



Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, van 20 september 2013, kenmerk Z-151938-110091, houdende bepalingen omtrent de in de Zorgverzekeringswet bedoelde vereveningsbijdrage voor het jaar 2014 (Regeling risicoverevening 2014)

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 32, vierde lid, van de Zorgverzekeringswet en de artikelen 1, onderdelen i, j, k, x, y en aa, 3.1, derde lid, 3.2, eerste en tweede lid, 3.4, derde lid, 3.5, tweede lid, 3.6, derde lid, 3.7, derde lid, 3.8, 3.10, tweede lid, 3.11, vijfde en zesde lid, 3.13, 3.14, 3.15, eerste en tweede lid, 3.16, eerste lid, 3.17, eerste en tweede lid, 3.19, tweede lid, en 3.22, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering;

Besluit:

HOOFDSTUK 1. DEFINITIES EN ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1

1. Deze regeling verstaat onder:
 - a. *dbc-zorgproduct*: een declarabele prestatie die is afgeleid uit subtrajecten en zorgactiviteiten via door de zorgautoriteit vastgestelde beslisbomen;
 - b. *dbc-zorgproduct in het vrije segment*: een dbc-zorgproduct waarvan de prijs tot stand komt in vrije onderhandeling;
 - c. *dbc-zorgproduct in het gereguleerde segment*: een dbc-zorgproduct waarvan de maximumprijs wordt bepaald door de zorgautoriteit;
 - d. *expertproduct*: een dbc-zorgproduct dat minder dan zes keer voorkomt in het dbc informatie systeem (DIS);
 - e. *overig zorgproduct*: een declarabele prestatie binnen de medisch specialistische zorg, niet zijnde een dbc-zorgproduct;
 - f. *add-on*: een door de zorgautoriteit te omschrijven overig zorgproduct op het terrein van de intensive care, dure geneesmiddelen of weesgeneesmiddelen, bestaande uit zorgactiviteiten behorende bij een dbc-zorgproduct;
 - g. *add-on voor groeihormonen*: een add-on betrekking hebbende op dure geneesmiddelen op het terrein van groeihormonen (ATC-codes H01AC01 en H01AC03);
 - h. *add-on voor fertiliteits hormonen*: een add-on betrekking hebbende op dure geneesmiddelen op het terrein van fertiliteits hormonen (ATC-codes N02AA59 en N02BE51);
 - i. *eerstelijnsdiagnostiek*: een overig zorgproduct dat betrekking heeft op door de eerste lijn gevraagde diagnostiek door een ziekenhuis, door een huisartsenlaboratorium, door een productiesamenwerkingsverband of door een zelfstandig behandelcentrum;
 - j. *paramedische behandeling en onderzoek*: een overig zorgproduct dat betrekking heeft op ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, dieetadvisering, oefentherapie, orthoptie, psychologie of verloskunde geleverd in een instelling;
 - k. *landelijke vaste kosten factor*: een factor waarmee het College zorgverzekeringen op basis van historische kosten van ziekenhuisverpleging en historische kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar per zorgverzekeraar de ex ante deelbedragen berekent voor de kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' in 2014;
 - l. *geriatrische revalidatiezorg*: zorg zoals omschreven in artikel 2.5c van het Besluit zorgverzekering;
 - m. *hulpmiddelenkostengroepen (HKG's)*: een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in kostenhomogene klassen chronische aandoeningen op basis van hulpmiddelengebruik in het verleden;
 - n. *diagnosekostengroepen (DKG's) psychische aandoeningen*: een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in kostenhomogene klassen met verschillende chronische psychische aandoeningen die geïdentificeerd zijn op grond van diagnose behandeling combinaties.
2. De kosten, bedoeld in artikel 1, onderdeel j, van het Besluit zorgverzekering zijn:
 - a. de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar;
 - b. de overige kosten, genoemd in artikel 15.



3. Het bedrag, bedoeld in artikel 1, onderdeel x, van het Besluit zorgverzekering, is € 550.

Artikel 2

1. Het macro-prestatiebedrag voor het jaar 2014 bedraagt € 39.833,8 miljoen.
2. Het macro-prestatiebedrag is opgebouwd uit de volgende macro-deelbedragen:
 - a. het macro-deelbedrag 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' ad € 19.136,6 miljoen;
 - b. het macro-deelbedrag 'vaste zorgkosten' ad € 3.294,9 miljoen;
 - c. het macro-deelbedrag 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' ad € 3.739,0 miljoen;
 - d. het macro-deelbedrag 'kosten van overige prestaties' ad € 13.663,3 miljoen.

Artikel 3

1. De opbrengst van de nominale rekenpremie wordt voor het jaar 2014 geraamd op € 14.977,7 miljoen.
2. De opbrengst van het verplicht eigen risico wordt voor het jaar 2014 geraamd op € 3.098,1 miljoen.

Artikel 4

De beschikbare middelen voor het verstrekken van de bijdragen aan zorgverzekeraars, bedoeld in artikel 32, vierde lid, onderdeel a, van de Zorgverzekeringswet, omvatten voor het jaar 2014, naast de middelen, bedoeld in § 1.5 van hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering, een bedrag van € 21.758,0 miljoen.

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

Artikel 5

1. De verdeling van het macro-deelbedrag variabele kosten van medisch-specialistische zorg, bedoeld in artikel 3.4 van het Besluit zorgverzekering, en de verdeling van het macro-deelbedrag kosten van overige prestaties, bedoeld in artikel 3.7 van dat Besluit, geschiedt ten behoeve van het vereveningsjaar 2014 mede aan de hand van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar verdeeld naar HKG's.
2. De verdeling van het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, bedoeld in artikel 3.6 van het Besluit zorgverzekering, geschiedt ten behoeve van het vereveningsjaar 2014 mede aan de hand van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar verdeeld naar DKG's psychische aandoeningen.

Artikel 6

1. De klassen en gewichten, bedoeld in de artikelen 3.4, 3.6 en 3.7 van het Besluit zorgverzekering en de klassen en gewichten die aan de criteria, bedoeld in artikel 5 worden toegekend, zijn vermeld in de bijlagen 1 en 2.
2. Het College zorgverzekeringen verdeelt het macro-deelbedrag 'vaste zorgkosten' over zorgverzekeraars aan de hand van de gemiddelde vaste kosten per verzekerde per zorgverzekeraar in het jaar 2012, de landelijke vaste kosten factor 2014 en de geraamde aantallen verzekerden voor het vereveningsjaar 2014.

Artikel 7

In afwijking van artikel 6, eerste lid, en bijlage 1, tabellen 1.2, 1.3, en 1.4, en bijlage 2, tabellen 2.3 en 2.4, wordt een verzekerde die in het buitenland woont ingedeeld in de klassen 'Geen FKG', DKG '0', 'Geen HKG', 'Geen FKG psychische aandoeningen' en DKG-klasse psychische aandoeningen '0', waarbij voor hem het gewicht van die klassen door het College zorgverzekeringen wordt vastgesteld op een percentage van de gewichten van de desbetreffende klassen zoals deze op grond van de genoemde tabellen voor in Nederland wonende verzekerden gelden.



Artikel 8

1. De nominale rekenpremie per jaar bedraagt € 1 121 per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald.
2. Het College zorgverzekeringen 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 College zorgverzekeringen raamt het aantal zorgverzekeringen waarvoor premie moet worden betaald, bedoeld in het tweede lid, door het geraamde aantal zorgverzekeringen van verzekerden van achttien jaar en ouder bij een zorgverzekeraar, te verminderen met het geraamde aantal zorgverzekeringen van verzekerden, bedoeld in artikel 24 van de Zorgverzekeringswet.

Artikel 9

1. Het College zorgverzekeringen raamt de opbrengst van het verplicht eigen risico per zorgverzekeraar, bedoeld in artikel 3.10, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering, door het geraamde aantal verzekerden van achttien jaar en ouder, te verminderen met het geraamde aantal verzekerden, bedoeld in artikel 24 van de Zorgverzekeringswet, en het resultaat te vermenigvuldigen met de geraamde opbrengst van het verplicht eigen risico per verzekerde.
2. Het College zorgverzekeringen gaat voor de bepaling van de geraamde opbrengst per verzekerde, bedoeld in het eerste lid, voor verzekerden van achttien jaar of ouder die zowel onder het vereveningscriterium 'Geen FKG', als onder de vereveningscriteria 'DKG 0' en 'Geen MHK' vallen, uit van verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, aard van het inkomen, en regio en de in bijlage 4 genoemde gewichten. Hierbij wordt de in de bijlage 4 aangegeven klassenindeling van de criteria aangehouden.
3. De geraamde opbrengst per verzekerde, bedoeld in het eerste lid, bedraagt € 338,48 voor verzekerden van achttien jaar of ouder waarop het tweede lid niet van toepassing is.

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

Artikel 10

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

Artikel 11

1. Nadat het College zorgverzekeringen de gerealiseerde kosten op de in de artikelen 12 tot en met 15, en 17 beschreven wijze heeft toegedeeld, herberekent het College zorgverzekeringen voor de clusters 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg', 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' en 'kosten van overige prestaties', de relevante gewichten.
2. Het College zorgverzekeringen gaat bij de herberekening, bedoeld in het eerste lid, uit van de gerealiseerde kosten voor elk van de in het eerste lid genoemde clusters van prestaties, van gerealiseerde aantallen verzekerden per klasse van ieder vereveningscriterium en, voor de herberekening van de gewichten voor de clusters 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' en 'kosten van overige prestaties' van de verhouding tussen de gewichten in de tabellen van bijlage 1, respectievelijk, voor de herberekening van de gewichten voor het cluster 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg', van de verhouding tussen de gewichten in de tabellen van bijlage 3.
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: 2014;
 - b. FKG's: 2013;
 - c. DKG's: 2013;
 - d. HKG's: 2013;
 - e. aard van het inkomen: 2014;
 - f. regio: 2014;
 - g. SES: 2014;
 - h. meerjarig hoge kosten: 2011, 2012 en 2013 gecorrigeerd voor opbrengstresultaten;
 - i. ggz-regio: 2014;
 - j. FKG's psychische aandoeningen: 2013;
 - k. DKG's psychische aandoeningen: 2012 en 2013;
 - l. éénpersoonsadres: 2014;
 - m. kosten geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel: 2013;
4. In afwijking van het tweede en derde lid herberekent het College zorgverzekeringen de gewichten van de klasse '0' van de vereveningscriteria 'DKG's' en 'DKG's psychische aandoeningen', het gewicht van de klasse 'Geen MHK' van het vereveningscriterium 'MHK', het gewicht van de klasse 'Geen HKG' van het vereveningscriterium 'HKG', en het gewicht van de klassen 'kosten geneeskundige GGZ boven de lage drempel 'Niet' en 'kosten van geneeskundige GGZ boven de lage drempel 'Wel en DKG psychische aandoeningen is niet '0'' van het vereveningscriterium 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel' zodanig, dat de per criterium gesommeerde resultaten van de vermenigvuldiging van de gewichten met het gerealiseerde aantal verzekerden, macro per saldo nul bedraagt.

Artikel 12

1. Het College zorgverzekeringen merkt kosten als bedoeld in artikel 3.13 van het Besluit zorgverzekering voor prestaties van grensoverschrijdende zorg die zodanig zijn gespecificeerd, dat:
 - a. uit de specificatie blijkt dat zij ofwel gelden als kosten van geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden – met uitzondering van de kosten, bedoeld in subonderdeel b –, ofwel als kosten van verblijf als bedoeld in artikel 2.10 van het Besluit zorgverzekering – met uitzondering van de kosten, bedoeld in subonderdeel b – voor 90 procent aan als kosten van het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' en voor 10 procent aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten';
 - b. uit de specificatie blijkt dat zij gelden als kosten van geneeskundige zorg die gericht is op herstel van een psychische aandoening en, voor zover die zorg daarmee gepaard gaat, kosten van verblijf, aan als kosten van het cluster 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' dan wel, voor verzekerden jonger dan achttien jaar, als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten';
 - c. uit de specificatie niet blijkt dat zij gelden als kosten als bedoeld onder a of b voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'kosten van overige prestaties'.
2. Het College zorgverzekeringen merkt kosten voor prestaties van grensoverschrijdende zorg die gemaakt zijn met toepassing van internationale regelingen inzake sociale zekerheid, voor 80 procent aan als kosten van het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg', voor 5 procent aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten', en voor 15 procent aan als kosten van het cluster 'kosten van overige prestaties'.

Artikel 13

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

Artikel 14

1. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment, uitgezonderd de kosten van expertproducten, voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg'.
2. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten van dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment, uitgezonderd de kosten van expertproducten, voor 75 procent aan als kosten van het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg'.



3. Het College zorgverzekeringen merkt de honorarium Het College van zorgverzekeringen merkt kcomponent van de kosten van dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment, uitgezonderd de kosten van expertproducten, voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg'.
4. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten- en honorariumcomponent Het College van zorgverzekeringen merkt van de kosten van overige zorgproducten voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg', met uitzondering van de kosten van eerstelijnsdiagnostiek, de kosten van paramedische behandeling en onderzoek, en de kosten van de add-ons voor dure en weesgeneesmiddelen niet zijnde add-ons voor groeihormonen of fertiliteitshormonen.
5. Het College zorgverzekeringen merkt k Het College van zorgverzekeringen merkt kosten voor prestaties waarop de beleidsregel 'Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch-specialistische zorg' van de zorgautoriteit van toepassing is, voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg'.
6. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten van prestaties, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg, voor een door hem per instelling vast te stellen percentage aan als kosten van het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg'.
7. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten van de trombosediensten, de Stichting Kinderoncologie Nederland en van de Nederlandse Transplantatiestichting voor 75 procent aan als kosten van het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg'.

Artikel 15

1. Het College zorgverzekeringen baseert de herberekening per zorgverzekeraar van de kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' op de vaste kosten in het jaar 2013.
2. Het College zorgverzekeringen merkt de k Het College van zorgverzekeringen merkt kostencomponent van de kosten van dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment, uitgezonderd de kosten van expertproducten, voor 25 procent aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.
3. Het College zorgverzekeringen merkt de kostencomponent en de honorariumcomponent Het College van zorgverzekeringen merkt van de kosten van expertproducten in het vrije en gereguleerde segment voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.
4. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten Het College van zorgverzekeringen merkt van de add-ons voor dure en weesgeneesmiddelen, uitgezonderd de kosten van de add-ons voor groeihormonen en fertiliteitshormonen, voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.
5. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten van prestaties, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg, voor een door hem per instelling voor medisch-specialistisch zorg vast te stellen percentage aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.
6. Het percentage per instelling, bedoeld in het vijfde lid, is gelijk aan 100 minus het percentage, bedoeld in artikel 14, zesde lid.
7. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten van geriatrische revalidatiezorg voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.
8. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten van de trombosediensten, de Stichting Kinderoncologie Nederland en van de Nederlandse Transplantatiestichting voor 25 procent aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.
9. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten voor de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten en de 'Projectgelden geneeskundige GGZ die voortvloeien uit het bestuurlijk akkoord Toekomst GGZ 2013–2014 en het onderhandelaarsresultaat Geestelijke gezondheidszorg 2014–2017' voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.
10. Het College zorgverzekeringen calculeert 100 procent na op het verschil tussen de kosten van het cluster 'vaste zorgkosten', vastgesteld ingevolge het tweede tot en met negende lid enerzijds, en



het herberekende deelbedrag 'vaste zorgkosten' na toepassing van het eerste lid, anderzijds.

Artikel 16

Het College zorgverzekeringen past als volgt hogekostencompensatie toe op het herberekende deelbedrag 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg', bedoeld in artikel 3.12, derde lid, van het Besluit zorgverzekering:

- a. 90 procent van de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, voor zover deze kosten het bedrag van € 25.000 per verzekerde op jaarbasis overschrijden, wordt berekend;
- b. vervolgens worden de uitkomsten uit onderdeel a, per zorgverzekeraar gesommeerd;
- c. daarna wordt het percentage berekend dat voortvloeit uit de verhouding tussen de som van de uitkomsten van onderdeel b 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;
- d. ten slotte wordt het herberekende deelbedrag per zorgverzekeraar nogmaals herberekend door hierbij het resultaat van onderdeel b op te tellen en vervolgens te verminderen met het resultaat van onderdeel c.

Artikel 17

1. Het College zorgverzekeringen merkt de kostenHet College van zorgverzekeringen merkt van eerstelijnsdiagnostiek voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'kosten van overige prestaties'.
2. Het College zorgverzekeringen merkt de kostenHet College van zorgverzekeringen merkt van paramedische behandeling en onderzoek voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'kosten van overige prestaties'.
3. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten van prestaties waarop de beleidsregels 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' of 'Prestatiebesteding multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen' van de zorgautoriteit van toepassing zijn, voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'kosten van overige prestaties'.

Artikel 18

Het bedrag en het percentage bedoeld in artikel 3.17, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering zijn: € 12,50 en 90 procent.

Artikel 19

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 bij de zorgverzekeraar.
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 de gerealiseerde aantallen in dat artikel bedoelde verzekerden.

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 € 50.

HOOFDSTUK 5. BETALING VAN DE VEREVENINGSBIJDRAGE AAN ZORGVERZEKERAAR DOOR HET COLLEGE ZORGVERZEKERINGEN

Artikel 21

De betaling van de bijdrage geschiedt overeenkomstig door het College zorgverzekeringen te stellen beleidsregels, waarin ten minste een betaalschema is opgenomen dat rekening houdt met het betaalschema van de zorgverzekeraars.



HOOFDSTUK 6. WIJZIGING VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2013

Artikel 22

De Regeling risicoverevening 2013 wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 1, tweede lid, wordt '€ 400' vervangen door: € 550.

B

Artikel 15 wordt als volgt gewijzigd:

Onder vernummering van het elfde lid in het twaalfde lid, wordt een nieuw elfde lid ingevoegd, luidende:

11. Het College zorgverzekeringen merkt de kosten voor de Projectgelden geneeskundige GGZ voor 100 procent aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.

HOOFDSTUK 7. SLOTBEPALINGEN

Artikel 23

Deze regeling wordt aangehaald als: Regeling risicoverevening 2014.

Artikel 24

1. Deze regeling treedt in werking met ingang van de dag na de datum waarop artikel I van het Besluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met beperking van de ex post compensatiemechanismen voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage in werking treedt.
2. Indien het in het eerste lid genoemde artikel na 30 september 2013 in werking treedt, werkt deze regeling terug tot en met 30 september 2013.
3. Artikel 22 werkt terug tot en met 1 januari 2013, met dien verstande dat de in dat artikel opgenomen wijzigingen in de Regeling risicoverevening 2013 slechts worden toegepast bij de vaststelling van de vereveningsbijdragen over dat jaar.

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

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



BIJLAGE 1, BEHORENDE BIJ ARTIKELEN 6, EERSTE LID EN 11, EERSTE LID

De bijlage betreft kosten van zorg behorende tot de clusters 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' en 'kosten van overige prestaties'.

De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex ante berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (art. 6, eerste lid) en vormen de basis voor de herberekening van de gewichten ten behoeve van de ex post berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (art. 11, tweede lid).

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

Leeftijd en geslacht		Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestaties
Mannen	0 jaar	3345,71	977,19
	1-4 jaar	843,37	705,54
	5-9 jaar	694,89	802,44
	10-14 jaar	657,09	731,13
	15-17 jaar	705,83	734,72
	18-24 jaar	728,96	566,92
	25-29 jaar	698,67	554,04
	30-34 jaar	697,10	562,67
	35-39 jaar	764,80	597,43
	40-44 jaar	824,30	617,41
	45-49 jaar	938,33	658,18
	50-54 jaar	1.054,95	700,77
	55-59 jaar	1.312,79	779,45
	60-64 jaar	1.487,87	824,88
	65-69 jaar	1.818,99	926,95
	70-74 jaar	2.203,81	988,09
	75-79 jaar	2.507,48	1.069,04
	80-84 jaar	2.527,21	1.181,20
	85-89 jaar	2.285,04	1.375,82
	90+ jaar	2.013,59	1.706,07
Vrouwen	0 jaar	2.962,75	860,28
	1-4 jaar	727,80	653,07
	5-9 jaar	641,58	732,12
	10-14 jaar	634,71	724,18
	15-17 jaar	737,42	836,01
	18-24 jaar	902,90	771,85
	25-29 jaar	1.157,36	1.005,40
	30-34 jaar	1.250,98	1.048,52
	35-39 jaar	1.117,98	826,38
	40-44 jaar	982,71	707,58
	45-49 jaar	1.055,09	739,40
	50-54 jaar	1.136,98	791,74
	55-59 jaar	1.223,60	847,54
	60-64 jaar	1.321,04	889,72
	65-69 jaar	1.515,22	998,37
	70-74 jaar	1.741,60	1.093,24
	75-79 jaar	1.891,04	1.221,41
	80-84 jaar	1.838,99	1.386,24
	85-89 jaar	1.640,89	1.604,18
	90+ jaar	1.360,39	1.869,67

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

FKG's	Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestaties
Geen FKG	-71,05	-151,47
Glaucoom	147,69	195,76

	Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestaties
FKG's		
Schildklierandoeningen	137,51	74,24
Psychose, Alzheimer en verslaving	-587,95	1.148,12
Depressie	111,20	204,35
Neuropathische pijn	483,22	760,30
Hoog cholesterol	137,12	246,73
Diabetes type II zonder hypertensie	108,99	643,51
COPD/ Zware astma	647,08	1.070,45
Astma	212,76	514,17
Diabetes type II met hypertensie	276,10	814,46
Epilepsie	327,08	657,05
Ziekte van Crohn/ Colitis Ulcerosa	533,10	458,67
Hartaandoeningen	1.150,15	353,70
Reuma	445,00	148,69
Parkinson	-481,60	2.275,53
Diabetes type I	225,16	1.363,88
Transplantaties	-1.013,83	662,08
Cystic fibrosis/pancreasenzymen	-8,41	3.980,78
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg	-2.645,40	4.155,66
Kanker	1.619,26	623,11
Hormoongevoelige tumoren	-168,10	467,59
HIV/AIDS	-3.461,19	7.591,28
Nieraandoeningen	3.484,96	2.484,92

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

	Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestaties
DKG's		
0	-186,63	-34,27
1	398,44	59,88
2	576,35	155,12
3	791,98	117,87
4	1.052,63	181,87
5	1.312,63	358,85
6	2.017,89	253,50
7	2.338,78	639,03
8	3.527,87	693,03
9	3.176,70	817,22
10	5.658,76	1.679,08
11	6.369,98	3.604,79
12	6.363,81	3.203,48
13	14.629,34	2.379,84
14	68.420,65	700,43
15	61.454,70	-2.966,14

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

	Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestaties
HKG's		
Geen HKG	0,15	-17,17
Insuline infuuspompen	-1.184,23	1.988,31
Katheters/urine-opvangzakken	195,21	1.499,52
Stoma's	56,71	2.449,27
Tracheo-stoma's	1.592,17	5.395,50

Tabel 1.5: Gewichten voor het vereveningscriterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde)

Aard van het inkomen		Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestaties
	0-17 jaar	0,00	0,00
Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	354,92	361,17
	35-44 jaar	378,68	381,78
	45-54 jaar	371,48	331,56
	55-64 jaar	317,82	221,87
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	201,76	100,13
	35-44 jaar	188,13	172,60
	45-54 jaar	252,38	225,32
	55-64 jaar	157,15	163,75
Studenten	18-34 jaar	-177,01	-110,22
Zelfstandigen	18-34 jaar	-67,92	-52,34
	35-44 jaar	-111,07	-61,73
	45-54 jaar	-157,58	-81,34
	55-64 jaar	-172,61	-99,94
	65+ jaar	0,00	0,00
Referentiegroep	18-34 jaar	15,59	3,21
	35-44 jaar	-21,36	-26,15
	45-54 jaar	-32,36	-35,52
	55-64 jaar	-54,40	-42,37

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

Regio	Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestaties
1	75,71	27,40
2	44,10	17,74
3	24,30	10,38
4	-2,02	4,06
5	-0,52	-0,90
6	1,73	2,87
7	-18,85	-6,36
8	-37,12	-10,36
9	-37,27	-15,29
10	-46,27	-27,62

Tabel 1.7: Gewichten voor het vereveningscriterium sociaaleconomische status (in euro's per verzekerde)

SES		Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestaties
SES 0 (> 15 bewoners)	0-17 jaar	2,47	14,75
	18-64 jaar	96,38	-45,23
	65+ jaar	-381,14	282,82
SES 1 (laag)	0-17 jaar	2,47	14,75
	18-64 jaar	15,78	7,42
	65+ jaar	193,77	74,03
SES 2 (midden)	0-17 jaar	-15,13	-8,76
	18-64 jaar	6,11	15,28
	65+ jaar	-31,33	2,05
SES 3 (hoog)	0-17 jaar	36,24	-32,49
	18-64 jaar	-20,46	-21,20
	65+ jaar	-9,88	-70,90

Tabel 1.8: Gewichten voor het vereveningscriterium meerjarig hoge kosten (in euro's per verzekerde)

	Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestaties
Meerjarig hoge kosten		



	Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestaties
Geen MHK	-132,37	-121,80
MHK 2 voorafgaande jaren hoge kosten in de top 10 procent	1.609,80	936,31
MHK 3 jaar hoge kosten in top 15 procent	1.160,69	994,63
MHK 3 jaar hoge kosten in top 10 procent	1.760,51	1.647,11
MHK 3 jaar hoge kosten in top 7 procent	2.680,18	2.601,46
MHK 3 jaar hoge kosten in top 4 procent	4.558,44	4.629,36
MHK 3 jaar hoge kosten in top 1,5 procent	11.615,02	13.146,18



BIJLAGE 2, BEHORENDE BIJ ARTIKEL 6, EERSTE LID

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

De in deze bijlage genoemde vereveningscriteria zijn van toepassing voor verzekerden van achttien jaar en ouder; de gewichten zijn bedoeld voor de ex ante berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (artikel 6, eerste lid).

De gewichten bevatten geen correctie voor hogekostencompensatie.

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

Leeftijd en geslacht		
Mannen	18–24 jaar	372,19
	25–29 jaar	333,95
	30–34 jaar	333,95
	35–39 jaar	300,19
	40–44 jaar	281,96
	45–49 jaar	267,96
	50–54 jaar	259,10
	55–59 jaar	246,36
	60–64 jaar	235,80
	65–69 jaar	215,71
	70–74 jaar	224,68
	75–79 jaar	227,49
	80–84 jaar	226,59
	85–89 jaar	218,43
90+ jaar	215,55	
Vrouwen	18–24 jaar	410,59
	25–29 jaar	339,66
	30–34 jaar	333,95
	35–39 jaar	295,80
	40–44 jaar	281,96
	45–49 jaar	277,89
	50–54 jaar	260,39
	55–59 jaar	235,80
	60–64 jaar	235,80
	65–69 jaar	224,60
	70–74 jaar	230,75
	75–79 jaar	219,60
	80–84 jaar	215,55
	85–89 jaar	215,55
90+ jaar	215,55	

Tabel 2.2: Gewichten voor het vereveningscriterium ggz-regio (in euro's per verzekerde)

ggz-regio	
1	72,46
2	25,91
3	-5,77
4	-10,83
5	-13,67
6	-13,67
7	-13,67
8	-13,67
9	-13,67
10	-13,67



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

FKG's psychische aandoeningen		
Geen FKG psychische aandoeningen		-31,42
FKG psychose		1.968,10
FKG psychose depot		4.534,28
FKG chronische stemmingsstoornissen		351,79
FKG verslaving		1.338,92
FKG bipolair regulier		707,42
FKG bipolair complex		1.312,02
FKG ADHD		259,16

Tabel 2.4: Gewichten voor het vereveningscriterium DKG psychische aandoeningen (in euro's per verzekerde)

DKG's psychische aandoeningen		
0		-100,86
1		1.820,77
2		6.922,96
3		13.031,18
4		20.556,21
5		27.212,92

Tabel 2.5: Gewichten voor het vereveningscriterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde)

Aard van het inkomen			
Arbeidsongeschikten	18-34 jaar		652,51
	35-44 jaar		275,55
	45-54 jaar		91,17
	55-64 jaar		14,34
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar		677,44
	35-44 jaar		333,43
	45-54 jaar		178,43
	55-64 jaar		70,96
Studenten	18-34 jaar		-103,89
Zelfstandigen	18-34 jaar		-101,33
	35-44 jaar		-51,89
	45-54 jaar		-29,04
	55-64 jaar		-5,73
Referentiegroep	18-34 jaar		-32,25
	35-44 jaar		-27,87
	45-54 jaar		-14,71
	55-64 jaar		-5,73
	65+ jaar		0,00

Tabel 2.6: Gewichten voor het vereveningscriterium sociaaleconomische status (in euro's per verzekerde)

SES			
SES 0 (> 15 bewoners)	18-64 jaar		1.545,18
	65+ jaar		71,28
SES 1 (laag)	18-64 jaar		-2,89
	65+ jaar		27,32
SES 2 (midden)	18-64 jaar		-3,08
	65+ jaar		-8,34
SES 3 (hoog)	18-64 jaar		-22,85
	65+ jaar		-8,34

Tabel 2.7: Gewichten voor het vereveningscriterium eenpersoonsadres (in euro's per verzekerde)

Eenpersoonsadres		
Niet		-18,54
Wel		92,26



Tabel 2.8: Gewichten voor het vereveningscriterium kosten geneeskundige GGZ boven de lage drempel (in euro's per verzekerde)

Kosten geneeskundige ggz boven lage drempel	
Niet	-42,72
Wel en DKG psychische aandoeningen is '0'	1.407,48
Wel en DKG psychische aandoeningen is niet '0'	-42,72



BIJLAGE 3, BEHORENDE BIJ ARTIKEL 11, TWEDE LID

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

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

De gewichten bevatten een correctie voor hogekostencompensatie.

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

Leeftijd en geslacht		
Mannen	18-24 jaar	350,75
	25-29 jaar	323,51
	30-34 jaar	323,51
	35-39 jaar	305,96
	40-44 jaar	291,44
	45-49 jaar	278,63
	50-54 jaar	266,74
	55-59 jaar	248,29
	60-64 jaar	233,78
	65-69 jaar	210,17
	70-74 jaar	213,58
	75-79 jaar	218,42
	80-84 jaar	227,26
	85-89 jaar	221,15
	90+ jaar	210,17
Vrouwen	18-24 jaar	397,64
	25-29 jaar	357,57
	30-34 jaar	323,51
	35-39 jaar	316,76
	40-44 jaar	297,90
	45-49 jaar	293,54
	50-54 jaar	271,72
	55-59 jaar	240,27
	60-64 jaar	233,78
	65-69 jaar	210,17
	70-74 jaar	211,69
	75-79 jaar	210,17
	80-84 jaar	210,17
	85-89 jaar	210,17
	90+ jaar	210,17

Tabel 3.2: Gewichten voor het vereveningscriterium ggz-regio (in euro's per verzekerde)

ggz-regio	
1	55,57
2	28,89
3	1,44
4	-4,19
5	-10,60
6	-10,59
7	-15,14
8	-15,14
9	-15,14
10	-15,14



Tabel 3.3: Gewichten voor het vereveningscriterium FKG psychische aandoeningen (in euro's per verzekerde)

FKG's psychische aandoeningen		
Geen FKG psychische aandoeningen		-30,75
FKG psychose		1.746,01
FKG psychose depot		3.403,00
FKG chronische stemmingsstoornissen		387,64
FKG verslaving		1.201,47
FKG bipolair regulier		738,51
FKG bipolair complex		1.274,61
FKG ADHD		256,32

Tabel 3.4: Gewichten voor het vereveningscriterium DKG psychische aandoeningen (in euro's per verzekerde)

DKG's psychische aandoeningen		
0	Zie artikel 11, vierde lid van de Regeling risicoverevening 2014	
1		2.102,61
2		7.140,97
3		10.703,16
4		15.343,68
5		19.003,28

Tabel 3.5: Gewichten voor het vereveningscriterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde)

Aard van het inkomen		
Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	513,93
	35-44 jaar	300,18
	45-54 jaar	130,47
	55-64 jaar	20,14
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	539,10
	35-44 jaar	356,23
	45-54 jaar	216,83
	55-64 jaar	72,01
Studenten	18-34 jaar	-96,54
Zelfstandigen	18-34 jaar	-87,34
	35-44 jaar	-64,47
	45-54 jaar	-39,77
	55-64 jaar	-6,81
Referentiegroep	18-34 jaar	-21,98
	35-44 jaar	-29,18
	45-54 jaar	-19,37
	55-64 jaar	-6,81
	65+ jaar	0,00

Tabel 3.6: Gewichten voor het vereveningscriterium sociaaleconomische status (in euro's per verzekerde)

SES		
SES 0 (> 15 bewoners)	18-64 jaar	711,13
	65+ jaar	26,70
SES 1 (laag)	18-64 jaar	5,74
	65+ jaar	22,83
SES 2 (midden)	18-64 jaar	4,64
	65+ jaar	-5,63
SES 3 (hoog)	18-64 jaar	-22,43
	65+ jaar	-5,63

Tabel 3.7: Gewichten voor het vereveningscriterium eenpersoonsadres (in euro's per verzekerde)

Eenpersoonsadres		
Niet		-19,03
Wel		94,70



Tabel 3.8: Gewichten voor het vereveningscriterium kosten geneeskundige GGZ boven de lage drempel (in euro's per verzekerde)

Kosten geneeskundige ggz boven lage drempel	
Niet	Zie artikel 11, vierde lid van de Regeling risicoverevening 2014
Wel en DKG psychische aandoeningen is '0'	1.466,19
Wel en DKG psychische aandoeningen is niet '0'	Zie artikel 11, vierde lid van de Regeling risicoverevening 2014



BIJLAGE 4, BEHORENDE BIJ ARTIKELEN 9, TWEEDE LID, EN 20, TWEEDE LID

De bijlage betreft het eigen risico.

De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de berekening van de specifiek voor de 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 20, tweede lid).

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

Leeftijd en geslacht		Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
Mannen	18–24 jaar	134,92
	25–29 jaar	127,97
	30–34 jaar	131,34
	35–39 jaar	138,39
	40–44 jaar	144,71
	45–49 jaar	154,77
	50–54 jaar	167,39
	55–59 jaar	195,95
	60–64 jaar	211,99
	65–69 jaar	232,76
	70–74 jaar	256,04
	75–79 jaar	271,31
	80–84 jaar	283,28
85–89 jaar	290,68	
90+ jaar	289,34	
Vrouwen	18–24 jaar	196,02
	25–29 jaar	197,42
	30–34 jaar	201,05
	35–39 jaar	197,42
	40–44 jaar	193,06
	45–49 jaar	199,82
	50–54 jaar	210,40
	55–59 jaar	226,01
	60–64 jaar	234,43
	65–69 jaar	250,98
	70–74 jaar	270,24
	75–79 jaar	282,45
	80–84 jaar	289,30
85–89 jaar	286,60	
90+ jaar	274,89	

Tabel 4.2: Gewichten voor het vereveningscriterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde)

Aard van het inkomen		Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
Arbeidsongeschikten	18–34 jaar	69,00
	35–44 jaar	73,64
	45–54 jaar	63,58
	55–64 jaar	38,45
Bijstandsgerechtigden	18–34 jaar	54,37
	35–44 jaar	57,27
	45–54 jaar	49,84
	55–64 jaar	14,81
Studenten	18–34 jaar	-14,78
Zelfstandigen	18–34 jaar	-7,22
	35–44 jaar	-11,59
	45–54 jaar	-15,17
	55–64 jaar	-15,48
Referentiegroep	18–34 jaar	-0,93
	35–44 jaar	-3,85
	45–54 jaar	-3,64



Aard van het inkomen		Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
	55-64 jaar	-3,30
	65+ jaar	0,00

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

Regio	Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
1	12,95
2	8,35
3	5,28
4	2,60
5	-0,27
6	0,25
7	-3,86
8	-4,69
9	-7,68
10	-10,16



TOELICHTING

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 College zorgverzekeringen (CVZ) een 'vereveningsbijdrage' ontvangen, die uit het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) gefinancierd wordt. Deze bijdrage wordt gebaseerd op een inschatting vooraf (ex ante) van de zorgkosten van een zorgverzekeraar aan de hand van een aantal objectieve kenmerken van de verzekerden van die zorgverzekeraar. Deze systematiek beoogt zorgverzekeraars voor kostenverschillen als gevolg van onbeïnvloedbare verschillen in risicoprofielen in hun zorgverzekerdenportefeuilles te compenseren, 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 CVZ 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) en worden bepaalde compensatiemechanismen ingezet.

Hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering (Bzv) bevat de belangrijkste nadere regels over de vereveningsbijdragen: bepaald wordt met welke vereveningscriteria bij de berekening van die bijdragen rekening wordt gehouden, en hoe de bijdragen op hoofdlijnen ex ante en ex post worden berekend. De gedetailleerde uitwerking van deze regels is voor het vereveningsjaar 2014 vervolgens te vinden in voorliggende 'Regeling risicoverevening 2014' (Rrv 2014).

De hoofdstukken 1 tot en met 5 van de Rrv 2014 bevatten de regels die gelden voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage over 2014. Zo wordt bepaald welke middelen beschikbaar zijn voor het jaar 2014 en hoe deze middelen over zorgverzekeraars worden verdeeld. De vaststelling van de beschikbare middelen is gebaseerd op artikel 32, vierde lid, onderdeel a, van de Zvw.

De omvang van de beschikbare middelen is afgeleid uit het macro-prestatiebedrag. In de Rrv 2014 worden zowel het bedrag van de beschikbare middelen 2014, als het macro-prestatiebedrag 2014 vastgesteld. Het macro-prestatiebedrag wordt in 2014 verdeeld in vier macro-deelbedragen:

- het macro-deelbedrag 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg';
- het macro-deelbedrag 'vaste zorgkosten';
- het macro-deelbedrag 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg';
- het macro-deelbedrag 'kosten van overige prestaties'.

De splitsing van het macro-deelbedrag 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' in een macro-deelbedrag 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar' en een macro-deelbedrag 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder' is komen te vervallen. De kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar behoren vanaf 2014 tot het macro-deelbedrag 'vaste zorgkosten'.

De verdeling van de macro-deelbedragen vindt plaats op basis van de criteria, genoemd in het Bzv. In voorliggende regeling wordt nader ingegaan op de invulling van deze criteria in klassen en de bijbehorende gewichten.

Bij de herberekeningen van de bijdragen aan zorgverzekeraars in 2014 worden ex-post compensatiemechanismen toegepast. De bijdrage aan zorgverzekeraars wordt aangevuld met de bedragen berekend op grond van paragraaf 1.5 van hoofdstuk 3 van het Bzv.

Hoofdstuk 6 van de Rrv 2014 bevat wijzigingen in de risicovereveningsregels zoals deze met betrekking tot het kalenderjaar 2013 (artikel 22) luiden. Het gaat daarbij om wijziging van de hoogte van het drempelbedrag voor kosten van intramuraal en extramuraal gebruik van geneeskundige geestelijke



gezondheidszorg (geneeskundige GGZ) en de Projectgelden geneeskundige GGZ die voor 100 procent als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' worden aangemerkt. De slotbepalingen in hoofdstuk 7 bevatten regels over de terugwerkende kracht van de wijzigingen van de Regeling risicovereeniging 2013 en de inwerkingtreding van voorliggende regeling.

2. Inhoudelijke wijzigingen

2.1 Belangrijkste wijzigingen

Het kabinet zet in op verdere verbetering van de werking van het ex ante risicovereveningsmodel en op de vergroting van risicodragendheid van de zorgverzekeraars door afbouw van de ex post compensatiemechanismen.

Daarom worden er een aantal wijzigingen voor 2014 doorgevoerd. De belangrijkste zijn:

- *voor het ex ante gedeelte van het model:*
 1. De kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden jonger dan achttien jaar worden voor 100 procent als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' aangemerkt.
 2. Het macro-deelbedrag 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van jonger dan achttien jaar' vervalt.
 3. Kosten van paramedische behandeling en onderzoek binnen een instelling worden voor 100 procent als kosten van het cluster 'kosten van overige prestaties' aangemerkt.
 4. De volgende nieuwe vereveningscriteria worden toegepast: 'Hulpmiddelen- kostengroepen' en 'Diagnosekostengroepen psychische aandoeningen psychische aandoeningen'.
 5. De drempel van het vereveningscriterium 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel' bedraagt € 550.
 6. Het vereveningscriterium 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge drempel' vervalt.
 7. Het voor de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg gebruikte vereveningscriterium 'leeftijd onder achttien jaar' vervalt.
 8. In het vereveningscriterium 'farmaceutische kostengroepen' vervalt de klasse 'Groeihormonen'.
 9. In het vereveningscriterium 'aard van inkomen' wordt een extra klasse, 'Studenten', onderscheiden.
 10. De gewichten voor verzekerden in het buitenland voor de klasse 'Geen HKG' van het vereveningscriterium 'hulpmiddelen kostengroepen', de klasse '0' van het vereveningscriterium 'diagnose kostengroepen psychische aandoeningen' en voor de klasse 'Niet' van het vereveningscriterium 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de lage drempel' worden door het CVZ vastgesteld.
- *voor het ex post gedeelte van het model:*
 1. In het Bzv is geregeld dat de bandbreedte die gehanteerd wordt bij de ex post compensatie 'bandbreedteregeling somatiek' wordt verruimd van € 25 (€ 50) naar € 40 (€ 80).
 2. De bandbreedte die gehanteerd wordt bij de ex post compensatie 'bandbreedteregeling geneeskundige GGZ' wordt verruimd van € 7,50 (€ 15) naar € 12,50 (€ 25).
 3. Bij de hogekostencompensatie voor kosten van geneeskundige GGZ wordt de drempel verhoogd van € 10.000 naar € 25.000 per verzekerde op jaarbasis.

2.2 Proces vormgeving vereveningsmodel en bepaling normatieve gewichten

Bepaling uitgangsmodel

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

Bepaling normbedragen

Ten behoeve van de bepaling van de normatieve gewichten wordt een aantal stappen doorlopen. Eerst wordt een onderzoeksbestand samengesteld met historische (basis)gegevens, de kenmerken en vereveningscriteria van verzekerden, en hun zorgkosten onder het verzekerde pakket op individueel niveau. Het betreft (elk jaar) de meest recente, zo veel mogelijk uitgedeclareerde gegevens. Voor het



vereveningsjaar 2014 wordt daarom gebruik gemaakt van kostengegevens en verzekerdenkenmerken over 2010 en 2011.

Vervolgens worden, indien nodig, deze zorgkosten representatief gemaakt voor de situatie van het komende vereveningsjaar. Bij het representatief maken van de kosten worden de gevolgen van wijzigingen in bekostiging, aanpassingen in het verzekerde pakket van de Zvw en andere beleidsmaatregelen gesimuleerd.

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 somatische zorg, de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg en de eigen betalingen t.g.v. het verplicht eigen risico. Dit resulteert in de normatieve gewichten per vereveningscriterium. Vervolgens beoordelen de onderzoekers de stabiliteit en plausibiliteit van de normatieve gewichten. Het oordeel of de normbedragen van voldoende kwaliteit zijn om de risicoverevening van 2014 op te baseren, wordt besproken met de WOR. Tot slot verwoordt de WOR het oordeel over de kwaliteit in een advies aan mij.

2.3 Onderzoeksgegevens

Basisgegevens

De ex ante vereveningsmodellen voor somatische zorg en de geneeskundige GGZ zijn gebaseerd op kostengegevens over 2011 en verzekerdenkenmerken over 2010 en 2011.

De kwaliteit en volledigheid van de onderzoeksbestanden zijn verbeterd ten opzichte van vorig jaar. Dit blijkt uit het feit dat de dekking van de gegevens op individuniveau over ziektekosten en verzekerdenkenmerken van alle Zvw-verzekerden (BASIC) voor het eerst 100 procent is. De dekking van ziekenhuis-kosten uit het Informatiesysteem Ziekenhuiszorg (IZiZ) is vollediger dan voorgaande jaren.

Bewerkingen onderzoeksgegevens

Het ex ante vereveningsmodel voor 2014 is gebaseerd op de schadegegevens (declaraties) over 2011 en de verzekerdenkenmerken over 2010 en 2011. De schadegegevens zijn representatief gemaakt voor het te verwachten schadebeeld in 2014 door correcties uit te voeren voor de pakket- en beleidsmaatregelen die in 2012, 2013 en 2014 zijn of worden genomen.

Gegevensbewerking somatische zorg:

Het Zvw-pakket is aangepast bij de volgende kostensoorten: eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen, vruchtbaarheidsbehandelingen voor vrouwen van 43 jaar en ouder, fysiotherapie en oefentherapie, maagzuurremmers, geneesmiddelen met de vaste combinatie paracetamol-codeïne en dieetadviesring. Ook heeft een overheveling van verschillende extramuraal verstrekte dure geneesmiddelen naar het intramurale ziekenhuiskader plaatsgevonden.

De kosten van tnf-alfa-remmers en de dure oncolytica, die in 2012 respectievelijk 2013 zijn overgeheveld naar het ziekenhuiskader, worden in 2014 nog steeds aangemerkt als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'. Dit is noodzakelijk omdat gegevens ontbreken die nodig zijn voor normering.

Per 2014 worden de kosten van fertiliteitshormonen overgeheveld van het cluster 'kosten van overige prestaties' naar het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg'. Zorgverzekeraars zijn volledig risicodragend over deze kosten.

Als gevolg van de invoering van prestatiebekostiging en het declareren in termen van dbc-zorgproducten in 2012 moet de schadelast 2011 geconverteerd worden naar verwachte schadelast 2014. Deze conversie levert enige onzekerheid op met betrekking tot de gegevens voor het vereveningsmodel.

Met inachtneming van deze onzekerheden concludeert de WOR dat de gegevens van voldoende kwaliteit zijn en voldoende representatief zijn om het vereveningsmodel 'somatische zorg 2014' op te baseren.

Gegevensbewerking geneeskundige GGZ

Een belangrijke beleidsmaatregel in 2014 is de invoering van generalistische basis geestelijke gezondheidszorg (generalistische basis GGZ). De invoering van de generalistische basis GGZ gaat gepaard met de versterking van de huisartsenzorg en de praktijkondersteuner huisartsenzorg-GGZ functie (POH-GGZ functie). Een bijkomstigheid is dat er in 2014 geen eigen bijdrage in de geneeskundige GGZ worden geheven. Op basis van de inmiddels door de zorgautoriteit ontwikkelde beleidsregels en tarieven voor de generalistische basis GGZ is een conversietabel opgesteld. De effecten van de introductie van de generalistische basis GGZ op de schadelast zijn met behulp van deze conversieta-



bel, op niveau van individuele verzekerden, zo goed mogelijk gesimuleerd.

Het kabinet streeft naar een stelselherziening in 2015 om de effectiviteit van de jeugdzorg te verbeteren. Eén van de onderdelen is de voorgenomen overheveling van de geneeskundige GGZ voor de jeugd naar de gemeenten. Net als in eerdere jaren is besloten om de kosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar volledig na te calculeren. Deze kosten worden vanaf 2014 aangemerkt als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.

Omdat gebruikgemaakt wordt van kostengegevens 2011, worden de geleverde prestaties in de tweede lijn (ggz-dbc's) op dezelfde manier voor opbrengstresultaten gecorrigeerd als voor het risicovereveningsmodel 2013. De tarieven van de ggz-dbc's die in 2011 zijn gedeclareerd en na de invoering van de generalistische basis GGZ nog steeds een onderdeel uitmaken van de gespecialiseerde ggz, zijn vervangen door het landelijk tarief 2011. Hierdoor geldt voor alle instellingen hetzelfde tarief per productsoort en worden eventuele regionale verschillen, die deels worden veroorzaakt door verschillen in zorgzwaarte, niet meegewogen.

De introductie van generalistische basis GGZ met bijbehorende simulatie van de schadelast en de verwerking van opbrengstverrekening leveren enige onzekerheid met betrekking tot de gegevens voor het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ.

Met inachtneming van deze onzekerheden concludeert de WOR dat de gegevens van voldoende kwaliteit zijn en voldoende representatief zijn om het vereveningsmodel somatische zorg 2014 op te baseren.

2.4 Vormgeving ex ante risicovereveningsmodel 2014 somatische zorg

Het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische zorg kent in 2014 de volgende vereveningscriteria: 'leeftijd en geslacht', 'farmaceutischekostengroepen' (FKG's), 'diagnosekostengroepen' (DKG's), 'hulpmiddelenkostengroepen' (HKG's), 'aard van het inkomen' (Avl), 'sociaal economische status' (SES), 'meerjarig hoge kosten' (MHK) en het 'regiocriterium somatisch' (regio).

Op advies van de WOR worden in 2014 de volgende wijzigingen in de vormgeving van het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische zorg doorgevoerd:

- Bij het vereveningscriterium 'FKG's' is op grond van een regulier onderzoek van het CVZ een aanpassing van het referentiebestand doorgevoerd. Daarnaast is de FKG-klasse 'Groeihormonen' vervallen.
- Het vereveningscriterium 'HKG's' wordt toegevoegd aan het ex ante vereveningsmodel. Naast 'geen HKG' van het vereveningscriterium 'HKG' worden de volgende vier klassen onderscheiden: insuline infuuspompen, katheters/urine-opvangzakken, stoma's en tracheo-stoma's. Verzekerden kunnen alleen ingedeeld worden bij de HKG-klasse met het hoogste normbedrag. De kwaliteit van het vereveningsmodel verbetert licht. Door invoering van het vereveningscriterium 'HKG's' neemt de prikkel tot risicoselectie af, omdat specifieke subgroepen van verzekerden met specifiek hulpmiddelengebruik nu beter gecompenseerd worden.
- De klasse 'studenten' wordt aan het vereveningscriterium 'Avl' toegevoegd. Uit onderzoek bleek dat het toevoegen van een klasse 'studenten' weinig effect heeft op de statistische maatstaven die gebruikt worden om de kwaliteit van het ex ante model te meten. Studenten (ingeschreven bij een studie hoger beroepsonderwijs of wetenschappelijk onderwijs) vormen echter een goed afgebakende, en marketing technisch goed te bereiken groep verzekerden waarvoor zorgverzekeraars naar verwachting een positief resultaat behalen. Zonder aanpassing van het ex ante model kan bij zorgverzekeraars een prikkel tot risicoselectie ontstaan. Het vereveningscriterium 'Avl' is daarom uitgebreid met een klasse 'studenten'.

Doorrekening van het voorgenomen ex ante vereveningsmodel voor 2014 voor somatische zorg op de meest recente gegevens resulteert in een verbetering van het vereveningsmodel. Het vereveningsmodel somatische zorg is kwalitatief goed, stabiel en robuust.

2.5 Vormgeving ex ante risicovereveningsmodel 2014 geneeskundige GGZ

Het ex ante risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ kent in 2014 de volgende vereveningscriteria: 'leeftijd en geslacht', 'farmaceutischekostengroepen psychische aandoeningen' (FKG's psychische aandoeningen), 'diagnose- kostengroepen psychische aandoeningen' (DKG's psychische aandoeningen), 'Avl', 'SES', 'eenpersoonsadres', 'kosten geneeskundige GGZ boven de lage kostendrempel' (LDR) en het 'regiocriterium GGZ' (regio GGZ).

Op advies van de WOR wordt het ex ante vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ in 2014 op de volgende punten gewijzigd:



- Het model voor de geneeskundige GGZ wordt uitgebreid met het vereveningscriterium 'DKG's psychische aandoeningen'. Voor het vereveningscriterium 'LDR' wordt een restrictie opgenomen: verzekerden die ingedeeld worden in een klasse (met positief normgewicht) van het vereveningscriterium 'DKG's psychische aandoeningen' worden ingedeeld in de afslagklasse (klasse met negatief normgewicht) van het vereveningscriterium 'LDR'. De toevoeging van het vereveningscriterium 'DKG's psychische aandoeningen' (met restrictie) leidt op individu-, subgroep- en zorgverzekeraarsniveau tot een verbetering van de verevenende werking.
- Door de invoering van het vereveningscriterium 'DKG's psychische aandoeningen' zal het vereveningscriterium 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg boven de hoge kostendrempel' vervallen.
- De aanpassing in het vereveningscriterium 'Avl' van het somatische model worden op dezelfde manier doorgevoerd in het GGZ-model.

Doorrekening van het voorgenomen ex ante vereveningsmodel voor 2014 op de meest recente gegevens resulteert in grote veranderingen in de normbedragen bij de vereveningscriteria 'FKG's psychische aandoeningen', 'LDR' en 'Avl'. Deze veranderingen zijn goed verklaarbaar. De verevenende werking van het vereveningsmodel 2014 voor de geneeskundige GGZ is verbeterd ten opzichte van het model 2013. Het model is stabiel en robuust.

Artikelsgewijs

Artikel 1

De zorgautoriteit heeft met ingang van 2012 de beschrijvingen van zorgproducten (prestaties) aangepast. Deze beschrijvingen blijven in 2014 hetzelfde. Deze zorgproducten vormen de basis voor de risicoverevening. De zorgverzekeraars vergoeden de kosten van deze producten en worden hiervoor via de risicoverevening gecompenseerd. Het is daarom van belang om het begrippenkader dat de zorgautoriteit gebruikt bij de beschrijving van de prestaties en tarifiering ook te hanteren in het risicovereveningssysteem. De definities sluiten aan bij de inhoud van de door de zorgautoriteit vastgestelde Regeling medisch specialistische zorg (Stcrt. 12 april 2012, nr. 6905) en haar beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch-specialistische zorg', per 1 januari 2014 met nummer BR/CU-2108, (te raadplegen op www.nza.nl). Informatie over dbc-zorgproducten, inclusief expertproducten, wordt bijgehouden in het DIS. Dit is het systeem dat dbc-informatie bevat over de geleverde en gedeclareerde zorg. Deze informatie is rechtstreeks afkomstig uit de basisadministratie van ziekenhuizen, die sinds 2005 wettelijk verplicht zijn hun dbc-gegevens aan de Stichting Dutch Hospital Data (opgericht door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra) te leveren. Deze stichting beheert de data en levert uit aan geautoriseerde gebruikers van het DIS.

Naast de dbc-zorgproducten worden overige zorgproducten gedeclareerd. Deze overige zorgproducten worden verder onderverdeeld in een viertal categorieën die in de leden f tot en met j apart worden gedefinieerd voor zover dit noodzakelijk is voor de toewijzing aan deelbedragen.

De definitie van add-on voor fertiliteitshormonen is toegevoegd. De reden hiervoor ligt in de overheveling van deze hormonen per 2014 van het farmaciekader naar het kader voor medisch-specialistische zorg. Zowel deze add-on als de add-on voor groeihormonen worden als kosten van het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' aangemerkt, in tegenstelling tot de overige add-ons voor dure geneesmiddelen die tot het cluster 'vaste zorgkosten' worden gerekend.

Er zijn meer dan 1.000 expertproducten die in diverse categorieën zijn in te delen, waaronder brandwondenzorg, donormapping en -toewijzing, NFU-dataset (academische zorg), transplantatie, palliatieve zorg, stamceltransplantatie en thuisbeademing. De expertproducten zijn te raadplegen op <http://www.dbconderhoud.nl/>

[index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=853&Itemid=143](http://www.dbconderhoud.nl/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=853&Itemid=143). Eerstelijnsdiagnostiek wordt geleverd door ziekenhuizen, huisartsenlaboratoria (eerstelijnsdiagnostische centra), productiesamenwerkingsverbanden en zelfstandige behandelcentra (zbc's) op verzoek van zorgaanbieders in de eerste lijn, zoals de huisarts.

Paramedische behandeling en onderzoek omvat overige zorgproducten die betrekking hebben op ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, dieetadvisering, oefentherapie, orthoptie, psychologie of verloskunde die geleverd worden binnen een instelling. Het gaat hierbij per definitie alleen om instellingen die paramedische behandeling en onderzoek leveren die overige zorgproducten declareren, waaronder in ieder geval de ziekenhuizen.

Om het macro-deelbedrag 'vaste zorgkosten' te verdelen over de zorgverzekeraars wordt gebruik gemaakt van de historische kosten uit 2012. De historische kosten 2012 bestaan uit de vaste kosten 2012 met daaraan toegevoegd de kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden jonger dan achttien jaar 2012. Het CVZ berekent de landelijke kostenfactor en past deze



toe op deze historische kosten. Deze methodiek resulteert in de ex ante toekenning van de ex ante deelbedragen voor de vaste zorgkosten per zorgverzekeraar. De factor is zodanig bepaald, dat het totaal van de deelbedragen 'vaste zorgkosten' over alle zorgverzekeraars gelijk is aan het macro-deelbedrag 'vaste zorgkosten'.

De vereveningscriteria 'HKG's' en 'DKG's psychische aandoeningen' zijn nieuwe criteria die met deze regeling éénmalig (voor 2014) zijn toegevoegd aan de bestaande vereveningscriteria, zoals genoemd in het Bzv. Artikel 32, vierde lid, onderdeel b van de Zvw biedt de mogelijkheid hiertoe. Van deze mogelijkheid wordt hier gebruik gemaakt. De definities van deze nieuw toegevoegde vereveningscriteria zullen bij een wijziging van het Besluit zorgverzekering met betrekking tot het vereveningsjaar 2015 daarin worden opgenomen.

Vaste zorgkosten zijn kosten van zorg die voor zorgverzekeraars niet te beïnvloeden zijn of door onvoldoende gegevens in het kader van de risicoverevening niet normeerbaar zijn. De kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van 18 jaar en jonger worden als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' aangemerkt. Door schaarste op de markt en als gevolg van de hervorming van de jeugdzorg in 2015 zijn deze kosten voor zorgverzekeraars onvoldoende beïnvloedbaar. In artikel 15 is opgenomen welke andere kosten in 2014 als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' worden aangemerkt (tweede lid).

Op grond van het derde lid van artikel 1 wordt de lage drempel voor de kosten van de geneeskundige GGZ vastgesteld op € 550. Bij het vaststellen van dit bedrag is rekening gehouden met correcties voor de gerealiseerde opbrengstresultaten van gebudgetteerde instellingen voor geneeskundige GGZ betalen.

Artikel 2

De hoogte van het macro-prestatiebedrag volgt uit de kostenramingen voor de zorg die valt onder de Zvw. Dit bedrag is exclusief de voor de desbetreffende zorg te innen eigen bijdragen, maar inclusief de te innen bedragen aan verplicht of vrijwillig eigen risico. De basis voor het macro-prestatiebedrag wordt gevormd door de geraamde Zvw-gefinancierde uitgaven 2014. Deze ramingen zijn opgenomen in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2014 en gebaseerd op berekeningen van het Centraal Planbureau. Bij de onderverdeling van het macro-prestatiebedrag in deelbedragen is in principe aangesloten bij de sectorindeling in de begroting, zij het met enkele uitzonderingen en bijzonderheden (zie hierna). Aan de in de begroting vermelde bedragen zijn toegevoegd, de extra middelen die als onverdeelde post zijn opgenomen in de Rijksbegroting Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2014.

Het verschil tussen de beschikbare middelen uit het Zvf en het macro-prestatiebedrag hangt samen met het gegeven dat zorgverzekeraars de kosten van prestaties niet uitsluitend uit de hen ingevolge deze Regeling toe te kennen middelen dekken, maar tevens uit de opbrengsten van de nominale premie. Voorts vindt er een financieringsverschuiving van een deel van de kosten van prestaties plaats van zorgverzekeraars naar verzekerden, als gevolg van het verplicht eigen risico (artikel 3.19 Bzv). Uit technische overwegingen is ervoor gekozen bij de bepaling van de wijze waarop de middelen behoren te worden verdeeld over zorgverzekeraars uit te gaan 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 2014 is bepaald op (afgerond) € 1.121. Bij de vaststelling van dit bedrag is rekening gehouden met het feit dat zorgverzekeraars naast hun nominale premie, ook nog inkomsten krijgen via hun verzekerden als gevolg van het verplichte eigen risico van € 360 per verzekerde.

In het eerste lid van dit artikel wordt de hoogte van het macro-prestatiebedrag vastgesteld. De beschikbare middelen, bedoeld in artikel 4, kunnen uit het macro-prestatiebedrag worden afgeleid door daarop de geraamde opbrengsten van de nominale rekenpremie en de geraamde financieringsverschuiving als gevolg van het verplicht eigen risico in mindering te brengen. Het macro-prestatiebedrag wordt in 2014 onderverdeeld in vier onderscheiden macro-deelbedragen. Bij de onderverdeling van het macro-prestatiebedrag in deelbedragen is in principe aangesloten bij de sectorindeling in de Rijksbegroting 2014, zij het met enkele uitzonderingen en bijzonderheden. In de eerste plaats zijn de verschillende nominale bijstellingen en groeiruiten toegedeeld aan de verschillende (deel)prestaties, en hebben op enkele specifieke punten overhevelingen tussen (deel)prestaties plaatsgevonden. Zo telt bijvoorbeeld ziekenvervoer tussen ziekenhuizen als ambulancervervoer mee.

In de tweede plaats worden de kosten voor ziekenhuisverpleging toegedeeld naar de kosten van het deelbedrag 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg', naar kosten van het deelbedrag 'vaste zorgkosten' en naar kosten van het deelbedrag 'kosten van overige prestaties'. In de toelichting bij de artikelen 15, 16 en 17 wordt nader op deze toedeling ingegaan.

Doordat de kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden jonger dan achttien jaar in 2014 tot de



vaste zorgkosten behoren, komt het onderscheid in het deelbedrag 'kosten van geneeskundige gezondheidszorg' naar kosten voor verzekerden van achttien jaar en ouder en kosten voor verzekerden jonger dan achttien jaar te vervallen: het macro-deelbedrag 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' zal diensgevolge immers in 2014 per definitie slechts zien op de kosten van verzekerden van achttien jaar en ouder. De omvang van het macro-deelbedrag 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' neemt ten opzichte van 2013 dan ook af. Het macro-deelbedrag 'vaste zorgkosten' stijgt ten opzichte van 2013, doordat in 2014 ook de kosten voor geneeskundige GGZ van verzekerden jonger dan achttien jaar tot dit macro-deelbedrag behoren. De toedeling van het onderdeel van het macro-prestatiebedrag dat betrekking heeft op ziekenhuisverpleging, is grotendeels uitgevoerd aan de hand van cijfers die door de zorgautoriteit beschikbaar zijn gesteld over de kosten van verschillende soorten ziekenhuizen en overige instellingen die ziekenhuisverpleging verzorgen.

Ten slotte zijn aan de onderscheiden macro-deelbedragen componenten toegevoegd voor kosten in verband met de financiering van grensoverschrijdende zorg. Het gaat hierbij om een bedrag van in totaal circa € 478,2 miljoen. 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.

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 van het Bzv). Voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage gebeurt dit in artikel 19 (artikel 3.19 van het Bzv).

Artikel 4

In dit artikel wordt geregeld welke middelen voor bijdragen aan zorgverzekeraars ter dekking van de kosten van prestaties in het kader van de Zvw in het jaar 2014 ten laste van het Zvf beschikbaar zijn. Het CVZ verdeelt deze middelen over zorgverzekeraars op basis van de in het Bzv uiteengezette systematiek, met inachtneming van voorliggende Regeling.

De basis hiervoor is opgenomen in paragraaf 1.5 van hoofdstuk 3 in het Bzv. Het genoemde bedrag van € 21.758,0 miljoen is gebaseerd op de Rijksbegroting. Het macro-prestatiebedrag (€ 39.833,8 miljoen) verminderd met de opbrengst van de nominale rekenpremie (€ 14.977,7 miljoen) en de opbrengst van het verplicht eigen risico (€ 3.098,1 miljoen) levert een bedrag op van € 21.758,0 miljoen.

Artikel 5

Artikel 32, vierde lid, onderdeel b, van de Zvw biedt de mogelijkheid om éénmalig bij ministeriële regeling vereveningscriteria toe te voegen.

In het eerste lid wordt van deze mogelijkheid gebruik gemaakt door voor de verdeling van het macro-deelbedrag 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' en voor de verdeling van het macro-deelbedrag 'kosten van overige prestaties' éénmalig het vereveningscriterium 'HKG's' extra aan de bestaande vereveningscriteria toe te voegen.

In het tweede lid wordt van de mogelijkheid een extra criterium toe te voegen gebruik gemaakt voor de verdeling het macro-deelbedrag 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg'.

Eénmalig wordt het extra vereveningscriterium 'DKG's psychische aandoeningen' aan de bestaande vereveningscriteria toegevoegd.

Artikel 6

De gewichten van de klassen van vereveningscriteria die het CVZ hanteert bij de berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar, zijn als bijlagen 1 en 2 bij deze Regeling 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 CVZ bepaalt het normatieve bedrag per zorgverzekeraar voor de variabele kosten van medisch-specialistische zorg en voor de kosten van overige prestaties aan de hand van een raming van de verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen van verzekerden en de normbedragen naar leeftijd en



geslacht, en aan de hand van de optelling van de toe- en afslagen op grond van FKG's, DKG's, HKG's, Avl, SES, MHK en regio.

Het CVZ 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, Avl, SES, éénpersoonsadres, ggz-regio en de kosten van geneeskundige GGZ boven de lage drempel. Voor de invulling van het vereveningscriterium 'regio', zoals genoemd in het Bzv, is gekozen voor een specifiek regio-criterium voor de geneeskundige GGZ, genoemd ggz-regio. In dit criterium wordt rekening gehouden met verschillen in aanbod in de geneeskundige GGZ en met sociaaleconomische omstandigheden. De ex ante normgewichten worden zowel voor de somatische zorg als voor de geneeskundige GGZ dusdanig vastgesteld dat alle beschikbare middelen per macro-deelbedrag via de kenmerken leeftijd en geslacht worden verdeeld. Vervolgens vindt er verevening plaats tussen de verzekerden uit de verschillende risicoklassen van de volgende vereveningscriteria: FKG's, DKG's, Avl, SES, MHK, regio, FKG's psychische aandoeningen, éénpersoonsadres, ggz-regio, kosten geneeskundige GGZ boven de lage drempel, DKG's psychische aandoeningen en HKG's.

De verdeling van vaste zorgkosten wordt gebaseerd op de historische vaste kosten per verzekerde per zorgverzekeraar in het jaar 2012, de historische kosten voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg per verzekerde per zorgverzekeraar in het jaar 2012, de landelijke vaste kostenfactor 2014 en de geraamde aantallen verzekerden in het jaar 2014. 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 wijzingen van dat Besluit is al in algemene zin ingegaan op de gehanteerde criteria: leeftijd en geslacht, FKG's, DKG's, Avl, SES, MHK, regio, FKG's psychische aandoeningen, éénpersoonsadres, ggz-regio en kosten geneeskundige GGZ boven de lage drempel. In aanvulling daarop kan over deze vereveningscriteria en de nieuwe vereveningscriteria 'HKG's' en 'DKG's psychische aandoeningen' kostengroepen nog het volgende worden opgemerkt.

- Leeftijd en geslacht worden in samenhang gezien, omdat het kostenpatroon naar leeftijd tussen mannen en vrouwen verschilt. Dit verschil hangt onder meer samen met de kosten van zwangerschap en geboorten bij vrouwen tussen (vooral) 20 en 40 jaar. Bij dit criterium wordt gewerkt met vijfjaarsklassen. Om beter aan te sluiten bij de leeftijdsgrens van premiebetaling (18 jaar) zijn de leeftijdsgrenzen in het interval 15–24 jaar onderverdeeld in 15–17 en 18–24 jaar in plaats van 15–19 en 20–24 jaar. Om beter aan te kunnen sluiten bij de werkelijke kosten wordt het leeftijdsinterval 0–4 jaar gesplitst in een klasse 0 jarigen en een klasse 1–4 jaar.
- Er wordt voor in Nederland wonende verzekerden gewerkt met 23 FKG's. Verzekerden kunnen in principe in meerdere FKG's worden ingedeeld. Daarnaast wordt een referentiegroep onderscheiden van verzekerden die in geen enkele FKG zijn ingedeeld. Dit is de FKG-klasse 'Geen FKG'. De vormgeving van het vereveningscriterium 'FKG's' wordt aangepast. De FKG-klasse 'groeihormonen' vervalt omdat de daarmee bedoelde, voorheen extramuraal verstrekte, geneesmiddelen door de overheveling naar het intramurale ziekenhuiskader geen basis kunnen zijn voor de FKG's.
- Voor het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ wordt gebruik gemaakt van zeven FKG's psychische aandoeningen, daarnaast is er een referentiegroep (genaamd 'Geen FKG psychische aandoeningen') van verzekerden die in geen enkele FKG psychische aandoeningen zijn ingedeeld. Het vereveningscriterium 'FKG's psychische aandoeningen' bestaat uit de volgende klassen: 'FKG psychose', 'FKG psychose depot', 'FKG chronische stemmingsstoornissen', 'FKG verslaving', 'FKG bipolair regulier', 'FKG bipolair complex' en 'FKG ADHD'. Om ingedeeld te worden in de FKG 'bipolair complex' moeten verzekerden naast 180 defined daily doses (ddd's) voor middelen uit de FKG 'bipolair regulier' ook minstens eenmaal een recept uit de (somatische) FKG 'epilepsie' of uit de FKG psychische aandoeningen 'psychose' of uit de FKG psychische aandoeningen 'psychose depot' voorgeschreven krijgen. Als een verzekerde ingedeeld wordt in de FKG 'bipolair complex' kan deze verzekerde niet ook ingedeeld worden in de indeling in de FKG 'bipolair regulier', als een verzekerde wordt ingedeeld in de FKG-klasse 'psychose depot' kan deze verzekerde niet ook ingedeeld worden in de FKG-klasse 'psychose'. Een verzekerde kan in meerdere FKG's psychische aandoeningen worden ingedeeld.
- Wat betreft DKG's is er voor in Nederland wonende verzekerden sprake van 15 clusters van aandoeningengroepen, en van een DKG '0' voor degenen die geen van die aandoeningen hebben. De DKG's worden in 2014 net als in 2013 ook gebaseerd op diagnose-informatie van niet-klinische behandelingen. In de vormgeving van de DKG's worden de verschillende klinische en niet-klinische behandelingen samengenomen zodat het risicovereveningsmodel een prikkel geeft om verzekerden – waar mogelijk – goedkoper poliklinisch te behandelen in plaats van via duurdere klinische opnames. Vanwege prikkelwerking worden zorgproducten van de typering 'Lichte behandeling op de polikliniek' uitgezonderd. De prevalentie van DKG's wordt vastgesteld op basis van diagnose-informatie uit de dbc-zorgproducten.
- Bij het vereveningscriterium 'Avl' worden bij de verzekerden van 18 tot en met 64 jaar vijfklassen



onderscheiden, waarvoor uit statistisch onderzoek is gebleken dat er sprake is van een verschillend kostenniveau. Het gaat om: 'arbeidsongeschikte verzekerden', 'bijstandsgerechtigde verzekerden', 'zelfstandige verzekerden', 'studenten' en een referentiegroep, die alle verzekerden omvat die niet zijn ingedeeld bij de vier hiervoor genoemde groepen. De klasse 'studenten' is nieuw toegevoegd aan dit vereveningscriterium. De verzekerden tot en met 17 jaar en verzekerden van 65 jaar en ouder zijn ondergebracht in twee aparte klassen. Binnen de klassen 'arbeidsongeschikte verzekerden', 'bijstandsgerechtigde verzekerden', 'zelfstandige verzekerden' en 'referentiegroep' wordt een nader onderscheid gemaakt op basis van leeftijd van de verzekerde. De klasse 'studenten' is hier een uitzondering op; deze heeft namelijk maar één leeftijdsgroep: 18–34 jaar. In de beleidsregels van het CVZ zal worden aangegeven hoe om te gaan met samenloop van verschillende klassen Avl.

- Het vereveningscriterium 'SES' gaat uit van het gemiddelde inkomen per adres. Het inkomen wordt opgedeeld in tien decielen, die worden samengevoegd tot drie clusters, en een vierde cluster voor adressen met meer dan 15 bewoners. Deze clusters worden in interactie met drie leeftijdsklassen genomen (0–17 jaar, 18–64 jaar en 65+ jaar). Hierdoor ontstaan 12 subgroepen.
- Door het vereveningscriterium 'MHK' kunnen structurele (voorspelbare) hoge kosten in het ex ante model substantieel beter verevend worden. Een verzekerde van wie de som van de variabele kosten van medisch-specialistische zorg en de kosten voor overige prestaties de afgelopen drie jaar tot de hoogste 15 procent behoort, wordt, afhankelijk van het percentiel waartoe de som van deze kosten behoort, ingedeeld in één van de klassen, '3 jaar hoge kosten in top 1,5 procent', '3 jaar hoge kosten in top 4 procent', '3 jaar hoge kosten in top 7 procent', '3 jaar hoge kosten in top 10 procent' of '3 jaar hoge kosten in top 15 procent'. Hierin is de top 1,5 procent de hoogste kostenklasse met het hoogste normatieve gewicht en de top 15 procent de laagste kostenklasse met het laagste normatieve gewicht. Een verzekerde wordt met in achtneming van het bovenstaande ingedeeld in de hoogste klasse. De klasse waarin men wordt ingedeeld is dezelfde voor beide deelbedragen. Een verzekerde van wie de som van de variabele kosten van medisch-specialistische zorg en de kosten van overige prestaties de afgelopen twee jaar tot de hoogste 10 procent hebben behoord, en die niet is ingedeeld in een van de eerdergenoemde, wordt ingedeeld in de klasse, 'MHK 2 voorafgaande jaren hoge kosten in de top 10 procent'. Een verzekerde die niet in een van de bovengenoemde klassen behoort, wordt ingedeeld in de klasse 'geen MHK'. Dit is de referentiegroep.
- Het vereveningscriterium 'Eenpersoonsadres' wordt alleen gebruikt in het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ. Dit criterium komt tegemoet aan de constatering dat alleenstaanden relatief vaker gebruik maken van de geneeskundige GGZ dan personen die deel uit maken van een huishouden bestaande uit twee of meer personen. Het vereveningscriterium 'Eenpersoonsadres' is gebaseerd op het onderscheid 'woont op een adres waar één persoon is ingeschreven' en 'woont niet op een adres waar één persoon is ingeschreven'.
- Het vereveningscriterium 'Regio' beoogt verschillen met betrekking tot zorgaanbod, sociaaleconomische omstandigheden en resterende gezondheidsverschillen te meten, door viercijferige postcodes te clusteren op basis van een model dat de verschillen verklaart, tussen het gemiddelde normatieve bedrag per verzekerde en de werkelijke gemiddelde kosten per verzekerde. In het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder wordt de regioclustering specifiek voor dit deelbedrag bepaald. Om het onderscheid aan te duiden met het regiocriterium voor de andere deelbedragen ('variabele kosten van medisch-specialistische zorg' en 'kosten van overige prestaties') gaan het Bzv en de Rrv 2014 uit van een andere naamgeving, namelijk ggz-regio.
- Het vereveningscriterium 'HKG's' wordt in 2014 toegevoegd aan het vereveningsmodel voor de variabele kosten van medisch-specialistische zorg en de kosten van overige prestaties. Er worden vier HKG-klassen onderscheiden: 'insuline infuuspompen', 'katheters/urine-opvangzakken', 'stoma's' en 'tracheo-stoma's'. Daarnaast is er een referentiegroep (genaamd 'Geen HKG') van verzekerden die in geen enkele HKG zijn ingedeeld. Door invoering van HKG's wordt voor subgroepen van verzekerden met specifiek hulpmiddelengebruik nu beter gecompenseerd. Hierdoor neemt de prikkel tot risicoselectie af. In het onderzoek is bij de selectie van hulpmiddelen rekening gehouden met mogelijkheden van hulpmiddelenregistratie.
- 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. Op advies van medische experts richt het vereveningscriterium 'DKG's psychische aandoeningen' zich op langdurig zorgafhankelijke patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) en op patiënten die tot de groep 'disease management van common mental disorders (DM)' behoren. Bij het vormgeven van de DKG's psychische aandoeningen worden de langdurig zorgafhankelijke patiënten onderscheiden op basis van dbc-informatie. Als eerste worden psychische dbc's met de volgende diagnoses uitgesloten: stoornissen in de kindertijd, en andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn. De psychische dbc Schizofrenie en andere psychotische stoornissen leiden in elk geval tot indeling in een DKG psychische aandoeningen. Alle overige psychische dbc's leiden



alleen tot indeling in een DKG psychische aandoeningen als de verzekerde ook in t-2 kosten heeft gehad in de geneeskundige GGZ.

De geselecteerde psychische dbc's worden geclusterd in vijf kostenhomogene klassen. Er wordt uitgegaan van enkelvoudige DKG's. Dat betekent dat een verzekerde die meer dan één relevante dbc heeft, uiteindelijk in één DKG (de zwaarste) wordt ingedeeld.

- De criteria 'geneeskundige GGZ-kosten boven hoge drempel' (HDR) en 'LDR' zijn beleidsmatig gezien geen goede vereveningscriteria. Deze criteria zijn immers louter gebaseerd op kosten. Het vereveningscriterium 'DKG's psychische aandoeningen' zouden technisch gezien een goede vervanger voor deze op kosten gebaseerde criteria kunnen zijn. Uit onderzoek blijkt echter dat een vereveningsmodel, waarin zowel het vereveningscriterium 'DKG's psychische aandoeningen' als het criterium 'LDR' met daarin de restrictie dat verzekerden alleen ingedeeld kunnen worden in een klasse met positief normgewicht van het criterium 'LDR' als zij niet ingedeeld worden in een klasse met positief normgewicht van het criterium 'DKG psychische aandoeningen', zorgverzekeraars het best compenseert voor de kosten van geneeskundige GGZ. Daarom is besloten om vanaf 2014 het vereveningscriterium 'HDR' niet meer toe te passen. Bij het vereveningscriterium 'LDR' worden drie klassen onderscheiden: een klasse 'Niet', een klasse 'Wel en 'DKG psychische aandoeningen is '0'' en een klasse 'Wel en 'DKG psychische aandoeningen is niet '0'''. Aan verzekerden in de klasse 'Wel en 'DKG psychische aandoeningen is '0'' wordt een positief normgewicht toegewezen, terwijl aan verzekerden in de overige twee klassen een (voor beide klassen gelijk) negatief normgewicht geldt.

De gewichten van alle vereveningscriteria zijn econometrisch geschat op basis van individuele kostencijfers van verzekerden uit 2011. Bij deze schatting wordt de samenhang tussen de verschillende criteria meegenomen. Bijvoorbeeld in het gewicht van leeftijdsklassen, FKG's en DKG's is verdisconteerd dat chronisch zieken in het algemeen ouder zijn dan verzekerden zonder chronische ziekte.

Artikel 7

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 FKG psychische aandoeningen, een DKG, een DKG psychische aandoeningen of een HKG. Als hier niet voor wordt gecorrigeerd, komen alle verzekerden woonachtig in het buitenland in de FKG-klasse 'Geen FKG', in de FKG psychische aandoeningen-klasse 'Geen FKG psychische aandoening', in de DKG-klasse '0', in de DKG psychische aandoeningen-klasse '0' en in de HKG-klasse 'Geen HKG' terecht. Dit is voor de betreffende verzekerden met een chronische aandoening onterecht in die zin, dat de bijbehorende gewichten voor hen niet juist zijn. Uit statistische analyses die het CVZ heeft uitgevoerd op de totale groep verzekerden woonachtig in het buitenland, blijkt dat, wanneer rekening wordt gehouden met de overige, wel bekende vereveningscriteria, een correctiepercentage voor het gewicht van de betreffende criteria worden bepaald. Dit normbedrag houdt als het ware rekening met de gemiddelde gezondheid van de totale groep verzekerden woonachtig in het buitenland. In dit artikel wordt geregeld dat voor alle in het buitenland wonende verzekerden andere gewichten gelden dan voor in Nederland wonende verzekerden die in deze klassen zijn ingedeeld. Het gewicht dat voor de buitenlandse verzekerden geldt, wordt door het CVZ vastgesteld op een percentage van laatstbedoelde gewichten.

Artikel 8

In dit artikel wordt aangegeven hoe het CVZ de opbrengst raamt van de nominale premie ten behoeve van de toekenning van de vereveningsbijdrage. Het bedrag wordt in mindering gebracht op het normatieve bedrag per zorgverzekeraar.

De nominale rekenpremie per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald, wordt jaarlijks bepaald en in het eerste lid genoemd. Zorgverzekeringen van verzekerden jonger dan achttien jaar, die niet premieplichtig zijn, worden daarom in de berekening buiten beschouwing gelaten. Dit geldt ook voor de zorgverzekeringen van verzekerden waarvoor de Minister van Veiligheid en Justitie in het kader van de uitvoering van een rechterlijke uitspraak verantwoordelijk is voor de verstrekking van geneeskundige zorg (artikel 24 Zvw). Daarbij valt te denken aan gedetineerden en TBS'ers. Het CVZ 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 CVZ 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 differentiëring in de normering van de bedragen die zorgverzekeraars van hun verzekerden naar verwachting ontvangen in het kader van het verplicht eigen risico. De normering is samengesteld uit een tweetal bedragen: opbrengsten verplicht eigen risico voor verzekerden van achttien jaar of ouder met en zonder chronische aandoeningen.

Voor de verzekerden zonder een chronische aandoening is een normatief model toepassing. Voor de bepaling van de omvang van deze opbrengst verplicht eigen risico gaat het CVZ voor verzekerden die vallen in de klasse 'Geen FKG' en vallen in de klasse 'DKG 0' en vallen in de klasse 'Geen MHK' uit van verzekerdenaantallen onderverdeeld in klassen naar leeftijd en geslacht, Avl, en regio en de in bijlage 4 genoemde gewichten. Hierbij wordt de in bijlage 4 aangegeven klasse-indeling van de criteria aangehouden.

Voor de verzekerden met een chronische aandoening, ingedeeld in een van de 23 FKG's (niet ingedeeld in de FKG-klasse 'Geen FKG'), 15 DKG's (niet ingedeeld in de DKG-klasse 'DKG 0') of 6 MHK-classes (niet ingedeeld in MHK-klasse 'Geen MHK'), wordt uitgegaan van een forfaitaire eigen betaling van € 338,48. Dit is het gemiddelde bedrag aan eigen betalingen voor deze totale groep verzekerden.

Artikel 10

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

Hoewel het aantal dubbel verzekerden sinds de inwerkingtreding van de 'Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' (Stb. 2011, 111) naar verwachting veel kleiner is dan in de voorgaande jaren¹, wordt in het tweede lid vooralsnog de regel gehandhaafd dat een zorgverzekeraar voor een verzekerde die in een periode bij meerdere zorgverzekeraars was ingeschreven, over die periode een vereveningsbijdrage krijgt die gedeeld wordt door het aantal zorgverzekeraars waarbij de verzekerde in die periode was ingeschreven.

Dit geschiedt om te voorkomen dat zorgverzekeraars onbedoeld voordeel ontleen aan dubbele inschrijvingen. Deze regel sluit aan bij de in artikel 961 van boek 7 van het Burgerlijk Wetboek opgenomen regel, dat ingeval een verzekerde voor een zelfde schade bij meerdere zorgverzekeraars is ingeschreven, de door de verzekerde aangesproken zorgverzekeraar de andere zorgverzekeraars kan aanspreken om de schade naar evenredigheid te dragen.

Overigens weet het CVZ op basis van het tweede lid van artikel 35 Zvw bij welke zorgverzekeraar(s) een verzekerde gedurende welke periode is ingeschreven. Hierbij is het CVZ op basis van het derde lid van artikel 35 Zvw gehouden betrokken zorgverzekeraars terstond te informeren op het moment dat geconstateerd wordt dat een verzekerde bij twee of meer zorgverzekeraars verzekerd is. Deze informatie biedt de zorgverzekeraar een handvat om de situatie van dubbele verzekering op te heffen. Ten slotte wordt opgemerkt dat het eerste en tweede lid ook tegelijkertijd van toepassing kunnen zijn (één van de zorgverzekeringen van een dubbel verzekerde eindigt gedurende een vereveningsjaar), zij het dat ook hier de werking van de 'Wet opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering' dit onwaarschijnlijk maakt. Indien dit toch voorkomt, ontvangt de zorgverzekeraar waarbij de verzekerde slechts een gedeelte van het jaar dubbel ingeschreven stond, voor die verzekerde een vereveningsbij-

¹ Deze wet geeft de zorgverzekeraar de bevoegdheid iemand die reeds elders een zorgverzekering heeft voor inschrijving voor een nieuwe zorgverzekering te weigeren, en zorgt er daarnaast voor dat zorgverzekeringen van mensen die op de datum van inwerkingtreding van de relevante bepalingen van die wet meer dan één zorgverzekering hadden, eindigen, op één na.



drage die vermenigvuldigd wordt met het aantal verzekerde dagen gedeeld door – voor het jaar 2014 – 365, waarna de uitkomst hiervan nog eens – wegens de dubbele verzekering in die periode – gedeeld wordt door 2. De zorgverzekeraar waarbij de verzekerde gedurende het gehele jaar ingeschreven stond, ontvangt over de dubbel verzekerde periode een bijdrage gedeeld door twee, en over de rest van het jaar de ‘volle’ bijdrage.

Artikel 11

In de artikelen 12 tot en met 15, en 17 van deze Regeling wordt bepaald aan welke clusters van prestaties bepaalde kostensoorten dienen te worden toegerekend. Pas nadat dat gebeurd is, kan het CVZ de gerealiseerde kosten bepalen. Het eerste lid van artikel 11 expliciteert dit nog eens voor die clusters van prestaties, waarvoor vereveningscriteria gelden en derhalve de gewichten dienen te worden herberekend. Dat wil zeggen voor alle clusters met uitzondering van het cluster ‘vaste zorgkosten’.

In artikel 3.11, tweede lid, van het Bzv is geregeld dat het CVZ na het vereveningsjaar de gerealiseerde kosten per cluster van prestaties berekent² en het vierde lid van dit artikel staat dat het CVZ de ex ante geraamde kosten per cluster van prestaties corrigeert voor het werkelijke aantal verzekerden en hun werkelijke verzekerdenkenmerken in het vereveningsjaar. Vervolgens stelt het CVZ, uitgaande van deze kosten en het gerealiseerde aantal verzekerden per klasse van ieder vereveningscriterium, nieuwe gewichten vast (artikel 3.11, vijfde lid, Bzv). Met behulp van deze nieuwe gewichten en van de werkelijke verzekerdenaantallen en de werkelijke verzekerdenkenmerken per zorgverzekeraar berekent het CVZ dan weer voor iedere zorgverzekeraar en ieder cluster van prestaties een ‘tussendeelbedrag’. Vóór het afschaffen van de macronacalculatie zouden dit het deelbedragen zijn geweest waarop vervolgens voor zover van toepassing de nacalculatie, de hogekostencompensatie en de bandbreedte-regeling zouden zijn toegepast. Maar nu de macronacalculatie met ingang van het vereveningsjaar 2012 is afgeschaft, wordt dit ‘tussendeelbedrag’ eerst nog omgerekend naar een ‘herberekend deelbedrag’ (art. 3.12, tweede en derde lid, Bzv), zodanig dat kostenoverschrijdingen die niet het gevolg zijn van verschillen tussen geraamde en werkelijk gerealiseerde aantallen verzekerden of verzekerdenkenmerken, voor rekening van de zorgverzekeraars blijven. Hierbij voorziet artikel 3.12, tweede lid, van het Bzv in flankerend beleid om te voorkomen dat zorgverzekeraars met een relatief slechte risicoportefeuille hierdoor benadeeld worden.

Het tweede en derde lid bepalen aan de hand van welke gegevens het CVZ de gewichten herberekent. Ten eerste zijn dit de over het vereveningsjaar gerealiseerde kosten per cluster van prestaties. Daarnaast zijn dit de gerealiseerde aantallen verzekerden per iedere klasse van ieder relevant vereveningscriterium. In het derde lid is wat dit betreft per criterium aangegeven uit welk jaar de gegevens betrokken dienen te worden. Ten slotte dient voor de clusters ‘variabele kosten van medisch-specialistische zorg’ en ‘kosten van overige prestaties’ de verhouding tussen de gewichten in de in bijlage 1 opgenomen tabellen in aanmerking te worden genomen. Voor het cluster ‘kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg’ moet de verhouding tussen de gewichten van de in bijlage 3 opgenomen tabellen te worden gehanteerd. Anders dan in bijlage 2, is in de in bijlage 3 opgenomen gewichten (die dus vervolgens weer door het CVZ dienen te worden herberekend) rekening gehouden met de financiële gevolgen van de toepassing van specifieke hogekostencompensatie (opgenomen in artikel 16 van deze Regeling).

Het derde lid geeft aan dat bij de herberekening van de gewichten, het CVZ voor de criteria uitgaat van realisatiecijfers uit het jaar 2014 wat betreft de vereveningscriteria ‘leeftijd en geslacht’, ‘Avl’, ‘SES’, ‘Eénpersoonsadres’, ‘Regio’ en ‘Ggz-regio’. Voor de vereveningscriteria ‘FKG’s’, ‘FKG’s psychische aandoeningen’, ‘DKG’s’ en ‘LDR’ wordt gekeken naar realisatiecijfers over 2013, waarbij het laatste criterium gecorrigeerd is voor gerealiseerde opbrengstresultaten. Voor het vereveningscriterium ‘MHK’ gaat het CVZ uit van realisatiecijfers over de jaren 2011, 2012 en 2013 gecorrigeerd voor gerealiseerde opbrengstresultaten. Bij de (ex ante) toekenning zijn deze realisaties nog niet bekend, en gaat het CVZ uit van ramingen met betrekking tot aantallen verzekerden per zorgverzekeraar, onderverdeeld naar de verschillende criteria. Dit sluit aan bij het concept achter FKG’s en DKG’s dat voorspelbare vervolgstkosten dienen te worden gecompenseerd.

Voor het vereveningscriterium ‘DKG’s’ is sprake van een referentiegroep, waarin verzekerden zijn ingedeeld als hun zorgverzekeraars niet in aanmerking komen voor een vergoeding op basis van dat criterium. Het CVZ krijgt in het vierde lid de opdracht om in afwijking van het tweede en derde lid het gewicht van deze groep zodanig vast te stellen, dat het totaal van de toe- en afslagen voor het criterium DKG – bezien over alle verzekerden en rekening houdend met de gerealiseerde verzekerden-

² Tot de gerealiseerde kosten behoren overigens niet kosten waarvoor een bijdrage als bedoeld in artikel 3.23 van het Besluit zorgverzekeringen (catastrofes) is verstrekt (zie art. 3.11, derde lid, van het Besluit).



aantallen per klasse – op nul uitkomt. Achtergrond hierbij is dat vanaf 2013 de DKG's gebaseerd zijn op zowel klinische als niet-klinische behandelingen. Bovendien is de vormgeving aangepast omdat deze door de invoering van prestatiebekostiging in 2012 gebaseerd moet worden op de informatie van dbc-zorgproducten. De vormgeving is vastgesteld op basis van 'gesimuleerde' DOT-productstructuur, waarbij enige onzekerheid bestaat over de mate waarin deze overeenkomt met de werkelijkheid. Hierdoor is niet te toetsen in hoeverre de ex ante verzekerdensraming (op basis van dbc's 2010) representatief is voor de uiteindelijke verzekerdensbepaling (dbc-zorgproducten 2013).

Ook voor het vereveningscriterium 'MHK' is sprake van een referentiegroep, waarin verzekerden zijn ingedeeld als zij niet in aanmerking komen voor een vergoeding op basis van dat criterium. Het CVZ krijgt in het vierde lid de opdracht om in afwijking van het tweede en derde lid het gewicht van deze groep zodanig vast te stellen, dat het totaal van de toe- en afslagen voor het criterium 'MHK' – bezien over alle verzekerden en rekening houdend met de gerealiseerde verzekerdens aantallen per klasse – op nul uitkomt. Achtergrond hiervan is dat 2014 pas het derde jaar is waarvoor een ex ante raming is gemaakt van de verzekerdens aantallen van het criterium 'MHK'. Er kan momenteel nog niet worden beschikt over een historische reeks, waardoor niet is te toetsen in hoeverre de ex ante verzekerdensraming (op basis van kosten 2009–2011) representatief is voor de uiteindelijke verzekerdensbepaling (op basis van kosten 2011–2013). Het is mogelijk dat er een ontwikkeling is in de prevalentie van het criterium 'MHK' bijvoorbeeld door wijzigingen in bekostiging van dure geneesmiddelen en/of ziekenhuizen in de tussenliggende jaren. Dat maakt het ramen van de verdeling van verzekerdenskenmerken lastiger.

Ook de gewichten die horen bij de klasse 'Geen Kosten van geneeskundige GGZ boven de lage drempel' van het vereveningscriterium 'LDR' dient het CVZ op een van het tweede en derde lid afwijkende wijze vast te stellen. In het vierde lid wordt bepaald dat het CVZ deze gewichten zodanig vaststelt dat macro gezien de toe- en afslagen voor dit criterium – rekening houdend met de gerealiseerde verzekerdens aantallen per klasse – op nul uitkomt.

Ten slotte stelt het CVZ ingevolge het vierde lid de gewichten van de criteria 'DKG psychische aandoeningen' en 'HKG's' dusdanig vast dat het totaal van de toe- en afslagen voor elk criterium – rekening houdend met de geraamde verzekerdens aantallen per klasse – op nul uitkomt. Daarbij wordt rekening gehouden met de gerealiseerde verzekerdens aantallen. Achtergrond hiervan is dat het ramen van de verdeling van verzekerdenskenmerken lastig is. Belangrijkste complicatie is dat de raming van de huidige aantallen verzekerden die vallen in de klassen van de criteria 'DKG psychische aandoeningen' en 'HKG's' voor een aantal zorgverzekeraars onzeker is, bijvoorbeeld doordat er voor deze nieuwe criteria onvoldoende kennis is over de ontwikkeling in de tijd of over registratie-effecten. Op het moment dat de verdeling van verzekerden over de verschillende klassen per criterium anders uitpakt dan verwacht zou zonder ex post herberekening van het gewicht van het criterium, ex post de bijdrage van het criterium sterk van nul af kunnen wijken. Om dit ongewenste effect te voorkomen, worden de gewichten van de betreffende klassen per criterium achteraf vastgesteld, rekening houdend met gerealiseerde verzekerdens aantallen per klasse (derde lid).

Artikel 12

In dit artikel is aangegeven hoe kosten van prestaties van grensoverschrijdende zorg in het risico-vereveningssysteem moeten worden verwerkt. Deze kosten worden of vergoed via de zorgverzekeraars (lid 1) of via het CVZ (lid 2).

Declaraties die bij de zorgverzekeraars worden ingediend zijn meestal zodanig gespecificeerd dat daaruit blijkt dat het gaat om kosten voor medisch-specialistische zorg, al dan niet inclusief verblijf (onderdeel a) of voor psychische zorg, al dan niet inclusief verblijf (onderdeel b). Het CVZ deelt deze kosten toe aan kosten van de betreffende clusters van prestaties. Voor de kosten van onderdeel a doet het CVZ dit aan de hand van een in het onderdeel vastgelegde verdeelsleutel. Voor de kosten van onderdeel b blijkt uit de specificatie of het gaat om verzekerden van jonger dan achttien jaar en ouder en dus om kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' of verzekerden van achttien jaar en ouder om en dus om kosten van het cluster 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg'. Is er wel een specificatie maar blijkt daaruit niet dat de kosten gemaakt zijn voor de eerder genoemde medisch-specialistische zorg of psychische zorg, dan gaat het om kosten van overige medische zorg, en die worden volledig aangemerkt als kosten van overige prestaties (onderdeel c).

De verdeelsleutel voor de toedeling onder lid 1, onderdeel a, is gebaseerd op cijfers uit het macro-prestatiebedrag 2014 en afgerond op 5 procentpunt.

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 Verordening (EG) nr. 883/2004 inzake sociale zekerheid dan wel bilaterale verdragen of multilaterale verdragen, zoals het Verdrag betref-



fende 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 CVZ worden afgehandeld worden op kasbasis door het CVZ in de risicoverevening verwerkt. De toedeling van de verschillende kosten van prestaties gebeurt op basis van feitelijke declaratiegegevens van het CVZ.

Op basis van eerdere schadecijfers over 2012 (inclusief balanspost) blijkt dat, afgerond op 5%-punt, de zogenaamde kosten buitenland als bedoeld in het tweede lid, voor 85 procent onder de kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp, voor 0 procent onder de kosten van geneeskundige ggz en voor 15 procent onder kosten van overige prestaties vallen. Geconstateerd kan worden dat de 'werkelijke' kosten buitenland via zorgverzekeraars relatief meer kosten van ziekenhuisverpleging en specialistische hulp omvatten en minder kosten van geneeskundige ggz en kosten van overige prestaties dan het macro-prestatiebedrag. Daarom wordt de kosten buitenland gebruikt voor de verdeling en niet het macro-prestatiebedrag. Daarmee sluit de verdeling beter aan bij de feitelijke situatie. Vervolgens moeten de kosten van ziekenhuiskosten en specialistische hulp (85 procent) worden verdeeld over de onderliggende clusters van deelbedragen. Dit gebeurt wél op basis van het macro-prestatiebedrag 2014, aangezien daarvoor geen gebruik gemaakt kan worden van werkelijke declaratiegegevens. De uiteindelijke verdeling is als volgt: voor 80 procentpunt worden de kosten buitenland als kosten van het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' beschouwd, voor 5 procentpunt als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' en voor 15 procentpunt als kosten van het cluster 'kosten van overige prestaties'.

Artikel 13

Binnen het Zvw-stelsel nemen verzekerden in een aantal situaties een deel van de zorgkosten voor eigen rekening. Deze eigen betalingen worden niet betrokken bij de risicoverevening. Een uitzondering wordt in het eerste lid echter gemaakt voor de eigen betalingen van verzekerden in geval van een verplicht of vrijwillig eigen risico. In de risicoverevening moeten deze kosten wel betrokken worden in de vaststelling van de gewichten voor de clusters 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg', 'kosten van overige prestaties' en 'kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg'. Op deze wijze wordt initieel bij de herberekening van de vaststelling van het normatief bedrag ten behoeve van de zorgverzekeraar rekening gehouden met de zorgkosten, exclusief de eigen betalingen voor zover deze niet het gevolg zijn van het verplicht of vrijwillig eigen risico. Omdat niet exact te bepalen is voor welke kostensoorten een verzekerde nu daadwerkelijk eigen betalingen heeft gedaan onder het eigen risico wordt het normatief bedrag voor eigen betalingen in mindering gebracht op het totaal van de normatieve bedragen van de drie hierboven genoemde clusters. Dit resulteert – na aftrek van de nominale rekenpremie – in de vereveningsbijdrage. Bij de bepaling van de uiteindelijke vereveningsbijdrage wordt normatief rekening gehouden met een financieringsverschuiving van zorgverzekeraar naar verzekerde voor kosten onder het verplicht eigen risico. Bij een vrijwillig eigen risico krijgt de verzekerde een premiereductie. Deze inkomstenderving voor de zorgverzekeraar wordt gecompenseerd doordat de betalingen uit hoofde van het vrijwillig eigen risico bij de zorgkosten worden meegerekend; voor de bepaling van de vereveningsbijdrage hoeft er dan ook geen normatief bedrag in mindering te worden gebracht.

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

Artikel 14

De basis voor de toedeling van de kosten van instellingen voor medisch- specialistische zorg naar de diverse deelbedragen, zoals deze wordt weergegeven in dit artikel en in artikel 16, is gelegen in de artikelen 3.14 en 3.15 van het Bzv. In dit artikel vindt de toedeling plaats van deze kosten naar het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg'.

Dbc-tarieven zijn opgebouwd uit een kosten- en een honorariumcomponent. Met de kostencomponent worden de kosten voor de instelling bedoeld. De toedeling van de kostencomponent van de onderhandelbare, gemaximeerde dbc-tarieven behorend bij het zogenoemde gereguleerde segment naar enerzijds het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' en anderzijds het cluster 'vaste zorgkosten', is gebaseerd op in deze regeling opgenomen percentages. In het verleden werd de toedeling naar variabele en vaste kosten voor een groot deel van de ziekenhuizen gebaseerd op de budgetsystematiek van die ziekenhuizen. Met ingang van 2012 hebben de meeste soorten instellingen geen budgetten meer, zodat de toedeling daar ook niet langer op gebaseerd kan worden. De budgetsystematiek wordt gewijzigd in een systematiek van vaste percentages per tariefsoort. Deze systematiek vormt de basis voor de toedeling van kosten naar variabele kosten van medisch-specialistische



zorg en geldt voor alle instellingen voor medisch-specialistische zorg die dbc-zorgproducten declareren, voor zover ze geen budgetsystematiek meer hebben in 2014.

Met de honorariumcomponent van de tarieven worden de kosten voor specialisten bedoeld. De splitsing in kosten- en honorariumcomponent is uitsluitend van belang voor de dbc-zorgproducten in het gereguleerde segment. De toedeling van de kostencomponent van deze kosten wordt in het tweede lid geregeld, de toedeling van de honorariumcomponent in het derde lid.

Het eerste, het tweede en het derde lid kennen uitzonderingen voor de expertproducten, die in het vrije en in het gereguleerde segment voorkomen. De kosten voor expertproducten worden, voor zowel de kosten- als honorariumcomponent, toegeedeeld aan het cluster 'vaste zorgkosten' (artikel 15, derde lid).

Hiernaast is ook bij de instellingen die in hoofdzaak worden gefinancierd op basis van dbc-zorgproducten nog sprake van aanvullende financiering in de vorm van overige zorgproducten. Onder deze overige zorgproducten vallen vier categorieën, te weten 'supplementaire producten', 'eerstelijnsdiagnostiek', 'paramedische behandeling en onderzoek' en 'overige verrichtingen'. Onder de categorie 'supplementaire producten' vallen 'de add-ons', 'de overige trajecten' en 'de stollingsfactoren'. De begrippen 'overig zorgproduct', 'add-on', 'eerstelijnsdiagnostiek' en 'paramedische behandeling en onderzoek' worden in artikel 1 van deze Regeling gedefinieerd; voor een omschrijving van de 'supplementaire producten', 'overige trajecten', 'stollingsfactoren' en 'overige verrichtingen' wordt verwezen naar de Regeling medisch-specialistische zorg van de zorgautoriteit (Stcrt. 12 april 2012, nr. 6905) en de beleidsregel 'prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' van de zorgautoriteit. Sinds 2012 worden zowel de kosten- als de honorariumcomponent van de overige zorgproducten voor 100 procent toegeedeeld aan het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg'. Dit geldt per 2013 ook voor de kosten van overige zorgproducten die betrekking hebben op hemostatica en voor de kosten van de add-ons voor groeihormonen, (per 2014) add-ons voor fertiliteitshormonen en de add-ons voor intensive care. Een uitzondering op de regel dat de kosten van overige producten aan het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' worden toegeedeeld, vormen de kosten van de add-ons voor dure en weesgeneesmiddelen niet zijnde add-ons voor groeihormonen of fertiliteitshormonen, die aan het cluster 'vaste zorgkosten' (artikel 16, vierde lid) worden toegeedeeld en de kosten voor eerstelijnsdiagnostiek en de kosten van paramedische behandeling en onderzoek die aan het cluster 'kosten van overige prestaties' worden toegeedeeld (artikel 17).

Een zorgverzekeraar kan zelf beslissen of hij de zorgprestaties die vallen onder de beleidsregel van de zorgautoriteit 'Verpleging in de thuissituatie, noodzakelijk in verband met medisch-specialistische zorg' inkoop en bij welke zorgaanbieder.

Het is de bedoeling dat dit leidt tot zorg die wordt geleverd in de beste vorm, waarin de mogelijkheid wordt gecreëerd tot substitutie en mensen eerder naar huis kunnen vanuit het ziekenhuis. Nu de zorgverzekeraar grote invloed heeft op de inkoop van deze zorg, pleit dit voor een risicodragendheid conform het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' (vijfde lid).

De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) biedt mogelijkheden voor experimenten waarbij ook voor dbc-zorgproducten die niet behoren tot het zogenoemde vrije segment toch sprake kan zijn van vrije prijsvorming. Het zesde lid geeft, samen met het vijfde en zesde lid van artikel 16, aan dat de vast/variabel-verhouding, die voor de kosten van deze experimenten geldt, door het CVZ wordt vastgesteld.

De trombosediensdiensten, de Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION) en de Nederlandse Transplantatiestichting (NTS) zullen in 2014 nog niet zijn overgegaan op financiering op basis van dbc-zorgproducten. Daarom moet worden bepaald hoe de kosten van hun prestaties worden gesplitst in een vast- en een variabel deel: voor 75 procent worden deze kosten aan het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' toegeedeeld (zevende lid).

Wat betreft de splitsing van de kosten voor prestaties van grensoverschrijdende zorg van buitenlandse instellingen, geldt hetgeen is toegelicht bij artikel 13.

Artikel 15

Het eerste lid regelt dat de kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' worden herberekend op basis van de vaste kosten in 2013. De tarieven van dbc's behorend tot het vrije segment spelen bij de bepaling van de vaste zorgkosten geen rol.

Het tweede lid gaat in op de toedeling van de kosten van dbc-producten in het gereguleerde segment aan het cluster 'vaste zorgkosten'. Het percentage van deze kosten dat aan het cluster 'vaste zorgkosten' wordt toegeedeeld, is gelijk aan 100 procent minus het percentage van de kosten dat aan het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' wordt toegeedeeld in het corresponderende tweede lid van artikel 14.



De kosten van expertproducten worden voor 100 procent toegedeeld aan het cluster 'vaste zorgkosten' (derde lid). Dit geldt ook voor de kosten voor de add-ons voor dure en weesgeneesmiddelen, de kosten voor de add-ons voor de per 2012 vanuit het farmaciekader overgehevelde tnf-alfa-remmers en voor de kosten voor de per 2013 overgehevelde oncolytica. Een uitzondering hierop vormen de kosten voor de add-ons voor groeihormonen en fertiliteitshormonen die aan het cluster 'variabele zorgkosten van medisch-specialistische zorg' worden toegedeeld (zie artikel 14, vierde lid).

Het vijfde en zesde lid gaan in op de toedeling van kosten van prestaties, geleverd door instellingen die meedoen aan experimenten in de zin van de Wet marktordening gezondheidszorg. Het percentage van de kosten hiervan dat aan het cluster 'vaste zorgkosten' wordt toegedeeld, is gelijk aan 100 procent minus het percentage van deze kosten dat aan het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' wordt toegedeeld in het corresponderende zesde lid van artikel 14.

De kosten voor geriatrische revalidatiezorg zijn per 2013 niet meer verzekerd onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) maar behoren tot het op grond van een zorgverzekering te verzekeren pakket. Omdat zorgverzekeraars zullen moeten groeien in hun rol van inkoop van deze voor hen nieuwe soort zorg en er nog onvoldoende betrouwbare onderzoeksgegevens beschikbaar zijn voor de risicoverevening, is besloten om zorgverzekeraars ook in 2014 geen risico te laten lopen over deze kosten. Er vindt 100 procent nacalculatie plaats: de kosten voor geriatrische revalidatiezorg worden daarom toegedeeld aan het cluster 'vaste zorgkosten' (zevende lid).

De trombosediensdiensten, de SKION en de NTS zullen in 2014 nog niet zijn overgegaan op financiering op basis van dbc-zorgproducten. Daarom moet worden bepaald hoe de kosten van hun prestaties worden gesplitst in een vast- en een variabel deel. Dit wordt in het achtste aangegeven; voor 25 procent worden deze kosten aan het cluster 'vaste zorgkosten' toegedeeld.

Het corresponderende zevende lid van artikel 15 bepaalt dat deze kosten voor 75 procent aan de kosten van het cluster 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' worden toegedeeld. Het negende bepaalt dat de kosten voor Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) voor 100 procent als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' worden aangeduid. De middelen voor de SKMS waren oorspronkelijk, in 2008, onderdeel van het met de medisch specialisten afgesproken uurtarief en behoren daarmee tot de kosten die ten laste van de Zvw komen. Omdat de afdracht van alle medisch specialisten aan de SKMS administratief onuitvoerbaar bleek, hebben zorgverzekeraars vanaf 2009 deze middelen rechtstreeks betaald aan de SKMS en op deze wijze voorgefinancierd. In dit lid wordt opgenomen dat deze kosten als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' mee worden genomen in de risicoverevening.

Het tiende lid bepaalt tevens dat de kosten voor 'Projectgelden geneeskundige GGZ' voor 100 procent als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' worden aangemerkt. Deze middelen zijn voor 2013 beschikbaar voor kwaliteitsbeleid, projecten in het kader van arbeidsparticipatie en ambulantisering, en de destigmatiseringscampagne zoals opgenomen in het bestuurlijk akkoord 'Toekomst GGZ 2013-2014'. Omdat afdracht van alle zorgaanbieders ten behoeve van deze middelen administratief onuitvoerbaar is, betalen zorgverzekeraars deze middelen rechtstreeks aan de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Samen Sterk Tegen Stigma en GGZ Nederland. Voor 2014 en verder zijn deze middelen in ieder geval beschikbaar voor het kwaliteitsprogramma, destigmatisering, zelfmanagement, patiëntveiligheid en bevordering eHealth zoals opgenomen in het onderhandelaarsresultaat 'Geestelijke gezondheidszorg 2014-2017 punt 2i' (onder voorbehoud van ondertekening).

Het CVZ past op het deelbedrag 'vaste zorgkosten' 100 procent nacalculatie toe (tiende lid). Hiermee lopen zorgverzekeraars in het geheel geen risico over kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'. Deze kosten zijn niet of nauwelijks beïnvloedbaar voor een zorgverzekeraar. De basis voor deze nacalculatie is te vinden in artikel 3.15, tweede lid, van het Bzv.

Artikel 16

Alleen voor de kosten van geneeskundige GGZ wordt ter bepaling van het herberekende deelbedrag hogekostencompensatie toegepast. Hierdoor wordt bij de vaststelling van de gewichten over- en ondercompensaties op bepaalde risicoklassen, die juist relatief vaak dan wel weinig bij hogekostencompensatie worden ingebracht, tegengegaan. Door de invoering van psychische diagnosekosten-groepen in het ex ante vereveningsmodel, worden hoge kosten wel beter gecompenseerd. Dit maakt het mogelijk de drempelwaarde voor hogekostencompensatie naar € 25.000 te verhogen.

De hogekostencompensatie houdt in, dat 90 procent van de kosten van individuele verzekerden, voor zover deze kosten de drempelwaarde van € 25.000 op jaarbasis te boven gaan, betrokken wordt bij herberekening van de deelbedragen 'kosten van geneeskundige GGZ'.

De feitelijke hogekostencompensatie vindt plaats door een bijstelling per zorgverzekeraar van het deelbedrag 'kosten van geneeskundige GGZ'. Bij deze bijstelling wordt per zorgverzekeraar uitgegaan van het dekkingspercentage dat gebaseerd is op de som van de door de zorgverzekeraars aangeleverde relevante bedragen en de som van de deelbedragen.



Artikel 17

De kosten voor eerstelijnsdiagnostiek (eerste lid) betreffen de kosten betaald aan ziekenhuizen, eerstelijnsdiagnostische centra (huisartsenlaboratoria), productiesamenwerkingsverbanden en zelfstandige behandelcentra, gemaakt naar aanleiding van aanvragen door zorgaanbieders in de eerste lijn, waaronder huisartsen. In bijlage 4 van beleidsregel 'Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg' (per 1 januari 2014 BR/CU-2108) van de zorgautoriteit betreft het de overige zorgproducten met toevoeging 'OZP Eerstelijns Diagnostiek' en 'OZP Eerstelijns Diagnostiek – Med. specialist. behand. en diagn.'. Voor de huisartsenlaboratoria betreft het dezelfde codes. Daarnaast valt ook het ordertarief (code 190255) hieronder.

De kosten voor paramedische behandeling en onderzoek (tweede lid) betreffen overige zorgproducten betaald aan instellingen voor ergotherapie, fysiotherapie, logopedie, dieetadvisering, oefentherapie, orthoptie, psychologie of verloskunde.

In het derde lid wordt ingegaan op de beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgprestaties' van de zorgautoriteit. Deze beleidsregel geeft zorgverzekeraars en zorgaanbieders de mogelijkheid om kleinschalig met nieuwe of vernieuwde zorgprestaties ervaring op te doen. Een zorgprestatie is het totaalpakket aan zorg dat wordt geleverd aan patiënten of cliënten met dezelfde zorgvraag. Dit kan ook als programma worden aangeboden. Kleinschalig wil in dit verband zeggen dat de innovatie beperkt is tot een specifieke zorgprestatie, waarbij zorgaanbieders en zorgverzekeraars alleen op regionaal of lokaal niveau zijn betrokken. Verder moet de innovatie zijn gericht op nieuwe of vernieuwende zorgverlening met een betere prijs-kwaliteitverhouding of op een efficiëntere organisatie van de zorg. Voor zover de zorg die onder deze beleidsregel valt overeenstemt met de prestaties waarop de zorgverzekering recht geeft, worden de kosten in het risicovereveningssysteem verwerkt en voor 100 procent als kosten van het cluster 'kosten van overige prestaties' aangemerkt. Dit geldt ook voor kosten van prestaties die vallen onder de beleidsregel 'Prestatiebeprestiging multidisciplinaire zorgverlening chronische aandoeningen' van de zorgautoriteit. Hieronder vallen de zogenaamde keten-dbc's 'hartfalen', 'COPD', 'diabetes' en 'cardiovasculair risicomanagement (functionele bekostiging)'. Keten-dbc's betreffen zorg die zowel in de eerste als tweede lijn kan worden geleverd. Voor deze zorg worden door de zorgautoriteit aparte prestaties gedefinieerd. De prijs van deze dbc's is vrij onderhandelbaar.

Artikel 18

Doordat de toepassing van de bandbreedteregeling voor de kosten van somatische zorg voor het vereveningsjaar 2014 in het Bzv is opgenomen, wordt in artikel 19 alleen nog ingegaan op de wijze waarop de ex post compensaties voor de kosten van geneeskundige GGZ toegepast moeten worden. In dit artikel is bepaald dat er nog sprake is van aanvullende nacalculatie op grond van een bandbreedteregeling. Achtergrond hiervan is de onzekerheid die bestaat bij de normering van het macro-deelbedrag 'kosten van geneeskundige GGZ'. De bandbreedte bestaat uit de in dit artikel aangegeven bedrag van € 12,50 boven en onder een middelpunt dat in artikel 3.17 van het Bzv wordt aangeduid als 'het gemiddelde marktresultaat van de zorgverzekeraars' voor de desbetreffende cluster van prestaties. Voor de kosten van geneeskundige GGZ geldt derhalve, na toepassing van ex post hogekostencompensatie, een bandbreedte van plus of minus € 12,50 per zorgverzekering waarvoor premie moet worden betaald. Buiten de genoemde bandbreedte geldt geen volledige compensatie, maar wordt 90 procent nagecalculeerd, om nog in enige mate een prikkel tot doelmatigheid en kostenbeheersing te handhaven.

Artikel 19

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

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 Zorgverzekeringsfonds compensatie ontvangen. De vergoeding uit het Zorgverzekeringsfonds is voor 2014 op € 50 per verzekerde jonger dan achttien jaar vastgesteld. Dit bedrag is bepaald op basis van historische gegevens over beheerskosten, waarbij is verdiscontereerd 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.

Artikel 21

In de beleidsregels van het CVZ is opgenomen op welke data de uitbetaling van de vereveningsbijdrage aan de zorgverzekeraars plaatsvindt. Er wordt rekening gehouden met het betaalschema van zorgverzekeraars om er voor te zorgen dat hun uitgaven en inkomsten zoveel mogelijk op elkaar aansluiten.

Artikel 22

Dit artikel geeft aan welke wijzingen de Regeling risicoverevening zoals deze met betrekking tot het vereveningsjaar 2013 luidde (de Rrv 2013), ondergaat.

In de Rrv 2013 wordt het bedrag dat de lage drempel vormt voor het vereveningscriterium 'Kosten van geneeskundige GGZ' verlaagd van € 550 naar € 400. Door verhoging van de eigen bijdrage met ingang van dat jaar waren de kosten voor zorgverzekeraars lager en kon ook de drempel verlaagd worden. Nu is besloten om de eigen bijdrage voor de geneeskundige GGZ met terugwerkende kracht vanaf 2012 af te schaffen, is er geen reden meer om de drempel te verlagen en kan deze weer terug naar de oorspronkelijke hoogte van € 550.

De Projectgelden geneeskundige GGZ worden voor 100 procent als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten' aangeduid. Deze middelen zijn voor 2013 beschikbaar voor gelden voor kwaliteitsbeleid en gelden voor projecten in het kader van arbeidsparticipatie en ambulantisering en ten behoeve van de destigmatiseringscampagne zoals opgenomen in het bestuurlijk akkoord toekomst GGZ 2013–2014. Omdat de afdracht van alle zorgaanbieders ten behoeve van deze middelen administratief onuitvoerbaar is, betalen zorgverzekeraars deze middelen rechtstreeks aan de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Samen Sterk Tegen Stigma en GGZ Nederland.

Artikel 23

Aangezien deze regeling de regels bevat met betrekking tot de aan de zorgverzekeraars te verstrekken risicovereveningsbijdragen over het jaar 2014, krijgt zij de citeertitel 'Regeling risicoverevening 2014' (af te korten als Rrv 2014).

Artikel 24

Voorliggende regeling kan slechts in werking treden nadat artikel I van het Besluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met beperking van de ex post compensatiemechanismen voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage (waarop zij gedeeltelijk is gebaseerd) in werking is getreden. Voor het geval dit niet voor 1 oktober 2013 zou lukken, is in het tweede lid bepaald dat de Rrv 2014 dan terugwerkt tot en met laatstgenoemde datum.

Het tweede lid zorgt ervoor dat de wijzigingen in de Rrv 2013 slechts gelden voor de vaststelling van de vereveningsbijdragen over dat jaar. Het is namelijk niet wenselijk de in 2012 (ex ante) opgestelde toekenningsbeschikkingen over dat jaar en de inmiddels op grond daarvan aan de zorgverzekeraars verrichte uitbetalingen nog aan te passen.

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