29689 Herziening Zorgstelsel

Nr. 1361 Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 september 2026

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 brengt het kabinet u op de hoogte van de definitieve vormgeving van het risicovereveningsmodel van 2027. Dat doet het kabinet in vervolg op de brief van 2 juli 2026 over de voorgenomen verbeteringen in de risicoverevening per 2027[1]. De nieuwe risicovereveningsmodellen voor 2027 (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 wordt voldaan aan de toezegging uit de brief van 2 juli 2026.

Hoofdpunten van de brief

- De ex-ante verbeteringen in de risicovereveningsmodellen die in de brief van 2 juli 2026 zijn aangekondigd, worden doorgevoerd. Het gaat om verbeteringen volgend uit groot onderhoud van de farmaceutische kostengroepen (FKG's) en de diagnosekostengroepen (DKG's), een aantal vereenvoudigingen en een aanpassing aan het eigen-risicomodel.
- Het kabinet volgt het advies van Zorginstituut Nederland om criteriumneutraliteit op een aantal kenmerken toe te passen.
- 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.

- Om bij te dragen aan een betere toegankelijkheid in de geestelijke gezondheidszorg verruimt het kabinet de hogekostencompensatie (HKC) voor 2027 tijdelijk van de 0,5% naar de 1,5% duurste ggz-patiënten. Kosten van de betreffende verzekerden worden voor 90% gezamenlijk door alle zorgverzekeraars gedragen.
- Komend onderzoeksjaar worden verschillende onderzoeken uitgevoerd: het tweede deel van het onderzoek naar een grondige herziening van het ggz-model op basis van Zorgprestatiemodel (ZPM)-data, een vervolgonderzoek naar aandoeningsgerichte risicoverevening, en drie reguliere groot onderhoud onderzoeken aan de diagnosekostengroepen (DKG's), de

[1] Ex-ante Risicovereveningsmodel 2027, 2 juli 2026, Kamerstuk 29 689 nr 1355.

fysiotherapiediagnosegroepen (FDG’s) en het regiocriterium. Daarnaast zal onderhoud gepleegd worden aan het kenmerk historische hulpmiddelkosten (HHK).

1. Definitieve vormgeving van het ex-ante risicovereveningsmodel 2027

Deze zomer zijn, net als ieder jaar, de voorgenomen modellen voor de somatische zorg, de ggz en het verplicht eigen risico integraal doorgerekend in de zogenoemde 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 2 juli 2026 geen onverwachte effecten veroorzaken. Het kabinet heeft daarom definitief besloten deze modelwijzigingen door te voeren voor 2027.

2. Onzekerheden en ex-post maatregelen 2027

Aanpassing op de normbedragen op basis van de werkelijke verzekerdenaantallen (criteriumneutraliteit)
Om onzekerheden in de raming van de verzekerdenaantallen te beperken kan Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) adviseren om achteraf een correctie, de zogeheten criteriumneutraliteit, te doen op de normbedragen op basis van de werkelijke verzekerdenaantallen. Het Zorginstituut heeft geadviseerd om criteriumneutraliteit toe te passen op de kenmerken DKG (somatische en ggz model), meerjarig hoge kosten van het ggz model (MHK) en ontbrekende kostenhistorie (OKH). Bij het kenmerk FKG adviseert het Zorginstituut partiële klassieke criteriumneutraliteit op een aantal klassen van het somatische model toe te passen. Voor de overige kenmerken ziet het Zorginstituut geen aanleiding voor toepassing van criteriumneutraliteit. Het kabinet neemt het advies van Zorginstituut 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 heeft het kabinet besloten om, in lijn met 2026, ook in 2027 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)
De toegankelijkheid van de ggz staat onder druk. Daarom verruimt het kabinet de HKC bij het vereveningsmodel voor de geestelijke gezondheidszorg. De bestaande drempel wordt verlaagd zodat de duurste 1,5% van de ggz-gebruikers tot de HKC- pool behoren (in de huidige HKC gaat het om de duurste 0,5% van de ggz-gebruikers). Voor verzekerden die tot de HKC-pool behoren geldt dat kosten per verzekerde voor 90% gezamenlijk door alle zorgverzekeraars worden gedragen. Hiermee wordt het risico van verzekerden met complexe ggz zorg (en hoge ggz zorgkosten) evenwichtiger verdeeld, terwijl een verzekeraar nog steeds een prikkel heeft om bij de inkoop te letten op de doelmatigheid van deze zorg. Een gevolg van deze maatregel is dat een hogere vereveningsbijdrage voor complexe ggz samengaat met een lagere vereveningsbijdrage voor lichte ggz.

Dit gevolg is inherent aan de aard van het model, dat immers een verdeelmodel is. Het kabinet weegt de toegankelijkheid van de ggz voor de meest complexe patiënten op dit moment zwaar, en kiest daarom voor deze maatregel. De maatregel is tijdelijk voor het jaar 2027. Per 2028 ambieert het kabinet een grondige herziening van de verevening van ggz-kosten (zowel ex-ante als

ex-post), als resultaat van het brede tweejarige onderzoek dat nu wordt uitgevoerd mede in het kader van de overgang op ZPM-data.

3. Onderzoeksprogramma 2026-2027

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 individuele zorgverzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), onderzoeksbureaus en het Zorginstituut opgesteld in de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR).

Voor het ggz-vereveningsmodel staat het tweede deel van het tweejarige traject op het programma. Hierbij staat een grondige herziening van het DKG-kenmerk op basis van ZPM-gegevens centraal. Het onderzoekt kijkt onder andere naar doelmatigheidsprikkels en waar nodig naar gevalsnormering of andersoortige

ex-post maatregelen.

Met het oog op een meer aandoeningsgerichte risicoverevening staat het vierde deel van een meerjarentraject op de rol. In dit vierde onderzoek ligt de focus op de prikkelwerking die uitgaat van een vereveningsmodel met aandoeningsgerichte kenmerken.

Ook voert het kabinet dit jaar groot onderhoud uit aan vier kenmerken: het regiocriterium van het somatische en het ggz model, de FDG, en de DKG[2] en het historische hulpmiddelkostenkenmerk.

5. Tot slot

De modelwijzigingen voor de risicoverevening 2027 worden vastgelegd via een wijziging van het Besluit zorgverzekering en via de Regeling risicoverevening

[2] Het groot onderhoud op de DKG is een vervolg op een onderzoek van afgelopen jaar. De beoordeling om ingedeeld te worden in diagnosegroepen van het somatische model wordt geüniformeerd.

2027. Publicatie van de regeling vindt uiterlijk 1 oktober 2026 plaats, volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Het kabinet bedankt alle betrokken 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,
S.T.M. Hermans