



## Beleidsregels van de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland van 13 oktober 2020, kenmerk 2020043936, voor de toekenning en vaststelling van de vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars 2021 (Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2021)

De Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland,

gelet op de artikelen 32, vijfde lid, en 34, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet en de brief van de minister van VWS van 7 oktober 2020, kenmerk 1758789-212351-Z;

Besluit:

### 1 HOOFDSTUK I ALGEMENE BEPALINGEN

#### 1.1 Definities

Deze beleidsregels verstaan onder:

*belastingdienstbestand*: het bij het Zorginstituut meest recent beschikbare bestand per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer van de Belastingdienst naar inkomen met gepseudonimiseerde adresgegevens voor een peiljaar;

*catastrofeschedelast*: de catastrofeschadelast bedoeld in artikel 6.6.5 van de Regeling zorgverzekering;

*DKG GGZ*: DKG's psychische aandoeningen als bedoeld in artikel 1, onderdeel ee, van het Besluit zorgverzekering;

*DX-groep*: Een DX-groep bestaat uit een in het referentiebestand DKG's gedefinieerde combinatie van specialisme- en diagnosecodes die dient om verzekerden in te delen. Eén of meer DX-groepen vormen samen een klasse voor het criterium DKG's. Indeling in een DX-groep leidt tot indeling in de bijbehorende klasse voor het criterium DKG's;

*FKG GGZ*: FKG's psychische aandoeningen als bedoeld in artikel 1, onderdeel q, van het Besluit zorgverzekering;

*jaarstaat*: de jaarstaat, bedoeld in de regeling, bedoeld in artikel 90 van de wet;

*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 2021;

*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 2020 is de peildatum 1 mei 2020 en de aanleverdatum 1 juni 2020;

*Regeling*: Regeling risicoverevening 2021;

*trendtabel*: door het Zorginstituut per criterium opgestelde tabel met trendfactoren die voor het betreffende criterium de geraamde prevalentieontwikkeling weergeeft, zoals opgenomen in de Verantwoording Verzekerdenraming 2021 en gepubliceerd op de website van het Zorginstituut. De trendfactor geeft de mutatie van verzekerden per risicoklasse weer;

*UWV-bestand*: het bij het Zorginstituut meest recent beschikbare bestand per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer van het UWV naar inkomensbron voor een peiljaar;

*vereveningsbijdrage*: de bijdrage, bedoeld in de artikelen 32 en 34 van de Zorgverzekeringswet;

*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 2021 is de aanleverdatum 1 juni 2022;

*verzekerde die in het buitenland woont*: een persoon die een zorgverzekering heeft afgesloten en geen ingezetene van Nederland is;

*wet*: de Zorgverzekeringswet;



*zelfstandigenbestand*: bestand van de Belastingdienst met een uittreksel van het zelfstandigenregister voor een peiljaar, bestaande uit twee delen. Het eerste deel is het bestand aangeleverd in de maand juli van het peiljaar en heeft betrekking op de directeuren-grotoaandeelhouders. Het tweede deel betreft het bij het Zorginstituut meest recent beschikbare bestand dat wordt gebruikt voor de overige zelfstandigen;

*het Zorginstituut*: Zorginstituut Nederland, bedoeld in artikel 58, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet;

*zwaarte*: het deel waarvoor de verzekerde meetelt in een betreffende klasse.

### 1.2 Algemene bepaling

Het Zorginstituut neemt de bepalingen uit het Besluit zorgverzekering en de Regeling in acht bij de toepassing van deze beleidsregels.

### 1.3 Algemene bepaling in verband met COVID-19

1. In aanvulling op artikel 1.2 neemt het Zorginstituut bij de ex post vaststellingen de bepalingen uit hoofdstuk 6, paragraaf 6 van de Regeling Zorgverzekering, de Regeling structurele aanlevering gegevens Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg 2021 en de Beleidsregels catastrofelijke coronapandemie 2020 en 2021 bij de toepassing van deze beleidsregels in acht.
2. Het Zorginstituut laat kosten die als catastrofeschadelast kunnen worden opgevoerd buiten beschouwing bij de ex post vaststellingen van de vereveningsbijdrage voor het vereveningsjaar 2021.
3. Het Zorginstituut laat de declaraties die betrekking hebben op de reguliere directe kosten voor COVID-zorg voor COVID-patiënten en kosten die als catastrofeschadelast kunnen worden opgevoerd buiten beschouwing bij de indeling van verzekerden naar criteria voor het vereveningsjaar 2021.
4. Het Zorginstituut telt de continuïteitsbijdrage uitsluitend mee bij de risicoverevening voor zover de continuïteitsbijdrage betrekking heeft op de basisverzekering, blijvend uit een deugdelijke onderbouwing in de schriftelijke afspraken over de prestatie continuïteitsbijdrage tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder daarover.
5. Het Zorginstituut betreft bij de ex post vaststellingen van de vereveningsbijdragen, naast de gebruikelijke correcties genoemd in artikel 6.1, de correcties van de Nederlandse Zorgautoriteit op de continuïteitsbijdragen.

### 1.4 Zorgverzekeraars

Het Zorginstituut gaat bij de verdeling van de macro-deelbedragen 2021 en de berekening van de normatieve bedragen en de vereveningsbijdragen ervan uit dat alle zorgverzekeraars die gedurende 2020 actief zijn geweest ook in 2021 als zorgverzekeraar actief zullen zijn.

## 2 HOOFDSTUK II TOEKENNING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE 2021 AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

### 2.1 Algemene bepaling voor de raming van de verzekerdenaantallen

1. Het Zorginstituut baseert zich bij de raming van de verzekerdenaantallen 2021 op de macroverzekerdraming.
2. Het Zorginstituut baseert zich bij de raming van de verzekerdenaantallen 2021 per zorgverzekeraar op het PKB 2020 met als peildatum 1 mei 2020, zoals de zorgverzekeraars dat hebben aangeleverd op 1 juni 2020.
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.
5. Het Zorginstituut beschrijft de wijze waarop de verzekerden zijn geraamd in de Verantwoording Verzekerdraming 2021 die op de website van het Zorginstituut is gepubliceerd.

### 2.2 De verzekerdenaantallen 2021 voor het macro-deelbedrag variabele zorgkosten

1. Het Zorginstituut deelt voor het macro-deelbedrag variabele zorgkosten verzekerden in bij de criteria leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, HKG's, AVI, regio, SES, PPA, MHK, FDG en MVV.
2. In afwijking van het eerste lid deelt het Zorginstituut verzekerden die in het buitenland wonen niet in bij de criteria regio, SES en PPA.
3. Met inachtneming van artikel 6 van de Regeling deelt het Zorginstituut alle verzekerden die in het buitenland wonen in voor het criterium FKG's in de klasse 'Geen FKG', voor het criterium DKG's in



de klasse 'Geen DKG', voor het criterium HKG's in de klasse 'Geen HKG' en voor het criterium FDG in de klasse 'Geen FDG'.

### *2.3 De verzekerdenaantallen 2021 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. In afwijking van het eerste lid deelt het Zorginstituut verzekerden die in het buitenland wonen niet in bij de criteria GGZ-regio, SES en PPA.
3. Met inachtneming van artikel 6 van de Regeling deelt het Zorginstituut alle verzekerden die in het buitenland wonen in voor het criterium FKG GGZ in de klasse 'Geen FKG psychische aandoeningen' en voor het criterium DKG GGZ in de klasse 'Geen DKG psychische aandoeningen'.

### *2.4 De verzekerdenaantallen 2021 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 DKG', 'Geen HKG', 'Geen MIV' 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 het normatieve eigen risico verzekerden die in het buitenland wonen niet in bij het criterium regio.

### *2.5 Leeftijd en geslacht*

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium leeftijd en geslacht per zorgverzekeraar op het PKB 2020.
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.

### *2.6 FKG*

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium FKG's per zorgverzekeraar op:
  - a. de indeling in FKG klassen 2021 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 1 van deze Beleidsregels;
  - b. de opgave per 1 juni 2020 van declaraties farmaceutische hulp 2019 per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut;
  - c. de opgave per 1 juni 2020 van declaraties add-ons duur of weesgeneesmiddel 2018 per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut;
  - d. de opgave per 1 juni 2019 van declaraties farmaceutische hulp 2018 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 2020 en bepaalt op basis hiervan en met inachtneming van artikel 9, tweede en derde 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 2021 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 'Groeistoornissen o.b.v. add-on', de FKG klasse 'Auto-immuunziekten o.b.v. add-on', de FKG klasse 'Immunoglobuline o.b.v. add-on', de FKG klasse 'COPD/Zware astma o.b.v. add-on', de FKG klasse 'Kanker o.b.v. add-on', de FKG klasse 'Extreem hoge kosten cluster 1', de FKG klasse 'Extreem hoge kosten cluster 2', de FKG klasse 'Extreem hoge kosten cluster 3' en de FKG klasse 'Extreem hoge kosten cluster 4' een sterftecorrectie toe, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft met het VPPKB 2019.
5. Het Zorginstituut past op verzekerden die in het PKB 2020 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.

### 2.7 DKG's

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium DKG's per zorgverzekeraar op:
  - a. de indeling in DKG klassen 2021 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 2 van deze Beleidsregels;
  - b. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2020 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer van dbc's die in 2018 geopend zijn;
2. Het Zorginstituut koppelt de opgaven, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met behulp van het gepseudonimiseerde Burgerservicenummer aan het VPPKB 2019 en bepaalt op basis hiervan en met inachtneming van bijlage 2 van deze Beleidsregels, in welke DKG klassen '1' tot en met '26' de verzekerde valt. Het Zorginstituut deelt een verzekerde op grond van een DX-groep in bij een DKG-klasse, waarbij elke indeling in een DX-groep eenmaal, met zwaarte van 1 tot indeling bij de desbetreffende risicoklasse leidt. Het Zorginstituut stelt voor elke keer dat de verzekerde in de toepasselijke risicoklasse valt, de zwaarte op 1.
3. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium DKG's de trendtabel voor dit criterium toe voor de geraamde prevalentieontwikkeling. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, genoemd in het vorige lid, met de toepasselijke trendfactor uit de trendtabel.
4. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het VPPKB 2019 voor het eerst voorkomen per DKG klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het VPPKB 2019 toe. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2020 en past hierop een sterftecorrectie toe, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft. Het Zorginstituut past op verzekerden die in het PKB 2020 voor het eerst voorkomen per DKG klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PKB toe.
5. Als een verzekerde niet in een klasse '1' tot en met '26' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in bij de klasse 'Geen DKG'.
6. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium DKG's naar de macroverzekerdenraming.

### 2.8 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 2021 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 3 van deze Beleidsregels;
  - b. de opgave per 1 juni 2020 van declaraties hulpmiddelen 2019 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 2020 en bepaalt op basis hiervan en met inachtneming van bijlage 3 van deze Beleidsregels, in welke HKG klassen de verzekerde valt. Het Zorginstituut stelt voor de toepasselijke klassen 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 2020 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.

### 2.9 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 2019;
  - c. de zelfstandigen op het zelfstandigenbestand op peildatum 30 juni 2019;
  - d. de duurzaam en volledig arbeidsongeschikten, de overige arbeidsongeschikten, de bijstandsgerechtigden, de werklozen en de loontrekkers op het UWV-bestand op peildatum 30 juni 2019;
  - e. de studenten en hoogopgeleiden op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer op peildatum 1 juni 2019;

- f. de adresgegevens op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2019;
    - g. de adresgegevens in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand 2019 op het gepseudonimiseerde adres in het VPPKB 2019.
  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 2019 en bepaalt op basis hiervan met inachtneming van artikel 9, vijfde 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 2020, 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.

## 2.10 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 2020.
2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van het eerste lid 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.

## 2.11 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)' op het referentiebestand SES PPA dat is opgenomen in bijlage 6 van deze Beleidsregels;
  - b. de leeftijd op het VPPKB 2019;
  - c. het inkomen op de opgave per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over het jaar 2017;
  - d. het inkomen wanneer voor 2017 geen gegevens beschikbaar zijn op de opgave per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over het jaar 2018;
  - e. de adresgegevens op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2019;
  - f. de adresgegevens in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand 2019 op het gepseudonimiseerde adres in het VPPKB 2019;
  - g. bewoners Wlz-instelling op Wlz-declaraties december 2018 en op Wlz-declaraties december 2019.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid onder b tot en met g, met behulp van het gepseudonimiseerde Burgerservicenummer aan het VPPKB 2019 en bepaalt op basis hiervan en met inachtneming van artikel 9, zevende en achtste 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 2020, 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.

## 2.12 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 SES PPA dat is opgenomen in bijlage 6 van deze Beleidsregels;
  - b. de leeftijd op het VPPKB 2019;
  - c. de adresgegevens op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2018;
  - d. de adresgegevens indien een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2018, op het gepseudonimiseerde adres in het VPPKB 2018. Indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het VPPKB 2018 op het gepseudonimiseerde adres in het belastingdienstbe-



- stand over 2019 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2019 op het gepseudonimiseerde adres in het VPPKB 2019;
- e. bewoners Wlz-instelling blijvend op Wlz-declaraties december 2018;
  - f. bewoners Wlz-instelling instromend op Wlz-declaraties december 2019 en op Wlz-declaraties december 2018.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onder b tot en met f, met behulp van het gepseudonimiseerde Burgerservicenummer aan het VPPKB 2019 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 2020, 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.

### 2.13 MHK

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium MHK per zorgverzekeraar op:
  - a. declaraties met betrekking tot 2016 per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten tot en met 31 december 2018, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2019 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
  - b. declaraties met betrekking tot 2017 per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten exclusief declaraties verpleging en verzorging tot en met 31 december 2019, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2020 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
  - c. declaraties met betrekking tot 2018 per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten exclusief declaraties verpleging en verzorging, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2020 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
  - d. het VPPKB 2016, het VPPKB 2017 en het VPPKB 2018.
2. Het Zorginstituut herleidt de percentages van de MHK klassen met betrekking tot 2016, 2017 respectievelijk 2018 tot drempelbedragen MHK 2016, 2017 respectievelijk 2018.
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 2019 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 2020 en past hierop een sterftecorrectie toe, 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 2021 met WOR nummer 1001, zoals die op 13 augustus 2020 aan de minister van VWS is gerapporteerd.

### 2.14 FDG

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium FDG per zorgverzekeraar op:
  - a. de indeling in FDG klassen 2021 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 7 van deze Beleidsregels;
  - b. de opgave per 1 juni 2020 van declaraties fysiotherapie en oefentherapie 2019 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 2020 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 2020 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.

## 2.15 MVV

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het geraamde aantal verzekerden voor het criterium MVV per zorgverzekeraar met betrekking tot:
  - a. de leeftijd op het VPPKB 2019;
  - b. de kosten op declaraties kosten verpleging en verzorging 2016 per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer, tot en met 31 december 2018, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2019 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
  - c. de kosten op 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;
  - d. de kosten op declaraties kosten verpleging en verzorging 2018 per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2020 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
  - e. Het VPPKB 2018.
2. Het Zorginstituut herleidt de percentages van de MVV klassen tot drempelbedragen.
3. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de som van de declaraties, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, c en d, de drempelbedragen uit het vorige lid en een koppeling met het VPPKB 2019 per verzekerde in welke MVV klasse de verzekerde valt. Het Zorginstituut stelt voor de klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.
4. In afwijking van het vorige lid deelt het Zorginstituut verzekerden jonger dan achttien jaar voor wie de kosten bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, tot de top 0,25% behoren, in de MVV klasse 'Kosten V&V voorafgaand jaar in top 0,25%; 0-17 jaar'.
5. Voor verzekerden met kosten gelijk aan het drempelbedrag verdeelt het Zorginstituut met inachtneming van artikel 9, tiende lid, van de Regeling de zwaarte van 1 naar rato over de betreffende klassen.
6. Indien de percentielgrens gelijk is aan nul euro deelt het Zorginstituut, met inachtneming van artikel 9, elfde lid, van de Regeling, verzekerden met kosten op de percentielgrens in bij de klasse 'Geen MVV'.
7. Het Zorginstituut deelt, met inachtneming van artikel 9, zevende lid van de Regeling, verzekerden van achttien jaar en ouder in een Wlz-instelling in in de klasse 'Geen MVV'.
8. Het Zorginstituut koppelt de verzekerden voor het criterium MVV aan het VPPKB 2019. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2020 en past hierop een sterftecorrectie toe, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
9. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen MVV' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in bij de klasse 'Geen MVV'.
10. Het Zorginstituut herschaalt na toepassing van de vorige leden het geraamde aantal verzekerden voor het criterium MVV naar de macroverzekerdenraming en stemt de relatieve prevalentie per klasse af op de Overall Toets 2021 met WOR nummer 1001, zoals die op 13 augustus 2020 aan de minister van VWS is gerapporteerd.

## 2.16 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 2021 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 8 van deze Beleidsregels;
  - b. de opgave per 1 juni 2020 van declaraties farmaceutische hulp 2019 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 2020 en bepaalt op basis hiervan met inachtneming van artikel 9, zesde 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 2021 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 2020 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.



## 2.17 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 2021 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 9 van deze Beleidsregels;
  - b. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2020 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer van alle prestaties generalistische Basis-GGZ in 2018 en van alle dbc's GGZ en zzp's GGZ die in 2018 geopend zijn;
  - c. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2019 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer van dbc's GGZ en zzp's GGZ die in 2017 geopend zijn;
  - d. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2018 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer van dbc's GGZ die in 2016 geopend zijn.
2. Het Zorginstituut koppelt op basis van het gepseudonimiseerde Burgerservicenummer de opgaven, bedoeld in het vorige lid, aan het VPPKB 2019. 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 per verzekerde per klasse van het criterium DKG GGZ de trendtabel voor dit criterium toe voor de geraamde prevalentieontwikkeling. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het VPPKB 2019 voor het eerst voorkomen per DKG GGZ klasse de gemiddelde prevalentie voor de betreffende klasse van de overige verzekerden in het VPPKB 2019 toe. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2020 en past hierop een sterftecorrectie toe, 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 '18' 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.

## 2.18 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 2021 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 10 van deze Beleidsregels;
  - b. de viercijferige postcode op het PKB 2020.
2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van het eerste lid in welke GGZ-regioklasse de verzekerde wordt ingedeeld.
3. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium GGZ-regio naar de macroverzekerdenraming.

## 2.19 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 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;
  - b. declaraties met betrekking tot 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;
  - c. declaraties met betrekking tot 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;
  - d. declaraties met betrekking tot 2017 per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2019, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2020 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
  - e. declaraties met betrekking tot 2018 per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg exclusief kosten voor langdurige geestelijke gezondheidszorg, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2020 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
  - f. het VPPKB 2014, VPPKB 2015, VPPKB 2016, het VPPKB 2017 en het VPPKB 2018.
2. Het Zorginstituut herleidt de percentages van de risicoklassen GGZ-MHK met betrekking tot 2014,





2015, 2016, 2017 respectievelijk 2018 tot drempelbedragen GGZ-MHK 2014, 2015, 2016, 2017 respectievelijk 2018.

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 2019 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, negende lid, van de Regeling de zwaarte van 1 naar rato over de betreffende klassen.
5. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2020 en past hierop een sterftecorrectie toe, 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 2021 met WOR nummer 1001, zoals die op 13 augustus 2020 aan de minister van VWS is gerapporteerd.

#### *2.20 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 die in het buitenland wonen voor de volgende criteria de volgende gewichten als uitgangspunten:
  - a. 75% van het gewicht van de FKG klasse 'Geen FKG';
  - b. 75% van het gewicht voor de DKG klasse 'Geen DKG';
  - c. 75% van het gewicht voor de HKG klasse 'Geen HKG';
  - d. 90% van het gewicht voor de FDG klasse 'Geen FDG'.
3. Het Zorginstituut rondt de gewichten, bedoeld in het vorige lid, af op twee decimalen.

#### *2.21 De verdeling van het macro-deelbedrag variabele zorgkosten en de berekening van het deelbedrag variabele zorgkosten*

1. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar, per criterium voor de criteria leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, HKG's, AVI, regio, SES, PPA, MHK, FDG en MVV de gewichten variabele zorgkosten 2021, bedoeld in artikel 2.20, 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 2021.

#### *2.22 De verdeling van het macro-deelbedrag vaste zorgkosten en de berekening van het deelbedrag vaste zorgkosten*

1. Op grond van artikel 3.5 van het Besluit zorgverzekering berekent het Zorginstituut het normbedrag vaste zorgkosten 2021 door het macro-deelbedrag vaste zorgkosten te delen door het landelijk totaal van het aantal geraamde verzekerden 2021 en het resultaat af te ronden op twee decimalen.
2. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het geraamde aantal verzekerden 2021 met het normbedrag vaste zorgkosten 2021, zoals berekend in het eerste lid.
3. Het resultaat na toepassing van het tweede lid wordt aangeduid als het deelbedrag vaste zorgkosten 2021.

#### *2.23 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 die in het buitenland wonen voor de volgende criteria de volgende gewichten als uitgangspunten:
  - a. 65% van het gewicht voor de FKG GGZ klasse 'Geen FKG psychische aandoeningen';
  - b. 40% van het gewicht voor de DKG GGZ klasse 'Geen DKG psychische aandoeningen'.



3. Het Zorginstituut rondt de gewichten, bedoeld in het vorige lid, af op twee decimalen.

#### *2.24 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 2021, bedoeld in artikel 2.23, 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 2021.

#### *2.25 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 DKG', 'Geen HKG', 'Geen FDG', en 'Geen MVV' 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 4 van de Regeling.
2. Voor de berekening van de normatieve eigen risico opbrengst voor verzekerden die niet bedoeld zijn in het eerste lid, hanteert het Zorginstituut de geraamde opbrengst per verzekerde, zoals genoemd in artikel acht, derde lid van de Regeling.

#### *2.26 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 2021, bedoeld in artikel 2.25, 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 bedoeld zijn in artikel 2.25, eerste lid. 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 0,05634 procent.
5. Het resultaat na toepassing van het vierde lid wordt aangeduid als normatieve eigen risico opbrengst 2021.

#### *2.27 De berekening van het normatieve bedrag en de berekening en toekenning van de vereveningsbijdrage*

1. Het Zorginstituut berekent het normatieve bedrag 2021 van een zorgverzekeraar als de som van het op grond van het in dit hoofdstuk berekende deelbedrag variabele zorgkosten 2021, het deelbedrag vaste zorgkosten 2021 en het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021.
2. Het Zorginstituut berekent de opbrengst van de nominale rekenpremie 2021 per zorgverzekeraar door de geraamde aantallen verzekerden van achttien jaar en ouder 2021 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2021.
3. Voor de toepassing van artikel zeven, derde lid, van de Regeling, vermindert het Zorginstituut het resultaat na toepassing van het tweede lid met 0,05634 procent.
4. Het Zorginstituut berekent de vereveningsbijdrage 2021 voor een zorgverzekeraar door op het normatieve bedrag 2021, bedoeld in het eerste lid, de normatieve eigen risico opbrengst 2021 zoals bepaald in artikel 2.26, vijfde lid en de op grond van het tweede en derde lid berekende opbrengst van de nominale rekenpremie 2021 in mindering te brengen.
5. Het Zorginstituut berekent per zorgverzekeraar de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar 2021. Deze uitkering bedraagt het aantal geraamde verzekerden jonger dan achttien jaar vermenigvuldigd met € 41,00.
6. Het Zorginstituut kent de vereveningsbijdrage 2021 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.



### **3 HOOFDSTUK III DE HERBEREKENING VAN DE TOEGEKENDE BIJDRAGE**

#### *3.1 Herberekeningen als gevolg van splitsing van de zorgverzekeraar*

Indien een zorgverzekeraar na de toekenning van de vereveningsbijdrage 2021 besluit zich te splitsen, verzoekt het Zorginstituut de zorgverzekeraar om mee te delen hoe naar zijn verwachting de geraamde verzekerdenaantallen 2021 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.

#### *3.2 De herberekening en herziening van de toegekende bijdrage 2021*

1. Het Zorginstituut herberekent de toekenning van de vereveningsbijdrage op basis van de verzekerdenaantallen 2021 volgens de opgaven van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut op 7 maart 2021.
2. Het Zorginstituut herberekent de vereveningsbijdrage 2021, zoals toegekend op grond van artikel 2.27, zesde lid, per zorgverzekeraar en betreft daarbij de verzekerden die, volgens opgave van Vektis, op peildatum 15 februari zijn ingeschreven bij die zorgverzekeraar.
3. Het Zorginstituut voert de herberekening van de toegekende vereveningsbijdrage 2021 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 2021 uit het tweede lid en vermenigvuldigt per zorgverzekeraar de uitkomst hiervan met de op grond van het tweede lid herberekende vereveningsbijdrage 2021.
4. Het Zorginstituut herzielt de op grond van artikel 2.27, zesde lid, toegekende vereveningsbijdrage 2021 overeenkomstig de herberekening bedoeld in het derde lid.

### **4 HOOFDSTUK IV DE EERSTE VOORLOPIGE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE VOOR EEN ZORGVERZEKERAAR**

#### *4.1 Algemene bepaling verzekerdenaantallen*

1. Het Zorginstituut betreft de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast over 2021 bij de vaststelling van de verzekerdenaantallen 2021.
2. Het Zorginstituut bepaalt de verzekerdenaantallen 2021 met inachtneming van het bepaalde in dit artikel en met inachtneming van artikel 2.2, 2.3 en 2.4.
3. Het Zorginstituut baseert zich bij de bepaling van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar op het VPPKB 2021, zoals de zorgverzekeraars dat hebben aangeleverd op 1 juni 2022.
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.

#### *4.2 Leeftijd en geslacht*

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium leeftijd en geslacht per zorgverzekeraar op het VPPKB 2021.
2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de opgave, bedoeld in het eerste lid, per verzekerde in welke leeftijd en geslachtsklasse de verzekerde wordt ingedeeld.

#### *4.3 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 2021 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 1 van deze Beleidsregels;
  - b. de opgave per 1 juni 2021 van declaraties farmaceutische hulp 2020 per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut;
  - c. de opgave per 1 juni 2022 van declaratiegegevens add-ons geneesmiddelen 2020 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 2021 en bepaalt op basis hiervan met inachtneming van artikel 9, tweede en derde 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.

#### 4.4 DKG's

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium DKG's per zorgverzekeraar op:
  - a. de indeling in DKG klassen 2021 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 2021 van de declaraties per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer van alle dbc's die in 2019 geopend zijn;
2. Het Zorginstituut koppelt de opgaven, bedoeld in het vorige lid, onderdeel b met behulp van het gepseudonimiseerde Burgerservicenummer aan het VPPKB 2021 en bepaalt op basis hiervan met inachtneming van bijlage 2 van deze Beleidsregels per verzekerde in welke DKG klassen '1' tot en met '26' de verzekerde wordt ingedeeld.
3. Als een verzekerde niet in een klasse '1' tot en met '26' is ingedeeld, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in bij de klasse 'Geen DKG'.

#### 4.5 HKG's

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium HKG's per zorgverzekeraar op:
  - a. de indeling in de HKG klassen 2021 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 3 van deze Beleidsregels;
  - b. de opgave per 1 juni 2021 van declaraties hulpmiddelen 2020 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 2021 en bepaalt op basis hiervan met inachtneming van bijlage 3 van deze Beleidsregels in welke HKG klasse de verzekerde wordt ingedeeld.
3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen HKG' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen HKG' in.

#### 4.6 AVI

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium AVI per zorgverzekeraar met betrekking tot:
  - a. de indeling op de indeling in AVI klassen 2021 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 4 van deze Beleidsregels;
  - b. de leeftijd op het VPPKB 2021;
  - c. de zelfstandigen op het zelfstandigenbestand over 2021, met peildatum 30 juni 2021;
  - d. de duurzaam en volledig arbeidsongeschikten, de overige arbeidsongeschikten, de bijstandsgerechtigden, de werklozen en de loontrekkers op het UWV-bestand over 2021, op peildatum 30 juni 2021;
  - e. indien het UWV-bestand betreffende een gemeente onvoldoende gegevens over de bijstandsgerechtigden bevat, op de gegevens over 2020, met als peildatum 30 juni 2020 voor verzekerden uit die gemeente;
  - f. de studenten en de hoogopgeleiden op de opgave van DUO per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2021;
  - g. de adresgegevens op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2021;
  - h. de adresgegevens in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2021 op het gepseudonimiseerde adres in het VPPKB 2021.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met h, met behulp van het gepseudonimiseerde Burgerservicenummer aan het VPPKB 2021 en bepaalt op basis hiervan met inachtneming van artikel 9, vijfde lid, van de Regeling en bijlage 4 van deze Beleidsregels per verzekerde in welke AVI klasse de verzekerde wordt ingedeeld.

#### 4.7 Regio

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het 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 VPPKB 2021.



2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van het eerste lid in welke regioklasse de verzekerde wordt ingedeeld.

#### 4.8 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)' op het referentiebestand PPA/SES dat is opgenomen in bijlage 6 van deze Beleidsregels;
  - b. de leeftijd op het VPPKB 2021;
  - c. het inkomen op de opgave per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2019;
  - d. het inkomen in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2019 op het inkomen in het belastingdienstbestand over 2020;
  - e. de adresgegevens op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2021;
  - f. de adresgegevens in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2021 op het gepseudonimiseerde adres in het VPPKB 2021;
  - g. bewoners Wlz-instelling op Wlz-declaraties december 2020 en op Wlz-declaraties december 2021.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid onder b tot en met g, met behulp van het gepseudonimiseerde Burgerservicenummer aan het VPPKB 2021 en bepaalt op basis hiervan met inachtneming van artikel 9, zevende en achtste lid, van de Regeling per verzekerde in welke SES klasse de verzekerde wordt ingedeeld.

#### 4.9 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/SES dat is opgenomen in bijlage 6 van deze Beleidsregels;
  - b. de leeftijd op het VPPKB 2021;
  - c. de adresgegevens op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2020;
  - d. de adresgegevens in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2020 op het gepseudonimiseerde adres in het VPPKB 2020. Indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het VPPKB 2020 op het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2021 en indien een verzekerde ook niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2021 op het gepseudonimiseerde adres in het VPPKB 2021;
  - e. bewoners Wlz-instelling blijvend op Wlz-declaraties december 2020;
  - f. bewoners Wlz-instelling instromend op Wlz-declaraties december 2021 en Wlz-declaraties december 2020.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid onder b tot en met f, met behulp van het gepseudonimiseerde Burgerservicenummer aan het VPPKB 2021 en bepaalt op basis hiervan per verzekerde in welke PPA klasse de verzekerde wordt ingedeeld.

#### 4.10 MHK

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium MHK per zorgverzekeraar op:
  - a. declaraties 2018 per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten exclusief declaraties verpleging en verzorging tot en met 31 december 2020, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2021 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
  - b. declaraties 2019 per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten exclusief declaraties verpleging en verzorging tot en met 31 december 2021, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2022 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
  - c. declaraties 2020 per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten exclusief declaraties verpleging en verzorging, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2022 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
  - d. het VPPKB 2018, het VPPKB 2019 en het VPPKB 2020.
2. Het Zorginstituut herleidt de percentages van de risicoklassen MHK met betrekking tot 2018, 2019 en 2020 tot respectievelijk drempelbedragen MHK 2018, 2019 en 2020.
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 2021 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'.

#### 4.11 FDG

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium FDG per zorgverzekeraar op:
  - a. de indeling in FDG klassen 2021 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 7 van deze Beleidsregels;
  - b. de opgave per 1 juni 2021 van declaraties fysiotherapie en oefentherapie 2020 per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut;
  - c. het VPPKB 2020.
2. Het Zorginstituut koppelt de declaraties, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met behulp van het gepseudonimiseerde Burgerservicenummer aan het VPPKB 2021 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'.

#### 4.12 MVV

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium MVV per zorgverzekeraar met betrekking tot:
  - a. de leeftijd op het VPPKB 2021;
  - b. de kosten op declaraties kosten van verpleging en verzorging 2018 per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer tot en met 31 december 2020, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2021 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
  - c. de kosten op declaraties verpleging en verzorging 2019 per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer tot en met 31 december 2021, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2022 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
  - d. de kosten op declaraties verpleging en verzorging 2020 per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2022 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
  - e. het VPPKB 2020.
2. Het Zorginstituut herleidt de percentages van de MVV klassen tot drempelbedragen.
3. Het Zorginstituut bepaalt op basis van de som van de declaraties bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, c en d de drempelbedragen, bedoeld in het tweede lid, en een koppeling met het VPPKB 2021 per verzekerde in welke MVV klasse de verzekerde wordt ingedeeld.
4. Het Zorginstituut deelt met inachtneming van artikel 9, tiende 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, elfde lid, van de Regeling, verzekerden met kosten op de percentielgrens in bij de klasse 'Geen MVV'.
6. Het Zorginstituut deelt, met inachtneming van artikel 9, zevende lid van de Regeling, verzekerden van achttien jaar en ouder in een Wlz-instelling in in de klasse 'Geen MVV'.
7. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen MVV' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in bij de klasse 'Geen MVV'.

#### 4.13 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 2021 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 8 van deze Beleidsregels;
  - b. de opgave per 1 juni 2021 van declaraties farmaceutische hulp 2020 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 2021 en bepaalt op basis hiervan met inachtneming van artikel 9, zesde 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.

#### 4.14 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 2021 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 2022 van de declaraties per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer van alle prestaties generalistische Basis-GGZ in 2019 en van alle dbc's en zzp's GGZ die in 2020 geopend zijn;
  - c. de opgave van de zorgverzekeraar aan het Zorginstituut per 1 juni 2021 van de declaraties per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer van alle dbc's en zzp's GGZ die in 2019 geopend zijn;
  - d. de opgave van de zorgverzekeraar aan het Zorginstituut per 1 juni 2020 van de declaraties per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer van alle dbc's die in 2018 geopend zijn.
2. Het Zorginstituut koppelt op basis van het gepseudonimiseerde Burgerservicenummer de opgaven, bedoeld in het vorige lid, aan het VPPKB 2021. 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 '18' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen DKG psychische aandoeningen' in.

#### 4.15 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 2021 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in bijlage 10 van deze Beleidsregels;
  - b. de viercijferige postcode op het VPPKB 2021.
2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van het eerste lid in welke GGZ-regioklasse de verzekerde wordt ingedeeld.

#### 4.16 GGZ-MHK

1. Het Zorginstituut baseert zich voor het aantal verzekerden voor het criterium GGZ-MHK per zorgverzekeraar op:
  - a. 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;
  - b. declaraties 2017 per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2019, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2020 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
  - c. declaraties 2018 per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg exclusief kosten voor langdurige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2020, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2021 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
  - d. declaraties 2019 per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg exclusief kosten voor langdurige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2021, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2022 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
  - e. declaraties 2020 per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg exclusief kosten voor langdurige geestelijke gezondheidszorg, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2022 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
  - f. het VPPKB 2016, VPPKB 2017, VPPKB 2018, het VPPKB 2019 en het VPPKB 2020.
2. Het Zorginstituut herleidt de percentages van de risicoklassen GGZ-MHK met betrekking tot 2016, 2017, 2018, 2019 en 2020 tot respectievelijk drempelbedragen GGZ-MHK 2016, 2017, 2018, 2019 en 2020.
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 2021 in welke GGZ-MHK klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
4. Het Zorginstituut deelt met inachtneming van artikel 9, negende 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.



#### 4.17 Criteriumneutraliteit voor deelbedrag variabele zorgkosten 2021

1. Het Zorginstituut herberekent het gewicht van de klasse 'Geen FKG' zodanig dat het voor de klassen 'Groeistoornissen o.b.v. add-on', 'Auto-immuunziekten o.b.v. add-on', 'Immunoglobuline o.b.v. add-on', 'COPD/zware astma o.b.v. add-on', 'Kanker o.b.v. add-on', 'Extreem hoge kosten cluster 1', 'Extreem hoge kosten cluster 2', 'Extreem hoge kosten cluster 3' en 'Extreem hoge kosten cluster 4' 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.
2. Het Zorginstituut herberekent het gewicht voor elke klasse van het criterium 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.
3. Het Zorginstituut herberekent het gewicht van de klasse 'Geen HKG' zodanig dat voor het criterium HKG de gesommeerde resultaten van de vermenigvuldiging van de gewichten met het gerealiseerde aantal verzekerden, nul bedragen. Het Zorginstituut rondt het herberekende gewicht af op twee decimalen.
4. Het Zorginstituut herberekent de gewichten voor elke leeftijdsklasse in tabel 1.5 van de Regeling voor de zelfstandigen, de referentiegroep en de hoogopgeleiden zodanig dat voor de corresponderende leeftijdsklasse voor de bijstandsgerechtigden het verschil tussen de vermenigvuldiging van het gerealiseerde aantal verzekerden met het gewicht in tabel 1.5 van de Regeling en de vermenigvuldiging van het bij toekenning van de vereveningsbijdrage verwachte aantal verzekerden met het gewicht in tabel 1.5 van de Regeling, teniet wordt gedaan. Het Zorginstituut past bij de herberekening de betrokken gewichten per leeftijdsklasse met eenzelfde bedrag aan. Het Zorginstituut rondt de herberekende gewichten af op twee decimalen.
5. Het Zorginstituut herberekent het gewicht van de klasse 'Geen MHK' zodanig dat voor het criterium MHK de gesommeerde resultaten van de vermenigvuldiging van de gewichten met het gerealiseerde aantal verzekerden, nul bedragen. Het Zorginstituut rondt het herberekende gewicht af op twee decimalen.
6. Het Zorginstituut herberekent het gewicht van de klasse 'Geen FDG' zodanig dat voor de klasse 'FDG 2' het verschil tussen de vermenigvuldiging van het gerealiseerde aantal verzekerden met het gewicht in tabel 1.10 van de Regeling en de vermenigvuldiging van het bij toekenning van de vereveningsbijdrage verwachte aantal verzekerden met het gewicht in tabel 1.10 van de Regeling, teniet wordt gedaan. Het Zorginstituut rondt het herberekende gewicht af op twee decimalen.
7. Het Zorginstituut herberekent het gewicht van de klasse 'Geen MVV' zodanig dat voor het criterium MVV de gesommeerde resultaten van de vermenigvuldiging van de gewichten met het gerealiseerde aantal verzekerden, nul bedragen. Het Zorginstituut rondt het herberekende gewicht af op twee decimalen.

#### 4.18 De voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele zorgkosten 2021

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2021 per 1 mei 2022 en met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 14 van de Regeling bepaalt het Zorginstituut de variabele zorgkosten 2021 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Het Zorginstituut herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 4.1 bepaalde verkerdenaantallen het normatieve bedrag variabele zorgkosten 2021 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, overeenkomstig artikel 2.20 en 2.21 en betreft daarbij het bepaalde in artikel 4.17, alsmede voor het totaal van de verzekerden 2021 van alle zorgverzekeraars.
3. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor variabele zorgkosten 2021 door de variabele zorgkosten 2021 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald in het eerste lid, te delen door het op grond van het tweede lid herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2021 voor het totaal van de verzekerden 2021 van alle zorgverzekeraars.
4. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2021 op grond van het tweede lid met de schalingsfactor berekend op grond van het derde lid.
5. Het Zorginstituut berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen de uitkomst van de vermenigvuldiging op grond van het vierde lid en het herberekende normatieve bedrag op grond van het tweede lid. Het Zorginstituut neemt 15% van het verschil en deelt dit bedrag door het totaal aantal ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.
6. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat na toepassing van het vijfde 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.





7. Het Zorginstituut vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar, berekend in het vierde lid, met het product voor die zorgverzekeraar, berekend in het zesde lid. Het resultaat wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag variabele zorgkosten 2021.

#### *4.19 De voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2021*

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2021 per 1 mei 2022 en met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 15 van de Regeling bepaalt het Zorginstituut de vaste zorgkosten 2021 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk.
2. Het Zorginstituut herberekent het deelbedrag vaste zorgkosten door het totaal aantal verzekerden 2021 per zorgverzekeraar, vastgesteld met toepassing van artikel 4.1 te vermenigvuldigen met het normbedrag vaste zorgkosten 2021, berekend in artikel 2.22, eerste lid.
3. Het Zorginstituut calculeert per zorgverzekeraar 100 procent na op het verschil tussen de vaste zorgkosten 2021, 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 2021.

#### *4.20 Criteriumneutraliteit voor het deelbedrag kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021*

1. Het Zorginstituut herberekent het gewicht van de klasse 'Geen DKG psychische aandoeningen' zodanig dat voor het criterium DKG's psychische aandoeningen de gesommeerde resultaten van de vermenigvuldiging van de gewichten in tabel 2.3 van de Regeling met het gerealiseerde aantal verzekerden, nul bedragen. Het Zorginstituut rondt het herberekende gewicht af op twee decimalen.
2. Het Zorginstituut herberekent de gewichten voor elke leeftijdsklasse in tabel 2.4 van de Regeling voor de zelfstandigen, de referentiegroep en de hoogopgeleiden zodanig dat voor de corresponderende leeftijdsklasse voor de bijstandsgerechtigden het verschil tussen de vermenigvuldiging van het gerealiseerde aantal verzekerden met het gewicht in tabel 2.4 van de Regeling en de vermenigvuldiging van het bij toekenning van de vereveningsbijdrage verwachte aantal verzekerden met het gewicht in tabel 2.4 van de Regeling, teniet wordt gedaan. Het Zorginstituut past bij de herberekening de betrokken gewichten per leeftijdsklasse met eenzelfde bedrag aan. Het Zorginstituut rondt de herberekende gewichten af op twee decimalen.
3. Het Zorginstituut herberekent het gewicht van de klasse 'Geen GGZ-MHK' zodanig dat het voor de klassen '5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille' en '5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille' gesommeerde verschil tussen de vermenigvuldiging van het gerealiseerde aantal verzekerden met het gewicht in tabel 2.8 van de Regeling en de vermenigvuldiging van het bij toekenning van de vereveningsbijdrage verwachte aantal verzekerden met het gewicht in tabel 2.8 van de Regeling, teniet wordt gedaan. Het Zorginstituut rondt het herberekende gewicht af op twee decimalen.

#### *4.21 De voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021*

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2021 per 1 mei 2022 en met inachtneming van de artikelen 12 en 13 van de Regeling, bepaalt het Zorginstituut de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Het Zorginstituut herberekent met inachtneming van het op grond van artikel 4.1 bepaalde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, overeenkomstig artikel 2.23 en 2.24 en betreft daarbij het bepaalde in artikel 4.20, alsmede voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar en ouder 2021 van alle zorgverzekeraars.
3. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021 voor verzekerden van achttien jaar en ouder 2021 door de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald in het eerste lid, te delen door het in het tweede lid herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021 voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar en ouder 2021 van alle zorgverzekeraars.
4. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige gezondheidszorg 2021 uit het tweede lid met de schalingsfactor berekend in het derde lid.
5. Het Zorginstituut berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen de uitkomst van de vermenigvuldiging uit het vierde lid en het herberekende normatieve bedrag uit het tweede

- lid. Het Zorginstituut neemt vijftien procent van het verschil en deelt dit bedrag door het totaal aantal bij alle zorgverzekeraars ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.
6. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat na toepassing van het achtste lid met het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven.
  7. Het Zorginstituut vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar berekend in het vierde lid met het product voor die zorgverzekeraar berekend in het zesde lid. Het resultaat wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021.

#### *4.22 Criteriumneutraliteit voor de normatieve opbrengst van het eigen risico 2021*

Het Zorginstituut herberekent de gewichten voor elke leeftijdsklasse in tabel 4.2 van de Regeling voor de zelfstandigen, de referentiegroep en de hoogopgeleiden zodanig dat voor de corresponderende leeftijdsklasse voor de bijstandsgerechtigden het verschil tussen de vermenigvuldiging van het gerealiseerde aantal verzekerden met het gewicht in tabel 4.2 van de Regeling en de vermenigvuldiging van het bij toekenning van de vereveningsbijdrage verwachte aantal verzekerden met het gewicht in tabel 4.2 van de Regeling, teniet wordt gedaan. Het Zorginstituut past bij de herberekening de betrokken gewichten per leeftijdsklasse met eenzelfde bedrag aan. Het Zorginstituut rondt de herberekende gewichten af op twee decimalen.

#### *4.23 De voorlopige herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico 2021*

1. Op basis van de opgave jaarstaat 2021 per 1 mei 2022 bepaalt het Zorginstituut de opbrengst van het verplicht eigen risico 2021 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Uitgangspunt voor de herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico zijn de opgaven, bedoeld in artikel 4.1, derde lid, van de verzekerdenaantallen van de zorgverzekeraar. Het Zorginstituut herberekent met inachtneming van het op grond van artikel 4.1 bepaalde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder de normatieve eigen risico opbrengst 2021 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, overeenkomstig artikel 2.25 en 2.26 en betreft daarbij het bepaalde in artikel 4.22, alsmede voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar en ouder 2021 van alle zorgverzekeraars.
3. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor de normatieve opbrengst van het eigen risico 2021, door de opbrengst van het verplicht eigen risico voor het totaal van de zorgverzekeraars, bedoeld in het eerste lid, te delen door de normatieve eigen risico opbrengst voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals berekend in het tweede lid.
4. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars de herberekende normatieve opbrengst van het verplicht eigen risico uit het tweede lid met de schalingsfactor berekend in het derde lid.
5. Het zorginstituut berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen de uitkomst van de vermenigvuldiging uit het vierde lid en het herberekende normatieve bedrag uit het tweede lid. Het Zorginstituut neemt 15 procent van het verschil en deelt dit bedrag door het totaal aantal bij alle zorgverzekeraars ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.
6. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat na toepassing van het vijfde 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.
7. Het Zorginstituut vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar berekend in het vierde lid met het product voor die zorgverzekeraar berekend in het zesde lid. Het resultaat wordt aangeduid als de voorlopige herberekende normatieve opbrengst van het verplicht eigen risico 2021.

#### *4.24 De voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2021 en de voorlopige herberekening en voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage 2021*

1. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag 2021 voorlopig als de som van het voorlopige herberekende deelbedrag variabele zorgkosten 2021, het voorlopige herberekende deelbedrag vaste zorgkosten 2021 en het voorlopig herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021.
2. Voor de ex post compensatie voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021:
  - a. bepaalt het Zorginstituut per zorgverzekeraar het verschil tussen het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021, bedoeld in artikel 4.21, zevende lid, en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021, bedoeld in artikel 4.21, eerste lid, en deelt dit verschil door het aantal verzekerden van achttien jaar en

- ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven;
- b. berekent het Zorginstituut het gemiddelde marktresultaat voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Het Zorginstituut berekent het gemiddeld marktresultaat door voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen het herberekenende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021, bedoeld in artikel 4.21, tweede lid, en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021, bedoeld in artikel 4.21, eerste lid, te delen door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is;
  - c. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat groter is dan € 10,00 per verzekerde van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan trekt het Zorginstituut 90 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2021;
  - d. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat kleiner is dan € -10,00 per verzekerde van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan voegt het Zorginstituut 90 procent van het mindere toe aan het normatieve bedrag 2021.
3. Het Zorginstituut berekent de opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de verzekerden van achttien jaar en ouder 2021 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2021.
  4. Het Zorginstituut vermindert het resultaat na toepassing van het vorige lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in de opgave jaarstaat 2021 per 1 mei 2022 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.
  5. 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 2021 te vermenigvuldigen met € 41,00.
  6. Het Zorginstituut herberekent de vereveningsbijdrage 2021 voorlopig door de som van het herberekenende normatieve bedrag 2021, 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 herberekenende normatieve eigen risico opbrengst, bedoeld in artikel 54, en de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in het derde en vierde lid.
  7. Het Zorginstituut stelt de vereveningsbijdrage 2021 in september 2022 voorlopig vast ter hoogte van de in het vorige lid berekende bijdrage.

## **5 HOOFDSTUK V DE TWEDE VOORLOPIGE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE 2021 VOOR EEN ZORGVERZEKERAAR**

### *5.1 Algemene bepaling*

Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag voor de tweede keer voorlopig met inachtneming van de kosten 2021 uit de opgave jaarstaat 2023 per 1 mei 2024, de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast en de bepalingen uit dit hoofdstuk.

### *5.2 Bepaling van de verzekerdenaantallen 2021*

1. Het Zorginstituut betreft de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast bij de verzekerdenaantallen 2021 berekend op grond van artikel 4.1.
2. Voor het criterium SES betreft het Zorginstituut voor het inkomen het belastingdienstbestand over 2020 bij de verzekerdenaantallen. Indien een verzekerde niet is opgenomen in de opgave over 2020, maakt het Zorginstituut gebruik van de opgave over 2021.
3. Voor het criterium MHK betreft het Zorginstituut bij de verzekerdenaantallen de declaraties 2020 per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten exclusief declaraties verpleging en verzorging tot en met 31 december 2022, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2023 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
4. Voor het criterium MVV betreft het Zorginstituut bij de verzekerdenaantallen de declaraties verpleging en verzorging 2020 per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer tot en met 31 december 2022, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2023 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
5. Voor het criterium GGZ-MHK betreft het Zorginstituut bij de verzekerdenaantallen de declaraties 2020 per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige GGZ exclusief kosten voor langdurige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2022, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2023 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.

### *5.3 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele zorgkosten 2021*

1. Het Zorginstituut bepaalt met inachtneming van de artikelen 12, 13 en 14 van de Regeling, de variabele zorgkosten 2021 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Het Zorginstituut herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 5.2 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag variabele zorgkosten 2021 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, overeenkomstig artikel 2.20 en 2.21 en betreft daarbij het bepaalde in artikel 4.17, alsmede voor het totaal van de verzekerden 2021 van alle zorgverzekeraars.
3. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor variabele zorgkosten 2021 door de variabele zorgkosten 2021 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald in het eerste lid, te delen door het op grond van het tweedede lid herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2021 voor het totaal van de verzekerden 2021 van alle zorgverzekeraars.
4. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2021 op grond van het tweede lid met de schalingsfactor berekend op grond van het derde lid.
5. Het Zorginstituut berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen de uitkomst van de vermenigvuldiging op grond van het vierde lid en het herberekende normatieve bedrag op grond van het tweede 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.
6. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat na toepassing van het vijfde 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.
7. Het Zorginstituut vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar berekend in het vierde lid met het product voor die zorgverzekeraar berekend in het zesde lid. Het resultaat wordt aangeduid als het tweede voorlopige herberekende deelbedrag variabele zorgkosten 2021.

### *5.4 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2021*

Het Zorginstituut herberekent voor de tweede keer voorlopig het deelbedrag vaste zorgkosten 2021 overeenkomstig artikel 4.19, met inachtneming van artikel 5.1 en 5.2.

### *5.5 Criteriumneutraliteit voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021 op basis van gewichten inclusief HKC*

1. Het Zorginstituut herberekent het gewicht van de klasse 'Geen DKG psychische aandoeningen' zodanig dat voor het criterium DKG's psychische aandoeningen de gesommeerde resultaten van de vermenigvuldiging van de gewichten in tabel 3.3 van de Regeling met het gerealiseerde aantal verzekerden, nul bedragen. Het Zorginstituut rondt het herberekende gewicht af op twee decimalen.
2. Het Zorginstituut herberekent de gewichten voor elke leeftijdsklasse in tabel 3.4 van de Regeling voor de zelfstandigen, de referentiegroep en de hoogopgeleiden zodanig dat voor de corresponderende leeftijdsklasse voor de bijstandsgerechtigden het verschil tussen de vermenigvuldiging van het gerealiseerde aantal verzekerden met het gewicht in tabel 3.4 van de Regeling en de vermenigvuldiging van het bij toekenning van de vereveningsbijdrage verwachte aantal verzekerden met het gewicht in tabel 3.4 van de Regeling, teniet wordt gedaan. Het Zorginstituut past bij de herberekening de betrokken gewichten per leeftijdsklasse met eenzelfde bedrag aan. Het Zorginstituut rondt de herberekende gewichten af op twee decimalen.
3. Het Zorginstituut herberekent het gewicht van de klasse 'Geen GGZ-MHK' zodanig dat het voor de klassen '5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille' en '5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille' gesommeerde verschil tussen de vermenigvuldiging van het gerealiseerde aantal verzekerden met het gewicht in tabel 3.8 van de Regeling en de vermenigvuldiging van het bij toekenning van de vereveningsbijdrage verwachte aantal verzekerden met het gewicht in tabel 3.8 van de Regeling, teniet wordt gedaan. Het Zorginstituut rondt het herberekende gewicht af op twee decimalen.

### *5.6 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021*

1. Het Zorginstituut bepaalt met inachtneming van artikel 12 en 13 van de Regeling, de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk, alsmede voor het totaal van de zorgverzekeraars.
2. Het Zorginstituut herberekent met inachtneming van de op grond van artikel 5.2 bepaalde verzekerdenaantallen het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021, overeenkomstig artikel 2.23 en 2.24 en gaat hierbij uit van de gewichten genoemd in

bijlage 3 van de Regeling en het bepaalde in artikel 5.5, voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk alsmede voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar en ouder 2021 van alle zorgverzekeraars.

3. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021 door de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021 voor het totaal van de zorgverzekeraars, zoals bepaald op grond van het eerste lid, te delen door het op grond van het tweede lid herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021 voor het totaal van alle zorgverzekeraars.
4. 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 tweede lid, met de schalingsfactor berekend op grond van het derde lid.
5. Het Zorginstituut berekent voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen de uitkomst van de vermenigvuldiging bedoeld in het vierde lid en het herberekende normatieve bedrag uit het tweede lid. Het Zorginstituut neemt vijftien procent van het verschil en deelt dit bedrag door het totaal aantal bij alle zorgverzekeraars ingeschreven verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.
6. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het resultaat na toepassing van het vijfde 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.
7. Het Zorginstituut vermindert per zorgverzekeraar het product voor die zorgverzekeraar berekend in het vierde lid met het product voor die zorgverzekeraar berekend in het zesde lid.
8. Het Zorginstituut past op het resultaat uit het vorige lid hoge kostencompensatie toe en baseert zich daarbij op artikel 16 van de Regeling. Het resultaat wordt aangeduid als het tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021.

#### *5.7 De tweede voorlopige herberekening van de normatieve eigen risico opbrengst 2021*

Het Zorginstituut herberekent voor de tweede keer voorlopig de normatieve eigen risico opbrengst 2021 overeenkomstig artikel 4.23, met inachtneming van artikel 5.1 en 5.2.

#### *5.8 De tweede voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2021 en de tweede voorlopige herberekening en de vaststelling van de vereveningsbijdrage 2021*

1. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag 2021 voor de tweede keer voorlopig als de som van het tweede voorlopige herberekende deelbedrag variabele zorgkosten 2021, het tweede voorlopige herberekende deelbedrag vaste zorgkosten 2021 en het tweede voorlopige herberekende deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021.
2. Voor de ex post compensatie voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021:
  - a. bepaalt het Zorginstituut per zorgverzekeraar het verschil tussen het tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021, bedoeld in artikel 5.6, achtste lid, en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021, bedoeld in artikel 5.6, eerste lid, en deelt dit verschil door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dat bij die zorgverzekeraar is ingeschreven;
  - b. berekent het Zorginstituut het gemiddelde marktresultaat voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Het Zorginstituut berekent het gemiddeld marktresultaat door voor het totaal van de zorgverzekeraars het verschil tussen het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021, bedoeld in artikel 5.6, vijfde lid, en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021, bedoeld in artikel 5.6, eerste lid, te delen door het aantal verzekerden van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is;
  - c. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat groter is dan € 10,00 per verzekerde van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan trekt het Zorginstituut 90 procent van het meerdere af van het normatieve bedrag 2021;
  - d. indien het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat kleiner is dan € -10,00 per verzekerde van achttien jaar en ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is, dan voegt het Zorginstituut 90 procent van het mindere toe aan het normatieve bedrag 2021.
3. 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 2021.
4. Het Zorginstituut vermindert de uitkomst, berekend op grond van het vorige lid, met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in zijn jaarstaat 2021 per 1 mei 2022 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.

5. 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.
6. Het Zorginstituut berekent de vereveningsbijdrage 2021 voor de tweede keer voorlopig door de som van het tweede voorlopige normatieve bedrag 2021 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 5.7 respectievelijk met de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in het derde en vierde lid.
7. Het Zorginstituut stelt de vereveningsbijdrage 2021 voor de tweede keer voorlopig vast in september 2024 ter hoogte van de in het vorige lid berekende bijdrage.

## **6 HOOFDSTUK VI DE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE 2021 VOOR EEN ZORGVERZEKERAAR**

### *6.1 Algemene bepaling*

Het Zorginstituut herberekent de vereveningsbijdrage definitief met inachtneming van de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft gerapporteerd over de declaraties 2020 per gepseudonimiseerd Burgerservicenummer en kosten 2021 uit de jaarstaat 2023.

### *6.2 De definitieve herberekening van het deelbedrag variabele zorgkosten 2021*

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag variabele zorgkosten 2021 overeenkomstig artikel 5.5, met inachtneming van artikel 6.1.

### *6.3 De definitieve herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2021*

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag vaste zorgkosten 2021 overeenkomstig artikel 5.6, met inachtneming van artikel 6.1.

### *6.4 De definitieve herberekening van het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021*

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021 overeenkomstig artikel 5.7, met inachtneming van artikel 6.1.

### *6.5 De definitieve herberekening van de normatieve eigen risico opbrengst 2021*

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag normatieve eigen risico opbrengst overeenkomstig artikel 5.8, met inachtneming van artikel 6.1.

### *6.6 De definitieve herberekening van het normatieve bedrag 2021 en de definitieve herberekening en de vaststelling van de bijdrage 2021*

1. Het Zorginstituut herberekent definitief het normatieve bedrag 2021 overeenkomstig artikel 5.8, met inachtneming van artikel 6.2.
2. Het Zorginstituut stelt de bijdrage 2021 vast in april 2025 ter hoogte van het in het vorige lid definitief berekende normatieve bedrag 2021.

## **7 HOOFDSTUK VII DE BETALINGEN AAN DE ZORGVERZEKERAARS**

### *7.1 Betaling*

1. Het Zorginstituut betaalt de zorgverzekeraars de vereveningsbijdrage, bedoeld in artikel 2.27, vierde lid, uit. Het Zorginstituut maakt bij de betaling onderscheid naar de volgende bestanddelen:
  - a. het deelbedrag variabele zorgkosten 2021;
  - b. het deelbedrag vaste zorgkosten 2021;
  - c. het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021;
  - d. een aftreepost voor de normatieve eigen risico opbrengst 2021.
2. Het Zorginstituut betaalt de zorgverzekeraars de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar, bedoeld in artikel 2.27, vijfde lid, gelijktijdig met de betaling genoemd in het eerste lid uit.

## 7.2 Betalingsschema

1. Het Zorginstituut bepaalt per zorgverzekeraar de som van de bestanddelen genoemd in artikel 7.1, eerste lid, onder a tot en met c, en de uitkering, genoemd in artikel 7.1, tweede lid.
2. Het Zorginstituut berekent per zorgverzekeraar de som van de vereveningsbijdrage 2021, bedoeld in artikel 2.27, zesde lid, en de normatieve eigen risico opbrengst 2021, zoals bepaald in artikel 2.26, 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 7.1, eerste lid, onder a tot en met c, en de uitkering bedoeld in artikel 7.1, 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 2021;
  - b. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag vaste zorgkosten 2021;
  - c. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2021;
  - d. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op de uitkering in verband met de uitvoeringskosten van verkerden 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 2021, bedoeld in artikel 7.1, 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 tiende 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 2020 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, verrekent het Zorginstituut het verschuldigde bedrag met de betalingen aan de zorgverzekeraar totdat het verschuldigde bedrag is voldaan.

### Betalingsschema

Betaalmoment	Bestanddelen betalingen			
	7.2 vierde lid, onder a en b	7.2 vierde lid, onder c	7.2 vierde lid, onder d	7.1 eerste lid, onder d
januari 2021	1,26%	0,03%	8,33%	5,50%
februari 2021	2,26%	0,06%	8,33%	7,83%
maart 2021	3,56%	0,12%	8,34%	9,50%
april 2021	5,39%	0,61%	8,33%	10,60%
mei 2021	6,90%	1,30%	8,33%	10,74%
juni 2021	7,60%	2,06%	8,34%	10,60%
juli 2021	8,65%	2,66%	8,33%	9,40%
augustus 2021	8,80%	3,21%	8,33%	7,15%
september 2021	9,04%	3,44%	8,34%	6,20%
oktober 2021	8,90%	3,74%	8,33%	5,24%
november 2021	8,60%	4,25%	8,33%	4,50%
december 2021	8,15%	5,12%	8,34%	3,90%
januari 2022	7,45%	16,00%	0,00%	3,10%
februari 2022	5,80%	17,00%	0,00%	2,20%
maart 2022	3,81%	16,00%	0,00%	1,62%
april 2022	2,11%	9,00%	0,00%	0,90%
mei 2022	1,20%	6,00%	0,00%	0,30%
juni 2022	0,52%	5,00%	0,00%	0,13%
juli 2022	0,00%	4,40%	0,00%	0,12%
augustus 2022	0,00%	0,00%	0,00%	0,12%
september 2022	0,00%	0,00%	0,00%	0,11%
oktober 2022	0,00%	0,00%	0,00%	0,09%
november 2022	0,00%	0,00%	0,00%	0,08%
december 2022	0,00%	0,00%	0,00%	0,07%



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.

### 7.3 Aanpassing betalingen

1. Bij de herberekening en herziening van de toegekende vereveningsbijdrage 2021 op grond van artikel 3.2 herziet het Zorginstituut de te betalen termijnen overeenkomstig artikel 7.2 voor de eerste keer. Het Zorginstituut verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de eerste keer herziene termijnen.
2. Bij gelegenheid van de eerste voorlopige vaststelling van de bijdrage, op grond van hoofdstuk IV, herziet het Zorginstituut voor de tweede keer de te betalen termijnen overeenkomstig artikel 7.2. Het Zorginstituut verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de tweede keer herziene termijnen.
3. Bij gelegenheid van de tweede voorlopige vaststelling van de bijdrage, op grond van hoofdstuk V, herziet het Zorginstituut de te betalen termijnen voor de derde keer overeenkomstig artikel 7.2. Het Zorginstituut verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de derde maal herziene termijnen.
4. Bij gelegenheid van de definitieve vaststelling van de bijdrage, op grond van hoofdstuk VI, stelt het Zorginstituut de te betalen termijnen definitief vast overeenkomstig artikel 7.2. Het Zorginstituut verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de definitief te betalen termijnen.
5. Indien toepassing van onderscheidenlijk het eerste, tweede, derde en vierde lid, resulteert in een positief saldo voor de zorgverzekeraar, betaalt het Zorginstituut dat saldo ineens aan de zorgverzekeraar.
6. Indien toepassing van onderscheidenlijk het eerste, tweede, derde en vierde lid, resulteert in een negatief saldo voor de zorgverzekeraar, betaalt de betreffende zorgverzekeraar dat saldo in één keer terug aan het Zorginstituut.

### 7.4 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 7.3.
2. De rente, bedoeld in het eerste lid, wordt bij de eerste voorlopige, tweede voorlopige en de definitieve vaststelling van de uitkering door het Zorginstituut verwerkt en zo mogelijk verrekend met andere betalingen die uit deze vaststellingen voortvloeien.

### 7.5 Renteberekening

1. Bij de verrekening van verschillen, bedoeld in artikel 7.3, 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 7.3, tweede lid, berekent het Zorginstituut rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 7.2 en 7.3, eerste en tweede lid tot de datum van de voorlopige vaststelling van de bijdrage.
3. Bij de verrekening van de verschillen, bedoeld in artikel 7.3, derde lid, berekent het Zorginstituut rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 7.2 en 7.3, 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 7.3, vierde lid, berekent het Zorginstituut rente vanaf de betaaldatum, genoemd in artikel 7.2 en 7.3 eerste, tweede, derde en vierde lid tot de datum van de definitieve vaststelling van de bijdrage.
5. Voor een zorgverzekeraar waarvoor krachtens artikel 7.2, 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 7.3, 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.

## **8 HOOFDSTUK VIII SLOTBEPALINGEN**

### *8.1 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.

### *8.2 Inwerkingtreding*

Deze beleidsregels treden in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij worden geplaatst, en werken terug tot en met 1 oktober 2020.

### *8.3 Citeertitel*

Deze beleidsregels worden aangehaald als: Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2021.

Deze beleidsregels worden in de Staatscourant geplaatst.

*Voorzitter Raad van Bestuur*  
*S. Wijma*

Goedgekeurd door de minister voor Medische Zorg bij brief van 14 oktober 2020, kenmerk 1763118-212749-Z.



- 
- BIJLAGE 1: REFERENTIEBESTAND FKG'S 2021
  - BIJLAGE 2 : REFERENTIEBESTAND DKG'S 2021
  - BIJLAGE 3 : REFERENTIEBESTAND HKG'S 2021
  - BIJLAGE 4 : REFERENTIEBESTAND AVI 2021
  - BIJLAGE 5 : REFERENTIEBESTAND REGIO 2021
  - BIJLAGE 6 : REFERENTIEBESTAND PPA/SES 2021
  - BIJLAGE 7 : REFERENTIEBESTAND FDG 2021
  - BIJLAGE 8 : REFERENTIEBESTAND FKG GGZ 2021
  - BIJLAGE 9 : REFERENTIEBESTAND DKG GGZ 2021
  - BIJLAGE 10: REFERENTIEBESTAND GGZ REGIO 2021



## 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 2021 vervolgens plaats in de Regeling risicoverevening 2021 (de Regeling). De minister werkt in deze Regeling gedetailleerd uit hoe de risicoverevening voor het jaar 2021 zal werken.

Normaal gesproken wordt het Besluit zorgverzekering aangepast voordat de Regeling risicoverevening wordt vastgesteld en voordat de beleidsregels worden vastgesteld. Dat is dit jaar als gevolg van de coronapandemie anders. De wijziging van het Besluit zorgverzekering zal naar verwachting in februari 2021 worden gepubliceerd, waarna de Regeling risicoverevening 2021 zal worden aangepast. De wijzigingen van het Besluit zorgverzekering en de Regeling risicoverevening 2021 betreffen naar verwachting vooral de ex post compensatiemechanismen. In deze beleidsregels is op de te verwachten wijzigingen geanticipeerd. Indien de wijziging van het Besluit zorgverzekering en de Regeling risicoverevening 2021 inhoudelijke gevolgen heeft voor de uitvoering van de risicoverevening die nog niet in deze beleidsregels zijn voorzien, dan zal het Zorginstituut de beleidsregels daarop aanpassen. Een wijziging van de beleidsregels wordt in de Staatscourant gepubliceerd.

### Coronapandemie

Hiernaast heeft de coronapandemie gevolgen voor deze Beleidsregels. Zorgverzekeraars kunnen voor de kosten als gevolg van deze pandemie een bijdrage ontvangen op basis van artikel 33, van de Zvw. Deze bijdrage staat op zichzelf en is geen onderdeel van de risicoverevening. Wel geldt dat kosten die het gevolg zijn van de pandemie niet kunnen worden ingebracht in de risicoverevening (dit is vastgelegd in het Besluit zorgverzekering en in artikel 1.3 van deze Beleidsregels) en dat de verzekerde zorg of overige diensten in verband met de pandemie en de daaruit volgende kosten ook niet worden betrokken bij de indeling van verzekerden in de klassen van de vereveningscriteria. Dit laatste is geregeld in artikel 5, tweede lid, van de Regeling en in artikel 1.3 van deze Beleidsregels.

Het Zorginstituut stelt afzonderlijke beleidsregels op voor de afhandeling van verzoeken van zorgverzekeraars om een extra bijdrage in verband met de coronapandemie 2020 en 2021. De Beleidsregels catastrofesbijdrage coronapandemie 2020 en 2021 worden vastgesteld nadat de minister van VWS hoofdstuk 6, paragraaf 6, van de Regeling Zorgverzekering heeft gewijzigd. De Beleidsregels catastrofesbijdrage coronapandemie 2020 en 2021 worden in de Staatscourant gepubliceerd.

Hoofdstuk I van deze beleidsregels bevat een aantal algemene bepalingen. Specifiek beschrijft artikel 1.3 de samenhang met de Regeling Zorgverzekering en de Beleidsregels catastrofesbijdrage coronapandemie 2020 en 2021. Door de coronapandemie is artikel 33 van de Zvw in werking getreden. De Regeling Zorgverzekering en de Beleidsregels catastrofesbijdrage coronapandemie 2020 en 2021 voorzien in een compensatie voor de kosten die niet bij het vaststellen van het macro budgettaire kader waren voorzien. Omdat die vergoeding aanvullend is op de vereveningsbijdrage, is het van belang dat de kosten en kenmerken van verzekerden die voortkomen uit kosten die als catastrofeschadelast opgevoerd kunnen worden niet meetellen bij de vaststelling van het de vereveningsbijdrage. De kosten die zorgverzekeraars maken voor de continuïteitsbijdrage tellen niet mee bij de vergoeding op grond van artikel 33 van de Zvw en tellen wel mee bij de risicoverevening. De kosten van de continuïteitsbijdrage wijken af van de reguliere kosten in de risicoverevening, omdat deze niet op individueel niveau kunnen worden toegekend. Dat leidt ertoe dat de kosten voor de continuïteitsbijdrage niet meetellen bij de vaststelling van de kenmerken van individuele verzekerden.

Zorgverzekeraars moeten de kosten voor de continuïteitsbijdrage voorzien van een deugdelijke onderbouwing, zodat vastgesteld kan worden dat deze kosten rechtmatig in de risicoverevening kunnen worden ingebracht. Indien niet anders mogelijk kan deze onderbouwing gedeeltelijk gebaseerd zijn op het aandeel van de kosten in de basisverzekering ten opzichte van de totale kosten van een aanbieder bij een zorgverzekeraar van de kosten in 2019.



## Vereveningscyclus

Het proces van toekennen en vaststellen van de bijdrage verloopt volgens een vereveningscyclus. In de vereveningscyclus 2021 kent het Zorginstituut voorafgaand aan het vereveningsjaar 2021 (ex ante) de bijdrage aan de zorgverzekeraars toe. In het voorjaar van 2021 herziet het Zorginstituut de toekenning bij de zogenoemde 'lenteherberekening'. Na afloop 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. Deze voorlopige vaststellingen bieden de zorgverzekeraar tussentijds een indicatie over de definitief vast te stellen bijdrage en verkleinen daarmee de onzekerheid voor de zorgverzekeraars. 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 gewichten vermenigvuldigd. Hieronder volgt, per toekenning of vaststelling, een korte beschrijving van de uitvoering.

De vereveningscyclus 2021 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 2020. De berekening van de ex-ante bijdrage staat beschreven in Hoofdstuk II.

Na de toekenning van de ex ante bijdrage volgt in april 2021 de zogenoemde 'lenteherberekening'. Deze herberekening is een aanpassing van de ex ante toekenning op basis van verzekerdenmutaties tussen zorgverzekeraars. Hoofdstuk III beschrijft de lenteherberekening. Op basis hiervan past het Zorginstituut de betalingen aan (artikel 7.3, eerste lid).

De eerste voorlopige vaststelling (Hoofdstuk IV) van de bijdrage vindt plaats, na afloop van het jaar 2021, in september 2022.

De tweede voorlopige vaststelling (Hoofdstuk V) vindt plaats in september 2024.

Het Zorginstituut stelt de bijdrage definitief vast in april 2025 (Hoofdstuk VI). 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 2023 en op de declaraties 2020.

Hoofdstuk VII gaat over de wijze waarop het Zorginstituut de betalingen van de vereveningsbijdrage aan de zorgverzekeraars verricht. Hoofdstuk VIII bevat nog enkele slotbepalingen.

### ***De belangrijkste wijzigingen in de uitvoering risicoverevening 2021 ten opzichte van 2020***

De wijzigingen met betrekking tot het vereveningsmodel 2021 worden uitgebreid toegelicht in de toelichting bij de Regeling. Het betreft de volgende wijzigingen:

1. Naar aanleiding van onderhoud aan de extreem hoge kosten clusters (EHK's) komt er in het vereveningscriterium FKG's één extra EHK-klasse bij en zijn werkzame stoffen overgeheveld tussen klassen en nieuwe stoffen toegevoegd.
2. Naar aanleiding van groot onderhoud worden de vereveningscriteria primaire DKG's en secundaire DKG's vervangen door het vereveningscriterium DKG's. Verzekerden kunnen hierbij meerdere keren worden ingedeeld, ook binnen één klasse.
3. Naar aanleiding van groot onderhoud wordt het vereveningscriterium HKG's uitgebreid met vier klassen. Ook bij dit vereveningscriterium kunnen verzekerden meerdere keren worden ingedeeld, maar niet meerdere keren in dezelfde klasse.
4. Bij de indeling naar somatische DKG's worden ex post gegevens 2019 gebruikt, in verband met verwachte vraaguitval vanwege COVID-19 in 2020.
5. Vanaf 2021 worden kosten voor de Nederlandse Transplantatie Stichting niet meer deels tot de vaste zorgkosten gerekend, maar in het geheel meegeteld bij het cluster 'variabele zorgkosten'.
6. In modeljaar 2021 geldt de risicoloosheid voor de ex-sluismiddelen die in 2018, 2019, 2020 of 2021 in het pakket instromen.
7. De percentages afslag voor verzekerden die in het buitenland wonen zijn voor de toepasselijke criteria als volgt: FKG 75%, DKG's 75%, HKG 75%, FDG 90%, FKG GGZ 65%, DKG GGZ 40%.
8. Voor het model somatische zorg, GGZ en eigen risico geldt macronacalculatie van 85%, als gevolg



van de onzekerheid die veroorzaakt wordt door COVID-19.

9. Voor het eigenrisicomodel wordt in 2021 flankerend beleid gelijk speelveld toegepast.
10. In de GGZ geldt een bandbreedteregeling van 10 Euro op het resultaat. Buiten die bandbreedte wordt 90% van het verschil met 10 Euro verrekend met het fonds. Deze bandbreedteregeling wordt ingevoerd in verband met de onzekerheid die voortkomt uit de schadelastdip als gevolg van de invoering van het zorgprestatiemodel in de GGZ.
11. Tot slot wordt in het model 2021 bij onderstaande kenmerken criteriumneutraliteit toegepast.

Kenmerk	Vorm van criteriumneutraliteit
FKG_C	Partieel klassieke criteriumneutraliteit op de groep FKG 17 Groeistoornissen o.b.v. add-on, FKG 24 Auto-immunziekten o.b.v. add-on, FKG 27 Immunoglobuline op basis van add-on, FKG 30 COPD en Zware astma op basis van add-on, FKG 33 Kanker o.b.v. add-on, EHK 1, EHK 2, EHK 3 en EHK 4.
DKG_C	Klasse neutraliteit op alle klassen
HKG	Klassieke criteriumneutraliteit
AVI	Partieel klassieke criteriumneutraliteit op bijstandsgerechtigden met als afslagklassen zelfstandigen/ referentiegroep /hoogopgeleiden
MHK_C	Klassieke criteriumneutraliteit
FDG	Partieel klassieke criteriumneutraliteit op FDG_2
MVV	Klassieke criteriumneutraliteit
DKG_G	Klassieke criteriumneutraliteit
MHK_G	Partieel klassieke criteriumneutraliteit op MHK 6 (5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille) en MHK 7 (5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille)(hoogste 2 klassen)

*Voorzitter Raad van Bestuur  
S. Wijma*