

Vergaderjaar 2022–2023

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 1204**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 26 juni 2023

In deze brief informeer ik u over de voorgenomen modelaanpassingen die de risicoverevening vanaf 2024 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 ervoor dat zorgverzekeraars gestimuleerd worden om zich te richten op doelmatige zorginkoop.

In lijn met mijn visie op de risicoverevening, waarover ik u vorig jaar in de brief over het risicovereveningsmodel 2023 heb geïnformeerd,<sup>1</sup> en conform de afspraken uit het Integraal Zorgakkoord (IZA),<sup>2</sup> zet ik in op een verdere verbetering van het risicovereveningsmodel. De focus ligt daarbij net als de afgelopen jaren op het verminderen van de resterende over- en ondercompensaties voor gezonde verzekerden en chronisch zieken. Daartoe heb ik ook dit jaar een aantal onderzoeken<sup>3</sup> laten uitvoeren

<sup>1</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 1166.

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

<sup>3</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 1166, bijlage WOR 1105 Onderzoeksprogramma 2022–2023.

binnen de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (hierna: WOR).<sup>4</sup> Ik heb mij daarbij ook gericht op onderzoek naar andere oplossingen dan het «klassieke» toevoegen of verfijnen van vereveningskenmerken. Ik ben verheugd u te kunnen melden dat dit onderzoek ertoe leidt dat we een aanzienlijke stap kunnen zetten in het verminderen van de over- en ondercompensaties van gezonde en chronisch zieke verzekerden.

### *Moties en toezeggingen*

Met deze brief informeer ik u over de uitkomsten van de onderzoeken en de voorgestelde aanpassingen voor het vereveningsmodel 2024, conform mijn toezeggingen in de brief van 13 september 2022<sup>5</sup> en het tweeminutendebat over de NZa-publicatie «stand van de zorg 2022» van 22 maart 2023 (Handelingen II 2022/23, nr. 64, item 18). Ook informeer ik u, zoals aangekondigd in de brief van 12 april 2023,<sup>6</sup> met deze brief over de uitkomsten van de onderzoeken naar de risicoverevening in relatie tot kruissubsidiëring van verzekerden zonder vrijwillig eigen risico naar verzekerden met vrijwillig eigen risico. Tot slot is deze brief relevant voor de aangehouden motie van het lid Van den Berg,<sup>7</sup> die verzoekt om het permanent invoeren van de bandbreedte die ik in 2023 eenmalig heb ingevoerd.

### *Hoofdpunten van de brief:*

- Er is dit jaar weer een aanzienlijk aantal onderzoeken uitgevoerd naar verbetermogelijkheden in de risicoverevening.
- De prioriteit is wederom gegeven aan het verminderen van de over- en ondercompensaties voor gezonde verzekerden en chronisch zieken. Op grond van deze onderzoeken heb ik het besluit genomen tot twee modelwijzigingen: de invoering van «constrained regression» (CR) en van een compensatie voor hoge kosten van extreem dure behandelingen. Met CR kunnen we een grote stap zetten in het reduceren van de over- en ondercompensaties voor gezonde en chronisch zieke verzekerden.
- Ook overige onderzoeken hebben geleid tot modelaanpassingen die de risicoverevening vanaf 2024 verder verbeteren. Het gaat hierbij onder andere om een actualisatie van de hulpmiddelenkostengroepen, een verfijning van de indicator voor bevalling en zwangerschap, en een actualisatie van de Extreem Hoge Kostenclusters (EHK).
- Verder heb ik onderzoek gedaan om concrete belemmeringen voor inzet op specifieke en concrete paden van passende zorg te verhelpen. Dit onderzoek levert geen concrete modelwijziging op, maar geeft wel nieuwe inzichten en aanknopingspunten voor verdere verkenningen.
- Na overleg met individuele zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Zorginstituut Nederland (Zorginstituut) heb ik besloten om genoemde verbeteringen in samenhang door te rekenen in de zogeheten Overall Toets. In september informeer ik u over de definitieve vormgeving van de risicoverevening 2024 en het onderzoeksprogramma voor het volgende jaar.

## **1a. Aanpassingen in de risicoverevening per 2024**

In deze paragraaf beschrijf ik de aanpassingen in de risicoverevening die ik voornemens ben per 2024 door te voeren.

<sup>4</sup> Hierin zijn experts in de risicoverevening van individuele zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Zorginstituut Nederland, onderzoeksbureaus en het Ministerie van VWS vertegenwoordigd.

<sup>5</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 1166.

<sup>6</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 1191.

<sup>7</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 1185.

## Constrained regression (CR)

Het huidige somatische model slaagt er nog niet volledig in te compenseren voor voorspelbare verschillen in zorgkosten tussen gezonde en ongezonde verzekerden. Zoals ook in het IZA is beschreven, versterkt een betere verevening van ongezonde verzekerden (en spiegelbeeldig van gezonde verzekerden) de gelijkheid van het speelveld, voorkomt het (indirecte) risicoselectie, en versterkt het tegelijkertijd de prikkels tot passende zorg en regionale samenwerking, omdat ongezonde verzekerden vanuit het perspectief van verzekeraars aantrekkelijker zijn geworden. Wetenschappelijk onderzoek heeft laten zien dat voorwaardelijke regressie, ook wel genaamd *constrained regression* (CR), een belangrijke bijdrage kan leveren aan de oplossing van het bovenbedoelde probleem. De toepassing van CR houdt de toevoeging in van één of meer voorwaarden («constraints») bij de bepaling van de normbedragen. Dit betekent dat de normbedragen van het somatische model zich aanpassen om aan de voorwaarde(n) te voldoen. In de WOR is onderzoek uitgevoerd naar CR. Daarbij zijn verschillende constraints onderzocht als indicator voor gezond en ongezond. Alle onderzochte constraints lieten zien een aanzienlijk deel van de voorspelbare verschillen tussen gezonde en ongezonde verzekerden te kunnen oplossen. Voor de constraint die als meest geschikt is beoordeeld (een constraint op basis van meerjarig farmaciegebruik), blijkt dit onder andere uit het feit dat de overcompensatie van de groep verzekerden die kiest voor een vrijwillig eigen risico, ongeveer halveert. Het blijkt ook uit het niet langer bestaan van een significant positief verband tussen het vereveningsresultaat op polis- en risicodragerniveau enerzijds, en de gezondheid van de verzekerdenpopulatie anderzijds. Anders gezegd, polissen met een relatief gezonde populatie worden gemiddeld genomen niet langer overgecompenseerd en polissen met een relatief ongezonde populatie niet langer ondergecompenseerd. Kortom: met CR neemt de ondercompensatie van ongezonde verzekerden en de overcompensatie van gezonde verzekerden sterk af. Ik zie dit als grote winst.

Zoals eerder benoemd, hebben de afgelopen jaren in het teken gestaan van het verminderen van de resterende overcompensatie van gezonde en ondercompensatie van chronisch zieke verzekerden. Als chronisch zieke verzekerden voorspelbaar verliesgevend zijn, kan dit zorgverzekeraars negatieve prikkels geven om voor deze groepen de meest passende zorg in te kopen gezien het risico deze voorspelbaar verliesgevende chronische zieke verzekerden aan te trekken naar de eigen verzekerdenportefeuille. Een van de pijlers van het zorgstelsel is dat zorgverzekeraars op kwaliteit en doelmatigheid letten bij de inkoop van zorg, juist ook voor ongezonde verzekerden, omdat naar hen de meeste zorg uitgaat. Met de invoering van CR wordt voor de zorgverzekeraars de ondercompensatie van chronisch zieken grotendeels weggenomen. Hierdoor worden zorgverzekeraars meer gestimuleerd om ook juist voor de groep die de zorg het meest nodig heeft, de best passende zorg in te kopen. Ook verminderen de prikkels om jonge, gezonde verzekerden aan te trekken en ontstaat er een gelijk speelveld.

Echter, hoewel CR de uitkomst voor gezonde en ongezonde verzekerden bij verschillende definities voor gezond en ongezond sterk verbetert, leidt deze methode niet op alle vlakken tot een verbetering. De verbetering voor gezonde en ongezonde verzekerden via toepassing van CR kan alleen worden bereikt via een minder goede aansluiting van vereveningsbijdrage en kosten voor de groepen die expliciet in het somatische model zijn opgenomen (de klassen van de verschillende vereveningskenmerken in het somatische model). Tot nu toe kwam het gemiddelde vereveningsresultaat van deze groepen, zoals leeftijdsklassen, automatisch gemiddeld

op nul uit. Dat dit niet langer zo is, zie ik als het belangrijkste nadeel van CR, aangezien voorspelbare winsten en verliezen voor specifieke groepen in theorie prikkels voor risicoselectie doen ontstaan.

Alles overziend vind ik dat de voordelen van CR de nadelen daarvan in belangrijke mate overtreffen. Ik weeg de grote verbetering die de onderzochte constraint geeft op de compensatie van belangrijke groepen (gezonde en ongezonde verzekerden) in de risicoverevening zwaarder dan het gevolg dat voor de groepen die expliciet in het somatische model zijn opgenomen, het voorspelde vereveningsresultaat afwijkt van nul. Daarnaast zie ik een betere verevening op polis- en risicodragerniveau doordat gemiddeld genomen polissen met relatief veel gezonde verzekerden vanuit de risicoverevening niet langer voorspelbaar winstgevend zijn, en polissen met relatief veel ongezonde verzekerden niet langer voorspelbaar verliesgevend zijn. Daarom ben ik voornemens deze modelwijziging in te voeren voor het somatische model per 2024. Deze zomer zal ik benutten om, op verzoek van zorgverzekeraars, te bezien of eventueel aanvullende maatregelen noodzakelijk zijn in het geval van zwaarwegende ongewenste impact van de maatregel op verzekeraarsniveau. Daarnaast volgen uit het uitgevoerde onderzoek ideeën om de constraint verder te optimaliseren. Ik ben voornemens deze ideeën vanaf het komende onderzoeksjaar te gaan onderzoeken om zo de methodiek nog verder te kunnen verbeteren.

Ik wijs u op de relatie tussen bovenstaande en de brief van 12 april jl. over de uitkomsten van het Equalis-onderzoek naar het vrijwillig eigen risico.<sup>8</sup> Dit onderzoek liet zien dat het vrijwillig eigen risico op dit moment tot kruissubsidiëring van verzekerden zonder vrijwillig eigen risico naar verzekerden met een vrijwillig eigen risico leidt. Ik heb hierbij aangegeven dat er in het kader van het Onderzoeksprogramma Risicoverevening 2022–2023 nog verschillende onderzoeken liepen, waaruit aanpassingen zouden kunnen volgen die de kruissubsidiëring kunnen doen afnemen en waardoor verzekerden met een vrijwillig eigen risico voor zorgverzekeraars financieel minder aantrekkelijk worden. Het onderzoek naar CR laat zien dat de kruissubsidiëring met de invoering van CR substantieel afneemt, en dat verder onderzoek aanvullend potentieel heeft. Dat betekent niet alleen dat het probleem van de kruissubsidiëring fors kleiner wordt. Het betekent ook dat ik op dit moment geen gerechtvaardigd maatschappelijk belang zie dat de juridische toets der kritiek doorstaat om de handelingsvrijheid van private zorgverzekeraars te beperken door het afschaffen van het vrijwillig eigen risico. Met mijn keuze voor CR pak ik namelijk de oorzaak van de huidige kruissubsidiëring bij het vrijwillig eigen risico aan.

Tot slot is er de aangehouden motie van het lid Van den Berg<sup>9</sup> die verzoekt om het permanent invoeren van de bandbreedte die ik in 2023 eenmalig heb ingevoerd. Deze eenmalige regeling is op advies van de ACM en NZa getroffen vanwege specifieke marktomstandigheden in 2023 in combinatie met over- en ondercompensaties op gezonde en chronisch zieke verzekerden. Een dergelijke regeling kent ook nadelen. Eenmaligheid was daarom van belang. Naast het feit dat de marktomstandigheden van toen nu anders zijn, zorgen de voorgenomen wijzigingen van het model per 2024 ervoor dat de over- en ondercompensaties op gezonde en chronisch zieke verzekerden in grote mate zullen worden weggenomen. Ik zie daarom geen reden voor continuering van de eenmalige bandbreedte.

---

<sup>8</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 1191.

<sup>9</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 1185.

## Compensatie extreem dure behandelingen

Er komen steeds meer extreem dure behandelingen beschikbaar. De ex ante risicoverevening kan hiervoor niet altijd een adequate compensatie bieden, waardoor het speelveld tussen zorgverzekeraars ongelijk kan zijn. Daar liggen verscheidene redenen aan ten grondslag, bijvoorbeeld dat de patiëntenpopulatie te klein is om er een apart vereveningskenmerk voor te maken, dat bepaalde extreem dure geneesmiddelen slechts één keer aan de patiënt worden toegediend, of dat het een aantal jaar duurt tot er voldoende data is om een nieuwe behandeling op te nemen in het model. De WOR adviseert om per model 2024 een brede Hoge Kosten Compensatie (HKC) in te voeren om deze groep verzekerden beter te compenseren. Ik kies voor een HKC waarbij de kosten van een verzekerde boven een drempelwaarde van € 400.000,- voor 75% door alle verzekeraars gezamenlijk worden betaald. Het herverdelen van een substantieel deel van het risico van de individuele verzekeraar naar de verzekeraars als geheel boven een bepaalde grens komt ten goede aan het gelijke speelveld; tegelijkertijd is het belangrijk dat er voor de individuele zorgverzekeraar een prikkel tot kostenbeheersing blijft bestaan. De toekomstige vormgeving van de drempel zal worden toegevoegd aan het onderzoeksprogramma van de risicoverevening. Over de precieze invulling van het onderzoeksprogramma 2023–2024 wordt u in september geïnformeerd.

## Groot onderhoud, Hulpmiddelen Kosten Groepen (HKG)

Om het risicovereveningsmodel te onderhouden vindt er in de basis eenmaal per drie jaar groot onderhoud aan bestaande kenmerken plaats. In dit onderzoek is de indeling van hulpmiddelen in het HKG-kenmerk geactualiseerd en is gekeken naar uniformering van de indeling van hulpmiddelen in de klassen van het kenmerk. Door registratieverschillen tussen zorgverzekeraars bestaan er op dit moment namelijk inconsistenties in de indeling in het HKG-kenmerk. Het kost meer tijd om dit probleem op te lossen. Daarom heeft het onderzoeksbureau een gedetailleerd stappenplan opgesteld om naar een oplossing toe te werken. Hiervoor is met name inzet nodig van de werkgroep Uniformering Hulpmiddelen van ZN, en ik ben blij dat verzekeraars en ZN zich aan dit proces hebben gecommitteerd. Ik neem het advies van de WOR over om een aantal wijzigingen in het HKG-kenmerk in te voeren per model 2024, maar bezie in de zomer of de huidige registratiewijze wellicht nog tot een aangepaste wijziging voor het model 2024 moet leiden.

## Verfijning indicator bevalling / zwangerschap (IBZ)

Voor het risicovereveningsmodel 2023 is een kenmerk toegevoegd dat compenseert voor bevallingen in het huidige jaar. De vormgeving in het model 2023 is een tussenvariant van de in het toenmalige onderzoek geadviseerde modelwijziging. Afgelopen periode is onderzoek uitgevoerd om te kijken of het IBZ-kenmerk verder verfijnd kan worden. De WOR adviseert uitbreiding van het kenmerk waarbij het kenmerk voor bevallingen wordt gesplitst op basis van het jaar waarin de zwangerschap is begonnen. Ook adviseert de WOR het kenmerk voor zwangerschappen te verfijnen door alleen verzekerden te selecteren die nog niet zijn bevallen. Ik neem het advies van de WOR over.

## Regulier onderhoud EHK

Het Zorginstituut voert jaarlijks onderhoud uit aan de bestaande vereveningskenmerken om deze actueel te houden. Het regulier onderhoud van de Extreem Hoge Kostenclusters (EHK) (die compenseren voor verze-

kerden die extreem dure geneesmiddelen gebruiken) heeft daarbij geleid tot een voorstel voor een beperkte modelwijziging. Ik voer de verbeteringen die uit het onderhoud voortvloeien in per model 2024.

### Pre-Overall Toets

In de pre-Overall Toets (pre-OT) zijn de gezamenlijke effecten van de voorgestelde modelverbeteringen uit het regulier onderhoud Extreem Hoge Kosten, het groot onderhoud HKG, en het onderzoek naar extreem dure behandelingen onderzocht. Daarnaast is de clustering van de DKG-groepen geactualiseerd. Deze update zorgt ervoor dat de groepering van de diagnoses die onderliggend zijn aan de DKG-indeling aansluit bij het nieuwe model.

De WOR constateert dat de gezamenlijke effecten van de modelaanpassingen op de verevenende werking relatief beperkt zijn. Inhoudelijk zijn de wijzigingen wel verbeteringen. Daarnaast geeft het gezamenlijk meenemen van de modelwijzigingen geen ander beeld dan naar voren komt uit de partiële onderzoeken. Ik neem daarom het advies van de WOR over om al deze modelwijzigingen in de OT mee te nemen.

De voorgestelde modelwijzigingen uit het onderzoek *constrained regression* en de verfijning van het kenmerk bevalling/zwangerschap konden niet in de pre-OT mee worden genomen, omdat de resultaten van deze onderzoeken daarvoor niet op tijd bekend waren. Deze modelwijzigingen worden daarom in de reguliere Overall Toets (OT) integraal doorgerekend. Ik zal u in de septemberbrief nader over de uitkomsten van de Overall Toets informeren.

### **1b. Onderzoeken zonder directe implicaties voor het risicovereveningsmodel 2024**

#### Passende zorg

Ik hecht eraan om belemmeringen in de beweging naar passende zorg waar mogelijk weg te halen. Zo ook in de risicoverevening. Zoals aangekondigd in de brief van 13 september 2022<sup>10</sup> en conform de bestuurlijke afspraak die is gemaakt in het IZA, heb ik afgelopen jaar onderzoek uitgevoerd naar mogelijkheden om in de risicoverevening concrete belemmeringen voor inzet op specifieke en concrete paden van passende zorg te verhelpen. Over het algemeen lijkt het risicovereveningsmodel geen belemmering te vormen voor zorgverzekeraars bij de inzet van meer passende zorg. Uit eerder onderzoek dat het Zorginstituut heeft laten uitvoeren, komen echter signalen dat de risicoverevening in specifieke gevallen wel een negatieve financiële prikkel geeft. Ik heb nader onderzoek laten uitvoeren naar één van de voorgestelde oplossingsrichtingen uit dat onderzoek, namelijk het in de tijd langer vasthouden van kenmerken voor chronische aandoeningen. Hoewel het op voorhand een interessant concept leek, is dit in het onderhavige WOR onderzoek – op basis van de huidige informatie – geen geschikt instrument gebleken om daadwerkelijk bestaande belemmeringen voor passende zorg weg te nemen. Slechts voor een kleine groep diabetici zou de oplossing iets kunnen bijdragen aan de prikkels voor passende zorg. Maar omdat het instrument (te) ongericht is, concluderen de onderzoekers dat de voordelen van het instrument niet opwegen tegen de nadelen. Dit onderzoek heeft daarmee inzichten gegeven in de prikkelwerking binnen de risicoverevening, maar het leidt niet tot een modelaanpassing. Wel hebben de onderzoekers mij een aantal aanknopingspunten aangereikt die

<sup>10</sup> Kamerstuk 29 289, nr. 1166.

verdere verkenning waard zijn. Op basis daarvan ben ik voornemens de mogelijkheden te verkennen om risicovereveningskenmerken zorgsector overstijgend op te bouwen aan de hand van chronische aandoeningen, naast of in plaats van kenmerken op basis van zorggebruik in specifieke zorgsectoren. Daarnaast houd ik de ontwikkelingen rondom passende zorg nauwlettend in het oog en blijf ik alert op belemmeringen die de risicoverevening kan veroorzaken in specifieke casussen. Waar nodig zal ik deze belemmeringen proberen weg te nemen.

### Lage zorgkosten

In het onderzoek «Lage zorgkosten in de risicoverevening» is onderzocht of een andere behandeling van lage zorgkosten in de risicoverevening kan bijdragen aan het beperken van de overcompensatie van gezonde verzekerden. In dit onderzoek stond de aansluiting tussen geschatte kosten en geschatte opbrengsten onder het verplicht eigen risico centraal. De opbrengsten van het verplicht eigen risico worden in de risicoverevening afzonderlijk van de kosten van zorg geschat. Dit kan invloed hebben op de compensatie van gezonde verzekerden. Het onderzoek laat echter zien dat de geschatte kosten en de geschatte opbrengsten onder het verplicht eigen risico goed op elkaar aansluiten. Het nog verder verbeteren van deze aansluiting leidt niet tot een vermindering van de overcompensatie van gezonde verzekerden. Dit onderzoek leidt daarom niet tot een modelaanpassing.

## **2. Proces**

De modelverbeteringen genoemd in paragraaf 1a zijn gebaseerd op resultaten van verschillende onderzoeken en een pre-OT waarbij enkele verbeteringen gezamenlijk zijn bekeken. Deze zomer worden alle voorgenomen modelverbeteringen integraal doorgerekend op basis van de meest recente en representatief gemaakte gegevens. Vervolgens vindt na de zomer de definitieve besluitvorming plaats over het risicovereveningsmodel 2024. Dan komt ook de besluitvorming over eventuele ex-post vormgeving aan bod en wordt er besloten over het onderzoeksprogramma 2023–2024.

Ik verwacht uw Kamer in september over de definitieve vormgeving van het risicovereveningsmodel 2024 en het onderzoeksprogramma 2023–2024 te informeren.

De modelwijzigingen worden vastgelegd in het Besluit zorgverzekering en in de Regeling risicoverevening 2024. De Regeling risicoverevening 2024 wordt afgerond zodra op Prinsjesdag de benodigde cijfers bekend zijn gemaakt, zoals het macroprestatiebedrag en de rekenpremie. De Zvw schrijft voor dat de regeling voor 1 oktober 2023 wordt gepubliceerd.

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