



## Beleidsregels van de Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland van 12 oktober 2022, kenmerk 2022039003, voor de toekenning en vaststelling van de vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars 2023 (Beleidsregels Risicoverevening 2023)

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:

*aanpassingsklasse*: een klasse waarvan het gewicht in verband met de toepassing van criteriumneutraliteit wordt aangepast;

*AVI*: AVI als bedoeld in artikel 1 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 2023 die gepubliceerd wordt op de website [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl);

*criterium*: een vereveningscriterium;

*DKG\_C*: DKG's als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;

*DKG\_G*: DKG's psychische aandoeningen als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;

*FDG\_C*: FDG's als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;

*FKG\_C*: FKG's als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;

*FKG\_G*: FKG's psychische aandoeningen als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;

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

*HKC*: hogekostencompensatie als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;

*HKG\_C*: HKG's als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;

*HSM\_C*: HSM, historische somatische morbiditeit, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen op basis van hun morbiditeit in het verleden;

*IBZ\_C*: IBZ als bedoeld in artikel 1 van de Rrv;

*L5G*: leeftijd en geslacht als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;

*macroverzekerden-raming*: de raming van het aantal verzekerden op macroniveau voor het jaar 2023.

De verantwoording van de macroverzekerdenraming is opgenomen in de Verantwoording Verzekerdenraming 2023 die gepubliceerd wordt op de website [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl);

*MFK\_C*: MFK, meerjarige farmaciekosten, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen op basis van hun farmaciekosten in het verleden;

*MHK\_C*: MHK als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;

*MHK\_G*: GGZ-MHK als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;

*modelovereenkomst*: modelovereenkomst als bedoeld in artikel 1 van de wet;

*MVV\_C*: MVV als bedoeld in artikel 1 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. 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 van het Bzv;

*REG\_C*: regio als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;

*REG\_G*: GGZ-regio als bedoeld in artikel 1 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, seizoenarbeiders, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen waarbij seizoenarbeiders worden onderscheiden van overige verzekerden;

*seizoenarbeider*: een verzekerde van 18 tot en met 64 jaar, die in het buitenland woont en die in 2023 niet het gehele jaar verzekerd is en in 2022 niet of niet het gehele jaar is verzekerd;

*SES*: SES als bedoeld in artikel 1 van het Bzv;

*sterftecorrectiefactor*: een door het Zorginstituut bepaalde factor die per leeftijds- en geslachts categorie 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 geslachts categorie voor de betreffende risicoklasse van een bepaald criterium de trendmatige ontwikkeling voor de risicoklasse weergeeft. De trendfactoren zijn opgenomen in de Verantwoording Verzekerdenraming 2023 die gepubliceerd wordt op de website [www.zorginstituutnederland.nl](http://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 Zorgverzekeringswet;

*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 directeurs, 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 2023 en de berekening van de normatieve bedragen en de vereveningsbijdragen ervan uit dat alle zorgverzekeraars die gedurende 2022 zorgverzekeringen hebben aangeboden ook in 2023 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 2023 op de macroverzekerdenraming en het PER 2022.
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 2023 die gepubliceerd wordt op de website [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl).

#### **Artikel 2.2 De verzekerdenaantallen 2023 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, IBZ\_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 2023 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 2023 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 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 1 van deze Beleidsregels; en
  - b. het PER 2022.



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 2023 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;
  - c. de opgave per 1 juni 2022 van declaraties add-ons duur of weesgeneesmiddel 2020 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut; en
  - d. 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 tot en met d, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PER 2022 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 2021. 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 2022 voor het eerst voorkomen per FKG\_C-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2022 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 2023 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 PER 2022 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 2022 voor het eerst voorkomen per FKG\_G-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2022 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 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 4 van deze Beleidsregels; en
  - b. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2022 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's die in 2020 geopend zijn.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2021 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 2021 voor het eerst voorkomen per DKG\_C-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PKB 2021 toe.
5. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2022 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 2022 voor het eerst voorkomen per DKG\_C-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2022 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 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 5 van deze Beleidsregels;
  - b. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2022 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle prestaties generalistische Basis-GGZ in 2020 en van alle dbc's GGZ en zzp's GGZ die in 2020 geopend zijn;
  - c. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2021 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's GGZ en zzp's GGZ die in 2019 geopend zijn;



- d. de opgave van de zorgverzekeraars per 1 juni 2020 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's GGZ die in 2018 geopend zijn;
  - e. de vertaaltabel zoals vastgesteld in het conversieonderzoek bekostiging GGZ (WOR 1037); en
  - f. de opgave van Vektis per 23 mei 2022 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle prestaties generalistische Basis-GGZ in 2020 en van alle dbc's GGZ die in 2020 geopend zijn, waarbij de prestaties representatief zijn gemaakt voor het Zorgprestatiemodel.
2. Het Zorginstituut selecteert de prestaties generalistische basis-ggz, ambulante dbc's en de verblijfsdbc's en zzp's GGZ met verblijfsdagen in 2020 uit de gegevens bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en onderdeel c. Het Zorginstituut past een bewerking op de verblijfsdagen toe zodanig dat alleen de verblijfsdagen in 2020 meegenomen worden.
  3. Het Zorginstituut selecteert de prestaties generalistische Basis-GGZ en ambulante dbc's uit de gegevens bedoeld in het eerste lid, onderdeel f.
  4. Het Zorginstituut koppelt met het gepseudonimiseerd burgerservicenummer de gegevens uit het tweede lid aan de gegevens uit het derde lid. Bij overlappende prestaties vervangt het Zorginstituut de behandelminuten door de behandelminuten uit de gegevens bedoeld in het derde lid.
  5. Het Zorginstituut past bij de indeling van verzekerden in DKG\_G-klassen de vertaaltabel, bedoeld in het eerste lid, onderdeel e, op de brongegevens in het eerste lid, onderdeel c, toe.
  6. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel d, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het resultaat van het vierde en vijfde lid en aan het PKB 2021. 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.
  7. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2021 voor het eerst voorkomen per DKG\_G-klasse de gemiddelde prevalentie voor de betreffende klasse van de overige verzekerden in het PKB 2021 toe.
  8. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2022 en past hierop een sterftecorrectie toe, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
  9. Het Zorginstituut past op verzekerden die in het PER 2022 voor het eerst voorkomen per DKG\_G-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2022 toe.
  10. 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.
  11. 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 2023 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 PER 2022 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 2022 voor het eerst voorkomen per HKG\_C-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2022 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 2023 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 PER 2022 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 2022 voor het eerst voorkomen per FDG\_C-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2022 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 IBZ\_C**

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium IBZ\_C op:
  - a. de indeling in IBZ\_C-klassen 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 8 van deze Beleidsregels; en
  - b. de opgave per 19 mei 2022 van kosten kraamzorg en kosten kraamzorg via integrale geboortezorg 2020 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van Vektis aan het Zorginstituut.
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 8 van deze Beleidsregels, in welke IBZ\_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld. Het Zorginstituut stelt voor de toepasselijke klasse waarin de verzekerde valt de zwaarte op 1.
3. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PKB 2021 en past hierop een sterftecorrectie toe, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
4. Het Zorginstituut past per verzekerde per klasse van het criterium IBZ\_C de toepasselijke trendfactor toe. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2021 voor het eerst voorkomen per IBZ\_C-klasse de gemiddelde prevalentie voor de betreffende klasse van de overige verzekerden in het PKB 2021 toe.
5. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2022 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 2022 voor het eerst voorkomen per IBZ\_C-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2022 toe.
7. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen IBZ\_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen IBZ\_C' in.
8. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden in alle klassen van het criterium IBZ\_C naar de macroverzekerdenraming.

#### **Artikel 2.13 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 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 9 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 2020 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer zoals bepaald door het Zorginstituut ten behoeve van de eerste voorlopige vaststelling volgens Beleidsregels vereveningsbijdrage Zvw 2020.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PER 2022 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 9 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 2022 voor het eerst voorkomen per HSM\_C-klasse de gemiddelde prevalentie van de overige verzekerden in het PER 2022 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 2.14 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 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 10 van deze Beleidsregels;
  - b. 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;
  - c. 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;
  - d. declaraties met betrekking tot 2020 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten exclusief declaraties verpleging en verzorging, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2022 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd; en
  - e. het PKB 2018, PKB 2019 en PKB 2020.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met e, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2021 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 10 van deze Beleidsregels, in welke MHK\_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2021 voor het eerst voorkomen de relatieve prevalentie van verzekerden die voor het eerst voorkomen in het PKB 2019 toe.





4. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2022. Op de verzekerden die in het PER 2022 voor het eerst voorkomen past het Zorginstituut de relatieve prevalentie van verzekerden die voor het eerst voorkomen in het PKB 2020 toe.
5. Vervolgens past het Zorginstituut een sterftecorrectie toe, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
6. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen MHK\_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen MHK\_C' in.
7. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium MHK\_C naar de macroverzekerdenraming en stemt de relatieve prevalentie van verzekerden die in Nederland wonen per klasse af op de Overall Toets 2023 waarbij de gegevens een jaar geactualiseerd zijn.

#### **Artikel 2.15 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 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 11 van deze Beleidsregels;
  - b. 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;
  - c. 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;
  - d. 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;
  - e. 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;
  - f. declaraties met betrekking tot 2020 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg exclusief kosten voor langdurige geestelijke gezondheidszorg en voor de kosten voor langdurige geestelijke gezondheidszorg, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2022 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd; en
  - g. het PKB 2016, PKB 2017, PKB 2018, PKB 2019 en PKB 2020.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met g, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2021 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 11 van deze Beleidsregels, in welke MHK\_G-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2021 voor het eerst voorkomen de relatieve prevalentie van verzekerden die voor het eerst voorkomen in het PKB 2019 toe.
4. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2022. Op de verzekerden die in het PER 2022 voor het eerst voorkomen past het Zorginstituut de relatieve prevalentie van verzekerden die voor het eerst voorkomen in het PKB 2020 toe.
5. Vervolgens past het Zorginstituut een sterftecorrectie toe, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
6. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen MHK\_G' valt, deelt het Zorginstituut de verzekerde in de klasse 'Geen MHK\_G' in.
7. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium MHK\_G naar de macroverzekerdenraming en stemt de relatieve prevalentie van verzekerden die in Nederland wonen per klasse af op de Overall Toets 2023.



## Artikel 2.16 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 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 12 van deze Beleidsregels;
  - b. de leeftijd volgens het PKB 2021;
  - c. 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;
  - d. 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;
  - e. de kosten volgens declaraties kosten verpleging en verzorging 2020 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2022 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
  - f. bewoners Wlz-instelling volgens Wlz-declaraties december 2020 en Wlz-declaraties december 2021; en
  - g. het PKB 2018, PKB 2019 en PKB 2020.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met g, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2021 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 12 van deze Beleidsregels, in welke MVV\_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2021 voor het eerst voorkomen de relatieve prevalentie van verzekerden die voor het eerst voorkomen in het PKB 2019 toe.
4. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2022. Op de verzekerden die in het PER 2022 voor het eerst voorkomen past het Zorginstituut de relatieve prevalentie van verzekerden die voor het eerst voorkomen in het PKB 2020 toe.
5. Vervolgens past het Zorginstituut een sterftecorrectie toe, waarbij de verzekerden een zodanige zwaarte krijgen dat de relatieve prevalentie constant blijft.
6. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen MVV\_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen MVV\_C' in.
7. Het Zorginstituut herschaalt het geraamde aantal verzekerden voor het criterium MVV\_C naar de macroverzekerdenraming en stemt de relatieve prevalentie voor verzekerden die in Nederland wonen per klasse af op de Overall Toets 2023 waarbij de gegevens een jaar geactualiseerd zijn.

## Artikel 2.17 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 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 13 van deze Beleidsregels;
  - b. de opgave per 22 december 2020 van BASIC-gegevens 2018 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van Vektis aan het Zorginstituut;
  - c. de farmaciekosten 2019 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2021, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2022 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd; en
  - d. de farmaciekosten 2020 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2022 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 2021 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 13 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 klasse.
3. Het Zorginstituut past op de verzekerden die in het PKB 2021 voor het eerst voorkomen per MFK\_C-klasse de gemiddelde prevalentie van verzekerden die voor het eerst voorkomen in het PKB 2019 toe.
4. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2022 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 2022 voor het eerst voorkomen per MFK\_C-klasse de gemiddelde prevalentie van verzekerden die voor het eerst voorkomen in het PKB 2020 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 2.18 AVI**

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium AVI op:
  - a. de indeling in AVI-klassen 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 14 van deze Beleidsregels;
  - b. de leeftijd volgens het PKB 2021;
  - c. de zelfstandigen volgens het zelfstandigenbestand met peildatum 30 juni 2021;
  - d. de duurzaam en volledig arbeidsongeschikten, de overige arbeidsongeschikten, de bijstandsgerechtigden, de werklozen en de loontrekkers volgens het UWV-bestand met peildatum 30 juni 2021;
  - e. de studenten en hoogopgeleiden volgens de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2021;
  - f. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2021;
  - g. het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2021 in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2021; en
  - h. de historische indeling van AVI uit 2016 tot en met 2020.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met h, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2021 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 14 van deze Beleidsregels, in welke AVI-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2022, 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 2.19 SES**

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium SES op:
  - a. de indeling in SES-klassen 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 15 van deze Beleidsregels;
  - b. de leeftijd volgens het PKB 2021;
  - c. het inkomen volgens de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2019;
  - d. het inkomen volgens de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2020 wanneer voor 2019 geen gegevens beschikbaar zijn;
  - e. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het belastingdienstbestand over 2021;
  - f. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het PKB 2021 wanneer een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2021;
  - g. bewoners Wlz-instelling volgens Wlz-declaraties december 2020 en Wlz-declaraties december 2021; en
  - h. de indeling in DKG\_G-klassen zoals beschreven in Artikel 2.9.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid onderdeel b tot en met h, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2021 en bepaalt daarmee en met



inachtneming van Bijlage 15 van deze Beleidsregels, in welke SES-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

3. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2022, 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 2.20 PPA**

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium PPA op:
  - a. de indeling in PPA-klassen 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand PPA dat is opgenomen in Bijlage 16 van deze Beleidsregels;
  - b. de leeftijd volgens het PKB 2021;
  - c. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het belastingdienstbestand over 2020;
  - d. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het PKB 2020 wanneer een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2020;
  - e. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het belastingdienstbestand over 2021 wanneer een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB 2020;
  - f. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het PKB 2021 wanneer een verzekerde ook niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2021;
  - g. bewoners Wlz-instelling blijvend volgens Wlz-declaraties december 2020; en
  - h. bewoners Wlz-instelling instromend volgens Wlz-declaraties december 2021 en Wlz-declaraties december 2020.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met h, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2021 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 16 van deze Beleidsregels, in welke PPA-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Vervolgens koppelt het Zorginstituut de verzekerden aan het PER 2022, 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 2.21 SEI**

1. Het Zorginstituut baseert het geraamde aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium SEI op het PER 2022.
2. Het Zorginstituut selecteert uit het PER 2022 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 2021 en het PKB 2020 verzekerden als seizoenarbeider aan overeenkomstig de definitie in Artikel 1.1.
5. Het Zorginstituut bepaalt het aandeel seizoenarbeiders door het aantal seizoenarbeiders in 2021 uit het vierde lid te delen door het aantal verzekerden dat in het buitenland woont volgens het PKB 2021.
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 2.22 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 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 17 van deze Beleidsregels; en
  - b. de viercijferige postcode volgens het PER 2022.
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 2.23 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 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 18 van deze Beleidsregels; en
  - b. de viercijferige postcode volgens het PER 2022.
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 2.24 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 2.25 De verdeling van het macro-deelbedrag variabele zorgkosten en de berekening van het deelbedrag variabele zorgkosten**

1. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar, per criterium voor de criteria L5G, FKG\_C, DKG\_C, HKG\_C, FDG\_C, IBZ\_C, HSM\_C, MHK\_C, MVV\_C, MFK\_C, AVI, SES, PPA, SEI en REG\_C de gewichten, bedoeld in Artikel 2.24, per klasse met het geraamde aantal verzekerden in de overeenkomstige klasse.
2. Het Zorginstituut sommeert de op grond van het eerste lid berekende producten per zorgverzekeraar.
3. Het resultaat na toepassing van het tweede lid wordt aangeduid als het deelbedrag variabele zorgkosten 2023.



### **Artikel 2.26 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 2023 door het macro-deelbedrag vaste zorgkosten te delen door het landelijk totaal van het aantal geraamde verzekerden 2023 en het resultaat af te ronden op twee decimalen.
2. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar het geraamde aantal verzekerden 2023 met het gewicht vaste zorgkosten 2023, zoals berekend in het eerste lid.
3. Het resultaat na toepassing van het tweede lid wordt aangeduid als het deelbedrag vaste zorgkosten 2023.

### **Artikel 2.27 Gewichten voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg**

1. Voor de verdeling van het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg gaat het Zorginstituut uit van de gewichten, 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 2.28 De verdeling van het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de berekening van het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg**

1. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar, per criterium voor de criteria L5G, FKG\_G, DKG\_G, MHK\_G, AVI, SES, PPA, SEI en REG\_G de gewichten, bedoeld in Artikel 2.27, per klasse met het geraamde aantal verzekerden in de overeenkomstige klasse.
2. Het Zorginstituut sommeert de op grond van het eerste lid berekende producten per zorgverzekeraar.
3. Het resultaat na toepassing van het tweede lid wordt aangeduid als het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023.

### **Artikel 2.29 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 2.30 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 2.29, per klasse met het geraamde aantal verzekerden in de overeenkomstige klasse.
2. Het Zorginstituut sommeert de op grond van het eerste lid berekende producten per zorgverzekeraar.
3. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per zorgverzekeraar de geraamde opbrengst per verzekerde met de verzekerden van achttien jaar of ouder die niet bedoeld zijn in Artikel 2.29, 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 0,06242 procent.
5. Het resultaat na toepassing van het vierde lid wordt aangeduid als normatieve opbrengst van het eigen risico 2023.

#### **Artikel 2.31 De berekening van het normatieve bedrag en de berekening en toekenning van de vereveningsbijdrage**

1. Het Zorginstituut berekent het normatieve bedrag 2023 van een zorgverzekeraar als de som van het deelbedrag variabele zorgkosten 2023, het deelbedrag vaste zorgkosten 2023 en het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023.
2. Het Zorginstituut berekent de opbrengst van de nominale rekenpremie 2023 per zorgverzekeraar door de geraamde aantallen verzekerden van achttien jaar of ouder 2023 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2023.
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 0,06242 procent.
4. Het Zorginstituut berekent de vereveningsbijdrage 2023 voor een zorgverzekeraar door op het normatieve bedrag 2023, bedoeld in het eerste lid, de normatieve opbrengst van het eigen risico 2023 zoals bepaald in Artikel 2.30, vijfde lid, en de op grond van het tweede en derde lid berekende opbrengst van de nominale rekenpremie 2023 in mindering te brengen.
5. Het Zorginstituut berekent per zorgverzekeraar de uitkering voor uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar 2023. 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 2023 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 2023 besluit zich te splitsen, verzoekt het Zorginstituut de zorgverzekeraar om mee te delen hoe naar zijn verwachting de geraamde verzekerdenaantallen 2023 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 2023**

1. Het Zorginstituut baseert de herberekening van de vereveningsbijdrage op de verzekerdenaantallen 2023 volgens de opgaven van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut op 7 maart 2023.
2. Het Zorginstituut herberekent de vereveningsbijdrage 2023, zoals toegekend op grond van Artikel 2.31, zesde lid, per zorgverzekeraar en betreft daarbij de verzekerden die, volgens opgave van Vektis, op peildatum 15 februari 2023 zijn ingeschreven bij die zorgverzekeraar.
3. Het Zorginstituut voert de herberekening van de toegekende vereveningsbijdrage 2023 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 2023 uit het tweede lid en vermenigvuldigt per zorgverzekeraar de uitkomst hiervan met de op grond van het tweede lid herberekende vereveningsbijdrage 2023.
4. Het Zorginstituut herziert de op grond van Artikel 2.31, zesde lid, toegekende vereveningsbijdrage 2023 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 2023 bij de vaststelling van de verzekerdenaantallen 2023.
2. Het Zorginstituut bepaalt de verzekerdenaantallen 2023 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 en per modelovereenkomst op het PKB 2023.
4. Het Zorginstituut deelt verzekerden zonder burgerservicenummer en verzekerden zonder geverifieerd burgerservicenummer uitsluitend in bij de criteria L5G, REG\_C en REG\_G.
5. Een verzekerde telt voor het vaststellen van het deelbedrag variabele zorgkosten per modelovereenkomst mee in een mate die bepaald wordt door het aantal dagen dat hij in dat jaar op basis van de betreffende modelovereenkomst verzekerd was te delen door het aantal dagen in dat jaar.
6. Wanneer een verzekerde tegelijkertijd bij meer dan één zorgverzekeraar is ingeschreven, past het Zorginstituut artikel 11 van de Rrv toe.
7. Indien een verzekerde gedurende een aantal dagen van het vereveningsjaar bij een verzekeraar op basis van meer dan één modelovereenkomst verzekerd was, telt hij voor het vaststellen van de vereveningsbijdrage over die periode bij de modelovereenkomst mee in een mate die wordt bepaald door dan wel het getal 1 te delen door het aantal modelovereenkomsten waarbij hij in die periode verzekerd was, dan wel het resultaat van lid 6 te delen door het aantal modelovereenkomsten op basis waarvan hij in die periode bij die zorgverzekeraar verzekerd was indien hij ook bij meerdere zorgverzekeraars verzekerd was.
8. Het Zorginstituut past het bepaalde in het eerste tot en met zevende lid toe bij Artikel 4.22, Artikel 4.23, Artikel 4.25, Artikel 4.27 en Artikel 5.2.

### Artikel 4.2 L5G

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar en per modelovereenkomst voor het criterium L5G op:
  - a. de indeling in L5G-classes 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 1 van deze Beleidsregels; en
  - b. het PKB 2023.
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 en per modelovereenkomst voor het criterium FKG\_C op:
  - a. de indeling in FKG\_C-classes 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 2 van deze Beleidsregels;
  - b. de opgave per 1 juni 2023 van declaraties farmaceutische hulp 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut; en
  - c. de opgave per 1 juni 2024 van declaraties add-ons duur- of weesgeneesmiddel 2022 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 2023 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 2 van deze Beleidsregels, in welke FKG\_C-classes 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 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 3 van deze Beleidsregels; en
  - b. de opgave per 1 juni 2023 van declaraties farmaceutische hulp 2022 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 2023 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 en per modelovereenkomst voor het criterium DKG\_C op:
  - a. de indeling in DKG\_C-klassen 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 4 van deze Beleidsregels; en
  - b. de opgave van de zorgverzekeraar per 1 juni 2024 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van dbc's die in 2022 geopend zijn;
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2023 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 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 5 van deze Beleidsregels;
  - b. de opgave van de zorgverzekeraar per 1 juni 2024 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle GGZ-prestaties in 2022;
  - c. de opgave van de zorgverzekeraar per 1 juni 2023 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle dbc's GGZ en zzp's GGZ die in 2021 geopend zijn;
  - d. de opgave van de zorgverzekeraar per 1 juni 2022 aan het Zorginstituut van de declaraties per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van alle dbc's GGZ die in 2020 geopend zijn; en
  - e. de raming van de NZa van de directe en indirecte behandelminuten per prestatie onder het Zorgprestatiemodel, zoals vastgelegd in de Verantwoording tarieven Zorgprestatiemodel.
2. Het Zorginstituut bepaalt een ophoogfactor per prestatie met de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel e, door de som van de directe en indirecte behandelminuten te delen door het aantal directe behandelminuten.
3. Het Zorginstituut past op de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, per prestatie de toepasselijke ophoogfactor toe op het aantal gedeclareerde behandelminuten.
4. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met d, na toepassing van het derde lid, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2023. Het Zorginstituut bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 5 van deze Beleidsregels, in welke DKG\_G-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
5. 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 en per modelovereenkomst voor het criterium HKG\_C op:
  - a. de indeling in de HKG\_C-klassen 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is



- b. de opgave per 1 juni 2023 van declaraties hulpmiddelen 2022 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 2023 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 6 van deze Beleidsregels, in welke HKG\_C-classes 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 en per modelovereenkomst voor het criterium FDG\_C op:
  - a. de indeling in FDG\_C klassen 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 7 van deze Beleidsregels;
  - b. de opgave per 1 juni 2023 van declaraties fysiotherapie en oefentherapie 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer van de zorgverzekeraars aan het Zorginstituut; en
  - c. het PKB 2022.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b en c, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2023 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 IBZ\_C**

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar en per modelovereenkomst voor het criterium IBZ\_C op:
  - a. de indeling in IBZ\_C klassen 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 8 van deze Beleidsregels; en
  - b. de kosten kraamzorg en kosten kraamzorg via integrale geboortezorg 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2024 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2023 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 8 van deze Beleidsregels, in welke IBZ\_C klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
3. Als een verzekerde niet in een andere klasse dan 'Geen IBZ\_C' valt, deelt het Zorginstituut deze verzekerde in de klasse 'Geen IBZ\_C' in.

#### **Artikel 4.10 HSM\_C**

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar en per modelovereenkomst voor het criterium HSM\_C op:
  - a. de indeling in HSM\_C-classes 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 9 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 2020 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer zoals bepaald door het Zorginstituut ten behoeve van de definitieve vaststelling volgens Beleidsregels vereveningsbijdrage Zvw 2020.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2023 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 9 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 4.11 MHK\_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar en per modelovereenkomst voor het criterium MHK\_C op:
  - a. de indeling in MHK\_C-klassen 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 10 van deze Beleidsregels;
  - b. 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;
  - c. declaraties met betrekking tot 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;
  - d. declaraties met betrekking tot 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten exclusief declaraties verpleging en verzorging, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2024 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd; en
  - e. het PKB 2020, PKB 2021 en PKB 2022.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met e, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2023 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 10 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 4.12 MHK\_G

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium MHK\_G op:
  - a. de indeling in MHK\_G-klassen 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 11 van deze Beleidsregels;
  - b. 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;
  - c. 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;
  - d. 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;
  - e. declaraties met betrekking tot 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;
  - f. declaraties met betrekking tot 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2024 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd; en
  - g. het PKB 2018, PKB 2019, PKB 2020, PKB 2021 en PKB 2022.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met g, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2023 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 11 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 4.13 MVV\_C

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar en per modelovereenkomst voor het criterium MVV\_C op:
  - a. de indeling in MVV\_C-klassen 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is

- opgenomen in Bijlage 12 van deze Beleidsregels;
- b. de leeftijd volgens het PKB 2023;
  - c. 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;
  - d. de kosten volgens 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;
  - e. de kosten volgens declaraties kosten verpleging en verzorging 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2024 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
  - f. bewoners Wlz-instelling volgens Wlz-declaraties december 2022 en Wlz-declaraties december 2023; en
  - g. het PKB 2020, PKB 2021 en PKB 2022.
2. Het Zorginstituut koppelt de opgaven, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met g, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2023 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 12 van deze Beleidsregels, in welke MVV\_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.
  3. 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 4.14 MFK\_C**

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar en per modelovereenkomst voor het criterium MFK\_C op:
  - a. de indeling in MFK\_C-klassen 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 13 van deze Beleidsregels;
  - b. de farmaciekosten 2020 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2022, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2023 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd;
  - c. de farmaciekosten 2021 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2023, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2024 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd; en
  - d. de farmaciekosten 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2024 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 2023 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 13 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 4.15 AVI**

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar en per modelovereenkomst voor het criterium AVI op:
  - a. de indeling in AVI-klassen 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 14 van deze Beleidsregels;
  - b. de leeftijd volgens het PKB 2023;
  - c. de zelfstandigen volgens het zelfstandigenbestand met peildatum 30 juni 2023;
  - d. de duurzaam en volledig arbeidsongeschikten, de overige arbeidsongeschikten, de bijstandsgerechtigden, de werklozen en de loontrekkers volgens het UWV-bestand met peildatum 30 juni 2023;
  - e. de studenten en de hoogopgeleiden volgens de opgave van DUO per gepseudonimiseerd burgerservicenummer met peildatum 1 juni 2023;
  - f. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2023;
  - g. het gepseudonimiseerde adres in het PKB 2023 in het geval een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2023; en
  - h. de historische indeling van AVI uit 2018 tot en met 2022.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met h, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2023 en bepaalt daarmee en met



inachtneming van Bijlage 14 van deze Beleidsregels, in welke AVI-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

#### **Artikel 4.16 SES**

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar en per modelovereenkomst voor het criterium SES op:
  - a. de indeling in SES-klassen 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 15 van deze Beleidsregels;
  - b. de leeftijd volgens het PKB 2023;
  - c. het inkomen volgens de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2021;
  - d. het inkomen volgens de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2022 wanneer voor 2021 geen gegevens beschikbaar zijn;
  - e. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het belastingdienstbestand over 2023;
  - f. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het PKB 2023 wanneer een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2023;
  - g. bewoners Wlz-instelling volgens Wlz-declaraties december 2022 en Wlz-declaraties december 2023; en
  - h. de indeling in DKG\_G-klassen zoals beschreven in Artikel 4.6.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid, onderdeel b tot en met h, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2023 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 15 van deze Beleidsregels, in welke SES klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

#### **Artikel 4.17 PPA**

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar en per modelovereenkomst voor het criterium PPA op:
  - a. de indeling in PPA-klassen 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand PPA dat is opgenomen in Bijlage 16 van deze Beleidsregels;
  - b. de leeftijd volgens het PKB 2023;
  - c. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het belastingdienstbestand over 2022;
  - d. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het PKB 2022 wanneer een verzekerde niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2022;
  - e. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het belastingdienstbestand over 2023 wanneer een verzekerde ook niet is opgenomen in het PKB 2022;
  - f. het gepseudonimiseerde adres per gepseudonimiseerd burgerservicenummer volgens het PKB 2023 wanneer een verzekerde ook niet is opgenomen in het belastingdienstbestand over 2023;
  - g. bewoners Wlz-instelling blijvend volgens Wlz-declaraties december 2022; en
  - h. bewoners Wlz-instelling instromend volgens Wlz-declaraties december 2023 en Wlz-declaraties december 2022.
2. Het Zorginstituut koppelt de gegevens, bedoeld in het eerste lid onderdeel b tot en met h, met het gepseudonimiseerde burgerservicenummer aan het PKB 2023 en bepaalt daarmee en met inachtneming van Bijlage 16 van deze Beleidsregels, in welke PPA-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

#### **Artikel 4.18 SEI**

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar en per modelovereenkomst voor het criterium SEI op:
  - a. het PKB 2022; en
  - b. het PKB 2023.
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 1.1, in welke SEI-klasse een verzekerde die woont in het buitenland wordt ingedeeld.



#### **Artikel 4.19 REG\_C**

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar en per modelovereenkomst voor het criterium REG\_C op:
  - a. de indeling in REG\_C-klassen 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 17 van deze Beleidsregels; en
  - b. de viercijferige postcode volgens het PKB 2023.
2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van het eerste lid in welke REG\_C-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

#### **Artikel 4.20 REG\_G**

1. Het Zorginstituut baseert het aantal verzekerden per zorgverzekeraar voor het criterium REG\_G op:
  - a. de indeling in REG\_G-klassen 2023 zoals weergegeven in het referentiebestand dat is opgenomen in Bijlage 18 van deze Beleidsregels; en
  - b. de viercijferige postcode volgens het PKB 2023.
2. Het Zorginstituut bepaalt op basis van het eerste lid in welke REG\_G-klasse een verzekerde wordt ingedeeld.

#### **Artikel 4.21 Criteriumneutraliteit voor deelbedrag variabele zorgkosten 2023**

Het Zorginstituut herberekent het gewicht van de in bijlage 6, tabel 6.1, van de Rrv, genoemde aanpassingsklassen overeenkomstig de bepalingen in artikel 12, vierde en vijfde lid, van de Rrv.

#### **Artikel 4.22 De voorlopige herberekening van het deelbedrag variabele zorgkosten 2023**

1. Het Zorginstituut bepaalt de variabele zorgkosten 2023 op basis van de opgave jaarstaat 2023 per 1 mei 2024 en met inachtneming van de artikelen 13, 14 en 15 van de Rrv:
  - i. per modelovereenkomst;
  - ii. per zorgverzekeraar; en
  - iii. voor de gezamenlijke zorgverzekeraars.
2. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag variabele zorgkosten 2023 met de op grond van Artikel 4.21 herberekende gewichten en overeenkomstig de in Artikel 2.24 en 2.25 beschreven rekenwijze:
  - i. per modelovereenkomst;
  - ii. per zorgverzekeraar; en
  - iii. voor de gezamenlijke zorgverzekeraars.
3. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor variabele zorgkosten 2023 door de variabele zorgkosten 2023 voor de gezamenlijke zorgverzekeraars te delen door het herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2023 voor de gezamenlijke zorgverzekeraars.
4. Het Zorginstituut vermenigvuldigt het herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2023 met de schalingsfactor:
  - i. per modelovereenkomst;
  - ii. per zorgverzekeraar; en
  - iii. voor de gezamenlijke zorgverzekeraars.
5. Het Zorginstituut berekent voor de gezamenlijke zorgverzekeraars het verschil tussen het product berekend in het vierde lid, onder iii, en het herberekende normatieve bedrag variabele zorgkosten 2023 in het tweede lid, onder iii. Het Zorginstituut 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 het resultaat na toepassing van het vijfde lid met het aantal ingeschreven verzekerden van achttien jaar of ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is:
  - i. per modelovereenkomst; en
  - ii. per zorgverzekeraar.
7. Het Zorginstituut vermindert:
  - i. per modelovereenkomst het product berekend in het vierde lid, onder i, met het product berekend in het zesde lid, onder i.



- ii. per zorgverzekeraar het product berekend in het vierde lid, onder ii, met het product berekend in het zesde lid, onder ii.
8. Het Zorginstituut berekent per modelovereenkomst het verschil tussen het resultaat van het vierde lid, onder i, en het resultaat van het eerste lid, onder i, en deelt dit verschil door het bij die modelovereenkomst ingeschreven aantal verzekerden waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.
9. Indien het resultaat van het achtste lid groter is dan 50 euro of kleiner is dan minus 50 euro, vermenigvuldigt het Zorginstituut 75 procent van het buiten die bandbreedte liggende deel van dat resultaat met het bij die modelovereenkomst aantal ingeschreven verzekerden waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.
10. Het Zorginstituut sommeert het resultaat van het negende lid over alle modelovereenkomsten en deelt deze som door het totaal aantal verzekerden van achttien jaar of ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.
11. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per modelovereenkomst het resultaat van het tiende lid met het bij die modelovereenkomst aantal ingeschreven verzekerden van achttien jaar of ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.
12. Het Zorginstituut vermindert per modelovereenkomst het resultaat van het zevende lid, onder i, met het resultaat van het negende lid. Het Zorginstituut vermeerdert dit resultaat vervolgens met het resultaat van het elfde lid.
13. Tot slot sommeert het Zorginstituut per zorgverzekeraar het resultaat van het twaalfde lid van alle modelovereenkomsten van die zorgverzekeraar. Het resultaat wordt aangeduid als het voorlopige herberekende deelbedrag variabele zorgkosten 2023.

#### **Artikel 4.23 De voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2023**

1. Het Zorginstituut bepaalt de vaste zorgkosten 2023 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk op basis van de opgave jaarstaat 2023 per 1 mei 2024 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 2023 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met het gewicht vaste zorgkosten 2023, berekend in Artikel 2.26, 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 2023, 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 2023.

#### **Artikel 4.24 Criteriumneutraliteit voor het deelbedrag kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023**

Het Zorginstituut herberekent het gewicht van de in bijlage 6, tabel 6.2, van de Rrv, genoemde aanpassingsklassen overeenkomstig de bepalingen in artikel 12, vierde en vijfde lid, van de Rrv. Het Zorginstituut gaat bij deze herberekening uit van de tabellen uit bijlage 2 van de Rrv in plaats van de tabellen uit bijlage 3 van de Rrv.

#### **Artikel 4.25 De voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023**

1. Het Zorginstituut bepaalt de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor de gezamenlijke zorgverzekeraars op basis van de opgave jaarstaat 2023 per 1 mei 2024 en met inachtneming van de artikelen 13, 14 en 15 van de Rrv.
2. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar of ouder 2023 van alle zorgverzekeraars gezamenlijk met de op grond van



Artikel 4.24 herberekende gewichten en overeenkomstig de in Artikel 2.27 en 2.28 beschreven rekenwijze.

3. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023 voor verzekerden van achttien jaar of ouder door de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023 voor de gezamenlijke zorgverzekeraars te delen door het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023 voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar of ouder 2023 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 2023 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 2023. Het Zorginstituut 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 kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023.

#### **Artikel 4.26 Criteriumneutraliteit voor de normatieve opbrengst van het eigen risico 2023**

Het Zorginstituut herberekent het gewicht van de in bijlage 6, tabel 6.3, van de Rrv, genoemde aanpassingsklassen overeenkomstig de bepalingen in artikel 18, derde lid, van de Rrv.

#### **Artikel 4.27 De voorlopige herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico 2023**

Het Zorginstituut herberekent de normatieve opbrengst van het eigen risico 2023 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar of ouder 2023 van alle zorgverzekeraars gezamenlijk met de op grond van Artikel 4.26 herberekende gewichten en overeenkomstig de in Artikel 2.29 en 2.30 beschreven rekenwijze. Het resultaat wordt aangeduid als de voorlopige herberekende normatieve opbrengst van het eigen risico 2023.

#### **Artikel 4.28 De voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2023 en de voorlopige herberekening en voorlopige vaststelling van de vereveningsbijdrage 2023**

1. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag 2023 voor de eerste voorlopige vaststelling als de som van het voorlopige herberekende deelbedrag variabele zorgkosten 2023, het voorlopige herberekende deelbedrag vaste zorgkosten 2023 en het voorlopig herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023.
2. Voor de bandbreedteregeling voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023:
  - a. bepaalt het Zorginstituut per zorgverzekeraar het verschil tussen het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023, bedoeld in Artikel 4.25, zevende lid, en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023, bedoeld in Artikel 4.25, 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 2023, bedoeld in Artikel 4.25, zevende lid, en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023, bedoeld in Artikel 4.25, 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 2023 per zorgverzekeraar te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie 2023.
4. Het Zorginstituut vermindert het resultaat na toepassing van het derde lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in de opgave jaarstaat 2023 per 1 mei 2024 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 2023 te vermenigvuldigen met het bedrag in artikel 20 van de Rrv.
6. Het Zorginstituut herberekent de vereveningsbijdrage 2023 voor de eerste voorlopige vaststelling door de som van het herberekende normatieve bedrag 2023 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 4.27, en de opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in het derde en vierde lid.
7. Het Zorginstituut stelt de vereveningsbijdrage 2023 in september 2024 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 2023 uit de opgave jaarstaat 2025 per 1 mei 2026, de correcties die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast en de bepalingen uit dit hoofdstuk.

### **Artikel 5.2 Bepaling van de verzekerdenaantallen 2023**

1. Het Zorginstituut voert de correcties door die de Nederlandse Zorgautoriteit heeft toegepast bij de verzekerdenaantallen 2023.
2. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium IBZ\_C met de kosten kraamzorg en kosten kraamzorg via integrale geboortezorg 2023 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2025, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2026 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
3. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium MHK\_C met de declaraties 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag variabele zorgkosten exclusief declaraties verpleging en verzorging tot en met 31 december 2024, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2025 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
4. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium MHK\_G met de declaraties 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg inclusief kosten voor langdurige geestelijke gezondheidszorg tot en met 31 december 2024, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2025 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
5. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium MVV\_C met de declaraties kosten verpleging en verzorging 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2024, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2025 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.
6. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium MFK\_C met de farmaciekosten 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer tot en met 31 december 2024, zoals zorgverzekeraars die op 1 mei 2025 bij het Zorginstituut hebben aangeleverd.



7. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium AVI met het zelfstandigenbestand over 2026.
8. Het Zorginstituut herberekent het aantal verzekerden voor het criterium SES met het inkomen volgens de opgave per gepseudonimiseerd burgerservicenummer in het belastingdienstbestand over 2022. Indien een verzekerde niet is opgenomen in de opgave over 2022, maakt het Zorginstituut gebruik van de opgave over 2023.
9. Het Zorginstituut past het bepaalde in Artikel 5.1 en 5.2, eerste tot en met achtste 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 2023**

Het Zorginstituut herberekent voor de tweede keer voorlopig het deelbedrag variabele zorgkosten 2023 per zorgverzekeraar overeenkomstig Artikel 4.22.

#### **Artikel 5.4 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2023**

Het Zorginstituut herberekent voor de tweede keer voorlopig het deelbedrag vaste zorgkosten 2023 per zorgverzekeraar overeenkomstig Artikel 4.23.

#### **Artikel 5.5 Criteriumneutraliteit voor het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023 op basis van gewichten inclusief HKC**

Het Zorginstituut herberekent het gewicht van de in bijlage 6, tabel 6.2, van de Rrv, genoemde aanpassingsklassen overeenkomstig de bepalingen in artikel 12, vierde en vijfde lid, van de Rrv.

#### **Artikel 5.6 De tweede voorlopige herberekening van het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023**

1. Het Zorginstituut bepaalt de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor de gezamenlijke zorgverzekeraars, met inachtneming van artikel 13, 14 en 15 van de Rrv.
2. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023 voor iedere zorgverzekeraar afzonderlijk en voor het totaal van de verzekerden van achttien jaar of ouder 2023 van alle zorgverzekeraars gezamenlijk met de op grond van Artikel 5.5 herberekende gewichten en overeenkomstig de in Artikel 2.27 en 2.28 beschreven rekenwijze.
3. Het Zorginstituut berekent de schalingsfactor voor kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023 voor verzekerden van achttien jaar of ouder door de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023 voor de gezamenlijke zorgverzekeraars te delen door het herberekende normatieve bedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023 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 2023 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 2023 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 2023.



### **Artikel 5.7 De tweede voorlopige herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico 2023**

Het Zorginstituut herberekent voor de tweede keer voorlopig de normatieve opbrengst van het eigen risico 2023 overeenkomstig Artikel 4.27.

### **Artikel 5.8 De tweede voorlopige herberekening van het normatieve bedrag 2023 en de tweede voorlopige herberekening en de vaststelling van de vereveningsbijdrage 2023**

1. Het Zorginstituut herberekent het normatieve bedrag 2023 voor de tweede voorlopige vaststelling als de som van het tweede voorlopige herberekende deelbedrag variabele zorgkosten 2023, het tweede voorlopige herberekende deelbedrag vaste zorgkosten 2023 en het tweede voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023.
2. Voor de bandbreedteregeling voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023:
  - a. bepaalt het Zorginstituut per zorgverzekeraar het verschil tussen het voorlopige herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023, bedoeld in Artikel 5.6, achtste lid, en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023, 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 2023, bedoeld in Artikel 5.6, achtste lid, en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023, 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 2023.
4. Het Zorginstituut vermindert het resultaat na toepassing van het derde lid met het bedrag dat de zorgverzekeraar verantwoordt in zijn jaarstaat 2025 per 1 mei 2026 als gedeerde inkomsten 2023 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 2023 te vermenigvuldigen met het bedrag in artikel 20 van de Rrv.
6. Het Zorginstituut herberekent de vereveningsbijdrage 2023 voor de tweede voorlopige vaststelling door de som van het herberekende normatieve bedrag 2023 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 2023 voor de tweede keer voorlopig vast in september 2026 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 2022 per gepseudonimiseerd burgerservicenummer en kosten 2023 uit de jaarstaat 2025.
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 2023**

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag variabele zorgkosten 2023 per zorgverzekeraar overeenkomstig Artikel 5.3.

### **Artikel 6.3 De definitieve herberekening van het deelbedrag vaste zorgkosten 2023**

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag vaste zorgkosten 2023 per zorgverzekeraar overeenkomstig Artikel 5.4.

### **Artikel 6.4 De definitieve herberekening van het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023**

Het Zorginstituut herberekent definitief het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023 per zorgverzekeraar overeenkomstig Artikel 5.6.

### **Artikel 6.5 De definitieve herberekening van de normatieve opbrengst van het eigen risico 2023**

Het Zorginstituut herberekent definitief de normatieve opbrengst van het eigen risico 2023 per zorgverzekeraar overeenkomstig Artikel 5.7.

### **Artikel 6.6 De definitieve herberekening van het normatieve bedrag 2023 en de definitieve herberekening en de vaststelling van de vereveningsbijdrage 2023**

1. Het Zorginstituut herberekent definitief het normatieve bedrag 2023 per zorgverzekeraar overeenkomstig Artikel 5.8 .
2. Het Zorginstituut stelt de vereveningsbijdrage 2023 per zorgverzekeraar vast in april 2027 ter hoogte van het in het eerste lid definitief berekende normatieve bedrag 2023 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 2.31, vierde lid, uit. Het Zorginstituut maakt bij de betaling onderscheid naar de volgende bestanddelen:
  - a. het deelbedrag variabele zorgkosten 2023;
  - b. het deelbedrag vaste zorgkosten 2023;
  - c. het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023;
  - d. een aftrekpost voor de normatieve opbrengst van het eigen risico 2023.
2. Het Zorginstituut betaalt de zorgverzekeraars de uitkering in verband met uitvoeringskosten van verzekerden jonger dan achttien jaar, bedoeld in Artikel 2.31, 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 2023, bedoeld in Artikel 2.31, 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 2023;
  - b. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag vaste zorgkosten 2023;
  - c. het netto te betalen bedrag dat betrekking heeft op het deelbedrag geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2023;
  - 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 2023, 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 elfde 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 risicoverevening 2022 te betalen termijnen.
8. Het Zorginstituut betaalt de in het zevende lid bedoelde termijnen op de eerste werkdag van de maand.
9. Indien na de saldering, bedoeld in het zevende lid, de te betalen termijn per maand op enig moment tot een negatief bedrag leidt, stelt het Zorginstituut dit negatieve bedrag vast en vordert het Zorginstituut het bedrag op de eerste werkdag van de betreffende maand in.
10. Indien de zorgverzekeraar het bedrag bedoeld in het 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.
11. Het betalingsschema luidt als volgt:

**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 2023	1,26%	1,89%	8,33%	5,50%
februari 2023	2,26%	5,55%	8,33%	7,83%
maart 2023	3,56%	7,84%	8,34%	9,50%
april 2023	5,39%	8,76%	8,33%	10,60%
mei 2023	6,90%	8,87%	8,33%	10,74%
juni 2023	7,60%	8,90%	8,34%	10,60%
juli 2023	8,65%	8,50%	8,33%	9,40%
augustus 2023	8,80%	8,40%	8,33%	7,15%
september 2023	9,04%	8,40%	8,34%	6,20%
oktober 2023	8,90%	8,53%	8,33%	5,24%
november 2023	8,60%	8,44%	8,33%	4,50%
december 2023	8,15%	8,31%	8,34%	3,90%
januari 2024	7,45%	6,20%	0,00%	3,10%
februari 2024	5,80%	0,91%	0,00%	2,20%
maart 2024	3,81%	0,50%	0,00%	1,62%
april 2024	2,11%	0,00%	0,00%	0,90%
mei 2024	1,20%	0,00%	0,00%	0,30%
juni 2024	0,52%	0,00%	0,00%	0,13%
juli 2024	0,00%	0,00%	0,00%	0,12%
augustus 2024	0,00%	0,00%	0,00%	0,12%
september 2024	0,00%	0,00%	0,00%	0,11%
oktober 2024	0,00%	0,00%	0,00%	0,09%
november 2024	0,00%	0,00%	0,00%	0,08%
december 2024	0,00%	0,00%	0,00%	0,07%

12. 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.
13. 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**

1. Bij de herberekening en herziening van de toegekende vereveningsbijdrage 2023 op grond van Artikel 3.2 herziet het Zorginstituut de te betalen termijnen overeenkomstig Artikel 7.2 voor de eerste keer. Het Zorginstituut verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de eerste keer herziene termijnen.
2. Bij gelegenheid van de eerste voorlopige vaststelling van de bijdrage, op grond van hoofdstuk IV, herziet het Zorginstituut voor de tweede keer de te betalen termijnen overeenkomstig Artikel 7.2. Het Zorginstituut verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de tweede keer herziene termijnen.
3. Bij gelegenheid van de tweede voorlopige vaststelling van de bijdrage, op grond van hoofdstuk V, herziet het Zorginstituut de te betalen termijnen voor de derde keer overeenkomstig Artikel 7.2. Het Zorginstituut verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de voor de derde maal herziene termijnen.
4. Bij gelegenheid van de definitieve vaststelling van de bijdrage op grond van hoofdstuk VI, stelt het Zorginstituut de te betalen termijnen definitief vast overeenkomstig Artikel 7.2. Het Zorginstituut verrekent het verschil tussen de reeds betaalde termijnen en de definitief te betalen termijnen.
5. Indien toepassing van onderscheidenlijk het eerste, tweede, derde en vierde lid, resulteert in een positief saldo voor de zorgverzekeraar, betaalt het Zorginstituut dat saldo 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 verrekend 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 verrekend.
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.
9. Bij de berekening wordt een maand op 30 en een jaar op 360 dagen gesteld.
10. 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 2022.

### **Artikel 8.2 Citeertitel**

Deze beleidsregels worden aangehaald als: Beleidsregels risicoverevening 2023. Deze beleidsregels worden in de Staatscourant geplaatst, met uitzondering van de bijlagen 1 tot en met 18 (referentiebestanden). Deze bijlagen worden gepubliceerd op de website [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl).

*Voorzitter Raad van Bestuur  
S. Wijma*

Goedgekeurd door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij brief van 13 oktober 2022 met kenmerk 3451609-1038050-Z



---

BIJLAGE 1 REFERENTIEBESTAND L5G MODELJAAR 2023, BEHOREND BIJ ARTIKEL 2.5 EN ARTIKEL 4.2

BIJLAGE 2 REFERENTIEBESTAND FKG\_C MODELJAAR 2023, BEHOREND BIJ ARTIKEL 2.6 EN ARTIKEL 4.3

BIJLAGE 3 REFERENTIEBESTAND FKG\_G MODELJAAR 2023, BEHOREND BIJ ARTIKEL 2.7 EN ARTIKEL 4.4

BIJLAGE 4 REFERENTIEBESTAND DKG\_C MODELJAAR 2023, BEHOREND BIJ ARTIKEL 2.8 EN ARTIKEL 4.5

BIJLAGE 5 REFERENTIEBESTAND DKG\_G MODELJAAR 2023, BEHOREND BIJ ARTIKEL 2.9 EN ARTIKEL 4.6

BIJLAGE 6 REFERENTIEBESTAND HKG\_C MODELJAAR 2023, BEHOREND BIJ ARTIKEL 2.10 EN ARTIKEL 4.7

BIJLAGE 7 REFERENTIEBESTAND FDG\_C MODELJAAR 2023, BEHOREND BIJ ARTIKEL 2.11 EN ARTIKEL 4.8

BIJLAGE 8 REFERENTIEBESTAND IBZ\_C MODELJAAR 2023, BEHOREND BIJ ARTIKEL 2.12 EN ARTIKEL 4.9

BIJLAGE 9 REFERENTIEBESTAND HSM\_C MODELJAAR 2023, BEHOREND BIJ ARTIKEL 2.13 EN ARTIKEL 4.10

BIJLAGE 10 REFERENTIEBESTAND MHK\_C MODELJAAR 2023, BEHOREND BIJ ARTIKEL 2.14 EN ARTIKEL 4.11

BIJLAGE 11 REFERENTIEBESTAND MHK\_G MODELJAAR 2023, BEHOREND BIJ ARTIKEL 2.15 EN ARTIKEL 4.12

BIJLAGE 12 REFERENTIEBESTAND MVV\_C MODELJAAR 2023, BEHOREND BIJ ARTIKEL 2.16 EN ARTIKEL 4.13

BIJLAGE 13 REFERENTIEBESTAND MFK\_C MODELJAAR 2023, BEHOREND BIJ ARTIKEL 2.17 EN ARTIKEL 4.14

BIJLAGE 14 REFERENTIEBESTAND AVI MODELJAAR 2023, BEHOREND BIJ ARTIKEL 2.18 EN ARTIKEL 4.15

BIJLAGE 15 REFERENTIEBESTAND SES MODELJAAR 2023, BEHOREND BIJ ARTIKEL 2.19 EN ARTIKEL 4.16

BIJLAGE 16 REFERENTIEBESTAND PPA MODELJAAR 2023, BEHOREND BIJ ARTIKEL 2.20 EN ARTIKEL 4.17

BIJLAGE 17 REFERENTIEBESTAND REG\_C MODELJAAR 2023, BEHOREND BIJ ARTIKEL 2.22 EN ARTIKEL 4.19

BIJLAGE 18 REFERENTIEBESTAND REG\_G MODELJAAR 2023, BEHOREND BIJ ARTIKEL 2.23 EN ARTIKEL 4.20





## 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) deze vereveningsbijdrage toekent aan een zorgverzekeraar voorafgaand aan een vereveningsjaar. 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 2023 plaats in de Regeling risicoverevening 2023 (Rrv). De Minister van VWS werkt in de Rrv gedetailleerd uit hoe de risicoverevening voor het jaar 2023 zal werken. In de Rrv wordt het macroprestatiebedrag bepaald dat over de zorgverzekeraars wordt verdeeld en de wijze waarop dit gebeurt. De Rrv legt vast met welke vereveningscriteria het macroprestatiebedrag verdeeld wordt en welke gewichten daaraan worden gekoppeld. Het Zorginstituut legt de wijze waarop het de risicoverevening uitvoert, vast in deze beleidsregels.

Normaal gesproken wordt het Bzv aangepast voordat de Rrv wordt vastgesteld en voordat de beleidsregels worden vastgesteld. Dat is dit jaar opnieuw 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 2023 betreffen naar verwachting vooral de ex-postcompensatiemechanismen en de nieuwe vereveningscriteria per vereveningsjaar 2022 en 2023. In deze beleidsregels is op de te verwachten wijzigingen geanticipeerd. Indien de wijziging van het Bzv en de vaststelling van de definitieve Rrv 2023 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. De basisberekening van de risicoverevening komt in iedere toekenning of vaststelling terug. Hierbij wordt voor iedere risicoklasse van elk vereveningscriterium het verzekerdenaantal vermenigvuldigd met het gewicht. Dit wordt gesommeerd over alle vereveningscriteria en alle risicoklassen. De gewichten worden ook normbedragen genoemd.

Voorafgaand aan het vereveningsjaar (t) kent het Zorginstituut (ex ante) in oktober van jaar t-1 de vereveningsbijdrage aan de zorgverzekeraars toe. De berekening van de ex-antebijdrage staat beschreven in Hoofdstuk II van deze beleidsregels.

Na de toekenning van de ex-antebijdrage volgt in april van jaar t de zogenoemde 'lenteherberekening'. Deze herberekening is een aanpassing van de ex-antetoekenning op basis van verzekerdenmutaties tussen zorgverzekeraars. Hoofdstuk III beschrijft de lenteherberekening. Op basis hiervan past het Zorginstituut de betalingen aan zoals vastgelegd in Hoofdstuk VII.

Na afloop van het vereveningsjaar (ex post) stelt het Zorginstituut de bijdrage vast bij de eerste voorlopige vaststelling, de tweede voorlopige vaststelling en de definitieve vaststelling. Het Zorginstituut stelt de vereveningsbijdrage eerst twee keer voorlopig vast, omdat de benodigde gegevens 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. De eerste voorlopige vaststelling (Hoofdstuk IV) van de vereveningsbijdrage vindt plaats in september van jaar t+1. De tweede voorlopige vaststelling (Hoofdstuk V) vindt plaats in september van jaar t+3. Vanaf de tweede voorlopige vaststelling houdt het Zorginstituut rekening met de rapportages die de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft opgesteld en de correcties die daaruit voortvloeien. De definitieve vaststelling (Hoofdstuk VI) vindt plaats in april van jaar t+4.

### Wijzigingenoverzicht

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de belangrijkste wijzigingen in de uitvoering van de risicoverevening 2023.



Vereveningskenmerken	
L5G	Geen wijziging.
FKG_C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toevoeging van vijf extra klassen voor 'schilverzekerden' diabetes, COPD/astma en cardiovasculair risicomangement (CVRM). Deze 'schilverzekerden' zijn verzekerden met een lichtere vorm van deze chronische aandoeningen die nog niet in de bestaande FKG_C-klassen werden geïdentificeerd.</li> <li>• De FKG_C-klasse 'Nieraandoeningen' wordt een klasse o.b.v. add-on in de ex post vaststellingen. In de ex ante toekenning is voor deze klasse nog gebruik gemaakt van extramurale farmaciegegevens aangezien de overheveling van het betreffende middel van extramuraal naar intramuraal per 1 januari 2022 heeft plaatsgevonden.</li> <li>• Regulier onderhoud EHK-klassen heeft geleid tot een andere clustering en andere middelen in de EHK-klassen. Het aantal EHK-klassen blijft ongewijzigd.</li> </ul>
FKG_G	Geen wijziging.
DKG_C	Geen wijziging.
DKG_G	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vanwege de invoering van het Zorgprestatie-model – de nieuwe bekostigingssystematiek van de geestelijke gezondheidszorg, gebaseerd op prestaties – zijn er diverse aanpassingen gedaan in het DKG_G-kenmerk: <ul style="list-style-type: none"> <li>– DKG_G-klassen 1 en 3 zijn samengevoegd omdat het onderscheid van de basis-GGZ verdwijnt.</li> <li>– DKG_G-klassen 16 en 17 zijn samengevoegd en de indeling in de hoogste DKG_G-klassen wordt gebaseerd op het hebben van ten minste 365 aaneengesloten verblijfsdagen.</li> <li>– Onvrijwillige zorg wordt niet meer meegenomen in de indeling naar DKG_G-klassen</li> <li>– In het ZPM wordt alleen nog directe tijd geschreven, de benodigde indirecte tijd is verdisconteerd in het tarief van de prestaties. Bij de Definitieve Vaststelling 2023 wordt – voor een goede aansluiting tussen de opeenvolgende databestanden – het aantal directe behandelminuten van ZPM-declaraties met een ophoogfactor opgehoogd.</li> </ul> </li> </ul>
HKG_C	Geen wijziging.
FDG_C	Geen wijziging.
IBZ_C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Het somatische model wordt uitgebreid met het nieuwe kenmerk IBZ_C. Dit kenmerk onderscheidt verzekerden met kraamzorgkosten en kosten kraamzorg via integrale geboortezorg van ten minste 150 euro in het vereveningsjaar van de overige verzekerden.</li> </ul>
HSM_C	Geen wijziging.
MHK_C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewoners die blijvend in een Wlz-instelling verblijven, worden ingedeeld bij de MHK_C-afslagklasse (MHK_C-0)</li> </ul>
MHK_G	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De totale GGZ-kosten inclusief de kosten van intramurale GGZ-zorg in het tweede en derde verblijfsjaar worden voor gegevensjaar 2022 meegeteld in de indeling naar MHK_G-klassen.</li> </ul>
MVV_C	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alleen bewoners die blijvend in een Wlz-instelling verblijven, worden ingedeeld bij de MVV_C-afslagklasse (MVV_C-0)</li> </ul>
MFK_C	Geen wijziging.
AVI	Geen wijziging.
SES	Geen wijziging.
PPA	Geen wijziging.
SEI	Geen wijziging.
REG_C	Geen wijziging.
REG_G	Geen wijziging.
<b>Ex post compensatiemechanismen</b>	
Criteriumneutraliteit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In model 2023 wordt bij een aantal kenmerken criteriumneutraliteit toegepast. <ul style="list-style-type: none"> <li>– Integrale klassieke criteriumneutraliteit wordt toegepast op de kenmerken: DKG_C, DKG_G, HKG_C, FDG_C, IBZ_C, MHK_C, MHK_G, MVV_C, PPA_C. Voor het kenmerk PPA_C wordt daarbij een alternatieve afslagklasse (eenpersoonshuishoudens en meerpersoonshuishoudens) gehanteerd.</li> <li>– Partiële klassieke criteriumneutraliteit wordt toegepast op het kenmerk FKG_C. De criteriumneutraliteit wordt toegepast op de volgende klassen: FKG_C-1 COPD/astma: Medicatie, FKG_C-2 Diabetes: Insuline, FKG_C-3 Diabetes: Orale medicatie, FKG_C-4 CVRM: Medicatie Licht, FKG_C-5 CVRM: Medicatie Zwaar, FKG_C-22 Groeistoornissen o.b.v. add-on, FKG_C-29 Auto-immuunziekten o.b.v. add-on, FKG_C-30 Nieraandoeningen o.b.v. add-on, FKG_C-32 Immunglobuline o.b.v. add-on, FKG_C-35 COPD/Zware astma o.b.v. add-on, FKG_C-38 Kanker o.b.v. add-on, FKG_C-40 Maculadegeneratie o.b.v. add-on, FKG_C-41 Hypercholesterolemie, FKG_C-44 Extreem hoge kosten cluster 1, FKG_C-45 Extreem hoge kosten cluster 2, FKG_C-46 Extreem hoge kosten cluster 3 en FKG_C-47 Extreem hoge kosten cluster 4.</li> </ul> </li> <li>Bij integrale klassieke criteriumneutraliteit wordt het gewicht van de afslagklasse (bijvoorbeeld Geen DKG_C) 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.</li> </ul>
Bandbreedteregeling GGZ	/ Geen wijziging.
Bandbreedteregeling op modelovereenkomstniveau	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Er wordt een bandbreedteregeling op modelovereenkomstniveau ingevoerd voor de variabele zorgkosten in model 2023. De drempelwaarde is +/- 50 euro per verzekerde met een nacalculatie boven +50 euro en onder -50 euro van 75%. Dit wordt toegepast op het gemiddelde resultaat per verzekerde van modelovereenkomsten. Van het gedeelte buiten de bandbreedte wordt 75% herverdeeld over alle verzekerden van achttien jaar of ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.</li> </ul>



Vereveningskenmerken	
L5G	Geen wijziging.
Macrona calculatie	• Macrona calculatie wordt in model 2023 niet langer toegepast. Dat geldt voor alle deelbudgetten.
Flankerend beleid	• Flankerend beleid wordt in model 2023 voor het deelbedrag variabele zorgkosten en het deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg toegepast. Voor de normatieve opbrengst van het eigen risico komt flankerend beleid te vervallen. Bij flankerend beleid wordt het verschil tussen de landelijke gerealiseerde kosten en bijdragen herverdeeld over verzekeraars.

*Voorzitter Raad van Bestuur*  
*S. Wijma*