



Regeling van de Minister voor Medische Zorg van 24 september 2018, kenmerk 1418368-180788-Z, houdende bepalingen omtrent de in de Zorgverzekeringswet bedoelde vereveningsbijdrage voor het jaar 2019 (Regeling risicoverevening 2019)

De Minister voor Medische Zorg,

Gelet op artikel 32, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet en de artikelen 1, onderdelen i, j, aa en ii, 3.1, derde lid, 3.2, 3.4, derde lid, 3.6, derde lid, 3.8, tweede lid, 3.10, tweede lid, 3.11, 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: intramurale geneesmiddelen die de zorg, bedoeld in artikel 2.4, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering krachtens het tweede lid van dat artikel, of artikel 2.4a, eerste lid, van dat besluit niet omvat.

Artikel 2

1. Het macro-prestatiebedrag voor het jaar 2019 bedraagt € 47.655,0 miljoen.
2. Het macro-prestatiebedrag is opgebouwd uit de volgende macro-deelbedragen:
 - a. het macro-deelbedrag variabele zorgkosten ad € 43.541,6 miljoen;
 - b. het macro-deelbedrag vaste zorgkosten ad € 166,9 miljoen;
 - c. het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg ad € 3.946,5 miljoen.

Artikel 3

1. De opbrengst van de nominale rekenpremie wordt voor het jaar 2019 geraamd op € 19.158,5 miljoen.
2. De opbrengst van het verplicht eigen risico wordt voor het jaar 2019 geraamd op € 3.114,9 miljoen.

Artikel 4

De beschikbare middelen voor het verstrekken van de bijdragen aan zorgverzekeraars, bedoeld in artikel 32, vierde lid, onderdeel a, van de wet, omvatten voor het jaar 2019, naast de middelen, bedoeld in § 1.5 van hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering, een bedrag van € 25.381,6 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 verpleging en verzorging buiten beschouwing.
3. Bij de indeling van verzekerden bij de klassen van het vereveningscriterium GGZ-MHK laat het



Zorginstituut de kosten van het tweede en derde jaar intramurale geestelijke gezondheidszorg buiten beschouwing.

Artikel 6

In afwijking van artikel 5 en bijlage 1, tabellen 1.2, 1.3, 1.4, 1.5 en 1.11, 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 FDG', 'Geen FKG psychische aandoeningen' en 'Geen DKG psychische aandoeningen', waarbij voor hem het gewicht van die klassen door het Zorginstituut wordt vastgesteld op een percentage van de gewichten van de desbetreffende klassen zoals deze op grond van de genoemde tabellen voor in Nederland wonende verzekerden gelden.

Artikel 7

1. De nominale rekenpremie per jaar bedraagt € 1.380 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', 'Geen MVV' en 'Geen FDG' vallen en niet worden ingedeeld bij MHK-klasse '2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent' of hoger, uit van verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, AVI, regio en MHK en de in bijlage 3 genoemde gewichten. Hierbij wordt de in de bijlage 3 aangegeven klassenindeling van de criteria aangehouden.
3. De geraamde opbrengst per verzekerde, bedoeld in het eerste lid, bedraagt € 353,16 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 met hypertensie', 'Diabetes type I zonder hypertensie', 'Diabetes type II met hypertensie' en 'Diabetes type II zonder hypertensie', deelt het Zorginstituut een verzekerde in bij eerstgenoemde klasse die voor de betreffende verzekerde van toepassing is en niet bij de andere genoemde klassen;
 - b. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse 'Psychose en verslaving', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Depressie';
 - c. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse 'Neuropathische pijn', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Chronische pijn exclusief opioïden';
 - d. In geval van samenloop bij de klassen 'COPD/Zware astma o.b.v. add-on', 'COPD/Zware astma' en 'Astma', deelt het Zorginstituut een verzekerde in bij eerstgenoemde klasse die voor de betreffende verzekerde van toepassing is en niet bij de andere genoemde klassen;
 - e. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse 'Auto-immuunziekten o.b.v. add-on', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Reuma' en niet bij de klasse 'Psoriasis' en niet bij de klasse 'Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa';



- f. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse 'Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: multiple sclerose', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: overig';
 - g. In geval van samenloop bij de klassen 'Kanker o.b.v. add-on', 'Kanker' en 'Hormoongevoelige tumoren', deelt het Zorginstituut een verzekerde in bij eerstgenoemde klasse die voor de betreffende verzekerde van toepassing is en niet bij de andere genoemde klassen;
 - h. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse 'COPD/Zware astma o.b.v. add-on', 'COPD/Zware astma', 'Hartaandoeningen' en/of 'Pulmonale arteriële hypertensie', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Chronische antistolling'.
3. Het Zorginstituut deelt bij het vereveningscriterium FKG's een verzekerde niet in op basis van het gebruik van geneesmiddelen die in het voorgaande kalenderjaar zijn opgehouden dure intramurale geneesmiddelen te zijn.
 4. 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.
 5. In afwijking van het eerste lid wijst het Zorginstituut alle toepasselijke klassen van het vereveningscriterium FKG's psychische aandoeningen toe met inachtneming van de volgende uitzondering: In geval van samenloop bij de klassen 'Psychose depot', 'Chronische stemmingsstoornissen complex', 'Psychose', 'Bipolaire stoornissen complex', 'Bipolaire stoornissen regulier' en 'Chronische stemmingsstoornissen', deelt het Zorginstituut een verzekerde in bij eerstgenoemde klasse die voor de betreffende verzekerde van toepassing is en niet bij de andere genoemde klassen.
 6. Het Zorginstituut deelt verzekerden in een Wlz-instelling bij het vereveningscriterium SES in in de klasse '1 (zeer laag)' en bij het vereveningscriterium MVV in de klasse 'Geen MVV'.
 7. Het Zorginstituut deelt bij het vereveningscriterium GGZ-MHK verzekerden met kosten op de percentielgrens '98,5 procent met kosten >10 euro' naar rato in bij de betreffende klassen.
 8. Het Zorginstituut deelt bij het vereveningscriterium MVV verzekerden met kosten op de percentielgrens naar rato in bij de betreffende klassen.
 9. Indien een percentielgrens als bedoeld in het achtste lid, gelijk is aan nul euro, deelt het Zorginstituut, in afwijking van het achtste lid, verzekerden met kosten op die percentielgrens in bij de klasse 'Geen MVV'.
 10. 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: 2019;
 - b. FKG's: 2018;
 - c. primaire DKG's: 2017 en 2018;
 - d. secundaire DKG's: 2017 en 2018;
 - e. HKG's: 2018;
 - f. AVI: 2019;
 - g. regio: 2019;
 - h. SES: 2018 en 2019;
 - i. MHK: 2016, 2017 en 2018;
 - j. GGZ-regio: 2019;
 - k. FKG's psychische aandoeningen: 2018;
 - l. DKG's psychische aandoeningen: 2016, 2017 en 2018;
 - m. PPA: 2018 en 2019;
 - n. GGZ-MHK: 2014, 2015, 2016, 2017 en 2018;
 - o. FDG: 2018;
 - p. MVV: 2016, 2017 en 2018.
4. In afwijking van het tweede lid herberekent het Zorginstituut het gewicht van de klasse 'Geen FKG' zodanig dat het voor de klassen 'Auto-immuunziekten o.b.v. add-on', 'Kanker o.b.v. add-on', 'Groeistoornissen o.b.v. add-on', 'Immunoglobuline o.b.v. add-on', 'COPD/Zware astma o.b.v. add-on', '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 'Geen MHK' zodanig dat het voor de klassen '3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 1,5 procent' en '3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 0,5 procent' gesommeerde verschil tussen de vermenigvuldiging van het gerealiseerde aantal verzekerden met het gewicht in tabel 1.10 en de vermenigvuldiging van het bij toekenning van de vereveningsbijdrage verwachte aantal verzekerden met het gewicht in tabel 1.10, teniet wordt gedaan. 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 MVV' zodanig dat voor het criterium MVV de gesommeerde resultaten van de vermenigvuldiging van de gewichten met het gerealiseerde aantal verzekerden, nul bedragen. Het Zorginstituut rondt het herberekende gewicht af op twee decimalen.
8. In afwijking van het tweede lid, herberekent het Zorginstituut het gewicht van de klasse 'Geen DKG



psychische aandoeningen' zodanig dat voor het criterium DKG's psychische aandoeningen de gesommeerde resultaten van de vermenigvuldiging van de gewichten met het gerealiseerde aantal verzekerden, nul bedragen. Het Zorginstituut rondt het herberekende gewicht af op twee decimalen.

9. Het Zorginstituut gebruikt bij de herberekening, bedoeld in het eerste lid, de referentiebestanden, bedoeld in artikel 9, tiende 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 als bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit Zorgverzekering – 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, per instelling voor medisch-specialistisch zorg voor 100 procent minus het door hem op basis van artikel 14, eerste lid, vastgestelde percentage, aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.
2. 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'.
3. Het Zorginstituut merkt de kosten voor de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialist en de patiëntenparticipatie voor de Patiëntenfederatie Nederland zoals benoemd in het bestuurlijk akkoord MSZ 2019 tot en met 2022 (onder 3.2 a), de Agenda gepast gebruik en transparantie in de GGZ zoals benoemd in het bestuurlijk akkoord GGZ 2019 tot en met 2022 (onder 6.2 a) en de Project- en kwaliteitsgelden zoals sinds 2016 beschikbaar en zoals benoemd in het Bestuurlijk



akkoord huisartsenzorg 2019 tot en met 2022 (onder 3.1b iii punt 7) aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.

4. 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'.
5. 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

De artikelen 5, tweede en derde lid, 6 en 9 zijn 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. SLOTBEPALINGEN

Artikel 20

Deze regeling treedt in werking met ingang van 30 september 2018. Indien de Staatscourant waarin deze regeling wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 29 september 2018, 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 2018.

Artikel 21

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling risicoverevening 2019.

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

*De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins*



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 2019 vervolgens te vinden in voorliggende 'Regeling risicoverevening 2019' (Rrv 2019). De hoofdstukken 1 tot en met 5 van de Rrv 2019 bevatten de regels die gelden voor de toekenning (ex ante) en vaststelling (ex post) van de vereveningsbijdrage over 2019. Zo wordt bepaald welke middelen beschikbaar zijn voor het jaar 2019 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 2019 worden zowel het bedrag van de beschikbare middelen 2019, als het macro-prestatiebedrag 2019 vastgesteld. Het macro-prestatiebedrag wordt voor het vereveningsjaar 2019 ingevolge artikel 3.1, eerste lid, van het Bzv, 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. Dit betreft een bedrag in verband met de uitvoeringskosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Ook kan er een bedrag worden verstrekt in geval van een ramp. De slotbepalingen in hoofdstuk 6 bevatten regels over de inwerking-treding 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 een aantal wijzigingen voor 2019 doorgevoerd.

De belangrijkste wijzigingen zijn:

- De vereveningscriteria FKG's (farmaciekostengroepen) en FKG's psychische aandoeningen worden geactualiseerd en verbeterd;
- De kosten van geriatrische revalidatiezorg (GRZ) worden vanaf 2019 betrokken bij de bepaling van het vereveningscriterium MHK (meerjarig hoge kosten);
- Het (onorthodoxe) vereveningscriterium VGG (verpleging en verzorging gebruikersgroepen) wordt vervangen door een criterium gebaseerd op de kosten van verpleging en verzorging in de voorgaande drie jaar (MVV; meerjarig hoge kosten verpleging en verzorging);
- Het vereveningscriterium MVV wordt mede bepalend voor het onderscheid tussen de groepen met en zonder een chronische aandoening bij de bepaling van de opbrengst van het verplicht eigen risico;
- Verzekerden woonachtig in een Wlz-instelling worden ingedeeld in de afslagklasse van het vereveningscriterium MVV ('Geen MVV');
- De berekening van het vereveningscriterium regio wordt vereenvoudigd;
- De indeling in de klassen 1, 2 en 14 t/m 17 van het vereveningscriterium DKG's psychische aandoeningen wordt verbeterd.
- Voor het vereveningsjaar 2018 is een eenmalige uitzondering gemaakt op de reguliere werkwijze voor de indeling van verzekerden woonachtig in het buitenland bij het vereveningscriterium MHK. Voor het vereveningsjaar 2019 geldt de uitzondering niet meer. Verzekerden woonachtig in het buitenland worden weer ingedeeld op basis van hun kosten in het verleden.

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 2019 wordt daarom gebruikgemaakt van kostengegevens over 2016 en verzekerdenkenmerken over 2011 tot en met 2016. 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 GGZ, 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 2016 en verzekerdenkenmerken over 2011 tot en met 2016. 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 2016, zowel qua kosten als qua demografische kenmerken.

Bewerkingen onderzoeksgegevens

De ex ante vereveningsmodellen voor 2019 zijn gebaseerd op de schadegegevens (declaraties) over 2016 en verzekerdenkenmerken over 2011 tot en met 2016. De schadegegevens zijn representatief gemaakt voor het te verwachten schadebeeld in 2019 door correcties uit te voeren voor de pakket- en



beleidsmaatregelen die in 2017, 2018 en 2019 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 2016 en 2019 beperkt zijn. Vanwege lumpsummen en omzetplafonds zijn de kosten representatief gemaakt door de gedeclareerde bedragen te vervangen door de mediaanbedragen. De primaire en secundaire DKG's die zijn afgeleid uit dbc-declaraties van 2015 zijn aangevuld met DKG's gebaseerd op dbc-declaraties die geopend zijn in de laatste maanden van 2014. Hiermee wordt de eenmalige dip in het aantal dbc-declaraties in 2015 gecompenseerd. Deze dip is het gevolg van de verkorting van de doorlooptijd die in 2015 werd doorgevoerd.

Bij de verzekerdenkenmerken en kosten van overige prestaties is sprake van 100 procent dekking. Deze gegevens zijn gebaseerd op de database BASIC 2016 van Vektis. Vergelijking met gegevens van het Zorginstituut laat zien dat BASIC 2016 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 2016 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 2016. Er is sprake van 100% dekking. De tarieven uit de declaraties zijn vervangen door maximumtarieven van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), zodat kosten zijn geschoond voor (nog niet verwerkte) contractafspraken. De kosten voor het tweede en derde jaar intramurale GGZ zijn apart aangeleverd. Naast BASIC moest hiervoor nog informatie uit de Wlz en AWBZ gebruikt worden, omdat er bij de kosten voor het tweede en derde jaar intramurale GGZ rekening moet worden gehouden met een ingroei-traject.

2.4 Vormgeving variabele zorgkosten

Het ex ante risicovereveningsmodel voor de variabele zorgkosten kent voor het vereveningsjaar 2019 op basis van artikel 3.4, eerste lid, van het Bzv, 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), 'fysiotherapiediagnosegroepen' (FDG), en 'meerjarig hoge kosten verpleging en verzorging' (MVV).

Op advies van de WOR worden voor het vereveningsjaar 2019 de volgende wijzigingen in de vormgeving van het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische zorg doorgevoerd:

- het vereveningscriterium FKG's wordt geactualiseerd en verbeterd;
- bij het vereveningscriterium MHK worden de kosten van GRZ meegeteld;
- het vereveningscriterium gebaseerd op kosten van verpleging en verzorging in het voorgaande jaar (VGG) wordt vervangen door een criterium gebaseerd op de kosten van verpleging en verzorging in de voorgaande drie jaar (MVV);
- alle verzekerden woonachtig in een Wlz-instelling worden ingedeeld in de afslagklasse van het vereveningscriterium MVV;
- de berekening van het regiocriterium wordt vereenvoudigd.

Daarnaast worden verzekerden woonachtig in het buitenland weer ingedeeld bij het vereveningscriterium MHK op basis van hun kosten in het verleden.

2.5 Vormgeving geneeskundige GGZ

Het ex ante risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ kent voor het vereveningsjaar 2019 op basis van artikel 3.6, eerste lid, van het Bzv, de volgende vereveningscriteria: 'leeftijd en geslacht', 'farmaciekostengroepen psychische aandoeningen' (FKG's psychische aandoeningen), 'diagnosekostengroepen psychische aandoeningen' (DKG's psychische aandoeningen), AVI, het 'regiocriterium GGZ' (GGZ-regio), SES, PPA, en 'meerjarige hoge kosten GGZ' (GGZ-MHK).

Op advies van de WOR wordt het ex ante vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ voor het vereveningsjaar 2019 gewijzigd door:

- de FKG's psychische aandoeningen te actualiseren en verbeteren;
- de indeling in de klassen 1, 2 en 14 t/m 17 van het vereveningscriterium DKG's psychische aandoeningen te verbeteren;



- het criterium GGZ-regio te actualiseren en aan te passen aan het model 2019.

3. Fraudetoets

Jaarlijks wordt een ministeriële regeling opgesteld, waarin de risicovereveningsmodellen voor het komende jaar in detail worden vastgelegd. Met onderhavige regeling gebeurt dat voor het vereveningsjaar 2019. Deze regeling en de verschillen met eerdere jaren zijn technisch van aard en leiden daarom niet tot additionele frauderisicos.

4. Administratieve lasten voor de burger en het bedrijfsleven

De onderhavige regeling heeft geen gevolgen voor de administratieve lasten van de burger en het bedrijfsleven. ATR (Adviescollege toetsing regeldruk) kan zich verenigen met dit standpunt.

Artikelsgewijs

Artikel 1

Zorgverzekeraars zijn risicodragend voor vrijwel alle geneesmiddelen binnen de Zvw. Een uitzondering wordt gemaakt voor de 'dure intramurale geneesmiddelen', die zijn uitgesloten van het pakket vanwege het uitzonderlijk hoge kosten beslag. In het Besluit zorgverzekering is opgenomen dat bij ministeriële regeling vormen van zorg kunnen worden uitgezonderd. Per 1 juli 2018 is in artikel 2.4a van het Besluit zorgverzekering deze uitzondering voor dure intramurale geneesmiddelen nadrukkelijk geregeld. Daarin is expliciet opgenomen dat een geneesmiddel binnen een maand na registratie voor een nieuwe indicatie bij ministeriële regeling kan worden uitgezonderd van het basispakket (artikel 2.4a, eerste lid, van het Bzv). Een verwijzing naar deze nieuwe grondslag is dan ook toegevoegd aan artikel 1. Op het moment dat er waarborgen zijn voor gepast gebruik en sprake is van een succesvolle prijsonderhandeling, kan de Minister besluiten het betreffende middel in het basispakket, en wel tegen aanvaardbare kosten, op te nemen. 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, vierde lid, geregeld.

Artikel 2

De hoogte van het macro-prestatiebedrag volgt uit de kostenramingen voor de zorg die valt onder het te verzekeren basispakket voor de zorgverzekering. Dit bedrag is exclusief de voor de desbetreffende zorg te innen eigen bijdragen, maar inclusief de te innen bedragen aan verplicht of vrijwillig eigen risico. De basis voor het macro-prestatiebedrag wordt gevormd door de geraamde Zvw-gefinancierde uitgaven 2019. Deze ramingen zijn opgenomen in de memorie van toelichting bij de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2019¹. Bij de onderverdeling van het macro-prestatiebedrag in deelbedragen is in principe aangesloten bij de sectorindeling in de begroting, zij het met enkele uitzonderingen en bijzonderheden (zie hierna). Het verschil tussen de beschikbare middelen uit het Zvf en het macro-prestatiebedrag hangt samen met het gegeven dat zorgverzekeraars de kosten van prestaties niet uitsluitend uit de hen ingevolge 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 2019 is bepaald op (afgerond) € 1.380. 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 voor het vereveningsjaar 2019 ingevolge artikel 3.1, eerste lid, van het Bzv, onderverdeeld in drie onderscheiden macro-deelbedragen. De verschillende nominale bijstellingen en groeiruiten uit de begroting zijn toegedeeld aan de verschillende (deel)prestaties, en er hebben op enkele specifieke punten overhevelingen tussen (deel)prestaties plaatsgevonden. Zo telt bijvoorbeeld

¹ Kamerstukken II, 2018/2019, 35 000 XVI, nr. 1



ziekenvervoer tussen ziekenhuizen als ambulancevervoer mee. Aan de onderscheiden macro-deelbedragen zijn componenten toegevoegd voor kosten in verband met de financiering van grensoverschrijdende zorg. Deze kosten hangen zowel samen met Nederlandse ingezetenen die in het buitenland zorg afnemen (bijvoorbeeld bij ziekte tijdens tijdelijk verblijf, of zorg in het buitenland met toestemming van de zorgverzekeraar) als met ingezetenen van andere landen die onder de Zvw vallen, omdat zij bijvoorbeeld in Nederlandse loondienst zijn.

De kosten voor de beschikbaarheidsbijdragen vallen buiten het MPB. De geraamde kosten hiervoor tellen daarom niet mee in de deelbedragen.

Artikel 3

De bedragen die geraamd worden als opbrengst van de nominale rekenpremie en van het verplicht eigen risico worden in dit artikel genoemd. De opbrengst per zorgverzekeraar wordt in mindering gebracht op het normatieve bedrag, bedoeld in artikel 3.9 en – in de vaststellingsfase – artikel 3.18 Bzv. De berekening van deze opbrengsten per zorgverzekeraar ten behoeve van de toekenning van de vereveningsbijdrage is opgenomen in de artikelen 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 2019 ten laste van het Zvf beschikbaar zijn. Het Zorginstituut verdeelt deze middelen over zorgverzekeraars op basis van de in het Bzv uiteengezette systematiek, met inachtneming van voorliggende regeling. De grondslag hiervoor is opgenomen in artikel 32, vierde lid, onderdeel a, van de Zvw. Het genoemde bedrag van € 25.381,6 miljoen is gebaseerd op de in de memorie van toelichting bij de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2019 opgenomen gegevens. Het macro-prestatiebedrag (€ 47.655,0 miljoen) verminderd met de opbrengst van de nominale rekenpremie (€ 19.158,5 miljoen) en de opbrengst van het verplicht eigen risico (€ 3.114,9 miljoen) levert een bedrag op van € 25.381,6 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 vereveningscriteria 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 MVV. 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 regio-criterium wordt niet het vereveningscriterium regio gebruikt. Er 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 ingevolge artikel 3.5, van het Bzv, gebaseerd op de geraamde aantallen verzekerden per zorgverzekeraar in het jaar 2019. 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, GGZ-MHK, FDG en MVV. 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 zwanger-

schap 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 het vereveningsjaar 2018 is eerstgenoemde klasse gesplitst in een klasse 0 jarigen geboren in het vereveningsjaar en een klasse nuljarigen geboren in het voorafgaande jaar.

- In het onderzoeksjaar 2017-2018 heeft groot onderhoud plaatsgevonden aan het vereveningscriterium FKG's. Dit groot onderhoud heeft ondermeer geleid tot de introductie van vier nieuwe FKG's, de opsplitsing van een FKG en het vervallen van een FKG. Daarmee wordt met ingang van het vereveningsjaar 2019 voor in Nederland wonende verzekerden gewerkt met 37 FKG's (zie bijlage 1, tabel 1.2). Verzekerden kunnen in principe in meerdere FKG's worden ingedeeld. Daarnaast wordt een klasse onderscheiden van verzekerden die in geen enkele FKG zijn ingedeeld. Dit is de FKG-klasse 'Geen FKG'.
- Het genoemde groot onderhoud FKG's heeft ook geleid tot aanpassing van de FKG's psychische aandoeningen. Zo wordt een FKG gesplitst en wordt een FKG toegevoegd. Voor het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ wordt daarmee met ingang van het vereveningsjaar 2019 gebruikgemaakt van negen FKG's psychische aandoeningen. Daarnaast is er een klasse (genaamd 'Geen FKG psychische aandoeningen') van verzekerden die in geen enkele FKG psychische aandoeningen zijn ingedeeld. In principe kan een verzekerde in meerdere FKG's psychische aandoeningen worden ingedeeld.
- Om de compensatie voor verzekerden met meerdere chronische aandoeningen te verbeteren, zijn de DKG's met ingang van het vereveningsjaar 2018 aangepast. Tot en met het vereveningsjaar 2017 werd bij de indeling in DKG's alleen de dbc gebruikt met de hoogste vervolgcosten. Vanaf het vereveningsjaar 2018 wordt, indien sprake is van een declaratie voor een andere diagnose, ook een tweede dbc meegenomen. Het model voor de variabele zorgkosten bevat daarom sinds het vereveningsjaar 2018 de vereveningscriteria primaire DKG's en secundaire DKG's. Voor in Nederland wonende verzekerden is er binnen het criterium primaire DKG's sprake van 15 klassen bestaande uit 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 klassen bestaande uit clusters van aandoeningengroepen en een klasse 'Geen secundaire DKG'. De primaire en secundaire DKG's worden 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 aantallen verzekerden in de DKG's worden vastgesteld op basis van diagnose- en specialisme-informatie uit de dbc-zorgproducten. Er wordt ingevolge artikel 9, eerste lid, 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. Dat gebeurt ook bij de klasse 'Hoogopgeleiden', alleen worden daar twee leeftijdsgroepen onderscheiden in plaats van vier. De klasse 'Studenten' kent maar één leeftijdsgroep: 18-34 jaar. In artikel 9, vierde 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 steeds tot de hoogste 15 procent behoren, wordt, afhankelijk van het percentiel waartoe de som van deze kosten in de verschillende jaren behoort, ingedeeld in één van de klassen '3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 0,5 procent', '3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 1,5 procent', '3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 4 procent', '3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 7 procent', '3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent' of '3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 15 procent'. Hierin is de top 0,5 procent de hoogste kostenklasse met het hoogste normatieve gewicht en de top 15 procent de laagste kostenklasse met het laagste normatieve gewicht. Een verzekerde wordt met inachtneming 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

- klassen, wordt ingedeeld in de klasse, '2 voorafgaande jaren variabel zorgkosten in top 10 procent'. Een verzekerde die in geen van de drie voorafgaande jaren kosten in de top 30 procent heeft, wordt ingedeeld in de klasse 'Geen MHK'. 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 is 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. 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 op basis van artikel 9, zesde lid, 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 sociaaleconomische omstandigheden en resterende gezondheidsverschillen te meten. De berekeningswijze wordt met ingang van het vereveningsjaar 2019 vereenvoudigd, waarbij minder kenmerken worden gebruikt (percentage niet-westerse immigranten, percentage westers immigranten en percentage met een laag inkomen) en waarbij het afzonderlijke verklaringsmodel voor de residuele kosten op postcodeniveau is komen te vervallen. De postcodes worden nog steeds wel in tien gelijke regioclusters ingedeeld. In het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder wordt de regioclustering specifiek voor dit deelbedrag bepaald: GGZ-regio.
 - Het vereveningscriterium HKG's onderscheidt (naast de klasse 'Geen HKG' van verzekerden die in geen enkele HKG zijn ingedeeld) tien klassen. Een verzekerde kan op basis van artikel 9, eerste lid, 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. Er wordt op basis van artikel 9, eerste lid, uitgegaan van enkelvoudige DKG's. Dat betekent dat een verzekerde die meer dan één relevante dbc heeft, uiteindelijk in één DKG (de zwaarste) wordt ingedeeld.
 - Het vereveningscriterium GGZ-MHK is met ingang van het vereveningsjaar 2015 toegevoegd aan het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ. Door het vereveningscriterium 'GGZ-MHK' kunnen structurele (voorspelbare) hoge kosten in het ex ante model voor de geneeskundige GGZ substantieel beter verevend worden. Een verzekerde die in de laatste vijf jaren elk jaar (zeer) hoge GGZ-kosten heeft, wordt ingedeeld in één van de klassen, '5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille' of '5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille'. Een verzekerde die niet in elk van de afgelopen vijf jaren kosten in de top 5 promille heeft, maar die wel ten minste twee keer (zeer) hoge GGZ-kosten heeft, wordt ingedeeld in één van de vier klassen waarbij ten minste in twee jaar sprake van (zeer) hoge GGZ-kosten moet zijn geweest. Voor verzekerden jonger dan 24 jaar geldt, gezien hun korte geschiedenis, dat slechts ten minste één keer sprake moet zijn van (zeer) hoge GGZ-kosten om in een van deze klassen te worden ingedeeld. Voldoet een verzekerde ook hier niet aan, dan kan die verzekerde nog ingedeeld worden in de klasse 'Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 98,5 procent met kosten > 10 euro' indien hij/zij in de drie voorgaande jaren ten minste één keer GGZ-kosten boven de genoemde drempel heeft. Een verzekerde die in de drie voorafgaande jaren geen GGZ-kosten heeft of niet boven de genoemde drempel uitkomt, komt in de klasse 'Geen GGZ-MHK' terecht.
 - Het vereveningscriterium 'fysiotherapiegebruikersgroepen' (FGG) is met ingang van het vereveningsjaar 2016 toegevoegd aan het model voor de variabele zorgkosten, en met ingang van het vereveningsjaar 2017 vervangen door een verbeterd criterium 'fysiotherapie diagnosegroepen' (FDG) waarbij een verzekerde op basis van diagnose-informatie in vier klassen kan worden ingedeeld. De vier groepen vormen een clustering van diagnoses die duiden op een chronische aandoening. De clustering is gebaseerd op meerkosten. Een verzekerde die niet in een van deze vier klassen wordt ingedeeld, komt in de klasse 'Geen FDG'.
 - Met ingang van het vereveningsjaar 2019 wordt op basis van het gewijzigde artikel 3.4, eerste lid, van het Bzv, het vereveningscriterium 'verpleging en verzorging gebruikersgroepen' (VGG), gebaseerd op de kosten van verpleging en verzorging in het voorgaande jaar, vervangen door het criterium 'meerjarig hoge kosten verpleging en verzorging' (MVV). Het vereveningscriterium MVV



onderscheidt, naast de referentiegroep 'Geen MVV' voor verzekerden die niet in een van de overige klassen worden ingedeeld, negen klassen. Acht klassen zijn gebaseerd op de som van de kosten van een verzekerde in de afgelopen drie jaar. Door te kijken naar een langere periode is er meer onzekerheid of hoge kosten in het verleden ook leiden tot een hogere bijdrage. De prikkel voor de verzekeraar tot ondoelmatigheden wordt daarmee kleiner. Afhankelijk van het percentiel waartoe de som van de kosten behoort, wordt een verzekerde in een van deze acht klassen ingedeeld. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar blijft een klasse bestaan voor hoge kosten van verpleging en verzorging in het afgelopen jaar (intensieve kindzorg). Verzekerden die in een Wlz-instelling wonen, worden ingevolge artikel 9, zesde lid, binnen MVV ingedeeld in de klasse 'Geen MVV'.

De gewichten van alle vereveningscriteria zijn econometrisch geschat op basis van individuele kostencijfers van verzekerden uit 2016 (waarbij rekening wordt gehouden met het verwachte niveau van 2019). 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 respectievelijk de kosten van het tweede en derde jaar intramurale geestelijke gezondheidszorg niet betreft.

Artikel 6

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

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

Voor het vereveningsjaar 2018 is besloten dat de hier genoemde systematiek ook eenmalig van toepassing zou zijn voor het vereveningscriterium MHK. Dit om de effecten van de invoering van de nieuwe klasse voor gezonde verzekerden binnen dit criterium voor deze groep te mitigeren. Daarbij is afgesproken dat deze uitzondering eenmalig zou zijn en dat vanaf het vereveningsjaar 2019 weer zou worden teruggekeerd naar de reguliere systematiek. In 2018 uitgevoerd onderzoek heeft geen aanleiding gegeven om deze afspraak te herzien. Verzekerden woonachtig in het buitenland worden dus vanaf het vereveningsjaar 2019 weer ingedeeld binnen het vereveningscriterium MHK op basis van hun kosten.

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 Rechtsbescherming in het kader van de uitvoering van een rechterlijke uitspraak verantwoordelijk is voor de verstrekking van geneeskundige zorg (artikel 24 Zvw). Daarbij valt te denken aan gedetineerden en TBS'ers. Het Zorginstituut houdt bij de raming rekening met het feit dat gedetineerden vaak maar een gedeelte van het jaar en dus niet het hele jaar gedetineerd zijn.



Artikel 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, ongezondere populatie. Op het moment dat hiermee in de risicoverevening geen rekening zou worden gehouden, treedt verstoring van het gelijke speelveld op. Bij zorgverzekeraars met een jonge, gezonde populatie wordt in dat geval een gemiddeld te hoge opbrengst aan verplicht eigen risico in mindering gebracht op het normatieve bedrag ten behoeve van de zorgverzekeraar. Bij zorgverzekeraars met een oude, ongezondere populatie geldt het omgekeerde; er wordt een te lage opbrengst in mindering gebracht op het normatieve bedrag ten behoeve van de zorgverzekeraar. Deze overweging heeft geleid tot 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 MVV' en vallen in de klasse 'Geen FDG' en vallen in de klasse 'Geen MHK' of de klasse 'Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30 procent' uit van verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, AVI, regio en MHK en de in bijlage 3 genoemde gewichten. Hierbij wordt de in bijlage 3 aangegeven klasse-indeling van de criteria aangehouden.

Voor de verzekerden met een chronische aandoening, ingedeeld in een van de 37 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'), 9 MVV-klassen (niet ingedeeld in MVV-klasse 'Geen MVV') of 4 FDG's (niet ingedeeld in de FDG-klasse 'Geen FDG'), wordt uitgegaan van een forfaitaire eigen betaling van € 353,16. Dit is het gemiddelde verwachte bedrag aan eigen betalingen voor deze totale groep verzekerden. Dit is vastgelegd in het derde 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 (vijfde 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 vierde lid.

Zoals geregeld in artikel 15, vierde lid, zijn dure intramurale geneesmiddelen vanaf het moment dat ze instromen in het pakket tot het einde van het volgende kalenderjaar risicoloos. Een zorgverzekeraar krijgt de kosten van het gebruik van het middel in die periode dus (exact) vergoed via de vaste kosten. Om te voorkomen dat deze kosten nogmaals (deels) worden vergoed, wordt in het derde lid geregeld dat het gebruik van deze middelen in het jaar van instroom niet betrokken wordt bij het bepalen of een verzekerde ingedeeld moet worden in een FKG (in het jaar na instroom).

Op grond van het zesde lid worden verzekerden in een Wlz-instelling (ongeacht hun inkomen) ingedeeld in de SES-klasse '1 (zeer laag)' en bij het vereveningscriterium MVV in de klasse 'Geen MVV'.



Op basis van het zevende en achtste lid deelt het Zorginstituut bij de vereveningscriteria GGZ-MHK en MVV verzekerden met kosten gelijk aan de percentielgrens naar rato in bij de klassen waar deze percentielgrens relevant is. Bij het criterium GGZ-MHK 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 negende lid ervoor dat verzekerden met kosten op de percentielgrens (in dit geval dus verzekerden zonder kosten) bij het criterium MVV altijd in de afslagklasse worden ingedeeld.

In het tiende 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, en in welke mate, moeten zijn gebruikt om tot indeling in een FKG over te gaan.

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 geen verzekerde was, wordt deze bijdrage gerelateerd aan de verzekerde periode (eerste lid).

Hoewel het aantal dubbel verzekerden sinds de inwerkingtreding van de wet van 26 februari 2011 tot wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Zorgverzekeringswet, houdende maatregelen tot opsporing en verzekering van personen die ondanks hun verzekeringsplicht geen zorgverzekering hebben en beperking van het aantal zorgverzekeringen tot één per verzekeringsplichtige (opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering; Stb. 2011, 111) 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 ontlenu 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 2019 – 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 herberekent³ 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

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).



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 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 2019 wat betreft de vereveningscriteria 'leeftijd en geslacht', AVI, regio en GGZ-regio. Voor de vereveningscriteria FKG's, HKG's, FKG's psychische aandoeningen en FDG wordt gekeken naar realisatiecijfers over 2018. Voor de vereveningscriteria SES en PPA gaat het Zorginstituut uit van realisatiecijfers over 2018 en 2019. Voor de vereveningscriteria primaire DKG's en secundaire DKG's wordt gekeken naar realisatiecijfers over 2017 en 2018. Voor de vereveningscriteria MHK, MVV en DKG's psychische aandoeningen gaat het Zorginstituut uit van realisatiecijfers over de jaren 2016, 2017 en 2018 en voor het vereveningscriterium GGZ-MHK van realisatiecijfers over de jaren 2014, 2015, 2016, 2017 en 2018.

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 vervolgstapen 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 2019 wordt een vorm van 'criteriumneutraliteit' toegepast voor de vereveningscriteria FKG's, primaire DKG's, secundaire DKG's, MHK, MVV en DKG's psychische aandoeningen. Dit is vastgelegd in het vierde, vijfde, zesde, zevende en achtste lid.

Voor de vereveningscriteria MVV en DKG's psychische aandoeningen is sprake van een klasse, waarin verzekerden zijn ingedeeld als zij niet in aanmerking komen voor een vergoeding op basis van het betreffende criterium. Het Zorginstituut krijgt in respectievelijk het zevende en het achtste lid de opdracht om in afwijking van het tweede lid het gewicht van deze klassen zodanig vast te stellen, dat het totaal van de toe- en afslagen per 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 de maximale doorlooptijd van dbc-zorgproducten van 365 dagen naar 120 dagen met ingang van 1 januari 2015. 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.

Aan het vereveningscriterium FKG's zijn met ingang van het vereveningsjaar 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 vijf klassen voor FKG's o.b.v. add-ons is sprake van onzekerheid. Voor de bovenbedoelde acht 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 acht genoemde FKG's, en wel door aanpassing van het gewicht van de klasse 'Geen FKG'. Voor de acht FKG's zullen de werkelijke verzekerdenaantallen afwijken van de geraamde verzekerdenaantallen. De uitkomst van de vermenigvuldiging van het gewicht behorend bij deze klassen met de bijbehorende verzekerdenaantallen verandert daardoor. In het vierde lid is bepaald dat deze verandering wordt opgevangen door het gewicht van de klasse 'Geen FKG' aan te passen. Binnen het vereveningscriterium MHK wordt dezelfde vorm van criteriumneutraliteit toegepast voor de twee hoogste klassen. Dit is vastgelegd in het zesde lid.



In het negende lid is geregeld dat het Zorginstituut de referentiebestanden (artikel 9, tiende 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 CAK (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 CAK 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 normatieve bedragen ten behoeve van de zorgverzekeraar rekening gehouden met de zorgkosten, exclusief de eigen betalingen die niet het gevolg zijn van het verplicht of vrijwillig eigen risico. Omdat niet exact te bepalen is voor welke kostensoorten een verzekerde nu daadwerkelijk eigen betalingen heeft gedaan onder het eigen risico wordt het normatief bedrag voor eigen betalingen in verband met het verplicht eigen risico ingevolge artikel 3.19, eerste lid, van het Bzv, in mindering gebracht op het totaal van de normatieve bedragen van de hierboven genoemde clusters. Dit resulteert – na aftrek van de berekende opbrengst van de nominale rekenpremie ingevolge artikel 3.19, eerste lid, van het Bzv – 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 maximeren, 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 2019 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).

Artikel 15

Het eerste lid gaat in op de toedeling van kosten van prestaties, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wmg. Het percentage van de kosten hiervan dat aan het cluster 'vaste zorgkosten' wordt toegedeeld, is gelijk aan 100 procent minus het percentage van deze kosten dat het Zorginstituut aan het cluster 'variabele zorgkosten' heeft toegedeeld op grond van artikel 14, eerste lid.

De Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION) en de Nederlandse Transplantatiestichting (NTS) zullen in 2019 nog niet volledig 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. Het tweede lid regelt dat deze kosten voor 25 procent aan het cluster 'vaste zorgkosten' worden toegedeeld.

Het derde lid bepaalt dat een deel van kosten voor kwaliteitsegelden zoals opgenomen in bestuurlijke akkoorden 2019 tot en met 2022 voor de MSZ, de GGZ en de huisartsenzorg voor 100 procent als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' worden aangeduid. In deze akkoorden is opgenomen dat er voorbereidingen worden getroffen de financiering vanaf 2019 via ZonMW te laten lopen. Aangezien dit per 2019 nog niet mogelijk blijkt te zijn, worden deze kosten voor 2019 nog opgenomen in onderhavige regeling.

Voor de MSZ betreft dit de Stichting Kwaliteitsegelden Medisch Specialisten (SKMS) en de kosten voor de Patiëntenfederatie Nederland voor patiëntenparticipatie. 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 kwaliteitsegelden voor de Patiëntenfederatie zijn vanwege administratieve voordelen, als vaste zorgkosten geclassificeerd.

Voor de GGZ betreft het een deel van de middelen (7,4 miljoen euro) die opgenomen zijn in het bestuurlijk akkoord. Het gaat om de gelden voor de uitvoering van de Agenda gepast gebruik en transparantie. Omdat afdracht van alle zorgaanbieders ten behoeve van deze middelen administratief onuitvoerbaar is, betalen zorgverzekeraars deze middelen rechtstreeks aan betrokkenen.

Per 2016 zijn er ook middelen toegevoegd die beschikbaar zijn gesteld voor het kwaliteitsbeleid in de eerstelijnszorg. Deze middelen blijven ter beschikking voor kwaliteit (3 mln). In het bestuurlijk akkoord 2019 tot en met 2022 zijn extra middelen beschikbaar gemaakt voor de patiënteninbreng bij de richtlijnontwikkeling (0,1 miljoen euro). Aangezien financiering via alle zorgaanbieders ten behoeve van deze middelen administratief onuitvoerbaar is, betalen zorgverzekeraars deze middelen rechtstreeks aan de betrokken partijen.

In dit lid wordt opgenomen dat deze kosten als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' mee worden genomen in de risicoverevening.

In het vierde 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 en 2.4a van het Bzv kunnen bij ministeriële regeling vormen van zorg worden uitgezonderd van het basispakket van de Zvw. Per 1 juli 2018 is in artikel 2.4a van het Bzv deze uitzondering voor dure intramurale geneesmiddelen nadrukkelijk geregeld. Deze uitzonderingen zijn nader uitgewerkt in artikel 2.1 van de Regeling zorgverzekering.

Op het moment dat er waarborgen zijn voor gepast gebruik en 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 (vijfde 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, derde 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 buiten beschouwing te laten kosten bij de vereveningscriteria MHK en GGZ-MHK en indeling in klassen van de in het buitenland wonende verzekerden en de aan die klassen verbonden gewichten, zoals neergelegd in artikel 5, tweede en derde lid, respectievelijk artikel 6, tevens van toepassing zijn bij de vaststelling van de vereveningsbijdragen.

In dit artikel is verder vastgelegd dat de regels omtrent de indeling in de klassen van de vereveningscriteria bij de toekenning van de vereveningsbijdragen aan zorgverzekeraars, zoals neergelegd in artikel 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 2019 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

Deze regeling treedt in werking met ingang van 30 september 2018. Indien publicatie na 29 september 2018 plaatsvindt, is geregeld dat de regeling terug werkt tot en met 30 september 2018.

Artikel 21

Aangezien deze regeling de regels bevat met betrekking tot de aan de zorgverzekeraars te verstrekken risicovereveningsbijdragen over het vereveningsjaar 2019, krijgt zij de citeertitel 'Regeling risicoverevening 2019'.

*De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins*



BIJLAGE 1. NORMBEDRAGEN VEREVENINGSMODEL VARIABELE ZORGKOSTEN

(behorende bij artikel 5 van de Regeling risicoverevening 2019)

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	9.320.25
	0 jaar, geboren in het voorafgaande jaar	2.814.85
	1-4 jaar	2.181.48
	5-9 jaar	2.001.07
	10-14 jaar	2.001.70
	15-17 jaar	2.084.57
	18-24 jaar	1.858.44
	25-29 jaar	1.859.81
	30-34 jaar	1.859.44
	35-39 jaar	1.938.25
	40-44 jaar	2.007.80
	45-49 jaar	2.142.81
	50-54 jaar	2.302.10
	55-59 jaar	2.586.41
	60-64 jaar	2.876.98
	65-69 jaar	3.275.53
	70-74 jaar	3.728.88
	75-79 jaar	4.112.85
	80-84 jaar	4.474.99
	85-89 jaar	5.091.72
90+ jaar	5.806.62	
Vrouwen	0 jaar, geboren in het vereveningsjaar	8.081.17
	0 jaar, geboren in het voorafgaande jaar	2.518.61
	1-4 jaar	1.913.15
	5-9 jaar	1.972.22
	10-14 jaar	2.027.96
	15-17 jaar	2.202.45
	18-24 jaar	2.099.48
	25-29 jaar	2.567.77
	30-34 jaar	2.712.83
	35-39 jaar	2.372.63
	40-44 jaar	2.174.58
	45-49 jaar	2.242.82
	50-54 jaar	2.330.92
	55-59 jaar	2.448.20
	60-64 jaar	2.588.35
	65-69 jaar	2.884.24
70-74 jaar	3.191.73	
75-79 jaar	3.481.86	
80-84 jaar	3.953.61	
85-89 jaar	4.490.13	
90+ jaar	5.122.20	

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

	Variabele zorgkosten
Geen FKG	- 304.98
Schildklieraandoeningen	60.70
Glaucoom	253.50
Depressie	157.07



	Variabele zorgkosten
Psychose en verslaving	537.59
Epilepsie	562.65
Chronische antistolling	835.15
Transplantaties	1.280.02
Parkinson	2.346.19
Hartaandoeningen	1.803.11
Chronische pijn exclusief opioïden	932.64
Neuropatische pijn	1.733.88
Diabetes type II zonder hypertensie	387.58
Diabetes type II met hypertensie	827.11
Diabetes type I zonder hypertensie	1.833.68
Diabetes type I met hypertensie	2.088.89
Cystic fibrosis/pancreasenzymen	3.410.90
Groeistoornissen o.b.v. add-on	2.515.46
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: overig	2.297.37
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: multiple sclerose	5.433.38
HIV/AIDS	6.301.70
Psoriasis	707.63
Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	717.57
Reuma	670.40
Auto-immuunziekten o.b.v. add-on	5.602.18
Nieraandoeningen	7.788.79
Acromegalie	12.734.42
Immunoglobuline o.b.v. add-on	13.777.54
Astma	451.73
COPD/Zware astma	1.705.06
COPD/Zware astma o.b.v. add-on	12.671.23
Hormoongevoelige tumoren	919.57
Kanker	1.277.70
Kanker o.b.v. add-on	11.560.92
Pulmonale arteriële hypertensie	22.724.83
Extreem hoge kosten cluster 1	117.200.82
Extreem hoge kosten cluster 2	243.003.89
Extreem hoge kosten cluster 3	395.119.17

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

	Variabele zorgkosten
Geen primaire DKG	- 222.95
1	655.60
2	1.409.39
3	1.358.90
4	1.586.29
5	2.778.97
6	2.484.10
7	4.478.37
8	6.225.54
9	7.415.23
10	7.161.87
11	11.859.12
12	15.192.18
13	12.727.44
14	67.546.91
15	49.059.05

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

	Variabele zorgkosten
Geen secundaire DKG	- 100.69

	Variabele zorgkosten
1	1.034.53
2	2.672.59
3	4.263.71
4	8.316.82
5	15.529.77
6	19.138.16
7	71.000.14

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

	Variabele zorgkosten
Geen HKG	- 52.92
CPAP apparatuur	219.18
Therapeutische elastische kousen	423.70
Voorzieningen voor stomapatiënten	1.171.92
Vernevelaar met toebehoren	1.936.39
Middelen voor urine-opvang	1.966.37
Injectiespuiten met toebehoren (excl. diabetes)	2.370.91
Zuurstofapparaten met toebehoren	4.181.33
Voedingshulpmiddelen (excl. zuigelingen)	8.169.70
Slijmuitzuigapparatuur	19.978.41
Draagbare infuuspompen	10.196.30

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	2.416.64
	35-44 jaar	1.328.18
	45-54 jaar	1.175.46
	55-64 jaar	894.82
Arbeidsongeschikten excl. IVA	18-34 jaar	239.77
	35-44 jaar	472.55
	45-54 jaar	524.41
	55-64 jaar	447.67
Bijstandgerechtigden	18-34 jaar	282.82
	35-44 jaar	265.59
	45-54 jaar	380.79
	55-64 jaar	373.20
Studenten	18-34 jaar	- 171.04
Zelfstandigen	18-34 jaar	- 91.24
	35-44 jaar	- 130.89
	45-54 jaar	- 183.92
	55-64 jaar	- 256.52
Hoogopgeleiden	18-34 jaar	- 10.55
	35-44 jaar	- 73.12
Referentiegroep	18-34 jaar	20.91
	35-44 jaar	- 19.96
	45-54 jaar	- 62.13
	55-64 jaar	- 89.15

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

	Variabele zorgkosten
1	61.52
2	38.45
3	28.56
4	8.97

	Variabele zorgkosten
5	- 6.19
6	- 17.21
7	- 19.02
8	- 29.20
9	- 37.43
10	- 29.03

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

		Variabele zorgkosten
1 (zeer laag)	0-17 jaar	95.57
	18-64 jaar	21.12
	65+ jaar	423.46
2 (laag)	0-17 jaar	19.89
	18-64 jaar	30.96
	65+ jaar	5.06
3 (midden)	0-17 jaar	- 12.95
	18-64 jaar	10.65
	65+ jaar	- 97.32
4 (hoog)	0-17 jaar	- 64.52
	18-64 jaar	- 45.85
	65+ jaar	- 254.85

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

		Variabele zorgkosten
Wlz-instelling, blijvend	0-17 jaar	0.00
	18-64 jaar	- 409.34
	65-79 jaar	- 2.185.89
	80+ jaar	- 3.635.99
Wlz-instelling, instromend	18-64 jaar	6.943.54
	65-79 jaar	12.840.46
	80+ jaar	10.240.00
Eenpersoonshuishouden	18-64 jaar	- 43.96
	65-79 jaar	- 35.59
	80+ jaar	- 1.76
Overig	18-64 jaar	5.91
	65-79 jaar	- 17.69
	80+ jaar	- 28.98

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

	Variabele zorgkosten
Geen MHK	- 614.28
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30 procent	140.62
2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent	2.644.31
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 15 procent	2.314.77
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent	3.680.45
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 7 procent	5.640.12
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 4 procent	8.814.22
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 1,5 procent	18.070.99
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 0,5 procent	45.981.27

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

	Variabele zorgkosten
Geen FDG	- 23.99
1	688.20
2	2.074.29



	Variabele zorgkosten
3	1.487.76
4	12.338.97

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

	Variabele zorgkosten
Geen MVV	- 194.17
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 3,5 procent	1.084.88
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 3 procent	1.711.95
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 2,5 procent	3.156.44
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 2 procent	5.805.57
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 1,5 procent	8.742.75
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 1 procent	11.882.64
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 0,5 procent	16.837.19
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 0,25 procent	30.851.12
Kosten V&V voorafgaand jaar in top 0,25%; 0-17 jaar	62.692.04



BIJLAGE 2. NORMBEDRAGEN VEREVENINGSMODEL GGZ

(behorende bij artikel 5 van de Regeling risicoverevening 2019)

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	337.53
	25–29 jaar	332.84
	30–34 jaar	322.79
	35–39 jaar	307.24
	40–44 jaar	291.77
	45–49 jaar	266.17
	50–54 jaar	263.11
	55–59 jaar	248.97
	60–64 jaar	248.97
	65–69 jaar	242.96
	70–74 jaar	242.96
	75–79 jaar	242.96
	80–84 jaar	241.78
	85–89 jaar	241.78
	90+ jaar	241.78
Vrouwen	18–24 jaar	381.63
	25–29 jaar	354.58
	30–34 jaar	324.29
	35–39 jaar	319.99
	40–44 jaar	291.77
	45–49 jaar	285.86
	50–54 jaar	263.11
	55–59 jaar	248.97
	60–64 jaar	248.97
	65–69 jaar	242.96
	70–74 jaar	245.34
	75–79 jaar	242.96
	80–84 jaar	241.78
	85–89 jaar	241.78
	90+ jaar	241.78

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

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen FKG psychische aandoeningen	– 24.94
ADHD	146.81
Verslaving	186.04
Angststoornissen	804.34
Chronische stemmingsstoornissen	221.20
Bipolaire stoornissen regulier	508.99
Bipolaire stoornissen complex	1.547.19
Psychose	1.186.54
Chronische stemmingsstoornissen complex	1.858.73
Psychose depot	3.955.15



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

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen DKG psychische aandoeningen	- 112.71
1	427.49
2	953.93
3	1.706.40
4	3.781.56
5	4.444.05
6	4.851.13
7	8.574.11
8	10.498.00
9	10.772.75
10	18.088.17
11	20.245.57
12	31.962.24
13	37.384.73
14	51.077.60
15	49.229.35
16	119.883.52
17	61.143.01

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	- 18.27
	35-44 jaar	- 49.54
	45-54 jaar	- 20.87
	55-64 jaar	- 6.73
Arbeidsongeschikten excl. IVA	18-34 jaar	451.38
	35-44 jaar	394.27
	45-54 jaar	150.26
	55-64 jaar	36.17
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	349.14
	35-44 jaar	193.91
	45-54 jaar	125.40
	55-64 jaar	42.42
Studenten	18-34 jaar	- 65.81
Zelfstandigen	18-34 jaar	- 72.01
	35-44 jaar	- 49.54
	45-54 jaar	- 20.87
	55-64 jaar	- 6.73
Hoogopgeleiden	18-34 jaar	- 71.39
	35-44 jaar	- 49.54
Referentiegroep	18-34 jaar	- 8.77
	35-44 jaar	- 20.28
	45-54 jaar	- 17.88
	55-64 jaar	- 6.73

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

	Kosten van geneeskundige GGZ
1	101.44
2	2.35
3	- 0.63
4	- 13.82
5	- 14.94
6	- 14.94
7	- 14.94
8	- 14.94



	Kosten van geneeskundige GGZ
9	- 14.94
10	- 14.94

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

		Kosten van geneeskundige GGZ
1 (zeer laag)	18-64 jaar	- 4.25
	65+ jaar	15.48
2 (laag)	18-64 jaar	- 13.20
	65+ jaar	- 3.38
3 (midden)	18-64 jaar	- 13.20
	65+ jaar	- 7.75
4 (hoog)	18-64 jaar	24.93
	65+ jaar	- 2.75

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

		Kosten van geneeskundige GGZ
Wlz-instelling, blijvend	18-64 jaar	- 19.10
	65-79 jaar	- 39.56
	80+ jaar	- 38.38
Wlz-instelling, instromend	18-64 jaar	- 19.10
	65-79 jaar	650.41
	80+ jaar	145.12
Eenpersoonshuishouden	18-64 jaar	68.02
	65-79 jaar	29.42
	80+ jaar	- 1.40
Overig	18-64 jaar	- 10.16
	65-79 jaar	- 11.58
	80+ jaar	- 2.02

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

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen GGZ-MHK	- 66.29
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 98,5 procent met kosten GGZ >10 euro	234.61
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 10 promille ¹	1.324.18
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille ¹	2.844.28
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille ¹	4.962.25
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 1 promille ¹	11.724.57
5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille	13.683.23
5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille	28.724.45

¹ 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/MVV 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 2019)

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	128.72
	25–29 jaar	126.59
	30–34 jaar	128.80
	35–39 jaar	133.73
	40–44 jaar	138.65
	45–49 jaar	147.50
	50–54 jaar	159.69
	55–59 jaar	181.36
	60–64 jaar	200.42
	65–69 jaar	218.44
	70–74 jaar	239.66
	75–79 jaar	256.15
	80–84 jaar	259.31
	85–89 jaar	263.66
	90+ jaar	251.04
Vrouwen	18–24 jaar	176.61
	25–29 jaar	174.21
	30–34 jaar	170.68
	35–39 jaar	168.58
	40–44 jaar	175.45
	45–49 jaar	183.43
	50–54 jaar	191.94
	55–59 jaar	201.20
	60–64 jaar	210.53
	65–69 jaar	225.30
	70–74 jaar	243.90
	75–79 jaar	258.35
	80–84 jaar	258.62
	85–89 jaar	249.92
	90+ jaar	220.79

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	78.90
	35–44 jaar	68.89
	45–54 jaar	60.85
Arbeidsongeschikten excl. IVA	55–64 jaar	44.13
	18–34 jaar	56.19
	35–44 jaar	64.70
	45–54 jaar	51.71
Bijstandsgerechtigden	55–64 jaar	33.73
	18–34 jaar	44.19
	35–44 jaar	46.40



		Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
	45-54 jaar	37.27
	55-64 jaar	16.98
Studenten	18-34 jaar	- 8.85
Zelfstandigen	18-34 jaar	- 5.34
	35-44 jaar	- 8.01
	45-54 jaar	- 10.25
	55-64 jaar	- 13.59
Hoogopgeleiden	18-34 jaar	- 10.10
	35-44 jaar	- 12.58
Referentiegroep	18-34 jaar	0.44
	35-44 jaar	- 0.55
	45-54 jaar	- 3.08
	55-64 jaar	- 2.26

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

	Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
1	6.00
2	3.06
3	2.23
4	0.20
5	0.22
6	- 1.65
7	- 2.17
8	- 2.60
9	- 2.49
10	- 3.05

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

	Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
Geen MHK	- 31.53
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30 procent	58.11