

ECLI

ECLI:NL:RVS:2026:2583

Datum uitspraak

6 mei 2026

Inhoudsindicatie

Bij besluit van 13 oktober 2023 heeft Zorginstituut Nederland aan ASR een vereveningsbijdrage op grond van de Zorgverzekeringswet voor het jaar 2024 toegekend. ASR is het niet eens met de hoogte van de ex ante toekenning van de risicovereveningsbijdrage voor het jaar 2024. De Afdeling beoordeelt in deze uitspraak de gronden die ASR heeft aangevoerd tegen de vaststelling van de hoogte van deze toekenning door het Zorginstituut. De gronden van ASR zien allereerst op de in de Regeling risicoverevening 2024 gehanteerde normbedragen. Deze zijn geschat met behulp van zogenaamde voorwaardelijke regressie. Risicoverevening beoogt verschillen in zorgkosten tussen gezonde en ongezonde verzekerden te compenseren. Daartoe ontvangen zorgverzekeraars een vereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds. ASR betoogt dat de minister buiten zijn regelgevende bevoegdheid is getreden door voorwaardelijke regressie in te voeren.

Volledige tekst

202402615/1/A2.

Datum uitspraak: 6 mei 2026

AFDELING

BESTUURSRECHTSPRAAK

Uitspraak in het geding tussen:

ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. (ASR),

gevestigd in Utrecht,

appellante,

en

Zorginstituut Nederland,

verweerder.

Procesverloop

Bij besluit van 13 oktober 2023 heeft Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) aan ASR een vereveningsbijdrage op grond van de Zorgverzekeringswet voor het jaar 2024 toegekend.

Bij besluit van 19 maart 2024 heeft het Zorginstituut het hiertegen door ASR gemaakte bezwaar ongegrond verklaard.

Tegen dit besluit heeft ASR beroep ingesteld.

Het Zorginstituut heeft een verweerschrift ingediend.

ASR en het Zorginstituut hebben nadere stukken ingediend.

De Afdeling heeft de zaak op een zitting behandeld op 23 mei 2025, waar ASR, vertegenwoordigd door [gemachtigde A] en [gemachtigde B], bijgestaan door mr. D. van Tilborg, advocaat te Breda, en het Zorginstituut, vertegenwoordigd door mr. drs. F.E. Mulder, D.C.G. Tempelman en N. de Groot, zijn verschenen.

Overwegingen

Inleiding

1. ASR is het niet eens met de hoogte van de ex ante toekenning van de risicovereveningsbijdrage voor het jaar 2024. De Afdeling beoordeelt in deze uitspraak de gronden die ASR heeft aangevoerd tegen de vaststelling van de hoogte van deze toekenning door het Zorginstituut. De gronden van ASR zien allereerst op de in de Regeling risicoverevening 2024 gehanteerde normbedragen. Deze zijn geschat met behulp van zogenaamde voorwaardelijke regressie.

Risicoverevening beoogt verschillen in zorgkosten tussen gezonde en ongezonde verzekerden te compenseren. Daartoe ontvangen zorgverzekeraars een vereveningsbijdrage uit het Zorgverzekeringsfonds. Deze is gebaseerd op vereveningskenmerken (risicoklassen) en bijbehorende normbedragen. Sinds de invoering van de risicoverevening worden de normbedragen op grond van artikel 32, vierde lid, aanhef en onder c, van de Zorgverzekeringswet statistisch onderbouwd. Deze onderbouwing vindt plaats door een schatting met de statistische methode van de kleinste kwadraten. Voorwaardelijke regressie maakt gebruik van de kleinste kwadratenmethode, maar voegt daaraan één of meer voorwaarden toe. Voor het vereveningsjaar 2024 heeft het Zorginstituut de voorwaarde gesteld dat het gemiddelde vereveningsresultaat voor verzekerden met farmaciekosten in de top 25% in minimaal een van de drie voorafgaande jaren gelijk is aan € 0,00, om zo de ondercompensatie van ongezonde verzekerden en de overcompensatie van gezonde verzekerden te verminderen. Daar komt ASR tegen op.

Verder heeft ASR gronden aangevoerd tegen het referentiebestand Farmaceutische kostengroepen in de Beleidsregels risicoverevening 2024, tegen de vastgestelde vergoeding voor verzekerden onder de 18 jaar en tegen de vaststelling van het macro-prestatiebedrag voor 2024.

Wettelijk kader

2. Het wettelijk kader in deze zaak wordt gevormd door Richtlijn 2009/138/EG van het

Europees Parlement en de Raad van 25 november 2009 betreffende de toegang tot en de uitoefening van het verzekerings- en het herverzekeringsbedrijf (PB 2009, L 335; Richtlijn Solvabiliteit II), de Zorgverzekeringswet (de Zvw), het Besluit zorgverzekering (het Besluit), de Regeling risicoverevening 2024 (de Regeling) en de Beleidsregels risicoverevening 2024 (de Beleidsregels). De relevante bepalingen zijn opgenomen in de bijlage. De bijlage maakt deel uit van de uitspraak.

Voorwaardelijke regressie

Bevoegdheid van de minister

3. ASR betoogt dat de minister buiten zijn regelgevende bevoegdheid is getreden door voorwaardelijke regressie in te voeren. Op grond van artikel 32, tweede en derde lid, van de Zvw moeten de regels over de berekening van de vereveningsbijdrage in het Besluit zijn opgenomen. In het besluit van 19 maart 2024 duidt het Zorginstituut voorwaardelijke regressie aan als een schattingsmethode waarin een of meer voorwaarden worden toegevoegd waaraan de normbedragen van de bestaande vereveningscriteria moeten voldoen. Met de invoering van voorwaardelijke regressie ("constrained regression") is het vereveningscriterium Meerjarige Farmaciekosten (MFK) vervallen, en maakt MFK onderdeel uit van de voorwaardelijke regressie. Daarmee functioneert MFK feitelijk als een criterium voor de verdeling van de vereveningsbijdrage en is het dus een vereveningscriterium dat in het Besluit zijn grondslag moet hebben, aldus ASR.

3.1. Het Zorginstituut heeft zich terecht op het standpunt gesteld dat met voorwaardelijke regressie geen nieuw vereveningscriterium wordt toegevoegd, maar hiermee een voorwaarde wordt gesteld aan de toepassing van de vereveningscriteria in het systeem van risicoverevening. Hoewel de invoering van voorwaardelijke regressie met MFK als voorwaarde bij de schatting van de normbedragen samenhangt met het vervallen van het vereveningscriterium MFK, volgt hieruit niet dat daarmee een vereveningscriterium in de zin van artikel 32, tweede en derde lid, van de Zvw is toegevoegd en voorwaardelijke regressie dus in het Besluit zou moeten worden opgenomen. Voorwaarden die worden toegevoegd aan de schattingsmethode - de kleinstekwadratenmethode - ten behoeve van de regressieanalyse kunnen van invloed zijn op de verdeling van de vereveningsbijdragen. Maar dergelijke voorwaarden zijn onderdeel van de schattingsmethode en geen vereveningscriterium op grond waarvan een verzekerde moet worden ingedeeld in een risicoprofiel met bijbehorend normbedrag. Daarom hoeft voorwaardelijke regressie geen grondslag in het Besluit te hebben.

3.2. Het betoog slaagt niet.

Exceptieve toetsing

4. Op grond van artikel 5, eerste lid, van de Regeling worden de klassen en gewichten, bedoeld in de artikelen 3.4 en 3.6 van het Besluit, vermeld in de bijlagen 1 en 3 bij de Regeling. In de toelichting op de Regeling is vermeld dat de normbedragen (gewichten) die horen bij de klassen in bijlage 1 zijn geschat met voorwaardelijke regressie (Stcrt. 2025, 14589, p. 34). ASR betoogt dat het toepassen van voorwaardelijke regressie bij de schatting van de normbedragen in strijd is met bestaande wet- en regelgeving. Voorwaardelijke regressie is een nieuwe maatregel in het systeem van risicoverevening. Daarom is een extra zorgvuldige voorbereiding en motivering vereist, en daaraan heeft het Zorginstituut niet voldaan. Ook is er geen objectieve aanleiding om voorwaardelijke regressie in te voeren. Er is niet genoeg onderzoek gedaan om vast te stellen of een model mét toepassing van voorwaardelijke regressie beter werkt dan een model zonder deze maatregel. Bovendien

worden zorgverzekeraars door invoering van voorwaardelijke regressie niet langer volledig gecompenseerd voor leeftijd en geslacht in de zin dat de resultaten voor deze vereveningscriteria niet meer op € 0,00 hoeven uit te komen. Daarbij komt dat de maatregel voor ASR leidt tot een substantieel nadeel met aanzienlijke effecten voor de premiestelling. De juridische grondslag voor de toepassing van voorwaardelijke regressie in artikel 5, eerste lid, en bijlage 1 van de Regeling moet, gelet op al deze omstandigheden, onverbindend worden verklaard. De maatregel van voorwaardelijke regressie is immers onnodig, ontoereikend en onevenwichtig, aldus ASR.

4.1. Het risicovereveningsmodel is een dynamisch model waaraan voortdurend wordt gewerkt om tot verbetering ervan te komen. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) stelt daartoe jaarlijks een onderzoeksprogramma op naar onderdelen van het risicovereveningsmodel die naar verwachting kunnen worden verbeterd. Deze agenda wordt opgesteld in samenspraak met de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (de WOR) en gedeeld met de Tweede Kamer. De WOR is een deskundigenwerkgroep, die adviseert over de opzet van het jaarlijkse onderzoeksprogramma naar de risicoverevening, en over de technische verbetermogelijkheden van het ex ante risicovereveningsmodel op grond van de resultaten uit de onderzoeken. De WOR bestaat uit deskundigen van zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), onderzoeksbureaus, het Zorginstituut en het ministerie van VWS.

De Werkgroep Beleid Risicoverevening (de WBR) en de WOR beoordelen jaarlijks de verwachte werking van het ex ante model zoals dat door de minister van VWS wordt voorgesteld, gebaseerd op historische gegevens in de zogenoemde Overall Toets. De WBR bestaat uit deskundigen van ZN, Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM), Vektis, het ministerie van VWS en het Zorginstituut. Door de samenstelling van de WOR en de WBR kunnen alle belangen (direct en indirect) bij de samenstelling van het onderzoeksprogramma voor en de verbetering en de uitvoering van het ex ante risicovereveningsmodel worden betrokken.

Na afronding van de afzonderlijke onderzoeken wordt over de verschillende verbeteringen van het model geadviseerd in verschillende gremia. De gezamenlijke effecten van de beoogde verbeteringen worden in beeld gebracht met de Overall Toets, opgesteld door ESHPM.

Het oordeel of de (ontwikkeling van de) normbedragen van voldoende kwaliteit is, wordt besproken met de WOR en met de WBR. In het Beleidsoverleg Risicoverevening (het BOR) en het Bestuurlijk Overleg wordt vervolgens over het (vernieuwde) ex ante risicovereveningsmodel en de ex post maatregelen overlegd. Het eerste Bestuurlijk Overleg heeft vooral betrekking op de inrichting van het ex ante risicovereveningsmodel, met de door de WOR geadviseerde modelverbeteringen. Het tweede Bestuurlijk Overleg heeft primair tot doel om eventuele ex post correcties op de uitkomsten van het ex ante risicovereveningsmodel toe te voegen.

Met kennis van het WOR-advies, het BOR-advies, het WBR-advies en het Bestuurlijk overleg stelt de minister van VWS de Regeling risicoverevening vast. Vervolgens stelt het Zorginstituut Beleidsregels risicoverevening op die door de minister van VWS worden goedgekeurd.

4.2. De minister van VWS heeft de WOR opdracht gegeven om onderzoek te doen naar de mogelijkheden om over- en ondercompensatie van gezonde verzekerden en chronisch zieken te verminderen via de methode van voorwaardelijke regressie. Het ESHPM heeft dit

onderzoek uitgevoerd. Dit heeft geresulteerd in het rapport 'Constrained regression als schattingsmethode voor de risicoverevening: mogelijkheden, effecten en afwegingen' van 31 mei 2023 (het rapport van ESHPM). Voorafgaand zijn in de WOR van mei 2023 de resultaten van het onderzoek besproken. In het verslag van deze bijeenkomst staat dat een brede meerderheid van de WOR-leden de (potentiële) meerwaarde ziet van voorwaardelijke regressie voor de risicoverevening. Een deel van de WOR adviseert om voorwaardelijke regressie per 2024 in te voeren, terwijl een ander deel van de WOR aanvullend onderzoek noodzakelijk vindt voor daadwerkelijke invoering. Hierna heeft het ESHPM in de Overall Toets 2024 van 3 oktober 2023 geanalyseerd in hoeverre de uitkomsten van voorwaardelijke regressie ook in de 2021-data stabiel zijn. In dit rapport staat dat de normbedragen op de 2021-data hetzelfde patroon vertonen als op de 2020-data. Verder wordt hierin geconcludeerd dat de effecten van het toevoegen van de voorwaardelijke regressie stabiel zijn.

4.3. In de toelichting bij de Regeling heeft de minister vervolgens de voor- en nadelen van voorwaardelijke regressie tegen elkaar afgewogen: "Met voorwaardelijke regressie neemt de ondercompensatie van ongezonde verzekerden en de overcompensatie van gezonde verzekerden sterk af. Dit is een groot voordeel van voorwaardelijke regressie. Een betere verevening van ongezonde verzekerden (en van gezonde verzekerden) versterkt de gelijkheid van het speelveld, voorkomt (indirecte) risicoselectie en versterkt tegelijkertijd de prikkels tot passende zorg en regionale samenwerking, omdat ongezonde verzekerden vanuit het perspectief van zorgverzekeraars aantrekkelijker zijn geworden. Het gebruik van een voorwaardelijke regressie op basis van het wel of niet hebben van meerjarige farmaciekosten kent ook een nadeel. De vereveningsbijdrage voor groepen die expliciet in het model voor de variabele zorgkosten worden onderscheiden (de klassen van de vereveningscriteria) was gemiddeld genomen in het model voor het vereveningsjaar 2023 (vrijwel) exact gelijk aan de kosten voor die groepen. Dat is bij toepassing van voorwaardelijke regressie niet langer het geval, waardoor er voor deze groepen afwijkingen tussen de gemiddelde vereveningsbijdrage en de gemiddelde kosten ontstaan. Dit is een nadeel van deze voorwaardelijke regressie, omdat voorspelbare winsten en verliezen voor specifieke groepen in theorie prikkels voor (indirecte) risicoselectie door zorgverzekeraars doen ontstaan. [...]. De aanzienlijke verbetering in de compensatie van voorspelbare zorgkosten tussen ongezonde verzekerden en gezonde verzekerden weegt gezien artikel 206 van de Richtlijn Solvabiliteit II het zwaarst. Dat voordeel overtreft het nadeel van de verminderde aansluiting voor de groepen van verzekerden die expliciet in het somatisch model zijn opgenomen." (Stcrt. 2025, 14589, p. 34-35).

4.4. Gelet op het voorgaande is de Afdeling van oordeel dat de invoering van voorwaardelijke regressie zorgvuldig tot stand is gekomen. De procedure die de minister volgt voordat hij de Regeling vaststelt, is in zijn algemeenheid zorgvuldig. Die procedure heeft de minister ook bij de invoering van voorwaardelijke regressie gevolgd. Uit de hiervoor weergegeven bespreking van de maatregel van voorwaardelijke regressie in de WOR volgt dat invoering hiervan breed werd gesteund. Daarbij komt dat de minister de nadelen van voorwaardelijke regressie, die in deze procedure door ASR ook naar voren worden gebracht, heeft betrokken bij zijn afweging om voorwaardelijke regressie in te voeren. De minister mocht, gezien de in 4.3 genoemde doelstellingen van invoering van voorwaardelijke regressie - onder meer afname van de ondercompensatie van ongezonde verzekerden, gelijk speelveld, voorkoming indirecte risicoselectie - en mede in het licht van zijn beoordelingsruimte, concluderen dat de voordelen van de invoering van voorwaardelijke regressie de nadelen ervan overtreffen.

4.5. Daarbij komt dat de rapporten van Posthuma Partners van 26 april 2024 en 3 juni 2024,

die ASR heeft overgelegd, niet tot een andersluidend oordeel leiden. In het eerste rapport heeft Posthuma Partners de berekeningen van ASR geverifieerd. Deze berekeningen worden door het Zorginstituut op zichzelf niet betwist. Dat de invoering van voorwaardelijke regressie voor ASR een nadelig financieel effect heeft, doet er niet aan af dat door de invoering van voorwaardelijke regressie de ondercompensatie van ongezonde verzekerden en de overcompensatie van gezonde verzekerden over de breedte van het gehele risicovereveningssysteem afneemt. Over het tweede rapport heeft het Zorginstituut terecht gesteld dat Posthuma Partners niet ingaat op de afweging die de minister van de voor- en nadelen van voorwaardelijke regressie maakt. Bovendien heeft het Zorginstituut terecht gesteld dat dit rapport is gebaseerd op de onjuiste hypothese dat de normbedragen in de Regeling zouden moeten voldoen aan redelijke actuariële hypothesen.

4.6. Hoewel ASR op zichzelf terecht heeft aangevoerd dat door de invoering van voorwaardelijke regressie niet langer volledig wordt gecompenseerd voor leeftijd en geslacht, maakt dit de invoering niet onrechtmatig. Het Zorginstituut heeft erkend dat de vereveningsresultaten voor de vereveningsklassen leeftijd/geslacht met toepassing van voorwaardelijke regressie niet meer op € 0,00 uitkomen en dit overeenkomstig de verwachting van het effect van voorwaardelijke regressie is. Dat dit een nadeel is ten opzichte van eerdere berekeningsmodellen in het systeem van risicoverevening, heeft de minister in de toelichting bij de Regeling ook meegewogen. De verwijzing van ASR naar de toelichting bij het Besluit, waar staat dat het risicovereveningssysteem volledig corrigeert voor leeftijd en geslacht (Stb. 2005, 389, p. 29), laat onverlet dat artikel 32, vierde lid, aanhef en onder c, van de Zvw niet vereist dat volledig wordt gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. Het systeem van risicoverevening is dus, anders dan ASR stelt, niet gebonden aan volledige compensatie voor leeftijd en geslacht.

4.7. Voor zover ASR stelt dat de maatregel van voorwaardelijke regressie in strijd is met artikel 206, tweede lid, van de Richtlijn Solvabiliteit II is dat niet juist. Deze bepaling vereist niet dat de normbedragen in de Regeling zijn gebaseerd op redelijke actuariële hypothesen, maar ziet op de wijze waarop de premies door de zorgverzekeraars moeten worden vastgesteld.

4.8. Het betoog slaagt niet.

Staatssteun

5. ASR betoogt verder dat de maatregel van voorwaardelijke regressie tot ongeoorloofde staatssteun leidt. Door de invoering van voorwaardelijke regressie worden andere zorgverzekeraars dan ASR overgecompenseerd. Bovendien is de invoering van voorwaardelijke regressie geen correcte toepassing van het door de Europese Commissie bij beschikking van 3 mei 2005, C(2005)1329fin, goedgekeurde risicovereveningssysteem. Uit de uitspraak van de Afdeling van 15 april 2015, [ECLI:NL:RVS:2015:1152](#), volgt dat de goedkeuring van het risicovereveningssysteem bij de beschikking van 3 mei 2005 uitsluitend ziet op de correcte toepassing van het systeem, die waarborgt dat compensatie beperkt blijft tot hetgeen strikt noodzakelijk is voor het compenseren van de gemaakte meerkosten van de verzekeraars.

5.1. Niet in geschil is dat vereveningsbijdragen op grond van artikel 107, eerste lid, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie (VWEU) steunmaatregelen zijn. Op grond van artikel 106, tweede lid, van het VWEU dienen zulke maatregelen noodzakelijk te zijn voor de uitvoering van een dienst van algemeen economisch belang.

5.2. Evenmin is in geschil dat de Europese Commissie bij genoemde beschikking van 3 mei

2005 heeft geoordeeld dat het Nederlandse risicovereveningssysteem verenigbaar is met het toen geldende artikel 86, tweede lid, van het EG-Verdrag (nu: artikel 106, tweede lid, van het VWEU), omdat dit systeem slechts wordt toegepast voor zover het nodig is om meerkosten van de uitvoering van een openbare dienstverplichting te compenseren en de maatregel zodanig is uitgewerkt dat de mededinging niet in een mate die met het gemeenschappelijk belang strijdig is, wordt beïnvloed.

5.3. In de procedure die heeft geleid tot de uitspraak van de Afdeling van 15 april 2015, [ECLI:NL:RVS:2015:1152](#), heeft de Afdeling advies gevraagd aan de Europese Commissie. Destijds heeft de Europese Commissie, in haar advies van 27 oktober 2014, uiteengezet dat de goedkeuring van het risicovereveningssysteem bij de beschikking van 3 mei 2005 uitsluitend ziet op de correcte toepassing van het systeem, die waarborgt dat compensatie beperkt blijft tot hetgeen strikt noodzakelijk is voor het compenseren van de gemaakte meerkosten van de verzekeraars. Een incorrecte toepassing van het systeem, waardoor verzekeraars in het kader van het risicovereveningssysteem een te hoge bijdrage ontvangen, vormt onrechtmatige staatssteun als bedoeld in artikel 107, eerste lid, en artikel 108, derde lid, van het VWEU, aangezien het dan de bij de beschikking van 3 mei 2005 goedgekeurde functie van dienst van algemeen economisch belang niet vervult.

5.4. De Afdeling is van oordeel dat het Zorginstituut met de invoering van voorwaardelijke regressie binnen de kaders van de goedkeuring van de Europese Commissie is gebleven. De goedkeuringsbeschikking van de Europese Commissie ziet op het systeem van risicoverevening als geheel. Om binnen die goedkeuring te blijven is het van belang dat zorgverzekeraars niet een te hoge bijdrage ontvangen. Het beoogde effect van implementatie van voorwaardelijke regressie in het systeem van risicoverevening is beperking van overcompensatie van gezonde verzekerden en van ondercompensatie van ongezonde verzekerden. Het streven van de minister om deze over- en ondercompensatie met behulp van de maatregel van voorwaardelijke regressie te beperken, valt binnen de beoordelingsruimte die hem toekomt bij de vormgeving van het systeem van risicoverevening. Omdat door de maatregel van voorwaardelijke regressie de over- en ondercompensatie afneemt, valt de maatregel binnen de goedkeuring die de Europese Commissie bij beschikking van 3 mei 2005 heeft gegeven.

5.5. Het betoog slaagt niet.

Referentiebestand Farmaceutische kostengroepen (FKG)

6. ASR betoogt dat het door het Zorginstituut vastgestelde FKG-referentiebestand bij het vereveningscriterium FKG, onderdeel van de door het Zorginstituut vastgestelde Beleidsregels, onverbindend is dan wel buiten toepassing moet worden gelaten. Volgens ASR is het referentiebestand voor het jaar 2024 vastgesteld in strijd met artikel 9, derde lid, en artikel 15, tweede lid, van de Regeling en met het rechtszekerheidsbeginsel. Het Zorginstituut heeft ten onrechte een aantal indicaties voor geneesmiddelen niet meegenomen in de bepaling van de FKG in 2024. Het gaat om de indicaties van dure geneesmiddelen die in 2019 in het verzekerd pakket van de Zvw zijn toegelaten, en waarvoor de zorgverzekeraars gedurende vijf jaar volledig gecompenseerd zijn via de risicovereveningsbijdrage. Na die vijf jaar zouden zorgverzekeraars een compensatie moeten krijgen via de indeling in FKG-klassen. Nu wordt de verstrekking van deze dure geneesmiddelen helemaal niet meer gecompenseerd. Daardoor leidt ASR in het jaar 2024 schade. Subsidiair betoogt ASR dat het Zorginstituut gelet op het voorgaande in strijd handelt met het evenredigheidsbeginsel.

6.1. Zorgverzekeraars zijn op grond van artikel 15, eerste lid, van de Regeling risicodragend voor vrijwel alle geneesmiddelen binnen de Zvw. Dat betekent dat zorgverzekeraars geen rechtstreekse vergoeding krijgen via nacalculatie, maar voor hun verzekerden een vereveningsbijdrage krijgen die is berekend met een groot aantal vereveningscriteria en de daarbij behorende risicoklassen en normbedragen. Op grond van artikel 15, tweede lid, van de Regeling bestaat op dit uitgangspunt een uitzondering voor de verstrekking van een geneesmiddel welke voorheen als een verstrekking van een duur intramuraal geneesmiddel gold. Dit worden ook wel ex-sluismiddelen genoemd.

6.2. Het Zorginstituut heeft op de zitting van de Afdeling toegelicht dat nieuwe behandelingen met intramurale geneesmiddelen, die een hoog financieel risico vormen, sinds 2015 in de zogenoemde "pakketsluis" worden geplaatst. Daardoor is behandeling met dat geneesmiddel uitgesloten van het basispakket. Na plaatsing in de sluis kunnen maatregelen getroffen worden voor gepast gebruik en om de kosten te verlagen, in het bijzonder door middel van een financieel arrangement dat de minister van VWS sluit met de fabrikant. Op het moment dat er waarborgen zijn voor gepast gebruik en de prijsonderhandelingen succesvol zijn, kan de minister van VWS besluiten de uitzondering voor de verstrekking te laten vervallen. Het vervallen van de uitzondering betekent dat de verstrekking deel gaat uitmaken van het te verzekeren basispakket van de Zvw. De verstrekking is daarmee opgehouden een verstrekking van een duur intramuraal geneesmiddel te zijn.

6.3. Het vereveningscriterium FKG draagt bij aan de verevening van de verwachte zorgkosten van verzekerden, door te bepalen wat het historisch farmaciegebruik van die verzekerden is. Er zijn twee typen FKG-klassen. Voor dit criterium worden verzekerden op basis van geneesmiddelengebruik in het verleden ingedeeld in enerzijds klassen naar chronische aandoeningen en anderzijds klassen met extreem hoge kosten voor geneesmiddelen. De extreem hoge kostenclusters (EHK) zijn dus FKG-klassen met als doel het gebruik van extreem dure geneesmiddelen te verevenen. In referentiebestanden die horen bij de Beleidsregels legt het Zorginstituut vast welke geneesmiddelen tot indeling in een bepaalde klasse leiden. Voor beide typen FKG-klassen voert het Zorginstituut jaarlijks regulier onderhoud uit. Voor de indeling in FKG-klassen die gebaseerd zijn op chronische aandoeningen gaat het Zorginstituut na of er nieuwe geneesmiddelen beschikbaar zijn gekomen of dat geneesmiddelen niet meer vergoed worden. Het Zorginstituut beoordeelt jaarlijks welke middelen voor het komende vereveningsjaar in een EHK moeten worden opgenomen. Het Zorginstituut gebruikt voor dit regulier onderhoud gegevens die voor een heel kalenderjaar beschikbaar zijn.

6.4. Het Zorginstituut heeft op grond van artikel 32, vijfde lid, van de Zvw de bevoegdheid om te bepalen welke geneesmiddelen tot een FKG-klasse gaan behoren. Anders dan ASR stelt, worden dure intramurale geneesmiddelen (ex-sluismiddelen) niet automatisch in een FKG-klasse geplaatst. Er is geen wettelijke verplichting tot indeling van ex-sluismiddelen in een FKG-klasse. Het Zorginstituut heeft er daarbij terecht op gewezen dat de beslissing om plaatsing van een middel-indicatiecombinatie in een sluis te beëindigen moet worden onderscheiden van de beslissing om een middel-indicatiecombinatie in te delen in een FKG-klasse. Voordat een middel-indicatiecombinatie in een FKG-klasse kan worden ingedeeld, volgt eerst een inhoudelijke beoordeling aan de hand van het toepasselijke beoordelingskader. Hierbij wordt gekeken naar verschillende factoren, onder meer of het middel wordt ingezet voor een chronische aandoening waarvoor een FKG-klasse bestaat, of de wijze waarop het middel wordt verstrekt aansluit bij de beoogde FKG-klasse en of de kosten van het middel aan de eisen voor opname in een EHK voldoen.

6.5. Niet in geschil is dat het Zorginstituut voor vereveningsjaar 2024 volgens het daarvoor opgestelde beoordelingskader heeft vastgesteld welke geneesmiddelen in een FKG-klasse worden ingedeeld. Dat het Zorginstituut in het memo 'Verantwoording regulier onderhoud extreem hoge kosten (EHK)-clusters voor vereveningsjaar 2024' van 18 april 2023 heeft geadviseerd om voor vereveningsjaar 2025 nader onderzoek te doen naar het beoordelingskader en voor dat jaar een ander beoordelingskader heeft gehanteerd, betekent niet dat het beoordelingskader voor 2024 onrechtmatig is.

6.6. De werkwijze van het Zorginstituut in het jaar 2024 is ook niet onevenredig. Niet is gebleken dat ASR ten opzichte van de andere zorgverzekeraars in 2024 onevenredig is benadeeld door de vaststelling van het referentiebestand FKG door het Zorginstituut.

6.7. Het betoog slaagt niet.

Verzekerden onder de 18 jaar

7. ASR betoogt verder dat de vastgestelde vergoeding voor verzekerden onder de 18 jaar in strijd is met artikel 3.22, eerste en tweede lid, van het Besluit. De vergoeding van verzekerden jonger dan 18 jaar is te laag vastgesteld. ASR maakt meer uitvoeringskosten voor 18-minners dan de vastgestelde vergoeding. Daarom had het Zorginstituut artikel 20 van de Regeling buiten toepassing moeten laten.

7.1. Op grond van artikel 3.22 van het Besluit verstrekt het Zorginstituut, in aanvulling op de vereveningsbijdrage, een uitkering in verband met uitvoeringskosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar. De uitkering is gelijk aan een jaarlijks bij ministeriële regeling te bepalen bedrag, vermenigvuldigd met het aantal verzekerden jonger dan 18 jaar op 1 juli van het jaar waarop de vereveningsbijdrage betrekking heeft.

7.2. Op grond van artikel 20 van de Regeling is het in artikel 3.22, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering bedoelde bedrag per verzekerde € 41,00.

7.3. Op grond van artikel 16, tweede lid, aanhef en onder a, van de Zvw zijn verzekerden tot 18 jaar geen premie verschuldigd. In de geschiedenis van de totstandkoming van de Zvw is vermeld dat de ongewenste effecten als gevolg van de premievrijstelling voor de zorgverzekeraars goeddeels worden gecompenseerd door een rijksbijdrage (Kamerstukken II, 2003/04, 29 763, nr. 3, p. 46).

7.4. Het Zorginstituut heeft de hoogte van de uitkering voor de uitvoeringskosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar berekend door het aantal verzekerden jonger dan 18 jaar te vermenigvuldigen met € 41,00. Dit is in overeenstemming met artikel 3.22, tweede lid, van het Besluit en artikel 20 van de Regeling. Anders dan ASR stelt, is niet dwingend voorgeschreven dat de aanvulling op de vereveningsbijdrage in verband met de uitvoeringskosten kostendekkend moet zijn. Dat de bijdrage in de periode 2006-2017 was gebaseerd op de daadwerkelijke kosten die zorgverzekeraars maakten voor verzekerden onder de 18 jaar, maakt dit gelet op de toelichting vermeld in 7.3 niet anders. Daarbij komt dat ASR niet aannemelijk heeft gemaakt dat de uitvoeringskosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar niet goeddeels door het bedrag van € 41,00 worden vergoed. Het Zorginstituut heeft er in dat kader terecht op gewezen dat een doelmatig opererende zorgverzekeraar minder beheerskosten heeft voor verzekerden jonger dan 18 jaar. Voor jonge verzekerden hoeft gemiddeld genomen minder zorg te worden ingekocht en hoeven minder declaraties te worden verwerkt. Bovendien zijn jongere verzekerden gemiddeld gezonder dan oudere verzekerden, waardoor de uitvoeringskosten voor deze groep lager zijn.

7.5. Het betoog slaagt niet.

Vaststelling van het macro-prestatiebedrag

8. ASR betoogt dat bij de vaststelling van het macro-prestatiebedrag voor 2024 (MPB 2024) een onjuiste raming is gehanteerd voor de deelprestatie wijkverpleging. Het MPB 2024 is daardoor in strijd met het zorgvuldigheidsbeginsel vastgesteld. Om het gelijke speelveld te waarborgen en te voorkomen dat verboden staatssteun wordt verleend, moet deze fout worden hersteld, aldus ASR.

8.1. In artikel 2, eerste lid, van de Regeling is bepaald dat het MPB 2024 € 60.663.900.000,00 bedraagt. In de toelichting bij deze bepaling staat dat "[d]e hoogte van het macro-prestatiebedrag volgt uit de kostenramingen voor de zorg die valt onder het te verzekeren basispakket voor de zorgverzekering." (Stcrt. 2025, 14589, p. 36).

8.2. ESHPM heeft in het rapport 'Onderzoek risicoverevening 2024: Berekening Normbedragen' van 3 oktober 2023 verslag gedaan van de plausibiliteitstoets. Deze toets houdt in dat de berekende normbedragen van 2024 vergeleken worden met die van 2023. De normbedragen kunnen plausibel worden geacht als eventuele verschuivingen zijn te verklaren uit veranderingen in de onderliggende data en toevalsfluctuaties, veranderingen in het vereveningsmodel en/of verschillen in de herweging naar de verzekerdenraming en de schaling naar het MPB. Het ESHPM heeft in voornoemd rapport geconstateerd dat de achtergrond van het kennelijk relatief hoge MPB-deelbedrag voor V&V - Extramurale Verpleging en persoonlijke Verzorging (ook wel: wijkverpleging) - is gelegen in de afspraken van het Integraal Zorgakkoord 2023-2026. Het ESHPM heeft geconcludeerd dat de patronen in de normbedragen 2024 goed overeenkomen met die in de normbedragen 2023. Waar dat niet het geval is, zijn er plausibele verklaringen te geven. De berekende normbedragen voor 2024 kunnen daarom plausibel worden geacht, aldus ESHPM.

8.3. Het ESHPM heeft de door ASR bestreden ophoging uitdrukkelijk betrokken in de plausibiliteitstoets en een verklaring gegeven voor het kennelijk relatief hoge deelbedrag voor wijkverpleging. Gelet hierop volgt de Afdeling niet het standpunt van ASR dat de ophoging voor de deelprestatie wijkverpleging in vereveningsjaar 2024 onzorgvuldig is vastgesteld.

8.4. Voor zover ASR betoogt dat niet inzichtelijk is welke gegevens aan het MPB 2024 ten grondslag liggen, volgt de Afdeling dat betoog evenmin. De totstandkoming van het MPB 2024 is, gelet op het voorgaande, niet te kwalificeren als een "black box", zoals bedoeld in rechtspraak over AERIUS die ASR heeft aangehaald (zie de uitspraken van de Afdeling van 17 mei 2017, [ECLI:NL:RVS:2017:1259](#) en 18 juli 2018, [ECLI:NL:RVS:2018:2454](#)). De basis voor het MPB 2024 wordt gevormd door de geraamde Zvw-gefinancierde uitgaven 2024. Deze ramingen zijn opgenomen in de memorie van toelichting bij de begroting van het ministerie van VWS voor 2024 (Kamerstukken II, 2022/23, 36 410 XVI, nr. 2, p. 164-228) en voor derden toegankelijk en inzichtelijk. De AERIUS-rechtspraak is daarom niet van toepassing op de totstandkoming van het MPB 2024.

8.5. Het betoog slaagt niet.

Conclusie

9. Het beroep is ongegrond.

Overschrijding van de redelijke termijn

10. In beginsel is de bestuursrechter niet gehouden te toetsen of de redelijke termijn als

bedoeld in artikel 6, eerste lid, van het Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (het EVRM) is overschreden wanneer in hoger beroep niet over de duur van de procedure wordt geklaagd. In dit geval is dit anders, omdat de Afdeling het onderzoek op 23 mei 2025 heeft gesloten. Er was op die datum nog geen overschrijding van de redelijke termijn en deze was, uitgaande van de in artikel 8:66 van de Algemene wet bestuursrecht neergelegde termijn voor het doen van een schriftelijke uitspraak, ook niet te voorzien, zodat er voor ASR geen reden was daarover te klagen. De Afdeling beoordeelt daarom ambtshalve of een vergoeding van immateriële schade moet worden toegekend.

11. De redelijke termijn, die uitgangspunt is voor de afdoening van bestuursrechtelijke geschillen die bestaan uit een bezwaarprocedure en één rechterlijke instantie, is in dit geval twee jaar. Zie de uitspraak van de Afdeling van 29 januari 2014, [ECLI:NL:RVS:2014:188](#), onder 4.3.

De redelijke termijn vangt aan op het moment waarop het bestuursorgaan het bezwaarschrift heeft ontvangen. Zie de uitspraak van de Afdeling van 1 maart 2023, [ECLI:NL:RVS:2023:832](#), onder 9.1.

12. Het Zorginstituut heeft het bezwaarschrift tegen het besluit van 13 oktober 2023 op 22 november 2023 ontvangen. Met de uitspraak van vandaag is de procedure beëindigd. Daarmee heeft de procedure twee jaar en ruim vier maanden geduurd.

13. Uitgaande van een forfaitair bedrag van € 500,00 per half jaar dat de redelijke termijn is overschreden, waarbij het totaal van de overschrijding naar boven wordt afgerond, bedraagt het aan ASR toe te kennen bedrag € 500,00. Omdat de overschrijding aan de Afdeling is toe te rekenen, wordt de vergoeding van schade uitgesproken ten laste van de Staat (de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties).

Proceskosten

14. Het Zorginstituut hoeft geen proceskosten te vergoeden.

Beslissing

De Afdeling bestuursrechtspraak van de Raad van State:

I. verklaart het beroep ongegrond;

II. veroordeelt de Staat der Nederlanden (de minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties) tot betaling aan ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V. van een schadevergoeding van € 500,00.

Aldus vastgesteld door mr. C.J. Borman, voorzitter, en mr. B.P. Vermeulen en mr. N. Verheij, leden, in tegenwoordigheid van mr. M. Rijsdijk, griffier.

w.g. Borman
voorzitter

w.g. Rijsdijk
griffier

Uitgesproken in het openbaar op 6 mei 2026

705-1067

BIJLAGE

JURIDISCH KADER

Richtlijn Solvabiliteit II

Artikel 181 Schadeverzekering

1. De lidstaten eisen geen voorafgaande goedkeuring of systematische mededeling van de algemene en bijzondere voorwaarden van de

verzekeringsovereenkomsten, de tarieven, en de formulieren en andere documenten waarvan een verzekeringsonderneming gebruik wil maken

in haar betrekkingen met de verzekeringnemers.

Uitsluitend voor het toezicht op de naleving van de nationale bepalingen betreffende de verzekeringsovereenkomsten kunnen de lidstaten een niet-systematische mededeling van deze voorwaarden en andere documenten eisen. Deze vereisten mogen voor de verzekeringsonderneming

geen voorwaarde vooraf voor de uitoefening van haar werkzaamheden vormen.

2. Een lidstaat die bepaalde verzekeringen verplicht stelt, kan eisen dat verzekeringsondernemingen hun toezichthoudende autoriteit in kennis

stellen van de algemene en bijzondere voorwaarden van dergelijke verzekeringen voordat van deze voorwaarden gebruik wordt gemaakt.

3. De lidstaten kunnen de verplichting van voorafgaande kennisgeving of van goedkeuring van voorgestelde tariefverhogingen alleen als

onderdeel van een algemeen prijscontrolesysteem handhaven of invoeren.

Artikel 206 Ziektekostenverzekering als alternatief voor sociale zekerheid

1. Lidstaten waar overeenkomsten tot dekking van risico's van branche 2 van deel A van bijlage I de door het wettelijk stelsel van sociale

zekerheid geboden dekking geheel of gedeeltelijk kunnen vervangen, kunnen verlangen:

a) dat deze overeenkomsten voldoen aan de door die lidstaat vastgestelde bijzondere wettelijke bepalingen ter bescherming van het

algemeen belang waarop deze verzekering betrekking heeft; en

b) dat de toezichthoudende autoriteiten van deze lidstaat in kennis worden gesteld van de algemene en bijzondere voorwaarden van deze

verzekering, alvorens deze in omloop wordt gebracht.

2. De lidstaten kunnen eisen dat het systeem voor ziektekostenverzekering in de zin van lid 1 wordt beheerd op een technische basis die

vergelijkbaar is met die van levensverzekeringen waarbij aan elk van onderstaande voorwaarden wordt voldaan:

a) de premies worden berekend op basis van ziekteafelings en andere relevante statistische gegevens van de lidstaat waar het risico is gelegen

volgens de bij verzekeringen gehanteerde wiskundige methode;

b) er wordt een ouderdomsreserve aangelegd;

c) de verzekeringsonderneming mag de overeenkomst slechts opzeggen binnen een door de lidstaat van het risico vastgestelde periode;

d) de overeenkomst voorziet in de mogelijkheid dat premies kunnen worden verhoogd en uitbetalingen verlaagd, ook bij lopende

overeenkomsten;

e) de overeenkomst voorziet in de mogelijkheid dat de verzekeringnemer zijn lopende overeenkomst wijzigt in een nieuwe overeenkomst

die in overeenstemming is met lid 1, die door dezelfde verzekeringsonderneming of hetzelfde bijkantoor wordt aangeboden en waarbij met zijn verkregen rechten rekening wordt gehouden.

In het onder e) van de eerste alinea bedoelde geval wordt de ouderdomsreserve in aanmerking genomen en mag een nieuw medisch onderzoek slechts worden verlangd wanneer de dekking wordt uitgebreid.

De toezichthoudende autoriteiten van deze lidstaten maken de onder a) van de eerste alinea bedoelde ziekteafels en andere relevante

statistische gegevens bekend en zenden die toe aan de toezichthoudende autoriteiten van de lidstaat van herkomst.

De premies moeten op basis van redelijke actuariële hypothesen voldoende zijn om de verzekeringsondernemingen in staat te stellen om, gelet op alle aspecten van hun financiële situatie, aan al hun verplichtingen te voldoen. De lidstaat van herkomst eist dat de technische grondslag

voor de premieberekening aan zijn toezichthoudende autoriteiten wordt meegedeeld, alvorens het product in omloop wordt gebracht.

Het bepaalde in de derde en de vierde alinea is eveneens van toepassing, wanneer bestaande overeenkomsten worden gewijzigd.

Zorgverzekeringswet

Artikel 16

1. Krachtens de zorgverzekering is de verzekeringnemer premie verschuldigd.

2. In afwijking van artikel 925 van Boek 7 van het Burgerlijk Wetboek en van het eerste lid:

a. is geen premie verschuldigd tot de eerste dag van de kalendermaand volgende op de kalendermaand waarin een verzekerde de leeftijd van achttien jaren heeft bereikt;

[...]

Artikel 32

1. Het Zorginstituut kent een zorgverzekeraar die voldaan heeft aan zijn verplichtingen, bedoeld in artikel 25, voor ieder kalenderjaar waarin hij zorgverzekeringen aanbiedt en uitvoert een vereveningsbijdrage toe.

2. Bij algemene maatregel van bestuur worden regels omtrent de berekening van de vereveningsbijdragen gesteld.
3. De regels, bedoeld in het tweede lid, bepalen ten minste dat de hoogte van de vereveningsbijdrage wordt berekend op basis van bij die maatregel te bepalen, voor alle zorgverzekeraars gelijke criteria, waaronder in ieder geval het aantal verzekerden bij een zorgverzekeraar en een aantal verzekerdenkenmerken.
4. Bij ministeriële regeling:
 - a. wordt voor 1 oktober van ieder jaar bepaald welk bedrag in totaal voor het daaropvolgende kalenderjaar aan de zorgverzekeraars kan worden toegekend;
 - b. kan worden bepaald dat in aanvulling op de criteria, bedoeld in het derde lid, voor de berekening van de hoogte van de vereveningsbijdragen eenmalig rekening wordt gehouden met een bij die regeling te bepalen, voor alle zorgverzekeraars gelijk criterium;
 - c. wordt statistisch onderbouwd aan elk criterium als bedoeld in het derde lid of aan een criterium als bedoeld in onderdeel b een bijdrage gekoppeld;
 - d. worden nadere regels omtrent de berekening van de vereveningsbijdragen gesteld en wordt geregeld hoe de op grond van het eerste lid toegekende vereveningsbijdragen door het Zorginstituut worden betaald.
5. Het Zorginstituut stelt jaarlijks voor 15 oktober beleidsregels vast waarin wordt aangegeven op welke wijze toepassing wordt gegeven aan de in het vierde lid bedoelde regels.

[...]

Besluit zorgverzekering

Artikel 3.4

1. Het Zorginstituut verdeelt het macro-deelbedrag variabele zorgkosten 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, IBZ, HSM en SEI.
2. Onze Minister kent aan alle klassen van de genoemde criteria gewichten toe.
3. De klassen, bedoeld in het eerste lid, en de gewichten, bedoeld in het tweede lid, worden jaarlijks bij ministeriële regeling bepaald.
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.

Artikel 3.6

1. Het Zorginstituut verdeelt het macro-deelbedrag kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg aan de hand van de verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar, verdeeld naar leeftijd en geslacht, DKG's psychische aandoeningen, FKG's psychische aandoeningen, AVI, SES, PPA, GGZ-regio, GGZ-MHK en SEI.
2. Onze Minister kent aan alle klassen van de genoemde criteria gewichten toe.

3. De klassen, bedoeld in het eerste lid, en de gewichten, bedoeld in het tweede lid, worden jaarlijks bij ministeriële regeling bepaald.

Artikel 3.22

1. In aanvulling op de vereveningsbijdrage, bedoeld in de artikelen 3.10 en 3.19, verstrekt het Zorginstituut een uitkering in verband met uitvoeringskosten voor verzekerden jonger dan achttien jaar.

2. De uitkering is gelijk aan een jaarlijks bij ministeriële regeling te bepalen bedrag, vermenigvuldigd met het aantal verzekerden jonger dan achttien jaar op 1 juli van het jaar waarop de vereveningsbijdrage betrekking heeft.

Regeling risicoverevening 2024

Artikel 5

1. De klassen en gewichten, bedoeld in de artikelen 3.4 en 3.6 van het Besluit zorgverzekering, zijn vermeld in de bijlagen 1 en 3.

[...]

Artikel 9

[...]

3. Het Zorginstituut deelt bij het vereveningscriterium FKG's een verzekerde niet in op basis van de verstrekking van een geneesmiddel die in een van de vier aan het vereveningsjaar voorafgaande kalenderjaren is opgehouden een verstrekking van een duur intramuraal geneesmiddel te zijn.

[...]

8. Het Zorginstituut stelt als bijlage bij de beleidsregels, bedoeld in artikel 32, vijfde lid, van de wet, referentiebestanden vast voor de gehanteerde vereveningscriteria, met uitzondering van SEI, ter onderbouwing van de indeling van verzekerden in de klassen van het desbetreffende verevenings-

criterium.

[...]

Artikel 15

[...]

2. Het Zorginstituut merkt de kosten van een verstrekking van een geneesmiddel die in het vereveningsjaar of de vier daaraan voorafgaande kalenderjaren is opgehouden een verstrekking van een duur intramuraal geneesmiddel te zijn, aan als kosten van het cluster 'vaste zorgkosten'.

[...]

Artikel 20

Het in artikel 3.22, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering bedoelde bedrag per verzekerde bedraagt € 41.

