



Concept voor de beleidsregels vereveningsbijdrage 2016 zoals het zorginstituut voornemens is die vast te stellen, nadat de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de regeling risicoverevening 2016 heeft vastgesteld en onder voorbehoud van goedkeuring door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

De Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland,

Gelet op de artikelen 32, vijfde lid en 34, vierde lid, Hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering, de Regeling risicoverevening 2016 en de brief van de minister van VWS van 7 oktober 2015, kenmerk 846552-142595-Z,

Heeft in zijn vergadering van 12 oktober 2015 besloten:

Besluit:

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;
- d. *MHK*: meerjarige hoge kosten als bedoeld in artikel 1, onderdeel z, van het Besluit zorgverzekering;
- e. *FKG GGZ*: FKG's psychische aandoeningen als bedoeld in artikel 1, onderdeel q, van het Besluit zorgverzekering;
- f. *DKG GGZ*: DKG's psychische aandoeningen als bedoeld in artikel 1, onderdeel ff, van het Besluit zorgverzekering;
- g. *PKB*: persoonskenmerkenbestand; een bestand dat bestaat uit de opgave van de zorgverzekeraar met per gepseudonimiseerd burgerservicenummer de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand en geboortejaar, viercijferige postcode en gepseudonimiseerd adres;
- h. *VPPKB*: verzekerde periode en persoonskenmerkenbestand; een bestand dat bestaat uit twee delen. Het eerste deel betreft de opgave van de zorgverzekeraar van verzekerden mét een geverifieerd gepseudonimiseerd burgerservicenummer dat per gepseudonimiseerd burgerservicenummer de verzekerde periode, de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand en geboortejaar, viercijferige postcode en gepseudonimiseerd adres bevat. Het tweede deel betreft de opgave van de zorgverzekeraar van verzekerden zonder een geverifieerd burgerservicenummer en verzekerden zonder burgerservicenummer dat per verzekerde de verzekerde periode, de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand en geboortejaar en viercijferige postcode bevat;
- i. *verzekerde woonachtig in het buitenland*: een persoon die een zorgverzekering heeft afgesloten en geen ingezetene van Nederland is;
- j. *vereveningsbijdrage*: de bijdrage, bedoeld in de artikelen 32 en 34 van de Zorgverzekeringswet;
- k. *wet*: de Zorgverzekeringswet;
- l. *Regeling*: Regeling risicoverevening 2016;
- m. *de brief*: De brief van de minister van VWS van 7 oktober 2015 met kenmerk 846552-142595-Z.

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 2016 en de berekening van de normatieve bedragen en de vereveningsbijdragen ervan uit dat alle zorgverzekeraars die gedurende



2015 actief zijn geweest ook in 2016 als zorgverzekeraar actief zullen zijn.

HOOFDSTUK II TOEKENNING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE 2016 AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 4 Algemene bepaling voor de raming van de verzekerdenaantallen

1. Het Zorginstituut baseert zich bij de raming van de verzekerdenaantallen 2016 op de macroverzekerdenraming 2016 en het PKB 2015 met als peildatum 1 mei 2015, zoals de zorgverzekeraars dat hebben aangeleverd op 1 juni 2015.
2. Het Zorginstituut baseert zich bij de raming van de verzekerdenaantallen 2016 per zorgverzekeraar op het PKB 2015 met als peildatum 1 mei 2015, zoals de zorgverzekeraars dat hebben aangeleverd op 1 juni 2015.
3. Wanneer een verzekerde bij meerdere zorgverzekeraars tegelijkertijd is ingeschreven, past het Zorginstituut artikel 10 van de Regeling toe.

Artikel 5 De verzekerdenaantallen 2016 voor het macro-deelbedrag variabele zorgkosten en voor het macro-deelbedrag kosten van verpleging en verzorging

1. Het Zorginstituut deelt voor het macro-deelbedrag variabele zorgkosten en het macro-deelbedrag kosten van verpleging en verzorging verzekerden in bij de criteria leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, HKG's, aard van het inkomen, Regio, SES, MHK, FGG, 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, aard van het inkomen, MHK, FGG, 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 de klasse 'Geen FKG', voor het criterium DKG's in de klasse '0', voor het criterium HKG's in de klasse 'Geen HKG', voor het criterium FGG in de klasse 'Geen FGG', voor het criterium VGG in de klasse 'Geen VGG' en voor het criterium GGG in de klasse 'Geen GGG'.

Artikel 6 De verzekerdenaantallen 2016 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, aard van het inkomen, GGZ-regio, SES, éénpersoonsadres, en GGZ-MHK.
2. Het Zorginstituut deelt verzekerden woonachtig in het buitenland uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht, FKG GGZ, DKG GGZ, GGZ-MHK en aard van het inkomen. 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' en voor het criterium DKG GGZ in de klasse '0'.

Artikel 7 De verzekerdenaantallen 2016 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, aard van het inkomen, GGZ-regio, SES, éénpersoonsadres, GGZ-MHK en IGG.
2. Het Zorginstituut deelt verzekerden woonachtig in het buitenland uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht, FKG GGZ, DKG GGZ, aard van inkomen, GGZ-MHK 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 '0' en voor het criterium IGG in de klasse 'Geen IGG'.

Artikel 8 De verzekerdenaantallen 2016 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', als in de DKG klasse '0', als in de HKG klasse 'Geen HKG' en in de MHK klasse 'Geen MHK' vallen in bij de criteria leeftijd en geslacht, aard van het inkomen en regio.



2. Het Zorginstituut deelt verzekerden woonachtig in het buitenland uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht en aard van het inkomen.

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 2015.
2. 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 voor de somatische zorg 2016 uit bijlage 5 van de brief;
 - b. de opgave per 1 juni 2015 van declaraties farmaceutische hulp 2014 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut;
 - c. de opgave per 1 juni 2015 van declaraties add-ons duur of weesgeneesmiddel 2013 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.
2. Bij de bepaling van FKG klassen zijn de volgende farmaceutische middelen uitgesloten:
 - a. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als niet voor vergoeding in aanmerking komend op grond van artikel 2.8 Besluit zorgverzekering;
 - b. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als grond- en hulpstoffen.
3. Het Zorginstituut hanteert een drempel van meer dan 180 standaarddagdoseringen per klasse van het criterium FKG's. Beneden deze drempel deelt het Zorginstituut een verzekerde niet in bij een klasse van het criterium FKG's, anders dan 'geen FKG'.
4. In afwijking van het bepaalde in het derde lid hanteert het Zorginstituut bij de klasse 'Schildklier-aandoeningen', bij de klasse 'Psychose, Alzheimer en verslaving', bij de klasse 'Depressie', bij de klasse 'Astma' en bij de klasse 'Epilepsie' voor verzekerden jonger dan achttien jaar per 1 juli in het jaar van de betreffende declaraties een drempel van meer dan 90 standaarddagdoseringen.
5. In afwijking van het bepaalde in het derde lid hanteert het Zorginstituut voor de klasse 'Kanker' een drempel van ten minste 3 receptregels. Beneden deze drempel deelt het Zorginstituut een verzekerde niet in bij de klasse 'Kanker'.
6. Het Zorginstituut koppelt de opgave, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2015 en bepaalt op basis hiervan en met inachtneming van de drempels, bedoeld in het derde, vierde en vijfde lid, in welke FKG klassen de verzekerde valt. Aan de verzekerde koppelt het Zorginstituut een zwaarte van 1 voor de betreffende klasse.
7. Bij samenloop van FKG klassen wijst het Zorginstituut alle toepasselijke FKG klassen toe met inachtneming van de volgende uitzonderingen:
 - a. In geval van samenloop bij de klassen 'Diabetes type I', 'Diabetes type II met hypertensie' en 'Diabetes type II zonder hypertensie', deelt het Zorginstituut aan de hand van de tabel in bijlage 1 van deze beleidsregels een verzekerde in bij een klasse van het criterium FKG's;
 - b. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse 'Diabetes type I', 'Diabetes type II met hypertensie' of 'Diabetes type II zonder hypertensie', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Hoog cholesterol';
 - c. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse 'Hartaandoeningen', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Hoog cholesterol';
 - d. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse 'Psychose, Alzheimer en verslaving', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Depressie';
 - e. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse 'Neuropathische pijn complex', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Chronische pijn exclusief opioïden';
 - f. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse 'COPD/Zware astma', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Astma';
 - g. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse 'Auto-immuunziekten o.b.v. add-on', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Reuma' en niet bij de klasse 'Psoriasis' en niet bij de klasse 'Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa';
 - h. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse 'Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg:



- multiple sclerose', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: overig';
- i. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse 'Kanker o.b.v. add-on', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Kanker' en niet bij de klasse 'Hormoongevoelige tumoren';
 - j. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse 'Kanker', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Hormoongevoelige tumoren'.
8. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium FKG's 2016 een trendfactor toe voor de geraamde prevalentieontwikkeling. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, genoemd in het zesde lid, met de trendfactor. Het Zorginstituut past op verzekerden die in het PKB 2015 voor het eerst voorkomen per FKG klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PKB toe.
 9. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen FKG' valt deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen FKG' in.
 10. 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 2016 uit bijlage 7 van de brief;
 - b. 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 bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer tussen de opgave, bedoeld in het vorige lid, onderdeel b, en het PKB 2014 per verzekerde in welke DKG klasse '1' tot en met '15' de verzekerde valt, waarbij uitsluitend de hoogste DKG klasse telt. 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 2016 een trendfactor toe voor de geraamde prevalentieontwikkeling. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, genoemd in het vorige lid, met de trendfactor. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2014 voor het eerst voorkomen per DKG klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PKB 2014 toe. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2015, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de prevalentie constant blijft.
4. Als een verzekerde niet in een klasse '1' tot en met '15' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in bij klasse '0'.
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 somatische zorg 2016 uit bijlage 9 van de brief;
 - b. de opgave per 1 juni 2015 van declaraties hulpmiddelen 2014 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.
2. Het Zorginstituut bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer tussen de opgave, bedoeld in het vorige lid, onderdeel b, en het PKB 2015 per verzekerde in welke HKG klasse de verzekerde valt, waarbij uitsluitend de hoogste HKG klasse telt. 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 2016 een trendfactor toe voor de geraamde prevalentieontwikkeling. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, genoemd in het vorige lid, met de trendfactor. Het Zorginstituut past op verzekerden die in het PKB 2015 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 Aard van het inkomen

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium aard van het inkomen per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de leeftijd, op het PKB 2014;
 - b. de zelfstandigen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst naar inkomensbron op peildatum 30 juni 2014;
 - c. de duurzaam en volledig arbeidsongeschikten, de arbeidsongeschikten, de bijstandsgerechtigden en de referentiegroep, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron op peildatum 30 juni 2014;
 - d. de studenten, op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2014;
 - e. de hoogopgeleiden, op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2015.
2. Voor de indeling in een klasse van het criterium aard van het inkomen deelt het Zorginstituut een verzekerde die in meerdere klassen is in te delen, in op basis van de hierna genoemde volgorde:
als eerste: 0 tot en met 17 jaar of 65 jaar en ouder;
als tweede: duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA);
als derde: arbeidsongeschikten;
als vierde: bijstandsgerechtigden;
als vijfde: studenten;
als zesde: zelfstandigen, voor zover zij geen inkomsten uit dienstbetrekking of werkloosheidsuitkering hebben;
als zevende: hoogopgeleiden;
ten slotte: referentiegroep, alle verzekerden omvattend die niet zijn ingedeeld onder 1 tot en met 7.
3. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de gegevens genoemd in het eerste lid en een koppeling met het PKB 2014 in welke aard van het inkomen klasse een verzekerde wordt ingedeeld, met inachtneming van de volgorde genoemd in het tweede lid.
4. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2015.
5. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium aard van het inkomen naar de macroverzekerdenraming, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de prevalentie per aard van het inkomen 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 regioclusters somatisch naar viercijferige postcode voor 2016 uit bijlage 10 van de brief;
 - b. de viercijferige postcode, op het PKB 2015.
2. Het Zorginstituut herschaalt 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 PKB 2014;
 - 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 gegevens over het jaar 2012;
 - d. de adresgegevens, op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst over het jaar 2014;



- e. de adresgegevens, indien deze in de opgave van de Belastingdienst ontbreken, op het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2014;
 - f. bewoners, op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2014 en op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2013.
2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de gegevens uit het vorige lid en een koppeling met het PKB 2014 in welke SES klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
 3. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2015.
 4. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium SES naar de macroverzekerdenraming, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de prevalentie per SES klasse constant blijft.

Artikel 16 MHK

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium MHK per zorgverzekeraar op:
 - a. declaraties met betrekking tot vereveningsjaar 2011 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de deelbedragen variabele kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, de kosten van B-dbc's en de kosten van overige prestaties tot en met 31 december 2013, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2014 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - b. declaraties met betrekking tot vereveningsjaar 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 2015 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - c. declaraties met betrekking tot vereveningsjaar 2013 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor de deelbedragen variabele kosten van medisch-specialistische zorg en de kosten van overige prestaties, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2015 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - d. het VPPKB 2011, het VPPKB 2012 en het VPPKB 2013.
2. Het Zorginstituut herleidt de percentages van de MHK klassen met betrekking tot vereveningsjaar 2011, 2012 respectievelijk 2013 tot drempelbedragen MHK 2011, 2012 respectievelijk 2013.
3. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de drempelbedragen uit het vorige lid en een koppeling met het PKB 2014 in welke MHK klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
4. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2015, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de 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 het geraamde aantal verzekerden voor het criterium MHK naar de macroverzekerdenraming en stemt de relatieve prevalentie per klasse af op de Overall Toets 2016.

Artikel 17 FGG

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium FGG per zorgverzekeraar op een bestand met declaraties fysiotherapie met betrekking tot vereveningsjaar 2013 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer, afkomstig uit de Overall Toets 2016.
2. Het Zorginstituut stelt in het bestand, bedoeld in het eerste lid, de kosten fysiotherapie voor verzekerden tot en met 18 jaar op nul euro.
3. Het Zorginstituut herleidt het percentage in de klasse 'FGG 20 jaar en ouder en kosten in top 2,0 procent' tot een drempelbedrag.
4. Het Zorginstituut bepaalt op basis van het drempelbedrag uit het vorige lid en een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer tussen het kostenbestand, bedoeld in het eerste en tweede lid of de verzekerde in de klasse 'FGG 20 jaar en ouder en kosten in top 2,0 procent' valt. Het Zorginstituut stelt voor de klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.



5. Voor verzekerden met kosten gelijk aan het drempelbedrag verdeelt het Zorginstituut op grond van artikel 11, vijfde lid van de Regeling de zwaarte van 1 naar rato over de betreffende klassen.
6. Het Zorginstituut koppelt de verzekerden aan het PKB 2014. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2015, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de prevalentie constant blijft.
7. Als een verzekerde niet in de klasse 'FGG 20 jaar en ouder en kosten in top 2,0 procent' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in bij de klasse 'Geen FGG'.
8. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium FGG naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 18 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 vereveningsjaar 2013 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer, afkomstig uit de Overall Toets 2016.
2. Het Zorginstituut herleidt de percentages in de VGG klassen tot drempelbedragen.
3. Het Zorginstituut bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservice-nummer tussen het kostenbestand, bedoeld in het vorige lid en het VPPKB 2013 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 11, vijfde lid van de Regeling de zwaarte van 1 naar rato over de betreffende klassen.
5. Het Zorginstituut koppelt de verzekerden aan het PKB 2014. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2015, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de prevalentie constant blijft.
6. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen VGG' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in bij klasse 'Geen VGG'.
7. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium VGG naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 19 GGG

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium GGG per zorgverzekeraar op declaraties geriatrische revalidatiezorg met betrekking tot vereveningsjaar 2013 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer, afkomstig uit de Overall Toets 2016.
2. Het Zorginstituut herleidt het percentage in de klasse 'GGG kosten in top 0,275 procent' tot een drempelbedrag.
3. Het Zorginstituut bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservice-nummer tussen het kostenbestand, bedoeld in het vorige lid en het VPPKB 2013 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 11, vijfde lid van de Regeling de zwaarte van 1 naar rato over de betreffende klassen.
5. Het Zorginstituut koppelt de verzekerden aan het PKB 2014. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2015, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de prevalentie constant blijft.
6. Als een verzekerde niet in de klasse 'GGG kosten in top 0,275 procent' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in bij de klasse 'Geen GGG'.
7. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium GGG naar de macroverzekerdenraming.



Artikel 20 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 2015;
 - b. morbiditeit, op het geraamde aantal verzekerden dat niet is ingedeeld in zowel de FKG klasse 'Geen FKG', de DKG klasse '0', de HKG klasse 'Geen HKG', de MHK klasse 'Geen MHK' als de FGG klasse 'Geen FGG'.
2. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium GSM naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 21 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 2016 uit bijlage 6 van de brief;
 - b. de opgave per 1 juni 2015 van declaraties farmaceutische hulp 2014 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.
2. Bij de bepaling van FKG GGZ zijn de volgende farmaceutische middelen uitgesloten:
 - a. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als niet voor vergoeding in aanmerking komend op grond van artikel 2.8 Besluit zorgverzekering;
 - b. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als grond- en hulpstoffen.
3. Het Zorginstituut hanteert een drempel van meer dan 180 standaarddagdoseringen per klasse van het criterium FKG GGZ. Beneden deze drempel deelt het Zorginstituut een verzekerde niet in bij een klasse van het criterium FKG GGZ, anders dan 'Geen FKG psychische aandoeningen'.
4. In afwijking van het bepaalde in het derde lid hanteert het Zorginstituut voor de klasse 'FKG psychose depot' een drempel van één receptregel en een DDD-factor van ten minste 3.500. Beneden deze drempel deelt het Zorginstituut een verzekerde niet in de klasse 'FKG psychose depot' in.
5. In afwijking van het bepaalde in het derde lid hanteert het Zorginstituut voor de klasse 'FKG bipolair complex' een drempel van meer dan 180 standaarddagdoseringen voor de klasse 'FKG bipolair regulier' en ten minste één voorschrift van de indicator bipolair complex. Beneden deze drempel deelt het Zorginstituut een verzekerde niet in de klasse 'FKG bipolair complex' in.
6. Het Zorginstituut koppelt de opgave, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2015 en bepaalt op basis hiervan en met behulp van de drempels, bedoeld in het derde, vierde en vijfde lid, in welke FKG GGZ klassen de verzekerde wordt ingedeeld. Aan de verzekerde koppelt het Zorginstituut een zwaarte van 1 voor de betreffende klasse.
7. Bij samenloop van klassen van het criterium FKG GGZ deelt het Zorginstituut een verzekerde in in alle toepasselijke klassen met inachtneming van de volgende uitzonderingen:
 - a. Indien een verzekerde is ingedeeld in de klasse 'FKG psychose depot', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'FKG psychose';
 - b. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse 'FKG bipolair complex', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'FKG bipolair regulier'.
8. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium FKG GGZ 2016 een trendfactor toe voor de geraamde prevalentieontwikkeling. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, genoemd in het zesde lid, met de trendfactoren. Het Zorginstituut zet verzekerden die in het PKB 2015 voor het eerst voorkomen per FKG GGZ klasse op de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PKB.
9. 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.
10. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium FKG GGZ naar de macroverzekerdenraming.



Artikel 22 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 2016 uit bijlage 8 van de brief;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2015 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's GGZ die in 2013 geopend zijn;
 - c. kosten met betrekking tot vereveningsjaar 2012 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten GGZ, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2015 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 PKB 2014 en betreft daarbij de declaraties, bedoeld in het vorige lid, onderdeel c. Het Zorginstituut bepaalt per verzekerde in welke DKG GGZ klasse de verzekerde valt, waarbij uitsluitend de hoogste DKG GGZ klasse telt en stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.
3. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2014 voor het eerst voorkomen per DKG GGZ klasse de gemiddelde prevalentie voor de betreffende klasse van de overige verzekerden in het PKB 2014 toe. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2015, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de prevalentie constant blijft.
4. Als een verzekerde niet in een klasse '1' tot en met '5' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in klasse '0' in.
5. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium DKG's GGZ naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 23 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 regioclusters geneeskundige GGZ naar viercijferige postcode voor 2016 uit bijlage 11 van de brief;
 - b. de viercijferige postcode, op het PKB 2015.
2. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium GGZ-regio naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 24 Eénpersoonsadres

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium éénpersoonsadres per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de adresgegevens, op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst 2014;
 - b. de adresgegevens, indien deze in de opgave van de Belastingdienst 2014 ontbreken, op het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2014.
2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de gegevens uit het vorige lid en een koppeling met het PKB 2014 in welke éénpersoonsadres klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Als een verzekerde niet in de klasse 'Wel' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in bij de klasse 'Niet'.
4. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2015.
5. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium éénpersoonsadres naar de macroverzekerdenraming, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de prevalentie per klasse constant blijft.

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 vereveningsjaar 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;
- b. declaraties met betrekking tot vereveningsjaar 2012 per gepseudonimiseerd burgerservice-nummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2014, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2015 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - c. declaraties met betrekking tot vereveningsjaar 2013 per gepseudonimiseerd burgerservice-nummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2015 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - d. het VPPKB 2011, het VPPKB 2012 en het VPPKB 2013.
2. Het Zorginstituut herleidt de percentages van de risicoklassen GGZ-MHK met betrekking tot vereveningsjaar 2011, 2012 respectievelijk 2013 tot drempelbedragen GGZ-MHK 2011, 2012 respectievelijk 2013.
 3. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de drempelbedragen uit het vorige lid en een koppeling met het PKB 2014 in welke GGZ-MHK klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
 4. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2015, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de prevalentie constant blijft.
 5. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'GGZ-MHK 3 jaar geen kosten' valt, deelt het Zorginstituut de verzekerde in de klasse 'GGZ-MHK 3 jaar geen kosten' 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 2016.

Artikel 26 IGG

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium IGG op opgave met de klasse-indeling per verzekerde uit de Overall Toets 2016.
2. Het Zorginstituut koppelt op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer de opgave, bedoeld in het vorige lid aan het PKB 2013. Het Zorginstituut stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.
3. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2013 voor het eerst voorkomen per IGG klasse de gemiddelde prevalentie voor de betreffende klasse van de overige verzekerden in het PKB 2013 toe. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2014, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de prevalentie constant blijft.
4. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2014 voor het eerst voorkomen per IGG klasse de gemiddelde prevalentie voor de betreffende klasse van de overige verzekerden in het PKB 2014 toe. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2015, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de 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 27 Gewichten voor het deelbedrag variabele zorgkosten

1. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag variabele zorgkosten hanteert het Zorginstituut de gewichten genoemd in bijlage 1 van de Regeling als uitgangspunt.
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. 55% van het gewicht voor de DKG klasse '0';
 - c. 65% van het gewicht voor de HKG klasse 'Geen HKG';
 - d. 0% van het gewicht voor de FGG klasse 'Geen FGG';
 - e. 0% van het gewicht voor de VGG klasse 'Geen VGG';



f. 0% van het gewicht voor de GGG klasse 'Geen GGG'.

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

Artikel 28 De verdeling van het macro-deelbedrag variabele zorgkosten en de berekening van het deelbedrag variabele zorgkosten 2016

1. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar, per criterium voor de criteria leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, HKG's, aard van het inkomen, regio, SES, MHK, FGG, VGG, GGG en GSM de gewichten variabele zorgkosten 2016 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 2016.

Artikel 29 De verdeling van het macro-deelbedrag vaste zorgkosten en de berekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2016

1. Het Zorginstituut berekent op grond van artikel 3.5 van het Besluit, het normbedrag vaste zorgkosten 2016 door het macro-deelbedrag vaste zorgkosten te delen door het landelijk totaal van het aantal geraamde verzekerden 2016 en het resultaat af te ronden op twee decimalen.

2. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het geraamde aantal verzekerden 2016 met het normbedrag vaste zorgkosten 2016.

3. Het resultaat van het tweede lid wordt aangeduid als het deelbedrag vaste zorgkosten 2016.

Artikel 30 Gewichten voor het deelbedrag kosten van verpleging en verzorging

1. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag kosten van verpleging en verzorging hanteert het Zorginstituut de gewichten genoemd in bijlage 1 van de Regeling als uitgangspunt.

2. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag verpleging en verzorging 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 klasse 'Geen FKG';
- b. 55% van het gewicht voor de DKG klasse '0';
- c. 65% van het gewicht voor de HKG klasse 'Geen HKG';
- d. 0% van het gewicht voor de FGG klasse 'Geen FGG';
- e. 0% van het gewicht voor de VGG klasse 'Geen VGG';
- f. 0% van het gewicht voor de GGG klasse 'Geen GGG'.

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

Artikel 31 De verdeling van het macro-deelbedrag kosten van verpleging en verzorging en de berekening van het deelbedrag kosten van verpleging en verzorging 2016

1. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar, per criterium voor de criteria leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, HKG's, aard van het inkomen, regio, SES, MHK, FGG, VGG, GGG en GSM de gewichten kosten van verpleging en verzorging 2016 per klasse met het geraamde aantal verzekerden in de overeenkomstige klasse.

2. Het Zorginstituut sommeert de producten uit het eerste lid per zorgverzekeraar. gesommeerd.

3. Het resultaat van het tweede lid wordt aangeduid als het deelbedrag kosten van verpleging en verzorging 2016.

Artikel 32 Gewichten voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

1. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg hanteert het Zorginstituut de gewichten genoemd in bijlage 2 van de Regeling als uitgangspunt.

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 GGZ psychische aandoeningen';
- b. 40% van het gewicht voor de DKG GGZ klasse '0'.

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

Artikel 33 De verdeling van het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de berekening van het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2016

1. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar, per criterium voor de criteria leeftijd en geslacht, FKG GGZ, DKG GGZ, aard van het inkomen, GGZ-regio, SES, GGZ-MHK en éénpersoons-adres de gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2016 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 2016.

Artikel 34 Gewichten voor het deelbedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg

1. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag langdurige geestelijke gezondheidszorg hanteert het Zorginstituut de gewichten genoemd in bijlage 2 van de Regeling als uitgangspunt.
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 GGZ psychische aandoeningen';
 - b. 40% van het gewicht voor de DKG GGZ klasse '0';
 - c. 0% 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 35 De verdeling van het macro-deelbedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg en de berekening van het deelbedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg 2016

1. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar, per criterium voor de criteria leeftijd en geslacht, FKG GGZ, DKG GGZ, aard van het inkomen, GGZ-regio, SES, GGZ-MHK, éénpersoons-adres en IGG de gewichten langdurige geestelijke gezondheidszorg 2016 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 2016.

Artikel 36 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', als in de DKG klasse '0', als in de HKG klasse 'Geen HKG' en in de MHK klasse 'Geen MHK', hanteert het Zorginstituut de gewichten genoemd in bijlage 3 van de Regeling als uitgangspunt.
2. Voor de berekening van de normatieve eigen risico opbrengst voor verzekerden die niet zowel in de FKG klasse 'Geen FKG', als in de DKG klasse '0', als in de HKG klasse 'Geen HKG' en in de MHK klasse 'Geen MHK' vallen, hanteert het Zorginstituut de geraamde opbrengst per verzekerde van 355,10 euro uit artikel 9 van Regeling als uitgangspunt.

Artikel 37 De berekening van de normatieve eigen risico opbrengst

1. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar, per criterium voor de criteria leeftijd en geslacht, aard van het inkomen en regio de gewichten eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico 2016 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', als in de DKG klasse '0', als in de HKG klasse 'Geen HKG' en in de MHK klasse 'Geen MHK' valt. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat van het tweede lid.
4. Het Zorginstituut vermindert per zorgverzekeraar de uitkomst van het derde lid met 0,06661 procent.
5. Het resultaat van het vierde lid wordt aangeduid als normatieve eigen risico opbrengst 2016.

Artikel 38 De berekening van het normatieve bedrag en de berekening en toekenning van de vereveningsbijdrage

1. Het Zorginstituut berekent het normatieve bedrag 2016 van een zorgverzekeraar als de som van het op grond van het in dit hoofdstuk berekende deelbedrag variabele zorgkosten 2016, het deelbedrag vaste zorgkosten 2016, het deelbedrag kosten van verpleging en verzorging 2016, het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2016 en het deelbedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg 2016.
2. Het Zorginstituut berekent de opbrengst van de nominale rekenpremie 2016 per zorgverzekeraar door de geraamde aantallen verzekerden van achttien jaar en ouder 2016 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2016.
3. Het Zorginstituut vermindert het resultaat van het tweede lid met 0,06661 procent.
4. Het Zorginstituut berekent de vereveningsbijdrage 2016 voor een zorgverzekeraar door op het normatieve bedrag 2016, bedoeld in het eerste lid, de normatieve eigen risico opbrengst 2016 zoals bepaald in artikel 37, vijfde lid en de op grond van het tweede en derde lid berekende opbrengst van de nominale rekenpremie 2016 in mindering te brengen.
5. Het Zorginstituut berekent per zorgverzekeraar de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar 2016. Deze uitkering bedraagt het aantal geraamde verzekerden jonger dan achttien jaar vermenigvuldigd met € 43,00.
6. Het Zorginstituut kent de vereveningsbijdrage 2016 ter hoogte van de bijdrage berekend in het vierde lid, aangevuld met het bedrag, berekend in het vijfde lid, aan de zorgverzekeraar toe.

Artikel 39 Herberekeningen als gevolg van splitsing van de zorgverzekeraar

Indien een zorgverzekeraar na de toekenning van de vereveningsbijdrage 2016 besluit zich te splitsen, deelt de zorgverzekeraar aan het Zorginstituut mee hoe naar zijn verwachting de geraamde verzekerdenaantallen 2016 verdeeld zullen worden, over nieuwe dan wel bestaande zorgverzekeraars. 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 40 De herberekening en herziening van de toegekende bijdrage 2016

1. Het Zorginstituut herberekent de toekenning van de vereveningsbijdrage op basis van de werkelijke verzekerdenaantallen 2016 volgens de opgaven van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut op 7 maart 2016.
2. Het Zorginstituut voert de herberekening van de toegekende vereveningsbijdrage 2016 als volgt uit:
3. Het Zorginstituut deelt per zorgverzekeraar het totaal aantal verzekerden uit de opgaven in het eerste lid door het geraamde totaal aantal verzekerden 2016 en vermenigvuldigt per zorgverzekeraar de uitkomst hiervan met de vereveningsbijdrage 2016, zoals toegekend op grond van artikel 38, zesde lid.
4. Het Zorginstituut herziert de op grond van artikel 38, zesde lid, toegekende vereveningsbijdrage 2016 overeenkomstig de herberekening uit het tweede lid.



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

Artikel 41 Algemene bepaling verzekerdenaantallen

1. Het Zorginstituut bepaalt de verzekerdenaantallen 2016 met inachtneming van het bepaalde in dit artikel en met inachtneming van artikel 5, 6, 7 en 8.
2. Het Zorginstituut baseert zich bij de bepaling van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar op het VPPKB 2016, zoals de zorgverzekeraars dat hebben aangeleverd op 1 juni 2017.
3. Het Zorginstituut deelt verzekerden zonder burgerservicenummer en verzekerden zonder geverifieerd burgerservicenummer uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht, regio en GGZ-regio.
4. Wanneer een verzekerde bij meerdere zorgverzekeraars tegelijkertijd is ingeschreven, past het Zorginstituut artikel 10 van de Regeling toe.

Artikel 42 Leeftijd en geslacht

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium leeftijd en geslacht per zorgverzekeraar op:
 - a. het PKB 2016, zoals zorgverzekeraars dat op 1 juni 2016 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd. De peildatum van de opgave is 1 mei 2016;
 - b. het VPPKB 2016, indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2016.

Artikel 43 FKG's

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium FKG's per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in FKG's voor de somatische zorg 2016 uit bijlage 5 van de brief;
 - 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 2017 van declaratiegegevens add-ons duur of weesgeneesmiddel 2015 van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.
2. Bij de bepaling van FKG's zijn de volgende farmaceutische middelen uitgesloten:
 - a. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als niet voor vergoeding in aanmerking komend op grond van artikel 2.8 van het Besluit zorgverzekering;
 - b. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als grond- en hulpstoffen.
3. Het Zorginstituut hanteert een drempel van meer dan 180 standaarddagdoseringen per klasse van het criterium FKG's. Beneden deze drempel deelt het Zorginstituut een verzekerde niet in bij een klasse van het criterium FKG's, anders dan 'Geen FKG'.
4. In afwijking van bepaalde in het derde lid hanteert het Zorginstituut bij de klasse 'Schildklieraandoeningen', bij de klasse 'Psychose, Alzheimer en verslaving', bij de klasse 'Depressie', bij de klasse 'Astma' en bij de klasse 'Epilepsie' voor verzekerden jonger dan achttien jaar een drempel van meer dan 90 standaarddagdoseringen.
5. In afwijking van het bepaalde in het derde lid hanteert het Zorginstituut voor de klasse 'Kanker' een drempel van ten minste 3 receptregels. Beneden deze drempel deelt het Zorginstituut een verzekerde niet in bij de klasse 'Kanker'.
6. Het Zorginstituut koppelt de opgaven bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2016 en bepaalt op basis hiervan en met inachtneming van de drempels bedoeld in het derde, vierde en vijfde lid in welke FKG klassen de verzekerde valt, met inachtneming van het bepaalde met betrekking tot de samenloop van FKG klassen, bedoeld in artikel 10, zevende lid.
7. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen FKG' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen FKG' in.

Artikel 44 DKG's

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium DKG's per zorgverzekeraar op:



- a. de indeling in DKG's uit bijlage 7 van de brief;
 - b. 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 bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer tussen de opgave, bedoeld in het vorige lid, onderdeel b en het VPPKB 2016 per verzekerde in welke DKG klasse de verzekerde wordt ingedeeld, waarbij uitsluitend de hoogste DKG klasse telt.
 3. Als een verzekerde niet in een klasse '1' tot en met '15' is ingedeeld, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in bij klasse '0'.

Artikel 45 HKG's

4. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium HKG's per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in de HKG's somatische zorg 2016 uit bijlage 9 van de brief;
 - b. de opgave per 1 juni 2016 van declaraties hulpmiddelen 2015 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.
5. Het Zorginstituut bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer tussen de opgave, bedoeld in het vorige lid, onderdeel b en het VPPKB 2016 per verzekerde in welke HKG klasse de verzekerde wordt ingedeeld, waarbij uitsluitend de hoogste HKG klasse telt.
6. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen HKG' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen HKG' in.

Artikel 46 Aard van het inkomen

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium aard van het inkomen per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de leeftijd, op het PKB 2016;
 - b. de leeftijd in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2016, op het VPPKB 2016;
 - c. de zelfstandigen, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst naar inkomensbron over 2016, met peildatum 30 juni 2016;
 - d. de duurzaam en volledig arbeidsongeschikten, de arbeidsongeschikten, de bijstandsgerechtigden en de referentiegroep, op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron over 2016, met peildatum 30 juni 2016;
 - e. 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 2015, met als peildatum 30 juni 2015 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;
 - f. de studenten en de hoogopgeleiden, op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2016.
2. Het Zorginstituut deelt een verzekerde die in meerdere klassen voor het criterium aard van het inkomen is in te delen, in op basis van het bepaalde in artikel 13, tweede lid.

Artikel 47 Regio

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium regio per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de indeling, op de regioclusters somatisch naar viercijferige postcode voor 2016 uit bijlage 10 van de brief;
 - b. de viercijferige postcode, op het PKB 2016;
 - c. de viercijferige postcode indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2016, op het VPPKB 2016.

Artikel 48 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 2016;



- b. de leeftijd in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2016, op het VPPKB 2016;
- 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 2014 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in de opgave over 2014, op de opgave over 2013;
- 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. de adresgegevens, op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst over 2015;
- h. de adresgegevens in het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave van de Belastingdienst, op het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2015 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB, op het VPPKB 2015;
- i. bewoners, op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2016 en op de opgave DUO met peildatum 1 juni 2015.

Artikel 49 MHK

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium MHK per zorgverzekeraar op:
 - a. declaraties 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;
 - b. 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;
 - c. declaraties 2015 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2017 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - d. het VPPKB 2013, het VPPKB 2014 en het VPPKB 2015.
2. Het Zorginstituut herleidt de percentages van de risicoklassen MHK met betrekking tot vereveningsjaar 2013, 2014 en 2015 tot respectievelijk drempelbedragen MHK 2013, 2014 en 2015.
3. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de drempelbedragen uit het vorige lid en een koppeling met het VPPKB 2016 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 FGG

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium FGG per zorgverzekeraar op:
 - a. de opgave op de datum zoals voorgeschreven in de Regeling structurele aanlevering gegevens Zorgverzekeringswet van declaraties fysiotherapie 2015 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut;
 - b. het VPPKB 2015.
2. Voor verzekerden tot en met achttien jaar stelt het Zorginstituut de kosten fysiotherapie op nul euro.
3. Het Zorginstituut herleidt het percentage in de klasse 'FGG 20 jaar en ouder en kosten in top 2,0 procent' tot een drempelbedrag.
4. Het Zorginstituut deelt op grond van artikel 11, vijfde lid van de Regeling verzekerden met kosten gelijk aan het drempelbedrag naar rato in bij de betreffende klassen.
5. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de opgave, bedoeld in het eerste lid, onder a en een koppeling met het VPPKB 2016 per verzekerde of de verzekerde in de FGG klasse 'FGG 20 jaar en ouder en kosten in top 2,0 procent' valt.



6. Als een verzekerde niet in de klasse 'FGG 20 jaar en ouder en kosten in top 2,0 procent' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in bij klasse 'Geen FGG'.

Artikel 51 VGG

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium VGG per zorgverzekeerbaar op:
 - a. de opgave op de datum zoals voorgeschreven in de Regeling structurele aanlevering gegevens Zorgverzekeringswet van declaraties verpleging en verzorging 2015 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut;
 - b. het VPPKB 2015.
2. Het Zorginstituut herleidt de percentages in de VGG klassen tot drempelbedragen.
3. Het Zorginstituut deelt op grond van artikel 11, vijfde lid van de Regeling verzekerden met kosten gelijk aan de drempelbedragen naar rato in bij de betreffende klassen.
4. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de opgave, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a, en een koppeling met het VPPKB 2016 per verzekerde in welke VGG klasse de verzekerde wordt ingedeeld.
5. 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 zorgverzekeerbaar op:
 - a. declaraties geriatrische revalidatiezorg 2015 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2017 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - b. het VPPKB 2015.
2. Het Zorginstituut herleidt het percentage in de klasse 'GGG kosten in top 0,275 procent' tot een drempelbedrag.
3. Het Zorginstituut deelt op grond van artikel 11, vijfde lid van de Regeling verzekerden met kosten gelijk aan het drempelbedrag naar rato in bij de betreffende klassen.
4. Het Zorginstituut bepaalt door een koppeling op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer tussen de opgave, bedoeld in het vorige lid, onderdeel a, en het VPPKB 2016 per verzekerde of de verzekerde in de klasse 'GGG kosten in top 0,275 procent' valt.
5. Als een verzekerde niet in de klasse 'GGG 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 zorgverzekeerbaar met betrekking tot:
 - a. de leeftijd, op het PKB 2016;
 - b. de leeftijd in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2016, op het VPPKB 2016;
 - c. morbiditeit, op het aantal verzekerden dat niet is ingedeeld in zowel de FKG klasse 'Geen FKG', de DKG klasse '0', de HKG klasse 'Geen HKG', de MHK klasse 'Geen MHK' als de FGG klasse 'Geen FGG'.

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 2016 uit bijlage 6 van de brief;
 - b. de opgave per 1 juni 2016 van declaraties farmaceutische hulp 2015 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.
2. Bij de bepaling van FKG GGZ zijn de volgende farmaceutische middelen uitgesloten:
 - a. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als niet voor vergoeding in aanmerking komend op grond van artikel van het 2.8 Besluit zorgverzekering;
 - b. middelen die in de G-standaard van Z-Index zijn aangemerkt als grond- en hulpstoffen.



3. Het Zorginstituut hanteert een drempel van meer dan 180 standaarddagdoseringen per klasse van het criterium FKG GGZ. Beneden deze drempel deelt het Zorginstituut een verzekerde niet in bij een klasse van het criterium FKG GGZ, anders dan 'Geen FKG psychische aandoeningen'
4. In afwijking van het bepaalde in het derde lid hanteert het Zorginstituut voor de klasse 'FKG psychose depot' een drempel van één receptregel en een DDD-factor van ten minste 3.500. Beneden deze drempel deelt het Zorginstituut een verzekerde niet in bij de klasse 'FKG psychose depot'.
5. In afwijking van het bepaalde in het derde lid hanteert het Zorginstituut voor de klasse 'FKG bipolair complex' een drempel van meer dan 180 standaarddagdoseringen voor de klasse 'FKG bipolair regulier' en ten minste één voorschrift van de indicator bipolair complex. Beneden deze drempel deelt het Zorginstituut een verzekerde niet in bij de klasse 'FKG bipolair complex'.
6. Het Zorginstituut koppelt de opgave bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2016 en bepaalt op basis hiervan en met behulp van de drempels bedoeld in het derde, vierde en vijfde lid in welke FKG GGZ klassen de verzekerde wordt ingedeeld.
7. Het Zorginstituut deelt de verzekerde in bij alle toepasselijke FKG GGZ klassen met inachtneming van het bepaalde met betrekking tot de samenloop van FKG GGZ klassen, bedoeld in artikel 21, zevende lid.
8. 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 2016 uit bijlage 8 van de brief;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraar aan het Zorginstituut per 1 juni 2017 van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle dbc's GGZ die in 2015 geopend zijn;
 - c. declaraties met betrekking tot vereveningsjaar 2014 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten GGZ tot en met 31 december 2016, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2017 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 per verzekerde in welke DKG GGZ klasse de verzekerde valt, waarbij uitsluitend de hoogste DKG GGZ klasse telt.
3. Als een verzekerde niet in een klasse '1' tot en met '5' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse '0' 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 de regioclusters geneeskundige GGZ naar viercijferige postcode voor 2016 uit bijlage 11 van de brief;
 - b. de viercijferige postcode, op het PKB 2016;
 - c. de viercijferige postcode indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2016, op het VPPKB 2016.

Artikel 57 Eénpersoonsadres

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium éénpersoonsadres per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de adresgegevens, op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst 2016;
 - b. 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.



Artikel 58 GGZ-MHK

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

Artikel 59 IGG

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium IGG per zorgverzekeraar op:
 - a. de opgave van de zorgverzekeraar aan het Zorginstituut per 1 juni 2017 van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle dbc's GGZ die in 2015 geopend zijn;
 - b. declaraties langdurige GGZ 2015 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2017 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
2. Het Zorginstituut koppelt op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer de opgaven, bedoeld in het vorige lid, onderdeel a en b aan het VPPKB. Het Zorginstituut bepaalt per verzekerde in welke IGG klasse de verzekerde valt, waarbij uitsluitend de hoogste IGG klasse telt.
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 2016

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2016 per 1 mei 2017 en met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 14 van de Regeling bepaalt het Zorginstituut de variabele zorgkosten 2016 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Het Zorginstituut herberekent het gewicht variabele zorgkosten per verzekerde voor de MHK klasse 'Geen MHK' door het totaal aantal verzekerden in een andere klasse dan 'Geen MHK' per MHK klasse te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden in de MHK klasse 'Geen MHK', 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 41 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag variabele zorgkosten 2016 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, overeenkomstig artikel 27 en 28, alsmede voor het totaal van de verzekerden 2016 van alle zorgverzekeraars.
4. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor variabele zorgkosten 2016 door de variabele zorgkosten 2016 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald in het eerste lid, te delen door het in het derde lid herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2016 voor het totaal van de verzekerden 2016 van alle zorgverzekeraars.
5. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2016 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 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 variabele zorgkosten 2016.

Artikel 61 De voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2016

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2016 per 1 mei 2017 en met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 15 van de Regeling bepaalt het Zorginstituut de vaste zorgkosten 2016 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk.
2. Het Zorginstituut herberekent het deelbedrag vaste zorgkosten door het totaal aantal verzekerden 2016 per zorgverzekeraar, vastgesteld met toepassing van artikel 41 te vermenigvuldigen met het normbedrag vaste zorgkosten 2016, berekend in artikel 29, eerste lid.
3. Het Zorginstituut calculeert per zorgverzekeraar 100 procent na op het verschil tussen de vaste zorgkosten 2016, 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 2016.

Artikel 62 De voorlopige herberekening van het deelbedrag verpleging en verzorging 2016

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2016 per 1 mei 2017 en met inachtneming van de artikelen 12 en 13 van de Regeling, bepaalt het Zorginstituut de kosten van verpleging en verzorging 2016 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Het Zorginstituut herberekent het gewicht kosten van verpleging en verzorging per verzekerde voor de MHK klasse 'Geen MHK' door het totaal aantal verzekerden in een andere klasse dan 'Geen MHK' per MHK klasse te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden in de MHK klasse 'Geen MHK', 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 41 berekende verzekerdenaantallen het normatieve bedrag kosten van verpleging en verzorging 2016 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, overeenkomstig artikel 30 en 31, alsmede voor het totaal van de verzekerden 2016 van alle zorgverzekeraars.
4. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor kosten van verpleging en verzorging 2016 door de kosten van verpleging en verzorging 2016 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 verpleging en verzorging voor het totaal van de verzekerden 2016 van alle zorgverzekeraars.
5. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag kosten van verpleging en verzorging 2016 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 verpleging en verzorging 2016.

Artikel 63 De voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2016

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2016 per 1 mei 2017 en met inachtneming van de artikelen 12 en 13 van de Regeling, bepaalt het Zorginstituut de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2016 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 GGZ-MHK klasse 'GGZ-MHK 3 jaar geen kosten' door het totaal aantal verzekerden in een andere klasse dan 'GGZ-MHK 3 jaar geen kosten' per GGZ-MHK klasse te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden in de GGZ-MHK klasse 'GGZ-MHK 3 jaar geen kosten', 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 41 bepaalde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2016 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, overeenkomstig artikel 32 en 33, alsmede voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar en ouder 2016 van alle zorgverzekeraars.
4. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2016 voor verzekerden van achttien jaar en ouder 2016 door de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2016 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 2016 voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar en ouder 2016 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 2016 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 2016.

Artikel 64 De voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten langdurige geestelijke gezondheidszorg 2016

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2016 per 1 mei 2017 en met inachtneming van de artikelen 12 en 13 van de Regeling, bepaalt het Zorginstituut de kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg 2016 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 GGZ-MHK klasse 'GGZ-MHK 3 jaar geen kosten' door het totaal aantal verzekerden in een andere klasse dan 'GGZ-MHK 3 jaar geen kosten' per GGZ-MHK klasse te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden in de GGZ-MHK klasse 'GGZ-MHK 3 jaar geen kosten', 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' 2016 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 41 bepaalde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder het normatieve bedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg 2016 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, overeenkomstig artikel 34 en 35, alsmede voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar en ouder 2016 van alle zorgverzekeraars.
5. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg 2016 voor verzekerden van achttien jaar en ouder 2016 door de kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg 2016 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 2016 voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar en ouder 2016 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 2016 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 2016.

Artikel 65 De voorlopige herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico 2016

1. Uitgangspunt voor de herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico zijn de opgaven, bedoeld in artikel 41, tweede lid, van de verzekerdenaantallen van de zorgverzekeraar.
2. Het Zorginstituut herberekent overeenkomstig artikel 36 en 37 de normatieve eigen risico opbrengst 2016.
3. In afwijking van het tweede lid bepaalt het Zorginstituut de gedeerde inkomsten voor verzekerden van achttien jaar en ouder voor wie op grond van artikel 24 van de wet geen nominale premies worden ontvangen, op basis van de opgave jaarstaat 2016 per 1 mei 2017.

Artikel 66 De voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2016 en de voorlopige herberekening en voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage 2016

1. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag 2016 voorlopig als de som van het voorlopige herberekende deelbedrag variabele zorgkosten 2016, het voorlopige herberekende deelbedrag vaste zorgkosten 2016, het voorlopig herberekende deelbedrag verpleging en verzorging 2016, het voorlopig herberekende deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en het voorlopig herberekende deelbedrag langdurige geestelijke gezondheidszorg 2016.
2. Voor de toepassing van artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering:
 - a. bepaalt het Zorginstituut per zorgverzekeraar het verschil tussen het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van verpleging en verzorging 2016, bedoeld in artikel 62, achtste lid, en de kosten van verpleging en verzorging 2016, bedoeld in artikel 62, eerste lid en deelt dit verschil door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven;
 - b. berekent het Zorginstituut het gemiddelde marktresultaat voor het deelbedrag verpleging en verzorging. Het Zorginstituut berekent het gemiddelde marktresultaat door voor het totaal van

- de zorgverzekeraars het verschil tussen het herberekende normatieve bedrag kosten van verpleging en verzorging zorg bedoeld in artikel 62, derde lid, en de kosten van verpleging en verzorging 2016, bedoeld in artikel 62, eerste lid, te delen door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is;
- c. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat groter is dan € 15,00 per verzekerde van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan trekt het Zorginstituut 75 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2016;
 - d. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat kleiner is dan – € 15,00 per verzekerde van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan voegt het Zorginstituut 75 procent van het verschil toe aan het normatieve bedrag 2016.
3. Voor de toepassing van artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering:
- a. bepaalt het Zorginstituut per zorgverzekeraar het verschil tussen het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2016, bedoeld in artikel 63, achtste lid, en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2016, bedoeld in artikel 63, eerste lid, en deelt dit verschil door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven;
 - b. berekent het Zorginstituut het gemiddelde marktresultaat voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Het Zorginstituut berekent het gemiddeld marktresultaat door voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2016, bedoeld in artikel 63, derde lid, en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2016, bedoeld in artikel 63, eerste lid, te delen door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is;
 - c. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat groter is dan € 17,50 per verzekerde van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan trekt het Zorginstituut 75 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2016;
 - d. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat kleiner is dan – € 17,50 per verzekerde van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan voegt het Zorginstituut 75 procent van het verschil toe aan het normatieve bedrag 2016.
4. Voor de toepassing van artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering:
- a. bepaalt het Zorginstituut per zorgverzekeraar het verschil tussen het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg 2016, bedoeld in artikel 64, negende lid, en de kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg 2016, bedoeld in artikel 64, eerste lid, en deelt dit verschil door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven;
 - b. berekent het Zorginstituut het gemiddelde marktresultaat voor het deelbedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg. Het Zorginstituut berekent het gemiddeld marktresultaat door voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen het herberekende normatieve bedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg 2016, bedoeld in artikel 64, vierde lid, en de kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg 2016, bedoeld in artikel 64, eerste lid, te delen door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is;
 - c. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat groter is dan € 5,00 per verzekerde van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan trekt het Zorginstituut 100 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2016;
 - d. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat kleiner is dan – € 5,00 per verzekerde van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan voegt het Zorginstituut 100 procent van het verschil toe aan het normatieve bedrag 2016.
5. Het Zorginstituut berekent de opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de verzekerden van achttien jaar en ouder 2016 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2016.
6. Het Zorginstituut vermindert het resultaat van het vijfde lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in de opgave jaarstaat 2016 per 1 mei 2017 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.



7. 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 2016 te vermenigvuldigen met € 43,00.
8. Het Zorginstituut herberekent de vereveningsbijdrage 2016 voorlopig door de som van het herberekende normatieve bedrag 2016, bedoeld in het eerste lid, met toepassing van het tweede, derde en vierde 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 65, en de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in het vijfde en zesde lid.
9. Het Zorginstituut stelt de vereveningsbijdrage 2016 in september 2017 voorlopig vast ter hoogte van de in het vorige lid berekende bijdrage.

HOOFDSTUK IV DE TWEEDE VOORLOPIGE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE 2016 VOOR EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 67 Algemene bepaling

Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag voor de tweede keer voorlopig met inachtneming van de kosten 2016 uit de opgave jaarstaat 2018 per 1 mei 2019, de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast en de bepalingen uit dit hoofdstuk.

Artikel 68 Bepaling van de verzekerdenaantallen 2016

1. Het Zorginstituut betreft de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast over 2016 bij de verzekerdenaantallen, zoals berekend op grond van artikel 41.
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 2015.
3. Voor het criterium MHK betreft het Zorginstituut bij de verzekerdenaantallen de declaraties 2015 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten tot en met 31 december 2017, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2018 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
4. Voor het criterium GGG betreft het Zorginstituut bij de verzekerdenaantallen de declaraties geriatrische revalidatiezorg 2015 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2017, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2018 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
5. Voor het criterium GGZ-MHK betreft het Zorginstituut bij de verzekerdenaantallen de declaraties 2015 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige GGZ tot en met 31 december 2017, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2018 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
6. Voor het criterium IGG betreft het Zorginstituut bij de verzekerdenaantallen de declaraties langdurige GGZ 2015 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2017, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2018 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.

Artikel 69 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele zorgkosten 2016

1. Het Zorginstituut bepaalt met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 14 van de Regeling, de variabele zorgkosten 2016 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Het Zorginstituut herberekent het gewicht variabele zorgkosten per verzekerde voor de MHK klasse 'Geen MHK' door het totaal aantal verzekerden in een andere klasse dan 'Geen MHK' per MHK klasse te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden in de MHK klasse 'Geen MHK', 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 68 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag variabele zorgkosten 2016 voor iedere zorgverzeke-



raar afzonderlijk, overeenkomstig artikel 27 en 28, alsmede voor het totaal van de verzekerden 2016 van alle zorgverzekeraars.

4. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor variabele zorgkosten 2016 door de variabele zorgkosten 2016 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald in het eerste lid, te delen door het in het derde lid herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2016 voor het totaal van de verzekerden 2016 van alle zorgverzekeraars.
5. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2016 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 variabele zorgkosten 2016.

Artikel 70 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2016

Het Zorginstituut herberekent voor de tweede keer voorlopig het deelbedrag vaste zorgkosten 2016 overeenkomstig artikel 61, met inachtneming van artikel 67 en 68.

Artikel 71 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag verpleging en verzorging 2016

1. Het Zorginstituut bepaalt met inachtneming van artikel 12 en 13 van de Regeling, de kosten van verpleging en verzorging 2016 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Het Zorginstituut herberekent het gewicht kosten van verpleging en verzorging per verzekerde voor de MHK klasse 'Geen MHK' door het totaal aantal verzekerden in een andere klasse dan 'Geen MHK' per MHK klasse te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden in de MHK klasse 'Geen MHK', 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 68 bepaalde verzekerdenaantallen, het normatieve bedrag kosten van verpleging en verzorging prestaties 2016 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, overeenkomstig artikel 30 en 31, alsmede voor het totaal van de verzekerden 2016 van alle zorgverzekeraars.
4. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor kosten van verpleging en verzorging 2016 door de kosten van verpleging en verzorging 2016 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 verpleging en verzorging 2016 voor het totaal van de verzekerden 2016 van alle zorgverzekeraars.
5. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars, het herberekende normatieve bedrag kosten van verpleging en verzorging 2016 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 verpleging en verzorging 2016.

Artikel 72 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2016

1. Het Zorginstituut bepaalt met inachtneming van artikel 12 en 13 van de Regeling, de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2016 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 GGZ-MHK klasse 'GGZ-MHK 3 jaar geen kosten' door het totaal aantal verzekerden in een andere klasse dan 'GGZ-MHK 3 jaar geen kosten' per GGZ-MHK klasse te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden in de GGZ-MHK klasse 'GGZ-MHK 3 jaar geen kosten', 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 68 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2016 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, overeenkomstig artikel 32 en 33, alsmede voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar en ouder 2016 van alle zorgverzekeraars.
4. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2016 door de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2016 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 2016 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 2016.

Artikel 73 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag langdurige geestelijke gezondheidszorg 2016

1. Het Zorginstituut bepaalt met inachtneming van artikel 12 en 13 van de Regeling, de kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg 2016 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 GGZ-MHK klasse 'GGZ-MHK 3 jaar geen kosten' door het totaal aantal verzekerden in een andere klasse dan 'GGZ-MHK 3 jaar geen kosten' per GGZ-MHK klasse te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden in de GGZ-MHK klasse 'GGZ-MHK 3 jaar geen kosten', 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' 2016 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 de op grond van artikel 68 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg 2016 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, overeenkomstig artikel 34 en 35 alsmede voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar en ouder 2016 van alle zorgverzekeraars.
5. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg 2016 door de kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg 2016 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 2016 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 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 kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg 2016.

Artikel 74 De tweede voorlopige herberekening van de normatieve eigen risico opbrengst 2016

Het Zorginstituut herberekent voor de tweede keer voorlopig de normatieve eigen risico opbrengst 2016 overeenkomstig artikel 65, met inachtneming van artikel 67 en 68.

Artikel 75 De tweede voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2016 en de tweede voorlopige herberekening en de vaststelling van de vereveningsbijdrage 2016

1. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag 2016 voor de tweede keer voorlopig als de som van het tweede voorlopige deelbedrag variabele zorgkosten 2016, het tweede voorlopige deelbedrag vaste zorgkosten 2016, het tweede voorlopige deelbedrag kosten van verpleging en verzorging 2016 het tweede voorlopige deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2016 en het tweede voorlopige deelbedrag langdurige geestelijke gezondheidszorg 2016.
2. Voor de toepassing van artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering:
 - a. bepaalt het Zorginstituut per zorgverzekeraar het verschil tussen het tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van verpleging en verzorging 2016, bedoeld in artikel 71, achtste lid, en de kosten van verpleging en verzorging 2016, bedoeld in artikel 71, eerste lid, en deelt dit verschil door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven;
 - b. berekent het Zorginstituut het gemiddelde marktresultaat voor het deelbedrag kosten van verpleging en verzorging. Het Zorginstituut berekent het gemiddelde marktresultaat door voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen het herberekende normatieve bedrag kosten van verpleging en verzorging, bedoeld in artikel 71, derde lid, en de kosten van verpleging en verzorging 2016, bedoeld in artikel 71, eerste lid, te delen door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is;
 - c. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat groter is dan € 15,00 per verzekerde van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan trekt het Zorginstituut 75 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2016;
 - d. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat kleiner is dan – € 15,00 per verzekerde van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan voegt het Zorginstituut 75 procent van het verschil toe aan het normatieve bedrag 2016.

3. Voor de toepassing van artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering:
 - a. bepaalt het Zorginstituut per zorgverzekeraar het verschil tussen het tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2016, bedoeld in artikel 72, achtste lid, en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2016, bedoeld in artikel 72, eerste lid, en deelt dit verschil door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven;
 - b. berekent het Zorginstituut het gemiddelde marktresultaat voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Het Zorginstituut berekent het gemiddeld marktresultaat door voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2016, bedoeld in artikel 72, achtste lid, en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2016 bedoeld in artikel 72, derde lid, te delen door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is;
 - c. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat groter is dan € 17,50 per verzekerde van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan trekt het Zorginstituut 75 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2016;
 - d. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat kleiner is dan € -17,50 per verzekerde van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan voegt het Zorginstituut 75 procent van het verschil toe aan het normatieve bedrag 2016.
4. Voor de toepassing van artikel 3.17 van het Besluit zorgverzekering:
 - a. bepaalt het Zorginstituut per zorgverzekeraar het verschil tussen het tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg 2016, bedoeld in artikel 73, negende lid, en de kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg 2016, bedoeld in artikel 73, eerste lid, en deelt dit verschil door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven;
 - b. berekent het Zorginstituut het gemiddelde marktresultaat voor het deelbedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg. Het Zorginstituut berekent het gemiddeld marktresultaat door voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen het herberekende normatieve bedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg 2016, bedoeld in artikel 73, negende lid, en de kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg 2016 bedoeld in artikel 73, vierde lid, te delen door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is;
 - c. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat groter is dan € 5,00 per verzekerde van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan trekt het Zorginstituut 100 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2016;
 - d. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat kleiner is dan – € 5,00 per verzekerde van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan voegt het Zorginstituut 100 procent van het verschil toe aan het normatieve bedrag 2016.
5. 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 2016.
6. Het Zorginstituut vermindert het resultaat van het vijfde lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in zijn jaarstaat 2016 per 1 mei 2017 als gederfde 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.
7. 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 € 43,00.
8. Het Zorginstituut berekent de vereveningsbijdrage 2016 voor de tweede keer voorlopig door de som van het tweede voorlopige normatieve bedrag 2016 bedoeld in het eerste lid, met toepassing van het tweede, derde en vierde 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 74, en de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in het vijfde en zesde lid.



9. Het Zorginstituut stelt de vereveningsbijdrage 2016 voor de tweede keer voorlopig vast in september 2019 ter hoogte van de in het vorige lid berekende bijdrage.

HOOFDSTUK V DE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE 2016 VOOR EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 76 Algemene bepaling

Het Zorginstituut herberekent de vereveningsbijdrage definitief met inachtneming van de correcties die voortkomen uit de reviewrapportages die de Nederlandse Zorgautoriteit uitbrengt over de declaraties 2015 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer en kosten 2016 uit de jaarstaat 2018.

Artikel 77 De definitieve herberekening van het deelbedrag variabele zorgkosten 2016

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag variabele zorgkosten 2016 overeenkomstig artikel 69, met inachtneming van artikel 76.

Artikel 78 De definitieve herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2016

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag vaste zorgkosten 2016 overeenkomstig artikel 70, met inachtneming van artikel 76.

Artikel 79 De definitieve herberekening van het deelbedrag verpleging en verzorging 2016

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag verpleging en verzorging 2016 overeenkomstig artikel 71, met inachtneming van artikel 76.

Artikel 80 De definitieve herberekening van het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2016

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2016 overeenkomstig artikel 72, met inachtneming van artikel 76.

Artikel 81 De definitieve herberekening van het deelbedrag langdurige geestelijke gezondheidszorg 2016

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2016 overeenkomstig artikel 73, met inachtneming van artikel 76.

Artikel 82 De definitieve herberekening van de normatieve eigen risico opbrengst 2016

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag normatieve eigen risico opbrengst overeenkomstig artikel 74, met inachtneming van artikel 76.

Artikel 83 De definitieve herberekening van het normatieve bedrag 2016 en de definitieve herberekening en de vaststelling van de bijdrage 2016

1. Het Zorginstituut herberekent definitief het normatieve bedrag 2016 overeenkomstig artikel 75, met inachtneming van artikel 76.
2. Het Zorginstituut stelt de bijdrage 2016 vast in april 2020 ter hoogte van de in het vorige lid definitief berekende normatieve bedrag 2016.

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

Artikel 84

1. Bij gelegenheid van de vaststelling van de bijdrage 2016, bedoeld in artikel 83, stelt het Zorginstituut per zorgverzekeraar ook de uitkering 2016 vast voor de kosten die op grond van de wet naar het werkelijke bedrag door het Zorginstituut worden vergoed.
2. In afwachting van de vaststelling van de uitkering 2016 voor de kosten die op grond van de wet naar het werkelijke bedrag door het Zorginstituut worden vergoed, stelt het Zorginstituut bij de voorlopige vaststelling van de bijdrage 2016, bedoeld in artikel 66, ook de voorlopige uitkering



2016 voor de kosten die op grond van de wet naar het werkelijke bedrag door het Zorginstituut worden vergoed, vast.

3. In afwachting van de vaststelling van de uitkering 2016 voor de kosten die op grond van de wet naar het werkelijke bedrag door het Zorginstituut worden vergoed, stelt het Zorginstituut bij de tweede voorlopige vaststelling van de bijdrage 2016, bedoeld in artikel 75, ook de tweede voorlopige uitkering 2016 voor de kosten die op grond van de wet naar het werkelijke bedrag door het Zorginstituut worden vergoed, vast.

HOOFDSTUK VII DE BETALINGEN AAN DE ZORGVERZEKERAARS

Artikel 85

1. Het Zorginstituut betaalt de zorgverzekeraars de vereveningsbijdrage, bedoeld in artikel 38, vierde lid, uit. Het Zorginstituut maakt bij de betaling onderscheid naar de volgende bestanddelen:
 - a. het deelbedrag variabele zorgkosten 2016;
 - b. het deelbedrag vaste zorgkosten 2016;
 - c. het deelbedrag verpleging en verzorging 2016;
 - d. het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2016;
 - e. het deelbedrag langdurige geestelijke gezondheidszorg 2016;
 - f. een aftrekpost voor de normatieve eigen risico opbrengst 2016.
2. Het Zorginstituut betaalt de zorgverzekeraars de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar, bedoeld in artikel 38, vijfde lid, gelijktijdig met de betaling genoemd in het eerste lid uit.
3. Voor de betaling van de kosten, die op grond van de wet naar werkelijke kosten worden vergoed, kan het Zorginstituut ambtshalve een bedrag vaststellen, waarmee de betaling aan de zorgverzekeraars wordt verhoogd.

Artikel 86 Betaling

1. Het Zorginstituut bepaalt per zorgverzekeraar de som van de bestanddelen genoemd in artikel 85, eerste lid, onder a tot en met e en de uitkering, genoemd in artikel 85, tweede lid.
2. Het Zorginstituut berekent per zorgverzekeraar de som van de vereveningsbijdrage 2016, bedoeld in artikel 38, zesde lid en de normatieve eigen risico opbrengst 2016, zoals bepaald in artikel 37, zesde 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 85, eerste lid, onder a tot en met e, en de uitkering bedoeld in artikel 85, 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 2016;
 - b. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag vaste zorgkosten 2016;
 - c. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag verpleging en verzorging 2016;
 - d. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2016;
 - e. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag langdurige geestelijke gezondheidszorg 2016;
 - f. 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 f, verminderd met de aftrekpost voor de normatieve eigen risico opbrengst 2016, bedoeld in artikel 85, eerste lid, onder f, in termijnen op de eerste werkdag van de maand, overeenkomstig onderstaand betalingschema:

Betalingschema

Betaalmoment	Bestanddelen betalingen				
	Artikel 86 vierde lid, onder a en b	Artikel 86 vierde lid, onder c	Artikel 86 vierde lid, onder d en e	Artikel 86, vierde lid, onder f	Artikel 85, eerste lid onder f
januari 2016	0,69%	1,10%	0,00%	8,33%	3,47%



Betaalmoment	Bestanddelen betalingen				
	Artikel 86 vierde lid, onder a en b	Artikel 86 vierde lid, onder c	Artikel 86 vierde lid, onder d en e	Artikel 86, vierde lid, onder f	Artikel 85, eerste lid onder f
februari 2016	2,51%	4,05%	0,00%	8,33%	8,29%
maart 2016	5,36%	7,01%	0,81%	8,34%	8,29%
april 2016	6,07%	8,78%	0,81%	8,33%	8,29%
mei 2016	6,07%	8,78%	1,01%	8,33%	8,29%
juni 2016	6,07%	8,78%	1,01%	8,34%	8,29%
juli 2016	7,52%	8,78%	1,73%	8,33%	6,48%
augustus 2016	7,52%	8,78%	1,73%	8,33%	6,48%
september 2016	7,52%	8,78%	1,73%	8,34%	6,48%
oktober 2016	7,52%	8,78%	2,63%	8,33%	6,48%
november 2016	7,52%	8,78%	2,63%	8,33%	6,48%
december 2016	7,52%	8,78%	2,63%	8,34%	6,48%
januari 2017	6,32%	7,66%	6,94%	0,00%	3,56%
februari 2017	5,30%	0,97%	6,94%	0,00%	3,56%
maart 2017	4,79%	0,16%	6,94%	0,00%	3,56%
april 2017	1,93%	0,03%	6,94%	0,00%	1,09%
mei 2017	1,88%	0,00%	6,94%	0,00%	1,09%
juni 2017	1,86%	0,00%	6,94%	0,00%	1,09%
juli 2017	1,07%	0,00%	6,94%	0,00%	0,50%
augustus 2017	1,07%	0,00%	6,94%	0,00%	0,50%
september 2017	1,07%	0,00%	6,94%	0,00%	0,50%
oktober 2017	0,94%	0,00%	6,94%	0,00%	0,25%
november 2017	0,94%	0,00%	6,94%	0,00%	0,25%
december 2017	0,94%	0,00%	6,94%	0,00%	0,25%

- 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.
- 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 87 Aanpassing bevoorschotting

- Bij de herberekening en herziening van de toegekende vereveningsbijdrage 2016 op grond van artikel 40 herziet het Zorginstituut de te betalen termijnen overeenkomstig artikel 86 voor de eerste keer. Het Zorginstituut verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de eerste keer herziene termijnen.
- Bij gelegenheid van de eerste voorlopige vaststelling van de bijdrage, op grond van hoofdstuk III, herziet het Zorginstituut voor de tweede keer de te betalen termijnen overeenkomstig artikel 86. Het Zorginstituut verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de tweede keer herziene termijnen.
- 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 86. Het Zorginstituut verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de derde maal herziene termijnen.
- 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 86.
- Het Zorginstituut verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de definitief te betalen termijnen.
- 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.



7. 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 88 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 87.
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 89 Renteberekening

1. Bij de verrekening van verschillen, bedoeld in artikel 87, 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 87, tweede lid, berekent het Zorginstituut rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 86 en artikel 87, eerste en tweede lid tot de datum van de voorlopige vaststelling van de bijdrage.
3. Bij de verrekening van de verschillen, bedoeld in artikel 87, derde lid, berekent het Zorginstituut rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 86 en artikel 87, 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 87, vierde lid, berekent het Zorginstituut rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 86 en artikel 87 eerste, tweede, derde en vierde lid tot de datum van de definitieve vaststelling van de bijdrage.
5. Voor een zorgverzekeraar waarvoor krachtens artikel 86, 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 87, 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 (Euribortarief) 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 VIII SLOTBEPALINGEN

Artikel 90

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 2015.

Artikel 91

Deze beleidsregels worden aangehaald als: Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2016.



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 14 oktober 2015, kenmerk 849935-142868-Z.



BIJLAGE 1 TOEWIJZING FKG'S DIABETES 2016 OP BASIS VAN FARMACIEGEBRUIK VOOR DIABETES EN HYPERTENSIE

Bijlage bij artikel 10, lid 7, onderdeel a

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

Toelichting:

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

Bron: Zorginstituut



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 2016 vervolgens plaats in de Regeling risicoverevening 2016 (de Regeling). De minister werkt in deze regeling gedetailleerd uit hoe de risicoverevening voor het jaar 2016 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 2016 kent het Zorginstituut voorafgaand aan het vereveningsjaar 2016 (ex ante) de bijdrage aan de zorgverzekeraars toe. In het voorjaar van 2016 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 2016 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 2015. De ex ante bijdrage berekent het Zorginstituut in drie stappen:

- De eerste stap, de verzekerdenraming, wordt beschreven in de artikelen 4 tot en met 26.
- De tweede stap is de berekening van de deelbedragen. De artikelen 27 tot en met 35 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 38 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 37, maakt hier deel van uit.

Na de toekenning van de ex ante bijdrage volgt in april 2016 de zogenoemde 'lenteherberekening'. Deze herberekening is een aanpassing van de ex ante toekenning op basis van geactualiseerde verzekerdenaantallen. Artikel 40 beschrijft de lenteherberekening. Op basis hiervan past het Zorginstituut de bevoorschotting aan (artikel 87, eerste lid).



De eerste voorlopige vaststelling van de bijdrage vindt plaats, na ommekomst van het jaar 2016, in september 2017. De eerste voorlopige vaststelling van de bijdrage berekent het Zorginstituut in drie stappen:

- De eerste stap, de verzekerdensbepaling, wordt beschreven in de artikelen 41 tot en met 59.
- De tweede stap, de berekening van de deelbedragen, wordt beschreven in de artikelen 60 tot en met 64. Bij de eerste voorlopige vaststelling vermenigvuldigt het Zorginstituut de verzekerdens uit de ex post verzekerdensbepaling met de ex ante normbedragen. Het flankerend beleid dat betrekking heeft op het gelijk speelveld wordt in deze artikelen over de berekening van de deelbedragen beschreven. Voor het deelbedrag vaste zorgkosten, past het Zorginstituut nacalculatie toe. Zie artikel 61, derde lid.
- De derde stap, de bijdrageberekening, wordt beschreven in artikel 66. Op de deelbijdragen verpleging en verzorging en kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg past het Zorginstituut de bandbreedteregeling toe. De bandbreedteregeling wordt berekend rond het gemiddelde marktresultaat. Artikel 65 beschrijft de berekening van de normatieve opbrengst eigen betaling in verband met het eigen risico.

De tweede voorlopige vaststelling vindt plaats in september 2019. De bijdrage uit de tweede voorlopige vaststelling berekent het Zorginstituut in drie stappen:

- De eerste stap, de verzekerdensbepaling, wordt beschreven in artikelen 41 tot en met 59 en artikel 68. Bij de tweede voorlopige vaststelling maakt het Zorginstituut gebruik van de verzekerdens aantallen, 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 68 geactualiseerde gegevensaanleveringen bij de verzekerdensbepaling.
- De tweede stap, de berekening van de deelbedragen, wordt beschreven in artikel 69 tot en met 73. 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 70.
- De derde stap, de bijdrageberekening, wordt beschreven in artikel 75. Op de deelbijdragen verpleging en verzorging en geneeskundige geestelijke gezondheidszorg past het Zorginstituut de bandbreedteregeling toe. Artikel 74 beschrijft de berekening van de normatieve opbrengst eigen betaling in verband met het eigen risico.

Het Zorginstituut stelt de bijdrage definitief vast in april 2020. 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 2018 en op de declaraties 2015.

De definitieve vaststelling is in drie stappen te beschrijven.

- Op de eerste stap, de verzekerdensbepaling, zijn artikelen 41 tot en met 59 en artikel 68 en 72 van toepassing;
- Op de tweede stap, de berekening van de deelbedragen, zijn de artikelen 77 tot en met 81 van toepassing;
- Op de derde stap, de bijdrageberekening, is artikel 83 van toepassing. De berekening van de normatieve eigen betaling in verband met het eigen risico voor de definitieve vaststelling, wordt beschreven in artikel 82.

Hoofdstuk 7 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 2016 ten opzichte van 2015

1. Het deelbedrag kosten van verpleging en verzorging wordt via dezelfde criteria verevend als het deelbedrag variabele kosten.
2. Het criterium V&V regio komt te vervallen.
3. Introductie van het nieuwe criterium FGG, wat staat voor fysiotherapiegebruikersgroepen, in het model voor de deelbedragen variabele kosten en kosten van verpleging en verzorging.
4. Introductie van het nieuwe criterium VGG, wat staat voor verpleging en verzorging gebruikersgroepen, in het model voor de deelbedragen variabele kosten en kosten van verpleging en verzorging.
5. Introductie van het nieuwe criterium GGG, wat staat voor geriatrische revalidatiezorg gebruikersgroepen, in het model voor de deelbedragen variabele kosten en kosten van verpleging en verzorging.
6. Het deelbedrag kosten van langdurige GGZ wordt toegevoegd. Dit deelbedrag wordt via dezelfde criteria verevend als het deelbedrag kosten van geneeskundige GGZ, met daaraan toegevoegd een nieuw criterium.



7. Introductie van het nieuwe criterium IGG, wat staat voor intramurale GGZ gebruikersgroepen, in het model voor het deelbedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg.
8. Uitbreiding van het criterium FKG's tot 30 klassen, door splitsing van bestaande klassen en door introductie van nieuwe klassen.
9. Uitbreiding van het criterium Aard van het Inkomen met de klasse IVA (volledig en duurzaam arbeidsongeschikt) en de klasse hoogopgeleid.
10. Splitsing van SES '0' in blijvend en instromend. Aanpassing van de klassegrenzen voor SES '1' (0-20), SES '2' (20-40), SES '3' (40-70) en SES '4' (70-100).
11. De selectie van verzekerden voor het eigenrisicomodel wordt uitgebreid met HKG's, waardoor de selectie nu gebaseerd is op de criteria FKG's, DKG's, HKG's en MHK.
12. De percentages afslag voor verzekerden woonachtig in het buitenland zijn voor de toepasselijke criteria als volgt: FKG's 50%; DKG's 55%, HKG's 65%, FGG 0%, VGG 0%, GGG 0%, FKG GGZ 50%, DKG GGZ 40% en IGG 0%.
13. Criteriumneutraliteit geldt voor de vereveningscriteria MHK, GGZ-MHK en IGG.
14. De bandbreedteregeling voor het deelbedrag kosten van verpleging en verzorging is gebaseerd op 15,00 euro en 75 procent.
15. De bandbreedteregeling voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg is gebaseerd op 17,50 euro en 75 procent.
16. De bandbreedteregeling voor het deelbedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg is gebaseerd op 5,00 euro en 100 procent.

De wijzigingen met betrekking tot het vereveningsmodel 2016 worden uitgebreid toegelicht in de toelichting bij de Regeling.

*Voorzitter Raad van Bestuur
A. Moerkamp*