



Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 18 november 2022, kenmerk 3465547–1039405–Z, houdende bepalingen omtrent de in de Zorgverzekeringswet bedoelde vereveningsbijdrage voor het jaar 2022 (Regeling risicoverevening 2022)

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 32, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet en de artikelen 1, onderdelen i, j, aa en ii, 3.1, derde lid, 3.2, 3.4, derde lid, 3.6, derde lid, 3.8, tweede lid, 3.10, tweede lid, 3.11, derde, vijfde en zesde lid, 3.12a, eerste, tweede, vierde en vijfde lid, 3.13, 3.14, 3.15, eerste en derde lid, 3.19, tweede lid, en 3.22, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering;

Besluit:

HOOFDSTUK 1. DEFINITIES EN ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1

In deze regeling wordt verstaan onder:

- a. *HSM*: historische somatische morbiditeit, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen op basis van hun morbiditeit in het verleden;
- b. *MFK*: meerjarige farmaciekosten, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen op basis van hun farmaciekosten in het verleden;
- c. *SEI*: seizoenarbeiders, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen waarbij seizoenarbeiders worden onderscheiden van overige verzekerden;
- d. *seizoenarbeider*: een verzekerde van 18 tot en met 64 jaar, die in het buitenland woont en die in 2022 niet het gehele jaar verzekerd is en in 2021 niet of niet het gehele jaar is verzekerd;
- e. *verstrekking van een duur intramuraal geneesmiddel*: verstrekking van een intramuraal geneesmiddel die is uitgezonderd van de zorg, bedoeld in artikel 2.4, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering krachtens het tweede lid van dat artikel, of artikel 2.4a, eerste lid, van dat besluit.

Artikel 2

1. Het macro-prestatiebedrag voor het jaar 2022 bedraagt € 52.054,1 miljoen.
2. Het macro-prestatiebedrag is opgebouwd uit de volgende macro-deelbedragen:
 - a. het macro-deelbedrag variabele zorgkosten ad € 47.153,5 miljoen;
 - b. het macro-deelbedrag vaste zorgkosten ad € 546,1 miljoen;
 - c. het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg ad € 4.354,6 miljoen.

Artikel 3

1. De opbrengst van de nominale rekenpremie wordt voor het jaar 2022 geraamd op € 21.375,7 miljoen.
2. De opbrengst van het verplicht eigen risico wordt voor het jaar 2022 geraamd op € 3.239,4 miljoen.

Artikel 4

De beschikbare middelen voor het verstrekken van de bijdragen aan zorgverzekeraars, bedoeld in artikel 32, vierde lid, onderdeel a, van de wet, omvatten voor het jaar 2022, naast de middelen, bedoeld in § 1.5 van hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering, een bedrag van € 27.439,0 miljoen.



HOOFDSTUK 2. REGELS TEN BEHOEVE VAN DE TOEKENNING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE (EX ANTE) AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 5

1. De verdeling van het macro-deelbedrag variabele zorgkosten, bedoeld in artikel 3.4 van het Besluit zorgverzekering, geschiedt ten behoeve van het vereveningsjaar 2022 in aanvulling op de criteria, bedoeld in het eerste lid van dat artikel, mede aan de hand van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar verdeeld naar HSM, naar MFK en naar SEI.
2. De verdeling van het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, bedoeld in artikel 3.6 van het Besluit zorgverzekering, geschiedt ten behoeve van het vereveningsjaar 2022 in aanvulling op de criteria, bedoeld in het eerste lid van dat artikel, mede aan de hand van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar verdeeld naar SEI.
3. In afwijking van het eerste en tweede lid worden verzekerden die in Nederland wonen niet ingedeeld bij het vereveningscriterium SEI.

Artikel 6

1. De klassen en gewichten, bedoeld in de artikelen 3.4 en 3.6 van het Besluit zorgverzekering, en de klassen en gewichten die aan de criteria, bedoeld in artikel 5, worden toegekend, zijn vermeld in de bijlagen 1 en 2.
2. Bij de indeling van verzekerden in de klassen van het vereveningscriterium MHK laat het Zorginstituut de kosten van verpleging en verzorging buiten beschouwing.
3. Bij de indeling van verzekerden in de klassen van het vereveningscriterium GGZ-MHK laat het Zorginstituut de kosten van het tweede en derde jaar intramurale geestelijke gezondheidszorg buiten beschouwing.

Artikel 7

1. In afwijking van artikel 6 en bijlage 1, tabellen 1.2, 1.3, 1.4 en 1.10, en bijlage 2, tabellen 2.2 en 2.3, wordt een verzekerde die in het buitenland woont ingedeeld in de klassen 'Geen FKG', 'Geen DKG', 'Geen HKG', 'Geen FDG', 'Geen FKG psychische aandoeningen' en 'Geen DKG psychische aandoeningen', waarbij voor hem het gewicht van die klassen door het Zorginstituut wordt vastgesteld op een percentage van de gewichten van de desbetreffende klassen zoals deze op grond van de genoemde tabellen voor in Nederland wonende verzekerden gelden.
2. In afwijking van artikel 6 en bijlage 1, tabellen 1.12 en 1.13, wordt een verzekerde die in het buitenland woont ingedeeld in de klassen 'Geen HSM' en 'Geen MFK'.

Artikel 8

1. De nominale rekenpremie per jaar bedraagt € 1.499 per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald.
2. Het Zorginstituut raamt de opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar, bedoeld in artikel 3.10, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, door het geraamde aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moet worden betaald te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie.
3. Het Zorginstituut raamt het aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moet worden betaald, bedoeld in het tweede lid, door het geraamde aantal zorgverzekeringen van verzekerden van 18 jaar of ouder bij een zorgverzekeraar, te verminderen met het geraamde aantal zorgverzekeringen van verzekerden als bedoeld in artikel 24 van de wet.

Artikel 9

1. Het Zorginstituut raamt de opbrengst van het verplicht eigen risico per zorgverzekeraar, bedoeld in artikel 3.10, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, door per verzekerde van 18 jaar of ouder, met uitzondering van verzekerden als bedoeld in artikel 24 van de wet, de geraamde opbrengst van het verplicht eigen risico te bepalen en vervolgens de geraamde opbrengsten per zorgverzekeraar te sommeren.
2. Het Zorginstituut gaat voor de bepaling van de geraamde opbrengst per verzekerde, bedoeld in het



eerste lid, voor verzekerden van 18 jaar of ouder die zowel onder de klasse 'Geen FKG', als onder de klassen 'Geen DKG', 'Geen HKG', 'Geen MVV' en 'Geen FDG' vallen en niet worden ingedeeld bij MHK-klasse '2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent' of hoger, uit van verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, AVI, regio, MHK en SEI en de in bijlage 4 genoemde gewichten. Hierbij wordt de in de bijlage 4 aangegeven klassenindeling van de criteria aangehouden.

3. In afwijking van het tweede lid worden verzekerden die in het buitenland wonen niet ingedeeld bij het criterium regio en verzekerden die in Nederland wonen niet bij het criterium SEI.
4. De geraamde opbrengst per verzekerde, bedoeld in het eerste lid, bedraagt voor verzekerden van 18 jaar of ouder waarop het tweede lid niet van toepassing is:
 - a. Voor seizoenarbeiders: € 345,87;
 - b. Voor in het buitenland woonachtige verzekerden die geen seizoenarbeider zijn: € 357,31;
 - c. Voor overige verzekerden: € 352,33.

Artikel 10

1. Het Zorginstituut wijst bij samenloop van klassen van een vereveningscriterium alleen de hoogste klasse van dat criterium die voor de betreffende verzekerde van toepassing is toe.
2. In afwijking van het eerste lid wijst het Zorginstituut alle toepasselijke klassen van het vereveningscriterium FKG's toe met inachtneming van de volgende uitzonderingen:
 - a. In geval van samenloop bij twee of meer van de klassen 'Diabetes type I met hypertensie', 'Diabetes type I zonder hypertensie', 'Diabetes type II met hypertensie' en 'Diabetes type II zonder hypertensie', deelt het Zorginstituut een verzekerde in bij de eerstgenoemde klasse die voor de betreffende verzekerde van toepassing is en niet bij de andere genoemde klassen;
 - b. In geval van samenloop bij twee of meer van de klassen 'Verslaving exclusief nicotine', 'Psychose' en 'Depressie' deelt het Zorginstituut een verzekerde in bij de eerstgenoemde klasse die voor de betreffende verzekerde van toepassing is en niet bij de andere genoemde klassen;
 - c. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse 'Neuropathische pijn', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Chronische pijn exclusief opioïden';
 - d. In geval van samenloop bij twee of meer van de klassen 'COPD/Zware astma o.b.v. add-on', 'COPD/Zware astma' en 'Astma', deelt het Zorginstituut een verzekerde in bij de eerstgenoemde klasse die voor de betreffende verzekerde van toepassing is en niet bij de andere genoemde klassen;
 - e. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse 'Auto-immuunziekten o.b.v. add-on', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Reuma' en niet bij de klasse 'Psoriasis' en niet bij de klasse 'Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa';
 - f. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse 'Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: multiple sclerose', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: overig';
 - g. In geval van samenloop bij twee of meer van de klassen 'Kanker o.b.v. add-on', 'Hormoongevoelige tumoren' en 'Kanker', deelt het Zorginstituut een verzekerde in bij de eerstgenoemde klasse die voor de betreffende verzekerde van toepassing is en niet bij de andere genoemde klassen;
 - h. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse 'Pulmonale arteriële hypertensie', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Chronische antistolling' en niet bij de klasse 'Astma' en niet bij de klasse 'COPD/Zware astma';
 - i. In geval van samenloop bij twee of meer van de klassen 'Hartaandoeningen: overig', 'Hartaandoeningen: anti-aritmica' en 'Chronische antistolling' deelt het Zorginstituut een verzekerde in bij de eerstgenoemde klasse die voor de betreffende verzekerde van toepassing is en niet bij de andere genoemde klassen;
 - j. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse 'Chronische pijn exclusief opioïden', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Psychose';
 - k. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse 'Schilddklieraandoeningen', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Groeistoornissen o.b.v. add-on';
 - l. In geval van samenloop bij twee of meer van de klassen 'Extreem hoge kosten cluster 4', 'Extreem hoge kosten cluster 3', 'Extreem hoge kosten cluster 2' en 'Extreem hoge kosten cluster 1', deelt het Zorginstituut een verzekerde in bij de eerstgenoemde klasse die voor de betreffende verzekerde van toepassing is en niet bij de andere genoemde klassen.
3. Het Zorginstituut deelt bij het vereveningscriterium FKG's een verzekerde niet in op basis van de verstrekking van een geneesmiddel die in een van de vier aan het vereveningsjaar voorafgaande kalenderjaren is opgehouden een verstrekking van een duur intramuraal geneesmiddel te zijn.



4. In afwijking van het eerste lid, wijst het Zorginstituut alle toepasselijke klassen toe van:
 - a. het vereveningscriterium DKG's, waarbij een klasse meerdere malen kan worden toegewezen; en
 - b. het vereveningscriterium HKG's.
5. Voor de indeling van een verzekerde bij het vereveningscriterium AVI geldt dat:
 - a. het Zorginstituut een verzekerde van 18 tot en met 64 jaar die in meerdere klassen van het vereveningscriterium AVI is in te delen, in afwijking van het eerste lid, indeelt op basis van de volgorde in de volgende trechtering:
 - duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA);
 - arbeidsongeschikten;
 - bijstandsgerechtigden;
 - studenten van 18 tot en met 34 jaar;
 - werklozen en loontrekkers, behalve als zij hoogopgeleid en 18 tot en met 44 jaar zijn;
 - zelfstandigen;
 - hoogopgeleiden van 18 tot en met 44 jaar;
 - alle verzekerden die niet zijn ingedeeld onder 1 tot en met 7, zij vormen samen met de verzekerden onder 5 de referentiegroep;
 - b. het Zorginstituut een verzekerde van 0 tot en met 17 jaar indeelt op basis van de AVI-indeling van de volwassenen op hetzelfde adres. Indien er meerdere volwassenen op hetzelfde adres wonen, deelt het Zorginstituut de verzekerde, bedoeld in de vorige zin, in de relevante AVI-klasse in die het eerst voorkomt in de trechtering van onderdeel a, bij die indeling worden alleen volwassenen betrokken die jonger zijn dan 65 jaar en die ten minste 15 jaar ouder zijn dan de betreffende verzekerde van 0 tot en met 17 jaar; en
 - c. het Zorginstituut een verzekerde van 65 tot en met 69 jaar indeelt op basis van de laatst bekende AVI-indeling van voordat de verzekerde 65 jaar werd.
6. In afwijking van het eerste lid wijst het Zorginstituut alle toepasselijke klassen van het vereveningscriterium FKG's psychische aandoeningen toe met inachtneming van de volgende uitzondering: In geval van samenloop bij twee of meer van de klassen 'Psychose depot', 'Chronische stemmingsstoornissen complex', 'Psychose', 'Bipolaire stoornissen complex', 'Bipolaire stoornissen regulier' en 'Chronische stemmingsstoornissen', deelt het Zorginstituut een verzekerde in bij de eerstgenoemde klasse die voor de betreffende verzekerde van toepassing is en niet bij de andere genoemde klassen.
7. Het Zorginstituut deelt verzekerden in een Wlz-instelling bij het vereveningscriterium SES in de klasse '1 (zeer laag)' in en bij het vereveningscriterium MVV verzekerden in een Wlz-instelling van 18 jaar of ouder in de klasse 'Geen MVV'.
8. Het Zorginstituut deelt verzekerden ingedeeld in de klassen '15' tot en met '18' van het vereveningscriterium DKG's psychische aandoeningen bij het vereveningscriterium SES in de klasse '1 (zeer laag)' in.
9. Het Zorginstituut deelt bij het vereveningscriterium GGZ-MHK verzekerden met kosten op de percentielgrens '98,5 procent met kosten >10 euro' naar rato in bij de betreffende klassen.
10. Het Zorginstituut deelt bij het vereveningscriterium MVV verzekerden met kosten op de percentielgrens naar rato in bij de betreffende klassen.
11. Indien een percentielgrens als bedoeld in het tiende lid, gelijk is aan nul euro, deelt het Zorginstituut, in afwijking van het tiende lid, verzekerden met kosten op die percentielgrens in bij de klasse 'Geen MVV'.
12. Het Zorginstituut stelt als bijlage bij de beleidsregels, bedoeld in artikel 32, vijfde lid, van de Zorgverzekeringswet, referentiebestanden vast voor de gehanteerde vereveningscriteria, met uitzondering van SEI, ter onderbouwing van de indeling van verzekerden in de klassen van het desbetreffende vereveningscriterium.

HOOFDSTUK 3. REGELS TEN BEHOEVE VAN DE VASTSTELLING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE (EX POST) TEN BEHOEVE VAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 11

1. Een verzekerde die slechts gedurende een deel van het vereveningsjaar bij een zorgverzekeraar verzekerd was, telt voor het vaststellen van de vereveningsbijdrage voor die zorgverzekeraar mee in een mate die bepaald wordt door het aantal dagen dat hij in dat jaar bij die zorgverzekeraar



verzekerd was te delen door het aantal dagen in dat jaar.

2. Indien een verzekerde gedurende een aantal dagen van het vereveningsjaar bij meer dan één zorgverzekeraar verzekerd was, telt hij voor het vaststellen van de vereveningsbijdrage over die periode mee in een mate die bepaald wordt door het getal 1 te delen door het aantal zorgverkeeraars waarbij hij in die periode verzekerd was.

Artikel 12

1. Nadat het Zorginstituut de gerealiseerde kosten op de in de artikelen 13 tot en met 16 beschreven wijze heeft toegedeeld, herberekent het Zorginstituut voor de clusters 'variabele zorgkosten' en 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' de relevante deelbedragen met gebruik van de referentiebestanden, bedoeld in artikel 10, twaalfde lid.
2. Het Zorginstituut gaat bij de herberekening, bedoeld in het eerste lid, uit van de gerealiseerde kosten voor elk van beide clusters en van gerealiseerde aantallen verzekerden per klasse van ieder vereveningscriterium. Voor de herberekening van de vereveningsbijdrage voor het cluster 'variabele zorgkosten' past het Zorginstituut de gewichten in de tabellen van bijlage 1 toe. Voor de herberekening van de vereveningsbijdrage voor het cluster 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' past het Zorginstituut de gewichten in de tabellen van bijlage 3 toe.
3. De gerealiseerde aantallen verzekerden per klasse van ieder vereveningscriterium worden voor de hiernavolgende criteria aan de hand van realisatiecijfers over de volgende jaren berekend:
 - a. leeftijd en geslacht: 2022;
 - b. FKG's: 2021;
 - c. DKG's: 2021;
 - d. HKG's: 2021;
 - e. AVI: 2022;
 - f. regio: 2022;
 - g. SES: 2021 en 2022;
 - h. MHK: 2019, 2020 en 2021;
 - i. GGZ-regio: 2022;
 - j. FKG's psychische aandoeningen: 2021;
 - k. DKG's psychische aandoeningen: 2019, 2020 en 2021;
 - l. PPA: 2021 en 2022;
 - m. GGZ-MHK: 2017, 2018, 2019, 2020 en 2021;
 - n. FDG: 2021;
 - o. MVV: 2019, 2020 en 2021;
 - p. HSM: 2019;
 - q. MFK: 2019, 2020 en 2021;
 - r. SEI: 2021 en 2022.
4. In afwijking van het tweede lid herberekent het Zorginstituut het gewicht van de klasse 'Geen FKG' zodanig dat het voor de klassen 'Auto-immuunziekten o.b.v. add-on', 'Kanker o.b.v. add-on', 'Groeistoornissen o.b.v. add-on', 'Immunoglobuline o.b.v. add-on', 'COPD/Zware astma o.b.v. add-on', 'Maculadegeneratie o.b.v. add-on', 'Cystic fibrosis/pancreasenzymen', 'Astma', 'COPD/Zware astma', 'Hypercholesterolemie', 'Verslaving exclusief nicotine', 'Extreem hoge kosten cluster 1', 'Extreem hoge kosten cluster 2', 'Extreem hoge kosten cluster 3' en 'Extreem hoge kosten cluster 4' gesommeerde verschil tussen de vermenigvuldiging van het gerealiseerde aantal verzekerden met het gewicht in tabel 1.2 en de vermenigvuldiging van het bij toekenning van de vereveningsbijdrage verwachte aantal verzekerden met het gewicht in tabel 1.2, teniet wordt gedaan.
5. In afwijking van het tweede lid herberekent het Zorginstituut het gewicht voor de klasse 'Geen DKG' zodanig dat voor het criterium DKG's de gesommeerde resultaten van de vermenigvuldiging van de gewichten met het gerealiseerde aantal verzekerden nul bedragen.
6. In afwijking van het tweede lid herberekent het Zorginstituut het gewicht voor de klasse 'Geen MHK' zodanig dat voor het criterium MHK de gesommeerde resultaten van de vermenigvuldiging van de gewichten met het gerealiseerde aantal verzekerden nul bedragen.
7. In afwijking van het tweede lid herberekent het Zorginstituut het gewicht voor de klasse 'Geen MVV' zodanig dat voor het criterium MVV de gesommeerde resultaten van de vermenigvuldiging van de gewichten met het gerealiseerde aantal verzekerden nul bedragen.
8. In afwijking van het tweede lid, herberekent het Zorginstituut het gewicht van de klasse 'Geen DKG



psychische aandoeningen' zodanig dat voor het criterium DKG's psychische aandoeningen de gesommeerde resultaten van de vermenigvuldiging van de gewichten met het gerealiseerde aantal verzekerden nul bedragen.

9. In afwijking van het tweede lid, herberekent het Zorginstituut het gewicht van de klasse 'Geen FDG' zodanig dat voor het criterium FDG de gesommeerde resultaten van de vermenigvuldiging van de gewichten met het gerealiseerde aantal verzekerden nul bedragen.
10. In afwijking van het tweede lid herberekent het Zorginstituut het gewicht van de klasse 'Geen HKG' zodanig dat het voor de klassen 'Therapeutische elastische kousen', 'Vernevelaar met toebehoren', 'Voedingshulpmiddelen (excl. zuigelingen)' en 'Orthesen' gesommeerde verschil tussen de vermenigvuldiging van het gerealiseerde aantal verzekerden met het gewicht in tabel 1.4 en de vermenigvuldiging van het bij toekenning van de vereveningsbijdrage verwachte aantal verzekerden met het gewicht in tabel 1.4, teniet wordt gedaan.
11. In afwijking van het tweede lid, herberekent het Zorginstituut het gewicht van de klasse 'Geen GGZ-MHK' zodanig dat voor het criterium GGZ-MHK de gesommeerde resultaten van de vermenigvuldiging van de gewichten met het gerealiseerde aantal verzekerden nul bedragen.
12. In afwijking van het tweede lid, herberekent het Zorginstituut de gewichten voor elke leeftijds-klasse in tabel 1.5 voor de zelfstandigen, de referentiegroep en de hoogopgeleiden zodanig dat voor de corresponderende leeftijdsklasse voor de bijstandsgerechtigden het verschil tussen de vermenigvuldiging van het gerealiseerde aantal verzekerden met het gewicht in tabel 1.5 en de vermenigvuldiging van het bij toekenning van de vereveningsbijdrage verwachte aantal verzekerden met het gewicht in tabel 1.5, teniet wordt gedaan. Het Zorginstituut past bij de herberekening de betrokken gewichten per leeftijdsklasse voor de zelfstandigen, de referentiegroep en de hoogopgeleiden met eenzelfde bedrag aan.
13. In afwijking van het tweede lid, herberekent het Zorginstituut de gewichten voor elke leeftijds-klasse in tabel 3.4 voor de zelfstandigen, de referentiegroep en de hoogopgeleiden zodanig dat voor de corresponderende leeftijdsklasse voor de bijstandsgerechtigden het verschil tussen de vermenigvuldiging van het gerealiseerde aantal verzekerden met het gewicht in tabel 3.4 en de vermenigvuldiging van het bij toekenning van de vereveningsbijdrage verwachte aantal verzekerden met het gewicht in tabel 3.4, teniet wordt gedaan. Het Zorginstituut past bij de herberekening de betrokken gewichten per leeftijdsklasse voor de zelfstandigen, de referentiegroep en de hoogopgeleiden met eenzelfde bedrag aan.
14. In afwijking van het tweede lid herberekent het Zorginstituut het gewicht van de klasse 'Geen FKG psychische aandoeningen' zodanig dat het verschil voor de klasse 'Verslaving exclusief nicotine' tussen de vermenigvuldiging van het gerealiseerde aantal verzekerden met het gewicht in tabel 3.2 en de vermenigvuldiging van het bij toekenning van de vereveningsbijdrage verwachte aantal verzekerden met het gewicht in tabel 3.2, teniet wordt gedaan.
15. In afwijking van het tweede lid, herberekent het Zorginstituut de gewichten voor elke leeftijds-klasse in tabel 1.8 voor de klassen 'Eenpersoonshuishouden' en 'Overig' zodanig dat voor de corresponderende leeftijdsklasse het voor de klassen 'Wlz-instelling, blijvend' en 'Wlz-instelling, instromend' gesommeerde verschil tussen de vermenigvuldiging van het gerealiseerde aantal verzekerden met het gewicht in tabel 1.8 en de vermenigvuldiging van het bij toekenning van de vereveningsbijdrage verwachte aantal verzekerden met het gewicht in tabel 1.8, teniet wordt gedaan. Het Zorginstituut past bij de herberekening de betrokken gewichten per leeftijdsklasse voor de klassen 'Eenpersoonshuishouden' en 'Overig' met eenzelfde bedrag aan.
16. In afwijking van het tweede lid, herberekent het Zorginstituut de gewichten voor elke leeftijds-klasse in tabel 3.7 voor de klassen 'Eenpersoonshuishouden' en 'Overig' zodanig dat voor de corresponderende leeftijdsklasse het voor de klassen 'Wlz-instelling, blijvend' en 'Wlz-instelling, instromend' gesommeerde verschil tussen de vermenigvuldiging van het gerealiseerde aantal verzekerden met het gewicht in tabel 3.7 en de vermenigvuldiging van het bij toekenning van de vereveningsbijdrage verwachte aantal verzekerden met het gewicht in tabel 3.7, teniet wordt gedaan. Het Zorginstituut past bij de herberekening de betrokken gewichten per leeftijdsklasse voor de klassen 'Eenpersoonshuishouden' en 'Overig' met eenzelfde bedrag aan.
17. In afwijking van het tweede lid herberekent het Zorginstituut het gewicht voor de klasse 'Geen MFK' zodanig dat voor het criterium MFK de gesommeerde resultaten van de vermenigvuldiging van de gewichten met het gerealiseerde aantal verzekerden nul bedragen.



18. Het Zorginstituut rondt de op grond van het vierde tot en met zeventiende lid herberekende gewichten af op twee decimalen.

Artikel 13

1. Het Zorginstituut merkt kosten als bedoeld in artikel 3.13 van het Besluit zorgverzekering, voor prestaties van grensoverschrijdende zorg:
 - a. die zodanig zijn gespecificeerd dat uit de specificatie blijkt dat zij gelden als kosten van geneeskundige zorg zoals klinisch psychologen en psychiaters die plegen te bieden die gericht is op het herstel van een psychische aandoening alsmede het daarmee gepaard gaande verblijf gedurende een onafgebroken periode van niet meer dan 1.095 dagen, aan als kosten van het cluster 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg'; en
 - b. waarvan de specificatie niet voldoet aan onderdeel a aan als kosten van het cluster 'variabele zorgkosten'.
2. Het Zorginstituut merkt kosten voor prestaties van grensoverschrijdende zorg die gemaakt zijn met toepassing van internationale regelingen inzake sociale zekerheid, aan als kosten van het cluster 'variabele zorgkosten'.

Artikel 14

1. Met uitzondering van betalingen uit hoofde van een verplicht of vrijwillig eigen risico, deelt het Zorginstituut zorgkosten die voor rekening komen van de verzekerden niet toe aan een cluster van prestaties.
2. Het Zorginstituut deelt renteheffingskosten niet toe aan een cluster van prestaties.

Artikel 15

Het Zorginstituut merkt de kosten van prestaties, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg, voor een door hem per instelling vast te stellen percentage aan als kosten van het cluster 'variabele zorgkosten'.

Artikel 16

1. Het Zorginstituut merkt de kosten van prestaties, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg, per instelling voor medisch-specialistisch zorg voor 100 procent minus het door hem op basis van artikel 15 vastgestelde percentage, aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.
2. Het Zorginstituut merkt de kosten van een verstrekking van een geneesmiddel die in het vereveningsjaar of de vier daaraan voorafgaande kalenderjaren is opgehouden een verstrekking van een duur intramuraal geneesmiddel te zijn, aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.
3. Het Zorginstituut calculeert 100 procent na op het verschil tussen de kosten van het cluster 'vaste zorgkosten', vastgesteld ingevolge het eerste en tweede lid enerzijds, en het herberekende deelbedrag 'vaste zorgkosten' na toepassing van artikel 3.15, tweede lid van het Besluit zorgverzekering anderzijds.

Artikel 17

1. Het Zorginstituut past als volgt hogekostencompensatie toe op het herberekende deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, bedoeld in artikel 3.12, derde lid, van het Besluit zorgverzekering:
 - a. de drempelwaarde wordt bepaald, zodanig dat 0,5% van de verzekerden met kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg kosten gelijk aan of boven deze drempelwaarde heeft;
 - b. 90% van de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van de verzekerde, voor zover deze kosten de drempelwaarde overschrijden, wordt berekend;
 - c. vervolgens worden de uitkomsten uit onderdeel b per zorgverzekeraar gesommeerd;
 - d. daarna wordt het percentage berekend dat voortvloeit uit de verhouding tussen de som van de uitkomsten van onderdeel c van alle zorgverzekeraars samen en de herberekende deelbedragen kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van alle zorgverzekeraars samen, en dit percentage wordt toegepast op het corresponderende herberekende deelbedrag van een zorgverzekeraar.
 - e. ten slotte wordt het herberekende deelbedrag per zorgverzekeraar nogmaals herberekend door



hierbij het resultaat van onderdeel c op te tellen en vervolgens te verminderen met het resultaat van onderdeel d.

2. Het Zorginstituut kan bij een voorlopige vaststelling als bedoeld in artikel 3.20, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering, de toepassing van hogekostencompensatie achterwege laten. Het Zorginstituut past dan in afwijking van artikel 12, tweede lid, voor de herberekening van de vereveningsbijdrage voor het cluster 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' de gewichten in de tabellen van bijlage 2 toe.

Artikel 18

1. De opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in artikel 3.19, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, wordt berekend overeenkomstig artikel 8, met dien verstande, dat wordt uitgegaan van het gerealiseerde aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moest worden betaald.
2. De berekening van het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 3.19, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, vindt plaats overeenkomstig artikel 9, met dien verstande, dat wordt uitgegaan van het gerealiseerde aantal verzekerden van 18 jaar of ouder verminderd met het gerealiseerde aantal verzekerden als bedoeld in artikel 24, van de wet.
3. Bij de berekening, bedoeld in het tweede lid, herberekent het Zorginstituut, in afwijking van dat lid en artikel 9, tweede lid, de gewichten voor elke leeftijdsklasse in tabel 4.2 voor de zelfstandigen, de referentiegroep en de hoogopgeleiden zodanig dat voor de corresponderende leeftijdsklasse voor de bijstandsgerechtigden het verschil tussen de vermenigvuldiging van het gerealiseerde aantal verzekerden met het gewicht in tabel 4.2 en de vermenigvuldiging van het bij toekenning van de vereveningsbijdrage verwachte aantal verzekerden met het gewicht in tabel 4.2, teniet wordt gedaan. Het Zorginstituut past bij de herberekening de betrokken gewichten per leeftijdsklasse voor de zelfstandigen, de referentiegroep en de hoogopgeleiden met eenzelfde bedrag aan. Het Zorginstituut rondt de herberekende gewichten af op twee decimalen.
4. Bij de berekening, bedoeld in het tweede lid, herberekent het Zorginstituut, in afwijking van dat lid en artikel 9, tweede lid, het gewicht voor de klasse 'Geen MHK' zodanig dat voor het criterium MHK de gesommeerde resultaten van de vermenigvuldiging van de gewichten met het gerealiseerde aantal verzekerden nul bedragen. Het Zorginstituut rondt het herberekende gewicht af op twee decimalen.

Artikel 19

De artikelen 5, 6, tweede en derde lid, 7 en 10 zijn van overeenkomstige toepassing bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage ten behoeve van een zorgverzekeraar met dien verstande dat bij toepassing van hogekostencompensatie een verzekerde die in het buitenland woont, in afwijking van bijlage 3, tabellen 3.2 en 3.3, wordt ingedeeld in de klassen 'Geen FKG psychische aandoeningen' en 'Geen DKG psychische aandoeningen'.

HOOFDSTUK 4. AANVULLINGEN OP DE VEREVENINGSBIJDRAGE AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 20

Het in artikel 3.22, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering bedoelde bedrag per verzekerde bedraagt € 41.

HOOFDSTUK 5. BETALING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE AAN ZORGVERZEKERAAR DOOR HET ZORGINSTITUUT

Artikel 21

De betaling van de bijdrage geschiedt overeenkomstig door het Zorginstituut te stellen beleidsregels, waarin een betaalschema is opgenomen dat rekening houdt met declaratiepatronen van zorgaanbieders.



HOOFDSTUK 6. SLOTBEPALINGEN

Artikel 22

Deze regeling treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst en werkt terug tot en met 30 september 2021.

Artikel 23

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling risicoverevening 2022.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers*



BIJLAGE 1. NORMBEDRAGEN VEREVENINGSMODEL VARIABELE ZORGKOSTEN (BEHORENDE BIJ ARTIKEL 6 EN ARTIKEL 12, TWEEDE LID, VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2022)

De bijlage betreft kosten van zorg behorende tot het cluster 'variabele zorgkosten'. De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex ante berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (artikel 6) en vormen de basis voor de ex post berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (artikel 12, tweede lid).

Tabel 1.1. Gewichten voor het vereveningscriterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)

		Variabele zorgkosten
Mannen	0 jaar, geboren in het vereveningsjaar	10609.13
	0 jaar, geboren in het voorafgaande jaar	3236.30
	1-4 jaar	2491.74
	5-9 jaar	2237.10
	10-14 jaar	2211.01
	15-17 jaar	2289.06
	18-24 jaar	2063.53
	25-29 jaar	2085.93
	30-34 jaar	2082.53
	35-39 jaar	2140.97
	40-44 jaar	2183.59
	45-49 jaar	2301.53
	50-54 jaar	2417.44
	55-59 jaar	2655.07
	60-64 jaar	2867.73
	65-69 jaar	3165.09
	70-74 jaar	3551.15
	75-79 jaar	3988.07
	80-84 jaar	4411.39
85-89 jaar	5000.29	
90+ jaar	5972.23	
Vrouwen en onbepaald geslacht	0 jaar, geboren in het vereveningsjaar	9529.27
	0 jaar, geboren in het voorafgaande jaar	2921.12
	1-4 jaar	2242.28
	5-9 jaar	2217.81
	10-14 jaar	2254.27
	15-17 jaar	2415.63
	18-24 jaar	2305.91
	25-29 jaar	2825.74
	30-34 jaar	3035.50
	35-39 jaar	2624.75
	40-44 jaar	2361.48
	45-49 jaar	2385.81
	50-54 jaar	2456.63
	55-59 jaar	2527.85
	60-64 jaar	2673.74
	65-69 jaar	2902.02
	70-74 jaar	3167.78
	75-79 jaar	3477.83
	80-84 jaar	4053.28
85-89 jaar	4663.13	
90+ jaar	5392.93	

Tabel 1.2. Gewichten voor het vereveningscriterium FKG's (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
Geen FKG	-269.91
Schildklierandoeningen	-48.34
Glaucoom	52.68
Depressie	36.22



	Variabele zorgkosten
Psychose	43.39
Epilepsie	464.82
Chronische antistolling	623.25
Transplantaties	3639.94
Parkinson	3177.94
Hartaandoeningen: overig	1739.30
Chronische pijn exclusief opioïden	797.32
Neuropatische pijn	1289.21
Diabetes type II zonder hypertensie	316.85
Diabetes type II met hypertensie	711.20
Diabetes type I zonder hypertensie	1219.61
Diabetes type I met hypertensie	1757.30
Cystic fibrosis/pancreasenzymen	2863.25
Groeistoornissen o.b.v. add-on	2991.78
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: overig	3380.86
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: multiple sclerose	4456.51
HIV/AIDS	837.50
Psoriasis	398.40
Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	468.29
Reuma	596.85
Auto-immuunziekten o.b.v. add-on	2789.00
Nieraandoeningen	9611.02
Acromegalie	13797.31
Immunoglobuline o.b.v. add-on	13448.80
Astma	179.10
COPD/Zware astma	1375.81
COPD/Zware astma o.b.v. add-on	12448.89
Hormoongevoelige tumoren	1045.61
Kanker	732.70
Kanker o.b.v. add-on	10292.13
Pulmonale arteriële hypertensie	15912.81
Maculadegeneratie o.b.v. add-on	2468.61
Hypercholesterolemie	2410.44
Hartaandoeningen: anti-aritmica	630.98
Verslaving exclusief nicotine	1168.69
Extreem hoge kosten cluster 1	102109.88
Extreem hoge kosten cluster 2	200833.32
Extreem hoge kosten cluster 3	351095.35
Extreem hoge kosten cluster 4	535090.64

Tabel 1.3. Gewichten voor het vereveningscriterium DKG's (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
Geen DKG	-352.32
1	203.39
2	803.28
3	1052.66
4	1706.71
5	2398.33
6	2867.32
7	3256.38
8	3615.90
9	4094.48
10	4675.53
11	4729.78
12	5565.17
13	5147.73
14	7659.71
15	7612.96



	Variabele zorgkosten
16	11699.82
17	12833.45
18	12762.83
19	11412.14
20	14667.92
21	15227.70
22	16414.61
23	20988.60
24	27989.85
25	51101.04
26	55036.30

Tabel 1.4. Gewichten voor het vereveningscriterium HKG's (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
Geen HKG	-82.65
CPAP apparatuur	433.69
Therapeutische elastische kousen	267.73
Voorzieningen voor stomapatiënten	1631.08
Vernevelaar met toebehoren	3629.20
Middelen voor urine-opvang	2345.19
Injectiespuiten met toebehoren (excl. diabetes)	2287.47
Zuurstofapparaten met toebehoren	3476.55
Voedingshulpmiddelen (excl. zuigelingen)	8839.13
Slijmuitzuigapparatuur	17938.46
Draagbare infuuspompen	7029.18
Compressiehulpmiddelen	2071.79
Orthesen	1288.45
Beenprothesen	2320.56
Insulinepompen	1346.03

Tabel 1.5. Gewichten voor het vereveningscriterium AVI (in euro's per verzekerde)

		Variabele zorgkosten
	70+ jaar	0.00
Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)	0-17 jaar	214.98
	18-34 jaar	1460.99
	35-44 jaar	1075.21
	45-54 jaar	898.53
	55-64 jaar	611.63
	65-69 jaar	469.94
Arbeidsongeschikten excl. IVA	0-17 jaar	147.55
	18-34 jaar	210.89
	35-44 jaar	461.19
	45-54 jaar	449.64
	55-64 jaar	328.51
	65-69 jaar	386.43
Bijstandsgerechtigden	0-17 jaar	188.74
	18-34 jaar	271.67
	35-44 jaar	274.30
	45-54 jaar	301.23
	55-64 jaar	250.68
	65-69 jaar	247.19
Studenten	0-17 jaar	-29.81
	18-34 jaar	-171.26
Zelfstandigen	0-17 jaar	-104.39
	18-34 jaar	-70.01
	35-44 jaar	-111.87
	45-54 jaar	-147.12

		Variabele zorgkosten
	55-64 jaar	-187.83
	65-69 jaar	-16.58
Hoogopgeleiden	0-17 jaar	-118.07
	18-34 jaar	15.97
	35-44 jaar	-62.53
Referentiegroep	0-17 jaar	-2.71
	18-34 jaar	26.75
	35-44 jaar	-20.50
	45-54 jaar	-49.27
	55-64 jaar	-61.07
	65-69 jaar	-103.18

Tabel 1.6. Gewichten voor het vereveningscriterium regio (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
1	51.96
2	29.46
3	20.92
4	8.08
5	-8.71
6	-10.39
7	-15.33
8	-12.32
9	-22.68
10	-39.26

Tabel 1.7. Gewichten voor het vereveningscriterium SES (in euro's per verzekerde)

		Variabele zorgkosten
1 (zeer laag)	0-17 jaar	57.60
	18-69 jaar	-9.14
	70+ jaar	-125.41
2 (laag)	0-17 jaar	35.65
	18-69 jaar	14.71
	70+ jaar	1.75
3 (midden)	0-17 jaar	-28.88
	18-69 jaar	20.25
	70+ jaar	66.38
4 (hoog)	0-17 jaar	-33.59
	18-69 jaar	-23.72
	70+ jaar	42.13

Tabel 1.8. Gewichten voor het vereveningscriterium PPA (in euro's per verzekerde)

		Variabele zorgkosten
	0-17 jaar	0.00
Wlz-instelling, blijvend	18-69 jaar	-633.20
	70-79 jaar	-2022.69
	80+ jaar	-3358.71
Wlz-instelling, instromend	18-69 jaar	10399.83
	70-79 jaar	12791.05
	80+ jaar	10355.31
Eenpersoonshuishouden	18-69 jaar	-3.48
	70-79 jaar	230.84
	80+ jaar	202.71
Overig	18-69 jaar	-1.62
	70-79 jaar	-126.76
	80+ jaar	-199.32



Tabel 1.9. Gewichten voor het vereveningscriterium MHK (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
Geen MHK	-544.23
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30 procent	80.49
2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent	2493.28
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 15 procent	2024.11
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent	3295.44
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 7 procent	4930.71
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 4 procent	8623.56
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 1,5 procent	18818.55
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 0,5 procent	46105.35

Tabel 1.10. Gewichten voor het vereveningscriterium FDG (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
Geen FDG	-28.77
1	471.51
2	1507.06
3	6647.03
4	6638.74

Tabel 1.11. Gewichten voor het vereveningscriterium MVV (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
Geen MVV	-206.22
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 3,5 procent	1089.78
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 3 procent	1703.36
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 2,5 procent	3114.95
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 2 procent	5705.44
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 1,5 procent	8551.67
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 1 procent	12293.37
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 0,5 procent	17415.95
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 0,25 procent	30076.55
Kosten V&V voorafgaand jaar in top 0,25%; 0 – 17 jaar	71498.22

Tabel 1.12. Gewichten voor het vereveningscriterium HSM (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
Geen HSM	-82.18
Ten minste 1 keer in positieve somatische morbiditeitsklasse in vereveningsjaar 3 jaar eerder	98.12

Tabel 1.13. Gewichten voor het vereveningscriterium MFK (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
Geen MFK	-154.55
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren farmaciekosten in top 25 procent	338.67

Tabel 1.14. Gewichten voor het vereveningscriterium SEI (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
Seizoenarbeider	-149.47
Geen seizoenarbeider	113.29



BIJLAGE 2. NORMBEDRAGEN VEREVENINGSMODEL GENEESKUNDIGE GGZ (BEHORENDE BIJ ARTIKEL 6 VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2022)

De bijlage betreft de kosten van zorg behorende tot het cluster 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg'.

De in deze bijlage genoemde vereveningscriteria zijn van toepassing voor verzekerden van achttien jaar of ouder; de gewichten zijn bedoeld voor de ex ante berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (artikel 6). De gewichten bevatten geen correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel 2.1. Gewichten voor het vereveningscriterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)

		Kosten van geneeskundige GGZ
Mannen	18-24 jaar	374.46
	25-29 jaar	362.49
	30-34 jaar	334.67
	35-39 jaar	330.35
	40-44 jaar	305.56
	45-49 jaar	280.41
	50-54 jaar	267.71
	55-59 jaar	257.76
	60-64 jaar	257.76
	65-69 jaar	256.84
	70-74 jaar	252.86
	75-79 jaar	252.86
	80-84 jaar	245.51
	85-89 jaar	245.51
90+ jaar	245.51	
Vrouwen en onbepaald geslacht	18-24 jaar	480.03
	25-29 jaar	409.04
	30-34 jaar	355.71
	35-39 jaar	348.17
	40-44 jaar	320.41
	45-49 jaar	297.24
	50-54 jaar	278.03
	55-59 jaar	257.76
	60-64 jaar	257.76
	65-69 jaar	256.84
	70-74 jaar	252.86
	75-79 jaar	252.86
	80-84 jaar	245.51
	85-89 jaar	245.51
90+ jaar	245.51	

Tabel 2.2. Gewichten voor het vereveningscriterium FKG's psychische aandoeningen (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen FKG psychische aandoeningen	-32.92
ADHD	103.86
Verslaving exclusief nicotine	149.42
Angststoornissen (benzodiazepinen)	1014.05
Chronische stemmingsstoornissen	234.24
Bipolaire stoornissen regulier	851.06
Bipolaire stoornissen complex	2107.33
Psychose	1886.39
Chronische stemmingsstoornissen complex	1749.10
Psychose depot	5456.05



Tabel 2.3. Gewichten voor het vereveningscriterium DKG's psychische aandoeningen (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen DKG psychische aandoeningen	-120.51
1 (gebruik basis GGZ in het voorgaande jaar)	339.29
2	639.68
3	1270.71
4	2262.56
5	4781.39
6	5447.53
7	5662.23
8	7968.61
9	11769.09
10	10013.48
11	15702.79
12	21490.01
13	37644.23
14	35332.11
15	59517.62
16	32045.03
17	62281.85
18	31924.53

Tabel 2.4. Gewichten voor het vereveningscriterium AVI (in euro's per verzekerde)

		Kosten van geneeskundige GGZ
	70+ jaar	0.00
Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)	18-34 jaar	356.42
	35-44 jaar	211.04
	45-54 jaar	-12.98
	55-64 jaar	-3.04
	65-69 jaar	-2.11
Arbeidsongeschikten excl. IVA	18-34 jaar	482.29
	35-44 jaar	351.04
	45-54 jaar	138.19
	55-64 jaar	32.03
	65-69 jaar	14.23
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	560.35
	35-44 jaar	208.57
	45-54 jaar	74.39
	55-64 jaar	-3.04
	65-69 jaar	-2.11
Studenten	18-34 jaar	-84.70
Zelfstandigen	18-34 jaar	-73.09
	35-44 jaar	-55.59
	45-54 jaar	-17.74
	55-64 jaar	-3.04
	65-69 jaar	-2.11
Hoogopgeleiden	18-34 jaar	-61.45
	35-44 jaar	-41.88
Referentiegroep	18-34 jaar	-6.79
	35-44 jaar	-19.02
	45-54 jaar	-12.98
	55-64 jaar	-3.04
	65-69 jaar	-2.11

Tabel 2.5. Gewichten voor het vereveningscriterium GGZ-regio (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige GGZ
1	55.45
2	12.86



	Kosten van geneeskundige GGZ
3	-3.91
4	-9.18
5	-9.18
6	-9.18
7	-9.18
8	-9.18
9	-9.18
10	-9.18

Tabel 2.6. Gewichten voor het vereveningscriterium SES (in euro's per verzekerde)

		Kosten van geneeskundige GGZ
1 (zeer laag)	18–69 jaar	20.43
	70+ jaar	17.86
2 (laag)	18–69 jaar	-12.52
	70+ jaar	-4.17
3 (midden)	18–69 jaar	-12.52
	70+ jaar	-3.61
4 (hoog)	18–69 jaar	6.69
	70+ jaar	-9.23

Tabel 2.7. Gewichten voor het vereveningscriterium PPA (in euro's per verzekerde)

		Kosten van geneeskundige GGZ
Wlz-instelling, blijvend	18–69 jaar	-49.58
	70–79 jaar	-45.15
	80+ jaar	-37.80
Wlz-instelling, instromend	18–69 jaar	788.76
	70–79 jaar	492.60
	80+ jaar	75.12
Eenpersoonshuishouden	18–69 jaar	71.55
	70–79 jaar	27.27
	80+ jaar	-1.85
Overig	18–69 jaar	-11.86
	70–79 jaar	-11.88
	80+ jaar	4.40

Tabel 2.8. Gewichten voor het vereveningscriterium GGZ-MHK (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen GGZ-MHK	-62.97
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 98,5 procent met kosten GGZ >10 euro	187.49
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 10 promille ¹	1567.26
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille ¹	2961.81
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille ¹	5277.85
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 1 promille ¹	10014.62
5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille	14502.37
5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille	25124.95

¹ Voor verzekerden jonger dan 24 jaar: ten minste 1 van de 5 voorafgaande jaren.

Tabel 2.9. Gewichten voor het vereveningscriterium SEI (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige GGZ
Seizoenarbeider	-12.65
Geen seizoenarbeider	9.76



BIJLAGE 3. NORMBEDRAGEN VEREVENINGSMODEL GENEESKUNDIGE GGZ BIJ TOEPASSING VAN HOGEKOSTENCOMPENSATIE (BEHORENDE BIJ ARTIKEL 12, TWEEDE LID, VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2022)

De bijlage betreft de kosten van zorg behorende tot het cluster 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg'.

De in deze bijlage genoemde vereveningscriteria zijn van toepassing voor verzekerden van achttien jaar of ouder; de gewichten vormen de basis voor de ex post berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (artikel 12, tweede lid). De gewichten bevatten een correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel 3.1. Gewichten voor het vereveningscriterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)¹

		Kosten van geneeskundige GGZ
Mannen	18–24 jaar	375.09
	25–29 jaar	359.91
	30–34 jaar	329.80
	35–39 jaar	328.83
	40–44 jaar	306.19
	45–49 jaar	283.56
	50–54 jaar	269.02
	55–59 jaar	256.15
	60–64 jaar	256.15
	65–69 jaar	255.09
	70–74 jaar	250.76
	75–79 jaar	250.76
	80–84 jaar	244.71
	85–89 jaar	244.71
90+ jaar	244.71	
Vrouwen en onbepaald geslacht	18–24 jaar	477.56
	25–29 jaar	414.12
	30–34 jaar	361.39
	35–39 jaar	351.46
	40–44 jaar	322.68
	45–49 jaar	298.94
	50–54 jaar	281.94
	55–59 jaar	258.00
	60–64 jaar	256.15
	65–69 jaar	255.09
	70–74 jaar	250.76
	75–79 jaar	250.76
	80–84 jaar	244.71
	85–89 jaar	244.71
90+ jaar	244.71	

¹ Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel 3.2. Gewichten voor het vereveningscriterium FKG's psychische aandoeningen (in euro's per verzekerde)¹

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen FKG psychische aandoeningen	-32.40
ADHD	122.11
Verslaving exclusief nicotine	218.17
Angststoornissen (benzodiazepinen)	965.68
Chronische stemmingsstoornissen	243.65
Bipolaire stoornissen regulier	796.02
Bipolaire stoornissen complex	2108.46
Psychose	1832.15
Chronische stemmingsstoornissen complex	1847.13
Psychose depot	4997.64

¹ Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.



Tabel 3.3. Gewichten voor het vereveningscriterium DKG's psychische aandoeningen (in euro's per verzekerde)¹

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen DKG psychische aandoeningen	-120.34
1 (gebruik basis GGZ in het voorgaande jaar)	355.72
2	720.11
3	1313.14
4	2303.52
5	4799.17
6	5581.12
7	5770.03
8	7868.61
9	11375.96
10	9879.82
11	15008.44
12	19590.48
13	31955.20
14	31483.84
15	50327.40
16	31222.99
17	44321.92
18	31493.07

¹ Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel 3.4. Gewichten voor het vereveningscriterium AVI (in euro's per verzekerde)¹

		Kosten van geneeskundige GGZ
	70+ jaar	0.00
Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)	18-34 jaar	363.88
	35-44 jaar	196.51
	45-54 jaar	-15.83
	55-64 jaar	-2.96
	65-69 jaar	-1.90
Arbeidsongeschikten excl. IVA	18-34 jaar	425.53
	35-44 jaar	339.68
	45-54 jaar	148.67
	55-64 jaar	31.18
	65-69 jaar	12.81
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	542.35
	35-44 jaar	202.85
	45-54 jaar	74.35
	55-64 jaar	-2.96
	65-69 jaar	-1.90
Studenten	18-34 jaar	-80.79
Zelfstandigen	18-34 jaar	-69.40
	35-44 jaar	-57.18
	45-54 jaar	-20.01
	55-64 jaar	-2.96
	65-69 jaar	-1.90
Hoogopgeleiden	18-34 jaar	-58.85
	35-44 jaar	-39.06
Referentiegroep	18-34 jaar	-4.75
	35-44 jaar	-17.95
	45-54 jaar	-13.42
	55-64 jaar	-2.96
	65-69 jaar	-1.90

¹ Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.



Tabel 3.5. Gewichten voor het vereveningscriterium GGZ-regio (in euro's per verzekerde)¹

	Kosten van geneeskundige GGZ
1	49.05
2	13.99
3	-1.78
4	-7.10
5	-9.00
6	-9.00
7	-9.00
8	-9.00
9	-9.00
10	-9.00

¹ Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel 3.6. Gewichten voor het vereveningscriterium SES (in euro's per verzekerde)¹

		Kosten van geneeskundige GGZ
1 (zeer laag)	18-69 jaar	23.30
	70+ jaar	16.52
2 (laag)	18-69 jaar	-10.50
	70+ jaar	-3.98
3 (midden)	18-69 jaar	-12.23
	70+ jaar	-2.99
4 (hoog)	18-69 jaar	3.05
	70+ jaar	-8.79

¹ Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel 3.7. Gewichten voor het vereveningscriterium PPA (in euro's per verzekerde)¹

		Kosten van geneeskundige GGZ
Wlz-instelling, blijvend	18-69 jaar	-52.04
	70-79 jaar	-42.81
	80+ jaar	-36.77
Wlz-instelling, instromend	18-69 jaar	871.97
	70-79 jaar	532.81
	80+ jaar	87.17
Eenpersoonshuishouden	18-69 jaar	74.06
	70-79 jaar	24.38
	80+ jaar	-2.39
Overig	18-69 jaar	-12.31
	70-79 jaar	-11.23
	80+ jaar	3.80

¹ Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel 3.8. Gewichten voor het vereveningscriterium GGZ-MHK (in euro's per verzekerde)¹

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen GGZ-MHK	-62.72
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 98,5 procent met kosten GGZ >10 euro	194.20
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 10 promille ²	1617.07
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille ²	2986.77
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille ²	5211.98
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 1 promille ²	9032.13
5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille	13908.28
5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille	23295.84

¹ Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

² Voor verzekerden jonger dan 24 jaar: ten minste 1 van de 5 voorafgaande jaren.



Tabel 3.9. Gewichten voor het vereveningscriterium SEI (in euro's per verzekerde)

	Kosten van geneeskundige GGZ
Seizoenarbeider	-12.65
Geen seizoenarbeider	9.76



BIJLAGE 4. NORMBEDRAGEN VEREVENINGSMODEL VOOR DE EIGEN BETALINGEN TEN GEVOLGE VAN HET VERPLICHT EIGEN RISICO ALLEEN VOLWASSENEN ZONDER FKG/DKG/HKG/FDG/MVV EN NIET INGEDEELD BIJ MHK-KLASSE '2 VOORAFGAANDE JAREN VARIABELE ZORGKOSTEN IN TOP 10 PROCENT' OF HOGER (BEHORENDE BIJ ARTIKEL 9, TWEDE LID, VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2022)

De bijlage betreft de eigen betalingen ten gevolge van het verplicht eigen risico.

De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de berekening van de specifiek voor een zorgverzekeraar geraamde opbrengst van het verplicht eigen risico (artikel 9, tweede lid) en vormen de basis voor de herberekening van de opbrengst van het verplicht eigen risico ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage van een zorgverzekeraar (artikel 18, tweede lid).

Tabel 4.1. Gewichten voor het vereveningscriterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)

		Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
Mannen	18–24 jaar	129.31
	25–29 jaar	128.79
	30–34 jaar	129.96
	35–39 jaar	133.45
	40–44 jaar	137.61
	45–49 jaar	144.58
	50–54 jaar	156.84
	55–59 jaar	174.84
	60–64 jaar	193.58
	65–69 jaar	214.73
	70–74 jaar	232.59
	75–79 jaar	248.56
	80–84 jaar	246.55
Vrouwen en onbepaald geslacht	85–89 jaar	247.70
	90+ jaar	231.93
	18–24 jaar	179.91
	25–29 jaar	179.79
	30–34 jaar	175.88
	35–39 jaar	169.85
	40–44 jaar	175.18
	45–49 jaar	182.37
	50–54 jaar	190.97
	55–59 jaar	196.47
	60–64 jaar	206.71
	65–69 jaar	221.42
	70–74 jaar	236.51
75–79 jaar	249.94	
80–84 jaar	248.49	
85–89 jaar	235.44	
90+ jaar	192.92	

Tabel 4.2. Gewichten voor het vereveningscriterium AVI (in euro's per verzekerde)

		Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)	70+ jaar	0.00
	18–34 jaar	76.78
	35–44 jaar	67.05
	45–54 jaar	58.18
	55–64 jaar	41.65
Arbeidsongeschikten excl. IVA	65–69 jaar	23.30
	18–34 jaar	45.70
	35–44 jaar	57.09
	45–54 jaar	47.60
	55–64 jaar	31.49



		Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico	
Bijstandsgerechtigden	65-69 jaar	19.16	
	18-34 jaar	43.83	
	35-44 jaar	47.74	
	45-54 jaar	39.57	
	55-64 jaar	20.17	
Studenten	65-69 jaar	-1.91	
	18-34 jaar	-6.62	
	Zelfstandigen	18-34 jaar	-3.94
		35-44 jaar	-7.21
		45-54 jaar	-8.14
55-64 jaar		-12.00	
Hoogopgeleiden	65-69 jaar	-8.10	
	18-34 jaar	-7.31	
	35-44 jaar	-10.95	
	Referentiegroep	18-34 jaar	0.67
		35-44 jaar	-0.36
45-54 jaar		-2.75	
55-64 jaar		-1.84	
65-69 jaar		-1.53	

Tabel 4.3. Gewichten voor het vereveningscriterium regio (in euro's per verzekerde)

	Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
1	5.59
2	3.37
3	0.70
4	0.58
5	-0.72
6	-1.24
7	-2.26
8	-2.20
9	-2.38
10	-1.35

Tabel 4.4. Gewichten voor het vereveningscriterium MHK (in euro's per verzekerde)

	Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
Geen MHK	-29.34
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30 procent	61.53

Tabel 4.5. Gewichten voor het vereveningscriterium SEI (in euro's per verzekerde)

	Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
Seizoenarbeider	-6,46
Geen seizoenarbeider	4,98



TOELICHTING

Algemeen

1. Inleiding

Een zorgverzekeraar dient iedere verzekeringsplichtige die een zorgverzekering bij hem wenst af te sluiten, te accepteren. Dat is in de Zorgverzekeringswet (Zvw) geregeld. Die wet bepaalt ook dat de premie die de zorgverzekeraar voor een dergelijke zorgverzekering vraagt niet mag worden afgestemd op het gezondheidsrisico of op andere kenmerken van de verzekerde. Zonder nadere maatregelen is het gevolg van de acceptatieplicht en het verbod van premiedifferentiatie dat zorgverzekeraars met relatief veel ongezonde verzekerden in de zorgverzekeringsportefeuille in het nadeel zijn ten opzichte van zorgverzekeraars met een relatief gezonde populatie, omdat zij gegeven hun populatie welhaast gedwongen zijn een hogere premie te vragen dan hun concurrent met een gezondere populatie. Deze ongelijkheid, die ontstaat door verschil in het risicoprofiel van de verzekerdenportefeuille, ondermijnt het gelijke speelveld waarop de concurrentie tussen zorgverzekeraars zich moet afspelen. Om dit te voorkomen is in paragraaf 4.2 van de Zvw bepaald dat zorgverzekeraars jaarlijks van het Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) een 'vereveningsbijdrage' ontvangen, ten laste van het Zorgverzekeringsfonds (Zvf).

Deze bijdrage wordt gebaseerd op een inschatting vooraf (ex ante) van de zorgkosten van een zorgverzekeraar aan de hand van een aantal objectieve kenmerken van de verzekerden van die zorgverzekeraar. Deze systematiek beoogt zorgverzekeraars te compenseren voor kostenverschillen als gevolg van niet-beïnvloedbare verschillen in risicoprofielen in hun zorgverzekerdenportefeuilles, zodat zij op dit punt in een gelijke uitgangssituatie worden gebracht en daardoor eerlijk met elkaar kunnen concurreren. Weet de zorgverzekeraar welk bedrag hij in het komende jaar aan vereveningsbijdrage zal krijgen, dan zal hij vervolgens de nominale premie kunnen vaststellen die hij over dat jaar voor zijn zorgverzekering vraagt. De vereveningsbijdrage wordt na afloop van het vereveningsjaar (ex post) door het Zorginstituut definitief vastgesteld. Daarbij wordt rekening gehouden met de werkelijke situatie bij de zorgverzekeraar zoals deze zich gedurende het vereveningsjaar heeft voorgedaan (de werkelijke verzekerdenaantallen en -kenmerken; deze kunnen namelijk afwijken van datgene waar ex ante mee rekening was gehouden).

Hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) bevat de belangrijkste nadere regels over de vereveningsbijdragen: er wordt bepaald welke vereveningscriteria bij de berekening van die bijdragen worden gebruikt, en hoe de bijdragen op hoofdlijnen ex ante en ex post worden berekend. De gedetailleerde uitwerking van deze regels is voor het vereveningsjaar 2022 vervolgens te vinden in voorliggende 'Regeling risicoverevening 2022' (Rrv 2022). De hoofdstukken 1 tot en met 5 van de Rrv 2022 bevatten de regels die gelden voor de toekenning (ex ante) en vaststelling (ex post) van de vereveningsbijdrage over 2022. Zo wordt bepaald welke middelen beschikbaar zijn voor de toekenning (ex ante) over het jaar 2022 en hoe deze middelen over zorgverzekeraars worden verdeeld. De vaststelling van de beschikbare middelen is gebaseerd op artikel 32, vierde lid, onderdeel a, Zvw.

De omvang van de beschikbare middelen is afgeleid uit het macro-prestatiebedrag. In de Rrv 2022 worden zowel het bedrag van de beschikbare middelen 2022, als het macro-prestatiebedrag 2022 vastgesteld. Het macro-prestatiebedrag wordt voor het vereveningsjaar 2022 ingevolge artikel 3.1, eerste lid, Bzv, verdeeld in drie macro-deelbedragen:

- het macro-deelbedrag variabele zorgkosten;
- het macro-deelbedrag vaste zorgkosten;
- het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (geneeskundige GGZ).

De verdeling van de macro-deelbedragen vindt plaats op basis van de vereveningscriteria, genoemd in het Bzv. De Zvw (artikel 32, vierde lid, onderdeel b) maakt het mogelijk om bij ministeriële regeling eenmalig, dus alleen voor het betrokken vereveningsjaar, aanvullende vereveningscriteria vast te stellen. De Rrv 2022 regelt drie van dergelijke aanvullende vereveningscriteria voor het macro-deelbedrag variabele zorgkosten en één voor het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. De Rrv 2022 bevat de nadere invulling van de vereveningscriteria met de indeling in klassen met bijbehorende gewichten. De bijdrage aan zorgverzekeraars wordt op grond van artikel 3.22 Bzv aangevuld met een uitkering voor de uitvoeringskosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

2. Inhoudelijke wijzigingen

2.1 Belangrijkste wijzigingen

De belangrijkste wijzigingen voor 2022 met gevolgen voor de Rrv 2022 zijn:

- naar aanleiding van onderhoud aan het vereveningscriterium FKG's (farmaciekostengroepen)



worden vier extra klassen aan dat criterium toegevoegd en worden de restricties bij samenloop van meerdere klassen van dat criterium aangepast;

- naar aanleiding van onderzoek naar de compensatie van gezonde verzekerden via de risicoverevening worden twee aanvullende vereveningscriteria geïntroduceerd: historische somatische morbiditeit (HSM) en meerjarige farmaciekosten (MFK);
- naar aanleiding van onderzoek naar de positie van seizoenarbeiders in de risicoverevening wordt een vereveningscriterium 'seizoenarbeiders (SEI)' geïntroduceerd;
- vanaf 2022 worden kosten voor de Stichting Kinderoncologie Nederland niet meer deels tot de vaste zorgkosten gerekend, maar in het geheel meegeteld bij het cluster 'variabele zorgkosten'.

2.2 Proces vormgeving vereveningsmodel en bepaling normatieve gewichten

Bepaling uitgangsmodel

Voor de vaststelling van het ex ante vereveningsmodel brengt de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) jaarlijks een advies uit. De WOR is een technische werkgroep, met als belangrijkste taken het adviseren over de opzet van een jaarlijks onderzoeksprogramma voor de risicoverevening en het adviseren over de technische verbetermogelijkheden van het (ex ante) risicovereveningsmodel, op basis van onderzoeken die zijn uitgevoerd in het kader van het onderzoeksprogramma risicoverevening. In de WOR nemen deskundigen van zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Zorginstituut, onderzoeksbureaus en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport deel.

Bepaling normbedragen

Ten behoeve van de bepaling van de gewichten (normbedragen) wordt een aantal stappen doorlopen. Eerst wordt een onderzoeksbestand samengesteld met historische (basis)gegevens, verschillende kenmerken van verzekerden, en hun zorgkosten onder het te verzekeren basispakket van de Zvw op individuniveau. Het betreft (elk jaar) gegevens over het laatste jaar waarvan (vrijwel) alle declaraties zijn afgerond. Voor het vereveningsjaar 2022 wordt daarom gebruikgemaakt van kostengegevens over 2019 en verzekerdenkenmerken over 2014 tot en met 2019. Vervolgens worden, indien nodig, deze zorgkosten representatief gemaakt voor de situatie van het komende vereveningsjaar. Bij het representatief maken van de kosten worden de gevolgen van wijzigingen in bekostiging, aanpassingen in het te verzekeren basispakket van de Zvw en andere beleidsmaatregelen verwerkt. Daarna worden de achtergrondkenmerken van de verzekerdenpopulatie representatief gemaakt en de zorgkosten opgehoogd voor de raming voor het komende vereveningsjaar. Vervolgens worden drie econometrische modellen geschat voor de variabele zorgkosten, de kosten van geneeskundige GGZ, en de eigen betalingen ten gevolge van het verplicht eigen risico. Dit resulteert in de normbedragen voor de klassen van de vereveningscriteria.

2.3 Onderzoeksgegevens

Basisgegevens

De ex ante vereveningsmodellen voor somatische zorg, de geneeskundige GGZ en de kosten onder het verplicht eigen risico zijn gebaseerd op kostengegevens over 2019 en verzekerdenkenmerken over 2014 tot en met 2019. De kwaliteit en volledigheid van de onderzoeksbestanden is goed te noemen. De gegevens over ziektekosten en verzekerdenkenmerken geven een goed beeld van de Zvw-populatie in 2019, zowel qua kosten als qua demografische kenmerken.

Bewerkingen onderzoeksgegevens

De ex ante vereveningsmodellen voor 2022 zijn gebaseerd op de schadegegevens (declaraties) over 2019 en verzekerdenkenmerken over 2014 tot en met 2019. De schadegegevens zijn representatief gemaakt voor het te verwachten schadebeeld in 2022 door correcties uit te voeren voor de pakket- en beleidsmaatregelen die in 2020, 2021 en 2022 zijn of worden genomen.

Gegevensbewerking somatische zorg

De ziekenhuiskosten in het onderzoeksbestand zijn afkomstig uit het QZ-informatiesysteem van Vektis. Er is geen conversie van diagnose-behandelcombinaties (dbc's) uitgevoerd, omdat de veranderingen in de dbc-zorgproductstructuur tussen 2019 en 2022 beperkt zijn. Vanwege lumpsummen en omzetplafonds zijn de kosten representatief gemaakt door de gedeclareerde bedragen te vervangen door de mediaanbedragen.

Bij de verzekerdenkenmerken en kosten van overige prestaties is sprake van 100 procent dekking. Deze gegevens zijn gebaseerd op de database BASIC 2019 van Vektis. Vergelijking met gegevens van



het Zorginstituut laat zien dat BASIC 2019 een goed beeld geeft van de zorgkosten en demografische kenmerken van de Zvw-populatie.

Gegevensbewerking geneeskundige GGZ

De kostengegevens met betrekking tot de geneeskundige GGZ zijn gebaseerd op een databestand van het Zorginstituut met gegevens over gedeclareerde dbc's van 2019. Er is sprake van (nagenoeg) 100% dekking. Vanwege de invoering van het zorgprestatie-model (ZPM) per 2022 is een conversie gedaan van de GGZ-kosten. Hierbij zijn de kosten berekend door ZPM-tarieven (volgend uit de conversie) te koppelen aan de volume-informatie met betrekking tot declaraties vanuit de huidige bekostiging. Ook bij de indeling in DKG's psychische aandoeningen en GGZ-MHK is rekening gehouden met de invoering van het ZPM door rekening te houden met de vermindering van de schadelast die daar in 2021 naar verwachting mee gepaard gaat.

2.4 Vormgeving variabele zorgkosten

Het ex ante risicovereveningsmodel voor de variabele zorgkosten kent voor het vereveningsjaar 2022 op basis van artikel 3.4, eerste lid, Bzv, de volgende vereveningscriteria: 'leeftijd en geslacht', 'farmaciekostengroepen' (FKG's), 'diagnosekostengroepen' (DKG's), 'hulpmiddelenkostengroepen' (HKG's), 'aard van het inkomen' (AVI), het 'regiocriterium somatisch' (regio), 'sociaal economische status' (SES), 'personen per adres' (PPA), 'meerjarig hoge kosten' (MHK), 'fysiotherapiediagnosegroepen' (FDG), en 'meerjarig hoge kosten verpleging en verzorging' (MVV). Op advies van de WOR worden voor het vereveningsjaar 2022 de criteria FKG's en FDG aangepast, worden twee vereveningscriteria toegevoegd met het oog op de compensatie van gezonde verzekerden (HSM en MFK) en wordt een correctie uitgevoerd op de compensatie van seizoenarbeiders en overige in het buitenland woonachtige verzekerden. Voor dit laatste aspect is op grond van de Rrv 2022 het vereveningscriterium SEI toegevoegd voor de verdeling van het macro-deelbedrag variabele zorgkosten.

2.5 Vormgeving geneeskundige GGZ

Het ex ante risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ kent voor het vereveningsjaar 2022 op basis van artikel 3.6, eerste lid, Bzv, de volgende vereveningscriteria: 'leeftijd en geslacht', 'farmaciekostengroepen psychische aandoeningen' (FKG's psychische aandoeningen), 'diagnosekostengroepen psychische aandoeningen' (DKG's psychische aandoeningen), AVI, het 'regiocriterium GGZ' (GGZ-regio), SES, PPA, en 'meerjarige hoge kosten GGZ' (GGZ-MHK). Ook hier wordt het vereveningscriterium SEI toegevoegd.

Er wordt bij het deelbedrag kosten van geneeskundige GGZ hogekostencompensatie toegepast. Op grond van artikel 3.12a, eerste lid, Bzv, kan bij ministeriële regeling worden bepaald dat die hogekostencompensatie plaatsvindt.

3. Fraudetoets

Jaarlijks wordt een ministeriële regeling opgesteld, waarin de risicovereveningsmodellen voor het komende jaar in detail worden vastgelegd. Met onderhavige regeling gebeurt dat voor het vereveningsjaar 2022. De Rrv 2022 en de verschillen met eerdere jaren zijn technisch van aard en leiden daarom niet tot additionele frauderisicos.

4. Gevolgen voor de regeldruk

De Rrv 2022 heeft geen gevolgen voor de regeldruk van de burger en het bedrijfsleven. Het concept voor de Rrv 2022 is ter advisering aan het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) aangeboden. Het ATR heeft het dossier niet geselecteerd voor een formeel advies, omdat het geen gevolgen voor de regeldruk heeft.

Artikelsgewijs

Artikel 1

De vereveningscriteria HSM (historische somatische morbiditeit), MFK (meerjarige farmaciekosten) en SEI (seizoenarbeiders) zijn nieuwe criteria die met de Rrv 2022 eenmalig zijn toegevoegd aan de bestaande vereveningscriteria, zoals genoemd in het Bzv. Artikel 32, vierde lid, onderdeel b, Zvw, biedt de mogelijkheid hiertoe.

Onderdeel e bevat de begripsomschrijving van de verstrekking van een duur intramuraal geneesmid-



del. Een dergelijke verstrekking is een verstrekking van een geneesmiddel die krachtens artikel 2.4, tweede lid, Bzv, respectievelijk krachtens artikel 2.4a, eerste lid, Bzv, is uitgezonderd van de prestatie geneeskundige zorg. De niet uitgezonderde verstrekkingen van intramurale geneesmiddelen maken onderdeel uit van de prestatie geneeskundige zorg. Het betreft hier medisch specialistische zorg die doorgaans in ziekenhuizen wordt geleverd¹.

Op grond van artikel 2.4, tweede lid, Bzv, kunnen bij ministeriële regeling vormen van zorg worden uitgezonderd van de prestatie geneeskundige zorg. Per 1 juli 2018 is in artikel 2.4a Bzv deze uitzondering voor de verstrekking van dure intramurale geneesmiddelen nadrukkelijk geregeld. Daarin is expliciet opgenomen dat een geneesmiddel binnen een maand na registratie voor een nieuwe indicatie bij ministeriële regeling kan worden uitgezonderd van de aanspraak geneeskundige zorg (artikel 2.4a, eerste lid, Bzv). De uitzondering voor de verstrekking kan alle indicaties of één of meer specifieke indicaties betreffen. De motivering van de uitzondering berust op het uitzonderlijk hoge kostenbeslag (sluismiddelen).

Artikel 2

De hoogte van het macro-prestatiebedrag volgt uit de kostenramingen voor de zorg die valt onder het te verzekeren basispakket voor de zorgverzekering. Dit bedrag is exclusief de voor de desbetreffende zorg te innen eigen bijdragen, maar inclusief de te innen bedragen aan verplicht of vrijwillig eigen risico. De basis voor het macro-prestatiebedrag wordt gevormd door de geraamde Zvw-gefinancierde uitgaven 2022. De ramingen zijn opgenomen in de memorie van toelichting bij de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2022². Bij de onderverdeling van het macro-prestatiebedrag in deelbedragen is in principe aangesloten bij de sectorindeling in de begroting, zij het met enkele uitzonderingen en bijzonderheden (zie hierna). Het verschil tussen de beschikbare middelen uit het Zvf en het macro-prestatiebedrag hangt samen met het gegeven dat zorgverzekeraars de kosten van prestaties niet uitsluitend uit de hen ingevolge de Rrv 2022 toe te kennen middelen dekken, maar tevens uit de opbrengsten van de nominale premie.

Bij de bepaling van de wijze waarop de middelen behoren te worden verdeeld over zorgverzekeraars wordt uitgegaan van het macro-prestatiebedrag. De gewichten die gekoppeld zijn aan de vereveningscriteria, kunnen daardoor uitsluitend aan de hand van het macro-prestatiebedrag worden vastgesteld en zijn dus volledig onafhankelijk van de nominale rekenpremie, die voor 2022 is bepaald op (afgerond) € 1.499 per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald. Bij de vaststelling van dit bedrag is rekening gehouden met het feit dat zorgverzekeraars naast hun nominale premie, ook nog inkomsten krijgen via hun verzekerden als gevolg van het verplichte eigen risico voor 2022 van € 385 per verzekerde van 18 jaar en ouder.

In het eerste lid van dit artikel wordt de hoogte van het macro-prestatiebedrag vastgesteld. De beschikbare middelen, bedoeld in artikel 4, kunnen uit het macro-prestatiebedrag worden afgeleid door daarop de geraamde opbrengsten van de nominale rekenpremie en de geraamde financieringsverschuiving als gevolg van het verplicht eigen risico in mindering te brengen. Het macro-prestatiebedrag wordt voor het vereveningsjaar 2022 ingevolge artikel 3.1, eerste lid, Bzv, onderverdeeld in drie onderscheiden macro-deelbedragen. De verschillende nominale bijstellingen en groeiruimten binnen het Uitgavenplafond Zorg zijn toegedeeld aan de verschillende (deel)prestaties, en er hebben op enkele specifieke punten overhevelingen tussen (deel)prestaties plaatsgevonden. Zo telt bijvoorbeeld ziekenvervoer tussen ziekenhuizen als ambulancevervoer mee. Aan de onderscheiden macro-deelbedragen zijn componenten toegevoegd voor kosten in verband met de financiering van grensoverschrijdende zorg. Deze kosten hangen zowel samen met Nederlandse ingezetenen die in het buitenland zorg afnemen (bijvoorbeeld bij ziekte tijdens tijdelijk verblijf, of zorg in het buitenland met toestemming van de zorgverzekeraar) als met ingezetenen van andere landen die onder de Zvw vallen, omdat zij bijvoorbeeld in Nederlandse loondienst zijn.

De kosten voor de beschikbaarheidsbijdragen vallen buiten het macro-prestatiebedrag omdat deze kosten niet ten laste van zorgverzekeraars komen. De geraamde kosten hiervoor tellen daarom niet mee in de deelbedragen.

Artikel 3

De bedragen die geraamd worden als opbrengst van de nominale rekenpremie en van het verplicht eigen risico worden in dit artikel genoemd. De opbrengst per zorgverzekeraar wordt in mindering gebracht op het normatieve bedrag, bedoeld in artikel 3.9 en – in de vaststellingsfase – artikel 3.18, Bzv. De berekening van deze opbrengsten per zorgverzekeraar ten behoeve van de toekenning van de vereveningsbijdrage is opgenomen in de artikelen 8 en 9 (artikel 3.10, Bzv). Voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage gebeurt dit in artikel 18 (artikel 3.19, Bzv).

¹ Zie Stb. 2018, 131, p.3.

² Kamerstukken II 2021/2022, 35 925 XVI, nr. 2, p. 146 t/m 205.



Artikel 4

In dit artikel wordt geregeld welke middelen voor bijdragen aan zorgverzekeraars ter dekking van de kosten van prestaties in het kader van de Zvw in het jaar 2022 ten laste van het Zvf beschikbaar zijn. Het Zorginstituut verdeelt deze middelen over zorgverzekeraars op basis van de in het Bzv uiteengezette systematiek, met inachtneming van voorliggende regeling. De grondslag hiervoor is opgenomen in artikel 32, vierde lid, onderdeel a, Zvw. Het genoemde bedrag van € 27.439,0 miljoen is gebaseerd op de in de memorie van toelichting bij de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2022 opgenomen gegevens. Het macro-prestatiebedrag (€ 52.054,1 miljoen) verminderd met de opbrengst van de nominale rekenpremie (€ 21.375,7 miljoen) en de opbrengst van het verplicht eigen risico (€ 3.239,4 miljoen) levert een bedrag op van € 27.439,0 miljoen.

Artikel 5

Artikel 32, vierde lid, onderdeel b, Zvw, biedt de mogelijkheid om eenmalig bij ministeriële regeling vereveningscriteria toe te voegen. In het eerste lid wordt van deze mogelijkheid gebruikgemaakt door voor de verdeling van het macro-deelbedrag variabele zorgkosten eenmalig de vereveningscriteria HSM, MFK en SEI aan de bestaande vereveningscriteria toe te voegen. In het tweede lid wordt SEI ook aan de bestaande vereveningscriteria voor het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg toegevoegd. De verzekerden die in Nederland wonen, worden, op grond van het derde lid, niet ingedeeld bij het vereveningscriterium SEI.

Artikel 6

In het eerste lid wordt geregeld dat de gewichten van de klassen van vereveningscriteria die het Zorginstituut bij de toekenning van de vereveningsbijdrage hanteert bij de berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar in bijlagen 1 en 2 bij deze regeling zijn opgenomen. Deze gewichten zijn gebaseerd op statistische analyse van het verband tussen de kosten per verzekerde en relevante verzekerdenkenmerken. Uit de bijlagen 1 en 2 blijkt voorts welke klassen van verzekerden worden gehanteerd bij de toepassing van de onderscheiden vereveningscriteria. Het Zorginstituut bepaalt het normatieve bedrag per zorgverzekeraar voor de variabele zorgkosten aan de hand van een raming van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen van verzekerden en de normbedragen (gewichten) naar leeftijd en geslacht, en aan de hand van de optelling van de toe- en afslagen op grond van FKG's, DKG's, HKG's, AVI, regio, SES, PPA, MHK, FDG, MVV, HSM, MFK en SEI. Het Zorginstituut bepaalt het normatieve bedrag per zorgverzekeraar voor de kosten van geneeskundige GGZ aan de hand van een raming van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen van verzekerden en de normbedragen naar leeftijd en geslacht, en aan de hand van de optelling van de toe- en afslagen op grond van de FKG's psychische aandoeningen, DKG's psychische aandoeningen, AVI, GGZ-regio, SES, PPA, GGZ-MHK en SEI.

De ex ante gewichten per klasse van de vereveningscriteria worden voor alle deelbedragen dusdanig vastgesteld dat alle beschikbare middelen per macro-deelbedrag via de kenmerken leeftijd en geslacht worden verdeeld. Vervolgens vindt er verevening plaats tussen de verzekerden uit de verschillende klassen van de overige in het vereveningsmodel opgenomen vereveningscriteria. De verdeling van vaste zorgkosten wordt ingevolge artikel 3.5, Bzv, gebaseerd op de geraamde aantallen verzekerden van de zorgverzekeraars in het jaar 2022. Hier is derhalve, anders dan bij de verdeling van de kosten uit de overige clusters, geen sprake van verevening op basis van verzekerdenkenmerken.

In de toelichting bij het Bzv respectievelijk, voor sinds 2006 toegevoegde vereveningscriteria, in de toelichtingen bij de wijzigingen van dat besluit op het gebied van de risicoverevening, is al in algemene zin ingegaan op de gehanteerde vereveningscriteria. In aanvulling daarop kan over de vereveningscriteria nog het volgende worden opgemerkt:

- Leeftijd en geslacht worden in samenhang gezien, omdat het kostenpatroon naar leeftijd tussen mannen en vrouwen verschilt. Dit verschil hangt onder meer samen met de kosten van zwangerschap en geboorten bij vrouwen tussen (vooral) 20 en 40 jaar. Bij dit criterium wordt gewerkt met vijfjaarsklassen. Om beter aan te sluiten bij de leeftijdsgrens van premiebetaling (18 jaar) zijn de leeftijdsgrenzen in het interval 15–24 jaar onderverdeeld in 15–17 en 18–24 jaar in plaats van 15–19 en 20–24 jaar. Het leeftijdsinterval 0–4 jaar is gesplitst in een klasse nuljarigen geboren in het voorafgaande jaar en een klasse 1–4 jaar. Voor verzekerden met onbepaald geslacht gelden dezelfde gewichten als voor vrouwen.
- In het onderzoeksjaar 2020–2021 heeft groot onderhoud plaatsgevonden aan de farmaciekostengroepen (inclusief de zogenaamde extreem hoge kosten clusters). Daarbij zijn onder meer twee FKG's toegevoegd en twee FKG's gesplitst. Met ingang van het vereveningsjaar 2022 wordt voor in Nederland wonende verzekerden gewerkt met 42 FKG's (zie bijlage 1, tabel 1.2). Verzekerden worden, op grond van artikel 10, tweede lid, in alle toepasselijke FKG's ingedeeld. Dat artikellid bevat een aantal uitzonderingen op die hoofdregel met uitsluiting van bepaalde combinaties. Naast de 42 FKG's wordt een klasse onderscheiden van verzekerden die in geen enkele FKG zijn ingedeeld. Dit is de FKG-klasse 'Geen FKG'.

- Voor het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ wordt met ingang van het vereveningsjaar 2019 gebruikgemaakt van negen FKG's psychische aandoeningen. Daarnaast is er een klasse (genaamd 'Geen FKG psychische aandoeningen') van verzekerden die in geen enkele FKG psychische aandoeningen zijn ingedeeld. Ook de FKG's psychische aandoeningen zijn onderzocht in het bij het vorige punt genoemde onderhoud.
Dit heeft tot beperkte wijzigingen geleid. Een verzekerde wordt, op grond van artikel 10, zesde lid, in alle toepasselijke FKG's psychische aandoeningen ingedeeld. Dat artikellid bevat een aantal uitzonderingen op die hoofdregel met uitsluiting van bepaalde combinaties.
- Vanaf vereveningsjaar 2021 worden geselecteerde diagnose-behandelcombinaties (betreffende behandelingen van chronische aandoeningen) ingedeeld in 26 DKG's op basis van meerkosten. Deze clustering is voor het jaar 2022 geactualiseerd. Een verzekerde kan meerdere malen worden ingedeeld bij een DKG. Daarnaast kan een verzekerde ook in meerdere DKG's worden ingedeeld. Dit is geregeld in artikel 10, vierde lid. Naast de 26 DKG's is er een klasse (genaamd 'Geen DKG') voor verzekerden die in geen van de 26 DKG's zijn ingedeeld.
- Bij het vereveningscriterium AVI worden bij de verzekerden van 0 tot en met 69 jaar zeven klassen onderscheiden, waarvoor uit statistisch onderzoek is gebleken dat er sprake is van een verschillend kostenniveau. Het gaat om: 'Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)', 'Arbeidsongeschikten excl. IVA', 'Bijstandsgerechtigden', 'Studenten', 'Zelfstandigen', 'Hoogopgeleiden' en een referentiegroep, die alle verzekerden omvat die niet zijn ingedeeld bij de zes hiervoor genoemde groepen. Bij verzekerden van 0–17 jaar vindt de indeling in AVI-klassen plaats op basis van de laagste AVI van de volwassenen op hetzelfde adres. Bij verzekerden van 65–69 jaar wordt gekeken naar hun laatst bekende AVI van voordat zij 65 jaar werden (doorgaans hun AVI toen zij 64 jaar waren). De verzekerden van 70 jaar en ouder zijn ondergebracht in een aparte klasse. Binnen de klassen 'IVA', 'Arbeidsongeschikten excl. IVA', 'Bijstandsgerechtigden', 'Zelfstandigen' en 'Referentiegroep' voor 0–69 jarigen wordt een nader onderscheid gemaakt op basis van de leeftijd van de verzekerde. Dat gebeurt ook bij de klasse 'Hoogopgeleiden', alleen worden daar drie leeftijdsgroepen onderscheiden in plaats van zes. De klasse 'Studenten' kent twee leeftijdsgroepen: 0–17 jaar en 18–34 jaar. In artikel 10, vijfde lid, wordt aangegeven hoe om te gaan met samenloop van verschillende klassen AVI.
- Door het vereveningscriterium MHK kunnen structurele (voorspelbare) hoge kosten in het ex ante model voor de somatische zorg substantieel beter verevend worden. Tabel 1.9 van bijlage 1 bevat de klassen voor het vereveningscriterium MHK. Een verzekerde van wie de variabele zorgkosten de afgelopen drie jaar steeds tot de hoogste 15 procent behoren, wordt, afhankelijk van het percentiel waartoe de som van deze kosten in de verschillende jaren behoort, ingedeeld in één van de klassen '3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 0,5 procent', '3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 1,5 procent', '3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 4 procent', '3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 7 procent', '3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent' of '3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 15 procent'. Hierin is de top 0,5 procent de hoogste kostenklasse met het hoogste normbedrag en de top 15 procent de laagste kostenklasse met het laagste normbedrag. Een verzekerde wordt met inachtneming van het bovenstaande op grond van artikel 10, eerste lid, ingedeeld in de hoogste klasse. Een verzekerde van wie de variabele zorgkosten de afgelopen twee jaar tot de hoogste 10 procent hebben behoord, en die niet is ingedeeld in een van de eerdergenoemde klassen, wordt ingedeeld in de klasse, '2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 1 procent'. De overige verzekerden van wie de variabele zorgkosten in ten minste één van de drie voorafgaande jaren tot de hoogste 30 procent hebben behoord, worden ingedeeld in de klasse 'Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30 procent'. De verzekerden die in geen van de drie voorafgaande jaren variabele zorgkosten in de top 30 procent hebben, worden ingedeeld in de klasse 'Geen MHK'. Het vereveningscriterium MHK maakt ook deel uit van het model voor het verplicht eigen risico. Dit criterium onderscheidt (analoog aan de overeenkomstige klasse binnen het vereveningscriterium MHK in het model voor de variabele zorgkosten) verzekerden die in geen van de drie voorafgaande jaren variabele zorgkosten in de top 30 procent hebben van de overige verzekerden. Zie voor de klassen van het vereveningscriterium MHK voor het verplicht eigen risico tabel 4.4 van bijlage 4.
- Het vereveningscriterium PPA wordt gebruikt in de modellen voor de variabele zorgkosten en voor de kosten van geneeskundige GGZ. Dit criterium komt tegemoet aan de constatering dat alleenstaanden relatief meer gebruik maken van de zorg dan personen die deel uit maken van een huishouden bestaande uit twee of meer personen. Daarnaast worden verzekerden woonachtig in een Wlz-instelling onderscheiden.
Binnen deze klasse wordt onderscheid gemaakt naar verzekerden die in het vorig jaar ook al in een Wlz-instelling woonden ('blijvend') en verzekerden waar dat niet het geval is ('instromend'). Bij PPA wordt onderscheid gemaakt naar leeftijd.
- Het vereveningscriterium SES deelt verzekerden in klassen in op basis van inkomen en leeftijd. Het criterium gaat uit van het totaal huishoudinkomen. Verzekerden die in een Wlz-instelling wonen, worden op basis van artikel 10, zevende lid, binnen SES ingedeeld in de klasse '1 (zeer laag)'.

Datzelfde geldt op basis van artikel 10, achtste lid, voor verzekerden die zijn ingedeeld in de DKG's psychische aandoeningen '15' t/m '18'.

- Het vereveningscriterium regio, dat wordt gebruikt in het vereveningsmodel voor de variabele zorgkosten, beoogt verschillen met betrekking tot sociaaleconomische omstandigheden en resterende gezondheidsverschillen te meten. De berekeningswijze is met ingang van het vereveningsjaar 2019 vereenvoudigd, waarbij minder kenmerken worden gebruikt (overgebleven zijn: percentage niet-westerse immigranten, percentage westers immigranten en percentage met een laag inkomen) en waarbij het afzonderlijke verklaringsmodel voor de residuele kosten op postcodeniveau is komen te vervallen. De postcodes worden nog steeds wel in tien gelijke regioclusters ingedeeld. In het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder wordt de regioclustering specifiek voor dit deelbedrag bepaald: GGZ-regio. Op basis van groot onderhoud in het onderzoeksjaar 2020–2021 wordt met ingang van vereveningsjaar 2022 aangesloten bij de methodiek die bij het somatische model wordt toegepast. Hierbij worden de volgende kenmerken meegenomen: percentage verzekerden jonger dan 18 jaar, locaties van intramurale GGZ-instellingen, locaties van forensische zorginstellingen, gemiddelde WOZ-waarde van woningen, aantal geregistreerde misdrijven per 1.000 inwoners en afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis (exclusief polikliniek).
- Met ingang van het vereveningsjaar 2021 kent het vereveningscriterium HKG's veertien HKG's en daarnaast een klasse voor verzekerden die in geen enkele HKG zijn ingedeeld. Dit is de klasse 'Geen HKG'. Op grond van artikel 10, vierde lid, kan een verzekerde in meerdere HKG's worden ingedeeld.
- Door het vereveningscriterium DKG's psychische aandoeningen worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor verzekerden die vanwege hun chronische psychiatrische problematiek hoge voorspelbare kosten hebben in de geneeskundige GGZ. GGZ-gebruikers worden hierbij geïdentificeerd op basis van diagnose en historisch zorggebruik, waaronder gebruik van intramurale GGZ, ambulante gebruik, crisiszorg en onvrijwillige zorg. Er worden bovendien gegevens tot en met drie jaar terug gebruikt. Met ingang van 2020 is een klasse toegevoegd voor verzekerden die in het voorafgaande jaar in de basis-GGZ zaten. Het criterium bevat daarmee, naast de klasse 'Geen DKG psychische aandoeningen' 18 klassen. Er wordt op basis van artikel 10, eerste lid, uitgegaan van enkelvoudige DKG's. Dat betekent dat een verzekerde die meer dan één relevante dbc heeft, uiteindelijk in één DKG (de zwaarste) wordt ingedeeld. Bij het vereveningscriterium DKG's psychische aandoeningen wordt voor vereveningsjaar 2022 rekening gehouden met de gevolgen van de invoering van het ZPM per 1 januari 2022 (schadelastvermindering in 2021).
- Het vereveningscriterium GGZ-MHK is met ingang van het vereveningsjaar 2015 toegevoegd aan het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ. Door het vereveningscriterium 'GGZ-MHK' kunnen structurele (voorspelbare) hoge kosten in het ex ante model voor de geneeskundige GGZ substantieel beter verevend worden. Een verzekerde die in de laatste vijf jaren elk jaar (zeer) hoge GGZ-kosten heeft, wordt ingedeeld in één van de klassen, '5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille' of '5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille'. Een verzekerde die niet in elk van de afgelopen vijf jaren kosten in de top 5 promille heeft, maar die wel ten minste twee keer (zeer) hoge GGZ-kosten heeft, wordt ingedeeld in één van de vier klassen waarbij ten minste in twee jaar sprake van (zeer) hoge GGZ-kosten moet zijn geweest. Voor verzekerden jonger dan 24 jaar geldt, gezien hun korte geschiedenis, dat slechts ten minste één keer sprake moet zijn van (zeer) hoge GGZ-kosten om in een van deze klassen te worden ingedeeld. Voldoet een verzekerde ook hier niet aan, dan kan die verzekerde nog ingedeeld worden in de klasse 'Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 98,5 procent met kosten > 10 euro' indien hij/zij in de drie voorgaande jaren ten minste één keer GGZ-kosten boven de genoemde drempel heeft. Een verzekerde die in de drie voorafgaande jaren geen GGZ-kosten heeft of niet boven de genoemde drempel uitkomt, komt in de klasse 'Geen GGZ-MHK' terecht. De klassen voor het vereveningscriterium GGZ-MHK zijn opgenomen in tabel 2.8 van bijlage 2. Ook bij dit criterium is voor vereveningsjaar 2022 rekening gehouden met de gevolgen van de invoering van het ZPM (schadelastvermindering in 2021).
- Het vereveningscriterium 'fysiotherapiegebruikersgroepen' (FGG) is met ingang van het vereveningsjaar 2016 toegevoegd aan het model voor de variabele zorgkosten, en met ingang van het vereveningsjaar 2017 vervangen door een verbeterd vereveningscriterium 'fysiotherapiediagnosegroepen' (FDG) waarbij een verzekerde op basis van diagnose-informatie in vier klassen kan worden ingedeeld. De vier groepen vormen een clustering van diagnoses die duiden op een chronische aandoening. De clustering is gebaseerd op meerkosten. Een verzekerde die niet in een van deze vier klassen wordt ingedeeld, komt in de klasse 'Geen FDG'. In het onderzoeksjaar 2020–2021 heeft groot onderhoud aan dit criterium plaatsgevonden. Het criterium is hierbij geactualiseerd en behandelingen met gelimiteerde behandelduur zijn toegevoegd.
- Met ingang van het vereveningsjaar 2019 is op grond van artikel 3.4, eerste lid, Bzv, het vereveningscriterium 'verpleging en verzorging gebruikersgroepen' (VGG), gebaseerd op de kosten van verpleging en verzorging in het voorgaande jaar, vervangen door het vereveningscriterium 'meerjarig hoge kosten verpleging en verzorging' (MVV). Het vereveningscriterium MVV onderscheidt, naast de klasse 'Geen MVV' voor verzekerden die niet in een van de overige klassen

worden ingedeeld, negen klassen. Acht klassen zijn gebaseerd op de som van de kosten van een verzekerde in de afgelopen drie jaar. Door te kijken naar een langere periode is er meer onzekerheid of hoge kosten in het verleden ook leiden tot een hogere bijdrage. De prikkel voor de verzekeraar tot ondoelmatigheden wordt daarmee kleiner. Afhankelijk van het percentiel waartoe de som van de kosten behoort, wordt een verzekerde in een van deze acht klassen ingedeeld. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar blijft een klasse bestaan voor hoge kosten van verpleging en verzorging in het afgelopen jaar (intensieve kindzorg). Verzekerden van 18 jaar en ouder die in een Wlz-instelling wonen, worden ingevolge artikel 10, zevende lid, binnen MVV ingedeeld in de klasse 'Geen MVV'.

- In het onderzoeksjaar 2020–2021 is verkennend onderzoek uitgevoerd naar de overcompensatie van gezonde verzekerden. Op basis van dit onderzoek worden in het vereveningsjaar 2022 de vereveningscriteria HSM en MFK aan het vereveningsmodel voor de variabele zorgkosten toegevoegd. Bij HSM worden de verzekerden die in het vereveningsjaar drie jaar eerder ten minste een keer in een positieve somatische morbiditeitsklasse vallen onderscheiden van de overige verzekerden. Bij MFK worden verzekerden die in de drie voorafgaande jaren ten minste een keer hoge farmaciekosten hebben gehad (in top 25 procent) onderscheiden van de overige verzekerden. Dit leidt tot een meer passende compensatie voor gezonde verzekerden en heeft ook een positief effect op de compensatie van chronisch zieken.
- In vereveningsjaar 2022 wordt het vereveningscriterium SEI toegevoegd aan het model voor de variabele zorgkosten, aan het model voor de kosten van geneeskundige GGZ en aan het model voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico. Op basis van onderzoek worden seizoenarbeiders binnen dit vereveningscriterium onderscheiden van de overige verzekerden die in het buitenland wonen. Verzekerden worden hierbij als seizoenarbeider aangemerkt als zij in het buitenland wonen, 18 tot en met 64 jaar zijn, in 2022 niet het gehele jaar verzekerd zijn, en in 2021 niet of niet het gehele jaar verzekerd zijn. De verzekerden die in Nederland wonen, worden op grond van artikel 5, derde lid, niet ingedeeld bij het vereveningscriterium SEI.

De normbedragen (gewichten) die gehanteerd worden bij de berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar zijn gebaseerd op statistische analyses van het verband tussen kosten per verzekerde en relevante verzekerdenkenmerken. Hierbij wordt de samenhang tussen de verschillende criteria meegenomen.

Bijvoorbeeld in het gewicht van leeftijdsklassen, FKG's en DKG's is verdisconteerd dat chronisch zieken in het algemeen ouder zijn dan verzekerden zonder chronische ziekte.

In het tweede en derde lid is vastgelegd dat het Zorginstituut bij de indeling van verzekerden bij de klassen van de vereveningscriteria MHK en GGZ-MHK de kosten van wijkverpleging respectievelijk de kosten van het tweede en derde jaar intramurale geestelijke gezondheidszorg niet betreft.

Artikel 7

De gewichten die gehanteerd worden bij de berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar zijn gebaseerd op statistische analyses van het verband tussen kosten per verzekerde en relevante verzekerdenkenmerken. Voor verzekerden woonachtig in het buitenland zijn echter minder verzekerdenkenmerken bekend dan voor verzekerden die in Nederland wonen. Het is voor deze verzekerden niet mogelijk om uit de buitenlandse nota's af te leiden of er sprake is van een FKG, een DKG, een HKG, een FDG, een FKG psychische aandoeningen of een DKG psychische aandoeningen. Als hier niet voor wordt gecorrigeerd, komen alle verzekerden woonachtig in het buitenland en met zorgkosten gemaakt in het buitenland in de afslagklassen van deze vereveningscriteria (zoals 'Geen FKG', 'Geen DKG' en 'Geen HKG') terecht. Dit is voor de betreffende verzekerden met een chronische aandoening onterecht in die zin, dat de bijbehorende gewichten voor hen niet juist zijn.

In het eerste lid van dit artikel wordt geregeld dat voor alle in het buitenland wonende verzekerden andere gewichten gelden dan voor in Nederland wonende verzekerden die in deze afslagklassen zijn ingedeeld. Het gewicht dat voor de buitenlandse verzekerden geldt, wordt door het Zorginstituut vastgesteld op een percentage van laatstbedoelde gewichten zoals vastgelegd in zijn beleidsregels. Het Zorginstituut bepaalt de toe te passen percentages door voor de totale groep verzekerden woonachtig in het buitenland een inschatting te maken op basis van de overige, wel bekende vereveningscriteria. Het resulterende gewicht houdt op die manier rekening met de gemiddelde gezondheid van de totale groep verzekerden woonachtig in het buitenland.

In het tweede lid wordt geregeld dat verzekerden die in het buitenland wonen ook bij de nieuwe vereveningscriteria HSM en MFK worden ingedeeld in de afslagklassen ('Geen HSM' en 'Geen MFK'). Het is wel mogelijk deze verzekerden bij de betreffende criteria in te delen, maar in het onderzoek konden de effecten daarvan niet worden doorgerekend. Tevens bleek de compensatie voor de groep in het buitenland wonende verzekerden als geheel adequaat bij indeling van deze verzekerden in de afslagklassen. Om deze reden gelden voor deze verzekerden ook dezelfde gewichten als voor in Nederland wonende verzekerden die in de afslagklassen worden ingedeeld, en wordt hierop in tegenstelling tot bij de criteria uit het eerste lid geen percentage toegepast.



Artikel 8

In dit artikel wordt aangegeven hoe het Zorginstituut de opbrengst raamt van de nominale rekenpremie ten behoeve van de toekenning van de vereveningsbijdrage. Het bedrag wordt in mindering gebracht op het normatieve bedrag per zorgverzekeraar. De nominale rekenpremie per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald, wordt jaarlijks bepaald en in het eerste lid genoemd. Zorgverzekeringen van verzekerden jonger dan achttien jaar, die niet premieplichtig zijn, worden om die reden in de berekening buiten beschouwing gelaten. Dit geldt ook voor de zorgverzekeringen van verzekerden waarvoor de Minister voor Rechtsbescherming in het kader van de uitvoering van een rechterlijke uitspraak verantwoordelijk is voor de verstrekking van geneeskundige zorg (artikel 24 Zvw). Daarbij valt te denken aan gedetineerden en TBS'ers. Het Zorginstituut houdt bij de raming rekening met het feit dat gedetineerden vaak maar een gedeelte van het jaar en dus niet het hele jaar gedetineerd zijn.

Artikel 9

In dit artikel wordt aangegeven hoe het Zorginstituut de opbrengst van het verplicht eigen risico ten behoeve van de toekenning van de vereveningsbijdrage berekent. Het bedrag van de opbrengst uit het verplicht eigen risico wordt in mindering gebracht op het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar. Bij de bepaling van de opbrengst van het verplicht eigen risico wordt alleen rekening gehouden met de zorgverzekeringen van verzekerden voor wie dit risico geldt. Dit zijn alleen de verzekerden van achttien jaar en ouder. Evenals in artikel 8 worden de zorgverzekeringen van de verzekerden waarop artikel 24 Zvw van toepassing is (gedetineerden en TBS'ers) buiten beschouwing gelaten. De te verwachten opbrengst van het verplicht eigen risico voor een zorgverzekeraar is afhankelijk van de samenstelling van zijn verzekerdenportefeuille. Zo zullen naar verwachting zorgverzekeraars met een jonge, gezonde populatie een relatief lagere opbrengst aan eigen betalingen onder het verplicht eigen risico innen, dan zorgverzekeraars met een oude, ongezondere populatie. Op het moment dat hiermee in de risicoverevening geen rekening zou worden gehouden, treedt verstoring van het gelijke speelveld op. Bij zorgverzekeraars met een jonge, gezonde populatie wordt in dat geval een gemiddeld te hoge opbrengst aan verplicht eigen risico in mindering gebracht op het normatieve bedrag ten behoeve van de zorgverzekeraar. Bij zorgverzekeraars met een oude, ongezondere populatie geldt het omgekeerde; er wordt een te lage opbrengst in mindering gebracht op het normatieve bedrag ten behoeve van de zorgverzekeraar. Deze overweging heeft geleid tot differentiatie in de normering van de bedragen die zorgverzekeraars van hun verzekerden naar verwachting ontvangen in het kader van het verplicht eigen risico. De normering is samengesteld uit een tweetal bedragen: opbrengsten verplicht eigen risico voor verzekerden van achttien jaar of ouder met en zonder chronische aandoeningen.

Voor de verzekerden zonder een chronische aandoening is een normatief model van toepassing. Voor de bepaling van de omvang van deze opbrengst verplicht eigen risico gaat het Zorginstituut voor verzekerden die vallen in de klasse 'Geen FKG' en vallen in de klasse 'Geen DKG' en vallen in de klasse 'Geen HKG' en vallen in de klasse 'Geen MVV' en vallen in de klasse 'Geen FDG' en vallen in de klasse 'Geen MHK' of de klasse 'Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30 procent' uit van verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, AVI, regio, MHK en SEI en de in bijlage 4 genoemde gewichten. Hierbij wordt de in bijlage 4 aangegeven klasse-indeling van de criteria aangehouden. Verzekerden die in het buitenland wonen worden niet ingedeeld bij het criterium regio en verzekerden die in Nederland wonen niet bij het criterium SEI. Dit is geregeld in het derde lid.

Voor de verzekerden met een chronische aandoening, ingedeeld in een van de 42 FKG's (niet ingedeeld in de FKG-klasse 'Geen FKG'), 26 DKG's (niet ingedeeld in de DKG-klasse 'Geen DKG'), 7 MHK-classes (niet ingedeeld in MHK-classes 'Geen MHK' of 'Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30 procent'), 14 HKG's (niet ingedeeld in de HKG-klasse 'Geen HKG'), 9 MVV-classes (niet ingedeeld in MVV-klasse 'Geen MVV') of 4 FDG's (niet ingedeeld in de FDG-klasse 'Geen FDG'), wordt in de eerste plaats uitgegaan van een forfaitaire eigen betaling van € 352,33. Dit is het gemiddelde verwachte bedrag aan eigen betalingen voor deze totale groep verzekerden. Op dit bedrag wordt voor seizoenarbeiders en overige niet-ingezetenen nog een correctie doorgevoerd, net zoals dat voor de verzekerden zonder een chronische aandoening gebeurt via het criterium SEI. Het bedrag voor seizoenarbeiders wordt daarmee € 345,87 en het bedrag voor de overige niet-ingezetenen € 357,31. Dit is vastgelegd in het vierde lid.

Artikel 10

Indien een verzekerde in meerdere klassen van een vereveningscriterium ingedeeld kan worden, dan is het uitgangspunt dat het Zorginstituut deze verzekerde in slechts één klasse van dat criterium indeelt, en wel de hoogste. Hiermee wordt de hoogste klasse bedoeld in de rangordening van de klassen van het betreffende criterium. Dit is geregeld in het eerste lid.

In het tweede lid is geregeld dat het Zorginstituut een verzekerde, in afwijking van het eerste lid, bij



het vereveningscriterium FKG's wel in alle van toepassing zijnde klassen indeelt. Hierbij gelden wel uitzonderingen. Ditzelfde geldt voor de FKG's psychische aandoeningen (zesde lid). Zoals geregeld in artikel 16, tweede lid, worden de verstrekkingen van dure intramurale geneesmiddelen die in 2018, 2019, 2020, 2021 of 2022 het pakket instromen door het Zorginstituut in 2022 aangemerkt als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'. Een zorgverzekeraar krijgt de kosten van die verstrekkingen in 2022 dus (exact) vergoed via de vaste kosten. Het Zorginstituut calculeert namelijk op grond van artikel 16, derde lid, de vaste zorgkosten 100 procent na. Om te voorkomen dat deze kosten nogmaals (deels) worden vergoed, wordt in het derde lid geregeld dat de verstrekkingen (in 2021) van dure intramurale geneesmiddelen die in 2018, 2019, 2020 of 2021 het pakket zijn ingestroomd, niet betrokken worden bij het bepalen of een verzekerde ingedeeld moet worden in een FKG (in 2022).

In het vierde lid is geregeld dat het Zorginstituut een verzekerde, in afwijking van het eerste lid, bij het vereveningscriterium DKG's wel in alle van toepassing zijnde klassen indeelt. Hier is ook geregeld dat een verzekerde meerdere malen in een DKG kan worden ingedeeld. In dit lid is ook geregeld dat het Zorginstituut een verzekerde, in afwijking van het eerste lid, bij het vereveningscriterium HKG wel in alle van toepassing zijnde klassen indeelt.

Bij het vereveningscriterium AVI wordt een verzekerde, conform het algemene principe, slechts in één klasse ingedeeld, maar hierbij geldt wel een specifieke volgorde. Deze is opgenomen in het vijfde lid. Die specifieke volgorde wijkt af van de in het eerste lid opgenomen volgorde, op grond waarvan een verzekerde bij samenloop van klassen alleen in de hoogste (in de rangordening) toepasselijke klasse van het vereveningscriterium wordt ingedeeld. In het vijfde lid is daarnaast geregeld dat het Zorginstituut een verzekerde van 0–17 jaar indeelt op basis van de AVI-indeling van de volwassenen op hetzelfde adres en een verzekerde van 65–69 jaar op de laatst bekende AVI-indeling. Bij de indeling van verzekerden van 0–17 jaar worden alleen volwassenen betrokken die jonger dan 65 jaar zijn en ten minste 15 jaar ouder dan de betreffende verzekerde van 0–17 jaar. Indien er geen volwassene op hetzelfde adres aanwezig is die aan deze voorwaarden voldoet, wordt de verzekerde van 0–17 jaar ingedeeld in de referentiegroep.

Op grond van het zevende lid worden verzekerden in een Wlz-instelling (ongeacht hun inkomen) ingedeeld in de SES-klasse '1 (zeer laag)' en als zij 18 jaar of ouder zijn bij het vereveningscriterium MVV in de klasse 'Geen MVV'. Ook verzekerden in de DKG's psychische aandoeningen '15' t/m '18' worden, op grond van het achtste lid, bij het vereveningscriterium SES ingedeeld in de klasse '1 (zeer laag)'.

Op grond van het negende lid deelt het Zorginstituut bij het vereveningscriterium GGZ-MHK verzekerden met kosten gelijk aan de percentielgrens '98,5 procent met kosten > 10 euro' naar rato in bij de klassen waar deze percentielgrens relevant is. Het Zorginstituut deelt op grond van het tiende lid bij het vereveningscriterium MVV verzekerden met kosten gelijk aan de percentielgrens naar rato in bij de klassen waar deze percentielgrens relevant is. De regelingen in het negende en tiende lid zorgen ervoor dat, ook als veel verzekerden kosten gelijk aan de percentielgrens hebben, een aantal verzekerden in elk van de klassen ingedeeld wordt dat aansluit bij de vastgestelde percentielen. Mocht een percentielgrens gelijk zijn aan nul euro, dan zorgt het elfde lid ervoor dat verzekerden met kosten op de percentielgrens (in dit geval dus verzekerden zonder kosten) bij het vereveningscriterium MVV altijd in de afslagklasse Geen MVV worden ingedeeld.

In het twaalfde lid is een grondslag gecreëerd voor het Zorginstituut om als onderdeel van zijn beleidsregels de benodigde referentiebestanden op te stellen. In deze referentiebestanden is op detailniveau vastgelegd wanneer een verzekerde in een klasse van een vereveningscriterium wordt ingedeeld. Voor de FKG's is bijvoorbeeld vastgelegd welke middelen, en in welke mate, moeten zijn gebruikt om tot indeling in een FKG over te gaan. Het Zorginstituut maakt geen referentiebestand voor het vereveningscriterium SEI.

Artikel 11

Door bijvoorbeeld geboorte, overlijden, emigratie of immigratie kan het voorkomen dat een verzekerde slechts een gedeelte van het jaar een zorgverzekering had. Om te voorkomen dat de zorgverzekeraar ook een vereveningsbijdrage ontvangt over het gedeelte van het jaar dat de betreffende persoon geen verzekerde was, wordt deze bijdrage gerelateerd aan de verzekerde periode (eerste lid). Hoewel het aantal dubbel verzekerden sinds de inwerkingtreding van de wet van 26 februari 2011 tot wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Zorgverzekeringswet, houdende maatregelen tot opsporing en verzekering van personen die ondanks hun verzekeringsplicht geen zorgverzekering hebben en beperking van het aantal zorgverzekeringen tot één per verzekeringsplichtige (opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering; Stb. 2011, 111) gering is³, bevat het tweede lid de regel dat een zorgverzekeraar voor een verzekerde die in een periode bij meerdere zorgverzekeraars was ingeschreven, over die periode een vereveningsbijdrage krijgt die gedeeld

³ Deze wet geeft in de Zvw de zorgverzekeraar de bevoegdheid iemand die reeds elders een zorgverzekering heeft voor inschrijving voor een nieuwe zorgverzekering te weigeren, en zorgt er daarnaast voor dat zorgverzekeringen van mensen die op de datum van inwerkingtreding van de relevante bepalingen van die wet meer dan één zorgverzekering hadden, eindigen, op één na.

wordt door het aantal zorgverzekeraars waarbij de verzekerde in die periode was ingeschreven. Dit geschiedt om te voorkomen dat zorgverzekeraars onbedoeld voordeel ontlenuen aan dubbele inschrijvingen. Deze regel sluit aan bij de in artikel 961 van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek opgenomen regel, dat ingeval een verzekerde voor eenzelfde schade bij meerdere zorgverzekeraars is ingeschreven, de door de verzekerde aangesproken zorgverzekeraar de andere zorgverzekeraars kan aanspreken om de schade naar evenredigheid te dragen. Ten slotte wordt opgemerkt dat het eerste en tweede lid ook tegelijkertijd van toepassing kunnen zijn (één van de zorgverzekeringen van een dubbel verzekerde eindigt gedurende een vereveningsjaar).

Artikel 12

In de artikelen 13 tot en met 16 van deze regeling wordt bepaald aan welke clusters van prestaties bepaalde kostensoorten dienen te worden toegerekend. Pas nadat dat gebeurd is, kan het Zorginstituut de gerealiseerde kosten per cluster van prestaties bepalen. Het eerste lid expliciteert dit nog eens voor die clusters van prestaties, waarvoor vereveningscriteria gelden en derhalve de bijdragen dienen te worden herberekend. Dat wil zeggen voor alle clusters met uitzondering van het cluster 'vaste zorgkosten'. In artikel 3.11, tweede lid, Bzv, is geregeld dat het Zorginstituut na het vereveningsjaar de gerealiseerde kosten per cluster van prestaties herberekent en in het vierde lid van dit artikel staat dat het Zorginstituut de ex ante geraamde kosten per cluster van prestaties corrigeert voor het werkelijke aantal verzekerden en hun werkelijke verzekerdenkenmerken in het vereveningsjaar. Vervolgens berekent het Zorginstituut, uitgaande van deze kosten en het gerealiseerde aantal verzekerden per klasse van ieder vereveningscriterium, voor iedere zorgverzekeraar en voor ieder cluster van prestaties een 'tussendeelbedrag' (art. 3.12, eerste lid, Bzv).

In het eerste lid is daarnaast geregeld dat het Zorginstituut de referentiebestanden (artikel 10, twaalfde lid) ook gebruikt bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage.

Het tweede en derde lid bepalen aan de hand van welke gegevens het Zorginstituut de bijdragen herberekent. Ten eerste zijn dit de over het vereveningsjaar gerealiseerde kosten per cluster van prestaties. Daarnaast zijn dit de gerealiseerde aantallen verzekerden per klasse van ieder relevant vereveningscriterium. In het derde lid is wat dit betreft per criterium aangegeven uit welk jaar de gegevens betrokken dienen te worden. In het tweede lid is tevens geregeld welke gewichten bij de herberekening worden toegepast. Bij het model voor de kosten van geneeskundige GGZ zijn dit de gewichten uit bijlage 3, waarbij rekening is gehouden met de toepassing van hogekostencompensatie. De toe te passen gewichten wijken dus af van de bij de ex ante toekenning gehanteerde gewichten (uit bijlage 2).

Het derde lid geeft aan dat bij de herberekening van de bijdragen, het Zorginstituut voor de criteria uitgaat van realisatiecijfers uit het jaar 2022 wat betreft de vereveningscriteria 'leeftijd en geslacht', AVI, regio en GGZ-regio. Voor de vereveningscriteria FKG's, DKG's, HKG's, FKG's psychische aandoeningen en FDG wordt gekeken naar realisatiecijfers over 2021. Voor de vereveningscriteria SES, PPA en SEI gaat het Zorginstituut uit van realisatiecijfers over 2021 en 2022. Voor de vereveningscriteria MHK, MVV, MFK en DKG's psychische aandoeningen gaat het Zorginstituut uit van realisatiecijfers over de jaren 2019, 2020 en 2021 en voor het vereveningscriterium GGZ-MHK van realisatiecijfers over de jaren 2017, 2018, 2019, 2020 en 2021. De indeling bij het vereveningscriterium HSM is gebaseerd op realisatiecijfers over de morbiditeitscriteria van vereveningsjaar 2019 (die weer zijn gebaseerd op de jaren daarvoor).

Bij de (ex ante) toekenning zijn deze realisaties (met uitzondering van HSM) nog niet bekend, en gaat het Zorginstituut uit van ramingen met betrekking tot aantallen verzekerden per zorgverzekeraar, onderverdeeld naar de verschillende criteria. Dit sluit aan bij het concept dat voorspelbare vervolggkosten dienen te worden gecompenseerd. Bij grote onzekerheid rondom de raming van de aantallen verzekerden in de klassen van een vereveningscriterium kan 'criteriumneutraliteit' worden ingezet. Omdat bij toepassing van criteriumneutraliteit rekening wordt gehouden met de werkelijke verzekerdenaantallen en de risicoverevening in beginsel een ex ante systeem is, wordt dit instrument zo beperkt mogelijk en alleen in uitzonderlijke gevallen ingezet. Dit uitgangspunt kan ook betekenen dat de 'neutraliteit' niet voor het volledige criterium wordt toegepast, maar alleen voor de klassen waarvoor onzekerheid bestaat. De onzekerheden als gevolg van de coronapandemie hebben ook voor het vereveningsjaar 2022 grote gevolgen. Daarnaast speelt de invoering van de nieuwe bekostiging voor de geneeskundige GGZ. De door het Zorginstituut opgestelde ramingen zijn met veel meer onzekerheid omgeven dan gebruikelijk. Dat maakt dat in 2022, ondanks bovengenoemd uitgangspunt, bij een aanzienlijk deel van de vereveningscriteria een vorm van 'criteriumneutraliteit' wordt toegepast, namelijk bij de vereveningscriteria FKG's, DKG's, MHK, MVV, FKG's psychische aandoeningen, DKG's psychische aandoeningen, FDG, HKG, GGZ-MHK, PPA, MFK en AVI. Dit is vastgelegd in het vierde tot en met zeventiende lid.

Voor het vereveningscriterium MHK is sprake van de afslagklasse Geen MHK, waarin verzekerden zijn ingedeeld als zij niet in aanmerking komen voor een vergoeding op basis van het betreffende criterium. Het Zorginstituut krijgt in het zesde lid de opdracht om in afwijking van het tweede lid het gewicht van deze klasse zodanig vast te stellen, dat het totaal van de toe- en afslagen voor dit vereveningscriterium – bezien over alle verzekerden en rekening houdend met de gerealiseerde



verzekerdenaantallen per klasse – op nul uitkomt. Voor de vereveningscriteria DKG's (vijfde lid), MVV (zevende lid), DKG's psychische aandoeningen (achtste lid), FDG (negende lid), GGZ-MHK (elfde lid) en MFK (zeventiende lid) geldt dezelfde vorm van criteriumneutraliteit.

Deze vorm van criteriumneutraliteit geldt ook voor de klassen voor bewoners van een Wlz-instelling (zowel blijvend als instromend) binnen het vereveningscriterium PPA. Hierbij worden de gewichten van de klassen voor eenpersoonshuishoudens en overige huishoudens aangepast om het verschil bij de corresponderende klassen van blijvende en instromende bewoners van een Wlzinstelling teniet te doen. Dit gebeurt per leeftijdsklasse en bij deze bewerking worden de gewichten van de genoemde klassen (per leeftijdsklasse) met eenzelfde bedrag aangepast. Het vereveningscriterium PPA wordt zowel toegepast in het model voor de variabele zorgkosten als in het model voor de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. De criteriumneutraliteit wordt in beide gevallen toegepast. Voor de variabele zorgkosten is dit geregeld in het vijftiende lid en voor de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in het zestiende lid.

Het vereveningscriterium FKG's kent vier klassen voor verzekerden met voorspelbaar extreem hoge kosten (de extreem hoge kostenclusters). Ook zijn er zes klassen voor FKG's o.b.v. add-ons. De 'neutraliteit' wordt alleen vastgesteld voor de tien genoemde FKG's en voor vijf andere FKG's waar de onzekerheden groot zijn, en wel door aanpassing van het gewicht van de afslagklasse 'Geen FKG'. Voor de vijftien FKG's zullen de werkelijke verzekerdenaantallen afwijken van de geraamde verzekerdenaantallen. De uitkomst van de vermenigvuldiging van het gewicht behorend bij deze klassen met de bijbehorende verzekerdenaantallen verandert daardoor. In het vierde lid is bepaald dat deze verandering wordt opgevangen door het gewicht van de klasse 'Geen FKG' aan te passen. Binnen de vereveningscriteria HKG's en FKG's psychische aandoeningen wordt dezelfde vorm van criteriumneutraliteit toegepast voor de klassen 'Therapeutische elastische kousen', 'Vernevelaar met toebehoren', 'Voedingshulpmiddelen (excl. zuigelingen)' en 'Orthesen' respectievelijk 'Verslaving exclusief nicotine'. Dit is vastgelegd in respectievelijk het tiende en het veertiende lid.

Laatstgenoemde vorm van criteriumneutraliteit geldt ook voor de klassen voor bijstandsgerechtigden binnen het vereveningscriterium AVI. Hierbij worden de gewichten van de klassen voor zelfstandigen, voor de referentiegroep en, indien van toepassing, voor de hoogopgeleiden aangepast om het verschil bij de corresponderende klassen van bijstandsgerechtigden teniet te doen. Dit gebeurt per leeftijdsklasse en bij deze bewerking worden de gewichten van de genoemde klassen (per leeftijdsklasse) met eenzelfde bedrag aangepast. Het vereveningscriterium AVI wordt zowel toegepast in het model voor de variabele zorgkosten als in het model voor de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Ook speelt het vereveningscriterium een rol bij het bepalen van de opbrengst van het verplicht eigen risico. De criteriumneutraliteit wordt in alle drie de gevallen toegepast. Voor de variabele zorgkosten is dit geregeld in het twaalfde lid en voor de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in het dertiende lid. Voor het eigen risico is dit geregeld in artikel 18, derde lid.

In het achttiende lid is geregeld dat het Zorginstituut alle herberekende gewichten afrondt op twee decimalen.

Artikel 13

In dit artikel is aangegeven hoe kosten van prestaties van grensoverschrijdende zorg in het risico-vereveningssysteem moeten worden verwerkt. Deze kosten worden of vergoed via de zorgverzekeraars (lid 1) of via het CAK (lid 2). Declaraties die rechtstreeks bij de zorgverzekeraars worden ingediend zijn meestal zodanig gespecificeerd dat daaruit blijkt dat het gaat om kosten voor medisch-specialistische zorg, al dan niet inclusief verblijf of voor geneeskundige GGZ, al dan niet inclusief verblijf. Het Zorginstituut deelt deze kosten toe aan kosten van de betreffende clusters van prestaties. Is er wel een specificatie maar blijkt daaruit niet dat de kosten gemaakt zijn voor de eerdergenoemde medisch-specialistische zorg of psychische zorg, dan gaat het om kosten van overige medische zorg, en die worden volledig aangemerkt als 'variabele zorgkosten'.

De verdeelsleutel die in het tweede lid wordt gehanteerd heeft betrekking op de kosten voor prestaties van grensoverschrijdende zorg die door verzekerden zijn gemaakt met toepassing van internationale regelingen inzake sociale zekerheid, zoals een bepaling van de Europese verordening voor sociale zekerheid dan wel bilaterale verdragen of multilaterale verdragen, zoals het Verdrag betreffende de sociale zekerheid van Rijnvarenden. Hieronder vallen de kosten van zorg die slechts vergoed wordt na toestemming van de zorgverzekeraar (de zogenaamde toestemmingsgevallen), kosten van verzekerden die tijdelijk in het buitenland verblijven (bijvoorbeeld voor vakantie) en kosten van verzekerden die in het buitenland wonen. De kosten buitenland die via het CAK worden afgehandeld worden per 2022 niet meer op kasbasis, maar op transactiebasis verwerkt door het Zorginstituut in de risico-verevening. Dat levert een kas/transactie-hobbel van 270 miljoen euro op.

Op basis van eerdere schadecijfers blijkt dat de zogenaamde kosten buitenland als bedoeld in het tweede lid, voor het overgrote deel onder de kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp vallen en slechts zeer beperkt onder de kosten van geneeskundige GGZ. De kosten worden daarom



volledig toegewezen aan het cluster 'variabele zorgkosten'.

Artikel 14

Binnen het Zvw-stelsel komt in een aantal situaties een deel van de zorgkosten voor eigen rekening van de verzekerden. De kosten die via eigen betalingen voor rekening van de verzekerde komen, worden niet betrokken bij de risicoverevening. Een uitzondering wordt in het eerste lid echter gemaakt voor de eigen betalingen van verzekerden in geval van een verplicht of vrijwillig eigen risico. In de risicoverevening moeten deze kosten wel betrokken worden in de vaststelling van de gewichten voor de clusters 'variabele zorgkosten' en 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg'. Op deze wijze wordt initieel bij de herberekening van de normatieve bedragen ten behoeve van de zorgverzekeraar rekening gehouden met de zorgkosten, exclusief de eigen betalingen die niet het gevolg zijn van het verplicht of vrijwillig eigen risico. Omdat niet exact te bepalen is voor welke kostensoorten een verzekerde nu daadwerkelijk eigen betalingen heeft gedaan onder het eigen risico wordt het normatief bedrag voor eigen betalingen in verband met het verplicht eigen risico ingevolge artikel 3.19, eerste lid, Bzv, in mindering gebracht op het totaal van de normatieve bedragen van de hierboven genoemde clusters. Dit resulteert – na aftrek van de berekende opbrengst van de nominale rekenpremie ingevolge artikel 3.19, eerste lid, Bzv – in de vastgestelde vereveningsbijdrage. Bij de bepaling van de uiteindelijke vereveningsbijdrage wordt op die wijze normatief rekening gehouden met een financieringsverschuiving van zorgverzekeraar naar verzekerde voor kosten die onder het verplicht eigen risico vallen. Bij een vrijwillig eigen risico krijgt de verzekerde een premiereductie. Deze inkomstenderving voor de zorgverzekeraar wordt gecompenseerd doordat de betalingen uit hoofde van het vrijwillig eigen risico bij de zorgkosten worden meegerekend; voor de bepaling van de vereveningsbijdrage hoeft er dan ook geen normatief bedrag in mindering te worden gebracht. De renteheffingstarieven, dit zijn de tarieven die zorginstellingen in rekening mogen brengen bij zorgverzekeraars bovenop de reguliere tarieven in het geval de zorgverzekeraar niet overgaat tot bevoorschotting van zorg gefinancierd op basis van dbc-zorgproducten, worden, om de prikkel tot bevoorschotting te maximeren, buiten de risicoverevening gehouden. Dit is in het tweede lid geregeld.

Artikel 15

De basis voor de toedeling van de kosten van instellingen voor medisch-specialistische zorg naar de diverse deelbedragen, zoals deze wordt weergegeven in dit artikel en in artikel 16, is gelegen in de artikelen 3.14 en 3.15, Bzv. In dit artikel vindt de toedeling plaats van deze kosten naar het cluster 'variabele zorgkosten'. De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) biedt ingevolge artikel 58 van die wet, mogelijkheden voor experimenten waarbij ook voor dbc-zorgproducten die niet behoren tot het zogenoemde vrije segment toch sprake kan zijn van vrije prijsvorming. Dit artikel geeft aan dat de vast/variabel-verhouding, die voor de kosten van deze experimenten geldt, door het Zorginstituut wordt vastgesteld.

Artikel 16

Het eerste lid gaat in op de toedeling van kosten van prestaties, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wmg. Het percentage van de kosten hiervan dat aan het cluster 'vaste zorgkosten' wordt toegedeeld, is gelijk aan 100 procent minus het percentage van deze kosten dat het Zorginstituut aan het cluster 'variabele zorgkosten' heeft toegedeeld op grond van artikel 15.

Zorgverzekeraars zijn risicodragend voor vrijwel alle geneesmiddelen binnen de Zvw. Er geldt op grond van het tweede lid een uitzondering op de risicodragendheid voor de verstrekking van een intramuraal geneesmiddel die voorheen als de verstrekking van een duur intramuraal geneesmiddel gold (ex-sluismiddel). De uitzondering op de risicodragendheid is beperkt tot de risicoloze periode voor die verstrekking. Op het moment dat er waarborgen zijn voor gepast gebruik en sprake is van een succesvolle prijsonderhandeling, kan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport besluiten de uitzondering voor de verstrekking te laten vervallen. Het vervallen van de uitzondering betekent dat de verstrekking deel gaat uitmaken van de prestatie geneeskundige zorg en daarmee behoort tot het te verzekeren basispakket van de Zvw. De verstrekking is daarmee opgehouden een verstrekking van een duur intramuraal geneesmiddel als bedoeld in artikel 1 Rrv 2022 te zijn.

De verstrekking van een intramuraal geneesmiddel is vanaf het moment van instroom in het te verzekerden basispakket van de Zvw vanwege het vervallen van de uitzondering van de prestatie geneeskundige zorg, tot en met 31 december van het vierde kalenderjaar daaropvolgend risicoloos. Het Zorginstituut merkt op grond van het tweede lid voor het vereveningsjaar 2022 de kosten van de verstrekkingen van intramurale geneesmiddelen, die in 2018, 2019, 2020, 2021 of 2022 het pakket zijn ingestroomd door het vervallen van de uitzondering van de prestatie geneeskundige zorg, aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.

Het Zorginstituut past op grond van het derde lid op de kosten van het cluster vaste zorgkosten volledige nacalculatie toe. Hiermee lopen zorgverzekeraars in het geheel geen risico over kosten van



het cluster 'vaste zorgkosten'. De basis voor deze nacalculatie is te vinden in artikel 3.15, derde lid, Bzv. De combinatie van het tweede en derde lid leidt tot de uitzondering op de risicodragendheid. De verstrekking van een intramuraal geneesmiddel na haar risicoloze periode wordt automatisch volledig risicodragend voor de zorgverzekeraars omdat de kosten daarvan niet langer behoren tot de kosten van het cluster vaste zorgkosten.

Artikel 17

In 2022 wordt hogekostencompensatie voor de geneeskundige GGZ toegepast. De grondslag voor die compensatie is neergelegd in artikel 3.12a, Bzv. Dat artikel is ingevoegd in het Bzv bij besluit van 10 oktober 2019 houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de vereveningsbijdrage over het jaar 2020 (Stb. 2019, 371). Voor een nadere onderbouwing van de (her)invoering van hogekostencompensatie wordt verwezen naar de nota van toelichting bij het bovenbedoelde besluit. In dit artikel is vastgelegd hoe het Zorginstituut hogekostencompensatie toepast. Allereerst wordt een drempelwaarde bepaald, zodanig dat 0,5% van de GGZ-patiënten kosten gelijk aan of boven deze drempelwaarde heeft. Voor de betreffende verzekerden wordt 90% van de kosten boven de drempelwaarde gecompenseerd. Gesommeerd over alle verzekerden bij een zorgverzekeraar leidt dit tot een vergoeding voor de betreffende zorgverzekeraar. Het totaal benodigde bedrag voor de hogekostencompensatie is de optelsom van deze bedragen over alle zorgverzekeraars.

Bij de toepassing van hogekostencompensatie wordt geen bedrag toegevoegd aan het aan zorgverzekeraars uit te keren bedrag. Dat betekent dat het benodigde bedrag door zorgverzekeraars moet worden ingebracht. Dit gebeurt naar rato van de herberekende deelbedragen. Ten slotte wordt het herbekende deelbedrag voor een zorgverzekeraar nogmaals herberekend door het bedrag aan vergoeding vanuit de hogekostencompensatie hierbij op te tellen en de inbreng ervan af te trekken.

In het tweede lid is vastgelegd dat het Zorginstituut bij een voorlopige vaststelling, als bedoeld in artikel 3.20, eerste lid, Bzv, de toepassing van hogekostencompensatie achterwege kan laten. In dat geval past het Zorginstituut op grond van het tweede lid en in afwijking van artikel 12, tweede lid, niet de gewichten uit bijlage 3, maar de gewichten uit bijlage 2 toe.

Artikel 18

In dit artikel gaat het om de herberekening van het normatieve bedrag ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage. De berekeningswijze die hiervoor wordt gehanteerd, komt overeen met die genoemd in artikel 8 respectievelijk artikel 9. Alleen wordt nu gerekend met het gerealiseerde aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moest worden betaald bij de zorgverzekeraar, respectievelijk waarvoor het verplicht eigen risico geldt. De berekende opbrengst van de nominale premie en het verplicht eigen risico wordt op basis van artikel 3.19, eerste lid, Bzv, in mindering gebracht op het in artikel 3.18, Bzv bedoelde normatieve bedrag per zorgverzekeraar.

Het tweede lid verwijst naar de berekening, bedoeld in artikel 3.19, tweede lid, Bzv in plaats van naar de opbrengst van het verplicht eigen risico. Op grond van het vierde lid van artikel 3.19 Bzv vindt er namelijk op de resultaten van de bovenbedoelde berekening over het vereveningsjaar 2022 nog de combinatie van macronacalculatie en flankerend beleid plaats. De macronacalculatie wordt voor het vereveningsjaar 2022 toegepast vanwege de onzekerheid van het uitvallen respectievelijk inhalen van zorg als gevolg van de infectieziekte covid-19.

In het derde lid is vastgelegd dat bij het vereveningscriterium AVI ook bij de berekening van de opbrengst van het verplicht eigen risico criteriumneutraliteit wordt toegepast bij de klassen voor bijstandsgerechtigden. Dit gebeurt op dezelfde wijze als bij de variabele zorgkosten en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (artikel 12, twaalfde en dertiende lid). Ook hier rondt het Zorginstituut de herberekende gewichten af op twee decimalen.

In het vierde lid is de toepassing van criteriumneutraliteit vastgelegd voor het vereveningscriterium MHK bij de berekening van de opbrengst van het verplicht eigen risico. Dit gebeurt overeenkomstig de methodiek bij de variabele zorgkosten (artikel 12, zesde lid).

Artikel 19

In dit artikel is vastgelegd dat de regels omtrent de buiten beschouwing te laten kosten bij de vereveningscriteria MHK en GGZ-MHK en indeling in klassen van de in het buitenland wonende verzekerden en de aan die klassen verbonden gewichten, zoals neergelegd in artikel 6, tweede en derde lid, respectievelijk artikel 7, tevens van toepassing zijn bij de vaststelling van de vereveningsbijdragen.

In dit artikel is verder vastgelegd dat de regels omtrent de indeling in de klassen van de vereveningscriteria bij de toekenning van de vereveningsbijdragen aan zorgverzekeraars, zoals neergelegd in artikel 10, tevens van toepassing zijn bij de vaststelling van de vereveningsbijdragen.



Artikel 20

Verzekerden jonger dan achttien jaar zijn geen nominale premie verschuldigd. Zorgverzekeraars hebben voor verzekerden jonger dan achttien jaar naast zorgkosten, ook beheerskosten (administratie en zorginkoop), waarvoor ze uit het Zvf compensatie ontvangen. De vergoeding uit het Zvf is voor 2022 op € 41 per verzekerde jonger dan achttien jaar vastgesteld. Dit bedrag is bepaald op basis van historische gegevens over beheerskosten, waarbij is verdisconteerd dat verzekerden jonger dan 18 jaar gemiddeld lagere beheerskosten kennen dan andere verzekerden, omdat voor hen gemiddeld minder declaraties verwerkt hoeven worden. Jonge verzekerden zijn immers gemiddeld gezonder dan oudere verzekerden. Er is tevens rekening gehouden met een afname van de beheerskosten als gevolg van de overheveling van de GGZ voor deze verzekerden naar de Jeugdwet.

Artikel 21

In de beleidsregels van het Zorginstituut is opgenomen op grond van welke data de uitbetaling van de vereveningsbijdrage aan de zorgverzekeraars plaatsvindt. Er wordt rekening gehouden met het declaratiepatroon van zorgaanbieders, waarbij verschillen in de snelheid waarmee bijvoorbeeld farmaciekosten of dbc's gedeclareerd worden, meegenomen worden. Als gevolg van de risicoverevening kan de betaling op enig moment ook negatief zijn. Dat wil zeggen dat in dat geval een zorgverzekeraar op genoemde datum in het betaalschema een betaling aan het Zorginstituut dient te doen.

Artikel 22

Deze regeling treedt in werking met ingang van de dag na de datum van de uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst en werkt gezien artikel 32, vierde lid, onderdeel a, Zvw, terug tot en met 30 september 2021. Er wordt afgeweken van de vaste verandermomenten en van de minimuminvoeringstermijn van twee maanden. Die afwijking maakt de periode van de terugwerkende kracht zo kort mogelijk.

Artikel 23

Aangezien deze regeling de regels bevat met betrekking tot de aan de zorgverzekeraars te verstrekken risicovereveningsbijdragen over het vereveningsjaar 2022, krijgt zij de citeertitel 'Regeling risicoverevening 2022'.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.J. Kuipers*