



Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 29 september 2017, kenmerk 1224864-167311-Z, houdende bepalingen omtrent de in de Zorgverzekeringswet bedoelde vereveningsbijdrage voor het jaar 2018 (Regeling risicoverevening 2018)

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, eerste en tweede lid, 3.4, derde lid, 3.6, derde lid, 3.8, tweede lid, 3.10, tweede lid, 3.11, vijfde en zesde 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:

dure intramurale geneesmiddelen: geneesmiddelen die de zorg, bedoeld in artikel 2.4, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering krachtens het tweede lid van dat artikel, niet omvat.

Artikel 2

1. Het macro-prestatiebedrag voor het jaar 2018 bedraagt € 46.014,8 miljoen.
2. Het macro-prestatiebedrag is opgebouwd uit de volgende macro-deelbedragen:
 - a. het macro-deelbedrag variabele zorgkosten ad € 41.667,8 miljoen;
 - b. het macro-deelbedrag vaste zorgkosten ad € 367,4 miljoen;
 - c. het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg ad € 3.979,6 miljoen.

Artikel 3

1. De opbrengst van de nominale rekenpremie wordt voor het jaar 2018 geraamd op € 18.178,5 miljoen.
2. De opbrengst van het verplicht eigen risico wordt voor het jaar 2018 geraamd op € 3.207,7 miljoen.

Artikel 4

De beschikbare middelen voor het verstrekken van de bijdragen aan zorgverzekeraars, bedoeld in artikel 32, vierde lid, onderdeel a, van de Zorgverzekeringswet, omvatten voor het jaar 2018, naast de middelen, bedoeld in § 1.5 van hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering, een bedrag van € 24.628,6 miljoen.

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

Artikel 5

1. De klassen en gewichten, bedoeld in de artikelen 3.4 en 3.6 van het Besluit zorgverzekering, zijn vermeld in de bijlagen 1 en 2.
2. Bij de indeling van verzekerden bij de klassen van het vereveningscriterium MHK laat het Zorginstituut de kosten van wijkverpleging en de kosten van geriatrische revalidatiezorg buiten beschouwing.
3. Bij de indeling van verzekerden bij de klassen van het vereveningscriterium MHK-GGZ laat het



Zorginstituut de kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg buiten beschouwing.

Artikel 6

In afwijking van artikel 5 en bijlage 1, tabellen 1.2, 1.3, 1.4, 1.5, 1.10, 1.11 en 1.12, en bijlage 2, tabellen 2.2 en 2.3, wordt een verzekerde die in het buitenland woont ingedeeld in de klassen 'Geen FKG', 'Geen primaire DKG', 'Geen secundaire DKG', 'Geen HKG', 'Geen MHK', 'Geen FDG', 'Geen VGG', '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.

Artikel 7

1. De nominale rekenpremie per jaar bedraagt € 1.324 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 achttien jaar en ouder bij een zorgverzekeraar, te verminderen met het geraamde aantal zorgverzekeringen van verzekerden, bedoeld in artikel 24 van de wet.

Artikel 8

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 het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder, te verminderen met het geraamde aantal verzekerden, bedoeld in artikel 24 van de wet, en het resultaat te vermenigvuldigen met de geraamde opbrengst van het verplicht eigen risico per verzekerde.
2. Het Zorginstituut gaat voor de bepaling van de geraamde opbrengst per verzekerde, bedoeld in het eerste lid, voor verzekerden van achttien jaar of ouder die zowel onder de klasse 'Geen FKG', als onder de klassen 'Geen primaire DKG', 'Geen secundaire DKG', 'Geen HKG' en 'Geen FDG' vallen en niet worden ingedeeld bij MHK-klasse '2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent' of hoger, uit van verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, AVI, regio en MHK en de in bijlage 3 genoemde gewichten. Hierbij wordt de in de bijlage 3 aangegeven klassenindeling van de criteria aangehouden.
3. In afwijking van het tweede lid en bijlage 3, tabel 3.4, wordt een verzekerde die in het buitenland woont ingedeeld in de klasse 'Geen MHK', waarbij voor hem het gewicht van de desbetreffende klasse door het Zorginstituut wordt vastgesteld op een percentage van het gewicht zoals dat op grond van de genoemde tabel voor in Nederland wonende verzekerden geldt.
4. De geraamde opbrengst per verzekerde, bedoeld in het eerste lid, bedraagt € 361,61 voor verzekerden van achttien jaar of ouder waarop het tweede lid niet van toepassing is.

Artikel 9

1. Het Zorginstituut wijst bij samenloop van klassen van een vereveningscriterium alleen de hoogste klasse van dat criterium 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 de klassen 'Diabetes type I', 'Diabetes type II met hypertensie' en 'Diabetes type II zonder hypertensie', deelt het Zorginstituut aan de hand van de tabel in bijlage 4 een verzekerde in bij een klasse van het criterium FKG's;
 - b. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse 'Diabetes type I', 'Diabetes type II met hypertensie', 'Diabetes type II zonder hypertensie' of 'Hartaandoeningen', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Hoog cholesterol';
 - c. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse 'Psychose, Alzheimer en verslaving', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Depressie';
 - d. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse 'Neuropathische pijn complex', deelt het



- Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Chronische pijn exclusief opioïden';
- e. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse 'COPD/Zware astma', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Astma';
 - f. 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';
 - g. 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';
 - h. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse 'Kanker o.b.v. add-on', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Kanker' en niet bij de klasse 'Hormoonevoelige tumoren';
 - i. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse 'Kanker', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Hormoonevoelige tumoren'.
3. In afwijking van het eerste lid deelt het Zorginstituut een verzekerde die in meerdere klassen van het vereveningscriterium AVI is in te delen, in op basis van de volgende trechtering:
 - a. als eerste: 0 tot en met 17 jaar of 65 jaar en ouder;
 - b. als tweede: duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA);
 - c. als derde: arbeidsongeschikten;
 - d. als vierde: bijstandsgerechtigden;
 - e. als vijfde: studenten;
 - f. als zesde: werklozen en loontrekkers, behalve als zij hoogopgeleid en 18 tot en met 44 jaar zijn;
 - g. als zevende: zelfstandigen;
 - h. als achtste: hoogopgeleiden van 18 tot en met 44 jaar;
 - i. als negende: alle verzekerden die niet zijn ingedeeld onder a tot en met h. Zij vormen samen met de verzekerden onder f de referentiegroep.
 4. 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 uitzonderingen:
 - a. Indien een verzekerde is ingedeeld in de klasse 'Psychose depot', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Psychose';
 - b. Indien een verzekerde is ingedeeld in de klasse 'Bipolair complex', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Bipolair regulier'.
 5. Het Zorginstituut deelt verzekerden in een Wlz-instelling bij het vereveningscriterium SES in in de klasse '1 (zeer laag)'.
 6. Het Zorginstituut deelt bij het criterium MHK-GGZ verzekerden met kosten op de percentielgrens '98,5 procent met kosten >10 euro' naar rato in bij de betreffende klassen.
 7. Het Zorginstituut deelt bij het criterium VGG verzekerden met kosten op de percentielgrens naar rato in bij de betreffende klassen.
 8. Indien een percentielgrens als bedoeld in het zevende lid, gelijk is aan nul euro, deelt het Zorginstituut, in afwijking van het zevende lid, verzekerden met kosten op die percentielgrens in bij de klasse 'Geen VGG'.
 9. Het Zorginstituut stelt als bijlage bij de beleidsregels, bedoeld in artikel 32, vijfde lid, van de Zorgverzekeringswet, referentiebestanden vast voor de vereveningscriteria FKG's, primaire DKG's, secundaire DKG's, HKG's, AVI, PPA, regio, FDG, FKG's psychische aandoeningen, DKG's psychische aandoeningen en GGZ-regio ter onderbouwing van de indeling van verzekerden in de klassen van het betreffende vereveningscriterium.

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

Artikel 10

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 zorgverzekeraars waarbij hij in die periode verzekerd was.

Artikel 11

1. Nadat het Zorginstituut de gerealiseerde kosten op de in de artikelen 12 tot en met 15 beschreven wijze heeft toegedeeld, herberekent het Zorginstituut voor de clusters 'variabele zorgkosten' en 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' de relevante deelbedragen.
2. Het Zorginstituut gaat bij de herberekening, bedoeld in het eerste lid, uit van de gerealiseerde kosten voor elk van de in het eerste lid genoemde clusters van prestaties 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 2 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: 2018;
 - b. FKG's: 2017;
 - c. primaire DKG's: 2016 en 2017;
 - d. secundaire DKG's: 2016 en 2017;
 - e. HKG's: 2017;
 - f. AVI: 2018;
 - g. regio: 2018;
 - h. SES: 2017 en 2018;
 - i. MHK: 2015, 2016 en 2017;
 - j. GGZ-regio: 2018;
 - k. FKG's psychische aandoeningen: 2017;
 - l. DKG's psychische aandoeningen: 2015, 2016 en 2017;
 - m. PPA: 2017 en 2018;
 - n. GGZ-MHK: 2013, 2014, 2015, 2016 en 2017;
 - o. FDG: 2017;
 - p. VGG: 2017.
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', 'Extreem hoge kosten cluster 1', 'Extreem hoge kosten cluster 2' en 'Extreem hoge kosten cluster 3' gesommeerde verschil tussen de vermenigvuldiging van het gerealiseerde aantal verzekerden met het gewicht in tabel 1.2 en de vermenigvuldiging van het bij toekenning van de vereveningsbijdrage verwachte aantal verzekerden met het gewicht in tabel 1.2, teniet wordt gedaan. Het Zorginstituut rondt het herberekende gewicht af op twee decimalen.
5. In afwijking van het tweede lid herberekent het Zorginstituut het gewicht voor elke klasse van de vereveningscriteria primaire DKG's en secundaire DKG's zodanig dat per klasse het resultaat van de vermenigvuldiging van het herberekende gewicht met het gerealiseerde aantal verzekerden gelijk is aan het resultaat van de vermenigvuldiging van het gewicht in tabel 1.3 respectievelijk tabel 1.4 met het bij toekenning van de vereveningsbijdragen verwachte aantal verzekerden. Het Zorginstituut rondt de herberekende gewichten af op twee decimalen.
6. In afwijking van het tweede lid herberekent het Zorginstituut het gewicht voor de klasse 'Vernevelaar met toebehoren' van het vereveningscriterium HKG's zodanig dat het resultaat van de vermenigvuldiging van het herberekende gewicht met het gerealiseerde aantal verzekerden voor deze klasse gelijk is aan het resultaat van de vermenigvuldiging van het gewicht in tabel 1.5 met het bij toekenning van de vereveningsbijdragen verwachte aantal verzekerden. Het Zorginstituut rondt het herberekende gewicht af op twee decimalen.
7. 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. Het Zorginstituut rondt de herberekende gewichten af op twee decimalen.
8. Het Zorginstituut gebruikt bij de herberekening, bedoeld in het eerste lid, de referentiebestanden, bedoeld in artikel 9, negende lid.



Artikel 12

1. Het Zorginstituut merkt kosten als bedoeld in artikel 3.13 van het Besluit zorgverzekering, voor prestaties van grensoverschrijdende zorg die zodanig zijn gespecificeerd, dat:
 - a. uit de specificatie blijkt dat zij ofwel gelden als kosten van geneeskundige zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden – met uitzondering van de kosten, bedoeld in subonderdeel b – ofwel als kosten van verblijf als bedoeld in artikel 2.12 van het Besluit zorgverzekering – met uitzondering van de kosten, bedoeld in subonderdeel b – ofwel als kosten van geneeskundige zorg zoals verpleegkundigen die plegen te bieden als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering en, voor zover die zorg daarmee gepaard gaat, kosten van verblijf, aan als kosten van het cluster ‘variabele zorgkosten’;
 - b. 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 1095 dagen, aan als kosten van het cluster ‘kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg’;
 - c. uit de specificatie niet blijkt dat zij gelden als kosten als bedoeld onder a of b 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 13

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 14

1. 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’.
2. Het Zorginstituut merkt de kosten van de Stichting Kinderoncologie Nederland en van de Nederlandse Transplantatiestichting voor 75 procent aan als kosten van het cluster ‘variabele zorgkosten’.

Artikel 15

1. 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 voor medisch-specialistisch zorg vast te stellen percentage aan als kosten van het cluster ‘vaste zorgkosten’.
2. Het percentage per instelling, bedoeld in het eerste lid, is gelijk aan 100 minus het percentage, bedoeld in artikel 14, eerste lid.
3. Het Zorginstituut merkt de kosten van de Stichting Kinderoncologie Nederland en van de Nederlandse Transplantatiestichting voor 25 procent aan als kosten van het cluster ‘vaste zorgkosten’.
4. Het Zorginstituut merkt de kosten voor de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialist, de Stichting Kwaliteitsontwikkeling GGZ, de stichting Kwaliteitsgelden Patiënten Consumenten, de stichting Kwaliteitsgelden wijkverpleging en de Projectgelden zoals benoemd in het Addendum bestuurlijk akkoord huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018 aan als kosten van het cluster ‘vaste zorgkosten’.
5. Het Zorginstituut merkt de kosten van geneesmiddelen met ingang van het tijdstip waarop ze ophouden dure intramurale geneesmiddelen te zijn tot en met 31 december van het daaropvolgende kalenderjaar aan als kosten van het cluster ‘vaste zorgkosten’.
6. Het Zorginstituut calculeert 100 procent na op het verschil tussen de kosten van het cluster ‘vaste



zorgkosten', vastgesteld ingevolge het eerste tot en met vijfde lid enerzijds, en het herberekende deelbedrag 'vaste zorgkosten' na toepassing van artikel 3.15, tweede lid van het Besluit zorgverzekering.

Artikel 16

1. De opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in artikel 3.19, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, wordt berekend overeenkomstig artikel 7, met dien verstande, dat wordt uitgegaan van het gerealiseerde aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moest worden betaald.
2. De opbrengst van het verplicht eigen risico, 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 verzekerden van achttien jaar en ouder verminderd met het gerealiseerde aantal verzekerden, bedoeld in artikel 24, van de wet.

Artikel 17

Artikel 9 is van overeenkomstige toepassing bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage ten behoeve van een zorgverzekeraar.

HOOFDSTUK 4. AANVULLINGEN OP DE VEREVENINGSBIJDRAGE AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 18

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 19

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. WIJZIGING VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2017

Artikel 20

De Regeling risicoverevening 2017 wordt als volgt gewijzigd:

1. In bijlage 1 tabel 1.9: Gewichten voor het vereveningscriterium MHK (in euro's per verzekerde) wordt '3 jaar hoge kosten in top 1,0 procent' gewijzigd naar: '3 jaar hoge kosten in top 1,5 procent'.

HOOFDSTUK 7. SLOTBEPALINGEN

Artikel 21

1. Deze regeling treedt in werking met ingang van 30 september 2017. Indien de Staatscourant waarin deze regeling wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 29 september 2017, treedt zij in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst en werkt zij terug tot en met 30 september 2017.
2. Artikel 20 werkt, zo nodig in afwijking van het eerste lid, terug tot en met 30 september 2016.

Artikel 22

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling risicoverevening 2018.



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

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers*



BIJLAGE 1. NORMBEDRAGEN VEREVENINGSMODEL VARIABELE ZORGCOSTEN (BEHORENDE BIJ ARTIKEL 5 VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2018)

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 5) en vormen de basis voor de ex post berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (artikel 11, 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	9.646,47
	0 jaar, geboren in het voorafgaande jaar	2.818,73
	1-4 jaar	2.075,42
	5-9 jaar	1.864,45
	10-14 jaar	1.887,11
	15-17 jaar	1.955,72
	18-24 jaar	1.754,94
	25-29 jaar	1.774,85
	30-34 jaar	1.776,89
	35-39 jaar	1.852,70
	40-44 jaar	1.942,45
	45-49 jaar	2.048,21
	50-54 jaar	2.204,00
	55-59 jaar	2.466,21
	60-64 jaar	2.739,54
	65-69 jaar	3.274,14
	70-74 jaar	3.643,74
	75-79 jaar	4.043,38
	80-84 jaar	4.406,56
	85-89 jaar	5.012,70
90+ jaar	5.519,87	
Vrouwen	0 jaar, geboren in het vereveningsjaar	8.471,71
	0 jaar, geboren in het voorafgaande jaar	2.545,14
	1-4 jaar	1.827,62
	5-9 jaar	1.834,62
	10-14 jaar	1.917,99
	15-17 jaar	2.071,62
	18-24 jaar	2.033,58
	25-29 jaar	2.519,16
	30-34 jaar	2.661,19
	35-39 jaar	2.304,23
	40-44 jaar	2.067,41
	45-49 jaar	2.137,18
	50-54 jaar	2.224,60
	55-59 jaar	2.333,45
	60-64 jaar	2.473,20
	65-69 jaar	2.853,68
	70-74 jaar	3.114,65
	75-79 jaar	3.465,20
	80-84 jaar	3.812,26
	85-89 jaar	4.370,51
90+ jaar	4.998,16	

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

	Variabele zorgkosten
Geen FKG	-294,82
Glaucoom	169,06
Schildklierandoeningen	63,83
Psychose, Alzheimer en verslaving	274,42
Depressie	208,54



	Variabele zorgkosten
Chronische pijn exclusief opioïden	933,52
Neuropathische pijn complex	1.968,02
Hoog cholesterol	84,04
Diabetes type II zonder hypertensie	535,72
COPD/Zware astma	1.617,76
Astma	442,47
Diabetes type II met hypertensie	908,36
Epilepsie	756,19
Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	528,32
Hartaandoeningen	1.662,15
Auto-immuunziekten o.b.v. add-on	6.868,62
Reuma	727,61
Parkinson	2.027,98
Diabetes type I	1.832,91
Transplantaties	1.585,51
Cystic fibrosis/pancreasenzymen	2.726,91
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: multiple sclerose	4.539,37
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: overig	3.056,50
Kanker	2.258,87
Hormoongevoelige tumoren	942,10
HIV/AIDS	5.948,18
Nieraandoeningen	7.996,22
Psoriasis	483,01
Pulmonale arteriële hypertensie	21.060,73
Kanker o.b.v. add-on	14.198,73
Groeistoornissen o.b.v. add-on	4.096,82
Extreem hoge kosten cluster 1	131.730,34
Extreem hoge kosten cluster 2	189.118,21
Extreem hoge kosten cluster 3	405.406,85

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

	Variabele zorgkosten
Geen primaire DKG	-202,55
1	641,59
2	1.136,56
3	1.130,72
4	1.470,90
5	1.946,40
6	2.259,71
7	4.362,66
8	4.409,45
9	6.105,91
10	6.325,95
11	10.505,17
12	12.684,53
13	11.404,54
14	69.665,32
15	53.538,62

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

	Variabele zorgkosten
Geen secundaire DKG	-90,16
1	784,04
2	2.074,37
3	4.491,46
4	7.475,43
5	11.916,67



	Variabele zorgkosten
6	18.511,00
7	58.633,82

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

	Variabele zorgkosten
Geen HKG	-51,03
CPAP apparatuur	131,04
Therapeutische elastische kousen	568,81
Voorzieningen voor stomapatiënten	1.308,30
Vernevelaar met toebehoren	2.062,42
Middelen voor urine-opvang	1.922,87
Injectiespuiten met toebehoren (excl. diabetes)	2.213,90
Zuurstofapparaten met toebehoren	4.058,44
Voedingshulpmiddelen (excl. zuigelingen)	5.962,19
Slijmuitzuigapparatuur	30.460,82
Draagbare infuuspompen	10.148,11

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

		Variabele zorgkosten
	0-17 jaar	0,00
	65+ jaar	0,00
Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)	18-34 jaar	1.408,86
	35-44 jaar	1.947,69
	45-54 jaar	1.247,96
	55-64 jaar	976,94
Arbeidsongeschikten excl. IVA	18-34 jaar	244,02
	35-44 jaar	474,40
	45-54 jaar	517,26
	55-64 jaar	437,78
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	250,42
	35-44 jaar	265,78
	45-54 jaar	356,32
	55-64 jaar	394,78
Studenten	18-34 jaar	-182,41
Zelfstandigen	18-34 jaar	-99,71
	35-44 jaar	-143,20
	45-54 jaar	-169,16
	55-64 jaar	-231,86
Hoogopgeleiden	18-34 jaar	-4,18
	35-44 jaar	-79,97
Referentiegroep	18-34 jaar	25,79
	35-44 jaar	-19,29
	45-54 jaar	-61,70
	55-64 jaar	-96,55

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

	Variabele zorgkosten
1	65,90
2	42,71
3	15,91
4	4,16
5	9,74
6	-14,44
7	-14,85
8	-43,27
9	-30,76

	Variabele zorgkosten
10	-34,51

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

		Variabele zorgkosten
1 (zeer laag)	0-17 jaar	87,76
	18-64 jaar	15,36
	65+ jaar	526,01
2 (laag)	0-17 jaar	37,98
	18-64 jaar	23,45
	65+ jaar	-2,29
3 (midden)	0-17 jaar	-27,81
	18-64 jaar	13,48
	65+ jaar	-155,00
4 (hoog)	0-17 jaar	-56,24
	18-64 jaar	-39,69
	65+ jaar	-277,64

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

		Variabele zorgkosten
Wlz-instelling, blijvend	0-17 jaar	0,00
	18-4 jaar	-377,69
	65-79 jaar	-2.600,33
	80+ jaar	-4.632,54
Wlz-instelling, instromend	18-64 jaar	7.339,08
	65-79 jaar	11.685,00
	80+ jaar	5.168,60
Eenpersoonshuishouden	18-64 jaar	9,83
	65-79 jaar	54,25
	80+ jaar	539,01
Overig	18-64 jaar	-2,95
	65-79 jaar	-33,36
	80+ jaar	100,65

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

	Variabele zorgkosten
Geen MHK	-570,63
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30 procent	113,21
2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent	2.472,82
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 15 procent	2.293,37
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent	3.688,85
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 7 procent	5.497,31
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 4 procent	8.570,11
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 1,5 procent	17.112,85
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 0,5 procent	44.194,51

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

	Variabele zorgkosten
Geen FDG	-22,03
1	636,72
2	1.614,47
3	1.703,05
4	10.200,47



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

	Variabele zorgkosten
Geen VGG	-185,42
Voorafgaande jaar kosten V&V in top 2,5 procent	2.028,47
Voorafgaande jaar kosten V&V in top 2,0 procent	3.532,13
Voorafgaande jaar kosten V&V in top 1,5 procent	6.823,62
Voorafgaande jaar kosten V&V in top 1,0 procent	10.538,32
Voorafgaande jaar kosten V&V in top 0,5 procent	12.464,17
Voorafgaande jaar kosten V&V in top 0,25 procent: 0-17 jaar	51.378,51
18+ jaar	30.123,79



BIJLAGE 2. NORMBEDRAGEN VEREVENINGSMODEL GGZ (BEHORENDE BIJ ARTIKEL 5 VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2018)

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

De in deze bijlage genoemde vereveningscriteria zijn van toepassing voor verzekerden van achttien jaar en ouder; de gewichten zijn bedoeld voor de ex ante berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (artikel 5) en vormen de basis voor de ex post berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (artikel 11, tweede lid).

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

		Kosten van geneeskundige GGZ
Mannen	18–24 jaar	328,02
	25–29 jaar	327,21
	30–34 jaar	331,36
	35–39 jaar	320,71
	40–44 jaar	302,41
	45–49 jaar	271,19
	50–54 jaar	271,19
	55–59 jaar	260,32
	60–64 jaar	260,32
	65–69 jaar	249,00
	70–74 jaar	251,04
	75–79 jaar	249,80
	80–84 jaar	251,10
	85–89 jaar	251,10
	90+ jaar	251,10
Vrouwen	18–24 jaar	364,43
	25–29 jaar	360,39
	30–34 jaar	336,53
	35–39 jaar	321,24
	40–44 jaar	302,41
	45–49 jaar	286,91
	50–54 jaar	276,15
	55–59 jaar	260,32
	60–64 jaar	260,32
	65–69 jaar	249,00
	70–74 jaar	249,00
	75–79 jaar	249,00
	80–84 jaar	251,10
	85–89 jaar	251,10
	90+ jaar	251,10

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

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen FKG psychische aandoeningen	-22,76
Psychose	1.431,32
Psychose depot	4.053,67
Chronische stemmingsstoornissen	240,07
Verslaving	338,23
Bipolair regulier	382,67
Bipolair complex	1.132,36
ADHD	69,91

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

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen DKG psychische aandoeningen	-122,73
1	1.107,48
2	878,34



	Kosten van geneeskundige GGZ
3	1.840,08
4	3.957,71
5	5.048,20
6	5.425,06
7	7.629,28
8	10.955,91
9	11.906,52
10	18.402,32
11	20.035,23
12	29.157,08
13	32.965,31
14	40.111,16
15	55.273,94
16	86.058,03
17	38.805,24

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

		Kosten van geneeskundige GGZ
	65+ jaar	0,00
Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)	18-34 jaar	-79,87
	35-44 jaar	135,41
	45-54 jaar	-23,85
	55-64 jaar	-12,98
Arbeidsongeschikten excl. IVA	18-34 jaar	458,26
	35-44 jaar	407,84
	45-54 jaar	162,88
	55-64 jaar	72,15
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	331,17
	35-44 jaar	255,79
	45-54 jaar	125,08
	55-64 jaar	73,83
Studenten	18-34 jaar	-54,08
Zelfstandigen	18-34 jaar	-75,95
	35-44 jaar	-55,07
	45-54 jaar	-23,85
	55-64 jaar	-12,98
Hoogopgeleiden	18-34 jaar	-76,33
	35-44 jaar	-55,07
	45-54 jaar	-18,54
Referentiegroep	18-34 jaar	-11,09
	35-44 jaar	-26,51
	45-54 jaar	-18,54
	55-64 jaar	-12,98

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

	Kosten van geneeskundige GGZ
1	94,41
2	6,60
3	-0,18
4	-6,86
5	-15,14
6	-15,71
7	-15,71
8	-15,71
9	-15,71
10	-15,71



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

		Kosten van geneeskundige GGZ
1 (zeer laag)	18-64 jaar	2,93
	65+ jaar	9,75
2 (laag)	18-64 jaar	-10,80
	65+ jaar	0,47
3 (midden)	18-64 jaar	-10,80
	65+ jaar	-4,64
4 (hoog)	18-64 jaar	15,98
	65+ jaar	-3,72

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

		Kosten van geneeskundige GGZ
Wlz-instelling, blijvend	18-64 jaar	-25,65
	65-79 jaar	-34,13
	80+ jaar	-36,22
Wlz-instelling, instromend	18-64 jaar	259,72
	65-79 jaar	943,73
	80+ jaar	233,82
Eenpersoonshuishouden	18-64 jaar	79,00
	65-79 jaar	40,47
	80+ jaar	-6,00
Overig	18-64 jaar	-11,91
	65-79 jaar	-16,52
	80+ jaar	-5,48

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

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen GGZ-MHK	-63,43
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 98,5 procent met kosten GGZ >10 euro	207,04
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 10 promille *	1.371,10
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille *	3.009,46
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille *	4.889,86
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 1 promille *	9.460,54
5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille	13.670,37
5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille	21.367,09

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



BIJLAGE 3. NORMBEDRAGEN VEREVENINGSMODEL VOOR DE EIGEN BETALINGEN ONDER HET VERPLICHT EIGEN RISICO

Alleen volwassenen zonder FKG/ primaire DKG/secundaire DKG/ HKG/ FDG en niet ingedeeld bij MHK-klasse "2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent" of hoger (behorende bij artikel 8, tweede lid van de Regeling risicoverevening 2018)

De bijlage betreft het 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 8, 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 16, tweede lid).

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

		Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
Mannen	18–24 jaar	131,60
	25–29 jaar	128,86
	30–34 jaar	131,58
	35–39 jaar	136,88
	40–44 jaar	140,96
	45–49 jaar	148,01
	50–54 jaar	160,96
	55–59 jaar	176,48
	60–64 jaar	191,28
	65–69 jaar	209,34
	70–74 jaar	229,20
	75–79 jaar	249,68
	80–84 jaar	259,99
	85–89 jaar	269,51
	90+ jaar	273,71
Vrouwen	18–24 jaar	182,77
	25–29 jaar	181,25
	30–34 jaar	177,22
	35–39 jaar	174,20
	40–44 jaar	178,40
	45–49 jaar	185,52
	50–54 jaar	197,03
	55–59 jaar	202,26
	60–64 jaar	208,13
	65–69 jaar	222,33
	70–74 jaar	241,27
	75–79 jaar	258,48
	80–84 jaar	264,49
	85–89 jaar	268,17
	90+ jaar	258,79

Tabel 3.2. Gewichten voor het vereveningscriterium AVI (in euro's per verzekerde)

		Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)	65+ jaar	0,00
	18–34 jaar	83,08
	35–44 jaar	79,90
	45–54 jaar	65,96
	55–64 jaar	40,70
Arbeidsongeschikten excl. IVA	18–34 jaar	64,23
	35–44 jaar	71,30
	45–54 jaar	56,59
Bijstandsgerechtigden	55–64 jaar	37,42
	18–34 jaar	49,00
	35–44 jaar	51,55
	45–54 jaar	40,26
	55–64 jaar	20,41



		Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
Studenten	18-34 jaar	-11,43
Zelfstandigen	18-34 jaar	-6,03
	35-44 jaar	-8,69
	45-54 jaar	-9,74
	55-64 jaar	-11,57
Hoogopgeleiden	18-34 jaar	-11,42
	35-44 jaar	-13,73
Referentiegroep	18-34 jaar	0,72
	35-44 jaar	-0,73
	45-54 jaar	-3,44
	55-64 jaar	-2,82

Tabel 3.3. Gewichten voor het vereveningscriterium regio (in euro's per verzekerde)

	Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
1	6,83
2	2,97
3	0,94
4	0,33
5	-1,11
6	-1,11
7	-1,25
8	-2,41
9	-2,37
10	-2,14

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

	Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
Geen MHK	-29,32
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30 procent	57,37



BIJLAGE 4. TOEWIJZING FKG'S DIABETES 2018 OP BASIS VAN FARMACIEGEBRUIK VOOR DIABETES EN HYPERTENSIE

Bijlage bij artikel 9, lid 2, onderdeel a

Diabetes type I	Diabetes type II	Hypertensie	Toewijzing FKG
>180	>180	>180	Diabetes type I
>180	>180	≤180	Diabetes type I
>180	≤180	>180	Diabetes type I
>180	≤180	≤180	Diabetes type I
≤180	>180	>180	Diabetes type II met hypertensie
≤180	>180	≤180	Diabetes type II zonder hypertensie
≤180	≤180	>180	Geen
≤180	≤180	≤180	Geen

Toelichting:

Groter of kleiner dan 180 verwijst naar de dagdosering voor de betreffende FKG. De tabel beschrijft de verschillende situaties die mogelijk zijn bij een samenloop van farmaciegebruik voor diabetes en hypertensie. In de laatste kolom staat aangegeven welke FKG's toegewezen worden in de betreffende situatie.



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, die uit het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) gefinancierd wordt. 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 onbeïnvloedbare verschillen in risicoprofielen in hun zorgverzekerdenportefeuilles, zodat zij op dit punt in een gelijke uitgangspositie 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: bepaald wordt met welke vereveningscriteria bij de berekening van die bijdragen rekening wordt gehouden, en hoe de bijdragen op hoofdlijnen ex ante en ex post worden berekend. De gedetailleerde uitwerking van deze regels is voor het vereveningsjaar 2018 vervolgens te vinden in voorliggende 'Regeling risicoverevening 2018' (Rrv 2018). De hoofdstukken 1 tot en met 5 van de Rrv 2018 bevatten de regels die gelden voor de toekenning (ex ante) en vaststelling (ex post) van de vereveningsbijdrage over 2018. Zo wordt bepaald welke middelen beschikbaar zijn voor het jaar 2018 en hoe deze middelen over zorgverzekeraars worden verdeeld. De vaststelling van de beschikbare middelen is gebaseerd op artikel 32, vierde lid, onderdeel a, van de Zvw. De omvang van de beschikbare middelen is afgeleid uit het macro-prestatiebedrag. In de Rrv 2018 worden zowel het bedrag van de beschikbare middelen 2018, als het macro-prestatiebedrag 2018 vastgesteld. Het macro-prestatiebedrag wordt in 2018 verdeeld in drie macro-deelbedragen:

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

De verdeling van de macro-deelbedragen vindt plaats op basis van de criteria, genoemd in het Bzv. In voorliggende regeling wordt nader ingegaan op de invulling van deze criteria in klassen en de bijbehorende gewichten. De bijdrage aan zorgverzekeraars wordt aangevuld met de bedragen berekend op grond van paragraaf 1.5 van hoofdstuk 3 van het Bzv. Hoofdstuk 6 bevat een aanpassing van de Regeling risicoverevening 2017. De slotbepalingen in hoofdstuk 7 bevatten regels over de inwerkingtreding en terugwerkende kracht van de voorliggende regeling.

2. Inhoudelijke wijzigingen

2.1 Belangrijkste wijzigingen

Het kabinet zet in op verdere verbetering van de werking van het ex ante risicovereveningsmodel. Daarom wordt er een aantal wijzigingen voor 2018 doorgevoerd.

De belangrijkste wijzigingen zijn:

- het introduceren van een klasse voor gezonde verzekerden binnen het criterium MHK (meerjarig hoge kosten). Het onderscheid tussen verzekerden met drie jaar lage kosten en de overige



verzekerden wordt ook binnen het model voor het verplicht eigen risico toegepast door ook in dit model gebruik te maken van het criterium MHK;

- veel van de bestaande vereveningscriteria worden op basis van onderzoek verbeterd. Zo zijn er verbeteringen voor mensen met meerdere chronische aandoeningen (door verbetering van de diagnosekostengroepen), voor kinderen die intensieve kindzorg nodig hebben, voor baby's en voor GGZ-gebruikers;
- de criteria GSM (generieke somatische morbiditeit), GGG (geriatrie revalidatiezorg gebruikersgroepen) en ZVZ (zorgvraagzwaarte) worden in 2018 niet meer toegepast. Het criterium IGG (intramurale GGZ gebruikersgroepen) wordt samengevoegd met het criterium DKG's psychische aandoeningen (diagnosekostengroepen psychische aandoeningen);
- het macro-deelbedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg wordt samengevoegd met het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg;
- er wordt beter rekening gehouden met het verschil in zorgkosten tussen mensen die in een Wlz-instelling wonen en andere verzekerden.

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) een advies uit. De WOR is een technische werkgroep, met als belangrijkste taken het adviseren over de opzet van een jaarlijks onderzoeksprogramma naar 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 normatieve gewichten wordt een aantal stappen doorlopen. Eerst wordt een onderzoeksbestand samengesteld met historische (basis)gegevens, verschillende kenmerken van verzekerden, en hun zorgkosten onder het verzekerde pakket op individuniveau. Het betreft (elk jaar) de meest recente, zo veel mogelijk uitgedeclareerde gegevens. Voor het vereveningsjaar 2018 wordt daarom gebruikgemaakt van kostengegevens over 2015 en verzekerdenkenmerken over 2010 tot en met 2015. 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 verzekerde pakket 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 geestelijke gezondheidszorg, en de eigen betalingen ten gevolge van het verplicht eigen risico. Dit resulteert in de normatieve gewichten per vereveningscriterium.

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 2015 en verzekerdenkenmerken over 2010 tot en met 2015. De kwaliteit en volledigheid van de onderzoeksbestanden is goed te noemen. De gegevens op individuniveau over ziektekosten en verzekerdenkenmerken geven een goed beeld van de Zvw-populatie in 2015, zowel qua kosten als demografische kenmerken.

Bewerkingen onderzoeksgegevens

De ex ante vereveningsmodellen voor 2018 zijn gebaseerd op de schadegegevens (declaraties) over 2015 en de verzekerdenkenmerken over 2010 tot en met 2015. De schadegegevens zijn representatief gemaakt voor het te verwachten schadebeeld in 2018 door correcties uit te voeren voor de pakket- en beleidsmaatregelen die in 2016, 2017 en 2018 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 DBC's uitgevoerd, omdat de veranderingen in de DBC-zorgproductstructuur tussen 2015 en 2018 beperkt zijn. Vanwege lumpsummen en omzetplafonds zijn de kosten representa-



tief gemaakt door de gedeclareerde bedragen te vervangen door de mediaanbedragen. Er is bovendien gecorrigeerd voor de (eenmalige) schadelastdip in 2015 en de toename van de prevalentie bij het criterium DKG's als gevolg van de verkorting van de doorlooptijd van dbc-zorgproducten van maximaal 365 naar maximaal 120 dagen vanaf 2015.

Bij de verzekerd kenmerken en kosten van overige prestaties is sprake van 100 procent dekking. Deze gegevens zijn gebaseerd op de database BASIC 2015 van Vektis. BASIC bevat dit jaar voor het eerst ook de kosten van extramurale verpleging en persoonlijke verzorging (V&V) en extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten (EMZG). Vergelijking met gegevens van het Zorginstituut laat zien dat BASIC 2015 een goed beeld geeft van de zorgkosten en demografische kenmerken van de Zvw-populatie. De gegevens over het eerstelijnsverblijf zijn apart opgeleverd, omdat hiervoor in 2015 nog een subsidieregeling gold.

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 2015. Er is sprake van 100% dekking. De tarieven uit de declaraties zijn vervangen door tarieven van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), zodat kosten zijn geschoond voor (nog niet verwerkte) contractafspraken. De kosten voor langdurige GGZ zijn apart aangeleverd. Naast BASIC moest hiervoor nog informatie uit de AWBZ gebruikt worden, omdat er bij de kosten voor de langdurige GGZ rekening moet worden gehouden met een ingroeitraject.

2.4 Vormgeving variabele zorgkosten

Het ex ante risicovereveningsmodel voor de variabele zorgkosten kent in 2018 de volgende vereveningscriteria: 'leeftijd en geslacht', 'farmaciekostengroepen' (FKG's), 'primaire diagnosekostengroepen' (primaire DKG's), 'secundaire diagnosekostengroepen' (secundaire 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), 'fysiotherapie-diagnosegroepen' (FDG), en 'verpleging en verzorging gebruikersgroepen' (VGG).

Op advies van de WOR worden in 2018 de volgende wijzigingen in de vormgeving van het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische zorg doorgevoerd:

- binnen het criterium MHK wordt een aparte klasse toegevoegd voor gezonde verzekerden;
- binnen het criterium AVI wordt een klasse toegevoegd voor hoogopgeleiden van 35-44 jaar;
- de compensatie voor mensen met meerdere chronische aandoeningen verbetert door introductie van het criterium secundaire DKG's. Ook zijn extra DBC's in het risicovereveningsmodel opgenomen voor vroeggeboorte, niertransplantaties en diagnoses voor geriatrische revalidatiezorg;
- de bestaande criteria GGG en GSM vervallen;
- de hoogste klasse van het criterium VGG wordt opgesplitst naar verzekerden jonger dan 18 jaar en verzekerden van 18 jaar en ouder zodat beter wordt gecompenseerd voor kinderen die intensieve kindzorg nodig hebben;
- de klassen voor nuljarigen bij het criterium leeftijd en geslacht worden opgesplitst in nuljarigen geboren in het vereveningsjaar en nuljarigen geboren in het voorafgaande jaar;
- verzekerden worden bij het criterium PPA ingedeeld in de klassen voor Wlz-instellingen op basis van Wlz-declaraties en niet langer op basis van het woonachtig zijn in een huishouden met meer dan 15 bewoners;
- het regiocriterium wordt aangepast.

2.5 Vormgeving geneeskundige GGZ

Het ex ante risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ kent in 2018 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).

Op advies van de WOR wordt het ex ante vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ in 2018 gewijzigd door:

- een verbetering en uitbreiding van het criterium DKG's psychische aandoeningen;
- het samenvoegen van het criterium IGG met het criterium DKG's psychische aandoeningen;
- het niet gebruiken van het criterium ZVZ;
- het toevoegen van een klasse voor hoogopgeleiden van 35-44 jaar binnen het criterium AVI;
- introductie van drempelwaarden bij een aantal klassen op basis van GGZ-gebruik (in het verleden);
- verzekerden bij het criterium PPA in te delen in de klassen voor Wlz-instellingen op basis van



Wlz-declaraties en niet langer op basis van het woonachtig zijn in een huishouden met meer dan 15 bewoners.

Daarnaast worden de modellen voor de geneeskundige en voor de langdurige GGZ samengevoegd. Deze modellen waren in 2017 al bijna gelijk (het model voor de langdurige GGZ bestaat uit de vereveningscriteria van het model voor de geneeskundige GGZ, aangevuld met het criterium IGG). Vanaf 2018 kunnen ze worden samengevoegd.

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 jaar 2018. Deze regeling en de verschillen met eerdere jaren zijn technisch van aard en leiden daarom niet tot additionele frauderisicos.

Artikelsgewijs

Artikel 1

Zorgverzekeraars zijn risicodragend voor vrijwel alle geneesmiddelen binnen de Zvw. Een uitzondering wordt gemaakt voor de 'dure intramurale geneesmiddelen'. Dit betreft middelen die ingevolge artikel 2.1 van de Regeling zorgverzekering, zijn uitgesloten van het pakket vanwege het uitzonderlijk hoge kostenbeslag. Deze middelen vallen vanaf het moment van instroom in het pakket tot en met 31 december van het volgende kalenderjaar onder de vaste zorgkosten. Dit is in artikel 15, vijfde lid, geregeld.

Artikel 2

De hoogte van het macro-prestatiebedrag volgt uit de kostenramingen voor de zorg die valt onder de Zvw. 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 2018. Deze ramingen zijn opgenomen in de memorie van toelichting bij de begroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2018¹. 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). Aan de in de memorie van toelichting bij de begroting vermelde bedragen zijn toegevoegd, extra middelen die als onverdeelde post zijn opgenomen in de begroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2018. 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 deze regeling 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 2018 is bepaald op (afgerond) € 1.324. 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 van € 385 per verzekerde.

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 in 2018 onderverdeeld in drie onderscheiden macro-deelbedragen. De verschillende nominale bijstellingen en groeiruiten 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

¹ Kamerstukken II, 2017/2018, 34 775, nr. 2. In deze Regeling is reeds rekening gehouden met de gevolgen van de wet van 27 september 2017 tot het ongewijzigd laten van het verplicht eigen risico voor de zorgverzekering voor het jaar 2018 (Stb. 2017, 356).



die onder de Zvw vallen, omdat zij bijvoorbeeld in Nederlandse loondienst zijn.

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 7 en 8 (artikel 3.10 van het Bzv). Voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage gebeurt dit in artikel 16 (artikel 3.19 van het Bzv).

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 2018 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 basis hiervoor is opgenomen in paragraaf 1.5 van hoofdstuk 3 in het Bzv. Het genoemde bedrag van € 24.628,6 miljoen is gebaseerd op de in de memorie van toelichting bij de begroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2018 opgenomen gegevens (rekening houdend met de gevolgen van het ongewijzigd laten van het verplicht eigen risico). Het macro-prestatiebedrag (€ 46.014,8 miljoen) verminderd met de opbrengst van de nominale rekenpremie (€ 18.178,5 miljoen) en de opbrengst van het verplicht eigen risico (€ 3.207,7 miljoen) levert een bedrag op van € 24.628,6 miljoen.

Artikel 5

In het eerste lid wordt geregeld dat de gewichten van de klassen van vereveningscriteria die het Zorginstituut hanteert bij de berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar, als 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. Ook blijkt uit deze bijlagen welke criteria gelden voor de onderscheiden deelbedragen. 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 naar leeftijd en geslacht, en aan de hand van de optelling van de toe- en afslagen op grond van FKG's, primaire DKG's, secundaire DKG's, HKG's, AVI, regio, SES, PPA, MHK, FDG en VGG. 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 en GGZ-MHK. Voor de invulling van het vereveningscriterium 'regio', zoals genoemd in het Bzv, is gekozen voor een specifiek regio-criterium voor de geneeskundige GGZ, genoemd GGZ-regio. In dit criterium wordt rekening gehouden met verschillen in aanbod in de geneeskundige GGZ en met sociaaleconomische omstandigheden. De ex ante normgewichten 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 risicoklassen van de overige in het vereveningsmodel opgenomen vereveningscriteria. De verdeling van vaste zorgkosten wordt gebaseerd op de geraamde aantallen verzekerden per zorgverzekeraar in het jaar 2018. 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 is al in algemene zin ingegaan op de gehanteerde criteria: leeftijd en geslacht, FKG's, primaire DKG's, secundaire DKG's, AVI, SES, MHK, regio, FKG's psychische aandoeningen, PPA, GGZ-regio, HKG, DKG's psychische aandoeningen, MHK-GGZ, FDG en VGG. In aanvulling daarop kan over deze 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. Om beter aan te kunnen sluiten bij de werkelijke kosten werd het leeftijdsinterval 0–4 jaar gesplitst in een klasse 0 jarigen en een klasse 1–4 jaar. Vanaf 2018 wordt eerstgenoemde klasse gesplitst in een klasse 0 jarigen geboren in het vereveningsjaar en een klasse nuljarigen geboren in het voorafgaande jaar.

- Er wordt voor in Nederland wonende verzekerden gewerkt met 33 FKG's. Verzekerden kunnen in principe in meerdere FKG's worden ingedeeld. Daarnaast wordt een referentiegroep 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 gebruik gemaakt van zeven FKG's psychische aandoeningen, daarnaast is er een referentiegroep (genaamd 'Geen FKG psychische aandoeningen') van verzekerden die in geen enkele FKG psychische aandoeningen zijn ingedeeld. Het vereveningscriterium 'FKG's psychische aandoeningen' bestaat uit de volgende klassen: 'FKG psychose', 'FKG psychose depot', 'FKG chronische stemmingsstoornissen', 'FKG verslaving', 'FKG bipolair regulier', 'FKG bipolair complex' en 'FKG ADHD'. Als een verzekerde ingedeeld wordt in de FKG 'bipolair complex' kan deze verzekerde niet ook ingedeeld worden in de indeling in de FKG 'bipolair regulier', als een verzekerde wordt ingedeeld in de FKG-klasse 'psychose depot' kan deze verzekerde niet ook ingedeeld worden in de FKG-klasse 'psychose'. Voor het overige geldt dat een verzekerde in meerdere FKG's psychische aandoeningen kan worden ingedeeld.
- De DKG's worden met ingang van 2018 aangepast zodat de compensatie voor verzekerden met meerdere chronische aandoeningen verbetert. Tot en met 2017 werd bij de indeling in DKG's alleen de DBC gebruikt met de hoogste vervolgcosten. Vanaf 2018 zal, indien sprake is van een declaratie voor een andere diagnose, ook een tweede DBC worden meegenomen. Het criterium DKG's wordt daarom hernoemd tot primaire DKG's en er komt een criterium secundaire DKG's bij. Ook worden kosten voor vroeggeboorte, niertransplantaties en diagnoses voor geriatrische revalidatiezorg beter opgenomen in het risicovereveningsmodel. Voor in Nederland wonende verzekerden is er binnen het criterium primaire DKG's sprake van 15 clusters van aandoeningengroepen, en van een klasse 'Geen primaire DKG' voor degenen die geen van de aandoeningen hebben. Het criterium secundaire DKG's kent 7 clusters van aandoeningengroepen en een klasse 'Geen secundaire DKG'. De primaire en secundaire DKG's worden in 2018 net als de DKG's in 2017 gebaseerd op diagnose-informatie van klinische en niet-klinische behandelingen. In de vormgeving van de DKG's worden de verschillende klinische en niet-klinische behandelingen samengenomen zodat het risicovereveningsmodel een prikkel geeft om verzekerden – waar mogelijk – goedkoper poliklinisch te behandelen in plaats van via duurdere klinische opnames. Vanwege prikkelwerking worden zorgproducten van de typering 'Lichte behandeling op de polikliniek' uitgezonderd. De prevalentie van DKG's wordt vastgesteld op basis van diagnose- en specialisme-informatie uit de dbc-zorgproducten. Er wordt uitgegaan van enkelvoudige primaire en secundaire DKG's. Dat betekent dat een verzekerde die meerdere relevante DBC's heeft, uiteindelijk in één primaire en in één secundaire DKG (de zwaarste) wordt ingedeeld.
- Bij het vereveningscriterium AVI worden bij de verzekerden van 18 tot en met 64 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. De verzekerden tot en met 17 jaar en verzekerden van 65 jaar en ouder zijn ondergebracht in twee aparte klassen. Binnen de klassen 'IVA', 'Arbeidsongeschikten excl. IVA', 'Bijstandsgerechtigden', 'Zelfstandigen' en 'Referentiegroep' wordt een nader onderscheid gemaakt op basis van leeftijd van de verzekerde. De klassen 'Studenten' en 'Hoogopgeleiden' zijn hier een uitzondering op. De klasse 'Studenten' heeft namelijk maar één leeftijdsgroep: 18–34 jaar, voor 'Hoogopgeleiden' wordt met ingang van 2018 naast deze leeftijdsgroep ook de leeftijdsgroep 35–44 jaar onderscheiden. In artikel 9, derde 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. Een verzekerde van wie de variabele zorgkosten de afgelopen drie jaar tot de hoogste 15 procent behoort, wordt, afhankelijk van het percentiel waartoe de som van deze kosten 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 normatieve gewicht en de top 15 procent de laagste kostenklasse met het laagste normatieve gewicht. Een verzekerde wordt met in achtname van het bovenstaande 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, wordt ingedeeld in de klasse, '2 voorafgaande jaren variabel zorgkosten in top 10 procent'. Aan het vereveningscriterium wordt vanaf 2018 een klasse toegevoegd. Een verzekerde die in geen van de drie voorafgaande jaren kosten in de top 30 procent heeft, wordt ingedeeld in de klasse 'Geen MHK'. Dit is de referentiegroep. De overige verzekerden worden ingedeeld in de klasse 'Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30 procent'.
- Het vereveningscriterium MHK wordt vanaf 2018 aan het model voor het verplicht eigen risico toegevoegd. 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.

- 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 (in 2017 werd nog een benadering toegepast op basis van het woonachtig zijn op een adres met meer dan 15 bewoners). 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').
- 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 binnen SES ingedeeld in de klasse '1 (zeer laag)'.
- Het vereveningscriterium regio, dat wordt gebruikt in het vereveningsmodel voor de variabele zorgkosten, beoogt verschillen met betrekking tot zorgaanbod, sociaaleconomische omstandigheden en resterende gezondheidsverschillen te meten door viercijferige postcodes te clusteren op basis van een model dat de verschillen verklaart tussen het gemiddelde normatieve bedrag per verzekerde en de werkelijke gemiddelde kosten per verzekerde. Vanaf 2018 worden in dit model een paar extra variabelen toegevoegd (klantenpotentieel, luchtvervuiling en huurwoningen) en tegelijkertijd enkele aanbodkenmerken geschrapt (afstand tot huisarts, afstand tot ziekenhuis en aantal verpleeghuisbedden). In het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder wordt de regioclustering specifiek voor dit deelbedrag bepaald: GGZ-regio. Dit criterium wordt met ingang van 2018 verbeterd door de toevoeging van een extra verklarende factor (huurwoningen).
- Het vereveningscriterium HKG's onderscheidt (naast de referentiegroep 'Geen HKG' van verzekerden die in geen enkele HKG zijn ingedeeld) in 2018, net als in 2017, tien klassen. Een verzekerde kan maar in één HKG-klasse (de zwaarste) 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. Het criterium bevat, naast de klasse 'Geen DKG psychische aandoeningen' 17 klassen. Het criterium IGG (intramurale GGZ gebruikersgroepen), dat in 2017 nog als zelfstandig criterium binnen het model voor de langdurige GGZ werd toegepast, wordt vanaf 2018 samengevoegd met het criterium DKG's psychische aandoeningen (hoogste vier klassen). Er wordt 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.
- Het vereveningscriterium GGZ-MHK is in 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. Dit is de referentiegroep.
- Het vereveningscriterium 'fysiotherapiegebruikersgroepen' (FGG) is per 2016 toegevoegd aan het model voor de variabele zorgkosten, en met ingang van 2017 vervangen door een verbeterd criterium 'fysiotherapiediagnosegroepen' (FDG) waarbij een verzekerde op basis van diagnose-informatie in vier positieve 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 de vier positieve klassen wordt ingedeeld, komt in de klasse 'Geen FDG'.
- Het vereveningscriterium 'verpleging en verzorging gebruikersgroepen' (VGG) is per 2016 toegevoegd aan het model voor de variabele zorgkosten. Dit criterium zorgt ervoor dat gebruikers van verpleging en verzorging in het voorgaande jaar gemiddeld genomen niet langer (zwaar) verliesgevend zijn. Verzekerden met hoge kosten aan verpleging en verzorging in het vooraf-



gaande jaar worden, afhankelijk van de hoogte van de kosten, ingedeeld in één van de klassen 'Voorafgaande jaar kosten V&V in top 2,5 procent', 'Voorafgaande jaar kosten V&V in top 2,0 procent', 'Voorafgaande jaar kosten V&V in top 1,5 procent', 'Voorafgaande jaar kosten V&V in top 1,0 procent', 'Voorafgaande jaar kosten V&V in top 0,5 procent' of 'Voorafgaande jaar kosten V&V in top 0,25 procent'. Met ingang van 2018 wordt binnen de klasse 'Voorafgaande jaar kosten V&V in top 0,25 procent' onderscheid gemaakt tussen verzekerden jonger dan 18 jaar en verzekerden van 18 jaar en ouder. Hierdoor worden verzekeraars beter gecompenseerd voor kinderen die intensieve kindzorg nodig hebben. Verzekerden die in het voorgaande jaar geen (hoge) kosten aan verpleging en verzorging hebben gemaakt, komen in de klasse 'Geen VGG' terecht. Het is de bedoeling dat dit criterium uiterlijk na drie jaar wordt vervangen door betere, medisch-inhoudelijke vereveningscriteria.

De gewichten van alle vereveningscriteria zijn econometrisch geschat op basis van individuele kostencijfers van verzekerden uit 2015 (waarbij rekening wordt gehouden met het verwachte niveau van 2018). Bij deze schatting 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 en geriatrische revalidatiezorg respectievelijk de kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg niet betreft.

Artikel 6

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 primaire DKG, een secundaire DKG, een HKG, een FDG, een VGG, 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. Uit statistische analyses die het Zorginstituut heeft uitgevoerd op de totale groep verzekerden woonachtig in het buitenland, blijkt dat, wanneer rekening wordt gehouden met de overige, wel bekende vereveningscriteria, een correctiepercentage voor het gewicht van de betreffende criteria kan worden bepaald. Dit normbedrag houdt als het ware rekening met de gemiddelde gezondheid van de totale groep verzekerden woonachtig in het buitenland. In dit artikel wordt geregeld dat voor alle in het buitenland wonende verzekerden andere gewichten gelden dan voor in Nederland wonende verzekerden die in deze klassen zijn ingedeeld. Het gewicht dat voor de buitenlandse verzekerden geldt, wordt door het Zorginstituut vastgesteld op een percentage van laatstbedoelde gewichten en vastgelegd in de beleidsregels. In 2018 wordt deze methodiek ook eenmalig toegepast voor het criterium MHK vanwege de introductie van de extra klasse voor gezonde verzekerden binnen dat kenmerk.

Artikel 7

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 daarom in de berekening buiten beschouwing gelaten. Dit geldt ook voor de zorgverzekeringen van verzekerden waarvoor de Minister van Veiligheid en Justitie 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 8

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 7 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, ongezonde 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, ongezonde 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 differentiëring 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 primaire DKG' en vallen in de klasse 'Geen secundaire DKG' en vallen in de klasse 'Geen HKG' 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 en MHK en de in bijlage 3 genoemde gewichten. Hierbij wordt de in bijlage 3 aangegeven klasse-indeling van de criteria aangehouden. In het derde lid is vastgelegd dat een verzekerde die niet in Nederland woont, wordt ingedeeld in de klasse "Geen MHK" en dat voor hem het gewicht wordt vastgesteld op een percentage van het gewicht zoals dat in tabel 3.4 voor deze klasse is opgenomen. Deze methodiek wordt, net als bij MHK in het model voor de variabele zorgkosten, eenmalig toegepast.

Voor de verzekerden met een chronische aandoening, ingedeeld in een van de 33 FKG's (niet ingedeeld in de FKG-klasse 'Geen FKG'), 15 primaire DKG's (niet ingedeeld in de primaire DKG-klasse 'Geen primaire DKG'), 7 secundaire DKG's (niet ingedeeld in de secundaire DKG-klasse 'Geen secundaire DKG'), 7 MHK-klassen (niet ingedeeld in MHK-klassen 'Geen MHK' of 'Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30 procent'), 10 HKG's (niet ingedeeld in de HKG-klasse 'Geen HKG') of 4 FDG's (niet ingedeeld in de FDG-klasse 'Geen FDG'), wordt uitgegaan van een forfaitaire eigen betaling van € 361,61. Dit is het gemiddelde verwachte bedrag aan eigen betalingen voor deze totale groep verzekerden. Dit is vastgelegd in het vierde lid.

Artikel 9

Indien een verzekerde in meerdere klassen van een vereveningscriterium ingedeeld kan worden (bijvoorbeeld als deze verzekerde in het voorgaande jaar meerdere operaties heeft ondergaan of meerdere hulpmiddelen heeft gebruikt), dan is het uitgangspunt dat het Zorginstituut deze verzekerde in slechts één klasse van dat criterium indeelt, en wel de hoogste. 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 (vierde lid). Bij het vereveningscriterium AVI wordt een verzekerde, conform het algemene principe, slechts in één klasse ingedeeld, maar hierbij geldt wel een afwijkende volgorde. Deze is opgenomen in het derde lid.

Op grond van het vijfde lid worden verzekerden in een Wlz-instelling (ongeacht hun inkomen) ingedeeld in de SES-klasse '1 (zeer laag)'.

Op basis van het zesde en zevende lid deelt het Zorginstituut bij de vereveningscriteria MHK-GGZ en VGG verzekerden met kosten gelijk aan de percentielgrens naar rato in bij de klassen waar deze percentielgrens relevant is. Bij het criterium MHK-GGZ gebeurt dit alleen bij de percentielgrens '98,5 procent met kosten > 10 euro'. Op die manier wordt, ook als veel verzekerden kosten gelijk aan de percentielgrens hebben, het juiste aantal verzekerden in elk van de klassen ingedeeld. Mocht een percentielgrens gelijk zijn aan nul euro, dan zorgt het achtste lid ervoor dat verzekerden met kosten op de percentielgrens (in dit geval dus verzekerden zonder kosten) bij het criterium VGG altijd in de afslagklasse worden ingedeeld.

In het negende lid is een juridische grondslag gecreëerd op basis waarvan het Zorginstituut de



benodigde referentiebestanden kan opstellen. 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, in welke mate en in welke toedieningsvorm moeten zijn gebruikt om tot indeling in een FKG over te gaan. Voorheen was dit niet expliciet geregeld en diende de minister over de referentiebestanden een afzonderlijk besluit te nemen. Dit laatste is nu niet meer nodig. De minister zal de door het Zorginstituut opgestelde beleidsregels inclusief de daarbij behorende bijlage(n) in zijn geheel beoordelen.

Artikel 10

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 niet ingeschreven stond, 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 (Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering; Stb. 2011, 111) naar verwachting gering is², wordt in het tweede lid vooralsnog de regel gehandhaafd dat een zorgverzekeraar voor een verzekerde die in een periode bij meerdere zorgverzekeraars was ingeschreven, over die periode een vereveningsbijdrage krijgt die gedeeld 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 een zelfde 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), zij het dat ook hier de werking van de 'Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' dit onwaarschijnlijk maakt. Indien dit toch voorkomt, ontvangt de zorgverzekeraar waarbij de verzekerde slechts een gedeelte van het jaar dubbel ingeschreven stond, voor die verzekerde een vereveningsbijdrage die vermenigvuldigd wordt met het aantal verzekerde dagen gedeeld door – voor het jaar 2018 – 365, waarna de uitkomst hiervan nog eens – wegens de dubbele verzekering in die periode – gedeeld wordt door 2. De zorgverzekeraar waarbij de verzekerde gedurende het gehele jaar ingeschreven stond, ontvangt over de dubbel verzekerde periode een bijdrage gedeeld door twee, en over de rest van het jaar de 'volle' bijdrage.

Artikel 11

In de artikelen 12 tot en met 15 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 van artikel 11 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, van het Bzv is geregeld dat het Zorginstituut na het vereveningsjaar de gerealiseerde kosten per cluster van prestaties berekent³ 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). Dit 'tussendeelbedrag' wordt in het kader van het flankerend beleid eerst nog omgerekend naar een 'herberekend deelbedrag' (art. 3.12, tweede en derde lid, Bzv), zodanig dat kostenoverschrijdingen die niet het gevolg zijn van verschillen tussen geraamde en werkelijk gerealiseerde aantallen verzekerden of verzekerdenkenmerken, voor rekening van de zorgverzekeraars blijven. 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 iedere klasse van ieder

² Deze wet geeft 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.

³ Tot de gerealiseerde kosten behoren overigens niet kosten waarvoor een bijdrage als bedoeld in artikel 3.23 van het Besluit zorgverzekeringen (catastrofes) is verstrekt (zie art. 3.11, derde lid, van het Besluit).



relevant vereveningscriterium. In het derde lid is wat dit betreft per criterium aangegeven uit welk jaar de gegevens betrokken dienen te worden.

Het derde lid geeft aan dat bij de herberekening van de bijdragen, het Zorginstituut voor de criteria uitgaat van realisatiecijfers uit het jaar 2018 wat betreft de vereveningscriteria 'leeftijd en geslacht', AVI, regio en GGZ-regio. Voor de vereveningscriteria FKG's, HKG's, FKG's psychische aandoeningen, FDG en VGG wordt gekeken naar realisatiecijfers over 2017. Voor de vereveningscriteria SES en PPA gaat het Zorginstituut uit van realisatiecijfers over 2017 en 2018. Voor de vereveningscriteria primaire DKG's en secundaire DKG's wordt gekeken naar realisatiecijfers over 2016 en 2017. Voor de vereveningscriteria MHK en DKG's psychische aandoeningen gaat het Zorginstituut uit van realisatiecijfers over de jaren 2015, 2016 en 2017 en voor het vereveningscriterium GGZ-MHK van realisatiecijfers over de jaren 2013, 2014, 2015, 2016 en 2017.

Bij de (ex ante) toekenning zijn deze realisaties 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 vervolgcosten 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 hierbij 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. In 2018 wordt een vorm van 'criteriumneutraliteit' toegepast voor de vereveningscriteria FKG's, primaire DKG's, secundaire DKG's, HKG's en DKG's psychische aandoeningen. Dit is vastgelegd in het vierde, vijfde, zesde en zevende lid.

Voor het vereveningscriterium DKG's psychische aandoeningen is sprake van een referentiegroep, waarin verzekerden zijn ingedeeld als zij niet in aanmerking komen voor een vergoeding op basis van het betreffende criterium. Het Zorginstituut krijgt in het zevende lid de opdracht om in afwijking van het tweede lid het gewicht van deze referentiegroepen 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.

Bij de primaire DKG's en de secundaire DKG's is er grote onzekerheid over het effect van de verkorting van dbc-zorgproducten van maximaal 365 dagen naar maximaal 120 dagen. De verkorting van de maximale dbc-duur heeft heel wisselende gevolgen voor de verschillende primaire en secundaire DKG's. Ook de onzekerheid varieert daardoor tussen de verschillende primaire en secundaire DKG's. Daarom is in dit uitzonderlijke geval besloten tot een gedetailleerde vorm van neutraliteit, namelijk per klasse. Dit is vastgelegd in het vijfde lid. Door aanpassing van het gewicht van elke klasse wordt bewerkstelligd dat per klasse de vermenigvuldiging van de werkelijke verzekerdenaantallen met het aangepaste gewicht gelijk is aan de vermenigvuldiging van de bij de toekenning van de vereveningsbijdrage geraamde verzekerdenaantallen met het gewicht in tabel 1.3 respectievelijk tabel 1.4. Binnen het vereveningscriterium HKG's wordt dezelfde vorm van criteriumneutraliteit toegepast voor de klasse 'Vernevelaar met toebehoren'. Dit is vastgelegd in het zesde lid.

Aan het criterium FKG's zijn in 2017 drie klassen toegevoegd met het oog op de verbetering van de compensatie voor verzekerden met voorspelbaar extreem hoge kosten. Het gaat hier om kleine aantallen, maar om grote bedragen. Ook voor de FKG's 'Auto-immuunziekten o.b.v. add-on', 'Kanker o.b.v. add-on' en 'Groeistoornissen o.b.v. add-on' is sprake van onzekerheid. Voor deze zes klassen geldt dat ontwikkelingen soms moeilijk te voorspellen zijn, waardoor het aantal verzekerden moeilijk te ramen is. Voor de overige FKG's is de onzekerheid beperkt. Daarom wordt de 'neutraliteit' alleen vastgesteld voor de zes genoemde FKG's, en wel door aanpassing van het gewicht van de klasse 'Geen FKG'. Voor de zes 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.

In het achtste lid is geregeld dat het Zorginstituut de referentiebestanden (artikel 9, negende lid) ook gebruikt bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage.

Artikel 12

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 Zorginstituut (lid 2). Declaraties die 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 (onderdeel a) of voor geneeskundige GGZ, al dan niet



inclusief verblijf (onderdeel b). 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 eerder genoemde medisch-specialistische zorg of psychische zorg, dan gaat het om kosten van overige medische zorg, en die worden volledig aangemerkt als 'variabele zorgkosten' (onderdeel c).

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 Zorginstituut worden afgehandeld worden op kasbasis door het Zorginstituut in de risicoverevening verwerkt. 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 13

Binnen het Zvw-stelsel nemen verzekerden in een aantal situaties een deel van de zorgkosten voor eigen rekening. Deze eigen betalingen 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 GGZ'. Op deze wijze wordt initieel bij de herberekening van de vaststelling van het normatief bedrag 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 ingevolge artikel 3.19, eerste lid, van het Bzv, in mindering gebracht op het totaal van de normatieve bedragen van de hierboven genoemde clusters. Dit resulteert – na aftrek van de nominale rekenpremie – in de 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 maximaliseren, buiten de risicoverevening gehouden. Dit is in het tweede lid geregeld.

Artikel 14

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 15, is gelegen in de artikelen 3.14 en 3.15 van het 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. Het eerste lid geeft aan dat de vast/variabel-verhouding, die voor de kosten van deze experimenten geldt, door het Zorginstituut wordt vastgesteld. De Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION) en de Nederlandse Transplantatiestichting (NTS) zullen in 2018 nog niet zijn overgegaan op financiering op basis van dbc-zorgproducten. Daarom moet worden bepaald hoe de kosten van hun prestaties worden gesplitst in een vast- en een variabel deel: voor 75 procent worden deze kosten aan het cluster 'variabele zorgkosten' toegedeeld (tweede lid). Wat betreft de splitsing van de kosten voor prestaties van grensoverschrijdende zorg van buitenlandse instellingen, geldt hetgeen is toegelicht bij artikel 12.

Artikel 15

Het eerste en tweede lid gaan 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 aan het cluster 'variabele zorgkosten' wordt toegedeeld in het corresponderende eerste lid van artikel 14.

De Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION) en de Nederlandse Transplantatiestichting (NTS) zullen in 2018 nog niet zijn overgegaan op financiering op basis van dbc-zorgproducten. Daarom moet worden bepaald hoe de kosten van hun prestaties worden gesplitst in een vast en een variabel deel. Dit wordt in het derde lid aangegeven; voor 25 procent worden deze kosten aan het cluster 'vaste zorgkosten' toegedeeld.

Het vierde lid bepaalt dat de kosten voor de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) en de kosten voor de Stichting kwaliteitsgelden Patiënten Consumenten (SKPC) voor 100 procent als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' worden aangeduid. De middelen voor de SKMS waren oorspronkelijk, in 2008, onderdeel van het met de medisch specialisten afgesproken uurtarief en behoren daarmee tot de kosten die ten laste van de Zvw komen. Omdat de afdracht van alle medisch specialisten aan de SKMS administratief onuitvoerbaar bleek, hebben zorgverzekeraars vanaf 2009 deze middelen rechtstreeks betaald aan de SKMS en op deze wijze voorgefinancierd. Ook de financiering van kwaliteitsgelden voor de SKCF zijn vanwege administratieve voordelen, als vaste zorgkosten geïncasseerd. In dit lid wordt opgenomen dat deze kosten als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' mee worden genomen in de risicoverevening. Deze middelen zijn ook weer opgenomen in het bestuurlijk akkoord voor 2018. Het vierde lid bepaalt tevens dat de kosten voor de Stichting Kwaliteitsontwikkeling GGZ voor 100 procent als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' worden aangemerkt. Deze middelen zijn sinds 2014 beschikbaar voor kwaliteitsbeleid, projecten in het kader van arbeidsparticipatie en ambulantisering, en de destigmatiseringscampagne zoals opgenomen in het bestuurlijk akkoord 'Toekomst GGZ 2013–2014'. Omdat afdracht van alle zorgaanbieders ten behoeve van deze middelen administratief onuitvoerbaar is, betalen zorgverzekeraars deze middelen rechtstreeks aan de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Samen Sterk Tegen Stigma en GGZ Nederland. Per 2016 zijn aan het vierde lid middelen toegevoegd die beschikbaar zijn gesteld voor het kwaliteitsbeleid in de eerstelijnszorg. Deze middelen zijn voor 2017 beschikbaar voor de inhoudelijke uitwerking van het bestuurlijk akkoord 'Onderhandelaarsresultaat Eerste lijn 2014 t/m 2017' en verlengd in het 'addendum bestuurlijk akkoord huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018'. Omdat afdracht van alle zorgaanbieders ten behoeve van deze middelen administratief onuitvoerbaar is, betalen zorgverzekeraars deze middelen rechtstreeks aan de op te richten stichting dan wel een door bij het akkoord betrokken partijen aan te wijzen beherende partij. Vanaf 2018 worden de kosten voor de Stichting Kwaliteitsgelden Wijkverpleging voor 100 procent als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' aangeduid. Deze middelen zijn opgenomen in het bestuurlijk akkoord Wijkverpleging voor 2018.

In het vijfde lid zijn regels gesteld over de risicodragendheid van de dure intramurale geneesmiddelen. De betaalbaarheid van zogenoemde dure geneesmiddelen is in toenemende mate een punt van zorg voor behandelaren, voorschrijvers, zorgverzekeraars en overheid. Gezien het potentieel uitzonderlijk hoge kostenbeslag van bepaalde geneesmiddelen wordt instroom in het pakket alleen dan maatschappelijk verantwoord geacht indien er waarborgen zijn dat de uitgaven op een aanvaardbaar niveau blijven. Op grond van artikel 11, vierde lid, onder a, van de Zvw en artikel 2.4, tweede lid, van het Bzv kunnen bij ministeriële regeling vormen van zorg worden uitgezonderd van het basispakket van de Zvw. Dit is nader uitgewerkt in artikel 2.1 van de Regeling zorgverzekering. De mogelijkheid om het pakket te beperken bestaat ondermeer om budgettaire problematiek tegen te gaan en dus ombuigingsmaatregelen te nemen en de bijbehorende beperkingen in het pakket aan te brengen (zie bijvoorbeeld Besluit van 30 september 2011, Stb. 2011, 467).

Op het moment dat er waarborgen zijn voor gepast gebruik en er sprake is van een succesvolle prijsonderhandeling, kan de minister besluiten het betreffende middel in het basispakket, en wel tegen aanvaardbare kosten, op te nemen. De dure intramurale geneesmiddelen die instromen in het pakket zijn vanaf het moment van instroom en in het daarop volgende kalenderjaar risicoloos. In de periode die daarop volgt worden de middelen automatisch volledig risicodragend. Voor alle overige (intramurale) geneesmiddelen is de zorgverzekeraar vanaf het vereveningsjaar 2016 volledig risicodragend.

Het Zorginstituut past op het deelbedrag 'vaste zorgkosten' 100 procent nacalculatie toe (zesde lid). 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, tweede lid, van het Bzv.

Artikel 16

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 7 respectievelijk artikel 8. 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, van het Bzv, in mindering gebracht op het in artikel 3.18 van het Bzv bedoelde normatieve bedrag per zorgverzekeraar.

Artikel 17

In dit artikel is vastgelegd dat de regels omtrent de indeling in de klassen van de vereveningscriteria bij de toekenning van de vereveningsbijdragen aan zorgverzekeraars, zoals gesteld in artikel 9, tevens van toepassing zijn bij de vaststelling van de vereveningsbijdragen.

Artikel 18

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 Zorgverzekeringsfonds compensatie ontvangen. De vergoeding uit het Zorgverzekeringsfonds is voor 2018 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 te verwachten afname van de beheerskosten als gevolg van de overheveling van de GGZ voor deze verzekerden naar de Jeugdwet.

Artikel 19

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 20

Artikel 20 regelt dat in bijlage 1, tabel 1.9, van de Regeling risicoverevening 2017, de onjuiste naamgeving van een van de klassen van het criterium MHK wordt gecorrigeerd.

Artikel 21

Deze regeling treedt in werking met ingang van 30 september 2017. Indien publicatie na 29 september 2017 plaatsvindt, is geregeld dat de regeling terug werkt tot en met 30 september 2017.

Artikel 22

Aangezien deze regeling de regels bevat met betrekking tot de aan de zorgverzekeraars te verstrekken risicovereveningsbijdragen over het jaar 2018, krijgt zij de citeertitel 'Regeling risicoverevening 2018' (af te korten als Rrv 2018).

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers*