

## BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2011

Het College voor zorgverzekeringen,

Gelet op de artikelen 32, vijfde lid en 34, vierde lid van de Zorgverzekeringswet, Hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering en Hoofdstuk 3 van de Regeling zorgverzekering.

Heeft in zijn vergadering van 17 januari 2011 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   |

- h. GGZ-regioklasse: Bijlage 7 van de Regeling zorgverzekering; 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 van verzekerden van 18 jaar en ouder op peildatum 30 juni van jaar t 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 van verzekerden van 18 jaar en ouder op peildatum 30 juni van jaar t 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;
- u. vereveningsbijdrage: de bijdrage bedoeld in paragraaf 4.2 van de Zorgverzekeringswet.

## 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 2011 en de berekening van de normatieve bedragen en de vereveningsbijdragen ervan uit dat alle zorgverzekeraars die gedurende 2010 actief zijn geweest ook in 2011 als zorgverzekeraar actief zullen zijn, tenzij zij voor 1 augustus 2010 aan het college hebben aangegeven dat zulks niet het geval zal zijn.

### Artikel 4 *Samenloop van klassen aard van het inkomen*

Voor de indeling in de aard van het inkomenklasse deelt het college een verzekerde, die in meerdere klassen is 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 zijn ingedeeld onder 1 tot en met 3 of inkomsten uit dienstbetrekking of werkloosheidsuitkering hebben;
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 2011 en DKG's 2011*

1. Het college baseert de indeling in FKG's 2011 op bijlage 6 en 7 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 28 september 2010 Z/F-3024689.
2. Wanneer sprake is van samenloop van FKG's wijst het college alle toepasselijke FKG's toe met in achtneming 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. Het college baseert de indeling in DKG's 2011 op bijlage 8, bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 28 september 2010 Z/F-3024689.

### Artikel 6 *Indeling in regioklasse 2011 en sociaal economische statusklasse 2011*

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 het gewicht nul hanteren.

## HOOFDSTUK II

## TOEKENNING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE 2011 AAN DE ZORGVERZEKERAAR

### Artikel 7 *Raming van de verzekerdenaantallen 2011*

1. Uitgangspunt voor de raming is het persoonskenmerkenbestand 2010 dat de zorgverzekeraars op 1 juli 2010 bij het college hebben aangeleverd. De peildatum van deze opgaven is de datum van nominale premieprolongatie voor de maand juni 2010.
2. Het college baseert zich bij de raming van de verzekerdenaantallen naar risicoklasse leeftijd en geslacht 2011, naar regioklasse 2011, naar GGZ-regioklasse 2011, naar éénpersoonsadresklasse 2011, naar jonger dan 18 jaarklasse 2011 en naar de verzekerdenaantallen van 18 jaar en ouder 2011, op het in het eerste lid genoemde persoonskenmerkenbestand 2010.
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 2009.
4. Voor de vaststelling van de sociaal economische statusklasse baseert het college zich op de gepseudonimiseerde opgave van de Belastingdienst over het jaar 2008. Wanneer voor 2008 geen gegevens beschikbaar zijn baseert het college zich op gegevens over het jaar 2007.
5. Voor de vaststelling van de GGZ kosten lage drempelklasse en de GGZ kosten hoge drempelklasse baseert het college zich op het GGZ kostenbestand dat door onderzoeksbureau APE voor de raming 2011 is gebruikt en dat op 24 juli 2010 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 ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en voor het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties als volgt:
  - a. De verzekerden uit het persoonskenmerkenbestand 2010 worden geclassificeerd naar de risicoklassen leeftijd en geslacht, aard van het inkomenklasse, regioklasse, FKG klasse, DKG klasse en 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 2011 verder als volgt:
  - a. Uitgangspunt is de opgave per 1 juli 2010 van alle declaraties farmaceutische hulp 2009 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 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. Aan de verzekerde koppelt het college 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 2010 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 2011 en per FKG GGZ 2011 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 de uiteindelijke zwaarte voor de verzekerde voor de betreffende klasse.
  - f. Als een verzekerde niet in een FKG 1 t/m 23 2011 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 2011 verder als volgt:
    - a. Uitgangspunt is de opgave van de zorgverzekeraar aan het college per 1 juni 2010 van de declaraties van alle DBC's die in 2008 geopend zijn.
    - b. Het college bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer tussen de opgave onder a en het persoonskenmerkenbestand 2009 per verzekerde in welke DKG 1 tot en met 13 2011 de verzekerde valt. De verzekerden die in het persoonskenmerkenbestand 2009 voor het eerst voorkomen worden per DKG op de gemiddelde prevalentie gezet van de overige verzekerden in het persoonskenmerkenbestand 2009 naar risicoklasse naar leeftijd en geslacht. Vervolgens koppelt het college de verzekerden aan het persoonskenmerkenbestand 2010, waarbij de verzekerden een zwaarte krijgen dusdanig dat de prevalentie per DKG per risicoklasse naar leeftijd en geslacht constant blijft. De verzekerde krijgt een zwaarte afhankelijk van leeftijd en geslacht voor de betreffende klasse.
    - c. Als een verzekerde niet in een DKG 1 tot en met 13 2011 valt, deelt het college deze verzekerde per zorgverzekeraar in bij DKG 0 geen DKG.
  10. Vervolgens past het college per risicoklasse naar leeftijd en geslacht, aard van het inkomenklasse, regioklasse, GGZ-regioklasse, éénpersoonsadresklasse, sociaal economische statusklasse, 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 2011. Voor de risicoklassen FKG, FKG GGZ en DKG geldt dat het verschil per risicoklasse naar leeftijd en geslacht tussen het persoonskenmerkenbestand 2010 en de macro verzekerdenraming 2011 terechtkomt bij FKG 0 geen FKG, bij FKG GGZ 0 geen FKG GGZ en DKG 0 geen DKG.
  11. Tenslotte bepaalt het college per zorgverzekeraar het geraamde aantal verzekerden 2011 per zorgverzekeraar door per risicoklasse naar leeftijd en geslacht, FKG klasse, DKG klasse, aard van het inkomenklasse, regioklasse, GGZ regioklasse, éénpersoonsadresklasse, sociaal economische statusklasse, 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 2011 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 2011 per zorgverzekeraar te verminderen met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2011 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 2010, het elfde lid en artikel 5, het geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2011 met een FKG 1 tot en met 23 2011.
    - b. Het college bepaalt het aantal verzekerden per zorgverzekeraar van 18 jaar en ouder zonder een FKG 1 tot en met 23 2011. Per voornoemde 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 2011 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 en de berekening van het 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 2011 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 2011, genoemd in bijlage 4 van deze beleidsregels;
  - c. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per DKG 0 tot en met 13 2011, genoemd in bijlage 5 van deze beleidsregels;
  - d. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2011, genoemd in bijlage 6 van deze beleidsregels;
  - e. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per regioklasse 2011, genoemd in bijlage 7 van deze beleidsregels;
  - f. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2011, 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 2011 per overeenkomstige risicoklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2011. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
3. Het college vermenigvuldigt de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per FKG 2011 per overeenkomstige FKG met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden FKG 2011. 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 2011 per overeenkomstige DKG met het geraamde aantal verzekerden per DKG 2011. 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 2011 per overeenkomstige aard van het inkomenklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per aard van het inkomenklasse 2011. 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 2011 per overeenkomstige regioklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per regioklasse 2011. 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 2011 per overeenkomstige sociaal economische statusklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2011. 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 2011.

*Artikel 9 De verdeling van het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en de berekening van het deelbedrag 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 2011 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 2011, 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 2011, 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 2011, genoemd in bijlage 12 van deze beleidsregels;
  - e. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per regioklasse 2011, 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 2011, 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 2011 per overeenkomstige risicoklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2011. 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 2011 per overeenkomstige FKG met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per FKG 2011. 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 2011 per overeenkomstige DKG met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per DKG 2011. 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 2011 per overeenkomstige aard van het inkomenklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per aard van het inkomenklasse 2011. 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 2011 per overeenkomstige regioklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per regioklasse 2011. 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 2011 per overeenkomstige sociaal economische statusklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2011. 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 2011.

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

1. Het college bepaalt het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2011 als volgt:

- a. Het college berekent de gemiddelde vaste kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde per zorgverzekeraar in 2009 op basis van gegevens uit de opgave jaarstaat 2009 per 1 juli 2010 van de zorgverzekeraar.
  - b. Per zorgverzekeraar vermenigvuldigt het college de geraamde aantallen verzekerden 2011 met het berekende bedrag in onderdeel a.
  - c. Vervolgens berekent het college de landelijke vastekostenfactor 2011 door het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2011, als genoemd in artikel 3.2, tweede lid, onder c, van de Regeling zorgverzekering te delen door de som over alle zorgverzekeraars van het resultaat onder b.
  - d. Het college vermenigvuldigt het in onderdeel a berekende bedrag per zorgverzekeraar met de in onderdeel c berekende landelijke vastekostenfactor 2011. Het resultaat wordt aangeduid als het zorgverzekeraarspecifieke bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging per geraamde verzekerde 2011.
2. Indien het gemiddelde aantal verzekerden van een zorgverzekeraar in 2009 minder dan 10.000 bedraagt, wordt voor deze zorgverzekeraar bij de berekening bedoeld in het eerste lid uitgegaan van de gemiddelde kosten van ziekenhuisverpleging 2009 van alle zorgverzekeraars. Deze werkwijze wordt ook gevolgd wanneer de zorgverzekeraar geen juiste of geen volledige opgave over 2009 aan het college heeft gedaan of wanneer een opgave niet mogelijk is.
  3. Het college berekent per zorgverzekeraar het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2011 door het zorgverzekeraarspecifieke bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging per geraamde verzekerde 2011 te vermenigvuldigen met het totaal aantal geraamde verzekerden 2011.
  4. Het resultaat van het derde lid wordt aangeduid als het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2011.

*Artikel 11 De verdeling van het macro-deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de berekening van het deelbedrag 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 2011 naar leeftijd en geslacht, genoemd in bijlage 15 van deze beleidsregels;
  - b. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde naar FKG GGZ 2011, genoemd in bijlage 16 van deze beleidsregels;
  - c. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2011, genoemd in bijlage 17 van deze beleidsregels;
  - d. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per GGZ-regioklasse 2011, genoemd in bijlage 18 van deze beleidsregels;
  - e. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2011, genoemd in bijlage 19 van deze beleidsregels;
  - f. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per éénpersoonsadresklasse 2011, 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 hoge drempelklasse, 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 2011 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 2011. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.



3. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per FKG GGZ 2011 worden per overeenkomstige klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2011. 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 2011 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 2011. 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 2011 worden per overeenkomstige GGZ-regioklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per GGZ-regioklasse 2011. 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 2011 worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per sociaal economische statusklasse 2011. 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 2011 worden per overeenkomstige éénpersoonsadresklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per éénpersoonsadresklasse 2011. 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 2011 worden per overeenkomstige GGZ kosten lage drempelklasse 2011 vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per GGZ kosten lage drempelklasse 2011. 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 2011 worden per overeenkomstige GGZ kosten hoge drempelklasse 2011 vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per GGZ kosten hoge drempelklasse 2011. 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 2011 worden per overeenkomstige jonger dan 18 jaarklasse 2011 vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per jonger dan 18 jaarklasse 2011. 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 2011.

*Artikel 12 De verdeling van het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties en de berekening van het deelbedrag 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 2011 naar leeftijd en geslacht, genoemd in bijlage 24 van deze beleidsregels;
  - b. De gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per FKG 0 tot en met 23 2011, genoemd in bijlage 25 van deze beleidsregels;
  - c. De gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per DKG 0 tot en met 13 2011, genoemd in bijlage 26 van deze beleidsregels;
  - d. De gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2011, genoemd in bijlage 27 van deze beleidsregels;

- e. De gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per regioklasse 2011, genoemd in bijlage 28 van deze beleidsregels;
  - f. De gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2011, genoemd in bijlage 29 van deze beleidsregels.
2. De gewichten kosten van de overige prestaties per verzekerde per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2011 worden per overeenkomstige risicoklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2011. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
  3. De gewichten kosten van de overige prestaties per verzekerde per FKG 2011 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per FKG 2011. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tweede lid.
  4. De gewichten kosten van de overige prestaties per verzekerde per DKG 2011 worden per overeenkomstige DKG vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per DKG 2011. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het derde lid.
  5. De gewichten kosten van de overige prestaties per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2011 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per aard van het inkomenklasse 2011. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vierde lid.
  6. De gewichten kosten van de overige prestaties per verzekerde per regioklasse 2011 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per regioklasse 2011. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vijfde lid.
  7. De gewichten kosten van de overige prestaties per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2011 worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2011. 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 2011.

#### 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 2011 hanteert het college als uitgangspunten:
  - a. de gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2011, genoemd in bijlage 30 van deze beleidsregels;
  - b. de gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2011, genoemd in bijlage 31 van deze beleidsregels;
  - c. de gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per regioklasse 2011, genoemd in bijlage 32 van deze beleidsregels.
2. De gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per risicoklasse 2011 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, dertiende lid. De uitkomsten worden per risicoklasse 2011 per zorgverzekeraar gesommeerd.
3. De gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2011 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 2011, 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 2011 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per regioklasse 2011, 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

- 0,08366 procent 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 2011 voor verzekerden met een FKG 1 tot en met 23 2011 per zorgverzekeraar door het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder met een FKG 1 tot en met 23 2011, bepaald in artikel 7, dertiende lid, onder a, te vermenigvuldigen met een bedrag van EUR 170 per verzekerde. Het college vermindert de uitkomst met 0,08366 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 vereveningsbijdrage*

1. Het college berekent het normatieve bedrag 2011 van een zorgverzekeraar als de som van het volgens dit hoofdstuk berekende deelbedrag kosten B-dbc's 2011, het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2011, het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2011, het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2011 en het deelbedrag kosten van overige prestaties 2011.
2. Het college raamt de opbrengst 2011 van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de geraamde aantallen verzekerden van 18 jaar en ouder 2011 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2011. De nominale rekenpremie 2011 bedraagt EUR 1088 overeenkomstig artikel 3.6 van de Regeling zorgverzekering.
3. Het college vermindert het resultaat van het tweede lid met 0,08366 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 vereveningsbijdrage 2011 aan een zorgverzekeraar door op het normatieve bedrag 2011 de geraamde normatieve eigen risico opbrengst 2011 en de volgens het derde lid geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie 2011 in mindering te brengen.
5. Het college berekent per zorgverzekeraar de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar 2011. Deze uitkering bedraagt het aantal geraamde verzekerden jonger dan 18 jaar vermenigvuldigd met EUR 50.
6. Het college kent de vereveningsbijdrage 2011 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 splitsing van de zorgverzekeraar*

Indien een zorgverzekeraar na de toekenning van de vereveningsbijdrage 2011 besluit zich te splitsen, deelt de zorgverzekeraar aan het college mee hoe naar zijn verwachting de geraamde verzekerdenaantallen 2011 verdeeld zullen worden, over nieuwe dan wel bestaande zorgverzekeraars. Het college kan de toegekende vereveningsbijdrage 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 2011*

1. Het college herberekent de toekenning van de vereveningsbijdrage op basis van de werkelijke verzekerdenaantallen 2011 volgens de opgaven van de zorgverzekeraars aan het college op 4 maart 2011.

2. Het college bepaalt de herberekening van de toegekende vereveningsbijdrage 2011 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 2011 zoals toegekend op grond van artikel 14, zesde lid.
3. Het college herzielt de op grond van artikel 14, zesde lid, toegekende vereveningsbijdrage 2011 overeenkomstig de herberekening uit het tweede lid.

### HOOFDSTUK III

#### DE EERSTE VOORLOPIGE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

##### Artikel 17 *Bepaling van de verzekerdenaantallen 2011*

1. De zorgverzekeraars leveren het persoonskenmerkenbestand 2011 op 1 juli 2011 bij het college aan. De peildatum van de opgave is de datum van nominale premieprolongatie voor de maand juni 2011.  
De zorgverzekeraars leveren het uitstroombestand 2011 op 1 juli 2012 bij het college aan.
2. Voor de vaststelling van het aantal verzekerden 2011 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 2011 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 2011, naar regioklasse 2011, naar GGZ-regioklasse 2011, naar éénpersoonsadresklasse, naar jonger dan 18 jaarklasse en naar de verzekerdenaantallen van 18 jaar en ouder 2011, baseert het college zich op het persoonskenmerkenbestand 2011 en het uitstroombestand 2011. In het geval een verzekerde niet is opgenomen in het persoonskenmerkenbestand 2011 en het uitstroombestand 2011 maakt het college indien mogelijk gebruik van de gegevens uit het persoonskenmerkenbestand 2012. In het geval een verzekerde ook niet is opgenomen in het persoonskenmerkenbestand 2012, maakt het college indien mogelijk gebruik van de gegevens uit het persoonskenmerkenbestand 2010.
4. Voor de vaststelling van de aard van het inkomenklasse baseert het college zich voor de zelfstandigen op de gepseudonimiseerde opgave van de Belastingdienst en voor de overige inkomstenbronnen op de gepseudonimiseerde opgave van het UWV. Voor de opgave van het UWV of de Belastingdienst naar inkomensbron in het jaar 2011, bedoeld in de vorige volzin, hanteert het college de peildatum 30 juni 2011. Indien de opgave van het UWV betreffende een gemeente onvoldoende gegevens bevat, maakt het college voor verzekerden uit die gemeente indien mogelijk gebruik van de gegevens zoals bekend uit 2010, met als peildatum 30 juni 2010. Het college hanteert per verzekerde voor de gepseudonimiseerde opgave van de Belastingdienst dezelfde peildatum als gebruikt voor de opgave van het UWV.
5. Voor de vaststelling van de sociaal economische statusklasse baseert het college zich voor het inkomen op de gepseudonimiseerde opgave van de Belastingdienst over 2010. In het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave over 2010, maakt het college gebruik van de opgave over 2009. In het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave over 2009, maakt het college gebruik van de opgave over 2008.
6. Voor de vaststelling van de GGZ-kosten lage drempelklasse en de GGZ-kosten hoge drempelklasse, baseert het college zich op de opgave door zorgverzekeraars per 1 juni 2012 van declaraties van dbc's geneeskundige GGZ die in 2010 geopend zijn en van overige declaraties geneeskundige GGZ over 2010.
7. 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 2011 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 2011.
8. 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 jaarklasse.
    - 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 jaarklasse de leeftijd op basis van de geboortemaand en het geboortjaar. Het college hanteert daarbij als peildatum 30 juni 2011.
  9. Vervolgens bepaalt het college per zorgverzekeraar het aantal verzekerden naar leeftijd en geslacht 2011. 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 FKG 2011 per zorgverzekeraar als volgt:
    - a. Uitgangspunt is de opgave van 1 juni 2011 van de declaraties farmaceutische hulp 2010 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 2011 en het uitstroombestand 2011 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 2010 per FKG 2011 met inachtneming van het bepaalde met betrekking tot de samenloop van FKG's, bedoeld in artikel 5, tweede lid vast. Het college wijst verzekerden 2010 in 2011 per FKG 2011, zoals bepaald onder d, toe aan een zorgverzekeraar met behulp van een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer, het persoonskenmerkenbestand 2011 en het uitstroombestand 2011.
    - f. Het college bepaalt voor verzekerden die in 2011 in het buitenland wonen het gewicht op 45% van het gewicht voor FKG 0 geen FKG.
    - g. Het college bepaalt voor verzekerden die in 2011 in het buitenland wonen het gewicht FKG GGZ op EUR 0,00.
    - h. Tot slot worden de verzekerdenaantallen 2011 per FKG 2011 en per FKG GGZ 2011 gesommeerd. Hierbij telt de verzekerde mee voor de verzekeringsduur zoals vastgesteld in het tweede lid.
  11. Voor de voorlopige vaststelling van de bijdrage aan een zorgverzekeraar bepaalt het college het aantal verzekerden per DKG 2011 per zorgverzekeraar als volgt:
    - a. Uitgangspunt is de opgave van de zorgverzekeraar per 1 juni 2012 van de declaraties van alle dbc's die in 2010 geopend zijn. Op basis daarvan bepaalt het college het aantal verzekerden per DKG 2011 volgens de indeling in artikel 5, derde lid.

- b. Het college wijst verzekerden 2010 in 2011 per DKG 2011, zoals bepaald onder a, toe aan een zorgverzekeraar met behulp van een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer, het persoonskenmerkenbestand 2011 en het uitstroombestand 2011.
  - c. Het college bepaalt voor verzekerden die in 2011 in het buitenland wonen het gewicht op 55% van het gewicht voor DKG 0.
  - d. Tot slot worden per zorgverzekeraar de verzekerdenaantallen 2011 per DKG 2011 opgeteld. Hierbij telt de verzekerde mee voor de verzekeringsduur, vastgesteld overeenkomstig het tweede lid.
12. Het college bepaalt met behulp van opgaven van de Belastingdienst en het UWV, het RBVZ over 2011, het persoonskenmerkenbestand 2011 en het uitstroombestand 2011 de aantallen verzekerden per aard van het inkomenklasse 2011 en sociaal economische statusklasse 2011. Hierbij telt de verzekerde mee voor de verzekeringsduur, vastgesteld overeenkomstig het tweede lid.
  13. Het college bepaalt met behulp van het RBVZ over 2011, 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 2011 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.
  14. Het college bepaalt met behulp van het RBVZ over 2011, 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.
  15. Het college bepaalt met behulp van de opgave door zorgverzekeraars per 1 juni 2012 van declaraties van dbc's geneeskundige GGZ die in 2010 geopend zijn en van overige declaraties geneeskundige GGZ over 2010 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 2011*

1. Het college bepaalt op basis van de opgave jaarstaat 2011 per 1 juni 2012 per zorgverzekeraar en voor het totaal van de zorgverzekeraars de kosten van B-dbc's 2011, met inachtneming van de artikelen 3.11 en 3.12 van de Regeling zorgverzekering.
2. Het college herberekent op basis van de uitkomsten verkregen na toepassing van artikel 17 het normatieve bedrag kosten van B-dbc's 2011 voor het totaal van alle verzekerden 2011 van alle zorgverzekeraars op de wijze zoals beschreven in artikel 8.
3. Het college berekent de schalingsfactor kosten van B-dbc's 2011 door de kosten van B-dbc's 2011, 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 2011 van alle zorgverzekeraars.
4. Het college herberekent alle gewichten uit artikel 8, eerste lid door deze te vermenigvuldigen met de schalingsfactor kosten van B-dbc's 2011 en deze uitkomsten vervolgens af te ronden op twee decimalen.
5. Het college vermenigvuldigt de in het vierde lid herberekende gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2011 met de aantallen verzekerden per overeenkomstige risicoklasse 2011 per zorgverzekeraar. Het college sommeert de uitkomsten per zorgverzekeraar.
6. De in het vierde lid herberekende gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per FKG 2011 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2011 zoals berekend in artikel 17, tiende lid, per FKG 2011 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vijfde lid.
7. De in het vierde lid herberekende gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per DKG 2011 worden per overeenkomstige DKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2011 zoals berekend in artikel 17, elfde lid, per DKG 2011 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zesde lid.
8. De in het vierde lid herberekende gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2011 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse

- vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2011 per aard van het inkomenklasse 2011 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, twaalfde lid. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zevende lid.
9. De in het vierde lid herberekende gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per regioklasse 2011 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per regioklasse 2011 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, dertiende lid. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het achtste lid.
  10. De in het vierde lid herberekende gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2011 worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2011 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, twaalfde lid. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het negende lid.
  11. Het resultaat van het tiende lid wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van B-dbc's 2011.
  12. Voor de toepassing van artikel 3.20 van de Regeling zorgverzekering vermindert het college het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van B-dbc's 2011 met de kosten van B-dbc's 2011, zoals bepaald in het eerste lid.

*Artikel 19 De voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2011*

1. Het college bepaalt op basis van de opgave jaarstaat 2011 per 1 juni 2012 per zorgverzekeraar en voor het totaal van de zorgverzekeraars de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2011 met inachtneming van de artikelen 3.11, 3.12 en 3.15 van de Regeling zorgverzekering.
2. Het college herberekent op basis van de uitkomsten verkregen na toepassing van artikel 17 het normatieve bedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2011 voor het totaal van alle verzekerden 2011 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 2011 door de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2011, 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 2011 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 2011 en deze uitkomsten 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 2011 met de aantallen verzekerden per overeenkomstige risicoklasse 2011 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 2011 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2011 zoals berekend in artikel 17, tiende lid, per FKG 2011 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 2011 worden per overeenkomstige DKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2011 zoals berekend in artikel 17, elfde lid, per DKG 2011 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 2011 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het

- aantal verzekerden 2011 per aard van het inkomenklasse 2011 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, twaalfde 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 2011 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per regioklasse 2011 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, dertiende 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 2011 worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2011 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, twaalfde 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. De som van het resultaat van het tiende en het elfde lid wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2011.
  13. Voor de toepassing van artikel 3.20 van de Regeling zorgverzekering trekt het college van het voorlopige herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2011 af de kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2011, zoals bepaald in het eerste lid.

*Artikel 20 De voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2011*

1. Het college bepaalt op basis van de opgave jaarstaat 2011 per 1 juni 2012 per zorgverzekeraar met inachtneming van de artikelen 3.11, 3.12 en 3.16 van de Regeling zorgverzekering, de vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2011.
2. Het college herberekent het voorlopig deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2011 per zorgverzekeraar als volgt:
  - a. De vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2010 worden per zorgverzekeraar gedeeld door het aantal verzekerden 2010. Het resultaat is het bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde 2010.
  - b. Het in onderdeel a berekende bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde 2010 wordt vermenigvuldigd met het totaal aantal verzekerden 2011 per zorgverzekeraar, vastgesteld met toepassing van artikel 17, eerste en derde lid. Het resultaat is het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2011.
3. Het college calculeert per zorgverzekeraar 100 procent na op het verschil tussen de vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2011, verkregen in het eerste lid, en het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging, verkregen in het tweede lid.
4. De som van het resultaat van het tweede en het derde lid wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2011.

*Artikel 21 De voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2011*

1. Het college bepaalt op basis van de opgave jaarstaat 2011 per 1 juni 2012 per zorgverzekeraar en voor het totaal van de zorgverzekeraars de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2011 voor verzekerden van 18 jaar en ouder, met inachtneming van de artikelen 3.11, 3.12 en 3.17 van de Regeling zorgverzekering.
2. Het college bepaalt op basis van de opgave jaarstaat 2011 per 1 juni 2012 per zorgverzekeraar en voor het totaal van de zorgverzekeraars de kosten van



- geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2011 voor verzekerden jonger dan 18 jaar, met inachtneming van de artikelen 3.11, 3.12 en 3.17 van de Regeling zorgverzekering.
3. Het college berekent het gewicht kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder per verzekerde voor de risicoklasse GGZ kosten lage drempelklasse 2011 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 2011 0, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
  4. Het college berekent het gewicht kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder per verzekerde voor de risicoklasse GGZ kosten hoge drempelklasse 2011 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 2011 0. De uitkomst van de vorige volzin rondt het college af op 2 decimalen en voorziet het college van een negatief teken.
  5. Het college herberekent op basis van de uitkomsten verkregen na toepassing van artikel 17 het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2011 voor de verzekerden van 18 jaar en ouder 2011 van alle zorgverzekeraars op de wijze zoals beschreven in artikel 11, eerste tot en met negende lid.
  6. Het college berekent de schalingsfactor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2011 voor verzekerden van 18 jaar en ouder 2011 door de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2011, bepaald in het eerste lid, te sommeren over alle zorgverzekeraars en deze te delen door het in het vijfde lid herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2011 voor het totaal van alle verzekerden 2011 van alle zorgverzekeraars.
  7. Het college herberekent alle gewichten uit artikel 11 door deze te vermenigvuldigen met de schalingsfactor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2011, en deze uitkomsten vervolgens af te ronden op twee decimalen.
  8. Het college vermenigvuldigt de in het zevende lid herberekende gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2011 per verzekerde per risicoklasse naar leeftijd en geslacht 2011 met de aantallen verzekerden van 18 jaar en ouder per overeenkomstige risicoklasse 2011 zoals berekend in artikel 17, negende 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 2011 per verzekerde per FKG GGZ 2011 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2011 zoals berekend in artikel 17, tiende lid, per FKG GGZ 2011 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 2011 per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2011 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2011 per aard van het inkomenklasse 2011 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, twaalfde 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 2011 per verzekerde per GGZ regioklasse 2011 worden per overeenkomstige GGZ regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per GGZ regioklasse 2011 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, dertiende 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 2011 per verzekerde bij sociaal economische statusklasse 2011 worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per sociaal economische statusklasse 2011 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, twaalfde 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 2011 per verzekerde per éénpersoonsadresklasse 2011 worden per overeenkomstige éénpersoonsadresklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per éénpersoonsadresklasse 2011 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, dertiende 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 2011 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 2011 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, veertiende 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 2011 per verzekerde per risicoklasse GGZ-kosten hoge drempelklasse 2011 worden per overeenkomstige risicoklasse GGZ-kosten hoge drempelklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per risicoklasse GGZ-kosten hoge drempelklasse 2011 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, veertiende 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 2011 voor de verzekerden jonger dan 18 jaar 2011 van alle zorgverzekeraars op de wijze zoals beschreven in artikel 11, tiende lid.
17. Het college berekent de schalingsfactor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2011 voor verzekerden jonger dan 18 jaar 2011 door de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2011, 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 2011 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 2011, en deze uitkomsten vervolgens af te ronden op twee decimalen.
19. Het herberekende normbedrag voor de normatieve GGZ kosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar per verzekerde 2011 wordt vermenigvuldigd met het aantal verzekerden jonger dan 18 jaar 2011 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, het negentiende en het twintigste lid wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2011.
22. Voor de toepassing van artikel 3.20 van de Regeling zorgverzekering vermindert het college het resultaat van het vijftiende lid met de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, zoals bepaald op grond van het eerste lid.

*Artikel 22 De voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties 2011*

1. Het college bepaalt op basis van de opgave jaarstaat 2011 per 1 juli 2012 de kosten van overige prestaties 2011 met inachtneming van de artikelen 3.11 en 3.12 van de Regeling zorgverzekering.
2. Het college berekent het normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2011 voor het totaal van alle verzekerden 2011 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 2011 door de som van de in het eerste lid bepaalde kosten van overige prestaties 2011 van alle zorgverzekeraars te delen door het in het tweede lid herberekende normatieve bedrag kosten van overige prestaties voor alle verzekerden 2011 van alle zorgverzekeraars.
4. Het college herberekent alle gewichten uit artikel 12 door deze te vermenigvuldigen met de schalingsfactor kosten van overige prestaties 2011, en deze uitkomsten vervolgens af te ronden op twee decimalen.
5. De in het vierde lid herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde 2011 naar leeftijd en geslacht worden per overeenkomstige risicoklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2011 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 2011 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2011 zoals berekend in artikel 17, tiende lid, per FKG 2011 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 2011 worden per overeenkomstige DKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2011 zoals berekend in artikel 17, elfde lid, per DKG 2011 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 2011, worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2011 per aard van het inkomenklasse 2011 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, twaalfde lid. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zevende lid.
9. De in het vierde lid herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per regioklasse 2011 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2011 per regioklasse 2011 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, dertiende 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 2011 worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2011 per zorgverzekeraar, zoals berekend in artikel 17, twaalfde lid. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het negende lid.
11. Het resultaat van het tiende lid wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties 2011.

*Artikel 23 De voorlopige herberekening van de opbrengst van het normatieve eigen risico 2011*

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 2011 op basis van de verzekerdenaantallen 2011 van 18 jaar en ouder zoals berekend in artikel 17.
3. In afwijking van het tweede lid bepaalt het college de gedeerde inkomsten voor verzekerden van 18 jaar en ouder voor wie als gevolg van de toepasselijkheid van artikel 24 Zorgverzekeringswet geen nominale premies worden ontvangen, op basis van de opgave jaarstaat 2011 per 1 juli 2012.

*Artikel 24 De voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2011 en de voorlopige herberekening en voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage 2011*

1. Het college herberekent het normatieve bedrag 2011 voorlopig als de som van het voorlopige herberekende deelbedrag B-dbc's 2011, het voorlopig herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2011, het voorlopige herberekende deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2011, het voorlopig herberekende deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2011 en het voorlopig herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties 2011.
2. Voor de toepassing van artikel 3.20 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 2011 maal EUR 22,50, dan trekt het college 90 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2011 uit als berekend onder a;
  - c. indien het in onderdeel a bepaalde bedrag kleiner is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2011 maal EUR -22,50, dan voegt het college 90 procent van het verschil toe aan het normatieve bedrag 2011 als berekend onder a.
3. Voor de toepassing van artikel 3.20 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 2011 maal EUR 7,50, dan trekt het college 100 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2011 als berekend onder a;
  - c. indien het in onderdeel a bepaalde bedrag kleiner is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2011 maal EUR -7,50, dan voegt het college 100 procent van het verschil toe aan het normatieve bedrag 2011 als berekend onder a.
4. Het college bepaalt de opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de verzekerden van 18 jaar en ouder 2011 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2011.
5. Het college vermindert het resultaat van het vierde lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in de opgave jaarstaat 2011 per 1 juni 2012 als gedeerde inkomsten voor verzekerden van 18 jaar en ouder waarvoor als gevolg van de toepasselijkheid van artikel 24 Zorgverzekeringswet geen nominale premies worden ontvangen.
6. Het college herberekent 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 2011 te vermenigvuldigen met EUR 50.
7. Het college herberekent de vereveningsbijdrage 2011 voorlopig door de som van het herberekende normatieve bedrag 2011 bedoeld in het eerste lid, met toepassing van het tweede en derde lid en de aanvulling voor uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar bedoeld in het zesde 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 vijfde lid.
8. Het college stelt de vereveningsbijdrage 2011 in september 2012 voorlopig vast ter hoogte van de in het vorige lid berekende bijdrage.

#### HOOFDSTUK IV

#### DE TWEDE VOORLOPIGE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE 2011 AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

##### Artikel 25 *Algemene bepaling*

Het college herberekent het normatieve bedrag voor de tweede keer voorlopig met inachtneming van de opgave hogekostencompensatie 2011, de lasten 2011 uit de opgave jaarstaat 2013 per 1 juni 2014, het opbrengstresultaat 2011 en de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast.

## Artikel 26 *Bepaling van de verzekerdenaantallen 2011*

1. Het college betreft de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast, het uitstroombestand 2012 en de opgave door zorgverzekeraars per 1 november 2012 van verzekerden die vanwege bijzondere omstandigheden niet over een burgerservicenummer beschikken 2011 bij de verzekerdenaantallen zoals berekend op grond van artikel 17.
2. Voor de sociaal economische statusklasse betreft het college voor het inkomen de opgave van de Belastingdienst over 2011 bij de verzekerdenaantallen. Indien een verzekerde niet is opgenomen in de opgave voor 2011, maakt het college gebruik van de opgave voor 2010. Indien een verzekerde niet is opgenomen in de opgave voor 2010, maakt het college gebruik van de opgave voor 2009.

## Artikel 27 *De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van B-dbc's 2011*

1. Het college hanteert bij de tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van B-dbc's 2011 als uitgangspunten:
  - a. de gewichten kosten van B-dbc's 2011 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 2011, 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 2011, zoals vermeld in bijlage 35 van deze beleidsregels;
  - d. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2011, zoals vermeld in bijlage 36 van deze beleidsregels;
  - e. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per regioklasse 2011, zoals vermeld in bijlage 37 van deze beleidsregels;
  - f. de gewichten kosten van B-dbc's per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2011, genoemd in bijlage 38 van deze beleidsregels.
2. Het college bepaalt de kosten van B-dbc's 2011 met inachtneming van de artikelen 3.11 en 3.12 van de Regeling zorgverzekering.
3. Het college herberekent het deelbedrag kosten van B-dbc's 2011 voor het totaal van alle verzekerden van alle zorgverzekeraars 2011 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 2011 door de som van de totale kosten van B-dbc's 2011 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 2011 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 2011 en rondt deze uitkomsten 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 2011 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 2011 per verzekerde worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2011 per FKG 2011 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 2011 per DKG 2011 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 2011 worden per zorgverzekeraar per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2011 per aard van het inkomenklasse 2011. 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 2011 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per regioklasse 2011 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 2011 worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2011 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tiende lid.
12. Het college past een hogekostencompensatie toe overeenkomstig artikel 3.14 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 2011.
14. Voor de toepassing van artikel 3.20 van de Regeling zorgverzekering trekt het college van het tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van B-dbc's 2011 af de kosten van B-dbc's 2011, zoals bepaald in het tweede lid.

*Artikel 28 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2011*

1. Het college hanteert bij de tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2011 als uitgangspunten:
  - a. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per risicoklasse 2011 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 2011, 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 tot en met 13 2011, 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 2011, zoals vermeld in bijlage 42 van deze beleidsregels;
  - e. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per regioklasse 2011, 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 2011, genoemd in bijlage 44 van deze beleidsregels.
2. Het college bepaalt de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2011 met inachtneming van de artikelen 3.11, 3.12 en 3.15 van de Regeling zorgverzekering.
3. Het college herberekent het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2011 voor het totaal van alle verzekerden van alle zorgverzekeraars 2011 op de wijze zoals beschreven in artikel 9, gebruikmakend van de gewichten uit het eerste lid.
4. Het college herberekent de schalingsfactor variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2011 door de som van de totale variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2011 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 2011 van alle zorgverzekeraars, 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 2011 en rondt deze uitkomsten 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 2011 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 2011 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2011 per FKG 2011 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 2011 worden per zorgverzekeraar per overeenkomstige DKG 2011 vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2011 per DKG 2011. 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 2011 worden per zorgverzekeraar per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2011 per aard van het inkomenklasse 2011. 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 2011, worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per regioklasse 2011 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 2011, worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2011 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tiende lid.
12. Het college past een hogekostencompensatie toe overeenkomstig artikel 3.15 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. De som van het resultaat van het elfde, het twaalfde en het dertiende lid wordt aangeduid als het tweede voorlopig herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2011.
15. Voor de toepassing van artikel 3.20 van de Regeling zorgverzekering trekt het college van het tweede voorlopig herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2011 af de kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2011, zoals bepaald in het tweede lid.

*Artikel 29 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2011*

Het college herberekent voor de tweede keer voorlopig het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2011 overeenkomstig artikel 20, met inachtneming van artikel 26.

*Artikel 30 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2011*

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 2011 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 2011, zoals vermeld in bijlage 46 van deze beleidsregels;
  - c. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2011, zoals vermeld in bijlage 47 van deze beleidsregels;
  - d. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per GGZ regioklasse 2011, zoals vermeld in bijlage 48 van deze beleidsregels;
  - e. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2011, genoemd in bijlage 49 van deze beleidsregels;
  - f. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per éénpersoonsadresklasse 2011, genoemd in bijlage 50 van deze beleidsregels;
  - g. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per GGZ-kosten lage drempelklasse 2011, genoemd in bijlage 51 van deze beleidsregels;
  - h. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per GGZ-kosten hoge drempelklasse 2011, genoemd in bijlage 52 van deze beleidsregels.
2. Het college bepaalt de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2011 voor verzekerden van 18 jaar en ouder met inachtneming van de artikelen 3.11 en 3.12 van de Regeling zorgverzekering.
  3. Het college bepaalt de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar 2011 met inachtneming van de artikelen 3.11 en 3.12 van de Regeling zorgverzekering.
  4. Het college berekent het gewicht kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder per verzekerde voor de risicoklasse GGZ kosten lage drempelklasse 2011 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 2011 0, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
  5. Het college berekent het gewicht kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder per verzekerde voor de risicoklasse GGZ kosten hoge drempelklasse 2011 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 2011 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 2011 voor de verzekerden van 18 jaar en ouder 2011 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 2011 door de som van de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2011 van alle zorgverzekeraars, zoals bepaald in het tweede lid, te delen door het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2011 voor de verzekerden van 18 jaar en ouder 2011 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 2011, en deze vervolgens af te ronden op twee decimalen.
  9. De herberekende gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde 2011 worden per overeenkomstige risicoklasse naar leeftijd en geslacht vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2011 per risicoklasse 2011 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
  10. De herberekende gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per FKG GGZ 2011 worden per overeenkomstige FKG GGZ vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2011 per FKG GGZ 2011 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 2011 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2011 per aard van het inkomenklasse 2011 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 2011 worden per overeenkomstige GGZ regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2011 per GGZ regioklasse 2011 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 2011 worden per overeenkomstige sociaal economische statusklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2011 per sociaal economische statusklasse 2011 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 2011, worden per overeenkomstige éénpersoonsadresklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per éénpersoonsadresklasse 2011 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 2011, worden per overeenkomstige GGZ kosten lage drempelklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per GGZ kosten lage drempelklasse 2011 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 2011, worden per overeenkomstige GGZ kosten hoge drempelklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per GGZ kosten hoge drempelklasse 2011 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vijftiende lid.
  17. Het college past een hogekostencompensatie toe overeenkomstig artikel 3.18 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 2011 voor de verzekerden jonger dan 18 jaar 2011 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 2011 door de som van de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2011 van alle zorgverzekeraars, zoals bepaald in het derde lid, te delen door het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2011 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 2011, en deze uitkomsten vervolgens af te ronden op twee decimalen.
  21. De herberekende gewichten voor geneeskundige GGZ kosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar per verzekerde 2011 wordt vermenigvuldigd met het aantal verzekerden jonger dan 18 jaar 2011 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 2011.
24. Voor de toepassing van artikel 3.20 van de Regeling zorgverzekering vermindert het college het resultaat van het zeventiende lid met de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, zoals bepaald in het tweede lid.

*Artikel 31 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties 2011*

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 2011 naar leeftijd en geslacht, zoals vermeld in bijlage 53 van deze beleidsregels;
  - b. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per FKG 2011, zoals vermeld in bijlage 54 van deze beleidsregels;
  - c. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per DKG 2011, zoals vermeld in bijlage 55 van deze beleidsregels;
  - d. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2011, zoals vermeld in bijlage 56 van deze beleidsregels;
  - e. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per regioklasse 2011, zoals vermeld in bijlage 57 van deze beleidsregels;
  - f. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per sociaal economische statusklasse 2011, genoemd in bijlage 58 van deze beleidsregels.
2. Het college bepaalt de kosten van overige prestaties 2011 met inachtneming van de artikelen 3.11 en 3.12 van de Regeling zorgverzekering.
3. Het college herberekent het normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2011 voor het totaal van alle verzekerden 2011 van alle zorgverzekeraars op de wijze zoals beschreven in artikel 12, gebruikmakend van de gewichten uit het eerste lid.
4. Het college herberekent de schalingsfactor kosten van overige prestaties 2011 door de som van de kosten van overige prestaties 2011 van alle zorgverzekeraars, zoals bepaald in het tweede lid, te delen door het normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2011 voor het totaal van alle verzekerden 2011 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 2011, en deze uitkomsten vervolgens af te ronden op twee decimalen.
6. De herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde 2011 worden per overeenkomstige risicoklasse naar leeftijd en geslacht vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2011 per risicoklasse 2011 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
7. De herberekende gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per FKG 2011 worden per overeenkomstige FKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2011 per FKG 2011 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 2011 worden per overeenkomstige DKG vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2011 per DKG 2011 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 2011 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2011 per aard van het inkomenklasse 2011 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 2011 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden 2011 per regioklasse 2011 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 2011, worden per overeenkomstige sociaal economische

statusklasse vermenigvuldigd met het aantal verzekerden per sociaal economische statusklasse 2011 per zorgverzekeraar. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tiende lid.

12. Het college past een hogekostencompensatie toe overeenkomstig artikel 3.19 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 voorlopig herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties 2011.

#### *Artikel 32 De tweede voorlopige herberekening van de normatieve eigen risico opbrengst 2011*

Het college herberekent voor de tweede keer voorlopig de normatieve eigen risico opbrengst 2011 overeenkomstig artikel 13 en artikel 23, met inachtneming van artikel 26.

#### *Artikel 33 De tweede voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2011 en de tweede voorlopige herberekening en de vaststelling van de vereveningsbijdrage 2011*

1. Het college herberekent het normatieve bedrag 2011 voor de tweede keer voorlopig als de som van het tweede voorlopige deelbedrag B-DBC's 2011, het tweede voorlopige deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2011, het tweede voorlopige deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2011, het tweede voorlopige deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2011 en het tweede voorlopige deelbedrag kosten van overige prestaties 2011.
2. Voor de toepassing van artikel 3.20 van de Regeling zorgverzekering berekent het college:
  - a. de som van het bedrag bepaald in artikel 27, veertiende lid en het bedrag bepaald in artikel 28, vijftiende lid;
  - b. indien het in onderdeel a bepaalde bedrag groter is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2011 maal EUR 22,50, dan trekt het college 90 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2011 als berekend onder a;
  - c. indien het in onderdeel a bepaalde bedrag kleiner is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2011 maal EUR -22,50, dan voegt het college 90 procent van het verschil toe aan het normatieve bedrag 2011 als berekend onder a.
3. Voor de toepassing van artikel 3.20 van de Regeling zorgverzekering gebruikt het college:
  - a. de uitkomst van artikel 30, vierentwintigste lid;
  - b. indien het in onderdeel a bepaalde bedrag groter is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2011 maal EUR 7,50, dan trekt het college 100 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2011 als berekend onder a;
  - c. indien het in onderdeel a bepaalde bedrag kleiner is dan het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2011 maal EUR -7,50, dan voegt het college 100 procent van het verschil toe aan het normatieve bedrag 2011 als berekend onder a.
4. Het college bepaalt de tweede voorlopige opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de verzekerden van 18 jaar en ouder 2011 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2011.
5. Het college vermindert het resultaat van het vierde lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in zijn jaarstaat 2011 per 1 juli 2012 als gedeerde inkomsten voor verzekerden van 18 jaar en ouder waarvoor als gevolg van de toepasselijkheid van artikel 24 Zorgverzekeringswet geen nominale premies worden ontvangen.
6. Het college 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 2011 te vermenigvuldigen met EUR 50.
7. Het college berekent de vereveningsbijdrage 2011 voor de tweede keer voorlopig door de som van het tweede voorlopige normatieve bedrag 2011 bedoeld in het eerste lid, met toepassing van het tweede lid en de aanvulling voor uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar bedoeld in artikel 24, zesde lid, te verminderen met de

- tweede voorlopige normatieve eigen risico opbrengst bedoeld in artikel 32, en de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in artikel 24, vijfde lid.
8. Het college stelt de vereveningsbijdrage 2011 voor de tweede keer voorlopig vast in september 2014 ter hoogte van de in het vorige lid berekende bijdrage.

## HOOFDSTUK V

### DE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE 2011 AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

#### *Artikel 34 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 2013.

#### *Artikel 35 De definitieve herberekening van het deelbedrag kosten van B-dbc's 2011*

Het college herberekent definitief het deelbedrag kosten van B-dbc's 2011 overeenkomstig artikel 27, met inachtneming van artikel 34.

#### *Artikel 36 De definitieve herberekening van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2011*

Het college herberekent definitief het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2011 overeenkomstig artikel 28, met inachtneming van artikel 34.

#### *Artikel 37 De definitieve herberekening van het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2011*

Het college herberekent definitief het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2011 overeenkomstig artikel 29, met inachtneming van artikel 34.

#### *Artikel 38 De definitieve herberekening van het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2011*

Het college herberekent definitief het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2011 overeenkomstig artikel 30, met inachtneming van artikel 34.

#### *Artikel 39 De definitieve herberekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties 2011*

Het college herberekent definitief het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2011 overeenkomstig artikel 31, met inachtneming van artikel 34.

#### *Artikel 40 De definitieve herberekening van de normatieve eigen risico opbrengst 2011*

Het college herberekent definitief het deelbedrag normatieve eigen risico opbrengst overeenkomstig artikel 32, met inachtneming van artikel 34.

#### *Artikel 41 De definitieve herberekening van het normatieve bedrag 2011 en de definitieve herberekening en de vaststelling van de bijdrage 2011*

1. Het college herberekent definitief het normatieve bedrag 2011 overeenkomstig artikel 33, met inachtneming van artikel 34.
2. Het college stelt de bijdrage 2011 vast in april 2015 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 42

1. Bij gelegenheid van de vaststelling van de bijdrage 2011, bedoeld in artikel 41, stelt het college per zorgverzekeraar ook de uitkering 2011 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 2011 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 2011, bedoeld in artikel 24, ook de voorlopige uitkering 2011 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 2011 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 2011, bedoeld in artikel 33, ook de tweede voorlopige uitkering 2011 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 43

1. Het college betaalt de zorgverzekeraars de vereveningsbijdrage, 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 2011 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 2011;
  - b. het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2011;
  - c. het deelbedrag overige prestaties 2011;
  - 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 44 *Betaling*

1. Het college bepaalt de som van de bestanddelen genoemd in artikel 43, eerste lid, onder a tot en met c en de uitkering genoemd in artikel 43, tweede lid.
2. Het college deelt het resultaat van artikel 14, zesde lid, door het resultaat van het eerste lid.
3. Het college vermenigvuldigt ieder van de bestanddelen genoemd in artikel 43, eerste lid, onder a tot en met c en de uitkering bedoeld in artikel 43, tweede lid, met het percentage dat het resultaat is van het tweede lid.
4. De resultaten van het derde lid worden respectievelijk 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 2011;
  - b. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2011;
  - c. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag overige prestaties 2011;
  - 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 genoemd in het vierde lid onder a tot en met d in termijnen op de eerste werkdag van de maand, overeenkomstig onderstaand betalingschema:

#### Betalingschema

	Bestanddelen betalingen			
Betaalmoment	Artikel 44 vierde lid, onder a	Artikel 44 vierde lid, onder b	Artikel 44 vierde lid, onder c	Artikel 44 vierde lid, onder d
januari 2011		0,5200%		
februari 2011	0,9195%	2,0800%		8,3333%
maart 2011	2,6437%	4,1700%	8,3333%	8,3333%
april 2011	4,3678%	6,2500%	8,3334%	8,3334%
mei 2011	6,0920%	7,8100%	8,3333%	8,3333%
juni 2011	7,6435%	8,3400%	8,3333%	8,3333%
juli 2011	8,3333%	8,3300%	8,3334%	8,3334%
augustus 2011	8,3333%	8,3300%	8,3333%	8,3333%
september 2011	8,3333%	8,3400%	8,3333%	8,3333%
oktober 2011	8,3333%	8,3300%	8,3334%	8,3334%
november 2011	8,3333%	8,3300%	8,3333%	8,3333%
december 2011	8,3333%	8,3400%	8,3333%	8,3333%
januari 2012	8,3333%	7,8100%	8,3334%	8,3334%
februari 2012	7,4139%	6,2500%	8,3333%	
maart 2012	5,6897%	4,1700%		
april 2012	3,9656%	2,0800%		
mei 2012	2,2414%	0,5200%		
juni 2012	0,6898%			

6. Voor een zorgverzekeraar, die zich op grond van artikel 25 van de 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 vereveningsbijdrage, de vereveningsbijdrage meer dan 5 procent hoger zal zijn dan bij de laatst toegekende of voorlopig vastgestelde vereveningsbijdrage, afwijken van de vorige leden en de betalingen aan een zorgverzekeraar aanpassen.

#### Artikel 45

1. Bij de herberekening en herziening van de toegekende vereveningsbijdrage 2011 op grond van artikel 16 herziet het college de te betalen termijnen overeenkomstig artikel 44 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 44. 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 44. 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 44. 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 46

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 45.
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 47

1. Bij de verrekening van verschillen, bedoeld in artikel 45, 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 45, tweede lid, berekent het college rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 44 en artikel 45, eerste en tweede lid tot de datum van de voorlopige vaststelling van de bijdrage.
3. Bij de verrekening van de verschillen, bedoeld in artikel 45, derde lid, berekent het college rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 44 en artikel 45, 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 45, vierde lid, berekent het college rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 44 en artikel 45 eerste, tweede, derde en vierde lid tot de datum van de definitieve vaststelling van de bijdrage.
5. Voor een zorgverzekeraar waarvoor krachtens artikel 45, zesde en zevende 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 termijnrenten zonder onderpand over de periodes, bedoeld in het eerste, tweede, derde en vierde lid.

Voor de laatste kalendermaand vóór de betaling gaat het college uit 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 48

1. Deze beleidregels treden in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin zij worden geplaatst.
2. Deze beleidsregels werken terug tot en met 4 oktober 2010.

#### Artikel 49

Deze beleidsregels worden aangehaald als: Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011.

Deze beleidsregels worden in de Staatscourant geplaatst.

*Voorzitter Raad van Bestuur*

dr. P.C. Hermans



## 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 voor Zorgverzekeringen (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 het te werk gaat bij de toekenning en vaststelling van de vereveningsbijdrage. De minister moet de beleidsregels goedkeuren (artikel 32, zevende 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 2011 kent het CVZ voorafgaand aan het vereveningsjaar 2011 (ex ante) de bijdrage aan de zorgverzekeraars toe. In het voorjaar van 2011 herziet het CVZ de toekenning bij de lenteherberekening. Na ommekomst van het jaar (ex post) stelt het CVZ de bijdrage meerdere keren vast bij de eerste voorlopige, tweede voorlopige en definitieve vaststelling. Het CVZ stelt de vereveningsbijdrage eerst twee keer voorlopig vast, omdat de gegevens die benodigd zijn voor de definitieve vaststelling van de bijdrage, op verschillende momenten in de tijd beschikbaar komen. Om de onzekerheid over de definitieve bijdrage voor zorgverzekeraars te verminderen, stelt het CVZ de bijdrage na ommekomst van het vereveningsjaar twee keer voorlopig vast op basis van gegevens die dan beschikbaar zijn. Deze voorlopige vaststellingen bieden de zorgverzekeraar tussentijds een indicatie over de nog 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 ex ante verzekerdenraming door gerealiseerde verzekerdenaantallen, worden de ex ante normbedragen vervangen door ex post normbedragen en wordt de voorlopige opgave door zorgverzekeraars van kosten die verzekerden gemaakt hebben vervangen door de definitieve opgave. Verder verschillen de opeenvolgende toekenningen en vaststellingen van elkaar door de berekeningen die het CVZ per toekenning of vaststelling uitvoert. Bij de tweede voorlopige vaststelling en de definitieve vaststelling houdt het CVZ rekening met de rapportages die de NZa heeft opgesteld.

De basisberekening 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 2011 begint met de vaststelling van de gewijzigde Regeling zorgverzekering door de minister van VWS. De minister bepaalt in deze Regeling het Macro Prestatie Bedrag dat over de zorgverzekeraars wordt verdeeld en de wijze waarop dit gebeurt. De minister bepaalt vervolgens met welke verdeelcriteria rekening wordt gehouden en koppelt daar een bijdrage (normbedrag) aan. Na de vaststelling van de Regeling en de vaststelling van de onderhavige beleidsregels door het CVZ vindt ex ante toekenning van de bijdrage aan de zorgverzekeraars plaats in oktober 2010. De ex ante bijdrage berekent het CVZ in drie stappen:

- De eerste stap, de verzekerdenraming, wordt beschreven in artikel 7. Tabel 1: verzekerdenraming en verzekerdenbepaling bij deze toelichting geeft per deelbijdrage een overzicht van de vereveningskenmerken waarin verzekerden bij de verzekerdenraming worden ingedeeld.
- 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.
- 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 2011 de zogenoemde lenterherberekening. Deze herberekening is een 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 44, eerste lid).

De eerste voorlopige vaststelling van de bijdrage vindt plaats, na ommekomst van het jaar 2011, in september 2012. De eerste voorlopige vaststelling van de bijdrage berekent het CVZ in drie stappen:

- De eerste stap, de verzekerdenbepaling, wordt beschreven in artikel 17.
- 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 bij deze toelichting, herschaalt het CVZ op basis van de gerealiseerde kosten zoals de zorgverzekeraars die opgegeven in de jaarstaat 2011. 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 bij 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 2014. De bijdrage uit de tweede voorlopige vaststelling berekent het CVZ in drie stappen:

- De eerste stap, de verzekerdenbepaling, wordt beschreven in artikel 17 en artikel 26. 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 2012 en de opgave door zorgverzekeraars per 1 november 2012 van verzekerden die vanwege bijzondere omstandigheden niet over een burgerservicenummer beschikken bij de verzekerdenbepaling. Voor de sociaal economische statusklasse betreft het CVZ voor het inkomen de opgave van de belastingdienst over 2011 bij de verzekerdenbepaling.

- De tweede stap, de berekening van de deelbedragen, wordt beschreven in artikel 27, 28, 29, 30 en 31. 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 2011 zoals opgegeven in de jaarstaat 2013. 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 27, tweede tot en met vijfde lid, beschrijft de macroneutraliteit. Afhankelijk van het deelbedrag past het CVZ hogekostencompensatie (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 bij de toelichting staan de nacalculatiepercentages vermeld.
- De derde stap, de bijdrageberekening, wordt beschreven in artikel 33. Afhankelijk van het deelbedrag past het CVZ de bandbreedteregeling toe. Artikel 32 beschrijft de berekening van de eigen bijdrage in verband met het eigen risico.

Het CVZ stelt de bijdrage definitief vast in april 2015. 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 en artikel 26 van toepassing.
- Op de tweede stap, de berekening van de deelbedragen, zijn de artikelen 35, 36, 37, 38 en 39 van toepassing.
- Op de derde stap, de bijdrageberekening, is artikel 41 van toepassing. De berekening van de eigen betaling in verband met het eigen risico voor de definitieve vaststelling, wordt beschreven in artikel 40.

Hoofdstuk 7 gaat over de betalingen aan de zorgverzekeraars.

### **Nieuwe elementen in 2011**

Het CVZ licht hierna de veranderingen voor het vereveningsjaar 2011 ten opzichte van het vereveningsjaar 2010 toe.

De belangrijkste inhoudelijke wijzigingen in het vereveningsmodel 2011 ten opzichte van het model 2010 zijn:

- Aanpassing van de normbedragen afslag voor verzekerden die in het buitenland wonen met en zonder E 106 formulier bij de vereveningskenmerken FKG en DKG in het somatische model;
- Aanpassing van de criteria voor samenloop bij het vereveningskenmerk aard van het inkomen (AvI);
- In de beleidsregels 2011 is geen artikel meer opgenomen over de compensatiebijdrage voor wanbetalers, aangezien dit nu apart in de Zorgverzekeringswet en lagere regelgeving is geregeld;

- In de beleidsregels 2011 zijn de normbedragen voor de deelprestaties van overige prestaties niet meer opgenomen.

De aanpassingen van de normbedragen afslag voor buitenlandse werknemers met en zonder E 106 formulier bij de vereveningskenmerken FKG en DKG in het somatische model, zijn op verschillende plaatsen in de beleidsregels terug te vinden.

- Er wordt geen onderscheid meer gemaakt tussen verzekerden die in het buitenland wonen met een bevestigd E 106 formulier en verzekerden die in het buitenland wonen zonder bevestigd E 106 formulier. De definitie in artikel 1 onder t is hiervoor aangepast.
- Voor het vereveningskenmerk FKG in het somatische model wordt in plaats van het vaste normbedrag EUR 0, nu een normbedrag gehanteerd van 45% van het normbedrag afslag. Zie artikel 17, tiende lid, onder f.
- Voor het vereveningskenmerk DKG wordt in plaats van het vaste normbedrag EUR 0, nu een normbedrag gehanteerd van 55% van het normbedrag afslag. Zie artikel 17, elfde lid, onder c.

Zw-plichtigen woonachtig in het buitenland die zijn ingeschreven bij Nederlandse zorgverzekeraars vormen een probleem bij de uitvoering van de risicoverevening omdat voor hen niet alle vereveningskenmerken volledig bekend zijn. Dit geldt met name voor farmacie kostengroepen (FKG's) en voor diagnose kostengroepen (DKG's). Omdat het farmaciegebruik van deze buitenlandse verzekerden niet of slechts gedeeltelijk op individu-niveau in de administratie van de betreffende verzekeraars wordt vastgelegd, blijft een onbekend deel van hun FKG's buiten beeld. Iets dergelijks geldt voor DKG's omdat deze niet uit buitenlandse ziekenhuisnota's kunnen worden afgeleid. Voor de FKG en DKG krijgen deze verzekerden sinds 2006 het gewicht 'nul' (in plaats van de afslag van FKG- en DKG 0).

De bedoeling is de normbedragen voor FKG en DKG voor de gehele groep van buitenlandse verzekerden te baseren op een schatting van FKG- en DKG-prevalenties, rekening houdend met leeftijd, geslacht en aard van het inkomen (AVI). Juist deze vereveningskenmerken zijn hiervoor geschikt omdat ze voor buitenlandse verzekerden in principe volledig bekend zijn. Onderzoek bevestigt de conclusie dat voor het vereveningskenmerk FKG een normbedrag van 45% van het normbedrag afslag beter aansluit op de kosten van buitenlanders en voor het vereveningskenmerk DKG een normbedrag van 55% van het normbedrag afslag. Om die reden worden deze voorstellen in onderhavige 'beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011' vastgelegd. Daarbij vervalt tevens het onderscheid tussen buitenlandse verzekerden met en zonder bevestigd E-106 formulier. Het eerdergenoemde onderzoek heeft namelijk uitgewezen dat dit onderscheid niets toevoegt. Reden om dit onderscheid per 2011 te laten vervallen.

Aanpassing van de criteria voor samenloop bij het vereveningskenmerk aard van het inkomen (AvI);

- Een verzekerde die zowel werkloos als zelfstandig is, wordt niet meer in de AvI categorie zelfstandigen ingedeeld, maar in de AvI categorie referentiegroep. Zie artikel 4.

Volgorde AvI trechtering van boven naar beneden:	Ingedeeld in AvI categorie:
1, 0 tot en met 17 jaar of 65 jaar en ouder	0 tot en met 17 jaar of 65 jaar en ouder
2. Arbeidsongeschikten	Arbeidsongeschikten
3. Bijstandsgerechtigden	Bijstand
4. Overige inkomsten, waaronder inkomsten uit loondienst of een uitkering	Referentiegroep

in verband met werkloosheid	
5. Zelfstandigen	Zelfstandigen
6. Overigen	Referentiegroep

*Voorzitter Raad van Bestuur*

dr. P.C. Hermans

## Tabellen bij toelichting

Tabel 1: verzekerdenraming en verzekerdenbepaling

Toewijzing verzekerden naar vereveningskenmerken bij de verzekerdenraming en de verzekerdenbepaling 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	Bijdrageberekening
Alle verzekerden naar:	Alle verzekerden naar:	Alle verzekerden. Geen toewijzing naar verdeel kenmerken.	Verzekerden jonger dan 18 jaar.	Verzekerden 18 jaar en ouder naar:	Alle verzekerden naar:	Verzekerden 18 jaar en ouder zonder FKG naar:
Risicoklasse leeftijd en geslacht	Risicoklasse leeftijd en geslacht		Jonger dan 18 jaarklasse	Risicoklasse leeftijd en geslacht	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					
<b>(Ex ante) Toekenning</b>					
Deelbedrag B-DBC	Deelbedrag variabel	Deelbedrag vast	Deelbedrag GGZ		Deelbedrag overig
Artikel 8	Artikel 9	Artikel 10	Artikel 11		Artikel 12
Verzekerdenraming artikel 7 * normbedragen tabellen 3 t/m 8	Verzekerdenraming artikel 7 * normbedragen tabellen 9 t/m 14	Verzekerdenraming artikel 7 * gemiddelde vaste kosten 2009. Opschalen naar macroprestatie bedrag 2011	Verzekerdenraming artikel 7 verzekerden jonger dan 18 jaar * normbedragen tabel 15	Verzekerdenraming artikel 7 verzekerden van 18 jaar en ouder * normbedragen tabellen 16 t/m 23	Verzekerdenraming artikel 7 * normbedragen tabellen 24 t/m 29
<b>Voorlopige vaststelling</b>					
Deelbedrag B-DBC	Deelbedrag variabel	Deelbedrag vast	Deelbedrag GGZ		Deelbedrag overig
Artikel 18	Artikel 19	Artikel 20	Artikel 21		Artikel 22
Verzekerdenbepaling artikel 17 * herschaalde tabellen 3 t/m 8	Verzekerdenbepaling artikel 17 * herschaalde tabellen 9 t/m 14	Verzekerdenbepaling artikel 17 * herberekende vaste kosten	Verzekerdenbepaling artikel 17 * herschaalde tabel 15	Verzekerdenbepaling artikel 17 * herschaalde tabellen 16 t/m 23	Verzekerdenbepaling artikel 17 * herschaalde tabellen 24 t/m 29
	30% nacalculatie	100% nacalculatie	100% nacalculatie		
<b>Tweede voorlopige vaststelling</b>					
Deelbedrag B-DBC	Deelbedrag variabel	Deelbedrag vast	Deelbedrag GGZ		Deelbedrag overig
Artikel 27	Artikel 28	Artikel 29	Artikel 30		Artikel 31
Verzekerdenbepaling artikel 26 * herschaalde tabellen 33 t/m 38	Verzekerdenbepaling artikel 26 * herschaalde tabellen 39 t/m 44	Verzekerdenbepaling artikel 26 * herberekende vaste kosten	Verzekerdenbepaling artikel 26 * herschaalde tabel 23	Verzekerdenbepaling artikel 26 * herschaalde tabellen 45 t/m 52	Verzekerdenbepaling artikel 26 * herschaalde tabellen 53 t/m 58
HKC conform artikel 3.14 van de Regeling zorgverzekering	HKC conform artikel 3.15 van de Regeling zorgverzekering			HKC conform artikel 3.18 van de Regeling zorgverzekering	HKC conform artikel 3.19 van de Regeling zorgverzekering
	30% nacalculatie	100% nacalculatie	100% nacalculatie		
<b>Definitieve vaststelling</b>					
Artikel 35	Artikel 36	Artikel 37	Artikel 38		Artikel 39
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 33	
Definitieve vaststelling	Artikel 41	
Toepassing <u>Bandbreedteregeling</u> conform artikel 3.20 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.		
<u>Sommatie</u> deelbijdragen tot Normatief bedrag 2011		
<u>Min</u> 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 32	
Eigen risico definitieve vaststelling	Artikel 40	
<u>Min</u> nominale rekenpremie		
<u>Plus</u> uitvoeringskosten verzekerden jonger dan 18 jaar		
<u>Is</u> bijdrage 2011		



**Bijlage 1 Prevalentie-ontwikkeling 2010-2011 per morbiditeitsrisicoklasse per FKG 2011**

Bron: College voor zorgverzekeringen

FKG somatisch model

Mannen	0	1	2	3	4	5
Leeftijd		Glaucoom	Schildklier-aandoeningen	Anti- psychotica	Antidepressiva	Hoog cholesterol
0 t/m 17	0,999988	1,153509	1,050184	1,086949	1,087611	1,253814
18 t/m 29	0,999436	1,027562	1,028333	0,986864	0,986745	1,037685
30 t/m 44	0,998512	1,035136	1,029566	1,032488	0,99281	1,033492
45 t/m 59	0,994089	0,986797	1,037156	1,056312	0,996855	1,046631
60 t/m 74	0,980084	1,007702	1,02656	1,083214	1,007215	1,076217
75 e.o.	0,962878	1,009005	1,03962	1,157967	0,98331	1,131441

Vrouwen	0	1	2	3	4	5
Leeftijd		Glaucoom	Schildklier-aandoeningen	Anti- psychotica	Antidepressiva	Hoog cholesterol
0 t/m 17	0,999989	1,038114	1,023738	1,153602	0,950449	1,275496
18 t/m 29	0,999723	1,122349	1,031324	0,988669	0,960717	1,019108
30 t/m 44	0,998722	1,028645	1,04361	1,013352	0,977981	1,051626
45 t/m 59	0,993506	0,960788	1,038453	1,044875	0,997902	1,077686
60 t/m 74	0,983422	1,004917	1,033149	1,049194	0,99533	1,093041
75 e.o.	0,975557	0,997794	1,03099	1,185787	0,983926	1,153598

Mannen	6	7	8	9	10	11
Leeftijd	Diabetes type IIb	COPD / zware astma	Astma	Diabetes type IIa	Epilepsie	Ziekte van Crohn
0 t/m 17	1,240091	0,86477	0,984057	1,014778	1,018172	1,046245
18 t/m 29	1,240091	0,990192	1,023472	1,014778	1,025115	0,999847
30 t/m 44	1,028848	1,008619	1,016719	1,014778	0,999848	1,049296
45 t/m 59	1,021583	1,037964	1,022274	1,026526	1,011285	1,020003
60 t/m 74	0,976249	1,014464	0,998851	1,035197	1,006136	1,050207
75 e.o.	0,967546	1,003493	0,992455	1,039099	1,007737	1,040791

Vrouwen	6	7	8	9	10	11
Leeftijd	Diabetes type IIb	COPD / zware astma	Astma	Diabetes type IIa	Epilepsie	Ziekte van Crohn
0 t/m 17	1,048143	0,964369	0,984821	1,040879	1,028778	0,953647
18 t/m 29	1,048143	0,954478	1,033318	1,040879	1,01324	0,987154
30 t/m 44	1,033323	0,978739	1,035264	1,040879	0,992799	1,010962
45 t/m 59	1,023801	1,069696	1,0379	1,0121	0,998449	1,009953
60 t/m 74	0,963835	1,042719	1,027604	1,00918	1,020757	1,056433
75 e.o.	0,936615	1,023603	1,02489	1,015317	0,993306	1,017788

<b>Mannen</b>	12	13	14	15	16	17
Leeftijd	Hart-aandoening	Reuma: TNF a blokkers	Overige reuma middelen	Parkinson	Diabetes type I	Trans plantaties
<b>0 t/m 17</b>	0,800307	1,388229	1,092211	1,08037	1,00861	0,982339
<b>18 t/m 29</b>	0,96201	1,388229	0,994685	1,08037	1,023271	1,093333
<b>30 t/m 44</b>	0,978488	1,279156	1,015529	1,08037	1,025083	1,045369
<b>45 t/m 59</b>	0,968564	1,244567	1,009995	1,042034	1,027631	1,039741
<b>60 t/m 74</b>	0,973212	1,24035	1,030978	1,029179	1,032583	1,057036
<b>75 e.o.</b>	0,983421	1,324874	1,025357	1,04114	1,051252	1,057498

<b>Vrouwen</b>	12	13	14	15	16	17
Leeftijd	Hart-aandoening	Reuma: TNF a blokkers	Overige reuma middelen	Parkinson	Diabetes type I	Trans plantaties
<b>0 t/m 17</b>	0,841433	1,106186	1,065943	0,910856	1,012018	0,998626
<b>18 t/m 29</b>	0,983035	1,391008	1,048136	0,910856	1,018713	1,08416
<b>30 t/m 44</b>	1,0296	1,305533	1,028635	0,910856	1,020195	1,056104
<b>45 t/m 59</b>	0,984681	1,200878	1,035661	1,039078	1,01853	1,040792
<b>60 t/m 74</b>	0,975911	1,146075	1,048307	1,02006	1,006854	1,061283
<b>75 e.o.</b>	0,986095	1,183035	1,066105	1,019039	1,019355	1,0963

<b>Mannen</b>	18	19	20	21	22	23
Leeftijd	Cystic fibrosis / pancreas	Aand. van hersenen / ruggemerg	Kanker	HIV / Aids	Nier aandoeningen	Groei-hormonen
<b>0 t/m 17</b>	1,003051	1,10091	1,059144	1,087816	0,951947	1,11296
<b>18 t/m 29</b>	1,015688	1,116876	1,059144	1,218175	0,951947	0,874078
<b>30 t/m 44</b>	0,919975	1,00881	1,148315	1,10772	1,052378	1,090919
<b>45 t/m 59</b>	1,049724	1,046512	1,026602	1,138958	0,890545	1,215473
<b>60 t/m 74</b>	1,071085	0,994479	1,050193	1,161548	0,931651	1,127033
<b>75 e.o.</b>	1,108452	1,052993	1,174186	1,161548	1,057905	1,127033

<b>Vrouwen</b>	18	19	20	21	22	23
Leeftijd	Cystic fibrosis / pancreas	Aand. van hersenen / ruggemerg	Kanker	HIV / Aids	Nier aandoeningen	Groei-hormonen
<b>0 t/m 17</b>	0,992842	0,925665	0,878249	1,148372	0,977944	1,07807
<b>18 t/m 29</b>	0,969514	1,002999	0,878249	1,046419	0,977944	0,977892
<b>30 t/m 44</b>	1,00387	1,014593	1,215492	1,061073	0,877689	1,127152
<b>45 t/m 59</b>	1,040322	1,033666	1,097527	1,18985	0,80588	1,050593
<b>60 t/m 74</b>	1,0819	1,067895	1,003604	1,169688	0,93504	1,131759
<b>75 e.o.</b>	1,041092	1,043934	1,10616	1,169688	1,076612	1,131759

FKG GGZ model

<b>Mannen</b>	0	1
Leeftijd		Psych. aand.
<b>0 t/m 17</b>	0,997684	1,135244
<b>18 t/m 29</b>	0,999295	1,043923
<b>30 t/m 44</b>	0,999415	1,017779
<b>45 t/m 59</b>	0,999388	1,013628
<b>60 t/m 74</b>	0,99935	1,018727
<b>75 e.o.</b>	0,999056	1,021842

<b>Vrouwen</b>	0	1
Leeftijd		Psych. aand.
<b>0 t/m 17</b>	0,999282	1,177205
<b>18 t/m 29</b>	1,000224	0,99003
<b>30 t/m 44</b>	1,000633	0,988094
<b>45 t/m 59</b>	0,999706	1,00388
<b>60 t/m 74</b>	0,999936	1,000973
<b>75 e.o.</b>	0,999438	1,007468

**Bijlage 2 Toewijzing FKG's 2011 in het geval van samenloop van FKG's Diabetes (Diabetes I, Diabetes IIa of Diabetes IIb)**

Bron: College voor zorgverzekeringen

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 IIa
≤180	>180	≤180	DIA IIb
≤180	≤180	>180	Geen
≤180	≤180	≤180	Geen

Toelichting:

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

**Bijlage 3 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

**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	118,88	88,49
1 t/m 4 jaar	155,42	125,15
5 t/m 9 jaar	112,99	106,77
10 t/m 14 jaar	80,00	82,64
15 t/m 17 jaar	92,08	111,93
18 t/m 24 jaar	98,04	210,89
25 t/m 29 jaar	113,92	473,78
30 t/m 34 jaar	128,12	520,74
35 t/m 39 jaar	142,33	345,03
40 t/m 44 jaar	166,21	230,07
45 t/m 49 jaar	193,02	242,20
50 t/m 54 jaar	241,28	297,80
55 t/m 59 jaar	310,23	347,73
60 t/m 64 jaar	380,04	403,12
65 t/m 69 jaar	492,37	513,41
70 t/m 74 jaar	614,28	635,64
75 t/m 79 jaar	734,19	726,54
80 t/m 84 jaar	760,47	699,68
85 t/m 89 jaar	719,24	567,33
90 jaar en ouder	546,40	366,75

**Bijlage 4 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

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

	FKG 2011	Gewicht in euro's
0	Geen FKG	-41,40
1	Glaucoom	153,29
2	Schildklieraandoeningen	43,03
3	Antipsychotica, Alzheimer en verslaving	-146,81
4	Antidepressiva	22,60
5	Hoog cholesterol	96,15
6	Diabetes type IIb	106,53
7	COPD / Zware astma	68,28
8	Astma	41,80
9	Diabetes type IIa	207,42
10	Epilepsie	-31,46
11	Ziekte van Crohn / Colitis Ulcerosa	641,57
12	Hartaandoeningen	442,56
13	Reuma: TNF-a-blokkers	786,92
14	Overige reuma middelen	639,59
15	Parkinson	-23,92
16	Diabetes type I	680,43
17	Transplantaties	368,66
18	Cystic fibrosis / pancreas	12,19
19	Aand. van hersenen / ruggenmerg	-128,32
20	Kanker	337,99
21	HIV / AIDS	-78,36
22	Nieraandoeningen	242,59
23	Groeihormonen	-4,71

**Bijlage 5 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

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

DKG 2011	Gewicht in euro's
0	-19,10
1	753,58
2	660,23
3	528,07
4	455,23
5	894,44
6	1.201,49
7	778,74
8	471,47
9	649,75
10	60,37
11	1.375,82
12	559,37
13	492,96

**Bijlage 6 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

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

Aard van het inkomenklasse		Gewichten in euro's
1. 0 t/m 17 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	6,87
	35-44 jaar	78,79
	45-54 jaar	121,48
	55-64 jaar	127,93
3. Bijstand	18-34 jaar	34,57
	35-44 jaar	22,07
	45-54 jaar	21,14
	55-64 jaar	-6,98
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-13,24
	35-44 jaar	-24,77
	45-54 jaar	-41,47
	55-64 jaar	-54,13
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-0,51
	35-44 jaar	-2,77
	45-54 jaar	-8,44
	55-64 jaar	-20,90



**Bijlage 7 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

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

Regioklasse 2011	Gewicht in euro's
Klasse 1	14,31
Klasse 2	9,20
Klasse 3	6,55
Klasse 4	3,43
Klasse 5	3,51
Klasse 6	0,65
Klasse 7	-3,62
Klasse 8	-3,77
Klasse 9	-9,52
Klasse 10	-20,54

**Bijlage 8 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

**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	1,23
	18-64 jaar	-61,00
	65+	-213,66
SES 1 (1 <sup>e</sup> t/m 3 <sup>e</sup> deciel)	0-17 jaar	1,23
	18-64 jaar	24,66
	65+	72,82
SES 2 (4 <sup>e</sup> t/m 7 <sup>e</sup> deciel)	0-17 jaar	0,04
	18-64 jaar	13,47
	65+	-2,91
SES 3 (8 <sup>e</sup> t/m 10 <sup>e</sup> deciel)	0-17 jaar	-4,88
	18-64 jaar	-30,43
	65+	-30,61

**Bijlage 9 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

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

Risicoklasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
0- jarigen	2.401,23	2.044,84
1 t/m 4 jaar	456,85	385,85
5 t/m 9 jaar	375,88	318,90
10 t/m 14 jaar	360,39	331,21
15 t/m 17 jaar	388,75	398,18
18 t/m 24 jaar	371,77	413,18
25 t/m 29 jaar	364,96	455,52
30 t/m 34 jaar	367,45	479,88
35 t/m 39 jaar	392,64	490,71
40 t/m 44 jaar	424,67	483,91
45 t/m 49 jaar	478,09	543,98
50 t/m 54 jaar	563,33	582,97
55 t/m 59 jaar	691,67	630,16
60 t/m 64 jaar	817,53	673,03
65 t/m 69 jaar	1.034,52	772,90
70 t/m 74 jaar	1.216,46	854,59
75 t/m 79 jaar	1.360,93	898,30
80 t/m 84 jaar	1.243,49	883,31
85 t/m 89 jaar	1.134,50	876,67
90 jaar en ouder	1.037,65	760,59

**Bijlage 10 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

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

	FKG 2011	Gewicht in euro's
0	Geen FKG	-80,83
1	Glaucoom	9,55
2	Schildklieraandoeningen	131,23
3	Antipsychotica, Alzheimer en verslaving	75,58
4	Antidepressiva	130,24
5	Hoog cholesterol	96,38
6	Diabetes type IIb	96,97
7	COPD / Zware astma	838,80
8	Astma	264,46
9	Diabetes type IIa	192,23
10	Epilepsie	704,57
11	Ziekte van Crohn / Colitis Ulcerosa	45,09
12	Hartaandoeningen	889,41
13	Reuma: TNF-a-blokkers	798,88
14	Overige reuma middelen	399,16
15	Parkinson	695,17
16	Diabetes type I	399,33
17	Transplantaties	947,13
18	Cystic fibrosis / pancreas	1.558,85
19	Aand. van hersenen / ruggenmerg	1.051,00
20	Kanker	2.159,42
21	HIV / AIDS	1.368,45
22	Nieraandoeningen	4.618,64
23	Groeihormonen	1.604,44

**Bijlage 11 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

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

DKG 2011	Gewicht in euro's
0	-71,50
1	525,94
2	1.040,21
3	1.542,84
4	2.038,26
5	2.671,03
6	2.539,32
7	4.434,43
8	3.892,72
9	4.426,88
10	6.297,29
11	5.243,37
12	7.566,12
13	26.683,98

**Bijlage 12 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

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

Aard van het inkomenklasse		Gewichten in euro's
1. 0 t/m 17 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	464,94
	35-44 jaar	422,02
	45-54 jaar	399,86
	55-64 jaar	298,22
3. Bijstand	18-34 jaar	167,34
	35-44 jaar	166,20
	45-54 jaar	178,29
	55-64 jaar	157,80
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-38,17
	35-44 jaar	-54,46
	45-54 jaar	-77,60
	55-64 jaar	-97,74
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-19,14
	35-44 jaar	-24,61
	45-54 jaar	-38,35
	55-64 jaar	-59,23

**Bijlage 13 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

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

Regioklasse 2011	Gewicht in euro's
Klasse 1	35,10
Klasse 2	23,59
Klasse 3	16,96
Klasse 4	3,01
Klasse 5	2,76
Klasse 6	-6,69
Klasse 7	-10,74
Klasse 8	-12,40
Klasse 9	-22,07
Klasse 10	-29,02

**Bijlage 14 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

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

SES klasse		Gewichten in euro's
> 15 bewoners	0-17 jaar	12,62
	18-64 jaar	227,61
	65+	38,80
SES 1 (1 <sup>e</sup> t/m 3 <sup>e</sup> deciel)	0-17 jaar	12,62
	18-64 jaar	23,45
	65+	180,00
SES 2 (4 <sup>e</sup> t/m 7 <sup>e</sup> deciel)	0-17 jaar	-11,40
	18-64 jaar	0,48
	65+	-47,00
SES 3 (8 <sup>e</sup> t/m 10 <sup>e</sup> deciel)	0-17 jaar	-13,10
	18-64 jaar	-20,82
	65+	-75,44



**Bijlage 15 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering

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

Leeftijd onder de 18 jaar	Gewicht in euro's
Wel	168,88
Niet	0,00

**Bijlage 16 van de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering

**Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder**

Risicoklasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
18 t/m 24 jaar	302,20	306,34
25 t/m 29 jaar	323,24	269,10
30 t/m 34 jaar	301,39	266,67
35 t/m 39 jaar	278,15	254,39
40 t/m 44 jaar	254,39	254,39
45 t/m 49 jaar	246,43	242,44
50 t/m 54 jaar	242,44	242,44
55 t/m 59 jaar	217,76	217,76
60 t/m 64 jaar	217,76	217,76
65 t/m 69 jaar	196,60	188,92
70 t/m 74 jaar	204,00	185,83
75 t/m 79 jaar	189,41	185,83
80 t/m 84 jaar	185,83	185,83
85 t/m 89 jaar	185,83	185,83
90 jaar en ouder	185,83	185,83

**Bijlage 17 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering

**Gewichten voor het criterium FKG psychische aandoeningen (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder**

	FKG GGZ 2011	Gewicht in euro's
0	Geen FKG GGZ	-49,84
1	FKG Psychische aandoeningen	1.085,71

**Bijlage 18 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering

**Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder**

Aard van het inkomenklasse		Gewichten in euro's
1. 0 t/m 17 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	1.375,27
	35-44 jaar	618,38
	45-54 jaar	262,40
	55-64 jaar	52,09
3. Bijstand	18-34 jaar	739,55
	35-44 jaar	572,53
	45-54 jaar	430,52
	55-64 jaar	122,18
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-63,76
	35-44 jaar	-51,48
	45-54 jaar	-39,53
	55-64 jaar	-14,85
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-63,76
	35-44 jaar	-51,48
	45-54 jaar	-39,53
	55-64 jaar	-14,85

**Bijlage 19 van de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering

**Gewichten voor het criterium GGZ-regio (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder**

GGZ Regioklasse 2011	Gewicht in euro's
Klasse 1	54,74
Klasse 2	3,32
Klasse 3	3,16
Klasse 4	-7,56
Klasse 5	-9,08
Klasse 6	-9,08
Klasse 7	-9,08
Klasse 8	-9,08
Klasse 9	-9,08
Klasse 10	-9,08

**Bijlage 20 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering

**Gewichten voor het criterium sociaal economische status (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder**

SES klasse		Gewichten in euro's
> 15 bewoners	18-64 jaar	2.060,12
	65+	129,32
SES 1 (1 <sup>e</sup> t/m 3 <sup>e</sup> deciel)	18-64 jaar	-21,44
	65+	-4,36
SES 2 (4 <sup>e</sup> t/m 7 <sup>e</sup> deciel)	18-64 jaar	1,35
	65+	-4,36
SES 3 (8 <sup>e</sup> t/m 10 <sup>e</sup> deciel)	18-64 jaar	-21,44
	65+	-4,36

**Bijlage 21 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 5 van de Regeling zorgverzekering

**Gewichten voor het criterium woonachtig in Nederland op een eenpersoonsadres (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder**

Eénpersoonsadresklasse	Gewicht in euro's
Niet	-30,61
Wel	138,32

**Bijlage 22 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

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

**Gewichten voor het criterium GGZ-kosten lage drempelklasse voor het  
deelbedrag geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder**

	GGZ-kosten > lage drempel	Gewicht in euro's
0	Niet	-31,26
1	Wel	731,33



**Bijlage 23 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

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

**Gewichten voor het criterium GGZ-kosten hoge drempelklasse voor het deelbedrag geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder**

	GGZ-kosten > hoge drempel	Gewicht in euro's
0	Niet	-60,68
1	Wel	4.483,43

**Bijlage 24 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

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

Risicoklasse	Gewicht	Gewicht
	In euro's	In euro's
	Mannen	Vrouwen
0- jarigen	765,05	674,25
1 t/m 4 jaar	597,70	549,15
5 t/m 9 jaar	675,93	612,93
10 t/m 14 jaar	631,34	633,35
15 t/m 17 jaar	629,19	698,22
18 t/m 24 jaar	455,14	616,62
25 t/m 29 jaar	462,68	890,48
30 t/m 34 jaar	481,02	943,58
35 t/m 39 jaar	510,05	735,77
40 t/m 44 jaar	534,42	623,18
45 t/m 49 jaar	585,11	672,05
50 t/m 54 jaar	635,28	740,36
55 t/m 59 jaar	730,32	816,54
60 t/m 64 jaar	775,44	871,84
65 t/m 69 jaar	954,81	1.005,60
70 t/m 74 jaar	1.046,41	1.113,40
75 t/m 79 jaar	1.167,71	1.251,75
80 t/m 84 jaar	1.332,46	1.406,47
85 t/m 89 jaar	1.488,60	1.594,19
90 jaar en ouder	1.776,31	1.829,91

**Bijlage 25 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

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

	FKG 2011	Gewicht in euro's
0	Geen FKG	-234,74
1	Glaucoom	270,98
2	Schildklieraandoeningen	138,47
3	Antipsychotica, Alzheimer en verslaving	1.403,77
4	Antidepressiva	351,09
5	Hoog cholesterol	320,14
6	Diabetes type IIb	436,66
7	COPD / Zware astma	1.532,31
8	Astma	617,85
9	Diabetes type IIa	729,59
10	Epilepsie	955,18
11	Ziekte van Crohn / Colitis Ulcerosa	728,58
12	Hartaandoeningen	884,53
13	Reuma: TNF-a-blokkers	14.997,95
14	Overige reuma middelen	1.386,13
15	Parkinson	3.630,75
16	Diabetes type I	2.392,42
17	Transplantaties	2.908,49
18	Cystic fibrosis / pancreas	6.023,92
19	Aand. van hersenen / ruggenmerg	9.362,69
20	Kanker	15.126,89
21	HIV / AIDS	11.937,94
22	Nieraandoeningen	4.629,00
23	Groeihormonen	18.879,57

**Bijlage 26 van de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

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

DKG 2011	Gewicht in euro's
0	-38,43
1	521,07
2	594,59
3	912,48
4	1.452,40
5	1.802,08
6	1.398,50
7	1.904,56
8	2.486,43
9	3.777,79
10	2.680,63
11	4.846,64
12	6.331,91
13	4.969,70

**Bijlage 27 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

**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	492,17
	35-44 jaar	579,70
	45-54 jaar	569,52
	55-64 jaar	397,43
3. Bijstand	18-34 jaar	41,48
	35-44 jaar	129,91
	45-54 jaar	183,69
	55-64 jaar	130,80
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-29,36
	35-44 jaar	-53,09
	45-54 jaar	-87,98
	55-64 jaar	-115,22
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-17,72
	35-44 jaar	-32,28
	45-54 jaar	-53,96
	55-64 jaar	-76,68

**Bijlage 28 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

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

Regio- klasse 2011	Gewicht in euro's
1	13,15
2	8,44
3	7,81
4	8,69
5	6,97
6	1,44
7	0,06
8	-3,36
9	-12,15
10	-30,86

**Bijlage 29 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 4 van de Regeling zorgverzekering

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

SES klasse		Gewichten in euro's
> 15 bewoners	0-17 jaar	11,64
	18-64 jaar	-107,21
	65+	590,00
SES 1 (1 <sup>e</sup> t/m 3 <sup>e</sup> deciel)	0-17 jaar	11,64
	18-64 jaar	27,77
	65+	155,21
SES 2 (4 <sup>e</sup> t/m 7 <sup>e</sup> deciel)	0-17 jaar	-5,05
	18-64 jaar	19,93
	65+	-43,44
SES 3 (8 <sup>e</sup> t/m 10 <sup>e</sup> deciel)	0-17 jaar	-29,21
	18-64 jaar	-38,64
	65+	-126,51

**Bijlage 30 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 7 van de Regeling zorgverzekering

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

Risicoklasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
18 t/m 24 jaar	79,03	121,69
25 t/m 29 jaar	76,14	123,56
30 t/m 34 jaar	79,21	128,97
35 t/m 39 jaar	83,36	121,00
40 t/m 44 jaar	87,76	117,27
45 t/m 49 jaar	94,23	120,84
50 t/m 54 jaar	103,11	127,42
55 t/m 59 jaar	115,11	131,98
60 t/m 64 jaar	123,86	136,76
65 t/m 69 jaar	137,24	146,47
70 t/m 74 jaar	149,45	155,41
75 t/m 79 jaar	157,93	160,72
80 t/m 84 jaar	162,06	162,42
85 t/m 89 jaar	162,66	159,39
90 jaar en ouder	160,20	150,87



**Bijlage 31 van de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 7 van de Regeling zorgverzekering

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

Aard van het inkomenklasse		Gewichten in euro's
1. 0 t/m 17 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	31,90
	35-44 jaar	35,03
	45-54 jaar	30,95
	55-64 jaar	19,89
3. Bijstand	18-34 jaar	25,31
	35-44 jaar	29,48
	45-54 jaar	24,98
	55-64 jaar	8,66
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-2,32
	35-44 jaar	-5,25
	45-54 jaar	-7,75
	55-64 jaar	-7,41
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-1,35
	35-44 jaar	-1,79
	45-54 jaar	-2,03
	55-64 jaar	-2,46

**Bijlage 32 van de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 7 van de Regeling zorgverzekering

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

Regioklasse 2011	Gewicht in euro's
Klasse 1	3,60
Klasse 2	2,34
Klasse 3	1,52
Klasse 4	1,04
Klasse 5	0,22
Klasse 6	0,11
Klasse 7	-1,21
Klasse 8	-1,37
Klasse 9	-2,16
Klasse 10	-3,53

**Bijlage 33 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering

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

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.

Risicoklasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
0- jarigen	114,98	84,72
1 t/m 4 jaar	154,76	123,45
5 t/m 9 jaar	110,92	104,65
10 t/m 14 jaar	77,11	79,74
15 t/m 17 jaar	89,59	110,07
18 t/m 24 jaar	96,08	212,43
25 t/m 29 jaar	112,44	483,63
30 t/m 34 jaar	126,77	531,52
35 t/m 39 jaar	141,40	349,45
40 t/m 44 jaar	165,79	229,94
45 t/m 49 jaar	192,54	240,74
50 t/m 54 jaar	240,98	296,65
55 t/m 59 jaar	309,61	347,95
60 t/m 64 jaar	376,47	403,47
65 t/m 69 jaar	485,09	514,59
70 t/m 74 jaar	604,83	637,20
75 t/m 79 jaar	723,68	731,94
80 t/m 84 jaar	762,26	710,08
85 t/m 89 jaar	730,18	584,53
90 jaar en ouder	563,59	384,58

## Bijlage 34 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering

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

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.

	FKG 2011	Gewicht in euro's
0	Geen FKG	-39,53
1	Glaucoom	156,76
2	Schildklieraandoeningen	45,14
3	Antipsychotica, Alzheimer en verslaving	-144,81
4	Antidepressiva	22,41
5	Hoog cholesterol	97,62
6	Diabetes type IIb	108,64
7	COPD / Zware astma	61,59
8	Astma	40,86
9	Diabetes type IIa	201,67
10	Epilepsie	-29,89
11	Ziekte van Crohn / Colitis Ulcerosa	648,10
12	Hartaandoeningen	411,72
13	Reuma: TNF-a-blokkers	647,22
14	Overige reuma middelen	629,96
15	Parkinson	-37,12
16	Diabetes type I	646,22
17	Transplantaties	351,26
18	Cystic fibrosis / pancreas	-16,29
19	Aand. van hersenen / ruggenmerg	-141,89
20	Kanker	165,95
21	HIV / AIDS	-92,87
22	Nieraandoeningen	77,52
23	Groeihormonen	-17,21

## Bijlage 35 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering

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

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.

DKG 2011	Gewicht in euro's
0	-17,17
1	753,92
2	643,58
3	494,24
4	408,56
5	849,07
6	1.040,28
7	645,24
8	339,97
9	528,80
10	27,17
11	1.216,01
12	426,45
13	-33,14

**Bijlage 36 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering

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

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.

Aard van het inkomenklasse		Gewichten in euro's
1. 0 t/m 17 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	5,77
	35-44 jaar	76,18
	45-54 jaar	117,22
	55-64 jaar	121,57
3. Bijstand	18-34 jaar	35,60
	35-44 jaar	22,50
	45-54 jaar	19,41
	55-64 jaar	-10,81
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-13,26
	35-44 jaar	-24,95
	45-54 jaar	-41,09
	55-64 jaar	-53,41
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-0,49
	35-44 jaar	-2,61
	45-54 jaar	-7,99
	55-64 jaar	-19,49

## **Bijlage 37 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering

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

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.

Regioklasse 2011	Gewicht in euro's
Klasse 1	14,43
Klasse 2	9,37
Klasse 3	6,25
Klasse 4	3,83
Klasse 5	3,66
Klasse 6	0,77
Klasse 7	-3,71
Klasse 8	-3,90
Klasse 9	-9,47
Klasse 10	-21,03

**Bijlage 38 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering

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

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.

SES klasse		Gewichten in euro's
> 15 bewoners	0-17 jaar	1,26
	18-64 jaar	-65,33
	65+	-220,85
SES 1 (1 <sup>e</sup> t/m 3 <sup>e</sup> deciel)	0-17 jaar	1,26
	18-64 jaar	24,57
	65+	68,20
SES 2 (4 <sup>e</sup> t/m 7 <sup>e</sup> deciel)	0-17 jaar	0,08
	18-64 jaar	13,77
	65+	-2,18
SES 3 (8 <sup>e</sup> t/m 10 <sup>e</sup> deciel)	0-17 jaar	-5,12
	18-64 jaar	-30,62
	65+	-27,12



**Bijlage 39 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering

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

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

Risicoklasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
0- jarigen	2.275,67	1.951,22
1 t/m 4 jaar	447,12	377,14
5 t/m 9 jaar	362,29	314,16
10 t/m 14 jaar	343,55	324,27
15 t/m 17 jaar	369,43	394,74
18 t/m 24 jaar	349,54	415,85
25 t/m 29 jaar	349,29	464,48
30 t/m 34 jaar	351,32	494,62
35 t/m 39 jaar	376,81	503,55
40 t/m 44 jaar	407,50	493,57
45 t/m 49 jaar	459,61	549,97
50 t/m 54 jaar	542,08	590,73
55 t/m 59 jaar	668,21	636,14
60 t/m 64 jaar	782,37	682,97
65 t/m 69 jaar	999,51	787,56
70 t/m 74 jaar	1.196,24	886,60
75 t/m 79 jaar	1.371,11	969,67
80 t/m 84 jaar	1.359,00	1.010,19
85 t/m 89 jaar	1.338,05	1.041,15
90 jaar en ouder	1.269,44	937,23

## Bijlage 40 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering

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

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

	FKG 2011	Gewicht in euro's
0	Geen FKG	-76,11
1	Glaucoom	12,89
2	Schildklieraandoeningen	152,14
3	Antipsychotica, Alzheimer en verslaving	50,97
4	Antidepressiva	141,88
5	Hoog cholesterol	103,28
6	Diabetes type IIb	108,49
7	COPD / Zware astma	860,68
8	Astma	280,29
9	Diabetes type IIa	206,00
10	Epilepsie	692,33
11	Ziekte van Crohn / Colitis Ulcerosa	40,90
12	Hartaandoeningen	757,91
13	Reuma: TNF-a-blokkers	724,76
14	Overige reuma middelen	451,41
15	Parkinson	777,99
16	Diabetes type I	343,96
17	Transplantaties	959,20
18	Cystic fibrosis / pancreas	1.149,74
19	Aand. van hersenen / ruggenmerg	976,65
20	Kanker	1.706,85
21	HIV / AIDS	1.049,52
22	Nieraandoeningen	2.518,16
23	Groeihormonen	1.070,80

## **Bijlage 41 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering

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

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

DKG 2011	Gewicht in euro's
0	-57,20
1	499,05
2	996,26
3	1.416,08
4	1.960,92
5	2.734,97
6	2.223,41
7	3.881,69
8	3.470,44
9	3.381,42
10	5.238,10
11	5.143,15
12	5.511,21
13	13.818,87

**Bijlage 42 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering

**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**

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.

Aard van het inkomenklasse		Gewichten in euro's
1. 0 t/m 17 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	381,38
	35-44 jaar	368,46
	45-54 jaar	353,12
	55-64 jaar	264,75
3. Bijstand	18-34 jaar	148,92
	35-44 jaar	164,45
	45-54 jaar	181,40
	55-64 jaar	128,69
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-29,01
	35-44 jaar	-50,35
	45-54 jaar	-70,97
	55-64 jaar	-86,21
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-16,04
	35-44 jaar	-21,94
	45-54 jaar	-34,63
	55-64 jaar	-52,12

## **Bijlage 43 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering

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

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

Regioklasse 2011	Gewicht in euro's
Klasse 1	38,56
Klasse 2	23,49
Klasse 3	17,24
Klasse 4	3,90
Klasse 5	3,01
Klasse 6	-4,38
Klasse 7	-11,27
Klasse 8	-16,01
Klasse 9	-22,31
Klasse 10	-31,74

**Bijlage 44 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering

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

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

SES klasse		Gewichten in euro's
> 15 bewoners	0-17 jaar	11,04
	18-64 jaar	164,73
	65+	56,37
SES 1 (1 <sup>e</sup> t/m 3 <sup>e</sup> deciel)	0-17 jaar	11,04
	18-64 jaar	18,81
	65+	175,81
SES 2 (4 <sup>e</sup> t/m 7 <sup>e</sup> deciel)	0-17 jaar	-9,21
	18-64 jaar	2,19
	65+	-45,15
SES 3 (8 <sup>e</sup> t/m 10 <sup>e</sup> deciel)	0-17 jaar	-13,87
	18-64 jaar	-18,30
	65+	-77,19

**Bijlage 45 van de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 6B van de Regeling zorgverzekering

**Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder**

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.

Risicoklasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
18 t/m 24 jaar	272,83	326,42
25 t/m 29 jaar	294,79	329,69
30 t/m 34 jaar	293,55	309,48
35 t/m 39 jaar	288,00	283,79
40 t/m 44 jaar	266,55	265,28
45 t/m 49 jaar	261,59	263,58
50 t/m 54 jaar	238,53	238,53
55 t/m 59 jaar	206,86	205,21
60 t/m 64 jaar	205,21	205,21
65 t/m 69 jaar	169,50	169,50
70 t/m 74 jaar	169,50	169,50
75 t/m 79 jaar	169,50	169,50
80 t/m 84 jaar	171,61	169,50
85 t/m 89 jaar	169,50	169,50
90 jaar en ouder	169,50	169,50

**Bijlage 46 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 6B van de Regeling zorgverzekering

**Gewichten voor het criterium FKG psychische aandoeningen (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder**

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.

	FKG GGZ 2011	Gewicht in euro's
0	Geen FKG	-46,62
1	FKG Psychische aandoeningen	1.015,72



**Bijlage 47 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 6B van de Regeling zorgverzekering

**Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder**

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.

Aard van het inkomenklasse		Gewichten in euro's
1. 65 jaar en ouder		0,00
2. Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	960,18
	35-44 jaar	636,25
	45-54 jaar	319,73
	55-64 jaar	47,59
3. Bijstand	18-34 jaar	718,13
	35-44 jaar	670,95
	45-54 jaar	477,59
	55-64 jaar	126,53
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-81,81
	35-44 jaar	-74,26
	45-54 jaar	-47,50
	55-64 jaar	-14,19
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-47,52
	35-44 jaar	-53,91
	45-54 jaar	-46,26
	55-64 jaar	-14,19

**Bijlage 48 van de Regeling beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 6B van de Regeling zorgverzekering

**Gewichten voor het criterium GGZ-regio (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder**

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.

GGZ Regioklasse 2011	Gewicht in euro's
Klasse 1	37,83
Klasse 2	29,41
Klasse 3	15,19
Klasse 4	-3,92
Klasse 5	-8,75
Klasse 6	-14,05
Klasse 7	-14,05
Klasse 8	-14,05
Klasse 9	-14,05
Klasse 10	-14,05

**Bijlage 49 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 6B van de Regeling zorgverzekering

**Gewichten voor het criterium sociaal economische status (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder**

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.

SES klasse		Gewichten in euro's
> 15 bewoners	18-64 jaar	578,02
	65+	34,30
SES 1 (1 <sup>e</sup> t/m 3 <sup>e</sup> deciel)	18-64 jaar	-2,54
	65+	-1,15
SES 2 (4 <sup>e</sup> t/m 7 <sup>e</sup> deciel)	18-64 jaar	13,89
	65+	-1,15
SES 3 (8 <sup>e</sup> t/m 10 <sup>e</sup> deciel)	18-64 jaar	-22,68
	65+	-1,15

**Bijlage 50 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 6B van de Regeling zorgverzekering

**Gewichten voor het criterium woonachtig in Nederland op een éénpersoonsadres (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder**

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.

Eénpersoonsadresklasse	Gewicht in euro's
Niet	-28,21
Wel	127,49

**Bijlage 51 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

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

**Gewichten voor het criterium GGZ-kosten lage drempelklasse voor het deelbedrag geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder**

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.

	> lage drempel	Gewicht in euro's
0	Niet	-37,32
1	Wel	873,05

**Bijlage 52 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

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

**Gewichten voor het criterium GGZ-kosten hoge drempelklasse voor het deelbedrag geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder**

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.

	> hoge drempel	Gewicht in euro's
0	Niet	-42,14
1	Wel	3.113,00

**Bijlage 53 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering

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

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

Risicoklasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
0- jarigen	742,00	656,40
1 t/m 4 jaar	588,35	540,32
5 t/m 9 jaar	675,91	610,88
10 t/m 14 jaar	626,55	625,05
15 t/m 17 jaar	620,07	696,44
18 t/m 24 jaar	440,65	611,47
25 t/m 29 jaar	457,20	893,25
30 t/m 34 jaar	477,04	947,28
35 t/m 39 jaar	502,98	731,91
40 t/m 44 jaar	525,76	617,25
45 t/m 49 jaar	575,87	663,93
50 t/m 54 jaar	631,92	741,19
55 t/m 59 jaar	729,10	821,13
60 t/m 64 jaar	774,63	875,25
65 t/m 69 jaar	947,84	1.010,49
70 t/m 74 jaar	1.054,22	1.126,16
75 t/m 79 jaar	1.191,93	1.282,58
80 t/m 84 jaar	1.376,77	1.458,53
85 t/m 89 jaar	1.565,51	1.665,45
90 jaar en ouder	1.868,32	1.915,16

**Bijlage 54 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering

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

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

	FKG 2011	Gewicht in euro's
0	Geen FKG	-230,51
1	Glaucoom	271,82
2	Schildklieraandoeningen	136,38
3	Antipsychotica, Alzheimer en verslaving	1.444,38
4	Antidepressiva	363,28
5	Hoog cholesterol	340,52
6	Diabetes type IIb	445,14
7	COPD / Zware astma	1.528,61
8	Astma	628,27
9	Diabetes type IIa	760,10
10	Epilepsie	961,66
11	Ziekte van Crohn / Colitis Ulcerosa	769,58
12	Hartaandoeningen	840,70
13	Reuma: TNF-a-blokkers	14.398,62
14	Overige reuma middelen	1.399,39
15	Parkinson	3.330,18
16	Diabetes type I	2.405,60
17	Transplantaties	2.804,82
18	Cystic fibrosis / pancreas	4.732,23
19	Aand. Van hersenen / ruggenmerg	9.172,20
20	Kanker	9.516,94
21	HIV / AIDS	11.795,24
22	Nieraandoeningen	3.273,93
23	Groeihormonen	15.768,68



**Bijlage 55 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering

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

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

DKG 2011	Gewicht in euro's
0	-32,71
1	526,99
2	586,01
3	861,40
4	1.347,10
5	1.805,86
6	1.232,88
7	1.647,48
8	2.246,05
9	2.827,82
10	2.498,50
11	4.461,13
12	4.253,19
13	1.921,38

**Bijlage 56 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering

**Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag overige prestaties**

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

Aard van het inkomenklasse		Gewichten in euro's
1. 0 t/m 17 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	427,53
	35-44 jaar	533,91
	45-54 jaar	529,56
	55-64 jaar	375,41
3. Bijstand	18-34 jaar	42,89
	35-44 jaar	133,38
	45-54 jaar	174,96
	55-64 jaar	112,43
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-28,69
	35-44 jaar	-56,12
	45-54 jaar	-91,79
	55-64 jaar	-118,04
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-15,42
	35-44 jaar	-29,52
	45-54 jaar	-49,34
	55-64 jaar	-71,09

## **Bijlage 57 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering

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

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

Regioklasse 2011	Gewicht in euro's
Klasse 1	13,40
Klasse 2	8,11
Klasse 3	8,05
Klasse 4	8,41
Klasse 5	6,78
Klasse 6	2,34
Klasse 7	0,14
Klasse 8	-2,35
Klasse 9	-12,90
Klasse 10	-31,79

**Bijlage 58 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2011**

Bron: Bijlage 6A van de Regeling zorgverzekering

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

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

SES klasse		Gewichten in euro's
> 15 bewoners	0-17 jaar	13,08
	18-64 jaar	-95,57
	65+	608,64
SES 1 (1 <sup>e</sup> t/m 3 <sup>e</sup> deciel)	0-17 jaar	13,08
	18-64 jaar	29,65
	65+	155,59
SES 2 (4 <sup>e</sup> t/m 7 <sup>e</sup> deciel)	0-17 jaar	-6,21
	18-64 jaar	20,84
	65+	-42,41
SES 3 (8 <sup>e</sup> t/m 10 <sup>e</sup> deciel)	0-17 jaar	-31,11
	18-64 jaar	-41,11
	65+	-130,83