

Vergaderjaar 2021–2022

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 1150**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 4 juli 2022

In deze brief informeer ik u over de voorgenomen modelaanpassingen die de risicoverevening vanaf 2023 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 en mogen ook geen hogere premie vragen aan verzekerden met een slechtere gezondheid of een hogere leeftijd. Een goed functionerende risicoverevening is daarom een essentieel onderdeel van het zorgstelsel. Het zorgt er namelijk voor dat zorgverzekeraars gecompenseerd worden voor voorspelbare gezondheidsverschillen in hun verzekerdenpopulatie. Daardoor kan iedereen zich voor een basisverzekering verzekeren tegen dezelfde premie. De risicoverevening is een wiskundig-statistisch model en dat betekent dat niet iedere individuele verzekerde perfect uit het model kan komen. Elk jaar worden onderzoeken uitgevoerd om de risicoverevening verder te verbeteren met als doel voorspelbare verliezen en winsten van verzekeraars te minimaliseren. 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.

Zoals toegezegd<sup>1</sup> stuur ik uw Kamer deze brief vóór het zomerreces. Daarnaast heb ik in mijn brief van 5 april jl.<sup>2</sup> toegezegd om tijdens de gesprekken met zorgverzekeraars over modelverbeteringen ook aandacht te besteden aan de samenhang tussen de risicoverevening en de zorgverzekeringsmarkt. In deze brief zet ik ook de uitkomsten van deze overleggen uiteen.

<sup>1</sup> Toezegging tijdens plenair debat wetsvoorstel afschaffen collectiviteitskorting, Handelingen II 2021/22, nr. 69, item 11.

<sup>2</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 1142

### *Hoofdpunten van de brief:*

- In deze brief schets ik mijn visie op het functioneren van de risicoverevening en de zorgverzekeringsmarkt. Daarbij ligt de verantwoordelijkheid voor een goed werkende zorgverzekeringsmarkt niet alleen bij mij, maar ook bij zorgverzekeraars zelf, de uitvoerder van de risicoverevening en de toezichhouder. Ik zie op twee punten concrete ruimte voor verbetering.
- Ook dit jaar is prioriteit gegeven aan onderzoeken gericht op het verbeteren van de verevening voor groepen verzekerden waarvoor deze nog niet adequaat is. Hierbij is specifieke aandacht voor de overcompensatie van gezonde verzekerden en de ondercompensatie van chronisch zieken.
- Per 2023 wordt een grote, belangrijke stap gezet door een bevallingskenmerk aan de verevening toe te voegen. Hiermee nemen we de ondercompensatie die er nu is voor vrouwen die zwanger zijn of bevallen, voor een groot deel weg.
- Ook zetten we een stap door het toevoegen van de groep verzekerden die een lichtere vorm van de aandoeningen diabetes, COPD/astma en/of CVRM (cardiovasculair risicomanagement) hebben en nu nog niet in de verevening zijn opgenomen.
- Tevens zijn er verschillende andere modelwijzingen per 2023, zoals aanpassingen naar aanleiding van de gewijzigde bekostiging in de geestelijke gezondheidszorg.
- Uit onderzoek blijkt dat gezonde verzekerden overgecompenseerd worden en chronisch zieken ondergecompenseerd. Dit effect zien we sterk bij gezonde overstappers. Voor zelfselectie kan niet op klassieke wijze, dat wil zeggen via objectieve gezondheidskenmerken, gecompenseerd worden in het vereveningsmodel. Daarom is onderzocht of het resultaat op overstappers op een andere wijze verminderd kan worden. De onderzochte oplossing blijkt echter een te grote negatieve impact op de concurrentie op de verzekeringsmarkt te kunnen hebben, en daarmee ook op de prikkels om een scherpe premie te vragen voor polissen waar met name minder gezonde verzekerden verzekerd zijn. Ik voer deze oplossing daarom niet door. In deze zomer wordt gezocht naar alternatieve oplossingen voor 2023.
- Na overleg met individuele zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland en het Zorginstituut heb ik besloten om de overige bovenstaande verbeteringen door te voeren per 2023. Deze zomer zullen de voorgestelde aanpassingen in samenhang worden doorgerekend in de zogeheten Overall Toets. Ook wordt bezien of er aanvullende maatregelen nodig zijn. In september informeer ik u over de definitieve vormgeving van de risicoverevening en het onderzoeksprogramma voor het komende jaar.

## **2. Visie op het functioneren van de risicoverevening en de zorgverzekeringsmarkt**

De risicoverevening zorgt ervoor dat iedereen zich voor een basisverzekering voor dezelfde premie kan verzekeren en borgt daarmee de risicosolidariteit in het stelsel. Om de solidariteit te borgen zijn ook de regulering van en het toezicht op de zorgverzekeringsmarkt van belang. Via verbeteringen in de verevening beoog ik eventuele prikkels tot risicoselectie maximaal te voorkomen, maar de solidariteit tussen gezonde verzekerden en chronisch zieken kan niet uitsluitend door de risicoverevening geborgd worden. Daarom is het belangrijk om ook via regelgeving, toezicht en gedrag te voorkomen dat de risicosolidariteit wordt aangetast. In mijn gesprekken met zorgverzekeraars over verbetering in de risicoverevening is aandacht besteed aan de samenhang tussen de risicoverevening en de zorgverzekeringsmarkt.

Ten aanzien van het functioneren van de risicoverevening benoem ik de hoge kwaliteit van ons risicovereveningsmodel. Het Nederlandse risicovereveningssysteem wordt immers als één van de beste ter wereld gezien. Ondanks dat de risicoverevening sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) steeds verder verbeterd en verfijnd is, zijn er bepaalde (sub)groepen verzekerden aan te wijzen waarvoor de risicoverevening nog onvoldoende compensatie biedt. De afgelopen jaren lag, en ook de komende jaren ligt, mijn focus daarom op het verminderen van de overcompensatie van gezonde verzekerden en de ondercompensatie van chronisch zieken. Daardoor worden prikkels om vanwege financiële redenen bepaalde groepen aan te trekken zoveel mogelijk beperkt. Met de jaarlijkse onderzoekkalender bekijk ik gezamenlijk met zorgverzekeraars, het Zorginstituut en risicovereveningsonderzoekers welke aanpassing van het model naar verwachting het meest noodzakelijk is en de grootste impact heeft. Op deze manier beoog ik jaarlijks stapsgewijs en zorgvuldig het model te verbeteren. Ik sta hierbij ook open voor out-of-the-box oplossingen, die in mindere mate passen bij het «standaard» vereveningsmodel. Er bestaat namelijk geen wondermiddel om met één wijziging het model te perfectioneren. In paragraaf 3 van deze brief licht ik toe welke verbeteringen ik voornemens ben door te voeren voor het model voor 2023.

Ten aanzien van het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt constateer ik allereerst dat het Nederlandse zorgsysteem ons veel brengt op het gebied van kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare zorg. De keus voor dit zorgverzekeringsstelsel, dat uitgaat van gereguleerde marktwerking, brengt met zich mee dat zorgverzekeraars substantiële vrijheden hebben, die ook nodig zijn om hen in staat te stellen en te prikkelen om kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare zorg in te kopen. Tegelijkertijd hebben alle zorgverzekeraars een maatschappelijke verantwoordelijkheid om deze vrijheden daarvoor te gebruiken, en zich niet te richten op het aantrekken van bepaalde groepen verzekerden puur omdat het vereveningsmodel daar nog onvoldoende goed werkt. Op twee punten zie ik ruimte voor verbetering op de zorgverzekeringsmarkt, zoals ik ook in mijn eerdere brief<sup>3</sup> over het overstapseizoen van april jl. meldde. Allereerst blijft de overzichtelijkheid en onderscheidendheid van het polisaanbod een punt van aandacht. Niet alleen is het aantal polissen in 2022 toegenomen, ook bieden zorgverzekeraars polissen aan die slechts in beperkte mate verschillen van de andere polissen die zij aanbieden, bijvoorbeeld in termen van gecontracteerd aanbod of vergoeding voor ongecontracteerde zorg. Dit maakt het polisaanbod onoverzichtelijk. Ik roep elke zorgverzekeraar daarom op geen polissen aan te bieden die slechts marginaal verschillen van andere polissen die zij aanbieden.

Ten tweede vind ik het, zoals ik in diezelfde brief van april jl. aangaf, belangrijk dat verzekerden meteen bij de start van het overstapseizoen de keuze kunnen maken of zij willen overstappen, en zo ja naar welke polis.

Om te zorgen dat verzekerden voldoende tijd hebben om zich te oriënteren op het polisaanbod is het wenselijk dat zorgverzekeraars uiterlijk op 12 november de premies van hun polissen, inclusief premiekortingen voor een vrijwillig eigen risico, bekend maken en niet meer wijzigen, zodat de premie van het aanbod op 12 november direct duidelijk is voor verzekerden.

Ik verwacht dus dat de zorgverzekeringsmarkt beter functioneert als er op bovengenoemde punten stappen worden gezet door zorgverzekeraars. Tegelijkertijd besef ik mij dat we te maken hebben met een zorgverzeke-

<sup>3</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 1142

ringsstelsel dat gebaseerd is op gereguleerde concurrentie. Vanwege de mededingingsregels – die er niet voor niets zijn – mogen zorgverzekeraars geen gezamenlijke afspraken maken op deze twee punten. Eventuele aanpassingen op de zorgverzekeringsmarkt zullen hier dus moeten voortvloeien uit het gedrag van individuele verzekeraars zelf, aanpassingen in de risicoverevening of aanpassingen in wet- en regelgeving. Waarbij de mogelijkheden die ik als wetgever heb om in te grijpen in deze concurrentiële markt beperkt zijn, omdat de ruimte en macht van de overheid om te interveniëren in private markten begrensd is.

Daarom pak ik allereerst mijn rol waar het om de risicoverevening gaat, zoals ik in paragraaf 3 van deze brief concreet uiteenzet. Daarnaast ben ik met de NZa in overleg over het aanpassen van de definitie van nagenoeg gelijke polissen, zoals de motie van de leden Van den Berg en Hijink<sup>4</sup> mij verzocht. De NZa verkent de mogelijkheden om artikel 7 van de «Regeling informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten» (TH/NR-022) aan te passen zodat ook polissen die strikt genomen verschillen, maar wel sterk vergelijkbaar zijn, hieronder vallen. Hiermee wordt het voor verzekerden beter inzichtelijk dat er een vergelijkbaar, en wellicht goedkoper, alternatief is. Ook start ik – zoals de motie van het lid Paulusma c.s. oproept<sup>5</sup> – een onderzoek naar het vrijwillig eigen risico. Ik hoop de resultaten van dit onderzoek in het eerste kwartaal van 2023 met uw Kamer te kunnen delen.

Samenvattend verwacht ik van alle zorgverzekeraars dat zij hun maatschappelijke rol blijven oppakken en zich gedreven weten tot de inkoop van kwalitatieve, toegankelijke en betaalbare zorg in lijn met de wensen en voorkeuren van al hun verzekerden, dus voor jong en oud, ziek en gezond. Daarom roep ik elke zorgverzekeraar concreet op om kritisch te kijken naar zijn polisaanbod, en te zorgen dat dat onderscheidend en overzichtelijk is, en om alle premies en premiekortingen uiterlijk 12 november bekend te maken. Ik zal de ontwikkelingen op de zorgverzekeringsmarkt het komende overstapeseizoen wederom met veel interesse volgen.

### **3. Aanpassingen in de risicoverevening per 2023**

In deze paragraaf beschrijf ik de aanpassing in de risicoverevening die ik voornemens ben per 2023 door te voeren. Eerst ga ik in op de onderzoeken die specifiek zijn uitgevoerd om de structurele over- en ondercompensatie van gezonde verzekerden en chronisch zieken te verminderen.

Daarna ga ik in op de overige onderzoeken die dit onderzoekjaar zijn uitgevoerd. Tenslotte sta ik stil bij het onderzoeksprogramma voor het komende jaar.

#### *3a. Onderzoeken naar structurele onder- en overcompensaties*

##### Zwangerschappen en bevallingen

In het onderzoek naar zwangerschappen en bevallingen is bezien hoe zwangerschappen/bevallingen het beste gecompenseerd kunnen worden in de risicoverevening. Dit leidt tot de keuze om per 2023 een forse stap te zetten in het verbeteren van de compensatie voor vrouwen die zwanger of bevallen zijn. Uit diverse onderzoeken<sup>6</sup> blijkt namelijk dat een

<sup>4</sup> Kamerstuk 35 872, nr. 10

<sup>5</sup> Kamerstuk 35 872, nr. 13

<sup>6</sup> Bijvoorbeeld onderzoek chronisch zieken (Gupta, WOR 1060, oktober 2021) en onderzoek Restrisico fase III gezonde verzekerden (ESHPM, WOR 1022, april 2021)

zwangerschap/bevalling leidt tot verhoogde zorgkosten die onvoldoende worden gecompenseerd in het huidige model. Dit geeft een risico voor de prikkel van een zorgverzekeraar om te investeren in de kwaliteit van geboortezorg. Daarnaast zijn er sterke signalen van prikkels tot zelfselectie door verzekerden. Uit onderzoek blijkt namelijk dat zwangere vrouwen gemiddeld genomen vaker overstappen, zowel vóór als na de bevalling. De voorspelbare en forse ondercompensatie en de overstapbereidheid van zwangere vrouwen kunnen leiden tot aantasting van het gelijk speelveld tussen verzekeraars. Samen met het risico op verminderde prikkels ten aanzien van de kwaliteit van geboortezorg gaf dit aanleiding om onderzoek te doen.

De Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening<sup>7</sup> (hierna: WOR) adviseert om voor model 2023 een bevallingskenmerk op basis van kraamzorgkosten in het lopende jaar op te nemen. De ondercompensatie voor zwangere en bevallen vrouwen neemt daardoor sterk af en ook verbetert het vereveningsresultaat voor andere relevante subgroepen. Bijvoorbeeld de vermindering van de overcompensatie van vrouwen in de vruchtbare leeftijd die niet bevallen zijn. Ik neem dit advies over en zet hiermee een grote, belangrijke stap in het beter verevenen van vrouwen die zwanger of bevallen zijn.

### Onderzoek schilindicatoren

Uit onderzoek naar de ondercompensatie van chronisch zieken<sup>8</sup> blijkt dat er omvangrijke groepen verzekerden zijn met de chronische aandoeningen diabetes, COPD/astma en/of CVRM (cardiovasculair risicomangement) die niet goed gecompenseerd worden in de risicoverevening. Het gaat om patiënten met een lichtere vorm van genoemde aandoeningen. Anders dan de «kern»-verzekerden met een zwaardere vorm van deze aandoeningen ontvangt de zorgverzekeraar voor hen nog geen adequate vereveningsbijdrage. Op grond van deze bevindingen heb ik onderzoek uit laten voeren naar verbetering van de compensatie voor deze verzekerden. Het advies van de WOR is om vanaf 2023 vijf klassen aan de zogeheten farmaciekostengroepen (FKG's) toe te voegen. De verevening van de genoemde groepen chronisch zieke verzekerden verbetert hiermee sterk, al wordt de ondercompensatie niet volledig weggenomen. Ik neem het advies van de WOR over.

### *3b. Overige aanpassingen in het model*

#### Seizoenarbeiders

Eerder onderzoek toonde aan dat seizoenarbeiders in het huidige model worden overgecompenseerd en overige niet-ingezetenen worden ondergecompenseerd. Zorgverzekeraars hebben vorig jaar verzocht om een gefaseerde invoering van de destijds voorgestelde maatregelen over de jaren 2022 en 2023. Er vindt op dit moment nog onderzoek plaats waarbij de doorwerking van de in deze brief genoemde modelverbeteringen op de over- en ondercompensaties voor seizoensarbeiders en overige niet-ingezetenen in beeld worden gebracht en waarin gekeken wordt naar de definitie van het begrip «niet-ingezetene». De uitkomsten zal ik in september meenemen in mijn brief over de definitieve vormgeving van de risicoverevening 2023.

<sup>7</sup> Hierin zijn experts in de risicoverevening van individuele zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Zorginstituut Nederland, onderzoeksbureaus en VWS Vertegenwoordigd.

<sup>8</sup> Chronisch zieken (Gupta, WOR 1060, oktober 2021)

## GGZ-bekostiging Diagnosekosten Groepen (DKG) en Meerjarig hoge kosten (MHK)

De bekostiging van de geestelijke gezondheidszorg is gewijzigd per 2022. Hierbij is overgegaan van een bekostiging op «trajectbasis» naar een bekostiging waarin vergoeding van zorgverleners plaatsvindt per «prestatie». Dat brengt verschillen in declaratiedata met zich mee. Dit onderzoek geeft antwoord op de vraag in hoeverre deze verschillen aanleiding geven om voor vereveningsjaar 2023 het DKG-G en het MHK-G criterium aan te passen. De WOR adviseert de aanbevelingen uit het onderzoek over te nemen. Dat leidt tot enkele, technische, aanpassingen in met name het DKG-G kenmerk voor model 2023. 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. Dit jaar is het regulier onderhoud aan de zogenaamde Extreem Hoge Kostenclusters (EHK) voor het eerst en versneld door het Zorginstituut uitgevoerd. Deze EHK's dragen bij aan het compenseren van verzekerden die extreem dure geneesmiddelen gebruiken. De verbeteringen die uit het onderhoud voortvloeien worden in het model 2023 doorgevoerd.

### 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 onderzoek naar bevallingen en het onderzoek naar verzekerden met «schilindicatoren» onderzocht. Daarnaast is een aanpassing meegenomen die (vrijwel) voorkomt dat de geraamde kosten voor verzekerden die in een Wlz-instelling verblijven negatief worden.

De WOR constateert dat de effecten van deze modelaanpassingen op de verevenende werking overwegend positief zijn. Verder komt er uit het integraal bekijken van de modelwijzigingen geen ander beeld naar voren dan uit de afzonderlijke onderzoeken. Wel zal de uiteindelijke vormgeving van de modelverbeteringen voor het model van 2023 iets afwijken van de varianten in de pre-OT. Allereerst zal, om de uitvoering beheersbaar te houden, de modelverbetering voor schilindicatoren iets anders worden ingevuld. Tot slot zullen bij het bevallingskenmerk ook de kosten van integrale geboortezorg meegenomen worden.

### Resultaat van polissen en zorgverzekeraars en drempel op overstappers

De afgelopen jaren en ook dit jaar vonden diverse onderzoeken plaats om de restproblematiek in de risicoverevening in kaart te brengen. Deze onderzoeken waren gericht op het in kaart brengen van specifieke groepen waarvoor de risicoverevening nog onvoldoende adequaat compenseert. Er zijn daarnaast signalen dat de samenstelling van de verzekerdenportefeuille van invloed is op het vereveningsresultaat. Dat zou ertoe kunnen leiden dat verzekeraars zich willen richten op de gezonde groepen verzekerden en minder op chronisch zieken. In verkennend onderzoek is daarom gekeken naar het verband tussen de samenstelling van de verzekerdenportefeuille en het vereveningsresultaat. Het onderzoek concludeert dat er een sterk verband bestaat tussen de goede gezondheid van de verzekerdenportefeuille en een positief vereveningsresultaat op het niveau van polissen en individuele verzekeraars (risicodragers). Oftewel polissen met een lage gemiddelde vereve-

ningbijdrage hebben vaker een positief vereveningsresultaat en andersom. Dit duidt erop dat er portefeuilles van polissen zijn die uit een selectieve groep verzekerden bestaan. Dat verband is het sterkst bij de groep gezonde verzekerden.

Uit het hierboven genoemde onderzoek blijkt dat verzekerden hun eigen kennis over hun verwachte zorggebruik gebruiken in de keuze voor een zorgverzekering. Dit leidt ertoe dat verzekeraars om de gunst van de gezonde overstappers met een positief vereveningsresultaat strijden. Omdat het niet mogelijk is de kennis over de verwachte gezondheid via (beschikbare) objectieve gezondheidskenmerken te benaderen, is onderzocht of de resultaatsverschillen van overstappers op een andere manier verkleind kunnen worden. Onderzocht is een maatregel die vereveningsresultaatsverschillen op overstappers boven en/of onder een bepaalde drempel afroemt. Het gaat dan om resultaatsverschillen die te groot zijn om logischerwijs uit de zorginkoop te kunnen komen.

Uit gesprekken met toezichthouders ACM en de NZa is echter duidelijk geworden dat deze maatregel belangrijke negatieve effecten kan hebben op de verzekeringsmarkt en op de concurrentiedruk daarbinnen, ook en juist op de prikkels voor zorgverzekeraars om een scherpe premie voor brede natura- en restitutiepolissen te stellen. Het zijn daarmee juist de ongezonde verzekerden voor wie dit een risico is. ACM en NZa adviseren stellig de maatregel niet in te voeren en te zoeken naar alternatieven. Aanvullend zijn er ook juridische bezwaren en uitvoeringsproblemen bij de maatregel geconstateerd. Dit alles overziend heb ik besloten om deze maatregel niet in te voeren. In de zomer bekijk ik samen met Zorgverke- raars Nederland, zorgverzekeraars en het Zorginstituut Nederland of er een alternatief mogelijk is voor deze maatregel per 2023. En anders zet ik me volledig in om te komen tot een passende oplossing voor het model 2024.

### *3c. Onderzoeksprogramma*

Zoals ik in paragraaf 2 van deze brief uiteen heb gezet, voel ik mij stevig verbonden aan de doelstelling van het verder verbeteren van de kwaliteit van de risicoverevening, in het bijzonder het verder verbeteren van de compensatie voor gezonde verzekerden en chronisch zieke verzekerden. In de hierboven beschreven onderzoeken worden tevens verschillende aanbevelingen gedaan voor nieuwe of vervolgonderzoeken. Deze aanbevelingen worden meegenomen bij het opstellen van het onder- zoeksprogramma voor de komende jaren en de bijbehorende prioritering daarbij. Ik stuur u bij mijn brief in september over de definitieve vormgeving van het risicovereveningsmodel ook het onderzoekspro- gramma toe. In deze brief wordt ook toegelicht welke onderzoeken het komende jaar uitgevoerd worden om het model voor 2024 te verbeteren. In overleg met zorgverzekeraars, het Zorginstituut en onderzoekers wordt het onderzoeksprogramma verder uitgewerkt. In het onderzoekspro- gramma worden in ieder geval onderzoeken opgenomen in het kader van de restrisico-onderzoeken met als doel het model verder te verbeteren, specifiek met betrekking tot de overcompensatie bij gezonde verzekerden en de ondercompensatie van chronisch zieken.

## **4. Proces**

De modelverbeteringen genoemd in paragraaf 3 zijn gebaseerd op resultaten van verschillende onderzoeken en een pre-OT waarbij de verbeteringen gezamenlijk zijn bekeken. Deze zomer worden de voorge- nomen 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 2023. Ik verwacht uw Kamer hier in september over te informeren.

De modelwijzigingen worden vastgelegd in het Besluit zorgverzekering en in de Regeling risicoverevening 2023. De Regeling risicoverevening 2023 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 2022 moet worden gepubliceerd.

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