



Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2013

Het College voor zorgverzekeringen,

Gelet op de artikelen 32, vijfde lid, 34, vierde lid en artikel 90 van de Zorgverzekeringswet, Hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering, de Regeling risicoverevening 2013 en de brief van de minister van VWS van 15 januari 2013, kenmerk Z-3150627;

Heeft in zijn vergadering van 18 februari 2013 besloten:

HOOFDSTUK I ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1 Definities

Deze beleidsregels verstaan onder:

- a. *college*: het College voor zorgverzekeringen, bedoeld in artikel 58, eerste lid Zorgverzekeringswet;
- b. *zwaarte*: het deel waarvoor de verzekerde meetelt in een betreffende klasse;
- c. *macroverzekerdenraming*: de 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;
- d. *MHK*: meerjarige hoge kosten als bedoeld in artikel 1, onderdeel z van het Besluit zorgverzekering;
- e. *FKG GGZ*: FKG's psychische aandoeningen als bedoeld in artikel 1, onderdeel q van het Besluit zorgverzekering;
- f. *GGZ-kosten lage drempel*: Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel als bedoeld in artikel 1, onderdeel x van het Besluit zorgverzekering;
- g. *GGZ-kosten hoge drempel*: Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel als bedoeld in artikel 1, onderdeel y van het Besluit zorgverzekering;
- h. *PKB*: persoonskenmerkenbestand; een bestand dat bestaat uit de opgave van de zorgverzekeraar met per gepseudonimiseerd burgerservicenummer de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand en geboortemaand en geboortemaand en viercijferige postcode en gepseudonimiseerd adres;
- i. *VPPKB*: verzekerde periode en persoonskenmerkenbestand; een bestand dat bestaat uit twee delen. Het eerste deel betreft de opgave van de zorgverzekeraar van verzekerden mét een geverifieerd gepseudonimiseerd burgerservicenummer dat per gepseudonimiseerd burgerservicenummer de verzekerde periode, de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand en geboortemaand en geboortemaand en viercijferige postcode en gepseudonimiseerd adres bevat. Het tweede deel betreft de opgave van de zorgverzekeraar van verzekerden zonder een geverifieerd burgerservicenummer en verzekerden zonder burgerservicenummer dat per verzekerde de verzekerde periode, de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand en geboortemaand en viercijferige postcode bevat;
- j. *verzekerde woonachtig in het buitenland*: een persoon die een zorgverzekering heeft afgesloten en geen ingezetene van Nederland is;
- k. *vereveningsbijdrage*: de bijdrage, bedoeld in de artikelen 32 en 34 van de Zorgverzekeringswet.

Artikel 2 Algemene bepaling

Het college past de bepalingen uit het Besluit zorgverzekering en de Regeling risicoverevening 2013 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 2013 en de berekening van de normatieve bedragen en de vereveningsbijdragen ervan uit dat alle zorgverzekeraars die gedurende 2012 actief zijn geweest ook in 2013 als zorgverzekeraar actief zullen zijn.

HOOFDSTUK II TOEKENNING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE 2013 AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 4 Raming van de verzekerdenaantallen 2013 voor het macro-deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg en voor het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties

1. Het college raamt de verzekerdenaantallen 2013 voor het macro-deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg en voor het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties per criterium met inachtneming van het bepaalde in de volgende leden.



2. Het college baseert zich bij de raming van de verzekerdenaantallen op de macroverzekerdenraming 2013 en het PKB 2012.
3. Het college baseert zich bij de raming van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar op het PKB met als peildatum de datum van de nominale premieprolongatie van de maand juni 2012, zoals de zorgverzekeraars dat hebben aangeleverd op 1 juli 2012.
4. Wanneer een verzekerde bij meerdere zorgverzekeraars tegelijkertijd is ingeschreven, bepaalt het college de verzekeringsduur voor die verzekerde naar rato van het aantal zorgverzekeraars waar de verzekerde over die periode ingeschreven is geweest.
5. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium leeftijd en geslacht per zorgverzekeraar op het PKB 2012 met als peildatum de datum van de nominale premieprolongatie van de maand juni 2012.
6. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium leeftijd en geslacht naar de macroverzekerdenraming.
7. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium aard van het inkomen per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de leeftijd op het PKB 2012;
 - b. de zelfstandigen op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst naar inkomensbron op peildatum 30 juni 2011;
 - c. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron op peildatum 30 juni 2011.
8. Voor de indeling in een klasse van het criterium aard van het inkomen 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 geen inkomsten uit dienstbetrekking of werkloosheidsuitkering hebben;
 5. referentiegroep, alle verzekerden omvattend die niet zijn ingedeeld onder 1 tot en met 4.
9. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium aard van het inkomen naar de macroverzekerdenraming.
10. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium regio per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de indeling, op de regioclusters somatisch naar viercijferige postcode voor 2013 uit bijlage 8 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 september 2012 Z-3132214;
 - b. de viercijferige postcode, op het PKB 2012.
11. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium regio naar de macroverzekerdenraming.
12. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium FKG's per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in FKG somatische zorg 2013 uit bijlage 5 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 september 2012 Z-3132214;
 - b. de opgave per 1 juni 2012 van declaraties farmaceutische hulp 2011 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het college.
13. Bij de bepaling van de FKG's zijn de volgende farmaceutische middelen uitgesloten:
 - a. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als niet voor vergoeding in aanmerking komend op grond van artikel 2.8 Besluit zorgverzekering;
 - b. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als grond- en hulpstoffen.
14. Het college hanteert een drempel van meer dan 180 standaarddagdoseringen. Beneden deze drempel kent het college geen FKG aan een verzekerde toe.
15. In afwijking van het bepaalde in het veertiende lid hanteert het college voor de FKG Kanker een



drempel van ten minste 3 receptregels. Beneden deze drempel kent het college geen FKG Kanker aan een verzekerde toe.

16. Het college koppelt de opgave bedoeld in het twaalfde lid onderdeel b met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2012 en bepaalt op basis hiervan en met inachtneming van de drempels bedoeld in het veertiende en vijftiende lid in welke FKG klassen de verzekerde valt. Aan de verzekerde koppelt het college een zwaarte van 1 voor de betreffende klasse.
17. Bij samenloop van FKG's wijst het college alle toepasselijke FKG's toe met inachtneming van de volgende uitzonderingen:
 - a. In geval van samenloop bij FKG's Diabetes I, Diabetes II met hypertensie en Diabetes II zonder hypertensie deelt het college aan de hand van de tabel in bijlage 2 van deze beleidsregels een verzekerde in bij een klasse van het criterium FKG's;
 - b. Indien een verzekerde is ingedeeld bij FKG Diabetes I, FKG Diabetes II met hypertensie of FKG Diabetes II zonder hypertensie, deelt het college deze verzekerde niet in bij FKG Hoog cholesterol;
 - c. Indien een verzekerde is ingedeeld bij FKG Hartaandoeningen, deelt het college deze verzekerde niet in bij FKG Hoog cholesterol;
 - d. Indien een verzekerde is ingedeeld bij FKG Psychose, Alzheimer en Verslaving deelt het college deze verzekerde niet in bij FKG Depressie;
 - e. Indien een verzekerde is ingedeeld bij FKG COPD/Zware astma deelt het college deze verzekerde niet in bij FKG Astma;
 - f. Indien een verzekerde is ingedeeld bij FKG Kanker, deelt het college deze verzekerde niet in bij FKG Hormoongevoelige tumoren.
18. Het college past per verzekerde per FKG 2013 een trendfactor toe voor de geraamde prevalentieontwikkeling, zoals weergegeven in bijlage 1 van deze beleidsregels. Het college vermenigvuldigt de zwaarte, bepaald in het zestiende lid, met de prevalentieontwikkeling en berekent de uiteindelijke zwaarte voor de verzekerde voor de betreffende klasse. Het college past op verzekerden die in het PKB 2012 voor het eerst voorkomen per FKG de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PKB toe.
19. Als een verzekerde niet in een FKG klasse 1 tot en met 24 2013 valt, deelt het college deze verzekerde per zorgverzekeraar in bij FKG klasse 0.
20. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium FKG's naar de macroverzekerdenraming.
21. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium DKG's per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in DKG's 2013 uit bijlage 7 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 september 2012 Z-33132214;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2012 aan het college van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van DBC's die in 2010 geopend zijn.
22. Het college bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer tussen de opgave bedoeld in het vorige lid onderdeel b en het PKB 2011 per verzekerde in welke DKG klasse 1 tot en met 15 de verzekerde valt. Het college stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.
23. Het college past op de verzekerden die in het PKB 2011 voor het eerst voorkomen per DKG de gemiddelde prevalentie naar leeftijd en geslacht voor de betreffende klasse van de overige verzekerden in het PKB 2011 toe. Vervolgens koppelt het college de verzekerden aan het PKB 2012, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de prevalentie naar leeftijd en geslacht per DKG constant blijft.
24. Als een verzekerde niet in een DKG klasse 1 tot en met 15 2013 valt, deelt het college deze verzekerde per zorgverzekeraar in bij DKG klasse 0.
25. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium DKG's naar de macroverzekerdenraming.
26. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium SES per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de leeftijd, op het PKB 2012;



- b. het inkomen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst over het jaar 2010;
 - c. het inkomen wanneer voor 2010 geen gegevens beschikbaar zijn, op gegevens over het jaar 2009;
 - d. de adresgegevens, op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst over het jaar 2011;
 - e. de adresgegevens indien deze in de opgave van de Belastingdienst ontbreken, op het PKB 2012.
27. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium SES naar de macroverzekerdenraming.
28. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium MHK per zorgverzekeraar op:
- a. declaraties met betrekking tot vereveningsjaar 2008 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de deelbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp en de kosten van overige prestaties tot en met 31 december 2010, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2011 bij het college hebben aangeleverd;
 - b. declaraties met betrekking tot vereveningsjaar 2009 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de deelbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, de kosten van B-DBC's en de kosten van overige prestaties tot en met 31 december 2011, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2012 bij het college hebben aangeleverd;
 - c. declaraties met betrekking tot vereveningsjaar 2010 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de deelbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, de kosten van B-DBC's en de kosten van overige prestaties, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2012 bij het college hebben aangeleverd.
29. Het college herleidt de percentages van de risicoklassen MHK met betrekking tot vereveningsjaar 2008, 2009 respectievelijk 2010 tot drempelbedragen MHK 2008, 2009 respectievelijk 2010.
30. Het college bepaalt op basis van de drempelbedragen uit het vorige lid en een koppeling met het PKB 2011 in welke MHK klasse een verzekerde valt.
31. Vervolgens koppelt het college de verzekerden aan het PKB 2012, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de prevalentie per MHK klasse 1 tot en met 6 constant blijft.
32. Als een verzekerde niet in een MHK klasse 1 tot en met 6 valt, deelt het college de verzekerde in bij MHK klasse 0.
33. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium MHK naar de macroverzekerdenraming.
34. Voor de toepassing van artikel 14 bepaalt het college per zorgverzekeraar het totaal aantal verzekerden.
35. Het college deelt verzekerden woonachtig in het buitenland uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht, FKG, DKG, aard van het inkomen en MHK. Overeenkomstig artikel 6 van de Regeling risicoverevening 2013 deelt het college alle verzekerden woonachtig in het buitenland voor de FKG in in de klasse 'Geen FKG', waarbij 45% geldt van het normgewicht van de klasse 'Geen FKG' en voor de DKG in de klasse 'DKG 0', waarbij 55% geldt van het normgewicht van de klasse DKG 0.

Artikel 5 Raming van de verzekerdenaantallen 2013 voor het macro-deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

1. Het college raamt de verzekerdenaantallen 2013 voor het macro-deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg met inachtneming van het bepaalde in de volgende leden.
2. Het college baseert zich bij de raming op de macroverzekerdenraming 2013 en het PKB 2012.
3. Het college baseert zich bij de raming van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar op het PKB 2012 met als peildatum de datum van de nominale premieprolongatie van de maand juni 2012, zoals de zorgverzekeraars dat hebben aangeleverd op 1 juli 2012.
4. Wanneer een verzekerde bij meerdere zorgverzekeraars tegelijkertijd is ingeschreven, bepaalt het college de verzekeringsduur voor die verzekerde naar rato van het aantal zorgverzekeraars waar de verzekerde over die periode ingeschreven is geweest.



5. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden onder de achttien jaar per zorgverzekeraar op het PKB 2012 met als peildatum de datum van de nominale premieprolongatie van de maand juni 2012.
6. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium leeftijd onder achttien jaar naar de macroverzekerdenraming.
7. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium leeftijd en geslacht per zorgverzekeraar op het PKB 2012 met als peildatum de datum van de nominale premieprolongatie van de maand juni 2012.
8. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium leeftijd en geslacht naar de macroverzekerdenraming.
9. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium aard van het inkomen per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de leeftijd, op het PKB 2012;
 - b. de zelfstandigen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst naar inkomensbron op peildatum 30 juni 2011;
 - c. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron op peildatum 30 juni 2011.
10. Het college deelt een verzekerde die in meerdere klassen voor het criterium aard van het inkomen is in te delen, in op basis van het bepaalde in artikel 4, achtste lid.
11. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium aard van het inkomen naar de macroverzekerdenraming.
12. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium GGZ-regio per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de indeling, op de regioclusters geneeskundige GGZ naar viercijferige postcode voor 2013 uit bijlage 9 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 september 2012 Z-3132214;
 - b. de viercijferige postcode, op het PKB 2012.
13. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium GGZ-regio naar de macroverzekerdenraming.
14. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium FKG GGZ per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in FKG GGZ 2013 uit bijlage 6 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 september 2012 Z-3132214.
 - b. de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer per 1 juni 2012 van declaraties farmaceutische hulp 2011 van de zorgverzekeraars aan het college.
15. Bij de bepaling van de FKG GGZ zijn de volgende farmaceutische middelen uitgesloten:
 - a. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als niet voor vergoeding in aanmerking komend op grond van artikel 2.8 Besluit zorgverzekering;
 - b. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als grond- en hulpstoffen.
16. Het college hanteert een drempel van meer dan 180 standaarddagdoseringen. Beneden deze drempel kent het college geen FKG GGZ aan een verzekerde toe.
17. In afwijking van het bepaalde in het zestiende lid hanteert het college voor de FKG psychose depot een drempel van één receptregel, waarbij de FKG psychose depot wordt gedefinieerd door een ATC-code van de FKG psychose en een ZI-artikelnnummer met een DDD-factor van ten minste 3500. Beneden deze drempel kent het college geen FKG psychose depot aan een verzekerde toe.
18. In afwijking van het bepaalde in het zestiende lid hanteert het college voor de FKG bipolair complex een drempel van meer dan 180 standaarddagdoseringen voor de FKG bipolair en ten minste één voorschrift van de indicator bipolaire stoornis complex. Beneden deze drempel kent het college geen FKG bipolair complex aan een verzekerde toe.
19. Het college koppelt de opgave bedoeld in het veertiende lid onderdeel b, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB en bepaalt op basis hiervan en met



- behulp van de drempels bedoeld in het zestiende, zeventiende en achttiende lid in welke FKG GGZ klassen de verzekerde valt. Aan de verzekerde koppelt het college een zwaarte van 1 voor de betreffende klasse.
20. Bij samenloop van FKG's GGZ wijst het college alle toepasselijke FKG's GGZ toe met inachtneming van de volgende uitzonderingen:
 - a. Indien een verzekerde is ingedeeld bij FKG psychose depot, deelt het college deze verzekerde niet in bij FKG psychose;
 - b. Indien een verzekerde is ingedeeld bij FKG bipolair complex, deelt het college deze verzekerde niet in bij FKG bipolair regulier.
 21. Het college past per verzekerde per FKG GGZ 2013 een trendfactor toe voor de geraamde prevalentieontwikkeling, zoals weergegeven in bijlage 1 van deze beleidsregels. Het college vermenigvuldigt de zwaarte, bepaald in het vorige lid, met de prevalentieontwikkeling en herberekent de zwaarte voor de verzekerde voor de betreffende klasse. Het college zet verzekerden die in het PKB 2012 voor het eerst voorkomen per FKG GGZ op de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PKB.
 22. Als een verzekerde niet in de FKG GGZ klasse 1 tot en met 7 valt, deelt het college deze verzekerde per zorgverzekeraar in bij FKG GGZ klasse 0.
 23. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium FKG GGZ naar de macroverzekerdenraming.
 24. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium SES per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de leeftijd, op het PKB 2012;
 - b. het inkomen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst over het jaar 2010;
 - c. het inkomen op gegevens over het jaar 2009 wanneer voor 2010 geen gegevens beschikbaar zijn;
 - d. de adresgegevens, op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst 2011;
 - e. de adresgegevens, op het PKB 2012 indien deze ontbreken in de opgave van de Belastingdienst.
 25. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium SES naar de macroverzekerdenraming.
 26. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium éénpersoonsadres per zorgverzekeraar met betrekking tot de adresgegevens op het PKB 2012.
 27. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium éénpersoonsadres naar de macroverzekerdenraming.
 28. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium GGZ-kosten lage drempel per zorgverzekeraar op declaraties met betrekking tot vereveningsjaar 2010 voor het deelbedrag kosten GGZ, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2012 bij het college hebben aangeleverd.
 29. Het college bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer tussen het GGZ kostenbestand, bedoeld in het vorige lid en het PKB 2011 per verzekerde of de verzekerde in de GGZ-kosten lage drempelklasse 1 valt. Het college stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.
 30. De verzekerden die in het PKB 2011 voor het eerst voorkomen, worden per GGZ-kosten lage drempelklasse op de gemiddelde prevalentie naar risicoklasse naar leeftijd en geslacht voor de betreffende klasse van de overige verzekerden in het PKB 2011 gezet. Vervolgens koppelt het college de verzekerden aan het PKB 2012, waarbij de verzekerden een zwaarte krijgen dusdanig dat de prevalentie naar leeftijd en geslacht per GGZ-kosten lage drempelklasse constant blijft.
 31. Als een verzekerde niet in de GGZ-kosten lage drempelklasse 1 valt, deelt het college deze verzekerde per zorgverzekeraar in bij GGZ-kosten lage drempelklasse 0.



32. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium GGZ-kosten lage drempel naar de macroverzekerdenraming.
33. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium GGZ-kosten hoge drempel per zorgverzekeraar op declaraties met betrekking tot vereveningsjaar 2010 voor het deelbedrag kosten GGZ, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2012 bij het college hebben aangeleverd.
34. Het college bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer tussen het GGZ kostenbestand, bedoeld in het vorige lid en het PKB 2011 per verzekerde of de verzekerde in de GGZ-kosten hoge drempel klasse 1 2013 valt. Het college stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.
35. De verzekerden die in het PKB 2011 voor het eerst voorkomen worden per GGZ-kosten hoge drempelklasse op de gemiddelde prevalentie naar risicoklasse naar leeftijd en geslacht voor de betreffende klasse gezet van de overige verzekerden in het PKB 2011. Vervolgens koppelt het college de verzekerden aan het PKB 2012, waarbij de verzekerden een zwaarte krijgen dusdanig dat de prevalentie naar leeftijd en geslacht per GGZ-kosten hoge drempelklasse constant blijft.
36. Als een verzekerde niet in de GGZ-kosten hoge drempelklasse 1 valt, deelt het college deze verzekerde per zorgverzekeraar in bij GGZ-kosten hoge drempelklasse 0.
37. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium GGZ-kosten hoge drempel naar de macroverzekerdenraming.
38. Het college deelt verzekerden woonachtig in het buitenland jonger dan achttien jaar uitsluitend in bij GGZ verzekerden jonger dan achttien jaar.
39. Het college deelt verzekerden woonachtig in het buitenland van achttien jaar en ouder uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht, FKG, aard van het inkomen, GGZ-kosten lage drempelklasse en GGZ-kosten hoge drempelklasse. Overeenkomstig artikel 6 van de Regeling risicoverevening 2013 deelt het college alle verzekerden woonachtig in het buitenland voor de FKG in in de klasse 'Geen FKG psychische aandoeningen', waarbij 50% geldt van het normgewicht van de klasse 'Geen FKG psychische aandoeningen'.

Artikel 6 Raming van de verzekerdenaantallen 2013 voor de normatieve eigen risico opbrengst

1. Het college raamt de verzekerdenaantallen 2013 voor de normatieve eigen risico opbrengst per criterium met inachtneming van het bepaalde in de volgende leden.
2. Het college baseert zich bij de raming van de verzekerdenaantallen op de macroverzekerdenraming 2013 en het PKB 2012.
3. Het college baseert zich bij de raming van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar op het PKB met als peildatum de datum van de nominale premieprolongatie in de maand juni 2012, zoals de zorgverzekeraars dat hebben aangeleverd op 1 juli 2012.
4. Wanneer een verzekerde bij meerdere zorgverzekeraars tegelijkertijd is ingeschreven, bepaalt het college de verzekeringsduur voor die verzekerde naar rato van het aantal zorgverzekeraars waar de verzekerde over die periode ingeschreven is geweest.
5. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat ingedeeld is in FKG 1 tot en met 24, ingedeeld is in DKG 1 tot en met 15 of ingedeeld is in MHK 1 tot en met 6, per zorgverzekeraar op artikel 4, negentiende, vierentwintigste en tweeëndertigste lid van deze Beleidsregels.
6. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden, bedoeld in het vorige lid, naar de macroverzekerdenraming.
7. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 0, als in de DKG klasse 0 en in de MHK klasse 0 valt, per zorgverzekeraar op artikel 4, negentiende, vierentwintigste en tweeëndertigste lid van deze Beleidsregels.
8. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 0, als in de DKG klasse 0 en in de MHK klasse 0 valt voor het criterium leeftijd en geslacht per zorgverzekeraar op het PKB 2012 met als peildatum de datum van de



nominale premieprolongatie in de maand juni 2012.

9. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 0, als in de DKG klasse 0 en in de MHK klasse 0 valt naar de macroverzekerdenraming.
10. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 0, als in de DKG klasse 0 en in de MHK klasse 0 valt voor het criterium aard van het inkomen per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de leeftijd, op het PKB 2012;
 - b. de zelfstandigen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV en de Belastingdienst naar inkomensbron op peildatum 30 juni 2011;
 - c. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron op peildatum 30 juni 2011.
11. Het college deelt een verzekerde die in meerdere klassen is in te delen, in op basis van het bepaalde in artikel 4, achtste lid van deze Beleidsregels.
12. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 0, als in de DKG klasse 0 en in de MHK klasse 0 valt voor het criterium aard van het inkomen naar de macroverzekerdenraming.
13. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 0, als in de DKG klasse 0 en in de MHK klasse 0 valt voor het criterium regio per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de indeling, op de regioclusters somatisch naar viercijferige postcode voor 2013 uit bijlage 8 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 september 2012 Z-3132214;
 - b. de viercijferige postcode, op het PKB 2012.
14. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 0, als in de DKG klasse 0 en in de MHK klasse 0 valt voor criterium regio naar de macroverzekerdenraming.
15. Het college deelt het geraamde aantal verzekerden woonachtig in het buitenland van 18 jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 0, als in de DKG klasse 0 en in de MHK klasse 0 valt, uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht en aard van het inkomen.

Artikel 7 De verdeling van het macro-deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg en de berekening van het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg

1. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg hanteert het college de volgende gewichten als uitgangspunten:
 - a. de gewichten variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde per klasse 2013 naar leeftijd en geslacht, genoemd in bijlage 3 van deze beleidsregels;
 - b. de gewichten variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde per FKG klasse 0 tot en met 24 2013, genoemd in bijlage 4 van deze beleidsregels;
 - c. voor verzekerden woonachtig in het buitenland 45% van het normgewicht van de FKG klasse 0;
 - d. de gewichten variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde per DKG klasse 0 tot en met 15 2013, genoemd in bijlage 5 van deze beleidsregels;
 - e. voor verzekerden woonachtig in het buitenland 55% van het normgewicht voor de DKG klasse 0;
 - f. de gewichten variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde per aard van het inkomen klasse 2013, genoemd in bijlage 6 van deze beleidsregels;
 - g. de gewichten variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde per regio klasse 2013, genoemd in bijlage 7 van deze beleidsregels;
 - h. de gewichten variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde per SES klasse 2013, genoemd in bijlage 8 van deze beleidsregels;
 - i. de gewichten variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde per MHK klasse 2013, genoemd in bijlage 9 van deze beleidsregels.
2. Het college vermenigvuldigt de gewichten variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde per klasse naar leeftijd en geslacht 2013 per overeenkomstige klasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per klasse naar leeftijd en geslacht 2013. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.



3. Het college vermenigvuldigt de gewichten variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde per FKG klasse 2013 per overeenkomstige FKG met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden FKG 2013. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tweede lid.
4. Het college vermenigvuldigt de gewichten variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde per DKG klasse 2013 per overeenkomstige DKG klasse met het geraamde aantal verzekerden per DKG klasse 2013. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het derde lid.
5. Het college vermenigvuldigt de gewichten variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2013 per overeenkomstige aard van het inkomenklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per aard van het inkomenklasse 2013. 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 medisch-specialistische zorg per verzekerde per regioklasse 2013 per overeenkomstige regioklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per regioklasse 2013. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vijfde lid.
7. Het college vermenigvuldigt de gewichten variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde per SES klasse 2013 per overeenkomstige SES klasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per SES klasse 2013. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zesde lid.
8. Het college vermenigvuldigt de gewichten variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde per MHK klasse 2013 per overeenkomstige MHK klasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per MHK klasse 2013. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zevende lid.
9. Het resultaat van het achtste lid wordt aangeduid als het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2013.

Artikel 8 De verdeling van het macro-deelbedrag vaste zorgkosten en de berekening van het deelbedrag vaste zorgkosten

1. Het college bepaalt het deelbedrag vaste zorgkosten 2013 als volgt:
 - a. Het college berekent de gemiddelde vaste kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde per zorgverzekeraar in 2011 op basis van gegevens over de kosten uit de opgave jaarstaat 2011 per 1 juni 2012 van de zorgverzekeraar;
 - b. Per zorgverzekeraar vermenigvuldigt het college de geraamde aantallen verzekerden 2013 met het berekende bedrag in onderdeel a;
 - c. Vervolgens berekent het college de landelijke vaste kosten factor 2013 door het macro-deelbedrag vaste zorgkosten 2013, bedoeld in artikel 2, tweede lid, onder b, van de Regeling risicoverevening 2013 te delen door de som over alle zorgverzekeraars van het resultaat onder b;
 - d. Het college vermenigvuldigt het in onderdeel a berekende bedrag per zorgverzekeraar met de in onderdeel c berekende landelijke vaste kosten factor 2013. Het resultaat wordt aangeduid als het zorgverzekeraarspecifieke bedrag vaste zorgkosten per geraamde verzekerde 2013.
2. Indien het gemiddelde aantal verzekerden van een zorgverzekeraar in 2011 minder dan 10.000 bedraagt, wordt voor deze zorgverzekeraar bij de berekening bedoeld in het eerste lid uitgegaan van de gemiddelde vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2011 van alle zorgverzekeraars. Deze werkwijze wordt ook gevolgd wanneer de zorgverzekeraar een onjuiste of een onvolledige opgave over 2011 aan het college heeft gedaan of wanneer een opgave niet mogelijk is.
3. Het college berekent per zorgverzekeraar het deelbedrag vaste zorgkosten 2013 door het zorgverzekeraarspecifieke bedrag vaste zorgkosten per geraamde verzekerde 2013 te vermenigvuldigen met het totaal aantal geraamde verzekerden 2013.
4. Het resultaat van het derde lid wordt aangeduid als het deelbedrag vaste zorgkosten 2013.



Artikel 9 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 jonger dan 18 jaarklasse, genoemd in bijlage 10 van deze beleidsregels;
 - b. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per klasse 2013 naar leeftijd en geslacht, genoemd in bijlage 11 van deze beleidsregels;
 - c. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde naar FKG GGZ klasse 0 tot en met 7 2013, genoemd in bijlage 12 van deze beleidsregels;
 - d. voor verzekerden woonachtig in het buitenland 50% van het normgewicht voor de FKG GGZ klasse 0;
 - e. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2013, genoemd in bijlage 13 van deze beleidsregels;
 - f. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per GGZ-regioklasse 2013, genoemd in bijlage 14 van deze beleidsregels;
 - g. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per SES klasse 2013, genoemd in bijlage 15 van deze beleidsregels;
 - h. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per éénpersoonsadresklasse 2013, genoemd in bijlage 16 van deze beleidsregels;
 - i. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per geneeskundige GGZ kosten lage drempelklasse, genoemd in bijlage 17 van deze beleidsregels;
 - j. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per geneeskundige GGZ kosten hoge drempelklasse, genoemd in bijlage 18 van deze beleidsregels.
2. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per jonger dan 18 jaarklasse 2013 worden per overeenkomstige jonger dan 18 jaarklasse 2013 vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per jonger dan 18 jaarklasse 2013. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
3. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per klasse 2013 naar leeftijd en geslacht worden per overeenkomstige klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per klasse naar leeftijd en geslacht 2013. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
4. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per FKG GGZ 2013 klasse worden per overeenkomstige klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2013. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan de som van uitkomsten per zorgverzekeraar bedoeld in het derde lid.
5. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2013 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 2013. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vierde lid.
6. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per GGZ-regioklasse 2013 worden per overeenkomstige GGZ-regioklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per GGZ-regio klasse 2013. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vijfde lid.
7. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per SES klasse 2013 worden per overeenkomstige SES klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per SES klasse 2013. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zesde lid.
8. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per éénpersoonsadresklasse 2013 worden per overeenkomstige éénpersoonsadresklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per éénpersoonsadresklasse 2013. 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 lage drempelklasse 2013 worden per overeenkomstige GGZ kosten lage drempelklasse



2013 vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per GGZ kosten lage drempelklasse 2013. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het achtste lid.

10. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per geneeskundige GGZ kosten hoge drempelklasse 2013 worden per overeenkomstige GGZ kosten hoge drempelklasse 2013 vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per GGZ kosten hoge drempelklasse 2013. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het negende lid.
11. De som van het resultaat van het tweede en tiende lid wordt aangeduid als het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013.

Artikel 10 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 klasse 2013 naar leeftijd en geslacht, genoemd in bijlage 19 van deze beleidsregels;
 - b. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per FKG klasse 0 tot en met 24 2013, genoemd in bijlage 20 van deze beleidsregels;
 - c. voor verzekerden woonachtig in het buitenland 45% van het normgewicht FKG klasse 0;
 - d. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per DKG klasse 0 tot en met 15 2013, genoemd in bijlage 21 van deze beleidsregels;
 - e. voor verzekerden woonachtig in het buitenland 55% van het normgewicht voor DKG klasse 0;
 - f. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2013, genoemd in bijlage 22 van deze beleidsregels;
 - g. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per regioklasse 2013, genoemd in bijlage 23 van deze beleidsregels;
 - h. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per SES klasse 2013, genoemd in bijlage 24 van deze beleidsregels;
 - i. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per MHK klasse 2013, genoemd in bijlage 25 van deze beleidsregels.
2. De gewichten kosten van de overige prestaties per verzekerde per klasse naar leeftijd en geslacht 2013 worden per overeenkomstige klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per klasse naar leeftijd en geslacht 2013. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
3. De gewichten kosten van de overige prestaties per verzekerde per FKG 2013 klasse worden per overeenkomstige FKG klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per FKG 2013 klasse. 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 2013 klasse worden per overeenkomstige DKG vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per DKG 2013 klasse. 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 2013 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per aard van het inkomenklasse 2013. 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 2013 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per regioklasse 2013. 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 SES klasse 2013 worden per overeenkomstige SES klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per SES klasse 2013. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zesde lid.
8. De gewichten kosten van de overige prestaties per verzekerde per MHK klasse 2013 worden per



overeenkomstige MHK klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per MHK klasse 2013. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zevende lid.

9. Het resultaat van het achtste lid wordt aangeduid als deelbedrag kosten van overige prestaties 2013.

Artikel 11 De raming van de normatieve eigen risico opbrengst

1. Het college berekent de geraamde normatieve eigen risico opbrengst 2013 voor verzekerden van achttien jaar en ouder die ingedeeld zijn in FKG 1 tot en met 24, ingedeeld zijn in DKG 1 tot en met 15 of ingedeeld zijn in MHK 1 tot en met 6 2013 per zorgverzekeraar door het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder dat ingedeeld is in FKG 1 tot en met 24, ingedeeld is in DKG 1 tot en met 15 of ingedeeld is in MHK 1 tot en met 6 2013, zoals bepaald op grond van artikel 6, vijfde en zesde lid te vermenigvuldigen met een bedrag van EUR 313,51 per verzekerde.
2. Het college vermindert de uitkomst van het eerste lid met 0,08258 procent vanwege de geraamde gedeerde inkomsten voor verzekerden van 18 jaar en ouder, voor wie op grond van artikel 24 Zorgverzekeringswet geen nominale premies worden ontvangen.
3. Voor de raming van de normatieve eigen risico opbrengst voor verzekerden die zowel in de FKG klasse 0, als in de DKG klasse 0 en in de MHK klasse 0 vallen 2013 hanteert het college als uitgangspunten:
 - a. de gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per klasse naar leeftijd en geslacht 2013, genoemd in bijlage 26 van deze beleidsregels;
 - b. de gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2013, genoemd in bijlage 27 van deze beleidsregels;
 - c. de gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per regioklasse 2013, genoemd in bijlage 28 van deze beleidsregels.
4. De gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per klasse 2013 naar leeftijd en geslacht worden per overeenkomstige klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 0, als in de DKG klasse 0 en in de MHK klasse 0 valt, zoals bepaald op grond van artikel 6, achtste en negende lid van deze Beleidsregels. De uitkomsten worden per klasse 2013 per zorgverzekeraar gesommeerd.
5. De gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2013 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 2013, zoals bepaald in artikel 6, tiende tot en met twaalfde lid van deze Beleidsregels. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vierde lid.
6. De gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per regioklasse 2013 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per regioklasse 2013, zoals bepaald in artikel 6, dertiende en veertiende lid van deze Beleidsregels. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vijfde lid.
7. Het college vermindert de uitkomst van het zesde lid met 0,08258 procent vanwege de geraamde gedeerde inkomsten voor verzekerden van 18 jaar en ouder, voor wie op grond van artikel 24 Zorgverzekeringswet geen nominale premies worden ontvangen.
8. De totale raming van de normatieve eigen risico opbrengst per zorgverzekeraar is de som van het resultaat van het tweede en het zevende lid.

Artikel 12 De berekening van het normatieve bedrag en de berekening en toekenning van de vereveningsbijdrage

1. Het college berekent het normatieve bedrag 2013 van een zorgverzekeraar als de som van het volgens dit hoofdstuk berekende deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2013, het deelbedrag vaste zorgkosten van 2013, het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013 en het deelbedrag kosten van overige prestaties 2013.
2. Het college raamt de opbrengst 2013 van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de geraamde aantallen verzekerden van 18 jaar en ouder 2013 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2013.



3. Het college vermindert het resultaat van het tweede lid met 0,08258 procent vanwege de geraamde gedeerde inkomsten voor verzekerden van 18 jaar en ouder waarvoor op grond van artikel 24 Zorgverzekeringswet geen nominale premies worden ontvangen.
4. Het college berekent de vereveningsbijdrage 2013 voor een zorgverzekeraar door op het normatieve bedrag 2013 de geraamde normatieve eigen risico opbrengst 2013 en de volgens het derde lid geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie 2013 in mindering te brengen.
5. Het college berekent per zorgverzekeraar de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar 2013. Deze uitkering bedraagt het aantal geraamde verzekerden jonger dan 18 jaar vermenigvuldigd met EUR 50.
6. Het college kent de vereveningsbijdrage 2013 ter hoogte van de bijdrage berekend in het vierde lid, aangevuld met het bedrag berekend in het vijfde lid, aan de zorgverzekeraar toe.

Artikel 13 Herberekeningen als gevolg van splitsing van de zorgverzekeraar

Indien een zorgverzekeraar na de toekenning van de vereveningsbijdrage 2013 besluit zich te splitsen, deelt de zorgverzekeraar aan het college mee hoe naar zijn verwachting de geraamde verzekerdenaantallen 2013 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 14 De herberekening en herziening van de toegekende bijdrage 2013

1. Het college herberekent de toekenning van de vereveningsbijdrage op basis van de werkelijke verzekerdenaantallen 2013 volgens de opgaven van de zorgverzekeraars aan het college op 7 maart 2013.
2. Het college bepaalt de herberekening van de toegekende vereveningsbijdrage 2013 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 4, twaalfde lid en vermenigvuldigt de uitkomst hiervan met de vereveningsbijdrage 2013 zoals toegekend op grond van artikel 12, zesde lid van deze Beleidsregels.
3. Het college herzielt de op grond van artikel 12, zesde lid, toegekende vereveningsbijdrage 2013 overeenkomstig de herberekening uit het tweede lid.

HOOFDSTUK III DE EERSTE VOORLOPIGE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE VOOR EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 15 Bepaling van de verzekerdenaantallen 2013 voor het macro-deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg en voor het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties

1. Het college bepaalt de verzekerdenaantallen 2013 voor het macro-deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg en voor het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties per criterium met inachtneming van het bepaalde in de volgende leden.
2. Het college baseert zich bij de bepaling van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar op het VPPKB 2013, zoals de zorgverzekeraars dat hebben aangeleverd op 1 juli 2014.
3. Wanneer een verzekerde gedurende een bepaalde periode in 2013 bij meerdere zorgverzekeraars tegelijkertijd is ingeschreven, bepaalt het college de verzekeringsduur voor die verzekerde naar rato van het aantal zorgverzekeraars waar de verzekerde gedurende die periode ingeschreven is geweest.
4. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium leeftijd en geslacht per zorgverzekeraar op:
 - a. het PKB 2013, zoals zorgverzekeraars dat op 1 juli 2013 bij het college hebben aangeleverd. De peildatum van de opgave is de datum voor de nominale premieprolongatie voor de maand juni 2013;
 - b. Het VPPKB 2013 indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2013.
5. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium aard van het inkomen per zorgverzekeraar met betrekking tot:



- a. de leeftijd, op het PKB 2013;
 - b. de leeftijd in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2013, op het VPPKB 2013;
 - c. de zelfstandigen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst naar inkomensbron over 2013, met peildatum 30 juni 2013;
 - d. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de refentiegroep, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron over 2013, met peildatum 30 juni 2013;
 - e. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep indien de opgave van het UWV betreffende een gemeente onvoldoende gegevens bevat, op de gegevens over 2012, met als peildatum 30 juni 2012 voor verzekerden uit die gemeente;
 - f. Het college hanteert per verzekerde voor de gepseudonimiseerde opgave van de Belastingdienst dezelfde peildatum als het gebruikt voor de opgave van het UWV.
6. Het college deelt een verzekerde die in meerdere klassen voor het criterium aard van het inkomen, is in te delen, in op basis van het bepaalde in artikel 4, achtste lid van deze Beleidsregels.
 7. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium regio per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de indeling, op de regioclusters somatisch naar viercijferige postcode voor 2013 uit bijlage 8 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 september 2012 Z-3132214;
 - b. de viercijferige postcode, op het PKB 2013;
 - c. de viercijferige postcode indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2013, op het VPPKB 2013.
 8. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium FKG's per zorgverzekeraar op:
 - a. op de indeling in de FKG's somatische zorg 2013 uit bijlage 5 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 september 2012 Z-3132214;
 - b. de opgave per 1 juni 2013 van declaraties farmaceutische hulp 2012 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het college.
 9. Bij de bepaling van de FKG's zijn de volgende farmaceutische middelen uitgesloten:
 - a. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als niet voor vergoeding in aanmerking komend op grond van artikel 2.8 Besluit zorgverzekering;
 - b. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als grond- en hulpstoffen.
 10. Het college hanteert een drempel van meer dan 180 standaarddagdoseringen. Beneden deze drempel kent het college geen FKG aan een verzekerde toe.
 11. In afwijking van het bepaalde in het tiende lid hanteert het college voor de FKG Kanker een drempel van ten minste 3 receptregels. Beneden deze drempel kent het college geen FKG Kanker aan een verzekerde toe.
 12. Het college koppelt de opgave bedoeld in het achtste lid, onderdeel b, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2013 en bepaalt op basis hiervan en met inachtneming van de drempels bedoeld in het tiende en elfde lid in welke FKG klassen 1 tot en met 24 de verzekerde valt, met inachtneming van het bepaalde met betrekking tot de samenloop van FKG's, bedoeld in artikel 4, zeventiende lid.
 13. Als een verzekerde niet in een FKG klasse 1 tot en met 24 valt, deelt het college deze verzekerde in bij FKG klasse 0.
 14. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium DKG's per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in DKG's uit bijlage 7 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 september 2012 Z-3132214;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraar aan het college per 1 juni 2014 van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle dbc's die in 2012 geopend zijn.
 15. Het college bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer tussen de opgave bedoeld in het dertiende lid, onderdeel b en het VPPKB per verzekerde in welke DKG klasse 1 tot en met 15 de verzekerde valt.
 16. Als een verzekerde niet in een DKG klasse 1 tot en met 15 valt, deelt het college deze verzekerde in bij DKG klasse 0.



17. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium SES per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de leeftijd, op het PKB 2013;
 - b. de leeftijd in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2013, op het VPPKB 2013;
 - c. het inkomen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst over 2012;
 - d. het inkomen in het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave over 2012, op de opgave over 2011 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in de opgave over 2011, op de opgave over 2010;
 - e. de adresgegevens, op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst over 2013;
 - f. de adresgegevens in het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave van de Belastingdienst op het PKB 2013 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB op het VPPKB 2013.
18. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium MHK per zorgverzekeraar op:
 - a. declaraties 2010 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de deelbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, de kosten van B-Dbc's en de kosten van overige prestaties tot en met 31 december 2012, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2013 bij het college hebben aangeleverd;
 - b. declaraties 2011 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de deelbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, de kosten van B-Dbc's en de kosten van overige prestaties tot en met 31 december 2013, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2014 bij het college hebben aangeleverd;
 - c. declaraties 2012 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de deelbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, de kosten van dbc zorgproducten en de kosten van overige prestaties, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2014 bij het college hebben aangeleverd.
19. Het college herleidt de percentages van de risicoklassen MHK met betrekking tot vereveningsjaar 2010, 2011 en 2012 tot respectievelijk drempelbedragen MHK 2010, 2011 en 2012.
20. Het college bepaalt op basis van de drempelbedragen uit het vorige lid en een koppeling met het VPPKB 2013 in welke MHK-klasse een verzekerde valt.
21. Als een verzekerde niet in een MHK-klasse 1 tot en met 6 valt, deelt het college deze verzekerde in bij MHK 0 Geen MHK.
22. Voor de toepassing van artikel 19 bepaalt het college per zorgverzekeraar het totaal aantal verzekerden.
23. Het college deelt verzekerden zonder burgerservicenummer en verzekerden zonder geverifieerd burgerservicenummer uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht en regio.
24. Het college deelt verzekerden woonachtig in het buitenland uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht, FKG, DKG, aard van het inkomen en MHK. Overeenkomstig artikel 6 van de Regeling risicoverevening 2013 deelt het college alle verzekerden woonachtig in het buitenland voor de FKG in in de klasse 'Geen FKG', waarbij 45% geldt van het normgewicht van de klasse 'Geen FKG' en voor de DKG in de klasse 'DKG 0', waarbij 55% geldt van het normgewicht van de klasse DKG 0.

Artikel 16 Bepaling van de verzekerdenaantallen 2013 voor het macro-deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

1. Het college bepaalt de verzekerdenaantallen 2013 voor het macro-deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg met inachtneming van het bepaalde in de volgende leden.
2. Het college baseert zich bij de bepaling van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar op het VPPKB 2013, zoals zorgverzekeraars dat hebben aangeleverd op 1 juli 2014.
3. Wanneer een verzekerde gedurende een bepaalde periode in 2013 bij meerdere zorgverzekeraars tegelijkertijd is ingeschreven, bepaalt het college de verzekeringsduur voor die verzekerde naar rato van het aantal zorgverzekeraars waar de verzekerde gedurende die periode ingeschreven is geweest.
4. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden onder de achttien jaar per zorgverzekeraar op:



- a. het PKB 2013, zoals zorgverzekeraars dat op 1 juli 2013 bij het college hebben aangeleverd. De peildatum van de opgave is de datum voor de nominale premieprolongatie voor de maand juni 2013;
 - b. het VPPKB 2013 indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2013.
5. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium leeftijd en geslacht per zorgverzekeraar op:
- a. het PKB 2013, zoals zorgverzekeraars dat op 1 juli 2013 bij het college hebben aangeleverd. De peildatum van de opgave is de datum voor de nominale premieprolongatie voor de maand juni 2013;
 - b. het VPPKB 2013 indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2013.
6. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium aard van het inkomen per zorgverzekeraar met betrekking tot:
- a. de leeftijd, op het PKB 2013;
 - b. de leeftijd in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2013, op het VPPKB 2013;
 - c. de zelfstandigen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst naar inkomensbron over 2013, met peildatum 30 juni 2013;
 - d. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron over 2013, met peildatum 30 juni 2013;
 - e. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep indien de opgave van het UWV betreffende een gemeente onvoldoende gegevens bevat, op gegevens over 2012, met peildatum 30 juni 2012, voor verzekerden uit die gemeente. Het college hanteert per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de opgave van de Belastingdienst dezelfde peildatum als het gebruikt voor de opgave van het UWV.
7. Het college deelt een verzekerde die in meerdere klassen voor het criterium aard van het inkomen is in te delen, in op basis van het bepaalde in artikel 4, achtste lid.
8. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium GGZ-regio per zorgverzekeraar met betrekking tot:
- a. de indeling, op de regioclusters geneeskundige GGZ naar viercijferige postcode voor 2013 uit bijlage 9 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 september 2012 Z-3132214;
 - b. de viercijferige postcode, op het PKB 2013;
 - c. de viercijferige postcode indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2013, op het VPPKB 2013.
9. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium FKG-GGZ per zorgverzekeraar op:
- a. de indeling in FKG GGZ 2013 uit bijlage 6 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 september 2012 Z-3132214;
 - b. de opgave per 1 juni 2013 van declaraties farmaceutische hulp 2012 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het college.
10. Bij de bepaling van de FKG GGZ zijn de volgende farmaceutische middelen uitgesloten:
- a. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als niet voor vergoeding in aanmerking komend op grond van artikel 2.8 Besluit zorgverzekering;
 - b. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als grond- en hulpstoffen.
11. Het college hanteert een drempel van meer dan 180 standaarddagdoseringen. Beneden deze drempel kent het college geen FKG GGZ aan een verzekerde toe.
12. In afwijking van het bepaalde in het elfde lid hanteert het college voor de FKG psychose depot een drempel van één receptregel waarbij de FKG psychose depot wordt gedefinieerd door een ATC-code van de FKG psychose en een ZI-artikelnnummer met een DDD-factor van ten minste 3500. Beneden deze drempel kent het college geen FKG psychose depot aan een verzekerde toe.
13. In afwijking van het bepaalde in het elfde lid hanteert het college voor de FKG bipolair complex een drempel van meer dan 180 standaarddagdoseringen voor de FKG bipolair en ten minste één voorschrift van de indicator bipolaire stoornis complex. Beneden deze drempel kent het college geen FKG bipolair complex aan een verzekerde toe.
14. Het college koppelt de opgave bedoeld in het negende lid, onderdeel b met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2013 en bepaalt op basis hiervan en



met behulp van de drempels bedoeld in het elfde, twaalfde en dertiende lid in welke FKG GGZ klassen 1 tot en met 7 de verzekerde valt.

15. Bij samenloop van FKG's GGZ wijst het college alle toepasselijke FKG's GGZ toe met inachtneming van de volgende uitzonderingen:
 - a. Indien een verzekerde is ingedeeld bij FKG psychose depot, deelt het college deze verzekerde niet in bij FKG psychose;
 - b. Indien een verzekerde is ingedeeld bij FKG bipolair complex, deelt het college deze verzekerde niet in bij FKG bipolair regulier.
16. Als een verzekerde niet in een FKG GGZ klasse 1 tot en met 7 valt, deelt het college deze verzekerde in bij FKG GGZ klasse 0.
17. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium SES per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de leeftijd, op het PKB 2013;
 - b. de leeftijd in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2013, op het VPPKB 2013;
 - c. het inkomen, op de gepseudonimiseerde opgave van de Belastingdienst over 2012;
 - d. het inkomen in het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave over 2012, op de opgave over 2011 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in de opgave over 2011, op de opgave over 2010;
 - e. de adresgegevens op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst over 2013;
 - f. de adresgegevens in het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave van de Belastingdienst over 2013, op het PKB 2013 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB 2013, op het VPPKB 2013.
18. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium éénpersoonsadres per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de adresgegevens op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst over 2013;
 - b. de adresgegevens in het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave van de Belastingdienst op het PKB 2013 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB 2013, op het VPPKB 2013.
19. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium GGZ-kosten lage drempel per zorgverzekeraar op declaraties 2012 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten GGZ, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2014 bij het college hebben aangeleverd.
20. Het college bepaalt door middel van een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer tussen de opgave uit het vorige lid en het VPPKB per verzekerde of de verzekerde in de GGZ-kosten lage drempelklasse 1 valt.
21. Als een verzekerde niet in de GGZ-kosten lage drempelklasse 1 valt, deelt het college deze verzekerde per zorgverzekeraar in bij GGZ-kosten lage drempelklasse 0.
22. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium GGZ-kosten hoge drempel per zorgverzekeraar op declaraties 2012 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten GGZ, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2014 bij het college hebben aangeleverd.
23. Het college bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer tussen de opgave bedoeld in het vorige lid en het VPPKB per verzekerde of de verzekerde in de GGZ-kosten hoge drempelklasse 1 2013 valt.
24. Als een verzekerde niet in de GGZ-kosten hoge drempelklasse 1 valt, deelt het college deze verzekerde per zorgverzekeraar in bij GGZ-kosten hoge drempelklasse 0.
25. Het college deelt verzekerden zonder burgerservicenummer en verzekerden zonder geverifieerd burgerservicenummer jonger dan achttien jaar uitsluitend in bij GGZ verzekerden jonger dan achttien jaar. Het college deelt verzekerden zonder burgerservicenummer en verzekerden zonder geverifieerd burgerservicenummer van achttien jaar en ouder uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht en GGZ-regio.
26. Het college deelt verzekerden woonachtig in het buitenland jonger dan achttien jaar uitsluitend in



bij het criterium leeftijd onder achttien jaar. Het college deelt verzekerden woonachtig in het buitenland van achttien jaar en ouder uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht, FKG, aard van het inkomen, GGZ-kosten lage drempelklasse en GGZ-kosten hoge drempelklasse. Overeenkomstig artikel 6 van de Regeling risicoverevening 2013 deelt het college alle verzekerden woonachtig in het buitenland voor de FKG in in de klasse 'Geen FKG psychische aandoeningen', waarbij 50% geldt van het normgewicht van de klasse 'Geen FKG psychische aandoeningen'.

Artikel 17 Bepaling van de verzekerdenaantallen 2013 voor de normatieve eigen risico opbrengst

1. Het college bepaalt de verzekerdenaantallen 2013 voor de normatieve eigen risico opbrengst per criterium met inachtneming van het bepaalde in de volgende leden.
2. Het college baseert zich bij de bepaling van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar op het VPPKB 2013, zoals zorgverzekeraars dat op 1 juli 2014 bij het college hebben aangeleverd.
3. Wanneer een verzekerde gedurende een bepaalde periode in 2013 bij meerdere zorgverzekeraars tegelijkertijd is ingeschreven, bepaalt het college de verzekeringsduur voor die verzekerde naar rato van het aantal zorgverzekeraars waar de verzekerde gedurende die periode ingeschreven is geweest.
4. Het college bepaalt het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder die ingedeeld zijn in een FKG 1 tot en met 24, ingedeeld zijn in een DKG 1 tot en met 15, of ingedeeld zijn in een MHK 1 tot en met 6, per zorgverzekeraar met inachtneming van artikel 15, dertiende, zestiende en eenentwintigste lid.
5. Het college bepaalt het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 0, als in de DKG klasse 0 en in de MHK klasse 0 valt per zorgverzekeraar met inachtneming van artikel 15, dertiende, zestiende en eenentwintigste lid.
6. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 0, als in de DKG klasse 0 en in de MHK klasse 0 valt voor het criterium leeftijd en geslacht per zorgverzekeraar op:
 - a. het PKB 2013, zoals zorgverzekeraars dat op 1 juli 2013 bij het college hebben aangeleverd. De peildatum van de opgave is de datum voor de nominale premieprolongatie voor de maand juni 2013;
 - b. het VPPKB 2013 indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2013.
7. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 0, als in de DKG klasse 0 en in de MHK klasse 0 valt voor het criterium aard van het inkomen per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de leeftijd, op het PKB 2013;
 - b. de leeftijd in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2013, op het VPPKB 2013;
 - c. de zelfstandigen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst naar inkomensbron over 2013, met peildatum 30 juni 2013;
 - d. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron over 2013, met peildatum 30 juni 2013;
 - e. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep indien de opgave van het UWV betreffende een gemeente onvoldoende gegevens bevat, op gegevens over 2012, met peildatum 30 juni 2012, voor verzekerden uit die gemeente. Het college hanteert per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de opgave van de Belastingdienst dezelfde peildatum als het gebruikt voor de opgave van het UWV.
8. Het college deelt een verzekerde die in meerdere klassen voor het criterium aard van het inkomen is in te delen, in op basis van het bepaalde in artikel 4, achtste lid van deze beleidsregels.
9. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 0, als in de DKG klasse 0 en in de MHK klasse 0 valt voor het criterium regio per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de indeling, op de regioclusters somatisch naar viercijferige postcode voor 2013 uit bijlage 8 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 25 september 2012 Z-3132214;
 - b. de viercijferige postcode, op het PKB 2013;
 - c. de viercijferige postcode in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2013, op het VPPKB 2013.
10. Het college deelt verzekerden zonder burgerservicenummer en verzekerden zonder geverifieerd



burgerservicenummer van 18 jaar en ouder uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht en regio.

11. Het college deelt verzekerden woonachtig in het buitenland van 18 jaar en ouder uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht en aard van het inkomen.

Artikel 18 De voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2013

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2013 per 1 juni 2014 en met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 14 van de Regeling risicoverevening 2013 bepaalt het college de variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2013 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Het college herberekent het gewicht variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde voor de DKG klasse 0 door het totaal aantal verzekerden per DKG klasse 1 tot en met 15 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden DKG klasse 0, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
3. Het college herberekent het gewicht variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde voor de MHK klasse 0 door het totaal aantal verzekerden per MHK klasse 1 tot en met 6 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden MHK klasse 0, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
4. Het college herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 15 bepaalde verzekerden-aantallen het normatieve bedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2013 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de verzekerden 2013 van alle zorgverzekeraars overeenkomstig artikel 7.
5. Het college berekent de schalingsfactor voor variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2013 door de variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2013 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald in het eerste lid, te delen door het in het derde lid herberekende normatieve bedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2013 voor het totaal van de verzekerden 2013 van alle zorgverzekeraars.
6. Het college vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2013 uit het derde lid met de schalingsfactor berekend in het vierde lid.
7. Het college berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen de uitkomst van de vermenigvuldiging uit het vijfde lid en het herberekende normatieve bedrag uit het derde lid en deelt dit verschil door het totaal aantal ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.
8. Het college vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat van het zesde lid met het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven.
9. Het college vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar berekend in het vijfde lid met het product voor die zorgverzekeraar berekend in het zevende lid. Het resultaat wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2013.
10. Voor de toepassing van artikel 3.17 van het Besluit bepaalt het college per zorgverzekeraar het verschil tussen het voorlopige herberekende deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2013 en de variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2013 en deelt dit verschil door het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven.

Artikel 19 De voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2013

1. Het college bepaalt op basis van de opgave jaarstaat 2013 per 1 juni 2014 per zorgverzekeraar met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 15 van de Regeling risicoverevening 2013 de vaste zorgkosten 2013.



2. Het college herberekent het voorlopig deelbedrag vaste zorgkosten 2013 per zorgverzekeraar als volgt:
 - a. De vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2012 worden per zorgverzekeraar gedeeld door het aantal verzekerden 2012. Het resultaat is het bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde 2012;
 - b. Het in onderdeel a berekende bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde 2012 wordt vermenigvuldigd met het totaal aantal verzekerden 2013 per zorgverzekeraar, vastgesteld met toepassing van artikel 15, tiende lid. Het resultaat is het deelbedrag vaste zorgkosten 2013.
3. Het college calculeert per zorgverzekeraar 100 procent na op het verschil tussen de vaste zorgkosten 2013, verkregen in het eerste lid, en het deelbedrag vaste zorgkosten, 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 zorgkosten 2013.

Artikel 20 De voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2013 per 1 juni 2014 en met inachtneming van de artikelen 12 en 13 van de Regeling risicoverevening 2013, bepaalt het college de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013 voor verzekerden jonger dan 18 jaar voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Het college herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 16 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013 voor het totaal van de verzekerden jonger dan 18 jaar van alle zorgverzekeraars overeenkomstig artikel 9, tweede lid.
3. Het college calculeert per zorgverzekeraar 100 procent na over het verschil tussen de kosten van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg verkregen in tweede lid en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013 voor verzekerden jonger dan 18 jaar uit het eerste lid en verrekent dit met het normatieve bedrag uit het tweede lid. Het resultaat wordt aangeduid als het voorlopig herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar.
4. Op basis van de opgave jaarstaat 2013 per 1 juni 2014 en met inachtneming van de artikelen 12 en 13 van de Regeling risicoverevening 2013, bepaalt het college de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013 voor verzekerden van 18 jaar en ouder voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
5. Het college herberekent het gewicht kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder per verzekerde voor de risicoklasse GGZ kosten lage drempelklasse 0 2013 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 totaal aantal verzekerden GGZ kosten lage drempelklasse 0 2013, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
6. Het college herberekent het gewicht kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder per verzekerde voor de risicoklasse GGZ kosten hoge drempelklasse 0 2013 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 totaal aantal verzekerden GGZ kosten hoge drempelklasse 0 2013, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
7. Het college herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 16 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de verzekerden van 18 jaar en ouder 2013 van alle zorgverzekeraars overeenkomstig artikel 9, derde tot en met elfde lid.
8. Het college berekent de schalingsfactor voor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013 voor verzekerden van 18 jaar en ouder 2013 door de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald in het vierde lid, te delen door het in het zevende lid herberekende normatieve bedrag kosten van



geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013 voor het totaal van de verzekerden van 18 jaar en ouder 2013 van alle zorgverzekeraars.

9. Het college vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige gezondheidszorg 2013 voor verzekerden van 18 jaar en ouder uit het zevende lid met de schalingsfactor berekend in het achtste lid.
10. Het college berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen de uitkomst van de vermenigvuldiging uit het negende lid en het herberekende normatieve bedrag uit het zevende lid en deelt dit verschil door het totaal aantal bij alle zorgverzekeraars ingeschreven verzekerden van 18 jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.
11. Het college vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat van het tiende lid met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven.
12. Het college vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar berekend in het negende lid met het product voor die zorgverzekeraar berekend in het elfde lid. Het resultaat wordt aangeduid als het voorlopig herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder.
13. Voor de toepassing van artikel 3.17 van het Besluit bepaalt het college per zorgverzekeraar het verschil tussen het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder 2013 en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder 2013 en deelt dit verschil door het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven.
14. De som van het resultaat van het derde en het twaalfde lid wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013.

Artikel 21 De voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties 2013

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2013 per 1 juni 2014 en met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 18 van de Regeling risicoverevening 2013, bepaalt het college de kosten van overige prestaties 2013 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Het college herberekent het gewicht kosten van overige prestaties per verzekerde voor de DKG klasse 0 door het totaal aantal verzekerden per DKG klasse 1 tot en met 15 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden DKG klasse 0, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
3. Het college herberekent het gewicht kosten van overige prestaties per verzekerde voor de MHK klasse 0 door het totaal aantal verzekerden per MHK klasse 1 tot en met 6 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden MHK klasse 0, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
4. Het college herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 15 berekende verzekerdenaantallen het normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2013 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de verzekerden 2013 van alle zorgverzekeraars overeenkomstig artikel 10.
5. Het college berekent de schalingsfactor voor kosten van overige prestaties 2013 door de kosten van overige prestaties 2013 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald in het eerste lid, te delen door het in het derde lid herberekende normatieve bedrag kosten van overige prestaties voor het totaal van de verzekerden 2013 van alle zorgverzekeraars.
6. Het college vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2013 uit het derde lid met de schalingsfactor berekend in het vierde lid.
7. Het college berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen de uitkomst van de vermenigvuldiging uit het vijfde lid en het herberekende normatieve bedrag uit het derde lid en deelt dit verschil door het totaal aantal bij alle zorgverzekeraars ingeschreven verzekerden van 18



jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.

8. Het college vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat van het zesde lid met het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven.
9. Het college vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar berekend in het vijfde lid met het product voor die zorgverzekeraar berekend in het zevende lid. Het resultaat wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties 2013.

Artikel 22 De voorlopige herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico 2013

1. Uitgangspunt voor de herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico zijn de opgaven, bedoeld in artikel 17, tweede lid, van de verzekerdenaantallen van de zorgverzekeraar.
2. Het college herberekent overeenkomstig artikel 11 de normatieve eigen risico opbrengst 2013 op basis van de verzekerdenaantallen 2013 van 18 jaar en ouder zoals bepaald 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 op grond van artikel 24 Zorgverzekeringswet geen nominale premies worden ontvangen, op basis van de opgave jaarstaat 2013 per 1 juni 2014.

Artikel 23 De voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2013 en de voorlopige herberekening en voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage 2013

1. Het college herberekent het normatieve bedrag 2013 voorlopig als de som van het voorlopige herberekende deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2013, het voorlopige herberekende deelbedrag vaste zorgkosten 2013, het voorlopig herberekende deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013 en het voorlopig herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties 2013.
2. Voor de toepassing van artikel 3.17 van het Besluit berekent het college:
 - a. het bedrag bepaald in artikel 18, tiende lid;
 - b. het gemiddelde marktresultaat voor het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg. Het college berekent het gemiddelde marktresultaat door voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen het herberekende normatieve bedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg bedoeld in artikel 18, vierde lid en de variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2013 bedoeld in artikel 18, eerste lid te delen door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is;
 - c. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat groter is dan EUR 25,00 per verzekerde van 18 jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan trekt het college 90 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2013;
 - d. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat kleiner is dan EUR -25,00 per verzekerde van 18 jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan voegt het college 90 procent van het verschil toe aan het normatieve bedrag 2013.
3. Voor de toepassing van artikel 3.17 van het Besluit berekent het college:
 - a. het bedrag bepaald in artikel 20, dertiende lid;
 - b. het gemiddelde marktresultaat voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Het college berekent het gemiddeld marktresultaat door voor totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013 voor verzekerden van 18 jaar en ouder, bedoeld in artikel 20, zevende lid en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013 voor verzekerden van 18 jaar en ouder bedoeld in artikel 20, vierde lid te delen door het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is;
 - c. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat groter is dan EUR 7,50 per verzekerde van 18 jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan trekt het college 90 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2013;
 - d. indien het in onderdeel a bepaalde bedrag kleiner is dan EUR -7,50 per verzekerde van 18 jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan voegt het college 90 procent van het verschil toe aan het normatieve bedrag 2013.



4. Het college bepaalt de opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de verzekerden van 18 jaar en ouder 2013 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2013.
5. Het college vermindert het resultaat van het vierde lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in de opgave jaarstaat 2013 per 1 juni 2014 als gedeelde inkomsten voor verzekerden van 18 jaar en ouder waarvoor als gevolg van de toepasselijkheid van artikel 24 Zorgverzekeringswet geen nominale premies worden ontvangen.
6. Het college herberekent voorlopig de aanvulling op de bijdrage voor de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar door het aantal verzekerden jonger dan 18 jaar 2013 te vermenigvuldigen met EUR 50.
7. Het college herberekent de vereveningsbijdrage 2013 voorlopig door de som van het herberekende normatieve bedrag 2013 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 24 en de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in het vijfde lid.
8. Het college stelt de vereveningsbijdrage 2013 in september 2014 voorlopig vast ter hoogte van de in het vorige lid berekende bijdrage.

HOOFDSTUK IV DE TWEDE VOORLOPIGE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE 2013 VOOR EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 24 Algemene bepaling

Het college herberekent het normatieve bedrag voor de tweede keer voorlopig met inachtneming van de opgave hogekostencompensatie 2013, de kosten 2013 uit de opgave jaarstaat 2015 per 1 juni 2016, de opbrengstresultaten 2013 en de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast.

Artikel 25 Bepaling van de verzekerdenaantallen 2013

1. Het college betreft de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast over 2013 bij de verzekerdenaantallen zoals berekend op grond van de artikelen 15, 16 en 17.
2. Voor het criterium SES betreft het college voor het inkomen de opgave van de Belastingdienst over 2013 bij de verzekerdenaantallen. Indien een verzekerde niet is opgenomen in de opgave over 2013, maakt het college gebruik van de opgave over 2012.
3. Voor het criterium MHK betreft het college bij de verzekerdenaantallen de declaraties 2012 voor de deelbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, de kosten van dbc zorgproducten en de kosten van overige prestaties per verzekerde tot en met 31 december 2014, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2015 bij het college hebben aangeleverd.
4. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium GGZ kosten lage drempel per zorgverzekeraar op declaraties 2012 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten GGZ tot en met 31 december 2014, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2015 bij het college hebben aangeleverd.
5. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium GGZ kosten hoge drempel per zorgverzekeraar op declaraties 2012 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten GGZ tot en met 31 december 2014, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2015 bij het college hebben aangeleverd.

Artikel 26 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2013

1. Het college bepaalt met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 14 van de Regeling risicoverevening 2013, de variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2013 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Het college herberekent het gewicht variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde voor de DKG klasse 0 door het totaal aantal verzekerden per DKG klasse 1 tot en met 15 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en het resultaat vervolgens te delen door



het totaal aantal verzekerden DKG klasse 0, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.

3. Het college herberekent het gewicht variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde voor de MHK klasse 0 door het totaal aantal verzekerden per MHK klasse 1 tot en met 6 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden MHK klasse 0, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
4. Het college herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 25 bepaalde verzekerden-aantallen het normatieve bedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2013 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de verzekerden 2013 van alle zorgverzekeraars overeenkomstig artikel 7.
5. Het college berekent de schalingsfactor voor variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2013 door de variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2013 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald in het eerste lid, te delen door het in het vierde lid herberekende normatieve bedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2013 voor het totaal van de verzekerden 2013 van alle zorgverzekeraars.
6. Het college vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2013 uit het vierde lid met de schalingsfactor berekend in het vijfde lid.
7. Het college berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen de uitkomst van de vermenigvuldiging uit het zesde lid en het herberekende normatieve bedrag uit het vierde lid en deelt dit verschil door het totaal aantal bij alle zorgverzekeraars ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.
8. Het college vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat van het zevende lid met het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven.
9. Het college vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar berekend in het zesde lid met het product voor die zorgverzekeraar berekend in het achtste lid. Het resultaat wordt aangeduid als het tweede voorlopige herberekende deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2013.
10. Voor de toepassing van artikel 3.17 van het Besluit bepaalt het college per zorgverzekeraar het verschil tussen het tweede voorlopige herberekende deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2013 en de variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2013 en deelt dit verschil door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven.

Artikel 27 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2013

Het college herberekent voor de tweede keer voorlopig het deelbedrag vaste zorgkosten 2013 overeenkomstig artikel 19, met inachtneming van artikel 24 en 25.

Artikel 28 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013

1. Het college bepaalt met inachtneming van de artikelen 12 en 13 van de Regeling risicoverevening 2013 de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013 voor verzekerden jonger dan 18 jaar voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Het college herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 25 bepaalde verzekerden-aantallen het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013 voor het totaal van de verzekerden jonger dan 18 jaar van alle zorgverzekeraars overeenkomstig artikel 9, tweede lid.
3. Het college calculeert per zorgverzekeraar 100 procent na over het verschil tussen de kosten van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg verkregen in tweede lid en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013 voor verzekerden jonger dan 18 jaar uit het eerste lid en verrekent dit met het normatieve bedrag uit het tweede lid. Het resultaat wordt aangeduid als het



tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

4. Het college hanteert als uitgangspunten voor de verzekerden van 18 jaar en ouder:
 - a. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per klasse 2013 naar leeftijd en geslacht, zoals vermeld in bijlage 29 van deze beleidsregels;
 - b. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per FKG GGZ klasse 2013, zoals vermeld in bijlage 30 van deze beleidsregels;
 - c. voor verzekerden woonachtig in het buitenland 50% van het normgewicht voor de FKG GGZ klasse 0;
 - d. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2013, zoals vermeld in bijlage 31 van deze beleidsregels;
 - e. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per GGZ regioklasse 2013, zoals vermeld in bijlage 32 van deze beleidsregels;
 - f. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per SES klasse 2013, genoemd in bijlage 33 van deze beleidsregels;
 - g. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per éénpersoonsadresklasse 2013, genoemd in bijlage 34 van deze beleidsregels;
 - h. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per GGZ-kosten lage drempelklasse 2013, genoemd in bijlage 35 van deze beleidsregels;
 - i. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per GGZ-kosten hoge drempelklasse 2013, genoemd in bijlage 36 van deze beleidsregels.
5. Het college bepaalt met inachtneming van de artikelen 12 en 13 van de Regeling risicoverevening 2013, de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013 voor verzekerden van 18 jaar en ouder voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
6. Het college herberekent het gewicht kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder per verzekerde voor de GGZ kosten lage drempelklasse 0 2013 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 totaal aantal verzekerden GGZ kosten lage drempelklasse 0 2013, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
7. Het college herberekent het gewicht kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder per verzekerde voor de GGZ kosten hoge drempelklasse 0 2013 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 totaal aantal verzekerden GGZ kosten hoge drempelklasse 0 2013, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
8. Het college herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 25 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de verzekerden van 18 jaar en ouder 2013 van alle zorgverzekeraars overeenkomstig artikel 9, derde tot en met tiende lid.
9. Het college berekent de schalingsfactor voor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013 voor verzekerden van 18 jaar en ouder 2013 door de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald in het vijfde lid, te delen door het in het achtste lid herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013 voor het totaal van de verzekerden van 18 jaar en ouder 2013 van alle zorgverzekeraars.
10. Het college vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige gezondheidszorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder uit het achtste lid met de schalingsfactor berekend in het negende lid.
11. Het college berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen de uitkomst van de vermenigvuldiging uit het tiende lid en het herberekende normatieve bedrag uit het achtste lid en deelt dit verschil door het totaal aantal bij alle zorgverzekeraars ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.
12. Het college vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat van het elfde lid met het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven.



13. Het college vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar berekend in het tiende lid met het product voor die zorgverzekeraar berekend in het twaalfde lid.
14. Het college past een hogekostencompensatie toe overeenkomstig artikel 17 van de Regeling risicoverevening 2013 en verreken dit met de uitkomst van het dertiende lid. Het resultaat wordt aangeduid als het tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder.
15. Voor de toepassing van artikel 3.17 van het Besluit bepaalt het college per zorgverzekeraar het verschil tussen het tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder 2013 en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder 2013 en deelt dit verschil door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven.
16. De som van het resultaat van het derde en het veertiende lid wordt aangeduid als het tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013.

Artikel 29 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties 2013

1. Het college bepaalt met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 18 van de Regeling risicoverevening 2013, de kosten van overige prestaties 2013 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Het college herberekent het gewicht kosten van overige prestaties per verzekerde voor de DKG klasse 0 door het totaal aantal verzekerden per DKG klasse 1 tot en met 15 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden DKG klasse 0, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
3. Het college herberekent het gewicht kosten van overige prestaties per verzekerde voor de MHK klasse 0 door het totaal aantal verzekerden per MHK klasse 1 tot en met 6 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden MHK klasse 0, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
4. Het college herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 25 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2013 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de verzekerden 2013 van alle zorgverzekeraars overeenkomstig artikel 10.
5. Het college berekent de schalingsfactor voor kosten van overige prestaties 2013 door de kosten van overige prestaties 2013 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald in het eerste lid, te delen door het in het vierde lid herberekende normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2013 voor het totaal van de verzekerden 2013 van alle zorgverzekeraars.
6. Het college vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2013 uit het vierde lid met de schalingsfactor berekend in het vijfde lid.
7. Het college berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil de uitkomst van de vermenigvuldiging uit het zesde lid en het herberekende normatieve bedrag uit het vierde lid en deelt dit verschil door het totaal aantal bij alle zorgverzekeraars ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.
8. Het college vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat van het zesde lid met het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven.
9. Het college vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar berekend in het zesde lid met het product voor die zorgverzekeraar berekend in het zevende lid. Het resultaat wordt aangeduid als het tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties 2013.



Artikel 30 De tweede voorlopige herberekening van de normatieve eigen risico opbrengst 2013

Het college herberekent voor de tweede keer voorlopig de normatieve eigen risico opbrengst 2013 overeenkomstig artikel 11, met inachtneming van artikel 22 en artikel 25.

Artikel 31 De tweede voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2013 en de tweede voorlopige herberekening en de vaststelling van de vereveningsbijdrage 2013

1. Het college herberekent het normatieve bedrag 2013 voor de tweede keer voorlopig als de som van het tweede voorlopige deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2013, het tweede voorlopige deelbedrag vaste zorgkosten 2013, het tweede voorlopige deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013 en het tweede voorlopige deelbedrag kosten van overige prestaties 2013.
2. Voor de toepassing van artikel 3.17 van het Besluit berekent het college:
 - a. het bedrag bepaald in artikel 26, tiende lid;
 - b. het gemiddelde marktresultaat voor het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg. Het college berekent het gemiddelde marktresultaat door voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen het herberekende normatieve bedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg bedoeld in artikel 26, vierde lid en de variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2013 bedoeld in artikel 26, eerste lid te delen door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is;
 - c. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat groter is dan EUR 25,00 per verzekerden van 18 jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan trekt het college 90 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2013;
 - d. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat kleiner is dan EUR –25,00 per verzekerde van 18 jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan voegt het college 90 procent van het verschil toe aan het normatieve bedrag 2013.
3. Voor de toepassing van artikel 3.17 van het Besluit berekent het college:
 - a. de uitkomst van artikel 28, vijftiende lid;
 - b. het gemiddelde marktresultaat voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Het college berekent het gemiddeld marktresultaat door voor totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013 voor verzekerden van 18 jaar en ouder, bedoeld in artikel 28, achtste lid en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013 voor verzekerden van achttien jaar en ouder bedoeld in artikel 28, vijfde lid te delen door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is;
 - c. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat groter is dan EUR 7,50 per verzekerde van 18 jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan trekt het college 90 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2013;
 - d. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat kleiner is dan EUR –7,50 per verzekerde van 18 jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan voegt het college 90 procent van het verschil toe aan het normatieve bedrag 2013.
4. Het college bepaalt de tweede voorlopige opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de verzekerden van 18 jaar en ouder per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2013.
5. Het college vermindert het resultaat van het vierde lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in zijn jaarstaat 2013 per 1 juni 2014 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 te vermenigvuldigen met EUR 50.
7. Het college berekent de vereveningsbijdrage 2013 voor de tweede keer voorlopig door de som van het tweede voorlopige normatieve bedrag 2013 bedoeld in het eerste lid, met toepassing van het tweede lid en de aanvulling voor uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar als bedoeld



in artikel 23, zesde lid, te verminderen met de tweede voorlopige normatieve eigen risico opbrengst bedoeld in artikel 30, en de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in artikel 23, vijfde lid.

8. Het college stelt de vereveningsbijdrage 2013 voor de tweede keer voorlopig vast in september 2016 ter hoogte van de in het vorige lid berekende bijdrage.

HOOFDSTUK V DE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE 2013 VOOR EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 32 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 kosten 2013 uit de jaarstaat 2015.

Artikel 33 De definitieve herberekening van het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2013

Het college herberekent definitief het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2013 overeenkomstig artikel 26, met inachtneming van artikel 32.

Artikel 34 De definitieve herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2013

Het college herberekent definitief het deelbedrag vaste zorgkosten 2013 overeenkomstig artikel 27, met inachtneming van artikel 32.

Artikel 35 De definitieve herberekening van het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013

Het college herberekent definitief het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013 overeenkomstig artikel 28, met inachtneming van artikel 32.

Artikel 36 De definitieve herberekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties 2013

Het college herberekent definitief het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013 overeenkomstig artikel 29, met inachtneming van artikel 32.

Artikel 37 De definitieve herberekening van de normatieve eigen risico opbrengst 2013

Het college herberekent definitief het deelbedrag normatieve eigen risico opbrengst overeenkomstig artikel 30, met inachtneming van artikel 32.

Artikel 38 De definitieve herberekening van het normatieve bedrag 2013 en de definitieve herberekening en de vaststelling van de bijdrage 2013

1. Het college herberekent definitief het normatieve bedrag 2013 overeenkomstig artikel 31, met inachtneming van artikel 32.
2. Het college stelt de bijdrage 2013 vast in april 2017 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 39

1. Bij gelegenheid van de vaststelling van de bijdrage 2013, bedoeld in artikel 38, stelt het college per zorgverzekeraar ook de uitkering 2013 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 2013 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 2013, bedoeld in artikel 23, ook de voorlopige uitkering 2013 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 2013 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 2013, bedoeld in artikel 31, ook de tweede voorlopige uitkering 2013 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 40

1. Het college betaalt de zorgverzekeraars de vereveningsbijdrage, bedoeld in artikel 12, vierde lid, uit. Het college maakt bij de betaling onderscheid naar de volgende bestanddelen:
 - a. het deel van het normatieve bedrag 2013 dat betrekking heeft op het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg en het deelbedrag vaste zorgkosten 2013;
 - b. het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013;
 - c. het deelbedrag overige prestaties 2013;
 - d. een aftrekpost voor de geraamde normatieve eigen risico opbrengst 2013;
 - e. een aftrekpost voor de geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie 2013.
2. Het college betaalt de zorgverzekeraars de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar, bedoeld in artikel 12, 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 41 Betaling

1. Het college bepaalt de som van de bestanddelen genoemd in artikel 40, eerste lid, onder a tot en met c en de uitkering genoemd in artikel 40, tweede lid.
2. Het college deelt het resultaat van artikel 12, zesde lid, door het resultaat van het eerste lid.
3. Het college vermenigvuldigt ieder van de bestanddelen genoemd in artikel 40, eerste lid, onder a tot en met c en de uitkering bedoeld in artikel 40, 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 variabele kosten van medisch-specialistische zorg en het deelbedrag vaste zorgkosten 2013;
 - b. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2013;
 - c. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag overige prestaties 2013;
 - 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, bedoeld in het vierde lid, onder a tot en met d, in termijnen op de eerste werkdag van de maand, overeenkomstig onderstaand betalingsschema:

Betalingsschema

Betaalmoment	Bestanddelen betalingen			
	Artikel 41 vierde lid, onder a	Artikel 41 vierde lid, onder b	Artikel 41 vierde lid, onder c	Artikel 41 vierde lid, onder d
januari 2013		0,5200%		
februari 2013	0,9195%	2,0800%		8,3333%
maart 2013	2,6437%	4,1700%	8,3333%	8,3333%
april 2013	4,3678%	6,2500%	8,3334%	8,3334%
mei 2013	6,0920%	7,8100%	8,3333%	8,3333%
juni 2013	7,6435%	8,3400%	8,3333%	8,3333%

Betaalmoment	Bestanddelen betalingen			
	Artikel 41 vierde lid, onder a	Artikel 41 vierde lid, onder b	Artikel 41 vierde lid, onder c	Artikel 41 vierde lid, onder d
juli 2013	8,3333%	8,3300%	8,3334%	8,3334%
augustus 2013	8,3333%	8,3300%	8,3333%	8,3333%
september 2013	8,3333%	8,3400%	8,3333%	8,3333%
oktober 2013	8,3333%	8,3300%	8,3334%	8,3334%
november 2013	8,3333%	8,3300%	8,3333%	8,3333%
december 2013	8,3333%	8,3400%	8,3333%	8,3333%
januari 2014	8,3333%	7,8100%	8,3334%	8,3334%
februari 2014	7,4139%	6,2500%	8,3333%	
maart 2014	5,6897%	4,1700%		
april 2014	3,9656%	2,0800%		
mei 2014	2,2414%	0,5200%		
juni 2014	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 42

1. Bij de herberekening en herziening van de toegekende vereveningsbijdrage 2013 op grond van artikel 14 herziet het college de te betalen termijnen overeenkomstig artikel 41 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 eerste voorlopige vaststelling van de bijdrage, op grond van hoofdstuk III, herziet het college voor de tweede keer de te betalen termijnen overeenkomstig artikel 41. 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 41. 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 41. 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, de betreffende zorgverzekeraar dat saldo in een keer terug aan het college, 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 43

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 42.
2. De rente, bedoeld in het eerste lid, wordt bij de eerste 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 44

1. Bij de verrekening van verschillen, bedoeld in artikel 42, 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 42, tweede lid, berekent het college rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 41 en artikel 42, eerste en tweede lid tot de datum van de voorlopige vaststelling van de bijdrage.
3. Bij de verrekening van de verschillen, bedoeld in artikel 42, derde lid, berekent het college rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 41 en artikel 42, 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 42, vierde lid, berekent het college rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 41 en artikel 42 eerste, tweede, derde en vierde lid tot de datum van de definitieve vaststelling van de bijdrage.
5. Voor een zorgverzekeraar waarvoor krachtens artikel 41, zesde en zevende lid, afwijkende betalingen hebben plaatsgevonden, kan het college bij de renteberekening afwijken van de vorige leden.
6. Het college deelt het bedrag dat de zorgverzekeraar heeft terugbetaald op grond van artikel 42, zesde lid, voor de renteberekening naar rato toe aan de eerste dag van de maand waarin is terugbetaald en de eerste dag van de daaropvolgende maand, waarbij het uitgangspunt is de dag van terugbetaling.
7. Voor het rentepercentage gaat het college uit van het gemiddelde van de maandrentes van het Euro Interbank Offered Rate (Euribortarief) voor driemaands termijngelden zonder onderpand over de periodes, bedoeld in het eerste, tweede, derde en vierde lid. Voor de laatste kalendermaand vóór de betaling gaat het college uit van de rente over de voorafgaande kalendermaand.
8. 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.
9. 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 45

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 1 oktober 2012.

Artikel 46

Deze beleidsregels worden aangehaald als: Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2013.

Deze beleidsregels worden in de Staatscourant geplaatst.

*Voorzitter Raad van Bestuur,
A. Moerkamp.*

Goedgekeurd door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij brief van 5 maart 2013, kenmerk Z-3158208.



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 in 2013 vervolgens plaats in de Regeling risicoverevening 2013. De minister werkt in deze regeling gedetailleerd uit hoe de risicoverevening voor het betreffende jaar zal werken.

De Regeling risicoverevening 2013 is een algemeen verbindend voorschrift. Het CVZ kan hiervan niet afwijken bij de uitvoering van de risicoverevening. Bij het opstellen van zijn beleidsregels is het CVZ gebonden aan de door de minister opgestelde Regeling. 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 de minister welke uitkomsten van onderzoek en overleg vervolgens tot uitdrukking komen in jaarlijkse aanpassing van de regelgeving. Het CVZ stelt naar aanleiding van de Regeling zijn beleidsregels voor de toepassing jaarlijks opnieuw op.

Het proces van toekennen en vaststellen van de bijdrage verloopt volgens een vereveningscyclus. In de vereveningscyclus 2013 kent het CVZ voorafgaand aan het vereveningsjaar 2013 (ex ante) de bijdrage aan de zorgverzekeraars toe. In het voorjaar van 2013 herziet het CVZ de toekenning bij de lenteherberekening. Na ommekomst van het jaar (ex post) stelt het CVZ de bijdrage 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. Bij de tweede voorlopige vaststelling en de definitieve vaststelling houdt het CVZ rekening met de rapportages die de Nederlandse Zorgautoriteit (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. Hieronder volgt, per toekenning of vaststelling, een korte beschrijving van de uitvoering.

De vereveningscyclus 2013 begint met de vaststelling van de Regeling risicoverevening 2013 door de minister van VWS. De minister bepaalt in deze Regeling het macro-prestatiebedrag 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 (normgewicht) 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 2012. De ex ante bijdrage berekent het CVZ in drie stappen:

- De eerste stap, de verzekerdenraming, wordt beschreven in de artikelen 4, 5 en 6. 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 7, 8, 9 en 10 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 12 beschrijft de bijdrageberekening van de ex ante toekenning. De ex ante berekening van de normatieve opbrengst eigen betaling in verband met het eigen risico, beschreven in artikel 11, maakt hier deel van uit.



Na de toekenning van de ex ante bijdrage volgt in april 2013 de zogenoemde lenterberekening. Deze herberekening is een aanpassing van de ex ante toekenning op basis van geactualiseerde verzekerdenaantallen. Artikel 14 beschrijft de lenterberekening. Op basis hiervan past het CVZ de bevoorschotting aan (artikel 42, eerste lid).

De eerste voorlopige vaststelling van de bijdrage vindt plaats, na ommekomst van het jaar 2013, in september 2014. De eerste voorlopige vaststelling van de bijdrage berekent het CVZ in drie stappen:

- De eerste stap, de verzekerdensbepaling, wordt beschreven in de artikelen 15, 16 en 17.
- De tweede stap, de berekening van de deelbedragen, wordt beschreven in de artikelen 18, 19, 20 en 21. Bij de eerste voorlopige vaststelling vermenigvuldigt het CVZ de verzekerden uit de ex post verzekerdensbepaling met de ex ante normbedragen. In 2012 is de macroneutraliteit vervallen. In plaats daarvan voert het CVZ het flankerend beleid uit. Het flankerend beleid dat betrekking heeft op het gelijk speelveld wordt beschreven in de artikelen over de berekening van de deelbedragen. De bandbreedteregeling die van toepassing is op de deelbijdragen variabele kosten van medisch-specialistische zorg en GGZ 18 plus wordt berekend rond het gemiddelde marktresultaat. Zie artikel 18, tiende lid en artikel 20, dertiende lid.
Voor de deelbedragen vaste zorgkosten en GGZ jonger dan achttien jaar, past het CVZ nacalculatie toe. Zie artikel 19, derde lid en artikel 20, derde lid.
- De derde stap, de bijdrageberekening, wordt beschreven in artikel 23. Op de deelbijdragen variabele kosten van medisch-specialistische zorg en GGZ 18 plus past het CVZ de bandbreedteregeling toe. Artikel 22 beschrijft de berekening van de normatieve opbrengst eigen betaling in verband met het eigen risico.

De tweede voorlopige vaststelling vindt plaats in september 2016. De bijdrage uit de tweede voorlopige vaststelling berekent het CVZ in drie stappen:

- De eerste stap, de verzekerdensbepaling, wordt beschreven in artikel 15, 16, 17 en artikel 25. 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 in de gevallen die beschreven zijn in artikel 25 geactualiseerde gegevens bij de verzekerdensbepaling.
- De tweede stap, de berekening van de deelbedragen, wordt beschreven in artikel 26, 27, 28 en 29. Bij de tweede voorlopige vaststelling vermenigvuldigt het CVZ de verzekerden uit de verzekerdensbepaling met de ex ante normbedragen. Alleen voor het deelbedrag GGZ vermenigvuldigt het CVZ de verzekerden uit de verzekerdensbepaling met de ex post normbedragen.
In 2012 is de macroneutraliteit vervallen. In plaats daarvan voert het CVZ het flankerend beleid uit. Dit gebeurt op dezelfde wijze als bij de eerste voorlopige vaststelling. Het CVZ corrigeert de kosten van de zorgverzekeraars voor de opbrengstverrekening, welke is vastgesteld door de NZa. Het flankerend beleid dat betrekking heeft op het gelijk speelveld wordt beschreven in de artikelen over de berekening van de deelbedragen. Alleen voor het deelbedrag GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder past het CVZ een HKC toe (zie artikel 28, lid 14) met inachtneming van correcties die voortvloeien uit de reviewrapportage over de HKC opgave van de NZa. Vervolgens calculeert het CVZ na op de deelbedragen vaste zorgkosten en GGZ voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Zie artikel 27 en artikel 28 derde lid.
- De derde stap, de bijdrageberekening, wordt beschreven in artikel 31. Op de deelbijdragen variabele kosten van medisch-specialistische zorg en GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder past het CVZ de bandbreedteregeling toe. Artikel 30 beschrijft de berekening van de normatieve opbrengst eigen betaling in verband met het eigen risico.

Het CVZ stelt de bijdrage definitief vast in april 2017. 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 jaarstaat 2015.

De definitieve vaststelling is in drie stappen te beschrijven.

- Op de eerste stap, de verzekerdensbepaling, zijn de artikelen 15, 16 en 25 van toepassing;
- Op de tweede stap, de berekening van de deelbedragen, zijn de artikelen 33, 34, 35 en 36 van toepassing;
- Op de derde stap, de bijdrageberekening, is artikel 38 van toepassing. De berekening van de eigen betaling in verband met het eigen risico voor de definitieve vaststelling, wordt beschreven in artikel 37.

Hoofdstuk 7 tenslotte gaat over de wijze waarop het CVZ de betalingen van de vereveningsbijdrage aan de zorgverzekeraars verricht.

De belangrijkste wijzigingen in het model 2013 ten opzichte van het model 2012

1. Het deelbedrag kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment en het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp worden samengevoegd tot een



- nieuw deelbedrag. Dit is het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg.
2. Het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging krijgt een nieuwe naam. Dit is het deelbedrag vaste zorgkosten.
 3. De selectie van verzekerden voor het berekenen van de eigen betaling in verband met het verplicht eigen risico wordt aangepast. Vanaf vereveningsjaar 2013 wordt er gekeken of een verzekerde wel of niet ingedeeld is bij tenminste een positieve FKG, DKG of MHK. Verzekerden van 18 jaar en ouder die zijn ingedeeld bij tenminste een positieve FKG, DKG of MHK, krijgen een normbedrag Eigen Risico dat gebaseerd is op de verwachte gemiddelde kosten voor het eigen risico van deze groep. Dit bedrag is vanaf vereveningsjaar 2013 niet meer gelijk aan het maximumbedrag voor de eigen betaling in verband met het verplicht eigen risico. Verzekerden van 18 jaar en ouder die zijn ingedeeld bij zowel FKG 0, als DKG 0 als MHK 0, krijgen op basis van het eigen risicomodel normbedragen voor de vereveningskenmerken leeftijd en geslacht, aard van het inkomen en regio toegekend.
 4. In het vereveningskenmerk FKG komt de klasse FKG: Reuma: TNF-alfa-remmers te vervallen. In verband hiermee is de naam van de FKG Reuma: overige middelen aangepast naar FKG Reuma.
 5. In het vereveningskenmerk FKG heeft nog een naamswijziging plaatsgevonden. FKG diabetes type II a is nu FKG Diabetes Type II met hypertensie; FKG diabetes type II b is nu FKG Diabetes type II zonder hypertensie.
 6. Bij het vereveningskenmerk DKG worden vier nieuwe diagnosegroepen betrokken: hemofilie, slaapapneu, nierziekten bij kinderen en shuntchirurgie ten behoeve van nierlijden. Er worden twee klassen voor verschillende aandoeningengroepen toegevoegd. Daarnaast worden de DKG's per 2013 mede gebaseerd op diagnose-informatie van niet-klinische behandelingen.
 7. In het vereveningskenmerk Meerjarig Hoge Kosten is de definitie van de zogenoemde nee-ja-ja klasse aangepast. De klasse MHK 2 voorafgaande jaren hoge kosten in de top 15% is vanaf 2013 de klasse MHK 2 voorafgaande jaren hoge kosten in de top 10%.
 8. Het vereveningskenmerk FKG GGZ is uitgebreid met twee nieuwe FKG's, namelijk de FKG Psychose depot en de FKG bipolair complex. Voor deze FKG's gelden specifieke drempels en restricties die zijn opgenomen in artikel 5, lid 17, 18 en 20 en in artikel 16, lid 12, 13 en 15. De FKG Psychose is opgesplitst in een FKG Psychose en een FKG Psychose Depot. Bij de FKG Psychose depot gaat het om middelen met per toediening een werkingsduur van drieëneenhalve dag en langer, de zogenoemde depotpreparaten. De langere werkingsduur van depotpreparaten is geoperationaliseerd door middel van de DDD-factor. De DDD-factor is een verhoudingsgetal – uitgedrukt in duizenden – dat per ZI-artikelnummer aangeeft hoe lang een middel werkzaam is. Een DDD-factor van 3500 komt overeen met een werkingsduur van drieëneenhalve dag.
 9. Bij het vereveningskenmerk FKG GGZ hanteert het CVZ voor verzekerden woonachtig in het buitenland een percentage van 50% van het normbedrag voor FKG GGZ 0. Dit percentage is vermeld in artikel 9 en artikel 28. Een dergelijk percentage bestond al bij de vereveningskenmerken FKG en DKG en vanaf 2013 dus ook voor FKG GGZ.
 10. De drempel van de GGZ kosten Lage Drempelklasse (LDR) wordt EUR 400 (was EUR 550). De drempel van de GGZ kosten Hoge Drempelklasse (HDR) blijft EUR 2750.
 11. De Bandbreedteregeling voor het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg is gebaseerd op EUR 25 (dat was EUR 22,50 in 2012) en 90 procent.

Bovenstaande modelwijzigingen worden toegelicht in de Toelichting bij het Besluit zorgverzekering en de Regeling risicoverevening 2013.

*Voorzitter Raad van Bestuur,
A. Moerkamp.*



Tabellen bij toelichting

Tabel 1: verzekerenraming en verzekerenbepaling

Somatisch model	Somatisch model	GGZ model	Somatisch model	Eigen Risico model
Deelbedrag variabel	Deelbedrag vast	Deelbedrag GGZ	Deelbedrag overig	Bijdrageberekening
Alle verzekeren naar:	Alle verzekeren. Geen toewijzing naar verdeel kenmerken.	Verzekeren jonger dan 18 jaar.	Verzekeren 18 jaar en ouder naar:	Alle verzekeren naar:
Leeftijd en geslacht		Jonger dan 18 jaar	Leeftijd en geslacht	Leeftijd en geslacht
Aard van het inkomen			Aard van het inkomen	Aard van het inkomen
Regio			GGZ-regio	Regio
FKG			FKG GGZ	FKG
DKG				DKG
SES			SES	SES
Meerjarig hoge kosten				Meerjarig hoge kosten
			Éénpersoonsadres	
			GGZ kosten lage drempel	
			GGZ kosten hoge drempel	

Tabel 2: berekening deelbijdragen

Berekening deelbijdragen				
Ex Ante toekenning				
Deelbedrag variabel	Deelbedrag vast	Deelbedrag GGZ		Deelbedrag overig
Artikel 7	Artikel 8	Artikel 9		Artikel 10
Verzekerenraming artikel 4 * normbedragen tabellen 3 t/m 9	Verzekerenraming artikel 4 * gemiddelde vaste kosten 2011. Opschalen naar macro-prestatie bedrag 2013	Verzekerenraming artikel 5 verzekeren jonger dan 18 jaar * normbedragen tabel 10	Verzekerenraming artikel 5 verzekeren van 18 jaar en ouder * normbedragen tabellen 11 t/m 18	Verzekerenraming artikel 4 * normbedragen tabellen 19 t/m 25
Voorlopige vaststelling				
Deelbedrag variabel	Deelbedrag vast	Deelbedrag GGZ		Deelbedrag overig
Artikel 18	Artikel 19	Artikel 20		Artikel 21
Verzekerenbepaling artikel 15 * tabellen 3 t/m 9 landelijk. Flankerend beleid gelijk speelveld.	Verzekerenbepaling artikel 15 * herberekende vaste kosten	Verzekerenbepaling artikel 16 * tabel 10 landelijk. Flankerend beleid gelijk speelveld.	Verzekerenbepaling artikel 16 * tabellen 11 t/m 18 landelijk. Flankerend beleid gelijk speelveld.	Verzekerenbepaling artikel 15 * tabellen 19 t/m 25 landelijk. Flankerend beleid gelijk speelveld.
	100% nacalculatie	100% nacalculatie		
Tweede voorlopige vaststelling				
Deelbedrag variabel	Deelbedrag vast	Deelbedrag GGZ		Deelbedrag overig
Artikel 26	Artikel 27	Artikel 28		Artikel 29
Verzekerenbepaling artikel 25 * tabellen 3 t/m 9 landelijk. Flankerend beleid gelijk speelveld.	Verzekerenbepaling artikel 25 * herberekende vaste kosten	Verzekerenbepaling artikel 25 * tabel 10	Verzekerenbepaling artikel 25 * tabellen 29 t/m 36 landelijk. Flankerend beleid gelijk speelveld.	Verzekerenbepaling artikel 25 * tabellen 19 t/m 25 landelijk. Flankerend beleid gelijk speelveld.
	100% nacalculatie	100% nacalculatie		
Definitieve vaststelling				
Artikel 33	Artikel 34	Artikel 35		Artikel 36
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 12	Tabellen n.v.t.
Voorlopige vaststelling	Artikel 23	
Tweede voorlopige vaststelling	Artikel 31	
Definitieve vaststelling	Artikel 38	
Toepassing Bandbreedteregeling conform artikel 19 van de Regeling. De bandbreedteregeling is van toepassing op de deelbijdragen variabele kosten van medisch-specialistische zorg en GGZ bij de voorlopige, tweede voorlopige en de definitieve vaststelling.		
Sommatie deelbijdragen tot Normatief bedrag 2013		
Min eigen risico		
Eigen risico ex ante toekenning	Artikel 11	Tabellen 26, 27 en 28
Eigen risico voorlopige vaststelling	Artikel 22	
Eigen risico tweede voorlopige vaststelling	Artikel 30	
Eigen risico definitieve vaststelling	Artikel 37	
Min nominale rekenpremie		
Plus uitvoeringskosten verzekeren jonger dan 18 jaar		
Is bijdrage 2013		



BIJLAGE 1 PREVALENTIE-ONTWIKKELING 2012–2013 PER MORBIDITEITSRISICOKLASSE PER FKG 2013

Bron: College voor zorgverzekeringen

FKG somatisch model

Mannen	0	1	2	3	4	5
Leeftijd	Geen FKG	Glaucoom	Schildklieraandoeningen	Psychose, Alzheimer en verslaving	Depressie	Neuropathische pijn
0 t/m 17	0,999718	1,103468	1,076180	1,115061	1,128787	1,035339
18 t/m 29	0,999243	1,088448	1,045733	0,997748	1,033647	1,098684
30 t/m 44	0,998047	0,984194	1,039638	1,034106	1,040017	1,063321
45 t/m 59	0,994673	1,002219	1,039571	1,068443	1,031860	1,043059
60 t/m 74	0,982322	1,013948	1,041829	1,071096	1,041538	1,050655
75 e.o.	0,965751	1,001863	1,036500	1,072482	1,012786	0,993264

Vrouwen	0	1	2	3	4	5
Leeftijd	Geen FKG	Glaucoom	Schildklieraandoeningen	Psychose, Alzheimer en verslaving	Depressie	Neuropathische pijn
0 t/m 17	0,999846	1,019773	0,998592	1,151984	1,053967	0,944187
18 t/m 29	0,998890	1,061470	1,033880	1,017758	1,040939	0,974125
30 t/m 44	0,997259	1,072326	1,043435	1,016593	1,020899	1,067841
45 t/m 59	0,992800	0,996174	1,034705	1,040993	1,023214	1,030363
60 t/m 74	0,982207	1,002893	1,037420	1,054989	1,036075	1,058459
75 e.o.	0,979098	1,007724	1,027912	1,081026	0,997046	0,971499

Mannen	6	7	8	9	10	11
Leeftijd	Hoog cholesterol	Diabetes type II zonder hypertensie	COPD/zware astma	Astma	Diabetes type II met hypertensie	Epilepsie
0 t/m 17	1,068790	1,034109	0,966835	0,998828	0,886496	1,035715
18 t/m 29	1,040223	1,034109	1,039389	1,010336	0,886496	1,023074
30 t/m 44	1,017903	1,030298	1,044018	1,007116	1,079221	1,002352
45 t/m 59	1,024183	1,024344	1,066374	1,016744	1,025499	1,008442
60 t/m 74	1,050354	0,981653	1,034878	1,013089	1,024908	1,024577
75 e.o.	1,091849	0,980389	1,017063	0,993328	1,017002	1,018356

Vrouwen	6	7	8	9	10	11
Leeftijd	Hoog cholesterol	Diabetes type II zonder hypertensie	COPD/zware astma	Astma	Diabetes type II met hypertensie	Epilepsie
0 t/m 17	1,107616	1,023661	1,002291	0,998049	1,050221	1,024595
18 t/m 29	1,000253	1,023661	1,099083	0,997636	1,050221	1,000600
30 t/m 44	1,021486	1,046387	1,042194	1,011573	0,991278	1,003510
45 t/m 59	1,042967	1,031119	1,054380	1,029693	1,028553	1,011110
60 t/m 74	1,060316	0,983024	1,070232	1,031798	1,008224	1,030511
75 e.o.	1,105586	0,949919	1,046290	1,042638	0,989420	1,018583

Mannen	12	13	14	15	16	17
Leeftijd	Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	Hartaandoeningen	Reuma	Parkinson	Diabetes type I	Transplantaties
0 t/m 17	1,023977	0,978484	1,107166	1,020173	1,023120	1,110166
18 t/m 29	1,022335	1,026759	1,035424	1,020173	1,021266	1,021156
30 t/m 44	1,005977	0,991677	1,080538	1,020173	0,993956	1,054310
45 t/m 59	1,037986	0,975422	1,073242	1,046671	0,998439	1,046121
60 t/m 74	1,027602	0,974986	1,092162	1,019034	1,008092	1,039466
75 e.o.	1,018316	0,980111	1,055248	1,032997	1,032343	1,066827



Vrouwen	12	13	14	15	16	17
Leeftijd	Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	Hartaandoeningen	Reuma	Parkinson	Diabetes type I	Transplantaties
0 t/m 17	1,026042	0,857223	1,070574	1,081991	1,011733	1,040573
18 t/m 29	0,969310	1,047371	1,085957	1,081991	1,044446	1,026607
30 t/m 44	1,026352	1,004070	1,067059	1,081991	0,988232	1,058118
45 t/m 59	1,038695	0,982225	1,071679	1,017931	0,995372	1,057924
60 t/m 74	1,069441	0,979959	1,074935	1,011400	0,986291	1,051651
75 e.o.	1,027720	0,976367	1,079724	1,036162	1,003068	1,103433

Mannen	18	19	20	21	22	23	24
Leeftijd	Cystic fibrosis/pancreas-enzymen	Aand. van hersenen/ruggemerg	Kanker	Hormoon-gevoelige tumoren	HIV/AIDS	Nieraandoeningen	Groeihormonen
0 t/m 17	0,975817	0,971736	0,788487	1,053760	1,122961	0,972784	1,054729
18 t/m 29	1,043966	0,971736	1,099803	1,053760	1,187398	0,972784	1,017973
30 t/m 44	1,042147	1,062215	1,087515	0,951838	1,058101	0,977046	1,016369
45 t/m 59	0,998555	1,073000	1,066420	1,004480	1,113948	0,999226	0,957358
60 t/m 74	1,069397	1,092396	1,034424	1,003191	1,178061	0,975536	1,039715
75 e.o.	1,073752	1,069907	1,073379	1,012391	1,150632	0,967737	1,039715

Vrouwen	18	19	20	21	22	23	24
Leeftijd	Cystic fibrosis/pancreas-enzymen	Aand. van hersenen/ruggemerg	Kanker	Hormoon-gevoelige tumoren	HIV/AIDS	Nieraandoeningen	Groeihormonen
0 t/m 17	0,960673	1,025958	1,238943	1,083221	1,057974	0,886372	1,051110
18 t/m 29	0,983893	1,025958	1,179182	1,100643	1,000567	0,886372	0,964612
30 t/m 44	1,100903	1,025650	1,099133	1,041935	1,071376	0,943136	1,003352
45 t/m 59	0,968003	1,074712	1,049646	1,043533	1,140072	0,941525	1,034380
60 t/m 74	1,082373	1,064369	0,995114	1,064317	1,188780	0,945714	1,014630
75 e.o.	1,082083	1,070487	1,028741	1,010350	1,188780	1,005590	1,014630

FKG GGZ model

Mannen	0	1	2	3	4	5
Leeftijd	Geen FKG GGZ	Psychose	Psychose depot	Stemmingstoornis	Verslaving	Bipolaire stoornis reg.
0 t/m 17	0,998027	1,117450	0,968740	1,113914	0,958307	0,866978
18 t/m 29	0,998789	1,005152	0,968740	1,026146	0,958307	0,866978
30 t/m 44	0,998371	1,038790	0,997696	1,036390	1,023389	1,010568
45 t/m 59	0,998105	1,068791	1,022281	1,036134	1,084257	0,964035
60 t/m 74	0,998307	1,075171	1,063003	1,045307	1,114882	1,003139
75 e.o.	0,999414	1,075460	0,968953	1,016464	1,338917	0,988236

Vrouwen	0	1	2	3	4	5
Leeftijd	Geen FKG GGZ	Psychose	Psychose depot	Stemmingstoornis	Verslaving	Bipolaire stoornis reg.
0 t/m 17	0,999153	1,134171	1,008658	1,064999	0,872436	0,909147
18 t/m 29	0,998645	1,024530	1,008658	1,036910	0,872436	0,909147
30 t/m 44	0,998670	1,022096	0,984263	1,019318	0,966590	0,915676
45 t/m 59	0,997841	1,059234	0,969721	1,026280	1,007503	0,947124
60 t/m 74	0,997613	1,058860	0,999560	1,037412	1,089451	0,953401
75 e.o.	0,999756	1,024159	0,938793	1,004217	1,257659	0,961756

Mannen	6	7
Leeftijd	Bipolaire stoornis compl.	ADHD
0 t/m 17	1,054845	1,090344
18 t/m 29	1,054845	1,167897
30 t/m 44	0,960484	1,170574



Mannen	6	7
Leeftijd	Bipolaire stoornis compl.	ADHD
45 t/m 59	1,012448	1,157906
60 t/m 74	1,020521	1,212823
75 e.o.	0,979485	0,918835

Vrouwen	6	7
Leeftijd	Bipolaire stoornis compl.	ADHD
0 t/m 17	1,038369	1,164863
18 t/m 29	1,038369	1,208419
30 t/m 44	1,012425	1,222916
45 t/m 59	1,048032	1,232612
60 t/m 74	1,008917	1,196263
75 e.o.	1,012814	1,196263



BIJLAGE 2 TOEWIJZING FKG'S DIABETES 2013 OP BASIS VAN FARMACIEGEBRUIK VOOR DIABETES EN HYPERTENSIE

Bron: College voor zorgverzekeringen

Diabetes type I	Diabetes type II	Hypertensie	Toewijzing FKG
>180	>180	>180	Diabetes type I
>180	>180	≤180	Diabetes type I
>180	≤180	>180	Diabetes type I
>180	≤180	≤180	Diabetes type I
≤180	>180	>180	Diabetes type II met hypertensie
≤180	>180	≤180	Diabetes type II zonder hypertensie
≤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 2013

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2013

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

klasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
0-jarigen	3.630,87	3.149,55
1 t/m 4 jaar	771,38	671,89
5 t/m 9 jaar	619,53	580,80
10 t/m 14 jaar	595,94	584,16
15 t/m 17 jaar	647,29	684,13
18 t/m 24 jaar	644,04	801,96
25 t/m 29 jaar	645,80	1.115,93
30 t/m 34 jaar	670,73	1.191,84
35 t/m 39 jaar	715,12	1.023,15
40 t/m 44 jaar	765,01	902,28
45 t/m 49 jaar	875,92	979,63
50 t/m 54 jaar	1.009,89	1.075,89
55 t/m 59 jaar	1.240,12	1.158,77
60 t/m 64 jaar	1.420,90	1.262,18
65 t/m 69 jaar	1.786,63	1.481,11
70 t/m 74 jaar	2.094,71	1.661,91
75 t/m 79 jaar	2.474,33	1.844,80
80 t/m 84 jaar	2.444,22	1.829,09
85 t/m 89 jaar	2.333,58	1.716,11
90 jaar en ouder	2.170,21	1.469,58



BIJLAGE 4 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2013

Gewichten voor het criterium FKG's (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg

klasse	FKG 2013	Gewicht in euro's
0	Geen FKG	-72,75
1	Glaucoom	106,05
2	Schildklieraandoeningen	68,48
3	Psychose, Alzheimer en verslaving	-486,26
4	Depressie	113,58
5	Neuropathische pijn	477,69
6	Hoog cholesterol	120,40
7	Diabetes type II zonder hypertensie	229,11
8	COPD/Zware astma	692,41
9	Astma	201,37
10	Diabetes type II met hypertensie	353,16
11	Epilepsie	221,93
12	Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	547,47
13	Hartaandoeningen	1.135,33
14	Reuma	393,67
15	Parkinson	-440,07
16	Diabetes type I	195,10
17	Transplantaties	-464,51
18	Cystic fibrosis/pancreasenzymen	592,32
19	Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg	-3.035,16
20	Kanker	857,86
21	Hormoongevoelige tumoren	-373,38
22	HIV/AIDS	-3.113,34
23	Nieraandoeningen	3.455,45
24	Groeihormonen	11.520,36



BIJLAGE 5 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2013

Gewichten voor het criterium DKG's (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg

DKG klasse	Gewicht in euro's
0	-165,64
1	249,17
2	588,45
3	771,74
4	1.049,24
5	1.265,74
6	2.016,00
7	2.286,42
8	3.473,36
9	2.761,03
10	4.699,02
11	5.760,07
12	6.212,85
13	9.322,14
14	57.547,16
15	71.142,21



BIJLAGE 6 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2013

Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg

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	252,56
	35-44 jaar	299,53
	45-54 jaar	305,43
	55-64 jaar	268,54
3. Bijstand	18-34 jaar	83,48
	35-44 jaar	173,58
	45-54 jaar	204,53
	55-64 jaar	161,24
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-64,02
	35-44 jaar	-88,72
	45-54 jaar	-128,00
	55-64 jaar	-139,16
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-9,72
	35-44 jaar	-16,93
	45-54 jaar	-26,32
	55-64 jaar	-48,74



BIJLAGE 7 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2013

Gewichten voor het regiocriterium (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg

Regioklasse	Gewicht in euro's
Klasse 1	68,81
Klasse 2	31,98
Klasse 3	19,36
Klasse 4	12,11
Klasse 5	5,70
Klasse 6	-2,97
Klasse 7	-16,30
Klasse 8	-31,74
Klasse 9	-34,58
Klasse 10	-51,85



BIJLAGE 8 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2013

Gewichten voor het criterium sociaal economische status (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg

SES klasse		Gewichten in euro's
> 15 bewoners	0-17 jaar	11,81
	18-64 jaar	139,96
	65+	-298,54
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-17 jaar	11,81
	18-64 jaar	38,55
	65+	370,15
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-17 jaar	-13,75
	18-64 jaar	11,76
	65+	-35,75
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-17 jaar	-4,73
	18-64 jaar	-44,72
	65+	-99,22



BIJLAGE 9 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2013

Gewichten voor het criterium meerjarig hoge kosten (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg

MHK klasse		Gewichten in euro's
0	Geen MHK	-122,39
1	MHK 2 voorafgaande jaren hoge kosten in de top 10 procent	1.425,35
2	MHK kosten 3 keer in top 15 procent	994,86
3	MHK kosten 3 keer in top 10 procent	1.526,83
4	MHK kosten 3 keer in top 7 procent	2.372,46
5	MHK kosten 3 keer in top 4 procent	3.826,59
6	MHK kosten 3 keer in top 1,5 procent	8.354,40



BIJLAGE 10 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 2 van de Regeling risicoverevening 2013

Gewichten voor verzekerden onder achttien jaar voor het deelbedrag geneeskundige GGZ voor verzekerden onder achttien jaar

Leeftijd onder achttien jaar	Gewicht in euro's
Wel	191,96
Niet	0,00



BIJLAGE 11 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 2 van de Regeling risicoverevening 2013

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

klasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
18 t/m 24 jaar	314,69	335,88
25 t/m 29 jaar	315,94	298,73
30 t/m 34 jaar	317,10	274,71
35 t/m 39 jaar	295,02	268,89
40 t/m 44 jaar	268,89	268,89
45 t/m 49 jaar	265,44	262,40
50 t/m 54 jaar	249,29	249,29
55 t/m 59 jaar	237,26	237,26
60 t/m 64 jaar	237,26	237,26
65 t/m 69 jaar	213,16	216,39
70 t/m 74 jaar	213,07	220,53
75 t/m 79 jaar	211,96	210,62
80 t/m 84 jaar	224,70	205,88
85 t/m 89 jaar	205,88	205,88
90 jaar en ouder	205,88	205,88



BIJLAGE 12 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 2 van de Regeling risicoverevening 2013

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

klasse	FKG GGZ 2013	Gewicht in euro's
0	Geen FKG psychische aandoeningen	-39,34
1	FKG psychose	3.136,39
2	FKG psychose depot	7.241,89
3	FKG chronische stemmingsstoornissen	340,78
4	FKG verslaving	2.258,04
5	FKG bipolaire stoornis regulier	868,29
6	FKG bipolaire stoornis complex	2.513,17
7	FKG ADHD	89,67



BIJLAGE 13 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 2 van de Regeling risicoverevening 2013

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

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	958,12
	35-44 jaar	353,43
	45-54 jaar	138,95
	55-64 jaar	40,34
3. Bijstand	18-34 jaar	625,36
	35-44 jaar	442,90
	45-54 jaar	279,92
	55-64 jaar	114,84
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-49,77
	35-44 jaar	-43,94
	45-54 jaar	-24,34
	55-64 jaar	-12,32
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-49,77
	35-44 jaar	-37,09
	45-54 jaar	-24,34
	55-64 jaar	-12,32



BIJLAGE 14 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 2 van de Regeling risicoverevening 2013

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

GGZ Regioklasse	Gewicht in euro's
Klasse 1	77,51
Klasse 2	11,55
Klasse 3	6,04
Klasse 4	-13,73
Klasse 5	-13,73
Klasse 6	-13,73
Klasse 7	-13,73
Klasse 8	-13,73
Klasse 9	-13,73
Klasse 10	-13,73



BIJLAGE 15 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 2 van de Regeling risicoverevening 2013

Gewichten voor het criterium SES (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder

SES klasse		Gewichten in euro's
> 15 bewoners	18-64 jaar	1.939,17
	65+	90,69
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	18-64 jaar	-16,81
	65+	20,05
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	18-64 jaar	3,48
	65+	-7,91
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	18-64 jaar	-26,97
	65+	-7,91



BIJLAGE 16 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 2 van de Regeling risicoverevening 2013

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

Eénpersoonsadresklasse	Gewicht in euro's
Niet	-21,13
Wel	106,81



BIJLAGE 17 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 2 van de Regeling risicoverevening 2013 en eigen berekening CVZ

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

	GGZ-kosten > lage drempel van 400 euro	Gewicht in euro's
0	Niet	-39,24
1	Wel	876,49



BIJLAGE 18 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 2 van de Regeling risicoverevening 2013 en eigen berekening CVZ

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

	GGZ-kosten > hoge drempel van 2750 euro	Gewicht in euro's
0	Niet	-84,53
1	Wel	5.656,90



BIJLAGE 19 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2013

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

klasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
0-jarigen	945,77	840,71
1 t/m 4 jaar	684,43	630,14
5 t/m 9 jaar	770,02	701,71
10 t/m 14 jaar	713,17	715,23
15 t/m 17 jaar	723,42	826,11
18 t/m 24 jaar	531,72	739,46
25 t/m 29 jaar	547,66	1.021,04
30 t/m 34 jaar	572,17	1.066,54
35 t/m 39 jaar	590,06	831,35
40 t/m 44 jaar	610,76	713,85
45 t/m 49 jaar	655,82	739,15
50 t/m 54 jaar	701,62	788,28
55 t/m 59 jaar	783,76	846,84
60 t/m 64 jaar	829,16	881,61
65 t/m 69 jaar	953,66	997,38
70 t/m 74 jaar	1.011,25	1.066,25
75 t/m 79 jaar	1.105,11	1.197,40
80 t/m 84 jaar	1.238,28	1.368,61
85 t/m 89 jaar	1.480,92	1.605,57
90 jaar en ouder	1.868,00	1.919,50



BIJLAGE 20 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2013

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

klasse	FKG 2013	Gewicht in euro's
0	Geen FKG	-136,16
1	Glaucoom	193,92
2	Schildklierandoeningen	113,33
3	Psychose, Alzheimer en verslaving	1.097,32
4	Depressie	190,78
5	Neuropathische pijn	700,92
6	Hoog cholesterol	233,79
7	Diabetes type II zonder hypertensie	475,92
8	COPD/Zware astma	939,33
9	Astma	503,71
10	Diabetes type II met hypertensie	625,82
11	Epilepsie	602,92
12	Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	472,58
13	Hartaandoeningen	328,73
14	Reuma	23,23
15	Parkinson	2.378,66
16	Diabetes type I	1.313,03
17	Transplantaties	755,30
18	Cystic fibrosis/pancreasenzymen	4.453,23
19	Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg	4.874,37
20	Kanker	-372,26
21	Hormoongevoelige tumoren	560,96
22	HIV/AIDS	7.161,88
23	Nieraandoeningen	2.189,00
24	Groeihormonen	-7.182,31



BIJLAGE 21 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2013

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

DKG klasse	Gewicht in euro's
0	-34,60
1	149,16
2	134,10
3	111,71
4	166,09
5	427,14
6	297,65
7	701,02
8	644,03
9	1.029,08
10	1.495,54
11	3.929,63
12	3.984,07
13	2.597,59
14	542,88
15	-4.876,40



BIJLAGE 22 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2013

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

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	399,56
	35-44 jaar	390,69
	45-54 jaar	313,62
	55-64 jaar	194,71
3. Bijstand	18-34 jaar	17,05
	35-44 jaar	159,16
	45-54 jaar	199,40
	55-64 jaar	133,09
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-61,95
	35-44 jaar	-58,08
	45-54 jaar	-79,20
	55-64 jaar	-88,12
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-14,87
	35-44 jaar	-25,09
	45-54 jaar	-32,06
	55-64 jaar	-37,15



BIJLAGE 23 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2013

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

Regioklasse	Gewicht in euro's
1	16,14
2	5,24
3	4,02
4	6,13
5	3,18
6	0,72
7	1,85
8	-5,19
9	-7,07
10	-24,79



BIJLAGE 24 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2013

Gewichten voor de SES klasse (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag overige prestaties

SES klasse		Gewichten in euro's
> 15 bewoners	0-17 jaar	15,60
	18-64 jaar	-64,67
	65+	379,52
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-17 jaar	15,60
	18-64 jaar	21,19
	65+	120,47
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-17 jaar	-9,38
	18-64 jaar	17,47
	65+	-12,25
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-17 jaar	-33,33
	18-64 jaar	-33,61
	65+	-85,31



BIJLAGE 25 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2013

Gewichten voor het criterium meerjarig hoge kosten (MHK) (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag overige prestaties

MHK klasse		Gewichten in euro's
0	Geen MHK	-146,40
1	MHK 2 voorafgaande jaren hoge kosten in top 10 procent	1.066,82
2	MHK kosten 3 keer in top 15 procent	1.018,29
3	MHK kosten 3 keer in top 10 procent	1.758,11
4	MHK kosten 3 keer in top 7 procent	2.906,61
5	MHK kosten 3 keer in top 4 procent	5.179,35
6	MHK kosten 3 keer in top 1,5 procent	13.281,83



BIJLAGE 26 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 4 van de Regeling risicoverevening 2013

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

klasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
18 t/m 24 jaar	122,94	189,18
25 t/m 29 jaar	117,93	200,53
30 t/m 34 jaar	122,39	208,00
35 t/m 39 jaar	127,32	192,08
40 t/m 44 jaar	133,33	182,53
45 t/m 49 jaar	142,66	186,75
50 t/m 54 jaar	155,52	196,58
55 t/m 59 jaar	174,90	203,90
60 t/m 64 jaar	189,61	211,22
65 t/m 69 jaar	210,91	228,34
70 t/m 74 jaar	232,35	246,02
75 t/m 79 jaar	252,45	261,57
80 t/m 84 jaar	264,57	269,82
85 t/m 89 jaar	271,26	270,40
90 jaar en ouder	272,23	261,94



BIJLAGE 27 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 4 van de Regeling risicoverevening 2013

Gewichten voor de eigen risico opbrengst per verzekerde per klasse 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	59,80
	35-44 jaar	63,27
	45-54 jaar	54,57
	55-64 jaar	35,35
3. Bijstand	18-34 jaar	42,96
	35-44 jaar	51,39
	45-54 jaar	47,60
	55-64 jaar	16,77
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-6,95
	35-44 jaar	-9,08
	45-54 jaar	-12,96
	55-64 jaar	-12,50
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-2,26
	35-44 jaar	-3,24
	45-54 jaar	-3,21
	55-64 jaar	-3,42



BIJLAGE 28 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 4 van de Regeling risicoverevening 2013

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

Regioklasse 2013	Gewicht in euro's
Klasse 1	11,49
Klasse 2	7,12
Klasse 3	4,93
Klasse 4	2,11
Klasse 5	0,73
Klasse 6	-0,20
Klasse 7	-2,43
Klasse 8	-5,22
Klasse 9	-6,85
Klasse 10	-9,74



BIJLAGE 29 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 3 van de Regeling risicoverevening 2013

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

klasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
18 t/m 24 jaar	283,73	338,43
25 t/m 29 jaar	297,24	338,01
30 t/m 34 jaar	303,64	312,54
35 t/m 39 jaar	299,24	309,82
40 t/m 44 jaar	279,69	294,08
45 t/m 49 jaar	276,09	284,08
50 t/m 54 jaar	254,14	261,30
55 t/m 59 jaar	234,63	230,27
60 t/m 64 jaar	219,97	219,97
65 t/m 69 jaar	192,74	191,65
70 t/m 74 jaar	192,92	191,65
75 t/m 79 jaar	200,08	191,65
80 t/m 84 jaar	215,85	191,65
85 t/m 89 jaar	199,59	191,65
90 jaar en ouder	191,65	191,65



BIJLAGE 30 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 3 van de Regeling risicoverevening 2013

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

klasse	FKG GGZ 2013	Gewicht in euro's
0	Geen FKG psychische aandoeningen	-35,04
1	FKG psychose	2.348,78
2	FKG psychose depot	4.545,34
3	FKG chronische stemmingsstoornissen	392,84
4	FKG verslaving	1.653,96
5	FKG bipolaire stoornis regulier	817,88
6	FKG bipolaire stoornis complex	1.808,66
7	FKG ADHD	228,99



BIJLAGE 31 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 3 van de Regeling risicoverevening 2013

Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien 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	640,44
	35-44 jaar	389,92
	45-54 jaar	182,80
	55-64 jaar	41,97
3. Bijstand	18-34 jaar	498,48
	35-44 jaar	429,81
	45-54 jaar	302,31
	55-64 jaar	100,92
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-72,97
	35-44 jaar	-71,28
	45-54 jaar	-46,18
	55-64 jaar	-12,00
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-33,14
	35-44 jaar	-35,87
	45-54 jaar	-27,43
	55-64 jaar	-12,00



BIJLAGE 32 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 3 van de Regeling risicoverevening 2013

Gewichten voor het criterium GGZ-regio (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien 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	Gewicht in euro's
Klasse 1	48,97
Klasse 2	16,97
Klasse 3	10,02
Klasse 4	-6,61
Klasse 5	-9,92
Klasse 6	-12,01
Klasse 7	-12,01
Klasse 8	-12,01
Klasse 9	-12,01
Klasse 10	-12,01



BIJLAGE 33 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 3 van de Regeling risicoverevening 2013

Gewichten voor het criterium sociaal economische status (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien 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	674,32
	65+	30,84
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	18-64 jaar	1,15
	65+	23,52
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	18-64 jaar	8,33
	65+	-5,99
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	18-64 jaar	-22,31
	65+	-5,99



BIJLAGE 34 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 3 van de Regeling risicoverevening 2013

Gewichten voor het criterium woonachtig in Nederland op een éénpersoonsadres (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien 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	-20,12
Wel	101,70



BIJLAGE 35 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 3 van de Regeling risicoverevening 2013 en eigen berekening CVZ

Gewichten voor het criterium GGZ-kosten lage drempelklasse voor het deelbedrag geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien 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 van 400 euro	Gewicht in euro's
0	Niet	Zie Regeling artikel 11, zesde lid
1	Wel	1.158,12



BIJLAGE 36 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2013

Bron: Bijlage 3 van de Regeling risicoverevening 2013 en eigen berekening CVZ

Gewichten voor het criterium GGZ-kosten hoge drempelklasse voor het deelbedrag geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien 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 van 2.750 euro	Gewicht in euro's
0	Niet	Zie Regeling artikel 11, zesde lid
1	Wel	4.460,00