



Beleidsregels van de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland van 12 oktober 2021, kenmerk 2021031251, voor de toekenning en vaststelling van de vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars 2022 (Beleidsregels Risicoverevening 2022)

De Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland,

gelet op de artikelen 32, vijfde lid, en 34, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet;

Besluit:

1 HOOFDSTUK I ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1.1 Definities

Deze beleidsregels verstaan onder:

AVI: AVI als bedoeld in artikel 1, onderdeel s, van het Bzv;

BASIC: databestand van Vektis met zorgkosten en kenmerken van Zvw-verzekerden;

belastingdienstbestand: het bij het Zorginstituut meest recent beschikbare bestand met inkomensgegevens en gepseudonimiseerde adresgegevens per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor een peiljaar;

Bzv: Besluit zorgverzekering;

COVID-19: de ziekte die door het virus SARS-CoV-2 veroorzaakt wordt;

COVID-correctiefactor: een door het Zorginstituut bepaalde factor die voor de betreffende risicoklasse van een bepaald criterium de geraamde prevalentie corrigeert voor de effecten van COVID-19. Er zijn COVID-correctiefactoren voor de criteria FKG_C, DKG_C, HKG_C en FDG_C. Deze correctiefactoren zijn opgenomen in de Verantwoording Verzekerdenraming 2022 die gepubliceerd wordt op de website www.zorginstituutnederland.nl;

criterium: een vereveningscriterium;

DKG_C: DKG's als bedoeld in artikel 1, onderdeel r, van het Bzv;

DKG_G: DKG's psychische aandoeningen als bedoeld in artikel 1, onderdeel ee, van het Bzv;

FDG_C: FDG's als bedoeld in artikel 1, onderdeel jj, van het Bzv;

FKG_C: FKG's als bedoeld in artikel 1, onderdeel p, van het Bzv;

FKG_G: FKG's psychische aandoeningen als bedoeld in artikel 1, onderdeel q, van het Bzv;

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

HKC: hogekostencompensatie als bedoeld in artikel 1, onderdeel ll, van het Bzv;

HKG_C: HKG's als bedoeld in artikel 1, onderdeel dd, van het Bzv;

HSM_C: HSM als bedoeld in artikel 1, onderdeel a, van de Rrv;

L5G: leeftijd en geslacht als bedoeld in artikel 1, onderdeel o, van het Bzv;

macroverzekerdenraming: de raming van het aantal verzekerden op macroniveau voor het jaar 2022.

De verantwoording van de macroverzekerdenraming is opgenomen in de Verantwoording Verzekerdenraming 2022 die gepubliceerd wordt op de website www.zorginstituutnederland.nl;

MFK_C: MFK als bedoeld in artikel 1, onderdeel b, van de Rrv;

MHK_C: MHK als bedoeld in artikel 1, onderdeel z, van het Bzv;

MHK_G: GGZ-MHK als bedoeld in artikel 1, onderdeel hh, van het Bzv;

MVV_C: MVV als bedoeld in artikel 1, onderdeel kk, van het Bzv;

PER: opgave van zorgverzekeraars met per gepseudonimiseerd burgerservicenummer de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand, geboortjaar, viercijferige postcode, identificatie verzekerde in het buitenland en gepseudonimiseerd adres. De peildatum van het bestand met gegevensjaar t is 1 mei van jaar t, de aanleverdatum is 1 juni van jaar t;

PKB: een door het Zorginstituut samengesteld bestand. Het Zorginstituut koppelt per gepseudonimiseerd burgerservicenummer het PER-bestand, het VPPER-bestand en het OBSN-bestand die door zorgverzekeraars worden aangeleverd. Het PKB-bestand voor gegevensjaar t is een koppeling van de PER, VPPER en OBSN-bestanden over jaar t, aangeleverd op 1 juni van jaar t (PER) of t+1 (VPPER, OBSN);

PPA: PPA als bedoeld in artikel 1, onderdeel u, van het Bzv;

REG_C: regio als bedoeld in artikel 1, onderdeel v, van het Bzv;

REG_G: GGZ-regio als bedoeld in artikel 1, onderdeel w, van het Bzv;

Rrv: Regeling risicoverevening voor het betreffende vereveningsjaar;

Rzv: Regeling zorgverzekering;



schalingsfactor: een door het Zorginstituut berekende factor onderdeel van flankerend beleid. De factor wordt bepaald per bijdrage voor het deelbedrag variabele zorgkosten, het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de normatieve opbrengst van het eigen risico. De factor wordt per bijdrage bepaald als de verhouding tussen de totale kosten en de totale bijdrage op macroniveau;

SEI: SEI als bedoeld in artikel 1, onderdeel c, van de Rrv;

SES: SES als bedoeld in artikel 1, onderdeel t, van het Bzv;

sterftecorrectiefactor: een door het Zorginstituut bepaalde factor die per leeftijds- en geslachtscategorie voor de betreffende risicoklasse van een bepaald criterium de sterfte corrigeert naar de geraamde sterfte in de ex-postsituatie;

trendfactor: een door het Zorginstituut bepaalde factor die per leeftijds- en geslachtscategorie voor de betreffende risicoklasse van een bepaald criterium de trendmatige ontwikkeling voor de risicoklasse weergeeft. De trendfactoren zijn opgenomen in de Verantwoording Verzekerdenraming 2022 die gepubliceerd wordt op de website www.zorginstituutnederland.nl;

UWV-bestand: het bij het Zorginstituut meest recent beschikbare bestand van het UWV met de inkomstenbron per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor een peiljaar;

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

verzekerde die in het buitenland woont: een persoon die een zorgverzekering heeft afgesloten en geen ingezetene van Nederland is. Dit wordt bepaald aan de hand van de opgave van zorgverzekeraars in het PER of VPPER;

VPPER: opgave van zorgverzekeraars met per gepseudonimiseerd burgerservicenummer de verzekerde periode en de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand, geboortjaar, aanduiding voor een verzekerde die in het buitenland woont, viercijferige postcode en gepseudonimiseerd adres. De aanleverdatum van het bestand met gegevensjaar t is 1 juni t+1, de gegevens hebben betrekking op het hele gegevensjaar;

wet: de Zorgverzekeringwet;

zelfstandigenbestand: bestand van de Belastingdienst met een uittreksel van het zelfstandigenregister voor een peiljaar. Het bestand wordt aangeleverd in de maand juli en heeft betrekking op directeuren grootaandeelhouders en overige zelfstandigen. Het Zorginstituut gebruikt het meest recente beschikbare bestand;

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

OBSN: opgave van zorgverzekeraars over verzekerden zonder een geverifieerd burgerservicenummer en verzekerden zonder burgerservicenummer met per verzekerde de verzekerde periode en de persoonskenmerken geslacht, geboortemaand, geboortjaar en viercijferige postcode. De aanleverdatum van het bestand met gegevensjaar t is 1 juni t+1, de gegevens hebben betrekking op het hele gegevensjaar.

Artikel 1.2 Algemene bepaling

Het Zorginstituut neemt de bepalingen uit het Bzv en de Rrv in acht bij de toepassing van deze beleidsregels.

Artikel 1.3 Zorgverzekeraars

Het Zorginstituut gaat bij de verdeling van de macro-deelbedragen 2022 en de berekening van de normatieve bedragen en de vereveningsbijdragen ervan uit dat alle zorgverzekeraars die gedurende 2021 zorgverzekeringen hebben aangeboden ook in 2022 zorgverzekeringen zullen aanbieden.

2 HOOFDSTUK II TOEKENNING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 2.1 Algemene bepaling voor de raming van de verzekerdenaantallen

1. Het Zorginstituut baseert de raming van de verzekerdenaantallen 2022 op de macroverzekerdenraming en het PER 2021.
2. Het Zorginstituut deelt verzekerden zonder burgerservicenummer en verzekerden zonder geverifieerd burgerservicenummer niet in bij een criterium.
3. Wanneer een verzekerde tegelijkertijd bij meer zorgverzekeraars is ingeschreven, past het Zorginstituut artikel 11 van de Rrv toe.
4. Het Zorginstituut beschrijft de wijze waarop de verzekerden zijn geraamd in de Verantwoording Verzekerdenraming 2022 die gepubliceerd wordt op de website www.zorginstituutnederland.nl.



Artikel 2.2 De verzekerdenaantallen 2022 voor het macro-deelbedrag variabele zorgkosten

1. Het Zorginstituut deelt voor het macro-deelbedrag variabele zorgkosten verzekerden in bij de criteria L5G, FKG_C, DKG_C, HKG_C, FDG_C, HSM_C, MHK_C, MVV_C, MFK_C, AVI, SES, PPA, SEI en REG_C.
2. In afwijking van het eerste lid deelt het Zorginstituut verzekerden die in het buitenland wonen niet in bij de criteria SES, PPA en REG_C.
3. In afwijking van het eerste lid deelt het Zorginstituut verzekerden die in Nederland wonen niet in bij het criterium SEI.
4. Met inachtneming van artikel 7 van de Rrv deelt het Zorginstituut alle verzekerden die in het buitenland wonen op de volgende wijze in:
 - a. voor het criterium FKG_C in de klasse 'Geen FKG_C';
 - b. voor het criterium DKG_C in de klasse 'Geen DKG_C';
 - c. voor het criterium HKG_C in de klasse 'Geen HKG_C';
 - d. voor het criterium FDG_C in de klasse 'Geen FDG_C';
 - e. voor het criterium HSM_C in de klasse 'Geen HSM_C'; en
 - f. voor het criterium MFK_C in de klasse 'Geen MFK_C'.

Artikel 2.3 De verzekerdenaantallen 2022 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 of ouder in bij de criteria L5G, FKG_G, DKG_G, MHK_G, AVI, SES, PPA, SEI en REG_G.
2. In afwijking van het eerste lid deelt het Zorginstituut verzekerden die in het buitenland wonen niet in bij de criteria SES, PPA en REG_G.
3. In afwijking van het eerste lid deelt het Zorginstituut verzekerden die in Nederland wonen niet in bij het criterium SEI.
4. Met inachtneming van artikel 7 van de Rrv deelt het Zorginstituut alle verzekerden die in het buitenland wonen op de volgende wijze in:
 - a. voor het criterium FKG_G in de klasse 'Geen FKG_G'; en
 - b. voor het criterium DKG_G in de klasse 'Geen DKG_G'.

Artikel 2.4 De verzekerdenaantallen 2022 voor de normatieve opbrengst van het eigen risico

1. Het Zorginstituut deelt voor de normatieve opbrengst van het eigen risico verzekerden van achttien jaar of ouder die worden ingedeeld in de klassen 'Geen FKG_C', 'Geen DKG_C', 'Geen HKG_C', 'Geen FDG_C' en 'Geen MVV_C' en niet worden ingedeeld bij MHK_C-klasse '2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent' of hoger, in bij de criteria L5G, MHK_C, AVI, SEI en REG_C.
2. In afwijking van het eerste lid deelt het Zorginstituut verzekerden die in het buitenland wonen niet in bij het criterium REG_C.
3. In afwijking van het eerste lid deelt het Zorginstituut verzekerden die in Nederland wonen niet in bij het criterium SEI.

Artikel 2.5 L5G

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium L5G op:
 - a. de indeling in L5G-klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 1 van deze Beleidsregels; en
 - b. het PER 2021.
2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van het eerste lid in welke L5G-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium L5G naar de macroverzekerdenraming.



Artikel 2.6 FKG_C

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium FKG_C op:
 - a. de indeling in FKG_C-klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 2 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 2021 van declaraties add-ons duur of weesgeneesmiddel 2019 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut; en
 - d. 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 gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met d, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PER 2021 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 2 van deze Beleidsregels, in welke FKG_C-klassen een 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_C de toepasselijke trendfactor toe. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, bedoeld in het tweede lid, met de toepasselijke trendfactor.
4. Het Zorginstituut past op de verzekerden in een aantal FKG_C-klassen een sterftecorrectie toe, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft met het PKB 2020. Het betreft de volgende FKG_C-klassen:
 - a. 'Groeistoornissen o.b.v. add-on';
 - b. 'Auto-immuunziekten o.b.v. add-on';
 - c. 'Immunoglobuline o.b.v. add-on';
 - d. 'COPD/Zware astma o.b.v. add-on';
 - e. 'Kanker o.b.v. add-on';
 - f. 'Maculadegeneratie o.b.v. add-on';
 - g. 'Extreem hoge kosten cluster 1';
 - h. 'Extreem hoge kosten cluster 2';
 - i. 'Extreem hoge kosten cluster 3'; en
 - j. 'Extreem hoge kosten cluster 4'.
5. Het Zorginstituut past op verzekerden die in het PER 2021 voor het eerst voorkomen per FKG_C-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2021 toe.
6. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen FKG_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen FKG_C' in.
7. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium FKG_C naar de macroverzekerdenraming.
8. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium FKG_C de toepasselijke COVID-correctiefactor toe.

Artikel 2.7 FKG_G

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium FKG_G op:
 - a. de indeling in FKG_G klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 3 van deze Beleidsregels; en
 - 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 gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PER 2021 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 3 van deze Beleidsregels, in welke FKG_G-klassen een 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_G de toepasselijke trendfactor toe. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, bedoeld in het tweede lid, met de toepasselijke trendfactor.



4. Het Zorginstituut past voor verzekerden die in het PER 2021 voor het eerst voorkomen per FKG_G-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2021 toe.
5. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen FKG_G' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen FKG_G' in.
6. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium FKG_G naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 2.8 DKG_C

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium DKG_C op:
 - a. de indeling in DKG_C-klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 4 van deze Beleidsregels; en
 - b. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2021 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's die in 2019 geopend zijn.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2020 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 4 van deze Beleidsregels, in welke DKG_C-klassen een verzekerde wordt ingedeeld. 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_C de toepasselijke trendfactor toe. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, bedoeld in het tweede lid, met de toepasselijke trendfactor.
4. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2020 voor het eerst voorkomen per DKG_C-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PKB 2020 toe.
5. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2021 en past hierop een sterftecorrectie toe, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
6. Het Zorginstituut past op verzekerden die in het PER 2021 voor het eerst voorkomen per DKG_C-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2021 toe.
7. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen DKG_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen DKG_C' in.
8. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium DKG_C naar de macroverzekerdenraming.
9. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium DKG_C de toepasselijke COVID-correctiefactor toe.

Artikel 2.9 DKG_G

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium DKG_G op:
 - a. de indeling in DKG_G klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 5 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2021 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle prestaties generalistische Basis-GGZ in 2019 en van alle dbc's GGZ en zzp's GGZ die in 2019 geopend zijn;
 - c. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2020 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's GGZ en zzp's GGZ die in 2018 geopend zijn;
 - d. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2019 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's GGZ die in 2017 geopend zijn; en
 - e. de vertaaltabel zoals vastgesteld in het conversieonderzoek bekostiging GGZ (WOR 1037).
2. Het Zorginstituut past bij de indeling van verzekerden in DKG_G-klassen de vertaaltabel, bedoeld in het eerste lid, onderdeel e, op de brongegevens toe.



3. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met d, na toepassing van het tweede lid, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2020. Het Zorginstituut bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 5 van deze Beleidsregels, in welke DKG_G-klasse een verzekerde wordt ingedeeld. Het Zorginstituut stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.
4. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium DKG_G de toepasselijke trendfactor toe. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2020 voor het eerst voorkomen per DKG_G-klasse de gemiddelde prevalentie voor de betreffende klasse van de overige verzekerden in het PKB 2020 toe.
5. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2021 en past hierop een sterftecorrectie toe, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
6. Het Zorginstituut past op verzekerden die in het PER 2021 voor het eerst voorkomen per DKG_G-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2021 toe.
7. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen DKG_G' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen DKG_G' in.
8. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium DKG_G naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 2.10 HKG_C

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium HKG_C op:
 - a. de indeling in HKG_C-klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 6 van deze Beleidsregels; en
 - 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 gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PER 2021 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 6 van deze Beleidsregels, in welke HKG_C-klassen een verzekerde wordt ingedeeld. 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_C de toepasselijke trendfactor toe. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, bedoeld in het tweede lid, met de toepasselijke trendfactor.
4. Het Zorginstituut past op verzekerden die in het PER 2021 voor het eerst voorkomen per HKG_C-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2021 toe.
5. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen HKG_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen HKG_C' in.
6. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium HKG_C naar de macroverzekerdenraming.
7. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium HKG_C de toepasselijke COVID-correctiefactor toe.

Artikel 2.11 FDG_C

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium FDG_C op:
 - a. de indeling in FDG_C-klassen 2022 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; en
 - c. het PKB 2020.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PER 2021 en bepaalt daarmee en met



inachtneming van Bijlage 7 van deze Beleidsregels, in welke FDG_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld. 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_C de toepasselijke trendfactor toe. Het Zorginstituut vermenigvuldigt de zwaarte, bedoeld in het tweede lid, met de toepasselijke trendfactor.
4. Het Zorginstituut past op verzekerden die in het PER 2021 voor het eerst voorkomen per FDG_C-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2021 toe.
5. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen FDG_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen FDG_C' in.
6. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium FDG_C naar de macroverzekerdenraming.
7. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium FDG_C de toepasselijke COVID-correctiefactor toe.

Artikel 2.12 HSM_C

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium HSM_C op:
 - a. de indeling in HSM_C-klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 8 van deze Beleidsregels; en
 - b. de kenmerkindelingen in FKG_C, primaire en secundaire DKG_C, HKG_C, FDG_C, MHK_C, MVV_C voor vereveningsjaar 2019 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer zoals bepaald door het Zorginstituut ten behoeve van de eerste voorlopige vaststelling volgens Beleidsregels vereveningsbijdrage Zvw 2019.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PER 2021 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 8 van deze Beleidsregels, in welke HSM_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld. Het Zorginstituut stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.
3. Het Zorginstituut past hierop een sterftecorrectie toe, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
4. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PER 2021 voor het eerst voorkomen per HSM_C-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2021 toe.
5. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen HSM_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen HSM_C' in.
6. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium HSM_C naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 2.13 MHK_C

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium MHK_C op:
 - a. de indeling in MHK_C-klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 9 van deze Beleidsregels;
 - 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 tot en met 31 december 2020, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2021 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - d. declaraties met betrekking tot 2019 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten exclusief declaraties verpleging en verzorging, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2021 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd; en
 - e. het PKB 2017, PKB 2018 en PKB 2019.



2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met e, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2020 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 9 van deze Beleidsregels, in welke MHK_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2021 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 andere klasse dan 'Geen MHK_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen MHK_C' in.
5. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium MHK_C naar de macroverzekerdenraming en stemt de relatieve prevalentie per klasse af op de Overall Toets 2022 waarbij de gegevens een jaar geactualiseerd zijn.

Artikel 2.14 MHK_G

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium MHK_G op:
 - a. de indeling in MHK_G-klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 10 van deze Beleidsregels;
 - 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 tot en met 31 december 2020, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2021 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - f. declaraties met betrekking tot 2019 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg exclusief kosten voor langdurige geestelijke gezondheidszorg, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2021 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd; en
 - g. het PKB 2015, PKB 2016, PKB 2017, PKB 2018 en PKB 2019.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met g, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2020 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 10 van deze Beleidsregels, in welke MHK_G-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2021 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 andere klasse dan 'Geen MHK_G' valt, deelt het Zorginstituut de verzekerde in de klasse 'Geen MHK_G' in.
5. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium MHK_G naar de macroverzekerdenraming en stemt de relatieve prevalentie per klasse af op de Overall Toets 2022 waarbij de gegevens een jaar geactualiseerd zijn.

Artikel 2.15 MVV_C

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium MVV_C op:
 - a. de indeling in MVV_C-klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 11 van deze Beleidsregels;
 - b. de leeftijd volgens het PKB 2020;
 - c. de kosten volgens 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 volgens declaraties kosten 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;
 - e. de kosten volgens declaraties kosten verpleging en verzorging 2019 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2021 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - f. bewoners Wlz-instelling volgens Wlz-declaraties december 2019 en Wlz-declaraties december 2020; en
 - g. het PKB 2017, PKB 2018 en PKB 2019.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met g, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2020 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 11 van deze Beleidsregels, in welke MVV_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
 3. Indien het drempelbedrag gelijk is aan nul euro deelt het Zorginstituut, met inachtneming van artikel 10, elfde lid, van de Rrv, verzekerden met kosten gelijk aan het drempelbedrag in bij de klasse 'Geen MVV_C'.
 4. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2021 en past hierop een sterftecorrectie toe, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
 5. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen MVV_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen MVV_C' in.
 6. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium MVV_C naar de macroverzekerdenraming en stemt de relatieve prevalentie per klasse af op de Overall Toets 2022 waarbij de gegevens een jaar geactualiseerd zijn.

Artikel 2.16 MFK_C

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium MFK_C op:
 - a. de indeling in MFK_C-klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 12 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave per 19 december 2019 van BASIC-gegevens 2017 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van Vektis aan het Zorginstituut;
 - c. de opgave per 22 december 2020 van BASIC-gegevens 2018 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van Vektis aan het Zorginstituut; en
 - d. de opgave per 27 juli 2021 van BASIC-gegevens 2019 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van ESHPM aan het Zorginstituut.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met d, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2020 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 12 van deze Beleidsregels, in welke MFK_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld. Aan de verzekerde koppelt het Zorginstituut een zwaarte van 1 voor de betreffende klassen.
3. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2020 voor het eerst voorkomen per MFK_C-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PKB 2020 toe.
4. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2021 en past hierop een sterftecorrectie toe, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
5. Het Zorginstituut past op verzekerden die in het PER 2021 voor het eerst voorkomen per MFK_C-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2021 toe.
6. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen MFK_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen MFK_C' in.
7. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium MFK_C naar de macroverzekerdenraming.



Artikel 2.17 AVI

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium AVI op:
 - a. de indeling in AVI-klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 13 van deze Beleidsregels;
 - b. de leeftijd volgens het PKB 2020;
 - c. de zelfstandigen volgens het zelfstandigenbestand met peildatum 30 juni 2020;
 - d. de duurzaam en volledig arbeidsongeschikten, de overige arbeidsongeschikten, de bijstandsgerechtigden, de werklozen en de loontrekkers volgens het UWV-bestand met peildatum 30 juni 2020;
 - e. de studenten en hoogopgeleiden volgens de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2020;
 - f. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2020;
 - g. het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2020 in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2020; en
 - h. de historische indeling van AVI uit 2015 tot en met 2019.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met h, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2020 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 13 van deze Beleidsregels, in welke AVI-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2021, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
4. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium AVI naar de macroverzekerdenraming, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie per AVI-klasse constant blijft.

Artikel 2.18 SES

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium SES op:
 - a. de indeling in SES-klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 14 van deze Beleidsregels;
 - b. de leeftijd volgens het PKB 2020;
 - c. het inkomen volgens de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2018;
 - d. het inkomen volgens de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2019 wanneer voor 2018 geen gegevens beschikbaar zijn;
 - e. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het belastingdienstbestand over 2020;
 - f. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het PKB 2020 wanneer een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2020;
 - g. bewoners Wlz-instelling volgens Wlz-declaraties december 2019 en Wlz-declaraties december 2020; en
 - h. de indeling in DKG_G-klassen zoals beschreven in Artikel 2.9 van deze Beleidsregels.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid onderdeel b tot en met h, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2020 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 14 van deze Beleidsregels, in welke SES-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2021, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
4. Het Zorginstituut herschaalt 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.
5. Het Zorginstituut past een correctie toe vanwege de verruiming van de Wlz per 2021 voor verzekerden met een psychische stoornis.



Artikel 2.19 PPA

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium PPA op:
 - a. de indeling in PPA-klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand PPA dat is opgenomen in Bijlage 15 van deze Beleidsregels;
 - b. de leeftijd volgens het PKB 2020;
 - c. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het belastingdienstbestand over 2019;
 - d. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het PKB 2019 wanneer een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2019;
 - e. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het belastingdienstbestand over 2020 wanneer een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB 2019;
 - f. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het PKB 2020 wanneer een verzekerde ook niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2020;
 - g. bewoners Wlz-instelling blijvend volgens Wlz-declaraties december 2019; en
 - h. bewoners Wlz-instelling instromend volgens Wlz-declaraties december 2020 en Wlz-declaraties december 2019.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met h, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2020 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 15 van deze Beleidsregels, in welke PPA-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2021, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
4. Het Zorginstituut herschaalt 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.
5. Het Zorginstituut past een correctie toe vanwege de verruiming van de Wlz per 2021 voor verzekerden met een psychische stoornis.

Artikel 2.20 SEI

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium SEI op het PER 2021.
2. Het Zorginstituut selecteert uit het PER 2021 de verzekerden die in het buitenland wonen.
3. Het Zorginstituut herschaalt het aantal verzekerden dat overblijft na toepassing van het tweede lid naar de macroverzekerdenraming.
4. Het Zorginstituut merkt op basis van het PKB 2019 en het PKB 2018 verzekerden als seizoenarbeider aan overeenkomstig de definitie in artikel 1 van de Rrv.
5. Het Zorginstituut bepaalt het aandeel seizoenarbeiders door het aantal seizoenarbeiders in 2019 uit het voorgaande lid te delen door het aantal verzekerden dat in het buitenland woont volgens het PKB 2019.
6. Het Zorginstituut bepaalt vervolgens het geraamde aantal seizoenarbeiders door het aandeel seizoenarbeiders toe te passen op het geraamde aantal verzekerden dat in het buitenland woont uit het derde lid.
7. Het Zorginstituut bepaalt het geraamde aantal overige verzekerden dat in het buitenland woont door het verschil te nemen tussen het geraamde aantal verzekerden dat in het buitenland woont uit het derde lid en het geraamde aantal seizoenarbeiders uit het zesde lid.

Artikel 2.21 REG_C

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium REG_C op:
 - a. de indeling in REG_C-klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 16 van deze Beleidsregels; en



- b. de viercijferige postcode volgens het PER 2021.
2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van het eerste lid in welke REG_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium REG_C naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 2.22 REG_G

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium REG_G op:
 - a. de indeling in REG_G-klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 17 van deze Beleidsregels; en
 - b. de viercijferige postcode volgens het PER 2021.
2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van het eerste lid in welke REG_G-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium REG_G naar de macroverzekerdenraming.

Artikel 2.23 Gewichten voor het deelbedrag variabele zorgkosten

1. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag variabele zorgkosten gaat het Zorginstituut uit van de gewichten, bedoeld in bijlage 1 van de Rrv.
2. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag variabele zorgkosten hanteert het Zorginstituut met inachtneming van artikel 7 van de Rrv voor verzekerden die in het buitenland wonen voor de volgende criteria de volgende gewichten als uitgangspunt:
 - a. 75% van het gewicht van de FKG_C-klasse 'Geen FKG_C';
 - b. 75% van het gewicht voor de DKG_C-klasse 'Geen DKG_C';
 - c. 75% van het gewicht voor de HKG_C-klasse 'Geen HKG_C'; en
 - d. 90% van het gewicht voor de FDG_C-klasse 'Geen FDG_C'.
3. Het Zorginstituut rondt de gewichten, bedoeld in het tweede lid, af op twee decimalen.

Artikel 2.24 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 L5G, FKG_C, DKG_C, HKG_C, FDG_C, HSM_C, MHK_C, MVV_C, MFK_C, AVI, SES, PPA, SEI en REG_C de gewichten, 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 variabele zorgkosten 2022.

Artikel 2.25 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 Bzv berekent het Zorginstituut het gewicht vaste zorgkosten 2022 door het macro-deelbedrag vaste zorgkosten te delen door het landelijk totaal van het aantal geraamde verzekerden 2022 en het resultaat af te ronden op twee decimalen.
2. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het geraamde aantal verzekerden 2022 met het gewicht vaste zorgkosten 2022, zoals berekend in het eerste lid.
3. Het resultaat na toepassing van het tweede lid wordt aangeduid als het deelbedrag vaste zorgkosten 2022.



Artikel 2.26 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, bedoeld in bijlage 2 van de Rrv.
2. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg hanteert het Zorginstituut met inachtneming van artikel 7 van de Rrv voor verzekerden die in het buitenland wonen voor de volgende criteria de volgende gewichten als uitgangspunt:
 - a. 65% van het gewicht voor de FKG_G-klasse 'Geen FKG_G'; en
 - b. 40% van het gewicht voor de DKG_G-klasse 'Geen DKG_G'.
3. Het Zorginstituut rondt de gewichten, bedoeld in het tweede lid, af op twee decimalen.

Artikel 2.27 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 L5G, FKG_G, DKG_G, MHK_G, AVI, SES, PPA, SEI en REG_G de gewichten, bedoeld in Artikel 2.26, 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 2022.

Artikel 2.28 Gewichten en forfaitair bedrag voor de opbrengst van het eigen risico

1. Voor de berekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico voor verzekerden die zijn ingedeeld in de klassen 'Geen FKG_C', 'Geen DKG_C', 'Geen HKG_C', 'Geen FDG_C', en 'Geen MVV_C' en niet zijn ingedeeld bij de MHK_C-klasse '2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent' of hoger, gaat het Zorginstituut uit van de gewichten, bedoeld in bijlage 4 van de Rrv.
2. Voor de berekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico voor verzekerden die niet bedoeld zijn in het eerste lid, hanteert het Zorginstituut de geraamde opbrengst per verzekerde, bedoeld in artikel 9, vierde lid, van de Rrv.

Artikel 2.29 De berekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico

1. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar, per criterium voor de criteria L5G, MHK_C, AVI, SEI en REG_C de gewichten, bedoeld in Artikel 2.28, 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 of ouder die niet bedoeld zijn in Artikel 2.28, 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 9, eerste lid, van de Rrv, vermindert het Zorginstituut per zorgverzekeraar de uitkomst van het derde lid met de detentiefactor van 0,06307 procent.
5. Het resultaat na toepassing van het vierde lid wordt aangeduid als normatieve opbrengst van het eigen risico 2022.

Artikel 2.30 De berekening van het normatieve bedrag en de berekening en toekenning van de vereveningsbijdrage

1. Het Zorginstituut berekent het normatieve bedrag 2022 van een zorgverzekeraar als de som van het deelbedrag variabele zorgkosten 2022, het deelbedrag vaste zorgkosten 2022 en het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022.



2. Het Zorginstituut berekent de opbrengst van de nominale rekenpremie 2022 per zorgverzekeraar door de geraamde aantallen verzekerden van achttien jaar of ouder 2022 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2022.
3. Voor de toepassing van artikel 8, derde lid, van de Rrv, vermindert het Zorginstituut het resultaat na toepassing van het tweede lid met de detentiefactor van 0,06307 procent.
4. Het Zorginstituut berekent de vereveningsbijdrage 2022 voor een zorgverzekeraar door op het normatieve bedrag 2022, bedoeld in het eerste lid, de normatieve opbrengst van het eigen risico 2022 zoals bepaald in Artikel 2.29, vijfde lid, en de op grond van het tweede en derde lid berekende opbrengst van de nominale rekenpremie 2022 in mindering te brengen.
5. Het Zorginstituut berekent per zorgverzekeraar de uitkering voor uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar 2022. De hoogte van deze uitkering is het product van het aantal geraamde verzekerden jonger dan achttien jaar en het bedrag in artikel 20 van de Rrv.
6. Het Zorginstituut kent aan de zorgverzekeraar de som van de vereveningsbijdrage 2022 en de uitkering voor de uitvoeringskosten toe.

3 HOOFDSTUK III DE HERBEREKENING VAN DE TOEGEKENDE BIJDRAGE

Artikel 3.1 Herberekeningen als gevolg van splitsing van de zorgverzekeraar

1. Indien een zorgverzekeraar na de toekenning van de vereveningsbijdrage 2022 besluit zich te splitsen, verzoekt het Zorginstituut de zorgverzekeraar om mee te delen hoe naar zijn verwachting de geraamde verzekerdenaantallen 2022 verdeeld zullen worden, over nieuwe dan wel bestaande zorgverzekeraars als gevolg van de splitsing.
2. Het Zorginstituut kan de toegekende vereveningsbijdrage herzien en bijdragen aan nieuwe dan wel bestaande zorgverzekeraars toekennen, rekening houdend met de meegedeelde geraamde verzekerdenaantallen en het tijdstip waarop de splitsing wordt gerealiseerd.

Artikel 3.2 De herberekening en herziening van de toegekende bijdrage 2022

1. Het Zorginstituut baseert de herberekening van de vereveningsbijdrage op de verzekerdenaantallen 2022 volgens de opgaven van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut op 7 maart 2021.
2. Het Zorginstituut herberekent de vereveningsbijdrage 2022, zoals toegekend op grond van Artikel 2.30, 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 2022 als volgt uit: Het Zorginstituut deelt per zorgverzekeraar het totaal aantal verzekerden uit de opgaven, bedoeld in het eerste lid, door het geraamde totaal aantal verzekerden 2022 uit het tweede lid en vermenigvuldigt per zorgverzekeraar de uitkomst hiervan met de op grond van het tweede lid herberekende vereveningsbijdrage 2022.
4. Het Zorginstituut herziert de op grond van Artikel 2.30, zesde lid, toegekende vereveningsbijdrage 2022 overeenkomstig de herberekening bedoeld in het derde lid.

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

Artikel 4.1 Algemene bepaling verzekerdenaantallen

1. Het Zorginstituut voert de correcties door die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast over 2022 bij de vaststelling van de verzekerdenaantallen 2022.
2. Het Zorginstituut bepaalt de verzekerdenaantallen 2022 met inachtneming van het bepaalde in dit artikel en met inachtneming van Artikel 2.2, 2.3 en 2.4.
3. Het Zorginstituut baseert de bepaling van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar op het PKB 2022.
4. Het Zorginstituut deelt verzekerden zonder burgerservicenummer en verzekerden zonder geverifieerd burgerservicenummer uitsluitend in bij de criteria L5G, REG_C en REG_G.



5. Wanneer een verzekerde tegelijkertijd bij meer zorgverzekeraars is ingeschreven, past het Zorginstituut artikel 11 van de Rrv toe.
6. Het Zorginstituut past het bepaalde in het eerste tot en met vijfde lid toe bij Artikel 4.21, Artikel 4.22, Artikel 4.24, Artikel 4.26 en Artikel 5.2.

Artikel 4.2 L5G

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium L5G op:
 - a. de indeling in L5G-klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 1 van deze Beleidsregels; en
 - b. het PKB 2022.
2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van het eerste lid in welke L5G-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 4.3 FKG_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium FKG_C op:
 - a. de indeling in FKG_C-klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 2 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave per 1 juni 2022 van declaraties farmaceutische hulp 2021 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut; en
 - c. de opgave per 1 juni 2023 van declaraties add-ons duur- of weesgeneesmiddel 2021 van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2022 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 2 van deze Beleidsregels, in welke FKG_C-klassen een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen FKG_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen FKG_C' in.

Artikel 4.4 FKG_G

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium FKG_G op:
 - a. de indeling in FKG_G-klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 3 van deze Beleidsregels; en
 - b. de opgave per 1 juni 2022 van declaraties farmaceutische hulp 2021 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2022 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 3 van deze Beleidsregels, in welke FKG_G-klassen een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen FKG_G' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen FKG_G' in.

Artikel 4.5 DKG_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium DKG_C op:
 - a. de indeling in DKG_C-klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 4 van deze Beleidsregels; en
 - b. de opgave van de zorgverzekeraar per 1 juni 2023 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's die in 2021 geopend zijn;
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2022 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 4 van deze Beleidsregels, in welke DKG_C-klassen een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen DKG_C' is ingedeeld, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen DKG_C' in.



Artikel 4.6 DKG_G

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium DKG_G op:
 - a. de indeling in DKG_G-klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 5 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave van de zorgverzekeraar per 1 juni 2023 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle prestaties generalistische Basis-GGZ in 2021 en van alle dbc's GGZ en zzp's GGZ die in 2021 geopend zijn;
 - c. de opgave van de zorgverzekeraar per 1 juni 2022 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle dbc's GGZ en zzp's GGZ die in 2020 geopend zijn; en
 - d. de opgave van de zorgverzekeraar per 1 juni 2021 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle dbc's GGZ die in 2019 geopend zijn.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met d, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2022. Het Zorginstituut bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 5 van deze Beleidsregels, in welke DKG_G-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen DKG_G' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen DKG_G' in.

Artikel 4.7 HKG_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium HKG_C op:
 - a. de indeling in de HKG_C-klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 6 van deze Beleidsregels; en
 - b. de opgave per 1 juni 2022 van declaraties hulpmiddelen 2021 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2022 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 6 van deze Beleidsregels, in welke HKG_C-klassen een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen HKG_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen HKG_C' in.

Artikel 4.8 FDG_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium FDG_C op:
 - a. de indeling in FDG_C klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 7 van deze Beleidsregels;
 - b. de opgave per 1 juni 2022 van declaraties fysiotherapie en oefentherapie 2021 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut; en
 - c. het PKB 2021.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2022 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 7 van deze Beleidsregels, in welke FDG_C klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen FDG_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen FDG_C' in.

Artikel 4.9 HSM_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium HSM_C op:
 - a. de indeling in HSM_C-klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 8 van deze Beleidsregels; en
 - b. de kenmerkdelingen in FKG_C, primaire en secundaire DKG_C, HKG_C, FDG_C, MHK_C, MVV_C voor vereveningsjaar 2019 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer zoals bepaald door het Zorginstituut ten behoeve van de definitieve vaststelling volgens Beleidsregels vereveningsbijdrage Zvw 2019.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2022 en bepaalt daarmee en met inachtneming van



Bijlage 8 van deze Beleidsregels, in welke HSM_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen HSM_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen HSM_C' in.

Artikel 4.10 MHK_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium MHK_C op:
 - a. de indeling in MHK_C-klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 9 van deze Beleidsregels;
 - b. declaraties met betrekking tot 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 met betrekking tot 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;
 - d. declaraties met betrekking tot 2021 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten exclusief declaraties verpleging en verzorging, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2023 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd; en
 - e. het PKB 2019, PKB 2020 en PKB 2021.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met e, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2022 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 9 van deze Beleidsregels, in welke MHK_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen MHK_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen MHK_C' in.

Artikel 4.11 MHK_G

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium MHK_G op:
 - a. de indeling in MHK_G-klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 10 van deze Beleidsregels;
 - b. 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;
 - c. declaraties met betrekking tot 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 met betrekking tot 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 met betrekking tot 2020 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg exclusief kosten voor langdurige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2022, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2023 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - f. declaraties met betrekking tot 2021 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg exclusief kosten voor langdurige geestelijke gezondheidszorg, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2023 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd; en
 - g. het PKB 2017, PKB 2018, PKB 2019, PKB 2020 en PKB 2021.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met g, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2022 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 10 van deze Beleidsregels, in welke MHK_G-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen MHK_G' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen MHK_G' in.



Artikel 4.12 MVV_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium MVV_C op:
 - a. de indeling in MVV_C-klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 11 van deze Beleidsregels;
 - b. de leeftijd volgens het PKB 2022;
 - c. de kosten volgens declaraties kosten 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 volgens declaraties kosten 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;
 - e. de kosten volgens declaraties kosten verpleging en verzorging 2021 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2023 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - f. bewoners Wlz-instelling volgens Wlz-declaraties december 2021 en Wlz-declaraties december 2022; en
 - g. het PKB 2019, PKB 2020 en PKB 2021.
2. Het Zorginstituut koppelt de opgaven, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met g, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2022 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 11 van deze Beleidsregels, in welke MVV_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Indien het drempelbedrag gelijk is aan nul euro deelt het Zorginstituut, met inachtneming van artikel 10, elfde lid, van de Rrv, verzekerden met kosten gelijk aan het drempelbedrag in bij de klasse 'Geen MVV_C'.
4. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen MVV_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen MVV_C' in.

Artikel 4.13 MFK_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium MFK_C op:
 - a. de indeling in MFK_C-klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 12 van deze Beleidsregels;
 - b. de farmaciekosten 2019 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2021, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2022 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
 - c. de farmaciekosten 2020 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2022, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2023 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd; en
 - d. de farmaciekosten 2021 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2023 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met d, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2022 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 12 van deze Beleidsregels, in welke MFK_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen MFK_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen MFK_C' in.

Artikel 4.14 AVI

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium AVI op:
 - a. de indeling in AVI-klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 13 van deze Beleidsregels;
 - b. de leeftijd volgens het PKB 2022;
 - c. de zelfstandigen volgens het zelfstandigenbestand met peildatum 30 juni 2022;
 - d. de duurzaam en volledig arbeidsongeschikten, de overige arbeidsongeschikten, de bijstandsgerechtigden, de werklozen en de loontrekkers volgens het UWV-bestand met peildatum 30 juni 2022;
 - e. de studenten en de hoogopgeleiden volgens de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2022;
 - f. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2022;



- g. het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2022 in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2022; en
 - h. de historische indeling van AVI uit 2017 tot en met 2021.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met h, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2022 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 13 van deze Beleidsregels, in welke AVI-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 4.15 SES

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium SES op:
 - a. de indeling in SES-klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 14 van deze Beleidsregels;
 - b. de leeftijd volgens het PKB 2022;
 - c. het inkomen volgens de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2020;
 - d. het inkomen volgens de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2021 wanneer voor 2020 geen gegevens beschikbaar zijn;
 - e. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het belastingdienstbestand over 2022;
 - f. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het PKB 2022 wanneer een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2022;
 - g. bewoners Wlz-instelling volgens Wlz-declaraties december 2021 en Wlz-declaraties december 2022; en
 - h. de indeling in DKG_G-klassen zoals beschreven in Artikel 4.6 van deze Beleidsregels.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met h, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2022 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 14 van deze Beleidsregels, in welke SES klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 4.16 PPA

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium PPA op:
 - a. de indeling in PPA-klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand PPA dat is opgenomen in Bijlage 15 van deze Beleidsregels;
 - b. de leeftijd volgens het PKB 2022;
 - c. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het belastingdienstbestand over 2021;
 - d. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het PKB 2021 wanneer een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2021;
 - e. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het belastingdienstbestand over 2022 wanneer een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB 2021;
 - f. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het PKB 2022 wanneer een verzekerde ook niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2022;
 - g. bewoners Wlz-instelling blijvend volgens Wlz-declaraties december 2021; en
 - h. bewoners Wlz-instelling instromend volgens Wlz-declaraties december 2022 en Wlz-declaraties december 2021.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid onderdeel b tot en met h, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2022 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 15 van deze Beleidsregels, in welke PPA-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 4.17 SEI

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium SEI op:
 - a. het PKB 2021; en
 - b. het PKB 2022.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel a en b, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan elkaar en bepaalt daarmee en met inachtneming van de definitie in artikel 1 van de Rrv, in welke SEI-klasse een verzekerde die woont in het buitenland wordt ingedeeld.



Artikel 4.18 REG_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium REG_C op:
 - a. de indeling in REG_C-klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 16 van deze Beleidsregels; en
 - b. de viercijferige postcode volgens het PKB 2022.
2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van het eerste lid in welke REG_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 4.19 REG_G

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium REG_G op:
 - a. de indeling in REG_G-klassen 2022 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 17 van deze Beleidsregels; en
 - b. de viercijferige volgens het PKB 2022.
2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van het eerste lid in welke REG_G-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

Artikel 4.20 Criteriumneutraliteit voor deelbedrag variabele zorgkosten 2022

Het Zorginstituut herberekent de gewichten, bedoeld in artikel 12, vierde, vijfde, zesde, zevende, negende, tiende, twaalfde, vijftiende, zeventiende en achttiende lid, van de Rrv overeenkomstig de bepalingen in dat artikel.

Artikel 4.21 De voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele zorgkosten 2022

1. Het Zorginstituut bepaalt de variabele zorgkosten 2022 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor de gezamenlijke zorgverzekeraars op basis van de opgave jaarstaat 2022 per 1 mei 2023 en met inachtneming van de artikelen 13, 14 en 15 van de Rrv
2. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag variabele zorgkosten 2022 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor het totaal van de verzekerden 2022 van alle zorgverzekeraars gezamenlijk met de op grond van Artikel 4.20 herberekende gewichten en overeenkomstig de in Artikel 2.23 en 2.24 beschreven rekenwijze.
3. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor variabele zorgkosten 2022 door de variabele zorgkosten 2022 voor de gezamenlijke zorgverzekeraars te delen door het herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2022 voor het totaal van de verzekerden 2022 van alle zorgverzekeraars gezamenlijk.
4. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor de gezamenlijke zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2022 met de schalingsfactor.
5. Het Zorginstituut berekent voor de gezamenlijke zorgverzekeraars het verschil tussen het product berekend in het vierde lid en het herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2022. Het Zorginstituut neemt dertig procent van het verschil en deelt dit bedrag door het totaal aantal ingeschreven verzekerden van achttien jaar of 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 of 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 2022.

Artikel 4.22 De voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2022

1. Het Zorginstituut bepaalt de vaste zorgkosten 2022 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk op basis van de opgave jaarstaat 2022 per 1 mei 2023 en met inachtneming van de artikelen 13, 14 en 16 van de Rrv.



2. Het Zorginstituut herberekent het deelbedrag vaste zorgkosten door het totaal aantal verzekerden 2022 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met het gewicht vaste zorgkosten 2022, berekend in Artikel 2.25, eerste lid.
3. Het Zorginstituut calculeert met inachtneming van artikel 16, derde lid, van de Rrv per zorgverzekeraar 100 procent na op het verschil tussen de vaste zorgkosten 2022, berekend in het eerste lid, en het deelbedrag vaste zorgkosten, berekend 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 2022.

Artikel 4.23 Criteriumneutraliteit voor het deelbedrag kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022

Het Zorginstituut herberekent de gewichten bedoeld in artikel 12, achtste, elfde, dertiende, veertiende, zestiende en achttiende lid, van de Rrv, overeenkomstig de bepalingen in dat artikel, met dien verstande dat de tabellen uit bijlage 2 van de Rrv worden gebruikt in plaats van de tabellen uit bijlage 3 van de Rrv.

Artikel 4.24 De voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022

1. Het Zorginstituut bepaalt de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor de gezamenlijke zorgverzekeraars op basis van de opgave jaarstaat 2022 per 1 mei 2023 en met inachtneming van de artikelen 13 en 14 van de Rrv.
2. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar of ouder 2022 van alle zorgverzekeraars gezamenlijk met de op grond van Artikel 4.23 herberekende gewichten en overeenkomstig de in Artikel 2.26 en 2.27 beschreven rekenwijze.
3. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022 voor verzekerden van achttien jaar of ouder door de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022 voor de gezamenlijke zorgverzekeraars te delen door het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022 voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar of ouder 2022 van alle zorgverzekeraars gezamenlijk.
4. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor de gezamenlijke zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige gezondheidszorg 2022 met de schalingsfactor.
5. Het Zorginstituut berekent voor de gezamenlijke zorgverzekeraars het verschil tussen het product berekend in het vierde lid en het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022 en deelt dit verschil door het totaal aantal bij alle zorgverzekeraars ingeschreven verzekerden van achttien jaar of 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 of 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 2022.

Artikel 4.25 Criteriumneutraliteit voor de normatieve opbrengst van het eigen risico 2022

Het Zorginstituut herberekent de gewichten, bedoeld in artikel 18, derde en vierde lid, van de Rrv overeenkomstig de bepalingen in dat artikel.



Artikel 4.26 De voorlopige herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico 2022

1. Het Zorginstituut bepaalt de opbrengst van het verplicht eigen risico 2022 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor de gezamenlijke zorgverzekeraars op basis van de opgave jaarstaat 2022 per 1 mei 2023.
2. Het Zorginstituut herberekent de normatieve opbrengst van het eigen risico 2022 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar of ouder 2022 van alle zorgverzekeraars gezamenlijk met de op grond van Artikel 4.25 herberekende gewichten en overeenkomstig de in Artikel 2.28 en 2.29 beschreven rekenwijze.
3. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor de normatieve opbrengst van het eigen risico 2022, door de opbrengst van het verplicht eigen risico voor de gezamenlijke zorgverzekeraars te delen door de normatieve opbrengst van het eigen risico voor de gezamenlijke zorgverzekeraars.
4. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor de gezamenlijke zorgverzekeraars de herberekende normatieve opbrengst van het verplicht eigen risico 2022 met de schalingsfactor.
5. Het Zorginstituut berekent voor de gezamenlijke zorgverzekeraars het verschil tussen het product berekend in het vierde lid en de herberekende normatieve opbrengst van het eigen risico 2022. Het Zorginstituut neemt dertig procent van het verschil en deelt dit bedrag door het totaal aantal bij alle zorgverzekeraars ingeschreven verzekerden van achttien jaar of 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 of 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 eigen risico 2022.

Artikel 4.27 De voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2022 en de voorlopige herberekening en voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage 2022

1. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag 2022 voor de eerste voorlopige vaststelling als de som van het voorlopige herberekende deelbedrag variabele zorgkosten 2022, het voorlopige herberekende deelbedrag vaste zorgkosten 2022 en het voorlopig herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022.
2. Voor de bandbreedteregeling voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022:
 - a. bepaalt het Zorginstituut per zorgverzekeraar het verschil tussen het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022, bedoeld in Artikel 4.24, zevende lid, en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022, bedoeld in Artikel 4.24, eerste lid, en deelt dit verschil door het aantal verzekerden van achttien jaar of 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 de gezamenlijke zorgverzekeraars het verschil tussen het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022, bedoeld in Artikel 4.24, tweede lid, en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022, bedoeld in Artikel 4.24, eerste lid, te delen door het aantal verzekerden van achttien jaar of ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is; en
 - c. past het Zorginstituut artikel 3.16 van het Bzv toe op het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat voor het cluster kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.
3. Het Zorginstituut berekent de opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar voor de eerste voorlopige vaststelling door de verzekerden van achttien jaar of ouder 2022 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2022.
4. Het Zorginstituut vermindert het resultaat na toepassing van het derde lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in de opgave jaarstaat 2022 per 1 mei 2023 als gedeerde inkomsten voor verzekerden van achttien jaar of ouder waarvoor als gevolg van de toepasselijkheid van



artikel 24 van de wet geen nominale premies worden ontvangen.

5. Het Zorginstituut herberekent voor de eerste voorlopige vaststelling 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 2022 te vermenigvuldigen met het bedrag in artikel 20 van de Rrv.
6. Het Zorginstituut herberekent de vereveningsbijdrage 2022 voor de eerste voorlopige vaststelling door de som van het herberekende normatieve bedrag 2022 en de aanvulling voor uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar te verminderen met de voorlopig herberekende normatieve opbrengst van het eigen risico, bedoeld in Artikel 4.26, en de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in het derde en vierde lid.
7. Het Zorginstituut stelt de vereveningsbijdrage 2022 in september 2023 voorlopig vast ter hoogte van de in het zesde lid berekende bijdrage.

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

Artikel 5.1 Algemene bepaling

Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag voor de tweede keer voorlopig met inachtneming van de kosten 2022 uit de opgave jaarstaat 2024 per 1 mei 2025, de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast en de bepalingen uit dit hoofdstuk.

Artikel 5.2 Bepaling van de verzekerdenaantallen 2022

1. Het Zorginstituut voert de correcties door die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast bij de verzekerdenaantallen 2022.
2. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium MHK_C met de declaraties 2021 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten exclusief declaraties verpleging en verzorging tot en met 31 december 2023, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2024 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
3. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium MHK_G met de declaraties 2021 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg exclusief kosten voor langdurige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2023, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2024 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
4. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium MVV_C met de declaraties kosten verpleging en verzorging 2021 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2023, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2024 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
5. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium MFK_C met de farmaciekosten 2021 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2023, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2024 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
6. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium AVI met het zelfstandigenbestand over 2025.
7. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium SES met het inkomen volgens de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2021. Indien een verzekerde niet is opgenomen in de opgave over 2021, maakt het Zorginstituut gebruik van de opgave over 2022.
8. Het Zorginstituut past het bepaalde in Artikel 5.1 en 5.2, eerste tot en met zevende lid, toe bij Artikel 5.3, Artikel 5.4, Artikel 5.6 en Artikel 5.7.

Artikel 5.3 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele zorgkosten 2022

Het Zorginstituut herberekent voor de tweede keer voorlopig het deelbedrag variabele zorgkosten 2022 per zorgverzekeraar overeenkomstig Artikel 4.21.



Artikel 5.4 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2022

Het Zorginstituut herberekent voor de tweede keer voorlopig het deelbedrag vaste zorgkosten 2022 per zorgverzekeraar overeenkomstig Artikel 4.22.

Artikel 5.5 Criteriumneutraliteit voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022 op basis van gewichten inclusief HKC

Het Zorginstituut herberekent de gewichten bedoeld in artikel 12, achtste, elfde, dertiende, veertiende, zestiende en achttiende lid, van de Rrv overeenkomstig het bepaalde in dat artikel.

Artikel 5.6 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022

1. Het Zorginstituut bepaalt de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor de gezamenlijke zorgverzekeraars, met inachtneming van artikel 13 en 14 van de Rrv.
2. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar of ouder 2022 van alle zorgverzekeraars gezamenlijk met de op grond van Artikel 5.5 herberekende gewichten en overeenkomstig de in Artikel 2.26 en 2.27 beschreven rekenwijze.
3. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022 voor verzekerden van achttien jaar of ouder door de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022 voor de gezamenlijke zorgverzekeraars te delen door het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022 voor het totaal van alle zorgverzekeraars gezamenlijk.
4. Het Zorginstituut vermenigvuldigt voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor de gezamenlijke zorgverzekeraars het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022 met de schalingsfactor.
5. Het Zorginstituut berekent voor de gezamenlijke zorgverzekeraars het verschil tussen het product berekend in het vierde lid en het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022 en deelt dit verschil door het totaal aantal bij alle zorgverzekeraars ingeschreven verzekerden van achttien jaar of 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 of 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 zevende lid hogekostencompensatie toe overeenkomstig artikel 17 van de Rrv. Het resultaat wordt aangeduid als het tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022.

Artikel 5.7 De tweede voorlopige herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico 2022

Het Zorginstituut herberekent voor de tweede keer voorlopig de normatieve opbrengst van het eigen risico 2022 overeenkomstig Artikel 4.26.

Artikel 5.8 De tweede voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2022 en de tweede voorlopige herberekening en de vaststelling van de vereveningsbijdrage 2022

1. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag 2022 voor de tweede voorlopige vaststelling als de som van het tweede voorlopige herberekende deelbedrag variabele zorgkosten 2022, het tweede voorlopige herberekende deelbedrag vaste zorgkosten 2022 en het tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022.
2. Voor de bandbreedteregeling voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022:



- a. bepaalt het Zorginstituut per zorgverzekeraar het verschil tussen het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022, bedoeld in Artikel 5.6, achtste lid, en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022, bedoeld in Artikel 5.6, eerste lid, en deelt dit verschil door het aantal verzekerden van achttien jaar of 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 de gezamenlijke zorgverzekeraars het verschil tussen het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022, bedoeld in Artikel 5.6, tweede lid, en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022, bedoeld in Artikel 5.6, eerste lid, te delen door het aantal verzekerden van achttien jaar of ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is; en
 - c. past het Zorginstituut artikel 3.16 van het Bzv toe op het verschil tussen het in onderdeel a bepaalde bedrag en het gemiddelde marktresultaat voor het cluster kosten van geneeskundige geestelijke.
3. Het Zorginstituut berekent de tweede voorlopige opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar door de verzekerden van achttien jaar of ouder per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2022.
 4. Het Zorginstituut vermindert het resultaat na toepassing van het derde lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in zijn jaarstaat 2024 per 1 mei 2025 als gedeerde inkomsten 2022 voor verzekerden van achttien jaar of ouder waarvoor als gevolg van de toepasselijkheid van artikel 24 van de wet geen nominale premies worden ontvangen.
 5. Het Zorginstituut berekent voor de tweede voorlopige vaststelling 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 2022 te vermenigvuldigen met het bedrag in artikel 20 van de Rrv.
 6. Het Zorginstituut herberekent de vereveningsbijdrage 2022 voor de tweede voorlopige vaststelling door de som van het herberekende normatieve bedrag 2022 en de aanvulling voor uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar te verminderen met de tweede voorlopige normatieve opbrengst van het eigen risico, bedoeld in Artikel 5.7, en de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in het derde en vierde lid.
 7. Het Zorginstituut stelt de vereveningsbijdrage 2022 voor de tweede keer voorlopig vast in september 2025 ter hoogte van de in het zesde lid berekende bijdrage.

6 HOOFDSTUK VI DE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE VOOR EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 6.1 Algemene bepaling

1. Het Zorginstituut herberekent de vereveningsbijdrage per zorgverzekeraar definitief met inachtneming van de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft gerapporteerd over de declaraties 2021 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer en kosten 2022 uit de jaarstaat 2024.
2. Het Zorginstituut past het bepaalde in het eerste lid toe bij Artikel 6.2, Artikel 6.3, Artikel 6.4, Artikel 6.5 en Artikel 6.6.

Artikel 6.2 De definitieve herberekening van het deelbedrag variabele zorgkosten 2022

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag variabele zorgkosten 2022 per zorgverzekeraar overeenkomstig Artikel 5.3.

Artikel 6.3 De definitieve herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2022

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag vaste zorgkosten 2022 per zorgverzekeraar overeenkomstig Artikel 5.4.

Artikel 6.4 De definitieve herberekening van het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke



gezondheidszorg 2022 per zorgverzekeraar overeenkomstig Artikel 5.6.

Artikel 6.5 De definitieve herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico 2022

Het Zorginstituut herberekent definitief de normatieve opbrengst van het eigen risico 2022 per zorgverzekeraar overeenkomstig Artikel 5.7.

Artikel 6.6 De definitieve herberekening van het normatieve bedrag 2022 en de definitieve herberekening en de vaststelling van de vereveningsbijdrage 2022

1. Het Zorginstituut herberekent definitief het normatieve bedrag 2022 per zorgverzekeraar overeenkomstig Artikel 5.8.
2. Het Zorginstituut stelt de vereveningsbijdrage 2022 per zorgverzekeraar vast in april 2026 ter hoogte van het in het eerste lid definitief berekende normatieve bedrag 2022 per zorgverzekeraar.

7 HOOFDSTUK VII DE BETALINGEN AAN DE ZORGVERZEKERAARS

Artikel 7.1 Betaling

1. Het Zorginstituut betaalt de zorgverzekeraars de vereveningsbijdrage, bedoeld in Artikel 2.30, vierde lid, uit. Het Zorginstituut maakt bij de betaling onderscheid naar de volgende bestanddelen:
 - a. het deelbedrag variabele zorgkosten 2022;
 - b. het deelbedrag vaste zorgkosten 2022;
 - c. het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022;
 - d. een aftrekpost voor de normatieve opbrengst van het eigen risico 2022.
2. Het Zorginstituut betaalt de zorgverzekeraars de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar, bedoeld in Artikel 2.30, vijfde lid, gelijktijdig uit met de betaling, bedoeld in het eerste lid.

Artikel 7.2 Betalingsschema

1. Het Zorginstituut bepaalt per zorgverzekeraar de som van de bestanddelen bedoeld in Artikel 7.1, eerste lid, onderdeel a tot en met c, en de uitkering, bedoeld in Artikel 7.1, tweede lid.
2. Het Zorginstituut berekent per zorgverzekeraar de som van de vereveningsbijdrage 2022, bedoeld in Artikel 2.30, zesde lid, en deelt het resultaat door het resultaat na toepassing van het eerste lid.
3. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar ieder van de bestanddelen bedoeld in Artikel 7.1 eerste lid, onderdeel 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 2022;
 - b. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag vaste zorgkosten 2022;
 - c. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2022;
 - d. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op de uitkering in verband met de uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar.
5. Het Zorginstituut vermindert de som van de netto te betalen bedragen, bedoeld in het vierde lid, onderdeel a tot en met d, met de aftrekpost voor de normatieve opbrengst van het eigen risico 2022, bedoeld in Artikel 7.1, eerste lid, onderdeel 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 zesde lid, met de resterende te betalen termijnen van de overeenkomstige maand van de op grond van de Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2021 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.

- Indien de zorgverzekeraar het bedrag bedoeld in het negende lid niet aan het Zorginstituut heeft betaald, verrekenet het Zorginstituut het verschuldigde bedrag met de betalingen aan de zorgverzekeraar totdat het verschuldigde bedrag is voldaan.

Betalingsschema

	Bestanddelen betalingen			
	Variabele en vaste zorgkosten	GGZ	Uitvoeringskosten	Eigen risico opbrengst
Betaalmoment	Artikel 7.2 vierde lid, onder a en b	Artikel 7.2 vierde lid, onder c	Artikel 7.2 vierde lid, onder d	Artikel 7.1 eerste lid, onder d
januari 2022	1,26%	0,42%	8,33%	5,50%
februari 2022	2,26%	0,84%	8,33%	7,83%
maart 2022	3,56%	1,38%	8,34%	9,50%
april 2022	5,39%	7,40%	8,33%	10,60%
mei 2022	6,90%	10,10%	8,33%	10,74%
juni 2022	7,60%	12,00%	8,34%	10,60%
juli 2022	8,65%	12,32%	8,33%	9,40%
augustus 2022	8,80%	12,10%	8,33%	7,15%
september 2022	9,04%	10,55%	8,34%	6,20%
oktober 2022	8,90%	8,60%	8,33%	5,24%
november 2022	8,60%	8,48%	8,33%	4,50%
december 2022	8,15%	8,20%	8,34%	3,90%
januari 2023	7,45%	5,20%	0,00%	3,10%
februari 2023	5,80%	1,50%	0,00%	2,20%
maart 2023	3,81%	0,91%	0,00%	1,62%
april 2023	2,11%	0,00%	0,00%	0,90%
mei 2023	1,20%	0,00%	0,00%	0,30%
juni 2023	0,52%	0,00%	0,00%	0,13%
juli 2023	0,00%	0,00%	0,00%	0,12%
augustus 2023	0,00%	0,00%	0,00%	0,12%
september 2023	0,00%	0,00%	0,00%	0,11%
oktober 2023	0,00%	0,00%	0,00%	0,09%
november 2023	0,00%	0,00%	0,00%	0,08%
december 2023	0,00%	0,00%	0,00%	0,07%

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

Artikel 7.3 Aanpassing betalingen

- Bij de herberekening en herziening van de toegekende vereveningsbijdrage 2022 op grond van Artikel 3.2 herziet het Zorginstituut de te betalen termijnen overeenkomstig Artikel 7.2 voor de eerste keer. Het Zorginstituut verrekenet het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de eerste keer herziene termijnen.
- Bij gelegenheid van de eerste voorlopige vaststelling van de bijdrage, op grond van hoofdstuk IV, herziet het Zorginstituut voor de tweede keer de te betalen termijnen overeenkomstig Artikel 7.2. Het Zorginstituut verrekenet het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de tweede keer herziene termijnen.
- Bij gelegenheid van de tweede voorlopige vaststelling van de bijdrage, op grond van hoofdstuk V, herziet het Zorginstituut de te betalen termijnen voor de derde keer overeenkomstig Artikel 7.2. Het



Zorginstituut verrekenet het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de derde maal herziene termijnen.

4. Bij gelegenheid van de definitieve vaststelling van de bijdrage op grond van hoofdstuk VI, stelt het Zorginstituut de te betalen termijnen definitief vast overeenkomstig Artikel 7.2. Het Zorginstituut verrekenet het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de definitief te betalen termijnen.
5. Indien toepassing van onderscheidenlijk het eerste, tweede, derde en vierde lid, resulteert in een positief saldo voor de zorgverzekeraar, betaalt het Zorginstituut dat saldo in één keer aan de zorgverzekeraar.
6. Indien toepassing van onderscheidenlijk het eerste, tweede, derde en vierde lid, resulteert in een negatief saldo voor de zorgverzekeraar, betaalt de betreffende zorgverzekeraar dat saldo in één keer terug aan het Zorginstituut.

Artikel 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 verrekenend met andere betalingen die uit deze vaststellingen voortvloeien.

Artikel 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 verrekenend.
2. Bij de verrekening van de verschillen, bedoeld in Artikel 7.3, tweede lid, berekent het Zorginstituut rente vanaf de betaaldatum, bedoeld 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, bedoeld 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, bedoeld 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

Artikel 8.1 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 15 oktober 2021.

Artikel 8.2 Citeertitel

Deze beleidsregels worden aangehaald als: Beleidsregels risicoverevening 2022.

Deze beleidsregels worden in de Staatscourant geplaatst, met uitzondering van de bijlagen 1 tot en met 17 (referentiebestanden). Deze bijlagen worden gepubliceerd op de website www.zorginstituutnederland.nl.

*Voorzitter Raad van Bestuur
S. Wijma*

Goedgekeurd door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij brief van 14 oktober 2021, kenmerk 3270321-1017927-Z.



-
- Bijlage 1 Referentiebestand L5G modeljaar 2022
 - Bijlage 2 Referentiebestand FKG_C modeljaar 2022
 - Bijlage 3 Referentiebestand FKG_G modeljaar 2022
 - Bijlage 4 Referentiebestand DKG_C modeljaar 2022
 - Bijlage 5 Referentiebestand DKG_G modeljaar 2022
 - Bijlage 6 Referentiebestand HKG_C modeljaar 2022
 - Bijlage 7 Referentiebestand FDG_C modeljaar 2022
 - Bijlage 8 Referentiebestand HSM_C modeljaar 2022
 - Bijlage 9 Referentiebestand MHK_C modeljaar 2022
 - Bijlage 10 Referentiebestand MHK_G modeljaar 2022
 - Bijlage 11 Referentiebestand MVV_C modeljaar 2022
 - Bijlage 12 Referentiebestand MFK_C modeljaar 2022
 - Bijlage 13 Referentiebestand AVI modeljaar 2022
 - Bijlage 14 Referentiebestand SES modeljaar 2022
 - Bijlage 15 Referentiebestand PPA modeljaar 2022
 - Bijlage 16 Referentiebestand REG_C modeljaar 2022
 - Bijlage 17 Referentiebestand REG_G modeljaar 2022



TOELICHTING

Algemeen

Paragraaf 4.2 van de Zorgverzekeringswet (Zvw) geeft regels voor het toekennen en vaststellen van de vereveningsbijdrage voor de zorgverzekeraars. Artikel 32 van de Zvw bepaalt in het eerste lid dat Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) een bijdrage toekent aan een zorgverzekeraar voorafgaand aan een vereveningsjaar. 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 Zvw.

Het Besluit zorgverzekering (Bzv) legt in hoofdstuk 3 de basis voor de regels voor de risicoverevening. Nadere uitwerking daarvan vindt in 2022 vervolgens plaats in de Regeling risicoverevening 2022 (Rrv). De minister werkt in de Rrv gedetailleerd uit hoe de risicoverevening voor het jaar 2022 zal werken.

Normaal gesproken wordt het Bzv aangepast voordat de Rrv wordt vastgesteld en voordat de beleidsregels worden vastgesteld. Dat is dit jaar anders. Het Bzv zal nog worden gewijzigd. De Minister van VWS stelt een concept-Rrv vast. De definitieve vaststelling van de Rrv vindt plaats nadat het Bzv is gewijzigd. De wijzigingen van het Bzv en de Rrv 2022 betreffen naar verwachting vooral de ex-postcompensatiemechanismes. In deze beleidsregels is op de te verwachten wijzigingen geanticipeerd. Indien de wijziging van het Bzv en de vaststelling van de definitieve Rrv 2022 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.

Vereveningscyclus

Het proces van toekennen en vaststellen van de bijdrage verloopt volgens een vereveningscyclus. Het Zorginstituut legt de wijze waarop het de risicoverevening uitvoert vast in deze beleidsregels. In de vereveningscyclus 2022 kent het Zorginstituut voorafgaand aan het vereveningsjaar 2022 (ex ante) de bijdrage aan de zorgverzekeraars toe. In het voorjaar van 2022 herzielt 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 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 zorgverzekeraar. Bij de tweede voorlopige vaststelling en de definitieve vaststelling houdt het Zorginstituut rekening met de rapportages die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft opgesteld en de correcties die daaruit voortvloeien. 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 minister bepaalt in de Rrv het macroprestatiebedrag 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 gewicht aan. Na de vaststelling van de concept-Rrv en de vaststelling van deze beleidsregels, kent het Zorginstituut in oktober 2021 de ex-antebijdrage toe aan de zorgverzekeraars. De berekening van de ex-antebijdrage staat beschreven in Hoofdstuk II.

Na de toekenning van de ex-antebijdrage volgt in april 2022 de zogenoemde 'lenteherberekening'. Deze herberekening is een aanpassing van de ex-antetoekenning op basis van verzekerdenuitmutaties 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 2022, in september 2023.

De tweede voorlopige vaststelling (Hoofdstuk V) vindt plaats in september 2025.

Het Zorginstituut stelt de bijdrage definitief vast in april 2026 (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 rapportages door de NZa op de jaarstaat 2024 en op de declaraties 2021.

Hoofdstuk VII gaat over de wijze waarop het Zorginstituut de betalingen van de vereveningsbijdrage



aan de zorgverzekeraars verricht. Hoofdstuk VIII bevat enkele slotbepalingen.

Het Zorginstituut verbetert de structuur van de beleidsregels in twee fasen. Dit jaar is de eerste fase doorgevoerd. Hierna volgt een algehele herziening.

De belangrijkste wijzigingen in de uitvoering risicoverevening 2022 ten opzichte van 2021

De belangrijkste wijzigingen in de uitvoering van de risicoverevening 2022 zijn:

1. Naar aanleiding van groot onderhoud wordt het vereveningscriterium FKG_C uitgebreid met twee nieuwe risicoklassen. Bovendien worden twee risicoklassen gesplitst. Daarnaast zijn werkzame stoffen overgeheveld tussen klassen, nieuwe stoffen toegevoegd en werkzame stoffen verwijderd. Tot slot zijn de drempelwaarden en de restricties op samenloop voor sommige klassen aangepast.
2. Naar aanleiding van groot onderhoud wordt het vereveningscriterium FDG_C geactualiseerd en verfijnd door naast behandelingen met een ongelimiteerde behandelduur ook behandelingen met beperkte behandelduur mee te nemen.
3. Het somatische model wordt uitgebreid met het nieuwe kenmerk HSM_C. Dit kenmerk merkt verzekerden met historische somatische morbiditeit in vereveningsjaar t-3 aan. Het gaat dan om verzekerden die in ten minste een van de positieve klassen van de kenmerken FKG_C, DKG_C (pDKG_C en sDKG_C), HKG_C, FDG_C, MVV_C en MHK_C zijn ingedeeld.
4. Het somatische model wordt uitgebreid met het nieuwe kenmerk MFK_C. Dit kenmerk merkt verzekerden met hoge extramurale farmaciekosten in een van de drie jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar aan.
5. Het kenmerk DKG_G in model 2022 wordt gecorrigeerd in verband met de invoering van het zorgprestatie model (ZPM) en de eenmalige schadelastvermindering in 2021 die dit met zich meebrengt. Die schadelastvermindering is het gevolg van de sluiting van DBC's per 31 december 2021.
6. Voor de vereveningscriteria FKG_C, DKG_C, HKG_C en FDG_C worden in model 2022 COVID-correctiefactoren toegepast. Met deze correctiefactoren worden de gevolgen van COVID-19 door zorguitval, inhaalzorg, COVID-19-zorg en arbeidsmarkteffecten op de kenmerkindeling voor de VR2022 gemitigeerd.
7. Verzekerden die in het buitenland wonen worden onderverdeeld in seizoenarbeiders en overige niet-ingezetenen. Dat onderscheid wordt gemaakt op basis van leeftijd en inschrijfduur in het vereveningsjaar en het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar. Voor elke seizoenarbeider wordt een vast bedrag van de vereveningsbijdrage van een zorgverzekeraar afgehaald, voor elke overige verzekerde die woont in het buitenland ontvangt de zorgverzekeraar een vast bedrag bovenop de vereveningsbijdrage. De bedragen zijn vastgelegd in de Rrv.
8. De afslagpercentages voor verzekerden die in het buitenland wonen zijn voor modeljaar 2022 gelijkgesteld aan de afslagpercentages voor modeljaar 2021.
9. In modeljaar 2022 geldt de risicoloosheid voor de ex-sluismiddelen die in 2018, 2019, 2020, 2021 of 2022 in het pakket instromen.
10. Voor het model somatische zorg en eigen risico geldt macronacalculatie van 70%, als gevolg van de onzekerheid die veroorzaakt wordt door COVID-19.
11. 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 Zorgverzekeringsfonds. Deze bandbreedteregeling wordt ingevoerd in verband met de onzekerheid die voortkomt uit de invoering van het zorgprestatie model in de GGZ.
12. Tot slot wordt in het model 2022 bij onderstaande kenmerken criteriumneutraliteit toegepast. Bij integrale klassieke criteriumneutraliteit wordt het gewicht van de afslagklasse ex post zodanig vastgesteld dat de som van de bijdragen van de afslagklasse en alle positieve risicoklassen gelijk is aan nul. De gewichten van de positieve risicoklassen wijzigen niet. Als er sprake is van partiële criteriumneutraliteit wordt de criteriumneutraliteit alleen toegepast op een selectie van risicoklassen binnen een kenmerk.

KENMERK	VORM VAN CRITERIUMNEUTRALITEIT
FKG_C	Partieel klassieke criteriumneutraliteit Op FKG_C 16 Cystic fibrosis/pancreasenzymen, FKG_C 17 Groeistoornissen o.b.v. add-on, FKG_C 24 Auto-immuunziekten o.b.v. add-on, FKG_C 27 Immunoglobuline o.b.v. add-on, FKG_C 28 Astma, FKG_C 29 COPD/Zware astma, FKG_C 30 COPD/Zware astma o.b.v. add-on, FKG_C 33 Kanker o.b.v. add-on, FKG_C 35 Maculadegeneratie o.b.v. add-on, FKG_C 36 Hypercholesterolemie, FKG_C 38 Verslaving exclusief nicotine, FKG_C 39 Extreem hoge kosten cluster 1, FKG_C 40 Extreem hoge kosten cluster 2, FKG_C 41 Extreem hoge kosten cluster 3 en FKG_C 42 Extreem hoge kosten cluster 4.
DKG_C	Integrale klassieke criteriumneutraliteit



KENMERK	VORM VAN CRITERIUMNEUTRALITEIT
HKG_C	Partieel klassieke criteriumneutraliteit Op HKG_C 2 Therapeutische elastische kousen, HKG_C 4 Vernevelaar met toebehoren, HKG_C 8 Voedingshulpmiddelen (excl. zuigelingen) en HKG_C 12 Orthesen.
AVI	Partieel klassieke criteriumneutraliteit met alternatieve afslagklasse Op bijstandsgerechtigden met als afslagklassen zelfstandigen/ referentiegroep /hoogopgeleiden (o.b.v. aandeel premie-equivalenten).
PPA	Integrale klassieke criteriumneutraliteit met alternatieve afslagklasse Op Wlz-instroom en Wlz-blijvers met afslagklassen eenpersoonshuishoudens en meerpersoonshuishoudens (o.b.v. aandeel premie-equivalenten)
MHK_C	Integrale klassieke criteriumneutraliteit
FDG_C	Integrale klassieke criteriumneutraliteit
MVV_C	Integrale klassieke criteriumneutraliteit
MFK_C	Integrale klassieke criteriumneutraliteit
DKG_G	Integrale klassieke criteriumneutraliteit
MHK_G	Integrale klassieke criteriumneutraliteit
FKG_G	Partieel klassieke criteriumneutraliteit Op FKG_G 2 Verslaving exclusief nicotine.

Voorzitter Raad van Bestuur
S. Wijma