

Vergaderjaar 2020–2021

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 1123**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 8 juli 2021

Een goed functionerende risicoverevening is een essentieel onderdeel van het zorgstelsel. Het zorgt ervoor dat zorgverzekeraars gecompenseerd worden voor voorspelbare gezondheidsverschillen in hun verzekerdenpopulatie. In Nederland zijn zorgverzekeraars namelijk verplicht alle verzekerden te accepteren voor de basisverzekering en mogen ze geen hogere premie vragen aan mensen die naar verwachting hogere zorgkosten hebben. Een goede risicoverevening zorgt dus 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. Elk jaar worden onderzoeken uitgevoerd om de risicoverevening te verbeteren.

#### *Hoofdpunten van de brief*

- Verschillende onderzoeken hebben geleid tot modelaanpassingen die de risicoverevening vanaf 2022 verder verbeteren. Het gaat hier bijvoorbeeld om verbetering van het opnemen van fysiotherapiediagnoses en geneesmiddelen in de risicoverevening en de compensatie van seizoenarbeiders.
- In het kader van de onderzoeken naar structurele over- en ondercompensaties bij chronisch zieken en gezonde verzekerden heeft er een versnelling plaatsgevonden in de zogenoemde restrisico-onderzoeken. Dit heeft geleid tot een belangrijke stap in de vorm van een meer passende compensatie van gezonde verzekerden. Deze wijziging heeft ook een positief effect op de compensatie van chronisch zieken.
- Na overleg met zorgverzekeraars en het Zorginstituut heb ik besloten om bovenstaande verbeteringen door te voeren per 2022. Deze zomer zullen alle voorgestelde aanpassingen in samenhang worden doorgerekend (Overall Toets) en wordt bezien of er aanvullende maatregelen nodig zijn. In september zal ik u informeren over de definitieve vormgeving van de risicoverevening 2022 en over het onderzoeksprogramma voor het komende jaar.

- In overleg met zorgverzekeraars en het Zorginstituut is onderzocht of de ex-ante modellen aangepast moeten worden vanwege COVID-19. Het onderzoek gaf geen aanknopingspunten om het ex-ante model hierop aan te passen. Wel is besloten onderzoek te laten doen naar mogelijke gevolgen voor de normbedragen en de ramingen van de verzekerdenaantallen.

### *Moties en Toezegging*

Het Nederlandse risicovereveningsproces kenmerkt zich door de sterke samenwerking tussen het Ministerie van VWS, Zorginstituut Nederland (ZINL), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), individuele zorgverzekeraars, experts van onderzoeksbureaus en experts vanuit de wetenschap. Er is de afgelopen maanden hard gewerkt aan verbetering van de risicoverevening door het uitvoeren van restrisico-onderzoeken. Er heeft daarbij een versnelling plaatsgevonden in het onderzoek naar de compensatie van gezonde verzekerden en chronisch zieken. Het project van de restrisico-onderzoeken wordt door alle partijen met voortvarendheid en in constructieve onderlinge samenwerking uitgevoerd.

In december 2020 heeft mevrouw Van den Berg (CDA) een motie ingediend die verzoekt om een onafhankelijke commissie, met onder andere internationale experts, in te stellen die onderzoek doet naar de adequate werking van het risicovereveningssysteem (Kamerstuk 29 689, nr. 1036). Zorgverzekeraars zijn unaniem van mening dat de instelling van een onafhankelijke commissie op dit moment niet wenselijk is. Er wordt via het intensieve traject van de restrisico-onderzoeken door alle partijen constructief gewerkt aan de doelstelling van de motie en het nu instellen van een onafhankelijke commissie zou dit proces doorkruisen.

Ik heb met de expertise van alle partijen, conform de doelstelling van de motie, het afgelopen jaar stevig ingezet op de restrisico-onderzoeken en ik informeer uw Kamer met deze brief over de eerste daaruitvolgende modelverbeteringen. Ook voor komend jaar voorzie ik restrisico-onderzoeken met als doel een verdere verbetering van het model; ik verwacht uw Kamer in september over het vervolgonderzoeksprogramma te kunnen informeren. Daarbij zal ik het risicovereveningsmodel jaarlijks blijven monitoren<sup>1</sup> en zal ik, wanneer daar aanleiding toe is, de expertise die betrokken is bij de verbetering van de risicoverevening aanvullen door de vorming van een commissie. Hiermee beschouw ik de motie als uitgevoerd.

Verder heeft uw Kamer gevraagd om een stand van zaken brief over de implementatie van de aanbevelingen in het vorig jaar verschenen KPMG-rapport over risicoverevening in de zorg. Zoals in mijn brief van 26 mei 2021<sup>2</sup> aangegeven zal ik in paragraaf 3 van deze brief ingaan op de restrisico onderzoeken.

### **1. Impact COVID-19**

Bij een pandemie voorziet de catastroferegeling in de Zorgverzekeringswet (Zvw) onder voorwaarden in een extra bijdrage voor een zorgverzekeraar die veel extra zorgkosten heeft ten gevolge van de pandemie. Die extra bijdrage boven op zijn vereveningsbijdrage geldt voor het catastrofejaar en het daaropvolgende jaar. Per 2022 kan er geen

---

<sup>1</sup> De monitor risicoverevening van het model 2016 zal worden opgenomen in de brief over de definitieve vaststelling van het risicovereveningsmodel 2022. Ik verwacht u deze brief in september toe te sturen.

<sup>2</sup> Kamerstuk 29 689 nr. 1101

beroep meer worden gedaan op de catastroferegeling. Vanaf 2022 tellen de kosten vanwege COVID-19 dus weer mee in de (reguliere) verevening. Daarom lopen er momenteel diverse onderzoeken naar mogelijke gevolgen van COVID-19 voor de risicoverevening van 2022. Hierbij wordt samengewerkt met ZIN, NZa, ZN en onderzoeksbureau ESHPM. Onderwerpen zijn onder meer gevolgen van uitval van zorg, inhaalzorg, zorgkosten en aantallen van (ex)-coronapatiënten, de extra kosten die zorgaanbieders als gevolg van COVID-19 maken voor de levering van zorg («meerkosten») en oversterfte.

In overleg met zorgverzekeraars en het Zorginstituut is onderzocht of de ex-ante modellen aangepast moeten worden vanwege COVID-19. Het onderzoek gaf geen aanknopingspunten om het ex-ante model aan te passen, ook omdat er onvoldoende gegevens beschikbaar zijn om een volwaardig onderzoek uit te voeren. Daarom is besloten de ex ante-risicovereveningsmodellen niet aan te passen. Wel is besloten onderzoek te laten doen naar mogelijke gevolgen voor de normbedragen en de ramingen van de verzekerdenaantallen en de eventuele noodzaak van aanvullende maatregelen.

## **2. Aanpassingen in de risicoverevening per 2022**

Voor het vereveningsmodel is het van belang dat periodiek onderhoud plaatsvindt op de bestaande vereveningscriteria.

### *Groot onderhoud Fysiotherapie Diagnose Groepen (FDG)*

Fysiotherapie diagnosekostengroepen (FDG's) vormen een van de criteria in het vereveningsmodel voor de somatische zorgkosten. Het criterium is gebaseerd op fysio- en oefentherapie declaraties behorende bij de chronische lijst van de Zvw waarmee chronische aandoeningen worden geïdentificeerd. In het groot onderhoud is onderzocht of de FDG groepen kunnen worden geactualiseerd, of het zinvol is behandelingen met gelimiteerde behandelduur behorende bij de chronische lijst toe te voegen en of andere vormen van paramedische zorg (podotherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadvisering) kunnen worden toegevoegd aan het criterium. Er zijn verschillende varianten voor de vernieuwing van het FDG criterium onderzocht. Het toevoegen van behandelingen met gelimiteerde behandelduur bleek op medische gronden een logische keuze. De varianten inclusief andere vormen van paramedische zorg gaven een zeer beperkte mate van verbetering, terwijl de complexiteit van het kenmerk wel sterk toenam. Deze varianten hebben daarom niet de voorkeur. De Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR<sup>3</sup>) adviseert om het criterium te actualiseren en daarbij zowel behandelingen met een gelimiteerde als met een ongelimiteerde behandelduur onder de Zvw te betrekken.

### *Groot onderhoud Farmaciekostengroepen (FKG)*

Farmaciekostengroepen (FKG's) vormen één van de criteria in het vereveningsmodel voor de somatische zorgkosten en ook in het vereveningsmodel voor de GGZ is een vergelijkbaar criterium opgenomen (FKG's psychische aandoeningen). Deze criteria zijn gebaseerd op chronisch gebruik van farmacie welke wordt gesteld op gebruik boven een bepaalde drempelwaarde. Voor zowel de somatische als de psychische FKG's is groot onderhoud uitgevoerd om de FKG's, de geneesmiddelen in de FKG's, de drempelwaarden en de restricties te actualiseren.

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

Voor zowel het somatische als het GGZ-model heeft het onderzoek geleid tot een nieuwe indeling van geneesmiddelen, drempelwaarden en restricties. In het somatische model worden daarnaast twee FKG's gesplitst en twee nieuwe FKG's geïntroduceerd. Hoewel de effecten op de verevenende werking van het model beperkt zijn, is er wel sprake van een inhoudelijk betere indeling zonder extra complexiteit en verlies aan doelmatigheid.

#### *Extreem Hoge Kostenclusters geneesmiddelen (EHK)*

De EHK's vormen een aparte groep van extreem dure geneesmiddelen binnen het FKG-kenmerk. Er is onderzocht hoe het beoordelingskader voor de indeling van geneesmiddelen in de Extreem Hoge Kostenclusters (EHK) verbeterd kan worden ten behoeve van het jaarlijkse onderhoud van het vereveningskenmerk. Het huidige beoordelingskader blijkt niet toereikend voor een eenduidige beoordeling van het wel of niet opnemen van geneesmiddelen in EHK's. Door de toevoeging van extra criteria aan het beoordelingskader wordt beoogd dat de groep geneesmiddelen in de EHK's meer stabiel is. Na toepassing van het nieuwe beoordelingskader wordt voorgesteld om enkele geneesmiddelen over te hevelen uit de EHK's naar FKG's en een aantal nieuwe geneesmiddelen toe te voegen aan de EHK's. Vervolgens blijkt uit het onderzoek dat deze geneesmiddelen het meest optimaal geclusterd zijn in vier EHK clusters. De verwachting is dat het Zorginstituut aan de hand van dit beoordelingskader het jaarlijks regulier onderhoud EHK's in de toekomst kan uitvoeren.

#### *Seizoenarbeiders*

Het onderzoek naar de compensatie van seizoenarbeiders kent twee onderzoeksvragen. De eerste vraag betreft onderzoek naar een mogelijke aanpassing voor het model 2022.<sup>4</sup> In dit onderzoek is binnen de groep niet-ingezetenen onderscheid gemaakt tussen seizoenarbeiders en overige niet-ingezetenen. Seizoenarbeiders zijn daarbij gedefinieerd als verzekerden tussen 18 en 65 jaar die niet het gehele jaar verzekerd zijn en niet of deels verzekerd zijn in het voorgaande jaar. In het onderzoek is aangetoond dat seizoenarbeiders in het huidige model worden overgecompenseerd en overige niet-ingezetenen worden ondergecompenseerd. De populatie van seizoenarbeiders is scheef verdeeld over de zorgverzekeraars. Alle zorgverzekeraars hebben mij unaniem verzocht bij de invoering van deze wijziging rekening te houden met het effect op de bedrijfsvoering van zorgverzekeraars in het licht van onzekerheden vanwege COVID-19, en het effect op het aanbod op de zorgverzekeringsmarkt. Zorgverzekeraars hebben daarom verzocht om een gefaseerde invoering van de aanpassing over 2022 en 2023. Ik erken het belang van een gefaseerde invoering en neem het unanieme voorstel van de zorgverzekeraars over.

#### *Regio-GGZ*

In het groot onderhoud op het regiomodel voor de GGZ-kosten is onderzocht of de verevenende werking van het regiocriterium verder kan worden verbeterd en of er een eenvoudigere methode bestaat om het regiocriterium samen te stellen.

Voor de analyse is eerst een lijst met circa 40 regiovariabelen die in theorie samenhangen met GGZ-gebruik samengesteld. Vervolgens is in

---

<sup>4</sup> Het tweede onderzoeksvraag gaat na of de definitie van de groep seizoenarbeiders en de compensatie via het model nog verder verbeterd kunnen worden. Het onderzoek moet nog starten en de uitkomsten van dit onderzoek zullen bij het risicovereveningsmodel 2023 worden betrokken.

overleg met de begeleidingscommissie bij het onderzoek een selectie van de variabelen gemaakt. Hierbij is onder meer rekening gehouden met beschikbaarheid van informatie. Na deze selectie blijven er ongeveer 25 variabelen over. Deze regiovariabelen zijn nader verkend en er zijn verschillende methoden getoetst om het regiocriterium samen te stellen. De WOR adviseert om de methode die nu al wordt toegepast binnen het somatische model, toe te passen op zes van deze regiovariabelen (locatie ggz instelling, locatie forensische instelling, misdrijven per 1000 inwoners, afstand tot ziekenhuis, aandeel minderjarigen en WOZ-waarde). Deze aanpak scoort het beste ten aanzien van beheersbare complexiteit.

#### *Conversie ggz in verband met nieuwe bekostiging per 2022*

Per 2022 wordt de bekostiging van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (ggz) aangepast door de invoering van het zorgprestatie-model (ZPM).

De risicoverevening voor 2022 moet worden aangepast op deze nieuwe productstructuur en ook gaat deze overgang gepaard met een eenmalige schadelastvermindering in 2021 vanwege de administratieve sluiting van DBC's per 31 december 2021 («harde knip»). Een conversietabel is opgesteld om inzicht te krijgen in het verwachte effect van de invoering van het ZPM in termen van schadelastverschuivingen. Daarnaast is er onder andere gekeken naar het effect van de «harde knip» op de DKG-indeling. De WOR adviseert om de conversietabel en een DKG-indeling inclusief «harde knip» in de Overall Toets (OT) mee te nemen. Ook adviseert de WOR om een MHK-indeling te construeren in de OT waarin rekening wordt gehouden met de schadelastvermindering in 2021. Ten slotte vraagt de WOR aandacht voor de risico's en onzekerheden over de in het onderzoek gehanteerde aannames bij de invoering van de nieuwe bekostiging, waaronder het uitblijven van gedragsverandering bij zorgaanbieders. Ik zal in augustus bezien of vanwege deze risico's en onzekerheden eventuele aanvullende maatregelen noodzakelijk zijn.

#### *Conversieonderzoek nieuwe bekostiging wijkverpleging*

In het onderzoeksprogramma was ook een conversieonderzoek opgenomen naar de impact van de nieuwe bekostiging wijkverpleging op de risicoverevening. Uit analyse bleek dat de nieuwe bekostiging op dit moment geen impact heeft op de risicoverevening en een conversieonderzoek niet noodzakelijk is.

#### *Onderzoeksprogramma*

In de hierboven beschreven onderzoeken worden verschillende aanbevelingen gedaan voor een volgend groot onderhoud van het betreffende kenmerk. Deze aanbevelingen worden meegenomen bij het opstellen van het onderzoeksprogramma. Ik zal u bij mijn brief in september over de definitieve vormgeving van het risicovereveningsmodel ook het onderzoeksprogramma toesturen.

### **3. Onderzoeken naar structurele onder- en overcompensaties (restrisico's)**

#### *Onderzoek naar restprobleem risicoverevening*

In de afgelopen jaren is het systeem van risicoverevening steeds verder verbeterd en verfijnd. Desondanks zijn er bepaalde groepen verzekerden aan te wijzen die structureel onder- of overgecompenseerd worden. In dat geval loont het om te sturen op bepaalde groepen verzekerden of voelen verzekeraars zich belemmerd om zich volledig te richten op de beste en

meest doelmatige zorg voor de ondergecompenseerde groepen. Adequate compensatie heeft voortdurend mijn aandacht.

In het onderzoeksjaar 2019–2020 is het eerste onderzoek naar de restproblemen in de risicoverevening van start gegaan.<sup>5</sup> Het doel van dit onderzoek was om op basis van literatuuronderzoek en interviews het zogenoemde restprobleem in de risicoverevening scherper te krijgen. Op voorhand was al voorzien dat meerdere onderzoeken nodig zouden zijn om dit scherp te krijgen.

Er zijn in onderzoeksjaar 2020–2021 diverse vervolgonderzoeken gestart:

- Onderzoek naar de principes en uitgangspunten van de risicoverevening;
- Onderzoek naar het restprobleem bij de twee groepen met hoge prioriteit, namelijk de chronisch zieken en gezonde verzekerden;
- Onderzoek naar enkele specifieke oplossingen uit het onderzoek naar gezonde verzekerden.

Zorgverzekeraars hebben in de loop van dit jaar gevraagd om een versnelling van het vervolgonderzoek. Het is gelukt om prioriteit te geven aan de restrisico-onderzoeken naar gezonde verzekerden en chronisch zieken en ook al met een aantal specifieke oplossingen voor de groep gezonde verzekerden te komen. Deze aanpassingen verminderen daarbij prikkels om zich te richten op gezonde overstappers.

Verder heeft uw Kamer gevraagd om een stand van zaken over de implementatie van de aanbevelingen in het vorig jaar verschenen KPMG-rapport over risicoverevening in de zorg. De stand van zaken van de vervolgonderzoeken naar aanleiding van dit rapport wordt hieronder individueel besproken.

#### *Onderzoek naar de principes en uitgangspunten van de risicoverevening*

In dit onderzoek zijn de doelen en uitgangspunten van de risicoverevening nader uitgewerkt. Dit onderzoek was noodzakelijk, omdat uit eerder onderzoek bleek dat er verschil van inzicht bestond over het «eind»doel van de risicoverevening. In het onderzoek zijn aan de hand van het wettelijk kader, schriftelijke input van onderzoeksbureaus en discussies in de begeleidingscommissie de doelen en uitgangspunten van de risicoverevening verder uitgewerkt. Met het merendeel van de partijen is op hoofdlijnen overeenstemming bereikt over de doelen en uitgangspunten van de risicoverevening.

Ik blijf in gesprek met zorgverzekeraars over de mate waarin zorgverzekeraars risico's kunnen beïnvloeden en daarmee of die risico's wel of niet moeten worden geadresseerd door de risicoverevening. Partijen hebben wel unaniem de voorkeur uitgesproken voor een risicoverevening die zoveel mogelijk ex-ante wordt vormgegeven op basis van objectieve gezondheidskenmerken. Bovendien constateren alle partijen dat met het traject van de restrisico-onderzoeken een goede weg is ingeslagen naar verdere verbetering van het risicovereveningsmodel.

Ik verwacht u in september via het onderzoeksprogramma te kunnen informeren over hoe ik dat concreet voor het komende jaar voor mij zie. Ik hecht zeer aan de rol die zorgverzekeraars in ons stelsel hebben ten aanzien van de inrichting van het zorglandschap op korte en langere termijn en aan prikkels om die rol goed in te vullen. Ik blijf hierover in gesprek met Zorgverzekeraars Nederland.

---

<sup>5</sup> Onderzoek restprobleem risicoverevening fase 1 (KPMG, WOR 996)

### *Onderzoek naar gezonde verzekerden*

Uit eerder onderzoek is naar voren gekomen dat overcompensatie van gezonde verzekerden één van de grootste (potentiële) restproblemen is binnen de risicoverevening. Naar aanleiding van deze bevindingen is besloten om de overcompensatie van gezonde verzekerden verder uit te diepen. In dit onderzoek is verkennend gekeken naar de compensatie van gezonde verzekerden en zijn verschillende databronnen gecombineerd. Het onderzoek vindt verschillende groepen van gezonde verzekerden met overcompensatie. Het onderzoek concludeert ook dat er een aanzienlijke samenhang is tussen de verschillende groepen.

Op basis van het onderzoek zijn verschillende oplossingen gevonden waarvan twee aanpassingen kansrijk worden geacht voor het model in 2022. Dit zijn twee kenmerken die een groep gezonde verzekerden met overcompensatie identificeren:

- Kenmerk op basis van 6x afslagklassen voor somatische zorg in t-3.
- Kenmerk op basis van 3x lage farmaciekosten in t-3, t-2 en t-1.<sup>6</sup>

Deze aanpassingen zijn vervolgens onderzocht in de pre-OT.

De WOR adviseert om na afronding van het onderzoek naar chronisch zieken op basis van het totaalpakket te bezien welke vervolgstappen het meest kansrijk worden geacht.

### *Onderzoek chronisch zieken*

Uit verschillende onderzoeken komen groepen chronisch zieke verzekerden naar voren waarvan de vereveningsbijdrage (structureel) lager ligt dan de zorgkosten. In het onderzoek chronisch zieken wordt breed gekeken naar dit probleem. Vragen die in dit onderzoek aan bod komen zijn: Wat is/zijn de (problematische) groep(en) chronisch zieke verzekerden? Wat is het probleem bij deze groep verzekerden en is het structureel van aard? Worden de geconstateerde verschillen verklaard door zaken die we via de risicoverevening willen en kunnen compenseren? Welke aspecten van het probleem kunnen/moeten binnen de risicoverevening opgepakt worden en welke niet?

Het onderzoek naar de compensatie van chronisch zieken is een complex en breed onderzoek, het is nog gaande en wordt in het najaar afgerond. Ik zal uw Kamer na afronding van het onderzoek informeren.

### *Pre-Overall Toets (Pre-OT)*

In de Pre-OT 2022 zijn de gezamenlijke effecten van de onder paragraaf 2 en 3 beschreven modelaanpassingen onderzocht. Daarnaast is de clustering van de Diagnose Kosten Groepen (DKG's) geactualiseerd en is een oplossing voor negatieve normbedragen van Wlz-bewoners getoetst. De effecten van de aanpassingen op de verevenende werking van het model als geheel zijn beperkt. Inhoudelijk zijn de wijzigingen bij de FDG's, FKG's en de update van de clustering bij de Diagnose Kosten Groepen (DKG's) wel duidelijke verbeteringen. De WOR adviseert deze in de OT mee te nemen.

De opname van de eerder genoemde kenmerken voor gezonde verzekerden leidt tot een beperkte verbetering van de verevenende werking op totaal niveau. Wel treedt er een duidelijke verbetering op voor groepen gezonde verzekerden en ook voor de groep verzekerden met in het verleden juist de hoogste kosten. De overcompensatie op de 15%

<sup>6</sup> In het risicovereveningsmodel 2022 zullen deze kenmerken Historische somatische morbiditeit (HSM) en Meerjarige farmaciekosten (MFK) worden genoemd.

gezondste verzekerden neemt met € 60 euro af en de ondercompensatie voor de 15% ongezondste verzekerden neemt met € 30 euro af. Ik constateer dat het onderzoek een substantiële reductie van de overcompensatie van gezonde verzekerden en de ondercompensatie van ongezonde verzekerden oplevert. Dit is een belangrijke aanpassing gezien de discussies die rondom de risicoverevening en de polismarkt worden gevoerd. De opname van het kenmerk «3x farmaciekosten in de laagste 25% in t-3, t-2 en t-1» gaat wel gepaard met verlies van doelmatigheidsprikkel voor verzekeraars, omdat er een prikkel kan bestaan om de farmaciekosten voor een verzekerde niet naar beneden te brengen. Die prikkel is voor het jaar 2022 minimaal – omdat de declaratiejaren al bijna voorbij zijn. De WOR adviseert, gezien de verbetering op deze specifieke groepen, beide kenmerken te onderzoeken in de OT. Bij opname van deze kenmerken in het vereveningsmodel, zal ik monitoren of er geen ongewenst gedrag plaatsvindt als gevolg van de verminderde doelmatigheidsprikkel. Daarnaast zet ik in op vervolgonderzoek voor een structurele oplossing.

De aanpassing om negatieve normkosten op te lossen levert een complexere uitvoering op. De WOR adviseert de aanpassing vanwege de uitvoerbaarheid niet voor het model 2022 in te voeren, maar mogelijk wel voor 2023 en verder. Dit zal worden meegenomen bij de besluitvorming voor de risicoverevening 2023.

#### **4. Proces**

De modelverbeteringen genoemd in paragraaf 2 en 3 zijn gebaseerd op resultaten van verschillende onderzoeken en een pre-OT waarbij de verbeteringen gezamenlijk zijn bekeken. Deze zomer worden de 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 2022. Ik verwacht uw Kamer hier in september over te informeren.

De modelwijzigingen worden vastgelegd in een wijziging van het Besluit zorgverzekering en de Regeling risicoverevening 2022. De wijziging van het Besluit zorgverzekering heb ik net als vorig jaar, vanwege de onzekerheid rondom COVID-19 gerelateerde aanpassingen in de risicoverevening, nog niet voorgehangen bij de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal. Ik verwacht het gewijzigde besluit na het zomerreces te kunnen voorhangen. Na afronding van de voorhangprocedure gaat het ontwerpbesluit voor advies naar de Raad van State. Daarna wordt het besluit gepubliceerd. De Regeling risicoverevening 2022 wordt afgerond zodra op Prinsjesdag de benodigde cijfers bekend worden gemaakt, zoals het macroprestatiebedrag en de rekenpremie. De Zvw schrijft voor dat de regeling vóór 1 oktober 2021 moet worden gepubliceerd.

In overleg met zorgverzekeraars, het Zorginstituut en onderzoekers wordt het onderzoeksprogramma verder uitgewerkt. In dit onderzoeksprogramma worden in ieder geval verschillende onderzoeken opgenomen in het kader van de restrisico-onderzoeken met als doel het model verder te verbeteren en specifiek met betrekking tot de overcompensatie bij gezonde verzekerden en de ondercompensatie van chronisch zieken. In september zal ik u hierover in meer detail informeren.

De Minister voor Medische Zorg,  
T. van Ark