



Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2018

De Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland,

Gelet op de artikelen 32, vijfde lid en 34, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet, Hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering, de Regeling risicoverevening 2018 en de brief van de Minister van VWS van 9 oktober 2017, kenmerk 1238742-168225-Z,

heeft in zijn vergadering van 9 oktober 2017 besloten:

HOOFDSTUK I ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1 Definities

Deze beleidsregels verstaan onder:

- a. *het Zorginstituut*: Zorginstituut Nederland, bedoeld in artikel 58, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet;
- b. *zwaarte*: het deel waarvoor de verzekerde meetelt in een betreffende klasse;
- c. *macroverzekerden- raming*: de raming van het aantal verzekerden op macroniveau op basis van de opgave van de zorgverzekeraars en trends van het CBS naar aantal inwoners in Nederland voor het jaar 2018;
- d. *FKG GGZ*: FKG's psychische aandoeningen als bedoeld in artikel 1, onderdeel q, van het Besluit zorgverzekering;
- e. *DKG GGZ*: DKG's psychische aandoeningen als bedoeld in artikel 1, onderdeel ee, van het Besluit zorgverzekering;
- f. *PKB*: persoonskenmerkenbestand. Een bestand dat bestaat uit de opgave van de zorgverzekeraar met per gepseudonimiseerd burgerservicenummer de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand en geboortjaar, viercijferige postcode en gepseudonimiseerd adres. Dit bestand wordt jaarlijks opgesteld aan de hand van opgaven van de zorgverzekeraars. Voor het PKB 2017 is de peildatum 1 mei 2017 en de aanleverdatum 1 juni 2017;
- g. *VPPKB*: verzekerde periode en persoonskenmerkenbestand. Een bestand dat bestaat uit twee delen. Het eerste deel betreft de opgave van de zorgverzekeraar van verzekerden mét een geverifieerd gepseudonimiseerd burgerservicenummer dat per gepseudonimiseerd burgerservicenummer de verzekerde periode, de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand en geboortjaar, viercijferige postcode en gepseudonimiseerd adres bevat. Het tweede deel betreft de opgave van de zorgverzekeraar van verzekerden zonder een geverifieerd burgerservicenummer en verzekerden zonder burgerservicenummer dat per verzekerde de verzekerde periode, de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand en geboortjaar en viercijferige postcode bevat. Dit bestand wordt jaarlijks opgesteld aan de hand van opgaven van de zorgverzekeraars. Voor het VPPKB 2018 is de aanleverdatum 1 juni 2019;
- h. *verzekerde woonachtig in het buitenland*: een persoon die een zorgverzekering heeft afgesloten en geen ingezetene van Nederland is;
- i. *vereveningsbijdrage*: een bijdrage, bedoeld in de artikelen 32 en 34 van de Zorgverzekeringswet;
- j. *wet*: de Zorgverzekeringswet;
- k. *Regeling*: Regeling risicoverevening 2018;
- l. *trendtabel*: door het Zorginstituut per criterium opgestelde tabel met trendfactoren die voor het betreffende criterium de geraamde prevalentieontwikkeling weergeeft, zoals gepubliceerd op de website van het Zorginstituut. De trendfactor geeft de mutatie van verzekerden per risicoklasse weer;
- m. *jaarstaat*: de jaarstaat, bedoeld in de regeling, bedoeld in artikel 90 van de wet.

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 vereveningsbijdrage 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 2018 en de berekening van de normatieve bedragen en de vereveningsbijdragen ervan uit dat alle zorgverzekeraars die gedurende 2017 actief zijn geweest ook in 2018 als zorgverzekeraar actief zullen zijn.



HOOFDSTUK II TOEKENNING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE 2018 AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 4 Algemene bepaling voor de raming van de verzekerdenaantallen

1. Het Zorginstituut baseert zich bij de raming van de verzekerdenaantallen 2018 op de macroverzekerdenraming.
2. Het Zorginstituut baseert zich bij de raming van de verzekerdenaantallen 2018 per zorgverzekeraar op het PKB 2017 met als peildatum 1 mei 2017, zoals de zorgverzekeraars dat hebben aangeleverd op 1 juni 2017.
3. Het Zorginstituut deelt verzekerden zonder burgerservicenummer en verzekerden zonder geverifieerd burgerservicenummer niet in bij een criterium.
4. Wanneer een verzekerde bij meerdere zorgverzekeraars tegelijkertijd is ingeschreven, past het Zorginstituut artikel 10 van de Regeling toe.

Artikel 5 De verzekerdenaantallen 2018 voor het macro-deelbedrag variabele zorgkosten

1. Het Zorginstituut deelt voor het macro-deelbedrag variabele zorgkosten verzekerden in bij de criteria leeftijd en geslacht, FKG's, primaire DKG's, secundaire DKG's, HKG's, AVI, regio, SES, PPA, MHK, FDG en VGG.
2. Het Zorginstituut deelt verzekerden woonachtig in het buitenland uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht, FKG's, primaire DKG's, secundaire DKG's, HKG's, AVI, MHK, FDG en VGG. Met inachtneming van artikel 6 van de Regeling deelt het Zorginstituut alle verzekerden woonachtig in het buitenland voor het criterium FKG's in in de klasse 'Geen FKG', voor het criterium primaire DKG's in de klasse 'Geen primaire DKG', voor het criterium secundaire DKG's in de klasse 'Geen secundaire DKG', voor het criterium HKG's in de klasse 'Geen HKG', voor het criterium MHK in de klasse 'Geen MHK', voor het criterium FDG in de klasse 'Geen FDG' en voor het criterium VGG in de klasse 'Geen VGG'.

Artikel 6 De verzekerdenaantallen 2018 voor het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

1. Het Zorginstituut deelt voor het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg verzekerden van achttien jaar en ouder in bij de criteria leeftijd en geslacht, FKG GGZ, DKG GGZ, AVI, GGZ-regio, SES, PPA 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 AVI. Met inachtneming van artikel 6 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 'Geen DKG psychische aandoeningen'.

Artikel 7 De verzekerdenaantallen 2018 voor de normatieve eigen risico opbrengst

1. Het Zorginstituut deelt voor de normatieve eigen risico opbrengst verzekerden van achttien jaar en ouder die zowel onder de klasse 'Geen FKG', als onder de klassen 'Geen primaire DKG', 'Geen secundaire DKG', 'Geen HKG', en 'Geen FDG' vallen en niet worden ingedeeld bij MHK-klasse '2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent' of hoger, in bij de criteria leeftijd en geslacht, AVI, regio en MHK.
2. Het Zorginstituut deelt voor de normatieve eigen risico verzekerden woonachtig in het buitenland uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht, AVI en MHK. Met inachtneming van artikel 8, derde lid van de Regeling deelt het Zorginstituut alle verzekerden woonachtig in het buitenland voor het criterium MHK in in de klasse 'Geen MHK'.

Artikel 8 Leeftijd en geslacht

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium leeftijd en geslacht per zorgverzekeraar op het PKB 2017.
2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van het eerste lid in welke leeftijds- en geslachtsklasse de verzekerde wordt ingedeeld.



3. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium leeftijd en geslacht naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 9 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 2018 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 1 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave per 1 juni 2017 van declaraties farmaceutische hulp 2016 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut;
 - c. de opgave per 1 juni 2017 van declaraties add-ons duur of weesgeneesmiddel 2015 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut;
 - d. de opgave per 1 juni 2016 van declaraties farmaceutische hulp 2015 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.
2. Het Zorginstituut koppelt de opgaven, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, c en d, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2017 en bepaalt op basis hiervan en met inachtneming van artikel 9, tweede lid, van de Regeling en bijlage 1 van deze Beleidsregels, in welke FKG klassen de verzekerde valt. Aan de verzekerde koppelt het Zorginstituut een zwaarte van 1 voor de betreffende klassen.
3. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium FKG's 2018 de trendtabel voor dit criterium toe voor de geraamde prevalentieontwikkeling. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, genoemd in het tweede lid, met de toepasselijke trendfactor uit de trendtabel.
4. Het Zorginstituut past op de verzekerden in de FKG klasse auto-immuunziekten op basis van add-on, de FKG klasse kanker op basis van add-on, de FKG klasse groeistoornissen op basis van add-on, de FKG klasse Extreem hoge kosten cluster 1, de FKG klasse Extreem hoge kosten cluster 2 en de FKG klasse Extreem hoge kosten cluster 3 een sterftecorrectie toe, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft met het VPPKB 2016.
5. Het Zorginstituut past op verzekerden die in het PKB 2017 voor het eerst voorkomen per FKG klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PKB toe.
6. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen FKG' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen FKG' in.
7. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium FKG's naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 10 Primaire DKG's

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium primaire DKG's per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in primaire DKG klassen 2018 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 2 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2017 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's die in 2015 geopend zijn;
 - c. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2016 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's die in 2014 geopend zijn.
2. 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 bijlage 2 van deze Beleidsregels, in welke primaire DKG klasse '1' tot en met '15' de verzekerde valt. Als een verzekerde in meer primaire DKG klassen valt, deelt het Zorginstituut de verzekerde in de hoogste voor hem toepasselijke klasse in. Het Zorginstituut stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.
3. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium primaire DKG's de trendtabel voor dit criterium toe voor de geraamde prevalentieontwikkeling. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, genoemd in het vorige lid, twee keer met de toepasselijke trendfactor uit de trendtabel. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het VPPKB 2016 voor het eerst voorkomen per primaire DKG klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het VPPKB 2016 toe. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2017, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.



4. Als een verzekerde niet in een klasse '1' tot en met '15' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in bij de klasse 'Geen primaire DKG'.
5. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium primaire DKG's naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 11 Secundaire DKG's

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium secundaire DKG's per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in secundaire DKG klassen 2018 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 2 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2017 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's die in 2015 geopend zijn;
 - c. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2016 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's die in 2014 geopend zijn.
2. 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 bijlage 2 van deze Beleidsregels, in welke secundaire DKG klasse '1' tot en met '7' de verzekerde valt. Bij de indeling naar secundaire DKG klassen sluit het Zorginstituut declaraties die tot een primaire DKG hebben geleid uit. Als een verzekerde in meer secundaire DKG klassen valt, deelt het Zorginstituut de verzekerde in de hoogste voor hem toepasselijke klasse in. Het Zorginstituut stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.
3. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium secundaire DKG's de trendtabel voor dit criterium toe voor de geraamde prevalentieontwikkeling. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, genoemd in het vorige lid, twee keer met de toepasselijke trendfactor uit de trendtabel. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het VPPKB 2016 voor het eerst voorkomen per secundaire DKG klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het VPPKB 2016 toe. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2017, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
4. Als een verzekerde niet in een klasse '1' tot en met '7' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in bij de klasse 'Geen secundaire DKG'.
5. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium secundaire 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 2018 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 3 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave per 1 juni 2017 van declaraties hulpmiddelen 2016 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.
2. Het Zorginstituut koppelt de opgave, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2017 en bepaalt op basis hiervan en met inachtneming van bijlage 3 van deze Beleidsregels, in welke HKG klasse de verzekerde valt. Als een verzekerde in meer HKG klassen valt, deelt het Zorginstituut de verzekerde in de hoogste voor hem toepasselijke klasse in. Het Zorginstituut stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.
3. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium HKG's de trendtabel voor dit criterium toe voor de geraamde prevalentieontwikkeling. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, genoemd in het vorige lid, met de toepasselijke trendfactor uit de trendtabel. Het Zorginstituut past op verzekerden die in het PKB 2017 voor het eerst voorkomen per HKG klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PKB toe.
4. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen HKG' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen HKG' in.



5. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium HKG's naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 13 AVI

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium AVI per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de indeling op de indeling in AVI klassen zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 4 van deze Beleidsregels;
 - b. de leeftijd op het VPPKB 2016;
 - c. de zelfstandigen op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst naar inkomensbron op peildatum 30 juni 2016;
 - d. de duurzaam en volledig arbeidsongeschikten, de overige arbeidsongeschikten, de bijstandsgerechtigden, de werklozen en de loontrekkers op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron op peildatum 30 juni 2016;
 - e. de studenten en hoogopgeleiden op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2016.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met e, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2016 en bepaalt op basis hiervan met inachtneming van artikel 9, derde lid, van de Regeling en bijlage 4 van deze Beleidsregels, in welke AVI klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Na toepassing van het vorige lid koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2017, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
4. Het Zorginstituut herschaalt na toepassing van het derde lid het geraamde aantal verzekerden voor het criterium AVI naar de macroverzekerdenraming, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie per AVI klasse constant blijft.

Artikel 14 Regio

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

Artikel 15 SES

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium SES per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de indeling van de klasse '1 (zeer laag)' mede op het referentiebestand PPA dat is opgenomen in bijlage 6 van deze Beleidsregels;
 - b. de leeftijd op het VPPKB 2016;
 - c. het inkomen op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst over het jaar 2014;
 - d. het inkomen wanneer voor 2014 geen gegevens beschikbaar zijn op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst over het jaar 2015;
 - 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 2016 op het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2016 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB 2016 op het gepseudonimiseerde adres in het VPPKB 2016 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het VPPKB 2016 op het gepseudonimiseerde adres in de opgave van de Belastingdienst over 2015 en indien verzekerde ook niet is opgenomen in de opgave van de Belastingdienst over 2015 op het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2015 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB



- 2015 op het gepseudonimiseerde adres in het VPPKB 2015;
- g. bewoners Wlz-instelling op Wlz-declaraties december 2015 en op Wlz-declaraties december 2016.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2016 en bepaalt op basis hiervan en met inachtneming van artikel 9, vijfde lid, van de Regeling, in welke SES klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Na toepassing van het tweede lid koppelt het Zorginstituut de verzekerden voor het criterium SES aan het PKB 2017, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
4. Het Zorginstituut herschaalt na toepassing van het derde lid het geraamde aantal verzekerden voor het criterium SES naar de macroverzekerdenraming, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie per SES klasse constant blijft.

Artikel 16 PPA

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium PPA per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de indeling van de klassen 'Wlz-instelling, blijvend' en 'Wlz-instelling, instromend' op het referentiebestand PPA dat is opgenomen in bijlage 6 van deze Beleidsregels;
 - b. de leeftijd op het VPPKB 2016;
 - c. de adresgegevens op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst over 2016;
 - d. de adresgegevens in het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave van de Belastingdienst 2016 op het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2016 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB 2016 op het gepseudonimiseerde adres in het VPPKB 2016 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het VPPKB 2016 op het gepseudonimiseerde adres in de opgave van de Belastingdienst over 2015 en indien verzekerde ook niet is opgenomen in de opgave van de Belastingdienst over 2015 op het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2015 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB 2015 op gepseudonimiseerde adres in het VPPKB 2015;
 - e. bewoners Wlz-instelling blijvend op Wlz-declaraties december 2015;
 - f. bewoners Wlz-instelling instromend op Wlz-declaraties december 2016 en op Wlz-declaraties december 2015.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2016 en bepaalt op basis hiervan in welke PPA klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Na toepassing van het tweede lid koppelt het Zorginstituut de verzekerden voor het criterium PPA aan het PKB 2017, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
4. Het Zorginstituut herschaalt na toepassing van het derde lid het geraamde aantal verzekerden voor het criterium PPA naar de macroverzekerdenraming, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie per klasse constant blijft.

Artikel 17 MHK

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium MHK per zorgverzekeraar op:
 - a. declaraties met betrekking tot 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 oktober 2016 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - b. declaraties met betrekking tot 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 met betrekking tot 2015 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten exclusief declaraties geriatrische revalidatiezorg, 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 MHK klassen met betrekking tot 2013, 2014 respectievelijk 2015 tot drempelbedragen MHK 2013, 2014 respectievelijk 2015.
3. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de declaraties, bedoeld in het eerste lid, de drempelbedragen uit het vorige lid en een koppeling met het VPPKB 2016 in welke MHK klasse een verzekerde wordt ingedeeld. Het Zorginstituut deelt verzekerden die drie voorafgaande jaren geen variabele kosten in de top 30 procent hadden in bij de klasse 'Geen MHK'.
4. Na toepassing van het derde lid koppelt het Zorginstituut de verzekerden voor het criterium MHK aan het PKB 2017, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie per MHK klasse constant blijft.
5. Het Zorginstituut herschaalt na toepassing van de vorige leden het geraamde aantal verzekerden voor het criterium MHK naar de macroverzekerdenraming en stemt de relatieve prevalentie per klasse af op de Overall Toets 2018, zoals die op 8 augustus 2017 aan de minister van VWS is gerapporteerd.

Artikel 18 FDG

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium FDG per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in FDG klassen 2018 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 7 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave per 1 juni 2017 van declaraties fysiotherapie en oefentherapie 2016 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.
2. Het Zorginstituut koppelt de declaraties, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2017 en bepaalt op basis hiervan en met inachtneming van bijlage 7 van deze Beleidsregels, in welke FDG klasse de verzekerde valt. Als een verzekerde in meer FDG klassen valt, deelt het Zorginstituut de verzekerde in de hoogste voor hem toepasselijke klasse in. Het Zorginstituut stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.
3. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium FDG de trendtabel voor dit criterium toe voor de geraamde prevalentieontwikkeling. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, genoemd in het vorige lid, met de toepasselijke trendfactor uit de trendtabel. Het Zorginstituut past op verzekerden die in het PKB 2017 voor het eerst voorkomen per FDG klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PKB toe.
4. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen FDG' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in bij de klasse 'Geen FDG'.
5. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium FDG naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 19 VGG

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium VGG per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de leeftijd op het PKB 2017;
 - b. de leeftijd, indien verzekerden niet in het PKB 2017 voorkomen, op het VPPKB 2015;
 - c. de kosten op declaraties kosten verpleging en verzorging 2015 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2017 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
2. Het Zorginstituut herleidt de percentages in de VGG klassen tot drempelbedragen.
3. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de declaraties, bedoeld in het eerste lid, onderdeel c, de drempelbedragen uit het vorige lid en een koppeling met het VPPKB 2016 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 met inachtneming van artikel 9, zevende lid, van de Regeling de zwaarte van 1 naar rato over de betreffende klassen.



5. Indien de percentielgrens gelijk is aan nul euro deelt het Zorginstituut, met inachtneming van artikel 9, achtste lid, van de Regeling, verzekerden met kosten op de percentielgrens in bij de klasse 'Geen VGG'.
6. Het Zorginstituut koppelt de verzekerden voor het criterium VGG aan het VPPKB 2016. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2017, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
7. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen VGG' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in bij de klasse 'Geen VGG'.
8. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium VGG naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 20 FKG GGZ

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium FKG GGZ per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in FKG GGZ klassen 2018 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 8 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave per 1 juni 2017 van declaraties farmaceutische hulp 2016 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.
2. Het Zorginstituut koppelt de declaraties, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2017 en bepaalt op basis hiervan met inachtneming van artikel 9, vierde lid, van de Regeling en bijlage 8 van deze Beleidsregels, in welke FKG GGZ klassen de verzekerde wordt ingedeeld. Aan de verzekerde koppelt het Zorginstituut een zwaarte van 1 voor de betreffende klassen.
3. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium FKG GGZ 2018 de trendtabel voor dit criterium toe voor de geraamde prevalentieontwikkeling. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, genoemd in het tweede lid, met de toepasselijke trendfactor uit de trendtabel. Het Zorginstituut past voor verzekerden die in het PKB 2017 voor het eerst voorkomen per FKG GGZ klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PKB toe.
4. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen FKG psychische aandoeningen' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen FKG psychische aandoeningen' in.
5. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium FKG GGZ naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 21 DKG GGZ

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium DKG GGZ per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in DKG GGZ klassen 2018 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 9 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2017 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's GGZ en zzp's GGZ die in 2015 geopend zijn;
 - c. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2017 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's GGZ die in 2014 geopend zijn;
 - d. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2016 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's GGZ die in 2013 geopend zijn;
 - e. Wlz-opgaven die via Vektis zijn aangeleverd met betrekking tot zzp's in 2015;
 - f. AWBZ-opgaven die via Vektis zijn aangeleverd met betrekking tot zzp's in 2014 en 2013.
2. Het Zorginstituut koppelt op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer de opgaven, bedoeld in het vorige lid, aan het VPPKB 2016. Het Zorginstituut bepaalt op basis hiervan en met inachtneming van bijlage 9 van deze Beleidsregels per verzekerde in welke DKG GGZ klasse de verzekerde valt. Als een verzekerde in meer DKG GGZ klassen valt, deelt het Zorginstituut de verzekerde in de hoogste voor hem toepasselijke klasse in. Het Zorginstituut stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.
3. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het VPPKB 2016 voor het eerst voorkomen per DKG GGZ klasse de gemiddelde prevalentie voor de betreffende klasse van de overige verzekerden in



het VPPKB 2016 toe. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2017, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.

4. Als een verzekerde niet in een klasse '1' tot en met '17' van het criterium DKG's GGZ valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen DKG psychische aandoeningen' in.
5. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium DKG's GGZ naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 22 GGZ-regio

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium GGZ-regio per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de indeling op de GGZ regio klassen 2018 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 10 van deze Beleidsregels;
 - b. de viercijferige postcode op het PKB 2017.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2017 en bepaalt op basis hiervan en met inachtneming van bijlage 10 van deze Beleidsregels per verzekerde in welke GGZ-regioklasse de verzekerde wordt ingedeeld.
3. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium GGZ-regio naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 23 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 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 2012 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2014, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2016 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - c. declaraties met betrekking tot 2013 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2015, zoals zorgverzekeraars die op 1 oktober 2016 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - d. declaraties met betrekking tot 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;
 - e. declaraties met betrekking tot 2015 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2017 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - f. het VPPKB 2011, VPPKB 2012, VPPKB 2013, het VPPKB 2014 en het VPPKB 2015.
2. Het Zorginstituut herleidt de percentages van de risicoklassen GGZ-MHK met betrekking tot 2011, 2012, 2013, 2014 respectievelijk 2015 tot drempelbedragen GGZ-MHK 2011, 2012, 2013, 2014 respectievelijk 2015.
3. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de declaraties, bedoeld in het eerste lid, de drempelbedragen uit het vorige lid en een koppeling met het VPPKB 2016 in welke GGZ-MHK klasse een verzekerde wordt ingedeeld. Het Zorginstituut stelt voor de klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.
4. Voor verzekerden met kosten gelijk aan de percentielgrens 'Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 98,5 procent met kosten GGZ > 10 euro' verdeelt het Zorginstituut met inachtneming van artikel 9, zesde lid, van de Regeling de zwaarte van 1 naar rato over de betreffende klassen.
5. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2017, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
6. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen GGZ-MHK' valt, deelt het Zorginstituut de verzekerde in de klasse 'Geen GGZ-MHK' in.



7. 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 2018, zoals die op 8 augustus 2017 aan de minister van VWS is gerapporteerd.

Artikel 24 Gewichten voor het deelbedrag variabele zorgkosten

1. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag variabele zorgkosten gaat het Zorginstituut uit van de gewichten genoemd in bijlage 1 van de Regeling.
2. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag variabele zorgkosten hanteert het Zorginstituut met inachtneming van artikel 6 van de Regeling voor verzekerden woonachtig in het buitenland voor de volgende criteria de volgende gewichten als uitgangspunten:
 - a. 50% van het gewicht van de FKG klasse 'Geen FKG';
 - b. 50% van het gewicht voor de primaire DKG klasse 'Geen primaire DKG';
 - c. 50% van het gewicht voor de secundaire DKG klasse 'Geen secundaire DKG';
 - d. 55% van het gewicht voor de HKG klasse 'Geen HKG';
 - e. 75% van het gewicht voor de FDG klasse 'Geen FDG';
 - f. 95% van het gewicht voor de VGG klasse 'Geen VGG'.
 - g. 60% van het gewicht voor de MHK klasse 'Geen MHK'.
3. Het Zorginstituut rondt de gewichten, bedoeld in het vorige lid, af op twee decimalen.

Artikel 25 De verdeling van het macro-deelbedrag variabele zorgkosten en de berekening van het deelbedrag variabele zorgkosten

1. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar, per criterium voor de criteria leeftijd en geslacht, FKG's, primaire DKG's, secundaire DKG's, HKG's, AVI, regio, SES, PPA, MHK, FDG en VGG de gewichten variabele zorgkosten 2018, bedoeld in artikel 24, per klasse met het geraamde aantal verzekerden in de overeenkomstige klasse.
2. Het Zorginstituut sommeert de op grond van het eerste lid berekende producten per zorgverzekeraar.
3. Het resultaat na toepassing van het tweede lid wordt aangeduid als het deelbedrag variabele zorgkosten 2018.

Artikel 26 De verdeling van het macro-deelbedrag vaste zorgkosten en de berekening van het deelbedrag vaste zorgkosten

1. Het Zorginstituut berekent op grond van artikel 3.5 van het Besluit zorgverzekering, het normbedrag vaste zorgkosten 2018 door het macro-deelbedrag vaste zorgkosten te delen door het landelijk totaal van het aantal geraamde verzekerden 2018 en het resultaat af te ronden op twee decimalen.
2. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het geraamde aantal verzekerden 2018 met het normbedrag vaste zorgkosten 2018, zoals berekend in het eerste lid.
3. Het resultaat na toepassing van het tweede lid wordt aangeduid als het deelbedrag vaste zorgkosten 2018.

Artikel 27 Gewichten voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

1. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg gaat het Zorginstituut uit van de gewichten genoemd in bijlage 2 van de Regeling.
2. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg hanteert het Zorginstituut met inachtneming van artikel 6 van de Regeling voor verzekerden woonachtig in het buitenland voor de volgende criteria de volgende gewichten als uitgangspunten:
 - a. 50% van het gewicht voor de FKG GGZ klasse 'Geen FKG psychische aandoeningen';
 - b. 45% van het gewicht voor de DKG GGZ klasse 'Geen DKG psychische aandoeningen'.
3. Het Zorginstituut rondt de gewichten, bedoeld in het vorige lid, af op twee decimalen.



Artikel 28 De verdeling van het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de berekening van het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg

1. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar, per criterium voor de criteria leeftijd en geslacht, FKG GGZ, DKG GGZ, AVI, GGZ-regio, SES, PPA en GGZ-MHK de gewichten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2018, bedoeld in artikel 27, per klasse met het geraamde aantal verzekerden in de overeenkomstige klasse.
2. Het Zorginstituut sommeert de op grond van het eerste lid berekende producten per zorgverzekeraar.
3. Het resultaat na toepassing van het tweede lid wordt aangeduid als het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2018.

Artikel 29 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 onder de klasse 'Geen FKG', als onder de klassen 'Geen primaire DKG', 'Geen secundaire DKG', 'Geen HKG', en 'Geen FDG' vallen en niet worden ingedeeld bij de MHK-klasse '2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent' of hoger, gaat het Zorginstituut uit van de gewichten genoemd in bijlage 3 van de Regeling.
2. Voor de verdeling van de normatieve eigen risico opbrengst hanteert het Zorginstituut met inachtneming van artikel 8, derde lid van de Regeling voor verzekerden woonachtig in het buitenland voor het criterium MHK 0% van het gewicht voor de MHK klasse 'Geen MHK'.
3. Het Zorginstituut rondt het gewicht, bedoeld in het vorige lid, af op twee decimalen.
4. Voor de berekening van de normatieve eigen risico opbrengst voor verzekerden die niet zowel onder de klasse 'Geen FKG', als onder de klassen 'Geen primaire DKG', 'Geen secundaire DKG', 'Geen HKG', en 'Geen FDG' vallen en worden ingedeeld bij de MHK-klasse '2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent' of hoger, hanteert het Zorginstituut de geraamde opbrengst per verzekerde van 361,61 euro, zoals genoemd in artikel acht van de Regeling als uitgangspunt.

Artikel 30 De berekening van de normatieve eigen risico opbrengst

1. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar, per criterium voor de criteria leeftijd en geslacht, AVI, regio en MHK de gewichten eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico 2018, bedoeld in artikel 29, per klasse met het geraamde aantal verzekerden in de overeenkomstige klasse.
2. Het Zorginstituut sommeert de op grond van het eerste lid berekende producten per zorgverzekeraar.
3. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar de geraamde opbrengst per verzekerde met de verzekerden van achttien jaar en ouder die niet zowel onder de klasse 'Geen FKG', als onder de klassen 'Geen primaire DKG', 'Geen secundaire DKG', 'Geen HKG', en 'Geen FDG' vallen en worden ingedeeld bij de MHK-klasse '2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent' of hoger. De uitkomsten worden per zorgverzekeraar gesommeerd en toegevoegd aan het resultaat na toepassing van het tweede lid.
4. Voor de toepassing van artikel acht, eerste lid, van de Regeling, vermindert het Zorginstituut per zorgverzekeraar de uitkomst van het derde lid met 0,05823 procent.
5. Het resultaat na toepassing van het vierde lid wordt aangeduid als normatieve eigen risico opbrengst 2018.

Artikel 31 De berekening van het normatieve bedrag en de berekening en toekenning van de vereveningsbijdrage

1. Het Zorginstituut berekent het normatieve bedrag 2018 van een zorgverzekeraar als de som van het op grond van het in dit hoofdstuk berekende deelbedrag variabele zorgkosten 2018, het deelbedrag vaste zorgkosten 2018 en het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2018.



2. Het Zorginstituut berekent de opbrengst van de nominale rekenpremie 2018 per zorgverzekeraar door de geraamde aantallen verzekerden van achttien jaar en ouder 2018 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2018.
3. Voor de toepassing van artikel zeven, derde lid, van de Regeling, vermindert het Zorginstituut het resultaat na toepassing van het tweede lid met 0,05823 procent.
4. Het Zorginstituut berekent de vereveningsbijdrage 2018 voor een zorgverzekeraar door op het normatieve bedrag 2018, bedoeld in het eerste lid, de normatieve eigen risico opbrengst 2018 zoals bepaald in artikel 30, vijfde lid en de op grond van het tweede en derde lid berekende opbrengst van de nominale rekenpremie 2018 in mindering te brengen.
5. Het Zorginstituut berekent per zorgverzekeraar de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar 2018. Deze uitkering bedraagt het aantal geraamde verzekerden jonger dan achttien jaar vermenigvuldigd met € 41,00.
6. Het Zorginstituut kent de vereveningsbijdrage 2018 ter hoogte van de bijdrage berekend op grond van het vierde lid, aangevuld met het bedrag, berekend op grond van het vijfde lid, aan de zorgverzekeraar toe.

HOOFDSTUK III DE HERBEREKENING VAN DE TOEGEKENDE BIJDRAGE

Artikel 32 Herberekeningen als gevolg van splitsing van de zorgverzekeraar

Indien een zorgverzekeraar na de toekenning van de vereveningsbijdrage 2018 besluit zich te splitsen, verzoekt het Zorginstituut de zorgverzekeraar om mee te delen hoe naar zijn verwachting de geraamde verzekerdenaantallen 2018 verdeeld zullen worden, over nieuwe dan wel bestaande zorgverzekeraars als gevolg van de splitsing. Het Zorginstituut kan de toegekende vereveningsbijdrage herzien en bijdragen aan nieuwe dan wel bestaande zorgverzekeraars toekennen, rekening houdend met de meegedeelde geraamde verzekerdenaantallen en het tijdstip waarop de splitsing wordt gerealiseerd.

Artikel 33 De herberekening en herziening van de toegekende bijdrage 2018

1. Het Zorginstituut herberekent de toekenning van de vereveningsbijdrage op basis van de verzekerdenaantallen 2018 volgens de opgaven van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut op 7 maart 2018.
2. Het Zorginstituut voert de herberekening van de toegekende vereveningsbijdrage 2018 als volgt uit: Het Zorginstituut deelt per zorgverzekeraar het totaal aantal verzekerden uit de opgaven in het eerste lid door het geraamde totaal aantal verzekerden 2018 en vermenigvuldigt per zorgverzekeraar de uitkomst hiervan met de vereveningsbijdrage 2018, zoals toegekend op grond van artikel 31, zesde lid.
3. Het Zorginstituut herziert de op grond van artikel 31, zesde lid, toegekende vereveningsbijdrage 2018 overeenkomstig de herberekening bedoeld in het tweede lid.

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

Artikel 34 Algemene bepaling verzekerdenaantallen

1. Het Zorginstituut betreft de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast over 2018 bij de vaststelling van de verzekerdenaantallen 2018.
2. Het Zorginstituut bepaalt de verzekerdenaantallen 2018 met inachtneming van het bepaalde in dit artikel en met inachtneming van artikel 5, 6 en 7.
3. Het Zorginstituut baseert zich bij de bepaling van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar op het VPPKB 2018, zoals de zorgverzekeraars dat hebben aangeleverd op 1 juni 2019.
4. Het Zorginstituut deelt verzekerden zonder burgerservicenummer en verzekerden zonder geverifieerd burgerservicenummer uitsluitend in bij de criteria leeftijd en geslacht, regio en GGZ-regio.
5. Wanneer een verzekerde bij meerdere zorgverzekeraars tegelijkertijd is ingeschreven, past het Zorginstituut artikel 10 van de Regeling toe.



Artikel 35 Leeftijd en geslacht

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium leeftijd en geslacht per zorgverzekeraar op:
 - a. het PKB 2018;
 - b. het VPPKB 2018, indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2018.
2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de opgaven, bedoeld in het eerste lid, en een koppeling met het VPPKB 2018 per verzekerde in welke leeftijd en geslachtsklasse de verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 36 FKG's

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium FKG's per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in FKG klassen 2018 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 1 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave per 1 juni 2018 van declaraties farmaceutische hulp 2017 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut;
 - c. de opgave per 1 juni 2019 van declaratiegegevens add-ons geneesmiddelen 2017 van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.
2. Het Zorginstituut koppelt de opgaven bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2018 en bepaalt op basis hiervan met inachtneming van artikel 9, tweede lid, van de Regeling en bijlage 1 van deze Beleidsregels, in welke FKG klassen de verzekerde valt.
3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen FKG' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen FKG' in.

Artikel 37 Primaire DKG's

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium primaire DKG's per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in primaire DKG klassen 2018 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 2 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraar aan het Zorginstituut per 1 juni 2019 van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle dbc's die in 2017 geopend zijn;
 - c. de opgave van de zorgverzekeraar aan het Zorginstituut per 1 juni 2018 van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle dbc's die in 2016 geopend zijn.
2. Het Zorginstituut koppelt de opgaven, bedoeld in het vorige lid, onderdeel b en c, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2018 en bepaalt op basis hiervan met inachtneming van bijlage 2 van deze Beleidsregels per verzekerde in welke primaire DKG klasse '1' tot en met '15' de verzekerde wordt ingedeeld. Als de verzekerde in meerdere primaire DKG klassen valt, deelt het Zorginstituut de verzekerde in de hoogste voor hem toepasselijke primaire DKG klasse in.
3. Als een verzekerde niet in een klasse '1' tot en met '15' is ingedeeld, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in bij klasse 'Geen primaire DKG'.

Artikel 38 Secundaire DKG's

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium secundaire DKG's per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in secundaire DKG klassen 2018 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 2 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraar aan het Zorginstituut per 1 juni 2019 van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle dbc's die in 2017 geopend zijn;
 - c. de opgave van de zorgverzekeraar aan het Zorginstituut per 1 juni 2018 van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle dbc's die in 2016 geopend zijn.
2. Het Zorginstituut koppelt de opgaven, bedoeld in het vorige lid, onderdeel b en c, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2018 en bepaalt op basis hiervan met inachtneming van bijlage 2 van deze Beleidsregels per verzekerde in welke secundaire DKG klasse '1' tot en met '7' de verzekerde wordt ingedeeld. Bij de indeling naar secundaire DKG klassen sluit het Zorginstituut declaraties die tot een primaire DKG hebben geleid uit. Als de



verzekerde in meerdere secundaire DKG klassen valt, deelt het Zorginstituut de verzekerde in de hoogste voor hem toepasselijke secundaire DKG klasse in.

3. Als een verzekerde niet in een klasse '1' tot en met '7' is ingedeeld, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in bij klasse 'Geen secundaire DKG'.

Artikel 39 HKG's

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium HKG's per zorgverze-
keraar op:
 - a. de indeling in de HKG klassen 2018 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 3 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave per 1 juni 2018 van declaraties hulpmiddelen 2017 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.
2. Het Zorginstituut koppelt de opgave, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2018 en bepaalt op basis hiervan met inachtneming van bijlage 3 van deze Beleidsregels in welke HKG klasse de verzekerde wordt ingedeeld. Als de verzekerde in meerdere HKG klassen valt, deelt het Zorginstituut de verzekerde in de hoogste voor hem toepasselijke HKG klasse in.
3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen HKG' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen HKG' in.

Artikel 40 AVI

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium AVI per zorgverze-
keraar met betrekking tot:
 - a. de indeling op de indeling in AVI klassen 2018 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 4 van deze Beleidsregels;
 - b. de leeftijd op het PKB 2018;
 - c. de leeftijd in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2018 op het VPPKB 2018;
 - d. de zelfstandigen op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst naar inkomensbron over 2018, met peildatum 30 juni 2018;
 - e. de duurzaam en volledig arbeidsongeschikten, de overige arbeidsongeschikten, de bijstands-
gerechtigden, de werklozen en de loontrekkers op de opgave per gepseudonimiseerd
burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron over 2018, met peildatum 30 juni
2018;
 - f. de duurzaam en volledig arbeidsongeschikten, de overige arbeidsongeschikten, de bijstands-
gerechtigden, de werklozen en de loontrekkers indien de opgave van het UWV betreffende een
gemeente onvoldoende gegevens bevat, op de gegevens over 2017, met als peildatum 30 juni
2017 voor verzekerden uit die gemeente. Het Zorginstituut hanteert per verzekerde voor de
gepseudonimiseerde opgave van de Belastingdienst dezelfde peildatum als het gebruikt voor
de opgave van het UWV;
 - g. de studenten en de hoogopgeleiden op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerser-
vicenummer met peildatum 1 juni 2018.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met g, met
behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2018 en bepaalt op
basis hiervan met inachtneming van artikel 9, derde lid, van de Regeling en bijlage 4 van deze
Beleidsregels per verzekerde in welke AVI klasse de verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 41 Regio

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium regio per zorgverze-
keraar met betrekking tot:
 - a. de indeling op de in regioklassen zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgeno-
men in bijlage 5 van deze Beleidsregels;
 - b. de viercijferige postcode op het PKB 2018;
 - c. de viercijferige postcode indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2018 op het
VPPKB 2018.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c met behulp van
het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2018 en bepaalt op basis hiervan
met inachtneming van bijlage 5 van deze Beleidsregels, per verzekerde in welke regioklasse de
verzekerde wordt ingedeeld.



Artikel 42 SES

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium SES per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de indeling van de klasse '1 (zeer laag)' mede op het referentiebestand PPA dat is opgenomen in bijlage 6 van deze Beleidsregels;
 - b. de leeftijd op het PKB 2018;
 - c. de leeftijd in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2018 op het VPPKB 2018;
 - d. het inkomen op de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de Belastingdienst over 2016;
 - e. het inkomen in het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave over 2016 op de opgave over 2017;
 - f. de adresgegevens op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst over 2018;
 - g. de adresgegevens in het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave van de Belastingdienst over 2018 op het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2018 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB 2018 op het gepseudonimiseerde adres in het VPPKB 2018 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het VPPKB 2018 op het gepseudonimiseerde adres in de opgave van de Belastingdienst over 2017 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in de opgave van de Belastingdienst over 2017 op het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2017 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB 2017 op het gepseudonimiseerde adres in het VPPKB 2017;
 - h. bewoners Wlz-instelling op Wlz-declaraties december 2017 en op Wlz-declaraties december 2018.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2018 en bepaalt op basis hiervan met inachtneming van artikel 9, vijfde lid, van de Regeling per verzekerde in welke SES klasse de verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 43 PPA

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium PPA per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de indeling van de klassen 'Wlz-instelling, blijvend' en 'Wlz-instelling, instromend' op het referentiebestand PPA dat is opgenomen in bijlage 6 van deze Beleidsregels;
 - b. de leeftijd op het PKB 2018;
 - c. de leeftijd in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2018 op het VPPKB 2018;
 - d. de adresgegevens op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in de opgave van de Belastingdienst over 2018;
 - e. de adresgegevens in het geval een verzekerde niet is opgenomen in de opgave van de Belastingdienst over 2018 op het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2018 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB 2018 op het gepseudonimiseerde adres in het VPPKB 2018 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het VPPKB 2018 op het gepseudonimiseerde adres in de opgave van de Belastingdienst over 2017 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in de opgave van de Belastingdienst over 2017 op het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2017 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB 2017 op het gepseudonimiseerde adres in het VPPKB 2017;
 - f. bewoners Wlz-instelling blijvend op Wlz-declaraties december 2017;
 - g. bewoners Wlz-instelling instromend op Wlz-declaraties december 2018 en Wlz-declaraties december 2017.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2018 en bepaalt op basis hiervan per verzekerde in welke PPA klasse de verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 44 MHK

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium MHK per zorgverzekeraar op:
 - a. declaraties 2015 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten exclusief declaraties voor geriatrische revalidatiezorg tot en met 31 december 2017, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2018 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - b. declaraties 2016 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten exclusief declaraties voor geriatrische revalidatiezorg tot en met 31 december 2018, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2019 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;



- c. declaraties 2017 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten exclusief declaraties voor geriatrische revalidatiezorg en exclusief declaraties verpleging en verzorging, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2019 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - d. het VPPKB 2015, het VPPKB 2016 en het VPPKB 2017.
2. Het Zorginstituut herleidt de percentages van de risicoklassen MHK met betrekking tot 2015, 2016 en 2017 tot respectievelijk drempelbedragen MHK 2015, 2016 en 2017.
 3. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de declaraties, bedoeld in het eerste lid, de drempelbedragen uit het vorige lid en een koppeling met het VPPKB 2018 in welke MHK klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
 4. Het Zorginstituut deelt verzekerden die drie voorafgaande jaren geen variabele kosten in top 30 procent hadden in bij de klasse 'Geen MHK'.

Artikel 45 FDG

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium FDG per zorgverzekeraar op:
 - a. de indeling in FDG klassen 2018 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 7 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave per 1 juni 2018 van declaraties fysiotherapie en oefentherapie 2017 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut;
 - c. het VPPKB 2017.
2. Het Zorginstituut koppelt de declaraties, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservice nummer aan het VPPKB 2018 en bepaalt op basis hiervan met inachtneming van bijlage 7 van deze Beleidsregels, per verzekerde in welke FDG klasse de verzekerde valt. Als de verzekerde in meerdere FDG klassen valt, deelt het Zorginstituut de verzekerde in de hoogste voor hem toepasselijke FDG klasse in.
3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen FDG' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in bij de klasse 'Geen FDG'.

Artikel 46 VGG

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium VGG per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de leeftijd op het PKB 2018;
 - b. de leeftijd, indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2018, op het VPPKB 2018;
 - c. de kosten op declaraties kosten van verpleging en verzorging 2017 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2019 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - d. het VPPKB 2017.
2. Het Zorginstituut herleidt de percentages in de VGG klassen tot drempelbedragen.
3. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de declaraties bedoeld in het eerste lid, onderdeel c, de drempelbedragen, bedoeld in het tweede lid, en een koppeling met het VPPKB 2018 per verzekerde in welke VGG klasse de verzekerde wordt ingedeeld.
4. Het Zorginstituut deelt met inachtneming van artikel 9, zevende lid, van de Regeling verzekerden met kosten gelijk aan de drempelbedragen naar rato in bij de betreffende klassen.
5. Indien de percentielgrens gelijk is aan nul euro deelt het Zorginstituut, met inachtneming van artikel 9, achtste lid, van de Regeling, verzekerden met kosten op de percentielgrens in bij de klasse 'Geen VGG'.
6. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen VGG' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in bij de klasse 'Geen VGG'.

Artikel 47 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 2018 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 8 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave per 1 juni 2018 van declaraties farmaceutische hulp 2017 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.
2. Het Zorginstituut koppelt de opgave bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2018 en bepaalt op basis hiervan met inachtneming van artikel 9, vierde lid, van de Regeling en bijlage 8 van deze Beleidsregels in welke FKG GGZ klassen de verzekerde wordt ingedeeld.
 3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen FKG psychische aandoeningen' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen FKG psychische aandoeningen' in.

Artikel 48 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 2018 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 9 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraar aan het Zorginstituut per 1 juni 2019 van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle dbc's en zzp's GGZ die in 2017 geopend zijn;
 - c. de opgave van de zorgverzekeraar aan het Zorginstituut per 1 juni 2018 van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle dbc's en zzp's GGZ die in 2016 geopend zijn;
 - d. de opgave van de zorgverzekeraar aan het Zorginstituut per 1 juni 2017 van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle dbc's en zzp's GGZ die in 2015 geopend zijn.
2. Het Zorginstituut koppelt op basis van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer de opgaven, bedoeld in het vorige lid, aan het VPPKB 2018. Het Zorginstituut bepaalt op basis hiervan met inachtneming van bijlage 9 van deze Beleidsregels per verzekerde in welke DKG GGZ klasse de verzekerde valt. Als de verzekerde in meerdere DKG GGZ klassen valt, deelt het Zorginstituut de verzekerde in de hoogste voor hem toepasselijke DKG GGZ klasse in.
3. Als een verzekerde niet in een klasse '1' tot en met '17' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen DKG psychische aandoeningen' in.

Artikel 49 GGZ-regio

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium GGZ-regio per zorgverzekeraar met betrekking tot:
 - a. de indeling op GGZ regio klassen 2018 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 10 van deze Beleidsregels;
 - b. de viercijferige postcode op het PKB 2018;
 - c. de viercijferige postcode indien een verzekerde niet is opgenomen in het PKB 2018 op het VPPKB 2018.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c, met behulp van het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het VPPKB 2018 en bepaalt op basis hiervan en met inachtneming van bijlage 10 van deze Beleidsregels per verzekerde in welke GGZ-regioklasse de verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 50 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 23 september 2017 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 tot en met 31 december 2017, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2018 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;



- d. declaraties 2016 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2018, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2019 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - e. declaraties 2017 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2019 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - f. het VPPKB 2013, VPPKB 2014, VPPKB 2015, het VPPKB 2016 en het VPPKB 2017.
2. Het Zorginstituut herleidt de percentages van de risicoklassen GGZ-MHK met betrekking tot 2013, 2014, 2015, 2016 en 2017 tot respectievelijk drempelbedragen GGZ-MHK 2013, 2014, 2015, 2016 en 2017.
 3. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de declaraties genoemd in het eerste lid, de drempelbedragen uit het vorige lid en een koppeling met het VPPKB 2018 in welke GGZ-MHK klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
 4. Het Zorginstituut deelt met inachtneming van artikel 9, zesde lid, van de Regeling verzekerden met kosten gelijk aan de percentielgrens 'Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 98,5 procent met kosten GGZ >10 euro' naar rato in bij de betreffende klassen.
 5. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen GGZ-MHK' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen GGZ-MHK' in.

Artikel 51 De voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele zorgkosten 2018

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2018 per 1 mei 2019 en met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 14 van de Regeling bepaalt het Zorginstituut de variabele zorgkosten 2018 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Het Zorginstituut herberekent het gewicht van de klasse 'Geen FKG' zodanig dat het voor de klassen 'Auto-immuunziekten o.b.v. add-on', 'Kanker o.b.v. add-on', 'Groeistoornissen o.b.v. add-on', 'Extreem hoge kosten cluster 1', 'Extreem hoge kosten cluster 2' en 'Extreem hoge kosten cluster 3' gesommeerde verschil tussen de vermenigvuldiging van het gerealiseerde aantal verzekerden met het gewicht in tabel 1.2 van de Regeling en de vermenigvuldiging van het bij toekenning van de vereveningsbijdrage verwachte aantal verzekerden met het gewicht in tabel 1.2 van de Regeling, teniet wordt gedaan. Het Zorginstituut rondt het herberekende gewicht af op twee decimalen.
3. Het Zorginstituut herberekent het gewicht voor elke klasse van het criterium primaire DKG's zodanig dat per klasse het resultaat van de vermenigvuldiging van het herberekende gewicht met het gerealiseerde aantal verzekerden gelijk is aan het resultaat van de vermenigvuldiging van het gewicht in tabel 1.3 van de Regeling met het bij toekenning van de vereveningsbijdragen verwachte aantal verzekerden. Het Zorginstituut rondt de herberekende gewichten af op twee decimalen.
4. Het Zorginstituut herberekent het gewicht voor elke klasse van het criterium secundaire DKG's zodanig dat per klasse het resultaat van de vermenigvuldiging van het herberekende gewicht met het gerealiseerde aantal verzekerden gelijk is aan het resultaat van de vermenigvuldiging van het gewicht in tabel 1.4 van de Regeling met het bij toekenning van de vereveningsbijdragen verwachte aantal verzekerden. Het Zorginstituut rondt de herberekende gewichten af op twee decimalen.
5. Het Zorginstituut herberekent het gewicht voor de klasse 'Vernevelaar met toebehoren' van het criterium HKG's zodanig dat voor de klasse 'Vernevelaar met toebehoren' het resultaat van de vermenigvuldiging van het herberekende gewicht met het gerealiseerde aantal verzekerden gelijk is aan het resultaat van de vermenigvuldiging van het gewicht in tabel 1.5 van de Regeling met het bij toekenning van de vereveningsbijdragen verwachte aantal verzekerden. Het Zorginstituut rondt het herberekende gewicht af op twee decimalen.
6. Het Zorginstituut herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 34 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag variabele zorgkosten 2018 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, overeenkomstig artikel 24 en 25, alsmede voor het totaal van de verzekerden 2018 van alle zorgverzekeraars.
7. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor variabele zorgkosten 2018 door de variabele zorgkosten 2018 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald in het eerste lid, te delen



door het op grond van het zesde lid herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2018 voor het totaal van de verzekerden 2018 van alle zorgverzekeraars.

8. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2018 op grond van het zesde lid met de schalingsfactor berekend op grond van het zevende lid.
9. Het Zorginstituut berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen de uitkomst van de vermenigvuldiging op grond van het achtste lid en het herberekende normatieve bedrag op grond van het zesde 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.
10. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat na toepassing van het negende 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.
11. Het Zorginstituut vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar, berekend in het achtste lid, met het product voor die zorgverzekeraar, berekend in het tiende lid. Het resultaat wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag variabele zorgkosten 2018.

Artikel 52 De voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2018

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2018 per 1 mei 2019 en met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 15 van de Regeling bepaalt het Zorginstituut de vaste zorgkosten 2018 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk.
2. Het Zorginstituut herberekent het deelbedrag vaste zorgkosten door het totaal aantal verzekerden 2018 per zorgverzekeraar, vastgesteld met toepassing van artikel 34 te vermenigvuldigen met het normbedrag vaste zorgkosten 2018, berekend in artikel 26, eerste lid.
3. Het Zorginstituut calculeert per zorgverzekeraar 100 procent na op het verschil tussen de vaste zorgkosten 2018, verkregen in het eerste lid, en het deelbedrag vaste zorgkosten, verkregen in het tweede lid.
4. De som van het product na toepassing van het tweede lid en de nacalculatie op het verschil na toepassing van het derde lid wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag vaste zorgkosten 2018.

Artikel 53 De voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2018

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2018 per 1 mei 2019 en met inachtneming van de artikelen 12 en 13 van de Regeling, bepaalt het Zorginstituut de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2018 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Het Zorginstituut herberekent het gewicht voor de klasse 'Geen DKG psychische aandoeningen' van het criterium DKG's psychische aandoeningen door het totaal aantal verzekerden in een andere klasse dan 'Geen DKG psychische aandoeningen' per klasse van het criterium DKG's psychische aandoeningen te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden in de klasse 'Geen DKG psychische aandoeningen', 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 34 bepaalde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2018 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, overeenkomstig artikel 27 en 28, alsmede voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar en ouder 2018 van alle zorgverzekeraars.
4. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2018 voor verzekerden van achttien jaar en ouder 2018 door de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2018 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 2018 voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar en ouder 2018 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 2018 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 na toepassing 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 2018.

Artikel 54 De voorlopige herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico 2018

1. Uitgangspunt voor de herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico zijn de opgaven, bedoeld in artikel 34, derde lid, van de verzekerdenaantallen van de zorgverzekeraar.
2. Het Zorginstituut herberekent overeenkomstig artikel 29 en 30 de normatieve eigen risico opbrengst 2018.
3. Bij toepassing 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 2018 per 1 mei 2019.

Artikel 55 De voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2018 en de voorlopige herberekening en voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage 2018

1. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag 2018 voorlopig als de som van het voorlopige herberekende deelbedrag variabele zorgkosten 2018, het voorlopige herberekende deelbedrag vaste zorgkosten 2018 en het voorlopig herberekende deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2018.
2. Het Zorginstituut berekent de opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de verzekerden van achttien jaar en ouder 2018 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2018.
3. Het Zorginstituut vermindert het resultaat na toepassing van het tweede lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in de opgave jaarstaat 2018 per 1 mei 2019 als gedeerde inkomsten voor verzekerden van achttien jaar en ouder waarvoor als gevolg van de toepasselijkheid van artikel 24 van de wet geen nominale premies worden ontvangen.
4. Het Zorginstituut herberekent voorlopig de aanvulling op de bijdrage voor de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar door het aantal verzekerden jonger dan achttien jaar 2018 te vermenigvuldigen met € 41,00.
5. Het Zorginstituut herberekent de vereveningsbijdrage 2018 voorlopig door de som van het herberekende normatieve bedrag 2018, bedoeld in het eerste lid en de aanvulling voor uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar, bedoeld in het vorige lid, te verminderen met de voorlopig herberekende normatieve eigen risico opbrengst, bedoeld in artikel 54, en de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in het tweede en derde lid.
6. Het Zorginstituut stelt de vereveningsbijdrage 2018 in september 2019 voorlopig vast ter hoogte van de in het vorige lid berekende bijdrage.

HOOFDSTUK V DE TWEDE VOORLOPIGE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE 2018 VOOR EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 56 Algemene bepaling

Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag voor de tweede keer voorlopig met inachtne-



ming van de kosten 2018 uit de opgave jaarstaat 2020 per 1 mei 2021, de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast en de bepalingen uit dit hoofdstuk.

Artikel 57 Bepaling van de verzekerdenaantallen 2018

1. Het Zorginstituut betreft de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast bij de verzekerdenaantallen 2018 berekend op grond van artikel 34.
2. Voor het criterium SES betreft het Zorginstituut voor het inkomen de opgave van de Belastingdienst over 2017 bij de verzekerdenaantallen. Indien een verzekerde niet is opgenomen in de opgave over 2017, maakt het Zorginstituut gebruik van de opgave over 2018.
3. Voor het criterium MHK betreft het Zorginstituut bij de verzekerdenaantallen de declaraties 2017 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten exclusief declaraties geriatrische revalidatiezorg en exclusief declaraties verpleging en verzorging tot en met 31 december 2019, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2020 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
4. Voor het criterium VGG betreft het Zorginstituut bij de verzekerdenaantallen de declaraties kosten verpleging en verzorging 2017 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2019, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2020 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
5. Voor het criterium GGZ-MHK betreft het Zorginstituut bij de verzekerdenaantallen de declaraties 2017 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige GGZ tot en met 31 december 2019, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2020 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.

Artikel 58 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele zorgkosten 2018

1. Het Zorginstituut bepaalt met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 14 van de Regeling, de variabele zorgkosten 2018 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Het Zorginstituut herberekent het gewicht van de klasse 'Geen FKG' zodanig dat het voor de klassen 'Auto-immuunziekten o.b.v. add-on', 'Kanker o.b.v. add on', 'Groeistoornissen o.b.v. add-on', 'Extreem hoge kosten cluster 1', 'Extreem hoge kosten cluster 2' en 'Extreem hoge kosten cluster 3' gesommeerde verschil tussen de vermenigvuldiging van het gerealiseerde aantal verzekerden met het gewicht in tabel 1.2 van de Regeling en de vermenigvuldiging van het bij toekenning van de vereveningsbijdrage verwachte aantal verzekerden met het gewicht in tabel 1.2 van de Regeling, teniet wordt gedaan. Het Zorginstituut rondt het herberekende gewicht af op twee decimalen.
3. Het Zorginstituut herberekent het gewicht voor elke klasse van het criterium primaire DKG's zodanig dat per klasse het resultaat van de vermenigvuldiging van het herberekende gewicht met het gerealiseerde aantal verzekerden gelijk is aan het resultaat van de vermenigvuldiging van het gewicht in tabel 1.3 van de Regeling met het bij toekenning van de vereveningsbijdragen verwachte aantal verzekerden. Het Zorginstituut rondt de herberekende gewichten af op twee decimalen.
4. Het Zorginstituut herberekent het gewicht voor elke klasse van het criterium secundaire DKG's zodanig dat per klasse het resultaat van de vermenigvuldiging van het herberekende gewicht met het gerealiseerde aantal verzekerden gelijk is aan het resultaat van de vermenigvuldiging van het gewicht in tabel 1.4 van de Regeling met het bij toekenning van de vereveningsbijdragen verwachte aantal verzekerden. Het Zorginstituut rondt de herberekende gewichten af op twee decimalen.
5. Het Zorginstituut herberekent het gewicht voor de klasse 'Vernevelaar met toebehoren' van het criterium HKG's zodanig dat voor de klasse 'Vernevelaar met toebehoren' het resultaat van de vermenigvuldiging van het herberekende gewicht met het gerealiseerde aantal verzekerden gelijk is aan het resultaat van de vermenigvuldiging van het gewicht in tabel 1.5 van de Regeling met het bij toekenning van de vereveningsbijdragen verwachte aantal verzekerden. Het Zorginstituut rondt het herberekende gewicht af op twee decimalen.
6. Het Zorginstituut herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 57 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag variabele zorgkosten 2018 voor iedere zorgverzeke-



raar afzonderlijk, overeenkomstig artikel 24 en 25, alsmede voor het totaal van de verzekerden 2018 van alle zorgverzekeraars.

7. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor variabele zorgkosten 2018 door de variabele zorgkosten 2018 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald in het eerste lid, te delen door het op grond van het zesde lid herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2018 voor het totaal van de verzekerden 2018 van alle zorgverzekeraars.
8. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2018 op grond van het zesde lid met de schalingsfactor berekend op grond van het zevende lid.
9. Het Zorginstituut berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen de uitkomst van de vermenigvuldiging op grond van het achtste lid en het herberekende normatieve bedrag op grond van het zesde 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.
10. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat na toepassing van het negende 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.
11. Het Zorginstituut vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar berekend in het achtste lid met het product voor die zorgverzekeraar berekend in het tiende lid. Het resultaat wordt aangeduid als het tweede voorlopige herberekende deelbedrag variabele zorgkosten 2018.

Artikel 59 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2018

Het Zorginstituut herberekent voor de tweede keer voorlopig het deelbedrag vaste zorgkosten 2018 overeenkomstig artikel 52, met inachtneming van artikel 56 en 57.

Artikel 60 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2018

1. Het Zorginstituut bepaalt met inachtneming van artikel 12 en 13 van de Regeling, de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2018 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Het Zorginstituut herberekent het gewicht voor de klasse 'Geen DKG psychische aandoeningen' van het criterium DKG's psychische aandoeningen door het totaal aantal verzekerden in een andere klasse dan 'Geen DKG psychische aandoeningen' per klasse van het criterium DKG's psychische aandoeningen te vermenigvuldigen met het overeenkomstige gewicht en de som van het resultaat vervolgens te delen door het totaal aantal verzekerden in de klasse 'Geen DKG psychische aandoeningen', 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 57 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2018 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, overeenkomstig artikel 27 en 28, alsmede voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar en ouder 2018 van alle zorgverzekeraars.
4. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2018 door de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2018 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald op grond van het eerste lid, te delen door het op grond van het derde lid herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2018 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 op grond van het derde lid, met de schalingsfactor berekend op grond van het vierde lid.
6. Het Zorginstituut berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen de uitkomst van de vermenigvuldiging bedoeld in 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 na toepassing 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 2018.

Artikel 61 De tweede voorlopige herberekening van de normatieve eigen risico opbrengst 2018

Het Zorginstituut herberekent voor de tweede keer voorlopig de normatieve eigen risico opbrengst 2018 overeenkomstig artikel 54, met inachtneming van artikel 56 en 57.

Artikel 62 De tweede voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2018 en de tweede voorlopige herberekening en de vaststelling van de vereveningsbijdrage 2018

1. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag 2018 voor de tweede keer voorlopig als de som van het tweede voorlopige deelbedrag variabele zorgkosten 2018, het tweede voorlopige deelbedrag vaste zorgkosten 2018 en het tweede voorlopige deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2018.
2. Het Zorginstituut berekent de tweede voorlopige opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de verzekerden van achttien jaar en ouder per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2018.
3. Het Zorginstituut vermindert de uitkomst, berekend op grond van het tweede lid, met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in zijn jaarstaat 2018 per 1 mei 2019 als gedeerde inkomsten voor verzekerden van achttien jaar en ouder waarvoor als gevolg van de toepasselijkheid van artikel 24 van de wet geen nominale premies worden ontvangen.
4. Het Zorginstituut berekent de tweede voorlopige aanvulling op de bijdrage voor de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar door het aantal verzekerden jonger dan achttien jaar te vermenigvuldigen met € 41,00.
5. Het Zorginstituut berekent de vereveningsbijdrage 2018 voor de tweede keer voorlopig door de som van het tweede voorlopige normatieve bedrag 2018 bedoeld in het eerste lid en de aanvulling voor uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar, bedoeld in het vorige lid, te verminderen met de tweede voorlopige normatieve eigen risico opbrengst, bedoeld in artikel 61 respectievelijk de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in het tweede en derde lid.
6. Het Zorginstituut stelt de vereveningsbijdrage 2018 voor de tweede keer voorlopig vast in september 2021 ter hoogte van de in het vorige lid berekende bijdrage.

HOOFDSTUK VI DE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE 2018 VOOR EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 63 Algemene bepaling

Het Zorginstituut herberekent de vereveningsbijdrage definitief met inachtneming van de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft gerapporteerd over de declaraties 2017 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer en kosten 2018 uit de jaarstaat 2020.

Artikel 64 De definitieve herberekening van het deelbedrag variabele zorgkosten 2018

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag variabele zorgkosten 2018 overeenkomstig artikel 58, met inachtneming van artikel 63.

Artikel 65 De definitieve herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2018

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag vaste zorgkosten 2018 overeenkomstig artikel 59, met inachtneming van artikel 63.



Artikel 66 De definitieve herberekening van het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2018

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2018 overeenkomstig artikel 60, met inachtneming van artikel 63.

Artikel 67 De definitieve herberekening van de normatieve eigen risico opbrengst 2018

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag normatieve eigen risico opbrengst overeenkomstig artikel 61, met inachtneming van artikel 63.

Artikel 68 De definitieve herberekening van het normatieve bedrag 2018 en de definitieve herberekening en de vaststelling van de bijdrage 2018

1. Het Zorginstituut herberekent definitief het normatieve bedrag 2018 overeenkomstig artikel 62, met inachtneming van artikel 63.
2. Het Zorginstituut stelt de bijdrage 2018 vast in april 2022 ter hoogte van het in het vorige lid definitief berekende normatieve bedrag 2018.

HOOFDSTUK VII DE BETALINGEN AAN DE ZORGVERZEKERAARS

Artikel 69 Betaling

1. Het Zorginstituut betaalt de zorgverzekeraars de vereveningsbijdrage, bedoeld in artikel 31, vierde lid, uit. Het Zorginstituut maakt bij de betaling onderscheid naar de volgende bestanddelen:
 - a. het deelbedrag variabele zorgkosten 2018;
 - b. het deelbedrag vaste zorgkosten 2018;
 - c. het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2018;
 - d. een aftrekpost voor de normatieve eigen risico opbrengst 2018.
2. Het Zorginstituut betaalt de zorgverzekeraars de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar, bedoeld in artikel 31, vijfde lid, gelijktijdig met de betaling genoemd in het eerste lid uit.

Artikel 70 Betalingsschema

1. Het Zorginstituut bepaalt per zorgverzekeraar de som van de bestanddelen genoemd in artikel 69, eerste lid, onder a tot en met c, en de uitkering, genoemd in artikel 69, tweede lid.
2. Het Zorginstituut berekent per zorgverzekeraar de som van de vereveningsbijdrage 2018, bedoeld in artikel 31, zesde lid, en de normatieve eigen risico opbrengst 2018, zoals bepaald in artikel 30, vijfde lid, en deelt het resultaat door het resultaat na toepassing van het eerste lid.
3. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar ieder van de bestanddelen genoemd in artikel 69, eerste lid, onder a tot en met c, en de uitkering bedoeld in artikel 69, tweede lid, met de uitkomst op grond 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 2018;
 - b. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag vaste zorgkosten 2018;
 - c. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2018;
 - d. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op de uitkering in verband met de uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar.
5. Het Zorginstituut vermindert de som van de netto te betalen bedragen, bedoeld in het vierde lid, onderdeel a tot en met d, met de aftrekpost voor de normatieve eigen risico opbrengst 2018, bedoeld in artikel 69, eerste lid, onder d.
6. Het Zorginstituut stelt de maandelijks te betalen termijnen vast aan de hand van het op grond van het vijfde lid berekende bedrag en het betalingsschema bedoeld in het achtste lid.
7. Het Zorginstituut saldeert de maandelijks te betalen termijnen, bedoeld in het vorige lid, met de resterende te betalen termijnen van de overeenkomstige maand van de op grond van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2017 te betalen termijnen.



8. Het Zorginstituut betaalt de in het zevende lid bedoelde termijnen op de eerste werkdag van de maand.
9. Indien na de saldering bedoeld in het zevende lid, de te betalen termijn per maand op enig moment tot een negatief bedrag leidt, stelt het Zorginstituut dit negatieve bedrag vast en vordert het Zorginstituut het bedrag op de eerste werkdag van de betreffende maand in.
10. Indien de zorgverzekeraar het bedrag bedoeld in het vorige lid niet aan het Zorginstituut heeft betaald, verrekenet het Zorginstituut het verschuldigde bedrag met de betalingen aan de zorgverzekeraar totdat het verschuldigde bedrag is voldaan.

Betalingschema

Betaalmoment	Bestanddelen betalingen			
	Artikel 70 vierde lid, onder a en b	Artikel 70 vierde lid, onder c	Artikel 70 vierde lid, onder d	Artikel 69 eerste lid, onder d
januari 2018	1,14%	0,00%	8,33%	2,47%
februari 2018	2,15%	0,00%	8,33%	9,68%
maart 2018	3,11%	0,81%	8,34%	8,46%
april 2018	3,66%	0,81%	8,33%	8,46%
mei 2018	4,82%	1,01%	8,33%	8,46%
juni 2018	5,92%	1,01%	8,34%	8,46%
juli 2018	7,52%	1,73%	8,33%	8,30%
augustus 2018	8,81%	1,73%	8,33%	8,30%
september 2018	9,67%	1,73%	8,34%	8,30%
oktober 2018	9,67%	2,63%	8,33%	7,19%
november 2018	9,67%	2,63%	8,33%	5,69%
december 2018	9,67%	2,63%	8,34%	4,52%
januari 2019	8,80%	6,94%	0,00%	3,72%
februari 2019	5,82%	6,94%	0,00%	2,99%
maart 2019	3,57%	6,94%	0,00%	2,29%
april 2019	2,42%	6,94%	0,00%	0,98%
mei 2019	1,74%	6,94%	0,00%	0,45%
juni 2019	1,04%	6,94%	0,00%	0,27%
juli 2019	0,37%	6,94%	0,00%	0,27%
augustus 2019	0,13%	6,94%	0,00%	0,27%
september 2019	0,10%	6,94%	0,00%	0,27%
oktober 2019	0,09%	6,94%	0,00%	0,10%
november 2019	0,07%	6,94%	0,00%	0,07%
december 2019	0,04%	6,94%	0,00%	0,03%

11. 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.
12. 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 71 Aanpassing betalingen

1. Bij de herberekening en herziening van de toegekende vereveningsbijdrage 2018 op grond van artikel 33 herziet het Zorginstituut de te betalen termijnen overeenkomstig artikel 70 voor de eerste keer. Het Zorginstituut verrekenet het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de eerste keer herziene termijnen.
2. Bij gelegenheid van de eerste voorlopige vaststelling van de bijdrage, op grond van hoofdstuk IV, herziet het Zorginstituut voor de tweede keer de te betalen termijnen overeenkomstig artikel 70. Het Zorginstituut verrekenet het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de tweede keer herziene termijnen.
3. Bij gelegenheid van de tweede voorlopige vaststelling van de bijdrage, op grond van hoofdstuk V,



herziet het Zorginstituut de te betalen termijnen voor de derde keer overeenkomstig artikel 70. Het Zorginstituut verrekenet het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de derde maal herziene termijnen.

4. Bij gelegenheid van de definitieve vaststelling van de bijdrage, op grond van hoofdstuk VI, stelt het Zorginstituut de te betalen termijnen definitief vast overeenkomstig artikel 70. Het Zorginstituut verrekenet het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de definitief te betalen termijnen.
5. Indien toepassing van onderscheidenlijk het eerste, tweede, derde en vierde lid, resulteert in een positief saldo voor de zorgverzekeraar, betaalt het Zorginstituut dat saldo ineens aan de zorgverzekeraar.
6. Indien toepassing van onderscheidenlijk het eerste, tweede, derde en vierde lid, resulteert in een negatief saldo voor de zorgverzekeraar, betaalt de betreffende zorgverzekeraar dat saldo in één keer terug aan het Zorginstituut.

Artikel 72 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 71.
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 verrekenend met andere betalingen die uit deze vaststellingen voortvloeien.

Artikel 73 Renteberekening

1. Bij de verrekening van verschillen, bedoeld in artikel 71, 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 71, tweede lid, berekent het Zorginstituut rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 70 en artikel 71, eerste en tweede lid tot de datum van de voorlopige vaststelling van de bijdrage.
3. Bij de verrekening van de verschillen, bedoeld in artikel 71, derde lid, berekent het Zorginstituut rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 70 en artikel 71, 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 71, vierde lid, berekent het Zorginstituut rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 70 en artikel 71 eerste, tweede, derde en vierde lid tot de datum van de definitieve vaststelling van de bijdrage.
5. Voor een zorgverzekeraar waarvoor krachtens artikel 70, negende en tiende 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 71, 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 74 Ter inzage leggen referentiebestanden

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

Artikel 75 Inwerkingtreding

Deze beleidsregels 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 2017.

Artikel 76 Citeertitel

Deze beleidsregels worden aangehaald als: Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2018. Goedgekeurd door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij brief van 11 oktober 2017, kenmerk 1244400-169461-Z.

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 11 oktober 2017, kenmerk 1244400-169461-Z.



Bijlage 1: Referentiebestand FKG's 2018

Bijlage 2: Referentiebestand primaire en secundaire DKG's 2018

Bijlage 3: Referentiebestand HKG's 2018

Bijlage 4: Referentiebestand AVI 2018

Bijlage 5: Referentiebestand Regio 2018

Bijlage 6: Referentiebestand PPA 2018

Bijlage 7: Referentiebestand FDG 2018

Bijlage 8: Referentiebestand FKG GGZ 2018

Bijlage 9: Referentiebestand DKG GGZ 2018

Bijlage 10: Referentiebestand GGZ Regio 2018



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 2018 vervolgens plaats in de Regeling risicoverevening 2018 (de Regeling). De minister werkt in deze Regeling gedetailleerd uit hoe de risicoverevening voor het jaar 2018 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 2018 kent het Zorginstituut voorafgaand aan het vereveningsjaar 2018 (ex ante) de bijdrage aan de zorgverzekeraars toe. In het voorjaar van 2018 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 2018 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 2017. De ex ante bijdrage berekent het Zorginstituut in drie stappen:

- De eerste stap, de verzekerdenraming, wordt beschreven in de artikelen 4 tot en met 23.
- De tweede stap is de berekening van de deelbedragen. De artikelen 24 tot en met 28 beschrijven de berekening van de deelbedragen. Ex ante voert het Zorginstituut alleen de basisberekening uit, waarbij het aantal verzekerden per criterium, per risicoklasse met normbedragen vermenigvuldigd worden.
- De derde stap is de bijdrageberekening. Artikel 31 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 29 en 30, maakt hier deel van uit.

Na de toekenning van de ex ante bijdrage volgt in april 2018 de zogenoemde 'lenteherberekening'. Deze herberekening is een aanpassing van de ex ante toekenning op basis van geactualiseerde



verzekerdenaantallen. Artikel 33 beschrijft de lenterberekening. Op basis hiervan past het Zorginstituut de betalingen aan (artikel 71, eerste lid).

De eerste voorlopige vaststelling van de bijdrage vindt plaats, na ommekomst van het jaar 2018, in september 2019. De eerste voorlopige vaststelling van de bijdrage berekent het Zorginstituut in drie stappen:

- De eerste stap, de verzekerdenbepaling, wordt beschreven in de artikelen 34 tot en met 50.
- De tweede stap, de berekening van de deelbedragen, wordt beschreven in de artikelen 51 tot en met 53. Bij de eerste voorlopige vaststelling vermenigvuldigt het Zorginstituut het aantal verzekerden uit de ex post verzekerdenbepaling met de ex ante normbedragen. Het flankerend beleid dat betrekking heeft op het gelijk speelveld wordt in deze artikelen over de berekening van de deelbedragen beschreven. Voor het deelbedrag vaste zorgkosten, past het Zorginstituut nacalculatie toe. Zie artikel 52, derde lid.
- De derde stap, de bijdrageberekening, wordt beschreven in artikel 55. Artikel 54 beschrijft de berekening van de normatieve opbrengst eigen betaling in verband met het eigen risico.

De tweede voorlopige vaststelling vindt plaats in september 2021. De bijdrage uit de tweede voorlopige vaststelling berekent het Zorginstituut in drie stappen:

- De eerste stap, de verzekerdenbepaling, wordt beschreven in de artikelen 34 tot en met 50 en artikel 57. Bij de tweede voorlopige vaststelling maakt het Zorginstituut gebruik van de verzekerdenaantallen, zoals die bij de eerste voorlopige vaststelling zijn bepaald met inachtneming van correcties die voortvloeien uit de reviewrapportage van de NZa. Ook betreft het Zorginstituut in de gevallen die beschreven zijn in artikel 57 geactualiseerde gegevensaanleveringen bij de verzekerdenbepaling.
- De tweede stap, de berekening van de deelbedragen, wordt beschreven in artikel 58 tot en met 60. 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 59.
- De derde stap, de bijdrageberekening, wordt beschreven in artikel 62. Artikel 61 beschrijft de berekening van de normatieve opbrengst eigen betaling in verband met het eigen risico.

Het Zorginstituut stelt de bijdrage definitief vast in april 2022. 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 2020 en op de declaraties 2017.

De definitieve vaststelling is in drie stappen te beschrijven.

- Op de eerste stap, de verzekerdenbepaling, zijn artikelen 34 tot en met 50 en artikel 57 en 63 van toepassing;
- Op de tweede stap, de berekening van de deelbedragen, zijn de artikelen 64 tot en met 66 van toepassing;
- Op de derde stap, de bijdrageberekening, is artikel 68 van toepassing. De berekening van de normatieve eigen betaling in verband met het eigen risico voor de definitieve vaststelling, wordt beschreven in artikel 67.

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 2018 ten opzichte van 2017

1. Het macro-deelbedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg is samengevoegd met het macro-deelbedrag geestelijke gezondheidszorg. Het macro-deelbedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg komt daarmee te vervallen.
2. Bij het criterium leeftijd en geslacht is de klasse nuljarigen gesplitst in jongste nuljarigen (geboren in jaar t) en oudste nuljarigen (geboren in jaar t-1).
3. Bij het criterium AVI is een nieuwe klasse 'Hoogopgeleiden 35-44 jaar' toegevoegd.
4. Bij het criterium SES wordt gebruik gemaakt van Wlz-gegevens. Verzekerden met Wlz-declaraties worden ingedeeld in de klasse 'SES 1 (zeer laag)'.
5. Bij het criterium PPA wordt de klasse 'Institutioneel huishouden' bepaald op Wlz-gegevens. De klasse 'Institutioneel huishouden, blijvend' wordt op 1 gegevensjaar (t-1) bepaald, onder de veronderstelling dat verblijf in t-1 leidt tot verblijf in t.
6. Het criterium DKG's wordt vervangen door het criterium primaire DKG's met 15 positieve klassen en een afslagklasse.
7. Er is een nieuw criterium secundaire DKG's met 7 positieve klassen en een afslagklasse.
8. Zowel voor het criterium primaire DKG's als het criterium secundaire DKG's worden tevens declaraties dbc's geriatrische revalidatiezorg gebruikt.
9. Bij het criterium MHK is de afslagklasse gesplitst in een nieuwe afslagklasse voor gezonde



verzekerden en een positieve klasse. De nieuwe positieve klasse is voor verzekerden met in de afgelopen 3 jaar tenminste 1 keer kosten in de top 30%. In totaal heeft de MHK nu 8 positieve klassen.

10. Bij het criterium FDG wordt in de verzekerdensraming een recenter declaratiebestand (t-2) gebruikt.
11. Bij het criterium VGG is de hoogste klasse gesplitst naar jonger en ouder dan 18 jaar. Er zijn nu 7 positieve klassen en een afslagklasse.
12. Het criterium DKG's psychische aandoeningen is volledig vernieuwd. Dit criterium heeft 17 positieve klassen, waaronder 4 topklassen uit het voormalige criterium IGG, en een afslagklasse.
13. Bij MHK GGZ is in de klasse 'Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 98,5 procent met kosten GGZ >10 euro' een drempel van kosten GGZ in top 98,5% met kosten GGZ >10 euro opgenomen
14. Het criterium GGG is komen te vervallen.
15. Het criterium GSM is komen te vervallen.
16. Het criterium ZVZ is komen te vervallen.
17. Het criterium IGG is komen te vervallen.
18. De percentages afslag voor verzekerden woonachtig in het buitenland zijn voor de toepasselijke criteria als volgt: FKG 50%; primaire DKG's 50%, secundaire DKG's 50%, HKG 55%, MHK 60%, FDG 75%, VGG 95%, FKG GGZ 50%, DKG GGZ 45% en MHK in het eigen risicomodel 0%.
19. In het model voor de variabele kosten geldt partiële criteriumneutraliteit voor het criterium FKG op de groep klassen FKG Kanker o.b.v. add-on, FKG Auto-immuunziekten o.b.v. add-on, FKG Groeistoornissen o.b.v. add-on, extreem hoge kosten cluster 1, extreem hoge kosten cluster 2 en extreem hoge kosten cluster 3. Voor de criteria primaire DKG's en secundaire DKG's geldt klasseneutraliteit. Voor het criterium HKG geldt klasseneutraliteit op de klasse 'Vernevelaar met toebehoren'.
20. In het model voor de GGZ geldt criteriumneutraliteit voor het criterium DKG psychische aandoeningen.

De wijzigingen met betrekking tot het vereveningsmodel 2018 worden uitgebreid toegelicht in de toelichting bij de Regeling.

*Voorzitter Raad van Bestuur,
A. Moerkamp*