



Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2014

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 2014 en de brief van de minister van VWS van 23 september 2013, kenmerk 150693-110091-Z,

Heeft in zijn vergadering van 30 september 2013 besloten:

HOOFDSTUK I ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1 Definities

Deze beleidsregels verstaan onder:

- a. *college*: het College voor zorgverzekeringen, bedoeld in artikel 58, eerste lid Zorgverzekeringswet;
- b. *zwaarte*: het deel waarvoor de verzekerde meetelt in een betreffende klasse;
- c. *macroverzekerdenraming*: de raming van het aantal verzekerden op macroniveau op basis van de opgave van de zorgverzekeraars en trends van het CBS naar aantal inwoners in Nederland;
- d. *HKG*: hulpmiddelen kostengroepen als bedoeld in artikel 5, eerste lid van de Regeling risicoverevening 2014;
- e. *MHK*: meerjarige hoge kosten als bedoeld in artikel 1, onderdeel z van het Besluit zorgverzekering;
- f. *FKG GGZ*: FKG's psychische aandoeningen als bedoeld in artikel 1, onderdeel q van het Besluit zorgverzekering;
- g. *DKG GGZ*: diagnose kostengroepen psychische aandoeningen als bedoeld in artikel 5, tweede lid van de Regeling risicoverevening 2014;
- h. *GGZ-kosten lage drempel*: kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel als bedoeld in artikel 1, onderdeel x van het Besluit zorgverzekering;
- i. *PKB*: persoonskenmerkenbestand; een bestand dat bestaat uit de opgave van de zorgverzekeraar met per gepseudonimiseerd burgerservicenummer de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand en geboortejaar, viercijferige postcode en gepseudonimiseerd adres;
- j. *VPPKB*: verzekerde periode en persoonskenmerkenbestand; een bestand dat bestaat uit twee delen. Het eerste deel betreft de opgave van de zorgverzekeraar van verzekerden mét een geverifieerd gepseudonimiseerd burgerservicenummer dat per gepseudonimiseerd burgerservicenummer de verzekerde periode, de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand en geboortejaar, viercijferige postcode en gepseudonimiseerd adres bevat. Het tweede deel betreft de opgave van de zorgverzekeraar van verzekerden zonder een geverifieerd burgerservicenummer en verzekerden zonder burgerservicenummer dat per verzekerde de verzekerde periode, de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand en geboortejaar, viercijferige postcode en gepseudonimiseerd adres bevat. Het tweede deel betreft de opgave van de zorgverzekeraar van verzekerden zonder een geverifieerd burgerservicenummer en verzekerden zonder burgerservicenummer dat per verzekerde de verzekerde periode, de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand en geboortejaar en viercijferige postcode bevat;
- k. *verzekerde woonachtig in het buitenland*: een persoon die een zorgverzekering heeft afgesloten en geen ingezetene van Nederland is;
- l. *vereveningsbijdrage*: de bijdrage, bedoeld in de artikelen 32 en 34 van de Zorgverzekeringswet;
- m. *wet*: de Zorgverzekeringswet.

Artikel 2 Algemene bepaling

Het college past de bepalingen uit het Besluit zorgverzekering en de Regeling risicoverevening 2014 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 2014 en de berekening van de normatieve bedragen en de vereveningsbijdragen ervan uit dat alle zorgverzekeraars die gedurende 2013 actief zijn geweest ook in 2014 als zorgverzekeraar actief zullen zijn.



HOOFDSTUK II TOEKENNING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE 2014 AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 4 Raming van de verzekerdenaantallen 2014 voor het macro-deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg en voor het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties

1. Het college raamt de verzekerdenaantallen 2014 voor het macro-deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg en voor het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties per criterium met inachtneming van het bepaalde in de volgende leden.
2. Het college baseert zich bij de raming van de verzekerdenaantallen op de macroverzekerdenraming 2014 en het PKB 2013.
3. Het college baseert zich bij de raming van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar op het PKB met als peildatum 1 juni 2013, zoals de zorgverzekeraars dat hebben aangeleverd op 1 juli 2013.
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 2013 met als peildatum 1 juni 2013.
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 2013;
 - b. de zelfstandigen op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst naar inkomensbron op peildatum 30 juni 2012;
 - c. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron op peildatum 30 juni 2012;
 - d. de studenten op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 oktober 2012.
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:
als eerste: 0 tot en met 17 jaar of 65 jaar en ouder;
als tweede: arbeidsongeschikten;
als derde: bijstandsgerechtigden;
als vierde: studenten;
als vijfde: zelfstandigen, voor zover zij geen inkomsten uit dienstbetrekking of werkloosheidsuitkering hebben;
ten slotte: referentiegroep, alle verzekerden omvattend die niet zijn ingedeeld onder 1 tot en met 5.
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 2014 uit bijlage 10 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 23 september 2013 met kenmerk 150693-110091-Z;
 - b. de viercijferige postcode, op het PKB 2013.
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 2014 uit bijlage 5 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 23 september 2013 met kenmerk 150659-10091-Z;
 - b. de opgave per 1 juni 2013 van declaraties farmaceutische hulp 2012 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 deelt het college een verzekerde niet in bij een FKG.
15. In afwijking van het bepaalde in het veertiende lid hanteert het college voor de FKG Kanker een drempel van ten minste 3 receptregels. Beneden deze drempel deelt het college een verzekerde niet in bij FKG Kanker.
16. Het college koppelt de opgave bedoeld in het twaalfde lid, onderdeel b, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2013 en bepaalt op basis hiervan en met inachtneming van de drempels bedoeld in het veertiende en vijftiende lid in welke FKG klassen de verzekerde valt. Aan de verzekerde koppelt het college een zwaarte van 1 voor de betreffende klasse.
17. Bij samenloop van FKG's wijst het college alle toepasselijke FKG's toe met inachtneming van de volgende uitzonderingen:
 - a. In geval van samenloop bij FKG's Diabetes I, Diabetes II met hypertensie en Diabetes II zonder hypertensie deelt het college aan de hand van de tabel in bijlage 2 van deze beleidsregels een verzekerde in bij een klasse van het criterium FKG's;
 - b. Indien een verzekerde is ingedeeld bij FKG Diabetes I, FKG Diabetes II met hypertensie of FKG Diabetes II zonder hypertensie, deelt het college deze verzekerde niet in bij FKG Hoog cholesterol;
 - c. Indien een verzekerde is ingedeeld bij FKG Hartaandoeningen, deelt het college deze verzekerde niet in bij FKG Hoog cholesterol;
 - d. Indien een verzekerde is ingedeeld bij FKG Psychose, Alzheimer en Verslaving deelt het college deze verzekerde niet in bij FKG Depressie;
 - e. Indien een verzekerde is ingedeeld bij FKG COPD / Zware astma deelt het college deze verzekerde niet in bij FKG Astma;
 - f. Indien een verzekerde is ingedeeld bij FKG Kanker, deelt het college deze verzekerde niet in bij FKG Hormoongevoelige tumoren.
18. Het college past per verzekerde per FKG 2014 een trendfactor toe voor de geraamde prevalentieontwikkeling. De toegepaste trendfactoren staan vermeld in de Verantwoording Verzekerdenraming 2014 die het college op zijn website publiceert. Het college vermenigvuldigt de zwaarte, genoemd 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 2013 voor het eerst voorkomen per FKG de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PKB toe.
19. Als een verzekerde niet in een FKG klasse 1 tot en met 23 2014 valt, deelt het college deze verzekerde in bij FKG klasse 'Geen FKG'.
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 2014 uit bijlage 7 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 23 september 2013 met kenmerk 150659-110091-Z;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2013 aan het college van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's die in 2011 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 2012 per verzekerde in welke DKG klasse 1 tot en met 15 de verzekerde valt. Het college stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.
23. Het college past op de verzekerden die in het PKB 2012 voor het eerst voorkomen per DKG de gemiddelde prevalentie naar leeftijd en geslacht voor de betreffende klasse van de overige verzekerden in het PKB 2012 toe. Vervolgens koppelt het college de verzekerden aan het PKB 2013, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de prevalentie naar leeftijd en geslacht per DKG constant blijft.



24. Als een verzekerde niet in een DKG klasse 1 tot en met 15 2014 valt, deelt het college deze verzekerde 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 HKG's per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in HKG somatische zorg 2014 uit bijlage 9 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 23 september 2013 met kenmerk 150659-110091-Z;
 - b. het onderzoeksbestand met de hulpmiddelendeclaraties 2011 van zorgverzekeraars per gepseudonimiseerd burgerservicenummer.
27. 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 2012 per verzekerde in welke HKG klasse 1 tot en met 4 de verzekerde valt. Het college stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.
28. Het college past op de verzekerden die in het PKB 2012 voor het eerst voorkomen per HKG de gemiddelde prevalentie naar leeftijd en geslacht voor de betreffende klasse van de overige verzekerden in het PKB 2012 toe. Vervolgens koppelt het college de verzekerden aan het PKB 2013, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de prevalentie naar leeftijd en geslacht per HKG constant blijft.
29. Als een verzekerde niet in een HKG klasse 1 tot en met 4 2014 valt, deelt het college deze verzekerde in bij HKG klasse 'Geen HKG'.
30. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium HKG's naar de macroverzekerdenraming.
31. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium SES per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de leeftijd, op het PKB 2013;
 - b. het inkomen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst over het jaar 2011;
 - c. het inkomen wanneer voor 2011 geen gegevens beschikbaar zijn, op gegevens over het jaar 2010;
 - d. de adresgegevens, op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst over het jaar 2012;
 - e. de adresgegevens, indien deze in de opgave van de Belastingdienst ontbreken, op het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2013.
32. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium SES naar de macroverzekerdenraming.
33. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium MHK per zorgverzekeraar op:
 - a. declaraties met betrekking tot vereveningsjaar 2009 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de deelbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, de kosten van B-dbc's en de kosten van overige prestaties tot en met 31 december 2011, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2012 bij het college hebben aangeleverd;
 - b. declaraties met betrekking tot vereveningsjaar 2010 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de deelbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, de kosten van B-dbc's en de kosten van overige prestaties tot en met 31 december 2012, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2013 bij het college hebben aangeleverd.
 - c. declaraties met betrekking tot vereveningsjaar 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.
34. Het college herleidt de percentages van de risicoklassen MHK met betrekking tot vereveningsjaar 2009, 2010 respectievelijk 2011 tot drempelbedragen MHK 2009, 2010 respectievelijk 2011.
35. Het college bepaalt op basis van de drempelbedragen uit het vorige lid en een koppeling met het PKB 2012 in welke MHK klasse een verzekerde wordt ingedeeld.



36. Vervolgens koppelt het college de verzekerden aan het PKB 2013, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de prevalentie per MHK klasse 1 tot en met 6 constant blijft.
37. Als een verzekerde niet in een MHK klasse 1 tot en met 6 valt, deelt het college de verzekerde in bij MHK klasse 'Geen MHK'.
38. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium MHK naar de macroverzekerdenraming en stemt de relatieve prevalentie af op de Overall Toets 2014. De toegepaste prevalentiefactoren staan vermeld in de Verantwoording Verzekerdenraming 2014 die het college op zijn website publiceert.
39. Het college deelt verzekerden woonachtig in het buitenland uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht, FKG, DKG, HKG, aard van het inkomen en MHK. Overeenkomstig artikel 7 van de Regeling risicoverevening 2014 deelt het college alle verzekerden woonachtig in het buitenland voor het criterium FKG in de klasse 'Geen FKG', voor het criterium DKG in de klasse 'DKG 0' en voor het criterium HKG in de klasse 'Geen HKG'.

Artikel 5 Raming van de verzekerdenaantallen 2014 voor het macro-deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

1. Het college raamt de verzekerdenaantallen 2014 voor het macro-deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg met inachtneming van het bepaalde in dit artikel.
2. Het college baseert zich bij de raming op de macroverzekerdenraming 2014 en het PKB 2013.
3. Het college baseert zich bij de raming van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar op het PKB 2013 met als peildatum 1 juni 2013, zoals de zorgverzekeraars dat hebben aangeleverd op 1 juli 2013.
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 voor het criterium leeftijd en geslacht per zorgverzekeraar op het PKB 2013 met als peildatum 1 juni 2013.
6. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium leeftijd en geslacht naar de macroverzekerdenraming.
7. 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 2013;
 - b. de zelfstandigen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst naar inkomensbron op peildatum 30 juni 2012;
 - c. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron op peildatum 30 juni 2012;
 - d. de studenten, op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 oktober 2012.
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.
9. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium aard van het inkomen naar de macroverzekerdenraming.
10. 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 2014 uit bijlage 11 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 23 september 2013 met kenmerk 150659-110091-Z;
 - b. de viercijferige postcode, op het PKB 2013.
11. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium GGZ-regio naar de macroverzekerdenraming.



12. 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 2014 uit bijlage 6 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 23 september 2013 met kenmerk 150693-110091-Z;
 - b. de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer per 1 juni 2013 van declaraties farmaceutische hulp 2012 van de zorgverzekeraars aan het college.
13. 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.
14. Het college hanteert een drempel van meer dan 180 standaarddagdoseringen. Beneden deze drempel deelt het college een verzekerde niet in in een klasse FKG GGZ 1 tot en met 7.
15. In afwijking van het bepaalde in het veertiende lid hanteert het college voor de FKG psychose depot een drempel van één receptregel, waarbij de FKG psychose depot wordt gedefinieerd door een ATC-code van de FKG psychose en een ZI-artikelnnummer met een DDD-factor van ten minste 3.500. Beneden deze drempel deelt het college een verzekerde niet in in de klasse FKG psychose depot.
16. In afwijking van het bepaalde in het veertiende lid hanteert het college voor de FKG GGZ bipolair complex een drempel van meer dan 180 standaarddagdoseringen voor de FKG GGZ bipolair regulier en ten minste één voorschrift van de indicator bipolair complex. Beneden deze drempel deelt het college een verzekerde niet in in de FKG GGZ bipolair complex.
17. Het college koppelt de opgave bedoeld in het twaalfde lid onderdeel b, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB en bepaalt op basis hiervan en met behulp van de drempels bedoeld in het veertiende, vijftiende en zestiende lid in welke FKG GGZ klassen de verzekerde wordt ingedeeld. Aan de verzekerde koppelt het college een zwaarte van 1 voor de betreffende klasse.
18. Bij samenloop van FKG's GGZ deelt het college een verzekerde in in alle toepasselijke FKG's GGZ met inachtneming van de volgende uitzonderingen:
 - a. Indien een verzekerde is ingedeeld bij FKG GGZ psychose depot, deelt het college deze verzekerde niet in bij FKG GGZ psychose;
 - b. Indien een verzekerde is ingedeeld bij FKG GGZ bipolair complex, deelt het college deze verzekerde niet in bij FKG GGZ bipolair stoornis regulier.
19. Het college past per verzekerde per FKG GGZ 2014 een trendfactor toe voor de geraamde prevalentieontwikkeling. De toegepaste trendfactoren staan vermeld in de Verantwoording Verzekerdenraming 2014 die het college op zijn website publiceert. Het college vermenigvuldigt de zwaarte, genoemd in het zeventiende lid, met de prevalentieontwikkeling en herberekent de zwaarte voor de verzekerde voor de betreffende klasse. Het college zet verzekerden die in het PKB 2013 voor het eerst voorkomen per FKG GGZ op de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PKB.
20. Als een verzekerde niet in een FKG GGZ klasse 1 tot en met 7 kan worden ingedeeld, deelt het college deze verzekerde in bij FKG GGZ klasse 'Geen FKG GGZ psychische aandoeningen'.
21. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium FKG GGZ naar de macroverzekerdenraming.
22. 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 2013;
 - b. het inkomen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst over het jaar 2011;
 - c. het inkomen, op gegevens over het jaar 2010 wanneer voor 2011 geen gegevens beschikbaar zijn;
 - d. de adresgegevens, op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst 2012;
 - e. de adresgegevens, indien deze in de opgave van de Belastingdienst ontbreken, op het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2013.



23. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium SES naar de macroverzekerdenraming.
24. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium DKG's GGZ per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in DKG's GGZ 2014 uit de indelingstabel psychische DKG's uit het onderzoek;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2013 aan het college van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's GGZ die in 2011 geopend zijn;
 - c. declaraties met betrekking tot vereveningsjaar 2010 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten GGZ, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2013 bij het college hebben aangeleverd.
25. 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 2012 per verzekerde in welke DKG GGZ klasse 1 tot en met 5 de verzekerde valt en betreft daarbij de declaraties bedoeld in het vorige lid, onderdeel c. Het college stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.
26. Het college past op de verzekerden die in het PKB 2012 voor het eerst voorkomen per DKG GGZ de gemiddelde prevalentie naar leeftijd en geslacht voor de betreffende klasse van de overige verzekerden in het PKB 2012 toe. Vervolgens koppelt het college de verzekerden aan het PKB 2013, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de prevalentie naar leeftijd en geslacht per DKG GGZ constant blijft.
27. Als een verzekerde niet in een DKG GGZ klasse 1 tot en met 5 valt, deelt het college deze verzekerde in bij DKG GGZ klasse 0.
28. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium DKG's GGZ naar de macroverzekerdenraming.
29. Het college baseert zich voor het geraamde 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 2012;
 - b. de adresgegevens, indien deze in de opgave van de Belastingdienst 2012 ontbreken, op het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2013.
30. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium éénpersoonsadres naar de macroverzekerdenraming.
31. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium GGZ-kosten lage drempel per zorgverzekeraar op declaraties met betrekking tot vereveningsjaar 2011 voor het deelbedrag kosten GGZ, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2013 bij het college hebben aangeleverd.
32. Het college bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer tussen het GGZ kostenbestand, bedoeld in het vorige lid en het PKB 2012 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.
33. De verzekerden die in het PKB 2012 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 2012 gezet. Vervolgens koppelt het college de verzekerden aan het PKB 2013, waarbij de verzekerden een zwaarte krijgen dusdanig dat de prevalentie naar leeftijd en geslacht per GGZ-kosten lage drempelklasse constant blijft.
34. Als een verzekerde niet in de GGZ-kosten lage drempelklasse 1 valt, deelt het college deze verzekerde in bij GGZ-kosten lage drempelklasse 0.
35. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium GGZ-kosten lage drempel naar de macroverzekerdenraming.
36. Het college deelt verzekerden woonachtig in het buitenland van achttien jaar en ouder uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht, FKG GGZ, DKG GGZ, aard van het inkomen en GGZ-kosten lage drempelklasse. Overeenkomstig artikel 7 van de Regeling risicoverevening 2014 deelt het college alle verzekerden woonachtig in het buitenland voor het criterium FKG GGZ in in de klasse



'Geen FKG GGZ psychische aandoeningen' en voor het criterium DKG GGZ in de klasse 'DKG GGZ 0'.

Artikel 6 Raming van de verzekerdenaantallen 2014 voor de normatieve eigen risico opbrengst

1. Het college raamt de verzekerdenaantallen 2014 voor de normatieve eigen risico opbrengst per criterium met inachtneming van het bepaalde in dit artikel.
2. Het college baseert zich bij de raming van de verzekerdenaantallen op de macroverzekerdenraming 2014 en het PKB 2013.
3. Het college baseert zich bij de raming van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar op het PKB met als peildatum 1 juni 2013, zoals de zorgverzekeraars dat hebben aangeleverd op 1 juli 2013.
4. Wanneer een verzekerde bij meerdere zorgverzekeraars tegelijkertijd is ingeschreven, bepaalt het college de verzekeringsduur voor die verzekerde naar rato van het aantal zorgverzekeraars waar de verzekerde over die periode ingeschreven is geweest.
5. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat ingedeeld is in FKG 1 tot en met 23, ingedeeld is in DKG 1 tot en met 15 of ingedeeld is in MHK 1 tot en met 6, per zorgverzekeraar op artikel 4, negentiende respectievelijk vierentwintigste en zesendertigste lid van deze Beleidsregels.
6. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden, bedoeld in het vorige lid, naar de macroverzekerdenraming.
7. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 'Geen FKG', als in de DKG klasse '0' en in de MHK klasse 'Geen MHK' valt, per zorgverzekeraar op artikel 4, negentiende respectievelijk vierentwintigste en zesendertigste lid van deze Beleidsregels.
8. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 'Geen FKG', als in de DKG klasse '0' en in de MHK klasse 'Geen MHK' valt voor het criterium leeftijd en geslacht per zorgverzekeraar op het PKB 2013 met als peildatum 1 juni 2013.
9. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 'Geen FKG', als in de DKG klasse '0' en in de MHK klasse 'Geen MHK' valt naar de macroverzekerdenraming.
10. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 'Geen FKG', als in de DKG klasse '0' en in de MHK klasse 'Geen MHK' valt voor het criterium aard van het inkomen per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de leeftijd, op het PKB 2013;
 - b. de zelfstandigen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV en de Belastingdienst naar inkomensbron op peildatum 30 juni 2012;
 - c. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron op peildatum 30 juni 2012;
 - d. de studenten, op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 oktober 2012.
11. Het college deelt een verzekerde die in meerdere klassen is in te delen, in op basis van het bepaalde in artikel 4, achtste lid van deze Beleidsregels.
12. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 'Geen FKG', als in de DKG klasse '0' en in de MHK klasse 'Geen MHK' valt voor het criterium aard van het inkomen naar de macroverzekerdenraming.
13. Het college baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 'Geen FKG', als in de DKG klasse '0' en in de MHK klasse 'Geen MHK' valt voor het criterium regio per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de indeling, op de regioclusters somatisch naar viercijferige postcode voor 2014 uit bijlage 10 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 23 september 2013 met kenmerk 150693-110091-Z;
 - b. de viercijferige postcode, op het PKB 2013.



14. Het college herschaalt het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 'Geen FKG', als in de DKG klasse '0' en in de MHK klasse 'Geen MHK' valt voor criterium regio naar de macroverzekerdenraming.
15. Het college deelt het geraamde aantal verzekerden woonachtig in het buitenland van achttien jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 'Geen FKG', als in de DKG klasse '0' en in de MHK klasse 'Geen MHK' valt, uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht en aard van het inkomen.

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

1. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg hanteert het college de volgende gewichten als uitgangspunten:
 - a. de gewichten variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde per klasse 2014 naar leeftijd en geslacht, genoemd in bijlage 2 van deze beleidsregels;
 - b. de gewichten variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde per FKG klasse 2014, genoemd in bijlage 3 van deze beleidsregels;
 - c. voor verzekerden woonachtig in het buitenland 55% van het normgewicht van de FKG klasse 'Geen FKG';
 - d. de gewichten variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde per DKG klasse 2014, genoemd in bijlage 4 van deze beleidsregels;
 - e. voor verzekerden woonachtig in het buitenland 50% van het normgewicht voor de DKG klasse '0';
 - f. de gewichten variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde per HKG klasse 2014, genoemd in bijlage 5 van deze beleidsregels;
 - g. voor verzekerden woonachtig in het buitenland 0% van het normgewicht voor de HKG klasse 'geen HKG';
 - h. de gewichten variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde per aard van het inkomen klasse 2014, genoemd in bijlage 6 van deze beleidsregels;
 - i. de gewichten variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde per regio klasse 2014, genoemd in bijlage 7 van deze beleidsregels;
 - j. de gewichten variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde per SES klasse 2014, genoemd in bijlage 8 van deze beleidsregels;
 - k. de gewichten variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde per MHK klasse 2014, genoemd in bijlage 9 van deze beleidsregels.
2. Het college vermenigvuldigt de gewichten variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde per klasse naar leeftijd en geslacht 2014 per overeenkomstige klasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per klasse naar leeftijd en geslacht 2014. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
3. Het college vermenigvuldigt de gewichten variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde per FKG klasse 2014 per overeenkomstige FKG met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden FKG 2014. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tweede lid.
4. Het college vermenigvuldigt de gewichten variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde per DKG klasse 2014 per overeenkomstige DKG klasse met het geraamde aantal verzekerden per DKG klasse 2014. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het derde lid.
5. Het college vermenigvuldigt de gewichten variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde per HKG klasse 2014 per overeenkomstige HKG klasse met het geraamde aantal verzekerden per HKG klasse 2014. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het vierde lid.
6. Het college vermenigvuldigt de gewichten variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2014 per overeenkomstige aard van het inkomenklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per aard van het inkomenklasse 2014. Het college sommeert de uitkomsten per zorgverzekeraar en voegt deze toe aan het resultaat van het vijfde lid.
7. Het college vermenigvuldigt de gewichten variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde per regioklasse 2014 per overeenkomstige regioklasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per regioklasse 2014. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zesde lid.



8. Het college vermenigvuldigt de gewichten variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde per SES klasse 2014 per overeenkomstige SES klasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per SES klasse 2014. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zevende lid.
9. Het college vermenigvuldigt de gewichten variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde per MHK klasse 2014 per overeenkomstige MHK klasse met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per MHK klasse 2014. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het achtste lid.
10. Het resultaat van het negende lid wordt aangeduid als het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2014.

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

1. Het college bepaalt het deelbedrag vaste zorgkosten 2014 als volgt:
 - a. Het college berekent per verzekerde het gemiddelde over de vaste kosten van ziekenhuisverpleging en de kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar per zorgverzekeraar in 2012 op basis van gegevens over de kosten uit de opgave jaarstaat 2012 per 1 juni 2013 van de zorgverzekeraar;
 - b. Per zorgverzekeraar vermenigvuldigt het college de geraamde aantallen verzekerden 2014 met het berekende bedrag in onderdeel a;
 - c. Vervolgens berekent het college de landelijke vaste kosten factor 2014 door het macro-deelbedrag vaste zorgkosten 2014, bedoeld in artikel 2, tweede lid, onder b, van de Regeling risicoverevening 2014 te delen door de som over alle zorgverzekeraars van het resultaat onder b;
 - d. Het college vermenigvuldigt het in onderdeel a berekende bedrag per zorgverzekeraar met de in onderdeel c berekende landelijke vaste kosten factor 2014. Het resultaat wordt aangeduid als het zorgverkeersspecifieke bedrag vaste zorgkosten per geraamde verzekerde 2014.
2. Indien het gemiddelde aantal verzekerden van een zorgverzekeraar in 2012 minder dan 10.000 bedraagt, wordt voor deze zorgverzekeraar bij de berekening bedoeld in het eerste lid uitgegaan van het gemiddelde over de vaste kosten van ziekenhuisverpleging en de kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan 18 jaar 2012 van alle zorgverkeersspecifieke bedragen. Deze werkwijze wordt ook gevolgd wanneer de zorgverzekeraar een onjuiste of een onvolledige opgave over 2012 aan het college heeft gedaan of wanneer een opgave niet mogelijk is.
3. Het college berekent per zorgverzekeraar het deelbedrag vaste zorgkosten 2014 door het zorgverkeersspecifieke bedrag vaste zorgkosten per geraamde verzekerde 2014 te vermenigvuldigen met het totaal aantal geraamde verzekerden 2014.
4. Het resultaat van het derde lid wordt aangeduid als het deelbedrag vaste zorgkosten 2014.

Artikel 9 De verdeling van het macro-deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de berekening van het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

1. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg hanteert het college als uitgangspunten:
 - a. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per klasse 2014 naar leeftijd en geslacht, genoemd in bijlage 10 van deze beleidsregels;
 - b. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde naar FKG GGZ klasse 2014, genoemd in bijlage 11 van deze beleidsregels;
 - c. voor verzekerden woonachtig in het buitenland 50% van het normgewicht voor de FKG GGZ klasse 'Geen FKG GGZ psychische aandoeningen';
 - d. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde naar DKG GGZ klasse 2014, genoemd in bijlage 12 van deze beleidsregels;
 - e. voor verzekerden woonachtig in het buitenland 0% van het normgewicht voor de DKG GGZ klasse 0;
 - f. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2014, genoemd in bijlage 13 van deze beleidsregels;
 - g. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per GGZ-regioklasse 2014, genoemd in bijlage 14 van deze beleidsregels;
 - h. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per SES klasse 2014, genoemd in bijlage 15 van deze beleidsregels;
 - i. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per éénpersoons-



adresklasse 2014, genoemd in bijlage 16 van deze beleidsregels;

- j. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per geneeskundige GGZ kosten lage drempelklasse, genoemd in bijlage 17 van deze beleidsregels;
2. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per klasse 2014 naar leeftijd en geslacht worden per overeenkomstige klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder per klasse naar leeftijd en geslacht 2014. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
3. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per FKG GGZ 2014 klasse worden per overeenkomstige klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder 2014. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan de som van uitkomsten per zorgverzekeraar bedoeld in het tweede lid.
4. De gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per DKG GGZ 2014 klasse worden per overeenkomstige klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder 2014. 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 2014 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder per aard van het inkomenklasse 2014. 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 2014 worden per overeenkomstige GGZ-regioklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder per GGZ-regio klasse 2014. 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 2014 worden per overeenkomstige SES klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder per SES klasse 2014. 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 2014 worden per overeenkomstige éénpersoonsadresklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder per éénpersoonsadresklasse 2014. 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 2014 worden per overeenkomstige GGZ kosten lage drempelklasse 2014 vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder per GGZ kosten lage drempelklasse 2014. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het achtste lid.
10. Het resultaat van het negende lid wordt aangeduid als het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2014.

Artikel 10 De verdeling van het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties en de berekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties

1. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties hanteert het college als uitgangspunten:
 - a. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per klasse 2014 naar leeftijd en geslacht, genoemd in bijlage 18 van deze beleidsregels;
 - b. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per FKG klasse 2014, genoemd in bijlage 19 van deze beleidsregels;
 - c. voor verzekerden woonachtig in het buitenland 55% van het normgewicht FKG klasse 'Geen FKG';
 - d. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per DKG klasse 2014, genoemd in bijlage 20 van deze beleidsregels;
 - e. voor verzekerden woonachtig in het buitenland 50% van het normgewicht voor DKG klasse '0';



- f. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per HKG klasse 2014, genoemd in bijlage 21 van deze beleidsregels;
 - g. voor verzekerden woonachtig in het buitenland 0% van het normgewicht voor HKG klasse 'Geen HKG';
 - h. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2014, genoemd in bijlage 22 van deze beleidsregels;
 - i. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per regioklasse 2014, genoemd in bijlage 23 van deze beleidsregels;
 - j. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per SES klasse 2014, genoemd in bijlage 24 van deze beleidsregels;
 - k. de gewichten kosten van overige prestaties per verzekerde per MHK klasse 2014, genoemd in bijlage 25 van deze beleidsregels.
2. De gewichten kosten van de overige prestaties per verzekerde per klasse naar leeftijd en geslacht 2014 worden per overeenkomstige klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per klasse naar leeftijd en geslacht 2014. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd.
 3. De gewichten kosten van de overige prestaties per verzekerde per FKG 2014 klasse worden per overeenkomstige FKG klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per FKG 2014 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 2014 klasse worden per overeenkomstige DKG vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per DKG 2014 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 HKG 2014 klasse worden per overeenkomstige HKG vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per HKG 2014 klasse. 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 aard van het inkomenklasse 2014 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per aard van het inkomenklasse 2014. 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 regioklasse 2014 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per regioklasse 2014. 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 SES klasse 2014 worden per overeenkomstige SES klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per SES klasse 2014. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het zevende lid.
 9. De gewichten kosten van de overige prestaties per verzekerde per MHK klasse 2014 worden per overeenkomstige MHK klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden per MHK klasse 2014. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het achtste lid.
 10. Het resultaat van het negende lid wordt aangeduid als deelbedrag kosten van overige prestaties 2014.

Artikel 11 De raming van de normatieve eigen risico opbrengst

1. Het college berekent de geraamde normatieve eigen risico opbrengst 2014 voor verzekerden van achttien jaar en ouder die ingedeeld zijn in FKG 1 tot en met 23, ingedeeld zijn in DKG 1 tot en met 15 of ingedeeld zijn in MHK 1 tot en met 6 2014 per zorgverzekeraar door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat ingedeeld is in FKG 1 tot en met 23, ingedeeld is in DKG 1 tot en met 15 of ingedeeld is in MHK 1 tot en met 6 2014, zoals bepaald op grond van artikel 6, vijfde en zesde lid te vermenigvuldigen met een bedrag van EUR 338,48 per verzekerde.
2. Het college vermindert de uitkomst van het eerste lid met 0,07479 procent. Het college heeft dit



percentage berekend door het geraamde aantal verzekerden, bedoeld in artikel 24 van de wet te delen door het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder.

3. Voor de raming van de normatieve eigen risico opbrengst voor verzekerden die zowel in de FKG klasse 'Geen FKG', als in de DKG klasse '0' en in de MHK klasse 'Geen MHK' vallen 2014 hanteert het college als uitgangspunten:
 - a. de gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per klasse naar leeftijd en geslacht 2014, genoemd in bijlage 26 van deze beleidsregels;
 - b. de gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2014, genoemd in bijlage 27 van deze beleidsregels;
 - c. de gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per regioklasse 2014, genoemd in bijlage 28 van deze beleidsregels.
4. De gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per klasse 2014 naar leeftijd en geslacht worden per overeenkomstige klasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 'Geen FKG', als in de DKG klasse '0' en in de MHK klasse 'Geen MHK' valt, zoals bepaald op grond van artikel 6, achtste en negende lid van deze Beleidsregels. De uitkomsten worden per klasse 2014 per zorgverzekeraar gesommeerd.
5. De gewichten eigen risico opbrengst per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2014 worden per overeenkomstige aard van het inkomenklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder per aard van het inkomenklasse 2014, 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 2014 worden per overeenkomstige regioklasse vermenigvuldigd met het per zorgverzekeraar geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder per regioklasse 2014, 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 het percentage, genoemd in het tweede lid.
8. De totale raming van de normatieve eigen risico opbrengst per zorgverzekeraar is de som van het resultaat van het tweede en het zevende lid.

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

1. Het college berekent het normatieve bedrag 2014 van een zorgverzekeraar als de som van het volgens dit hoofdstuk berekende deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2014, het deelbedrag vaste zorgkosten van 2014, het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2014 en het deelbedrag kosten van overige prestaties 2014.
2. Het college raamt de opbrengst 2014 van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de geraamde aantallen verzekerden van achttien jaar en ouder 2014 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2014.
3. Het college vermindert het resultaat van het tweede lid met het percentage, genoemd in artikel 11, tweede lid.
4. Het college berekent de vereveningsbijdrage 2014 voor een zorgverzekeraar door op het normatieve bedrag 2014, bedoeld in het eerste lid, de geraamde normatieve eigen risico opbrengst 2014 zoals bepaald in artikel 11, achtste lid en de op grond van het tweede en derde lid geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie 2014 in mindering te brengen.
5. Het college berekent per zorgverzekeraar de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar 2014. Deze uitkering bedraagt het aantal geraamde verzekerden jonger dan achttien jaar vermenigvuldigd met EUR 50.
6. Het college kent de vereveningsbijdrage 2014 ter hoogte van de bijdrage berekend in het vierde lid, aangevuld met het bedrag berekend in het vijfde lid, aan de zorgverzekeraar toe.



Artikel 13 Herberekeningen als gevolg van splitsing van de zorgverzekeraar

Indien een zorgverzekeraar na de toekenning van de vereveningsbijdrage 2014 besluit zich te splitsen, deelt de zorgverzekeraar aan het college mee hoe naar zijn verwachting de geraamde verzekerdenaantallen 2014 verdeeld zullen worden, over nieuwe dan wel bestaande zorgverzekeraars. Het college kan de toegekende vereveningsbijdrage herzien en de bijdragen aan nieuwe dan wel bestaande zorgverzekeraars toekennen, rekening houdend met de meegedeelde geraamde verzekerdenaantallen en het tijdstip waarop de splitsing wordt gerealiseerd.

Artikel 14 De herberekening en herziening van de toegekende bijdrage 2014

1. Het college herberekent de toekenning van de vereveningsbijdrage op basis van de werkelijke verzekerdenaantallen 2014 volgens de opgaven van de zorgverzekeraars aan het college op 7 maart 2014.
2. Het college bepaalt de herberekening van de toegekende vereveningsbijdrage 2014 als volgt: Het college deelt het totaal aantal verzekerden uit de opgaven in het eerste lid door het geraamde totaal aantal verzekerden 2014 en vermenigvuldigt de uitkomst hiervan met de vereveningsbijdrage 2014 zoals toegekend op grond van artikel 12, zesde lid van deze Beleidsregels.
3. Het college herziert de op grond van artikel 12, zesde lid, toegekende vereveningsbijdrage 2014 overeenkomstig de herberekening uit het tweede lid.

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

Artikel 15 Bepaling van de verzekerdenaantallen 2014 voor het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg en voor het deelbedrag kosten van overige prestaties

1. Het college bepaalt de verzekerdenaantallen 2014 voor het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg en voor het 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 2014, zoals de zorgverzekeraars dat hebben aangeleverd op 1 juni 2015.
3. Wanneer een verzekerde gedurende een bepaalde periode in 2014 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 2014, zoals zorgverzekeraars dat op 1 juni 2014 bij het college hebben aangeleverd. De peildatum van de opgave is 1 mei 2014;
 - b. het VPPKB 2014 indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2014.
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 2014;
 - b. de leeftijd in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2014, op het VPPKB 2014;
 - c. de zelfstandigen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst naar inkomensbron over 2014, met peildatum 30 juni 2014;
 - d. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de refentiegroep, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron over 2014, met peildatum 30 juni 2014;
 - e. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep indien de opgave van het UWV betreffende een gemeente onvoldoende gegevens bevat, op de gegevens over 2013, met als peildatum 30 juni 2013 voor verzekerden uit die gemeente. Het college hanteert per verzekerde voor de gepseudonimiseerde opgave van de Belastingdienst dezelfde peildatum als het gebruikt voor de opgave van het UWV;
 - f. de studenten, op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 oktober 2014.
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 2014 uit bijlage 10 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 23 september 2013 met kenmerk 150659-110091-Z;
 - b. de viercijferige postcode, op het PKB 2014;
 - c. de viercijferige postcode indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2014, op het VPPKB 2014.
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 2014 uit bijlage 5 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 23 september 2013 met kenmerk 150659-110091-Z;
 - b. de opgave per 1 juni 2014 van declaraties farmaceutische hulp 2013 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 deelt het college een verzekerde niet in bij een FKG.
11. In afwijking van het bepaalde in het tiende lid hanteert het college voor de FKG Kanker een drempel van ten minste 3 receptregels. Beneden deze drempel deelt het college een verzekerde niet in bij FKG Kanker.
12. Het college koppelt de opgave bedoeld in het achtste lid, onderdeel b, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2014 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 23 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 23 valt, deelt het college deze verzekerde in bij FKG klasse 'Geen FKG'.
14. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium DKG's per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in DKG's uit bijlage 7 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 23 september 2013 met kenmerk 150659-110091-Z;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraar aan het college per 1 juni 2015 van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle dbc's die in 2013 geopend zijn.
15. Het college bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer tussen de opgave, bedoeld in het dertiende lid, onderdeel b en het VPPKB per verzekerde in welke DKG klasse 1 tot en met 15 de verzekerde wordt ingedeeld.
16. Als een verzekerde niet in een DKG klasse 1 tot en met 15 is ingedeeld, deelt het college deze verzekerde in bij DKG klasse '0'.
17. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium HKG's per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in de HKG's somatische zorg 2014 uit bijlage 9 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 23 september 2013 met kenmerk 150659-110091-Z;
 - b. de opgave per 1 juni 2014 van declaraties hulpmiddelen 2013 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het college.
18. Het college bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer tussen de opgave, bedoeld in het zeventiende lid, onderdeel b en het VPPKB per verzekerde in welke HKG klasse 1 tot en met 4 de verzekerde wordt ingedeeld.
19. Als een verzekerde niet in een HKG klasse 1 tot en met 4 is ingedeeld, deelt het college deze verzekerde in bij HKG klasse 'Geen HKG'.



20. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium SES per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de leeftijd, op het PKB 2014;
 - b. de leeftijd in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2014, op het VPPKB 2014;
 - c. het inkomen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst over 2013;
 - d. het inkomen in het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave over 2013, op de opgave over 2012 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in de opgave over 2012, op de opgave over 2011;
 - e. de adresgegevens, op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst over 2014;
 - f. de adresgegevens in het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave van de Belastingdienst, op het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2014 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB, op het VPPKB 2014.
21. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium MHK per zorgverzekeraar op:
 - a. declaraties 2011 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de deelbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, de kosten van B-dbc's en de kosten van overige prestaties tot en met 31 december 2013, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2014 bij het college hebben aangeleverd;
 - b. declaraties 2012 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de deelbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, de kosten van dbc zorgproducten en de kosten van overige prestaties tot en met 31 december 2014, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2015 bij het college hebben aangeleverd;
 - c. declaraties 2013 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de deelbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp en de kosten van overige prestaties, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2015 bij het college hebben aangeleverd.
22. Het college herleidt de percentages van de risicoklassen MHK met betrekking tot vereveningsjaar 2011, 2012 en 2013 tot respectievelijk drempelbedragen MHK 2011, 2012 en 2013.
23. Het college bepaalt op basis van de drempelbedragen uit het vorige lid en een koppeling met het VPPKB 2014 in welke MHK-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
24. Als een verzekerde niet in een MHK-klasse 1 tot en met 6 is ingedeeld, deelt het college deze verzekerde in bij 'Geen MHK'.
25. Het college deelt verzekerden zonder burgerservicenummer en verzekerden zonder geverifieerd burgerservicenummer uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht en regio.
26. Het college deelt verzekerden woonachtig in het buitenland uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht, FKG, DKG, HKG, aard van het inkomen en MHK. Overeenkomstig artikel 7 van de Regeling risicoverevening 2014 deelt het college alle verzekerden woonachtig in het buitenland voor het criterium FKG in in de klasse 'Geen FKG' respectievelijk voor het criterium DKG in de klasse 'DKG 0' en voor het criterium HKG in de klasse 'Geen HKG'.

Artikel 16 Bepaling van de verzekerdenaantallen 2014 voor het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

1. Het college bepaalt de verzekerdenaantallen 2014 voor het 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 2014, zoals zorgverzekeraars dat hebben aangeleverd op 1 juni 2015.
3. Wanneer een verzekerde gedurende een bepaalde periode in 2014 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 van achttien jaar en ouder voor het criterium leeftijd en geslacht per zorgverzekeraar op:
 - a. het PKB 2014, zoals zorgverzekeraars dat op 1 juni 2014 bij het college hebben aangeleverd. De peildatum van de opgave is 1 mei 2014;
 - b. het VPPKB 2014 indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2014.



5. 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 2014;
 - b. de leeftijd in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2014, op het VPPKB 2014;
 - c. de zelfstandigen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst naar inkomensbron over 2014, met peildatum 30 juni 2014;
 - d. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron over 2014, met peildatum 30 juni 2014;
 - e. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep indien de opgave van het UWV betreffende een gemeente onvoldoende gegevens bevat, op gegevens over 2013, met peildatum 30 juni 2013, 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;
 - f. de studenten, op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 oktober 2014.
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.
7. 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 2014 uit bijlage 11 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 23 september 2013 met kenmerk 150659-110091-Z;
 - b. de viercijferige postcode, op het PKB 2014;
 - c. de viercijferige postcode indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2014, op het VPPKB 2014.
8. 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 2014 uit bijlage 6 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 23 september 2013 met kenmerk 150659-110091-Z;
 - b. de opgave per 1 juni 2014 van declaraties farmaceutische hulp 2013 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het college.
9. 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.
10. Het college hanteert een drempel van meer dan 180 standaarddagdoseringen. Beneden deze drempel deelt het college een verzekerde niet in bij FKG GGZ.
11. In afwijking van het bepaalde in het elfde lid hanteert het college voor de FKG psychose depot een drempel van één receptregel waarbij de FKG psychose depot wordt gedefinieerd door een ATC-code van de FKG psychose en een ZI-artikelnnummer met een DDD-factor van ten minste 3.500. Beneden deze drempel deelt het college een verzekerde niet in bij FKG psychose depot.
12. In afwijking van het bepaalde in het elfde lid hanteert het college voor de FKG bipolair complex een drempel van meer dan 180 standaarddagdoseringen voor de FKG bipolair en ten minste één voorschrift van de indicator bipolair complex. Beneden deze drempel deelt het college een verzekerde niet in bij FKG bipolair complex.
13. Het college koppelt de opgave bedoeld in het achtste lid, onderdeel b met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2014 en bepaalt op basis hiervan en met behulp van de drempels bedoeld in het tiende, elfde en twaalfde lid in welke FKG GGZ klassen 1 tot en met 7 de verzekerde wordt ingedeeld.
14. Bij samenloop van FKG's GGZ deelt het college de verzekerde bij alle toepasselijke FKG's GGZ in met inachtneming van de volgende uitzonderingen:
 - a. Indien een verzekerde is ingedeeld bij FKG GGZ psychose depot, deelt het college deze verzekerde niet in bij FKG GGZ psychose;
 - b. Indien een verzekerde is ingedeeld bij FKG GGZ bipolair complex, deelt het college deze verzekerde niet in bij FKG GGZ bipolair regulier.



15. Als een verzekerde niet in een FKG GGZ klasse 1 tot en met 7 valt, deelt het college deze verzekerde in bij FKG GGZ klasse 'Geen FKG GGZ psychische aandoeningen'.
16. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium DKG's GGZ per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in DKG's GGZ uit bijlage 8 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 23 september 2013 met kenmerk 150659-110091-Z;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraar aan het college per 1 juni 2015 van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle dbc's GGZ die in 2013 geopend zijn;
 - c. declaraties met betrekking tot vereveningsjaar 2012 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten GGZ tot en met 31 december 2014, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2015 bij het college hebben aangeleverd.
17. Het college bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer tussen de opgave, bedoeld in het zestiende lid, onderdeel b en het VPPKB per verzekerde in welke DKG GGZ klasse 1 tot en met 5 de verzekerde valt en betreft daarbij de opgave bedoeld in het vorige lid onderdeel c.
18. Als een verzekerde niet in een DKG GGZ klasse 1 tot en met 5 is ingedeeld, deelt het college deze verzekerde in bij DKG GGZ klasse 0.
19. 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 2014;
 - b. de leeftijd in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2014, op het VPPKB 2014;
 - c. het inkomen, op de gepseudonimiseerde opgave van de Belastingdienst over 2013;
 - d. het inkomen in het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave over 2013, op de opgave over 2012 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in de opgave over 2012, op de opgave over 2011;
 - e. de adresgegevens op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst over 2014;
 - f. de adresgegevens in het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave van de Belastingdienst over 2014, op het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2014 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB 2014, op het VPPKB 2014.
20. 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 2014;
 - b. de adresgegevens in het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave van de Belastingdienst, op gepseudonimiseerde adres in het PKB 2014 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB 2014, op het VPPKB 2014.
21. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder voor het criterium GGZ-kosten lage drempel per zorgverzekeraar op declaraties 2013 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten GGZ, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2015 bij het college hebben aangeleverd.
22. 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.
23. Als een verzekerde niet in de GGZ-kosten lage drempelklasse 1 valt, deelt het college deze verzekerde in bij GGZ-kosten lage drempelklasse 0.
24. Het college deelt verzekerden van achttien jaar en ouder zonder burgerservicenummer en verzekerden zonder geverifieerd burgerservicenummer uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht en regio.
25. Het college deelt verzekerden woonachtig in het buitenland van achttien jaar en ouder uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht, FKG GGZ, DKG GGZ, aard van het inkomen en GGZ-kosten lage drempelklasse. Overeenkomstig artikel 7 van de Regeling risicoverevening 2014 deelt het college alle verzekerden woonachtig in het buitenland voor het criterium FKG GGZ in in de klasse 'Geen FKG GGZ psychische aandoeningen' en voor het criterium DKG GGZ in de klasse 'DKG GGZ 0'.



Artikel 17 Bepaling van de verzekerdenaantallen 2014 voor de normatieve eigen risico opbrengst

1. Het college bepaalt de verzekerdenaantallen 2014 voor de normatieve eigen risico opbrengst per criterium met inachtneming van het bepaalde in dit artikel.
2. Het college baseert zich bij de bepaling van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar op het VPPKB 2014, zoals zorgverzekeraars dat op 1 juni 2015 bij het college hebben aangeleverd.
3. Wanneer een verzekerde gedurende een bepaalde periode in 2014 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 achttien jaar en ouder die ingedeeld zijn in een FKG 1 tot en met 23, ingedeeld zijn in een DKG 1 tot en met 15, of ingedeeld zijn in een MHK 1 tot en met 6, per zorgverzekeraar met inachtneming van artikel 15, dertiende, zestiende en eenentwintigste lid.
5. Het college bepaalt het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 'Geen FKG', als in de DKG klasse '0' en in de MHK klasse 'Geen MHK' valt per zorgverzekeraar met inachtneming van artikel 15, dertiende respectievelijk zestiende en eenentwintigste lid.
6. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 'Geen FKG', als in de DKG klasse '0' en in de MHK klasse 'Geen MHK' is ingedeeld voor het criterium leeftijd en geslacht per zorgverzekeraar op:
 - a. het PKB 2014, zoals zorgverzekeraars dat op 1 juni 2014 bij het college hebben aangeleverd. De peildatum van de opgave is 1 mei 2014;
 - b. het VPPKB 2014 indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2014.
7. Het college baseert zich voor het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 'Geen FKG', als in de DKG klasse '0' en in de MHK klasse 'Geen MHK' is ingedeeld voor het criterium aard van het inkomen per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de leeftijd, op het PKB 2014;
 - b. de leeftijd in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2014, op het VPPKB 2014;
 - c. de zelfstandigen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst naar inkomensbron over 2014, met peildatum 30 juni 2014;
 - d. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron over 2014, met peildatum 30 juni 2014;
 - e. de arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en de referentiegroep indien de opgave van het UWV betreffende een gemeente onvoldoende gegevens bevat, op gegevens over 2013, met peildatum 30 juni 2013, 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;
 - f. de studenten, op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 oktober 2014.
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 achttien jaar en ouder dat zowel in de FKG klasse 'Geen FKG', als in de DKG klasse '0' en in de MHK klasse 'Geen MHK' valt voor het criterium regio per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de indeling, op de regioclusters somatisch naar viercijferige postcode voor 2014 uit bijlage 10 bij de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 23 september 2013 met kenmerk 150659-110091-Z;
 - b. de viercijferige postcode, op het PKB 2014;
 - c. de viercijferige postcode in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2014, op het VPPKB 2014.
10. 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 regio.
11. 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 De voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2014

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2014 per 1 mei 2015 en met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 14 van de Regeling risicoverevening 2014 bepaalt het college de variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2014 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Het college herberekent het gewicht variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde voor de DKG klasse '0' door het totaal aantal verzekerden per DKG klasse 1 tot en met 15 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden DKG klasse '0', dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
3. Het college herberekent het gewicht variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde voor de HKG klasse 'Geen HKG' door het totaal aantal verzekerden per HKG klasse 1 tot en met 4 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden HKG klasse 'Geen HKG', dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
4. Het college herberekent het gewicht variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde voor de MHK klasse 'Geen MHK' door het totaal aantal verzekerden per MHK klasse 1 tot en met 6 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden MHK klasse 'Geen MHK', dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
5. Het college herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 15 bepaalde verzekerden-aantallen het normatieve bedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2014 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de verzekerden 2014 van alle zorgverzekeraars overeenkomstig artikel 7.
6. Het college berekent de schalingsfactor voor variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2014 door de variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2014 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald in het eerste lid, te delen door het in het derde lid herberekende normatieve bedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2014 voor het totaal van de verzekerden 2014 van alle zorgverzekeraars.
7. Het college vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2014 uit het vijfde lid met de schalingsfactor berekend in het zesde lid.
8. Het college berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen de uitkomst van de vermenigvuldiging uit het zevende lid en het herberekende normatieve bedrag uit het vijfde 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.
9. Het college vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat van het achtste 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.
10. Het college vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar berekend in het zevende lid met het product voor die zorgverzekeraar berekend in het negende lid. Het resultaat wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2014.
11. Voor de toepassing van artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering bepaalt het college per zorgverzekeraar het verschil tussen het voorlopige herberekende deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2014 en de variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2014 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 19 De voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2014

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2014 per 1 mei 2015 en met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 15 van de Regeling risicoverevening 2014 bepaalt het college de vaste zorgkosten 2014 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk.



2. Het college herberekent het voorlopig deelbedrag vaste zorgkosten 2014 per zorgverzekeraar als volgt:
 - a. De som van de vaste kosten van ziekenhuisverpleging 2013 en de kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar 2013 wordt per zorgverzekeraar gedeeld door het aantal verzekerden 2013. Het resultaat is het bedrag vaste kosten per verzekerde 2013;
 - b. Het in onderdeel a berekende bedrag wordt vermenigvuldigd met het totaal aantal verzekerden 2014 per zorgverzekeraar, vastgesteld met toepassing van artikel 15, lid 25. Het resultaat is het deelbedrag vaste zorgkosten 2014.
3. Het college calculeert per zorgverzekeraar 100 procent na op het verschil tussen de vaste zorgkosten 2014, verkregen in het eerste lid, en het deelbedrag vaste zorgkosten, verkregen in het tweede lid.
4. De som van het resultaat van het tweede en het derde lid wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag vaste zorgkosten 2014.

Artikel 20 De voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2014

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2014 per 1 mei 2015 en met inachtneming van de artikelen 12 en 13 van de Regeling risicoverevening 2014, bepaalt het college de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2014 voor verzekerden van achttien jaar en ouder voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Het college herberekent het gewicht kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder per verzekerde voor de risicoklasse DKG GGZ 0 2014 door het totaal aantal verzekerden per DKG GGZ 1 tot en met 5 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden DKG GGZ 0 2014, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
3. Het college herberekent het gewicht kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder per verzekerde voor de risicoklasse GGZ kosten lage drempelklasse 'Niet' 2014 en voor de risicoklasse GGZ kosten lage drempel 'Wel en DKG psychische aandoeningen is niet '0'' door het totaal aantal verzekerden per GGZ kosten lage drempelklasse 'Wel en DKG psychische aandoeningen is '0'' te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en het resultaat vervolgens te delen door de som van het aantal verzekerden GGZ kosten lage drempelklasse 'Niet' en het aantal verzekerden GGZ kosten lage drempelklasse 'Wel en DKG psychische aandoeningen is niet '0'' 2014, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
4. Het college herberekent met inachtneming van het op grond van artikel 16 bepaalde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2014 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar en ouder 2014 van alle zorgverzekeraars overeenkomstig artikel 9.
5. Het college berekent de schalingsfactor voor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2014 voor verzekerden van achttien jaar en ouder 2014 door de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2014 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald in het eerste lid, te delen door het in het vierde lid herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2014 voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar en ouder 2014 van alle zorgverzekeraars.
6. Het college vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige gezondheidszorg 2014 uit het vierde lid met de schalingsfactor berekend in het vijfde lid.
7. Het college berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen de uitkomst van de vermenigvuldiging uit het zesde lid en het herberekende normatieve bedrag uit het vierde lid en deelt dit verschil door het totaal aantal bij alle zorgverzekeraars ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.
8. Het college vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat van het zevende lid met het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven.



9. Het college vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar berekend in het zesde lid met het product voor die zorgverzekeraar berekend in het achtste lid. Het resultaat wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2014.
10. Voor de toepassing van artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering bepaalt het college per zorgverzekeraar het verschil tussen het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder 2014 en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder 2014 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 kosten van overige prestaties 2014

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2014 per 1 mei 2015 en met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 17 van de Regeling risicoverevening 2014, bepaalt het college de kosten van overige prestaties 2014 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Het college herberekent het gewicht kosten van overige prestaties per verzekerde voor de DKG klasse '0' door het totaal aantal verzekerden per DKG klasse 1 tot en met 15 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden DKG klasse '0', dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
3. Het college herberekent het gewicht kosten van overige prestaties per verzekerde voor de HKG klasse 'Geen HKG' door het totaal aantal verzekerden per HKG klasse 1 tot en met 4 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden HKG klasse 'Geen HKG', dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
4. Het college herberekent het gewicht kosten van overige prestaties per verzekerde voor de MHK klasse 'Geen MHK' door het totaal aantal verzekerden per MHK klasse 1 tot en met 6 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden MHK klasse 'Geen MHK', dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
5. Het college herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 15 berekende verzekerdenaantallen het normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2014 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de verzekerden 2014 van alle zorgverzekeraars overeenkomstig artikel 10.
6. Het college berekent de schalingsfactor voor kosten van overige prestaties 2014 door de kosten van overige prestaties 2014 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald in het eerste lid, te delen door het in het vijfde lid herberekende normatieve bedrag kosten van overige prestaties voor het totaal van de verzekerden 2014 van alle zorgverzekeraars.
7. Het college vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2014 uit het vijfde lid met de schalingsfactor berekend in het zesde lid.
8. Het college berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen de uitkomst van de vermenigvuldiging uit het zevende lid en het herberekende normatieve bedrag uit het vijfde 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.
9. Het college vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat van het achtste 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.
10. Het college vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar berekend in het zevende lid met het product voor die zorgverzekeraar berekend in het negende lid. Het resultaat wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties 2014.

Artikel 22 De voorlopige herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico 2014

1. Uitgangspunt voor de herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico zijn de



opgaven, bedoeld in artikel 17, tweede lid, van de verzekerdenaantallen van de zorgverzekeraar.

2. Het college herberekent overeenkomstig artikel 11 de normatieve eigen risico opbrengst 2014 op basis van de verzekerdenaantallen 2014 van achttien jaar en ouder zoals bepaald in artikel 17.
3. In afwijking van het tweede lid bepaalt het college de gedeerde inkomsten voor verzekerden van achttien jaar en ouder voor wie op grond van artikel 24 van de wet geen nominale premies worden ontvangen, op basis van de opgave jaarstaat 2014 per 1 mei 2015.

Artikel 23 De voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2014 en de voorlopige herberekening en voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage 2014

1. Het college herberekent het normatieve bedrag 2014 voorlopig als de som van het voorlopige herberekende deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2014, het voorlopige herberekende deelbedrag vaste zorgkosten 2014, het voorlopig herberekende deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2014 en het voorlopig herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties 2014.
2. Voor de toepassing van artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering:
 - a. betreft het college het bedrag berekend in artikel 18, elfde lid;
 - b. berekent het college het gemiddelde marktresultaat voor het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg. Het college berekent het gemiddelde marktresultaat door voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen het herberekende normatieve bedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg bedoeld in artikel 18, vierde lid en de variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2014 bedoeld in artikel 18, eerste lid te delen door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is;
 - c. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat groter is dan EUR 40,00 per verzekerde van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan trekt het college 90 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2014;
 - d. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat kleiner is dan EUR -40,00 per verzekerde van achttien 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 2014.
3. Voor de toepassing van artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering:
 - a. betreft het college het bedrag berekend in artikel 20, tiende lid;
 - b. berekent het college het gemiddelde marktresultaat voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Het college berekent het gemiddeld marktresultaat door voor totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2014, bedoeld in artikel 20, vierde lid en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2014 voor verzekerden van achttien jaar en ouder 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;
 - c. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat groter is dan EUR 12,50 per verzekerde van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan trekt het college 90 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2014;
 - d. indien het in onderdeel a bepaalde bedrag kleiner is dan EUR -12,50 per verzekerde van achttien 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 2014.
4. Het college bepaalt de opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de verzekerden van achttien jaar en ouder 2014 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2014.
5. Het college vermindert het resultaat van het vierde lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in de opgave jaarstaat 2014 per 1 mei 2015 als gedeerde inkomsten voor verzekerden van achttien jaar en ouder waarvoor als gevolg van de toepasselijkheid van artikel 24 van de wet 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 achttien jaar door het aantal verzekerden jonger dan achttien jaar 2014 te vermenigvuldigen met EUR 50.



7. Het college herberekent de vereveningsbijdrage 2014 voorlopig door de som van het herberekende normatieve bedrag 2014 bedoeld in het eerste lid, met toepassing van het tweede en derde lid en de aanvulling voor uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien 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 2014 in september 2015 voorlopig vast ter hoogte van de in het vorige lid berekende bijdrage.

HOOFDSTUK IV DE TWEDE VOORLOPIGE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE 2014 VOOR EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 24 Algemene bepaling

Het college herberekent het normatieve bedrag voor de tweede keer voorlopig met inachtneming van de opgave hogekostencompensatie 2014, de kosten 2014 uit de opgave jaarstaat 2016 per 1 mei 2017, de opbrengstresultaten 2014 en de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast.

Artikel 25 Bepaling van de verzekerdenaantallen 2014

1. Het college betreft de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast over 2014 bij de verzekerdenaantallen zoals berekend op grond van de artikelen 15, 16 en 17.
2. Voor het criterium SES betreft het college voor het inkomen de opgave van de Belastingdienst over 2014 bij de verzekerdenaantallen. Indien een verzekerde niet is opgenomen in de opgave over 2014, maakt het college gebruik van de opgave over 2013.
3. Voor het criterium MHK betreft het college bij de verzekerdenaantallen de declaraties 2013 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de deelbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp en de kosten van overige prestaties tot en met 31 december 2015, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2016 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 2013 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten GGZ tot en met 31 december 2015, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2016 bij het college hebben aangeleverd.

Artikel 26 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2014

1. Het college bepaalt met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 14 van de Regeling risicoverevening 2014, de variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2014 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Het college herberekent het gewicht variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde voor de DKG klasse '0' door het totaal aantal verzekerden per DKG klasse 1 tot en met 15 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden DKG klasse '0', dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
3. Het college herberekent het gewicht variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde voor de HKG klasse 'Geen HKG' door het totaal aantal verzekerden per HKG klasse 1 tot en met 4 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden HKG klasse 'Geen HKG', dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
4. Het college herberekent het gewicht variabele kosten van medisch-specialistische zorg per verzekerde voor de MHK klasse 'Geen MHK' door het totaal aantal verzekerden per MHK klasse 1 tot en met 6 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden MHK klasse 'Geen MHK', dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
5. Het college herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 25 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2014 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de verzekerden 2014 van alle zorgverzekeraars overeenkomstig artikel 7.



6. Het college berekent de schalingsfactor voor variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2014 door de variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2014 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald in het eerste lid, te delen door het in het vijfde lid herberekende normatieve bedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2014 voor het totaal van de verzekerden 2014 van alle zorgverzekeraars.
7. Het college vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2014 uit het vijfde lid met de schalingsfactor berekend in het zesde lid.
8. Het college berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen de uitkomst van de vermenigvuldiging uit het zevende lid en het herberekende normatieve bedrag uit het vijfde 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.
9. Het college vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat van het achtste 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.
10. Het college vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar berekend in het zevende lid met het product voor die zorgverzekeraar berekend in het negende lid. Het resultaat wordt aangeduid als het tweede voorlopige herberekende deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2014.
11. Voor de toepassing van artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering bepaalt het college per zorgverzekeraar het verschil tussen het tweede voorlopige herberekende deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2014 en de variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2014 en deelt dit verschil door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven.

Artikel 27 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2014

Het college herberekent voor de tweede keer voorlopig het deelbedrag vaste zorgkosten 2014 overeenkomstig artikel 19, met inachtneming van artikel 24 en 25.

Artikel 28 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2014

1. Het college hanteert als uitgangspunten voor de verzekerden van achttien jaar en ouder:
 - a. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per klasse 2014 naar leeftijd en geslacht, zoals vermeld in bijlage 29 van deze beleidsregels;
 - b. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per FKG GGZ klasse 2014, zoals vermeld in bijlage 30 van deze beleidsregels;
 - c. voor verzekerden woonachtig in het buitenland 50% van het normgewicht voor de FKG GGZ klasse 'Geen FKG GGZ psychische aandoeningen';
 - d. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per DKG GGZ klasse 2014, zoals vermeld in bijlage 31 van deze beleidsregels;
 - e. voor verzekerden woonachtig in het buitenland 0% van het normgewicht voor de DKG GGZ klasse 0;
 - f. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per aard van het inkomenklasse 2014, zoals vermeld in bijlage 32 van deze beleidsregels;
 - g. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per GGZ regioklasse 2014, zoals vermeld in bijlage 33 van deze beleidsregels;
 - h. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per SES klasse 2014, genoemd in bijlage 34 van deze beleidsregels;
 - i. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per éénpersoonsadresklasse 2014, genoemd in bijlage 35 van deze beleidsregels;
 - j. de gewichten kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per GGZ-kosten lage drempelklasse 2014, genoemd in bijlage 36 van deze beleidsregels.
2. Het college bepaalt met inachtneming van de artikelen 12 en 13 van de Regeling risicoverevening 2014, de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2014 voor verzekerden van achttien jaar en ouder voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
3. Het college herberekent het gewicht kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien



jaar en ouder per verzekerde voor de klasse DKG GGZ 0 2014 door het totaal aantal verzekerden per DKG GGZ 1 tot en met 5 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden DKG GGZ 0 2014, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.

4. Het college herberekent het gewicht kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder per verzekerde voor de risicoklasse GGZ kosten lage drempelklasse 'Niet' 2014 en voor de risicoklasse GGZ kosten lage drempel 'Wel en DKG psychische aandoeningen is niet '0'' door het totaal aantal verzekerden per GGZ kosten lage drempelklasse 'Wel en DKG psychische aandoeningen is '0'' te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en het resultaat vervolgens te delen door de som van het aantal verzekerden GGZ kosten lage drempelklasse 'Niet' en het aantal verzekerden GGZ kosten lage drempelklasse 'Wel en DKG psychische aandoeningen is niet '0'' 2014, dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
5. Het college herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 25 bepaalde verzekerden-aantallen het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2014 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar en ouder 2014 van alle zorgverzekeraars overeenkomstig artikel 9.
6. Het college berekent de schalingsfactor voor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2014 voor verzekerden van achttien jaar en ouder 2014 door de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2014 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald in het tweede lid, te delen door het in het vijfde lid herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2014 voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar en ouder 2014 van alle zorgverzekeraars.
7. 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 achttien jaar en ouder uit het vijfde lid met de schalingsfactor berekend in het zesde lid.
8. Het college berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen de uitkomst van de vermenigvuldiging uit het zevende lid en het herberekende normatieve bedrag uit het vijfde 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.
9. Het college vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat van het achtste 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.
10. Het college vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar berekend in het zevende lid met het product voor die zorgverzekeraar berekend in het negende lid.
11. Het college past een hogekostencompensatie toe overeenkomstig artikel 16 van de Regeling risicoverevening 2014 en verrekent dit met de uitkomst van het tiende lid. Het resultaat wordt aangeduid als het tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2014.
12. Voor de toepassing van artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering bepaalt het college per zorgverzekeraar het verschil tussen het tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder 2014 en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder 2014 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 kosten van overige prestaties 2014

1. Het college bepaalt met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 17 van de Regeling risicoverevening 2014, de kosten van overige prestaties 2014 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Het college herberekent het gewicht kosten van overige prestaties per verzekerde voor de DKG klasse '0' door het totaal aantal verzekerden per DKG klasse 1 tot en met 15 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal



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

3. Het college herberekent het gewicht kosten van overige prestaties per verzekerde voor de HKG klasse 'Geen HKG' door het totaal aantal verzekerden per HKG klasse 1 tot en met 4 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden HKG klasse 'Geen HKG', dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
4. Het college herberekent het gewicht kosten van overige prestaties per verzekerde voor de MHK klasse 'Geen MHK' door het totaal aantal verzekerden per MHK klasse 1 tot en met 6 te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden MHK klasse 'Geen MHK', dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
5. Het college herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 25 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2014 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de verzekerden 2014 van alle zorgverzekeraars overeenkomstig artikel 10.
6. Het college berekent de schalingsfactor voor kosten van overige prestaties 2014 door de kosten van overige prestaties 2014 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald in het eerste lid, te delen door het in het vijfde lid herberekende normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2014 voor het totaal van de verzekerden 2014 van alle zorgverzekeraars.
7. Het college vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag kosten van overige prestaties 2014 uit het vijfde lid met de schalingsfactor berekend in het zesde lid.
8. Het college berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen de uitkomst van de vermenigvuldiging uit het zevende lid en het herberekende normatieve bedrag uit het vijfde 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.
9. Het college vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat van het achtste 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.
10. Het college vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar berekend in het zevende lid met het product voor die zorgverzekeraar berekend in het negende lid. Het resultaat wordt aangeduid als het tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van overige prestaties 2014.

Artikel 30 De tweede voorlopige herberekening van de normatieve eigen risico opbrengst 2014

Het college herberekent voor de tweede keer voorlopig de normatieve eigen risico opbrengst 2014 overeenkomstig artikel 11, met inachtneming van artikel 22 en artikel 25.

Artikel 31 De tweede voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2014 en de tweede voorlopige herberekening en de vaststelling van de vereveningsbijdrage 2014

1. Het college herberekent het normatieve bedrag 2014 voor de tweede keer voorlopig als de som van het tweede voorlopige deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2014, het tweede voorlopige deelbedrag vaste zorgkosten 2014, het tweede voorlopige deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2014 en het tweede voorlopige deelbedrag kosten van overige prestaties 2014.
2. Voor de toepassing van artikel 3.17, eerste lid van het Besluit zorgverzekering:
 - a. betreft het college het bedrag berekend in artikel 26, elfde lid;
 - b. berekent het college het gemiddelde marktresultaat voor het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg. Het college berekent het gemiddelde marktresultaat door voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen het herberekende normatieve bedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg bedoeld in artikel 26, vierde lid en de variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2014 bedoeld in artikel 26, eerste lid te delen door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is;



- c. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat groter is dan EUR 40,00 per verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan trekt het college 90 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2014;
 - d. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat kleiner is dan EUR –40,00 per verzekerde van achttien 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 2014.
3. Voor de toepassing van artikel 3.17, tweede lid van het Besluit zorgverzekering:
 - a. betreft het college de uitkomst van artikel 28, twaalfde lid;
 - b. berekent het college het gemiddelde marktresultaat voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien 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 2014 voor verzekerden van achttien jaar en ouder, bedoeld in artikel 28, achtste lid en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2014 voor verzekerden van achttien jaar en ouder bedoeld in artikel 28, vijfde lid te delen door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is;
 - c. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat groter is dan EUR 12,50 per verzekerde van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan trekt het college 90 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2014;
 - d. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat kleiner is dan EUR –12,50 per verzekerde van achttien 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 2014.
 4. Het college bepaalt de tweede voorlopige opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de verzekerden van achttien jaar en ouder per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2014.
 5. Het college vermindert het resultaat van het vierde lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in zijn jaarstaat 2014 per 1 mei 2015 als gedeerde inkomsten voor verzekerden van achttien jaar en ouder waarvoor als gevolg van de toepasselijkheid van artikel 24 van de wet 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 achttien jaar door het aantal verzekerden jonger dan achttien jaar te vermenigvuldigen met EUR 50.
 7. Het college berekent de vereveningsbijdrage 2014 voor de tweede keer voorlopig door de som van het tweede voorlopige normatieve bedrag 2014 bedoeld in het eerste lid, met toepassing van het tweede lid en de aanvulling voor uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar als bedoeld in artikel 23, zesde lid, te verminderen met de tweede voorlopige normatieve eigen risico opbrengst bedoeld in artikel 30, en de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in artikel 23, vijfde lid.
 8. Het college stelt de vereveningsbijdrage 2014 voor de tweede keer voorlopig vast in september 2017 ter hoogte van de in het vorige lid berekende bijdrage.

HOOFDSTUK V DE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE 2014 VOOR EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 32 Algemene bepaling

Het college herberekent de vereveningsbijdrage definitief met inachtneming van de correcties die voortkomen uit de reviewrapportages die de Nederlandse Zorgautoriteit uitbrengt over de declaraties 2013 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer en kosten 2014 uit de jaarstaat 2016.

Artikel 33 De definitieve herberekening van het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2014

Het college herberekent definitief het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg 2014 overeenkomstig artikel 26, met inachtneming van artikel 32.



Artikel 34 De definitieve herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2014

Het college herberekent definitief het deelbedrag vaste zorgkosten 2014 overeenkomstig artikel 27, met inachtneming van artikel 32.

Artikel 35 De definitieve herberekening van het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2014

Het college herberekent definitief het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2014 overeenkomstig artikel 28, met inachtneming van artikel 32.

Artikel 36 De definitieve herberekening van het deelbedrag kosten van overige prestaties 2014

Het college herberekent definitief het deelbedrag kosten van overige prestaties 2014 overeenkomstig artikel 29, met inachtneming van artikel 32.

Artikel 37 De definitieve herberekening van de normatieve eigen risico opbrengst 2014

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

Artikel 38 De definitieve herberekening van het normatieve bedrag 2014 en de definitieve herberekening en de vaststelling van de bijdrage 2014

1. Het college herberekent definitief het normatieve bedrag 2014 overeenkomstig artikel 31, met inachtneming van artikel 32.
2. Het college stelt de bijdrage 2014 vast in april 2018 ter hoogte van de in het vorige lid definitief berekende bijdrage.

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

Artikel 39

1. Bij gelegenheid van de vaststelling van de bijdrage 2014, bedoeld in artikel 38, stelt het college per zorgverzekeraar ook de uitkering 2014 vast voor de kosten die op grond van de wet naar het werkelijke bedrag door het college worden vergoed.
2. In afwachting van de vaststelling van de uitkering 2014 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 2014, bedoeld in artikel 23, ook de voorlopige uitkering 2014 voor de kosten die op grond van de wet naar het werkelijke bedrag door het college worden vergoed, vast.
3. In afwachting van de vaststelling van de uitkering 2014 voor de kosten die op grond van de wet naar het werkelijke bedrag door het college worden vergoed, stelt het college bij de tweede voorlopige vaststelling van de bijdrage 2014, bedoeld in artikel 31, ook de tweede voorlopige uitkering 2014 voor de kosten die op grond van de wet naar het werkelijke bedrag door het college worden vergoed, vast.

HOOFDSTUK VII DE BETALINGEN AAN DE ZORGVERZEKERAARS

Artikel 40

1. Het college betaalt de zorgverzekeraars de vereveningsbijdrage, bedoeld in artikel 12, vierde lid, uit. Het college maakt bij de betaling onderscheid naar de volgende bestanddelen:
 - a. het deel van het normatieve bedrag 2014 dat betrekking heeft op het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg en het deelbedrag vaste zorgkosten 2014;
 - b. het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2014;
 - c. het deelbedrag overige prestaties 2014;
 - d. een aftrekpost voor de geraamde normatieve eigen risico opbrengst 2014;
 - e. een aftrekpost voor de geraamde opbrengst van de nominale rekenpremie 2014.
2. Het college betaalt de zorgverzekeraars de uitkering in verband met uitvoeringskosten van



verzekerden jonger dan achttien jaar, bedoeld in artikel 12, vijfde lid, gelijktijdig met de betaling genoemd in het eerste lid uit.

3. Voor de betaling van de kosten, die op grond van de wet naar werkelijke kosten worden vergoed, kan het college ambtshalve een bedrag vaststellen, waarmee de betaling aan de zorgverzekeraars wordt verhoogd.
4. Indien toepassing van onderscheidenlijk het eerste en het tweede lid resulteert in een negatief saldo voor de zorgverzekeraar, schort het college de betalingen aan de zorgverzekeraar op, tot het negatieve saldo is verrekend.

Artikel 41 Betaling

1. Het college bepaalt de som van de bestanddelen genoemd in artikel 40, eerste lid, onder a tot en met c en de uitkering genoemd in artikel 40, tweede lid.
2. Het college deelt het resultaat van artikel 12, zesde lid, door het resultaat van het eerste lid.
3. Het college vermenigvuldigt ieder van de bestanddelen genoemd in artikel 40, eerste lid, onder a tot en met c en de uitkering bedoeld in artikel 40, tweede lid, met het percentage dat het resultaat is van het tweede lid.
4. De resultaten van het derde lid worden respectievelijk genoemd als volgt:
 - a. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg en het deelbedrag vaste zorgkosten 2014;
 - b. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2014;
 - c. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag overige prestaties 2014;
 - d. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op de uitkering in verband met de uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar.
5. Het college betaalt de netto te betalen bedragen, bedoeld in het vierde lid, onder a tot en met d, in termijnen op de eerste werkdag van de maand, overeenkomstig onderstaand betalingschema:

Betalingschema

Betaalmoment	Bestanddelen betalingen			
	Artikel 41 vierde lid, onder a	Artikel 41 vierde lid, onder b	Artikel 41 vierde lid, onder c	Artikel 41 vierde lid, onder d
januari 2014		0,5200%		
februari 2014	0,9195%	2,0800%		8,3333%
maart 2014	2,6437%	4,1700%	8,3333%	8,3333%
april 2014	4,3678%	6,2500%	8,3334%	8,3334%
mei 2014	6,0920%	7,8100%	8,3333%	8,3333%
juni 2014	7,6435%	8,3400%	8,3333%	8,3333%
juli 2014	8,3333%	8,3300%	8,3334%	8,3334%
augustus 2014	8,3333%	8,3300%	8,3333%	8,3333%
september 2014	8,3333%	8,3400%	8,3333%	8,3333%
oktober 2014	8,3333%	8,3300%	8,3334%	8,3334%
november 2014	8,3333%	8,3300%	8,3333%	8,3333%
december 2014	8,3333%	8,3400%	8,3333%	8,3333%
januari 2015	8,3333%	7,8100%	8,3334%	8,3334%
februari 2015	7,4139%	6,2500%	8,3333%	
maart 2015	5,6897%	4,1700%		
april 2015	3,9656%	2,0800%		
mei 2015	2,2414%	0,5200%		
juni 2015	0,6898%			

6. Voor een zorgverzekeraar die zich op grond van artikel 25 van de wet 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 vereveningsbij-



drage meer dan 5 procent hoger zal zijn dan bij de laatst toegekende of voorlopig vastgestelde vereveningsbijdrage, afwijken van de vorige leden en de betalingen aan een zorgverzekeraar aanpassen.

Artikel 42

1. Bij de herberekening en herziening van de toegekende vereveningsbijdrage 2014 op grond van artikel 14 herziet het college de te betalen termijnen overeenkomstig artikel 41 voor de eerste keer. Het college verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de eerste keer herziene termijnen.
2. Bij gelegenheid van de eerste voorlopige vaststelling van de bijdrage, op grond van hoofdstuk III, herziet het college voor de tweede keer de te betalen termijnen overeenkomstig artikel 41. Het college verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de tweede keer herziene termijnen.
3. Bij gelegenheid van de tweede voorlopige vaststelling van de bijdrage, op grond van hoofdstuk IV, herziet het college de te betalen termijnen voor de derde keer overeenkomstig artikel 41. Het college verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de derde maal herziene termijnen.
4. Bij gelegenheid van de definitieve vaststelling van de bijdrage, op grond van hoofdstuk V, stelt het college de te betalen termijnen definitief vast overeenkomstig artikel 41. Het college verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de definitief te betalen termijnen.
5. Indien toepassing van onderscheidenlijk het eerste, tweede, derde en vierde lid, resulteert in een positief saldo voor de zorgverzekeraar, betaalt het college dat saldo ineens aan de zorgverzekeraar, behoudens een eventuele verrekening met een vordering op de zorgverzekeraar uit hoofde van de wet 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 wet dan wel de AWBZ.

Artikel 43

1. De zorgverzekeraar en het college zijn over en weer rente verschuldigd en hebben over en weer aanspraak op rente over de verschillen, bedoeld in artikel 42.
2. De rente, bedoeld in het eerste lid, wordt bij de eerste voorlopige, tweede voorlopige en de definitieve vaststelling van de uitkering door het college verwerkt en zo mogelijk verrekend met andere betalingen die uit deze vaststellingen voortvloeien.

Artikel 44

1. Bij de verrekening van verschillen, bedoeld in artikel 42, tweede, derde en vierde lid, berekent het college rente over het verschil vanaf de datum waarop het verschil is ontstaan tot de datum waarop de verschillen worden verrekend.
2. Bij de verrekening van de verschillen, bedoeld in artikel 42, tweede lid, berekent het college rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 41 en artikel 42, eerste en tweede lid tot de datum van de voorlopige vaststelling van de bijdrage.
3. Bij de verrekening van de verschillen, bedoeld in artikel 42, derde lid, berekent het college rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 41 en artikel 42, eerste, tweede en derde lid tot de datum van de tweede voorlopige vaststelling van de bijdrage.
4. Bij de verrekening van de verschillen, bedoeld in artikel 42, vierde lid, berekent het college rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 41 en artikel 42 eerste, tweede, derde en vierde lid tot de datum van de definitieve vaststelling van de bijdrage.
5. Voor een zorgverzekeraar waarvoor krachtens artikel 41, zesde en zevende lid, afwijkende betalingen hebben plaatsgevonden, kan het college bij de renteberekening afwijken van de vorige leden.



6. Het college deelt het bedrag dat de zorgverzekeraar heeft terugbetaald op grond van artikel 42, zesde lid, voor de renteberekening naar rato toe aan de eerste dag van de maand waarin is terugbetaald en de eerste dag van de daaropvolgende maand, waarbij het uitgangspunt is de dag van terugbetaling.
7. Voor het rentepercentage gaat het college uit van het gemiddelde van de maandrentes van het Euro Interbank Offered Rate (Euribortarief) voor driemaands termijngelden zonder onderpand over de periodes, bedoeld in het eerste, tweede, derde en vierde lid. Voor de laatste kalendermaand vóór de betaling gaat het college uit van de rente over de voorafgaande kalendermaand.
8. De rente betreft een samengestelde rente en wordt op maandbasis berekend. Bij de berekening wordt een maand op 30 en een jaar op 360 dagen gesteld.
9. Indien de situatie zich voordoet dat het in deze paragraaf bedoelde Euro Interbank Offered Rate (Euribortarief) niet meer kan worden toegepast, zal een zoveel als mogelijk overeenkomstig tarief worden gehanteerd.

HOOFDSTUK VIII SLOTBEPALINGEN

Artikel 45

Deze beleidregels treden in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin zij worden geplaatst en werken terug tot en met 1 oktober 2013.

Artikel 46

Deze beleidsregels worden aangehaald als: Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2014.

Deze beleidsregels worden in de Staatscourant geplaatst.

Voorzitter Raad van Bestuur
A. Moerkamp

Goedgekeurd door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij brief van 3 oktober 2013, kenmerk 155907-111085-Z.



BIJLAGE 1 TOEWIJZING FKG'S DIABETES 2014 OP BASIS VAN FARMACIEGEBRUIK VOOR DIABETES EN HYPERTENSIE

Bron: College voor zorgverzekeringen

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

Toelichting:

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



BIJLAGE 2 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2014

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

klasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
0-jarigen	3.345,71	2.962,75
1 t/m 4 jaar	843,37	727,80
5 t/m 9 jaar	694,89	641,58
10 t/m 14 jaar	657,09	634,71
15 t/m 17 jaar	705,83	737,42
18 t/m 24 jaar	728,96	902,90
25 t/m 29 jaar	698,67	1.157,36
30 t/m 34 jaar	697,10	1.250,98
35 t/m 39 jaar	764,80	1.117,98
40 t/m 44 jaar	824,30	982,71
45 t/m 49 jaar	938,33	1.055,09
50 t/m 54 jaar	1.054,95	1.136,98
55 t/m 59 jaar	1.312,79	1.223,60
60 t/m 64 jaar	1.487,87	1.321,04
65 t/m 69 jaar	1.818,99	1.515,22
70 t/m 74 jaar	2.203,81	1.741,60
75 t/m 79 jaar	2.507,48	1.891,04
80 t/m 84 jaar	2.527,21	1.838,99
85 t/m 89 jaar	2.285,04	1.640,89
90 jaar en ouder	2.013,59	1.360,39



BIJLAGE 3 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2014

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

klasse	FKG 2014	Gewicht in euro's
0	Geen FKG	-71,05
1	Glaucoom	147,69
2	Schildklieraandoeningen	137,51
3	Psychose, Alzheimer en verslaving	-587,95
4	Depressie	111,20
5	Neuropathische pijn	483,22
6	Hoog cholesterol	137,12
7	Diabetes type II zonder hypertensie	108,99
8	COPD / Zware astma	647,08
9	Astma	212,76
10	Diabetes type II met hypertensie	276,10
11	Epilepsie	327,08
12	Ziekte van Crohn / Colitis Ulcerosa	533,10
13	Hartaandoeningen	1.150,15
14	Reuma	445,00
15	Parkinson	-481,60
16	Diabetes type I	225,16
17	Transplantaties	-1.013,83
18	Cystic fibrosis / pancreasenzymen	-8,41
19	Aandoeningen van hersenen / ruggenmerg	-2.645,40
20	Kanker	1.619,26
21	Hormoongevoelige tumoren	-168,10
22	HIV / AIDS	-3.461,19
23	Nieraandoeningen	3.484,96



BIJLAGE 4 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2014

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

DKG klasse	Gewicht in euro's
0	-186,63
1	398,44
2	576,35
3	791,98
4	1.052,63
5	1.312,63
6	2.017,89
7	2.338,78
8	3.527,87
9	3.176,70
10	5.658,76
11	6.369,98
12	6.363,81
13	14.629,34
14	68.420,65
15	61.454,70



BIJLAGE 5 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2014

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

	HKG klasse	Gewicht in euro's
0	Geen HKG	0,15
1	Insuline infuuspompen	-1.184,23
2	Katheters/urine-opvangzakken	195,21
3	Stoma's	56,71
4	Tracheo-stoma's	1.592,17



BIJLAGE 6 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2014

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

Aard van het inkomen klasse		Gewichten in euro's
1. 0 t/m 17 jaar of 65 jaar en ouder		0,00
2. Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	354,92
	35-44 jaar	378,68
	45-54 jaar	371,48
	55-64 jaar	317,82
3. Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	201,76
	35-44 jaar	188,13
	45-54 jaar	252,38
	55-64 jaar	157,15
4. Studenten	18-34 jaar	-177,01
5. Zelfstandigen	18-34 jaar	-67,92
	35-44 jaar	-111,07
	45-54 jaar	-157,58
	55-64 jaar	-172,61
6. Referentiegroep	18-34 jaar	15,59
	35-44 jaar	-21,36
	45-54 jaar	-32,36
	55-64 jaar	-54,40



BIJLAGE 7 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2014

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

Regioklasse	Gewicht in euro's
Klasse 1	75,71
Klasse 2	44,10
Klasse 3	24,30
Klasse 4	-2,02
Klasse 5	-0,52
Klasse 6	1,73
Klasse 7	-18,85
Klasse 8	-37,12
Klasse 9	-37,27
Klasse 10	-46,27



BIJLAGE 8 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2014

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

SES klasse		Gewichten in euro's
SES 0 (> 15 bewoners)	0-17 jaar	2,47
	18-64 jaar	96,38
	65+ jaar	-381,14
SES 1 (laag)	0-17 jaar	2,47
	18-64 jaar	15,78
	65+ jaar	193,77
SES 2 (midden)	0-17 jaar	-15,13
	18-64 jaar	6,11
	65+ jaar	-31,33
SES 3 (hoog)	0-17 jaar	36,24
	18-64 jaar	-20,46
	65+ jaar	-9,88



BIJLAGE 9 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2014

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

MHK klasse		Gewichten in euro's
0	Geen MHK	-132,37
1	MHK 2 voorafgaande jaren hoge kosten in de top 10 procent	1.609,80
2	MHK kosten 3 jaar in top 15 procent	1.160,69
3	MHK kosten 3 jaar in top 10 procent	1.760,51
4	MHK kosten 3 jaar in top 7 procent	2.680,18
5	MHK kosten 3 jaar in top 4 procent	4.558,44
6	MHK kosten 3 jaar in top 1,5 procent	11.615,02



BIJLAGE 10 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 2 van de Regeling risicoverevening 2014

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

klasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
18 t/m 24 jaar	372,19	410,59
25 t/m 29 jaar	333,95	339,66
30 t/m 34 jaar	333,95	333,95
35 t/m 39 jaar	300,19	295,80
40 t/m 44 jaar	281,96	281,96
45 t/m 49 jaar	267,96	277,89
50 t/m 54 jaar	259,10	260,39
55 t/m 59 jaar	246,36	235,80
60 t/m 64 jaar	235,80	235,80
65 t/m 69 jaar	215,71	224,60
70 t/m 74 jaar	224,68	230,75
75 t/m 79 jaar	227,49	219,60
80 t/m 84 jaar	226,59	215,55
85 t/m 89 jaar	218,43	215,55
90 jaar en ouder	215,55	215,55



BIJLAGE 11 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 2 van de Regeling risicoverevening 2014

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

klasse	FKG GGZ 2014	Gewicht in euro's
0	Geen FKG GGZ psychische aandoeningen	-31,42
1	FKG GGZ psychose	1.968,10
2	FKG GGZ psychose depot	4.534,28
3	FKG GGZ chronische stemmingsstoornissen	351,79
4	FKG GGZ verslaving	1.338,92
5	FKG GGZ bipolair regulier	707,42
6	FKG GGZ bipolair complex	1.312,02
7	FKG GGZ ADHD	259,16



BIJLAGE 12 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 2 van de Regeling risicoverevening 2014

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

DKG GGZ klasse	Gewicht in euro's
0	-100,86
1	1.820,77
2	6.922,96
3	13.031,18
4	20.556,21
5	27.212,92



BIJLAGE 13 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 2 van de Regeling risicoverevening 2014

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

Aard van het inkomen klasse		Gewichten in euro's
1. 65 jaar en ouder		0,00
2. Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	652,51
	35-44 jaar	275,55
	45-54 jaar	91,17
	55-64 jaar	14,34
3. Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	677,44
	35-44 jaar	333,43
	45-54 jaar	178,43
	55-64 jaar	70,96
4. Studenten	18-34 jaar	-103,89
5. Zelfstandigen	18-34 jaar	-101,33
	35-44 jaar	-51,89
	45-54 jaar	-29,04
	55-64 jaar	-5,73
6. Referentiegroep	18-34 jaar	-32,25
	35-44 jaar	-27,87
	45-54 jaar	-14,71
	55-64 jaar	-5,73



BIJLAGE 14 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 2 van de Regeling risicoverevening 2014

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

GGZ Regioklasse	Gewicht in euro's
Klasse 1	72,46
Klasse 2	25,91
Klasse 3	-5,77
Klasse 4	-10,83
Klasse 5	-13,67
Klasse 6	-13,67
Klasse 7	-13,67
Klasse 8	-13,67
Klasse 9	-13,67
Klasse 10	-13,67



BIJLAGE 15 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 2 van de Regeling risicoverevening 2014

Gewichten voor het vereveningscriterium SES (in euro's per verzekerde) voor het deelbedrag geneeskundige GGZ

SES klasse		Gewichten in euro's
SES 0 (> 15 bewoners)	18-64 jaar	1.545,18
	65+ jaar	71,28
SES 1 (laag)	18-64 jaar	-2,89
	65+ jaar	27,32
SES 2 (midden)	18-64 jaar	-3,08
	65+ jaar	-8,34
SES 3 (hoog)	18-64 jaar	-22,85
	65+ jaar	-8,34



BIJLAGE 16 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 2 van de Regeling risicoverevening 2014

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

Eénpersoonsadresklasse	Gewicht in euro's
Niet	-18,54
Wel	92,26



BIJLAGE 17 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 2 van de Regeling risicoverevening 2014 en eigen berekening CVZ

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

	GGZ-kosten > lage drempel van 550 euro	Gewicht in euro's
0	Niet	-42,72
1	Wel en DKG psychische aandoeningen is '0'	1.407,48
2	Wel en DKG psychische aandoeningen is niet '0'	-42,72



BIJLAGE 18 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2014

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

klasse	Gewicht in euro's	
	Mannen	Vrouwen
0-jarigen	977,19	860,28
1 t/m 4 jaar	705,54	653,07
5 t/m 9 jaar	802,44	732,12
10 t/m 14 jaar	731,13	724,18
15 t/m 17 jaar	734,72	836,01
18 t/m 24 jaar	566,92	771,85
25 t/m 29 jaar	554,04	1.005,40
30 t/m 34 jaar	562,67	1.048,52
35 t/m 39 jaar	597,43	826,38
40 t/m 44 jaar	617,41	707,58
45 t/m 49 jaar	658,18	739,40
50 t/m 54 jaar	700,77	791,74
55 t/m 59 jaar	779,45	847,54
60 t/m 64 jaar	824,88	889,72
65 t/m 69 jaar	926,95	998,37
70 t/m 74 jaar	988,09	1.093,24
75 t/m 79 jaar	1.069,04	1.221,41
80 t/m 84 jaar	1.181,20	1.386,24
85 t/m 89 jaar	1.375,82	1.604,18
90 jaar en ouder	1.706,07	1.869,67



BIJLAGE 19 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2014

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

klasse	FKG 2014	Gewicht in euro's
0	Geen FKG	-151,47
1	Glaucoom	195,76
2	Schildklierandoeningen	74,24
3	Psychose, Alzheimer en verslaving	1.148,12
4	Depressie	204,35
5	Neuropathische pijn	760,30
6	Hoog cholesterol	246,73
7	Diabetes type II zonder hypertensie	643,51
8	COPD / Zware astma	1.070,45
9	Astma	514,17
10	Diabetes type II met hypertensie	814,46
11	Epilepsie	657,05
12	Ziekte van Crohn / Colitis Ulcerosa	458,67
13	Hartaandoeningen	353,70
14	Reuma	148,69
15	Parkinson	2.275,53
16	Diabetes type I	1.363,88
17	Transplantaties	662,08
18	Cystic fibrosis / pancreasenzymen	3.980,78
19	Aandoeningen van hersenen / ruggenmerg	4.155,66
20	Kanker	623,11
21	Hormoongevoelige tumoren	467,59
22	HIV / AIDS	7.591,28
23	Nieraandoeningen	2.484,92



BIJLAGE 20 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2014

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

DKG klasse	Gewicht in euro's
0	-34,27
1	59,88
2	155,12
3	117,87
4	181,87
5	358,85
6	253,50
7	639,03
8	693,03
9	817,22
10	1.679,08
11	3.604,79
12	3.203,48
13	2.379,84
14	700,43
15	-2.966,14



BIJLAGE 21 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2014

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

	HKG klasse	Gewicht in euro's
0	Geen HKG	-17,17
1	Insuline infuuspompen	1.988,31
2	Katheters/urine-opvangzakken	1.499,52
3	Stoma's	2.449,27
4	Tracheo-stoma's	5.395,50



BIJLAGE 22 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2014

Gewichten voor het vereveningscriterium 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	361,17
	35-44 jaar	381,78
	45-54 jaar	331,56
	55-64 jaar	221,87
3. Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	100,13
	35-44 jaar	172,60
	45-54 jaar	225,32
	55-64 jaar	163,75
4. Studenten	18-34 jaar	-110,22
5. Zelfstandigen	18-34 jaar	-52,34
	35-44 jaar	-61,73
	45-54 jaar	-81,34
	55-64 jaar	-99,94
6. Referentiegroep	18-34 jaar	3,21
	35-44 jaar	-26,15
	45-54 jaar	-35,52
	55-64 jaar	-42,37



BIJLAGE 23 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2014

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

Regioklasse	Gewicht in euro's
1	27,40
2	17,74
3	10,38
4	4,06
5	-0,90
6	2,87
7	-6,36
8	-10,36
9	-15,29
10	-27,62



BIJLAGE 24 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2014

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

SES klasse		Gewichten in euro's
SES 0 (> 15 bewoners)	0-17 jaar	14,75
	18-64 jaar	-45,23
	65+ jaar	282,82
SES 1 (laag)	0-17 jaar	14,75
	18-64 jaar	7,42
	65+ jaar	74,03
SES 2 (midden)	0-17 jaar	-8,76
	18-64 jaar	15,28
	65+ jaar	2,05
SES 3 (hoog)	0-17 jaar	-32,49
	18-64 jaar	-21,20
	65+ jaar	-70,90



BIJLAGE 25 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 1 van de Regeling risicoverevening 2014

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

MHK klasse		Gewichten in euro's
0	Geen MHK	-121,80
1	MHK 2 voorafgaande jaren hoge kosten in top 10 procent	936,31
2	MHK kosten 3 jaar in top 15 procent	994,63
3	MHK kosten 3 jaar in top 10 procent	1.647,11
4	MHK kosten 3 jaar in top 7 procent	2.601,46
5	MHK kosten 3 jaar in top 4 procent	4.629,36
6	MHK kosten 3 jaar in top 1,5 procent	13.146,18



BIJLAGE 26 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 4 van de Regeling risicoverevening 2014

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	134,92	196,02
25 t/m 29 jaar	127,97	197,42
30 t/m 34 jaar	131,34	201,05
35 t/m 39 jaar	138,39	197,42
40 t/m 44 jaar	144,71	193,06
45 t/m 49 jaar	154,77	199,82
50 t/m 54 jaar	167,39	210,40
55 t/m 59 jaar	195,95	226,01
60 t/m 64 jaar	211,99	234,43
65 t/m 69 jaar	232,76	250,98
70 t/m 74 jaar	256,04	270,24
75 t/m 79 jaar	271,31	282,45
80 t/m 84 jaar	283,28	289,30
85 t/m 89 jaar	290,68	286,60
90 jaar en ouder	289,34	274,89



BIJLAGE 27 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 4 van de Regeling risicoverevening 2014

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. 65 jaar en ouder		0,00
2. Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	69,00
	35-44 jaar	73,64
	45-54 jaar	63,58
	55-64 jaar	38,45
3. Bijstandgerechtigden	18-34 jaar	54,37
	35-44 jaar	57,27
	45-54 jaar	49,84
	55-64 jaar	14,81
4. Studenten	18-34 jaar	-14,78
5. Zelfstandigen	18-34 jaar	-7,22
	35-44 jaar	-11,59
	45-54 jaar	-15,17
	55-64 jaar	-15,48
6. Referentiegroep	18-34 jaar	-0,93
	35-44 jaar	-3,85
	45-54 jaar	-3,64
	55-64 jaar	-3,30



BIJLAGE 28 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 4 van de Regeling risicoverevening 2014

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

Regioklasse 2014	Gewicht in euro's
Klasse 1	12,95
Klasse 2	8,35
Klasse 3	5,28
Klasse 4	2,60
Klasse 5	-0,27
Klasse 6	0,25
Klasse 7	-3,86
Klasse 8	-4,69
Klasse 9	-7,68
Klasse 10	-10,16



BIJLAGE 29 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 3 van de Regeling risicoverevening 2014

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

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	350,75	397,64
25 t/m 29 jaar	323,51	357,57
30 t/m 34 jaar	323,51	323,51
35 t/m 39 jaar	305,96	316,76
40 t/m 44 jaar	291,44	297,90
45 t/m 49 jaar	278,63	293,54
50 t/m 54 jaar	266,74	271,72
55 t/m 59 jaar	248,29	240,27
60 t/m 64 jaar	233,78	233,78
65 t/m 69 jaar	210,17	210,17
70 t/m 74 jaar	213,58	211,69
75 t/m 79 jaar	218,42	210,17
80 t/m 84 jaar	227,26	210,17
85 t/m 89 jaar	221,15	210,17
90 jaar en ouder	210,17	210,17



BIJLAGE 30 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 3 van de Regeling risicoverevening 2014

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

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 2014	Gewicht in euro's
0	Geen FKG GGZ psychische aandoeningen	-30,75
1	FKG GGZ psychose	1.746,01
2	FKG GGZ psychose depot	3.403,00
3	FKG GGZ chronische stemmingsstoornissen	387,64
4	FKG GGZ verslaving	1.201,47
5	FKG GGZ bipolair regulier	738,51
6	FKG GGZ bipolair complex	1.274,61
7	FKG GGZ ADHD	256,32



BIJLAGE 31 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 3 van de Regeling risicoverevening 2014

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

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

DKG GGZ klasse	Gewicht in euro's
0	Zie Regeling artikel 11, vierde lid
1	2.102,61
2	7.140,97
3	10.703,16
4	15.343,68
5	19.003,28



BIJLAGE 32 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 3 van de Regeling risicoverevening 2014

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

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	513,93
	35-44 jaar	300,18
	45-54 jaar	130,47
	55-64 jaar	20,14
3. Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	539,10
	35-44 jaar	356,23
	45-54 jaar	216,83
	55-64 jaar	72,01
4. Studenten	18-34 jaar	-96,54
5. Zelfstandigen	18-34 jaar	-87,34
	35-44 jaar	-64,47
	45-54 jaar	-39,77
	55-64 jaar	-6,81
6. Referentiegroep	18-34 jaar	-21,98
	35-44 jaar	-29,18
	45-54 jaar	-19,37
	55-64 jaar	-6,81



BIJLAGE 33 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 3 van de Regeling risicoverevening 2014

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

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	55,57
Klasse 2	28,89
Klasse 3	1,44
Klasse 4	-4,19
Klasse 5	-10,60
Klasse 6	-10,59
Klasse 7	-15,14
Klasse 8	-15,14
Klasse 9	-15,14
Klasse 10	-15,14



BIJLAGE 34 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 3 van de Regeling risicoverevening 2014

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

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
SES 0 (> 15 bewoners)	18-64 jaar	711,13
	65+ jaar	26,70
SES 1 (laag)	18-64 jaar	5,74
	65+ jaar	22,83
SES 2 (midden)	18-64 jaar	4,64
	65+ jaar	-5,63
SES 3 (hoog)	18-64 jaar	-22,43
	65+ jaar	-5,63



BIJLAGE 35 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 3 van de Regeling risicoverevening 2014

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

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	-19,03
Wel	94,70



BIJLAGE 36 VAN DE BELEIDSREGELS VEREVENINGSBIJDRAGE ZORGVERZEKERING 2014

Bron: Bijlage 3 van de Regeling risicoverevening 2014 en eigen berekening CVZ

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

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 kosten > lage drempel van 550 euro	Gewicht in euro's
0	Niet	Zie Regeling artikel 11, vierde lid
1	Wel en DKG psychische aandoeningen is '0'	1.466,19
2	Wel en DKG psychische aandoeningen is niet '0'	Zie Regeling artikel 11, vierde lid



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 2014 vervolgens plaats in de Regeling risicoverevening 2014. De minister werkt in deze regeling gedetailleerd uit hoe de risicoverevening voor het betreffende jaar zal werken.

De Regeling risicoverevening 2014 is een algemeen verbindend voorschrift. Het CVZ kan hiervan niet afwijken bij de uitvoering van de risicoverevening. Bij het opstellen van zijn beleidsregels is het CVZ gebonden aan de door de minister opgestelde Regeling. De beleidsregels van het CVZ zijn uitvoeringsregels. Het CVZ regelt hierin hoe het te werk gaat bij de toekenning en vaststelling van de vereveningsbijdrage. De minister moet de beleidsregels goedkeuren (artikel 32, zevende lid, Zorgverzekeringswet).

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

Het proces van toekennen en vaststellen van de bijdrage verloopt volgens een vereveningscyclus. In de vereveningscyclus 2014 kent het CVZ voorafgaand aan het vereveningsjaar 2014 (ex ante) de bijdrage aan de zorgverzekeraars toe. In het voorjaar van 2014 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 criterium, per risicoklasse met normbedragen vermenigvuldigd. Hieronder volgt, per toekenning of vaststelling, een korte beschrijving van de uitvoering.

De vereveningscyclus 2014 begint met de vaststelling van de Regeling risicoverevening 2014 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 2013. 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 vereveningscriteria waarin verzekerden bij de verzekerdenraming worden ingedeeld.
- De tweede stap is de berekening van de deelbedragen. De artikelen 7, 8, 9 en 10 beschrijven de berekening van de deelbedragen. Ex ante voert het CVZ alleen de basisberekening uit, waarbij verzekerden per criterium, per risicoklasse met normbedragen vermenigvuldigd worden. In tabel 2: berekening deelbijdragen van deze toelichting staan de gebruikte bijlagen met ex ante normbedragen bij de artikelen vermeld.
- De derde stap is de bijdrageberekening. Artikel 12 beschrijft de bijdrageberekening van de ex ante toekenning. De ex ante berekening van de normatieve opbrengst eigen betaling in verband met het eigen risico, beschreven in artikel 11, maakt hier deel van uit.



Na de toekenning van de ex ante bijdrage volgt in april 2014 de zogenoemde lenterberekening. Deze herberekening is een aanpassing van de ex ante toekenning op basis van geactualiseerde verzekerdenaantallen. Artikel 14 beschrijft de lenterberekening. Op basis hiervan past het CVZ de bevoorschotting aan (artikel 42, eerste lid).

De eerste voorlopige vaststelling van de bijdrage vindt plaats, na ommekomst van het jaar 2014, in september 2015. De eerste voorlopige vaststelling van de bijdrage berekent het CVZ in drie stappen:

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

De tweede voorlopige vaststelling vindt plaats in september 2017. De bijdrage uit de tweede voorlopige vaststelling berekent het CVZ in drie stappen:

- De eerste stap, de verzekerdensbepaling, wordt beschreven in artikel 15, 16, 17 en artikel 25. Bij de tweede voorlopige vaststelling maakt het CVZ gebruik van de verzekerdenaantallen, zoals die bij de eerste voorlopige vaststelling zijn bepaald met inachtneming van correcties die voortvloeien uit de reviewrapportage van de NZa. Ook betreft het CVZ in de gevallen die beschreven zijn in artikel 25 geactualiseerde gegevens bij de verzekerdensbepaling.
- De tweede stap, de berekening van de deelbedragen, wordt beschreven in artikel 26, 27, 28 en 29. Bij de tweede voorlopige vaststelling vermenigvuldigt het CVZ voor het deelbedrag GGZ de verzekerden uit de verzekerdensbepaling met de ex post normbedragen.
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. Voor het deelbedrag GGZ past het CVZ een HKC toe (zie artikel 28, lid 11) met inachtneming van correcties die voortvloeien uit de reviewrapportage over de HKC opgave van de NZa. Vervolgens calculeert het CVZ na op de deelbedragen vaste zorgkosten. Zie artikel 27.
- De derde stap, de bijdrageberekening, wordt beschreven in artikel 31. Op de deelbijdragen variabele kosten van medisch-specialistische zorg en geneeskundige geestelijke gezondheidszorg past het CVZ de bandbreedteregeling toe. Artikel 30 beschrijft de berekening van de normatieve opbrengst eigen betaling in verband met het eigen risico.

Het CVZ stelt de bijdrage definitief vast in april 2018. 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 2016.

De definitieve vaststelling is in drie stappen te beschrijven.

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

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

De belangrijkste wijzigingen in de uitvoering risicoverevening 2014 ten opzichte van 2013

1. Het macro-deelbedrag 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar' vervalt. De kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar behoren vanaf 2014 tot het macro-deelbedrag 'vaste zorgkosten'.
2. Introductie van een nieuw vereveningscriterium in het somatisch model: Hulpmiddelen kostengroepen (HKG's).



3. Bij het vereveningscriterium Farmacie kostengroepen (FKG) in het somatische model vervalt de klasse groeihormonen.
4. Het vereveningscriterium Aard van het Inkomen (Avl) wordt uitgebreid met de klasse 'Studenten', in de leeftijdscategorie 18–34 jaar. Het vereveningscriterium Avl komt voor in het somatische model, in het model voor geneeskundige geestelijke gezondszorg en in het eigenrisicomodel.
5. Bij de raming van de verzekerdenaantallen 2014 stemt het CVZ bij het vereveningscriterium 'Meerjarig hoge kosten' (MHK) de relatieve prevalentie af op de Overall Toets 2014. De prevalentiefactoren staan vermeld in de Verantwoording Verzekerdensraming 2014 die het CVZ op zijn website publiceert.
6. Het vereveningscriterium 'Leeftijd onder achttien jaar' komt te vervallen in het model voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.
7. Introductie van een nieuw vereveningscriterium 'Diagnose kostengroepen psychische aandoeningen' (DKG GGZ) in het model voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Het CVZ gebruikt het bronbestand 'declaraties met betrekking tot vereveningsjaar 2012 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten GGZ tot en met 31 december 2014' om te bepalen of aan de voorwaarde kosten geneeskundige GGZ in t-2 wordt voldaan. Deze voorwaarde geldt niet voor Schizofrenie en andere psychotische stoornissen.
8. Het vereveningscriterium 'Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel' (HDR) in het model voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg komt te vervallen.
9. De drempel voor het vereveningscriterium 'Kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel' (LDR) wordt 550 euro.
10. Er geldt een restrictie op samenloop tussen de vereveningscriteria DKG GGZ en LDR. Als een verzekerde in een DKG GGZ klasse 1 tot en met 5 valt, deelt het college deze verzekerde niet in bij de LDR klasse met een positief normgewicht. Het college voegt in de uitvoering de risicoklassen LDR 'Niet' en 'Wel en DKG psychische aandoeningen is niet '0'' samen, aangezien voor deze klassen hetzelfde normgewicht geldt.
11. In de bijlage bij deze Beleidsregels is de Trendtabel FKG niet langer opgenomen. Deze tabel is nu opgenomen in de Verantwoording Verzekerdensraming 2014 die het CVZ op zijn website publiceert. Het CVZ stuurt de Verantwoording Verzekerdensraming 2014 ook mee als bijlage bij de ex ante beschikking.
12. De percentages afslag voor verzekerden woonachtig in het buitenland zijn voor het somatische model: FKG 55%; DKG 50% en HKG 0%. De percentages afslag voor verzekerden woonachtig in het buitenland zijn voor het model voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg: FKG GGZ 50% en DKG GGZ 0%.
13. Criteriumneutraliteit geldt voor de vereveningscriteria DKG, HKG en MHK in het somatische model en voor de vereveningscriteria DKG GGZ en LDR in het model voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.
14. De Bandbreedteregeling voor het deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg is gebaseerd op 40 euro (dat was 25 euro in 2013) en 90 procent. De bandbreedteregeling voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg is gebaseerd op 12,50 euro (dat was 7,50 euro in 2013) en 90 procent.
15. Bij de hogekostencompensatie voor kosten van geneeskundige GGZ wordt de drempel verhoogd van 10.000 euro naar 25.000 euro per verzekerde op jaarbasis.

De wijzigingen met betrekking tot het vereveningsmodel 2014 worden uitgebreid toegelicht in de toelichting bij de Regeling risicoverevening 2014.

*Voorzitter Raad van Bestuur
A. Moerkamp*



Tabellen bij toelichting

Tabel 1: verzekerenraming en verzekerenbepaling

Somatisch model	Somatisch model	GGZ model	Somatisch model	Eigen Risico model
Deelbedrag variabel	Deelbedrag vast	Deelbedrag GGZ	Deelbedrag overig	Bijdrage-berekening
Alle verzekeren naar:	Alle verzekeren. Geen toewijzing naar verdeel kenmerken.	Verzekeren 18 jaar en ouder naar:	Alle verzekeren naar:	Verzekeren 18 jaar en ouder zonder FKG, DKG en MHK naar:
Leeftijd en geslacht		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
Regio		GGZ-regio	Regio	Regio
FKG		FKG GGZ	FKG	
DKG		DKG GGZ	DKG	
Hulpmiddelen-kostengroep			Hulpmiddelen-kostengroep	
SES		SES	SES	
Meerjarig hoge kosten			Meerjarig hoge kosten	
		Éénpersoons-adres		
		GGZ kosten lage drempel		

Tabel 2: berekening deelbijdragen

Berekening deelbedragen				
Ex Ante toekenning				
Deelbedrag variabel	Deelbedrag vast	Deelbedrag GGZ	Deelbedrag overig	
Artikel 7	Artikel 8	Artikel 9	Artikel 10	
Verzekeren-raming artikel 4 * normbedragen tabellen 2 t/m 9	Verzekeren-raming artikel 4 * gemiddelde vaste kosten 2012. Opschalen naar macroprestatie bedrag 2014	Verzekeren-raming artikel 5 verzekeren van 18 jaar en ouder * normbedragen tabellen 10 t/m 17	Verzekeren-raming artikel 4 * normbedragen tabellen 18 t/m 25	
Voorlopige vaststelling				
Deelbedrag variabel	Deelbedrag vast	Deelbedrag GGZ	Deelbedrag overig	
Artikel 18	Artikel 19	Artikel 20	Artikel 21	
Verzekeren-bepaling artikel 15 * tabellen 2 t/m 9 landelijk. Flankerend beleid gelijk speelveld.	Verzekeren-bepaling artikel 15 * herberekende vaste kosten	Verzekeren-bepaling artikel 16 * tabellen 10 t/m 17 landelijk. Flankerend beleid gelijk speelveld.	Verzekeren-bepaling artikel 15 * tabellen 18 t/m 25 landelijk. Flankerend beleid gelijk speelveld.	
	100% nacalculatie			
Tweede voorlopige vaststelling				
Deelbedrag variabel	Deelbedrag vast	Deelbedrag GGZ	Deelbedrag overig	
Artikel 26	Artikel 27	Artikel 28	Artikel 29	
Verzekeren-bepaling artikel 25 * tabellen 2 t/m 9 landelijk. Flankerend beleid gelijk speelveld.	Verzekeren-bepaling artikel 25 * herberekende vaste kosten	Verzekeren-bepaling artikel 25 * tabellen 29 t/m 36 landelijk. Flankerend beleid gelijk speelveld.	Verzekeren-bepaling artikel 25 * tabellen 18 t/m 25 landelijk. Flankerend beleid gelijk speelveld.	
		HKC conform artikel 16 van de Regeling		
	100% nacalculatie			
Definitieve vaststelling				
Artikel 33	Artikel 34	Artikel 35	Artikel 36	
Conform tweede voorlopige vaststelling, incl. laatste correcties NZa	Conform tweede voorlopige vaststelling, incl. laatste correcties NZa	Conform tweede voorlopige vaststelling, incl. laatste correcties NZa	Conform tweede voorlopige vaststelling, incl. laatste correcties NZa	

Tabel 3: bijdrageberekening

Bijdrageberekening		
Toekenning (ex ante)	Artikel 12	Tabellen n.v.t.
Voorlopige vaststelling	Artikel 23	
Tweede voorlopige vaststelling	Artikel 31	
Definitieve vaststelling	Artikel 38	
Toepassing Bandbreedteregeling conform artikel 3.17, tweede lid van het Besluit zorgverzekering en artikel 18 van de Regeling. De bandbreedteregeling is van toepassing op de deelbijdragen variabele kosten van medisch-specialistische zorg en GGZ bij de voorlopige, tweede voorlopige en de definitieve vaststelling.		
Sommatie deelbijdragen tot Normatief bedrag 2014		



Bijdrageberekening

Min eigen risico

Eigen risico ex ante toekenning	Artikel 11	Tabellen 26, 27 en 28
Eigen risico voorlopige vaststelling	Artikel 22	
Eigen risico tweede voorlopige vaststelling	Artikel 30	
Eigen risico definitieve vaststelling	Artikel 37	

Min nominale rekenpremie

Plus uitvoeringskosten verzekerden jonger dan 18 jaar

Is bijdrage 2014