

Vergaderjaar 2020–2021

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1078

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 21 september 2020

Met deze brief informeer ik u over de definitieve vormgeving van de risicoverevening 2021 in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Tevens informeer ik u over het meerjarige onderzoekprogramma dat ik komend jaar zal uitvoeren.

1. Inleiding

De uitbraak van COVID-19 heeft grote financiële consequenties voor de zorg en leidt tot onzekerheden in de risicoverevening. Het belang van adequate risicoverevening is groot, aangezien het een belangrijke pijler is onder ons zorgstelsel van gereguleerde concurrentie en daarom neem ik de onzekerheden serieus. Het gaat dan zowel om ontwikkelingen in de totale zorgkosten, door de extra COVID-19 zorg en het uitvallen van reguliere zorg, als om de wijze waarop de gevolgen neerslaan bij verzekeraars en de manier waarop de verevening daar rekening mee houdt. Hierover hebben constructieve gesprekken plaatsgevonden met individuele verzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland en het Zorginstituut Nederland om te kijken of het nodig was om de risico's die zorgverzekeraars in 2021 lopen te beperken (zie ook bijgevoegde brief van ZN)¹. Deze gezamenlijke inspanningen hebben geleid tot de besluiten in deze brief. Met de brief van 18 juni 2020 heb ik u geïnformeerd over de verbeteringen die ik van plan ben per 2021 door te voeren in de risicoverevening (Kamerstuk 29 689, nr. 1067). De nieuwe risicovereveningsmodellen zijn afgelopen zomer doorgerekend. Op basis hiervan heeft de definitieve besluitvorming plaatsgevonden.

Hoofdpunten van de brief

- De verbeteringen in de risicovereveningsmodellen die in de brief van 18 juni 2020 zijn aangekondigd, worden ongewijzigd doorgevoerd.

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

- Voor zorgkosten in verband met COVID-19 is de catastroferegeling in werking getreden. Deze regeling zorgt ervoor dat verzekeraars deze zorgkosten boven een bepaalde drempel vergoed krijgen uit het zorgverzekeringsfonds.
- De uitbraak van COVID-19 zorgt voor extra onzekerheden in de risicoverevening. Ik wil deze onzekerheden niet eenzijdig bij de zorgverzekeraars neerleggen. Dit om te voorkomen dat de premie sterker zal stijgen dan noodzakelijkerwijs het geval hoeft te zijn. Daarom wil ik in 2021 de risicodragendheid van verzekeraars tijdelijk beperken. Het gaat om de volgende maatregelen:
 - Om het risico op landelijke over- of onderschrijdingen voor zorgverzekeraars te beperken, pas ik 85% macronacalculatie toe op de deelbedragen variabele zorgkosten, GGZ en eigen risico.
 - Omdat er bij de GGZ sprake is van een eenmalige uitzonderlijk omvangrijke vermindering van de schadelast in 2021 (als neveneffect van de invoering van de nieuwe ggz-bekostiging per 2022) die op het niveau van individuele verzekeraars verschillend kan uitpakken, beperk ik het risico op »uitschieters» bij verzekeraars door de eenmalige toepassing van de bandbreedteregeling.
 - Het Zorginstituut Nederland zal daarnaast een technische correctie uitvoeren op de verzekerdenaantallen, om onzekerheden vanwege vraaguitval door COVID-19 te mitigeren.
- Met de inzet van de catastrofe regeling en bovenstaande aanpassingen in de risicoverevening, zorgt de overheid ervoor dat de effecten van de corona crisis op de premie beperkt blijven. De overheid gaat er daarbij vanuit dat zorgverzekeraars vanuit hun maatschappelijke verantwoordelijkheid ook een gedeelte van de gevolgen van de COVID-19 uitbraak op zich te nemen. In de VWS-premieraming zijn we ervan uitgegaan dat zorgverzekeraars met inzet van hun reserves de premiestijging enigszins dempen.
- Komend jaar zullen weer onderzoeken worden uitgevoerd naar mogelijke verbeteringen in het risicovereveningsmodel. Het onderzoeksprogramma dat is opgesteld in overleg met zorgverzekeraars, onderzoeksbureaus en Zorginstituut Nederland treft u aan als bijlage bij deze brief.

Toezeggingen

Met deze brief geef ik invulling aan de volgende toezeggingen:

- In mijn eerdergenoemde brief van 18 juni 2020 heb ik toegezegd dat de definitieve besluitvorming na de zomer zou plaatsvinden en dat ik u zoals gebruikelijk na het zomerreces zou informeren over de uitkomsten.
- Ook heb ik in die brief toegezegd dat ik u in dezelfde brief zou informeren over het onderzoeksprogramma voor de risicoverevening voor het komend jaar.
- De motie van de leden Van den Berg en Ellemeet verzoekt de regering om onderzoek te doen naar grensoverschrijdende transacties en verbindingen van zorgverzekeraars (Kamerstuk 29 689, nr. 1039). Dit onderzoek stuur ik met deze brief aan u toe².

2. Definitieve risicoverevening 2021

Vormgeving van het model

Deze zomer zijn de voorgenomen modellen voor de somatische zorg, de geestelijke gezondheidszorg en het verplicht eigen risico integraal doorgerekend. De verevende werking laat bij alle drie de modellen een

² Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

stabiel beeld zien. De Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR)³ adviseert de doorgerekende uitgangsmoedellen toe te passen in 2021. De doorrekening heeft dus geen aanleiding gegeven tot wijzigingen ten opzichte van de verbeteringen die ik in mijn brief van 18 juni had aangekondigd.

Ex-post maatregelen

In mijn brief van 18 juni 2020 heb ik geschetst dat COVID-19 op verschillende manieren invloed heeft op de risicoverevening. Dat is het geval voor het jaar 2020, maar voor 2021 wordt wellicht nog wel een grotere impact op de risicoverevening verwacht. Afhankelijk van de duur van de crisis kunnen ook in 2021 de reguliere kosten (niet-coronakosten) mogelijk afwijkend zijn. Inhaalzorg of juist uitstel van zorg kan een volume-effect hebben (meer of minder zorggebruikers dan geraamd) en wellicht ook een samenstellingseffect (als bijvoorbeeld de zorg voor de minder zware patiëntgroepen uitgesteld zal worden). Voor de doorrekening van de risicoverevening 2021 deze zomer, is geprobeerd deze effecten zo goed mogelijk mee te nemen. Maar met de kennis van nu kunnen we niet anders dan concluderen dat de kans op afwijkingen tussen realisaties en ramingen groter is dan gebruikelijk. De onzekerheid zit niet alleen bij ontwikkeling van de totale zorgkosten, maar ook bij de wijze waarop de gevolgen van COVID-19 neer zullen slaan bij verzekeraars. Dit kan leiden tot een risico-opslag op de premies van de verzekeraars, waardoor verzekerden extra gaan betalen. Ook kan het speelveld tussen zorgverzekeraars verstoord raken door de directe en indirecte kosten van de COVID-19 pandemie.

Kortom, de uitbraak van COVID-19 zorgt voor onzekerheden in de risicoverevening die veel groter zijn dan normaal. Ik wil deze onzekerheden niet eenzijdig bij de zorgverzekeraars neerleggen. Daarom ben ik – na overleg met zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland en Zorginstituut Nederland – tot de conclusie gekomen dat eenmalig voor 2021 aanpassingen nodig zijn. In overleg met de verschillende partijen heb ik gekozen voor een combinatie van macronacalculatie, een bandbreedteregeling en een aantal technische correcties om onzekerheden rondom de verzekerdenaantallen te corrigeren. Bij de keuze en invulling van deze ex-post maatregelen heb ik een afweging gemaakt tussen het behoud van doelmatigheidsprikkels enerzijds en het voorkomen van een verstooring van het speelveld tussen zorgverzekeraars anderzijds. Ik benadruk dat deze ex-post maatregelen maar voor één jaar worden ingevoerd om de uitzonderlijke onzekerheden voor 2021 op de resultaten van verzekeraars te verkleinen.

Catastroferegeling

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft de COVID-19 uitbraak uitgeroepen tot een pandemie. Daarmee is op grond van artikel 33 van de Zvw automatisch de zogenaamde catastroferegeling in werking getreden. Een verzekeraar kan daardoor – na het bereiken van een drempel van 4% – een extra bijdrage uit het zorgverzekeringsfonds ontvangen voor de kosten in 2020 en 2021 als gevolg van de pandemie. Daarbij worden in ieder geval de declaraties voor directe zorg aan COVID-19 patiënten betrokken en de meerkosten die veroorzaakt worden door COVID-19. Momenteel wordt de ministeriële regeling uitgewerkt waarin wordt gedefinieerd voor welke kosten het precies geldt. De kosten die onder de catastroferegeling vallen lopen niet mee in de reguliere risicoverevening

³ Groep van risicovereveningsexperts van verzekeraars, ZN, Zorginstituut Nederland, onderzoeksbureaus en VWS.

en worden door zorgaanbieders en zorgverzekeraars apart geadmine-
treerd. Alleen de reguliere zorgkosten worden betaald uit de verevenings-
bijdrage die verzekeraars ontvangen. De bijdrage uit de catastrofereregeling
(door Zorginstituut Nederland vast te stellen) komt bovenop de vereve-
ningsbijdrage die zorgverzekeraars ontvangen voor de reguliere
zorgkosten.

85% macronacalculatie

In 2012 is de macronacalculatie afgeschaft. Sindsdien ligt het risico op
macro-over- of onderschrijdingen bij zorgverzekeraars. Het doel van de
afschaffing van de macronacalculatie was om de zorgverzekeraars te
stimuleren meer te investeren in goede zorginkoop en om zorgverzeke-
raars maximaal te prikkelen tot beheersing van de zorgkosten. Hoewel ik
dat doel nog steeds onderschrijf, ben ik van plan om in 2021 weer
gedeeltelijk macronacalculatie toe te passen, vanwege de onzekerheid
over het niveau van de reguliere zorg. Die onzekerheid zit in de omvang
van de inhaalzorg, het wegvallen van de reguliere zorg en de extra kosten
voor covid zorg bijvoorbeeld bij het uitbreken van een tweede golf. De
som van al deze onzekerheden is op voorhand heel lastig in te schatten.
Door macronacalculatie wordt achteraf het in totaal uit te keren bedrag via
de risicoverevening aangepast aan de feitelijke gerealiseerde kosten van
alle zorgverzekeraars gezamenlijk. Omdat ik het belangrijk vind dat er een
prikkel voor verzekeraars gezamenlijk blijft bestaan om doelmatig in te
kopen, heb ik gekozen voor een nacalculatiepercentage van 85% voor de
deelbedragen variabele zorgkosten, GGZ en eigen risico. Dit geldt zowel
bij overschrijdingen als onderschrijdingen. Hierdoor wordt voor zorgver-
zekeraars het risico voor een overschrijding op macroniveau voor de
reguliere zorg voor een groot deel weggenomen, waardoor een risico-
opslag in de premie wordt voorkomen. Indien door een eventuele nieuwe
opleving van COVID-19 er in 2021 opnieuw sprake is van zorguitval en dus
juist lagere reguliere zorgkosten, moeten zorgverzekeraars 85% van het
teveel ontvangen bedrag terugbetalen. Daarmee wordt voorkomen dat
zorgverzekeraars tezamen veel profijt hebben van vraaguitval.

Bandbreedteregeling GGZ

Naast het verminderen van het risico op macro-over- of onderschrij-
dingen, neem ik specifiek voor de GGZ een maatregel om te voorkomen
dat het speelveld tussen zorgverzekeraars in 2021 sterk wordt verstoord.
Recent is besloten om de nieuwe bekostiging in de ggz in te voeren per
2022. Dit gaat gepaard met het per 31/12/2021 afsluiten van lopende
diagnose-behandelcombinaties (dbc's) en producten basis-ggz die anders
nog zouden blijven doorlopen in 2022. Dat leidt tot een grote eenmalige
vermindering van de ggz-schadelast in 2021, die op het niveau van
individuele verzekeraars verschillend kan uitpakken. Dit brengt extra
onzekerheid met zich mee voor zorgverzekeraars. Om deze onzekerheid in
het overgangsjaar te verminderen en potentiële verschillen tussen
verzekeraars te beperken, heb ik besloten om een zogeheten bandbreedte-
regeling toe te passen voor het ggz-model⁴. Ik wijs daarbij op het
eenmalige karakter van het afsluiten van lopende dbc's en producten
basis-ggz in het jaar voorafgaand aan de invoering van de nieuwe
ggz-bekostiging, en op de uitzonderlijk grote omvang van de bijbehorende
vermindering van de schadelast (geraamd op 1,25 miljard euro, meer dan
30% van de oorspronkelijk geraamde ggz-schadelast voor 2021).
De bandbreedteregeling grijpt in op de spreiding van het vereveningsre-
sultaat tussen verzekeraars. Boven een zekere drempel wordt een deel van

⁴ Het gaat om +10/-10 euro per premie-equivalent rondom het marktgemiddeld resultaat met
90% nacalculatie buiten deze bandbreedte

het resultaat afgeroomd, terwijl beneden een zekere drempel juist deels wordt gecompenseerd. Een eventueel verschil wordt verrekend met het Zorgverzekeringsfonds. De bandbreedteregeling impliceert een bepaalde mate van herverdeling, die de grootste verschillen tussen individuele zorgverzekeraars wegneemt en daarmee onzekerheid reduceert. In het verleden is in bijzondere gevallen vaker gebruik gemaakt van een bandbreedteregeling, onder andere voor de wijkverpleging en GGZ, nadat deze waren overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw.

Technische correctie op verzekerdenaantallen en normbedragen

De definitieve vaststelling van de risicovereveningsbijdrage 2021 wordt onder andere gebaseerd op declaratiedata uit 2020. Vanwege vraaguitval bij de reguliere zorg in het voorjaar, zijn de declaratiedata voor 2020 echter afwijkend van andere jaren. Zeker bij de ziekenhuiszorg is er sprake geweest van vraaguitval, die via het vereveningskenmerk diagnosekosten-groepen in het somatische model grote impact kan hebben op de bijdrage die een verzekeraar ontvangt. Om dit te voorkomen zal het Zorginstituut Nederland bij de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage per verzekeraar bij dat kenmerk gebruik maken van gegevens uit 2019 in plaats van 2020. Daarnaast zal het Zorginstituut Nederland bij enkele vereveningskenmerken een technische correctie doorvoeren indien de werkelijke verzekerdenaantallen afwijken van de raming die het Zorginstituut Nederland nu heeft gemaakt, zogeheten criteriumneutraliteit. Daarmee worden onzekerheden in de verzekerdensraming (en in de bijbehorende gewichten) ondervangen.

Inzet reserves door zorgverzekeraars

Door het inzetten van ex-post maatregelen en de catastroferegeling worden een groot deel van de financiële risico's van de COVID-19 uitbraak voor zorgverzekeraars afgedekt. Daarnaast staat tegenover mogelijk hogere kosten in 2020 vanwege COVID-19 ook zorguitval op de reguliere zorg. Zorgverzekeraars hebben de maatschappelijke verantwoordelijkheid om een gedeelte van de gevolgen van de COVID-19 uitbraak op zich te nemen. In de premieraming voor 2021 gaat VWS ervan uit dat de inzet van de reserves in lijn is met voorgaande jaren.

3. Meerjarig onderzoeksprogramma

In bijlage 2 treft u het onderzoeksprogramma voor de komende periode aan. Het onderzoeksprogramma is opgedeeld in onderzoeken die komend jaar worden uitgevoerd, onderzoeken die in 2021–2022 worden uitgevoerd en onderzoeken die mogelijk op de langere termijn worden uitgevoerd⁵. Het onderzoeksprogramma is opgesteld met input van zorgverzekeraars, onderzoeksbureaus en Zorginstituut Nederland. In mijn brief in juni 2021 over de risicoverevening 2022 zal ik u informeren over de uitkomsten van de onderzoeken die komend onderzoeksjaar tot afronding komen. Een belangrijk onderdeel van het onderzoeksprogramma zijn de zogenoemde restrisico-onderzoeken. De komende periode starten vervolgonderzoeken naar de onder- en overcompensatie van bepaalde groepen verzekerden. Deze onderzoeken en de eventuele hieruit volgende vervolgonderzoeken moeten afgerond zijn voordat over gegaan kan worden naar een onderhoudsmodel voor de risicoverevening.

⁵ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

4. Monitor risicoverevening 2015

Jaarlijks laat ik, zodra de realisatiecijfers over een vereveningsjaar definitief zijn, door middel van een monitor de werking van de risicoverevening van dat betreffende jaar evalueren. In het afgelopen onderzoeksjaar is de monitor van het vereveningsjaar 2015 uitgevoerd. De monitor laat op basis van de werkelijke kosten en aantallen verzekerden zien dat de risicoverevening heeft bijgedragen aan een meer gelijke uitgangspositie van de zorgverzekeraars. De monitor is als bijlage 3 aan deze brief toegevoegd⁶.

5. Onderzoek naar internationale verbindingen en grensoverschrijdende transacties

De motie van de leden Van den Berg en Ellemeet⁷ verzoekt de regering om – naast onderzoek op het terrein van de risicoverevening – een onderzoek te doen om meer inzicht te verkrijgen in de grensoverschrijdende transacties en verbindingen van zorgverzekeraars actief op de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt. Om invulling te geven aan de motie heeft het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) PricewaterhouseCoopers (PwC) gevraagd onderzoek te doen naar internationale verbindingen en grensoverschrijdende transacties in de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt. Dit onderzoek is als bijlage 4 toegevoegd aan deze brief⁸.

Het onderzoek geeft inzicht in welk type internationale verbindingen en grensoverschrijdende transacties kunnen voorkomen, en welke er op dit moment zijn op de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt. Daarbij geeft het onderzoek meer informatie over de voor- en nadelen die te behalen zijn met dergelijke verbindingen en transacties. Het onderzoek gaat ook in op de ontwikkeling van de afgelopen jaren en welke ontwikkelingen er in de nabije toekomst worden verwacht.

Er zijn op dit moment drie types internationale verbindingen en grensoverschrijdende transacties op de Nederlandse zorgverzekeringsmarkt: internationale herverzekeraar als risicodragers, risicodragers met vergunning in een EU-lidstaat (niet in Nederland) en een internationale samenwerking voor gezondheidsprogramma's. De eerste twee zijn in het onderzoek bestempeld als verbindingen die zijn opgezet vanuit financiële beweegredenen, de laatste als een verbinding die is opgezet vanuit operationele, strategische beweegredenen.

Een voordeel van internationale verbindingen en grensoverschrijdende transacties die vanuit operationele, strategische beweegredenen zijn opgezet, is het delen van kennis en expertise (bijvoorbeeld op het gebied van gezondheidsbevordering en preventie). De potentie hiervan is groot als het gaat om makkelijk overdraagbare kennis en expertise die in verschillende landen kan worden ingezet. Er zijn geen nadelen genoemd van internationale verbindingen en grensoverschrijdende transacties met operationele, strategische beweegredenen.

Ten aanzien van internationale verbindingen en grensoverschrijdende transacties met financiële redenen schetst het onderzoek een minder eenduidig beeld. Veelgenoemde voordelen zijn: het vergroten van de toegang tot de kapitaalmarkt, bevorderen van marktwerking en stimuleren van innovatie, en extra opties op het vlak van risicomanagement. Veelgenoemde nadelen van dit type verbindingen zijn de mogelijkheid dat winst uitbetaald wordt aan aandeelhouders in het buitenland waarbij de winst is verkregen doordat een zorgverzekeraar zich richt op verzekerden

⁶ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

⁷ Kamerstuk 29 689, nr. 1039

⁸ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

die op grond van de werking van de risicoverevening voorspelbaar winstgevend zijn, mogelijk minder lokale maatschappelijke betrokkenheid en de mogelijkheid dat Nederlandse partijen anders beoordeeld worden dan buitenlandse partijen door verschillende invulling en interpretatie van toezicht. Bij al deze door geïnterviewden genoemde voor- en nadelen is het echter de vraag of ze echt worden behaald in de praktijk. Het onderzoek bevat op deze punten ook weerleggingen. Zo zijn er tot nu toe geen nieuwe toetreders die zich sterk onderscheiden van het bestaande polisaanbod. Op het punt van het uitkeren van winst wordt weliswaar gevreesd dat buitenlandse toetreders die geen winst uitkeren wel andere financiële constructies hebben die het mogelijk maken om kapitaal uit het zorgbedrijf te onttrekken, maar hiertegen zijn diverse checks-and-balances ingebouwd: accountants controleren de jaarrekeningen waarbij het «Arm's Length» beginsel van toepassing is en DNB richt zich in het toezicht op het voorkomen van transacties die niet voldoen aan het criterium van «Arm's Length». Dit beginsel houdt in dat transacties tussen verbonden partijen moeten plaatsvinden onder voorwaarden die niet-verbonden partijen ook overeengekomen zouden zijn (concreet betekent dit bijvoorbeeld geen herverzekering tegen niet-marktconforme voorwaarden en geen interne leningen tegen zeer hoge rentes). Voor de toekomst wordt in dit onderzoek de verwachting geschetst dat internationale verbindingen en grensoverschrijdende transacties met financiële beweegredenen gelijk zullen blijven of zelfs zullen afnemen, en internationale verbindingen en grensoverschrijdende transacties met operationele, strategische beweegredenen zullen toenemen. Specifiek verwacht het merendeel van de zorgverzekeraars een toename van internationale samenwerkingen omtrent het beheersen van zorgkosten (bijvoorbeeld door middel van preventie en gezondheidsbevordering), en ziet dit als een goede ontwikkeling. Het rapport geeft inzicht in de huidige internationale verbindingen en grensoverschrijdende transacties en de mogelijke ontwikkelingen in de nabije toekomst. Ik zie op basis van de conclusies van het rapport geen aanleiding om mijn beleid aan te passen. Daarbij zie ik de aanbeveling om de risicoverevening te blijven actualiseren en verbeteren, waardoor voorspelbare winsten en verliezen op specifieke verzekerdersgroepen zoveel mogelijk beperkt worden, als ondersteuning van mijn beleid. Zoals al eerder aangegeven bevat het onderzoeksprogramma diverse vervolgonderzoeken naar de onder- en overcompensatie van bepaalde groepen verzekerden, de zogenoemde restrisico-onderzoeken.

6. Tot slot

De risicoverevening 2021 wordt vastgelegd met een wijziging van het Besluit zorgverzekering en in de Regeling risicoverevening 2021. De wijziging van het besluit zal op korte termijn bij beide Kamers der Staten-Generaal worden voorgehangen. Vervolgens wordt deze voor advies naar de Raad van State gestuurd. Omdat er dit jaar veel wijzigingen plaatsvinden die pas begin september besloten zijn, komt de voorgeschreven termijn voor de regeling risicoverevening – 1 oktober – dit jaar onder druk te staan. Desondanks streef ik er naar op korte termijn al een concept van de Regeling risicoverevening 2021 te publiceren in de Staatscourant. Ook zal de Catastroferegeling op korte termijn gepubliceerd worden.

Ik wil alle partijen – individuele zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland, Zorginstituut Nederland en onderzoekers – complimenteren met hun inzet om juist in deze uitzonderlijke tijd de samenwerking zo veel mogelijk op te zoeken, gezamenlijk de risico's van de COVID-19 uitbraak in kaart te brengen en te bespreken hoe we hier het beste mee kunnen omgaan in de risicoverevening. De welwillendheid om hierbij samen op te

trekken onderstreept de kracht van het Nederlandse (risicoverevening)-systeem. De impact van COVID-19 is heel groot, maar de financiële gevolgen in de zorgverzekering lijken nu te overzien. Dit komt onder andere door het snelle en adequate handelen van verzekeraars om continuïteit van zorgaanbieders te borgen.

Grote financiële risico's vanwege directe (Zvw-)zorgkosten van COVID-19 patiënten en de meerkosten veroorzaakt door COVID-19 worden afgevangen in de catastroferegeling. De risico's voor de reguliere zorgkosten worden beter beheersbaar door de maatregelen die ik in deze brief heb aangekondigd. Daarnaast bekijken zorgverzekeraars onderling of ze – binnen de grenzen van de mededinging – resterende risico's die samenhangen met de pandemie onderling kunnen poolen. Al deze maatregelen tezamen geven zorgverzekeraars meer zekerheid. Dit voorkomt grote risico-opslagen op de premie en als we allemaal een duit in het zakje doen, hoeft de premie voor 2021 niet meer dan normaal te stijgen. Dat is goed nieuws in een crisisjaar als dit.

De Minister voor Medische Zorg,
T. van Ark