



Concept voor de regeling houdende bepalingen omtrent de in de Zorgverzekeringswet bedoelde vereveningsbijdrage voor het jaar 2023 zoals de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport die voornemens is vast te stellen nadat het Besluit zorgverzekering alle benodigde grondslagen bevat.

Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 2022, kenmerk 3439628-1035467-Z, houdende bepalingen omtrent de in de Zorgverzekeringswet bedoelde vereveningsbijdrage voor het jaar 2023 (Regeling risicoverevening 2023)

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

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

Besluit:

HOOFDSTUK 1. DEFINITIES EN ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1

In deze regeling wordt verstaan onder:

IBZ: indicatie bevallingen en zwangerschappen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden die bevallen in het vereveningsjaar worden onderscheiden van de overige verzekerden; *verstrekking van een duur intramuraal geneesmiddel*: verstrekking van een intramuraal geneesmiddel die krachtens artikel 2.4, tweede lid, of artikel 2.4a, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering is uitgezonderd van de zorg, bedoeld in artikel 2.4, eerste lid, van dat Besluit.

Artikel 2

1. Het macro-prestatiebedrag voor het jaar 2023 bedraagt € 55.903,6 miljoen.
2. Het macro-prestatiebedrag is opgebouwd uit de volgende macro-deelbedragen:
 - a. het macro-deelbedrag variabele zorgkosten ad € 50.375,0 miljoen;
 - b. het macro-deelbedrag vaste zorgkosten ad € 600,2 miljoen;
 - c. het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg ad € 4.928,4 miljoen.

Artikel 3

1. De opbrengst van de nominale rekenpremie wordt voor het jaar 2023 geraamd op € 23.040,0 miljoen.
2. De opbrengst van het verplicht eigen risico wordt voor het jaar 2023 geraamd op € 3.338,1 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 2023, naast de middelen, bedoeld in § 1.5 van hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering, een bedrag van € 29.525,5 miljoen.



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

Artikel 5

De verdeling van het macro-deelbedrag variabele zorgkosten, bedoeld in artikel 3.4 van het Besluit zorgverzekering, geschiedt ten behoeve van het vereveningsjaar 2023 in aanvulling op de criteria, bedoeld in het eerste lid van dat artikel, mede aan de hand van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar verdeeld naar IBZ.

Artikel 6

1. De klassen en gewichten, bedoeld in de artikelen 3.4 en 3.6 van het Besluit zorgverzekering, en de klassen en gewichten die aan het criterium, bedoeld in artikel 5, worden toegekend, zijn vermeld in de bijlagen 1 en 2.
2. Bij de indeling van verzekerden in de klassen van het vereveningscriterium MHK laat het Zorginstituut de kosten van verpleging en verzorging buiten beschouwing.
3. Bij de indeling van verzekerden in de klassen van het vereveningscriterium GGZ-MHK laat het Zorginstituut de kosten van het tweede en derde jaar intramurale geestelijke gezondheidszorg buiten beschouwing, voor zover dat een ander jaar dan 2022 betreft.

Artikel 7

1. In afwijking van artikel 6 en bijlage 1, tabellen 1.2, 1.3, 1.4 en 1.10, en bijlage 2, tabellen 2.2 en 2.3, wordt een verzekerde die in het buitenland woont ingedeeld in de klassen 'Geen FKG', 'Geen DKG', 'Geen HKG', 'Geen FDG', 'Geen FKG psychische aandoeningen' en 'Geen DKG psychische aandoeningen', waarbij voor hem het gewicht van die klassen door het Zorginstituut wordt vastgesteld op een percentage van de gewichten van de desbetreffende klassen zoals deze op grond van de genoemde tabellen voor in Nederland wonende verzekerden gelden.
2. In afwijking van artikel 6 en bijlage 1, tabellen 1.12 en 1.13, wordt een verzekerde die in het buitenland woont ingedeeld in de klassen 'Geen HSM' en 'Geen MFK'.
3. In afwijking van artikel 6 en bijlage 1, tabel 1.15, en bijlage 2, tabel 2.9, wordt een verzekerde die in Nederland woont niet ingedeeld bij het vereveningscriterium SEI.

Artikel 8

1. De nominale rekenpremie per jaar bedraagt € 1.599 per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald.
2. Het Zorginstituut raamt de opbrengst van de nominale rekenpremie per zorgverzekeraar, bedoeld in artikel 3.10, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, door het geraamde aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moet worden betaald te vermenigvuldigen met de nominale rekenpremie.
3. Het Zorginstituut raamt het aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moet worden betaald, bedoeld in het tweede lid, door het geraamde aantal zorgverzekeringen van verzekerden van 18 jaar of ouder bij een zorgverzekeraar, te verminderen met het geraamde aantal zorgverzekeringen van verzekerden als bedoeld in artikel 24 van de wet.

Artikel 9

1. Het Zorginstituut raamt de opbrengst van het verplicht eigen risico per zorgverzekeraar, bedoeld in artikel 3.10, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, door per verzekerde van 18 jaar of ouder, met uitzondering van verzekerden als bedoeld in artikel 24 van de wet, de geraamde opbrengst van het verplicht eigen risico te bepalen en vervolgens de geraamde opbrengsten per zorgverzekeraar te sommeren.
2. Het Zorginstituut gaat voor de bepaling van de geraamde opbrengst per verzekerde, bedoeld in het eerste lid, voor verzekerden van 18 jaar of ouder die zowel onder de klasse 'Geen FKG', als onder de klassen 'Geen DKG', 'Geen HKG', 'Geen MVV' en 'Geen FDG' vallen en niet worden ingedeeld bij MHK-klasse '2' voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent' of hoger, uit van verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, AVI, regio, MHK en SEI en



de in bijlage 4 genoemde gewichten. Hierbij wordt de in de bijlage 4 aangegeven klassenindeling van de criteria aangehouden.

3. In afwijking van het tweede lid worden verzekerden die in het buitenland wonen niet ingedeeld bij het criterium regio en verzekerden die in Nederland wonen niet bij het criterium SEI.
4. De geraamde opbrengst per verzekerde, bedoeld in het eerste lid, bedraagt voor verzekerden van 18 jaar of ouder waarop het tweede lid niet van toepassing is:
 - a. Voor seizoenarbeiders: € 249,03;
 - b. Voor in het buitenland woonachtige verzekerden die geen seizoenarbeider zijn: € 270,88;
 - c. Voor overige verzekerden: € 353,25.

Artikel 10

1. Het Zorginstituut wijst bij samenloop van klassen van een vereveningscriterium alleen de hoogste klasse van dat criterium die voor de betreffende verzekerde van toepassing is toe.
2. In afwijking van het eerste lid wijst het Zorginstituut alle toepasselijke klassen toe van de volgende vereveningscriteria:
 - a. FKG's, voor zover de in bijlage 5, tabel 5.1, opgenomen restricties die toewijzing niet verhinderen;
 - b. DKG's, waarbij een klasse meerdere malen kan worden toegewezen;
 - c. HKG's; en
 - d. FKG's psychische aandoeningen, voor zover de in bijlage 5, tabel 5.2, opgenomen restricties die toewijzing niet verhinderen.
3. Het Zorginstituut deelt bij het vereveningscriterium FKG's een verzekerde niet in op basis van de verstrekking van een geneesmiddel die in een van de vier aan het vereveningsjaar voorafgaande kalenderjaren is opgehouden een verstrekking van een duur intramuraal geneesmiddel te zijn.
4. 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, bij die indeling worden alleen volwassenen betrokken die jonger zijn dan 65 jaar en die ten minste 15 jaar ouder zijn dan de betreffende verzekerde van 0 tot en met 17 jaar; en
 - c. het Zorginstituut een verzekerde van 65 tot en met 69 jaar indeelt op basis van de laatste bekende AVI-indeling van voordat de verzekerde 65 jaar werd.
5. Het Zorginstituut deelt
 - a. verzekerden instromend of blijvend in een Wlz-instelling bij het vereveningscriterium SES in de klasse '1 (zeer laag)' in;
 - b. verzekerden ingedeeld in de klassen '14' tot en met '16' van het vereveningscriterium DKG's psychische aandoeningen bij het vereveningscriterium SES in de klasse '1 (zeer laag)' in; en
 - c. verzekerden van 18 jaar of ouder blijvend in een Wlz-instelling bij het vereveningscriterium MVV in de klasse 'Geen MVV' in en bij het vereveningscriterium MHK in de klasse 'Geen MHK'.
6. Het Zorginstituut deelt
 - a. 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; en
 - b. bij het vereveningscriterium MVV verzekerden met kosten op de percentielgrens naar rato in bij de betreffende klassen.



7. Indien een percentielgrens als bedoeld in het zesde lid, onderdeel b, gelijk is aan nul euro, deelt het Zorginstituut, in afwijking van dit onderdeel, verzekerden met kosten op die percentielgrens in bij de klasse 'Geen MVV'.
8. Het Zorginstituut stelt als bijlage bij de beleidsregels, bedoeld in artikel 32, vijfde lid, van de Zorgverzekeringswet, referentiebestanden vast voor de gehanteerde vereveningscriteria, met uitzondering van SEI, ter onderbouwing van de indeling van verzekerden in de klassen van het desbetreffende vereveningscriterium.

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

Artikel 11

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

Artikel 12

1. Nadat het Zorginstituut de gerealiseerde kosten op de in de artikelen 13 tot en met 16 beschreven wijze heeft toegedeeld, herberekent het Zorginstituut voor de clusters 'variabele zorgkosten' en 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' de relevante deelbedragen met gebruik van de referentiebestanden, bedoeld in artikel 10, achtste 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: 2023;
 - b. FKG's: 2022;
 - c. DKG's: 2022;
 - d. HKG's: 2022;
 - e. AVI: 2023;
 - f. regio: 2023;
 - g. SES: 2022 en 2023;
 - h. MHK: 2020, 2021 en 2022;
 - i. GGZ-regio: 2023;
 - j. FKG's psychische aandoeningen: 2022;
 - k. DKG's psychische aandoeningen: 2020, 2021 en 2022;
 - l. PPA: 2022 en 2023;
 - m. GGZ-MHK: 2018, 2019, 2020, 2021 en 2022;
 - n. FDG: 2022;
 - o. MVV: 2020, 2021 en 2022;
 - p. HSM: 2020;
 - q. MFK: 2020, 2021 en 2022;
 - r. IBZ: 2023;
 - s. SEI: 2022 en 2023.
4. In afwijking van het tweede lid herberekent het Zorginstituut het gewicht van een in bijlage 6, tabel 6.1 en tabel 6.2, genoemde aanpassingsklasse zodanig dat het voor de in die tabel bij die aanpassingsklasse genoemde betrokken klassen gesommeerde verschil tussen de vermenigvuldiging van het gerealiseerde aantal verzekerden met het gewicht in de relevante tabel in bijlage 1 of 3 en de vermenigvuldiging van het bij toekenning van de vereveningsbijdrage verwachte aantal verzekerden met het gewicht in die tabel, teniet wordt gedaan.



5. Het Zorginstituut rondt de op grond van het vierde lid herberekende gewichten af op twee decimalen.

Artikel 13

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

Artikel 14

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

Artikel 15

Het Zorginstituut merkt de kosten van bij een experiment als bedoeld in artikel 58 van de Wet marktordening gezondheidszorg betrokken prestaties:

- 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, voor een door hem per instelling vast te stellen percentage aan als kosten van het cluster 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg'; en
- b. waarvan de specificatie niet voldoet aan onderdeel a voor een door hem per instelling vast te stellen percentage aan als kosten van het cluster 'variabele zorgkosten'.

Artikel 16

1. Het Zorginstituut merkt de kosten van bij een experiment als bedoeld in artikel 58 van de Wet marktordening gezondheidszorg betrokken prestaties voor 100 procent minus het door hem op basis van artikel 15 vastgestelde percentage, aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.
2. Het Zorginstituut merkt de kosten van een verstrekking van een geneesmiddel die in het vereveningsjaar of de vier daaraan voorafgaande kalenderjaren is opgehouden een verstrekking van een duur intramuraal geneesmiddel te zijn, aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.
3. Het Zorginstituut calculeert 100 procent na op het verschil tussen de kosten van het cluster 'vaste zorgkosten', vastgesteld ingevolge het eerste en tweede lid enerzijds, en het herberekende deelbedrag 'vaste zorgkosten' na toepassing van artikel 3.15, tweede lid van het Besluit zorgverzekering anderzijds.

Artikel 17

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



- d. daarna wordt het percentage berekend dat voortvloeit uit de verhouding tussen de som van de uitkomsten van onderdeel c van alle zorgverzekeraars samen en de herberekende deelbedragen kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van alle zorgverzekeraars samen, en dit percentage wordt toegepast op het corresponderende herberekende deelbedrag van een zorgverzekeraar.
 - e. ten slotte wordt het herberekende deelbedrag per zorgverzekeraar nogmaals herberekend door hierbij het resultaat van onderdeel c op te tellen en vervolgens te verminderen met het resultaat van onderdeel d.
2. Het Zorginstituut kan bij een voorlopige vaststelling als bedoeld in artikel 3.20, eerste lid, van het Besluit zorgverzekering, de toepassing van hogekostencompensatie achterwege laten. Het Zorginstituut past dan in afwijking van artikel 12, tweede lid, voor de herberekening van de vereveningsbijdrage voor het cluster 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' de gewichten in de tabellen van bijlage 2 toe.

Artikel 18

1. De opbrengst van de nominale rekenpremie, bedoeld in artikel 3.19, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, wordt berekend overeenkomstig artikel 8, met dien verstande, dat wordt uitgegaan van het gerealiseerde aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moest worden betaald.
2. De opbrengst van het verplicht eigen risico, bedoeld in artikel 3.19, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, wordt berekend overeenkomstig artikel 9, met dien verstande, dat wordt uitgegaan van het gerealiseerde aantal verzekerden van 18 jaar of ouder verminderd met het gerealiseerde aantal verzekerden als bedoeld in artikel 24, van de wet.
3. Bij de berekening, bedoeld in het tweede lid, herberekent het Zorginstituut, in afwijking van dat lid en artikel 9, tweede lid, het gewicht van de in bijlage 6, tabel 6.3, genoemde klassen zodanig dat het voor de in die tabel genoemde betrokken klassen gesommeerde verschil tussen de vermenigvuldiging van het gerealiseerde aantal verzekerden met het gewicht in de relevante tabel in bijlage 4 en de vermenigvuldiging van het bij toekenning van de vereveningsbijdrage verwachte aantal verzekerden met het gewicht in die tabel, teniet wordt gedaan. Het Zorginstituut rondt de herberekende gewichten af op twee decimalen.

Artikel 19

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

HOOFDSTUK 4. AANVULLINGEN OP DE VEREVENINGSBIJDRAGE AAN EEN ZORGVERZEKERAAR

Artikel 20

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

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

Artikel 21

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

HOOFDSTUK 6. SLOTBEPALINGEN

Artikel 22

Deze regeling treedt in werking met ingang van 30 september 2022. Indien de Staatscourant waarin deze regeling wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 29 september 2022, treedt zij in werking met



ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst en werkt zij terug tot en met 30 september 2022.

Artikel 23

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling risicoverevening 2023.

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

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



BIJLAGE 1. NORMBEDRAGEN VEREVENINGSMODEL VARIABELE ZORGCOSTEN

(BEHORENDE BIJ ARTIKEL 6 EN ARTIKEL 12, TWEDE LID, VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2023)

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

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

		Variabele zorgkosten
Mannen	0 jaar, geboren in het vereveningsjaar	12.252.08
	0 jaar, geboren in het voorafgaande jaar	3.588.52
	1-4 jaar	2.753.34
	5-9 jaar	2.528.97
	10-14 jaar	2.490.75
	15-17 jaar	2.572.52
	18-24 jaar	2.271.40
	25-29 jaar	2.306.46
	30-34 jaar	2.314.88
	35-39 jaar	2.347.68
	40-44 jaar	2.396.75
	45-49 jaar	2.511.70
	50-54 jaar	2.667.65
	55-59 jaar	2.888.51
	60-64 jaar	3.131.56
	65-69 jaar	3.394.22
	70-74 jaar	3.806.07
	75-79 jaar	4.162.34
	80-84 jaar	4.441.76
85-89 jaar	5.023.42	
90+ jaar	5.771.66	
Vrouwen en onbepaald geslacht	0 jaar, geboren in het vereveningsjaar	10.812.19
	0 jaar, geboren in het voorafgaande jaar	3.292.81
	1-4 jaar	2.477.70
	5-9 jaar	2.486.32
	10-14 jaar	2.497.91
	15-17 jaar	2.683.69
	18-24 jaar	2.414.79
	25-29 jaar	2.559.72
	30-34 jaar	2.550.35
	35-39 jaar	2.497.76
	40-44 jaar	2.511.74
	45-49 jaar	2.589.15
	50-54 jaar	2.632.09
	55-59 jaar	2.681.79
	60-64 jaar	2.795.93
	65-69 jaar	2.971.39
	70-74 jaar	3.238.50
	75-79 jaar	3.556.24
	80-84 jaar	3.935.24
85-89 jaar	4.528.44	
90+ jaar	5.115.64	

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

	Variabele zorgkosten
Geen FKG	- 374.71
COPD/astma: Medicatie	14.49
Diabetes: Insuline	1.918.90



	Variabele zorgkosten
Diabetes: Orale medicatie	500.85
CVRM: Medicatie Licht	- 48.10
CVRM: Medicatie Zwaar	191.59
Schildklierandoeningen	- 41.42
Glaucoom	171.47
Depressie	65.99
Psychose	296.47
Epilepsie	376.61
Chronische antistolling	721.99
Transplantaties	4.116.84
Parkinson	2.853.74
Hartaandoeningen: overig	1.910.20
Chronische pijn exclusief opioïden	893.73
Neuropatische pijn	1.592.96
Diabetes type II zonder hypertensie	588.56
Diabetes type II met hypertensie	892.33
Diabetes type I zonder hypertensie	1.912.01
Diabetes type I met hypertensie	2.549.42
Cystic fibrosis/pancreasenzymen	- 732.31
Groeistoornissen o.b.v. add-on	4.984.59
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: overig	4.120.33
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: multiple sclerose	2.946.78
HIV/AIDS	491.09
Psoriasis	1.040.42
Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	573.48
Reuma	670.99
Auto-immuunziekten o.b.v. add-on	3.230.63
Nieraandoeningen o.b.v. add-on	10.363.92
Acromegalie	14.133.53
Immunoglobuline o.b.v. add-on	13.752.74
Astma	169.66
COPD/Zware astma	1047.37
COPD/Zware astma o.b.v. add-on	13.532.22
Hormoongevoelige tumoren	903.06
Kanker	841.01
Kanker o.b.v. add-on	11.114.44
Pulmonale arteriële hypertensie	19.194.73
Maculadegeneratie o.b.v. add-on	2808.64
Hypercholesterolemie	2065.57
Hartaandoeningen: anti-aritmica	782.88
Verslaving exclusief nicotine	1.298.55
Extreem hoge kosten cluster 1	66.547.28
Extreem hoge kosten cluster 2	192.658.41
Extreem hoge kosten cluster 3	379.601.48
Extreem hoge kosten cluster 4	696.640.22

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

	Variabele zorgkosten
Geen DKG	- 440.37
1	205.54
2	845.03
3	1.123.47
4	1.811.29
5	2.625.93
6	2.897.89
7	3.795.92
8	4.623.25
9	4.717.37



	Variabele zorgkosten
10	5.362.30
11	5.505.74
12	5.476.80
13	7.109.11
14	8.615.51
15	8.543.92
16	11.705.75
17	12.036.97
18	12.414.00
19	14.465.93
20	15.277.50
21	14.800.44
22	24.635.57
23	26.565.77
24	29.912.18
25	55.119.92
26	49.544.70

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

	Variabele zorgkosten
Geen HKG	- 84.19
CPAP apparatuur	506.38
Therapeutische elastische kousen	417.33
Voorzieningen voor stomapatiënten	2.030.47
Vernevelaar met toebehoren	1.122.78
Middelen voor urine-opvang	2.774.08
Injectiespuiten met toebehoren (excl. diabetes)	2.229.60
Zuurstofapparaten met toebehoren	2.874.68
Voedingshulpmiddelen (excl. zuigelingen)	7.009.73
Slijmuitzuigapparatuur	24.006.66
Draagbare infuuspompen	7.335.80
Compressiehulpmiddelen	2.050.01
Orthesen	1.247.23
Beenprothesen	1.823.16
Insulinepompen	1.219.90

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	176.30
	18-34 jaar	1.329.27
	35-44 jaar	1.086.87
	45-54 jaar	844.65
	55-64 jaar	655.66
	65-69 jaar	377.59
Arbeidsongeschikten excl. IVA	0-17 jaar	196.88
	18-34 jaar	166.95
	35-44 jaar	382.21
	45-54 jaar	373.91
	55-64 jaar	296.09
	65-69 jaar	352.68
Bijstandsgerechtigden	0-17 jaar	167.08
	18-34 jaar	242.99
	35-44 jaar	222.33
	45-54 jaar	211.70
	55-64 jaar	184.63
	65-69 jaar	182.40

		Variabele zorgkosten
Studenten	0-17 jaar	- 145.41
	18-34 jaar	- 62.11
Zelfstandigen	0-17 jaar	- 118.58
	18-34 jaar	- 40.92
	35-44 jaar	- 91.86
	45-54 jaar	- 134.85
	55-64 jaar	- 192.91
Hoogopgeleiden	65-69 jaar	- 21.48
	0-17 jaar	- 174.31
	18-34 jaar	- 43.61
Referentiegroep	35-44 jaar	- 109.11
	0-17 jaar	5.41
	18-34 jaar	14.34
	35-44 jaar	2.20
	45-54 jaar	- 38.62
	55-64 jaar	- 52.49
	65-69 jaar	- 86.18

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

	Variabele zorgkosten
1	66.47
2	59.34
3	23.83
4	8.03
5	- 5.48
6	- 22.84
7	- 27.02
8	- 25.26
9	- 33.82
10	- 40.49

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

		Variabele zorgkosten
1 (zeer laag)	0-17 jaar	85.50
	18-69 jaar	7.36
	70+ jaar	- 90.32
2 (laag)	0-17 jaar	34.61
	18-69 jaar	13.17
	70+ jaar	- 25.06
3 (midden)	0-17 jaar	- 35.74
	18-69 jaar	1.16
	70+ jaar	25.78
4 (hoog)	0-17 jaar	- 44.81
	18-69 jaar	- 15.04
	70+ jaar	68.65

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

		Variabele zorgkosten
Wlz-instelling, blijvend	0-17 jaar	0.00
	18-69 jaar	255.38
	70-79 jaar	- 772.41
	80+ jaar	- 2.051.91
Wlz-instelling, instromend	18-69 jaar	8.369.24
	70-79 jaar	6.386.22
	80+ jaar	2.108.65
Eenpersoonshuishouden	18-69 jaar	48.91

		Variabele zorgkosten
	70–79 jaar	216.35
	80+ jaar	433.06
Overig	18–69 jaar	– 17.31
	70–79 jaar	– 105.97
	80+ jaar	– 148.32

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

	Variabele zorgkosten
Geen MHK	– 498.49
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30 procent	32.20
2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent	2.513.85
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 15 procent	1.955.93
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent	3.317.71
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 7 procent	5.138.63
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 4 procent	9.480.46
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 1,5 procent	19.938.86
3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 0,5 procent	48.647.79

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

	Variabele zorgkosten
Geen FDG	– 32.60
1	559.13
2	1.649.43
3	6.275.81
4	– 15.186.95

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

	Variabele zorgkosten
Geen MVV	– 201.29
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 3,5 procent	1.252.12
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 3 procent	1.556.36
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 2,5 procent	3.009.56
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 2 procent	5.093.43
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 1,5 procent	7.675.66
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 1 procent	11.091.36
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 0,5 procent	15.490.46
Gesommeerde kosten V&V 3 voorafgaande jaren in top 0,25 procent	25.648.82
Kosten V&V voorafgaand jaar in top 0,25%; 0 – 17 jaar	71.900.71

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

	Variabele zorgkosten
Geen HSM	– 84.70
Ten minste 1 keer in positieve somatische morbiditeitsklasse in vereveningsjaar 3 jaar eerder	101.83

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

	Variabele zorgkosten
Geen MFK	– 144.99
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren farmaciekosten in top 25 procent	321.36

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

	Variabele zorgkosten
Geen IBZ	– 59.99
Bevallen in het vereveningsjaar	6.116.51



Tabel 1.15. Gewichten voor het vereveningscriterium SEI (in euro's per verzekerde)

	Variabele zorgkosten
Seizoenarbeider	- 299.26
Geen seizoenarbeider	103.39



BIJLAGE 2. NORMBEDRAGEN VEREVENINGSMODEL GENEESKUNDIGE GGZ (BEHORENDE BIJ ARTIKEL 6 VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2023)

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

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

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

		Kosten van geneeskundige GGZ
Mannen	18–24 jaar	406.12
	25–29 jaar	410.70
	30–34 jaar	373.51
	35–39 jaar	360.54
	40–44 jaar	347.42
	45–49 jaar	314.72
	50–54 jaar	306.55
	55–59 jaar	287.10
	60–64 jaar	287.10
	65–69 jaar	288.13
	70–74 jaar	289.64
	75–79 jaar	289.64
	80–84 jaar	274.01
	85–89 jaar	274.01
Vrouwen en onbepaald geslacht	18–24 jaar	559.92
	25–29 jaar	473.34
	30–34 jaar	414.43
	35–39 jaar	384.02
	40–44 jaar	359.83
	45–49 jaar	336.99
	50–54 jaar	317.39
	55–59 jaar	287.10
	60–64 jaar	287.10
	65–69 jaar	288.13
	70–74 jaar	289.64
	75–79 jaar	289.64
	80–84 jaar	274.01
	85–89 jaar	274.01
90+ jaar	274.01	

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

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen FKG psychische aandoeningen	– 40.32
ADHD	182.06
Verslaving exclusief nicotine	288.89
Angststoornissen (benzodiazepinen)	1.125.79
Chronische stemmingsstoornissen	293.78
Bipolaire stoornissen regulier	1.274.06
Bipolaire stoornissen complex	3.039.54
Psychose	2.305.31
Chronische stemmingsstoornissen complex	2.467.41
Psychose depot	5.985.33



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

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen DKG psychische aandoeningen	- 140.98
1	889.45
2	1.018.37
3	2.295.34
4	4.293.61
5	5.298.32
6	5.241.14
7	7.582.05
8	11.234.52
9	10.853.87
10	16.527.52
11	23.259.24
12	34.389.38
13	30.518.07
14	51.424.07
15	46.670.32
16	31.993.63

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	436.80
	35-44 jaar	114.87
	45-54 jaar	- 21.02
	55-64 jaar	- 1.57
	65-69 jaar	- 2.60
Arbeidsongeschikten excl. IVA	18-34 jaar	514.63
	35-44 jaar	371.74
	45-54 jaar	203.21
	55-64 jaar	16.38
	65-69 jaar	18.95
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	652.55
	35-44 jaar	200.49
	45-54 jaar	60.63
	55-64 jaar	- 1.57
	65-69 jaar	- 2.60
Studenten	18-34 jaar	- 78.85
Zelfstandigen	18-34 jaar	- 67.45
	35-44 jaar	- 60.72
	45-54 jaar	- 21.02
	55-64 jaar	- 1.57
	65-69 jaar	- 2.60
Hoogopgeleiden	18-34 jaar	- 65.10
	35-44 jaar	- 35.60
	45-54 jaar	- 16.68
Referentiegroep	18-34 jaar	- 12.73
	35-44 jaar	- 20.43
	45-54 jaar	- 16.68
	55-64 jaar	- 1.57
	65-69 jaar	- 2.60

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

	Kosten van geneeskundige GGZ
1	59.24
2	11.26
3	- 0.14
4	- 10.06
5	- 10.06

	Kosten van geneeskundige GGZ
6	- 10.06
7	- 10.06
8	- 10.06
9	- 10.06
10	- 10.06

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

		Kosten van geneeskundige GGZ
1 (zeer laag)	18-69 jaar	25.34
	70+ jaar	21.36
2 (laag)	18-69 jaar	- 11.98
	70+ jaar	0.89
3 (midden)	18-69 jaar	- 13.45
	70+ jaar	- 4.75
4 (hoog)	18-69 jaar	3.87
	70+ jaar	- 14.22

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

		Kosten van geneeskundige GGZ
Wlz-instelling, blijvend	18-69 jaar	- 53.84
	70-79 jaar	- 53.97
	80+ jaar	- 38.34
Wlz-instelling, instromend	18-69 jaar	948.00
	70-79 jaar	450.75
	80+ jaar	43.27
Eenpersoonshuishouden	18-69 jaar	89.14
	70-79 jaar	46.97
	80+ jaar	2.77
Overig	18-69 jaar	- 15.04
	70-79 jaar	- 18.38
	80+ jaar	1.55

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

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen GGZ-MHK	- 65.67
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 98,5 procent met kosten GGZ >10 euro	97.30
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 10 promille ¹	2.126.10
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille ¹	3.982.83
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille ¹	6.713.34
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 1 promille ¹	12.228.66
5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille	19.045.55
5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille	35.383.53

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

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

	Kosten van geneeskundige GGZ
Seizoenarbeider	- 197.32
Geen seizoenarbeider	- 144.88



BIJLAGE 3. NORMBEDRAGEN VEREVENINGSMODEL GENEESKUNDIGE GGZ BIJ TOEPASSING VAN HOGEKOSTENCOMPENSATIE

(BEHORENDE BIJ ARTIKEL 12, TWEDE LID, VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2023)

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

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

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

		Kosten van geneeskundige GGZ
Mannen	18–24 jaar	404.73
	25–29 jaar	410.13
	30–34 jaar	374.78
	35–39 jaar	361.04
	40–44 jaar	349.52
	45–49 jaar	316.59
	50–54 jaar	306.49
	55–59 jaar	285.73
	60–64 jaar	285.73
	65–69 jaar	285.15
	70–74 jaar	286.86
	75–79 jaar	286.86
	80–84 jaar	272.97
85–89 jaar	272.97	
90+ jaar	272.97	
Vrouwen en onbepaald geslacht	18–24 jaar	554.49
	25–29 jaar	477.14
	30–34 jaar	420.95
	35–39 jaar	388.92
	40–44 jaar	363.10
	45–49 jaar	341.22
	50–54 jaar	319.03
	55–59 jaar	286.94
	60–64 jaar	285.73
	65–69 jaar	285.15
	70–74 jaar	286.86
	75–79 jaar	286.86
	80–84 jaar	272.97
85–89 jaar	272.97	
90+ jaar	272.97	

¹ Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

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

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen FKG psychische aandoeningen	– 39.90
ADHD	196.35
Verslaving exclusief nicotine	337.99
Angststoornissen (benzodiazepinen)	1.066.16
Chronische stemmingsstoornissen	305.58
Bipolaire stoornissen regulier	1.257.58
Bipolaire stoornissen complex	2.917.09
Psychose	2.240.70
Chronische stemmingsstoornissen complex	2.614.09

	Kosten van geneeskundige GGZ
Psychose depot	5.650.21

¹ Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

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

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen DKG psychische aandoeningen	- 140.67
1	918.35
2	1.049.42
3	2.344.11
4	4.318.97
5	5.380.37
6	5.387.98
7	7.572.38
8	10.940.95
9	10.615.21
10	15.666.80
11	20.875.14
12	30.992.51
13	27.665.91
14	45.881.58
15	38.827.88
16	32.353.78

¹ Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

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

		Kosten van geneeskundige GGZ
	70+ jaar	0.00
Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)	18-34 jaar	419.06
	35-44 jaar	114.69
	45-54 jaar	- 22.56
	55-64 jaar	- 1.81
	65-69 jaar	- 1.22
Arbeidsongeschikten excl. IVA	18-34 jaar	456.18
	35-44 jaar	366.61
	45-54 jaar	205.57
	55-64 jaar	18.93
	65-69 jaar	8.90
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	640.44
	35-44 jaar	201.01
	45-54 jaar	55.14
	55-64 jaar	- 1.81
	65-69 jaar	- 1.22
Studenten	18-34 jaar	- 71.22
Zelfstandigen	18-34 jaar	- 66.39
	35-44 jaar	- 60.33
	45-54 jaar	- 22.56
	55-64 jaar	- 1.81
	65-69 jaar	- 1.22
Hoogopgeleiden	18-34 jaar	- 63.57
	35-44 jaar	- 34.30
Referentiegroep	18-34 jaar	- 11.46
	35-44 jaar	- 20.61
	45-54 jaar	- 16.26
	55-64 jaar	- 1.81



		Kosten van geneeskundige GGZ
	65–69 jaar	– 1.22

¹ Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

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

	Kosten van geneeskundige GGZ
1	54.82
2	13.28
3	1.21
4	– 9.91
5	– 9.91
6	– 9.91
7	– 9.91
8	– 9.91
9	– 9.91
10	– 9.91

¹ Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

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

		Kosten van geneeskundige GGZ
1 (zeer laag)	18–69 jaar	28.19
	70+ jaar	19.65
2 (laag)	18–69 jaar	– 10.15
	70+ jaar	0.47
3 (midden)	18–69 jaar	– 12.54
	70+ jaar	– 4.08
4 (hoog)	18–69 jaar	– 0.24
	70+ jaar	– 13.15

¹ Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

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

		Kosten van geneeskundige GGZ
Wlz-instelling, blijvend	18–69 jaar	– 55.93
	70–79 jaar	– 50.32
	80+ jaar	– 36.44
Wlz-instelling, instromend	18–69 jaar	1.002.17
	70–79 jaar	493.42
	80+ jaar	50.95
Eenpersoonshuishouden	18–69 jaar	89.92
	70–79 jaar	43.31
	80+ jaar	1.67
Overig	18–69 jaar	– 15.20
	70–79 jaar	– 17.52
	80+ jaar	1.61

¹ Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

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

	Kosten van geneeskundige GGZ
Geen GGZ-MHK	– 65.71
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 98,5 procent met kosten GGZ >10 euro	104.27
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 10 promille ²	2.198.20
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille ²	4.081.42
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille ²	6.717.97



	Kosten van geneeskundige GGZ
Ten minste 2 van de 5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 1 promille ²	11.182.00
5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 5 promille	18.043.82
5 voorafgaande jaren kosten GGZ in top 2,5 promille	32.021.21

¹ Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.

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

Tabel 3.9. Gewichten voor het vereveningscriterium SEI (in euro's per verzekerde)¹

	Kosten van geneeskundige GGZ
Seizoenarbeider	- 196.42
Geen seizoenarbeider	- 144.27

¹ Gewichten inclusief correctie voor hogekostencompensatie.



BIJLAGE 4. NORMBEDRAGEN VEREVENINGSMODEL VOOR DE EIGEN BETALINGEN TEN GEVOLGE VAN HET VERPLICHT EIGEN RISICO

Alleen volwassenen zonder FKG/DKG/HKG/FDG/MVV en niet ingedeeld bij MHK-klasse '2' voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent' of hoger (behorende bij artikel 9, tweede lid, van de Regeling risicoverevening 2023)

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

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

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

		Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
Mannen	18–24 jaar	126.59
	25–29 jaar	126.79
	30–34 jaar	127.76
	35–39 jaar	129.86
	40–44 jaar	133.37
	45–49 jaar	137.65
	50–54 jaar	145.34
	55–59 jaar	157.84
	60–64 jaar	172.02
	65–69 jaar	186.59
	70–74 jaar	204.07
	75–79 jaar	217.99
	80–84 jaar	226.03
Vrouwen en onbepaald geslacht	85–89 jaar	224.35
	90+ jaar	211.89
	18–24 jaar	183.47
	25–29 jaar	181.82
	30–34 jaar	177.65
	35–39 jaar	170.10
	40–44 jaar	174.17
	45–49 jaar	178.35
	50–54 jaar	182.88
	55–59 jaar	185.06
	60–64 jaar	190.59
	65–69 jaar	200.71
	70–74 jaar	214.89
75–79 jaar	225.20	
80–84 jaar	228.93	
85–89 jaar	209.23	
90+ jaar	171.63	

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

		Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)	70+ jaar	0.00
	18–34 jaar	78.04
	35–44 jaar	74.60
	45–54 jaar	63.86
	55–64 jaar	44.93
Arbeidsongeschikten excl. IVA	65–69 jaar	21.94
	18–34 jaar	56.82
	35–44 jaar	66.86
	45–54 jaar	58.39
	55–64 jaar	40.49



		Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico	
Bijstandsgerechtigden	65-69 jaar	22.57	
	18-34 jaar	46.25	
	35-44 jaar	46.27	
	45-54 jaar	37.52	
	55-64 jaar	17.68	
Studenten	65-69 jaar	- 2.57	
	18-34 jaar	- 6.87	
	Zelfstandigen	18-34 jaar	- 3.07
		35-44 jaar	- 7.93
		45-54 jaar	- 7.98
55-64 jaar		- 10.03	
Hoogopgeleiden	65-69 jaar	- 6.07	
	18-34 jaar	- 6.32	
	35-44 jaar	- 10.84	
	Referentiegroep	18-34 jaar	- 0.08
		35-44 jaar	- 0.69
45-54 jaar		- 2.98	
55-64 jaar		- 2.21	
	65-69 jaar	- 1.57	

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

	Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
1	4.03
2	3.29
3	0.43
4	0.25
5	- 0.48
6	- 1.17
7	- 2.01
8	- 2.03
9	- 1.84
10	- 0.51

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

	Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
Geen MHK	- 27.74
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30 procent	71.28

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

	Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
Seizoenarbeider	- 104.22
Geen seizoenarbeider	- 82.37



BIJLAGE 5. RESTRICTIES BIJ SAMENLOOP VAN MEERDERE INDELINGEN

(BEHORENDE BIJ ARTIKEL 10, TWEDE LID, VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2023)

De bijlage betreft restricties die gelden bij samenloop van meerdere indelingen bij vereveningscriteria waarbij meervoudige indeling mogelijk is (artikel 10, tweede lid).

Tabel 5.1 Restricties bij samenloop van meerdere indelingen in een FKG

Bij samenloop met klasse ...,	wordt een verzekerde niet ingedeeld bij klasse(n) ...
Diabetes type I met hypertensie	Diabetes type I zonder hypertensie; Diabetes type II met hypertensie; Diabetes type II zonder hypertensie; Diabetes: Insuline; Diabetes: Orale medicatie; CVRM: Medicatie Zwaar; CVRM: Medicatie Licht.
Diabetes type I zonder hypertensie	Diabetes type II met hypertensie; Diabetes type II zonder hypertensie; Diabetes: Insuline; Diabetes: Orale medicatie.
Diabetes type II met hypertensie	Diabetes type II zonder hypertensie; Diabetes: Insuline; Diabetes: Orale medicatie; CVRM: Medicatie Zwaar; CVRM: Medicatie Licht.
Diabetes type II zonder hypertensie	Diabetes: Insuline; Diabetes: Orale medicatie.
Diabetes: Insuline	Diabetes: Orale medicatie.
Verslaving exclusief nicotine	Psychose; Depressie.
Psychose	Depressie.
Neuropathische pijn	Chronische pijn exclusief opioïden.
COPD/Zware astma o.b.v. add-on	COPD/Zware astma; Astma; COPD/astma: Medicatie.
COPD/Zware astma	Astma; COPD/astma: Medicatie.
Astma	COPD/astma: Medicatie.
Auto-immuunziekten o.b.v. add-on	Reuma; Psoriasis; Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa.
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: multiple sclerose	Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg: overig.
Kanker o.b.v. add-on	Hormoongevoelige tumoren; Kanker.
Hormoongevoelige tumoren	Kanker.
Pulmonale arteriële hypertensie	Chronische antistolling; Astma; COPD/Zware astma; CVRM: Medicatie Zwaar; CVRM: Medicatie Licht.
Hartaandoeningen: overig	Hartaandoeningen: anti-aritmica; Chronische antistolling; CVRM: Medicatie Zwaar; CVRM: Medicatie Licht.
Hartaandoeningen: anti-aritmica	Chronische antistolling; CVRM: Medicatie Zwaar; CVRM: Medicatie Licht.
Chronische antistolling	CVRM: Medicatie Zwaar; CVRM: Medicatie Licht.
Hypercholesterolemie	CVRM: Medicatie Zwaar; CVRM: Medicatie Licht.
CVRM: Medicatie Zwaar	CVRM: Medicatie Licht.
Chronische pijn exclusief opioïden	Psychose.
Schildklierziekten	Groeistoornissen o.b.v. add-on.
Extreem hoge kosten cluster 4	Extreem hoge kosten cluster 3; Extreem hoge kosten cluster 2; Extreem hoge kosten cluster 1.



Bij samenloop met klasse ...	wordt een verzekerde niet ingedeeld bij klasse(n) ...
Extreem hoge kosten cluster 3	Extreem hoge kosten cluster 2; Extreem hoge kosten cluster 1.
Extreem hoge kosten cluster 2	Extreem hoge kosten cluster 1.

Tabel 5.2 Restricties bij samenloop van meerdere indelingen in een FKG psychische aandoeningen

Bij samenloop met klasse ...	wordt een verzekerde niet ingedeeld bij klasse(n) ...
Psychose depot	Chronische stemmingsstoornissen complex; Psychose; Bipolaire stoornissen complex; Bipolaire stoornissen regulier; Chronische stemmingsstoornissen.
Chronische stemmingsstoornissen complex	Psychose; Bipolaire stoornissen complex; Bipolaire stoornissen regulier; Chronische stemmingsstoornissen.
Psychose	Bipolaire stoornissen complex; Bipolaire stoornissen regulier; Chronische stemmingsstoornissen.
Bipolaire stoornissen complex	Bipolaire stoornissen regulier; Chronische stemmingsstoornissen.
Bipolaire stoornissen regulier	Chronische stemmingsstoornissen.



BIJLAGE 6. HERBEREKENING VAN GEWICHTEN

(BEHORENDE BIJ ARTIKEL 12, VIERDE LID, EN ARTIKEL 18, DERDE LID, VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2023)

De bijlage betreft de herberekening van gewichten ('criteriumneutraliteit') voor de deelbedragen variabele zorgkosten en kosten van geneeskundige GGZ (artikel 12, vierde lid) en voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico (artikel 18, derde lid).

Tabel 6.1 Herberekening gewichten variabele zorgkosten

Kenmerk	Tabel	Aanpassingsklasse(n)	Betrokken klasse(n)
FKG's	1.2	Geen FKG.	COPD/astma: Medicatie; Diabetes: Insuline; Diabetes: Orale Medicatie; CVRM: Medicatie Licht; CVRM: Medicatie Zwaar; Groeistoornissen o.b.v. add-on; Auto-immuunziekten o.b.v. add-on; Nieraandoeningen o.b.v. add-on; Immunoglobuline o.b.v. add-on; COPD/Zware astma o.b.v. add-on; Kanker o.b.v. add-on; Maculadegeneratie o.b.v. add-on; Hypercholesterolemie; Extreem hoge kosten cluster 1; Extreem hoge kosten cluster 2; Extreem hoge kosten cluster 3; Extreem hoge kosten cluster 4.
DKG's	1.3	Geen DKG.	Alle klassen.
HKG's	1.4	Geen HKG.	Alle klassen.
PPA	1.8	Per leeftijdsklasse: Eenpersoonshuishouden, Overig. ¹	Corresponderende leeftijdsklasse voor: Wlz-instelling, blijvend; Wlz-instelling, instromend.
MHK	1.9	Geen MHK.	Alle klassen.
FDG	1.10	Geen FDG.	Alle klassen.
MVV	1.11	Geen MVV.	Alle klassen.
IBZ	1.14	Geen IBZ	Alle klassen.

¹ Het Zorginstituut past bij de herberekening de betrokken gewichten per leeftijdsklasse voor de klassen 'Eenpersoonshuishouden' en 'Overig' met eenzelfde bedrag aan.

Tabel 6.2 Herberekening gewichten kosten van geneeskundige GGZ

Kenmerk	Tabel	Aanpassingsklasse(n)	Betrokken klasse(n)
DKG's psychische aandoeningen	3.3	Geen DKG psychische aandoeningen.	Alle klassen.
PPA	3.7	Per leeftijdsklasse: Eenpersoonshuishouden, Overig. ¹	Corresponderende leeftijdsklasse voor: Wlz-instelling, blijvend; Wlz-instelling, instromend.
GGZ-MHK	3.8	Geen GGZ-MHK.	Alle klassen.

¹ Het Zorginstituut past bij de herberekening de betrokken gewichten per leeftijdsklasse voor de klassen 'Eenpersoonshuishouden' en 'Overig' met eenzelfde bedrag aan.

Tabel 6.3 Herberekening gewichten eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico

Kenmerk	Tabel	Aanpassingsklasse(n)	Betrokken klasse(n)
MHK	4.4	Geen MHK	Alle klassen.



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 2023 vervolgens te vinden in deze regeling. De hoofdstukken 1 tot en met 5 van deze regeling bevatten de regels die gelden voor de toekenning (ex ante) en vaststelling (ex post) van de vereveningsbijdrage over 2023. Zo wordt bepaald welke middelen beschikbaar zijn voor de toekenning (ex ante) over het jaar 2023 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 deze regeling worden zowel het bedrag van de beschikbare middelen 2023, als het macro-prestatiebedrag 2023 vastgesteld. Het macro-prestatiebedrag wordt voor het vereveningsjaar 2023 ingevolge artikel 3.1, eerste lid, Bzv, verdeeld in drie macro-deelbedragen:

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

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



2. Inhoudelijke wijzigingen

2.1 Belangrijkste wijzigingen

De belangrijkste wijzigingen in de risicovereeniging voor 2023 op grond van deze regeling zijn:

- aanpassing van de restricties voor verzekerden woonachtig in een Wlz-instelling ter voorkoming van negatieve normatieve kosten;
- toevoeging van een nieuw vereveningscriterium IBZ (indicatie bevallingen en zwangerschappen) waarmee verzekerden die in het vereveningsjaar bevallen worden onderscheiden van overige verzekerden op basis van kraamzorgkosten (inclusief integrale geboortezorg);
- toevoeging van vijf extra klassen voor 'schilverzekerden' diabetes, COPD/astma en cardiovasculair risicomanagement (CVRM) aan het vereveningscriterium FKG's (farmaciekostengroepen) en aanpassing van de restricties bij samenloop van meerdere klassen van dat criterium;
- aanpassing van de vereveningscriteria DKG's psychische aandoeningen (diagnosekostengroepen psychische aandoeningen) en GGZ-MHK (meerjarig hoge kosten in de GGZ);
- aanpassing van de toedeling aan de clusters voor kosten van prestaties, betrokken bij een experiment als bedoeld in artikel 58 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), zodanig dat de kosten van experimenten op het gebied van de geneeskundige GGZ worden aangemerkt als kosten van het cluster 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg'.

Daarnaast worden de drie nieuwe vereveningscriteria uit 2022 ook in 2023 toegepast. Het gaat hierbij om historische somatische morbiditeit (HSM), meerjarige farmaciekosten (MFK) en SEI (seizoenarbeiders). Gelet op artikel 32, vierde lid, onderdeel b, van de Zvw worden deze vereveningscriteria voor 2023 (en verder) in het Bzv vastgesteld.

2.2 Proces vormgeving vereveningsmodel en bepaling normatieve gewichten

Bepaling uitgangsmodel

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

Bepaling normbedragen

Ten behoeve van de bepaling van de gewichten (normbedragen) wordt een aantal stappen doorlopen. Eerst wordt een onderzoeksbestand samengesteld met historische (basis)gegevens, verschillende kenmerken van verzekerden, en hun zorgkosten onder het te verzekeren basispakket van de Zvw op individuniveau. Het betreft (elk jaar) gegevens over het laatste jaar waarvan (vrijwel) alle declaraties zijn afgerond. Voor het vereveningsjaar 2023 wordt daarom gebruikgemaakt van kostengegevens over 2020¹ en verzekerdenkenmerken over 2015 tot en met 2020. Vervolgens worden, indien nodig, deze zorgkosten representatief gemaakt voor de situatie van het komende vereveningsjaar. Bij het representatief maken van de kosten worden de gevolgen van wijzigingen in bekostiging, aanpassingen in het te verzekeren basispakket van de Zvw en andere beleidsmaatregelen verwerkt. Daarna worden de achtergrondkenmerken van de verzekerdenpopulatie representatief gemaakt en de zorgkosten opgehoogd voor de raming voor het komende vereveningsjaar. Vervolgens worden drie econometrische modellen geschat voor de variabele zorgkosten, de kosten van geneeskundige GGZ, en de eigen betalingen ten gevolge van het verplicht eigen risico. Dit resulteert in de normbedragen voor de klassen van de vereveningscriteria.

2.3 Onderzoeksgegevens

Basisgegevens

De ex ante vereveningsmodellen voor somatische zorg, de geneeskundige GGZ en de kosten onder het verplicht eigen risico zijn gebaseerd op kostengegevens over 2020 en verzekerdenkenmerken over 2015 tot en met 2020. Deze gegevens zijn gecontroleerd en beoordeeld. Daaruit blijkt dat de kwaliteit

¹ Op basis van aanvullend onderzoek is geconstateerd dat de somatische kosten zijn verstoord door de coronapandemie en dat deze gegevens desondanks bruikbaar zijn voor de berekening van de normbedragen (gewichten). Voor de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg zijn geen grote effecten van de coronapandemie gevonden.



en volledigheid van de onderzoeksbestanden goed is te noemen. De gegevens over ziektekosten en verzekerd kenmerken geven een goed beeld van de Zvw-populatie in 2020, zowel qua kosten als qua demografische kenmerken.

Bewerkingen onderzoeksgegevens

De ex ante vereveningsmodellen voor 2023 zijn gebaseerd op de schadegegevens (declaraties) over 2020 en verzekerd kenmerken over 2015 tot en met 2020. De schadegegevens zijn representatief gemaakt voor het te verwachten schadebeeld in 2023 door correcties uit te voeren voor de pakket- en beleidsmaatregelen die in 2021, 2022 en 2023 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 2020 en 2023 beperkt zijn. Vanwege lumpsummen en omzetplafonds zijn de kosten representatief gemaakt door de gedeclareerde bedragen te vervangen door de mediaanbedragen.

Bij de verzekerd kenmerken en kosten van overige prestaties is sprake van 100 procent dekking. Deze gegevens zijn gebaseerd op de database BASIC 2020 van Vektis. Vergelijking met gegevens van het Zorginstituut laat zien dat BASIC 2020 een goed beeld geeft van de zorgkosten en demografische kenmerken van de Zvw-populatie.

Gegevensbewerking geneeskundige GGZ

De kostengegevens met betrekking tot de geneeskundige GGZ zijn gebaseerd op een databestand van het Zorginstituut met gegevens over gedeclareerde dbc's van 2020. Er is sprake van (nagenoeg) 100% dekking. Vanwege de invoering van het zorgprestatie model (ZPM) per 2022 is een conversie gedaan van de kosten voor geneeskundige GGZ. Hierbij zijn de kosten berekend door ZPM-tarieven voor 2019 (volgend uit de conversie) te koppelen aan de volume-informatie met betrekking tot declaraties vanuit de huidige bekostiging.

Hierbij vindt een DBC-specifieke ophoging plaats gebaseerd op de ontwikkeling van de tarieven van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) tussen 2019 en 2020. Omdat indeling bij de DKG's psychische aandoeningen en GGZ-MHK bij de vaststelling (mede) geschiedt op basis van data 2022 die op een aantal technische punten verschillen van de declaratiegegevens uit eerdere jaren (voor invoering van het ZPM), zijn er bij beide criteria aanpassingen gedaan. Zo zijn bij de DKG's psychische aandoeningen verschillende klassen samengevoegd en worden bij GGZ-MHK de kosten van het tweede en derde jaar intramurale geestelijke gezondheidszorg van een verzekerde voor zover dat het jaar 2022 betreft niet meer buiten beschouwing gelaten.

2.4 Vormgeving variabele zorgkosten

Het ex ante risicovereveningsmodel voor de variabele zorgkosten kent voor het vereveningsjaar 2023 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), 'meerjarig hoge kosten verpleging en verzorging' (MVV), 'historische somatische morbiditeit' (HSM), 'meerjarige farmaciekosten' (MFK), 'indicatie bevallingen en zwangerschappen' (IBZ) en 'seizoenarbeiders' (SEI).

Op advies van de WOR wordt voor het vereveningsjaar 2023 het vereveningscriterium FKG's aangepast en wordt een vereveningscriterium toegevoegd met het oog op de compensatie voor zwangerschappen en bevallingen (IBZ).

2.5 Vormgeving geneeskundige GGZ

Het ex ante risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ kent voor het vereveningsjaar 2023 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, 'meerjarige hoge kosten GGZ' (GGZ-MHK) en 'seizoenarbeiders' (SEI).

Op advies van de WOR worden voor het vereveningsjaar 2023 de criteria DKG's psychische aandoe-



ningen en GGZ-MHK aangepast in verband met de invoering van het ZPM in 2022.

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

3. Fraudetoets

Jaarlijks wordt een ministeriële regeling opgesteld, waarin de risicovereveningsmodellen voor het komende jaar in detail worden vastgelegd. Met onderhavige regeling gebeurt dat voor het vereveningsjaar 2023. 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. Het concept voor deze regeling is ter advisering aan het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) aangeboden. Het ATR heeft het dossier niet geselecteerd voor een formeel advies, omdat het behalve de kennisnemingskosten voor zorgverzekeraars geen gevolgen voor de regeldruk van de burger of het bedrijfsleven heeft.

Artikelsgewijs

Artikel 1

Het vereveningscriterium IBZ (indicatie bevallingen en zwangerschappen) is een nieuw criterium, dat met deze regeling eenmalig is toegevoegd aan de bestaande vereveningscriteria, zoals genoemd in het Besluit zorgverzekering. Artikel 32, vierde lid, onderdeel b, van de Zvw biedt de mogelijkheid hiertoe.

Artikel 1 bevat daarnaast de begripsomschrijving van de verstrekking van een duur intramuraal geneesmiddel. Een dergelijke verstrekking is een verstrekking van een geneesmiddel die krachtens artikel 2.4, tweede lid, Bzv, respectievelijk krachtens artikel 2.4a, eerste lid, Bzv, is uitgezonderd van de prestatie geneeskundige zorg. De niet uitgezonderde verstrekkingen van intramurale geneesmiddelen maken onderdeel uit van de prestatie geneeskundige zorg. Het betreft hier medisch specialistische zorg die doorgaans in ziekenhuizen wordt geleverd².

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

Artikel 2

De hoogte van het macro-prestatiebedrag volgt uit de kostenramingen voor de zorg die valt onder het te verzekeren basispakket voor de zorgverzekering. Dit bedrag is exclusief de voor de desbetreffende zorg te innen eigen bijdragen, maar inclusief de te innen bedragen aan verplicht of vrijwillig eigen risico. De basis voor het macro-prestatiebedrag wordt gevormd door de geraamde Zvw-gefinancierde uitgaven 2023. De ramingen zijn opgenomen in de memorie van toelichting bij de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2023³. 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 opbrengsten van de nominale premie en van het verplicht eigen risico.

Bij de bepaling van de wijze waarop de middelen behoren te worden verdeeld over zorgverzekeraars

² Zie Stb. 2018, 131, p.3.

³ Kamerstukken II 2022/2023, 36 200 XVI, nr. 2, p. 160 t/m 228.



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 2023 is bepaald op (afgerond) € 1.599 per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald. Bij de vaststelling van dit bedrag is rekening gehouden met het feit dat zorgverzekeraars ook nog inkomsten krijgen via hun verzekerden als gevolg van het verplichte eigen risico voor 2023 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 2023 ingevolge artikel 3.1, eerste lid, Bzv, onderverdeeld in drie onderscheiden macro-deelbedragen. De verschillende nominale bijstellingen en groeiruiten binnen het Uitgavenplafond Zorg zijn toegedeeld aan de verschillende (deel)prestaties, en er hebben op enkele specifieke punten overhevelingen tussen (deel)prestaties plaatsgevonden. Zo telt bijvoorbeeld ziekenvervoer tussen ziekenhuizen als ambulancevervoer mee. Aan de onderscheiden macro-deelbedragen zijn componenten toegevoegd voor kosten in verband met de financiering van grensoverschrijdende zorg. Deze kosten hangen zowel samen met Nederlandse ingezetenen die in het buitenland zorg afnemen (bijvoorbeeld bij ziekte tijdens tijdelijk verblijf, of zorg in het buitenland met toestemming van de zorgverzekeraar) als met ingezetenen van andere landen die onder de Zvw vallen, omdat zij bijvoorbeeld in Nederlandse loondienst zijn.

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

Artikel 3

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

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 2023 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, Zvw. Het genoemde bedrag van € 29.525,5 miljoen is gebaseerd op de in de memorie van toelichting bij de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2023 opgenomen gegevens. Het macro-prestatiebedrag (€ 55.903,6 miljoen) verminderd met de opbrengst van de nominale rekenpremie (€ 23.040,0 miljoen) en de opbrengst van het verplicht eigen risico (€ 3.338,1 miljoen) levert een bedrag op van € 29.525,5 miljoen.

Artikel 5

Artikel 32, vierde lid, onderdeel b, Zvw, biedt de mogelijkheid om eenmalig bij ministeriële regeling vereveningscriteria toe te voegen. In artikel 5 wordt van deze mogelijkheid gebruikgemaakt door voor de verdeling van het macro-deelbedrag variabele zorgkosten eenmalig het vereveningscriterium IBZ aan de bestaande vereveningscriteria toe te voegen.

Artikel 6

In het eerste lid wordt geregeld dat de gewichten van de klassen van vereveningscriteria die het Zorginstituut bij de toekenning van de vereveningsbijdrage hanteert bij de berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar in bijlagen 1 en 2 bij deze regeling zijn opgenomen. Deze gewichten zijn gebaseerd op statistische analyse van het verband tussen de kosten per verzekerde en relevante verzekerdenkenmerken. Uit de bijlagen 1 en 2 blijkt voorts welke klassen van verzekerden worden gehanteerd bij de toepassing van de onderscheiden vereveningscriteria.

Het Zorginstituut bepaalt het normatieve bedrag per zorgverzekeraar voor de variabele zorgkosten aan de hand van een raming van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen van verzekerden en de

normbedragen (gewichten) naar leeftijd en geslacht, en aan de hand van de optelling van de toe- en afslagen op grond van FKG's, DKG's, HKG's, AVI, regio, SES, PPA, MHK, FDG, MVV, HSM, MFK, IBZ en SEI. Het Zorginstituut bepaalt het normatieve bedrag per zorgverzekeraar voor de kosten van geneeskundige GGZ aan de hand van een raming van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen van verzekerden en de normbedragen naar leeftijd en geslacht, en aan de hand van de optelling van de toe- en afslagen op grond van de FKG's psychische aandoeningen, DKG's psychische aandoeningen, AVI, GGZ-regio, SES, PPA, GGZ-MHK en SEI.

De ex ante gewichten per klasse van de vereveningscriteria worden voor alle deelbedragen dusdanig vastgesteld dat alle beschikbare middelen per macro-deelbedrag via de kenmerken leeftijd en geslacht worden verdeeld. Vervolgens vindt er verevening plaats tussen de verzekerden uit de verschillende klassen van de overige in het vereveningsmodel opgenomen vereveningscriteria⁴. De verdeling van vaste zorgkosten wordt ingevolge artikel 3.5, Bzv, gebaseerd op de geraamde aantallen verzekerden van de zorgverzekeraars in het jaar 2023. 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 2021–2022 heeft zowel onderzoek naar verzekerden met diabetes, COPD/astma en/of CVRM die nog niet als zodanig in het model worden onderscheiden ('schilverzekerden') als onderhoud aan de extreem hoge kostenclusters binnen de farmaciekostengroepen plaatsgevonden. Op basis van het onderzoek worden onder meer 5 nieuwe FKG's toegevoegd. Met ingang van het vereveningsjaar 2023 wordt voor in Nederland wonende verzekerden gewerkt met 47 FKG's (zie bijlage 1, tabel 1.2). Verzekerden worden, op grond van artikel 10, tweede lid, in alle toepasselijke FKG's ingedeeld. Dat artikellid bevat een aantal uitzonderingen op die hoofdregel met uitsluiting van bepaalde combinaties. Naast de 47 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. Een verzekerde wordt, op grond van artikel 10, tweede lid, in alle toepasselijke FKG's psychische aandoeningen ingedeeld. Dat artikellid bevat een aantal uitzonderingen op die hoofdregel met uitsluiting van bepaalde combinaties.
- Vanaf vereveningsjaar 2021 worden geselecteerde diagnose-behandelcombinaties (betreffende behandelingen van chronische aandoeningen) ingedeeld in 26 DKG's op basis van meerkosten. Een verzekerde kan meerdere malen worden ingedeeld bij een DKG. Daarnaast kan een verzekerde ook in meerdere DKG's worden ingedeeld. Dit is geregeld in artikel 10, tweede lid. Naast de 26 DKG's is er een klasse (genaamd 'Geen DKG') voor verzekerden die in geen van de 26 DKG's zijn ingedeeld.
- Bij het vereveningscriterium AVI worden bij de verzekerden van 0 tot en met 69 jaar zeven klassen onderscheiden, waarvoor uit statistisch onderzoek is gebleken dat er sprake is van een verschillend kostenniveau. Het gaat om: 'Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)', 'Arbeidsongeschikten excl. IVA', 'Bijstandsgerechtigden', 'Studenten', 'Zelfstandigen', 'Hoogopgeleiden' en een referentiegroep, die alle verzekerden omvat die niet zijn ingedeeld bij de zes hiervoor genoemde groepen. Bij verzekerden van 0–17 jaar vindt de indeling in AVI-klassen plaats op basis van de laagste AVI van de volwassenen op hetzelfde adres. Bij verzekerden van 65–69 jaar wordt gekeken naar hun laatst bekende AVI van voordat zij 65 jaar werden (doorgaans hun AVI toen zij 64 jaar waren). De verzekerden van 70 jaar en ouder zijn ondergebracht in een aparte klasse. Binnen de klassen 'IVA', 'Arbeidsongeschikten excl. IVA', 'Bijstandsgerechtigden', 'Zelfstandigen' en 'Referentiegroep' voor 0–69 jarigen wordt een nader onderscheid gemaakt op basis van de leeftijd van de

⁴ Met het vereveningscriterium SEI wordt de bijdrage voor in het buitenland woonachtige verzekerden gecorrigeerd. Dit betreft niet alleen een herverdeling tussen deze verzekerden en is daarmee een uitzondering op de genoemde werkwijze. Bij de vaststelling van de overige normbedragen (gewichten) wordt hiermee rekening gehouden.

verzekerde. Dat gebeurt ook bij de klasse 'Hoogopgeleiden', alleen worden daar drie leeftijdsgroepen onderscheiden in plaats van zes. De klasse 'Studenten' kent twee leeftijdsgroepen: 0–17 jaar en 18–34 jaar. In artikel 10, vierde lid, wordt aangegeven hoe om te gaan met samenloop van verschillende klassen AVI.

- Door het vereveningscriterium MHK kunnen structurele (voorspelbare) hoge kosten in het ex ante model voor de somatische zorg substantieel beter verevend worden. Tabel 1.9 van bijlage 1 bevat de klassen voor het vereveningscriterium MHK. Een verzekerde van wie de variabele zorgkosten de afgelopen drie jaar steeds tot de hoogste 15 procent behoren, wordt, afhankelijk van het percentiel waartoe de som van deze kosten in de verschillende jaren behoort, ingedeeld in één van de klassen '3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 0,5 procent', '3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 1,5 procent', '3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 4 procent', '3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 7 procent', '3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent' of '3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 15 procent'. Hierin is de top 0,5 procent de hoogste kostenklasse met het hoogste normbedrag en de top 15 procent de laagste kostenklasse met het laagste normbedrag. Een verzekerde wordt met inachtneming van het bovenstaande op grond van artikel 10, eerste lid, ingedeeld in de hoogste klasse. Een verzekerde van wie de variabele zorgkosten de afgelopen twee jaar tot de hoogste 10 procent hebben behoord, en die niet is ingedeeld in een van de eerdergenoemde klassen, wordt ingedeeld in de klasse, '2 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 10 procent'. De overige verzekerden van wie de variabele zorgkosten in ten minste één van de drie voorafgaande jaren tot de hoogste 30 procent hebben behoord, en die niet zijn ingedeeld in een van de hiervoor genoemde klassen, worden ingedeeld in de klasse 'Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30 procent'. De verzekerden die in geen van de drie voorafgaande jaren variabele zorgkosten in de top 30 procent hebben, worden ingedeeld in de klasse 'Geen MHK'. Op grond van artikel 10, vijfde lid, worden verzekerden van 18 jaar of ouder, die blijvend in een Wlz-instelling wonen, ingedeeld in de klasse 'Geen MHK'. Het vereveningscriterium MHK maakt ook deel uit van het model voor het verplicht eigen risico. Dit criterium onderscheidt (analoog aan de overeenkomstige klasse binnen het vereveningscriterium MHK in het model voor de variabele zorgkosten) verzekerden die in geen van de drie voorafgaande jaren variabele zorgkosten in de top 30 procent hebben van de overige verzekerden. Zie voor de klassen van het vereveningscriterium MHK voor het verplicht eigen risico tabel 4.4 van bijlage 4.
- Het vereveningscriterium PPA wordt gebruikt in de modellen voor de variabele zorgkosten en voor de kosten van geneeskundige GGZ. Dit criterium komt tegemoet aan de constatering dat alleenstaanden relatief meer gebruik maken van de zorg dan personen die deel uit maken van een huishouden bestaande uit twee of meer personen. Daarnaast worden verzekerden woonachtig in een Wlz-instelling onderscheiden. Binnen deze klasse wordt onderscheid gemaakt naar verzekerden die in het vorig jaar ook al in een Wlz-instelling woonden ('blijvend') en verzekerden waar dat niet het geval is ('instromend'). Bij PPA wordt onderscheid gemaakt naar leeftijd.
- Het vereveningscriterium SES deelt verzekerden in klassen in op basis van inkomen en leeftijd. Het criterium gaat uit van het totaal huishoudinkomen. Verzekerden die in een Wlz-instelling wonen, worden op basis van artikel 10, vijfde lid, binnen SES ingedeeld in de klasse '1 (zeer laag)'. Datzelfde geldt op basis van dat lid, voor verzekerden die zijn ingedeeld in de DKG's psychische aandoeningen '14' t/m '16'.
- Het vereveningscriterium regio, dat wordt gebruikt in het vereveningsmodel voor de variabele zorgkosten, beoogt verschillen met betrekking tot sociaaleconomische omstandigheden en resterende gezondheidsverschillen te meten. De berekeningswijze is met ingang van het vereveningsjaar 2019 vereenvoudigd, waarbij minder kenmerken worden gebruikt (overgebleven zijn: percentage niet-westerse immigranten, percentage westers immigranten en percentage met een laag inkomen) en waarbij het afzonderlijke verklaringsmodel voor de residuele kosten op postcodeniveau is komen te vervallen. De postcodes worden nog steeds wel in tien gelijke regioclusters ingedeeld.
- In het vereveningsmodel voor de kosten van geneeskundige GGZ wordt een apart regiocriterium toegepast: GGZ-regio. Sinds het vereveningsjaar 2022 sluit de methodiek voor dit regiocriterium aan bij die van het model voor de variabele zorgkosten. Hierbij worden de volgende kenmerken meegenomen: percentage verzekerden jonger dan 18 jaar, locaties van intramurale GGZ-instellingen, locaties van forensische zorginstellingen, gemiddelde WOZ-waarde van woningen, aantal geregistreerde misdrijven per 1.000 inwoners en afstand tot het dichtstbijzijnde ziekenhuis (exclusief polikliniek).
- Met ingang van het vereveningsjaar 2021 kent het vereveningscriterium HKG's veertien HKG's en daarnaast een klasse voor verzekerden die in geen enkele HKG zijn ingedeeld. Dit is de klasse 'Geen HKG'. Op grond van artikel 10, tweede lid, kan een verzekerde in meerdere HKG's worden ingedeeld.
- Door het vereveningscriterium DKG's psychische aandoeningen worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor verzekerden die vanwege hun chronische psychiatrische problematiek hoge voorspelbare kosten hebben in de geneeskundige GGZ. Sinds 2020 worden er, naast de klasse 'Geen DKG psychische aandoeningen' 18 klassen onderscheiden. Met het oog op de overgang

naar het ZPM worden de oude DKG's 1 en 3 en de oude DKG's 16 en 17 samengevoegd. In 2023 zijn er daarom, naast de klasse 'Geen DKG psychische aandoeningen', 16 klassen. Er wordt op basis van artikel 10, eerste lid, uitgegaan van enkelvoudige DKG's. Dat betekent dat een verzekerde die meer dan één relevante dbc heeft, uiteindelijk in één DKG (de zwaarste) wordt ingedeeld.

- Door het vereveningscriterium 'GGZ-MHK' worden structurele (voorspelbare) hoge kosten in het ex ante model voor de geneeskundige GGZ substantieel beter verevend. 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 in de laatste vijf jaar 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 'fysiotherapiediagnosegroepen' (FDG) is met ingang van het vereveningsjaar 2017 toegevoegd aan het model voor de variabele zorgkosten, 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'.
- Het vereveningscriterium 'meerjarig hoge kosten van verpleging en verzorging' (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. 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 is er een klasse voor hoge kosten van verpleging en verzorging in het afgelopen jaar (intensieve kindzorg). Verzekerden van 18 jaar en ouder die blijvend in een Wlz-instelling wonen, worden ingevolge artikel 10, vijfde lid, binnen MVV ingedeeld in de klasse 'Geen MVV'.
- In het onderzoeksjaar 2020–2021 is verkennend onderzoek uitgevoerd naar de overcompensatie van gezonde verzekerden. Op basis van dit onderzoek zijn in het vereveningsjaar 2022 de vereveningscriteria HSM en MFK aan het vereveningsmodel voor de variabele zorgkosten toegevoegd. Bij HSM worden de verzekerden die in het vereveningsjaar drie jaar eerder ten minste een keer in een positieve somatische morbiditeitsklasse⁵ vallen onderscheiden van de overige verzekerden. Bij MFK worden verzekerden die in de drie voorafgaande jaren ten minste een keer hoge farmaciekosten hebben gehad (in top 25 procent) onderscheiden van de overige verzekerden. Dit leidt tot een meer passende compensatie voor gezonde verzekerden en heeft ook een positief effect op de compensatie van chronisch zieken. Deze vereveningscriteria worden ook in het model voor vereveningsjaar 2023 toegepast.
- In vereveningsjaar 2022 is het vereveningscriterium SEI toegevoegd aan het model voor de variabele zorgkosten, aan het model voor de kosten van geneeskundige GGZ en aan het model voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico. Op basis van onderzoek worden seizoenarbeiders binnen dit vereveningscriterium onderscheiden van de overige verzekerden die in het buitenland wonen. Verzekerden worden hierbij als seizoenarbeider aangemerkt als zij in het buitenland wonen, 18 tot en met 64 jaar zijn, in het vereveningsjaar niet het gehele jaar verzekerd zijn, en in het kalenderjaar daarvoor niet of niet het gehele jaar verzekerd zijn. De verzekerden die in Nederland wonen, worden op grond van artikel 7, derde lid, niet ingedeeld bij het vereveningscriterium SEI.
- Onderzoek in het onderzoeksjaar 2021–2022 heeft geleid tot de toevoeging van het vereveningscriterium 'indicatie bevallingen en zwangerschap' (IBZ) aan het model voor de variabele zorgkosten vanaf vereveningsjaar 2023. Dit vereveningscriterium bevat naast de klasse 'Geen IBZ', een klasse voor verzekerden die in het vereveningsjaar bevallen zijn (voor vereveningsjaar 2023 geoperationaliseerd als: verzekerden die in het vereveningsjaar meer dan 150 euro aan kraamzorgkosten maken).

⁵ Voor vereveningsjaar 2023 is HSM gebaseerd op de morbiditeitscriteria in 2020. Dit betekent dat verzekerden die in 2020 niet in alle afslagklassen vielen van de toen geldende criteria FKG's, primaire DKG's, secundaire DKG's, HKG's, MHK, FDG en MVV, worden onderscheiden van de overige verzekerden.



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

In het tweede en derde lid is vastgelegd dat het Zorginstituut bij de indeling van verzekerden bij de klassen van de vereveningscriteria MHK en GGZ-MHK de kosten van wijkverpleging respectievelijk de kosten van het tweede en derde jaar intramurale geestelijke gezondheidszorg niet betreft. Hierbij is in het derde lid een uitzondering gemaakt voor de kosten van het tweede en derde jaar intramurale geestelijke gezondheidszorg in het aan het vereveningsjaar voorafgaande kalenderjaar voor GGZ-MHK, die juist wel meegenomen worden bij indeling in dit criterium.

Artikel 7

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

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

In het tweede lid wordt geregeld dat verzekerden die in het buitenland wonen ook bij de vereveningscriteria HSM en MFK worden ingedeeld in de afslagklassen ('Geen HSM' en 'Geen MFK'). Voor deze verzekerden gelden bij die vereveningscriteria dezelfde gewichten als voor in Nederland wonende verzekerden die in de afslagklassen worden ingedeeld. Hierop wordt in tegenstelling tot bij de criteria uit het eerste lid geen percentage van de gewichten toegepast.

In onderzoek, uitgevoerd in onderzoeksjaar 2021–2022, is gebleken dat de inschatting van de kosten voor in het buitenland woonachtige verzekerden die volgt uit de hierboven beschreven methodiek niet aansluit bij de verwachtingen over deze kosten. Hiervoor wordt gecorrigeerd via het vereveningscriterium SEI, dat hierdoor niet langer alleen een herverdeling tussen seizoenarbeiders en overige niet-ingezetenen oplevert maar ook zorgt voor een herverdeling tussen niet-ingezetenen en ingezetenen. In het derde lid wordt geregeld dat verzekerden die in Nederland wonen niet worden ingedeeld bij het vereveningscriterium SEI.

Artikel 8

In dit artikel wordt aangegeven hoe het Zorginstituut de opbrengst raamt van de nominale rekenpremie ten behoeve van de toekenning van de vereveningsbijdrage. Het bedrag wordt in mindering gebracht op het normatieve bedrag per zorgverzekeraar. De nominale rekenpremie per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald, wordt jaarlijks bepaald en in het eerste lid genoemd. Zorgverzekeringen van verzekerden jonger dan achttien jaar, die niet premieplichtig zijn, worden om die reden in de berekening buiten beschouwing gelaten. Dit geldt ook voor de zorgverzekeringen van verzekerden waarvoor de Minister 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 9

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

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

Voor de verzekerden met een chronische aandoening, ingedeeld in een van de 47 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 in de eerste plaats uitgegaan van een forfaitaire eigen betaling van € 353,25. Dit is het gemiddelde verwachte bedrag aan eigen betalingen voor deze totale groep verzekerden. Op dit bedrag wordt voor seizoenarbeiders en overige niet-ingezetenen nog een correctie doorgevoerd, net zoals dat voor de verzekerden zonder een chronische aandoening gebeurt via het criterium SEI. Het bedrag voor seizoenarbeiders wordt daarmee € 249,03 en het bedrag voor de overige niet-ingezetenen € 270,88. Dit is vastgelegd in het vierde lid.

Artikel 10

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

In het tweede lid is geregeld dat het Zorginstituut een verzekerde, in afwijking van het eerste lid, bij de vereveningscriteria FKG's, DKG's, HKG's en FKG's psychische aandoeningen wel in alle van toepassing zijnde klassen indeelt, waarbij bij de DKG's een klasse meerdere malen kan worden toegewezen. Voor de FKG's en de FKG's psychische aandoeningen gelden er uitzonderingen. Deze zijn in bijlage 5 opgenomen.

Zoals geregeld in artikel 16, tweede lid, worden de verstrekkingen van dure intramurale geneesmiddelen die in 2019, 2020, 2021, 2022 of 2023 het pakket instromen door het Zorginstituut in 2023 aangemerkt als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'. Een zorgverzekeraar krijgt de kosten van die verstrekkingen in 2023 dus (exact) vergoed via de vaste kosten. Het Zorginstituut calculeert namelijk op grond van artikel 16, derde lid, de vaste zorgkosten 100 procent na. Om te voorkomen dat deze kosten nogmaals (deels) worden vergoed, wordt in het derde lid geregeld dat de verstrekkingen (in



2022) van dure intramurale geneesmiddelen die in 2019, 2020, 2021 of 2022 het pakket zijn ingestroomd, niet betrokken worden bij het bepalen of een verzekerde ingedeeld moet worden in een FKG (in 2023).

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

Op grond van het vijfde lid worden verzekerden, instromend of blijvend in een Wlz-instelling, (ongeacht hun inkomen) ingedeeld in de SES-klasse '1 (zeer laag)'. Ook worden verzekerden, blijvend in een Wlz instelling, die 18 jaar of ouder zijn bij het vereveningscriterium MVV in de klasse 'Geen MVV' en bij het vereveningscriterium MHK in de klasse 'Geen MHK' ingedeeld. Verzekerden in de DKG's psychische aandoeningen '14' t/m '16' worden, op grond van het vijfde lid, bij het vereveningscriterium SES ingedeeld in de klasse '1 (zeer laag)'.

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

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

Artikel 11

Door bijvoorbeeld geboorte, overlijden, emigratie of immigratie kan het voorkomen dat een verzekerde slechts een gedeelte van het jaar een zorgverzekering had. Om te voorkomen dat de zorgverzekeraar ook een vereveningsbijdrage ontvangt over het gedeelte van het jaar dat de betreffende persoon geen verzekerde was, wordt deze bijdrage gerelateerd aan de verzekerde periode (eerste lid).

Hoewel het aantal dubbel verzekerden sinds de inwerkingtreding van de wet van 26 februari 2011 tot wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de 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 is⁶, bevat het tweede lid de regel dat een zorgverzekeraar voor een verzekerde die in een periode bij meerdere zorgverzekeraars was ingeschreven, over die periode een vereveningsbijdrage krijgt die gedeeld wordt door het aantal zorgverzekeraars waarbij de verzekerde in die periode was ingeschreven. Dit geschiedt om te voorkomen dat zorgverzekeraars onbedoeld voordeel ontlenden aan dubbele inschrijvingen. Deze regel sluit aan bij de in artikel 961 van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek opgenomen regel, dat ingeval een verzekerde voor eenzelfde schade bij meerdere zorgverzekeraars is ingeschreven, de door de verzekerde aangesproken zorgverzekeraar de andere zorgverzekeraars kan aanspreken om de schade naar evenredigheid te dragen. Ten slotte wordt opgemerkt dat het eerste en tweede lid

⁶ 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.



ook tegelijkertijd van toepassing kunnen zijn (één van de zorgverzekeringen van een dubbel verzekerde eindigt gedurende een vereveningsjaar).

Artikel 12

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

In het eerste lid is daarnaast geregeld dat het Zorginstituut de referentiebestanden (artikel 10, achtste 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. Het vereveningscriterium HSM is hierbij een bijzonder geval. Dit is gebaseerd op realisatiecijfers over de morbiditeitscriteria van vereveningsjaar 2020 (die op hun beurt weer zijn gebaseerd op de jaren daarvoor). 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 voor de herberekening van de bijdragen voor de geneeskundige GGZ wijken dus af van de bij de ex ante toekenning gehanteerde gewichten (uit bijlage 2).

Bij de (ex ante) toekenning zijn deze realisaties (met uitzondering van HSM) nog niet bekend, en gaat het Zorginstituut uit van ramingen met betrekking tot aantallen verzekerden per zorgverzekeraar, onderverdeeld naar de verschillende criteria. Dit sluit aan bij het concept dat voorspelbare vervolggkosten dienen te worden gecompenseerd. Bij grote onzekerheid rondom de raming van de aantallen verzekerden in de klassen van een vereveningscriterium kan 'criteriumneutraliteit' worden ingezet. Bij toepassing van criteriumneutraliteit worden een of meer gewichten van het betreffende vereveningscriterium bij de vaststelling aangepast zodat het effect (het verschil in aantallen vermenigvuldigd met het voor de betreffende klasse geldende gewicht) van een (landelijk) verschil tussen raming en realisatie van de verzekerdenaantallen voor het vereveningscriterium of een aantal klassen van dat vereveningscriterium teniet wordt gedaan. Het vierde lid regelt in combinatie met de tabellen 6.1 en 6.2 in bijlage 6 de criteriumneutraliteit voor de variabele zorgkosten en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. In de tabellen zijn de klassen (aanpassingsklassen) weergegeven, waarvan de gewichten worden aangepast. In de tabellen 6.1 en 6.2 wordt per aanpassingsklasse aangegeven voor welke daarbij vermelde betrokken klasse(n) het effect van het verschil tussen raming en realisatie door het Zorginstituut teniet moet worden gedaan.

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. Als gevolg van de coronapandemie en de invoering van de nieuwe bekostiging voor de geneeskundige GGZ zijn de door het Zorginstituut opgestelde ramingen met veel meer onzekerheid omgeven dan gebruikelijk.

Dat maakt dat voor het vereveningsjaar 2023, ondanks bovengenoemd uitgangspunt, bij een aanzienlijk deel van de vereveningscriteria een vorm van 'criteriumneutraliteit' wordt toegepast, namelijk bij de vereveningscriteria FKG's, DKG's, HKG's, PPA, MHK, FDG, MVV, IBZ, DKG's psychische aandoeningen en GGZ-MHK.

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



Artikel 13

In dit artikel is aangegeven hoe kosten van prestaties van grensoverschrijdende zorg in het risico-vereveningssysteem moeten worden verwerkt. Deze kosten worden of vergoed via de zorgverzekeraars (lid 1) of via het CAK (lid 2). Declaraties die rechtstreeks bij de zorgverzekeraars worden ingediend zijn meestal zodanig gespecificeerd dat daaruit blijkt dat het gaat om kosten voor medisch-specialistische zorg of voor geneeskundige GGZ, beide 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 geneeskundige GGZ, dan worden die op grond van het eerste lid volledig aangemerkt als 'variabele zorgkosten'.

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

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 op grond van het tweede lid volledig toegewezen aan het cluster 'variabele zorgkosten'.

Artikel 14

Binnen het Zvw-stelsel komt in een aantal situaties een deel van de zorgkosten voor eigen rekening van de verzekerden. De kosten die via eigen betalingen voor rekening van de verzekerde komen, worden niet betrokken bij de risicoverevening. Een uitzondering wordt in het eerste lid echter gemaakt voor de eigen betalingen van verzekerden in geval van een verplicht of vrijwillig eigen risico. In de risicoverevening moeten deze kosten wel betrokken worden in de vaststelling van de gewichten voor de clusters 'variabele zorgkosten' en 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg'. Op deze wijze wordt initieel bij de herberekening van de normatieve bedragen ten behoeve van de zorgverzekeraar rekening gehouden met de zorgkosten, exclusief de eigen betalingen die niet het gevolg zijn van het verplicht of vrijwillig eigen risico. Omdat niet exact te bepalen is voor welke kostensoorten een verzekerde nu daadwerkelijk eigen betalingen heeft gedaan onder het verplicht eigen risico wordt de genormeerde opbrengst van het verplicht eigen risico ingevolge artikel 3.19, eerste lid, Bzv, in mindering gebracht op het totaal van de normatieve bedragen van de hierboven genoemde clusters. Dit resulteert – na aftrek van de berekende opbrengst van de nominale rekenpremie ingevolge artikel 3.19, eerste lid, Bzv – in de vastgestelde vereveningsbijdrage.

Bij de bepaling van de uiteindelijke vereveningsbijdrage wordt op die wijze normatief rekening gehouden met een financieringsverschuiving van zorgverzekeraar naar verzekerde voor kosten die onder het verplicht eigen risico vallen. Bij een vrijwillig eigen risico krijgt de verzekerde een premiereductie. Deze inkomstenderving voor de zorgverzekeraar wordt gecompenseerd doordat de betalingen uit hoofde van het vrijwillig eigen risico bij de zorgkosten worden meegerekend; voor de bepaling van de vereveningsbijdrage hoeft er dan ook geen normatief bedrag in mindering te worden gebracht.

De renteheffingstarieven, dit zijn de tarieven die zorginstellingen in rekening mogen brengen bij zorgverzekeraars bovenop de reguliere tarieven in het geval de zorgverzekeraar niet overgaat tot bevoorschotting van zorg gefinancierd op basis van dbc-zorgproducten, worden, om de prikkel tot bevoorschotting te maximeren, buiten de risicoverevening gehouden. Dit is in het tweede lid geregeld.

Artikel 15

De basis voor de toedeling van de kosten van instellingen naar de diverse deelbedragen, zoals deze wordt weergegeven in dit artikel en in artikel 16, is gelegen in de artikelen 3.14 en 3.15, Bzv. In dit artikel vindt de toedeling plaats van deze kosten naar het cluster 'variabele zorgkosten' of geneeskundige GGZ. Declaraties die rechtstreeks bij de zorgverzekeraars worden ingediend zijn meestal zodanig gespecificeerd dat daaruit blijkt dat het gaat om kosten voor medisch-specialistische zorg of voor geneeskundige GGZ, beide 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 geneeskundige GGZ, dan worden de kosten volledig aangemerkt als 'variabele zorgkosten'. De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) biedt ingevolge artikel 58 van die wet, mogelijkheden voor experimenten waarbij ook voor dbc-zorgproducten die niet behoren tot het zogenoemde vrije segment toch sprake kan zijn van vrije prijsvorming. Dit artikel en artikel 16 geven aan dat de vast/variabel-verhouding, die voor de kosten van deze experimenten geldt, door het Zorginstituut wordt vastgesteld.

Artikel 16

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

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

De verstrekking van een intramuraal geneesmiddel is vanaf het moment van instroom in het te verzekeren basispakket van de Zvw vanwege het vervallen van de uitzondering van de prestatie geneeskundige zorg, tot en met 31 december van het vierde kalenderjaar daaropvolgend risicoloos. Het Zorginstituut merkt op grond van het tweede lid voor het vereveningsjaar 2023 de kosten van de verstrekkingen van intramurale geneesmiddelen, die in 2019, 2020, 2021, 2022 of 2023 het pakket zijn ingestroomd door het vervallen van de uitzondering van de prestatie geneeskundige zorg, aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.

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

Artikel 17

In 2023 wordt hogekostencompensatie voor de geneeskundige GGZ toegepast. De grondslag voor die compensatie is neergelegd in artikel 3.12a, Bzv. Dat artikel is ingevoegd in het Bzv bij besluit van 10 oktober 2019 houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de vereveningsbijdrage over het jaar 2020 (Stb. 2019, 371). Voor een nadere onderbouwing van de (her)invoering van hogekostencompensatie wordt verwezen naar de nota van toelichting bij het bovenbedoelde besluit. In dit artikel is vastgelegd hoe het Zorginstituut hogekostencompensatie toepast. Allereerst wordt een drempelwaarde bepaald, zodanig dat 0,5% van de GGZ-patiënten kosten gelijk aan of boven deze drempelwaarde heeft. Voor de betreffende verzekerden wordt 90% van de kosten boven de drempelwaarde gecompenseerd. Gesommeerd over alle verzekerden bij een zorgverzekeraar leidt dit tot een vergoeding voor de betreffende zorgverzekeraar. Het totaal benodigde bedrag voor de hogekostencompensatie is de optelsom van deze bedragen over alle zorgverzekeraars.

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

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

In het tweede lid is vastgelegd dat het Zorginstituut bij een voorlopige vaststelling, als bedoeld in artikel 3.20, eerste lid, Bzv, de toepassing van hogekostencompensatie achterwege kan laten. In dat



geval past het Zorginstituut op grond van het tweede lid en in afwijking van artikel 12, tweede lid, niet de gewichten uit bijlage 3, maar de gewichten uit bijlage 2 toe.

Artikel 18

In dit artikel gaat het om de herberekening van het normatieve bedrag ten behoeve van de vaststelling van de vereveningsbijdrage. De berekeningswijze die hiervoor wordt gehanteerd, komt overeen met die genoemd in artikel 8 (opbrengst van de nominale rekenpremie) respectievelijk artikel 9 (opbrengst van het verplicht eigen risico). 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 rekenpremie en het verplicht eigen risico wordt op basis van artikel 3.19, eerste lid, Bzv, in mindering gebracht op het in artikel 3.18, Bzv bedoelde normatieve bedrag per zorgverzekeraar.

In het derde lid is de toepassing van criteriumneutraliteit vastgelegd van de relevante criteria voor het verplicht eigen risico. Voor 2023 betreft dit het vereveningscriterium MHK. Dit gebeurt overeenkomstig de methodiek bij 'variabele zorgkosten' (artikel 12, vierde lid). Ook hier rondt het Zorginstituut de herberekende gewichten af op twee decimalen.

Artikel 19

In dit artikel is vastgelegd dat de aanvulling van het model voor de variabele zorgkosten met het vereveningscriterium IBZ en de regels omtrent de buiten beschouwing te laten kosten bij de vereveningscriteria MHK en GGZ-MHK en indeling in klassen van de in het buitenland wonende verzekerden en de aan die klassen verbonden gewichten, zoals neergelegd in artikel 5, artikel 6, tweede en derde lid, respectievelijk artikel 7, tevens van toepassing zijn bij de vaststelling van de vereveningsbijdragen.

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

Artikel 20

Verzekerden jonger dan achttien jaar zijn geen nominale premie verschuldigd. Zorgverzekeraars hebben voor verzekerden jonger dan achttien jaar naast zorgkosten, ook beheerskosten (administratie en zorginkoop), waarvoor ze uit het Zvf compensatie ontvangen. De vergoeding uit het Zvf is voor het vereveningsjaar 2023 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 geneeskundige GGZ voor deze verzekerden naar de Jeugdwet.

Artikel 21

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

Artikel 22

Deze regeling treedt gezien artikel 32, vierde lid, onderdeel a, Zvw, in werking met ingang van 30 september 2022. Indien de Staatscourant waarin deze regeling wordt geplaatst, wordt uitgegeven na 29 september 2022, treedt deze regeling in werking met ingang van de dag de datum van de uitgifte van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst en werkt terug tot en met 30 september 2022. Deze regeling richt zich op de zorgverzekeraars en het Zorginstituut. Er wordt afgezien van de minimale invoeringstermijn van twee maanden en van de vaste verandermomenten omdat daarmee aanmerkelijk ongewenste private en publieke nadelen worden voorkomen. Aanwijzing 4.17 van de Aanwijzingen voor de regelgeving voorziet in die afwijkingmogelijkheid.



Artikel 23

Aangezien deze regeling de regels bevat met betrekking tot de aan de zorgverzekeraars te verstrekken risicovereveningsbijdragen over het vereveningsjaar 2023, krijgt zij de citeertitel 'Regeling risico-verevening 2023'.

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