

Vergaderjaar 2024–2025

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1316

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 30 juni 2025

Met deze brief informeer ik u over de voorgenomen modelaanpassingen die de risicoverevening vanaf 2026 verder verbeteren.

In Nederland heeft iedereen recht op dezelfde zorg uit het basispakket tegen dezelfde prijs. Een goed functionerende risicoverevening is een essentieel onderdeel van het zorgstelsel. Het zorgt er namelijk voor dat zorgverzekeraars gecompenseerd worden voor voorspelbare gezondheidsverschillen in hun verzekerdenpopulatie. Daardoor kan iedereen – of je nu ziek bent of gezond, jong of oud – een basisverzekering afsluiten tegen dezelfde premie. Het zorgt voor een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars, neemt prikkels tot (indirecte) risicoselectie weg en zorgt er daarmee voor dat zorgverzekeraars gestimuleerd worden om zich te richten op doelmatige zorginkoop.

Ook het afgelopen jaar heeft mijn ambtsvoorganger zich ingezet om het risicovereveningsmodel nog verder te verbeteren, in lijn met de afspraken gemaakt in het Integraal Zorgakkoord (IZA)¹. Daartoe zijn een aantal onderzoeken uitgevoerd binnen de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening² (hierna: WOR). De onderzoeken van dit jaar hebben zich onder andere gericht op een groot onderhoud van de farmaceutische kostengroepen (FKG's), het toevoegen van kenmerken voor verzekerden met ontbrekende kostenhistorie en voor verzekerden die in voorgaande jaren hulpmiddelenkosten hebben gehad.

¹ Kamerstuk 31 765, nr. 655, Werkagenda A, paragraaf 9.

² Hierin zijn experts in de risicoverevening van individuele zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Zorginstituut Nederland, onderzoeksbureaus en het Ministerie van VWS vertegenwoordigd.

Met deze brief informeer ik u over de uitkomsten van de onderzoeken en de voorgestelde aanpassingen voor het vereveningsmodel 2026 conform mijn toezeggingen in mijn brief van 23 september 2024³.

Hoofdpunten van de brief:

- Op grond van de onderzoeken die mijn ambtsvoorganger heeft laten uitvoeren, wil ik een aantal modelwijzigingen doorvoeren. Ik heb het voornemen om een nieuwe indeling van geneesmiddelen toe te passen in het somatische model en in het ggz-model en om aan het somatische model twee FKG's toe te voegen. Daarnaast ben ik voornemens twee nieuwe kenmerken toe te voegen voor 1) verzekerden met ontbrekende kostenhistorie en 2) verzekerden die in voorgaande jaren hulpmiddelenkosten hebben gehad.
- Naar aanleiding van de ontwikkelingen in het dure geneesmiddelenveld heb ik besloten om een staffel toe te passen bij de huidige hogekostencompensatie. Vanaf een bedrag van € 1,25 miljoen aan kosten bij een verzekerde worden de meerkosten voor 90% door alle verzekeraars gezamenlijk gedragen. 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; tegelijkertijd is het belangrijk dat er voor de individuele zorgverzekeraar een prikkel tot kostenbeheersing blijft bestaan.
- Genoemde besluiten heb ik genomen na overleg met individuele zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en Zorginstituut Nederland (ZiNL). Deze zomer laat ik de modelverbeteringen in samenhang doorrekenen in de zogeheten Overall Toets (OT). In september informeer ik u over de definitieve vormgeving van de risicoverevening 2026 en over het onderzoeksprogramma voor het volgende jaar.

1. Aanpassingen in de risicoverevening per 2026

In deze paragraaf beschrijf ik de onderzoeken die het afgelopen jaar zijn uitgevoerd en de aanpassingen in de risicoverevening die ik voornemens ben per 2026 door te voeren.

Groot onderhoud farmaceutische kostengroepen (FKG's).

Op de kenmerken van het risicovereveningsmodel vindt periodiek onderhoud plaats. Dit jaar heeft er groot onderhoud plaats gevonden aan de FKG's. Het onderzoek bestaat uit twee delen:

1. actualisatie van het FKG-criterium, en
2. onderzoek naar de vormgeving van het FKG-criterium.

In dit onderzoek zijn de FKG's voor zowel het somatische model als het model voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) geactualiseerd en verbeterd.

De WOR adviseert om de in het onderzoek voorgestelde nieuwe indeling van geneesmiddelen in het ggz-model en in het somatische model over te nemen. Ook steunt de WOR het toevoegen van twee nieuwe FKG's aan het kenmerk in het somatische model, namelijk een FKG voor benigne prostaathyperplasie (PBH), en voor chronische migraine (MIG).

Daarnaast is onderzoek gedaan naar vanaf welke standaarddagdosering, ook wel de Defined Daily Dose (DDD) genoemd, geneesmiddelen zouden

³ Kamerstuk 29 689, nr. 1266.

moeten worden ingedeeld in een FKG. De WOR adviseert om de aanpassingen die uit het onderzoek voortvloeien, toe te passen in het model voor 2026.

Ik neem de adviezen van de WOR over. Verder wacht ik deel 2 van het onderzoek af; deel 2 wordt in december 2025 afgerond en is onderdeel van de besluitvorming voor het model voor 2027.

Ontbrekende kostenhistorie

Eerder onderzoek toont aan dat de groep verzekerden met ontbrekende kostenhistorie gemiddeld genomen verlieslatend is en scheef verdeeld is over de zorgverzekeraars. Ik heb daarom dit jaar onderzoek laten doen naar hoe de risicoverevening verbeterd kan worden voor deze verzekerden door een kenmerk ontbrekende kostenhistorie toe te voegen.

De WOR adviseert een nieuw kenmerk voor het somatische model toe te voegen, waarmee nieuwkomers in de Zorgverzekeringswet (Zvw) en/of deels niet verzekerden in voorgaande jaren (tot 3 jaar terug) worden gecompenseerd. In het kenmerk wordt via leeftijd (gesplitst naar jonger of ouder dan 45 jaar) een verder onderscheid gemaakt naar verwachte zorgkosten. Voor enkele zorgverzekeraars met een atypische populatie is het toevoegen van dit kenmerk een aanzienlijke verbetering. Dit draagt bij aan het gelijke speelveld en voorkomt prikkels tot risicoselectie. Daarom neem ik het advies van de WOR over.

Aanpassing diagnosekostengroep-15 (DKG-15) van het ggz model

Bij de toepassing van DKG-15 van het ggz-model waren uitvoeringsproblemen geconstateerd. Onder DKG-15 vielen verzekerden die «minimaal 380 aaneengesloten verblijfsdagen in periode t-2 en t-1 hadden». In de praktijk leverde het woord «aaneengesloten» problemen op in de uitvoering⁴. Om hier de uitvoering te vereenvoudigen adviseert de WOR om vanaf modeljaar 2026 DKG-15 aan te passen naar: «minimaal 380 verblijfsdagen in de periode t-2 – t-1». Ik neem het advies van de WOR over.

Tijdelijk kenmerk voor hulpmiddelenkosten

Vorig jaar bent u geïnformeerd over het besluit van mijn ambtvoorganger om de hulpmiddelenkostengroepen (HKG's) volledig uit het model te verwijderen vanwege registratieproblemen. Om het effect van het weglaten van de HKG's op te vangen is onderzoek uitgevoerd naar een tijdelijke oplossing om hulpmiddelenkosten toch mee te nemen in de risicoverevening. Ik benadruk dat het gaat om een tijdelijke oplossing. Ik vind het van groot belang dat zorgverzekeraars zich blijven inzetten om de complexe registratieproblematiek rondom de HKG's op te lossen, zodat ik weer een volwaardig kenmerk voor het gebruik van hulpmiddelen kan toevoegen aan het model. Samen met ZINL en de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) blijf ik nauw betrokken.

In de tussentijd adviseert de WOR om een kenmerk op basis van gesommeerde hulpmiddelenkosten in te voeren (en tegelijkertijd hulpmiddelenkosten uit te sluiten bij het kenmerk meerjarig hoge kosten (MHK)). De voorkeursvariant van de WOR is een modelvariant op basis van drie jaar aan gesommeerde hulpmiddelenkosten. Ik neem het advies van de WOR over.

⁴ Dit komt doordat er geen verblijfsdagen worden gedeclareerd wanneer een cliënt met weekendverlof gaat, hierdoor lijkt er (onterecht) sprake van een onderbreking van de behandeling. Een verzekerde wordt daardoor mogelijk onterecht niet ingedeeld in DKG-15.

Pre-Overall Toets (Pre-OT)

In de Pre-OT zijn de effecten van de bovenstaande voorgestelde modelverbeteringen in samenhang onderzocht. Hierbij zijn ook de wijzigingen die voortvloeien uit het reguliere onderhoud aan de extreem hoge kostenclusters (EHK's) meegenomen. Dit is onderhoud dat Zorginstituut Nederland jaarlijks uitvoert.

De WOR constateert dat het gezamenlijk meenemen van de modelwijzigingen geen ander beeld geeft dan hetgeen naar voren komt uit de partiële onderzoeken. Voor vrijwel alle onderscheiden subgroepen is sprake van een lichte verbetering van de compensatie, als gevolg van deze modelaanpassingen. De WOR adviseert de modelwijzigingen in de OT mee te nemen. Ik neem het advies van de WOR over.

Staffel voor de hogekostencompensatie (HKC)

In de brief over het ex ante risicovereveningsmodel van 2024 bent u geïnformeerd over het invoeren van een hogekostencompensatie (HKC)⁵. De HKC is ingevoerd om de groep verzekerden die gebruik maakt van extreem dure behandelingen, beter te kunnen verevenen. Er is toen gekozen voor een HKC waarbij de kosten van een verzekerde boven een drempelwaarde van € 400.000 voor 75% worden nagecalculeerd. Dit betekent dat het risico op zulke meerkosten door alle verzekeraars gezamenlijk wordt gedragen. De verwachting is dat het aantal voor de risicoverevening problematische, zeer extreem dure behandelingen zal toenemen en dat dit mogelijk impact zal hebben op het gelijke speelveld. Het gaat hier om zeer hoge kosten, waarvoor de huidige HKC nog een te groot risico bij de individuele zorgverzekeraar neerlegt.

Ik heb daarom besloten om een staffel in te voeren voor de HKC. Dit betekent dat vanaf het bedrag van € 1,25 miljoen per verzekerde, er een nacalculatie van 90% in plaats van 75% geldt⁶. Ik kies voor een nacalculatiepercentage van 90% omdat ik het belangrijk vind dat zorgverzekeraars altijd een prikkel blijven houden om zich in te zetten voor passende zorg en een redelijke prijs.

2. Evaluatie catastroferegeling

Met de brief over het risicovereveningsmodel 2025 van 17 juni 2024 bent u geïnformeerd over de evaluatie van de catastroferegeling die van toepassing is geweest tijdens de COVID-19 pandemie⁷. De catastroferegeling bleek positief bijgedragen te hebben aan de continuïteit van de zorg tijdens de pandemie. Tegelijkertijd gaf de evaluatie aanknopingspunten voor verbetering. De uitwerking van de twee meest kansrijke oplossingsrichtingen daartoe is nog niet zover dat ik u daarover kan informeren. Ik verwacht u in de zomer van 2026, via de brief over het risicovereveningsmodel 2027, op de hoogte te brengen van mijn bevindingen.

3. Proces

De modelverbeteringen genoemd in paragraaf 1 zijn gebaseerd op resultaten van verschillende onderzoeken en een Pre-OT waarin de verbeteringen gezamenlijk zijn bekeken. Deze zomer worden alle voorgenomen modelverbeteringen integraal doorgerekend op basis van

⁵ Kamerstuk 29 689, nr. 1204.

⁶ De bedragen van € 400.000 en € 1,25 miljoen worden jaarlijks geïndexeerd.

⁷ Kamerstuk 29 689, nr. 1255.

de meest recente en representatief gemaakte gegevens in de Overall Toets (OT). Vervolgens vindt na de zomer de definitieve besluitvorming plaats. Ik verwacht uw Kamer in september over de definitieve vormgeving van het risicovereveningsmodel 2026 en het onderzoeksprogramma 2025–2026 te informeren.

De modelwijzigingen worden vastgelegd in het Besluit zorgverzekering en in de Regeling risicoverevening 2026. De Regeling risicoverevening 2026 wordt afgerond zodra op Prinsjesdag de cijfers bekend zijn gemaakt die nodig zijn voor de verdere uitwerking van het risicovereveningsmodel. De Zvw schrijft voor dat de regeling voor 1 oktober 2025 wordt gepubliceerd.

4. Tot besluit

De risicoverevening is essentieel element voor het goed functioneren van de Zvw. Het is ook een technisch onderwerp. Als altijd ben ik beschikbaar voor uw Kamer voor het beantwoorden van vragen; mijn ministerie is tevens beschikbaar voor technische briefings.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
D.E.M.C. Jansen