

Beleidsregels vereveningsbijdrage Zvw 2017

De Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland,

Gelet op de artikelen 32, vijfde lid en 34, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet, Hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering, de Regeling risicoverevening 2017 en de brief van de minister van VWS van 30 september 2016, kenmerk 1024068-155663-Z,

heeft in zijn vergadering van 10 oktober 2016 besloten:

HOOFDSTUK I ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1 Definities

Deze beleidsregels verstaan onder:

- a. *het Zorginstituut*: Zorginstituut Nederland, bedoeld in artikel 58, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet;
- b. *zwaarte*: het deel waarvoor de verzekerde meetelt in een betreffende klasse;
- c. *macroverzekerden-raming*: de raming van het aantal verzekerden op macroniveau op basis van de opgave van de zorgverzekeraars en trends van het CBS naar aantal inwoners in Nederland voor het jaar 2017;
- d. *FKG GGZ*: FKG's psychische aandoeningen als bedoeld in artikel 1, onderdeel q, van het Besluit zorgverzekering;
- e. *DKG GGZ*: DKG's psychische aandoeningen als bedoeld in artikel 1, onderdeel ee, van het Besluit zorgverzekering;
- f. *PKB*: persoonskenmerkenbestand; een bestand dat bestaat uit de opgave van de zorgverzekeraar met per gepseudonimiseerd burgerservicenummer de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand en geboortjaar, viercijferige postcode en gepseudonimiseerd adres. Dit bestand wordt jaarlijks opgesteld aan de hand van opgaven van de zorgverzekeraars. Voor het PKB 2016 is de peildatum 1 mei 2016 en de aanleverdatum 1 juni 2016;
- g. *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 geboortjaar, 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 geboortjaar en viercijferige postcode bevat. Dit bestand wordt jaarlijks opgesteld aan de hand van opgaven van de zorgverzekeraars. Voor het VPPKB 2017 is de aanleverdatum 1 juni 2018;
- h. *verzekerde woonachtig in het buitenland*: een persoon die een zorgverzekering heeft afgesloten en geen ingezetene van Nederland is;
- i. *vereveningsbijdrage*: de bijdrage, bedoeld in de artikelen 32 en 34 van de Zorgverzekeringswet;
- j. *wet*: de Zorgverzekeringswet;
- k. *Regeling*: Regeling risicoverevening 2017;
- l. *trendtabel*: door het Zorginstituut per criterium opgestelde tabel met trendfactoren die voor het betreffende criterium de geraamde prevalentieontwikkeling weergeeft, zoals gepubliceerd op de website van het Zorginstituut. De trendfactor geeft de mutatie van verzekerden per risicoklasse weer;
- m. *jaarstaat*: de jaarstaat, bedoeld in de regeling gegevensaanlevering van het Zorginstituut.

Artikel 2 Algemene bepaling

Het Zorginstituut past de bepalingen uit het Besluit zorgverzekering en de Regeling 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 Zorginstituut gaat bij de verdeling van de macro-deelbedragen 2017 en de berekening van de normatieve bedragen en de vereveningsbijdragen ervan uit dat alle zorgverzekeraars die gedurende 2016 actief zijn geweest ook in 2017 als zorgverzekeraar actief zullen zijn.



HOOFDSTUK II TOEKENNING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE 2017 AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 4 Algemene bepaling voor de raming van de verzekerdenaantallen

1. Het Zorginstituut baseert zich bij de raming van de verzekerdenaantallen 2017 op de macroverzekerdenraming.
2. Het Zorginstituut baseert zich bij de raming van de verzekerdenaantallen 2017 per zorgverzekeraar op het PKB 2016 met als peildatum 1 mei 2016, zoals de zorgverzekeraars dat hebben aangeleverd op 1 juni 2016.
3. Het Zorginstituut deelt verzekerden zonder burgerservicenummer en verzekerden zonder geverifieerd burgerservicenummer niet in.
4. Wanneer een verzekerde bij meerdere zorgverzekeraars tegelijkertijd is ingeschreven, past het Zorginstituut artikel 11 van de Regeling toe.

Artikel 5 De verzekerdenaantallen 2017 voor het macro-deelbedrag variabele zorgkosten

1. Het Zorginstituut deelt voor het macro-deelbedrag variabele zorgkosten verzekerden in bij de criteria leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, HKG's, AVI, regio, SES, PPA, MHK, FDG, VGG, GGG en GSM.
2. Het Zorginstituut deelt verzekerden woonachtig in het buitenland uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, HKG's, AVI, MHK, FDG, VGG, GGG en GSM. Overeenkomstig artikel 7 van de Regeling deelt het Zorginstituut alle verzekerden woonachtig in het buitenland voor het criterium FKG's in in de klasse 'Geen FKG', voor het criterium DKG's in de klasse 'Geen DKG', voor het criterium HKG's in de klasse 'Geen HKG', voor het criterium FDG in de klasse 'Geen FDG', voor het criterium VGG in de klasse 'Geen VGG' en voor het criterium GGG in de klasse 'Geen GGG'.

Artikel 6 De verzekerdenaantallen 2017 voor het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

1. Het Zorginstituut deelt voor het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg verzekerden van achttien jaar en ouder in bij de criteria leeftijd en geslacht, FKG GGZ, DKG GGZ, AVI, GGZ-regio, SES, PPA, GGZ-MHK en ZVZ.
2. Het Zorginstituut deelt verzekerden woonachtig in het buitenland uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht, FKG GGZ, DKG GGZ, GGZ-MHK, AVI en ZVZ. Overeenkomstig artikel 7 van de Regeling deelt het Zorginstituut alle verzekerden woonachtig in het buitenland voor het criterium FKG GGZ in in de klasse 'Geen FKG psychische aandoeningen', voor het criterium DKG GGZ in de klasse 'Geen DKG psychische aandoeningen' en voor het criterium ZVZ in de klasse 'Geen ZVZ'.

Artikel 7 De verzekerdenaantallen 2017 voor het macro-deelbedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg

1. Het Zorginstituut deelt voor het macro-deelbedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg verzekerden van achttien jaar en ouder in bij de criteria leeftijd en geslacht, FKG GGZ, DKG GGZ, AVI, GGZ-regio, SES, PPA, GGZ-MHK, ZVZ en IGG.
2. Het Zorginstituut deelt verzekerden woonachtig in het buitenland uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht, FKG GGZ, DKG GGZ, AVI, GGZ-MHK, ZVZ en IGG. Overeenkomstig artikel 7 van de Regeling deelt het Zorginstituut alle verzekerden woonachtig in het buitenland voor het criterium FKG GGZ in in de klasse 'Geen FKG psychische aandoeningen', voor het criterium DKG GGZ in de klasse 'Geen DKG psychische aandoeningen', voor het criterium ZVZ in de klasse 'Geen ZVZ' en voor het criterium IGG in de klasse 'Geen IGG'.

Artikel 8 De verzekerdenaantallen 2017 voor de normatieve eigen risico opbrengst

1. Het Zorginstituut deelt voor de normatieve eigen risico opbrengst verzekerden van achttien jaar en ouder die zowel in de FKG klasse 'Geen FKG', de DKG klasse 'Geen DKG', de HKG klasse 'Geen HKG', de MHK klasse 'Geen MHK' als in de FDG klasse 'Geen FDG' vallen in bij de criteria leeftijd en geslacht, AVI en regio.

2. Het Zorginstituut deelt voor het normatieve eigen risico verzekerden woonachtig in het buitenland uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht en AVI.

Artikel 9 Leeftijd en geslacht

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium leeftijd en geslacht per zorgverzekeraar op het PKB 2016.
2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van het eerste lid in welke leeftijds- en geslachtsklasse de verzekerde wordt ingedeeld.
3. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium leeftijd en geslacht naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 10 FKG's

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium FKG's per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in FKG klassen 2017 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 1 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave per 1 juni 2016 van declaraties farmaceutische hulp 2015 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut;
 - c. de opgave per 1 juni 2016 van declaraties add-ons duur of weesgeneesmiddel 2014 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut;
 - d. de opgave per 1 juni 2015 van declaraties farmaceutische hulp 2014 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.
2. Het Zorginstituut koppelt de opgaven, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, c en d, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2016 en bepaalt op basis hiervan en met inachtneming van artikel 10, tweede lid, van de Regeling en bijlage 1 van deze Beleidsregels, in welke FKG klassen de verzekerde valt. Aan de verzekerde koppelt het Zorginstituut een zwaarte van 1 voor de betreffende klassen.
3. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium FKG's 2017 de trendtabel voor dit criterium toe voor de geraamde prevalentieontwikkeling. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, genoemd in het tweede lid, met de toepasselijke trendfactor uit de trendtabel.
4. Het Zorginstituut past op de FKG klasse auto-immuunziekten op basis van add-on, de FKG klasse kanker op basis van add-on, de FKG klasse groeistoornissen op basis van add-on, de FKG klasse Extreem hoge kosten cluster 1, de FKG klasse Extreem hoge kosten cluster 2 en de FKG klasse Extreem hoge kosten cluster 3 een sterftecorrectie toe, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft met het VPPKB 2015.
5. Het Zorginstituut past op verzekerden die in het PKB 2016 voor het eerst voorkomen per FKG klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PKB toe.
6. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen FKG' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen FKG' in.
7. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium FKG's naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 11 DKG's

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium DKG's per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in DKG klassen 2017 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 2 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2016 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's die in 2014 geopend zijn;
 - c. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2015 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's die in 2013 geopend zijn.
2. Het Zorginstituut koppelt de opgaven, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2015 en bepaalt op basis hiervan en met inachtneming van bijlage 2 van deze Beleidsregels, in welke DKG klasse '1' tot en met '15'

de verzekerde valt. Als een verzekerde in meer DKG klassen valt, deelt het Zorginstituut de verzekerde in de hoogste voor hem toepasselijke klasse in. Het Zorginstituut stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.

3. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium DKG's de trendtabel voor dit criterium toe voor de geraamde prevalentieontwikkeling. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, genoemd in het vorige lid, twee keer met de toepasselijke trendfactor uit de trendtabel. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het VPPKB 2015 voor het eerst voorkomen per DKG klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het VPPKB 2015 toe. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2016, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
4. Als een verzekerde niet in een klasse '1' tot en met '15' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in bij de klasse 'Geen DKG'.
5. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium DKG's naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 12 HKG's

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium HKG's per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in HKG klassen 2017 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 3 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave per 1 juni 2016 van declaraties hulpmiddelen 2015 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.
2. Het Zorginstituut koppelt de opgave, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2016 en bepaalt op basis hiervan en met inachtneming van bijlage 3 van deze Beleidsregels, in welke HKG klasse de verzekerde valt. Als een verzekerde in meer HKG klassen valt, deelt het Zorginstituut de verzekerde in de hoogste voor hem toepasselijke klasse in. Het Zorginstituut stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.
3. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium HKG's de trendtabel voor dit criterium toe voor de geraamde prevalentieontwikkeling. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, genoemd in het vorige lid, met de toepasselijke trendfactor uit de trendtabel. Het Zorginstituut past op verzekerden die in het PKB 2016 voor het eerst voorkomen per HKG klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PKB toe.
4. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen HKG' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen HKG' in.
5. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium HKG's naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 13 AVI

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium AVI per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de indeling op de indeling in AVI klassen zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 4 van deze Beleidsregels;
 - b. de leeftijd op het VPPKB 2015;
 - c. de zelfstandigen op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst naar inkomensbron op peildatum 30 juni 2015;
 - d. de duurzaam en volledig arbeidsongeschikten, de overige arbeidsongeschikten, de bijstandsgerechtigden, de werklozen en de loontrekkers op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron op peildatum 30 juni 2015;
 - e. de studenten op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2015;
 - f. de hoogopgeleiden op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2015.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met f, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2015 en bepaalt op basis hiervan met inachtneming van artikel 10, derde lid, van de Regeling en bijlage 4 van deze

Beleidsregels, in welke AVI klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

3. Na toepassing van het vorige lid koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2016, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
4. Het Zorginstituut herschaalt na toepassing van het derde lid het geraamde aantal verzekerden voor het criterium AVI naar de macroverzekerdenraming, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie per AVI klasse constant blijft.

Artikel 14 Regio

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium regio per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de indeling op de indeling in regioklassen zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 5 van deze Beleidsregels;
 - b. de viercijferige postcode op het PKB 2016.
2. Het Zorginstituut koppelt de opgave, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2016 en bepaalt op basis hiervan en met inachtneming van bijlage 5 van deze Beleidsregels, in welke regioklasse de verzekerde wordt ingedeeld.
3. Het Zorginstituut herschaalt na toepassing van het eerste en tweede lid het geraamde aantal verzekerden voor het criterium regio naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 15 SES

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium SES per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de leeftijd op het VPPKB 2015;
 - b. het inkomen op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst over het jaar 2013;
 - c. het inkomen wanneer voor 2013 geen gegevens beschikbaar zijn op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst over het jaar 2014;
 - d. de adresgegevens op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst over het jaar 2015;
 - e. de adresgegevens indien deze in de opgave van de Belastingdienst ontbreken op het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2015;
 - f. de adresgegevens indien deze in het PKB 2015 ontbreken op het gepseudonimiseerde adres in het VPPKB 2015;
 - g. de adresgegevens op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst over het jaar 2014;
 - h. de adresgegevens, indien deze in de opgave van de Belastingdienst ontbreken op het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2014;
 - i. de adresgegevens, indien deze in het PKB 2014 ontbreken op het gepseudonimiseerde adres in het VPPKB 2014;
 - j. bewoners op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2015 en op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2014.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2015 en bepaalt op basis hiervan en met inachtneming van artikel 10, zevende lid, van de Regeling, in welke SES klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Na toepassing van het tweede lid koppelt het Zorginstituut de verzekerden voor het criterium SES aan het PKB 2016.
4. Het Zorginstituut herschaalt na toepassing van het derde lid het geraamde aantal verzekerden voor het criterium SES naar de macroverzekerdenraming, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie per SES klasse constant blijft.

Artikel 16 PPA

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium PPA per zorgverzekeraar met betrekking tot:

- a. de leeftijd op het VPPKB 2015;
 - b. de adresgegevens op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst 2015;
 - c. de adresgegevens, indien deze in de opgave van de Belastingdienst 2015 ontbreken op het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2015;
 - d. de adresgegevens, indien deze in het PKB 2015 ontbreken op het gepseudonimiseerde adres in het VPPKB 2015;
 - e. de adresgegevens op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst 2014;
 - f. de adresgegevens, indien deze in de opgave van de Belastingdienst 2014 ontbreken op het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2014;
 - g. de adresgegevens, indien deze in het PKB 2014 ontbreken op het gepseudonimiseerde adres in het VPPKB 2014;
 - h. bewoners op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2015 en op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2014.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2015 en bepaalt op basis hiervan en met inachtneming van artikel 10, zesde lid, van de Regeling, in welke PPA klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
 3. Na toepassing van het tweede lid koppelt het Zorginstituut de verzekerden voor het criterium PPA aan het PKB 2016.
 4. Het Zorginstituut herschaalt na toepassing van het derde lid het geraamde aantal verzekerden voor het criterium PPA naar de macroverzekerdenraming, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie per klasse constant blijft.

Artikel 17 MHK

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium MHK per zorgverzekeraar op:
 - a. declaraties met betrekking tot 2012 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de deelbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, de kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment en de kosten van overige prestaties tot en met 31 december 2014, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2016 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - b. declaraties met betrekking tot 2013 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de deelbedragen variabele kosten van medisch-specialistische zorg en de kosten van overige prestaties tot en met 31 december 2015, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2016 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - c. declaraties met betrekking tot 2014 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de deelbedragen variabele kosten van medisch-specialistische zorg en de kosten van overige prestaties, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2016 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - d. het VPPKB 2012, het VPPKB 2013 en het VPPKB 2014.
2. Het Zorginstituut herleidt de percentages van de MHK klassen met betrekking tot 2012, 2013 respectievelijk 2014 tot drempelbedragen MHK 2012, 2013 respectievelijk 2014.
3. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de declaraties uit het eerste lid, de drempelbedragen uit het vorige lid en een koppeling met het VPPKB 2015 in welke MHK klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
4. Na toepassing van het derde lid koppelt het Zorginstituut de verzekerden voor het criterium MHK aan het PKB 2016, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie per MHK klasse constant blijft.
5. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen MHK' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in bij de klasse 'Geen MHK'.
6. Het Zorginstituut herschaalt na toepassing van de vorige leden het geraamde aantal verzekerden voor het criterium MHK naar de macroverzekerdenraming en stemt de relatieve prevalentie per klasse af op de Overall Toets 2017, zoals de minister van VWS die heeft laten uitvoeren.



Artikel 18 FDG

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium FDG per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in FDG klassen 2017 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 6 van deze Beleidsregels;
 - b. een onderzoeksbestand met declaraties fysiotherapie en oefentherapie met betrekking tot 2014 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens uit het onderzoeksbestand, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2015 en bepaalt op basis hiervan en met inachtneming van bijlage 6 van deze Beleidsregels, in welke FDG klasse de verzekerde valt. Als een verzekerde in meer FDG klassen valt, deelt het Zorginstituut de verzekerde in de hoogste voor hem toepasselijke klasse in. Het Zorginstituut stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.
3. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium FDG de trendtabel voor dit criterium toe voor de geraamde prevalentieontwikkeling. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, genoemd in het vorige lid, twee keer met de toepasselijke trendfactor uit de trendtabel.
4. Het Zorginstituut past op verzekerden die voor het eerst voorkomen in het VPPKB 2015 per FDG klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PKB toe. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden voor het criterium FDG aan het PKB 2016, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
5. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen FDG' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in bij de klasse 'Geen FDG'.
6. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium FDG naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 19 VGG

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium VGG per zorgverzekeraar op declaraties verpleging en verzorging met betrekking tot 2014 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer, afkomstig uit de bestanden die gebruikt zijn voor de Overall Toets 2017, zoals de minister van VWS die heeft laten uitvoeren.
2. Het Zorginstituut herleidt de percentages in de VGG klassen tot drempelbedragen.
3. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de declaraties uit het eerste lid, de drempelbedragen uit het vorige lid en een koppeling met het VPPKB 2014 per verzekerde in welke VGG klasse de verzekerde valt. Het Zorginstituut stelt voor de klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.
4. Voor verzekerden met kosten gelijk aan het drempelbedrag verdeelt het Zorginstituut op grond van artikel 10, achtste lid van de Regeling de zwaarte van 1 naar rato over de betreffende klassen.
5. Indien de percentielgrens gelijk is aan nul euro deelt het Zorginstituut, op grond van artikel 10, negende lid, van de Regeling, verzekerden met kosten op de percentielgrens in bij de klasse 'Geen VGG'.
6. Het Zorginstituut koppelt de verzekerden voor het criterium VGG aan het VPPKB 2015. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2016, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
7. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen VGG' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in bij klasse 'Geen VGG'.
8. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium VGG naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 20 GGG

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium GGG per zorgverzekeraar op een bestand met declaraties geriatrische revalidatiezorg met betrekking tot

2014 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer, afkomstig uit de Overall Toets 2017, zoals de minister van VWS die heeft laten uitvoeren.

2. Het Zorginstituut herleidt het percentage in de klasse 'Kosten in top 0,275 procent' tot een drempelbedrag.
3. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de declaraties uit het eerste lid, het drempelbedrag uit het vorige lid en een koppeling met het VPPKB 2014 per verzekerde in welke GGG klasse de verzekerde valt. Het Zorginstituut stelt voor de klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.
4. Voor verzekerden met kosten gelijk aan het drempelbedrag verdeelt het Zorginstituut op grond van artikel 10, achtste lid van de Regeling de zwaarte van 1 naar rato over de betreffende klassen.
5. Indien de percentielgrens gelijk is aan nul euro deelt het Zorginstituut, op grond van artikel 10, negende lid van de Regeling, verzekerden met kosten op de percentielgrens in bij de klasse 'Geen GGG'.
6. Het Zorginstituut koppelt de verzekerden voor het criterium GGG aan het VPPKB 2015. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2016, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
7. Als een verzekerde niet in de klasse 'Kosten in top 0,275 procent' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in bij de klasse 'Geen GGG'.
8. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium GGG naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 21 GSM

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium GSM per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de leeftijd op het PKB 2016;
 - b. morbiditeit op het geraamde aantal verzekerden dat niet is ingedeeld in zowel de FKG klasse 'Geen FKG', de DKG klasse 'Geen DKG', de HKG klasse 'Geen HKG', de MHK klasse 'Geen MHK' als de FDG klasse 'Geen FDG'.
2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de leeftijd, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a en de morbiditeit, bedoeld in het eerste lid onderdeel b en een koppeling met het PKB 2016 per verzekerde in welke GSM klasse de verzekerde wordt ingedeeld.
3. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium GSM naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 22 FKG GGZ

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium FKG GGZ per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in FKG GGZ klassen 2017 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 7 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave per 1 juni 2016 van declaraties farmaceutische hulp 2015 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.
2. Het Zorginstituut koppelt de declaraties, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2016 en bepaalt op basis hiervan met inachtneming van artikel 10, vierde lid van de Regeling en bijlage 7 van deze Beleidsregels, in welke FKG GGZ klassen de verzekerde wordt ingedeeld. Aan de verzekerde koppelt het Zorginstituut een zwaarte van 1 voor de betreffende klassen.
3. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium FKG GGZ 2017 de trendtabel voor dit criterium toe voor de geraamde prevalentieontwikkeling. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, genoemd in het tweede lid, met de toepasselijke trendfactor uit de trendtabel. Het Zorginstituut past voor verzekerden die in het PKB 2016 voor het eerst voorkomen per FKG GGZ klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PKB toe.
4. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen FKG psychische aandoeningen' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen FKG psychische aandoeningen' in.

5. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium FKG GGZ naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 23 DKG GGZ

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium DKG GGZ per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in DKG GGZ klassen 2017 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 8 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2016 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's GGZ die in 2014 geopend zijn;
 - c. kosten met betrekking tot 2013 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten GGZ, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2016 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
2. Het Zorginstituut koppelt op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer de opgave, bedoeld in het vorige lid, onderdeel b, aan het VPPKB 2015 en betreft daarbij de kosten, bedoeld in het vorige lid, onderdeel c. Het Zorginstituut bepaalt op basis hiervan en met inachtneming van bijlage 8 van deze Beleidsregels per verzekerde in welke DKG GGZ klasse de verzekerde valt. Als een verzekerde in meer DKG GGZ klassen valt, deelt het Zorginstituut de verzekerde in de hoogste voor hem toepasselijke klasse in. Het Zorginstituut stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.
3. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium DKG's 2017 de trendtabel voor dit criterium toe voor de geraamde prevalentieontwikkeling. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, genoemd in het vorige lid, twee keer met de toepasselijke trendfactor uit de trendtabel. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het VPPKB 2015 voor het eerst voorkomen per DKG GGZ klasse de gemiddelde prevalentie voor de betreffende klasse van de overige verzekerden in het VPPKB 2015 toe. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2016, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
4. Als een verzekerde niet in een klasse '1' tot en met '5' van het criterium DKG's GGZ valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in klasse 'Geen DKG psychische aandoeningen' in.
5. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium DKG's GGZ naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 24 GGZ-regio

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium GGZ-regio per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de indeling op de GGZ regio klassen 2017 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 9 van deze Beleidsregels;
 - b. de viercijferige postcode op het PKB 2016.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2016 en bepaalt op basis hiervan en met inachtneming van bijlage 9 van deze Beleidsregels per verzekerde in welke GGZ-regioklasse de verzekerde wordt ingedeeld.
3. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium GGZ-regio naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 25 GGZ-MHK

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium GGZ-MHK per zorgverzekeraar op:
 - a. declaraties met betrekking tot 2010 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2012, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2013 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - b. declaraties met betrekking tot 2011 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2013, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2014 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - c. declaraties met betrekking tot 2012 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2014, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2016 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;

- d. declaraties met betrekking tot 2013 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2015, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2016 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - e. declaraties met betrekking tot 2014 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2016 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - f. het VPPKB 2010, VPPKB 2011, VPPKB 2012, het VPPKB 2013 en het VPPKB 2014.
2. Het Zorginstituut herleidt de percentages van de risicoklassen GGZ-MHK met betrekking tot 2010, 2011, 2012, 2013 respectievelijk 2014 tot drempelbedragen GGZ-MHK 2010, 2011, 2012, 2013 respectievelijk 2014.
 3. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de declaraties uit het eerste lid, de drempelbedragen uit het vorige lid en een koppeling met het VPPKB 2015 in welke GGZ-MHK klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
 4. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2016, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
 5. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen GGZ-MHK' valt, deelt het Zorginstituut de verzekerde in de klasse 'Geen GGZ-MHK' in.
 6. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium GGZ-MHK naar de macroverzekerdenraming en stemt de relatieve prevalentie per klasse af op de Overall Toets 2017, zoals de minister van VWS die heeft laten uitvoeren.

Artikel 26 ZVZ

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium ZVZ op de indeling van verzekerden in klassen op basis van GGZ-declaraties 2013 afkomstig uit het onderzoek naar het vereveningskenmerk ZVZ dat de minister heeft laten uitvoeren.
2. Het Zorginstituut koppelt op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer de indeling van verzekerden in klassen, bedoeld in het vorige lid aan het VPPKB 2014. Het Zorginstituut stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.
3. Het Zorginstituut past op de verzekerden die voor het eerst voorkomen in het VPPKB 2014 per ZVZ klasse de gemiddelde prevalentie voor de betreffende klasse van de overige verzekerden in het VPPKB 2014 toe. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het VPPKB 2015, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft. Het Zorginstituut past op de verzekerden die voor het eerst voorkomen in het VPPKB 2015 per ZVZ klasse de gemiddelde prevalentie voor de betreffende klasse van de overige verzekerden in het VPPKB 2015 toe. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2016, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
4. Als een verzekerde niet in andere klasse dan 'Geen ZVZ' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen ZVZ' in.
5. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium ZVZ naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 27 IGG

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium IGG op:
 - a. de indeling in IGG klassen 2017 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 10 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2016 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's GGZ die in 2014 geopend zijn;
 - c. gegevens van AWBZ-instellingen met betrekking tot 2012, 2013 en 2014, afkomstig van het onderzoek.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2015 en bepaalt op basis hiervan en met inachtneming van bijlage 10 van deze Beleidsregels per verzekerde in welke IGG klasse de verzekerde valt. Als een verzekerde in meer IGG klassen valt, deelt het Zorginstituut de verzekerde

in de hoogste voor hem toepasselijke klasse in. Het Zorginstituut stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.

3. In afwijking van het bepaalde in het tweede lid, deelt het Zorginstituut verzekerden die vallen onder het overgangsrecht zoals bepaald in artikel 11.2.2 van de Wlz, in bij de klasse 'Geen IGG'.
4. Het Zorginstituut past op de verzekerden die voor het eerst voorkomen in het VPPKB 2015 per IGG klasse de gemiddelde prevalentie voor de betreffende klasse van de overige verzekerden in het VPPKB 2015 toe. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2016, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
5. Als een verzekerde niet in andere klasse dan 'Geen IGG' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen IGG' in.
6. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium IGG naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 28 Gewichten voor het deelbedrag variabele zorgkosten

1. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag variabele zorgkosten gaat het Zorginstituut uit van de gewichten genoemd in bijlage 1 van de Regeling.
2. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag variabele zorgkosten hanteert het Zorginstituut voor verzekerden woonachtig in het buitenland voor de volgende criteria de volgende gewichten als uitgangspunten:
 - a. 50% van het gewicht van de FKG klasse 'Geen FKG';
 - b. 50% van het gewicht voor de DKG klasse 'Geen DKG';
 - c. 65% van het gewicht voor de HKG klasse 'Geen HKG';
 - d. 40% van het gewicht voor de FDG klasse 'Geen FDG';
 - e. 95% van het gewicht voor de VGG klasse 'Geen VGG';
 - f. 90% van het gewicht voor de GGG klasse 'Geen GGG'.
3. Het Zorginstituut rondt de gewichten uit het vorige lid af op twee decimalen.

Artikel 29 De verdeling van het macro-deelbedrag variabele zorgkosten en de berekening van het deelbedrag variabele zorgkosten

1. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar, per criterium voor de criteria leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, HKG's, AVI, regio, SES, PPA, MHK, FDG, VGG, GGG en GSM de gewichten variabele zorgkosten 2017 per klasse met het geraamde aantal verzekerden in de overeenkomstige klasse.
2. Het Zorginstituut sommeert de producten uit het vorige lid per zorgverzekeraar.
3. Het resultaat van het tweede lid wordt aangeduid als het deelbedrag variabele zorgkosten 2017.

Artikel 30 De verdeling van het macro-deelbedrag vaste zorgkosten en de berekening van het deelbedrag vaste zorgkosten

1. Het Zorginstituut berekent op grond van artikel 3.5 van het Besluit, het normbedrag vaste zorgkosten 2017 door het macro-deelbedrag vaste zorgkosten te delen door het landelijk totaal van het aantal geraamde verzekerden 2017 en het resultaat af te ronden op twee decimalen.
2. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het geraamde aantal verzekerden 2017 met het normbedrag vaste zorgkosten 2017, zoals berekend in het eerste lid.
3. Het resultaat van het tweede lid wordt aangeduid als het deelbedrag vaste zorgkosten 2017.

Artikel 31 Gewichten voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

1. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg gaat het Zorginstituut uit van de gewichten genoemd in bijlage 2 van de Regeling.
2. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg hanteert het Zorginstituut voor verzekerden woonachtig in het buitenland voor de volgende criteria de volgende gewichten als uitgangspunten:

- a. 50% van het gewicht voor de FKG GGZ klasse 'Geen FKG psychische aandoeningen';
- b. 40% van het gewicht voor de DKG GGZ klasse 'Geen DKG psychische aandoeningen';
- c. 0% van het gewicht voor de klasse 'Geen ZVZ'.

3. Het Zorginstituut rondt de gewichten uit het vorige lid af op twee decimalen.

Artikel 32 De verdeling van het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de berekening van het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

1. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar, per criterium voor de criteria leeftijd en geslacht, FKG GGZ, DKG GGZ, AVI, GGZ-regio, SES, PPA, GGZ-MHK en ZVZ de gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2017 per klasse met het geraamde aantal verzekerden in de overeenkomstige klasse.
2. Het Zorginstituut sommeert de producten uit het eerste lid per zorgverzekeraar.
3. Het resultaat van het tweede lid wordt aangeduid als het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2017.

Artikel 33 Gewichten voor het deelbedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg

1. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag langdurige geestelijke gezondheidszorg gaat het Zorginstituut uit van de gewichten genoemd in bijlage 2 van de Regeling.
2. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag langdurige geestelijke gezondheidszorg hanteert het Zorginstituut voor verzekerden woonachtig in het buitenland voor de volgende criteria de volgende gewichten als uitgangspunten:
 - a. 50% van het gewicht voor de FKG GGZ klasse 'Geen FKG psychische aandoeningen';
 - b. 45% van het gewicht voor de DKG GGZ klasse 'Geen DKG psychische aandoeningen';
 - c. 0% van het gewicht voor de klasse 'Geen ZVZ';
 - d. 75% van het gewicht voor de IGG GGZ klasse 'Geen IGG'.
3. Het Zorginstituut rondt de gewichten uit het vorige lid af op twee decimalen.

Artikel 34 De verdeling van het macro-deelbedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg en de berekening van het deelbedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg

1. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar, per criterium voor de criteria leeftijd en geslacht, FKG GGZ, DKG GGZ, AVI, GGZ-regio, SES, PPA, GGZ-MHK, ZVZ en IGG de gewichten langdurige geestelijke gezondheidszorg 2017 per klasse met het geraamde aantal verzekerden in de overeenkomstige klasse.
2. Het Zorginstituut sommeert de producten uit het eerste lid per zorgverzekeraar.
3. Het resultaat van het tweede lid wordt aangeduid als het deelbedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg 2017.

Artikel 35 Gewichten en forfaitair bedrag voor de opbrengst van het eigen risico

1. Voor de berekening van de normatieve eigen risico opbrengst voor verzekerden die zowel in de FKG klasse 'Geen FKG', de DKG klasse 'Geen DKG', de HKG klasse 'Geen HKG', de MHK klasse 'Geen MHK', als in de FDG klasse 'Geen FDG' vallen, gaat het Zorginstituut uit van de gewichten genoemd in bijlage 3 van de Regeling.
2. Voor de berekening van de normatieve eigen risico opbrengst voor verzekerden die niet zowel in de FKG klasse 'Geen FKG', de DKG klasse 'Geen DKG', de HKG klasse 'Geen HKG', de MHK klasse 'Geen MHK' als in de FDG klasse 'Geen FDG' vallen, hanteert het Zorginstituut de geraamde opbrengst per verzekerde van 349,27 euro, zoals genoemd in artikel 9 van Regeling als uitgangspunt.

Artikel 36 De berekening van de normatieve eigen risico opbrengst

1. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar, per criterium voor de criteria leeftijd en geslacht, AVI en regio de gewichten eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico 2017 per klasse met het geraamde aantal verzekerden in de overeenkomstige klasse.

2. Het Zorginstituut sommeert de producten uit het eerste lid per zorgverzekeraar.
3. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar de geraamde opbrengst per verzekerde met het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder dat niet zowel in de FKG klasse 'Geen FKG', de DKG klasse 'Geen DKG', de HKG klasse 'Geen HKG', de MHK klasse 'Geen MHK', als in de FDG klasse 'Geen FDG' valt. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tweede lid.
4. Voor de toepassing van artikel negen, eerste lid van de Regeling, vermindert het Zorginstituut per zorgverzekeraar de uitkomst van het derde lid met 0,06591 procent.
5. Het resultaat van het vierde lid wordt aangeduid als normatieve eigen risico opbrengst 2017.

Artikel 37 De berekening van het normatieve bedrag en de berekening en toekenning van de vereveningsbijdrage

1. Het Zorginstituut berekent het normatieve bedrag 2017 van een zorgverzekeraar als de som van het op grond van het in dit hoofdstuk berekende deelbedrag variabele zorgkosten 2017, het deelbedrag vaste zorgkosten 2017, het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2017 en het deelbedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg 2017.
2. Het Zorginstituut berekent de opbrengst van de nominale rekenpremie 2017 per zorgverzekeraar door de geraamde aantallen verzekerden van achttien jaar en ouder 2017 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2017.
3. Voor de toepassing van artikel acht, derde lid van de Regeling, vermindert het Zorginstituut het resultaat van het tweede lid met 0,06591 procent.
4. Het Zorginstituut berekent de vereveningsbijdrage 2017 voor een zorgverzekeraar door op het normatieve bedrag 2017, bedoeld in het eerste lid, de normatieve eigen risico opbrengst 2017 zoals bepaald in artikel 36, vijfde lid en de op grond van het tweede en derde lid berekende opbrengst van de nominale rekenpremie 2017 in mindering te brengen.
5. Het Zorginstituut berekent per zorgverzekeraar de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar 2017. Deze uitkering bedraagt het aantal geraamde verzekerden jonger dan achttien jaar vermenigvuldigd met € 41,00.
6. Het Zorginstituut kent de vereveningsbijdrage 2017 ter hoogte van de bijdrage berekend in het vierde lid, aangevuld met het bedrag, berekend in het vijfde lid, aan de zorgverzekeraar toe.

Artikel 38 Herberekeningen als gevolg van splitsing van de zorgverzekeraar

Indien een zorgverzekeraar na de toekenning van de vereveningsbijdrage 2017 besluit zich te splitsen, verzoekt het Zorginstituut de zorgverzekeraar om mee te delen hoe naar zijn verwachting de geraamde verzekerdenaantallen 2017 verdeeld zullen worden, over nieuwe dan wel bestaande zorgverzekeraars als gevolg van de splitsing. Het Zorginstituut kan de toegekende vereveningsbijdrage herzien en bijdragen aan nieuwe dan wel bestaande zorgverzekeraars toekennen, rekening houdend met de meegedeelde geraamde verzekerdenaantallen en het tijdstip waarop de splitsing wordt gerealiseerd.

Artikel 39 De herberekening en herziening van de toegekende bijdrage 2017

1. Het Zorginstituut herberekent de toekenning van de vereveningsbijdrage op basis van de werkelijke verzekerdenaantallen 2017 volgens de opgaven van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut op 7 maart 2017.
2. Het Zorginstituut voert de herberekening van de toegekende vereveningsbijdrage 2017 als volgt uit: Het Zorginstituut deelt per zorgverzekeraar het totaal aantal verzekerden uit de opgaven in het eerste lid door het geraamde totaal aantal verzekerden 2017 en vermenigvuldigt per zorgverzekeraar de uitkomst hiervan met de vereveningsbijdrage 2017, zoals toegekend op grond van artikel 37, zesde lid.
3. Het Zorginstituut herziert de op grond van artikel 37, zesde lid, toegekende vereveningsbijdrage 2017 overeenkomstig de herberekening uit het tweede lid.



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

Artikel 40 Algemene bepaling verzekerdenaantallen

1. Het Zorginstituut betreft de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast over 2017 bij de vaststelling van de verzekerdenaantallen 2017.
2. Het Zorginstituut bepaalt de verzekerdenaantallen 2017 met inachtneming van het bepaalde in dit artikel en met inachtneming van artikel 5, 6, 7 en 8.
3. Het Zorginstituut baseert zich bij de bepaling van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar op het VPPKB 2017, zoals de zorgverzekeraars dat hebben aangeleverd op 1 juni 2018.
4. Het Zorginstituut deelt verzekerden zonder burgerservicenummer en verzekerden zonder geverifieerd burgerservicenummer uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht, regio en GGZ-regio.
5. Wanneer een verzekerde bij meerdere zorgverzekeraars tegelijkertijd is ingeschreven, past het Zorginstituut artikel 11 van de Regeling toe.

Artikel 41 Leeftijd en geslacht

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium leeftijd en geslacht per zorgverzekeraar op:
 - a. het PKB 2017;
 - b. het VPPKB 2017, indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2017.
2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de opgaven, bedoeld in het eerste lid en een koppeling met het VPPKB 2017 per verzekerde in welke leeftijd en geslachtsklasse de verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 42 FKG's

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium FKG's per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in FKG klassen 2017 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 1 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave per 1 juni 2017 van declaraties farmaceutische hulp 2016 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut;
 - c. de opgave per 1 juni 2018 van declaratiegegevens add-ons geneesmiddelen 2016 van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.
2. Het Zorginstituut koppelt de opgaven bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2017 en bepaalt op basis hiervan met inachtneming van artikel 10, tweede lid van de Regeling en bijlage 1 van deze Beleidsregels, in welke FKG klassen de verzekerde valt.
3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen FKG' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen FKG' in.

Artikel 43 DKG's

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium DKG's per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in DKG klassen 2017 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 2 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraar aan het Zorginstituut per 1 juni 2018 van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle dbc's die in 2016 geopend zijn.
 - c. de opgave van de zorgverzekeraar aan het Zorginstituut per 1 juni 2017 van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle dbc's die in 2015 geopend zijn.
2. Het Zorginstituut koppelt de opgaven, bedoeld in het vorige lid, onderdeel b en c, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2017 en bepaalt op basis hiervan met inachtneming van bijlage 2 van deze Beleidsregels per verzekerde in welke DKG klasse '1' tot en met '15' de verzekerde wordt ingedeeld. Als de verzekerde in meerdere DKG klassen valt, deelt het Zorginstituut de verzekerde in de hoogste voor hem toepasselijke DKG klasse in.

3. Als een verzekerde niet in een klasse '1' tot en met '15' is ingedeeld, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in bij klasse 'Geen DKG'.

Artikel 44 HKG's

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium HKG's per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in de HKG klassen 2017 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 3 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave per 1 juni 2017 van declaraties hulpmiddelen 2016 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.
2. Het Zorginstituut koppelt de opgave, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2016 en bepaalt op basis hiervan met inachtneming van bijlage 3 van deze Beleidsregels in welke HKG klasse de verzekerde wordt ingedeeld. Als de verzekerde in meerdere HKG klassen valt, deelt het Zorginstituut de verzekerde in de hoogste voor hem toepasselijke HKG klasse in.
3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen HKG' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen HKG' in.

Artikel 45 AVI

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium AVI per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de indeling op de indeling in AVI klassen 2017 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 4 van deze Beleidsregels;
 - b. de leeftijd op het PKB 2017;
 - c. de leeftijd in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2017 op het VPPKB 2017;
 - d. de zelfstandigen op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst naar inkomensbron over 2017, met peildatum 30 juni 2017;
 - e. de duurzaam en volledig arbeidsongeschikten, de overige arbeidsongeschikten, de bijstandsgerechtigden, de werklozen en de loontrekkers op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron over 2017, met peildatum 30 juni 2017;
 - f. de duurzaam en volledig arbeidsongeschikten, de arbeidsongeschikten, de bijstandsgerechtigden en de referentiegroep indien de opgave van het UWV betreffende een gemeente onvoldoende gegevens bevat op de gegevens over 2017, met als peildatum 30 juni 2017 voor verzekerden uit die gemeente. Het Zorginstituut hanteert per verzekerde voor de gepseudonimiseerde opgave van de Belastingdienst dezelfde peildatum als het gebruikt voor de opgave van het UWV;
 - g. de studenten en de hoogopgeleiden op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2017.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid onderdeel b tot en met g, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2017 en bepaalt op basis hiervan met inachtneming van artikel 10, derde lid van de Regeling en bijlage 4 van deze Beleidsregels per verzekerde in welke AVI klasse de verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 46 Regio

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium regio per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de indeling op de in regioklassen zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 5 van deze Beleidsregels;
 - b. de viercijferige postcode op het PKB 2017;
 - c. de viercijferige postcode indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2017 op het VPPKB 2017.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2017 en bepaalt op basis hiervan met inachtneming van bijlage 5 van deze Beleidsregels, per verzekerde in welke regioklasse de verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 47 SES

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium SES per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de leeftijd op het PKB 2017;
 - b. de leeftijd in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2017 op het VPPKB 2017;
 - c. het inkomen op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst over 2015;
 - d. het inkomen in het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave over 2015 op de opgave over 2016;
 - e. de adresgegevens op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst over 2017;
 - f. de adresgegevens in het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave van de Belastingdienst op het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2017 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB op het VPPKB 2017;
 - g. de adresgegevens op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst over 2016;
 - h. de adresgegevens in het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave van de Belastingdienst op het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2016 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB op het VPPKB 2016;
 - i. bewoners op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2017 en op de opgave DUO met peildatum 1 juni 2016.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2017 en bepaalt op basis hiervan met inachtneming van artikel 10, zevende lid van de Regeling per verzekerde in welke SES klasse de verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 48 PPA

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium PPA per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de leeftijd op het PKB 2017;
 - b. de leeftijd in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2017 op het VPPKB 2017;
 - c. de adresgegevens op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst 2017;
 - d. de adresgegevens in het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave van de Belastingdienst op het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2017 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB op het VPPKB 2017;
 - e. de adresgegevens op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst over 2016;
 - f. de adresgegevens in het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave van de Belastingdienst op het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2016 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB op het VPPKB 2016;
 - g. bewoners op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2017 en op de opgave DUO met peildatum 1 juni 2016.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2017 en bepaalt op basis hiervan met inachtneming van artikel 10, zesde lid van de Regeling, per verzekerde in welke PPA klasse de verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 49 MHK

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium MHK per zorgverzekeraar op:
 - a. declaraties 2014 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de deelbedragen variabele kosten van medisch-specialistische zorg en de kosten van overige prestaties tot en met 31 december 2016, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2017 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - b. declaraties 2015 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de deelbedragen variabele kosten van medisch-specialistische zorg en de kosten van overige prestaties tot en met 31 december 2017, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2018 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - c. declaraties 2016 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten exclusief declaraties voor geriatrische revalidatiezorg, zoals zorgverzekeraars die op

1 mei 2018 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
d. het VPPKB 2014, het VPPKB 2015 en het VPPKB 2016.

2. Het Zorginstituut herleidt de percentages van de risicoklassen MHK met betrekking tot 2014, 2015 en 2016 tot respectievelijk drempelbedragen MHK 2014, 2015 en 2016.
3. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de declaraties uit het eerste lid, de drempelbedragen uit het vorige lid en een koppeling met het VPPKB 2017 in welke MHK klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
4. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen MHK' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen MHK' in.

Artikel 50 FDG

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium FDG per zorgverze-
raar op:
 - a. de indeling in FDG klassen 2017 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 6 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave per 1 juni 2017 van declaraties fysiotherapie en oefentherapie 2016 per gepseudoni-
miseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut;
 - c. het VPPKB 2016.
2. Het Zorginstituut koppelt de declaraties, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservice nummer aan het VPPKB 2017 en bepaalt op basis hiervan met inachtneming van bijlage 6 van deze Beleidsregels, per verzekerde in welke FDG klasse de verzekerde valt. Als de verzekerde in meerdere FDG klassen valt, deelt het Zorginstituut de verzekerde in de hoogste voor hem toepasselijke FDG klasse in.
3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen FDG' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in bij de klasse 'Geen FDG'.

Artikel 51 VGG

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium VGG per zorgverze-
raar op:
 - a. declaraties 2016 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van verpleging en verzorging, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2018 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - b. het VPPKB 2016.
2. Het Zorginstituut herleidt de percentages in de VGG klassen tot drempelbedragen.
3. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de declaraties uit het eerste lid, onderdeel a, de drempelbe-
dragen uit het vorige lid en een koppeling met het VPPKB 2017 per verzekerde in welke VGG klasse de verzekerde wordt ingedeeld.
4. Het Zorginstituut deelt op grond van artikel 10, achtste lid, van de Regeling verzekerden met kosten gelijk aan de drempelbedragen naar rato in bij de betreffende klassen.
5. Indien de percentielgrens gelijk is aan nul euro deelt het Zorginstituut, op grond van artikel 10, negende lid van de Regeling, verzekerden met kosten op de percentielgrens in bij de klasse 'Geen VGG'.
6. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen VGG' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in bij de klasse 'Geen VGG'.

Artikel 52 GGG

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium GGG per zorgverze-
raar op:
 - a. declaraties 2016 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor kosten geriatrische revalidatiezorg, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2018 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - b. het VPPKB 2016.

2. Het Zorginstituut herleidt het percentage in de klasse 'GGG kosten in top 0,275 procent' tot een drempelbedrag.
3. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de declaraties uit het eerste lid, onderdeel a, het drempelbedrag uit het vorige lid en een koppeling met het VPPKB 2017 per of de verzekerde in de klasse 'GGG kosten in top 0,275 procent' valt.
4. Het Zorginstituut deelt op grond van artikel 10, achtste lid, van de Regeling verzekerden met kosten gelijk aan het drempelbedrag naar rato in bij de betreffende klassen.
5. Indien de percentielgrens gelijk is aan nul euro deelt het Zorginstituut, op grond van artikel 10, negende lid, van de Regeling, verzekerden met kosten op de percentielgrens in bij de klasse 'Geen GGG'.
6. Als een verzekerde niet in de klasse 'Kosten in top 0,275 procent' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in bij klasse 'Geen GGG'.

Artikel 53 GSM

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium GSM per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de leeftijd op het PKB 2017;
 - b. de leeftijd in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2017 op het VPPKB 2017;
 - c. morbiditeit op het aantal verzekerden dat niet is ingedeeld in zowel de FKG klasse 'Geen FKG', de DKG klasse 'Geen DKG', de HKG klasse 'Geen HKG', de MHK klasse 'Geen MHK' als de FDG klasse 'Geen FDG'.
2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a en b, de morbiditeit, bedoeld in het eerste lid, onderdeel c en een koppeling met het VPPKB 2017 per verzekerde, in welke GSM klasse de verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 54 FKG GGZ

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium FKG GGZ per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in FKG GGZ 2017 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 7 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave per 1 juni 2017 van declaraties farmaceutische hulp 2016 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.
2. Het Zorginstituut koppelt de opgave bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2017 en bepaalt op basis hiervan met inachtneming van artikel 10, vierde lid van de Regeling en bijlage 7 van deze Beleidsregels in welke FKG GGZ klassen de verzekerde wordt ingedeeld.
3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen FKG psychische aandoeningen' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen FKG psychische aandoeningen' in.

Artikel 55 DKG GGZ

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium DKG GGZ per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in DKG GGZ 2017 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 8 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraar aan het Zorginstituut per 1 juni 2018 van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle dbc's GGZ die in 2016 geopend zijn;
 - c. declaraties 2015 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2017, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2018 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
2. Het Zorginstituut koppelt op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer de opgave, bedoeld in het vorige lid, onderdeel b aan het VPPKB en betreft daarbij de opgave, bedoeld in het vorige lid, onderdeel c. Het Zorginstituut bepaalt op basis hiervan met inachtneming van bijlage 8 van deze Beleidsregels per verzekerde in welke DKG GGZ klasse de verzekerde valt. Als de verzekerde in meerdere DKG GGZ klassen valt, deelt het Zorginstituut de verzekerde in de hoogste voor hem toepasselijke DKG GGZ klasse in.



3. Als een verzekerde niet in een klasse '1' tot en met '5' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen DKG psychische aandoeningen' in.

Artikel 56 GGZ-regio

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium GGZ-regio per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de indeling op GGZ regio klassen 2017 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 9 van deze Beleidsregels;
 - b. de viercijferige postcode op het PKB 2017;
 - c. de viercijferige postcode indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2017 op het VPPKB 2017.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid onderdeel b en c, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2017 en bepaalt op basis hiervan en met inachtneming van bijlage 9 van deze Beleidsregels per verzekerde in welke GGZ-regioklasse de verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 57 GGZ-MHK

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium GGZ-MHK per zorgverzekeraar op:
 - a. declaraties 2012 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2014, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2016 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - b. declaraties 2013 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2015, zoals zorgverzekeraars die op 23 september 2016 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - c. declaraties 2014 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2016, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2017 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - d. declaraties 2015 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2017, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2018 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - e. declaraties 2016 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2018 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - f. het VPPKB 2012, VPPKB 2013, VPPKB 2014, het VPPKB 2015 en het VPPKB 2016.
2. Het Zorginstituut herleidt de percentages van de risicoklassen GGZ-MHK met betrekking tot 2012, 2013, 2014, 2015 en 2016 tot respectievelijk drempelbedragen GGZ-MHK 2012, 2013, 2014, 2015 en 2016.
3. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de declaraties genoemd in het eerste lid, de drempelbedragen uit het vorige lid en een koppeling met het VPPKB 2017 in welke GGZ-MHK klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
4. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen GGZ-MHK' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen GGZ-MHK' in.

Artikel 58 ZVZ

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium ZVZ per zorgverzekeraar op de opgave van de zorgverzekeraar aan het Zorginstituut per 1 juni 2018 van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met een versleutelde ZVZ-i van alle dbc's GGZ die in 2016 geopend zijn.
2. Het Zorginstituut koppelt op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer de opgave uit het vorige lid aan het VPPKB 2017. Het Zorginstituut bepaalt per verzekerde in welke ZVZ klasse de verzekerde valt. Als de verzekerde in meerdere ZVZ klassen valt, deelt het Zorginstituut de verzekerde in de hoogste voor hem toepasselijke ZVZ klasse in.
3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen ZVZ' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen ZVZ' in.

Artikel 59 IGG

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium IGG per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in IGG klassen zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 10 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraar aan het Zorginstituut per 1 juni 2018 van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle dbc's GGZ die in 2016 geopend zijn;
 - c. declaraties langdurige GGZ 2016 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2018 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - d. declaraties langdurige GGZ 2015 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2018 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
2. Het Zorginstituut koppelt de declaraties, bedoeld in het vorige lid, onderdeel b, c en d op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2017 en bepaalt op basis hiervan met inachtneming van bijlage 10 van deze Beleidsregels in welke IGG klasse de verzekerde valt. Als de verzekerde in meerdere IGG klassen valt, deelt het Zorginstituut de verzekerde in de hoogste voor hem toepasselijke IGG klasse in.
3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen IGG' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen IGG' in.

Artikel 60 De voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele zorgkosten 2017

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2017 per 1 mei 2018 en met inachtneming van de artikelen 13, 14 en 15 van de Regeling bepaalt het Zorginstituut de variabele zorgkosten 2017 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Het Zorginstituut herberekent het gewicht van de klasse 'Geen FKG' zodanig dat het voor de klassen 'Auto-immuunziekten o.b.v. add-on', 'Kanker o.b.v. add on' 'Extreem hoge kosten cluster 1', 'Extreem hoge kosten cluster 2' en 'Extreem hoge kosten cluster 3' gesommeerde verschil tussen de vermenigvuldiging van het gerealiseerde aantal verzekerden met het gewicht in tabel 1.2 van de Regeling en de vermenigvuldiging van het bij toekenning van de vereveningsbijdrage verwachte aantal verzekerden met het gewicht in tabel 1.2 van de Regeling, teniet wordt gedaan. Het Zorginstituut rondt het herberekende gewicht af op twee decimalen.
3. Het Zorginstituut herberekent het gewicht voor elke klasse van het vereveningscriterium DKG's zodanig dat per klasse het resultaat van de vermenigvuldiging van het herberekende gewicht met het gerealiseerde aantal verzekerden gelijk is aan het resultaat van de vermenigvuldiging van het gewicht in tabel 1.3 van de Regeling met het bij toekenning van de vereveningsbijdragen verwachte aantal verzekerden. Het Zorginstituut rondt de herberekende gewichten af op twee decimalen.
4. Het Zorginstituut herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 40 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag variabele zorgkosten 2017 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, overeenkomstig artikel 28 en 29, alsmede voor het totaal van de verzekerden 2017 van alle zorgverzekeraars.
5. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor variabele zorgkosten 2017 door de variabele zorgkosten 2017 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald in het eerste lid, te delen door het in het vierde lid herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2017 voor het totaal van de verzekerden 2017 van alle zorgverzekeraars.
6. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2017 uit het vierde lid met de schalingsfactor berekend in het vijfde lid.
7. Het Zorginstituut 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 ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.
8. Het Zorginstituut 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 Zorginstituut 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 variabele zorgkosten 2017.

Artikel 61 De voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2017

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2017 per 1 mei 2018 en met inachtneming van de artikelen 13, 14 en 16 van de Regeling bepaalt het Zorginstituut de vaste zorgkosten 2017 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk.
2. Het Zorginstituut herberekent het deelbedrag vaste zorgkosten door het totaal aantal verzekerden 2017 per zorgverzekeraar, vastgesteld met toepassing van artikel 40 te vermenigvuldigen met het normbedrag vaste zorgkosten 2017, berekend in artikel 30, eerste lid.
3. Het Zorginstituut calculeert per zorgverzekeraar 100 procent na op het verschil tussen de vaste zorgkosten 2017, 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 2017.

Artikel 62 De voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2017

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2017 per 1 mei 2018 en met inachtneming van de artikelen 13 en 14 van de Regeling, bepaalt het Zorginstituut de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2017 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Het Zorginstituut herberekent het gewicht kosten van geneeskundige GGZ per verzekerde voor de ZVZ klasse 'Geen ZVZ' door het totaal aantal verzekerden in een andere klasse dan 'Geen ZVZ' per ZVZ klasse te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden in de ZVZ klasse 'Geen ZVZ', dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
3. Het Zorginstituut herberekent met inachtneming van het op grond van artikel 40 bepaalde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2017 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, overeenkomstig artikel 31 en 32, alsmede voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar en ouder 2017 van alle zorgverzekeraars.
4. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2017 voor verzekerden van achttien jaar en ouder 2017 door de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2017 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald in het eerste lid, te delen door het in het derde lid herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2017 voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar en ouder 2017 van alle zorgverzekeraars.
5. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige gezondheidszorg 2017 uit het derde lid met de schalingsfactor berekend in het vierde lid.
6. Het Zorginstituut berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen de uitkomst van de vermenigvuldiging uit het vijfde lid en het herberekende normatieve bedrag uit het derde lid en deelt dit verschil door het totaal aantal bij alle zorgverzekeraars ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.
7. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat van het zesde lid met het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven.
8. Het Zorginstituut vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar berekend in het vijfde lid met het product voor die zorgverzekeraar berekend in het zevende lid. Het resultaat wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2017.



Artikel 63 De voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten langdurige geestelijke gezondheidszorg 2017

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2017 per 1 mei 2018 en met inachtneming van de artikelen 13 en 14 van de Regeling, bepaalt het Zorginstituut de kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg 2017 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Het Zorginstituut herberekent het gewicht kosten van langdurige GGZ per verzekerde voor de ZVZ klasse 'Geen ZVZ' door het totaal aantal verzekerden in een andere klasse dan 'Geen ZVZ' per ZVZ klasse te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden in de ZVZ klasse 'Geen ZVZ', dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
3. Het Zorginstituut herberekent het gewicht kosten van langdurige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder per verzekerde voor de IGG klasse 'Geen IGG' door het totaal aantal verzekerden in een andere klasse dan 'Geen IGG' per IGG klasse te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden voor de klasse 'Geen IGG', dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
4. Het Zorginstituut herberekent met inachtneming van het op grond van artikel 40 bepaalde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder het normatieve bedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg 2017 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, overeenkomstig artikel 33 en 34, alsmede voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar en ouder 2017 van alle zorgverzekeraars.
5. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg 2017 voor verzekerden van achttien jaar en ouder 2017 door de kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg 2017 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 langdurige geestelijke gezondheidszorg 2017 voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar en ouder 2017 van alle zorgverzekeraars.
6. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag kosten van langdurige gezondheidszorg 2017 uit het vierde lid met de schalingsfactor berekend in het vijfde lid.
7. Het Zorginstituut 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 Zorginstituut 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 Zorginstituut 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 langdurige geestelijke gezondheidszorg 2017.

Artikel 64 De voorlopige herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico 2017

1. Uitgangspunt voor de herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico zijn de opgaven, bedoeld in artikel 40, derde lid, van de verzekerdenaantallen van de zorgverzekeraar.
2. Het Zorginstituut herberekent overeenkomstig artikel 35 en 36 de normatieve eigen risico opbrengst 2017.
3. In afwijking van het tweede lid bepaalt het Zorginstituut de gedeelde 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 2017 per 1 mei 2018.

Artikel 65 De voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2017 en de voorlopige herberekening en voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage 2017

1. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag 2017 voorlopig als de som van het voorlopige herberekende deelbedrag variabele zorgkosten 2017, het voorlopige herberekende deelbedrag vaste zorgkosten 2017, het voorlopig herberekende deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en het voorlopig herberekende deelbedrag langdurige geestelijke gezondheidszorg 2017.
2. Het Zorginstituut berekent de opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de verzekerden van achttien jaar en ouder 2017 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2017.
3. Het Zorginstituut vermindert het resultaat van het tweede lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in de opgave jaarstaat 2017 per 1 mei 2018 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.
4. Het Zorginstituut 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 2017 te vermenigvuldigen met € 41,00.
5. Het Zorginstituut herberekent de vereveningsbijdrage 2017 voorlopig door de som van het herberekende normatieve bedrag 2017, bedoeld in het eerste lid en de aanvulling voor uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar, bedoeld in het vorige lid, te verminderen met de voorlopig herberekende normatieve eigen risico opbrengst, bedoeld in artikel 64, en de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in het tweede en derde lid.
6. Het Zorginstituut stelt de vereveningsbijdrage 2017 in september 2018 voorlopig vast ter hoogte van de in het vorige lid berekende bijdrage.

HOOFDSTUK IV DE TWEDE VOORLOPIGE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE 2017 VOOR EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 66 Algemene bepaling

Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag voor de tweede keer voorlopig met inachtneming van de kosten 2017 uit de opgave jaarstaat 2019 per 1 mei 2020, de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast en de bepalingen uit dit hoofdstuk.

Artikel 67 Bepaling van de verzekerdenaantallen 2017

1. Het Zorginstituut betreft de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast bij de verzekerdenaantallen 2017, zoals berekend op grond van artikel 40.
2. Voor het criterium SES betreft het Zorginstituut voor het inkomen de opgave van de Belastingdienst over 2016 bij de verzekerdenaantallen. Indien een verzekerde niet is opgenomen in de opgave over 2016, maakt het Zorginstituut gebruik van de opgave over 2017.
3. Voor het criterium MHK betreft het Zorginstituut bij de verzekerdenaantallen de declaraties 2016 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten exclusief declaraties geriatrische revalidatiezorg tot en met 31 december 2018, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2019 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
4. Voor het criterium VGG betreft het Zorginstituut bij de verzekerdenaantallen de declaraties voor het deelbedrag verpleging en verzorging 2016 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2018, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2019 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
5. Voor het criterium GGG betreft het Zorginstituut bij de verzekerdenaantallen de declaraties geriatrische revalidatiezorg 2016 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2018, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2019 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
6. Voor het criterium GGZ-MHK betreft het Zorginstituut bij de verzekerdenaantallen de declaraties 2016 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskun-



dige GGZ tot en met 31 december 2018, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2019 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.

7. Voor het criterium IGG betreft het Zorginstituut bij de verzekerdenaantallen de declaraties langdurige GGZ 2017 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer, zoals zorgverzekeraars die op 1 juni 2019 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.

Artikel 68 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele zorgkosten 2017

1. Het Zorginstituut bepaalt met inachtneming van de artikelen 13, 14 en 15 van de Regeling, de variabele zorgkosten 2017 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Het Zorginstituut herberekent het gewicht van de klasse 'Geen FKG' zodanig dat het voor de klassen 'Auto-immuunziekten o.b.v. add-on', 'Kanker o.b.v. add on' 'Extreem hoge kosten cluster 1', 'Extreem hoge kosten cluster 2' en 'Extreem hoge kosten cluster 3' gesommeerde verschil tussen de vermenigvuldiging van het gerealiseerde aantal verzekerden met het gewicht in tabel 1.2 van de Regeling en de vermenigvuldiging van het bij toekenning van de vereveningsbijdrage verwachte aantal verzekerden met het gewicht in tabel 1.2 van de Regeling, teniet wordt gedaan. Het Zorginstituut rondt het herberekende gewicht af op twee decimalen.
3. Het Zorginstituut herberekent het gewicht voor elke klasse van het vereveningscriterium DKG's zodanig dat per klasse het resultaat van de vermenigvuldiging van het herberekende gewicht met het gerealiseerde aantal verzekerden gelijk is aan het resultaat van de vermenigvuldiging van het gewicht in tabel 1.3 van de Regeling met het bij toekenning van de vereveningsbijdragen verwachte aantal verzekerden. Het Zorginstituut rondt de herberekende gewichten af op twee decimalen.
4. Het Zorginstituut herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 67 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag variabele zorgkosten 2017 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, overeenkomstig artikel 28 en 29, alsmede voor het totaal van de verzekerden 2017 van alle zorgverzekeraars.
5. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor variabele zorgkosten 2017 door de variabele zorgkosten 2017 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald in het eerste lid, te delen door het in het vierde lid herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2017 voor het totaal van de verzekerden 2017 van alle zorgverzekeraars.
6. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2017 uit het vierde lid met de schalingsfactor berekend in het vijfde lid.
7. Het Zorginstituut 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 Zorginstituut 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 Zorginstituut vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar berekend in het zesde lid met het product voor die zorgverzekeraar berekend in het achtste lid. Het resultaat wordt aangeduid als het tweede voorlopige herberekende deelbedrag variabele zorgkosten 2017.

Artikel 69 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2017

Het Zorginstituut herberekent voor de tweede keer voorlopig het deelbedrag vaste zorgkosten 2017 overeenkomstig artikel 61, met inachtneming van artikel 66 en 67.

Artikel 70 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2017

1. Het Zorginstituut bepaalt met inachtneming van artikel 13 en 14 van de Regeling, de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2017 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.

2. Het Zorginstituut herberekent het gewicht kosten van geneeskundige GGZ per verzekerde voor de ZVZ klasse 'Geen ZVZ' door het totaal aantal verzekerden in een andere klasse dan 'Geen ZVZ' per ZVZ klasse te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van deze producten vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden in de ZVZ klasse 'Geen ZVZ', dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
3. Het Zorginstituut herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 67 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2017 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, overeenkomstig artikel 31 en 32, alsmede voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar en ouder 2017 van alle zorgverzekeraars.
4. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2017 door de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2017 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald in het eerste lid, te delen door het in het derde lid herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2017 voor het totaal van alle zorgverzekeraars.
5. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars, het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige gezondheidszorg uit het derde lid met de schalingsfactor berekend in het vierde lid.
6. Het Zorginstituut berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen de uitkomst van de vermenigvuldiging uit het vijfde lid en het herberekende normatieve bedrag uit het derde lid en deelt dit verschil door het totaal aantal bij alle zorgverzekeraars ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.
7. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat van het zesde lid met het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven.
8. Het Zorginstituut vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar berekend in het vijfde lid met het product voor die zorgverzekeraar berekend in het zevende lid. Het resultaat wordt aangeduid als het tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2017.

Artikel 71 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag langdurige geestelijke gezondheidszorg 2017

1. Het Zorginstituut bepaalt met inachtneming van artikel 13 en 14 van de Regeling, de kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg 2017 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Het Zorginstituut herberekent het gewicht kosten van langdurige GGZ per verzekerde voor de ZVZ klasse 'Geen ZVZ' door het totaal aantal verzekerden in een andere klasse dan 'Geen ZVZ' per ZVZ klasse te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van deze producten vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden in de ZVZ klasse 'Geen ZVZ', dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
3. Het Zorginstituut herberekent het gewicht kosten van langdurige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder per verzekerde voor de IGG klasse 'Geen IGG' door het totaal aantal verzekerden in een andere klasse dan 'Geen IGG' per IGG klasse te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van deze producten vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden voor de klasse 'Geen IGG', dat af te ronden op twee decimalen en van een negatief teken te voorzien.
4. Het Zorginstituut herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 67 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg 2017 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, overeenkomstig artikel 33 en 34 alsmede voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar en ouder 2017 van alle zorgverzekeraars.
5. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg 2017 door de kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg 2017 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 langdurige geestelijke gezondheidszorg 2017 voor het totaal van alle zorgverzekeraars.

6. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars, het herberekende normatieve bedrag kosten van langdurige gezondheidszorg uit het vierde lid met de schalingsfactor berekend in het vijfde lid.
7. Het Zorginstituut 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 Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar de uitkomst 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 Zorginstituut vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar berekend in het zesde lid met het product voor die zorgverzekeraar berekend in het achtste lid. Het resultaat wordt aangeduid als het tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg 2017.

Artikel 72 De tweede voorlopige herberekening van de normatieve eigen risico opbrengst 2017

Het Zorginstituut herberekent voor de tweede keer voorlopig de normatieve eigen risico opbrengst 2017 overeenkomstig artikel 64, met inachtneming van artikel 66 en 67.

Artikel 73 De tweede voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2017 en de tweede voorlopige herberekening en de vaststelling van de vereveningsbijdrage 2017

1. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag 2017 voor de tweede keer voorlopig als de som van het tweede voorlopige deelbedrag variabele zorgkosten 2017, het tweede voorlopige deelbedrag vaste zorgkosten 2017, het tweede voorlopige deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2017 en het tweede voorlopige deelbedrag langdurige geestelijke gezondheidszorg 2017.
2. Het Zorginstituut berekent 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 2017.
3. Het Zorginstituut vermindert de uitkomst van het tweede lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in zijn jaarstaat 2017 per 1 mei 2018 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.
4. Het Zorginstituut 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 € 41,00.
5. Het Zorginstituut berekent de vereveningsbijdrage 2017 voor de tweede keer voorlopig door de som van het tweede voorlopige normatieve bedrag 2017 bedoeld in het eerste lid en de aanvulling voor uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar, bedoeld in het vorige lid, te verminderen met de tweede voorlopige normatieve eigen risico opbrengst, bedoeld in artikel 72 respectievelijk de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in het tweede en derde lid.
6. Het Zorginstituut stelt de vereveningsbijdrage 2017 voor de tweede keer voorlopig vast in september 2020 ter hoogte van de in het vorige lid berekende bijdrage.

HOOFDSTUK V DE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE 2017 VOOR EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 74 Algemene bepaling

Het Zorginstituut herberekent de vereveningsbijdrage definitief met inachtneming van de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft gerapporteerd over de declaraties 2016 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer en kosten 2017 uit de jaarstaat 2019.



Artikel 75 De definitieve herberekening van het deelbedrag variabele zorgkosten 2017

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag variabele zorgkosten 2017 overeenkomstig artikel 68, met inachtneming van artikel 74.

Artikel 76 De definitieve herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2017

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag vaste zorgkosten 2017 overeenkomstig artikel 69, met inachtneming van artikel 74.

Artikel 77 De definitieve herberekening van het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2017

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2017 overeenkomstig artikel 70, met inachtneming van artikel 74.

Artikel 78 De definitieve herberekening van het deelbedrag langdurige geestelijke gezondheidszorg 2017

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2017 overeenkomstig artikel 71, met inachtneming van artikel 74.

Artikel 79 De definitieve herberekening van de normatieve eigen risico opbrengst 2017

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag normatieve eigen risico opbrengst overeenkomstig artikel 72, met inachtneming van artikel 74.

Artikel 80 De definitieve herberekening van het normatieve bedrag 2017 en de definitieve herberekening en de vaststelling van de bijdrage 2017

1. Het Zorginstituut herberekent definitief het normatieve bedrag 2017 overeenkomstig artikel 73, met inachtneming van artikel 74.
2. Het Zorginstituut stelt de bijdrage 2017 vast in april 2021 ter hoogte van het in het vorige lid definitief berekende normatieve bedrag 2017.

HOOFDSTUK VI DE BETALINGEN AAN DE ZORGVERZEKERAARS

Artikel 81

1. Het Zorginstituut betaalt de zorgverzekeraars de vereveningsbijdrage, bedoeld in artikel 37, vierde lid, uit. Het Zorginstituut maakt bij de betaling onderscheid naar de volgende bestanddelen:
 - a. het deelbedrag variabele zorgkosten 2017;
 - b. het deelbedrag vaste zorgkosten 2017;
 - c. het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2017;
 - d. het deelbedrag langdurige geestelijke gezondheidszorg 2017;
 - e. een aftrekpost voor de normatieve eigen risico opbrengst 2017.
2. Het Zorginstituut betaalt de zorgverzekeraars de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekeren jonger dan achttien jaar, bedoeld in artikel 37, vijfde lid, gelijktijdig met de betaling genoemd in het eerste lid uit.

Artikel 82 Betaling

1. Het Zorginstituut bepaalt per zorgverzekeraar de som van de bestanddelen genoemd in artikel 81, eerste lid, onder a tot en met d en de uitkering, genoemd in artikel 81, tweede lid.
2. Het Zorginstituut berekent per zorgverzekeraar de som van de vereveningsbijdrage 2017, bedoeld in artikel 37, zesde lid en de normatieve eigen risico opbrengst 2017, zoals bepaald in artikel 36, vijfde lid en deelt het resultaat door het resultaat van het eerste lid.
3. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar ieder van de bestanddelen genoemd in artikel 81, eerste lid, onder a tot en met d, en de uitkering bedoeld in artikel 81, 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 zorgkosten 2017;
 - b. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag vaste zorgkosten 2017;
 - c. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2017;
 - d. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag langdurige geestelijke gezondheidszorg 2017;
 - e. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op de uitkering in verband met de uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar.
5. Het Zorginstituut betaalt de netto te betalen bedragen, bedoeld in het vierde lid, onder a tot en met e, verminderd met de aftrekpost voor de normatieve eigen risico opbrengst 2017, bedoeld in artikel 81, eerste lid, onder e, in termijnen op de eerste werkdag van de maand, overeenkomstig onderstaand betalingsschema:

Betalingsschema

	Bestanddelen betalingen			
Betaalmoment	Artikel 82 vierde lid, onder a en b	Artikel 82 vierde lid, onder c en d	Artikel 82 vierde lid, onder e	Artikel 81 eerste lid, onder e
januari 2017	0,73%	0,00%	8,33%	3,47%
februari 2017	2,65%	0,00%	8,33%	8,29%
maart 2017	5,51%	0,81%	8,34%	8,29%
april 2017	6,31%	0,81%	8,33%	8,29%
mei 2017	6,31%	1,01%	8,33%	8,29%
juni 2017	6,31%	1,01%	8,34%	8,29%
juli 2017	7,63%	1,73%	8,33%	6,48%
augustus 2017	7,63%	1,73%	8,33%	6,48%
september 2017	7,63%	1,73%	8,34%	6,48%
oktober 2017	7,63%	2,63%	8,33%	6,48%
november 2017	7,63%	2,63%	8,33%	6,48%
december 2017	7,63%	2,63%	8,34%	6,48%
januari 2018	6,44%	6,94%	0,00%	3,56%
februari 2018	4,92%	6,94%	0,00%	3,56%
maart 2018	4,38%	6,94%	0,00%	3,56%
april 2018	1,76%	6,94%	0,00%	1,09%
mei 2018	1,71%	6,94%	0,00%	1,09%
juni 2018	1,70%	6,94%	0,00%	1,09%
juli 2018	0,98%	6,94%	0,00%	0,50%
augustus 2018	0,98%	6,94%	0,00%	0,50%
september 2018	0,98%	6,94%	0,00%	0,50%
oktober 2018	0,85%	6,94%	0,00%	0,25%
november 2018	0,85%	6,94%	0,00%	0,25%
december 2018	0,85%	6,94%	0,00%	0,25%

6. Voor een zorgverzekeraar die zich op grond van artikel 25 van de wet aanmeldt bij de Nederlandse Zorgautoriteit nadat het Zorginstituut de bijdragen voor de zorgverzekeraars heeft toegekend, kan het Zorginstituut voor die zorgverzekeraar afwijken van de vorige leden.
7. Het Zorginstituut kan, indien naar zijn oordeel uit nieuwe informatie blijkt dat de verwachting is dat bij de eerstvolgende herberekening of herziening van de vereveningsbijdrage, de vereveningsbijdrage meer dan 5 procent hoger zal zijn dan bij de laatst toegekende of voorlopig vastgestelde vereveningsbijdrage, afwijken van de vorige leden en de betalingen aan een zorgverzekeraar aanpassen.

Artikel 83 Aanpassing betalingen

1. Bij de herberekening en herziening van de toegekende vereveningsbijdrage 2017 op grond van artikel 39 herziert het Zorginstituut de te betalen termijnen overeenkomstig artikel 82 voor de eerste keer. Het Zorginstituut 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, herziert het Zorginstituut voor de tweede keer de te betalen termijnen overeenkomstig artikel 82.

Het Zorginstituut 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 Zorginstituut de te betalen termijnen voor de derde keer overeenkomstig artikel 82. Het Zorginstituut 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 Zorginstituut de te betalen termijnen definitief vast overeenkomstig artikel 82. Het Zorginstituut 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 Zorginstituut dat saldo ineens aan de zorgverzekeraar.
6. Indien toepassing van onderscheidenlijk het eerste, tweede, derde en vierde lid, resulteert in een negatief saldo voor de zorgverzekeraar, betaalt de betreffende zorgverzekeraar dat saldo in één keer terug aan het Zorginstituut.

Artikel 84 Rente

1. De zorgverzekeraar en het Zorginstituut zijn over en weer rente verschuldigd en hebben over en weer aanspraak op rente over de verschillen, bedoeld in artikel 83.
2. De rente, bedoeld in het eerste lid, wordt bij de eerste voorlopige, tweede voorlopige en de definitieve vaststelling van de uitkering door het Zorginstituut verwerkt en zo mogelijk verrekend met andere betalingen die uit deze vaststellingen voortvloeien.

Artikel 85 Renteberekening

1. Bij de verrekening van verschillen, bedoeld in artikel 83, tweede, derde en vierde lid, berekent het Zorginstituut 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 83, tweede lid, berekent het Zorginstituut rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 82 en artikel 83, eerste en tweede lid tot de datum van de voorlopige vaststelling van de bijdrage.
3. Bij de verrekening van de verschillen, bedoeld in artikel 83, derde lid, berekent het Zorginstituut rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 83 en artikel 83, 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 83, vierde lid, berekent het Zorginstituut rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 82 en artikel 83 eerste, tweede, derde en vierde lid tot de datum van de definitieve vaststelling van de bijdrage.
5. Voor een zorgverzekeraar waarvoor krachtens artikel 83, zesde en zevende lid, afwijkende betalingen hebben plaatsgevonden, kan het Zorginstituut bij de renteberekening afwijken van de vorige leden.
6. Het Zorginstituut deelt het bedrag dat de zorgverzekeraar heeft terugbetaald op grond van artikel 83, 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 Zorginstituut uit van het gemiddelde van de maandrentes van het Euro Interbank Offered Rate (Euribor tarief) voor driemaands termijngelden zonder onderpand bij toepassing van het eerste tot en met vijfde lid. Voor de laatste kalendermaand vóór de betaling gaat het Zorginstituut 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 VII SLOTBEPALINGEN

Artikel 86 ter inzage leggen referentiebestanden

Het Zorginstituut legt de referentiebestanden, bedoeld in bijlage 1 tot en met 10, te zijner kantore ter inzage en publiceert deze op zijn website.

Artikel 87

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 2016.

Artikel 88

Deze beleidsregels worden aangehaald als: Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2017.

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 12 oktober 2016 onder nummer 1031696-157109-Z



Bijlage 1: Referentiebestand FKG's 2017

Bijlage 2: Referentiebestand DKG's 2017

Bijlage 3: Referentiebestand HKG's 2017

Bijlage 4: Referentiebestand AVI 2017

Bijlage 5: Referentiebestand Regio 2017

Bijlage 6: Referentiebestand FDG 2017

Bijlage 7: Referentiebestand FKG GGZ 2017

Bijlage 8: Referentiebestand DKG GGZ 2017

Bijlage 9: Referentiebestand GGZ Regio 2017

Bijlage 10: Referentiebestand IGG 2017

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 Zorginstituut een bijdrage toekent aan een zorgverzekeraar. Deze bijdrage is de vereveningsbijdrage. In de jaren na afloop van het vereveningsjaar stelt het Zorginstituut 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 2017 vervolgens plaats in de Regeling risicoverevening 2017 (de Regeling). De minister werkt in deze regeling gedetailleerd uit hoe de risicoverevening voor het jaar 2017 zal werken.

De Regeling is een algemeen verbindend voorschrift. Het Zorginstituut kan hiervan niet afwijken bij de uitvoering van de risicoverevening. Bij het opstellen van zijn beleidsregels is het Zorginstituut gebonden aan de door de minister opgestelde Regeling. De beleidsregels van het Zorginstituut zijn uitvoeringsregels. Het Zorginstituut 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 Zorginstituut stelt naar aanleiding van de Regeling zijn beleidsregels voor de toepassing jaarlijks opnieuw vast.

Het proces van toekennen en vaststellen van de bijdrage verloopt volgens een vereveningscyclus. In de vereveningscyclus 2017 kent het Zorginstituut voorafgaand aan het vereveningsjaar 2017 (ex ante) de bijdrage aan de zorgverzekeraars toe. In het voorjaar van 2017 herzielt het Zorginstituut de toekenning bij de zogenoemde 'lenteherberekening'. Na ommekomst van het jaar (ex post) stelt het Zorginstituut de bijdrage vast bij de eerste voorlopige, tweede voorlopige en definitieve vaststelling. Het Zorginstituut 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 Zorginstituut 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 Zorginstituut 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 2017 begint met de vaststelling van de Regeling 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 (gewicht) aan. Na de vaststelling van de Regeling en de vaststelling van de onderhavige beleidsregels door het Zorginstituut vindt ex ante toekenning van de bijdrage aan de zorgverzekeraars plaats in oktober 2016. De ex ante bijdrage berekent het Zorginstituut in drie stappen:

- De eerste stap, de verzekerdenraming, wordt beschreven in de artikelen 4 tot en met 27.
- De tweede stap is de berekening van de deelbedragen. De artikelen 28 tot en met 34 beschrijven de berekening van de deelbedragen. Ex ante voert het Zorginstituut alleen de basisberekening uit, waarbij verzekerden per criterium, per risicoklasse met normbedragen vermenigvuldigd worden.
- De derde stap is de bijdrageberekening. Artikel 37 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 35 en 36, maakt hier deel van uit.

Na de toekenning van de ex ante bijdrage volgt in april 2017 de zogenoemde 'lenteherberekening'. Deze herberekening is een aanpassing van de ex ante toekenning op basis van geactualiseerde verzekerdenaantallen. Artikel 39 beschrijft de lenteherberekening. Op basis hiervan past het Zorginstituut de betalingen aan (artikel 83, eerste lid).

De eerste voorlopige vaststelling van de bijdrage vindt plaats, na ommekomst van het jaar 2017, in september 2018. De eerste voorlopige vaststelling van de bijdrage berekent het Zorginstituut in drie stappen:

- De eerste stap, de verzekerdenbepaling, wordt beschreven in de artikelen 40 tot en met 59.
- De tweede stap, de berekening van de deelbedragen, wordt beschreven in de artikelen 60 tot en met 63. Bij de eerste voorlopige vaststelling vermenigvuldigt het Zorginstituut de verzekerden uit de ex post verzekerdenbepaling 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. Voor het deelbedrag vaste zorgkosten, past het Zorginstituut nacalculatie toe. Zie artikel 61, derde lid.
- De derde stap, de bijdrageberekening, wordt beschreven in artikel 65. Artikel 64 beschrijft de berekening van de normatieve opbrengst eigen betaling in verband met het eigen risico.

De tweede voorlopige vaststelling vindt plaats in september 2020. De bijdrage uit de tweede voorlopige vaststelling berekent het Zorginstituut in drie stappen:

- De eerste stap, de verzekerdenbepaling, wordt beschreven in de artikelen 40 tot en met 59 en artikel 67. Bij de tweede voorlopige vaststelling maakt het Zorginstituut 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 Zorginstituut in de gevallen die beschreven zijn in artikel 67 geactualiseerde gegevensaanleveringen bij de verzekerdenbepaling.
- De tweede stap, de berekening van de deelbedragen, wordt beschreven in artikel 68 tot en met 71. Het flankerend beleid dat betrekking heeft op het gelijk speelveld wordt beschreven in de artikelen over de berekening van de deelbedragen. Vervolgens calculeert het Zorginstituut na op het deelbedrag vaste zorgkosten. Zie artikel 69.
- De derde stap, de bijdrageberekening, wordt beschreven in artikel 73. Artikel 72 beschrijft de berekening van de normatieve opbrengst eigen betaling in verband met het eigen risico.

Het Zorginstituut stelt de bijdrage definitief vast in april 2021. 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 2019 en op de declaraties 2016.

De definitieve vaststelling is in drie stappen te beschrijven.

- Op de eerste stap, de verzekerdenbepaling, zijn artikelen 40 tot en met 59 en artikel 67 en 74 van toepassing;
- Op de tweede stap, de berekening van de deelbedragen, zijn de artikelen 75 tot en met 78 van toepassing;
- Op de derde stap, de bijdrageberekening, is artikel 80 van toepassing. De berekening van de normatieve eigen betaling in verband met het eigen risico voor de definitieve vaststelling, wordt beschreven in artikel 79.

Hoofdstuk 6 ten slotte gaat over de wijze waarop het Zorginstituut de betalingen van de vereveningsbijdrage aan de zorgverzekeraars verricht.

De belangrijkste wijzigingen in de uitvoering risicoverevening 2017 ten opzichte van 2016

1. Het macro-deelbedrag kosten van verpleging en verzorging is samengevoegd met het macro-deelbedrag variabele zorgkosten.
2. Het criterium fysiotherapiegebruikersgroepen (FGG) is vervangen door het criterium fysiotherapie-diagnosegroepen (FDG).
3. Aan het criterium FKG zijn 3 klassen voor extreem hoge kosten toegevoegd.
4. Het criterium HKG is volledig vernieuwd en uitgebreid naar 10 klassen.
5. Bij het criterium SES is het onderscheid naar blijvers en nieuwkomers komen te vervallen. Dit onderscheid zit nu in het criterium PPA.
6. Het criterium PPA (personen per adres) is vernieuwd en wordt ook toegepast in het model voor de variabele zorgkosten.
7. Aan het criterium MHK is een nieuwe topklasse toegevoegd.
8. Het criterium VGG is uitgebreid met 2 klassen.
9. Het criterium MHK GGZ is volledig vernieuwd. MHK GGZ heeft nu 7 klassen die gebaseerd zijn op 5 jaar historische kosten en een afslagklasse.
10. Er is een nieuw criterium zorgvraagzwaarte (ZVZ) ingevoerd voor de GGZ op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen op basis van de zwaarte van hun zorgvraag.
11. Het criterium IGG is vernieuwd en uitgebreid naar 4 klassen en een afslagklasse.
12. Het criterium FDG wordt (naast de criteria FKG, DKG, MHK en HKG) toegevoegd aan de definitie



van de forfaitaire groep die bij het bepalen van de opbrengsten van het verplicht eigen risico wordt onderscheiden.

13. De percentages afslag voor verzekerden woonachtig in het buitenland zijn voor de toepasselijke criteria als volgt: FKG 50%; DKG 50%, HKG 65%, FDG 40%, VGG 95%, GGG 90%, FKG GGZ 50%, DKG GGZ 40%, DKG LGGZ 45%, ZVZ 0% en IGG 75%.
14. In het model voor de variabele kosten geldt criteriumneutraliteit voor het criterium FKG op de groep klassen FKG Kanker o.b.v. add-on, FKG Auto-immuunziekten o.b.v. add-on, extreem hoge kosten cluster 1, extreem hoge kosten cluster 2 en extreem hoge kosten cluster 3. Voor het criterium DKG geldt klasseneutraliteit.
15. In het model voor de GGZ geldt criteriumneutraliteit voor het criterium ZVZ.
16. In het model voor de langdurige GGZ geldt criteriumneutraliteit voor de criteria ZVZ en IGG.
17. De bandbreedteregelingen zijn komen te vervallen.
18. De referentiebestanden zijn als bijlage bij deze beleidsregels opgenomen.

De wijzigingen met betrekking tot het vereveningsmodel 2017 worden uitgebreid toegelicht in de toelichting bij de Regeling.

*Voorzitter Raad van Bestuur
A. Moerkamp*

Goedgekeurd door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij brief van 12 oktober 2016 onder nummer 1031696-157109-Z