor de toepassing van artikel 3.19 van de Regeling zorgverzekering vermindert het college het resultaat van artikel 13, zesde lid met de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, zoals bepaald in het eerste lid.

Artikel 22 De voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties 2010

1. Het college bepaalt op basis van de jaarstaat 2010 de kosten van overige prestaties 2010 met inachtneming van de artikelen 3.12 en 3.13 van de Regeling zorgverzekering.
2. Het college berekent het normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2010 voor het totaal van alle verzekerden 2010 van alle zorgverzekeraars op de wijze zoals beschreven in artikel 12, eerste tot en met het zevende lid.
3. Het college herberekent op basis van de uitkomsten verkregen na toepassing van artikel 17 de schalingsfactor kosten van overige prestaties 2010 door de som van de in het eerste lid bepaalde kosten van overige prestaties 2010 van alle zorgverzekeraars te delen door het in het tweede lid herberekende normatieve bedrag kosten van overige prestaties voor alle verzekerden 2010 van alle zorgverzekeraars.
4. Het college herberekent alle gewichten uit artikel 12 door deze te vermenigvuldigen met de schalingsfactor kosten van overige prestaties 2010, 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 2010 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 2010 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2010 zoals berekend in artikel 17, zevende lid, per FKG 2010 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 2010 worden per overeenkomstige DKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2010 zoals berekend in artikel 17, achtste lid, per DKG 2010 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 2010, worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2010 per aard van het inkomenklasse 2010 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, negende lid.
9. De in het vierde lid herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per regioklasse 2010 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2010 per regioklasse 2010 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 2010 worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2010 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, negende lid. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het negende lid. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zevende lid.
11. Het resultaat van het tiende lid wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties 2010.

Artikel 23 De voorlopige herberekening van de opbrengst van het normatieve eigen risico 2010

1. Uitgangspunt voor de herberekening van de opbrengst van het normatieve eigen risico zijn de opgaven, bedoeld in artikel 17, tweede lid, van de verzekerdenaantallen van de zorgverzekeraar.
2. Het college herberekent op de wijze zoals beschreven in artikel 13 de normatieve eigen risico opbrengst 2010 op basis van de werkelijke verzekerden aantallen 2010 van 18 jaar en ouder zoals berekend in artikel 17.

Artikel 24 De voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2010 en de voorlopige herberekening en voorlopige vaststelling van de bijdrage 2010

1. Het college herberekent het normatieve bedrag 2010 voorlopig als de som van het voorlopige herberekende deelbedrag B-dbc's 2010, het voorlopig herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2010, het voorlopige herberekende deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2010, het voorlopig herberekende deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010 en het voorlopig herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties 2010.
2. Voor de toepassing van artikel 3.21 van de Regeling zorgverzekering berekent het college:
 - a. de som van het bedrag bepaald in artikel 18, twaalfde 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 2010 maal EUR 22,50, dan trekt het college 90 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2010 uit het eerste lid;
 - c. indien het in onderdeel a bepaalde bedrag kleiner is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2010 maal EUR -22,50, dan voegt het college 90 procent van het verschil toe aan het normatieve bedrag 2010 uit het eerste lid.
3. Voor de toepassing van artikel 3.21 van de Regeling zorgverzekering gebruikt het college:

- a. het bedrag bepaald in artikel 21, tweeëntwintigste lid;
 - b. indien het in onderdeel a bepaalde bedrag groter is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2010 maal EUR 7,50, dan trekt het college 100 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2010 uit het eerste lid;
 - c. indien het in onderdeel a bepaalde bedrag kleiner is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2010 maal EUR – 7,50, dan voegt het college 100 procent van het verschil toe aan het normatieve bedrag 2010 uit het eerste lid.
4. Het college bepaalt de opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de verzekerden van 18 jaar en ouder 2010 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2010.
 5. Het college vermindert het resultaat van het vierde lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in de jaarstaat 2010 als gedeelde inkomsten voor verzekerden van 18 jaar en ouder waarvoor als gevolg van de toepasselijkheid van artikel 24 Zorgverzekeringswet geen nominale premies worden ontvangen.
 6. Het college herberekent 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 2010 te vermenigvuldigen met EUR 50.
 7. Het college herberekent de bijdrage 2010 voorlopig door de som van het herberekende normatieve bedrag 2010 bedoeld in het eerste lid, met toepassing van het tweede 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.
 8. Het college stelt de bijdrage 2010 in september 2011 voorlopig vast ter hoogte van de in het vorige lid berekende bijdrage. De bepaling van de verzekerdenaantallen is definitief, behoudens de correcties van de Nederlandse Zorgautoriteit en de aanpassingen op basis van het uitstroombestand 2011.

HOOFDSTUK IV DE TWEDE VORLOPIGE VASTSTELLING VAN DE BIJDRAGE 2010 AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 25 Algemene bepaling

1. Het college betreft de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast en het uitstroombestand 2011 bij de verzekerdenaantallen.
2. Het college herberekent het normatieve bedrag voor de tweede keer voorlopig met inachtneming van de opgave hoge kosten compensatie 2010, de jaarstaat 2012, het opbrengstresultaat 2010 en de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast.

Artikel 26 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van B-dbc's 2010.

1. Het college hanteert bij de tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van B-dbc's 2010 als uitgangspunten:
 - a. de gewichten kosten van B-dbc's 2010 naar leeftijd en geslacht, zoals vermeld in bijlage 33 van deze beleidsregels;
 - b. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per FKG 0 tot en met 23 2010, zoals vermeld in bijlage 34 van deze beleidsregels;
 - c. de gewichten variabele kosten van B-dbc's per verzekerde per DKG 0 t/m 13 2010, zoals vermeld in bijlage 35 van deze beleidsregels;
 - d. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2010, zoals vermeld in bijlage 36 van deze beleidsregels;
 - e. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per regioklasse 2010, zoals vermeld in bijlage 37 van deze beleidsregels;
 - f. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2010, genoemd in bijlage 38 van deze beleidsregels.
2. Het college bepaalt de kosten van B-dbc's 2010 met inachtneming van de artikelen 3.12 en 3.13 van de Regeling zorgverzekering.
3. Het college herberekent het deelbedrag kosten van B-dbc's 2010 voor het totaal van alle verzeker-

den van alle zorgverzekeraars 2010 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 2010 door de som van de totale kosten van B-dbc's 2010 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 2010 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 2010 en rondt deze af op twee decimalen.
6. Het college vermenigvuldigt de in het vijfde lid herberekende gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2010 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 2010 per verzekerde worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2010 per FKG 2010 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 2010 per DKG 2010 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 2010 worden per zorgverzekeraar per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2010 per aard van het inkomenklasse 2010. 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 2010 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per regioklasse 2010 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 2010 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 3.15 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 tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van B-dbc's 2010.
14. Voor de toepassing van artikel 3.21 van de Regeling zorgverzekering trekt het college van het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van B-dbc's 2010 af de kosten van B-dbc's 2010, zoals bepaald in het tweede lid.

Artikel 27 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2010.

1. Het college hanteert bij de tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2010 als uitgangspunten:
 - a. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per risicoklasse 2010 naar leeftijd en geslacht, zoals vermeld in bijlage 39 van deze beleidsregels;
 - b. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per FKG 0 tot en met 23 2010, zoals vermeld in bijlage 40 van deze beleidsregels;
 - c. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per DKG 0 t/m 13 2010, zoals vermeld in bijlage 41 van deze beleidsregels;
 - d. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per

- verzekerde per aard van het inkomenklasse 2010, zoals vermeld in bijlage 42 van deze beleidsregels;
- e. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per regioklasse 2010, zoals vermeld in bijlage 43 van deze beleidsregels;
 - f. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2010, genoemd in bijlage 44 van deze beleidsregels.
2. Het college bepaalt de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2009 met inachtneming van de artikelen 3.12, 3.13 en 3.16 van de Regeling zorgverzekering.
 3. Het college herberekent het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2010 voor het totaal van alle verzekerden van alle zorgverzekeraars 2010 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 2010 door de som van de totale variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2010 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 2010 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 2010 en rondt deze af op twee decimalen.
 6. Het college vermenigvuldigt de in het vijfde lid herberekende gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per risicoklasse 2010 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 2010 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2010 per FKG 2010 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 2010 worden per zorgverzekeraar per overeenkomstige DKG 2010 vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2010 per DKG 2010. 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 2010 worden per zorgverzekeraar per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2010 per aard van het inkomenklasse 2010. 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 2010, worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per regioklasse 2010 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 2010, worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2010 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 3.16 van de Regeling zorgverzekering en verrekent dit met het resultaat van het elfde lid.
 13. Vervolgens calculeert het college per zorgverzekeraar 30 procent na op het verschil tussen de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp, verkregen in het tweede lid en het resultaat van het twaalfde lid.

14. Het resultaat van het dertiende lid wordt aangeduid als het tweede voorlopig herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2010.
15. Voor de toepassing van artikel 3.21 van de Regeling zorgverzekering trekt het college van het tweede voorlopig herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2010 af de kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2010, zoals bepaald in het tweede lid.

Artikel 28 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2010

Het college herberekent voor de tweede keer voorlopig het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2010 overeenkomstig artikel 20, met inachtneming van artikel 25.

Artikel 29 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010

1. Voor de tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg hanteert het college als uitgangspunten:
 - a. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per risicoklasse 2010 naar leeftijd en geslacht, zoals vermeld in bijlage 45 van deze beleidsregels;
 - b. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per FKG GGZ 2010, zoals vermeld in bijlage 46 van deze beleidsregels;
 - c. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2010, zoals vermeld in bijlage 47 van deze beleidsregels;
 - d. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per GGZ regioklasse 2010, zoals vermeld in bijlage 48 van deze beleidsregels;
 - e. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2010, genoemd in bijlage 49 van deze beleidsregels;
 - f. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per éénpersoonsadresklasse 2010, genoemd in bijlage 50 van deze beleidsregels;
 - g. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per GGZ-kosten lage drempelklasse 2010, genoemd in bijlage 51 van deze beleidsregels;
 - h. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per GGZ-kosten hoge drempelklasse 2010, genoemd in bijlage 52 van deze beleidsregels.
2. Het college bepaalt de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010 voor verzekerden van 18 jaar en ouder met inachtneming van de artikelen 3.12 en 3.13 van de Regeling zorgverzekering.
3. Het college bepaalt de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar 2010 met inachtneming van de artikelen 3.12 en 3.13 van de Regeling zorgverzekering.
4. Het college berekent het gewicht kosten van overige prestaties per verzekerde voor de risicoklasse GGZ kosten lage drempelklasse 2010 0 door het totaal aantal verzekerden per GGZ kosten lage drempelklasse 1 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en het resultaat vervolgens te delen door het geraamde totaal aantal verzekerden GGZ kosten lage drempelklasse 2010 0, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
5. Het college berekent het gewicht kosten van overige prestaties per verzekerde voor de risicoklasse GGZ kosten hoge drempelklasse 2010 0 door het totaal aantal verzekerden per GGZ kosten hoge drempelklasse 1 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en het resultaat vervolgens te delen door het geraamde totaal aantal verzekerden GGZ kosten hoge drempelklasse 2010 0, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
6. Het college herberekent het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010 voor de verzekerden van 18 jaar en ouder 2010 van alle zorgverzekeraars op de wijze zoals beschreven in het tweede tot en met negende lid van artikel 11, gebruik makend van de gewichten uit het eerste lid.
7. Het college herberekent de schalingsfactor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder 2010 door de som van de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010 van alle zorgverzekeraars, zoals bepaald in het tweede lid, te delen door het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010



voor de verzekerden van 18 jaar en ouder 2010 van alle zorgverzekeraars, als berekend in het zesde lid.

8. Het college herberekent alle gewichten uit het eerste lid door deze te vermenigvuldigen met de herberekende schalingsfactor geestelijke gezondheidszorg 2010, en deze vervolgens af te ronden op twee decimalen.
9. De herberekende gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde 2010 worden per overeenkomstige risicoklasse naar leeftijd en geslacht vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2010 per risicoklasse 2010 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
10. De herberekende gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per FKG GGZ 2010 worden per overeenkomstige FKG GGZ vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2010 per FKG GGZ 2010 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het negende lid.
11. De herberekende gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2010 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2010 per aard van het inkomenklasse 2010 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tiende lid.
12. De herberekende gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per GGZ regioklasse 2010 worden per overeenkomstige GGZ regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2010 per GGZ regioklasse 2010 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het elfde lid.
13. De herberekende gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2010 worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2010 per sociaal economische statusklasse 2010 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het twaalfde lid.
14. De herberekende gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per éénpersoonsadresklasse 2010, worden per overeenkomstige éénpersoonsadresklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per éénpersoonsadresklasse 2010 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het dertiende lid.
15. De herberekende gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per GGZ kosten lage drempelklasse 2010, worden per overeenkomstige GGZ kosten lage drempelklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per GGZ kosten lage drempelklasse 2010 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het veertiende lid.
16. De herberekende gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per GGZ kosten hoge drempelklasse 2010, worden per overeenkomstige GGZ kosten hoge drempelklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per GGZ kosten hoge drempelklasse 2010 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vijftiende lid.
17. Het college past een hoge kostencompensatie toe overeenkomstig artikel 3.19 van de Regeling zorgverzekering en verrekent dit met het resultaat van het zestiende lid.
18. Het college herberekent het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010 voor de verzekerden jonger dan 18 jaar 2010 van alle zorgverzekeraars op de wijze zoals beschreven in artikel 11, tiende lid.
19. Het college herberekent de schalingsfactor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar 2010 door de som van de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010 van alle zorgverzekeraars, zoals bepaald in het derde lid, te delen door het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010 voor de verzekerden jonger dan 18 jaar van alle zorgverzekeraars, als berekend in het achttiende lid.

20. Het college herberekent de gewichten voor de geneeskundige GGZ kosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar per verzekerde per jonger dan 18 jaarklasse door deze te vermenigvuldigen met de herberekende schalingsfactor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar 2010, en deze vervolgens af te ronden op twee decimalen.
21. De herberekende gewichten voor geneeskundige GGZ kosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar per verzekerde 2010 wordt vermenigvuldigd met het aantal verzekerden jonger dan 18 jaar 2010 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
22. Het college calculeert per zorgverzekeraar 100 procent na op het verschil tussen de kosten van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, verkregen in het derde lid en het resultaat van het eenentwintigste lid.
23. De som van het resultaat van het zeventiende lid en het tweeëntwintigste lid wordt aangeduid als het tweede voorlopig herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010.
24. Voor de toepassing van artikel 3.21 van de Regeling zorgverzekering vermindert het college van het resultaat van artikel 14, zesde lid met de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, zoals bepaald in het tweede lid.

Artikel 30 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties 2010

1. Voor de tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties hanteert het college als uitgangspunten:
 - a. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per risicoklasse 2010 naar leeftijd en geslacht, zoals vermeld in bijlage 53 van deze beleidsregels;
 - b. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per FKG 2010, zoals vermeld in bijlage 54 van deze beleidsregels;
 - c. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per DKG 2010, zoals vermeld in bijlage 55 van deze beleidsregels;
 - d. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2010, zoals vermeld in bijlage 56 van deze beleidsregels;
 - e. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per regioklasse 2010, zoals vermeld in bijlage 57 van deze beleidsregels;
 - f. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2010, genoemd in bijlage 58 van deze beleidsregels.
2. Het college bepaalt de kosten van overige prestaties 2010 met inachtneming van de artikelen 3.12 en 3.13 van de Regeling zorgverzekering.
3. Het college herberekent het normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2010 voor het totaal van alle verzekerden 2010 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 2010 door de som van de kosten van overige prestaties 2010 van alle zorgverzekeraars, zoals bepaald in het tweede lid, te delen door het normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2010 voor het totaal van alle verzekerden 2010 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 2010, en deze vervolgens af te ronden op twee decimalen.
6. De herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde 2010 worden per overeenkomstige risicoklasse naar leeftijd en geslacht vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2010 per risicoklasse 2010 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
7. De herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per FKG 2010 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2010 per FKG 2010 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 2010 worden

per overeenkomstige DKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2010 per DKG 2010 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 2010 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2010 per aard van het inkomenklasse 2010 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 2010 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2010 per regioklasse 2010 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 2010, worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2010 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 3.20 van de Regeling zorgverzekering en verrekent dit met het resultaat van het elfde lid.
13. Het resultaat van het twaalfde lid wordt aangeduid als het tweede voorlopig herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties 2010.

Artikel 31 De tweede voorlopige herberekening van de normatieve eigen risico opbrengst 2010

Het college herberekent voor de tweede keer voorlopig de normatieve eigen risico opbrengst 2010 overeenkomstig artikel 13 en artikel 23, met inachtneming van artikel 25.

Artikel 32 De tweede voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2010 en de tweede voorlopige herberekening en de vaststelling van de bijdrage 2010

1. Het college herberekent het normatieve bedrag 2010 voor de tweede keer voorlopig als de som van het tweede voorlopige deelbedrag B-dbc's 2010, het tweede voorlopige deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2010, het tweede voorlopige deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2010, het tweede voorlopige deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010 en het tweede voorlopige deelbedrag kosten van overige prestaties 2010.
2. Voor de toepassing van artikel 3.21 van de Regeling zorgverzekering berekent het college:
 - a. de som van het bedrag bepaald in artikel 26, veertiende 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 2010 maal EUR 22,50, dan trekt het college 90 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2010 uit het eerste lid;
 - c. indien het in onderdeel a bepaalde bedrag kleiner is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2010 maal EUR -22,50, dan voegt het college 90 procent van het verschil toe aan het normatieve bedrag 2010 uit het eerste lid.
3. Voor de toepassing van artikel 3.21 van de Regeling zorgverzekering gebruikt het college:
 - a. de uitkomst van artikel 29, vierentwintigste lid;
 - b. indien het in onderdeel a bepaalde bedrag groter is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2010 maal EUR 7,50, dan trekt het college 100 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2010 uit het eerste lid;
 - c. indien het in onderdeel a bepaalde bedrag kleiner is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2010 maal EUR -7,50, dan voegt het college 100 procent van het verschil toe aan het normatieve bedrag 2010 uit het eerste lid.
4. Het college bepaalt de tweede voorlopige opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de verzekerden van 18 jaar en ouder 2010 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2010.
5. Het college vermindert het resultaat van het vierde lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar



verantwoordt in zijn jaarverslag als gedeelde inkomsten voor verzekerden van 18 jaar en ouder waarvoor als gevolg van de toepasselijkheid van artikel 24 Zorgverzekeringswet geen nominale premies worden ontvangen.

6. Het college berekent de tweede voorlopige aanvulling op de bijdrage voor de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar door het aantal verzekerden jonger dan 18 jaar 2010 te vermenigvuldigen met EUR 50.
7. Het college berekent de bijdrage 2010 voor de tweede keer voorlopig door de som van het tweede voorlopige normatieve bedrag 2010 bedoeld in het eerste lid, met toepassing van het tweede lid en de aanvulling voor uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar bedoeld in het vijfde lid, te verminderen met de tweede voorlopige normatieve eigen risico opbrengst bedoeld in artikel 31, en de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in het vierde lid.
8. Het college stelt de voorlopige bijdrage 2010 voor de tweede keer voorlopig vast in september 2013 ter hoogte van de in het vorige lid berekende bijdrage. De bepaling van de verzekerden-aantallen is definitief.

HOOFDSTUK V DE VASTSTELLING VAN DE BIJDRAGE 2010 AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 33 Algemene bepaling

Het college herberekent de vereveningsbijdrage definitief met inachtneming van de correcties die voortkomen uit de reviewrapportage die de Nederlandse zorgautoriteit uitbrengt over de jaarstaat 2012.

Artikel 34 De definitieve herberekening van het deelbedrag kosten van B-dbc's 2010

Het college herberekent definitief het deelbedrag kosten van B-dbc's 2010 overeenkomstig artikel 26, met inachtneming van artikel 33.

Artikel 35 De definitieve herberekening van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2010

Het college herberekent definitief het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2010 overeenkomstig artikel 27, met inachtneming van artikel 33.

Artikel 36 De definitieve herberekening van het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2010

Het college herberekent definitief het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2010 overeenkomstig artikel 28, met inachtneming van artikel 33.

Artikel 37 De definitieve herberekening van het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010

Het college herberekent definitief het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010 overeenkomstig artikel 29, met inachtneming van artikel 33.

Artikel 38 De definitieve herberekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties 2010

Het college herberekent definitief het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010 overeenkomstig artikel 30, met inachtneming van artikel 33.

Artikel 39 De definitieve herberekening van de normatieve eigen risico opbrengst 2010

Het college herberekent definitief het deelbedrag de normatieve eigen risico opbrengst overeenkomstig artikel 31, met inachtneming van artikel 33.

Artikel 40 De definitieve herberekening van het normatieve bedrag 2010 en de definitieve herberekening en de vaststelling van de bijdrage 2010

1. Het college herberekent definitief het normatieve bedrag 2010 overeenkomstig artikel 32, met inachtneming van artikel 33.



2. Het college stelt de bijdrage 2010 vast in april 2014 ter hoogte van de in het vorige lid definitief berekende bijdrage.

HOOFDSTUK VI DE UITKERING VOOR DE KOSTEN VAN PRESTATIES DIE DOOR HET COLLEGE NAAR HET WERKELIJK BEDRAG WORDEN VERGOED

Artikel 41

1. Bij gelegenheid van de vaststelling van de bijdrage 2010 als bedoeld in artikel 40 stelt het college per zorgverzekeraar ook de uitkering 2010 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 2010 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 2010 bedoeld in artikel 24 ook de voorlopige uitkering 2010 voor de kosten die op grond van de Zorgverzekeringswet naar het werkelijke bedrag door het college worden vergoed, vast.
3. In afwachting van de vaststelling van de uitkering 2010 voor de kosten die op grond van de Zorgverzekeringswet naar het werkelijke bedrag door het college worden vergoed, stelt het college bij de tweede voorlopige vaststelling van de bijdrage 2010 bedoeld in artikel 32 ook de tweede voorlopige uitkering 2010 voor de kosten die op grond van de Zorgverzekeringswet naar het werkelijke bedrag door het college worden vergoed, vast.

HOOFDSTUK VII DE BETALINGEN AAN DE ZORGVERZEKERAARS

Artikel 42

1. Het college betaalt de zorgverzekeraars de bijdrage, bedoeld in artikel 14, vierde lid, uit. Het college maakt bij de betaling onderscheid naar de volgende bestanddelen:
 - a. het deel van het normatieve bedrag 2010 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 2010;
 - b. het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010;
 - c. het deelbedrag overige prestaties 2010;
 - 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 gelijktijdig met de betaling genoemd in het eerste lid uit.
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 college de betalingen aan de zorgverzekeraar op, tot het negatieve saldo is verrekend.

Artikel 43

1. Bij gelegenheid van de voorlopige vaststelling van de bijdrage, bedoeld in artikel 24, achtste 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, achtste 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 44 compensatiebijdrage voor wanbetaling

1. Het college stelt voor zorgverzekeraars met een datum aanlevering na 1 januari 2010 een compensatiebijdrage voor wanbetaling vast.
2. Het college stelt de compensatiebijdrage voor het jaar 2010 uiterlijk 1 oktober 2011 vast overeenkomstig artikel 3.23 van de Regeling zorgverzekering.
3. De zorgverzekeraar bedoeld in het eerste lid ontvangt de compensatiebijdrage 2010 onder de voorwaarde dat is voldaan aan het bepaalde in artikel 3.24, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering.
4. Het college baseert zich voor de vaststelling van de compensatiebijdrage op de opgave van de zorgverzekeraar op 1 juni 2011 over het totale aantal wanbetalers en het totale aantal premieachterstandsdagen. In die opgave zet de zorgverzekeraar het bedrag aan premieachterstand om in een periode van premieachterstand. Hierbij wordt verondersteld dat alle premieinkomsten en door de verzekerde betaalde verplichtingen op grond van het verplicht eigen risico met de oudste openstaande premieschuld zijn verrekend.
5. Het college voert ten behoeve van de berekening van de compensatiebijdrage bedoeld in het tweede lid de volgende berekeningsstappen uit:
 - a. Het college bepaalt de uiterste compensatiedatum op de datum aanlevering. Wanneer de verzekering beëindigd is, dan wel een betalingsregeling of schuldsanering is overeengekomen vóór de uiterste compensatiedatum, wordt de uiterste compensatiedatum de datum waarop de verzekering is beëindigd respectievelijk de betalingsregeling of schuldsanering is overeengekomen.
 - b. Het college bepaalt het aantal compensatiedagen door het aantal dagen premieachterstandsdagen te verminderen met de helft van het aantal dagen in het oudste relevante kalenderjaar. De compensatieperiode bestaat uit het aantal compensatiedagen dat vooraf gaat aan de uiterste compensatiedatum.
 - c. Het college berekent de compensatiebijdrage als volgt:
 - i. Voor zover het compensatiedagen in 2006 betreft berekent het college de compensatiebijdrage op basis van de nominale rekenpremie 2006;
 - ii. Voor zover het compensatiedagen in 2007, 2008, 2009 of in 2010 tot aan de datum gereed betreft berekent het college de compensatiebijdrage op basis van de desbetreffende nominale rekenpremie, verhoogd met de desbetreffende gemiddelde normatieve betaling eigen risico;
 - iii. Voor zover het compensatiedagen na de datum gereed betreft berekent het college de compensatiebijdrage op basis van de standaardpremie 2009 respectievelijk 2010.
 - iv. Indien een zorgverzekeraar een bijdrage heeft ontvangen op grond van de 'Beleidsregels verstrekking bijdrage aan zorgverzekeraars voor het verzekerde houden van wanbetalers van de nominale premie Zorgverzekeringswet' over een deel van de compensatieperiode, berekend onder i tot en met iii, omdat de zorgverzekeraar gedurende meerdere maanden aangesloten bij het college heeft aangeleverd op grond van het aanleverschema bedoeld in artikel 1, eerste lid van de 'Beleidsregels aanmelding stuwmeer wanbetalers van de nominale premie Zorgverzekeringswet 2009/2010', wordt die bijdrage in mindering gebracht op de hoogte van de compensatiebijdrage.
6. Het college stelt op basis van de opgave van de zorgverzekeraar de hoogte van de compensatiebijdrage 2010 vast op het totaal van de compensatiebijdrage berekend in het vijfde lid, onderdeel c, onder aftrek van de bedragen die aan de zorgverzekeraar zijn uitgekeerd in het kader van de compensatieregeling voor wanbetalers in de jaren 2006 tot en met 2009. Daaraan worden toegevoegd de compensatiebedragen voor de wanbetalers waarvan de zorgverzekering is beëindigd vóór 1 januari 2010 of waarmee voor 1 januari 2010 een schuldsanering of betalingsregeling is overeengekomen.
7. Het college keert het resultaat van het zesde lid uiterlijk op 1 oktober 2011 uit.
8. De zorgverzekeraar bedoeld in het eerste lid doet een geactualiseerde opgave uiterlijk op 1 juni 2012 die zonnodig de opgave van 1 juni 2011 bedoeld in het vierde lid corrigeert.
9. Het college herziet de vaststelling van de compensatiebijdrage bedoeld in zesde lid, op basis van

de opgave bedoeld in het achtste lid. Indien de herziene vaststelling hoger uitkomt dan de eerder met toepassing van het zesde lid vastgestelde compensatiebijdrage verreken of betaalt het college het verschil uit. Indien de herziene vaststelling lager uitkomt dan de eerder met toepassing van het zesde lid vastgestelde bijdrage verreken het college het verschil dan wel vordert dit verschil bij de zorgverzekeraar in.

Artikel 45 Betaling

1. Het college bepaalt de som van de bestanddelen genoemd in artikel 42, eerste lid, onder a, eerste lid, onder b, eerste lid, onder c en de uitkering genoemd in artikel 42, 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 42, eerste lid, onder a, eerste lid, onder b, eerste lid, onder c en de uitkering bedoeld in artikel 42, 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 2010;
 - b. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2010;
 - c. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag overige prestaties 2010;
 - 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 college betaalt de netto te betalen bedragen berekend in het vierde lid in termijnen op de eerste werkdag van de maand, overeenkomstig onderstaand betalingsschema:

Betalingsschema

Betaalmoment	Bestanddelen betalingen			
	artikel 45 vierde lid, onder a	artikel 45 vierde lid, onder b	artikel 45 vierde lid, onder c	artikel 45 vierde lid, onder d
januari 2010		0,5200%		
februari 2010	0,9195%	2,0800%		8,3333%
maart 2010	2,6437%	4,1700%	8,3333%	8,3333%
april 2010	4,3678%	6,2500%	8,3334%	8,3334%
mei 2010	6,0920%	7,8100%	8,3333%	8,3333%
juni 2010	7,6435%	8,3400%	8,3333%	8,3333%
juli 2010	8,3333%	8,3300%	8,3334%	8,3334%
augustus 2010	8,3333%	8,3300%	8,3333%	8,3333%
september 2010	8,3333%	8,3400%	8,3333%	8,3333%
oktober 2010	8,3333%	8,3300%	8,3334%	8,3334%
november 2010	8,3333%	8,3300%	8,3333%	8,3333%
december 2010	8,3333%	8,3400%	8,3333%	8,3333%
januari 2011	8,3333%	7,8100%	8,3334%	8,3334%
februari 2011	7,4139%	6,2500%	8,3333%	
maart 2011	5,6897%	4,1700%		
april 2011	3,9656%	2,0800%		
mei 2011	2,2414%	0,5200%		
juni 2011	0,6898%			

6. Voor een zorgverzekeraar, die zich op grond van artikel 25 Zorgverzekeringswet aanmeldt bij de Nederlandse Zorgautoriteit nadat het college 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 46

1. Bij de herberekening en herziening van de toegekende bijdrage 2010 op grond van artikel 16 herziet het college de te betalen termijnen overeenkomstig artikel 45 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 45. Het college verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de tweede keer herziene termijnen.
3. Bij gelegenheid van de tweede voorlopige vaststelling van de bijdrage, op grond van hoofdstuk IV, herziet het college de te betalen termijnen voor de derde keer overeenkomstig artikel 45. Het college verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de derde maal herziene termijnen.
4. Bij gelegenheid van de definitieve vaststelling van de bijdrage, op grond van hoofdstuk V, stelt het college de te betalen termijnen definitief vast overeenkomstig artikel 45. Het college verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de definitief te betalen termijnen.
5. Indien toepassing van onderscheidenlijk het eerste, tweede, derde en vierde lid, resulteert in een positief saldo voor de zorgverzekeraar, betaalt het college dat saldo ineens aan de zorgverzekeraar, behoudens een eventuele verrekening met een vordering op de zorgverzekeraar uit hoofde van de Zorgverzekeringswet dan wel de AWBZ.
6. Indien toepassing van onderscheidenlijk het eerste, tweede, derde en vierde lid, resulteert in een negatief saldo voor de zorgverzekeraar, wordt dat saldo ineens door de desbetreffende zorgverzekeraar aan het college terugbetaald, behoudens voor zover het college het bedrag heeft verrekend met enige vordering op de zorgverzekeraar op grond van de Zorgverzekeringswet dan wel de AWBZ.

Artikel 47

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 46.
2. De rente, bedoeld in het eerste lid, wordt bij de voorlopige, tweede 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 48

1. Bij de verrekening van verschillen, bedoeld in artikel 46, tweede, derde en vierde 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 46, tweede lid, berekent het college rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 45 en artikel 46, eerste en tweede lid tot de datum van de voorlopige vaststelling van de bijdrage.
3. Bij de verrekening van de verschillen, bedoeld in artikel 46, derde lid, berekent het college rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 45 en artikel 46, eerste, tweede en derde lid tot de datum van de tweede voorlopige vaststelling van de bijdrage.
4. Bij de verrekening van de verschillen, bedoeld in artikel 46, vierde lid, berekent het college rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 45 en artikel 46 eerste, tweede, derde en vierde lid tot de datum van de definitieve vaststelling van de bijdrage.
5. Voor een zorgverzekeraar waarvoor krachtens artikel 46, vierde en vijfde lid, afwijkende betalingen hebben plaatsgevonden, kan het college bij de renteberekening afwijken van de vorige leden.
6. 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.

7. 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.
8. 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 VIII SLOTBEPALINGEN

Artikel 49

Deze beleidsregels treden in werking met ingang van 1 januari 2010.

Artikel 50

Deze beleidsregels worden aangehaald als: Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2010.

Deze beleidsregels worden in de Staatscourant geplaatst.

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

Goedgekeurd door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij brief van 6 oktober 2009, kenmerk Z/F-2962425.

BIJLAGE 1 PREVALENTIE-ONTWIKKELING 2009-2010 PER MORBIDITEITSRISICOKLASSE PER FKG 2010

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/ruggenmerg	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/ ruggenmerg	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
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 2010 IN HET GEVAL VAN SAMENLOOP VAN FKG'S DIABETES (DIABETES I, DIABETES IIA OF DIABETES IIB)

Diabetes I	Diabetes II	Hypertensie	Toewijzing FKG
>180	>180	>180	DIA I
>180	>180	<180	DIA I
>180	<180	>180	DIA I
>180	<180	<180	DIA I
<180	>180	>180	DIA Ila
<180	>180	<180	DIA I Ib
<180	<180	>180	Geen
<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 hypertensie. In de laatste kolom staat aangegeven welke FKG's toegewezen worden in de betreffende situatie.



BIJLAGE 3 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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- jarigen	139,01	101,22
1 t/m 4 jaar	196,16	155,42
5 t/m 9 jaar	139,94	131,66
10 t/m 14 jaar	94,30	97,79
15 t/m 17 jaar	109,66	133,32
18 t/m 24 jaar	114,27	247,13
25 t/m 29 jaar	134,62	549,31
30 t/m 34 jaar	153,21	612,21
35 t/m 39 jaar	171,05	406,78
40 t/m 44 jaar	194,09	269,27
45 t/m 49 jaar	230,27	290,87
50 t/m 54 jaar	286,62	351,50
55 t/m 59 jaar	374,64	413,05
60 t/m 64 jaar	446,06	474,50
65 t/m 69 jaar	579,74	598,47
70 t/m 74 jaar	742,69	743,69
75 t/m 79 jaar	897,27	866,32
80 t/m 84 jaar	903,83	827,28
85 t/m 89 jaar	878,57	676,47
90 jaar en ouder	700,69	449,51

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 4 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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

	FKG 2010	Gewicht in euro's
0	Geen FKG	-48,34
1	Glaucoom	170,99
2	Schildklierandoeningen	58,24
3	Antipsychotica, Alzheimer en verslaving	-173,27
4	Antidepressiva	22,11
5	Hoog cholesterol	115,17
6	Diabetes type IIb	135,14
7	COPD/Zware astma	67,60
8	Astma	46,17
9	Diabetes type IIa	284,86
10	Epilepsie	-41,21
11	Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	737,28
12	Hartaandoeningen	540,18
13	Reuma: TNF-a-blokkers	932,08
14	Overige reuma middelen	748,98
15	Parkinson	-16,44
16	Diabetes type I	852,06
17	Transplantaties	440,35
18	Cystic fibrosis/pancreas	-28,06
19	Aand. Van hersenen/ruggenmerg	-181,13
20	Kanker	15,75
21	HIV/AIDS	-96,12
22	Nieraandoeningen	370,04
23	Groeihormonen	-97,75

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 5 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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

DKG 2010	Gewicht in euro's
0	-21,76
1	951,37
2	796,52
3	612,01
4	572,41
5	1.395,39
6	1.521,35
7	870,03
8	448,93
9	951,98
10	96,81
11	1.991,01
12	689,54
13	674,49

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 6 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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 17 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	13,90
	35-44 jaar	85,86
	45-54 jaar	148,41
	55-64 jaar	149,21
3. Bijstand	18-34 jaar	44,75
	35-44 jaar	9,39
	45-54 jaar	8,67
	55-64 jaar	-9,41
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-33,98
	35-44 jaar	-35,11
	45-54 jaar	-54,14
	55-64 jaar	-65,63
5. Referentiegroep	18-34 jaar	0,08
	35-44 jaar	-1,35
	45-54 jaar	-9,68
	55-64 jaar	-25,45

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 7 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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

Regioklasse 2010	Gewicht in euro's
Klasse 1	16,04
Klasse 2	9,32
Klasse 3	9,73
Klasse 4	7,42
Klasse 5	-0,38
Klasse 6	-0,51
Klasse 7	-5,09
Klasse 8	-9,54
Klasse 9	-8,91
Klasse 10	-18,59

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 8 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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	0-17 jaar	1,88
	18-64 jaar	-75,41
	65+	-255,64
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-17 jaar	1,88
	18-64 jaar	30,06
	65+	89,78
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-17 jaar	-0,02
	18-64 jaar	15,43
	65+	-5,56
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-17 jaar	-7,23
	18-64 jaar	-36,10
	65+	-33,67

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 9 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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- jarigen	1.994,91	1.698,92
1 t/m 4 jaar	413,62	349,54
5 t/m 9 jaar	340,17	293,91
10 t/m 14 jaar	329,77	306,60
15 t/m 17 jaar	356,53	367,72
18 t/m 24 jaar	348,75	387,51
25 t/m 29 jaar	341,20	431,73
30 t/m 34 jaar	348,68	462,09
35 t/m 39 jaar	364,42	460,38
40 t/m 44 jaar	401,53	457,04
45 t/m 49 jaar	458,37	500,42
50 t/m 54 jaar	542,45	544,53
55 t/m 59 jaar	668,93	590,20
60 t/m 64 jaar	755,69	627,78
65 t/m 69 jaar	964,66	704,46
70 t/m 74 jaar	1.161,54	780,59
75 t/m 79 jaar	1.290,33	839,79
80 t/m 84 jaar	1.170,93	820,44
85 t/m 89 jaar	1.080,65	816,66
90 jaar en ouder	1.069,94	750,36

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 10 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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

	FKG 2010	Gewicht in euro's
0	Geen FKG	-75,79
1	Glaucoom	-26,65
2	Schildklierandoeningen	137,08
3	Antipsychotica, Alzheimer en verslaving	-37,89
4	Antidepressiva	91,94
5	Hoog cholesterol	99,74
6	Diabetes type IIb	98,95
7	COPD/Zware astma	918,92
8	Astma	236,69
9	Diabetes type IIa	149,77
10	Epilepsie	570,13
11	Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	126,13
12	Hartaandoeningen	875,98
13	Reuma: TNF-a-blokkers	704,23
14	Overige reuma middelen	344,23
15	Parkinson	549,20
16	Diabetes type I	387,30
17	Transplantaties	606,55
18	Cystic fibrosis/pancreas	1.953,44
19	Aand. Van hersenen/ruggenmerg	1.091,18
20	Kanker	2.382,07
21	HIV/AIDS	1.743,24
22	Nieraandoeningen	6.503,94
23	Groeihormonen	1.090,38

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 11 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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

DKG 2010	Gewicht in euro's
0	-77,44
1	406,25
2	1.004,14
3	1.449,79
4	2.084,21
5	2.150,82
6	2.397,11
7	3.779,86
8	3.941,72
9	3.565,55
10	6.531,84
11	5.217,91
12	8.145,15
13	53.143,19

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 12 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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 17 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	410,27
	35-44 jaar	398,49
	45-54 jaar	369,19
	55-64 jaar	262,74
3. Bijstand	18-34 jaar	122,68
	35-44 jaar	118,42
	45-54 jaar	138,65
	55-64 jaar	139,42
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-33,39
	35-44 jaar	-59,54
	45-54 jaar	-81,11
	55-64 jaar	-123,29
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-14,90
	35-44 jaar	-20,58
	45-54 jaar	-34,64
	55-64 jaar	-51,07

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 13 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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

Regioklasse 2010	Gewicht in euro's
Klasse 1	40,49
Klasse 2	18,21
Klasse 3	17,68
Klasse 4	11,89
Klasse 5	5,57
Klasse 6	-7,25
Klasse 7	-4,61
Klasse 8	-17,31
Klasse 9	-27,43
Klasse 10	-38,69

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 14 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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	0-17 jaar	11,50
	18-64 jaar	82,68
	65+	49,62
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-17 jaar	11,50
	18-64 jaar	20,32
	65+	181,16
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-17 jaar	-9,98
	18-64 jaar	1,31
	65+	-47,89
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-17 jaar	-13,65
	18-64 jaar	-17,11
	65+	-71,28

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 15 VAN DE REGELING BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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

Risicoklasse	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
	Mannen	Vrouwen
18 t/m 24 jaar	265,77	278,26
25 t/m 29 jaar	290,60	251,92
30 t/m 34 jaar	281,83	251,92
35 t/m 39 jaar	286,13	245,81
40 t/m 44 jaar	263,57	245,81
45 t/m 49 jaar	261,56	237,10
50 t/m 54 jaar	237,10	237,10
55 t/m 59 jaar	215,93	215,93
60 t/m 64 jaar	215,93	215,93
65 t/m 69 jaar	198,40	209,39
70 t/m 74 jaar	195,25	197,09
75 t/m 79 jaar	208,93	185,76
80 t/m 84 jaar	193,28	185,76
85 t/m 89 jaar	185,76	185,76
90 jaar en ouder	185,76	185,76

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 16 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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

FKG GGZ 2010	Gewicht in euro's
Geen FKG	-34,35
FKG Psychische aandoeningen	747,92

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 17 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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 17 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	1.204,62
	35-44 jaar	565,53
	45-54 jaar	269,57
	55-64 jaar	53,71
3. Bijstand	18-34 jaar	512,98
	35-44 jaar	406,87
	45-54 jaar	250,07
	55-64 jaar	56,79
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-48,92
	35-44 jaar	-42,81
	45-54 jaar	-34,10
	55-64 jaar	-12,93
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-48,92
	35-44 jaar	-42,81
	45-54 jaar	-34,10
	55-64 jaar	-12,93

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 18 VAN DE REGELING BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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

GGZ Regioklasse 2010	Gewicht in euro's
Klasse 1	56,23
Klasse 2	11,83
Klasse 3	10,62
Klasse 4	-7,26
Klasse 5	-11,52
Klasse 6	-11,52
Klasse 7	-11,52
Klasse 8	-11,52
Klasse 9	-11,52
Klasse 10	-11,52

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 19 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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	0-17 jaar	0,00
	18-64 jaar	2.507,50
	65+	375,85
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-17 jaar	0,00
	18-64 jaar	-9,33
	65+	0,67
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-17 jaar	0,00
	18-64 jaar	-3,65
	65+	-16,37
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-17 jaar	0,00
	18-64 jaar	-33,61
	65+	-16,37

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 20 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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

Eenpersoonsadres	Gewicht in euro's
Niet	-19,67
Wel	86,86

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 21 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

Gewichten voor het criterium GGZ-kosten lage drempelklasse voor het deelbedrag geneeskundige GGZ

	GGZ-kosten > lage drempel	Gewicht in euro's
0	Niet	-44,20
1	Wel	853,99

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering en eigen berekening CVZ



BIJLAGE 22 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

Gewichten voor het criterium GGZ-kosten hoge drempelklasse voor het deelbedrag geneeskundige GGZ

	GGZ-kosten > hoge drempel	Gewicht in euro's
0	Niet	-59,65
1	Wel	4.069,83

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering en eigen berekening CVZ



BIJLAGE 23 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

Gewichten voor het criterium jonger dan 18 jaar voor het deelbedrag geneeskundige GGZ

Leeftijd onder de 18 jaar	Gewicht in euro's
Wel	153,47
Niet	Nihil

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering

BIJLAGE 24 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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	Tandheelkundige hulp	Verloskundige hulp	Paramedische hulp	Ziekenvervoer
0- jarigen	184,00	3,06	0,00	68,90	48,96
1 t/m 4 jaar	149,33	24,97	0,00	63,04	24,78
5 t/m 9 jaar	116,75	98,47	0,00	105,86	20,12
10 t/m 14 jaar	109,96	108,37	0,00	44,78	22,78
15 t/m 17 jaar	111,99	117,91	0,00	38,99	29,14
18 t/m 24 jaar	107,00	68,76	0,00	16,46	25,76
25 t/m 29 jaar	107,98	3,94	0,00	16,07	24,27
30 t/m 34 jaar	111,30	5,08	0,00	16,00	23,01
35 t/m 39 jaar	114,82	5,45	0,00	17,19	23,64
40 t/m 44 jaar	117,30	8,29	0,00	18,10	25,72
45 t/m 49 jaar	121,35	14,74	0,00	20,19	30,03
50 t/m 54 jaar	126,43	24,37	0,00	21,57	33,26
55 t/m 59 jaar	133,55	37,40	0,00	26,26	39,87
60 t/m 64 jaar	137,41	46,54	0,00	24,06	43,63
65 t/m 69 jaar	159,01	58,86	0,00	33,08	60,79
70 t/m 74 jaar	172,82	61,95	0,00	35,05	77,92
75 t/m 79 jaar	195,56	53,22	0,00	38,77	106,54
80 t/m 84 jaar	228,56	41,75	0,00	41,76	132,01
85 t/m 89 jaar	275,16	35,71	0,00	44,42	168,61
90 jaar en ouder	343,60	26,22	0,00	46,39	210,00

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- jarigen	0,00	316,39	74,77	696,08
1 t/m 4 jaar	0,00	232,46	66,73	561,31
5 t/m 9 jaar	0,00	224,25	67,00	632,45
10 t/m 14 jaar	0,00	239,93	64,76	590,58
15 t/m 17 jaar	0,00	237,89	57,25	593,17
18 t/m 24 jaar	0,00	226,66	47,72	492,36
25 t/m 29 jaar	0,00	239,22	47,63	439,11
30 t/m 34 jaar	0,00	249,76	48,87	454,02
35 t/m 39 jaar	0,00	270,90	52,35	484,35
40 t/m 44 jaar	0,00	287,29	54,08	510,78
45 t/m 49 jaar	0,00	317,85	60,17	564,33
50 t/m 54 jaar	0,00	341,62	64,59	611,84
55 t/m 59 jaar	0,00	391,27	78,11	706,46
60 t/m 64 jaar	0,00	416,08	80,27	747,99
65 t/m 69 jaar	0,00	481,10	121,93	914,77
70 t/m 74 jaar	0,00	529,41	147,55	1.024,70
75 t/m 79 jaar	0,00	559,93	188,41	1.142,43
80 t/m 84 jaar	0,00	592,75	256,49	1.293,32
85 t/m 89 jaar	0,00	600,80	354,16	1.478,86
90 jaar en ouder	0,00	582,65	527,29	1.736,15

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- jarigen	169,56	2,89	0,00	51,00	40,25
1 t/m 4 jaar	141,39	23,96	0,00	41,19	22,08
5 t/m 9 jaar	115,62	97,53	0,00	62,08	17,54
10 t/m 14 jaar	112,84	109,31	0,00	46,00	21,26
15 t/m 17 jaar	132,44	119,25	0,00	55,80	28,30
18 t/m 24 jaar	136,03	69,21	30,94	19,20	24,66
25 t/m 29 jaar	140,50	3,48	108,90	18,66	27,38
30 t/m 34 jaar	140,51	3,48	111,13	19,17	26,61
35 t/m 39 jaar	137,41	4,35	43,55	21,20	22,93
40 t/m 44 jaar	137,29	7,95	5,66	24,18	23,34
45 t/m 49 jaar	142,96	17,43	0,00	30,49	27,63
50 t/m 54 jaar	147,87	31,58	0,00	36,57	30,55
55 t/m 59 jaar	151,27	44,54	0,00	44,23	33,11
60 t/m 64 jaar	155,01	55,99	0,00	45,90	35,76
65 t/m 69 jaar	176,94	62,96	0,00	54,44	47,28
70 t/m 74 jaar	193,00	62,59	0,00	61,13	58,38
75 t/m 79 jaar	216,95	51,90	0,00	74,04	80,73
80 t/m 84 jaar	245,83	37,66	0,00	83,41	106,61
85 t/m 89 jaar	280,80	28,12	0,00	92,55	136,98
90 jaar en ouder	336,23	20,90	0,00	95,79	164,16

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- jarigen	0,00	289,61	66,35	619,66
1 t/m 4 jaar	0,00	223,69	61,64	513,95
5 t/m 9 jaar	0,00	218,33	63,10	574,20
10 t/m 14 jaar	0,00	239,59	63,24	592,24
15 t/m 17 jaar	0,00	266,01	57,60	659,40
18 t/m 24 jaar	44,58	281,20	48,07	653,89
25 t/m 29 jaar	199,33	293,88	51,94	844,07
30 t/m 34 jaar	222,13	305,34	52,39	880,76
35 t/m 39 jaar	92,01	322,29	54,50	698,24
40 t/m 44 jaar	12,29	328,55	56,22	595,48
45 t/m 49 jaar	0,00	370,12	65,05	653,68
50 t/m 54 jaar	0,00	388,48	73,76	708,81
55 t/m 59 jaar	0,00	422,24	92,59	787,98
60 t/m 64 jaar	0,00	452,26	100,31	845,23
65 t/m 69 jaar	0,00	491,86	132,47	965,95
70 t/m 74 jaar	0,00	535,03	163,06	1.073,19
75 t/m 79 jaar	0,00	554,35	230,33	1.208,30
80 t/m 84 jaar	0,00	559,16	325,55	1.358,22
85 t/m 89 jaar	0,00	561,62	441,13	1.541,20
90 jaar en ouder	0,00	550,63	611,03	1.778,74

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

BIJLAGE 25 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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 2010	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
		Huisartsenhulp	Tandheelkundige hulp	Verloskundige hulp
0	Geen FKG	-12,03	-1,57	0,29
1	Glaucoom	8,03	-3,55	0,53
2	Schildklierandoeningen	19,82	3,68	-2,00
3	Antipsychotica, Alzheimer en verslaving	53,16	16,11	-2,78
4	Antidepressiva	51,38	13,07	-4,97
5	Hoog cholesterol	25,58	8,17	0,63
6	Diabetes type IIb	91,52	4,08	-0,57
7	COPD/Zware astma	92,69	15,12	-0,01
8	Astma	55,93	7,01	-1,75
9	Diabetes type IIa	95,53	-0,73	0,23
10	Epilepsie	39,68	6,33	-3,87
11	Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	21,19	0,55	-3,62
12	Hartaandoeningen	70,29	1,25	0,77
13	Reuma: TNF- α -blokkers	41,86	3,30	-4,67
14	Overige reuma middelen	22,95	6,12	-2,05
15	Parkinson	67,33	15,47	0,89
16	Diabetes type I	70,52	5,29	-2,10
17	Transplantaties	8,52	-1,39	-5,81
18	Cystic fibrosis/pancreas	33,92	17,83	-1,06
19	Aand. van hersenen/ruggenmerg	80,43	0,23	-7,02
20	Kanker	220,24	-13,61	0,21
21	HIV/AIDS	-9,17	15,65	-3,89
22	Nieraandoeningen	96,00	-10,23	0,12
23	Groeihormonen	8,81	9,90	-2,97

	FKG 2010	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
		Paramedische hulp	Ziekenvervoer	Kraamzorg
0	Geen FKG	-6,89	-6,78	0,42
1	Glaucoom	1,75	0,41	0,99
2	Schildklierandoeningen	5,52	1,90	0,28
3	Antipsychotica, Alzheimer en verslaving	-20,25	46,10	-5,78
4	Antidepressiva	13,95	21,95	-10,00
5	Hoog cholesterol	5,55	0,28	1,13
6	Diabetes type IIb	13,69	5,50	-0,66
7	COPD/Zware astma	88,74	82,97	0,04
8	Astma	18,21	11,16	-2,40
9	Diabetes type IIa	11,22	9,23	0,54
10	Epilepsie	77,77	78,58	-5,08
11	Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	0,11	-6,73	-0,78
12	Hartaandoeningen	40,60	89,46	1,03
13	Reuma: TNF- α -blokkers	261,29	22,08	-9,31
14	Overige reuma middelen	166,09	11,40	-3,03
15	Parkinson	686,44	75,58	1,68
16	Diabetes type I	22,89	55,67	-2,15
17	Transplantaties	27,62	12,64	-6,50
18	Cystic fibrosis/pancreas	109,87	45,11	-1,95
19	Aand. van hersenen/ruggenmerg	810,26	174,74	-12,80
20	Kanker	-27,14	133,74	-0,37
21	HIV/AIDS	-16,39	2,49	-3,85
22	Nieraandoeningen	18,40	371,35	-0,70
23	Groeihormonen	80,10	90,56	-6,51



	FKG 2010	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
		Farmaceutische hulp	Hulpmiddelen	Totale overige prestaties
0	Geen FKG	-169,47	-29,26	-225,29
1	Glaucoom	218,47	10,38	237,01
2	Schildklierandoeningen	88,64	25,25	143,09
3	Antipsychotica, Alzheimer en verslaving	1.322,04	-12,55	1.396,05
4	Antidepressiva	296,02	29,57	410,97
5	Hoog cholesterol	320,98	-21,10	341,22
6	Diabetes type IIb	263,62	102,41	479,59
7	COPD/Zware astma	1.091,01	147,66	1.518,22
8	Astma	520,80	24,87	633,83
9	Diabetes type IIa	593,63	93,21	802,86
10	Epilepsie	559,91	196,26	949,58
11	Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	532,80	69,11	612,63
12	Hartaandoeningen	560,62	131,53	895,55
13	Reuma: TNF- α -blokkers	14.186,77	153,19	14.654,51
14	Overige reuma middelen	1.020,18	105,40	1.327,06
15	Parkinson	1.970,75	477,08	3.295,22
16	Diabetes type I	1.155,79	1.100,97	2.406,88
17	Transplantaties	2.438,43	136,30	2.609,81
18	Cystic fibrosis/pancreas	5.794,86	452,96	6.451,54
19	Aand. Van hersenen/ruggenmerg	6.577,78	1.683,62	9.307,24
20	Kanker	6.412,57	728,13	7.453,77
21	HIV/AIDS	11.278,80	-25,88	11.237,76
22	Nieraandoeningen	3.886,34	151,11	4.512,39
23	Groeihormonen	18.404,99	769,69	19.354,57

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 26 VAN DE REGELING BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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 2010	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's	Gewicht in euro's
	Huisart-senhulp	Tandheel-kundige hulp	Verloskun-dige hulp	Paramedi-sche hulp	Zieken-vervoer	Kraamzorg	Farmaceu-tische hulp	Hulpmid-delen	Totale overige prestaties
0	-2,08	-0,06	0,02	-2,43	-6,50	0,03	-14,35	-6,78	-32,15
1	31,59	3,64	-0,46	236,60	30,00	-0,33	155,15	81,52	537,71
2	49,86	1,85	-0,33	15,42	126,61	-0,33	365,80	40,99	599,87
3	54,54	2,42	-1,32	94,16	138,40	-2,34	323,53	194,28	803,67
4	111,70	5,76	-1,30	57,49	222,88	-1,34	755,37	274,55	1.425,11
5	109,75	-3,58	-1,63	137,29	274,58	-3,42	363,30	296,20	1.172,49
6	86,49	0,24	-0,63	53,96	195,84	-0,97	343,27	564,33	1.242,53
7	113,71	16,40	-3,44	108,75	256,87	-6,07	1.037,28	233,41	1.756,91
8	155,97	-4,44	0,12	151,18	436,41	-0,12	929,13	687,41	2.355,66
9	153,33	40,70	-2,02	224,14	415,90	-3,67	1.542,35	1.042,67	3.413,40
10	376,26	11,99	-0,36	29,09	482,46	-0,93	1.323,64	406,29	2.628,44
11	466,39	-4,10	-1,25	179,03	812,85	-2,12	2.326,98	745,24	4.523,02
12	213,31	0,20	-0,90	108,80	555,47	-1,86	4.300,78	526,30	5.702,10
13	-1,24	-2,19	-1,21	26,98	3.148,14	-0,53	2.100,57	309,54	5.580,06

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 27 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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 klasse Huisartsenzorg		Gewichten in euro's
1. 0 t/m 17 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	27,38
	35-44 jaar	30,45
	45-54 jaar	28,23
	55-64 jaar	18,01
3. Bijstand	18-34 jaar	26,23
	35-44 jaar	28,56
	45-54 jaar	27,85
	55-64 jaar	17,45
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-3,73
	35-44 jaar	-8,58
	45-54 jaar	-12,50
	55-64 jaar	-14,89
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-1,29
	35-44 jaar	-1,86
	45-54 jaar	-2,68
	55-64 jaar	-3,22

Aard van het inkomen klasse Tandheelkundige hulp		Gewichten in euro's
1. 0 t/m 17 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	11,64
	35-44 jaar	12,50
	45-54 jaar	15,14
	55-64 jaar	16,15
3. Bijstand	18-34 jaar	-4,41
	35-44 jaar	11,55
	45-54 jaar	13,28
	55-64 jaar	6,99
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-6,58
	35-44 jaar	-2,30
	45-54 jaar	-3,48
	55-64 jaar	-7,21
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-0,02
	35-44 jaar	-0,89
	45-54 jaar	-1,72
	55-64 jaar	-3,11

Aard van het inkomen klasse Verloskundige hulp		Gewichten in euro's
1. 0 t/m 17 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	-21,39
	35-44 jaar	-5,94
	45-54 jaar	0,00
	55-64 jaar	0,00
3. Bijstand	18-34 jaar	-6,21
	35-44 jaar	-6,19
	45-54 jaar	0,00
	55-64 jaar	0,00
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-1,85
	35-44 jaar	-1,08
	45-54 jaar	0,00
	55-64 jaar	0,00
5. Referentiegroep	18-34 jaar	0,93
	35-44 jaar	0,69
	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 17 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	51,41
	35-44 jaar	51,26
	45-54 jaar	52,24
	55-64 jaar	42,88
3. Bijstand	18-34 jaar	-1,30
	35-44 jaar	-0,91
	45-54 jaar	-1,02
	55-64 jaar	-1,92
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-3,14
	35-44 jaar	-4,26
	45-54 jaar	-6,98
	55-64 jaar	-11,64
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-1,58
	35-44 jaar	-2,42
	45-54 jaar	-4,54
	55-64 jaar	-8,07
Aard van het inkomen klasse		
Ziekenvervoer		
1. 0 t/m 17 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	41,47
	35-44 jaar	34,15
	45-54 jaar	33,00
	55-64 jaar	22,95
3. Bijstand	18-34 jaar	16,47
	35-44 jaar	15,99
	45-54 jaar	15,40
	55-64 jaar	17,61
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-3,81
	35-44 jaar	-4,89
	45-54 jaar	-8,62
	55-64 jaar	-12,25
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-1,57
	35-44 jaar	-2,01
	45-54 jaar	-3,07
	55-64 jaar	-4,56
Aard van het inkomen klasse		
Kraamzorg		
1. 0 t/m 17 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	-36,92
	35-44 jaar	-10,58
	45-54 jaar	0,00
	55-64 jaar	0,00
3. Bijstand	18-34 jaar	-41,99
	35-44 jaar	-20,02
	45-54 jaar	0,00
	55-64 jaar	0,00
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-4,12
	35-44 jaar	-2,59
	45-54 jaar	0,00
	55-64 jaar	0,00
5. Referentiegroep	18-34 jaar	2,27
	35-44 jaar	1,64
	45-54 jaar	0,00
	55-64 jaar	0,00



Aard van het inkomen klasse		Gewichten in euro's
Farmaceutische hulp		
1. 0 t/m 17 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	235,10
	35-44 jaar	307,82
	45-54 jaar	277,83
	55-64 jaar	183,68
3. Bijstand	18-34 jaar	47,70
	35-44 jaar	95,18
	45-54 jaar	117,56
	55-64 jaar	79,83
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-18,25
	35-44 jaar	-34,16
	45-54 jaar	-50,05
	55-64 jaar	-59,80
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-8,12
	35-44 jaar	-17,35
	45-54 jaar	-27,79
	55-64 jaar	-37,53
Aard van het inkomen klasse		Gewichten in euro's
Hulpmiddelen		
1. 0 t/m 17 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	165,90
	35-44 jaar	132,89
	45-54 jaar	120,23
	55-64 jaar	91,70
3. Bijstand	18-34 jaar	-0,49
	35-44 jaar	4,14
	45-54 jaar	8,60
	55-64 jaar	11,18
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-8,60
	35-44 jaar	-10,22
	45-54 jaar	-16,22
	55-64 jaar	-28,23
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-5,22
	35-44 jaar	-6,61
	45-54 jaar	-10,88
	55-64 jaar	-17,61
Aard van het inkomen klasse		Gewichten in euro's
Totaal overige prestaties		
1. 0 t/m 17 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	474,59
	35-44 jaar	552,55
	45-54 jaar	526,67
	55-64 jaar	375,37
3. Bijstand	18-34 jaar	36,00
	35-44 jaar	128,30
	45-54 jaar	181,67
	55-64 jaar	131,14
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-50,08
	35-44 jaar	-68,08
	45-54 jaar	-97,85
	55-64 jaar	-134,02
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-14,60
	35-44 jaar	-28,81
	45-54 jaar	-50,68
	55-64 jaar	-74,10

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 28 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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 2010	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	0,55	4,86	0,40	-4,88	-1,19	-3,57	14,79	-0,77	10,19
2	0,85	1,14	0,10	-0,38	-1,27	-0,90	8,13	-0,18	7,49
3	0,54	-0,67	0,19	-0,22	-1,14	-0,39	7,07	0,24	5,62
4	-0,30	-0,20	0,18	1,46	-2,41	0,24	5,85	0,29	5,11
5	0,01	0,36	0,23	2,08	-1,70	0,59	4,19	1,16	6,92
6	-0,22	-0,70	0,36	1,67	-0,53	1,24	-2,23	0,39	-0,02
7	0,30	-0,35	0,18	1,03	-0,21	1,20	-0,12	-0,26	1,77
8	-0,25	-1,16	-0,15	1,03	2,60	0,68	-8,46	0,84	-4,87
9	-0,87	-0,91	-0,39	-0,25	1,75	0,77	-10,00	-0,28	-10,18
10	-0,64	-2,49	-1,14	-1,59	4,25	0,15	-19,95	-1,48	-22,89

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 29 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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	0-17 jaar	2,39
	18-64 jaar	-38,58
	65+	30,74
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-17 jaar	2,39
	18-64 jaar	6,51
	65+	24,14
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-17 jaar	-0,80
	18-64 jaar	2,34
	65+	-4,05
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-17 jaar	-6,77
	18-64 jaar	-6,37
	65+	-16,28
SES klasse		Gewichten in euro's
Tandheelkundige hulp		
> 15 bewoners	0-17 jaar	5,81
	18-64 jaar	9,16
	65+	-14,04
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-17 jaar	5,81
	18-64 jaar	2,98
	65+	7,01
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-17 jaar	-3,14
	18-64 jaar	2,23
	65+	3,43
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-17 jaar	-12,77
	18-64 jaar	-4,61
	65+	-9,89
SES klasse		Gewichten in euro's
Verloskundige hulp		
> 15 bewoners	0-17 jaar	0,00
	18-64 jaar	-4,30
	65+	0,00
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-17 jaar	0,00
	18-64 jaar	4,50
	65+	0,00
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-17 jaar	0,00
	18-64 jaar	2,37
	65+	0,00
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-17 jaar	0,00
	18-64 jaar	-5,59
	65+	0,00
SES klasse		Gewichten in euro's
Paramedische hulp		
> 15 bewoners	0-17 jaar	3,36
	18-64 jaar	-12,77
	65+	69,61
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-17 jaar	3,36
	18-64 jaar	-0,06
	65+	7,41
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-17 jaar	-2,25
	18-64 jaar	0,51
	65+	-5,57
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-17 jaar	-6,03
	18-64 jaar	-0,28
	65+	-4,63



SES klasse		Gewichten in euro's
Ziekenvervoer		
> 15 bewoners	0-17 jaar	1,48
	18-64 jaar	47,83
	65+	86,04
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-17 jaar	1,48
	18-64 jaar	3,60
	65+	32,17
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-17 jaar	-1,03
	18-64 jaar	1,28
	65+	-7,96
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-17 jaar	-2,54
	18-64 jaar	-4,72
	65+	-22,55
SES klasse		Gewichten in euro's
Kraamzorg		
> 15 bewoners	0-17 jaar	0,00
	18-64 jaar	-9,16
	65+	0,00
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-17 jaar	0,00
	18-64 jaar	8,89
	65+	0,00
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-17 jaar	0,00
	18-64 jaar	6,33
	65+	0,00
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-17 jaar	0,00
	18-64 jaar	-12,77
	65+	0,00
SES klasse		Gewichten in euro's
Farmaceutische hulp		
> 15 bewoners	0-17 jaar	1,52
	18-64 jaar	-103,41
	65+	121,46
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-17 jaar	1,52
	18-64 jaar	3,07
	65+	36,80
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-17 jaar	-1,23
	18-64 jaar	2,79
	65+	-12,68
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-17 jaar	-2,08
	18-64 jaar	-3,29
	65+	-22,40
SES klasse		Gewichten in euro's
Hulpmiddelen		
> 15 bewoners	0-17 jaar	-0,07
	18-64 jaar	6,19
	65+	265,97
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-17 jaar	-0,07
	18-64 jaar	1,94
	65+	47,50
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-17 jaar	-0,31
	18-64 jaar	1,63
	65+	-16,14
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-17 jaar	1,21
	18-64 jaar	-3,20
	65+	-41,99



SES klasse		Gewichten in euro's
Totaal overige prestaties		
> 15 bewoners	0-17 jaar	14,49
	18-64 jaar	-105,04
	65+	559,78
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-17 jaar	14,49
	18-64 jaar	31,43
	65+	155,03
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-17 jaar	-8,76
	18-64 jaar	19,48
	65+	-42,97
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-17 jaar	-28,98
	18-64 jaar	-40,83
	65+	-117,74

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 30 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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	73,18	117,30
25 t/m 29 jaar	70,95	122,83
30 t/m 34 jaar	73,87	121,45
35 t/m 39 jaar	79,53	116,39
40 t/m 44 jaar	84,17	111,37
45 t/m 49 jaar	89,91	115,66
50 t/m 54 jaar	97,72	118,16
55 t/m 59 jaar	107,34	123,11
60 t/m 64 jaar	115,27	127,81
65 t/m 69 jaar	127,82	136,70
70 t/m 74 jaar	139,03	144,88
75 t/m 79 jaar	147,51	150,11
80 t/m 84 jaar	151,59	151,80
85 t/m 89 jaar	152,33	149,17
90 jaar en ouder	149,53	141,16

Bron: Bijlage 7 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 31 VAN DE REGELING BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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 17 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	31,57
	35-44 jaar	33,83
	45-54 jaar	29,09
	55-64 jaar	19,08
3. Bijstand	18-34 jaar	23,73
	35-44 jaar	26,28
	45-54 jaar	22,05
	55-64 jaar	7,34
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-2,14
	35-44 jaar	-5,48
	45-54 jaar	-7,64
	55-64 jaar	-7,39
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-1,19
	35-44 jaar	-1,57
	45-54 jaar	-1,89
	55-64 jaar	-2,44

Bron: Bijlage 7 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 32 VAN DE REGELING BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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

Regioklasse 2010	Gewicht in euro's
Klasse 1	4,02
Klasse 2	2,46
Klasse 3	1,35
Klasse 4	0,75
Klasse 5	-0,07
Klasse 6	-1,54
Klasse 7	-1,17
Klasse 8	-2,29
Klasse 9	-1,72
Klasse 10	-1,55

Bron: Bijlage 7 van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 33 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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- jarigen	134,42	96,31
1 t/m 4 jaar	196,40	153,95
5 t/m 9 jaar	137,92	129,30
10 t/m 14 jaar	90,35	93,90
15 t/m 17 jaar	106,45	130,91
18 t/m 24 jaar	111,62	250,15
25 t/m 29 jaar	132,71	565,04
30 t/m 34 jaar	152,38	629,38
35 t/m 39 jaar	170,38	414,30
40 t/m 44 jaar	194,07	268,16
45 t/m 49 jaar	229,99	287,57
50 t/m 54 jaar	285,95	348,80
55 t/m 59 jaar	374,05	411,21
60 t/m 64 jaar	442,45	474,23
65 t/m 69 jaar	570,08	598,60
70 t/m 74 jaar	725,67	748,86
75 t/m 79 jaar	877,44	874,62
80 t/m 84 jaar	900,29	837,49
85 t/m 89 jaar	887,49	698,39
90 jaar en ouder	721,84	472,58

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 34 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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 2010	Gewicht in euro's
0	Geen FKG	-45,96
1	Glaucoom	184,00
2	Schildklierandoeningen	59,38
3	Antipsychotica, Alzheimer en verslaving	-169,95
4	Antidepressiva	22,40
5	Hoog cholesterol	117,70
6	Diabetes type IIb	135,67
7	COPD/Zware astma	57,84
8	Astma	47,22
9	Diabetes type IIa	273,02
10	Epilepsie	-37,41
11	Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	750,62
12	Hartaandoeningen	491,18
13	Reuma: TNF-a-blokkers	740,55
14	Overige reuma middelen	738,74
15	Parkinson	-26,58
16	Diabetes type I	814,40
17	Transplantaties	426,97
18	Cystic fibrosis/pancreas	-51,78
19	Aand. Van hersenen/ruggenmerg	-214,52
20	Kanker	-64,65
21	HIV/AIDS	-121,77
22	Nieraandoeningen	120,88
23	Groeihormonen	-109,19

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 35 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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 2010	Gewicht in euro's
0	-18,82
1	935,82
2	764,44
3	575,97
4	507,61
5	1.196,03
6	1.260,33
7	739,60
8	307,20
9	749,97
10	73,96
11	1.568,68
12	515,33
13	-149,26

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 36 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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 17 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	13,34
	35-44 jaar	85,18
	45-54 jaar	140,59
	55-64 jaar	140,50
3. Bijstand	18-34 jaar	47,17
	35-44 jaar	8,63
	45-54 jaar	8,11
	55-64 jaar	-13,50
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-34,79
	35-44 jaar	-35,78
	45-54 jaar	-55,44
	55-64 jaar	-66,26
5. Referentiegroep	18-34 jaar	0,08
	35-44 jaar	-1,21
	45-54 jaar	-8,72
	55-64 jaar	-23,31

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 37 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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 2010	Gewicht in euro's
Klasse 1	16,41
Klasse 2	9,78
Klasse 3	9,41
Klasse 4	7,85
Klasse 5	-0,31
Klasse 6	-0,93
Klasse 7	-5,06
Klasse 8	-9,78
Klasse 9	-9,63
Klasse 10	-18,27

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 38 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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	0-17 jaar	2,00
	18-64 jaar	-79,66
	65+	-268,66
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-17 jaar	2,00
	18-64 jaar	30,56
	65+	83,47
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-17 jaar	-0,04
	18-64 jaar	15,90
	65+	-4,10
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-17 jaar	-7,60
	18-64 jaar	-36,87
	65+	-29,54

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 39 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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- jarigen	1.912,52	1.633,12
1 t/m 4 jaar	400,65	336,72
5 t/m 9 jaar	322,03	282,74
10 t/m 14 jaar	312,79	294,67
15 t/m 17 jaar	336,54	357,60
18 t/m 24 jaar	326,59	385,85
25 t/m 29 jaar	323,15	437,54
30 t/m 34 jaar	327,87	471,07
35 t/m 39 jaar	350,69	468,85
40 t/m 44 jaar	381,80	461,35
45 t/m 49 jaar	439,75	504,47
50 t/m 54 jaar	517,12	548,18
55 t/m 59 jaar	642,13	590,04
60 t/m 64 jaar	736,49	632,27
65 t/m 69 jaar	954,93	723,70
70 t/m 74 jaar	1.163,21	822,00
75 t/m 79 jaar	1.319,02	909,68
80 t/m 84 jaar	1.302,03	952,10
85 t/m 89 jaar	1.311,76	992,78
90 jaar en ouder	1.295,65	928,39

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 40 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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 2010	Gewicht in euro's
0	Geen FKG	-73,22
1	Glaucoom	-6,95
2	Schildklierandoeningen	160,24
3	Antipsychotica, Alzheimer en verslaving	-6,71
4	Antidepressiva	112,30
5	Hoog cholesterol	116,48
6	Diabetes type IIb	114,23
7	COPD/Zware astma	967,46
8	Astma	269,09
9	Diabetes type IIa	187,99
10	Epilepsie	557,69
11	Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	64,50
12	Hartaandoeningen	751,50
13	Reuma: TNF- α -blokkers	656,18
14	Overige reuma middelen	386,05
15	Parkinson	640,85
16	Diabetes type I	333,01
17	Transplantaties	941,15
18	Cystic fibrosis/pancreas	1.434,16
19	Aand. Van hersenen/ruggenmerg	995,26
20	Kanker	2.384,43
21	HIV/AIDS	1.411,53
22	Nieraandoeningen	2.932,01
23	Groeihormonen	834,31

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 41 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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 2010	Gewicht in euro's
0	-53,79
1	449,41
2	1.032,23
3	1.389,25
4	2.039,23
5	2.331,82
6	2.146,89
7	3.527,38
8	3.511,11
9	3.191,75
10	5.636,39
11	5.212,65
12	5.647,02
13	19.333,55

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 42 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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 17 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	339,77
	35-44 jaar	345,49
	45-54 jaar	326,50
	55-64 jaar	242,61
3. Bijstand	18-34 jaar	123,83
	35-44 jaar	128,90
	45-54 jaar	149,08
	55-64 jaar	114,21
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-28,29
	35-44 jaar	-53,17
	45-54 jaar	-79,55
	55-64 jaar	-109,68
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-12,76
	35-44 jaar	-18,65
	45-54 jaar	-30,88
	55-64 jaar	-46,92

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 43 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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 2010	Gewicht in euro's
Klasse 1	43,87
Klasse 2	21,67
Klasse 3	18,78
Klasse 4	12,62
Klasse 5	5,33
Klasse 6	-5,59
Klasse 7	-6,79
Klasse 8	-19,24
Klasse 9	-30,07
Klasse 10	-42,13

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 44 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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	0-17 jaar	9,53
	18-64 jaar	92,42
	65+	67,91
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-17 jaar	9,53
	18-64 jaar	17,87
	65+	179,00
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-17 jaar	-8,30
	18-64 jaar	1,87
	65+	-46,19
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-17 jaar	-11,21
	18-64 jaar	-16,15
	65+	-74,55

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 45 VAN DE REGELING BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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 geneeskundige GGZ

Risicoklasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
18 t/m 24 jaar	252,22	287,15
25 t/m 29 jaar	268,42	275,77
30 t/m 34 jaar	270,40	263,34
35 t/m 39 jaar	289,07	276,34
40 t/m 44 jaar	276,45	270,06
45 t/m 49 jaar	270,92	262,74
50 t/m 54 jaar	236,05	236,05
55 t/m 59 jaar	206,50	206,50
60 t/m 64 jaar	206,50	206,50
65 t/m 69 jaar	178,23	178,23
70 t/m 74 jaar	178,23	178,23
75 t/m 79 jaar	189,07	178,23
80 t/m 84 jaar	196,47	178,23
85 t/m 89 jaar	178,47	178,23
90 jaar en ouder	178,23	178,23

Bron: Bijlage 6B van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 46 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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

FKG 2010	Gewicht in euro's
Geen FKG	-34,40
FKG Psychische aandoeningen	749,13

Bron: Bijlage 6B van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 47 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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 geneeskundige GGZ

Aard van het inkomen klasse		Gewichten in euro's
1. 65 jaar en ouder		0,00
2. Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	839,82
	35-44 jaar	569,02
	45-54 jaar	293,19
	55-64 jaar	35,69
3. Bijstand	18-34 jaar	523,42
	35-44 jaar	483,58
	45-54 jaar	325,45
	55-64 jaar	60,41
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-55,23
	35-44 jaar	-73,08
	45-54 jaar	-39,07
	55-64 jaar	-9,52
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-36,55
	35-44 jaar	-42,52
	45-54 jaar	-39,07
	55-64 jaar	-9,52

Bron: Bijlage 6B van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 48 VAN DE REGELING BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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

GGZ Regioklasse 2010	Gewicht in euro's
Klasse 1	50,01
Klasse 2	28,14
Klasse 3	28,81
Klasse 4	3,80
Klasse 5	-9,34
Klasse 6	-19,71
Klasse 7	-19,71
Klasse 8	-19,71
Klasse 9	-19,71
Klasse 10	-19,71

Bron: Bijlage 6B van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 49 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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 geneeskundige GGZ

SES klasse		Gewichten in euro's
> 15 bewoners	0-17 jaar	0,00
	18-64 jaar	739,04
	65+	168,34
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-17 jaar	0,00
	18-64 jaar	5,89
	65+	8,08
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-17 jaar	0,00
	18-64 jaar	10,70
	65+	-9,67
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-17 jaar	0,00
	18-64 jaar	-28,42
	65+	-9,67

Bron: Bijlage 6B van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 50 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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 woonachtig in Nederland op een eenpersoonsadres (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag geneeskundige GGZ

Eenpersoonsadres	Gewicht in euro's
Niet	-18,53
Wel	81,82

Bron: Bijlage 6B van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 51 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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 GGZ-kosten lage drempelklasse voor het deelbedrag geneeskundige GGZ

	> lage drempel	Gewicht in euro's
0	Niet	-55,04
1	Wel	1.063,50

Bron: Bijlage 6B van de Regeling zorgverzekering en eigen berekening CVZ



BIJLAGE 52 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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 GGZ-kosten lage drempelklasse voor het deelbedrag geneeskundige GGZ

	> hoge drempel	Gewicht in euro's
0	Niet	-40,87
1	Wel	2.788,04

Bron: Bijlage 6B van de Regeling zorgverzekering en eigen berekening CVZ



BIJLAGE 53 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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- jarigen	677,40	603,09
1 t/m 4 jaar	553,23	507,29
5 t/m 9 jaar	631,84	571,97
10 t/m 14 jaar	585,96	582,65
15 t/m 17 jaar	586,23	656,92
18 t/m 24 jaar	481,42	651,06
25 t/m 29 jaar	433,11	847,90
30 t/m 34 jaar	451,38	883,38
35 t/m 39 jaar	477,29	695,36
40 t/m 44 jaar	502,04	588,93
45 t/m 49 jaar	555,78	647,50
50 t/m 54 jaar	609,88	709,97
55 t/m 59 jaar	705,76	791,34
60 t/m 64 jaar	749,05	849,26
65 t/m 69 jaar	914,95	971,27
70 t/m 74 jaar	1.028,53	1.086,35
75 t/m 79 jaar	1.157,72	1.233,12
80 t/m 84 jaar	1.332,69	1.402,18
85 t/m 89 jaar	1.537,34	1.602,30
90 jaar en ouder	1.808,24	1.850,75

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 54 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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 2010	Gewicht in euro's
		Overige prestaties
0	Geen FKG	-221,50
1	Glaucoom	248,89
2	Schildklierandoeningen	140,56
3	Antipsychotica, Alzheimer en verslaving	1.439,22
4	Antidepressiva	424,02
5	Hoog cholesterol	359,49
6	Diabetes type IIb	497,32
7	COPD/Zware astma	1.506,51
8	Astma	644,30
9	Diabetes type IIa	829,71
10	Epilepsie	953,39
11	Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	655,04
12	Hartaandoeningen	852,40
13	Reuma: TNF- α -blokkers	14.130,12
14	Overige reuma middelen	1.327,07
15	Parkinson	3.140,94
16	Diabetes type I	2.410,32
17	Transplantaties	2.543,24
18	Cystic fibrosis/pancreas	4.863,70
19	Aand. Van hersenen/ruggenmerg	9.108,90
20	Kanker	5.322,35
21	HIV/AIDS	11.177,44
22	Nieraandoeningen	3.283,24
23	Groeihormonen	15.848,77

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 55 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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 2010	Gewicht in euro's
	Overige prestaties
0	-27,03
1	543,58
2	583,92
3	771,45
4	1.340,66
5	1.347,72
6	1.111,25
7	1.613,11
8	2.096,51
9	2.700,47
10	2.426,89
11	4.172,68
12	3.885,46
13	1.156,06

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 56 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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 17 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	421,61
	35-44 jaar	517,97
	45-54 jaar	500,99
	55-64 jaar	355,66
3. Bijstand	18-34 jaar	36,93
	35-44 jaar	129,39
	45-54 jaar	172,32
	55-64 jaar	115,29
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-49,77
	35-44 jaar	-68,15
	45-54 jaar	-102,23
	55-64 jaar	-134,09
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-12,86
	35-44 jaar	-26,85
	45-54 jaar	-47,20
	55-64 jaar	-69,08

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 57 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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 2010	Gewicht in euro's
Klasse 1	9,73
Klasse 2	8,76
Klasse 3	5,63
Klasse 4	5,41
Klasse 5	6,79
Klasse 6	0,83
Klasse 7	0,72
Klasse 8	-5,17
Klasse 9	-10,28
Klasse 10	-23,27

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering



BIJLAGE 58 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2010

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 klasse		Gewichten in euro's
Overige prestaties		
> 15 bewoners	0-17 jaar	14,47
	18-64 jaar	-95,56
	65+	571,34
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-17 jaar	14,47
	18-64 jaar	33,82
	65+	154,69
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-17 jaar	-8,12
	18-64 jaar	20,06
	65+	-40,94
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-17 jaar	-30,90
	18-64 jaar	-43,28
	65+	-122,26

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering



TOELICHTING

Algemeen

Paragraaf 4.2 van de Zorgverzekeringswet geeft regels voor het toekennen en vaststellen van de vereveningsbijdrage voor de zorgverzekeraars. artikel 32 van de Zorgverzekeringswet bepaalt in het eerste lid dat het College voorzorgverzekeringen (CVZ) een bijdrage toekent aan een zorgverzekeraar. Deze bijdrage is de vereveningsbijdrage. In de jaren na afloop van het vereveningsjaar stelt het CVZ de bijdrage vast, dit is geregeld in artikel 34 van de Zorgverzekeringswet.

Het Besluit zorgverzekering legt in hoofdstuk 3 de basis voor de regels voor de risicoverevening. Nadere uitwerking daarvan vindt vervolgens plaats in hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering. De minister werkt in deze regeling gedetailleerd uit hoe de risicoverevening voor het betreffende jaar zal werken.

De Regeling zorgverzekering is een algemeen verbindend voorschrift. Het CVZ kan niet van deze regeling afwijken bij de uitvoering van de risicoverevening. Bij het opstellen van zijn beleidsregels is het CVZ gebonden aan de door de minister opgestelde Regeling zorgverzekering. De beleidsregels van het CVZ zijn uitvoeringsregels. Het CVZ regelt hierin hoe hij te werk gaat bij de toekenning en vaststelling van de vereveningsbijdrage. De minister moet de beleidsregels goedkeuren (artikel 32, vijfde lid, Zorgverzekeringswet).

Het opstellen van de regels voor de risicoverevening is een proces van continue evaluatie. Voortschrijdend inzicht leidt tot een verfijning van het verdeelsysteem. De minister consulteert daarbij alle belanghebbende partijen. Uiteindelijk bepaalt hij welke uitkomsten van onderzoek en overleg vervolgens tot uitdrukking komen in jaarlijkse aanpassing van de regelgeving. Het CVZ stelt naar aanleiding van de gewijzigde Regeling zorgverzekering zijn beleidsregels voor de toepassing jaarlijks opnieuw op.

Het proces van toekennen en vaststellen van de bijdrage verloopt volgens een vereveningscyclus. In de vereveningscyclus 2010 kent het CVZ voorafgaand aan het vereveningsjaar 2010 (ex ante) de bijdrage aan de zorgverzekeraars toe. In het voorjaar van 2010 herzielt het CVZ de toekenning. Na ommekomst van het jaar (ex post) stelt het CVZ de bijdrage meerdere keren vast. De reden hiervoor is de late beschikbaarheid van bepaalde gegevens die het CVZ nodig heeft om de bijdrage definitief te kunnen vaststellen. Om de onzekerheid over de definitieve bijdrage voor zorgverzekeraars te verminderen, stelt het CVZ de bijdrage na ommekomst van het jaar twee keer voorlopig vast op basis van gegevens die dan beschikbaar zijn. De voorlopige vaststellingen bieden de zorgverzekeraar toch tijdig een goede indicatie over de definitief vast te stellen bijdrage.

De opeenvolgende toekenningen en vaststellingen verschillen van elkaar door de gegevens die het CVZ daarvoor gebruikt. Zo vervangt het CVZ de verzekerdenraming door gerealiseerde verzekerdenaantallen, worden de ex ante normbedragen vervangen door ex post normbedragen en worden voorlopige kosten die verzekerden maken vervangen door definitieve. Verder verschillen de opeenvolgende toekenningen en vaststellingen van elkaar door de berekeningen die per toekenning of vaststelling worden uitgevoerd. Bij de tweede voorlopige vaststelling en de definitieve vaststelling houdt het CVZ rekening met de rapportages die de NZa heeft opgesteld.

De basisberekening, de kern van de risicoverevening, komt in iedere toekenning of vaststelling terug. Hierbij worden verzekerdenaantallen per vereveningskenmerk, per risicoklasse met normbedragen vermenigvuldigd. Naarmate de vereveningscyclus vordert, breidt het CVZ de opeenvolgende vaststellingen uit met extra bewerkingen en berekeningen. Hieronder volgt, per toekenning of vaststelling, een korte beschrijving van de uitvoering.

De vereveningscyclus 2010 begint met de ex ante toekenning van de bijdrage in oktober 2009. De ex ante bijdrage berekent het CVZ in drie stappen:

1. De eerste stap, de verzekerdenraming, wordt beschreven in artikel 7. Tabel 1: verzekerdenraming en verzekerdenbepaling van deze toelichting geeft per deelbijdrage een overzicht van de vereveningskenmerken waarin verzekerden bij de verzekerdenraming worden ingedeeld.
2. De tweede stap is de berekening van de deelbedragen. artikel 8, 9, 10, 11 en 12 beschrijven de berekening van de deelbedragen. Ex ante voert het CVZ alleen de basisberekening uit, waarbij verzekerden per vereveningskenmerk, per risicoklasse met normbedragen vermenigvuldigd worden. In tabel 2: berekening deelbijdragen van deze toelichting staan de gebruikte bijlagen met ex ante normbedragen bij de artikelen vermeld.
3. De derde stap is de bijdrageberekening. artikel 14 beschrijft de bijdrageberekening van de ex ante toekenning. De ex ante berekening van de eigen betaling in verband met het eigen risico, beschreven in artikel 13, maakt hier deel van uit.

Na de toekenning van de ex ante bijdrage volgt in april 2010 de zogenoemde lenterherberekening. Deze herberekening is een eenvoudige aanpassing van de ex ante toekenning op basis van geactualiseerde verzekerdenaantallen. artikel 16 beschrijft de lenterherberekening. Op basis hiervan past het CVZ de bevoorschotting aan (artikel 46, eerste lid).

De (eerste) voorlopige vaststelling van de bijdrage vindt plaats, na ommekomst van het jaar 2010, in september 2011. De eerste voorlopige vaststelling van de bijdrage berekent het CVZ in drie stappen:

- De eerste stap, de verzekerdenbepaling, wordt beschreven in artikel 17. De verzekerdenaantallen zoals die bij de eerste voorlopige vaststelling worden bepaald, gebruikt het CVZ ook bij de tweede voorlopige vaststelling en de definitieve vaststelling, zij het dat nog wordt gecorrigeerd voor de correcties van de NZa en het uitstroombestand 2011.
- De tweede stap, de berekening van de deelbedragen, wordt beschreven in artikel 18, 19, 20, 21 en 22. Bij de eerste voorlopige vaststelling voert het CVZ de basisberekening, waarbij verzekerden per vereveningskenmerk, per risicoklasse met normbedragen vermenigvuldigd worden, uit met herschaalde normbedragen. De tabellen met ex ante normbedragen zoals genoemd in tabel 2: berekening deelbedragen van deze toelichting, herschaalt het CVZ op basis van de gerealiseerde kosten zoals de zorgverzekeraars die opgegeven in de jaarstaat 2010. Het herberekenen van de normbedragen op basis van gerealiseerde kosten maakt het risicovereveningsmodel macroneutraal. De beleidsregels beschrijven de macroneutraliteit onder meer in artikel 18, eerste tot en met vierde lid. Afhankelijk van het deelbedrag, past het CVZ nacalculatie toe. In tabel 2: berekening deelbedragen van deze toelichting staan de nacalculatiepercentages vermeld. Deze percentages worden per vereveningsjaar vastgesteld. Bij de volgende vaststellingen gebruikt het CVZ dezelfde percentages.
- De derde stap, de bijdrageberekening, wordt beschreven in artikel 24. Afhankelijk van het deelbedrag past het CVZ de bandbreedteregeling toe. artikel 23 beschrijft de berekening van de eigen betaling in verband met het eigen risico.

De tweede voorlopige vaststelling vindt plaats in september 2013. De bijdrage uit de tweede voorlopige vaststelling berekent het CVZ in drie stappen:

- De eerste stap, de verzekerdenbepaling, wordt beschreven in artikel 17. Bij de tweede voorlopige vaststelling maakt het CVZ gebruik van de verzekerdenaantallen, zoals die bij de eerste voorlopige vaststelling zijn bepaald met inachtneming van correcties die voortvloeien uit de reviewrapportage van de NZa. Ook betreft het CVZ het uitstroombestand 2011 bij de verzekerdenbepaling.
- De tweede stap, de berekening van de deelbedragen, wordt beschreven in artikel 26, 27, 28, 29 en 30. Bij de tweede voorlopige vaststelling wordt de basisberekening, waarbij het CVZ verzekerden per vereveningskenmerk, per risicoklasse met normbedragen vermenigvuldigt, uitgevoerd met herschaalde ex post normbedragen. De tabellen met ex post normbedragen, zoals genoemd in tabel 2: berekening deelbedragen van deze toelichting, herschaalt het CVZ op basis van de gerealiseerde kosten over 2010 zoals opgegeven in de jaarstaat 2012. Het CVZ betreft hierbij ook het resultaat van de opbrengstverrekening, welke is vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit. Het herberekenen van de normbedragen op basis van gerealiseerde kosten maakt het risicovereveningsmodel macroneutraal. Onder meer artikel 26, tweede tot en met vijfde lid, beschrijft de macroneutraliteit. Afhankelijk van het deelbedrag past het CVZ hoge kostencompensatie (HKC) toe met inachtneming van correcties die voortvloeien uit de reviewrapportage over de HKC opgave van de NZa. Vervolgens calculeert het CVZ, afhankelijk van het deelbedrag, na. In tabel 2 in de toelichting staan de nacalculatiepercentages vermeld.
- De derde stap, de bijdrageberekening, wordt beschreven in artikel 32. Afhankelijk van het deelbedrag past het CVZ de bandbreedteregeling toe. artikel 31 beschrijft de berekening van de eigen bijdrage in verband met het eigen risico.

Het CVZ stelt de bijdrage definitief vast in april 2014. De definitieve bijdrage is gelijk aan de voor de tweede keer voorlopig vastgestelde bijdrage, met dit verschil dat er in de definitieve bijdrage nog correcties verwerkt kunnen zijn als gevolg van de review door de NZa op de voor de tweede voorlopige vaststelling aangeleverde jaarstaat.

De definitieve vaststelling is in drie stappen te beschrijven.

- Op de eerste stap, de verzekerdenbepaling, is artikel 17 van toepassing.
- Op de tweede stap, de berekening van de deelbedragen, zijn de artikelen 34, 35, 36, 37 en 38 van toepassing.
- Op de derde stap, de bijdrageberekening, is artikel 40 van toepassing. De berekening van de eigen betaling in verband met het eigen risico voor de definitieve vaststelling, wordt beschreven in artikel 39.

Hoofdstuk 7 gaat over de betalingen aan de zorgverzekeraars.

Nieuwe elementen in 2010

Het CVZ licht hierna de veranderingen voor het vereveningsjaar 2010 ten opzichte van het vereveningsjaar 2009 toe.

De belangrijkste inhoudelijke wijzigingen in het vereveningsmodel 2010 ten opzichte van het model 2009 zijn:

- de aanpassingen in het geneeskundige GGZ model;
- de uitbreiding van het aantal FKG's met drie nieuwe FKG's;
- de veranderde restricties op de samenloop van de FKG's;
- bij het vereveningskenmerk risicoklasse naar leeftijd en geslacht is de leeftijdscategorie 0 t/m 4 jaar – gesplitst in een leeftijdscategorie 0-jarigen en een leeftijdscategorie 1 t/m 4 jaar;
- Bij de vereveningskenmerken sociaaleconomische statusklasse en aard van het inkomen wordt de leeftijdsknip aangepast van 0–14 naar 0–17;
- Het introduceren van een nieuw schadebegrip in verband waarmee het CVZ een tweede voorlopige uitvoert.

De aanpassingen in het geneeskundige GGZ model zijn de volgende:

- De normbedragen in het geneeskundige GGZ model worden niet meer vermenigvuldigd met alle verzekerden, maar met de verzekerden van 18 jaar en ouder. Deze aanpassing is opgenomen in artikel 7 over de verzekerdenraming en in artikel 17 over de verzekerdenbepaling;
- Het geneeskundige GGZ model is uitgebreid met drie vereveningskenmerken. Het vereveningskenmerk GGZ-kosten lage drempelklasse is opgenomen in bijlage 21. Het vereveningskenmerk GGZ-kosten hoge drempelklasse is opgenomen in bijlage 22. Het vereveningskenmerk jonger dan 18 jaar is opgenomen in bijlage 23;
- Bij de vereveningskenmerken GGZ kosten lage drempelklasse en GGZ kosten hoge drempelklasse berekent het CVZ de normgewichten voor de risicoklasse 0 ex post opnieuw. Zie artikel 21 derde en vierde lid en artikel 29 vierde en vijfde lid.
- In het GGZ model past het CVZ voor het eerst de Hoge Kosten Compensatie toe. artikel 29 is hiervoor aangepast;
- Voor verzekerden van 18 jaar en ouder geldt geen nacalculatie meer;
- Voor verzekerden van 18 jaar en ouder geldt de bandbreedteregeling;
- Het CVZ compenseert zorgverzekeraars door middel van het vereveningskenmerk jonger dan 18 jaar voor de geneeskundige GGZ kosten van verzekerden jonger dan 18 jaar;
- Het CVZ calculeert 100% na op de geneeskundige GGZ kosten van verzekerden jonger dan achttien jaar.

Uitbreiding van het aantal FKG's:

In het somatische model wordt het aantal FKG's uitgebreid. Voor de nieuwe FKG indeling zie onder meer bijlage 4.

FKG psychische aandoeningen (2009) wordt vervangen door:

- FKG antipsychotica, Alzheimer en verslaving;
- FKG antidepressiva.

FKG CARA (2009) wordt opgesplitst in:

- FKG COPD/zwarte astma;
- FKG astma.

FKG reuma (2009) wordt opgesplitst in:

- FKG reuma: TNF-a-blokkers;
- FKG overige reuma middelen.

In het geneeskundige GGZ model blijft de FKG psychisch (2009) bestaan. Zie als voorbeeld bijlage 16.

Veranderende restricties op de samenloop:

De restricties op de samenloop van FKG diabetes zijn aangepast (zie bijlage 2)

Verder zijn de restricties op de samenloop aangepast in verband met de nieuwe FKG's. Zie artikel 4, tweede lid.

Opnemen leeftijdscategorie 0-jarigen

Bij het vereveningskenmerk risicoklasse naar leeftijd en geslacht is een aparte categorie voor de nuljarigen opgenomen. Zie als voorbeeld bijlage 3 voor deze aanpassing.

Aanpassen leeftijdsknip van 0–14 naar 0–17

Bij de vereveningskenmerken aard van het inkomen en sociaal economische statusklasse ligt de



leeftijdsknip nu bij 18 jaar. Zie als voorbeeld bijlage 6 voor deze aanpassing van het vereveningskenmerk aard van het inkomen. Zie als voorbeeld bijlage 8 voor deze aanpassing van het vereveningskenmerk sociaaleconomische statusklasse.

Het introduceren van een nieuw schadebegrip en de tweede voorlopige vaststelling

Het nieuwe schadebegrip houdt in dat zorgverzekeraars op 1 juni van het jaar T+3 de definitieve jaarstaat aanleveren bij het CVZ in plaats van op 1 juni van het jaar T+2. De lange doorlooptijd van DBC's, waardoor ziekenhuizen een substantieel deel van hun declaraties over 2010 pas na 31 december 2011 indienen, vormt de achtergrond van de introductie van dit nieuwe schadebegrip in de jaarstaat. Het nieuwe schadebegrip in de jaarstaat houdt in dat alle declaraties over 2010 die tot en met 31 december 2012 door de zorgverzekeraars zijn ontvangen, worden betrokken bij het bijdragejaar 2010.

Om zorgverzekeraars zo spoedig mogelijk na het aanleveren van de definitieve jaarstaat duidelijkheid te bieden omtrent de uitkomst van de vereveningsbijdrage voert het CVZ een tweede voorlopige vaststelling uit in september 2013. Zorgverzekeraars kunnen dan voor de premievaststelling voor 2014 beschikken over een zo volledig mogelijk beeld van de uitkomsten van het risicovereveningsmodel 2010. Na een review van de Nederlandse zorgautoriteit op de door de zorgverzekeraars voor de tweede voorlopige vaststelling aangeleverde jaarstaat 2012, volgt in de eerste maanden van 2014 de definitieve vaststelling 2010. Het enige verschil tussen de tweede voorlopige vaststelling en de definitieve vaststelling bestaat uit correcties die het college doorvoert op basis van de review door de Nederlandse Zorgautoriteit op de jaarstaat 2012. Hoofdstuk IV in deze beleidsregels gaat over de tweede voorlopige vaststelling.

Compensatie voor het in de verzekering houden van wanbetalers.

In artikel 44 is een bepaling opgenomen voor het in de verzekering houden van wanbetalers. Deze bepaling is bedoeld om de oude situatie waarbij naar de nominale premie aan de zorgverzekeraar een compensatie werd verleend af te ronden. Tevens is in deze bepaling opgenomen dat de verzekeraar die gereed is om de melding van wanbetalers te doen, naar aanleiding van de wijziging van de Zorgverzekeringswet per 1 september 2009, de standaardpremie als compensatievergoeding zal krijgen tot het moment dat hij daadwerkelijk de wanbetalers op grond van de gewijzigde wet zal hebben aangeleverd. Voor een verdere toelichting verwijst het CVZ naar het besluit tot wijziging van de Beleidsregels vereveningsbijdrage 2009, hetwelk het college op 6 oktober 2009 heeft vastgesteld.

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



Tabellen bij toelichting

Tabel 1: verzekerdensraming en verzekerdensbepaling

Toewijzing verzekerden naar vereveningskenmerken bij de verzekerdensraming en de verzekerdensbepaling						
Artikel 7 en 17						
Somatisch model	Somatisch model	Somatisch model	GGZ model		Somatisch model	Eigen Risico model
Deelbedrag B-DBC	Deelbedrag variabel	Deelbedrag vast	Deelbedrag GGZ		Deelbedrag overig	Bijdrage--berekening
Alle verzekerden naar:	Alle verzekerden naar:	Alle verzekerden. Geen toewijzing naar verdeel kenmerken:	Verzekerden 18 jaar en ouder naar:	Verzekerden jonger dan 18 jaar:	Alle verzekerden naar:	Verzekerden 18 jaar en ouder zonder FKG naar:
Risicoklasse leeftijd en geslacht	Risicoklasse leeftijd en geslacht		Risicoklasse leeftijd en geslacht	Jonger dan 18 jaarklasse	Risicoklasse leeftijd en geslacht	Risicoklasse leeftijd en geslacht
Aard van het inkomen klasse	Aard van het inkomen klasse		Aard van het inkomen klasse		Aard van het inkomen klasse	Aard van het inkomen klasse
Regioklasse	Regioklasse		GGZ-regioklasse		Regioklasse	Regioklasse
FKG klasse	FKG klasse		FKG GGZ klasse		FKG klasse	
DKG klasse	DKG klasse				DKG klasse	
Sociaal economische statusklasse	Sociaal economische statusklasse		Sociaal economische statusklasse		Sociaal economische statusklasse	
			Éénpersoons-adresklasse			
			GGZ kosten lage drempelklasse			
			GGZ kosten hoge drempelklasse			

Tabel 2: berekening deelbijdragen

Berekening deelbedragen					
Deelbedrag B-DBC	Deelbedrag variabel	Deelbedrag vast	Deelbedrag GGZ		Deelbedrag overig
(Ex ante) Toekenning					
Artikel 8	Artikel 9	Artikel 10	Artikel 11		Artikel 12
Verzekerden-raming artikel 7 * norm-bedragen tabellen 3 t/m 8	Verzekerden-raming artikel 7 * norm-bedragen tabellen 9 t/m 14	Verzekerden-raming artikel 7 * gemid-delde vaste kosten 2008. Opschalen naar macroprestatiebe-drag 2010	Verzekerden-raming artikel 7 verzekerden van 18 jaar en ouder * normbedragen tabellen 15 t/m 22	Verzekerden-raming artikel 7 verzekerden jonger dan 18 jaar * normbedragen tabel 23	Verzekerden-raming artikel 7 * norm-bedragen tabellen 24 t/m 29
Voorlopige vaststelling					
Artikel 18	Artikel 19	Artikel 20	Artikel 21		Artikel 22
Verzekerden-bepaling artikel 17 * herschaalde tabellen 3 t/m 8	Verzekerden-bepaling artikel 17 * herschaalde tabellen 9 t/m 14	Verzekerden-bepaling artikel 17 * herberekenende vaste kosten	Verzekerden-bepaling artikel 17 * herschaalde tabellen 15 t/m 22	Verzekerden-bepaling artikel 17 * herschaalde tabel 23	Verzekerden-bepaling artikel 17 * herschaalde tabellen 24 t/m 29
	30% nacalculatie	100% nacalculatie	100% nacalculatie		
Tweede voorlopige vaststelling					
Artikel 26	Artikel 27	Artikel 28	Artikel 29		Artikel 30
Verzekerden-bepaling artikel 17 * herschaalde tabellen 33 t/m 38	Verzekerden-bepaling artikel 17 * herschaalde tabellen 39 t/m 44	Verzekerden-bepaling artikel 17 * herberekenende vaste kosten	Verzekerden-bepaling artikel 17 * herschaalde tabellen 45 t/m 52	Verzekerden-bepaling artikel 17 * herschaalde tabel 23	Verzekerden-bepaling artikel 17 * herschaalde tabellen 53 t/m 58
HKC conform artikel 3.15 van de Regeling zorgverzekering	HKC conform artikel 3.16 van de Regeling zorgverzekering		HKC conform artikel 3.19 van de Regeling zorgverzekering		HKC conform artikel 3.20 van de Regeling zorgverzekering
	30% nacalculatie	100% nacalculatie		100% nacalculatie	
Definitieve vaststelling					
Artikel 34	Artikel 35	Artikel 36	Artikel 37		Artikel 38



Berekening deelbedragen

Conform tweede voorlopige vaststelling, incl. laatste correcties NZA	Conform tweede voorlopige vaststelling, incl. laatste correcties NZA	Conform tweede voorlopige vaststelling, incl. laatste correcties NZA	Conform tweede voorlopige vaststelling, incl. laatste correcties NZA	Conform tweede voorlopige vaststelling, incl. laatste correcties NZA	Conform tweede voorlopige vaststelling, incl. laatste correcties NZA
--	--	--	--	--	--

Tabel 3: bijdrageberekening

Bijdrageberekening

Toekenning (ex ante)	Artikel 14	Tabellen n.v.t.
Voorlopige vaststelling	Artikel 24	
Tweede voorlopige vaststelling	Artikel 32	
Definitieve vaststelling	Artikel 40	
Toepassing Bandbreedteregeling conform artikel 3.21 van de Regeling. De bandbreedteregeling is van toepassing op de deelbijdragen B-DBC's, variabele kosten en GGZ bij de voorlopige, tweede voorlopige en de definitieve vaststelling.		
Sommatie deelbijdragen tot Normatief bedrag 2010		
Min eigen risico		
Eigen risico ex ante toekenning	Artikel 13	Tabellen 30, 31 en 32
Eigen risico voorlopige vaststelling	Artikel 23	
Eigen risico tweede voorlopige vaststelling	Artikel 31	
Eigen risico definitieve vaststelling	Artikel 39	
Min nominale rekenpremie		
Plus uitvoeringskosten verzekerden jonger dan 18 jaar		
Is bijdrage 2010		