

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1255 Brief van de minister voor Medische Zorg

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 juni 2024

In deze brief informeer ik u over de voorgenomen modelaanpassingen die de risicoverevening vanaf 2025 verder verbeteren.

De Zorgverzekeringswet (Zvw) is gebaseerd op solidariteit. In Nederland heeft iedereen recht op dezelfde zorg uit het basispakket tegen dezelfde prijs. Zorgverzekeraars mogen verzekerden niet weigeren (acceptatieplicht) en mogen ook geen hogere premie vragen aan verzekerden met een slechtere gezondheid (verbod op premiedifferentiatie). Een goed functionerende risicoverevening is dan een essentieel onderdeel van het zorgstelsel. Het zorgt er namelijk voor dat zorgverzekeraars gecompenseerd worden voor voorspelbare gezondheidsverschillen in hun verzekerdenpopulatie. Daardoor kan iedereen een basisverzekering afsluiten tegen dezelfde premie. Het zorgt voor een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars, neemt prikkels tot (indirecte) risicoselectie weg en zorgt er daarmee voor dat zorgverzekeraars gestimuleerd worden om zich zoveel als mogelijk te richten op doelmatige zorginkoop.

Vorig jaar heb ik “constrained regression” ingevoerd.<sup>1</sup> Met constrained regression voeg ik een extra voorwaarde, oftewel “constraint”, toe bij de bepaling van de normbedragen van de risicoverevening. Deze voorwaarde maakt een onderscheid tussen gezond en ongezond. Hiermee bestaat er niet meer een significant positief verband tussen het vereveningsresultaat enerzijds, en de gezondheid van de verzekerdenpopulatie anderzijds. Daarmee heb ik een belangrijke stap gezet om de risicoverevening nog verder te verbeteren door het reduceren van de resterende overcompensatie van gezonde en ondercompensatie van chronisch zieke verzekerden. Zo boeken we een belangrijke verbetering van de

---

<sup>1</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 1204.

verevening voor chronische zieke en gezonde verzekeren, zoals we dat ook afgesproken hebben in het Integraal Zorgakkoord (IZA).<sup>2</sup>

Ook het afgelopen jaar heb ik mij ingezet om het risicovereveningsmodel nog verder te verbeteren. Daartoe heb ik een aantal onderzoeken laten uitvoeren binnen de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening<sup>3</sup> (hierna: WOR). Ik heb mij onder andere gericht op onderzoek naar doorontwikkeling van constrained regression, op onderhoud aan een aantal bestaande kenmerken in het model en op verbetering van de definitie van niet-ingezetenen.

### *Moties en toezeggingen*

Met deze brief informeer ik u over de uitkomsten van de onderzoeken en de voorgestelde aanpassingen voor het vereveningsmodel 2025 conform de toezeggingen in de brief van 13 september 2023.<sup>4</sup>

### *Hoofdpunten van de brief:*

- Op grond van de onderzoeken heb ik het voorgenomen besluit genomen tot de volgende modelwijzigingen: een uitbreiding van kenmerken die compenseren voor verzekeren met een Wlz-indicatie, een herijking van de grenzen van het kenmerk Meerjarig Hoge Kosten (MHK) en het voor 2025 tijdelijk uit het model halen van het kenmerk Hulpmiddelen Kosten Groepen (HKG).
- Ook heb ik besloten de constraint die vorig jaar is ingevoerd te continueren. Ik ben verheugd te kunnen vermelden dat het onderzoek van dit jaar bevestigt dat de vorig jaar gekozen constraint een goede keuze is gebleken en dat deze een goed onderscheid aanbrengt tussen gezond en ongezond. Het onderzoek laat zien dat alternatieve constraints geen noemenswaardige verbetering opleveren.

---

<sup>2</sup> IZA Werkagenda, Onderdeel A9, Kamerstuk 31 765, nr. 655.

<sup>3</sup> Hierin zijn experts in de risicoverevening van individuele zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Zorginstituut Nederland (ZiNL), onderzoeksbureaus en het ministerie van VWS vertegenwoordigd.

<sup>4</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 1225.

- Verder heb ik besloten om de definitie van niet-ingezetene voor de risicoverevening te wijzigen per 2026. De nieuwe definitie is eenduidiger en uniformer ten opzichte van de oude definitie. Daadwerkelijke invoering vindt plaats per 2026 om zorgverzekeraars voldoende tijd te geven om hun bedrijfsvoering in te richten op de nieuwe werkwijze.
- Ook heb ik onderzoek laten uitvoeren naar manieren om de risicoverevening aan te passen zodat de prikkels voor doelmatigheid en passende zorg nog verder verbeteren. Zo heb ik dit jaar een theoretische en praktische verkenning laten uitvoeren naar de potentie en de mogelijkheden voor meer aandoeningsgericht compenseren in de risicoverevening. Dit onderzoek levert geen concrete modelwijziging op, maar geeft wel nieuwe inzichten en aanknopingspunten voor vervolgonderzoek. Deze inzichten zal ik verwerken in het onderzoeksprogramma voor het komende onderzoekjaar.
- Ten slotte heb ik de catastrofereregeling laten evalueren. De catastrofereregeling blijkt positief te hebben bijgedragen aan de continuïteit van de zorg tijdens de COVID-19 pandemie. Het evaluatieonderzoek benoemt mogelijkheden tot verbetering van de regeling. Ik ga de komende periode onderzoeken welke aanpassing het meest kansrijk is.

Genoemde besluiten heb ik genomen na overleg met individuele zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Zorginstituut Nederland (ZiNL). Deze zomer laat ik de modelverbeteringen in samenhang doorrekenen in de zogeheten Overall Toets (OT). In september wordt u geïnformeerd over de definitieve vormgeving van de risicoverevening 2025 en over het onderzoeksprogramma voor het volgende jaar.

## **1. Aanpassingen in de risicoverevening per 2025**

In deze paragraaf beschrijf ik de onderzoeken die het afgelopen jaar zijn uitgevoerd en de aanpassingen in de risicoverevening die ik voornemens ben per 2025 door te voeren.

Groot onderhoud kenmerken Aard van Inkomen (AvI), Sociaal Economische Status (SES) en Personen Per Adres (PPA)

Op de kenmerken van het risicovereveningsmodel vindt periodiek

onderhoud plaats. Dit jaar is een groot onderhoud van de kenmerken aard van inkomen (AVI), sociaaleconomische status (SES) en personen per adres (PPA) uitgevoerd. Tijdens dit groot onderhoud is ook onderzoek gedaan naar de mogelijkheden om drie nieuwe groepen te onderscheiden. Het gaat om een uitbreiding of diversificatie van de groep verzekerden met een Wlz-indicatie<sup>5</sup>, verzekerden met schuldenproblematiek en verzekerden voor wie er zorgkostenhistorie ontbreekt.

De WOR adviseert om de groepen verzekerden met een Wlz-indicatie uit te breiden en verder te diversifiëren. Wlz-verblijf zonder behandeling en extramurale Wlz-zorg worden daarmee ook specifiek meegenomen in het model. Vanaf model 2025 wordt het aantal onderscheiden Wlz-groepen binnen het PPA-kenmerk zo uitgebreid naar vier. Ik neem dit advies van de WOR over. Het onderzoek naar de overige groepen leverde nog geen concrete modelwijzigingen op. Wel neem ik het advies van de WOR over om nader onderzoek te doen naar deze groepen en betrek ik dat bij het onderzoeksprogramma. Het onderzoek naar verzekerden met ontbrekende zorgkostenhistorie heeft hierbij de prioriteit.

#### Groot onderhoud kenmerk Meerjarig Hoge Kosten (MHK)

Dit jaar is ook groot onderhoud uitgevoerd aan het kenmerk Meerjarig Hoge Kosten (MHK). Er is onderzocht of het kenmerk anders vormgegeven kan worden om over- en ondercompensaties te verminderen en of de voorspellende waarde kan toenemen door kosten(soorten) uit te sluiten. De WOR adviseert om het MHK-kenmerk vorm te geven zonder zwangerschapskosten en om een herijking van de percentielgrenzen toe te passen. In lijn met deze aanpassing wordt ook het kenmerk Indicatie Bevallingen en Zwangerschap (IBZ) aangepast om ervoor te zorgen dat ook verloskunde in de medisch specialistische zorg goed gecompenseerd wordt. Ik neem het advies over en besluit beide kenmerken aan te passen.

#### Kenmerk Hulpmiddelen Kosten Groepen model 2025

In de brief van juni 2023<sup>6</sup> heb ik u geïnformeerd over problemen bij

---

<sup>5</sup> Wlz-indicaties worden meegenomen in het risicovereveningsmodel vanwege hun voorspellende waarde voor de hoogte van de gemaakte kosten onder de Zvw. Het risicovereveningsmodel maakt geen voorspelling van de hoogte van de Wlz-kosten.

<sup>6</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 1204.

de registratie van de Hulpmiddelen Kosten Groepen (HKG's). In de brief van september 2023<sup>7</sup> heb ik u vervolgens geïnformeerd over het besluit om voor vijf HKG's (waar op dat moment duidelijk was dat er registratieproblemen waren) de normbedragen op nul te zetten. In het najaar van 2023 bleek dat de aard van de problematiek veelomvattender en complexer is dan initieel gedacht werd. Een structurele oplossing van de registratieproblemen is niet haalbaar voor modeljaar 2025. Afgelopen jaar heb ik onderzoek laten uitvoeren of er desalniettemin nog HKG-klassen behouden konden blijven. Dit bleek niet het geval. De WOR adviseert om voor modeljaar 2025 het gehele HKG-criterium achterwege te laten. Dit advies neem ik over.

De WOR benadrukt hierbij het belang van een structurele oplossing. Dit belang onderschrijf ik. Ik betreur dat er ondanks de inspanningen van alle partijen dit jaar nog geen oplossing is gevonden. Zorgverzekeraars bevestigen mij dat zij in de leidende positie zijn om samen met VWS, het Zorginstituut en de NZa tot een structurele oplossing te komen en ik verwacht dan ook dat zij zich het komende jaar zullen blijven inspannen om de registratie zo op orde te krijgen, dat hulpmiddelengebruik weer benut kan worden voor de risicoverevening.

#### Vervolg constrained regression

Het vereveningsmodel voor somatische zorg wordt vanaf vereveningsjaar 2024 geschat met constrained regression, oftewel voorwaardelijke regressie. Het voormalige vereveningskenmerk Meerjarige Farmaciekosten (MFK) wordt hierbij gebruikt als basis voor de opgelegde constraint. In het vervolgonderzoek van dit jaar is gezocht naar een verdere optimalisering van de constraint. Het onderzoek laat zien dat geen van de onderzochte alternatieve constraints grote verbeteringen oplevert ten opzichte van de huidige constraint. Het is goed nieuws dat de huidige constraint al erg goed is. De invoering van constrained regression vorig jaar was een impactvolle wijziging in de risicoverevening. Stabiliteit van het model verdient aandacht. Ik besluit daarom de huidige constraint te behouden voor het modeljaar 2025.

#### Niet-ingezetenen 2025 en verder

---

<sup>7</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 1225.

Afgelopen jaren zijn diverse onderzoeken uitgevoerd naar de compensatie van niet-ingezetenen in de risicoverevening. Niet-ingezetenen zijn verzekerden die niet in Nederland wonen, maar wel te maken hebben met de Nederlandse zorgverzekering, zoals bijvoorbeeld seizoenarbeiders. In het meest recente onderzoek is gezocht naar een definitie die uniform en eenduidig is. De huidige definitie hangt namelijk af van de individuele invulling door een zorgverzekeraar. De meerderheid van de WOR constateert dat er een alternatieve definitie gevonden is die de voorkeur heeft. Daarbij wordt onderkend dat deze definitie niet perfect is, bijvoorbeeld omdat het gemeentelijke beleid rondom de inschrijving van (nog) niet-ingezetenen invloed kan hebben op de definitie. Ik weeg de eenduidigheid voor zorgverzekeraars zwaar en kies daarom voor de nieuwe definitie. Daarbij hecht ik er wel aan dat zorgverzekeraars op een ordentelijke wijze hun bedrijfsvoering rond de nieuwe definitie kunnen aanpassen. De rol die met name twee specifieke zorgverzekeraars vervullen in het verzekeren van zorg van deze bijzondere doelgroep is van grote waarde. Zorgverzekeraars hebben mij gezamenlijk gevraagd om de nieuwe definitie niet per 2025, maar per modeljaar 2026 in te voeren. Ik heb ingestemd met dit verzoek en besluit de nieuwe definitie door te voeren met ingang van modeljaar 2026.

### Pre-Overall Toets

In de pre-Overall Toets (pre-OT) zijn de effecten van de voorgestelde modelverbeteringen uit het groot onderhoud Avl, SES, PPA, het groot onderhoud MHK, het achterwege laten van het kenmerk HKG, met toepassing van de constraint, in samenhang onderzocht. Daarbij is ook een beperkte modelwijzing op het kenmerk Extreem Hoge Kosten (EHK) die volgt uit jaarlijks onderhoud door het Zorginstituut meegenomen.<sup>8</sup> De WOR constateert dat de gezamenlijke effecten in lijn zijn met die van de partiële onderzoeken en dat de effecten op de verevenende werking van het model relatief beperkt zijn. Inhoudelijk zijn de wijzigingen wel verbeteringen. De WOR adviseert daarom al deze modelwijzigingen in de OT door te rekenen.

---

<sup>8</sup> Het Zorginstituut Nederland voert jaarlijks onderhoud uit op de bestaande vereveningskenmerken. Het regulier onderhoud van de EHK heeft geleid tot beperkte modelwijzigingen die worden toegepast in het model 2025.

In de hierboven beschreven onderzoeken worden ook verschillende aanbevelingen gedaan voor nieuwe of vervolgonderzoeken. Ook wordt door verschillende partijen aandacht gevraagd voor de toenemende complexiteit van het model. Het is belangrijk dat volgend jaar bij de onderzoeken voldoende aandacht aan complexiteit besteed wordt, zodat de onderzoeken goed uitvoerbare aanpassingen opleveren. De aanbevelingen worden meegenomen in het onderzoeksprogramma. Dat onderzoeksprogramma en de bijbehorende prioritering wordt deze zomer in overleg met zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland, het Zorginstituut en onderzoekers uitgewerkt.

## **2. Evaluatie van de catastrofereregeling**

De catastrofereregeling (artikel 33 van de Zorgverzekeringswet (Zvw)) omschrijft wanneer een zorgverzekeraar in aanmerking komt voor een extra bijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds vanwege een catastrofe. Een catastrofe is een natuurramp, een pandemie, een kernexplosie of een bij ministeriële regeling aan te wijzen andere buitengewone gebeurtenis. In de Regeling zorgverzekering zijn sinds 2015 bepalingen opgenomen over de berekening, de administratie en de betaling van extra bijdragen in geval van catastrofes.

De catastrofereregeling is in 2020, vanwege de COVID-19-pandemie, voor het eerst in werking getreden. Nu de toepassing van de regeling op deze catastrofe tot een einde is gekomen en ook de uitvoering van de regeling grotendeels afgerond is, was het moment daar voor een evaluatie. In de evaluatie is onderzocht of de catastrofereregeling heeft voldaan aan het doel en of er kansrijke verbeteringen voor de regeling zijn.

Met deze brief bied ik u de evaluatie aan.<sup>9</sup> Door het analyseren van documenten over de catastrofereregeling en het afnemen van interviews met betrokken organisaties is een beeld gevormd van de werking van de catastrofereregeling. De belangrijkste conclusies van de evaluatie zijn:

- De catastrofereregeling heeft zorgverzekeraars in de basis beschermd tegen niet-voorspelbare verliezen als gevolg van

---

<sup>9</sup> Zie bijlage 1.

de catastrofe. Het beschermen van verzekeraars bij catastrofes zorgt ervoor dat ook de polishouders en de zorgaanbieders zijn beschermd.

- De regeling is voor het eerst in werking getreden. Betrokken partijen zijn bij de uitvoering van de regeling zoekende geweest welke verantwoordelijkheden bij welke partij belegd moesten worden en hoe partijen zo goed mogelijk in gezamenlijkheid invulling konden geven aan de regeling. Het komen tot de precieze vormgeving van de catastroferegeling zorgde in het begin van de werkingsduur van de regeling voor enige onzekerheid en extra uitvoeringslasten, bijvoorbeeld ten aanzien van het definiëren van de catastrofeschedelast. De drempels zoals die in de huidige catastroferegeling zijn opgenomen, brachten een ongewenste prikkelwerking en een verstoring van het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars met zich mee. Zorgverzekeraars hebben onderling een private solidariteitsregeling afgesproken om dit beter te kunnen borgen. Een belangrijke achterliggende reden is dat de COVID-19 pandemie niet alleen voor extra zorgkosten voor COVID-patiënten zorgde, maar ook voor minder zorgkosten door uitval van zorg voor niet-COVID-patiënten.
- Geïnterviewden benadrukken dat het moeilijk is om onzekerheid en extra uitvoeringslasten bij de catastroferegeling te voorkomen, aangezien iedere catastrofe uniek is.

Uit de evaluatie komen een aantal opties voor verbetering naar voren:

- De doelstelling van de catastroferegeling vraagt verduidelijking en er dient meer aandacht te zijn voor het moment van inwerkingtreding, de uitvoerbaarheid van de regeling, verantwoordelijkheden van partijen ten aanzien van de uitwerking en de uitvoering en administratieve lasten voor diverse partijen.
- Er zijn vier oplossingsrichtingen geïnterviewd in het rapport:
  - o Een eerste oplossingsrichting is het behouden van de catastroferegeling in de huidige vorm, maar met aanpassingen (bijv. het aanpassen van de drempels).
  - o Een tweede oplossingsrichting is het retrospectief aanpassen van de risicoverevening tijdens een catastrofe, bijvoorbeeld door het introduceren van ex-



- postmaatregelen tijdens een lopend jaar (in de beginfase van een catastrofe).
- o Een derde oplossingsrichting is ook een ex-postmaatregel, maar deze wordt van tevoren vastgelegd en treedt pas in werking door een catastrofe. De ex-postmaatregel is in de vorm van macrona calculatie en een bandbreedteregeling. Hierdoor wordt zowel het totale financiële effect van de catastrofe gecorrigeerd, alsook de financiële situatie van individuele verzekeraars. Het totale financiële effect is daarbij dus breder dan alleen de zorgkosten als gevolg van de catastrofe.
  - o Een vierde oplossingsrichting is het schrappen van de catastroferegeling. Hierdoor zullen zorgverzekeraars zelf het catastroferisico dragen of dit herverzekeren bij andere (internationale) partijen. Herverzekeringscontracten voor extreme risico's zijn in de reguliere verzekeringsmarkt een bekend instrument, maar nu niet bij zorgverzekeraars.
- Bij alle oplossingsrichtingen dienen herzieningen van de catastroferegeling te worden beoordeeld in het licht van de Solvency II wet- en regelgeving en de daaruit volgende kapitaalsvereisten voor zorgverzekeraars.

### Beleidsreactie en vervolg

Ik heb met genoegen kennisgenomen van de conclusie dat de catastroferegeling positief heeft bijgedragen aan de continuïteit van de zorg tijdens de COVID-19 pandemie. Tegelijkertijd geeft de evaluatie van de catastroferegeling aanknopingspunten voor verbetering. Of dit een aanpassing is van de huidige catastroferegeling of dat een andere vormgeving van de regeling wenselijk is, vraagt meer uitwerking. Ik deel de conclusie van de onderzoekers dat de eerste en derde oplossingsrichting het meest kansrijk zijn. Uw Kamer zal in de zomer van 2025, via de brief over het ex ante risicovereveningsmodel 2026, op de hoogte worden gebracht van de bevindingen.

### **3. Proces**

De modelverbeteringen genoemd in paragraaf 1 zijn gebaseerd op resultaten van verschillende onderzoeken en een pre-OT, waarin de verbeteringen gezamenlijk zijn bekeken. Deze zomer worden alle

voorgenomen modelverbeteringen integraal doorgerekend op basis van de meest recente en representatief gemaakte gegevens in de zogenaamde Overall Toets (OT). Vervolgens vindt na de zomer de definitieve besluitvorming plaats over het risicovereveningsmodel 2025. Naar verwachting zal uw Kamer in september over de definitieve vormgeving van het risicovereveningsmodel 2025 en het onderzoeksprogramma 2024-2025 worden geïnformeerd.

De modelwijzigingen worden vastgelegd in het Besluit zorgverzekering en in de Regeling risicoverevening 2025. De Regeling risicoverevening 2025 wordt afgerond zodra op Prinsjesdag de cijfers bekend zijn gemaakt, die nodig zijn voor de verdere uitwerking van het risicovereveningsmodel. De Zvw schrijft voor dat de regeling voor 1 oktober 2024 wordt gepubliceerd.

#### **4. Tot besluit**

De risicoverevening is essentieel voor het goed functioneren van de Zvw. Het is ook een technisch onderwerp. Als altijd ben ik beschikbaar voor uw Kamer voor het beantwoorden van vragen; mijn ministerie is tevens beschikbaar voor technische briefings.

De minister voor Medische Zorg,  
P.A. Dijkstra