



Advies Raad van State inzake het ontwerp van een algemene maatregel van bestuur, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de invoering van maatregelen voor de vereveningsjaren 2023 en 2024

Nader Rapport

30 augustus 2024

3963920-1064171-WJZ

Directie Wetgeving en Juridische Zaken

Aan de Koning

Nader rapport inzake het ontwerp van een algemene maatregel van bestuur, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de invoering van maatregelen voor de vereveningsjaren 2023 en 2024

Blijkens de mededeling van de Directeur van Uw Kabinet van 12 juni 2024, no. 2024001406, machtigde Uwe Majesteit de Afdeling advisering van de Raad van State haar advies inzake het bovenvermelde ontwerp van een algemene maatregel van bestuur rechtstreeks aan mij te doen toekomen. Dit advies, gedateerd 24 juli 2024, no. W13.24.00135/III, bied ik U hierbij aan.

De tekst van het advies treft u hieronder cursief aan, voorzien van mijn reactie.

Bij Kabinetsmissive van 12 juni 2024, no.2024001406, heeft Uwe Majesteit, op voordracht van de Minister voor Medische Zorg, bij de Afdeling advisering van de Raad van State ter overweging aanhangig gemaakt het ontwerpbesluit tot wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de invoering van maatregelen voor de vereveningsjaren 2023 en 2024, met nota van toelichting.

De Afdeling advisering van de Raad van State heeft geen opmerkingen over het ontwerpbesluit en adviseert het besluit te nemen.

De waarnemend vice-president van de Raad van State,

Van de gelegenheid is gebruik gemaakt om in het algemeen deel van de nota van toelichting te verduidelijken dat de bandbreedteregeling voor de kosten van geneeskundige GGZ in 2021 is ingevoerd vanwege de nieuwe bekostigingswijze in het kader van het Zorgprestatiemodel. Jaarlijks wordt opnieuw gezien of de dataset op basis van de nieuwe bekostigingswijze bruikbaar is voor de risicoverevening. Voor 2023 en 2024 is geconstateerd dat de onzekerheden voor het model niet kleiner lijken dan voor 2021 en 2022.

Ik bied U hierbij het ontwerpbesluit en de gewijzigde nota van toelichting (wederom) aan en verzoek U overeenkomstig dit ontwerp te besluiten.

*De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Agema.*



Advies Raad van State

No. W13.24.00135/III
's-Gravenhage, 24 juli 2024

Bij Kabinetsmissive van 12 juni 2024, no. 2024001406, heeft Uwe Majesteit, op voordracht van de Minister voor Medische Zorg¹, bij de Afdeling advisering van de Raad van State ter overweging aanhangig gemaakt het ontwerpbesluit tot wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de invoering van maatregelen voor de vereveningsjaren 2023 en 2024, met nota van toelichting.

De Afdeling advisering van de Raad van State heeft geen opmerkingen over het ontwerpbesluit en adviseert het besluit te nemen.

*De waarnemend vice-president van de Raad van State,
S.F.M. Wortmann.*

¹ In verband met de kabinetswisseling wordt het advies gezonden aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.



Tekst zoals toegezonden aan de Raad van State: Besluit van houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met de invoering van maatregelen voor de vereveningsjaren 2023 en 2024

Wij Willem-Alexander, bij de gratie Gods, Koning der Nederlanden, Prins van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van Onze Minister voor Medische Zorg van 10 juni 2024, kenmerk 3843359-1064171-WJZ;

Gelet op artikel 32, tweede lid, en artikel 34, derde lid, van de Zorgverzekeringswet;

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van , no.);

Gezien het nader rapport van Onze Minister voor Medische Zorg van , kenmerk ;

Hebben goedgevonden en verstaan:

ARTIKEL I

Het Besluit zorgverzekering wordt als volgt gewijzigd:

A

Aan artikel 1 worden, onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel II door een puntkomma, vier onderdelen toegevoegd, luidende:

- mm. *MFK*: meerjarige farmaciekosten, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen op basis van hun farmaciekosten in het verleden;
- nn. *HSM*: historische somatische morbiditeit, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen op basis van hun morbiditeit in het verleden;
- oo. *SEI*: seizoenarbeiders, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden worden ingedeeld in klassen waarbij seizoenarbeiders worden onderscheiden van overige verzekerden;
- pp. *IBZ*: indicatie bevallingen en zwangerschappen, een vereveningscriterium op grond waarvan verzekerden die zwanger zijn in het vereveningsjaar worden onderscheiden van overige verzekerden.

B

Artikel 3.4 wordt als volgt gewijzigd:

1. In het eerste lid wordt 'en MVV' vervangen door ', MVV, IBZ, HSM en SEI'.
2. Er wordt een lid toegevoegd, luidende:
 4. In afwijking van het eerste lid verdeelt het Zorginstituut voor het vereveningsjaar 2023 het macro-deelbedrag variabele zorgkosten voor het vereveningsjaar 2023 aan de hand van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar, verdeeld naar leeftijd en geslacht, HKG's, FKG's, DKG's, AVI, SES, MHK, regio, PPA, FDG, MVV, MFK, HSM en SEI.

C

In artikel 3.6, eerste lid, wordt 'en GGZ-MHK' vervangen door ', GGZ-MHK en SEI'.

D

Artikel 3.8, eerste lid, wordt als volgt gewijzigd:

1. In onderdeel a, wordt na '«geen FDG»', ingevoegd ', «geen HSM»'.
2. Onder vervanging van de punt aan het slot van onderdeel b door een puntkomma, wordt een onderdeel toegevoegd, luidende:
 - c. voor het vereveningsjaar 2023 ingedeeld in de klasse «geen MFK».



E

Artikel 3.11, eerste lid, wordt als volgt gewijzigd:

1. De zinsnede ‘, en voor wat betreft de vereveningsjaren 2021 en 2022 de artikelen 3.12 tot en met 3.14’ vervalt.
2. De komma na ‘3.16’ vervalt.
3. Aan het slot wordt een zin toegevoegd, luidende:

Voor wat betreft het vereveningsjaar 2023 herberekent het Zorginstituut de deelbedragen, bedoeld in de artikelen 3.4 en 3.6, op de bij en krachtens dit artikel en de artikelen 3.12 tot en met 3.14, 3.16 en 3.17 bepaalde wijze.

F

Na artikel 3.12a wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 3.12b

1. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat het Zorginstituut op de gerealiseerde variabele zorgkosten van een verzekerde hogekostencompensatie toepast.
2. De hogekostencompensatie betreft een bij de regeling, bedoeld in het eerste lid, vastgesteld percentage van de gerealiseerde kosten van de verzekerde die de daarvoor op grond van die regeling geldende drempelwaarde te boven gaan.
3. De gerealiseerde kosten van een verzekerde in verband met een catastrofe als bedoeld in artikel 33, eerste lid, onderdeel a, van de wet in een catastrofejaar als bedoeld in onderdeel b van dat lid en het daaropvolgende kalenderjaar blijven bij de toepassing door het Zorginstituut van hogekostencompensatie buiten aanmerking.
4. Het Zorginstituut verlaagt het na toepassing van artikel 3.12 resulterende deelbedrag voor het cluster «variabele zorgkosten» op een bij ministeriële regeling bepaalde wijze ter bekostiging van de toe te passen hogekostencompensatie.
5. Het Zorginstituut past vervolgens de hogekostencompensatie toe op het na toepassing van artikel 3.12 resulterende deelbedrag voor het cluster «variabele zorgkosten» op een bij ministeriële regeling bepaalde wijze.

G

In artikel 3.16 wordt na ‘voor een zorgverzekeraar’ ingevoegd ‘voor het vereveningsjaar 2023 of 2024’.

H

Na artikel 3.16 wordt een artikel ingevoegd, luidende:

Artikel 3.17

1. Voor het vereveningsjaar 2023 stelt het Zorginstituut per modelovereenkomst het deel van het voor een zorgverzekeraar na toepassing van artikel 3.12, eerste lid, resulterende deelbedrag vast voor het cluster «variabele zorgkosten» dat op die modelovereenkomst betrekking heeft.
2. Het Zorginstituut bepaalt vervolgens per modelovereenkomst de gerealiseerde kosten voor het cluster «variabele zorgkosten».
3. Het Zorginstituut bepaalt het verschil tussen het op grond van het eerste lid bepaalde bedrag en het op grond van het tweede lid bepaalde bedrag en deelt dit verschil door het aantal bij die modelovereenkomst in het vereveningsjaar ingeschreven verzekerden waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.
4. Indien het resultaat van het derde lid voor een modelovereenkomst meer dan € 50 of minder dan minus € 50 bedraagt, vermenigvuldigt het Zorginstituut 75 procent van het buiten die bandbreedte liggende deel van het resultaat met het aantal bij die modelovereenkomst



ingeschreven verzekerden waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.

5. Het Zorginstituut sommeert het resultaat van het vierde lid over alle modelovereenkomsten van alle zorgverzekeraars en deelt deze som door het totaal aantal verzekerden van achttien jaar of ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.
6. Het Zorginstituut vermenigvuldigt per modelovereenkomst het resultaat van het vijfde lid met het aantal bij die modelovereenkomst ingeschreven verzekerden van achttien jaar of ouder waarop artikel 24 van de wet niet van toepassing is.
7. Het Zorginstituut stelt per modelovereenkomst het deel van het voor een zorgverzekeraar na toepassing van artikel 3.12 resulterende deelbedrag voor het cluster «variabele zorgkosten» dat op die modelovereenkomst betrekking heeft vast. Het Zorginstituut vermindert dit deelbedrag per modelovereenkomst met het verschil tussen het resultaat van het vierde lid en het resultaat van het zesde lid.
8. Het Zorginstituut sommeert voor de bepaling van het deelbedrag voor het cluster «variabele zorgkosten» voor een zorgverzekeraar het resultaat van het zevende lid van alle modelovereenkomsten van die zorgverzekeraar.

ARTIKEL II

Op de vaststelling van vereveningsbijdragen over de aan het kalenderjaar 2023 voorafgaande kalenderjaren blijven de regels van artikel 1 en hoofdstuk 3 van het Besluit zorgverzekering van toepassing zoals zij met betrekking tot die kalenderjaren golden.

ARTIKEL III

1. Dit besluit treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van het Staatsblad waarin het wordt geplaatst.
2. Artikel I, onderdeel A, B, C, D, E, G en H werken terug tot en met 1 januari 2023.
3. Artikel I, onderdeel F werkt terug tot en met 1 januari 2024.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

De Minister voor Medische Zorg,

NOTA VAN TOELICHTING

I Algemeen

1. Inleiding

Een zorgverzekeraar dient iedere verzekeringsplichtige die een zorgverzekering bij hem wenst af te sluiten, te accepteren. Dat is in de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) geregeld. Die wet bepaalt ook dat de premie die de zorgverzekeraar voor een dergelijke zorgverzekering vraagt niet mag worden afgestemd op het gezondheidsrisico of op andere kenmerken van de verzekerde. Zonder nadere maatregelen is het gevolg van de acceptatieplicht en het verbod van premiedifferentiatie dat zorgverzekeraars met relatief veel ongezonde verzekerden in de zorgverzekeringsportefeuille in het nadeel zijn ten opzichte van zorgverzekeraars met een relatief gezonde populatie, omdat zij gegeven hun populatie gedwongen zijn een hogere premie te vragen dan hun concurrent met een gezondere populatie. Deze ongelijkheid, die ontstaat door verschil in het risicoprofiel van de verzekerdenportefeuille, ondermijnt het gelijke speelveld waarop de concurrentie tussen zorgverzekeraars zich moet afspelen. Om deze ongelijkheid te verminderen is in paragraaf 4.2 van de Zvw bepaald dat zorgverzekeraars jaarlijks van Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) een 'vereveningsbijdrage' ontvangen, ten laste van het Zorgverzekeringsfonds (hierna: Zvf). Het Besluit zorgverzekering (hierna: Bzv) bevat de belangrijkste nadere regels over de vereveningsbijdragen: het besluit bevat de criteria die bij de berekening van die vereveningsbijdrage worden gebruikt, en hoe de bijdragen op hoofdlijnen ex ante en ex post worden berekend. De Regeling risicoverevening bevat vervolgens de uitwerking van de vereveningscriteria. Het Zorginstituut bepaalt op grond van deze regelgeving de bijdrage per verzekeraar en voert het beleid uit.

Dit besluit wijzigt het Bzv in verband met aanpassingen in de criteria voor risicoverevening voor de vereveningsjaren 2023 en 2024. Een aantal aanpassingen in dit besluit geldt alleen voor 2023 of 2024, voor het overige gelden de aanpassingen voor beide en opvolgende vereveningsjaren. Hierna wordt steeds duidelijk gemaakt voor welke vereveningsjaren de aanpassingen gelden.

De (te verwachten) vereveningsbijdrage vormt een belangrijk gegeven voor de vaststelling door de zorgverzekeraar van de premie voor de basisverzekering. De premie moet voorafgaand aan het volgende jaar worden vastgesteld. Het is daarom belangrijk dat de vereveningsbijdragen vooraf bekend zijn. De wijzigingen waarvoor dit besluit een grondslag regelt, zijn daarom al toegepast door het Zorginstituut voor de betreffende vereveningsjaren op basis van de conceptregelingen die gepubliceerd zijn in de Staatscourant (*Stcrt.* 2022, 25802 en *Stcrt.* 2023, 26480). De definitieve regelingen treden gelijktijdig met dit besluit in werking.

In dit besluit worden de grondslagen voor een aantal risicovereveningscriteria toegevoegd aan het Bzv. Met dit besluit wordt ook de bandbreedteregeling voor geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (GGZ) gecontinueerd voor de jaren 2023 en 2024. De reden is dat de onzekerheden naar aanleiding van de invoering van de nieuwe bekostigingswijze in de geestelijke gezondheidszorg in deze vereveningsjaren nog niet kleiner lijken dan in 2022. Het gaat om een tijdelijke maatregel voor 2023 en 2024. Daarnaast wordt voor het vereveningsjaar 2023 een eenmalige bandbreedteregeling voor het cluster variabele zorgkosten geregeld. Dit is noodzakelijk als vangnet om gedragseffecten te beperken die op kunnen treden vanwege verwachte ontwikkelingen op de polismarkt, zoals de verwachte premiestijging en het vervallen van de collectiviteitskorting op de basisverzekering. Vanaf 2024 wordt voorwaardelijke regressie (constrained regression) ingevoerd en is geen aanvullende maatregel in de vorm van die eenmalige bandbreedteregeling meer nodig. Vanaf het vereveningsjaar 2024 wordt wel de mogelijkheid gecreëerd om ook bij de variabele zorgkosten hogekostencompensatie toe te kunnen passen. Dit komt voort uit de ontwikkelingen op het gebied van extreem dure behandelingen, waarvoor de ex ante risicoverevening (nog) niet altijd een adequate compensatie kan bieden.

Deze toelichting vangt aan met een algemene beschouwing over de vereveningsbijdrage en de totstandkoming van dit besluit. Vervolgens wordt ingegaan op de wijzigingen die met dit besluit in het Bzv worden aangebracht.

2. Risicoverevening algemeen, overlegproces en tijdlijn tot en met voordracht

Algemeen

De zorgverzekeraars ontvangen met de vereveningsbijdrage compensatie voor de uitvoering van een dienst van algemeen economisch belang. Zij zijn onder de voorwaarden en beperkingen van de Zvw belast met zo'n dienst. De belangrijkste voorwaarden en beperkingen van de Zvw zijn de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie, het verplicht aan te bieden basispakket en de regeling van het verplicht en het vrijwillig eigen risico. De vereveningsbijdrage over een vereveningsjaar voor een

zorgverzekeraar is het verschil tussen zijn normatieve bedrag en de berekende opbrengst van de nominale rekenpremie en de genormeerde opbrengst van het verplicht eigen risico.

Voor iedere zorgverzekeraar berekent het Zorginstituut een normatief bedrag. Dit is de som van drie deelbedragen: variabele zorgkosten, kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (hierna: GGZ) en vaste zorgkosten (artikel 3.18 Bzv). De deelbedragen voor variabele zorgkosten en voor kosten van geneeskundige GGZ van een zorgverzekeraar worden bepaald op basis van de indeling van de verzekerden van de zorgverzekeraar in de klassen van de toepasselijke vereveningscriteria.

Het Zorginstituut is het bestuursorgaan dat de vereveningsbijdrage op grond van artikel 32 Zvw toekent en vervolgens op grond van artikel 34 Zvw vaststelt. Het Zorginstituut dient op grond van artikel 32, vijfde lid, Zvw, voor 15 oktober van het jaar voorafgaande aan het betrokken vereveningsjaar zijn beleidsregels voor de vereveningsbijdrage over dat jaar vast te stellen. De toekenning dient op grond van artikel 32, zesde lid, Zvw, voor 1 november van het jaar voorafgaande aan het betrokken vereveningsjaar plaats te vinden. De (definitieve) vaststelling van de vereveningsbijdrage moet uiterlijk op 1 april van het vierde jaar volgend op het betrokken vereveningsjaar gedaan worden op grond van artikel 34, eerste lid, Zvw. Het Zorginstituut vordert op grond van artikel 34, vijfde lid Zvw, bij een hogere toegekende dan vastgestelde vereveningsbijdrage dat verschil terug van de zorgverzekeraar. Bij een hogere vastgestelde dan toegekende vereveningsbijdrage betaalt het Zorginstituut dat verschil aan de zorgverzekeraar.

Overlegproces wijzigingen risicoverevening

In 2022 en 2023 hebben, net als elk jaar, onderzoeken plaatsgevonden naar mogelijke verbeteringen in de risicoverevening. De onderzoeken hebben geleid tot wijzigingen die in combinatie met elkaar zijn doorgerekend in de zogenaamde Overall Toets (hierna: OT). De OT wordt begeleid door de Werkgroep beleid risicoverevening (WBR) waaraan o.a. het Ministerie van VWS, het Zorginstituut en Zorgverzekeraars Nederland (hierna: ZN) deelnemen. De onderzoeken en de OT zijn na afronding technisch besproken in de Werkgroep ontwikkeling risicoverevening (WOR) waaraan het Ministerie van VWS, het Zorginstituut, ZN, betrokken onderzoeksbureaus, individuele verzekeraars en het Ministerie van Financiën deelnemen. De voorgenomen wijzigingen van de risicoverevening zijn besproken in het Beslisoverleg risicoverevening (BOR) waarin het Ministerie van VWS, ZN, en het Zorginstituut zijn vertegenwoordigd. Er zijn verschillende bestuurlijk overleggen gehouden met zorgverzekeraars/ZN en het Zorginstituut waarin de wijzigingen van de risicoverevening voor het komende jaar zijn besproken. De betrokkenheid van het Zorginstituut in dit proces beperkt zich niet tot de inhoud. Het Zorginstituut beoordeelt hierbij ook of de aangepaste systematiek uitvoerbaar is. Een aparte uitvoeringstoets op dit besluit is hierdoor niet nodig. Dit proces heeft geleid tot de risicovereveningssystematiek voor 2023 en 2024, zoals opgenomen in dit besluit.

3. Wijzigingen in het Besluit zorgverzekering

Nieuwe vereveningscriteria HSM, MFK, SEI en IBZ

Op grond van artikel 32, tweede en derde lid, van de Zvw, bevat het Bzv de criteria op grond waarvan de hoogte van de vereveningsbijdrage wordt vastgesteld. Op grond van artikel 32, vierde lid, onderdeel b, van de Zvw, kan de minister bij ministeriële regeling bepalen dat eenmalig rekening wordt gehouden met een aanvullend vereveningscriterium. Het gebruik van zo'n vereveningscriterium voor de vereveningsbijdrage over latere vereveningsjaren vergt een regeling in hoofdstuk 3 van het Bzv.

In dit besluit wordt voor een viertal vereveningscriteria een grondslag opgenomen in het Bzv. De Regeling risicoverevening 2022 bevat een aantal eenmalig aanvullende vereveningscriteria: historische somatische morbiditeit (HSM), meerjarige farmaciekosten (MFK), en SEI (seizoenarbeiders). Met dit besluit worden deze criteria vanaf 2023 structureel opgenomen in artikel 3.4, eerste lid, respectievelijk artikel 3.6, eerste lid, Bzv. Vanaf 2024 vervalt MFK als vereveningscriterium. MFK is in vereveningsjaar 2024 wel de basis voor een (nieuwe) restrictie die bij het schatten van de gewichten behorende bij de klassen van de vereveningscriteria voor de variabele zorgkosten is opgelegd. De Regeling risicoverevening 2023 bevat een eenmalig aanvullend vereveningscriterium voor het macro-deelbedrag variabele zorgkosten. Het gaat om het criterium indicatie bevallingen en zwangerschappen (IBZ). Met dit besluit wordt dit IBZ-criterium voor de vereveningsjaren vanaf 2024 als structureel criterium opgenomen in artikel 3.4, eerste lid, Bzv.

Bandbreedteregeling variabele zorgkosten en geneeskundige GGZ

In lijn met het advies van de ACM en de NZa bevat dit besluit voor 2023 een eenmalige bandbreedteregeling voor variabele zorgkosten op modelovereenkomstniveau die zich richt op excessen in het

vereveningsresultaat. De ACM en de NZA geven aan dat, mede door de hoge inflatie en het afschaffen van de collectiviteitskorting op de basisverzekering per 2023, er een scenario denkbaar is waarin zorgverzekeraars een ongewenste focus vertonen gericht op het aantrekken van gezonde verzekerden. Met een eenmalige bandbreedteregeling worden de risico's die dit scenario met zich meebrengt, beperkt. Voor het vereveningsjaar 2024 gelden deze argumenten niet meer. Daarnaast wordt vanaf 2024 voorwaardelijke regressie (constrained regression) toegepast, wat de noodzaak tot het toepassen van een bandbreedte op het niveau van modelovereenkomsten verder wegneemt.

Voor het vereveningsjaar 2022 is een bandbreedte ingevoerd in het model voor de kosten van geneeskundige GGZ vanwege de nieuwe bekostigingswijze in het kader van het Zorgprestatie-model. De werking van de bandbreedteregeling is reeds toegelicht in het Besluit van 14 juli 2021 tot wijziging van het Bzv (*Stb.* 2021, 377). Deze bandbreedteregeling voor de geneeskundige GGZ wordt ook in 2023 en 2024 toegepast. Voor deze jaren is geconstateerd dat de onzekerheden voor het model als gevolg van de invoering van de nieuwe bekostigingswijze niet kleiner lijken dan voor 2022.

Hogekostencompensatie variabele zorgkosten

Artikel 32, tweede lid, en 34, derde lid, Zvw bieden de grondslag om bij of krachtens algemene maatregel van bestuur regels te stellen omtrent de berekening van de vereveningsbijdrage. Op basis hiervan wordt voor variabele zorgkosten een mogelijkheid toegevoegd om hogekostencompensatie toe te passen in artikel 3.12b, Bzv. De hogekostencompensatie voor variabele zorgkosten werkt terug tot 1 januari 2024 en wordt toegepast vanaf vereveningsjaar 2024. De noodzaak voor hogekostencompensatie kan gevonden worden in de toenemende beschikbaarheid van extreem dure behandelingen, waarvoor de ex ante risicoverevening niet altijd een adequate compensatie kan bieden. Daar liggen verscheidene redenen aan ten grondslag, bijvoorbeeld dat de patiëntenpopulatie te klein is, dat een extreem duur geneesmiddel slechts één keer aan de patiënt wordt toegediend, of omdat nog onvoldoende gegevens beschikbaar zijn voor verwerking in het risicovereveningsmodel.

Voor 2024 wordt een drempelwaarde van 400.000 euro per verzekerde gehanteerd. Kosten van een verzekerde boven 400.000 euro worden voor 75% door alle verzekeraars gezamenlijk 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. Door 25% van de kosten boven de drempelwaarde bij de zorgverzekeraar van de patiënt te laten liggen, blijft een prikkel tot kostenbeheersing bestaan.

4. Europese Aspecten

Staatssteun

De toekenning van vereveningsbijdragen ten laste van het Zvf aan zorgverzekeraars vormt een steunmaatregel als bedoeld in artikel 107, eerste lid, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie. De Europese Commissie heeft in haar beschikking van 3 mei 2005 (hierna: het goedkeuringsbesluit) beslist dat de toekenning van de vereveningsbijdragen aan zorgverzekeraars verenigbaar is met de interne markt.

Het goedkeuringsbesluit vermeldt dat de zorgverzekeraars onder de voorwaarden en beperkingen van de Zvw belast zijn met een dienst van algemeen economisch belang. De belangrijkste voorwaarden en beperkingen zijn de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie, het verplicht aan te bieden basispakket en de regeling van het verplicht eigen risico en vrijwillig eigen risico. De hogekostencompensatie en de bandbreedteregelingen voor de variabele zorgkosten en de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg leiden niet tot wijzigingen op het gebied van de bovenbedoelde voorwaarden en beperkingen voor zorgverzekeraars. De Zvw-uitgaven van zorgverzekeraars worden voor ongeveer 50% bekostigd uit het Zvf en voor ongeveer 50% uit hun eigen inkomsten. De bekostiging uit het Zvf bestaat uit de vereveningsbijdragen en de eigen inkomsten uit de opbrengsten van de nominale premies en het verplicht eigen risico.

Nederland geeft uitvoering aan de bekostigingsregel op basis van de verwachte Zvw-uitgaven. Dit vereist wel dat het verschil tussen realisatie en verwachtingen, binnen redelijke grenzen blijft. De voorgenomen bandbreedteregelingen en hogekostencompensatie grijpen in op de uitersten van de markt en nemen daarmee de grootste verschillen tussen zorgverzekeraars weg. Daarmee verminderen de risico's van de acceptatieplicht, een wettelijke maatregel waarop de zorgverzekeraars geen invloed hebben. De bandbreedteregelingen en hogekostencompensatieregeling dragen daarmee bij aan het gelijke speelveld tussen zorgverzekeraars. De herverdeling tussen zorgverzekeraars leidt niet tot een noemenswaardige wijziging van het bekostigingsaandeel vanuit het Zvf, voor de Zvw-uitgaven van zorgverzekeraars.

Het goedkeuringsbesluit vermeldt dat de goedgekeurde steunmaatregel niet de prikkels voor zorgverzekeraars heeft weggenomen om de concurrentie aan te gaan. De nacalculatiepercentages van

75% voor de bandbreedte voor de variabele zorgkosten en 90% voor de bandbreedteregeling voor GGZ-kosten en het percentage van 75% van de hogekostencompensatieregeling voor variabele kosten zorgen ervoor dat de prikkels voor zorgverzekeraars om de concurrentie aan te gaan blijven bestaan.

Het Nederlands risicovereveningssysteem blijft met de bandbreedteregelingen voor de vaststelling van het deelbedrag voor kosten van geneeskundige GGZ en variabele zorgkosten (voor 2023) en de hogekostencompensatie voor variabele zorgkosten (vanaf 2024) binnen de grenzen van het goedkeuringsbesluit uit 2005.

Solvabiliteit II-richtlijn

De zorgverzekeraars vallen als schadeverzekeringsondernemingen onder het toepassingsbereik van de Solvabiliteit II-richtlijn. Artikel 109 bis, vierde en vijfde lid, van die richtlijn hebben betrekking op het systeem van risicoverevening. Het bovenbedoelde vijfde lid bevat de eisen voor een nationaal systeem van risicoverevening. Een dergelijk systeem moet:

- a. transparant zijn en voorafgaand aan het vereveningsjaar volledig zijn uitgewerkt;
- b. waarborgen dat de volatiliteit van het premierisico en het voorzieningsrisico van de betrokken verzekeraars in significante mate wordt verminderd;
- c. betrekking hebben op verplichte ziektekostenverzekeringen en geheel of gedeeltelijk ter vervanging van ziektekostendekking waarin de wettelijke socialezekerheidsregelingen voorzien; en
- d. een regeling bevatten dat een of meer overheidsinstanties in het geval van wanbetaling door verzekeraars de schadevorderingen van de betrokken polishouders van de verzekeringen die onder dat systeem vallen, volledig dekken.

De verordening van de Europese Commissie ter aanvulling van de Solvabiliteit II-richtlijn bevat nog een aanvullende eis. De verzekeringsverplichtingen die onder het systeem van risicoverevening vallen, moet gescheiden van de andere activiteiten van de verzekeraars, georganiseerd zijn en beheerd worden. De regeling voor een nationaal systeem van risicoverevening is in de Solvabiliteit II-richtlijn opgenomen in artikel 206. Dit besluit is in lijn met de voorwaarden in de Solvabiliteit II-richtlijn.

5. Fraudetoets

Het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) controleren de opgaven van de zorgverzekeraars voor de toekenning en vaststelling van de vereveningsbijdragen. De NZa houdt op grond van artikel 16, onderdeel b, van de Wet marktordening gezondheidszorg, toezicht op de rechtmatige uitvoering door zorgverzekeraars van onder meer de regelgeving op het gebied van de vereveningsbijdrage. Dit besluit leidt niet tot wezenlijke wijziging van de controle door de NZa op de opgaven van zorgverzekeraars voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage over 2023 en 2024. De gegevens die de zorgverzekeraars ten behoeve van de vereveningsbijdrage dienen te verstrekken veranderen beperkt als gevolg van dit besluit. Het Zorginstituut kan met die gegevens de vereveningsbijdrage over het vereveningsjaar 2023 en 2024 vaststellen.

6. Gevolgen voor de Rijksbegroting en exploitatiesaldo Zorgverzekeringsfonds

Het onderhavige besluit heeft geen gevolgen voor de Rijksbegroting en naar verwachting geen noemenswaardige gevolgen voor het exploitatiesaldo van het Zvf. De bandbreedteregeling voor het cluster kosten van geneeskundige GGZ heeft, gelet op het symmetrische karakter, naar verwachting geen noemenswaardige gevolgen voor het exploitatiesaldo van het Zvf. De bandbreedteregeling voor de variabele zorgkosten en de hogekostencompensatie leiden per saldo niet tot een hogere of lagere bijdrage aan de zorgverzekeraars en hebben daarmee geen gevolgen voor het exploitatiesaldo van het Zvf.

7. Regeldrukgevolgen

Dit besluit heeft vooral gevolgen voor het Zorginstituut. Hij moet zijn programmatuur aanpassen om de gewijzigde risicovereveningssystematiek te kunnen toepassen bij de toekenning en vaststelling van de vereveningsbijdrage voor zorgverzekeraars over 2023 en 2024. Voor de zorgverzekeraars zijn er beperkte wijzigingen in de aan te leveren gegevens. Dit heeft – behoudens de kennisnemingskosten – geen noemenswaardige gevolgen voor de regeldruk. Dit besluit heeft geen regeldrukgevolgen voor andere bedrijven of de burger. Het ontwerp van dit besluit is op 6 maart 2024 aan het Adviescollege toetsing regeldruk (ATR) aangeboden. Het Adviescollege heeft het dossier niet geselecteerd voor een formeel advies, omdat het – behoudens eenmalige kennisnemingskosten – geen gevolgen voor de regeldruk heeft.



8. Voorhang

Het ontwerp van dit besluit is overeenkomstig artikel 124 van de Zorgverzekeringswet op 23 april 2024 aan beide Kamers der Staten-Generaal overgelegd (Kamerstukken II 2022/23, 29 689, nr. 1195). In het Commissiedebat van 15 mei 2024 heeft de vaste commissie van de Tweede Kamer voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) met de Minister van VWS gesproken over de pakketmaatregelen. Dit heeft niet geleid tot aanpassingen in het ontwerpbesluit. Vervolgens is de voordracht voor de vast te stellen algemene maatregel van bestuur gedaan.

II Artikelsgewijs

Artikel I

Onderdeel A

Onderdeel A wijzigt artikel 1 van het Bzv. Artikel 1 betreft de definitiebepalingen voor het Bzv en de onderliggende regelingen. Met dit artikel worden vier definitiebepalingen voor vereveningscriteria toegevoegd. Het gaat om de definities voor meerjarige farmaciekosten (MFK), historische somatische morbiditeit (HSM), seizoenarbeiders (SEI) en indicatie bevallingen en zwangerschappen (IBZ). Deze definities zijn eerder eenmalig opgenomen in de ministeriële regeling. Met de opname in het Bzv wordt de grondslag gegeven voor meerjarige toepassing van de betreffende criteria. De uitwerking en toepassing geschiedt nog altijd via de jaarlijkse ministeriële regelingen voor de risicoverevening. MFK onderscheidt verzekerden op basis van (extramurale) farmaciekosten in twee klassen. Met het vereveningscriterium HSM worden verzekerden die in het vereveningsjaar drie jaar eerder zijn ingedeeld in een morbiditeitsklasse onderscheiden van de overige verzekerden. Het vereveningscriterium SEI onderscheidt seizoenarbeiders van andere in het buitenland woonachtige verzekerden. Verzekerden worden hierbij als seizoenarbeider aangemerkt als zij in het buitenland wonen, 18-64 jaar zijn, in het vereveningsjaar niet het gehele jaar verzekerd zijn, en in het daaraan voorafgaande kalenderjaar niet of niet het gehele jaar verzekerd zijn. IBZ onderscheidt in vereveningsjaar 2023 verzekerden die in dat jaar bevallen zijn van andere verzekerden. In 2024 worden verdere verfijningen aangebracht, waarbij voor de verzekerden die bevallen in het vereveningsjaar onderscheid wordt gemaakt op basis van het jaar waarin de zwangerschap is begonnen, en waarbij ook verzekerden die zwanger zijn in het vereveningsjaar maar niet in dat jaar bevallen, worden onderscheiden.

Onderdeel B

In onderdeel B wordt artikel 3.4, eerste lid, van het Bzv gewijzigd. Dit artikel bepaalt de vereveningscriteria die worden gebruikt voor de verdeling van het macro-deelbedrag variabele zorgkosten. Hierbij worden de criteria HSM, SEI en IBZ toegevoegd. Voor vereveningsjaar 2023 geldt een uitzondering omdat MFK ook als vereveningscriterium wordt gebruikt. Vanaf 2024 is dat niet meer het geval. MFK vormt in vereveningsjaar 2024 wel de basis voor een (nieuwe) restrictie die bij het schatten van de gewichten behorende bij de klassen van de vereveningscriteria voor de variabele zorgkosten is opgelegd. Voor vereveningsjaar 2023 geldt de toepassing van IBZ bij de variabele zorgkosten op grond van de Regeling risicoverevening 2023.

Onderdeel C

In onderdeel C wordt artikel 3.6, eerste lid, van het Bzv gewijzigd. Dit artikel bepaalt de vereveningscriteria die worden gebruikt voor de verdeling van het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige GGZ. Vanaf 2023 wordt het criterium SEI toegevoegd. Voor het vereveningsjaar 2022 werd dit criterium al eenmalig toegepast op grond van de Regeling risicoverevening 2022.

Onderdeel D

Dit onderdeel regelt wijziging van artikel 3.8, eerste lid, van het Bzv. Dit artikel regelt de afwijkende indeling van verzekerden die in het buitenland wonen. Hieraan wordt toegevoegd dat deze verzekerden bij het vereveningscriterium HSM in de klasse <geen HSM> worden ingedeeld. Specifiek voor het jaar 2023 wordt ook geregeld dat deze verzekerden bij het vereveningscriterium MFK in de klasse <geen MFK> worden ingedeeld. MFK vervalt in 2024 als vereveningscriterium.

Onderdeel E en G

Met onderdeel E wordt artikel 3.11, eerste lid, Bzv gewijzigd. In combinatie met onderdeel G zorgt dit onderdeel ervoor dat de bandbreedteregeling voor de kosten van geneeskundige GGZ ook voor 2023 en 2024 geldt. Omdat het besluit met deze wijziging geldt vanaf het jaar 2023, en voor de voorgaande jaren ongewijzigd van kracht blijft, wordt de specifieke vermelding van de jaren 2021 en 2022



verwijderd. Voor wat betreft het vereveningsjaar 2023 geldt ook eenmalig de bandbreedteregeling voor variabele zorgkosten zoals die wordt ingevoerd in artikel 3.17, Bzv.

Onderdeel F

Met onderdeel F wordt een nieuw artikel 3.12b ingevoegd. Dit artikel regelt de hogekostencompensatie voor variabele zorgkosten. Deze hogekostencompensatie wordt in essentie op dezelfde manier door het Zorginstituut toegepast als de hogekostencompensatie voor de geneeskundige GGZ. Als de gerealiseerde kosten van een verzekerde bij de ex post berekening een bepaalde drempelwaarde te boven gaan, past het Zorginstituut een correctie toe waarbij een deel van het bedrag boven de drempelwaarde aan de zorgverzekeraar wordt vergoed. Dit wordt bekostigd door het na toepassing van artikel 3.12 resulterende deelbedrag voor het cluster «variabele zorgkosten» te verlagen. Over het geheel genomen wordt de compensatie dus niet hoger: het bedrag wordt alleen anders over de zorgverzekeraars verdeeld. Bij ministeriële regeling worden nadere regels gesteld over de berekening van de hogekostencompensatie. De hogekostencompensatie voor de variabele zorgkosten wordt vanaf 2024 toegepast.

Onderdeel H

Met onderdeel G wordt een nieuw artikel 3.17 ingevoegd in het Bzv. Het betreft de bandbreedteregeling voor variabele zorgkosten. Deze bandbreedteregeling werkt op het niveau van de modelovereenkomst. Per modelovereenkomst wordt gekeken of het gemiddelde resultaat buiten deze bandbreedte (van +/- 50 euro) valt. Van het deel buiten deze bandbreedte krijgt de zorgverzekeraar 75% vergoed (bij een resultaat onder -50 euro) of moet de zorgverzekeraar 75% afdragen (bij een resultaat boven +50 euro). De afrekening van deze bandbreedte vindt vervolgens plaats op zorgverzekeraarsniveau (risicodragerniveau). Ook voor deze bandbreedteregeling geldt dat deze per saldo niet leidt tot hogere of lagere bijdragen aan de zorgverzekeraars. Ook hierbij is alleen sprake van een herverdeling tussen zorgverzekeraars. Deze bandbreedteregeling dient eenmalig te worden toegepast bij de herberekening van het deelbedrag door het Zorginstituut voor het vereveningsjaar 2023.

Artikel II

Artikel II bepaalt dat voor voorgaande vereveningsjaren, de oude versie van het besluit toegepast dient te worden. Dit is van belang omdat de vereveningsbijdrage uiterlijk vier jaar na afloop van het betreffende vereveningsjaar kan worden vastgesteld. Op dat moment moet dus gekeken worden naar het besluit zoals dat gold in het betreffende vereveningsjaar. Dat geldt ook voor de wijzigingen die met dit besluit beoogd worden.

Artikel III

Artikel III betreft de inwerkingtredingsbepaling van dit besluit. In het eerste lid wordt de inwerkingtreding vastgesteld op de dag na uitgifte van het Staatsblad waarin de regeling wordt geplaatst.

In het tweede en derde lid wordt terugwerkende kracht verleend aan de bepalingen in dit besluit. Voor een aantal bepalingen geldt dat zij terugwerken tot en met het vereveningsjaar 2023. Deze zijn benoemd in het tweede lid. De bepalingen met betrekking tot de hogekostencompensatie voor de variabele zorgkosten werken terug tot het vereveningsjaar 2024. Deze zijn benoemd in het derde lid.

De rechtszekerheid is hiermee niet in het geding. De Regeling risicoverevening 2023 en de Regeling risicoverevening 2024, waarin de verevening op grond van dit besluit is uitgewerkt, zijn in concept tijdig bekendgemaakt in de Staatscourant (*Stcrt.* 2022, 25802 en *Stcrt.* 2023, 26480). Het Zorginstituut heeft de systematiek in deze regelingen reeds toegepast en beleidsregels opgesteld voor de betrokken vereveningsjaren. Dit besluit stelt de systematiek vast in lijn met de reeds gepubliceerde kaders en komt tegemoet aan de verwachtingen die op grond daarvan zijn gewekt. De werking van de vereveningscriteria is voor de verschillende jaren afzonderlijk geregeld in artikelen 3.4, 3.6 en 3.8. Met dit besluit worden de grondslagen voor die verevening bestendigd en voor de toekomst vastgelegd.

De Minister voor Medische Zorg,