

Vergaderjaar 2025–2026

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 1318

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 22 september 2025

De risicoverevening zorgt ervoor dat chronisch zieken dezelfde premie kunnen betalen als gezonde verzekerden. Het risicovereveningsmodel herverdeelt geld van zorgverzekeraars met een relatief gezonde populatie naar zorgverzekeraars met een relatief ongezonde populatie verzekerden.

Met deze brief breng ik u op de hoogte van de definitieve besluitvorming van het risicovereveningsmodel van 2026. Dat doe ik in vervolg op de brief van 30 juni 2025 over de voorgenomen verbeteringen in de risicoverevening per 2026¹.

De nieuwe risicovereveningsmodellen voor 2026 (het somatische model, het model voor de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en het eigen risico-model) zijn deze zomer doorgerekend in de zogeheten Overall Toets. Op basis daarvan heeft de definitieve besluitvorming plaatsgevonden. Ook is het onderzoeksprogramma voor het aankomende jaar vastgesteld. Hiermee voldoe ik aan de toezegging uit de brief van 30 juni 2025.

Hoofdpunten van de brief

- De ex-ante verbeteringen in de risicovereveningsmodellen, die in de brief van 30 juni zijn aangekondigd, voer ik door. Het gaat om groot onderhoud van de farmaceutische kostengroepen (FKG's), invoering van een kenmerk op basis van historische hulpmiddelenkosten (HHK) en de bijhorende aanpassing van het meerjarig hoge kosten (MHK)-kenmerk, toevoeging van een nieuw criterium ontbrekende kosten-historie (OKH) en een vereenvoudiging van diagnosekostengroep (DKG)-15 in het ggz-model.
- Voor de hogekostencompensatie (HKC) bij de somatische zorg wordt met ingang van 2026 een staffel ingevoerd. Naast de bestaande drempel van € 400.000 (voor indexering) met 75% nacalculatie geldt

¹ Kamerstuk 29 689, nr. 1316.

dat kosten van een verzekerde boven € 1,25 miljoen voor 90% gezamenlijk door alle zorgverzekeraars worden gedragen.

- Voor het ggz-model wordt dezelfde bandbreedte gehanteerd als vorig jaar, namelijk een bandbreedte van +10/-10 euro per premie-equivalent rondom het marktgemiddelde resultaat, met 90% nacalculatie buiten deze bandbreedte.
- Komend onderzoeksjaar laat ik verschillende onderzoeken uitvoeren: een grondige herziening van het ggz-model op basis van zorgprestatie-model(ZPM)-data, een vervolgonderzoek naar aandoeningsgerichte risicoverevening, een regulier groot onderhoud aan de DKG's, onderzoek naar de mogelijke impact van gezamenlijke bekostiging op het gelijke speelveld, onderzoek naar de gevolgen van de nieuwe vormgeving van het verplicht eigen risico per 2027 en onderzoek naar het benutten van informatie over schulden in het model.
- Elk jaar laat ik door middel van een monitor de werking van de risicoverevening evalueren. De monitor over het jaar 2020 laat zien dat de risicoverevening in 2020, net als in eerdere jaren, heeft bijgedragen aan een meer gelijke uitgangspositie voor zorgverzekeraars.

1. Definitieve vormgeving van het ex-ante risicovereveningsmodel 2026

Deze zomer zijn, net als ieder jaar, de voorgenomen modellen voor de somatische zorg, de ggz en het verplicht eigen risico integraal doorgekeurd in de Overall Toets. Daarin wordt gekeken naar de effecten en de stabiliteit van de voorgenomen modelwijzigingen. Uit de Overall Toets blijkt dat de modelwijzigingen zoals aangekondigd in de brief van 30 juni 2025 geen onverwachte effecten veroorzaken. Ik heb daarom definitief besloten deze modelwijzigingen door te voeren voor 2026.

De eerste wijziging betreft groot onderhoud van de FKG's. De indeling van geneesmiddelen in zowel het somatische model als het ggz-model is geactualiseerd. Daarbij zijn twee nieuwe FKG's toegevoegd: benigne prostaathyperplasie en chronische migraine. Met deze aanpassing worden verzekerden met deze aandoeningen beter herkend, zodat zorgverzekeraars voor hen een betere compensatie ontvangen.

Daarnaast wordt met ingang van 2026 een tijdelijk kenmerk voor historische hulpmiddelenkosten ingevoerd. Dit kenmerk is gebaseerd op gesommeerde hulpmiddelenkosten over drie jaar en vervangt het in 2025 verwijderde HKG-criterium. Bijhorend worden deze kosten uitgesloten van het MHK-kenmerk.

Het betreft nadrukkelijk een tijdelijke oplossing. Doel blijft om de registratieproblemen op te lossen en hulpmiddelen als een volwaardig vereveningscriterium terug te brengen in de risicoverevening. Daartoe blijf ik met zorgverzekeraars, Zorginstituut Nederland (ZIN) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in gesprek.

Verder wordt een nieuw criterium OKH aan het somatische model toegevoegd.

Dit criterium richt zich op verzekerden, die in het recente verleden (deels) niet Zvw-verzekerd zijn geweest. Deze verzekerden blijken gemiddeld verlieslatend te zijn en ongelijk verdeeld over zorgverzekeraars. De toevoeging van OKH draagt bij aan een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars.

Tot slot wordt in het ggz-model de definitie van DKG-15 aangepast. Deze aanpassing vermindert uitvoeringsproblemen die in de praktijk zijnesignaleerd.

2. Onzekerheden en ex post maatregelen 2026

Aanpassing op de normbedragen op basis van de werkelijke verzekerden-aantallen

Om onzekerheden in de raming van de verzekerdenaantallen te beperken kan het Zorginstituut (ZIN) adviseren om achteraf een correctie, de zogeheten criteriumneutraliteit, te doen op de normbedragen op basis van de werkelijke verzekerdenaantallen. ZIN heeft geadviseerd om criteriumneutraliteit toe te passen op HHK, MHK (somatisch en ggz), meerjarige kosten voor verpleging en verzorging (MVV), DKG's psychische aandoeningen en gedeeltelijk op FKG's. Gehoord de unanieme inbreng van de zorgverzekeraars adviseert ZIN voor het nieuwe kenmerk OKH geen criteriumneutraliteit toe te passen. Voor de overige kenmerken ziet ZIN geen aanleiding voor toepassing van criteriumneutraliteit. Ik neem het advies van ZIN over.

Ex post vanwege onzekerheden in het ggz-model

Per 2022 is de bekostiging van de geneeskundige ggz veranderd door invoering van het ZPM. Dit brengt nog steeds onzekerheden met zich mee in hoe passend de vereveningsbijdrage is. Daarom heb ik besloten, in lijn met 2025, een tijdelijke bandbreedte te hanteren van +10/-10 euro per premie-equivalent rondom het marktgemiddelde resultaat met 90% nacalculatie buiten deze bandbreedte.

Ex post hogekostencompensatie (HKC)

Met ingang van 2026 wordt de HKC bij de somatische zorg uitgebreid met een staffel. Naast de bestaande drempel van € 400.000 (voor indexatie) met 75% nacalculatie, geldt dat kosten boven € 1,25 miljoen per verzekerde voor 90% gezamenlijk door alle zorgverzekeraars worden gedragen. Hiermee wordt het risico van extreem dure behandelingen evenwichtiger verdeeld, terwijl er een prikkel blijft bestaan voor doelmatige zorg en redelijke prijsafspraken. De HKC in het ggz-model wordt ongewijzigd voortgezet.

3. Onderzoeksprogramma 2025–2026

Het onderzoeksprogramma (zie bijlage 1) is opgedeeld in onderzoeken die komend jaar worden uitgevoerd en onderzoeken die voor de jaren daarna zijn gepland. Het programma is met input van zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), onderzoeksbureaus en ZIN opgesteld in de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR).

Een van de onderzoeken betreft een grondig onderzoek naar het ggz-model.

De verevenende werking van dit model is lager dan die van het somatische model. De invoering van het zorgprestatie-model betekent dat het huidige DKG-criterium grondig hervormd moet worden. Het is ook een kans om te komen tot een beter verevenend model. Het doel is om per 2028 te komen tot een stabiel ex-ante model, met goede prikkels voor zorgverzekeraars voor doelmatige en passende zorg.

Een tweede onderzoek zet het meerjarige traject naar een meer aandoeningsgerichte risicoverevening voort. Binnen het huidige model zijn de morbiditeitskenmerken vaak gebaseerd op declaratiedata en daarmee op zorggebruik. Door kenmerken meer te baseren op de aandoening van een verzekerde komt de vereveningsbijdrage meer los te staan van het zorggebruik. Zo kunnen eventuele negatieve financiële effecten voor

zorgverzekeraars om zorggebruik te verminderen of verplaatsen verder worden verkleind en prikkels voor doelmatigheid en passende zorg versterkt.

Daarnaast wordt onderzoek gedaan naar de gevolgen van de nieuwe vormgeving van het verplicht eigen risico per 2027. Ook vindt regulier groot onderhoud plaats aan de DKG's om resterende over- en ondercompensaties verder terug te dringen. Verder wordt onderzoek gedaan naar het gebruik van informatie over schulden in het model.

Tot slot laat ik onderzoek doen naar de mogelijke gevolgen van gezamenlijke bekostiging en/of gezamenlijke zorginkoop op de werking van de risicoverevening. Zorgverzekeraars hebben aangegeven zich zorgen te maken dat dergelijke afspraken kunnen leiden tot een ongelijk speelveld of prikkels tot risicoselectie. Met dit onderzoek wordt de impact hiervan in kaart gebracht, zodat tijdig inzicht ontstaat in eventuele risico's en knelpunten.

4. Monitor risicoverevening

Elk jaar laat ik de werking van de risicoverevening evalueren. Dit jaar is het risicovereveningsmodel van 2020 geëvalueerd. De monitor laat zien dat de zorguitgaven in 2020 zijn beïnvloed door de COVID-19-pandemie. Uit de monitor blijkt verder dat de risicoverevening, net als in eerdere jaren, heeft bijgedragen aan een meer gelijke uitgangspositie voor verzekerden waar nog sprake was van voorspelbare over- of ondercompensaties. Sinds 2020 is er met de invoering van constrained regression in 2024 een grote stap gezet in het terugdringen van deze over- en ondercompensaties. Desalniettemin blijf ik mij inzetten voor de verdere verbetering van het model, zoals blijkt uit het onderzoeksprogramma voor komend jaar.

5. Tot slot

De modelwijzigingen voor de risicoverevening 2026 worden vastgelegd via een wijziging van het Besluit zorgverzekering en via de Regeling risicoverevening 2026. Publicatie van de regeling vindt uiterlijk 1 oktober 2025 plaats, conform de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Ik bedank alle partijen – individuele zorgverzekeraars, onderzoekers, ZN en het Zorginstituut – voor hun inzet om gezamenlijk te komen tot een zo goed mogelijke risicoverevening.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J.A. Bruijn