



Concept voor de regeling houdende bepalingen omtrent de in de Zorgverzekeringswet bedoelde vereveningsbijdrage voor het jaar 2021 zoals de Minister voor Medische Zorg die voornemens is vast te stellen nadat het Besluit zorgverzekering alle benodigde grondslagen bevat.

Regeling van de Minister voor Medische Zorg van, kenmerk 1748902-210679-Z, houdende bepalingen omtrent de in de Zorgverzekeringswet bedoelde vereveningsbijdrage voor het jaar 2021 (Regeling risicoverevening 2021)

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, derde, vijfde en zesde lid, 3.12a, 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 2021 bedraagt € 48.231,4 miljoen.
2. Het macro-prestatiebedrag is opgebouwd uit de volgende macro-deelbedragen:
 - a. het macro-deelbedrag variabele zorgkosten ad € 45.128,6 miljoen;
 - b. het macro-deelbedrag vaste zorgkosten ad € 283,6 miljoen;
 - c. het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg ad € 2.819,2 miljoen.

Artikel 3

1. De opbrengst van de nominale rekenpremie wordt voor het jaar 2021 geraamd op € 20.108,6 miljoen.
2. De opbrengst van het verplicht eigen risico wordt voor het jaar 2021 geraamd op € 3.227,2 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 2021, naast de middelen, bedoeld in § 1.5 van hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering, een bedrag van € 24.895,5 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 in de klassen van de vereveningscriteria, blijven de op grond van



de zorgverzekeringen verzekerde zorg of overige diensten in verband met een catastrofe als bedoeld in artikel 33, eerste lid, onderdeel a, van de Zorgverzekeringswet en de kosten van die zorg of overige diensten, in een catastrofejaar als bedoeld in het eerste lid, onderdeel b, van dat artikel en het daaropvolgende kalenderjaar, buiten beschouwing.

3. Bij de indeling van verzekerden in de klassen van het vereveningscriterium MHK laat het Zorginstituut de kosten van verpleging en verzorging buiten beschouwing.
4. Bij de indeling van verzekerden in de klassen van het vereveningscriterium GGZ-MHK laat het Zorginstituut de kosten van het tweede en derde jaar intramurale geestelijke gezondheidszorg buiten beschouwing.

Artikel 6

In afwijking van artikel 5 en bijlage 1, tabellen 1.2, 1.3, 1.4 en 1.10, en bijlage 2, tabellen 2.2 en 2.3, wordt een verzekerde die in het buitenland woont ingedeeld in de klassen 'Geen FKG', 'Geen DKG', 'Geen HKG', 'Geen FDG', 'Geen FKG psychische aandoeningen' en 'Geen DKG psychische aandoeningen', waarbij voor hem het gewicht van die klassen door het Zorginstituut wordt vastgesteld op een percentage van de gewichten van de desbetreffende klassen zoals deze op grond van de genoemde tabellen voor in Nederland wonende verzekerden gelden.

Artikel 7

1. De nominale rekenpremie per jaar bedraagt € 1.417 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 als 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 per verzekerde van achttien jaar en ouder, met uitzondering van verzekerden als bedoeld in artikel 24 van de wet, de geraamde opbrengst van het verplicht eigen risico te bepalen en vervolgens de geraamde opbrengsten per zorgverzekeraar te sommeren.
2. Het Zorginstituut gaat voor de bepaling van de geraamde opbrengst per verzekerde, bedoeld in het eerste lid, voor verzekerden van achttien jaar of ouder die zowel onder de klasse 'Geen FKG', als onder de klassen 'Geen DKG', 'Geen HKG', 'Geen MIV' 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 4 genoemde gewichten. Hierbij wordt de in de bijlage 4 aangegeven klassenindeling van de criteria aangehouden.
3. De geraamde opbrengst per verzekerde, bedoeld in het eerste lid, bedraagt € 357,26 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 die voor de betreffende verzekerde van toepassing is toe.
2. In afwijking van het eerste lid wijst het Zorginstituut alle toepasselijke klassen van het vereveningscriterium FKG's toe met inachtneming van de volgende uitzonderingen:
 - a. In geval van samenloop bij twee of meer van de klassen 'Diabetes type I met hypertensie', 'Diabetes type I zonder hypertensie', 'Diabetes type II met hypertensie' en 'Diabetes type II zonder hypertensie', deelt het Zorginstituut een verzekerde in bij 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 Zorginsti-



- tuut 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 twee of meer van de klassen 'COPD/Zware astma o.b.v. add-on', 'COPD/Zware astma' en 'Astma', deelt het Zorginstituut een verzekerde in bij eerstgenoemde klasse die voor de betreffende verzekerde van toepassing is en niet bij de andere genoemde klassen;
 - e. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse 'Auto-immuunziekten o.b.v. add-on', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Reuma' en niet bij de klasse 'Psoriasis' en niet bij de klasse 'Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa';
 - f. Indien een verzekerde is ingedeeld bij de klasse 'Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: multiple sclerose', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: overig';
 - g. In geval van samenloop bij twee of meer van de klassen 'Kanker o.b.v. add-on', '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' of 'Pulmonale arteriële hypertensie', deelt het Zorginstituut deze verzekerde niet in bij de klasse 'Chronische antistolling';
 - i. In geval van samenloop bij twee of meer van de klassen 'Extreem hoge kosten cluster 4', 'Extreem hoge kosten cluster 3', 'Extreem hoge kosten cluster 2' en 'Extreem hoge kosten cluster 1', deelt het Zorginstituut een verzekerde in bij eerstgenoemde klasse die voor de betreffende verzekerde van toepassing is en niet bij de andere genoemde klassen.
3. Het Zorginstituut deelt bij het vereveningscriterium FKG's een verzekerde niet in op basis van het gebruik van geneesmiddelen die in een van de drie aan het vereveningsjaar voorafgaande kalenderjaren zijn opgehouden dure intramurale geneesmiddelen te zijn.
 4. In afwijking van het eerste lid, wijst het Zorginstituut alle toepasselijke klassen toe van:
 - a. het vereveningscriterium DKG's, waarbij een klasse meerdere malen kan worden toegewezen; en
 - b. het vereveningscriterium HKG's.
 5. Voor de indeling van een verzekerde bij het vereveningscriterium AVI geldt dat:
 - a. het Zorginstituut een verzekerde van 18 tot en met 64 jaar die in meerdere klassen van het vereveningscriterium AVI is in te delen, in afwijking van het eerste lid, indeelt op basis van de volgorde in de volgende trechtering:
 1. duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA);
 2. arbeidsongeschikten;
 3. bijstandsgerechtigden;
 4. studenten van 18 tot en met 34 jaar;
 5. werklozen en loontrekkers, behalve als zij hoogopgeleid en 18 tot en met 44 jaar zijn;
 6. zelfstandigen;
 7. hoogopgeleiden van 18 tot en met 44 jaar;
 8. alle verzekerden die niet zijn ingedeeld onder 1 tot en met 7. Zij vormen samen met de verzekerden onder 5 de referentiegroep.
 - b. het Zorginstituut een verzekerde van 0 tot en met 17 jaar indeelt op basis van de AVI-indeling van de volwassenen op hetzelfde adres. Indien er meerdere volwassenen op hetzelfde adres wonen, deelt het Zorginstituut de verzekerde, bedoeld in de vorige zin, in de relevante AVI-klasse in die het eerst voorkomt in de trechtering van onderdeel a.
 - c. het Zorginstituut een verzekerde van 65 tot en met 69 jaar indeelt op basis van de laatst bekende AVI-indeling.
 6. In afwijking van het eerste lid wijst het Zorginstituut alle toepasselijke klassen van het vereveningscriterium FKG's psychische aandoeningen toe met inachtneming van de volgende uitzondering: In geval van samenloop bij twee of meer van de klassen 'Psychose depot', 'Chronische stemmingsstoornissen complex', 'Psychose', 'Bipolaire stoornissen complex', 'Bipolaire stoornissen regulier' en 'Chronische stemmingsstoornissen', deelt het Zorginstituut een verzekerde in bij eerstgenoemde klasse die voor de betreffende verzekerde van toepassing is en niet bij de andere genoemde klassen.
 7. Het Zorginstituut deelt verzekerden in een Wlz-instelling bij het vereveningscriterium SES in in de klasse '1 (zeer laag)' en bij het vereveningscriterium MVV verzekerden in een Wlz-instelling van 18 jaar of ouder in de klasse 'Geen MVV'.



8. Het Zorginstituut deelt verzekerden ingedeeld in de klassen '15' tot en met '18' van het vereveningscriterium DKG's psychische aandoeningen bij het vereveningscriterium SES in de klasse '1 (zeer laag)' in.
9. Het Zorginstituut deelt bij het vereveningscriterium GGZ-MHK verzekerden met kosten op de percentielgrens '98,5 procent met kosten >10 euro' naar rato in bij de betreffende klassen.
10. Het Zorginstituut deelt bij het vereveningscriterium MVV verzekerden met kosten op de percentielgrens naar rato in bij de betreffende klassen.
11. Indien een percentielgrens als bedoeld in het tiende lid, gelijk is aan nul euro, deelt het Zorginstituut, in afwijking van het tiende lid, verzekerden met kosten op die percentielgrens in bij de klasse 'Geen MVV'.
12. Het Zorginstituut stelt als bijlage bij de beleidsregels, bedoeld in artikel 32, vijfde lid, van de Zorgverzekeringswet, referentiebestanden vast voor de vereveningscriteria FKG's, DKG's, HKG's, AVI, SES, 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 desbetreffende 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 met gebruik van de referentiebestanden, bedoeld in artikel 9, twaalfde lid.
2. Het Zorginstituut gaat bij de herberekening, bedoeld in het eerste lid, uit van de gerealiseerde kosten voor elk van beide clusters en van gerealiseerde aantallen verzekerden per klasse van ieder vereveningscriterium. Voor de herberekening van de vereveningsbijdrage voor het cluster 'variabele zorgkosten' past het Zorginstituut de gewichten in de tabellen van bijlage 1 toe. Voor de herberekening van de vereveningsbijdrage voor het cluster 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' past het Zorginstituut de gewichten in de tabellen van bijlage 3 toe.
3. De gerealiseerde aantallen verzekerden per klasse van ieder vereveningscriterium worden voor de hiernavolgende criteria aan de hand van realisatiecijfers over de volgende jaren berekend:
 - a. leeftijd en geslacht: 2021;
 - b. FKG's: 2020;
 - c. DKG's: 2019;
 - d. HKG's: 2020;
 - e. AVI: 2021;
 - f. regio: 2021;
 - g. SES: 2020 en 2021;
 - h. MHK: 2018, 2019 en 2020;
 - i. GGZ-regio: 2021;
 - j. FKG's psychische aandoeningen: 2020;
 - k. DKG's psychische aandoeningen: 2018, 2019 en 2020;
 - l. PPA: 2020 en 2021;
 - m. GGZ-MHK: 2016, 2017, 2018, 2019 en 2020;
 - n. FDG: 2020;
 - o. MVV: 2018, 2019 en 2020.



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', 'Extreem hoge kosten cluster 3' en 'Extreem hoge kosten cluster 4' gesommeerde verschil tussen de vermenigvuldiging van het gerealiseerde aantal verzekerden met het gewicht in tabel 1.2 en de vermenigvuldiging van het bij toekenning van de vereveningsbijdrage verwachte aantal verzekerden met het gewicht in tabel 1.2, teniet wordt gedaan.
5. In afwijking van het tweede lid herberekent het Zorginstituut het gewicht voor elke klasse van het vereveningscriterium 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 met het bij toekenning van de vereveningsbijdragen verwachte aantal verzekerden.
6. In afwijking van het tweede lid herberekent het Zorginstituut het gewicht voor de klasse 'Geen MHK' zodanig dat voor het criterium MHK de gesommeerde resultaten van de vermenigvuldiging van de gewichten met het gerealiseerde aantal verzekerden, nul bedragen.
7. In afwijking van het tweede lid herberekent het Zorginstituut het gewicht voor de klasse 'Geen MVV' zodanig dat voor het criterium MVV de gesommeerde resultaten van de vermenigvuldiging van de gewichten met het gerealiseerde aantal verzekerden, nul bedragen.
8. In afwijking van het tweede lid, herberekent het Zorginstituut het gewicht van de klasse 'Geen DKG psychische aandoeningen' zodanig dat voor het criterium DKG's psychische aandoeningen de gesommeerde resultaten van de vermenigvuldiging van de gewichten met het gerealiseerde aantal verzekerden, nul bedragen.
9. In afwijking van het tweede lid, herberekent het Zorginstituut het gewicht van de klasse 'Geen FDG' zodanig dat het 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 bij de klasse 'FDG 2', teniet wordt gedaan.
10. In afwijking van het tweede lid, herberekent het Zorginstituut het gewicht van de klasse 'Geen HKG' zodanig dat voor het criterium HKG de gesommeerde resultaten van de vermenigvuldiging van de gewichten met het gerealiseerde aantal verzekerden, nul bedragen.
11. In afwijking van het tweede lid, herberekent het Zorginstituut het gewicht van de klasse 'Geen GGZ-MHK' zodanig dat het voor de klassen '5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille' en '5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille' gesommeerde verschil tussen de vermenigvuldiging van het gerealiseerde aantal verzekerden met het gewicht in tabel 3.8 en de vermenigvuldiging van het bij toekenning van de vereveningsbijdrage verwachte aantal verzekerden met het gewicht in tabel 3.8, teniet wordt gedaan.
12. In afwijking van het tweede lid, herberekent het Zorginstituut de gewichten voor elke leeftijds-klasse in tabel 1.5 voor de zelfstandigen, de referentiegroep en de hoogopgeleiden zodanig dat voor de corresponderende leeftijdsklasse voor de bijstandsgerechtigden het verschil tussen de vermenigvuldiging van het gerealiseerde aantal verzekerden met het gewicht in tabel 1.5 en de vermenigvuldiging van het bij toekenning van de vereveningsbijdrage verwachte aantal verzekerden met het gewicht in tabel 1.5, teniet wordt gedaan. Het Zorginstituut past bij de herberekening de betrokken gewichten per leeftijdsklasse met eenzelfde bedrag aan.
13. In afwijking van het tweede lid, herberekent het Zorginstituut de gewichten voor elke leeftijds-klasse in tabel 3.4 voor de zelfstandigen, de referentiegroep en de hoogopgeleiden zodanig dat voor de corresponderende leeftijdsklasse voor de bijstandsgerechtigden het verschil tussen de vermenigvuldiging van het gerealiseerde aantal verzekerden met het gewicht in tabel 3.4 en de vermenigvuldiging van het bij toekenning van de vereveningsbijdrage verwachte aantal verzekerden met het gewicht in tabel 3.4, teniet wordt gedaan. Het Zorginstituut past bij de herberekening de betrokken gewichten per leeftijdsklasse met eenzelfde bedrag aan.
14. Het Zorginstituut rondt de op grond van het vierde tot en met dertiende lid herberekende gewichten af op twee decimalen.



Artikel 12

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

Artikel 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 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 voor 25 procent aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.
3. Het Zorginstituut merkt de kosten van geneesmiddelen die in het vereveningsjaar of de drie daaraan voorafgaande kalenderjaren zijn opgehouden dure intramurale geneesmiddelen te zijn aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.
4. Het Zorginstituut calculeert 100 procent na op het verschil tussen de kosten van het cluster 'vaste zorgkosten', vastgesteld ingevolge het eerste tot en met derde lid enerzijds, en het herberekende deelbedrag 'vaste zorgkosten' na toepassing van artikel 3.15, tweede lid van het Besluit zorgverzekering anderzijds.

Artikel 16

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



dit percentage wordt toegepast op het corresponderende herberekende deelbedrag van een zorgverzekeraar.

- e. ten slotte wordt het herberekende deelbedrag per zorgverzekeraar nogmaals herberekend door hierbij het resultaat van onderdeel c op te tellen en vervolgens te verminderen met het resultaat van onderdeel d.
2. Het Zorginstituut kan bij een voorlopige vaststelling als bedoeld in artikel 3.20, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering, de toepassing van hogekostencompensatie achterwege laten. Het Zorginstituut past dan in afwijking van artikel 11, tweede lid, voor de herberekening van de vereveningsbijdrage voor het cluster 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' de gewichten in de tabellen van bijlage 2 toe.

Artikel 17

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 als bedoeld in artikel 24, van de wet.
3. Bij de berekening, bedoeld in het tweede lid, herberekent het Zorginstituut, in afwijking van artikel 8, tweede lid, de gewichten voor elke leeftijdsklasse in tabel 4.2 voor de zelfstandigen, de referentiegroep en de hoogopgeleiden zodanig dat voor de corresponderende leeftijdsklasse voor de bijstandsgerechtigden het verschil tussen de vermenigvuldiging van het gerealiseerde aantal verzekerden met het gewicht in tabel 4.2 en de vermenigvuldiging van het bij toekenning van de vereveningsbijdrage verwachte aantal verzekerden met het gewicht in tabel 4.2, teniet wordt gedaan. Het Zorginstituut past bij de herberekening de betrokken gewichten per leeftijdsklasse met eenzelfde bedrag aan. Het Zorginstituut rondt de herberekende gewichten af op twee decimalen.

Artikel 18

De artikelen 5, tweede tot en met vierde lid, 6 en 9 zijn van overeenkomstige toepassing bij de vaststelling van de vereveningsbijdrage ten behoeve van een zorgverzekeraar met dien verstande dat bij toepassing van hogekostencompensatie een verzekerde die in het buitenland woont, in afwijking van bijlage 3, tabellen 3.2 en 3.3, wordt ingedeeld in de klassen 'Geen FKG psychische aandoeningen' en 'Geen DKG psychische aandoeningen'.

HOOFDSTUK 4. AANVULLINGEN OP DE VEREVENINGSBIJDRAGE AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 19

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 20

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

HOOFDSTUK 6 WIJZIGING VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2019 EN DE REGELING RISICOVEREVENING 2020

Artikel 21

1. In artikel 9, zesde lid, van de Regeling risicoverevening 2019, wordt 'en bij het vereveningscriterium MVV in de klasse 'Geen MVV' vervangen door 'en bij het vereveningscriterium MVV verzekerden in een Wlz-instelling van 18 jaar of ouder in de klasse 'Geen MVV'".



2. In artikel 9, zesde lid, van de Regeling risicoverevening 2020, wordt 'en bij het vereveningscriterium MVV in de klasse 'Geen MVV' vervangen door 'en bij het vereveningscriterium MVV verzekerden in een Wlz-instelling van 18 jaar of ouder in de klasse 'Geen MVV''.

HOOFDSTUK 7. SLOTBEPALINGEN

Artikel 22

1. Deze regeling treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst.
2. De artikelen 1 tot en met 20 werken terug tot en met 30 september 2020.
3. Artikel 21, eerste lid, werkt terug tot en met 30 september 2018 en het tweede lid van dat artikel werkt terug tot en met 30 september 2019.

Artikel 23

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling risicoverevening 2021.

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

*De Minister voor Medische Zorg,
T. van Ark*



BIJLAGE 1. NORMBEDRAGEN VEREVENINGSMODEL VARIABELE ZORGCOSTEN (BEHORENDE BIJ ARTIKEL 5 EN ARTIKEL 11, TWEEDE LID, VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2021)

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	9.737.45
	0 jaar, geboren in het voorafgaande jaar	2.975.59
	1-4 jaar	2.265.22
	5-9 jaar	2.064.01
	10-14 jaar	2.051.99
	15-17 jaar	2.134.12
	18-24 jaar	1.929.98
	25-29 jaar	1.935.72
	30-34 jaar	1.941.15
	35-39 jaar	2.003.29
	40-44 jaar	2.055.80
	45-49 jaar	2.183.69
	50-54 jaar	2.314.34
	55-59 jaar	2.599.96
	60-64 jaar	2.834.24
	65-69 jaar	3.136.78
	70-74 jaar	3.557.27
75-79 jaar	4.019.47	
80-84 jaar	4.418.99	
85-89 jaar	4.953.78	
90+ jaar	5.787.96	
Vrouwen en onbepaald geslacht	0 jaar, geboren in het vereveningsjaar	8.991.01
	0 jaar, geboren in het voorafgaande jaar	2.690.76
	1-4 jaar	2.017.09
	5-9 jaar	2.041.17
	10-14 jaar	2.085.87
	15-17 jaar	2.257.32
	18-24 jaar	2.187.72
	25-29 jaar	2.648.55
	30-34 jaar	2.825.17
	35-39 jaar	2.473.81
	40-44 jaar	2.231.80
	45-49 jaar	2.295.76
	50-54 jaar	2.365.76
	55-59 jaar	2.476.68
	60-64 jaar	2.608.22
	65-69 jaar	2.855.89
	70-74 jaar	3.170.03
75-79 jaar	3.536.45	
80-84 jaar	4.006.39	
85-89 jaar	4.560.76	
90+ jaar	5.361.62	

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

	Variabele zorgkosten
Geen FKG	-279.95
Schildklieraandoeningen	34.77
Glaucoom	205.38
Depressie	169.47
Psychose en verslaving	394.67
Epilepsie	666.96
Chronische antistolling	686.18
Transplantaties	2.267.53
Parkinson	2.484.55
Hartaandoeningen	1.563.21
Chronische pijn exclusief opioïden	871.32
Neuropatische pijn	1.280.64
Diabetes type II zonder hypertensie	419.04



	Variabele zorgkosten
Diabetes type II met hypertensie	830.24
Diabetes type I zonder hypertensie	1.423.60
Diabetes type I met hypertensie	1.892.81
Cystic fibrosis/pancreasenzymen	4.358.58
Groeistoornissen o.b.v. add-on	3.120.69
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: overig	3.069.41
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: multiple sclerose	4.856.69
HIV/AIDS	795.86
Psoriasis	622.84
Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	645.42
Reuma	877.40
Auto-immuunziekten o.b.v. add-on	5.546.81
Nieraandoeningen	7.761.17
Acromegalie	13.777.78
Immunoglobuline o.b.v. add-on	9.969.68
Astma	425.07
COPD/Zware astma	1.398.26
COPD/Zware astma o.b.v. add-on	10.812.10
Hormoongevoelige tumoren	1.219.90
Kanker	1.502.33
Kanker o.b.v. add-on	7.976.58
Pulmonale arteriële hypertensie	20.368.47
Extreem hoge kosten cluster 1	73.966.54
Extreem hoge kosten cluster 2	170.147.34
Extreem hoge kosten cluster 3	360.282.76
Extreem hoge kosten cluster 4	518.544.69

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

	Variabele zorgkosten
Geen DKG	-380.53
1	334.63
2	859.15
3	1.151.00
4	1.757.36
5	2.251.27
6	2.772.37
7	3.088.46
8	3.592.95
9	4.510.74
10	4.919.71
11	5.184.75
12	6.132.01
13	6.182.27
14	7.664.30
15	7.832.39
16	10.834.58
17	12.571.49
18	13.019.90
19	13.471.83
20	15.432.46
21	22.441.82
22	17.919.13
23	31.672.11
24	29.242.46
25	47.906.79
26	67.735.32



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

	Variabele zorgkosten
Geen HKG	-80.84
CPAP apparatuur	472.50
Therapeutische elastische kousen	300.58
Voorzieningen voor stomapatiënten	2.114.57
Vernevelaar met toebehoren	4.049.57
Middelen voor urine-opvang	2.240.19
Injectiespuiten met toebehoren (excl. diabetes)	2.513.78
Zuurstofapparaten met toebehoren	3.757.18
Voedingshulpmiddelen (excl. zuigelingen)	6.840.85
Slijmuitzuigapparatuur	17.121.04
Draagbare infuuspompen	8.361.53
Compressiehulpmiddelen	1.822.73
Orthesen	936.40
Beenprothesen	2.119.77
Insulinepompen	1.086.52

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

		Variabele zorgkosten
	70+ jaar	0.00
Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)	0-17 jaar	149.62
	18-34 jaar	1.607.95
	35-44 jaar	1.217.73
	45-54 jaar	1.040.91
	55-64 jaar	781.09
	65-69 jaar	645.76
Arbeidsongeschikten excl. IVA	0-17 jaar	176.86
	18-34 jaar	407.70
	35-44 jaar	491.04
	45-54 jaar	484.17
	55-64 jaar	395.02
	65-69 jaar	397.72
Bijstandsgerechtigden	0-17 jaar	112.59
	18-34 jaar	323.44
	35-44 jaar	324.64
	45-54 jaar	373.54
	55-64 jaar	372.45
	65-69 jaar	299.07
Studenten	0-17 jaar	-54.15
	18-34 jaar	-172.82
Zelfstandigen	0-17 jaar	-93.00
	18-34 jaar	-85.11
	35-44 jaar	-124.18
	45-54 jaar	-167.51
	55-64 jaar	-233.09
	65-69 jaar	-14.06
Hoogopgeleiden	0-17 jaar	-128.58
	18-34 jaar	-0.54
	35-44 jaar	-59.22
Referentiegroep	0-17 jaar	1.28
	18-34 jaar	15.33
	35-44 jaar	-28.18
	45-54 jaar	-57.26
	55-64 jaar	-81.35
	65-69 jaar	-116.37

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

	Variabele zorgkosten
1	71.68
2	29.74
3	25.98



	Variabele zorgkosten
4	19.91
5	3.50
6	-27.83
7	-20.37
8	-23.78
9	-28.68
10	-49.52

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

		Variabele zorgkosten
1 (zeer laag)	0-17 jaar	67.64
	18-69 jaar	-1.92
	70+ jaar	-90.46
2 (laag)	0-17 jaar	27.93
	18-69 jaar	19.97
	70+ jaar	-20.33
3 (midden)	0-17 jaar	-24.13
	18-69 jaar	17.24
	70+ jaar	38.39
4 (hoog)	0-17 jaar	-39.71
	18-69 jaar	-29.26
	70+ jaar	54.83

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

		Variabele zorgkosten
	0-17 jaar	0.00
Wlz-instelling, blijvend	18-69 jaar	-742.43
	70-79 jaar	-2.052.94
	80+ jaar	-3.294.04
Wlz-instelling, instromend	18-69 jaar	8.341.39
	70-79 jaar	12.056.44
	80+ jaar	9.927.85
Eenpersoonshuishouden	18-69 jaar	-14.45
	70-79 jaar	149.46
	80+ jaar	118.68
Overig	18-69 jaar	2.05
	70-79 jaar	-100.24
	80+ jaar	-143.66

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

	Variabele zorgkosten
Geen MHK	-598.55
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30 procent	166.47
2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent	2.573.10
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 15 procent	2.166.75
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent	3.373.17
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 7 procent	5.066.98
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 4 procent	8.368.67
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 1,5 procent	17.276.39
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 0,5 procent	43.742.27

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

	Variabele zorgkosten
Geen FDG	-24.17
1	699.50



	Variabele zorgkosten
2	1.681.99
3	1.721.76
4	13.015.52

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

	Variabele zorgkosten
Geen MVV	-187.13
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 3,5 procent	1.221.13
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 3 procent	1.586.92
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 2,5 procent	2.745.92
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 2 procent	5.245.54
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 1,5 procent	8.218.46
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 1 procent	11.805.95
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 0,5 procent	16.485.16
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 0,25 procent	28.619.85
Kosten V&V voorafgaand jaar in top 0,25%; 0 – 17 jaar	77.305.66



BIJLAGE 2. NORMBEDRAGEN VEREVENINGSMODEL GENEESKUNDIGE GGZ (BEHORENDE BIJ ARTIKEL 5 VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2021)

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

De in deze bijlage genoemde vereveningscriteria zijn van toepassing voor verzekerden van achttien jaar en ouder; de gewichten zijn bedoeld voor de ex ante berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (artikel 5). De gewichten bevatten geen correctie voor hogekostencompensatie.

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

		Kosten van geneeskundige GGZ
Mannen	18–24 jaar	236.61
	25–29 jaar	230.66
	30–34 jaar	216.87
	35–39 jaar	213.80
	40–44 jaar	201.36
	45–49 jaar	181.22
	50–54 jaar	175.99
	55–59 jaar	170.59
	60–64 jaar	170.59
	65–69 jaar	167.34
	70–74 jaar	167.73
	75–79 jaar	167.73
	80–84 jaar	176.93
85–89 jaar	170.92	
90+ jaar	170.92	
Vrouwen en onbepaald geslacht	18–24 jaar	304.00
	25–29 jaar	258.19
	30–34 jaar	231.12
	35–39 jaar	222.71
	40–44 jaar	203.71
	45–49 jaar	189.70
	50–54 jaar	178.68
	55–59 jaar	170.59
	60–64 jaar	170.59
	65–69 jaar	167.34
	70–74 jaar	167.73
	75–79 jaar	169.22
	80–84 jaar	170.92
85–89 jaar	170.92	
90+ jaar	170.92	

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

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen FKG psychische aandoeningen	-16.45
ADHD	144.94
Verslaving	242.22
Angststoornissen	553.25
Chronische stemmingsstoornissen	174.23
Bipolaire stoornissen regulier	413.16
Bipolaire stoornissen complex	853.44
Psychose	684.51
Chronische stemmingsstoornissen complex	487.33
Psychose depot	1686.84

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

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen DKG psychische aandoeningen	-80.75
1 (gebruik basis GGZ in het voorgaande jaar)	194.65
2	243.09
3	608.80
4	1.279.43
5	2.381.07



	Kosten van geneeskundige GGZ
6	2.851.12
7	2.842.81
8	5.142.75
9	6.467.72
10	6.927.22
11	10.451.47
12	14.506.59
13	22.711.75
14	22.795.46
15	33.791.27
16	31.338.93
17	56.797.61
18	30.528.53

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

		Kosten van geneeskundige GGZ
	70+ jaar	0.00
Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)	18-34 jaar	360.94
	35-44 jaar	166.32
	45-54 jaar	-8.65
	55-64 jaar	-3.25
	65-69 jaar	0.00
Arbeitsongeschikten excl. IVA	18-34 jaar	300.49
	35-44 jaar	245.97
	45-54 jaar	86.89
	55-64 jaar	34.37
	65-69 jaar	0.00
Bijstandgerechtigden	18-34 jaar	281.81
	35-44 jaar	110.47
	45-54 jaar	58.71
	55-64 jaar	-3.25
	65-69 jaar	0.00
Studenten	18-34 jaar	-54.19
Zelfstandigen	18-34 jaar	-39.20
	35-44 jaar	-39.17
	45-54 jaar	-14.14
	55-64 jaar	-3.25
	65-69 jaar	0.00
Hoogopgeleiden	18-34 jaar	-40.62
	35-44 jaar	-27.11
Referentiegroep	18-34 jaar	-1.85
	35-44 jaar	-10.94
	45-54 jaar	-8.37
	55-64 jaar	-3.25
	65-69 jaar	0.00

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

	Kosten van geneeskundige GGZ
1	33.88
2	13.17
3	-0.96
4	-6.53
5	-6.53
6	-6.53
7	-6.53
8	-6.53
9	-6.53
10	-6.53



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

		Kosten van geneeskundige GGZ
1 (zeer laag)	18-69 jaar	11.98
	70+ jaar	6.14
2 (laag)	18-69 jaar	-9.37
	70+ jaar	-1.72
3 (midden)	18-69 jaar	-10.08
	70+ jaar	-2.18
4 (hoog)	18-69 jaar	8.07
	70+ jaar	-2.07

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

		Kosten van geneeskundige GGZ
Wlz-instelling, blijvend	18-69 jaar	-34.40
	70-79 jaar	-28.94
	80+ jaar	-32.13
Wlz-instelling, instromend	18-69 jaar	-31.60
	70-79 jaar	767.99
	80+ jaar	240.27
Eenpersoonshuishouden	18-69 jaar	44.12
	70-79 jaar	15.74
	80+ jaar	-6.58
Overig	18-69 jaar	-6.86
	70-79 jaar	-10.68
	80+ jaar	-5.41

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

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen GGZ-MHK	-41.19
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 98,5 procent met kosten GGZ >10 euro	167.78
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 10 promille*	844.35
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille*	1.740.48
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille*	3.035.30
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 1 promille*	6.817.35
5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille	8.146.59
5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille	14.301.90

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



BIJLAGE 3. NORMBEDRAGEN VEREVENINGSMODEL GENEESKUNDIGE GGZ BIJ TOEPASSING VAN HOGEKOSTENCOMPENSATIE(BEHORENDE BIJ ARTIKEL 11, TWEEDE LID, VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2021)

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

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

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

		Kosten van geneeskundige GGZ
Mannen	18–24 jaar	238.61
	25–29 jaar	231.03
	30–34 jaar	215.60
	35–39 jaar	215.09
	40–44 jaar	201.93
	45–49 jaar	182.77
	50–54 jaar	176.57
	55–59 jaar	167.98
	60–64 jaar	167.98
	65–69 jaar	164.78
	70–74 jaar	165.76
	75–79 jaar	166.65
	80–84 jaar	174.42
	85–89 jaar	169.71
90+ jaar	169.71	
Vrouwen en onbepaald geslacht	18–24 jaar	302.78
	25–29 jaar	262.42
	30–34 jaar	234.68
	35–39 jaar	224.37
	40–44 jaar	206.33
	45–49 jaar	192.31
	50–54 jaar	179.37
	55–59 jaar	170.92
	60–64 jaar	167.98
	65–69 jaar	164.78
	70–74 jaar	165.76
	75–79 jaar	168.30
	80–84 jaar	169.71
	85–89 jaar	169.71
90+ jaar	169.71	

* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

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

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen FKG psychische aandoeningen	-16.93
ADHD	149.80
Verslaving	274.12
Angststoornissen	541.24
Chronische stemmingsstoornissen	187.36
Bipolaire stoornissen regulier	408.60
Bipolaire stoornissen complex	864.43
Psychose	693.91
Chronische stemmingsstoornissen complex	534.46
Psychose depot	1.593.73

* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

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

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen DKG psychische aandoeningen	-79.52
1 (gebruik basis GGZ in het voorgaande jaar)	209.12
2	269.13



	Kosten van geneeskundige GGZ
3	636.48
4	1.299.75
5	2.447.99
6	2.978.84
7	2.970.07
8	5.103.01
9	6.396.28
10	6.890.51
11	9.821.56
12	13.452.48
13	19.324.84
14	19.804.97
15	29.668.67
16	26.129.66
17	32.949.36
18	29.727.69

* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

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

		Kosten van geneeskundige GGZ
	70+ jaar	0.00
Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)	18-34 jaar	349.36
	35-44 jaar	151.29
	45-54 jaar	-11.79
	55-64 jaar	-3.20
	65-69 jaar	0.00
Arbeitsongeschikten excl. IVA	18-34 jaar	272.34
	35-44 jaar	234.13
	45-54 jaar	87.15
	55-64 jaar	33.80
	65-69 jaar	0.00
Bijstandgerechtigden	18-34 jaar	273.20
	35-44 jaar	109.36
	45-54 jaar	59.27
	55-64 jaar	-3.20
	65-69 jaar	0.00
Studenten	18-34 jaar	-50.07
Zelfstandigen	18-34 jaar	-39.49
	35-44 jaar	-38.75
	45-54 jaar	-16.33
	55-64 jaar	-3.20
	65-69 jaar	0.00
Hoogopgeleiden	18-34 jaar	-39.97
	35-44 jaar	-25.74
Referentiegroep	18-34 jaar	-0.94
	35-44 jaar	-10.31
	45-54 jaar	-8.05
	55-64 jaar	-3.20
	65-69 jaar	0.00

* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

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

	Kosten van geneeskundige GGZ
1	31.00
2	12.15
3	0.22
4	-5.52
5	-6.00



	Kosten van geneeskundige GGZ
6	-6.30
7	-6.30
8	-6.30
9	-6.30
10	-6.30

* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

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

		Kosten van geneeskundige GGZ
1 (zeer laag)	18-69 jaar	13.25
	70+ jaar	5.71
2 (laag)	18-69 jaar	-7.76
	70+ jaar	-1.84
3 (midden)	18-69 jaar	-9.25
	70+ jaar	-2.29
4 (hoog)	18-69 jaar	5.29
	70+ jaar	-1.50

* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

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

		Kosten van geneeskundige GGZ
Wlz-instelling, blijvend	18-69 jaar	-34.44
	70-79 jaar	-27.87
	80+ jaar	-31.82
Wlz-instelling, instromend	18-69 jaar	-29.84
	70-79 jaar	783.13
	80+ jaar	243.36
Eenpersoonshuishouden	18-69 jaar	47.44
	70-79 jaar	14.34
	80+ jaar	-7.84
Overig	18-69 jaar	-7.39
	70-79 jaar	-10.34
	80+ jaar	-4.58

* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

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

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen GGZ-MHK	-40.85
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 98,5 procent met kosten GGZ >10 euro	173.71
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 10 promille**	871.95
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille**	1.793.64
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille**	3.045.71
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 1 promille**	5.797.45
5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille	7.506.54
5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille	12.500.11

* Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

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



BIJLAGE 4. NORMBEDRAGEN VEREVENINGSMODEL VOOR DE EIGEN BETALINGEN TEN GEVOLGE VAN HET VERPLICHT EIGEN RISICO ALLEEN VOLWASSENEN ZONDER FKG/DKG/HKG/FDG/MVV EN NIET INGEDEELD BIJ MHK-KLASSE '2 VOORAFGAANDE JAREN VARIABELE ZORGKOSTEN IN TOP 10 PROCENT' OF HOGER (BEHORENDE BIJ ARTIKEL 8, TWEEDE LID, VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2021)

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

De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de berekening van de specifiek voor een zorgverzekeraar geraamde opbrengst van het verplicht eigen risico (artikel 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 17, tweede lid).

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

Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico		
Mannen	18-24 jaar	129.50
	25-29 jaar	128.44
	30-34 jaar	129.31
	35-39 jaar	133.54
	40-44 jaar	138.46
	45-49 jaar	145.94
	50-54 jaar	158.63
	55-59 jaar	177.73
	60-64 jaar	197.95
	65-69 jaar	217.54
	70-74 jaar	237.06
	75-79 jaar	254.32
	80-84 jaar	258.03
85-89 jaar	258.39	
90+ jaar	242.21	
Vrouwen en onbepaald geslacht	18-24 jaar	180.44
	25-29 jaar	178.96
	30-34 jaar	174.63
	35-39 jaar	170.45
	40-44 jaar	176.09
	45-49 jaar	184.20
	50-54 jaar	191.82
	55-59 jaar	198.41
	60-64 jaar	209.39
	65-69 jaar	224.42
	70-74 jaar	240.34
	75-79 jaar	256.45
	80-84 jaar	256.07
85-89 jaar	245.77	
90+ jaar	208.86	

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

Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico		
	70+ jaar	0.00
Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)	18-34 jaar	67.75
	35-44 jaar	69.24
	45-54 jaar	60.58
	55-64 jaar	43.70
	65-69 jaar	29.79
Arbeitsongeschikten excl. IVA	18-34 jaar	50.32
	35-44 jaar	61.74
	45-54 jaar	50.79
	55-64 jaar	33.72
	65-69 jaar	19.64
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	43.89
	35-44 jaar	47.41
	45-54 jaar	39.84
	55-64 jaar	19.75
	65-69 jaar	-3.04
Studenten	18-34 jaar	-7.33



Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico		
Zelfstandigen	18-34 jaar	-3.81
	35-44 jaar	-6.96
	45-54 jaar	-8.94
	55-64 jaar	-12.56
	65-69 jaar	-8.35
Hoogopgeleiden	18-34 jaar	-7.68
	35-44 jaar	-11.98
Referentiegroep	18-34 jaar	0.59
	35-44 jaar	-0.23
	45-54 jaar	-2.92
	55-64 jaar	-2.03
	65-69 jaar	-1.72

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

	Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
1	6.55
2	4.02
3	1.92
4	0.54
5	-0.03
6	-2.16
7	-2.61
8	-2.74
9	-3.14
10	-2.45

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

	Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
Geen MHK	-30.78
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30 procent	61.32



TOELICHTING

Algemeen

1. Inleiding

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

Deze bijdrage wordt gebaseerd op een inschatting vooraf (ex ante) van de zorgkosten van een zorgverzekeraar aan de hand van een aantal objectieve kenmerken van de verzekerden van die zorgverzekeraar. Deze systematiek beoogt zorgverzekeraars te compenseren voor kostenverschillen als gevolg van niet-beïnvloedbare verschillen in risicoprofielen in hun zorgverzekerdenportefeuilles, zodat zij op dit punt in een gelijke 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: er wordt bepaald welke vereveningscriteria bij de berekening van die bijdragen worden gebruikt, en hoe de bijdragen op hoofdlijnen ex ante en ex post worden berekend. De gedetailleerde uitwerking van deze regels is voor het vereveningsjaar 2021 vervolgens te vinden in voorliggende 'Regeling risicoverevening 2021' (Rrv 2021). De hoofdstukken 1 tot en met 5 van de Rrv 2021 bevatten de regels die gelden voor de toekenning (ex ante) en vaststelling (ex post) van de vereveningsbijdrage over 2021. Zo wordt bepaald welke middelen beschikbaar zijn voor het jaar 2021 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 2021 worden zowel het bedrag van de beschikbare middelen 2021, als het macro-prestatiebedrag 2021 vastgesteld. Het macro-prestatiebedrag wordt voor het vereveningsjaar 2021 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 (geneeskundige GGZ).

De verdeling van de macro-deelbedragen vindt plaats op basis van de vereveningscriteria, 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. Hoofdstuk 6 bevat een correctie van de Regeling risicoverevening 2019 en de Regeling risicoverevening 2020. De slotbepalingen in hoofdstuk 7 bevatten regels over de inwerkingtreding en terugwerkende kracht van de voorliggende regeling.

2. Inhoudelijke wijzigingen

2.1 Belangrijkste wijzigingen

De belangrijkste wijzigingen voor 2021 zijn:



- naar aanleiding van onderhoud aan de extreem hoge kosten clusters (EHK's) komt er in het vereveningscriterium FKG's één extra EHK-klasse bij;
- naar aanleiding van groot onderhoud worden de vereveningscriteria primaire DKG's en secundaire DKG's vervangen door het vereveningscriterium DKG's. Verzekerden kunnen hierbij meerdere keren worden ingedeeld, ook binnen één klasse;
- naar aanleiding van groot onderhoud wordt het vereveningscriterium HKG's aangepast. Ook bij dit vereveningscriterium kunnen verzekerden meerdere keren worden ingedeeld, maar niet meerdere keren in dezelfde klasse.
- vanaf 2021 worden kosten voor de Nederlandse Transplantatie Stichting niet meer deels tot de vaste zorgkosten gerekend, maar in het geheel meegeteld bij het cluster 'variabele zorgkosten'.

Hiernaast heeft de coronapandemie gevolgen voor deze regeling. Zorgverzekeraars kunnen voor de kosten als gevolg van deze pandemie een bijdrage ontvangen op basis van artikel 33, van de Zvw. Deze bijdrage staat op zichzelf en is geen onderdeel van de risicoverevening. Wel geldt dat kosten die het gevolg zijn van de pandemie niet kunnen worden ingebracht in de risicoverevening (dit is vastgelegd in het Besluit zorgverzekering) en dat de verzekerde zorg of overige diensten in verband met de pandemie en de daaruit volgende kosten ook niet worden betrokken bij de indeling van verzekerden in de klassen van de vereveningscriteria. Dit laatste is geregeld in artikel 5, tweede lid, van deze regeling.

De coronapandemie betekent ook dat de risicoverevening met meer onzekerheden voor zorgverzekeraars is omgeven. Daarom wordt in 2021 eenmalig weer (gedeeltelijke) macrona calculatie toegepast. Dit geldt (afzonderlijk) voor het macro-deelbedrag voor variabele zorgkosten, voor het macro-deelbedrag voor de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico. Dit zorgt ervoor dat landelijk de afwijking tussen de vereveningsbijdrage en de werkelijke kosten voor een belangrijk deel beperkt wordt, maar dat ook voor alle zorgverzekeraars samen een prikkel tot doelmatige zorginkoop resteert. De toepassing van macrona calculatie is niet vastgelegd in deze regeling, maar in het Besluit zorgverzekering.

Dat laatste geldt ook voor de bandbreedteregeling die eenmalig wordt toegepast bij het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg met het oog op de in 2021 optredende vermindering van de schadelast als gevolg van de invoering van de nieuwe GGZ-bekostiging met ingang van 1 januari 2022.

2.2 Proces vormgeving vereveningsmodel en bepaling normatieve gewichten

Bepaling uitgangsmodel

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

Bepaling normbedragen

Ten behoeve van de bepaling van de gewichten (normbedragen) wordt een aantal stappen doorlopen. Eerst wordt een onderzoeksbestand samengesteld met historische (basis)gegevens, verschillende kenmerken van verzekerden, en hun zorgkosten onder het verzekerde pakket op individuniveau. Het betreft (elk jaar) gegevens over het laatste jaar waarvan (vrijwel) alle declaraties zijn afgerond. Voor het vereveningsjaar 2021 wordt daarom gebruikgemaakt van kostengegevens over 2018 en verzekerdenkenmerken over 2013 tot en met 2018. 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 normbedragen voor de klassen van de vereveningscriteria.



2.3 Onderzoeksgegevens

Basisgegevens

De ex ante vereveningsmodellen voor somatische zorg, de geneeskundige GGZ en de kosten onder het verplicht eigen risico zijn gebaseerd op kostengegevens over 2018 en verzekerdenskenmerken over 2013 tot en met 2018. De kwaliteit en volledigheid van de onderzoeksbestanden is goed te noemen. De gegevens over ziektekosten en verzekerdenskenmerken geven een goed beeld van de Zvw-populatie in 2018, zowel qua kosten als qua demografische kenmerken.

Bewerkingen onderzoeksgegevens

De ex ante vereveningsmodellen voor 2021 zijn gebaseerd op de schadegegevens (declaraties) over 2018 en verzekerdenskenmerken over 2013 tot en met 2018. De schadegegevens zijn representatief gemaakt voor het te verwachten schadebeeld in 2021 door correcties uit te voeren voor de pakket- en beleidsmaatregelen die in 2019, 2020 en 2021 zijn of worden genomen.

Gegevensbewerking somatische zorg

De ziekenhuiskosten in het onderzoeksbestand zijn afkomstig uit het QZ-informatiesysteem van Vektis. Er is geen conversie van diagnose-behandelcombinaties (dbc's) uitgevoerd, omdat de veranderingen in de dbc-zorgproductstructuur tussen 2018 en 2021 beperkt zijn. Vanwege lumpsummen en omzetplafonds zijn de kosten representatief gemaakt door de gedeclareerde bedragen te vervangen door de mediaanbedragen.

Bij de verzekerdenskenmerken en kosten van overige prestaties is sprake van 100 procent dekking. Deze gegevens zijn gebaseerd op de database BASIC 2018 van Vektis. Vergelijking met gegevens van het Zorginstituut laat zien dat BASIC 2018 een goed beeld geeft van de zorgkosten en demografische kenmerken van de Zvw-populatie.

Gegevensbewerking geneeskundige GGZ

De kostengegevens met betrekking tot de geneeskundige GGZ zijn gebaseerd op een databestand van Vektis met gegevens over gedeclareerde dbc's van 2018. Er is sprake van (nagenoeg) 100% dekking. De kosten van de Generalistische Basis GGZ en van de langdurige GGZ (LGGZ) komen uit BASIC. Deze kosten worden opgeteld bij de kosten van de eerder genoemde gedeclareerde dbc's. Er is rekening gehouden met de vermindering van de schadelast als gevolg van de nieuwe bekostiging (ingående 2022).

2.4 Vormgeving variabele zorgkosten

Het ex ante risicovereveningsmodel voor de variabele zorgkosten kent voor het vereveningsjaar 2021 op basis van artikel 3.4, eerste lid, van het Bzv, de volgende vereveningscriteria: 'leeftijd en geslacht', 'farmaciekostengroepen' (FKG's), 'diagnosekostengroepen' (DKG's), 'hulpmiddelenkostengroepen' (HKG's), 'aard van het inkomen' (AVI), het 'regiocriterium somatisch' (regio), 'sociaal economische status' (SES), 'personen per adres' (PPA), 'meerjarig hoge kosten' (MHK), 'fysiotherapiediagnosegroepen' (FDG), en 'meerjarig hoge kosten verpleging en verzorging' (MVV).

Op advies van de WOR worden voor het vereveningsjaar 2021 de criteria HKG's, DKG's en (de extreem hoge kostenclusters binnen de) FKG's aangepast.

2.5 Vormgeving geneeskundige GGZ

Het ex ante risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ kent voor het vereveningsjaar 2021 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).

Er wordt bij het deelbedrag kosten van geneeskundige GGZ hogekostencompensatie toegepast. Het vergoedingspercentage gaat daarbij in 2021 van 75% naar 90%.

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 vereve-



ningsjaar 2021. Deze regeling en de verschillen met eerdere jaren zijn technisch van aard en leiden daarom niet tot additionele frauderisicos.

4. Gevolgen voor de regeldruk

Deze regeling heeft geen gevolgen voor de regeldruk 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 uitgesloten zijn geweest van het pakket vanwege het uitzonderlijk hoge kostenbeslag (ex-sluismiddelen). 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). 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. Voor de kosten van deze middelen geldt na de instroom een risicoloze periode. De periode loopt, voor middelen die in 2018 of later het pakket in zijn gestroomd, vanaf het moment van instroom in het pakket tot en met 31 december van het vierde kalenderjaar hierop volgend. In modeljaar 2021 geldt de risicoloosheid dus voor de middelen die in 2018, 2019, 2020 of 2021 vanuit de sluis in het pakket instromen.

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 2021. De kosten vanwege corona worden in de catastrofereregeling ingebracht en tellen niet mee in het macro-prestatiebedrag. De ramingen zijn opgenomen in de memorie van toelichting bij de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2021¹. 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 2021 is bepaald op (afgerond) € 1.417 per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald. Bij de vaststelling van dit bedrag is rekening gehouden met het feit dat zorgverzekeraars naast hun nominale premie, ook nog inkomsten krijgen via hun verzekerden als gevolg van het verplichte eigen risico van € 385 per verzekerde van 18 jaar en ouder.

In het eerste lid van dit artikel wordt de hoogte van het macro-prestatiebedrag vastgesteld. De beschikbare middelen, bedoeld in artikel 4, kunnen uit het macro-prestatiebedrag worden afgeleid door daarop de geraamde opbrengsten van de nominale rekenpremie en de geraamde financieringsverschuiving als gevolg van het verplicht eigen risico in mindering te brengen. Het macro-prestatiebedrag wordt voor het vereveningsjaar 2021 ingevolge artikel 3.1, eerste lid, van het Bzv, onderverdeeld in drie onderscheiden macro-deelbedragen. De verschillende nominale bijstellingen en groeiruimten 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 ziekenvervoer tussen ziekenhuizen als ambulancevervoer mee. Aan de onderscheiden macro-deelbedragen zijn componenten toegevoegd voor kosten in verband met de financiering van

¹ Kamerstukken II 2020/2021, 35 570 XVI, nr.2, p. 152 t/m 211.



grensoverschrijdende zorg. Deze kosten hangen zowel samen met Nederlandse ingezetenen die in het buitenland zorg afnemen (bijvoorbeeld bij ziekte tijdens tijdelijk verblijf, of zorg in het buitenland met toestemming van de zorgverzekeraar) als met ingezetenen van andere landen die onder de Zvw vallen, omdat zij bijvoorbeeld in Nederlandse loondienst zijn.

De kosten voor de beschikbaarheidsbijdragen vallen buiten het macro-prestatiebedrag. De geraamde kosten hiervoor tellen daarom niet mee in de deelbedragen. Hetzelfde geldt voor de kosten als gevolg van de coronapandemie. Zorgverzekeraars kunnen voor een bijdrage in verband met laatstgenoemde kosten op grond van artikel 33, van de Zvw, een beroep doen op de daarvoor geldende catastroferegeling.

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, van het 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 17 (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 2021 ten laste van het Zvf beschikbaar zijn. Het Zorginstituut verdeelt deze middelen over zorgverzekeraars op basis van de in het Bzv uiteenzette 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 € 24.895,5 miljoen is gebaseerd op de in de memorie van toelichting bij de begroting van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2021 opgenomen gegevens. Het macro-prestatiebedrag (€ 48.231,4 miljoen) verminderd met de opbrengst van de nominale rekenpremie (€ 20.108,6 miljoen) en de opbrengst van het verplicht eigen risico (€ 3.227,2 miljoen) levert een bedrag op van € 24.895,5 miljoen.

Artikel 5

In het eerste lid wordt geregeld dat de gewichten van de klassen van vereveningscriteria die het Zorginstituut bij de toekenning van de vereveningsbijdrage hanteert bij de berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar 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.

Het Zorginstituut bepaalt het normatieve bedrag per zorgverzekeraar voor de variabele zorgkosten aan de hand van een raming van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen van verzekerden en de normbedragen (gewichten) naar leeftijd en geslacht, en aan de hand van de optelling van de toe- en afslagen op grond van FKG's, DKG's, HKG's, AVI, regio, SES, PPA, MHK, FDG 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.

De ex ante gewichten per klasse van de vereveningscriteria worden voor alle deelbedragen dusdanig vastgesteld dat alle beschikbare middelen per macro-deelbedrag via de kenmerken leeftijd en geslacht worden verdeeld. Vervolgens vindt er verevening plaats tussen de verzekerden uit de verschillende klassen van de overige in het vereveningsmodel opgenomen vereveningscriteria. De verdeling van vaste zorgkosten wordt ingevolge artikel 3.5, van het Bzv, gebaseerd op de geraamde aantallen verzekerden van de zorgverzekeraars in het jaar 2021. Hier is derhalve, anders dan bij de verdeling van de kosten uit de overige clusters, geen sprake van verevening op basis van verzekerdenkenmerken.

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

- Leeftijd en geslacht worden in samenhang gezien, omdat het kostenpatroon naar leeftijd tussen mannen en vrouwen verschilt. Dit verschil hangt onder meer samen met de kosten van zwangerschap en geboorten bij vrouwen tussen (vooral) 20 en 40 jaar. Bij dit criterium wordt gewerkt met

vijfjaarsklassen. Om beter aan te sluiten bij de leeftijdsgrens van premiebetaling (18 jaar) zijn de leeftijdsgrenzen in het interval 15–24 jaar onderverdeeld in 15–17 en 18–24 jaar in plaats van 15–19 en 20–24 jaar. Het leeftijdsinterval 0–4 jaar is gesplitst in een klasse nuljarigen geboren in het vereveningsjaar, een klasse nuljarigen geboren in het voorafgaande jaar en een klasse 1–4 jaar. Voor verzekerden met onbepaald geslacht gelden dezelfde gewichten als voor vrouwen.

- In het onderzoeksjaar 2019-2020 heeft onderhoud plaatsgevonden aan de zogenaamde extreem hoge kosten clusters. Daarbij is het aantal extreem hoge kosten clusters uitgebreid van drie naar vier. Met ingang van het vereveningsjaar 2021 wordt voor in Nederland wonende verzekerden gewerkt met 38 FKG's (zie bijlage 1, tabel 1.2). Verzekerden kunnen op grond van artikel 9, tweede lid, in principe in meerdere FKG's worden ingedeeld, waarbij bepaalde combinaties wel zijn uitgesloten. Zo is naar aanleiding van het laatste onderzoek besloten dat een verzekerde niet in meerdere extreem hoge kosten clusters kan worden ingedeeld. Naast de 38 FKG's wordt een klasse onderscheiden van verzekerden die in geen enkele FKG zijn ingedeeld. Dit is de FKG-klasse 'Geen FKG'.
- Voor het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ wordt met ingang van het vereveningsjaar 2019 gebruikgemaakt van negen FKG's psychische aandoeningen. Daarnaast is er een klasse (genaamd 'Geen FKG psychische aandoeningen') van verzekerden die in geen enkele FKG psychische aandoeningen zijn ingedeeld. In principe kan een verzekerde op grond van artikel 9, zesde lid, in meerdere FKG's psychische aandoeningen worden ingedeeld. Ook hier zijn bepaalde combinaties uitgesloten.
- In het afgelopen jaar heeft er groot onderhoud DKG's plaatsgevonden. Dit heeft geleid tot een aantal verbeteringen. Geselecteerde diagnose-behandelcombinaties (betreffende behandelingen van chronische aandoeningen) zijn ingedeeld in 26 DKG's op basis van meerkosten. Een verzekerde kan meerdere malen worden ingedeeld bij een DKG. Daarnaast kan een verzekerde ook in meerdere DKG's worden ingedeeld. Dit is geregeld in artikel 9, vierde lid. De secundaire DKG's zijn hiermee niet meer nodig en komen te vervallen per 2021.
- Bij het vereveningscriterium AVI worden bij de verzekerden van 0 tot en met 69 jaar zeven klassen onderscheiden, waarvoor uit statistisch onderzoek is gebleken dat er sprake is van een verschillend kostenniveau. Het gaat om: 'Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)', 'Arbeidsongeschikten excl. IVA', 'Bijstandsgerechtigden', 'Studenten', 'Zelfstandigen', 'Hoogopgeleiden' en een referentiegroep, die alle verzekerden omvat die niet zijn ingedeeld bij de zes hiervoor genoemde groepen. Bij verzekerden van 0–17 jaar vindt de indeling in AVI-klassen plaats op basis van de laagste AVI van de volwassenen op hetzelfde adres. Bij verzekerden van 65–69 wordt gekeken naar hun laatst bekende AVI (doorgaans hun AVI toen zij 64 jaar waren). De verzekerden van 70 jaar en ouder zijn ondergebracht in een aparte klasse. Binnen de klassen 'IVA', 'Arbeidsongeschikten excl. IVA', 'Bijstandsgerechtigden', 'Zelfstandigen' en 'Referentiegroep' voor 0-69 jarigen wordt een nader onderscheid gemaakt op basis van leeftijd van de verzekerde. Dat gebeurt ook bij de klasse 'Hoogopgeleiden', alleen worden daar drie leeftijdsgroepen onderscheiden in plaats van zes. De klasse 'Studenten' kent twee leeftijdsgroepen: 0–17 jaar en 18–34 jaar. In artikel 9, vijfde lid, wordt aangegeven hoe om te gaan met samenloop van verschillende klassen AVI.
- Door het vereveningscriterium MHK kunnen structurele (voorspelbare) hoge kosten in het ex ante model voor de somatische zorg substantieel beter verevend worden. Tabel 1.9 van bijlage 1 bevat de klassen voor het vereveningscriterium MHK. Een verzekerde van wie de variabele zorgkosten de afgelopen drie jaar steeds tot de hoogste 15 procent behoren, wordt, afhankelijk van het percentiel waartoe de som van deze kosten in de verschillende jaren behoort, ingedeeld in één van de klassen '3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 0,5 procent', '3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 1,5 procent', '3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 4 procent', '3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 7 procent', '3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent' of '3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 15 procent'. Hierin is de top 0,5 procent de hoogste kostenklasse met het hoogste normbedrag en de top 15 procent de laagste kostenklasse met het laagste normbedrag. Een verzekerde wordt met inachtneming van het bovenstaande op grond van artikel 9, eerste lid, ingedeeld in de hoogste klasse. Een verzekerde van wie de variabele zorgkosten de afgelopen twee jaar tot de hoogste 10 procent hebben behoord, en die niet is ingedeeld in een van de eerdergenoemde klassen, wordt ingedeeld in de klasse, '2 voorafgaande jaren 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 maakt ook deel uit van het model voor het verplicht eigen risico. Dit criterium onderscheidt (analoog aan de overeenkomstige klasse binnen het vereveningscriterium MHK in het model voor de variabele zorgkosten) verzekerden die in geen van de drie voorafgaande jaren variabele zorgkosten in de top 30 procent hebben van de overige verzekerden. Zie voor de klassen van het vereveningscriterium MHK voor het verplicht eigen risico tabel 4.4 van bijlage 4.
- Het vereveningscriterium PPA wordt gebruikt in de modellen voor de variabele zorgkosten en voor de kosten van geneeskundige GGZ. Dit criterium komt tegemoet aan de constatering dat alleenstaanden relatief meer gebruik maken van de zorg dan personen die deel uit maken van een

huishouden bestaande uit twee of meer personen. Daarnaast worden verzekerden woonachtig in een Wlz-instelling onderscheiden. Binnen deze klasse wordt onderscheid gemaakt naar verzekerden die in het vorig jaar ook al in een Wlz-instelling woonden ('blijvend') en verzekerden waar dat niet het geval is ('instromend'). Bij PPA wordt onderscheid gemaakt naar leeftijd.

- Het vereveningscriterium SES deelt verzekerden in klassen in op basis van inkomen en leeftijd. Het criterium gaat uit van het totaal huishoudinkomen. Verzekerden die in een Wlz-instelling wonen, worden op basis van artikel 9, zevende lid, binnen SES ingedeeld in de klasse '1 (zeer laag)'. Datzelfde geldt op basis van artikel 9, achtste lid, voor verzekerden die zijn ingedeeld in de DKG's psychische aandoeningen '15' t/m '18'.
- Het vereveningscriterium regio, dat wordt gebruikt in het vereveningsmodel voor de variabele zorgkosten, beoogt verschillen met betrekking tot sociaaleconomische omstandigheden en resterende gezondheidsverschillen te meten. De berekeningswijze is met ingang van het vereveningsjaar 2019 vereenvoudigd, waarbij minder kenmerken worden gebruikt (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. Hierbij wordt nog wel een afzonderlijk verklaringsmodel voor de residuele kosten toegepast. In dit model zijn als verklarende variabelen meegenomen: percentage niet-westerse immigranten, regionaal klantenpotentieel, percentage verzekerden jonger dan 18 jaar, stedelijkheid, locaties van intramurale GGZ-instelling, aantal GGZ-bedden en het percentage huurwoningen.
- Afgelopen onderzoeksjaar is bij het vereveningscriterium HKG's groot onderhoud uitgevoerd. Dit heeft geleid tot vier extra klassen (Compressiehulpmiddelen, Insulinepompen, Beenprothesen en Orthesen). Ook kan met ingang van 2021 op grond van artikel 9, vierde lid, een verzekerde in meerdere HKG's worden ingedeeld.
- Door het vereveningscriterium DKG's psychische aandoeningen worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor verzekerden die vanwege hun chronische psychiatrische problematiek hoge voorspelbare kosten hebben in de geneeskundige GGZ. GGZ-gebruikers worden hierbij geïdentificeerd op basis van diagnose en historisch zorggebruik, waaronder gebruik van intramurale GGZ, ambulante gebruik, crisiszorg en onvrijwillige zorg. Er worden bovendien gegevens tot en met drie jaar terug gebruikt. Met ingang van 2020 is een klasse toegevoegd voor verzekerden die in het voorafgaande jaar in de basis GGZ zaten. Het criterium bevat daarmee, naast de klasse 'Geen DKG psychische aandoeningen' 18 klassen. Er wordt op basis van artikel 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 vervend worden. Een verzekerde die in de laatste vijf jaren elk jaar (zeer) hoge GGZ-kosten heeft, wordt ingedeeld in één van de klassen, '5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille' of '5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille'. Een verzekerde die niet in elk van de afgelopen vijf jaren kosten in de top 5 promille heeft, maar die wel ten minste twee keer (zeer) hoge GGZ-kosten heeft, wordt ingedeeld in één van de vier klassen waarbij ten minste in twee jaar sprake van (zeer) hoge GGZ-kosten moet zijn geweest. Voor verzekerden jonger dan 24 jaar geldt, gezien hun korte geschiedenis, dat slechts ten minste één keer sprake moet zijn van (zeer) hoge GGZ-kosten om in een van deze klassen te worden ingedeeld. Voldoet een verzekerde ook hier niet aan, dan kan die verzekerde nog ingedeeld worden in de klasse 'Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 98,5 procent met kosten > 10 euro' indien hij/zij in de drie voorgaande jaren ten minste één keer GGZ-kosten boven de genoemde drempel heeft. Een verzekerde die in de drie voorafgaande jaren geen GGZ-kosten heeft of niet boven de genoemde drempel uitkomt, komt in de klasse 'Geen GGZ-MHK' terecht. De klassen voor het vereveningscriterium GGZ-MHK zijn opgenomen in tabel 2.8 van bijlage 2.
- 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 'fysiotherapiediagnosegroepen' (FDG) waarbij een verzekerde op basis van diagnose-informatie in vier klassen kan worden ingedeeld. De vier groepen vormen een clustering van diagnoses die duiden op een chronische aandoening. De clustering is gebaseerd op meerkosten. Een verzekerde die niet in een van deze vier klassen wordt ingedeeld, komt in de klasse 'Geen FDG'.
- Met ingang van het vereveningsjaar 2019 is 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 klasse 'Geen MVV' voor verzekerden die niet in een van de overige klassen worden ingedeeld, negen klassen. Acht klassen zijn gebaseerd op de som van de kosten van een



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

De normbedragen (gewichten) die gehanteerd worden bij de berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar zijn gebaseerd op statistische analyses van het verband tussen kosten per verzekerde en relevante verzekerdenkenmerken. Hierbij wordt de samenhang tussen de verschillende criteria meegenomen. Bijvoorbeeld in het gewicht van leeftijdsklassen, FKG's en DKG's is verdisconteerd dat chronisch zieken in het algemeen ouder zijn dan verzekerden zonder chronische ziekte.

In het tweede lid is geregeld dat verzekerde zorg of overige diensten als gevolg van de coronapandemie, en de kosten daarvan, bij het indelen van verzekerden in de klassen van een vereveningscriterium buiten beschouwing blijven.

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

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 om die reden 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 differentiatie in de normering van de bedragen die zorgverzekeraars van hun verzekerden naar verwachting ontvangen in het kader van het verplicht eigen risico. De normering is samengesteld uit een tweetal bedragen: opbrengsten verplicht eigen risico voor verzekerden van achttien jaar of ouder met en zonder chronische aandoeningen.

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

Voor de verzekerden met een chronische aandoening, ingedeeld in een van de 38 FKG's (niet ingedeeld in de FKG-klasse 'Geen FKG'), 26 DKG's (niet ingedeeld in de DKG-klasse 'Geen 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'), 14 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 € 357,26. 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, dan is het uitgangspunt dat het Zorginstituut deze verzekerde in slechts één klasse van dat criterium indeelt, en wel de hoogste. Hiermee wordt de hoogste klasse bedoeld in de rangordening van de klassen van het betreffende criterium. Dit is geregeld in het eerste lid.

In het tweede lid is geregeld dat het Zorginstituut een verzekerde, in afwijking van het eerste lid, bij het vereveningscriterium FKG's wel in alle van toepassing zijnde klassen indeelt. Hierbij gelden wel uitzonderingen. Ditzelfde geldt voor de FKG's psychische aandoeningen (zesde lid). Zoals geregeld in artikel 15, derde lid, worden dure intramurale geneesmiddelen die in 2018, 2019, 2020 of 2021 het pakket instromen door het Zorginstituut in 2021 aangemerkt als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'. Een zorgverzekeraar krijgt de kosten van het gebruik van deze geneesmiddelen in 2021 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 2020 (van dure intramurale geneesmiddelen die in 2018, 2019 of 2020 het pakket zijn ingestroomd) niet betrokken wordt bij het bepalen of een verzekerde ingedeeld moet worden in een FKG (in 2021).

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

Bij het vereveningscriterium AVI wordt een verzekerde, conform het algemene principe, slechts in één klasse ingedeeld, maar hierbij geldt wel een specifieke volgorde. Deze is opgenomen in het vijfde lid. Die specifieke volgorde wijkt af van de in artikel 9, eerste lid, opgenomen volgorde, op grond waarvan een verzekerde bij samenloop van klassen in de hoogste toepasselijke klasse van het vereveningscriterium wordt ingedeeld. In dit lid is daarnaast geregeld dat het Zorginstituut een verzekerde van 0-17



jaar indeelt op basis van de AVI-indeling van de volwassenen op hetzelfde adres en een verzekerde van 65–69 jaar op de laatst bekende AVI-indeling.

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

Op basis van het negende en tiende 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, een aantal verzekerden in elk van de klassen ingedeeld dat aansluit bij de vastgestelde percentielen. Mocht een percentielgrens gelijk zijn aan nul euro, dan zorgt het elfde lid ervoor dat verzekerden met kosten op de percentielgrens (in dit geval dus verzekerden zonder kosten) bij het criterium MVV altijd in de afslagklasse Geen MVV worden ingedeeld.

In het twaalfde lid is een juridische grondslag gecreëerd op basis waarvan het Zorginstituut als onderdeel van zijn beleidsregels 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 Zorgverzekeringwet, houdende maatregelen tot opsporing en verzekering van personen die ondanks hun verzekeringsplicht geen zorgverzekering hebben en beperking van het aantal zorgverzekeringen tot één per verzekeringsplichtige (opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering; Stb. 2011, 111) gering is², wordt in het tweede lid 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).

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 gereali-

² Deze wet geeft in de Zvw de zorgverzekeraar de bevoegdheid iemand die reeds elders een zorgverzekering heeft voor inschrijving voor een nieuwe zorgverzekering te weigeren, en zorgt er daarnaast voor dat zorgverzekeringen van mensen die op de datum van inwerkingtreding van de relevante bepalingen van die wet meer dan één zorgverzekering hadden, eindigen, op één na.

³ Tot de gerealiseerde kosten behoren niet kosten ten gevolge van een catastrofe als bedoeld in artikel 33, eerste lid, onderdeel a, van de wet en kosten waarvoor een bijdrage als bedoeld in artikel 3.23 van het Bzv is verstrekt (zie art. 3.11, derde lid, van het Bzv).



seerde aantal verzekerden per klasse van ieder vereveningscriterium, voor iedere zorgverzekeraar en voor ieder cluster van prestaties een ‘tussendeelbedrag’ (art. 3.12, eerste lid, Bzv).

Op dit ‘tussendeelbedrag’ wordt vervolgens nog macronacalculatie en flankerend beleid toegepast (art. 3.12, derde en vierde lid, Bzv), zodanig dat 15% van de kostenoverschrijdingen (of -onderschrijdingen) die niet het gevolg zijn van verschillen tussen geraamde en werkelijk gerealiseerde aantallen verzekerden of verzekerdensmerken, voor rekening van de zorgverzekeraars blijft.

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

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

Het derde lid geeft aan dat bij de herberekening van de bijdragen, het Zorginstituut voor de criteria uitgaat van realisatiecijfers uit het jaar 2021 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 2020. Voor de vereveningscriteria SES en PPA gaat het Zorginstituut uit van realisatiecijfers over 2020 en 2021. Voor het vereveningscriterium DKG’s wordt, in afwijking van de gebruikelijke werkwijze, gekeken naar realisatiecijfers over 2019. Dit omdat de realisatiecijfers over 2020 naar verwachting geen goed beeld geven door de vraaguitval als gevolg van de coronapandemie. Voor de vereveningscriteria MHK, MVV en DKG’s psychische aandoeningen gaat het Zorginstituut uit van realisatiecijfers over de jaren 2018, 2019 en 2020 en voor het vereveningscriterium GGZ-MHK van realisatiecijfers over de jaren 2016, 2017, 2018, 2019 en 2020.

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 vervolgstkosten dienen te worden gecompenseerd. Bij grote onzekerheid rondom de raming van de aantallen verzekerden in de klassen van een vereveningscriterium kan ‘criteriumneutraliteit’ worden ingezet. Omdat bij toepassing van criteriumneutraliteit rekening wordt gehouden met de werkelijke verzekerdenaantallen en de risicoverevening in beginsel een ex ante systeem is, wordt dit instrument zo beperkt mogelijk en alleen in uitzonderlijke gevallen ingezet. Dit uitgangspunt kan ook betekenen dat de ‘neutraliteit’ niet voor het volledige criterium wordt toegepast, maar alleen voor de klassen waarvoor onzekerheid bestaat. Het jaar 2020 is een uitzonderlijk jaar, en de onzekerheden als gevolg van de coronapandemie hebben ook grote gevolgen voor 2021. De door het Zorginstituut opgestelde ramingen zijn met veel meer onzekerheid omgeven dan gebruikelijk. Dat maakt dat in 2021, ondanks bovengenoemd uitgangspunt, bij een aanzienlijk deel van de vereveningscriteria een vorm van ‘criteriumneutraliteit’ wordt toegepast, namelijk bij de vereveningscriteria FKG’s, DKG’s, MHK, MVV, DKG’s psychische aandoeningen, FDG, HKG, GGZ-MHK en AVI. Dit is vastgelegd in het vierde tot en met dertiende lid.

Voor het vereveningscriterium MHK is sprake van de afslagklasse Geen MHK, waarin verzekerden zijn ingedeeld als zij niet in aanmerking komen voor een vergoeding op basis van het betreffende criterium. Het Zorginstituut krijgt in het zesde lid de opdracht om in afwijking van het tweede lid het gewicht van deze klasse zodanig vast te stellen, dat het totaal van de toe- en afslagen voor dit vereveningscriterium – bezien over alle verzekerden en rekening houdend met de gerealiseerde verzekerdenaantallen per klasse – op nul uitkomt. Voor de vereveningscriteria MVV (zevende lid), DKG’s psychische aandoeningen (achtste lid) en HKG (tiende lid) geldt dezelfde vorm van criteriumneutraliteit.

Bij de DKG’s is sprake van 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.

Het vereveningscriterium FKG’s kent vier klassen voor verzekerden met voorspelbaar extreem hoge kosten (de extreem hoge kostenclusters). Ook zijn er vijf klassen voor FKG’s o.b.v. add-ons. De ‘neutraliteit’ wordt alleen vastgesteld voor de negen genoemde FKG’s, en wel door aanpassing van



het gewicht van de afslagklasse 'Geen FKG'. Voor de negen FKG's zullen de werkelijke verzekerden-aantallen afwijken van de geraamde verzekerdenaantallen. De uitkomst van de vermenigvuldiging van het gewicht behorend bij deze klassen met de bijbehorende verzekerdenaantallen verandert daardoor. In het vierde lid is bepaald dat deze verandering wordt opgevangen door het gewicht van de klasse 'Geen FKG' aan te passen. Binnen de vereveningscriteria FDG en GGZ-MHK wordt dezelfde vorm van criteriumneutraliteit toegepast voor respectievelijk de klasse 'FDG 2' en de twee hoogste klassen van GGZ-MHK. Dit is vastgelegd in respectievelijk het negende en het elfde lid.

Laatstgenoemde vorm van criteriumneutraliteit geldt ook voor de klassen voor bijstandsgerechtigden binnen het vereveningscriterium AVI. Hierbij worden de gewichten van de klassen voor zelfstandigen, voor de referentiegroep en, indien van toepassing, voor de hoogopgeleiden aangepast om het verschil bij de corresponderende klassen van bijstandsgerechtigden teniet te doen. Dit gebeurt per leeftijdsklasse en bij deze bewerking worden de gewichten van de genoemde klassen (per leeftijdsklasse) met eenzelfde bedrag aangepast. Het vereveningscriterium AVI wordt zowel toegepast in het model voor de variabele zorgkosten als in het model voor de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Ook speelt het vereveningscriterium een rol bij het bepalen van de opbrengst van het verplicht eigen risico. De criteriumneutraliteit wordt in alle drie de gevallen toegepast. Voor de variabele zorgkosten is dit geregeld in het twaalfde lid en voor de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg in het dertiende lid. Voor het eigen risico is dit geregeld in artikel 17, derde lid.

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

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 rechtstreeks bij de zorgverzekeraars worden ingediend zijn meestal zodanig gespecificeerd dat daaruit blijkt dat het gaat om kosten voor medisch-specialistische zorg, al dan niet inclusief verblijf of voor geneeskundige GGZ, al dan niet inclusief verblijf. Het Zorginstituut deelt deze kosten toe aan kosten van de betreffende clusters van prestaties. Is er wel een specificatie maar blijkt daaruit niet dat de kosten gemaakt zijn voor de 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'.

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 geestelijke gezondheidszorg'. Op deze wijze wordt initieel bij de herberekening van de normatieve bedragen ten behoeve van de zorgverzekeraar rekening gehouden met de zorgkosten, exclusief de eigen betalingen die niet het gevolg zijn van het verplicht of vrijwillig eigen risico. Omdat niet exact te bepalen is voor welke kostensoorten een verzekerde nu daadwerkelijk eigen betalingen heeft gedaan onder het eigen risico wordt het normatief bedrag voor eigen betalingen in verband met het verplicht eigen risico ingevolge artikel 3.19, eerste lid, 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 vastgestelde vereveningsbijdrage. Bij de bepaling van de uiteindelijke vereveningsbijdrage wordt op



die wijze normatief rekening gehouden met een financieringsverschuiving van zorgverzekeraar naar verzekerde voor kosten die onder het verplicht eigen risico vallen. Bij een vrijwillig eigen risico krijgt de verzekerde een premiereductie. Deze inkomstenderving voor de zorgverzekeraar wordt gecompenseerd doordat de betalingen uit hoofde van het vrijwillig eigen risico bij de zorgkosten worden meegerekend; voor de bepaling van de vereveningsbijdrage hoeft er dan ook geen normatief bedrag in mindering te worden gebracht. De renteheffingstarieven, dit zijn de tarieven die zorginstellingen in rekening mogen brengen bij zorgverzekeraars bovenop de reguliere tarieven in het geval de zorgverzekeraar niet overgaat tot bevoorschotting van zorg gefinancierd op basis van dbc-zorgproducten, worden, om de prikkel tot bevoorschotting te maximaleren, 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 kosten van de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION) zullen in 2021 voor 75% worden toegedeeld aan het cluster 'variabele zorgkosten' (tweede lid). De overige 25% zal tot de vaste kosten worden gerekend. De kosten voor de Nederlandse Transplantatie Stichting (NTS) worden, voor zover relevant, met ingang van 2021 in het geheel toegedeeld aan het cluster 'variabele zorgkosten' en niet meer gedeeltelijk aan het cluster 'vaste zorgkosten'.

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) zal in 2021 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. Het tweede lid regelt dat deze kosten voor 25 procent aan het cluster 'vaste zorgkosten' worden toegedeeld.

In het derde 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. Voorheen waren de dure intramurale geneesmiddelen na instroom in het pakket tot het einde van het kalenderjaar daarna risicoloos. Deze risicoloze periode is met ingang van 2020 uitgebreid voor geneesmiddelen die in 2018 of later in het pakket zijn gestroomd / stromen. Deze dure intramurale geneesmiddelen zijn vanaf het moment van instroom in het pakket tot en met 31 december van het vierde kalenderjaar daaropvolgend risicoloos. In de periode die daarop volgt worden de middelen automatisch volledig risicodragend voor de zorgverzekeraars. Voor alle overige (intramurale) geneesmiddelen is de zorgverzekeraar vanaf het vereveningsjaar 2016 volledig risicodragend. Op grond van bovenstaande worden in 2021 de dure intramurale geneesmiddelen die in 2018, 2019, 2020 of 2021 het pakket zijn ingestroomd door het Zorginstituut aangemerkt als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.

Het Zorginstituut past op het deelbedrag 'vaste zorgkosten' 100 procent nacalculatie toe (vierde 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 2021 wordt hogekostencompensatie voor de geneeskundige GGZ toegepast. De grondslag voor die compensatie is neergelegd in artikel 3.12a van het Bzv. Dat artikel is ingevoegd in het Bzv bij besluit van 10 oktober 2019 houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de vereveningsbijdrage over het jaar 2020 (Stb. 2019, 371). Voor een nadere onderbouwing van de (her)invordering van hogekostencompensatie wordt verwezen naar de nota van toelichting bij dit besluit. In dit artikel is vastgelegd hoe het Zorginstituut hogekostencompensatie toepast. Allereerst wordt een drempelwaarde bepaald, zodanig dat 0,5% van de GGZ-patiënten kosten gelijk aan of boven deze drempelwaarde heeft. Voor de betreffende verzekerden wordt 90% van de kosten boven de drempelwaarde gecompenseerd. Gesommeerd over alle verzekerden bij een zorgverzekeraar leidt dit tot een vergoeding voor de betreffende zorgverzekeraar. Het totaal benodigde bedrag voor de hogekostencompensatie is de optelsom van deze bedragen over alle zorgverzekeraars.

Bij de toepassing van hogekostencompensatie wordt geen bedrag toegevoegd aan het aan zorgverzekeraars uit te keren bedrag. Dat betekent dat het benodigde bedrag door zorgverzekeraars moet worden ingebracht. Dit gebeurt naar rato van de herberekende deelbedragen.

Ten slotte wordt het herbekende deelbedrag voor een zorgverzekeraar nogmaals herberekend door het bedrag aan vergoeding vanuit de hogekostencompensatie hierbij op te tellen en de inbreng ervan af te trekken.

In het tweede lid is vastgelegd dat het Zorginstituut bij een voorlopige vaststelling, als bedoeld in artikel 3.20, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering de toepassing van hogekostencompensatie achterwege kan laten. In dat geval past het Zorginstituut op grond van het tweede lid en in afwijking van artikel 11, tweede lid, niet de gewichten uit bijlage 3, maar de gewichten uit bijlage 2 toe.

Artikel 17

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.

In het derde lid is vastgelegd dat bij het vereveningscriterium AVI ook bij de berekening van de opbrengst van het verplicht eigen risico criteriumneutraliteit wordt toegepast bij de klassen voor bijstandsgerechtigden. Dit gebeurt op dezelfde wijze als bij de variabele zorgkosten en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (artikel 11, twaalfde en dertiende lid). Ook hier rondt het Zorginstituut de herberekende gewichten af op twee decimalen.

Artikel 18

In dit artikel is vastgelegd dat de regels omtrent het niet betrekken van zorg en zorgkosten als gevolg van de coronapandemie bij de indeling van verzekerden in de klassen van de vereveningscriteria, 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 tot en met vierde 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 19

Verzekerden jonger dan achttien jaar zijn geen nominale premie verschuldigd. Zorgverzekeraars hebben voor verzekerden jonger dan achttien jaar naast zorgkosten, ook beheerskosten (administratie en zorginkoop), waarvoor ze uit het Zvf compensatie ontvangen. De vergoeding uit het Zvf is voor 2021 op € 41 per verzekerde jonger dan achttien jaar vastgesteld. Dit bedrag is bepaald op basis van historische gegevens over beheerskosten, waarbij is verdisconteerd dat verzekerden jonger dan 18 jaar gemiddeld lagere beheerskosten kennen dan andere verzekerden, omdat voor hen gemiddeld minder declaraties verwerkt hoeven worden. Jonge verzekerden zijn immers gemiddeld gezonder dan oudere verzekerden. Er is tevens rekening gehouden met een afname van de beheerskosten als gevolg



van de overheveling van de GGZ voor deze verzekerden naar de Jeugdwet.

Artikel 20

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 21

Dit artikel bevat een correctie van de Regeling risicoverevening 2019 en van de Regeling risicoverevening 2020. De verzekerden die in een Wlz-instelling verblijven worden bij het vereveningscriterium MVV ingedeeld in de afslagklasse Geen MVV indien ze achttien jaar of ouder zijn. Een dergelijke bepaling is voor het vereveningsjaar 2021 neergelegd in artikel 9, zevende lid.

Artikel 22

Deze regeling treedt in werking met ingang van de dag na de datum van de uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst. De bekendmaking in de Staatscourant vindt na 29 september 2020 plaats. Deze regeling werkt gezien artikel 32, vierde lid, onderdeel a, van de Zvw, daarom met uitzondering van artikel 21, terug tot en met 30 september 2020.

De correctie van de Regeling risicoverevening 2019 werkt terug tot met 30 september 2018 en de correctie van de Regeling risicoverevening 2020 tot en met 30 september 2019. Die terugwerkende kracht ondermijnt niet de rechtszekerheid van zorgverzekeraars. Het Zorginstituut heeft op grond van zijn beleidsregels de correcties reeds toegepast bij de toekenning van de ex ante vereveningsbijdrage 2019 respectievelijk van de ex ante vereveningsbijdrage 2020.

Artikel 23

Aangezien deze regeling de regels bevat met betrekking tot de aan de zorgverzekeraars te verstrekken risicovereveningsbijdragen over het vereveningsjaar 2021, krijgt zij de citeertitel 'Regeling risicoverevening 2021'.

*De Minister voor Medische Zorg,
T. van Ark*