

BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2012

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 2012 en de brief van de minister van VWS van 13 januari 2012, kenmerk Z-3099714,

Heeft in zijn vergadering van 19 maart 2012 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. macroverzekerden-raming: | 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 geboortjaar, viercijferige postcode en gepseudonimiseerd adres; |
| i. VPPKB: | verzekerde periode en persoonskenmerkenbestand; een bestand dat bestaat uit a) de opgave van de zorgverzekeraar van verzekerden mét een geverifieerd gepseudonimiseerd burgerservicenummer dat per gepseudonimiseerd burgerservicenummer de verzekerde periode, de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand en geboortjaar, viercijferige postcode en gepseudonimiseerd adres bevat en b) 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 geboortjaar 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 2012 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 2012 en de berekening van de normatieve bedragen en de vereveningsbijdragen ervan uit dat alle zorgverzekeraars die gedurende 2011 actief zijn geweest ook in 2012 als zorgverzekeraar actief zullen zijn.

HOOFDSTUK II TOEKENNING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE 2012 AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 4 Raming van de verzekerdenaantallen 2012 voor het macro-deelbedrag kosten van dbc-zorgproducten in het vrij segment, het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en voor het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties

1. Het college raamt de verzekerdenaantallen 2012 voor het macro-deelbedrag kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment, voor het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 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 2012 en het PKB 2011.
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 2011, zoals de zorgverzekeraars dat hebben aangeleverd op 15 juni 2011.
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 2011 met als peildatum de datum van de nominale premieprolongatie van de maand juni 2011.
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 2011;
 - b. de zelfstandigen op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst naar inkomensbron op peildatum 30 juni 2010;
 - c. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron op peildatum 30 juni 2010.
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 niet zijn ingedeeld onder 1 tot en met 3 of 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 2012 uit bijlage 9 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 september 2011 Z/F-3084546;
 - b. de viercijferige postcode, op het PKB 2011.
 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 2012 uit bijlage 6 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 september 2011 Z/F-3084546;
 - b. de opgave per 1 juni 2011 van declaraties farmaceutische hulp 2010 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. Onverminderd 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 2011 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 IIa en Diabetes IIb 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 IIa of FKG Diabetes IIb, 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 Reuma: TNF-alfa-remmers, deelt het college deze verzekerde niet in bij FKG Reuma: overige middelen;
 - g. 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 2012 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 2011 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 t/m 25 2012 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 2012 uit bijlage 8 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 september 2011 Z/F-3084546;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2011 aan het college van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van DBC's die in 2009 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 2010 per verzekerde in welke DKG klasse 1 tot en met 13 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 2010 voor het eerst voorkomen per DKG de gemiddelde prevalentie naar leeftijd en geslacht voor de betreffende klasse van de overige verzekerden in het PKB 2010 toe. Vervolgens koppelt het college de verzekerden aan het PKB 2011, 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 13 2012 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 2011;
 - b. het inkomen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst over het jaar 2009;
 - c. het inkomen wanneer voor 2009 geen gegevens beschikbaar zijn, op gegevens over het jaar 2008;
 - d. de adresgegevens, op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst over het jaar 2010;
 - e. de adresgegevens indien deze in de opgave van de Belastingdienst ontbreken, op het PKB 2011.
 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 2007 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de deelbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp en de kosten van overige prestaties tot en met 31 december 2009, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2011 bij het college hebben aangeleverd;
 - b. 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;
 - c. 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, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2011 bij het college hebben aangeleverd.
 29. Het college herleidt de percentages van de risicoklassen MHK met betrekking tot vereveningsjaar 2007, 2008 respectievelijk 2009 tot drempelbedragen MHK 2007, 2008 respectievelijk 2009.

30. Het college bepaalt op basis van de drempelbedragen uit het vorige lid en een koppeling met het PKB 2010 in welke MHK klasse een verzekerde valt.
31. Vervolgens koppelt het college de verzekerden aan het PKB 2011, 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 15 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, aard van het inkomen en MHK.

Artikel 5 Raming van de verzekerdenaantallen 2012 voor het macro-deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

1. Het college raamt de verzekerdenaantallen 2012 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 2012 en het PKB 2011.
3. Het college baseert zich bij de raming van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar op het PKB 2011 met als peildatum de datum van de nominale premieprolongatie van de maand juni 2011, zoals de zorgverzekeraars dat hebben aangeleverd op 15 juni 2011.
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 2011 met als peildatum de datum van de nominale premieprolongatie van de maand juni 2011.
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 2011 met als peildatum de datum van de nominale premieprolongatie van de maand juni 2011.
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 2011;
 - b. de zelfstandigen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst naar inkomensbron op peildatum 30 juni 2010;
 - c. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron op peildatum 30 juni 2010.
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 2012 uit bijlage 10 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 september 2011 Z/F-3084546;
 - b. de viercijferige postcode, op het PKB 2011.
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 2012 uit bijlage 7 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 september 2011 Z/F-3084546.
 - b. de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer per 1 juni 2011 van declaraties farmaceutische hulp 2010 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. 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 drempel bedoeld in het zestiende lid in welke FKG GGZ klassen de verzekerde valt. Aan de verzekerde koppelt het college een zwaarte van 1 voor de betreffende klasse.
 18. Het college past per verzekerde per FKG GGZ 2012 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 2011 voor het eerst voorkomen per FKG GGZ op de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PKB.
 19. Als een verzekerde niet in de FKG GGZ klasse 1 tot en met 5 valt, deelt het college deze verzekerde per zorgverzekeraar in bij FKG GGZ klasse 0.
 20. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium FKG GGZ naar de macroverzekerdenraming.
 21. 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 2011;
 - b. het inkomen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst over het jaar 2009;
 - c. het inkomen op gegevens over het jaar 2008 wanneer voor 2009 geen gegevens beschikbaar zijn;
 - d. de adresgegevens, op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst 2010;
 - e. de adresgegevens, op het PKB 2011 indien deze ontbreken in de opgave van de Belastingdienst.
 22. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium SES naar de macroverzekerdenraming.
 23. 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 2011.
 24. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium éénpersoonsadres naar de macroverzekerdenraming.
 25. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium GGZ-kosten lage drempel per zorgverzekeraar op het GGZ kostenbestand over 2009 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer dat door onderzoeksbureau APE voor de raming 2012 is gebruikt en dat op 24 juli 2011 bij het college is aangeleverd.
 26. Het college bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer tussen het GGZ kostenbestand, bedoeld in het vorige lid en het PKB 2010 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.
 27. De verzekerden die in het PKB 2010 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 2010 gezet. Vervolgens koppelt het college de verzekerden aan het PKB 2011, waarbij de verzekerden een zwaarte krijgen dusdanig dat de prevalentie naar leeftijd en geslacht per GGZ-kosten lage drempelklasse constant blijft.

28. 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.
29. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium GGZ-kosten lage drempel naar de macroverzekerdenraming.
30. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium GGZ-kosten hoge drempel per zorgverzekeraar op het GGZ kostenbestand over 2009 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer dat door onderzoeksbureau APE voor de raming 2012 is gebruikt en dat op 24 juli 2011 bij het college is aangeleverd.
31. Het college bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer tussen het GGZ kostenbestand, bedoeld in het vorige lid en het PKB 2010 per verzekerde of de verzekerde in de GGZ-kosten hoge drempel klasse 1 2012 valt. Het college stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.
32. De verzekerden die in het PKB 2010 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 2010. Vervolgens koppelt het college de verzekerden aan het PKB 2011, waarbij de verzekerden een zwaarte krijgen dusdanig dat de prevalentie naar leeftijd en geslacht per GGZ-kosten hoge drempelklasse constant blijft.
33. 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.
34. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium GGZ-kosten hoge drempel naar de macroverzekerdenraming.
35. Het college deelt verzekerden woonachtig in het buitenland jonger dan achttien jaar uitsluitend in bij GGZ verzekerden jonger dan achttien jaar.
36. Het college deelt verzekerden woonachtig in het buitenland van achttien jaar en ouder uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht en aard van het inkomen.

Artikel 6 *Raming van de verzekerdenaantallen 2012 voor de normatieve eigen risico opbrengst*

1. Het college raamt de verzekerdenaantallen 2012 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 2012 en het PKB 2011.
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 2011, zoals de zorgverzekeraars dat hebben aangeleverd op 15 juni 2011.
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 met een FKG klasse 1 tot en met 25 per zorgverzekeraar op artikel 4, twaalfde tot en met negentiende lid van deze Beleidsregels.
6. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder met een FKG klasse 1 tot en met 25 naar de macroverzekerdenraming.
7. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder zonder een FKG klasse 1 tot en met 25 op artikel 4, twaalfde tot en met negentiende lid van deze Beleidsregels.
8. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder zonder een FKG klasse 1 tot en met 25 voor het criterium leeftijd en geslacht per zorgverzekeraar op het PKB 2011 met als peildatum de datum van de nominale premieprolongatie in de maand juni 2011.
9. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder zonder een FKG klasse 1 tot en met 25 naar de macroverzekerdenraming.
10. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder zonder een FKG klasse 1 tot en met 25 voor het criterium aard van het inkomen per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de leeftijd, op het PKB 2011;

- b. de zelfstandigen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV en de Belastingdienst naar inkomensbron op peildatum 30 juni 2010;
 - c. de arbeidsongeschiktheiden, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron op peildatum 30 juni 2010.
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.
 12. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder 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 zonder een FKG klasse 1 tot en met 25 voor het criterium regio per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de indeling, op de regioclusters somatisch naar viercijferige postcode voor 2012 uit bijlage 9 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 september 2011 Z/F-3084546;
 - b. de viercijferige postcode, op het PKB 2011.
 14. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor criterium regio naar de macroverzekerdenraming.
 15. 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 7 *De verdeling van het macro-deelbedrag kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment en de berekening van het deelbedrag kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment*

1. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment hanteert het college de volgende gewichten als uitgangspunten:
 - a. de gewichten kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment per verzekerde per klasse 2012 naar leeftijd en geslacht, genoemd in bijlage 3 van deze beleidsregels;
 - b. de gewichten kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment per verzekerde per FKG klasse 0 tot en met 25 2012, 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 kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment per verzekerde per DKG klasse 0 tot en met 13 2012, 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 kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment per verzekerde per aard van het inkomen klasse 2012, genoemd in bijlage 6 van deze beleidsregels;
 - g. de gewichten kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment per verzekerde per regio klasse 2012, genoemd in bijlage 7 van deze beleidsregels;
 - h. de gewichten kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment per verzekerde per SES klasse 2012, genoemd in bijlage 8 van deze beleidsregels;
 - i. de gewichten kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment per verzekerde per MHK klasse 2012, genoemd in bijlage 9 van deze beleidsregels.
2. Het college vermenigvuldigt de gewichten kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment per verzekerde per klasse naar leeftijd en geslacht 2012 per overeenkomstige klasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per klasse naar leeftijd en geslacht 2012. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
3. Het college vermenigvuldigt de gewichten kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment per verzekerde per FKG klasse 2012 per overeenkomstige FKG met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden FKG 2012. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tweede lid.
4. Het college vermenigvuldigt de gewichten kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment per verzekerde per DKG klasse 2012 per overeenkomstige DKG klasse met het geraamde aantal verzekerden per DKG klasse 2012. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het derde lid.
5. Het college vermenigvuldigt de gewichten kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2012 per overeenkomstige aard van het inkomenklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per

- aard van het inkomenklasse 2012. Het college sommeert de uitkomsten per zorgverzekeraar en voegt deze toe aan het resultaat van het vierde lid.
6. Het college vermenigvuldigt de gewichten kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment per verzekerde per regioklasse 2012 per overeenkomstige regioklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per regioklasse 2012. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vijfde lid.
 7. Het college vermenigvuldigt de gewichten kosten van dbc-zorproducten in het vrije segment per verzekerde per SES klasse 2012 per overeenkomstige SES klasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per SES klasse 2012. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zesde lid.
 8. Het college vermenigvuldigt de gewichten kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment per verzekerde per MHK klasse 2012 per overeenkomstige MHK klasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per MHK klasse 2012. 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 kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment 2012.

Artikel 8 *De verdeling van het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en de berekening van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp*

1. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp hanteert het college de volgende gewichten als uitgangspunten:
 - a. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per klasse 2012 naar leeftijd en geslacht, genoemd in bijlage 10 van deze beleidsregels;
 - b. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per FKG klasse 0 tot en met 25 2012, genoemd in bijlage 11 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 ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per DKG klasse 0 tot en met 13 2012, genoemd in bijlage 12 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 ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2012, genoemd in bijlage 13 van deze beleidsregels;
 - g. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per regioklasse 2012, genoemd in bijlage 14 van deze beleidsregels;
 - h. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per SES klasse 2012, genoemd in bijlage 15 van deze beleidsregels;
 - i. de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per MHK klasse 2012, genoemd in bijlage 16 van deze beleidsregels.
2. Het college vermenigvuldigt de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per klasse naar leeftijd en geslacht 2012 per overeenkomstige klasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per klasse naar leeftijd en geslacht 2012. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
3. Het college vermenigvuldigt de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per FKG klasse 2012 per overeenkomstige FKG klasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per FKG klasse

2012. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tweede lid.
4. Het college vermenigvuldigt de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per DKG klasse 2012 per overeenkomstige DKG klasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per DKG klasse 2012. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het derde lid.
 5. Het college vermenigvuldigt de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2012 per overeenkomstige aard van het inkomenklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per aard van het inkomenklasse 2012. Het college sommeert de uitkomsten per zorgverzekeraar en voegt deze toe aan het resultaat van het vierde lid.
 6. Het college vermenigvuldigt de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per regioklasse 2012 per overeenkomstige regioklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per regioklasse 2012. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vijfde lid.
 7. Het college vermenigvuldigt de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per SES klasse 2012 per overeenkomstige SES klasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per SES klasse 2012. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zesde lid.
 8. Het college vermenigvuldigt de gewichten variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp per verzekerde per MHK klasse 2012 per overeenkomstige MHK klasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per MHK klasse 2012. 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 ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012.

Artikel 9 *De verdeling van het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging en de berekening van het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging*

1. Het college bepaalt het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2012 als volgt:
 - a. Het college berekent de gemiddelde vaste kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde per zorgverzekeraar in 2010 op basis van gegevens over de kosten uit de opgave jaarstaat 2010 per 1 juni 2011 van de zorgverzekeraar;
 - b. Per zorgverzekeraar vermenigvuldigt het college de geraamde aantallen verzekerden 2012 met het berekende bedrag in onderdeel a;
 - c. Vervolgens berekent het college de landelijke vastekostenfactor 2012 door het macro-deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2012, als genoemd in artikel 2, tweede lid, onder c, van de Regeling risicoverevening 2012 te delen door de som over alle zorgverzekeraars van het resultaat onder b;
 - d. Het college vermenigvuldigt het in onderdeel a berekende bedrag per zorgverzekeraar met de in onderdeel c berekende landelijke vastekostenfactor 2012. Het resultaat wordt aangeduid als het zorgverzekeraarspecifieke bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging per geraamde verzekerde 2012.
2. Indien het gemiddelde aantal verzekerden van een zorgverzekeraar in 2010 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 2010 van alle zorgverzekeraars. Deze werkwijze wordt ook gevolgd wanneer de zorgverzekeraar een onjuiste of een onvolledige opgave over 2010 aan het college heeft gedaan of wanneer een opgave niet mogelijk is.
3. Het college berekent per zorgverzekeraar het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2012 door het zorgverzekeraarspecifieke bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging per geraamde verzekerde 2012 te vermenigvuldigen met het totaal aantal geraamde verzekerden 2012.
4. Het resultaat van het derde lid wordt aangeduid als het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2012.

Artikel 10 *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 17 van deze beleidsregels;
 - b. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per klasse 2012 naar leeftijd en geslacht, genoemd in bijlage 18 van deze beleidsregels;
 - c. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde naar FKG GGZ klasse 0 tot en met 5 2012, genoemd in bijlage 19 van deze beleidsregels;
 - d. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2012, genoemd in bijlage 20 van deze beleidsregels;
 - e. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per GGZ-regioklasse 2012, genoemd in bijlage 21 van deze beleidsregels;
 - f. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per SES klasse 2012, genoemd in bijlage 22 van deze beleidsregels;
 - g. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per éénpersoonsadresklasse 2012, genoemd in bijlage 23 van deze beleidsregels;
 - h. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per geneeskundige GGZ kosten lage drempelklasse, genoemd in bijlage 24 van deze beleidsregels;
 - i. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per geneeskundige GGZ kosten hoge drempelklasse, genoemd in bijlage 25 van deze beleidsregels.
2. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per jonger dan 18 jaarklasse 2012 worden per overeenkomstige jonger dan 18 jaarklasse 2012 vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per jonger dan 18 jaarklasse 2012. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
3. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per klasse 2012 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 2012. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
4. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per FKG GGZ 2012 klasse worden per overeenkomstige klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder 2012. 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 2012 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 2012. 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 2012 worden per overeenkomstige GGZ-regioklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per GGZ-regio klasse 2012. 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 2012 worden per overeenkomstige SES klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per SES klasse 2012. 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 2012 worden per overeenkomstige éénpersoonsadresklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per éénpersoonsadresklasse 2012. 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 2012 worden per overeenkomstige GGZ kosten lage drempelklasse 2012 vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per GGZ kosten lage drempelklasse 2012. 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 2012 worden per overeenkomstige GGZ kosten hoge drempelklasse 2012 vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per GGZ kosten hoge drempelklasse 2012. 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 2012.

Artikel 11 *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 2012 naar leeftijd en geslacht, genoemd in bijlage 26 van deze beleidsregels;
 - b. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per FKG klasse 0 tot en met 25 2012, genoemd in bijlage 27 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 13 2012, genoemd in bijlage 28 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 2012, genoemd in bijlage 29 van deze beleidsregels;
 - g. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per regioklasse 2012, genoemd in bijlage 30 van deze beleidsregels;
 - h. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per SES klasse 2012, genoemd in bijlage 31 van deze beleidsregels;
 - i. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per MHK klasse 2012, genoemd in bijlage 32 van deze beleidsregels.
2. De gewichten kosten van de overige prestaties per verzekerde per klasse naar leeftijd en geslacht 2012 worden per overeenkomstige klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per klasse naar leeftijd en geslacht 2012. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
3. De gewichten kosten van de overige prestaties per verzekerde per FKG 2012 klasse worden per overeenkomstige FKG klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per FKG 2012 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 2012 klasse worden per overeenkomstige DKG vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per DKG 2012 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 2012 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per aard van het inkomenklasse 2012. 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 2012 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per regioklasse 2012. 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 2012 worden per overeenkomstige SES klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per SES klasse 2012. 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 2012 worden per overeenkomstige MHK klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per MHK klasse 2012. 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 2012.

Artikel 12 *De raming van de normatieve eigen risico opbrengst*

1. Het college berekent de geraamde normatieve eigen risico opbrengst 2012 voor verzekerden met een FKG klasse 1 tot en met 25 2012 per zorgverzekeraar door het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder met een FKG klasse 1 tot en met 25 2012, bepaald in artikel 6, vijfde lid te vermenigvuldigen met een bedrag van EUR 220 per verzekerde.
2. Het college vermindert de uitkomst van het eerste lid met 0,08258 procent vanwege de geraamde gedeelde 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 zonder een FKG klasse 1 tot en met 25 2012 hanteert het college als uitgangspunten:
 - a. de gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per klasse naar leeftijd en geslacht 2012, genoemd in bijlage 33 van deze beleidsregels;
 - b. de gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2012, genoemd in bijlage 34 van deze beleidsregels;
 - c. de gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per regioklasse 2012, genoemd in bijlage 35 van deze beleidsregels.
4. De gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per klasse 2012 naar leeftijd en geslacht worden per overeenkomstige klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder zonder een FKG klasse 1 tot en met 25, zoals bepaald in artikel 6, achtste en negende lid van deze Beleidsregels. De uitkomsten worden per klasse 2012 per zorgverzekeraar gesommeerd.
5. De gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2012 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 2012, 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 2012 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van 18 jaar en ouder per regioklasse 2012, 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 gedeelde 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 13 *De berekening van het normatieve bedrag en de berekening en toekenning van de vereveningsbijdrage*

1. Het college berekent het normatieve bedrag 2012 van een zorgverzekeraar als de som van het volgens dit hoofdstuk berekende deelbedrag kosten dbc-zorgproducten in het vrije segment 2012, het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012, het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2012, het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2012 en het deelbedrag kosten van overige prestaties 2012.

2. Het college raamt de opbrengst 2012 van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de geraamde aantallen verzekerden van 18 jaar en ouder 2012 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2012.
3. Het college vermindert het resultaat van het tweede lid met 0,08258 procent vanwege de geraamde gedeferde 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 2012 voor een zorgverzekeraar door op het normatieve bedrag 2012 de geraamde normatieve eigen risico opbrengst 2012 en de volgens het derde lid geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie 2012 in mindering te brengen.
5. Het college berekent per zorgverzekeraar de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar 2012. Deze uitkering bedraagt het aantal geraamde verzekerden jonger dan 18 jaar vermenigvuldigd met EUR 50.
6. Het college kent de vereveningsbijdrage 2012 ter hoogte van de bijdrage berekend in het vierde lid, aangevuld met het bedrag berekend in het vijfde lid, aan de zorgverzekeraar toe.

Artikel 14 *Herberekeningen als gevolg van splitsing van de zorgverzekeraar*

Indien een zorgverzekeraar na de toekenning van de vereveningsbijdrage 2012 besluit zich te splitsen, deelt de zorgverzekeraar aan het college mee hoe naar zijn verwachting de geraamde verzekerdenaantallen 2012 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 15 *De herberekening en herziening van de toegekende bijdrage 2012*

1. Het college herberekent de toekenning van de vereveningsbijdrage op basis van de werkelijke verzekerdenaantallen 2012 volgens de opgaven van de zorgverzekeraars aan het college op 7 maart 2012.
2. Het college bepaalt de herberekening van de toegekende vereveningsbijdrage 2012 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 deze uitkomst met de bijdrage 2012 zoals toegekend op grond van artikel 13, zesde lid van deze Beleidsregels.
3. Het college herziert de op grond van artikel 13, zesde lid, toegekende vereveningsbijdrage 2012 overeenkomstig de herberekening uit het tweede lid.

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

Artikel 16 *Bepaling van de verzekerdenaantallen 2012 voor het macro-deelbedrag kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment, voor het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en voor het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties*

1. Het college bepaalt de verzekerdenaantallen 2012 voor het macro-deelbedrag kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment, voor het macro-deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 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 2012, zoals de zorgverzekeraars dat hebben aangeleverd op 1 juli 2013.
3. Wanneer een verzekerde gedurende een bepaalde periode in 2012 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 2012, zoals zorgverzekeraars dat op 15 juni 2012 bij het college hebben aangeleverd. De peildatum van de opgave is de datum voor de nominale premieprolongatie voor de maand juni 2012;
 - b. Het VPPKB 2012 indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2012.
 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 2012;
 - b. de leeftijd in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2012, op het VPPKB 2012;
 - c. de zelfstandigen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst naar inkomensbron over 2012, met peildatum 30 juni 2012;
 - d. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de refentiegroep, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron over 2012, met peildatum 30 juni 2012;
 - e. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep indien de opgave van het UWV betreffende een gemeente onvoldoende gegevens bevat, op de gegevens over 2011, met als peildatum 30 juni 2011 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 2012 uit bijlage 9 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 september 2011 Z/F-3084546;
 - b. de viercijferige postcode, op het PKB 2012;
 - c. de viercijferige postcode indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2012, op het VPPKB 2012.
 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 2012 uit bijlage 6 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 september 2011 Z/F-3084546;
 - b. de opgave per 1 juni 2012 van declaraties farmaceutische hulp 2011 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. Onverminderd 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 2012 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 25 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 25 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 8 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 september 2011 Z/F-3084546;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraar aan het college per 1 juni 2013 van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle dbc's die in 2011 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 13 de verzekerde valt.
16. Als een verzekerde niet in een DKG klasse 1 tot en met 13 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 2012;
 - b. het inkomen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst over 2011;
 - c. het inkomen in het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave over 2011, op de opgave over 2010 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in de opgave over 2010, op de opgave over 2009;
 - d. de adresgegevens, op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst over 2012;
 - e. de adresgegevens in het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave van de Belastingdienst op het PKB 2012 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB op het VPPKB 2012.
18. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium MHK per zorgverzekeraar op:
 - a. declaraties 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;
 - b. 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;
 - c. 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, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2013 bij het college hebben aangeleverd.
19. Het college herleidt de percentages van de risicoklassen MHK met betrekking tot vereveningsjaar 2009, 2010 respectievelijk 2011 tot drempelbedragen MHK 2009, 2010 respectievelijk 2011.
20. Het college bepaalt op basis van de drempelbedragen uit het vorige lid en een koppeling met het VPPKB 2012 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 21 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, aard van het inkomen en MHK.

Artikel 17 Bepaling van de verzekerdenaantallen 2012 voor het macro-deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

1. Het college bepaalt de verzekerdenaantallen 2012 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 2012, zoals zorgverzekeraars dat hebben aangeleverd op 1 juli 2013.
3. Wanneer een verzekerde gedurende een bepaalde periode in 2012 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 2012, zoals zorgverzekeraars dat op 15 juni 2012 bij het college hebben aangeleverd. De peildatum van de opgave is de datum voor de nominale premieprolongatie voor de maand juni 2012;
 - b. het VPPKB 2012 indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2012.
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 2012, zoals zorgverzekeraars dat op 15 juni 2012 bij het college hebben aangeleverd. De peildatum van de opgave is de datum voor de nominale premieprolongatie voor de maand juni 2012;
 - b. het VPPKB 2012 indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2012.
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 2012;
 - b. de leeftijd in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2012, op het VPPKB 2012;
 - c. de zelfstandigen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst naar inkomensbron over 2012, met peildatum 30 juni 2012;
 - d. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron over 2012, met peildatum 30 juni 2012;
 - e. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep indien de opgave van het UWV betreffende een gemeente onvoldoende gegevens bevat, op gegevens over 2011, met peildatum 30 juni 2011, 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 2012 uit bijlage 10 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 september 2011 Z/F-3084546;
 - b. de viercijferige postcode, op het PKB 2012;
 - c. de viercijferige postcode indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2012, op het VPPKB 2012.
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 2012 uit bijlage 7 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 september 2011 Z/F-3084546;
 - b. de opgave per 1 juni 2012 van declaraties farmaceutische hulp 2011 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. Het college koppelt de opgave bedoeld in het negende lid, onderdeel b met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2012 en bepaalt op basis

- hiervan en met behulp van de drempel bedoeld in het elfde lid in welke FKG GGZ klassen 1 tot en met 5 de verzekerde valt.
13. Als een verzekerde niet in een FKG GGZ klasse 1 tot en met 5 valt, deelt het college deze verzekerde in bij FKG GGZ klasse 0.
 14. 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 2012;
 - b. het inkomen, op de gepseudonimiseerde opgave van de Belastingdienst over 2011;
 - c. het inkomen in het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave over 2011, op de opgave over 2010 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in de opgave over 2010, op de opgave over 2009;
 - d. de adresgegevens op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst over 2012;
 - e. de adresgegevens in het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave van de Belastingdienst over 2012, op het PKB 2012 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB 2012, op het VPPKB 2012.
 15. 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 2012;
 - b. de adresgegevens in het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave van de Belastingdienst op het PKB 2012 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB 2012, op het verzekerde periode en PKB 2012.
 16. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium GGZ-kosten lage drempel per zorgverzekeraar op declaraties 2011 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten GGZ, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2013 bij het college hebben aangeleverd.
 17. 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.
 18. 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.
 19. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium GGZ-kosten hoge drempel per zorgverzekeraar op declaraties 2011 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten GGZ, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2013 bij het college hebben aangeleverd.
 20. Het college bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer tussen de opgave bedoeld in het negentiende lid en het VPPKB per verzekerde of de verzekerde in de GGZ-kosten hoge drempelklasse 1 2012 valt.
 21. 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.
 22. 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.
 23. 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 en aard van het inkomen.

Artikel 18 *Bepaling van de verzekerdenaantallen 2012 voor de normatieve eigen risico opbrengst*

1. Het college bepaalt de verzekerdenaantallen 2012 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 2012, zoals zorgverzekeraars dat op 1 juli 2013 bij het college hebben aangeleverd.

3. Wanneer een verzekerde gedurende een bepaalde periode in 2012 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 met een FKG klasse 1 tot en met 25 per zorgverzekeraar met inachtneming van artikel 16, achtste tot en met dertiende lid.
5. Het college bepaalt het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder zonder een FKG klasse 1 tot en met 25 per zorgverzekeraar met inachtneming van artikel 16, achtste tot en met dertiende lid.
6. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder zonder een FKG klasse 1 tot en met 25 voor het criterium leeftijd en geslacht per zorgverzekeraar op:
 - a. het PKB 2012, zoals zorgverzekeraars dat op 15 juni 2012 bij het college hebben aangeleverd. De peildatum van de opgave is de datum voor de nominale premieprolongatie voor de maand juni 2012;
 - b. het VPPKB 2012 indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2012.
7. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder zonder een FKG klasse 1 tot en met 25 voor het criterium aard van het inkomen per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de leeftijd, op het PKB 2012;
 - b. de leeftijd in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2012, op het VPPKB 2012;
 - c. de zelfstandigen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst naar inkomensbron over 2012, met peildatum 30 juni 2012;
 - d. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron over 2012, met peildatum 30 juni 2012;
 - e. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep indien de opgave van het UWV betreffende een gemeente onvoldoende gegevens bevat, op gegevens over 2011, met peildatum 30 juni 2011, 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 zonder een FKG klasse 1 tot en met 25 voor het criterium regio per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de indeling, op de regioclusters somatisch naar viercijferige postcode voor 2012 uit bijlage 9 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 30 september 2011 Z/F-3084546;
 - b. de viercijferige postcode, op het PKB 2012;
 - c. de viercijferige postcode in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2012, op het VPPKB 2012.
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 19 *De voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment 2012*

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2012 per 1 juni 2013 en met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 14 van de Regeling risicoverevening 2012 bepaalt het college de kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment 2012 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.

2. Het college herberekent het gewicht kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment 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.
3. Het college herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 16 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment 2012 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de verzekerden 2012 van alle zorgverzekeraars overeenkomstig artikel 7.
4. Het college berekent de schalingsfactor voor kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment 2012 door de kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment 2012 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 dbc-zorgproducten in het vrije segment 2012 voor het totaal van de verzekerden 2012 van alle zorgverzekeraars.
5. Het college vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment 2012 uit het derde lid met de schalingsfactor berekend in het vierde lid.
6. 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.
7. 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.
8. 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 dbc-zorgproducten in het vrije segment 2012.
9. Voor de toepassing van artikel 3.17 van het Besluit bepaalt het college per zorgverzekeraar het verschil tussen het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment 2012 en de kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment 2012 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 20 *De voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012*

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2012 per 1 juni 2013 en met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 14 van de Regeling risicoverevening 2012, bepaalt het college de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Het college herberekent het gewicht variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp 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.
3. Het college herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 16 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van alle verzekerden 2012 van alle zorgverzekeraars overeenkomstig artikel 8.
4. Het college berekent de schalingsfactor voor variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012 door de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012 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 ziekenhuisverpleging en kosten

van specialistische hulp 2012 voor het totaal van de verzekerden 2012 van alle zorgverzekeraars.

5. Het college vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012 uit het derde lid met de schalingsfactor berekend in het vierde lid.
6. 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 achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.
7. 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.
8. 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 ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012.
9. 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 ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012 en de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012 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 21 *De voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2012*

1. Het college bepaalt op basis van de opgave jaarstaat 2012 per 1 juni 2013 per zorgverzekeraar met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 16 van de Regeling risicoverevening 2012 de vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2012.
2. Het college herberekent het voorlopig deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2012 per zorgverzekeraar als volgt:
 - a. De vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2011 worden per zorgverzekeraar gedeeld door het aantal verzekerden 2011. Het resultaat is het bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde 2011;
 - b. Het in onderdeel a berekende bedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging per verzekerde 2011 wordt vermenigvuldigd met het totaal aantal verzekerden 2012 per zorgverzekeraar, vastgesteld met toepassing van artikel 16, tiende lid. Het resultaat is het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2012.
3. Het college calculeert per zorgverzekeraar 100 procent na op het verschil tussen de vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2012, verkregen in het eerste lid, en het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging, verkregen in het tweede lid.
4. De som van het resultaat van het tweede en het derde lid wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2012.

Artikel 22 *De voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2012*

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2012 per 1 juni 2013 en met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 17 van de Regeling risicoverevening 2012, bepaalt het college de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2012 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 17 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2012 voor het totaal van de verzekerden jonger dan 18 jaar van alle zorgverzekeraars overeenkomstig artikel 10, 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 2012 voor verzekerden jonger dan 18 jaar uit het eerste 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 2012 per 1 juni 2013 en met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 18 van de Regeling risicoverevening 2012, bepaalt het college de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2012 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 2012 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 2012, 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 2012 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 2012, 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 17 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2012 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de verzekerden van 18 jaar en ouder 2012 van alle zorgverzekeraars overeenkomstig artikel 10, derde tot en met elfde lid.
8. Het college berekent de schalingsfactor voor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2012 voor verzekerden van 18 jaar en ouder 2012 door de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2012 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 2012 voor het totaal van de verzekerden van 18 jaar en ouder 2012 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 2012 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 achttien 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 2012 en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder 2012 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.
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 2012.

Artikel 23 *De voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties 2012*

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2012 per 1 juli 2013 en met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 19 van de Regeling risicoverevening 2012, bepaalt het college de kosten van overige prestaties 2012 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 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.
3. Het college herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 16 berekende verzekerdenaantallen het normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2012 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de verzekerden 2012 van alle zorgverzekeraars overeenkomstig artikel 11.
4. Het college berekent de schalingsfactor voor kosten van overige prestaties 2012 door de kosten van overige prestaties 2012 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 2012 van alle zorgverzekeraars.
5. Het college vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2012 uit het derde lid met de schalingsfactor berekend in het vierde lid.
6. 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 achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.
7. 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.
8. 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 2012.

Artikel 24 *De voorlopige herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico 2012*

1. Uitgangspunt voor de herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico zijn de opgaven, bedoeld in artikel 18, tweede lid, van de verzekerdenaantallen van de zorgverzekeraar.
2. Het college herberekent overeenkomstig artikel 12 de normatieve eigen risico opbrengst 2012 op basis van de verzekerdenaantallen 2012 van 18 jaar en ouder zoals bepaald in artikel 18.
3. In afwijking van het tweede lid bepaalt het college de gedeelde 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 2012 per 1 juli 2013.

Artikel 25 *De voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2012 en de voorlopige herberekening en voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage 2012*

1. Het college herberekent het normatieve bedrag 2012 voorlopig als de som van het voorlopige herberekende deelbedrag dbc-zorgproducten in het vrije segment 2012, het voorlopig herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012, het voorlopige herberekende deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2012, het voorlopig herberekende deelbedrag geneeskundige

- geestelijke gezondheidszorg 2012 en het voorlopig herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties 2012.
2. Voor de toepassing van artikel 3.17 van het Besluit berekent het college:
 - a. de som van het bedrag bepaald in artikel 19, negende lid en het bedrag bepaald in artikel 20, negende lid;
 - b. het gemiddelde marktresultaat voor de deelbedragen kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment en variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp. Het college berekent het gemiddelde marktresultaat door voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen het herberekende normatieve bedrag kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment bedoeld in artikel 19, derde lid en de kosten van dbc zorgproducten in het vrije segment 2012 bedoeld in artikel 19, eerste lid te delen door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, en het verschil tussen het herberekende normatieve bedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp bedoeld in artikel 20, derde lid en de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp bedoeld in artikel 20, eerste lid te delen door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, en de resultaten voor de deelbedragen te sommeren;
 - c. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat groter is dan EUR 22,50 per verzekerde van 18 jaar en ouder 2012 waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan trekt het college 90 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2012;
 - d. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat kleiner is dan EUR -22,50 per verzekerde van 18 jaar en ouder 2012 waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan voegt het college 90 procent van het verschil toe aan het normatieve bedrag 2012.
 3. Voor de toepassing van artikel 3.17 van het Besluit berekent het college:
 - a. het bedrag bepaald in artikel 22, 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 2012 voor verzekerden van 18 jaar en ouder, bedoeld in artikel 22, zevende lid en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2012 voor verzekerden van achttien jaar en ouder bedoeld in artikel 22, vierde 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 2012 waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan trekt het college 90 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2012;
 - d. indien het in onderdeel a bepaalde bedrag kleiner is dan EUR -7,50 per verzekerde van 18 jaar en ouder 2012 waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan voegt het college 90 procent van het verschil toe aan het normatieve bedrag 2012.
 4. Het college bepaalt de opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de verzekerden van 18 jaar en ouder 2012 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2012.
 5. Het college vermindert het resultaat van het vierde lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in de opgave jaarstaat 2012 per 1 juni 2013 als gederfde inkomsten voor verzekerden van 18 jaar en ouder waarvoor als gevolg van de toepasselijkheid van artikel 24 Zorgverzekeringswet geen nominale premies worden ontvangen.
 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 2012 te vermenigvuldigen met EUR 50.
 7. Het college herberekent de vereveningsbijdrage 2012 voorlopig door de som van het herberekende normatieve bedrag 2012 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 2012 in september 2013 voorlopig vast ter hoogte van de in het vorige lid berekende bijdrage.

HOOFDSTUK IV DE TWEDE VOORLOPIGE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE 2012 VOOR EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 26 Algemene bepaling

Het college herberekent het normatieve bedrag voor de tweede keer voorlopig met inachtneming van de opgave hogekostencompensatie 2012, de kosten 2012 uit de opgave jaarstaat 2014 per 1 juni 2015, de opbrengstresultaten 2012 en de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast.

Artikel 27 Bepaling van de verzekerdenaantallen 2012

1. Het college betreft de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast over 2012 bij de verzekerdenaantallen zoals berekend op grond van de artikelen 16, 17 en 18.
2. Voor het criterium SES betreft het college voor het inkomen de opgave van de Belastingdienst over 2012 bij de verzekerdenaantallen. Indien een verzekerde niet is opgenomen in de opgave over 2012, maakt het college gebruik van de opgave over 2011.
3. Voor het criterium MHK betreft het college bij de verzekerdenaantallen de declaraties 2011 voor de deelbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, de kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment en de kosten van overige prestaties per verzekerde tot en met 31 december 2013, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2014 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 2011 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten GGZ tot en met 31 december 2013, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2014 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 2011 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten GGZ tot en met 31 december 2013, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2014 bij het college hebben aangeleverd.

Artikel 28 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment 2012

1. Het college bepaalt met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 14 van de Regeling risicoverevening 2012, de kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment 2012 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Het college herberekent het gewicht kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment 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.
3. Het college herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 27 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment 2012 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de verzekerden 2012 van alle zorgverzekeraars overeenkomstig artikel 7.
4. Het college berekent de schalingsfactor voor kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment 2012 door de kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment 2012 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 dbc-zorgproducten in het vrije segment 2012 voor het totaal van de verzekerden 2012 van alle zorgverzekeraars.

5. Het college vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment 2012 uit het derde lid met de schalingsfactor berekend in het vierde lid.
6. 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 achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.
7. 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.
8. 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 tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment 2012.
9. 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 dbc-zorgproducten in het vrije segment 2012 en de kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment 2012 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 29 *De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012*

1. Het college bepaalt met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 15 van de Regeling risicoverevening 2012, de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars
2. Het college herberekent het gewicht variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp 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.
3. Het college herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 27 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de verzekerden 2012 van alle zorgverzekeraars overeenkomstig artikel 8.
4. Het college berekent de schalingsfactor voor variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012 door de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012 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 ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012 voor het totaal van de verzekerden 2012 van alle zorgverzekeraars.
5. Het college vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012 uit het derde lid met de schalingsfactor berekend in het vierde lid.
6. Het college berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen de uitkomst van de vermenigvuldiging uit het vijfde lid en het herberekend normatieve bedrag uit het derde 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.
7. 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.

8. 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 tweede voorlopige herberekende deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012.
9. 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 ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012 en de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012 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 30 *De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2012*

Het college herberekent voor de tweede keer voorlopig het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2012 overeenkomstig artikel 21, met inachtneming van artikel 26 en 27.

Artikel 31 *De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2012*

1. Het college bepaalt met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 17 van de Regeling risicoverevening 2012 de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2012 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 27 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2012 voor het totaal van de verzekerden jonger dan 18 jaar van alle zorgverzekeraars overeenkomstig artikel 10, 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 2012 voor verzekerden jonger dan 18 jaar uit het eerste 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 2012 naar leeftijd en geslacht, zoals vermeld in bijlage 36 van deze beleidsregels;
 - b. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per FKG GGZ klasse 2012, zoals vermeld in bijlage 37 van deze beleidsregels;
 - c. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2012, zoals vermeld in bijlage 38 van deze beleidsregels;
 - d. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per GGZ regioklasse 2012, zoals vermeld in bijlage 39 van deze beleidsregels;
 - e. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per SES klasse 2012, genoemd in bijlage 40 van deze beleidsregels;
 - f. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per éénpersoonsadresklasse 2012, genoemd in bijlage 41 van deze beleidsregels;
 - g. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per GGZ-kosten lage drempelklasse 2012, genoemd in bijlage 42 van deze beleidsregels;
 - h. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per GGZ-kosten hoge drempelklasse 2012, genoemd in bijlage 43 van deze beleidsregels.
5. Het college bepaalt met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 18 van de Regeling risicoverevening 2012, de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2012

- 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 2012 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 2012, 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 2012 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 2012, 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 27 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2012 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de verzekerden van 18 jaar en ouder 2012 van alle zorgverzekeraars overeenkomstig artikel 10, derde tot en met tiende lid.
 9. Het college berekent de schalingsfactor voor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2012 voor verzekerden van 18 jaar en ouder 2012 door de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2012 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 2012 voor het totaal van de verzekerden van 18 jaar en ouder 2012 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 18 van de Regeling risicoverevening 2012 en verrekent 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 2012 en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder 2012 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 2012.

Artikel 32 *De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties 2012*

1. Het college bepaalt met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 19 van de Regeling risicoverevening 2012, de kosten van overige prestaties 2012 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 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.
3. Het college herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 27 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2012 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de verzekerden 2012 van alle zorgverzekeraars overeenkomstig artikel 11.
4. Het college berekent de schalingsfactor voor kosten van overige prestaties 2012 door de kosten van overige prestaties 2012 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 2012 voor het totaal van de verzekerden 2012 van alle zorgverzekeraars.
5. Het college vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2012 uit het derde lid met de schalingsfactor berekend in het vierde lid.
6. Het college berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil 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 achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.
7. 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.
8. 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 tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties 2012.

Artikel 33 *De tweede voorlopige herberekening van de normatieve eigen risico opbrengst 2012*

Het college herberekent voor de tweede keer voorlopig de normatieve eigen risico opbrengst 2012 overeenkomstig artikel 12, met inachtneming van artikel 24 en artikel 27.

Artikel 34 *De tweede voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2012 en de tweede voorlopige herberekening en de vaststelling van de vereveningsbijdrage 2012*

1. Het college herberekent het normatieve bedrag 2012 voor de tweede keer voorlopig als de som van het tweede voorlopige deelbedrag dbc-zorgproducten in het vrije segment 2012, het tweede voorlopige deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012, het tweede voorlopige deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2012, het tweede voorlopige deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2012 en het tweede voorlopige deelbedrag kosten van overige prestaties 2012.
2. Voor de toepassing van artikel 3.17 van het Besluit berekent het college:
 - a. de som van het bedrag bepaald in artikel 28, negende lid en het bedrag bepaald in artikel 29, negende lid;
 - b. het gemiddelde marktresultaat voor de deelbedragen kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment en variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp. Het college berekent het gemiddelde marktresultaat door voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen het herberekende normatieve bedrag kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment bedoeld in artikel 28, derde lid en de kosten van dbc zorgproducten in het vrije segment 2012 bedoeld in artikel 28, eerste lid te delen door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, en het verschil tussen het

- herberekende normatieve bedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp bedoeld in artikel 29, derde lid en de variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp bedoeld in artikel 29, eerste lid te delen door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, en de resultaten voor de deelbedragen te sommeren;
- c. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat groter is dan EUR 22,50 per verzekerden van 18 jaar en ouder 2012 waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan trekt het college 90 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2012;
 - d. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat kleiner is dan EUR -22,50 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 2012.
3. Voor de toepassing van artikel 3.17 van het Besluitberekent het college:
 - a. de uitkomst van artikel 31, 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 2012 voor verzekerden van 18 jaar en ouder, bedoeld in artikel 31, achtste lid en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2012 voor verzekerden van achttien jaar en ouder bedoeld in artikel 31, 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 2012 waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan trekt het college 90 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2012;
 - 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 2012 waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan voegt het college 90 procent van het verschil toe aan het normatieve bedrag 2012.
 4. Het college bepaalt de tweede voorlopige opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de verzekerden van 18 jaar en ouder 2012 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2012.
 5. Het college vermindert het resultaat van het vierde lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in zijn jaarstaat 2012 per 1 juli 2013 als gederfde inkomsten voor verzekerden van 18 jaar en ouder waarvoor als gevolg van de toepasselijkheid van artikel 24 Zorgverzekeringswet geen nominale premies worden ontvangen.
 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 2012 te vermenigvuldigen met EUR 50.
 7. Het college berekent de vereveningsbijdrage 2012 voor de tweede keer voorlopig door de som van het tweede voorlopige normatieve bedrag 2012 bedoeld in het eerste lid, met toepassing van het tweede lid en de aanvulling voor uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar bedoeld in artikel 25, zesde lid, te verminderen met de tweede voorlopige normatieve eigen risico opbrengst bedoeld in artikel 33, en de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in artikel 25, vijfde lid.
 8. Het college stelt de vereveningsbijdrage 2012 voor de tweede keer voorlopig vast in september 2015 ter hoogte van de in het vorige lid berekende bijdrage.

HOOFDSTUK V DE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE 2012 VOOR EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 35 Algemene bepaling

Het college herberekent de vereveningsbijdrage definitief met inachtneming van de correcties die voortkomen uit de reviewrapportage die de Nederlandse Zorgautoriteit uitbrengt over de jaarstaat 2014.

Artikel 36 *De definitieve herberekening van het deelbedrag kosten van Dbc-zorgproducten in het vrije segment 2012*

Het college herberekent definitief het deelbedrag kosten van Dbc-zorgproducten in het vrije segment 2012 overeenkomstig artikel 28, met inachtneming van artikel 35.

Artikel 37 *De definitieve herberekening van het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012*

Het college herberekent definitief het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp 2012 overeenkomstig artikel 29, met inachtneming van artikel 35.

Artikel 38 *De definitieve herberekening van het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2012*

Het college herberekent definitief het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2012 overeenkomstig artikel 30, met inachtneming van artikel 35.

Artikel 39 *De definitieve herberekening van het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2012*

Het college herberekent definitief het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2012 overeenkomstig artikel 31, met inachtneming van artikel 35.

Artikel 40 *De definitieve herberekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties 2012*

Het college herberekent definitief het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2012 overeenkomstig artikel 32, met inachtneming van artikel 35.

Artikel 41 *De definitieve herberekening van de normatieve eigen risico opbrengst 2012*

Het college herberekent definitief het deelbedrag normatieve eigen risico opbrengst overeenkomstig artikel 33, met inachtneming van artikel 35.

Artikel 42 *De definitieve herberekening van het normatieve bedrag 2012 en de definitieve herberekening en de vaststelling van de bijdrage 2012*

1. Het college herberekent definitief het normatieve bedrag 2012 overeenkomstig artikel 34, met inachtneming van artikel 35.
2. Het college stelt de bijdrage 2012 vast in april 2016 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 43

1. Bij gelegenheid van de vaststelling van de bijdrage 2012, bedoeld in artikel 42, stelt het college per zorgverzekeraar ook de uitkering 2012 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 2012 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 2012, bedoeld in artikel 25, ook de voorlopige uitkering 2012 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 2012 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 2012, bedoeld in artikel 34, ook de tweede voorlopige uitkering 2012 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 44

1. Het college betaalt de zorgverzekeraars de vereveningsbijdrage, bedoeld in artikel 13, vierde lid, uit. Het college maakt bij de betaling onderscheid naar de volgende bestanddelen:
 - a. het deel van het normatieve bedrag 2012 dat betrekking heeft op het deelbedrag kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment, het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2012;
 - b. het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2012;
 - c. het deelbedrag overige prestaties 2012;
 - d. een aftrekpost voor de geraamde normatieve eigen risico opbrengst;
 - e. een aftrekpost voor de geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie.
2. Het college betaalt de zorgverzekeraars de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar, bedoeld in artikel 13, 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 45 *Betaling*

1. Het college bepaalt de som van de bestanddelen genoemd in artikel 44, eerste lid, onder a tot en met c en de uitkering genoemd in artikel 44, tweede lid.
2. Het college deelt het resultaat van artikel 13, zesde lid, door het resultaat van het eerste lid.
3. Het college vermenigvuldigt ieder van de bestanddelen genoemd in artikel 44, eerste lid, onder a tot en met c en de uitkering bedoeld in artikel 44, tweede lid, met het percentage dat het resultaat is van het tweede lid.
4. De resultaten van het derde lid worden respectievelijk genoemd als volgt:
 - a. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment, het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp en het deelbedrag vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2012;
 - b. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2012;
 - c. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag overige prestaties 2012;
 - d. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op de uitkering in verband met de uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan 18 jaar.
5. Het college betaalt de netto te betalen bedragen genoemd in het vierde lid onder a tot en met d in termijnen op de eerste werkdag van de maand, overeenkomstig onderstaand betalingschema:

Betalingsschema

	Bestanddelen betalingen			
Betaalmoment	Artikel 45 vierde lid, onder a	Artikel 45 vierde lid, onder b	Artikel 45 vierde lid, onder c	Artikel 45 vierde lid, onder d
januari 2012		0,5200%		
februari 2012	0,9195%	2,0800%		8,3333%
maart 2012	2,6437%	4,1700%	8,3333%	8,3333%
april 2012	4,3678%	6,2500%	8,3334%	8,3334%
mei 2012	6,0920%	7,8100%	8,3333%	8,3333%
juni 2012	7,6435%	8,3400%	8,3333%	8,3333%
juli 2012	8,3333%	8,3300%	8,3334%	8,3334%
augustus 2012	8,3333%	8,3300%	8,3333%	8,3333%
september 2012	8,3333%	8,3400%	8,3333%	8,3333%
oktober 2012	8,3333%	8,3300%	8,3334%	8,3334%
november 2012	8,3333%	8,3300%	8,3333%	8,3333%
december 2012	8,3333%	8,3400%	8,3333%	8,3333%
januari 2013	8,3333%	7,8100%	8,3334%	8,3334%
februari 2013	7,4139%	6,2500%	8,3333%	
maart 2013	5,6897%	4,1700%		
april 2013	3,9656%	2,0800%		
mei 2013	2,2414%	0,5200%		
juni 2013	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 46

1. Bij de herberekening en herziening van de toegekende vereveningsbijdrage 2012 op grond van artikel 15 herzielt het college de te betalen termijnen overeenkomstig artikel 45 voor de eerste keer. Het college verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de eerste keer herziene termijnen.
2. Bij gelegenheid van de eerste voorlopige vaststelling van de bijdrage, op grond van hoofdstuk III, herzielt het college voor de tweede keer de te betalen termijnen overeenkomstig artikel 45. Het college verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de tweede keer herziene termijnen.
3. Bij gelegenheid van de tweede voorlopige vaststelling van de bijdrage, op grond van hoofdstuk IV, herzielt het college de te betalen termijnen voor de derde keer overeenkomstig artikel 45. Het college verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de derde maal herziene termijnen.
4. Bij gelegenheid van de definitieve vaststelling van de bijdrage, op grond van hoofdstuk V, stelt het college de te betalen termijnen definitief vast overeenkomstig artikel 45. Het college verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de definitief te betalen termijnen.
5. Indien toepassing van onderscheidenlijk het eerste, tweede, derde en vierde lid, resulteert in een positief saldo voor de zorgverzekeraar, betaalt het college dat saldo

ineens aan de zorgverzekeraar, behoudens een eventuele verrekening met een vordering op de zorgverzekeraar uit hoofde van de Zorgverzekeringswet dan wel de AWBZ.

6. Indien toepassing van onderscheidenlijk het eerste, tweede, derde en vierde lid, resulteert in een negatief saldo voor de zorgverzekeraar, 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 47

1. De zorgverzekeraar en het college zijn over en weer rente verschuldigd en hebben over en weer aanspraak op rente over de verschillen, bedoeld in artikel 46.
2. De rente, bedoeld in het eerste lid, wordt bij de 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 48

1. Bij de verrekening van verschillen, bedoeld in artikel 46, tweede, derde en vierde lid, berekent het college rente over het verschil vanaf de datum waarop het verschil is ontstaan tot de datum waarop de verschillen worden verrekend.
2. Bij de verrekening van de verschillen, bedoeld in artikel 46, tweede lid, berekent het college rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 45 en artikel 46, eerste en tweede lid tot de datum van de voorlopige vaststelling van de bijdrage.
3. Bij de verrekening van de verschillen, bedoeld in artikel 46, derde lid, berekent het college rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 45 en artikel 46, eerste, tweede en derde lid tot de datum van de tweede voorlopige vaststelling van de bijdrage.
4. Bij de verrekening van de verschillen, bedoeld in artikel 46, vierde lid, berekent het college rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 45 en artikel 46 eerste, tweede, derde en vierde lid tot de datum van de definitieve vaststelling van de bijdrage.
5. Voor een zorgverzekeraar waarvoor krachtens artikel 46, 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 46, 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 49

1. Deze beleidregels treden in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin zij worden geplaatst.
2. Deze beleidsregels werken terug tot en met 4 oktober 2011.

Artikel 50

Deze beleidsregels worden aangehaald als: Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012.

Deze beleidsregels worden in de Staatscourant geplaatst.

Voorzitter Raad van Bestuur

Arnold Moerkamp

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 2012 vervolgens plaats in de Regeling risicoverevening 2012. De minister werkt in deze regeling gedetailleerd uit hoe de risicoverevening voor het betreffende jaar zal werken.

De Regeling risicoverevening 2012 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 zij 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 2012 kent het CVZ voorafgaand aan het vereveningsjaar 2012 (ex ante) de bijdrage aan de zorgverzekeraars toe. In het voorjaar van 2012 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 2012 begint met de vaststelling van de Regeling risicoverevening 2012 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 2011. 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, 10 en 11 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 13 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 12, maakt hier deel van uit.

Na de toekenning van de ex ante bijdrage volgt in april 2012 de zogenoemde lenterherberekening. Deze herberekening is een aanpassing van de ex ante toekenning op basis van geactualiseerde verzekerdenaantallen. Artikel 15 beschrijft de lenterherberekening. Op basis hiervan past het CVZ de bevoorschotting aan (artikel 46, eerste lid).

De eerste voorlopige vaststelling van de bijdrage vindt plaats, na ommekomst van het jaar 2012, in september 2013. De eerste voorlopige vaststelling van de bijdrage berekent het CVZ in drie stappen:

- De eerste stap, de verzekerdenbepaling, wordt beschreven in de artikelen 16, 17 en 18.
- De tweede stap, de berekening van de deelbedragen, wordt beschreven in de artikelen 19, 20, 21, 22 en 23. Bij de eerste voorlopige vaststelling vermenigvuldigt het CVZ de verzekerden uit de ex post verzekerdenbepaling met de ex ante normbedragen. In 2012 vervalt de macroneutraliteit. 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 dbc-zorgproducten in het vrije segment, variabele kosten en GGZ 18 plus wordt berekend rond het gemiddelde marktresultaat. Zie artikel 19 lid 9, artikel 20 lid 9 en artikel 22 lid 13.
Voor het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp wordt in 2012 de nacalculatie afgeschaft. Voor de deelbedragen Vast en GGZ jonger dan achttien jaar, past het CVZ nacalculatie toe. Zie artikel 21, derde lid en artikel 22, derde lid.
- De derde stap, de bijdrageberekening, wordt beschreven in artikel 25. Op de deelbijdragen dbc-zorgproducten in het vrije segment, variabele kosten en GGZ 18 plus past het CVZ de bandbreedteregeling toe. Artikel 24 beschrijft de berekening van de normatieve opbrengst eigen betaling in verband met het eigen risico.

De tweede voorlopige vaststelling vindt plaats in september 2015. De bijdrage uit de tweede voorlopige vaststelling berekent het CVZ in drie stappen:

- De eerste stap, de verzekerdenbepaling, wordt beschreven in artikel 16, 17, 18 en artikel 27. 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 27 geactualiseerde gegevens bij de verzekerdenbepaling.
- De tweede stap, de berekening van de deelbedragen, wordt beschreven in artikel 28, 29, 30, 31 en 32. Met ingang van 2012 vervalt de Hoge Kosten Compensatie (HKC), behalve voor het deelbedrag GGZ. Bij de tweede voorlopige vaststelling

vermenigvuldigt het CVZ de verzekerden uit de verzekerdenbepaling met de ex ante normbedragen. Alleen voor het deelbedrag GGZ vermenigvuldigt het CVZ de verzekerden uit de verzekerdenbepaling met de ex post normbedragen. In 2012 vervalde macroneutraliteit. 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 31, 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 Vast en GGZ voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Zie artikel 30 en artikel 31 derde lid.

- De derde stap, de bijdrageberekening, wordt beschreven in artikel 34. Op de deelbijdragen dbc zorgproducten in het vrije segment, variabele kosten en GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder past het CVZ de bandbreedteregeling toe. Artikel 33 beschrijft de berekening van de normatieve opbrengst eigen betaling in verband met het eigen risico.

Het CVZ stelt de bijdrage definitief vast in april 2016. 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 2014.

De definitieve vaststelling is in drie stappen te beschrijven.

- Op de eerste stap, de verzekerdenbepaling, zijn de artikelen 16, 17 en 27 van toepassing;
- Op de tweede stap, de berekening van de deelbedragen, zijn de artikelen 36, 37, 38, 39 en 40 van toepassing;
- Op de derde stap, de bijdrageberekening, is artikel 42 van toepassing. De berekening van de eigen betaling in verband met het eigen risico voor de definitieve vaststelling, wordt beschreven in artikel 41.

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 2012 ten opzichte van het model 2011

Voor het ex ante model

1. Er wordt een nieuwe ex ante vereveningskenmerk ingevoerd voor de kosten van somatische zorg: 'Meerjarig Hoge Kosten (MHK)'. Zie als voorbeeld bijlage 9.
2. Het vereveningskenmerk FKG wordt uitgebreid met de klassen FKG Neuropathische pijn en FKG Hormoongevoelige tumoren. Zie als voorbeeld bijlage 4.
3. Er komt een restrictie op de samenloop van FKG Kanker en de nieuwe FKG Hormoongevoelige tumoren. Zie Beleidsregels artikel 4, lid 17.
4. Het college hanteert voor de FKG Kanker een drempel van ten minste 3 receptregels.
5. Het vereveningscriterium 'FKG psychische aandoeningen' wordt opgesplitst in vijf afzonderlijke FKG's voor verschillende psychische aandoeningen. Zie als voorbeeld bijlage 19.
6. De uitsluiting voor kliniekverpakkingen bij FKG en FKG GGZ komt te vervallen. (artikel 4, 5, 16 en 17).

Voor het ex post model

7. De macro-nacalculatie wordt afgeschaft.
8. Er is flankerend beleid voor het behoud van een gelijk speelveld.
9. De bandbreedte die wordt gehanteerd bij het ex post compensatiemechanisme 'bandbreedteregeling', wordt berekend rond het gemiddelde marktresultaat.
10. Het ex post compensatiemechanisme 'hogekostencompensatie' (HKC) wordt voor kosten van somatische zorg afgeschaft.
11. De nacalculatie op het deelbedrag variabele kosten van ziekenhuisverpleging en kosten van specialistische hulp wordt afgeschaft.

Bovenstaande modelwijzigingen worden grotendeels toegelicht in de Toelichting bij het Besluit zorgverzekering en de Regeling risicoverevening 2012.

Overige wijzigingen:

12. Invoering van het VPPKB. Dit bestand vervangt het RBVZ, het uitstroombestand en het bestand verzekerden zonder burgerservicenummer.
13. Herstructurering in de Beleidsregels van de artikelen voor de verzekerdenraming en de verzekerdenbepaling.

VPPKB

Het CVZ zal een aantal gegevensaanleveringen door zorgverzekeraars combineren tot één bestand verzekerden over het vereveningsjaar t, waarin gegevens over de verzekerde periode en de persoonskenmerken zijn opgenomen. Dit bestand bestaat uit twee deelbestanden, één met verzekerden met een geverifieerd burgerservicenummer en één met verzekerden zonder een burgerservicenummer en verzekerden zonder een geverifieerd burgerservicenummer. De afzonderlijke bestanden 'RBVZ', 'persoonskenmerken uitstroom', 'verzekerden met bevestigd E106' en 'verzekerden zonder (geverifieerd) BSN' zijn hiermee vervallen.

Voor de persoonskenmerken (leeftijd, geslacht en de 4 cijfers van de postcode) en de adressleutels (gebaseerd op de volledige postcode, het huisnummer en de huisnummertoevoeging) van de verzekerden 2010 mét een geverifieerd burgerservicenummer baseert het CVZ zich eerst op het bestand persoonskenmerken per de datum van nominale-premieprolongatie voor de maand juni 2010 en vervolgens op het betreffende deelbestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2010'. In het bijzondere geval dat een verzekerde geen (geverifieerd) burgerservicenummer heeft, baseert het CVZ zich uitsluitend op het betreffende deelbestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken 2010'.

De zorgverzekeraar ontvangt in beginsel uitsluitend een vereveningsbijdrage voor verzekerden in jaar t mét een geverifieerd burgerservicenummer, die zijn opgenomen in het bestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken mét burgerservicenummer' over het vereveningsjaar t, aanleverdatum 1 juli t+1. Er is een uitermate sterk verband tussen het bezitten van een burgerservicenummer en de verzekeringsplichtigheid ingevolge de Zvw. Op grond van artikel 86 Zorgverzekeringswet neemt de

zorgverzekeraar het burgerservicenummer van zijn verzekerden in zijn administratie op. Bovendien moet een verzekerde op grond van artikel 4 van de Zorgverzekeringswet het burgerservicenummer aan de zorgverzekeraar aanleveren. Als de verzekerde bij een verzoek om zorgverzekering geen burgerservicenummer kan overleggen is de zorgverzekeraar verplicht om zich extra in te spannen om de verzekeringsplicht vast te stellen en om het burgerservicenummer alsnog te verkrijgen van de verzekerde. Als er wel een burgerservicenummer is dan is de zorgverzekeraar verplicht om dit te verifiëren. De zorgverzekeraar mag het burgerservicenummer uitsluitend gebruiken als hij zich ervan heeft vergewist dat het betrekking heeft op de persoon wiens persoonsgegevens hij verwerkt.

In uitzonderingssituaties waarin de zorgverzekeraar wel de verzekeringsplicht heeft vastgesteld en gemotiveerd heeft waarom hij toch op 1 juli t+1 van een verzekerde in jaar t nog niet over een (geverifieerd) burgerservicenummer beschikt, kan de zorgverzekeraar de betreffende verzekerde opnemen in het deelbestand 'Verzekerde periode en persoonskenmerken, verzekerden zonder BSN en verzekerden zonder geverifieerd BSN'.

Van een uitzondering *kan* bijvoorbeeld sprake zijn in de volgende situaties: beschermd getuigen; baby's die kort geleefd hebben; in het buitenland geboren, verzekeringsplichtige gezinsleden (kinderen) van naar het buitenland uitgezonden ambtenaren of van in het buitenland gedetacheerde, verzekeringsplichtige werknemers; verzekeringsplichtige gezinsleden van in Nederland gedetacheerde werknemers. En bij niet-ingezetenen die tijdelijk in Nederland werken *kan* het bij kortdurende dienstverbanden en dus ook een korte inschrijfduur voorkomen dat het burgerservicenummer niet tijdig is verkregen of geverifieerd.

Als er sprake is van een uitzonderingssituatie betreft het CVZ die verzekerden alsnog bij de risicoverevening, zij het met een bijdrage die uitsluitend is gebaseerd op de kenmerken leeftijd, geslacht en regio.

Herstructurering artikelen verzekerdenraming en verzekerdenbepaling

De herstructurering van deze artikelen houdt in dat de verzekerdenraming en verzekerdenbepaling per model (somatisch, GGZ en Eigen Risico) in aparte artikelen zijn ondergebracht. In deze artikelen wordt per criterium aangegeven op welke bestanden het CVZ zich baseert en wat de relevante rekenstappen zijn bij het indelen van de verzekerden in klassen.

Voorzitter Raad van Bestuur

Arnold Moerkamp

Tabellen bij toelichting

Tabel 1: verzekerdenraming en verzekerdenbepaling

Toewijzing verzekerden naar vereveningskenmerken bij de verzekerdenraming en de verzekerdenbepaling Artikel 4, 5, 6, 16, 17 en 18						
Somatisch model	Somatisch model	Somatisch model	GGZ model		Somatisch model	Eigen Risico model
Deelbedrag B-DBC	Deelbedrag variabel	Deelbedrag vast	Deelbedrag GGZ		Deelbedrag overig	Bijdrageberekening
Alle verzekerden naar:	Alle verzekerden naar:	Alle verzekerden. Geen toewijzing naar verdeel kenmerken.	Verzekerden jonger dan 18 jaar.	Verzekerden 18 jaar en ouder naar:	Alle verzekerden naar:	Verzekerden 18 jaar en ouder zonder FKG naar:
Leeftijd en geslacht	Leeftijd en geslacht		Jonger dan 18 jaar	Leeftijd en geslacht	Leeftijd en geslacht	Leeftijd en geslacht
Aard van het inkomen	Aard van het inkomen			Aard van het inkomen	Aard van het inkomen	Aard van het inkomen
Regio	Regio			GGZ-regio	Regio	Regio
FKG	FKG			FKG GGZ	FKG	
DKG	DKG				DKG	
SES	SES			SES	SES	
Meerjarig hoge kosten	Meerjarig hoge kosten			Éénpersoons-adres	Meerjarig hoge kosten	
				GGZ kosten lage drempel		
				GGZ kosten hoge drempel		

Tabel 2: berekening deelbijdragen

Berekening deelbedragen					
(Ex ante) Toekenning					
Deelbedrag B-DBC	Deelbedrag variabel	Deelbedrag vast	Deelbedrag GGZ		Deelbedrag overig
Artikel 7	Artikel 8	Artikel 9	Artikel 10		Artikel 11
Verzekerden-raming artikel 4 * normbedragen tabellen 3 t/m 9	Verzekerden-raming artikel 4 * normbedragen tabellen 10 t/m 16	Verzekerden-raming artikel 4 * gemiddelde vaste kosten 2010. Opschalen naar macroprestatie bedrag 2012	Verzekerden-raming artikel 5 verzekerden jonger dan 18 jaar * normbedragen tabel 17	Verzekerden-raming artikel 5 verzekerden van 18 jaar en ouder * normbedragen tabellen 18 t/m 25	Verzekerden-raming artikel 4 * normbedragen tabellen 26 t/m 32
Voorlopige vaststelling					
Deelbedrag B-DBC	Deelbedrag variabel	Deelbedrag vast	Deelbedrag GGZ		Deelbedrag overig
Artikel 19	Artikel 20	Artikel 21	Artikel 22		Artikel 23
Verzekerden-bepaling artikel 16 * tabellen 3 t/m 9 landelijk. Flankerend beleid gelijk speelveld.	Verzekerden-bepaling artikel 16 * tabellen 10 t/m 16 landelijk. Flankerend beleid gelijk speelveld.	Verzekerden-bepaling artikel 16 * herberekende vaste kosten	Verzekerden-bepaling artikel 17 * tabel 17 landelijk. Flankerend beleid gelijk speelveld.	Verzekerden-bepaling artikel 17 * tabellen 18 t/m 25 landelijk. Flankerend beleid gelijk speelveld.	Verzekerden-bepaling artikel 16 * tabellen 26 t/m 32 landelijk. Flankerend beleid gelijk speelveld.
		100% nacalculatie	100% nacalculatie		
Tweede voorlopige vaststelling					
Deelbedrag B-DBC	Deelbedrag variabel	Deelbedrag vast	Deelbedrag GGZ		Deelbedrag overig
Artikel 28	Artikel 29	Artikel 30	Artikel 31		Artikel 32
Verzekerden-bepaling artikel 27 * tabellen 3 t/m 9 landelijk. Flankerend beleid gelijk speelveld.	Verzekerden-bepaling artikel 27 * tabellen 10 t/m 16 landelijk. Flankerend beleid gelijk speelveld.	Verzekerden-bepaling artikel 27 * herberekende vaste kosten	Verzekerden-bepaling artikel 27 * tabel 17	Verzekerden-bepaling artikel 27 * tabellen 36 t/m 43 landelijk. Flankerend beleid gelijk speelveld.	Verzekerden-bepaling artikel 27 * tabellen 26 t/m 32 landelijk. Flankerend beleid gelijk speelveld.
				HKC conform artikel 18 van de Regeling	
		100% nacalculatie	100% nacalculatie		
Definitieve vaststelling					
Artikel 36	Artikel 37	Artikel 38	Artikel 39		Artikel 40
Conform tweede voorlopige vaststelling, incl. laatste correcties NZa	Conform tweede voorlopige vaststelling, incl. laatste correcties NZa	Conform tweede voorlopige vaststelling, incl. laatste correcties NZa	Conform tweede voorlopige vaststelling, incl. laatste correcties NZa	Conform tweede voorlopige vaststelling, incl. laatste correcties NZa	Conform tweede voorlopige vaststelling, incl. laatste correcties NZa

Tabel 3: bijdrageberekening

Bijdrageberekening		
Toekenning (ex ante)	Artikel 13	Tabellen n.v.t.
Voorlopige vaststelling	Artikel 25	
Tweede voorlopige vaststelling	Artikel 34	
Definitieve vaststelling	Artikel 42	
Toepassing <u>Bandbreedteregeling</u> conform artikel 20 van de Regeling. De bandbreedteregeling is van toepassing op de deelbijdragen Dbc's in het vrije segment, variabele kosten en GGZ bij de voorlopige, tweede voorlopige en de definitieve vaststelling.		
<u>Sommatie</u> deelbijdragen tot Normatief bedrag 2012		
<u>Min</u> eigen risico		
Eigen risico ex ante toekenning	Artikel 12	Tabellen 33, 34 en 35
Eigen risico voorlopige vaststelling	Artikel 24	
Eigen risico tweede voorlopige vaststelling	Artikel 33	
Eigen risico definitieve vaststelling	Artikel 41	
<u>Min</u> nominale rekenpremie		
<u>Plus</u> uitvoeringskosten verzekerden jonger dan 18 jaar		
<u>Is</u> bijdrage 2012		

Bijlage 1 Prevalentie-ontwikkeling 2011-2012 per morbiditeitsrisicoklasse per FKG 2012

Bron: College voor zorgverzekeringen

FKG somatisch model

Mannen	0	1	2	3	4	5
Leeftijd	Geen FKG	Glaucoom	Schildklier-aandoeningen	Psychose, Alzheimer en verslaving	Depressie	Neuro-pathische pijn
0 t/m 17	1,000187	1,116399	0,998510	1,138479	1,060532	1,084681
18 t/m 29	0,999794	0,962602	1,007738	0,989532	1,009505	1,084681
30 t/m 44	0,997892	1,053413	1,032317	1,051647	1,022447	1,042193
45 t/m 59	0,994286	1,011908	1,032283	1,085204	1,014337	1,067853
60 t/m 74	0,981521	1,004471	1,040894	1,071108	1,036182	1,082028
75 e.o.	0,967270	1,010936	1,031084	1,089224	0,983407	1,118233

Vrouwen	0	1	2	3	4	5
Leeftijd	Geen FKG	Glaucoom	Schildklier-aandoeningen	Psychose, Alzheimer en verslaving	Depressie	Neuro-pathische pijn
0 t/m 17	0,999999	1,181103	1,075707	1,010155	1,009015	0,999333
18 t/m 29	0,999525	1,073560	1,035619	1,022530	0,975861	0,999333
30 t/m 44	0,998017	1,038146	1,040884	1,041206	0,995949	1,061706
45 t/m 59	0,992861	0,999564	1,025515	1,047227	1,012122	1,050432
60 t/m 74	0,983665	0,998704	1,030767	1,050887	1,019304	1,073080
75 e.o.	0,976215	1,004441	1,037007	1,144741	0,997537	1,109584

Mannen	6	7	8	9	10	11
Leeftijd	Hoog cholesterol	Diabetes type IIb	COPD / zware astma	Astma	Diabetes type IIa	Epilepsie
0 t/m 17	1,014705	1,124078	0,872327	0,965477	1,238408	1,016361
18 t/m 29	1,022586	1,124078	1,007613	0,975549	1,238408	1,006499
30 t/m 44	1,019224	1,064903	1,048554	1,004326	1,074892	1,002695
45 t/m 59	1,028231	1,028720	1,042950	1,022589	1,042983	1,007172
60 t/m 74	1,057785	0,994028	1,014956	1,002632	1,038728	1,017572
75 e.o.	1,100429	0,983403	1,002626	0,996031	1,033936	1,002801

Vrouwen	6	7	8	9	10	11
Leeftijd	Hoog cholesterol	Diabetes type IIb	COPD / zware astma	Astma	Diabetes type IIa	Epilepsie
0 t/m 17	1,020899	1,189900	0,763606	0,974815	1,412200	1,017260
18 t/m 29	1,043497	1,189900	1,059917	1,005847	1,412200	1,027692
30 t/m 44	1,034914	1,086334	1,032275	1,006907	1,010587	1,004042
45 t/m 59	1,053930	1,018939	1,061475	1,023100	1,029968	1,009694
60 t/m 74	1,062491	1,002740	1,051279	1,032009	1,013671	1,017891
75 e.o.	1,110410	0,957125	1,021572	1,026579	1,008312	0,999648

Mannen	12	13	14	15	16	17
Leeftijd	Ziekte van Crohn / Colitis Ulcerosa	Hartaandoeningen	Reuma: TNF alfa remmers	Reuma: overige middelen	Parkinson	Diabetes type I
0 t/m 17	1,082439	1,111243	1,703443	1,140374	1,033671	0,998947
18 t/m 29	0,981988	0,982457	1,236557	1,209549	1,033671	1,030762
30 t/m 44	0,997269	0,968566	1,193198	1,108539	1,033671	1,013252
45 t/m 59	1,015999	0,977418	1,162324	1,105297	0,989206	1,008331
60 t/m 74	1,017278	0,977174	1,187363	1,086406	1,047799	1,021105
75 e.o.	1,002064	0,982702	1,141854	1,113571	1,023571	1,027447

Vrouwen	12	13	14	15	16	17
Leeftijd	Ziekte van Crohn / Colitis Ulcerosa	Hartaandoeningen	Reuma: TNF alfa remmers	Reuma: overige middelen	Parkinson	Diabetes type I
0 t/m 17	1,091540	1,044840	1,059351	1,265551	0,978355	1,008713
18 t/m 29	0,993286	0,932778	1,202615	1,152911	0,978355	1,010987
30 t/m 44	0,979896	0,982027	1,190112	1,119831	0,978355	0,999228
45 t/m 59	1,026188	0,981501	1,145585	1,134019	1,047289	1,007487
60 t/m 74	1,043942	0,983955	1,144698	1,115023	1,025610	0,997371
75 e.o.	1,021612	0,984982	1,213136	1,122726	1,014500	1,017704

Mannen	18	19	20	21	22	23
Leeftijd	Transplantaties	Cystic fibrosis / pancreas-enzymen	Aand. van hersenen / ruggemerg	Kanker	Hormoon-gevoelige tumoren	HIV / AIDS
0 t/m 17	1,124752	0,962296	1,004135	1,216775	0,928631	0,978054
18 t/m 29	1,038552	1,009195	1,008058	1,127451	0,928631	1,207389
30 t/m 44	1,034255	1,073883	1,120946	1,123318	0,930766	1,076756
45 t/m 59	1,024588	0,993711	1,070944	1,045648	1,017636	1,130999
60 t/m 74	1,076807	1,061860	1,047418	1,057467	0,991410	1,191936
75 e.o.	1,051415	1,030334	1,084875	1,031088	1,005135	1,215024

Vrouwen	18	19	20	21	22	23
Leeftijd	Transplantaties	Cystic fibrosis / pancreas-enzymen	Aand. van hersenen / ruggemerg	Kanker	Hormoon-gevoelige tumoren	HIV / AIDS
0 t/m 17	1,221951	0,938638	1,135215	0,903236	1,009868	1,031866
18 t/m 29	1,060502	1,153914	1,024171	1,283533	0,939823	1,099795
30 t/m 44	1,041270	1,058923	1,052580	1,047019	1,057162	1,082542
45 t/m 59	1,036942	1,085644	1,045976	1,026888	1,077848	1,141219
60 t/m 74	1,055070	1,070881	1,044591	1,093309	1,069856	1,252118
75 e.o.	0,979683	1,032074	1,070539	1,108595	1,020525	1,252118

Mannen	24	25
Leeftijd	Nier-aandoeningen	Groei-hormonen
0 t/m 17	0,952264	1,110999
18 t/m 29	0,952264	1,101634
30 t/m 44	0,890671	1,019411
45 t/m 59	0,938241	1,124296
60 t/m 74	0,893771	1,076103
75 e.o.	1,019869	1,076103

Vrouwen	24	25
Leeftijd	Nier-aandoeningen	Groei-hormonen
0 t/m 17	0,830344	1,036568
18 t/m 29	0,830344	0,919865
30 t/m 44	0,955372	0,984592
45 t/m 59	0,919771	1,123928
60 t/m 74	0,946260	1,026666
75 e.o.	0,988354	1,026666

FKG GGZ model

Mannen	0	1	2	3	4	5
Leeftijd	Geen FKG GGZ	Psychose	Depressie	Verslaving	Bipolaire stoornis	ADHD
0 t/m 17	0,997585	1,142636	1,063126	1,127227	0,948671	1,004327
18 t/m 29	0,998901	0,989251	1,009943	1,201709	0,948671	1,004327
30 t/m 44	0,998524	1,055086	1,025284	1,227323	0,997588	1,057476
45 t/m 59	0,998449	1,068250	1,022771	1,246337	0,985660	1,160315
60 t/m 74	0,998557	1,067977	1,040425	1,210029	1,035803	1,130180
75 e.o.	1,000165	0,984169	0,996409	1,210029	0,961658	0,832066

Vrouwen	0	1	2	3	4	5
Leeftijd	Geen FKG GGZ	Psychose	Depressie	Verslaving	Bipolaire stoornis	ADHD
0 t/m 17	0,999071	1,003596	0,999427	1,227229	1,084691	1,077688
18 t/m 29	0,999687	1,022354	0,977303	1,289246	1,084691	1,077688
30 t/m 44	0,999463	1,040447	1,000000	1,286303	0,984614	1,059219
45 t/m 59	0,998601	1,041261	1,015487	1,298978	0,980997	1,098640
60 t/m 74	0,998594	1,039713	1,021827	1,328550	1,001026	1,164519
75 e.o.	0,999553	1,056649	1,006510	1,328550	0,949396	1,190829

Bijlage 2 Toewijzing FKG's 2012 in het geval van samenloop van FKG's Diabetes (Diabetes I, Diabetes IIa of Diabetes IIb)

Bron: College voor zorgverzekeringen

Diabetes I	Diabetes II	Hypertensie	Toewijzing FKG
>180	>180	>180	DIA I
>180	>180	≤180	DIA I
>180	≤180	>180	DIA I
>180	≤180	≤180	DIA I
≤180	>180	>180	DIA IIa
≤180	>180	≤180	DIA IIb
≤180	≤180	>180	Geen
≤180	≤180	≤180	Geen

Toelichting:

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

Bijlage 3 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2012

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

klasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
0- jarigen	484,51	399,65
1 t/m 4 jaar	429,02	370,68
5 t/m 9 jaar	366,86	350,15
10 t/m 14 jaar	345,60	342,81
15 t/m 17 jaar	403,38	422,28
18 t/m 24 jaar	439,09	574,95
25 t/m 29 jaar	462,79	844,27
30 t/m 34 jaar	475,22	898,87
35 t/m 39 jaar	510,46	762,10
40 t/m 44 jaar	556,29	695,52
45 t/m 49 jaar	636,79	784,12
50 t/m 54 jaar	738,42	867,20
55 t/m 59 jaar	910,77	952,43
60 t/m 64 jaar	1.077,52	1.057,75
65 t/m 69 jaar	1.387,43	1.243,12
70 t/m 74 jaar	1.697,28	1.416,60
75 t/m 79 jaar	2.020,88	1.614,79
80 t/m 84 jaar	2.133,44	1.668,87
85 t/m 89 jaar	2.119,51	1.628,18
90 jaar en ouder	2.095,70	1.383,83

Bijlage 4 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2012

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

klasse	FKG 2012	Gewicht in euro's
0	Geen FKG	-59,76
1	Glaucoom	118,02
2	Schildklieraandoeningen	124,52
3	Psychose, Alzheimer en verslaving	-405,78
4	Depressie	60,79
5	Neuropathische pijn	483,64
6	Hoog cholesterol	88,78
7	Diabetes type IIb	141,46
8	COPD / Zware astma	651,68
9	Astma	194,17
10	Diabetes type IIa	203,79
11	Epilepsie	-52,61
12	Ziekte van Crohn / Colitis Ulcerosa	621,09
13	Hartaandoeningen	705,39
14	Reuma: TNF-alfa-remmers	0,00
15	Reuma: overige middelen	640,00
16	Parkinson	74,32
17	Diabetes type I	169,24
18	Transplantaties	-691,64
19	Cystic fibrosis / pancreasenzymen	603,17
20	Aandoeningen van hersenen / ruggenmerg	-877,21
21	Kanker	1.948,82
22	Hormoongevoelige tumoren	682,83
23	HIV / AIDS	-622,16
24	Nieraandoeningen	3.572,42
25	Groeihormonen	-2.034,44

Bijlage 5 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2012

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

DKG klasse	Gewicht in euro's
0	-79,09
1	792,60
2	806,41
3	1.142,27
4	2.019,75
5	3.448,67
6	2.708,64
7	2.831,31
8	3.828,69
9	3.525,36
10	6.373,81
11	7.257,08
12	5.880,56
13	54.954,48

Bijlage 6 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2012

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

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	143,72
	35-44 jaar	201,11
	45-54 jaar	248,17
	55-64 jaar	239,74
3. Bijstand	18-34 jaar	105,76
	35-44 jaar	125,31
	45-54 jaar	164,15
	55-64 jaar	79,47
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-46,41
	35-44 jaar	-59,84
	45-54 jaar	-86,95
	55-64 jaar	-96,81
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-6,28
	35-44 jaar	-10,77
	45-54 jaar	-22,22
	55-64 jaar	-42,50

Bijlage 7 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2012

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

Regioklasse	Gewicht in euro's
Klasse 1	46,93
Klasse 2	22,71
Klasse 3	21,91
Klasse 4	8,46
Klasse 5	1,32
Klasse 6	-2,37
Klasse 7	-9,65
Klasse 8	-18,58
Klasse 9	-25,44
Klasse 10	-45,10

Bijlage 8 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2012

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

SES klasse		Gewichten in euro's
> 15 bewoners	0-17 jaar	0,21
	18-64 jaar	3,10
	65+	-216,94
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-17 jaar	0,21
	18-64 jaar	31,31
	65+	283,58
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-17 jaar	0,77
	18-64 jaar	13,52
	65+	-27,78
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-17 jaar	-3,24
	18-64 jaar	-37,95
	65+	-83,52

Bijlage 9 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2012

Gewichten voor het criterium meerjarig hoge kosten (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment

MHK klasse		Gewichten in euro's
0	Geen MHK	-92,33
1	MHK 2 voorafgaande jaren hoge kosten	754,17
2	MHK kosten 3 keer in top 15%	859,21
3	MHK kosten 3 keer in top 10%	1.266,60
4	MHK kosten 3 keer in top 7%	1.782,40
5	MHK kosten 3 keer in top 4%	2.560,45
6	MHK kosten 3 keer in top 1,5%	2.768,63

Bijlage 10 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2012

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

klasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
0- jarigen	2.253,76	1.970,03
1 t/m 4 jaar	323,15	262,10
5 t/m 9 jaar	247,86	178,61
10 t/m 14 jaar	207,73	172,07
15 t/m 17 jaar	185,37	182,55
18 t/m 24 jaar	154,18	148,56
25 t/m 29 jaar	133,23	172,49
30 t/m 34 jaar	129,40	182,81
35 t/m 39 jaar	143,24	163,01
40 t/m 44 jaar	135,70	129,70
45 t/m 49 jaar	157,70	119,40
50 t/m 54 jaar	178,88	122,21
55 t/m 59 jaar	218,55	123,93
60 t/m 64 jaar	233,29	116,79
65 t/m 69 jaar	258,13	116,59
70 t/m 74 jaar	246,54	96,75
75 t/m 79 jaar	206,51	67,93
80 t/m 84 jaar	77,90	6,65
85 t/m 89 jaar	0,36	-42,88
90 jaar en ouder	-18,67	-49,27

Bijlage 11 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2012

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

klasse	FKG 2012	Gewicht in euro's
0	Geen FKG	0,80
1	Glaucoom	-43,47
2	Schildklieraandoeningen	-16,85
3	Psychose, Alzheimer en verslaving	-225,81
4	Depressie	-28,33
5	Neuropathische pijn	-117,25
6	Hoog cholesterol	40,30
7	Diabetes type IIb	4,83
8	COPD / Zware astma	-84,59
9	Astma	10,19
10	Diabetes type IIa	35,83
11	Epilepsie	443,19
12	Ziekte van Crohn / Colitis Ulcerosa	-125,49
13	Hartaandoeningen	172,05
14	Reuma: TNF-alfa-remmers	0,00
15	Reuma: overige middelen	17,72
16	Parkinson	-214,21
17	Diabetes type I	-135,76
18	Transplantaties	32,75
19	Cystic fibrosis / pancreasenzymen	-459,75
20	Aandoeningen van hersenen / ruggenmerg	-627,84
21	Kanker	-360,70
22	Hormoongevoelige tumoren	-273,69
23	HIV / AIDS	-844,42
24	Nieraandoeningen	-258,23
25	Groeihormonen	-1.741,28

Bijlage 12 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2012

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

DKG klasse	Gewicht in euro's
0	-12,45
1	94,95
2	392,86
3	665,40
4	282,70
5	231,31
6	439,98
7	1.777,41
8	348,22
9	1.082,33
10	299,71
11	831,72
12	2.597,55
13	141,03

Bijlage 13 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2012

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

Aard van het inkomenklasse		Gewichten in euro's
1. 0 t/m 17 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	184,29
	35-44 jaar	123,29
	45-54 jaar	63,12
	55-64 jaar	47,01
3. Bijstand	18-34 jaar	28,16
	35-44 jaar	36,78
	45-54 jaar	15,15
	55-64 jaar	20,49
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-16,46
	35-44 jaar	-19,37
	45-54 jaar	-20,25
	55-64 jaar	-19,96
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-7,29
	35-44 jaar	-6,69
	45-54 jaar	-4,64
	55-64 jaar	-8,47

Bijlage 14 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2012

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

Regioklasse	Gewicht in euro's
Klasse 1	8,78
Klasse 2	7,33
Klasse 3	2,91
Klasse 4	8,03
Klasse 5	-1,34
Klasse 6	-1,83
Klasse 7	-2,96
Klasse 8	-4,11
Klasse 9	-8,41
Klasse 10	-8,36

Bijlage 15 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2012

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

SES klasse		Gewichten in euro's
> 15 bewoners	0-17 jaar	8,66
	18-64 jaar	16,64
	65+	-121,21
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-17 jaar	8,66
	18-64 jaar	-2,31
	65+	4,73
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-17 jaar	-7,14
	18-64 jaar	-2,55
	65+	-3,02
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-17 jaar	-12,14
	18-64 jaar	4,07
	65+	17,77

Bijlage 16 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2012

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

MHK klasse		Gewichten in euro's
0	Geen MHK	-42,69
1	MHK 2 voorafgaande jaren hoge kosten	316,58
2	MHK kosten 3 keer in top 15%	266,01
3	MHK kosten 3 keer in top 10%	371,65
4	MHK kosten 3 keer in top 7%	551,51
5	MHK kosten 3 keer in top 4%	1.069,55
6	MHK kosten 3 keer in top 1,5%	5.563,84

Bijlage 17 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 2 van de Regeling risicoverevening 2012

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	185,15
Niet	0,00

Bijlage 18 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 2 van de Regeling risicoverevening 2012

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	283,94	284,41
25 t/m 29 jaar	305,46	256,63
30 t/m 34 jaar	289,22	256,63
35 t/m 39 jaar	273,69	245,62
40 t/m 44 jaar	257,15	245,62
45 t/m 49 jaar	243,08	238,47
50 t/m 54 jaar	232,45	232,45
55 t/m 59 jaar	220,48	220,48
60 t/m 64 jaar	220,48	220,48
65 t/m 69 jaar	207,69	208,13
70 t/m 74 jaar	210,29	199,73
75 t/m 79 jaar	206,22	193,89
80 t/m 84 jaar	212,90	193,89
85 t/m 89 jaar	194,32	193,89
90 jaar en ouder	193,89	193,89

Bijlage 19 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 2 van de Regeling risicoverevening 2012

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 2012	Gewicht in euro's
0	Geen FKG GGZ	-31,73
1	Psychose	3.465,81
2	Depressie	228,68
3	Verslaving	2.583,56
4	Bipolaire stoornis	1.386,78
5	ADHD	271,45

Bijlage 20 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 2 van de Regeling risicoverevening 2012

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	834,80
	35-44 jaar	241,31
	45-54 jaar	126,06
	55-64 jaar	28,71
3. Bijstand	18-34 jaar	744,29
	35-44 jaar	627,47
	45-54 jaar	271,54
	55-64 jaar	148,23
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-47,71
	35-44 jaar	-36,70
	45-54 jaar	-23,53
	55-64 jaar	-11,57
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-47,71
	35-44 jaar	-36,70
	45-54 jaar	-21,95
	55-64 jaar	-11,57

Bijlage 21 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 2 van de Regeling risicoverevening 2012

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	78,41
Klasse 2	11,26
Klasse 3	-3,32
Klasse 4	-9,46
Klasse 5	-4,26
Klasse 6	-12,10
Klasse 7	-15,51
Klasse 8	-15,51
Klasse 9	-15,51
Klasse 10	-15,51

Bijlage 22 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 2 van de Regeling risicoverevening 2012

**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	1.754,46
	65+	114,39
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	18-64 jaar	-14,36
	65+	25,49
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	18-64 jaar	-0,69
	65+	-10,77
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	18-64 jaar	-25,79
	65+	-10,77

Bijlage 23 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 2 van de Regeling risicoverevening 2012

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	-20,96
Wel	107,51

Bijlage 24 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 2 van de Regeling risicoverevening 2012 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 550 euro	Gewicht in euro's
0	Niet	-35,95
1	Wel	776,22

Bijlage 25 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 2 van de Regeling risicoverevening 2012 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	-78,97
1	Wel	5.523,63

Bijlage 26 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2012

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

klasse	Gewicht	Gewicht
	In euro's	In euro's
	Mannen	Vrouwen
0- jarigen	879,86	771,53
1 t/m 4 jaar	653,54	601,11
5 t/m 9 jaar	742,58	670,96
10 t/m 14 jaar	682,39	687,62
15 t/m 17 jaar	684,64	777,44
18 t/m 24 jaar	499,58	688,22
25 t/m 29 jaar	515,57	964,31
30 t/m 34 jaar	537,00	999,11
35 t/m 39 jaar	555,46	774,66
40 t/m 44 jaar	575,05	667,25
45 t/m 49 jaar	621,33	702,70
50 t/m 54 jaar	673,63	755,92
55 t/m 59 jaar	762,63	813,58
60 t/m 64 jaar	815,73	858,01
65 t/m 69 jaar	939,02	961,45
70 t/m 74 jaar	1.003,49	1.038,80
75 t/m 79 jaar	1.088,74	1.143,35
80 t/m 84 jaar	1.204,30	1.295,95
85 t/m 89 jaar	1.399,87	1.499,92
90 jaar en ouder	1.746,38	1.783,16

Bijlage 27 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2012

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

klasse	FKG 2012	Gewicht in euro's
0	Geen FKG	-147,69
1	Glaucoom	183,32
2	Schildklierandoeningen	106,28
3	Psychose, Alzheimer en verslaving	1.000,59
4	Depressie	170,32
5	Neuropathische pijn	817,01
6	Hoog cholesterol	249,43
7	Diabetes type IIb	425,64
8	COPD / Zware astma	969,29
9	Astma	513,71
10	Diabetes type IIa	592,49
11	Epilepsie	626,46
12	Ziekte van Crohn / Colitis Ulcerosa	309,04
13	Hartaandoeningen	345,02
14	Reuma: TNF-alfa-remmers	0,00
15	Reuma: overige middelen	41,64
16	Parkinson	2.425,17
17	Diabetes type I	1.342,73
18	Transplantaties	1.090,22
19	Cystic fibrosis / pancreasenzymen	4.846,78
20	Aandoeningen van hersenen / ruggenmerg	5.929,31
21	Kanker	4.664,51
22	Hormoongevoelige tumoren	952,29
23	HIV / AIDS	8.635,68
24	Nieraandoeningen	3.137,46
25	Groeihormonen	14.029,68

Bijlage 28 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2012

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

DKG klasse	Gewicht in euro's
0	-22,41
1	55,63
2	224,33
3	422,40
4	690,05
5	1.050,92
6	716,05
7	1.312,98
8	1.363,46
9	2.661,06
10	2.158,77
11	3.419,87
12	5.879,23
13	2.605,21

Bijlage 29 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2012

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	346,06
	35-44 jaar	348,98
	45-54 jaar	297,54
	55-64 jaar	199,90
3. Bijstand	18-34 jaar	49,36
	35-44 jaar	149,09
	45-54 jaar	186,68
	55-64 jaar	110,78
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-56,11
	35-44 jaar	-54,64
	45-54 jaar	-73,41
	55-64 jaar	-86,72
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-12,67
	35-44 jaar	-20,84
	45-54 jaar	-29,41
	55-64 jaar	-36,96

Bijlage 30 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2012

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

Regioklasse	Gewicht in euro's
1	14,91
2	8,52
3	4,08
4	1,55
5	7,65
6	4,12
7	-2,85
8	-6,14
9	-6,68
10	-25,00

Bijlage 31 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2012

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	12,95
	18-64 jaar	-67,61
	65+	401,67
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	0-17 jaar	12,95
	18-64 jaar	22,31
	65+	118,90
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	0-17 jaar	-7,99
	18-64 jaar	18,56
	65+	-15,98
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	0-17 jaar	-26,64
	18-64 jaar	-34,92
	65+	-90,35

Bijlage 32 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2012

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

MHK klasse		Gewichten in euro's
0	Geen MHK	-138,31
1	MHK 2 voorafgaande jaren hoge kosten	771,11
2	MHK kosten 3 keer in top 15%	1.031,64
3	MHK kosten 3 keer in top 10%	1.741,83
4	MHK kosten 3 keer in top 7%	2.782,49
5	MHK kosten 3 keer in top 4%	4.495,80
6	MHK kosten 3 keer in top 1,5%	9.466,90

Bijlage 33 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 4 van de Regeling risicoverevening 2012

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	89,68	135,61
25 t/m 29 jaar	86,37	139,52
30 t/m 34 jaar	89,85	146,04
35 t/m 39 jaar	94,01	136,53
40 t/m 44 jaar	98,18	131,67
45 t/m 49 jaar	105,09	135,36
50 t/m 54 jaar	114,73	142,27
55 t/m 59 jaar	128,58	147,46
60 t/m 64 jaar	138,36	152,74
65 t/m 69 jaar	153,75	163,88
70 t/m 74 jaar	167,89	174,59
75 t/m 79 jaar	178,84	182,81
80 t/m 84 jaar	184,82	186,07
85 t/m 89 jaar	186,69	185,04
90 jaar en ouder	186,38	177,80

Bijlage 34 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 4 van de Regeling risicoverevening 2012

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	39,49
	35-44 jaar	41,90
	45-54 jaar	37,30
	55-64 jaar	23,71
3. Bijstand	18-34 jaar	28,83
	35-44 jaar	34,03
	45-54 jaar	28,74
	55-64 jaar	9,86
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-4,10
	35-44 jaar	-6,73
	45-54 jaar	-8,74
	55-64 jaar	-8,62
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-1,69
	35-44 jaar	-2,18
	45-54 jaar	-2,42
	55-64 jaar	-2,76

Bijlage 35 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 4 van de Regeling risicoverevening 2012

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

Regioklasse 2012	Gewicht in euro's
Klasse 1	6,96
Klasse 2	4,04
Klasse 3	3,41
Klasse 4	1,60
Klasse 5	0,61
Klasse 6	-0,19
Klasse 7	-1,28
Klasse 8	-3,56
Klasse 9	-4,81
Klasse 10	-5,88

Bijlage 36 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 3 van de Regeling risicoverevening 2012

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	257,83	297,99
25 t/m 29 jaar	277,56	295,92
30 t/m 34 jaar	278,99	274,95
35 t/m 39 jaar	274,44	271,94
40 t/m 44 jaar	263,58	260,23
45 t/m 49 jaar	254,87	259,83
50 t/m 54 jaar	240,64	240,64
55 t/m 59 jaar	219,34	215,12
60 t/m 64 jaar	210,08	210,08
65 t/m 69 jaar	185,63	183,99
70 t/m 74 jaar	190,78	183,99
75 t/m 79 jaar	191,33	183,99
80 t/m 84 jaar	201,53	183,99
85 t/m 89 jaar	195,63	183,99
90 jaar en ouder	184,33	183,99

Bijlage 37 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 3 van de Regeling risicoverevening 2012

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 2012	Gewicht in euro's
0	Geen FKG GGZ	-29,56
1	Psychose	2.454,78
2	Depressie	327,36
3	Verslaving	1.783,63
4	Bipolaire stoornis	1.083,27
5	ADHD	340,69

Bijlage 38 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 3 van de Regeling risicoverevening 2012

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	537,97
	35-44 jaar	297,59
	45-54 jaar	169,10
	55-64 jaar	35,42
3. Bijstand	18-34 jaar	557,73
	35-44 jaar	528,52
	45-54 jaar	319,97
	55-64 jaar	106,22
4. Zelfstandigen	18-34 jaar	-58,75
	35-44 jaar	-61,14
	45-54 jaar	-41,55
	55-64 jaar	-11,00
5. Referentiegroep	18-34 jaar	-31,43
	35-44 jaar	-33,26
	45-54 jaar	-26,40
	55-64 jaar	-11,00

Bijlage 39 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 3 van de Regeling risicoverevening 2012

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	53,65
Klasse 2	26,60
Klasse 3	8,41
Klasse 4	2,83
Klasse 5	-4,01
Klasse 6	-11,21
Klasse 7	-19,40
Klasse 8	-19,40
Klasse 9	-19,40
Klasse 10	-19,40

Bijlage 40 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 3 van de Regeling risicoverevening 2012

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	643,91
	65+	50,34
SES 1 (1 ^e t/m 3 ^e deciel)	18-64 jaar	-0,15
	65+	18,84
SES 2 (4 ^e t/m 7 ^e deciel)	18-64 jaar	7,45
	65+	-6,33
SES 3 (8 ^e t/m 10 ^e deciel)	18-64 jaar	-21,42
	65+	-6,33

Bijlage 41 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 3 van de Regeling risicoverevening 2012

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	-18,61
Wel	95,46

Bijlage 42 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 3 van de Regeling risicoverevening 2012 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 550 euro	Gewicht in euro's
0	Niet	-48,93
1	Wel	1.056,49

Bijlage 43 van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2012

Bron: Bijlage 3 van de Regeling risicoverevening 2012 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	-61,16
1	Wel	4.277,82