

Overeenkomst multidisciplinaire zorg 2016/2017

Bijlage 1: Tarieven, nacalculatie en reserves

Artikel 1 Opbouw bekostiging

Voor invulling van de tarieven voor ketenzorg geldt de NZA Tariefbeschikking TB/CU-7123-01 huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg of een daaropvolgende tariefbeschikking.

De opbouw van de ketenzorgtarieven is als volgt:

1. huisartsenzorg vaste component (S2);
2. huisartsenzorg variabele component (S3);
3. overige zorg (ketenpartners) (S2);
4. bedrijfskosten (S2).

De onderdelen 1, 3 en 4 worden vergoed vanuit segment 2 en worden per kwartaal gedeclareerd via de keten DBC. De vastgestelde variabele component (S3) wordt eenmalig door de Zorgaanbieder gedeclareerd.

Onderdeel 2 ‘huisartsenzorg variabele component’ wordt vergoed vanuit segment 3. Meer specifiek de prestaties “resultaatbeloning multidisciplinaire zorg” en “zorgvernieuwing e-health”. De hoogte van de vergoeding is afhankelijk van de daadwerkelijk behaalde resultaten, dan wel de daadwerkelijk door de Zorgaanbieder geleverde zorg. De variabele component wordt deels voorgefinancierd en na afloop van het jaar en door de Zorgverzekeraar vastgesteld, en uitbetaald/verrekend conform Tariefbeschikking TB/CU-7123-01 huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg. De Zorgverzekeraar bepaalt of een Zorgaanbieder in aanmerking komt voor een gedeeltelijke voorfinanciering en stelt de hoogte daarvan vast.

Artikel 2 Tarieven voor de prestaties Multidisciplinaire Zorg DM 2/ COPD / CVRM / Kies Astma

De in artikel 2 vermelde tarieven zijn conform de overeengekomen begroting:

- <Naam> dd XXX, versienummer XXX,

2.1 Bedrijfskosten

De totale bedrijfskosten voor de overeengekomen Zorg zijn als volgt vastgesteld:

BEDRIJFSKOSTEN		
Totaal aantal pt in ketenzorg		
	Totaal	Per patiënt per jaar
Variabele bedrijfskosten	€	€
Vaste bedrijfskosten	€	€

2.2 DM 2

Het tarief voor de keten DM 2 is als volgt opgebouwd:

TARIEVEN DM II	
Vaste component	
Variabele component	
Component inzet derden	
Bedrijfskostencomponent	
TOTAAL JAARTARIEF (S2+S3)	
VARIABEL JAARTARIEF (S3)	
DBC JAARTARIEF (S2)	
DBC KWARTAALTARIEF (S2)	

Overeenkomst multidisciplinaire zorg 2016/2017

2.3 COPD

Het tarief voor de keten COPD is als volgt opgebouwd:

TARIEVEN COPD	
Vaste component	€
Variabele component	€
Component inzet derden	€
Bedrijfskostencomponent	€
TOTAAL JAARTARIEF (S2+S3)	€
VARIABEL JAARTARIEF (S3)	€
DBC JAARTARIEF (S2)	€
DBC KWARTAALTARIEF (S2)	€

2.4 CVRM

2.4.1 VVR

Het tarief voor de keten VVR is als volgt opgebouwd:

TARIEVEN VVR	
Vaste component	€
Variabele component	€
Component inzet derden	€
Bedrijfskostencomponent	€
TOTAAL JAARTARIEF (S2+S3)	€
VARIABEL JAARTARIEF (S3)	€
DBC JAARTARIEF (S2)	€
DBC KWARTAALTARIEF (S2)	€

In verband met de doorontwikkeling van het zorgpad VVR gelden de tariefafspraken voor dit zorgpad in beginsel uitsluitend voor 2016.

2.4.2 HVZ

Het tarief voor de keten HVZ is als volgt opgebouwd:

TARIEVEN HVZ	
Vaste component	€
Variabele component	€
Component inzet derden	€
Bedrijfskostencomponent	€
TOTAAL JAARTARIEF (S2+S3)	€
VARIABEL JAARTARIEF (S3)	€
DBC JAARTARIEF (S2)	€
DBC KWARTAALTARIEF (S2)	€

2.5 Astma

Overeenkomst multidisciplinaire zorg 2016/2017

Het tarief voor de keten astma is als volgt opgebouwd:

TARIEVEN ASTMA	
COMPONENT ZORGKOSTEN	€
COMPONENT BEDRIJFSKOSTEN	€
DBC JAARTARIEF (S2)	€
DBC KWARTAALTARIEF (S2)	€

2.6 Inclusie

Voor de gecontracteerde zorgpaden hanteert de Zorgverzekeraar als maximale inclusiepercentages:

DM: 4,5 %

COPD: 1,5 %

Astma: 2,0 %

CVRM VVR: 5,0 %

CVRM HVZ: Geen maximale inclusie. Hogere inclusie dan 2015 is akkoord mits deze groei voortvloeit uit substitutie-afspraken met de tweede lijn en er een RTA is opgesteld.

Keten	Aantal verzekerden	Aantal te includeren pt	Inclusiepercentage	Aantal kwartaal DBC's
DM 2			%	
COPD			%	
CVRM/HVZ			%	
CVRM/VVR			%	
Astma			%	

Indien door het includeren van patiënten de maximale inclusie wordt overschreden, blijven de Zorgaanbieder en/of haar onderaannemers verplicht om zorg aan de verzekerden van de Zorgverzekeraar te verlenen. Reguliere (niet ketenzorgfinanciering) biedt hiervoor mogelijkheden. Indien de Zorgverzekeraar declaraties aan de Zorgaanbieder betaalt boven de maximale inclusie dan zijn deze onverschuldigd betaald en direct opeisbaar.

Artikel 3 Tarieven voor de prestaties resultaatbeloning multidisciplinaire zorg en Zorgvernieuwing e-health en (fysiek) meekijkconsult specialist

Voorwaarden resultaatfinanciering 2016:

De Zorgaanbieder komt in aanmerking voor resultaatfinanciering als:

- aan de in overeenkomst gestelde normen wordt voldaan, en
- De Zorgaanbieder de prestatie-indicatoren volgens de landelijke afspraken als betrouwbaar en valide zijn aangemerkt.

Ook komt De Zorgaanbieder voor resultaatfinanciering in aanmerking als:

- aan de in overeenkomst gestelde normen wordt voldaan, en
- zij zich voor 1 april 2016 heeft laten toetsen conform 'toetsing databewerking ketenzorg' zoals overeengekomen tussen ZN en Ineen, en
- in 2016 naar aanleiding van de toetsing een verbeterplan is opgesteld.

Voorwaarden resultaatfinanciering 2017:

De Zorgaanbieder komt in aanmerking voor resultaatfinanciering als:

- aan de in overeenkomst gestelde normen wordt voldaan, en

Overeenkomst multidisciplinaire zorg 2016/2017

- De Zorgaanbieder de prestatie-indicatoren volgens de landelijke afspraken als betrouwbaar en valide zijn aangemerkt.

Indien de Zorgverzekeraar vaststelt dat de behaalde prestatie hoger is dan vooraf aangenomen en voorgefinancierd, betaalt de Zorgverzekeraar uit conform de onderstaande tabellen. Indien de Zorgverzekeraar gereede twijfel heeft over de betrouwbaarheid van de aangeleverde data, dan stelt de Zorgverzekeraar eerst een nader onderzoek in om vast te stellen of de Zorgaanbieder recht heeft op de resultaatbeloning.

Indien de Zorgverzekeraar vaststelt dat de prestaties conform de tabellen “Indicatoren resultaatbeloning” niet of deels zijn behaald door de Zorgaanbieder, wordt de resultaatbeloning niet of niet volledig uitgekeerd dan wel teruggevorderd.

In het traject ‘Het roer gaat om’ is afgesproken dat de lijst van indicatoren voor chronische aandoeningen wordt gereduceerd tot 8 per aandoening. Mocht de uitkomst van de reductie van indicatoren invloed hebben op de prestatie-indicatoren in dit contract, dan zal VGZ het contract hierop aanpassen.

KIES indien de Zorgaanbieder voorfinanciering ontvangt

Voor een aantal prestaties is een voorschot op de resultaatbeloning toegekend. Het voorlopig toegekende bedrag per patiënt wordt uitgekeerd op basis van de op 1 januari 2016 voor de betreffende keten in zorg zijnde patiënten en wordt eenmalig gedeclareerd. Zodra in het jaar erop door de Zorgverzekeraar wordt bepaald of de prestaties zijn behaald, wordt de definitieve resultaatbeloning vastgesteld en wordt deze nabetaald of verrekend met het eventueel reeds ontvangen bedrag per patiënt in de keten.

3.1 Resultaatbeloning en zorgvernieuwing DM 2

Het tarief voor de ‘resultaatbeloning’ en ‘zorgvernieuwing e-health’ DM 2 is, onder voorbehoud van realisatie binnen de DBC, als volgt vastgesteld:

Opbouw DM 2 resultaatbeloning en zorgvernieuwing multidisciplinaire zorg	Voorschot op resultaatbeloning per jaar	Maximaal haalbare resultaatbeloning per jaar
Resultaatbeloning		
1. Doel is: MDRD* >= 90%, Voeten** >= 80% én Fundus*** >= 80% Indien doel niet is behaald door de Zorgaanbieder, maar wel gemiddeld >= 5%-punt verbetering is gerealiseerd t.o.v. jaar t-1, bedraagt de vergoeding: € 3,75	<vul in>	€ 7,50
2. De vergoeding voor de PI “Verdeling eerste-tweede lijn: Hoofdbehandelaar HA” >= 85%. Indien doel niet is behaald door de Zorgaanbieder, maar wel gemiddeld >= 5%-punt verbetering is gerealiseerd t.o.v. jaar t-1, bedraagt de vergoeding: € 3,50	<vul in>	€ 7,00
Totaal	€ XX,XX	€ 14,50
Zorgvernieuwing e-health 2016		
De Zorgaanbieder voldoet in 2016 aan de volgende eisen: - Uitvoeren van de prescan/zelfevaluatie van ZO!, en - Opstellen verbeterplan in samenwerking met ZO!	Geen voorfinanciering mogelijk	€ 3,75
Zorgvernieuwing e-health 2017		
De eisen voor 2017 zal VGZ samen met InEen en ZO! uitwerken en deze worden voor 1 oktober 2016 bekend gemaakt.	Geen voorfinanciering mogelijk	€ 3,75

* De prestatie indicator luidt: percentage diabetespatiënten in zorgprogramma bij wie de kreatinineklaring is berekend of bepaald.

** De prestatie indicator luidt: percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met een voetonderzoek.

Overeenkomst multidisciplinaire zorg 2016/2017

*** De prestatie indicator luidt: percentage diabetespatiënten in zorgprogramma met een funduscontrole in de afgelopen twee jaar.

3.2 Resultaatbeloning COPD

Het tarief voor ‘resultaatbeloning’ en ‘zorgvernieuwing e-health’ COPD is, onder voorbehoud van realisatie binnen de DBC, als volgt vastgesteld:

Opbouw COPD resultaatbeloning en zorgvernieuwing multidisciplinaire zorg	Voorschot op resultaatbeloning per jaar	Maximaal haalbare resultaatbeloning per jaar
Resultaatbeloning		
1. De vergoeding voor de PI “Rookgedrag vastgelegd” >= 80%, én “Functioneren of gezondheidsstatus is vastgelegd” >=70% Indien doel niet is behaald door de Zorgaanbieder, maar wel gemiddeld >= 5%-punt verbetering is gerealiseerd t.o.v. jaar t-1, bedraagt de vergoeding: € 3,75	<vul in>	€ 7,50
2. “Verdeling eerste-tweede lijn”, en “geen geregelde zorg” zijn als indicator aangeleverd	<vul in>	€ 4,00
Totaal	€ XX,XX	11,50
Zorgvernieuwing e-health 2016		
De Zorgaanbieder voldoet in 2016 aan de volgende eisen: - Uitvoeren van de prescan/zelfevaluatie van ZO!, en - Opstellen verbeterplan (Scan&Plan) in samenwerking met ZO!	Geen voorfinanciering mogelijk	€ 3,75
Zorgvernieuwing e-health 2017		
De eisen voor 2017 zal VGZ samen met InEen en ZO! uitwerken en deze worden voor 1 oktober 2016 bekend gemaakt.	Geen voorfinanciering mogelijk	€ 3,75

3.3 Resultaatbeloning VVR

Het tarief voor ‘resultaatbeloning’ en ‘zorgvernieuwing e-health’ VVR is, onder voorbehoud van realisatie binnen de DBC, als volgt vastgesteld:

Opbouw CVRM resultaatbeloning multidisciplinaire zorg	Voorschot op resultaatbeloning per jaar	Maximaal haalbare resultaatbeloning per jaar
Resultaatbeloning		
1. “Verdeling eerste-tweede lijn”, en “geen geregelde zorg” zijn als indicator aangeleverd	<vul in>	€ 1,37
Zorgvernieuwing e-health 2016		
De Zorgaanbieder voldoet in 2016 aan de volgende eisen: - Uitvoeren van de prescan/zelfevaluatie van ZO!, en - Opstellen verbeterplan (Scan&Plan) in samenwerking met ZO!	Geen voorfinanciering mogelijk	€ 3,75
Zorgvernieuwing e-health 2017		
De eisen voor 2017 zal VGZ samen met InEen en ZO! uitwerken en deze worden voor 1 oktober 2016 bekend gemaakt.	Geen voorfinanciering mogelijk	€ 3,75

Overeenkomst multidisciplinaire zorg 2016/2017

Opbouw CVRM resultaatbeloning multidisciplinaire zorg	Voorschot op resultaatbeloning per jaar	Maximaal haalbare resultaatbeloning per jaar
Resultaatbeloning		
1. "Verdeling eerste-tweede lijn", en "geen geregelde zorg" zijn als indicator aangeleverd	<vul in>	€ 4,00
Zorgvernieuwing e-health 2016		
De Zorgaanbieder voldoet in 2016 aan de volgende eisen: - Uitvoeren van de prescan/zelfevaluatie van ZO!, en - Opstellen verbeterplan (Scan&Plan) in samenwerking met ZO!	Geen voorfinanciering mogelijk	€ 3,75
Zorgvernieuwing e-health 2017		
De eisen voor 2017 zal VGZ samen met InEen en ZO! uitwerken en deze worden voor 1 oktober 2016 bekend gemaakt.	Geen voorfinanciering mogelijk	€ 3,75

3.4 Resultaatbeloning HVZ

Het tarief voor 'resultaatbeloning' en 'zorgvernieuwing e-health' HVZ is, onder voorbehoud van realisatie binnen de DBC, als volgt vastgesteld:

3.5 Resultaatafrekening doelmatig voorschrijven

Voor 2016 wordt per zorggroep voor de twee geneesmiddelgroepen: cholesterolverlagers en angiotensine-2-antagonisten een besparingsdoelstelling per consumerende verzekerde(1) per zorggroep vastgesteld. De besparingsdoelstelling per consumerende verzekerden per zorggroep is berekend door het verschil tussen het besparingspotentieel (2) per consumerende verzekerde van de zorggroep en de good practice tegen elkaar af te zetten. VGZ verwacht dat minimaal 75% van dit verschil als besparing wordt gerealiseerd in 2016. De good practice betreft het gemiddelde besparingspotentieel per consumerende verzekerden die behoren tot de 25% van de best presterende zorggroepen ten aanzien van doelmatig voorschrijven op deze twee geneesmiddelgroepen.

1. Een consumerende verzekerde betreft de verzekerde waarvoor een cholesterolverlager en/of angiotensine-2-antagonist is gedeclareerd én een DBC DM2 of CVRM door de betreffende zorggroep.
2. Het besparingspotentieel betreft het bedrag dat te besparen is indien in alle gevallen het meest doelmatige geneesmiddel binnen de geneesmiddelgroep geleverd zou zijn.

Op basis van bovenstaande systematiek is voor uw organisatie de onderstaande besparingsdoelstelling vastgesteld:

Middel	Besparingspotentieel ZG*	Norm obv good practise	Verskil met Norm	Te realiseren besparing	Aantal verzekerde n Q1 2015	Indicatie totale besparing
Te besparen bedrag cholesterolverlagers	€	€	€	€		€
Te besparen bedrag angiotensine-2 antagonisten (met diuretica)	€	€	€	€		€
Totaal te besparen bedrag in 2016						€

*Besparingspotentieel per jaar per consumerende verzekerde

In Q2 2017 wordt de gerealiseerde besparing vastgesteld. Het deel van de besparingsdoelstelling dat niet gerealiseerd wordt, zal via nacalculatie in 2017 met de zorggroep worden verrekend. De besparingsdoelstelling doelmatig voorschrijven voor 2017 wordt in Q3 2016 vastgesteld.

Overeenkomst multidisciplinaire zorg 2016/2017

3.6 Prestatiecodes

Prestatie	Declaratiecode
Regulier	
DM II	40001
COPD	40021
VVR nieuw!	31293
HVZ nieuw!	31292
Astma	11626
Prestatiebeloning	
DM II	30132
COPD	30133
VVR/HVZ	30134
Zorgvernieuwing E-health	31012

Let op! Voor het declareren van de ketens VVR en HVZ gelden per 1-1-2016 nieuwe prestatiecodes

KIES

3.7 Fysiek meekijkconsult medisch specialist

Overeengekomen is dat de Zorgaanbieder het fysiek meekijkconsult medisch specialist inzet conform de door VGZ gestelde criteria. Het tarief bedraagt € 37,92 per consult, en wordt bekostigd uit S3 en separaat op basis van werkelijk aantal consulten gedeclareerd op prestatiecode: ..., met als inschatting (conform de begroting) xxx consulten per jaar. Indien gedurende het jaar de Zorgaanbieder het vermoeden heeft dat de realisatie af zal gaan wijken van de inschatting, neemt de Zorgaanbieder hierover contact op met de Zorgverzekeraar om in overleg te treden. Indien er geen nadere afspraken over gemaakt worden, wordt uitgegaan van de aangegeven consulten in de begroting.

Artikel 4. Nacalculatie

De jaarrekening vermeldt specifiek voor de Zorgverzekeraar het totaal na te calculeren bedrag voor het onderhavige boekjaar. Via een door de Zorgverzekeraar ter beschikking gesteld format levert de Zorgaanbieder een onderbouwing aan van het na te calculeren bedrag voor de verschillende zorgrubrieken en bedrijfskosten. Deze onderbouwing sluit aan op het na te calculeren bedrag door Zorgverzekeraar zoals vermeld in de jaarrekening. De regels voor nacalculatie 2016/2017 worden hieronder beschreven.

4.1 Algemeen

Na afloop van het kalenderjaar wordt de werkelijke inclusie voor VGZ verzekerden vastgesteld. Indien dit hoger is dan de geldende maxima uit artikel 2.6, worden de declaraties boven het gestelde maximum via nacalculatie verrekend.

4.2. Bedrijfskosten

1. Er wordt op de vaste bedrijfskosten nagecalculeerd indien er meer of minder dan het overeen gekomen totale bedrag door de Zorgverzekeraar is vergoed via de gedeclareerde DBC's.
2. Ingeval er meer kwartaal DBC's zijn gedeclareerd en betaald dan begroot is sprake van een onverschuldigde betaling en betaalt de Zorgaanbieder het verschil tussen de begrote vaste bedrijfskosten en uitgekeerde vaste bedrijfskosten terug aan de Zorgverzekeraar.
3. Ingeval er minder kwartaal DBC's zijn gedeclareerd en betaald dan begroot, dan betaalt de Zorgverzekeraar het verschil tussen de begrote vaste bedrijfskosten en uitgekeerde vaste bedrijfskosten aan de Zorgaanbieder na. Voorwaarde is dat de Zorgaanbieder

Overeenkomst multidisciplinaire zorg 2016/2017

moet aantonen dat de vaste bedrijfskosten daadwerkelijk zijn gerealiseerd conform de begroting en er een financieringstekort is ontstaan ten aanzien van de kosten in de begroting.

4.3 Zorgkosten

1. Op de vaste component huisartsenzorg wordt niet nagecalculeerd.
2. Voor overige zorg komen Zorgaanbieder en Zorgverzekeraar een bedrag overeen per onderdeel. De nacalculatie is gebaseerd op het afgesproken (deel)tarief * de werkelijk gerealiseerde ingekochte hoeveelheid zorg (Q).
3. Indien de Q door de Zorgaanbieder niet inzichtelijk gemaakt wordt/kan worden, wordt nagecalculeerd op basis van het verschil tussen begrote zorgkosten en daadwerkelijk gerealiseerde zorgkosten op het niveau van de afzonderlijke gecontracteerde onderdelen.
4. Voor voetzorg geldt dat alleen wordt overgegaan tot nabetaling, als:
 - geregistreerd is conform de vigerende Zorgstandaard, dus op basis van Zorgprofielen;
 - de Zorgaanbieder beschikt over een scholingsprogramma voor zorgverleners en een voetzorgprogramma dat door de medisch adviseur van VGZ als voldoende wordt beoordeeld.
 - wanneer de Zorgaanbieder aangeeft een zwaardere populatie dan gemiddeld of verwacht te hebben, dient dit onderbouwd te worden en deze onderbouwing wordt beoordeeld door de medisch adviseur van VGZ.
5. Direct zodra de Zorgaanbieder -tussentijds- voorziet dat de realisatie van de geleverde zorg (Q) hoger zal uitkomen dan overeengekomen, treden Zorgaanbieder en Zorgverzekeraar met elkaar in overleg over de redelijkheid en billijkheid van het alsnog door de Zorgverzekeraar vergoeden van dit surplus aan zorg (hierbij uitgaande van het met de Zorgverzekeraar overeengekomen tarief) en leggen de afspraken van dit overleg schriftelijk vast. Indien de Zorgaanbieder de vermoedelijke overschrijding niet tijdig meldt, zal de Zorgverzekeraar voor het betreffende deelbudget geen nabetaling verrichten via nacalculatie.

4.4 Wijze van terugbetalen/nabetalen

Terugbetalen door de Zorgaanbieder gaat via het terugstorten van het verschil door de Zorgaanbieder op een door de Zorgverzekeraar te noemen rekeningnummer voor 1 september jaar t+1.

Nabetalen door de Zorgverzekeraar gaat via een opslag per DBC in Q3 of Q4 van jaar t +1.

Artikel 5 BTW

1. Het overeengekomen tarief voor 2016/2017 betreft een all-in tarief. Dit tarief wordt geacht mede te omvatten btw, indien en voor zover voor door de zorgaanbieder geleverde producten en/of diensten btw verschuldigd is.
2. De btw over de bedrijfskostencomponent in de keten-DBC (hierna: overheadkosten) van de Zorgaanbieder maakt geen onderdeel uit van het overeengekomen tarief voor 2016/2017. Ter zake van de overheadkosten stellen partijen zich op het standpunt dat ter zake een btw-vrijstelling van toepassing is.
3. Indien definitief komt vast te staan, dat de overheadkosten van Zorgaanbieder moeten worden beschouwd als een btw-belaste dienst die de Zorgaanbieder verricht, heeft de Zorgaanbieder het recht om de netto btw-last na te factureren aan de Zorgverzekeraar. Onder 'netto btw-last' wordt in dit kader verstaan de door de Zorgaanbieder verschuldigde btw over de overheadkosten minus de btw die de Zorgaanbieder als voorbelasting in aftrek kan brengen ten gevolge van het btw-belast zijn van de overheadkosten.

Overeenkomst multidisciplinaire zorg 2016/2017

De Zorgaanbieder heeft enkel recht op nafacturatie indien is voldaan aan de volgende voorwaarden:

- De Zorgaanbieder dient tijdig bezwaar dan wel beroep aan te tekenen tegen de beslissing van de Belastingdienst om btw te heffen over de overheadkosten;
- De Zorgaanbieder dient tijdig uitstel van betaling te vragen bij de Belastingdienst;
- Indien definitief is komen vast te staan dat de overheadkosten van Zorgaanbieder zijn onderworpen aan btw-heffing, dient de Zorgaanbieder een gespecificeerd overzicht van de in verband met de overheadkosten verschuldigde btw aan de Zorgverzekeraar te verschaffen, waarbij zowel de btw-heffing als de door de Zorgaanbieder in verband met de overheadkosten in aftrek te brengen voorbelasting wordt gespecificeerd.

Artikel 6 Reserves

De Zorgaanbieder krijgt met het oog op financiële stabiliteit en mogelijke risico's de mogelijkheid om:

- een positief bedrijfsresultaat aan te wenden voor de opbouw van een bestemmingsreserve ten behoeve van onvoorziene uitgaven. Het percentage is afhankelijk van de omvang en risico's van de Zorgaanbieder, alsmede de toekomstverwachtingen met een door de Zorgverzekeraar gehanteerd maximale groei van 2% per jaar van de gerealiseerde omzet tot een maximumhoogte van 10% van de jaaromzet. Het overschot aan zorgkosten vanwege niet geleverde zorg kan niet worden aangewend om de bestemmingsreserve te vullen.
- op basis van afspraken andere (geoordeelde) reserves op te bouwen die bijvoorbeeld kunnen zijn bestemd voor innovatie en R&D of andere doeleinden.

De reserves moeten terug te vinden zijn op de balans van zorggroepen en zijn gebaseerd op de Richtlijnen voor de Jaarverslaglegging. De bestemming van de reserves komt overeen met de twee bovenstaande beschreven punten.