

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1266 Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 23 september 2024

De risicoverevening zorgt ervoor dat chronisch zieken dezelfde premie kunnen betalen als gezonde verzekerden. Het risicovereveningsmodel herverdeelt geld van zorgverzekeraars met een relatief gezonde populatie naar zorgverzekeraars met een relatief ongezonde populatie verzekerden. Zonder risicoverevening zouden chronisch zieken hogere premies moeten betalen dan gezonde verzekerden.

Met deze brief breng ik u op de hoogte van de definitieve besluitvorming van het risicovereveningsmodel van 2025. Dat doe ik in vervolg op de brief van 17 juni 2024¹ over de voorgenomen verbeteringen in de risicoverevening per 2025. De nieuwe risicovereveningsmodellen voor 2025 (het somatische model, het gzz model en het eigenrisicomodel) zijn deze zomer doorgerekend. Op basis daarvan heeft de definitieve besluitvorming plaatsgevonden. Ook is het onderzoeksprogramma voor het aankomende jaar vastgesteld. Hiermee voldoe ik aan de toezegging uit de brief van 17 juni 2024.

Hoofdpunten van de brief

- De ex-ante verbeteringen in de risicovereveningsmodellen, die in de brief van 17 juni zijn aangekondigd, voer ik door. Hiermee boeken we weer een verbetering van de verevening voor chronische zieke en gezonde verzekeren, zoals we dat ook afgesproken hebben in het Integraal Zorgakkoord (IZA)².
- Naar aanleiding van de registratieproblematiek bij hulpmiddelen bij zorgverzekeraars heb ik besloten om in het risicovereveningsmodel 2025 het hulpmiddelenkenmerk volledig te verwijderen. Voor het model van 2026 onderzoek ik een tijdelijke oplossing.
- Voor het gzz model heb ik besloten om een ex post bandbreedte te hanteren die gelijk is aan die van vorig jaar. Het gaat om een tijdelijke maatregel om de onzekerheden

¹ Kamerstuk 29 689, nr. 1255.

² IZA Werkagenda, Onderdeel A9, Kamerstuk 31 765, nr. 655.

vanwege de invoering van de nieuwe bekostigingswijze binnen de ggz te kunnen ondervangen.

- Komend onderzoeksjaar laat ik weer onderzoek uitvoeren naar het nog verder verbeteren van de risicoverevening. Ik richt mij op twee aspecten: het verder verkleinen van over- en ondercompensaties voor chronisch zieke en gezonde verzekerden, en het ontwikkelen van een model dat meer aandoeningsgericht is. Een meer aandoeningsgericht model vind ik belangrijk, omdat dit de prikkels tot gelijkwaardige toegang tot goede zorg verder kan verbeteren. Verder onderzoek ik komend jaar of het mogelijk is om de complexiteit van het model te verminderen.
- Elk jaar laat ik door middel van een monitor de werking van het risicovereveningsmodel evalueren. De monitor van 2019 laat zien dat de risicoverevening ook in 2019 heeft bijgedragen aan een meer gelijke uitgangspositie voor zorgverzekeraars.

1. Definitieve vormgeving van het ex-ante risicovereveningsmodel 2025

Deze zomer zijn, net als ieder jaar, de voorgenomen modellen voor de somatische zorg, de ggz en het verplicht eigen risico integraal doorgerekend in de zogeheten Overall Toets. Daarin wordt gekeken naar de effecten en de stabiliteit van de voorgenomen modelwijzigingen. Uit de Overall Toets blijkt dat de modelwijzigingen zoals aangekondigd in de brief van 17 juni 2024 geen onverwachte effecten veroorzaken. Alle modelwijzigingen blijken stabiel. Ik heb daarom definitief besloten deze modelwijzigingen door te voeren voor 2025.

Vorig jaar zijn problemen in de registraties van hulpmiddelengebruik geconstateerd. Ik heb u hierover geïnformeerd³. Op advies van de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening heb ik besloten om het hulpmiddelenkenmerk in 2025 volledig uit het model te verwijderen. Dit betekent dat er in 2025 geen specifieke normbedragen voor hulpmiddelkosten zijn^{4,5}.

³ Kamerstuk 29 689, nr. 1204, Kamerstuk 29 68,9 nr. 1255 en Kamerstuk 29 689, nr. 1255.

⁴ Relevant om op te merken is dat in het zogenaamde Macroprestatiebedrag (MPB) de kostenpost "Hulpmiddelen" blijft. Dit betekent dat de risicoverevening het bedrag van deze post nog steeds verdeelt, maar via andere kenmerken dan de hulpmiddel kostengroepen. Landelijk wordt evenveel geld verdeeld, maar het gebruik van hulpmiddelen speelt in model 2025 geen rol bij de wijze van verdeling over zorgverzekeraars.

⁵ Mochten verzekeraars net als vorig jaar onderling het resterende verschil willen herverdelen om verzekeraars te compenseren voor mogelijke nadelen, dan heb ik daar dit jaar in deze specifieke situatie vanuit inhoudelijk perspectief begrip voor.

Ik heb daarnaast besloten onderzoek te laten doen naar een tijdelijke oplossing om hulpmiddeleengebruik in 2026 mogelijk mee te kunnen nemen in de risicoverevening. Het gaat dan om een kenmerk gebaseerd op gemaakte kosten voor hulpmiddelen als tijdelijke vervanging van het kenmerk gebaseerd op typen hulpmiddelen. Ik benadruk dat het doel blijft om een structurele oplossing te vinden zodat hulpmiddelen in een volwaardig kenmerk terugkomen. Zorgverzekeraars zijn hier in de leidende positie en ik blijf met hen, met Zorginstituut Nederland (ZiNL) en met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in gesprek om tot een structurele oplossing te komen.

2. Onzekerheden en ex post maatregelen voor 2025

Aanpassing op de normbedragen op basis van de werkelijke verzekerdenaantallen

Om onzekerheden in de raming van de verzekerdenaantallen te beperken kan het Zorginstituut adviseren een correctie te doen op de normbedragen op basis van de werkelijke verzekerdenaantallen. De grootste onzekerheden in de verzekerdenraming 2025 komen voort uit de invoering van het zorgprestatie-model in de GGZ. Dit geeft onzekerheid in de diagnosekostengroepen (DKG's) en de klassen van meerjarig hoge kosten (MHK) in het GGZ-model. Daarnaast hebben zorgverzekeraars aangegeven bij de DKG's van het somatische model een groter

risico te zien vanwege onzekerheden door COVID-19 effecten. Rekening houdend met deze informatie van zorgverzekeraars volg ik het advies van het Zorginstituut ten aanzien van genoemde kenmerken van het GGZ model en heb ik aanvullend besloten criteriumneutraliteit op de DKG van het somatische model toe te passen.

Ex post vanwege onzekerheden in het GGZ-model

Per 2022 is de bekostiging van de geneeskundige GGZ veranderd door de invoering van het zorgprestatie-model. In voorgaande jaren is geconstateerd dat dit onzekerheden met zich meebrengt hoe passend de vereveningsbijdrage is, en dat deze onzekerheden een ongewenste invloed op de spreiding in het resultaat van verzekeraars kunnen hebben. Ook nu blijkt dat de onzekerheden voor het model 2025 niet kleiner zijn dan voor het voorgaande modeljaar. Deze onzekerheden ontstaan doordat het model nog grotendeels op gegevens van de oude bekostigingssystematiek gebaseerd is, terwijl het model wordt toegepast op de praktijk van de nieuwe bekostigingssystematiek. Daarom heb ik besloten om voor model 2025 een tijdelijke bandbreedte te hanteren die gelijk is aan de bandbreedte van 2024. Het gaat om een bandbreedte van

+10/-10 euro per premie-equivalent rondom het marktgemiddelde resultaat met 90% nacalculatie buiten deze bandbreedte.

3. Meerjarig onderzoeksprogramma

Het onderzoeksprogramma (zie bijlage) is opgedeeld in onderzoeken die komend jaar worden uitgevoerd en onderzoeken die gepland staan voor de jaren daarna. Het onderzoeksprogramma is met input van zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland, onderzoeksbureaus en Zorginstituut Nederland opgesteld in de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR).

Komend onderzoeksjaar ligt de nadruk op twee aspecten. Het eerste aspect is het nog verder terugdringen van over- en ondercompensaties voor gezonde verzekerden en chronisch zieken. Het tweede aspect is het onderzoeken van mogelijkheden tot een meer aandoeningsgerichte risicoverevening. Een meer aandoeningsgericht model vind ik belangrijk, omdat dit de prikkels voor zorgverzekeraars tot het bevorderen van een gelijkwaardige toegang tot goede zorg verder kan verbeteren. Binnen het huidige risicovereveningsmodel zijn de morbiditeitskenmerken namelijk vaak gebaseerd op declaratiedata en daarmee dus op zorggebruik of gemaakte zorgkosten. Door kenmerken meer aandoeningsgericht (of: op basis van diagnose) te maken, kunnen de prikkels om doelmatigheid met zorg en de schaarse zorgmedewerkers om te gaan mogelijk nog verder verbeterd worden. Een wijziging naar een meer aandoeningsgerichte compensatie kan veelomvattend zijn. Daarom is gekozen voor een meerjarentraject, waarbij komend jaar het tweede onderzoek plaatsvindt.

Verder is er komend jaar extra aandacht voor de toenemende complexiteit van het risicovereveningsmodel. Die brengt risico's in de uitvoering met zich mee en bemoeilijkt verdere verbetering. Ik laat onderzoeken of versimpeling van het model mogelijk is en hoe de complexiteit een betere plek kan krijgen in het onderzoeksproces.

4. Monitor Risicoverevening

Elk jaar laat ik de werking van de risicoverevening evalueren. Het risicovereveningsmodel van een bepaald jaar kan geëvalueerd

worden als de realisatiecijfers voor dat jaar definitief zijn vastgesteld. In het afgelopen onderzoeksjaar kon het risicovereveningsmodel van 2019 geëvalueerd worden (in de bijlage vindt u het rapport). Uit het onderzoek blijkt dat, net zoals in de jaren ervoor, de verevenende werking van het risicovereveningssysteem in 2019 is verbeterd ten opzichte van het jaar ervoor. Het risicovereveningsmodel heeft in 2019 bijgedragen aan een gelijkere uitgangspositie voor de verschillende zorgverzekeraars. Uit het onderzoek blijkt verder dat doorgevoerde modelwijzigingen tot vermindering van de over- en ondercompensaties voor een aantal specifieke subgroepen hebben geleid. Tegelijkertijd waren er ook in 2019 specifieke subgroepen met voorspelbare over- of ondercompensaties. Ik verwacht dat een groot deel van deze over- en ondercompensaties door nieuwe modelwijzigingen in latere jaren - zoals voorwaardelijke regressie (constrained regression) - zijn verminderd.

5. Tot slot

De modelwijzigingen voor de risicoverevening 2025 worden vastgelegd met een wijziging van het Besluit zorgverzekering en in de Regeling risicoverevening 2025. De Zvw schrijft voor dat de regeling voor 1 oktober 2025 moet worden gepubliceerd.

Ik bedank alle partijen - onderzoekers, individuele zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland, Zorginstituut Nederland - voor hun inzet om gezamenlijk tot een zo goed mogelijke risicoverevening te komen.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Agema