

Vergaderjaar 2014–2015

**29 689**

**Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 644**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 1 september 2015

**1. Inleiding**

In mijn brief van 16 juni 2015 heb ik u geïnformeerd over de verbeteringen die ik van plan was per 2016 aan te brengen in de risicovereeningsmodellen voor de Zorgverzekeringswet (Zvw).<sup>1</sup> Deze modellen zijn deze zomer integraal doorgerekend door iBMG op de meest recente en representatief gemaakte gegevens.<sup>2</sup> Op basis daarvan heb ik in een bestuurlijk overleg gesproken met Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Vervolgens heeft de definitieve besluitvorming binnen het kabinet plaatsgevonden over zowel de definitieve modellen voor 2016 als over de risicodragendheid van zorgverzekeraars in 2016. Met deze brief informeer ik u over de uitkomsten van de besluitvorming.

*Samenvatting*

- De risicodragendheid van verzekeraars is een onmisbaar onderdeel van de Zvw. Het zorgt ervoor dat verzekeraars zich inspannen voor doelmatigheid in de zorg en draagt op die manier bij aan beheersbaarheid van de zorguitgaven.
- Om de doelmatigheidsprikkels voor zorgverzekeraars te versterken, is in het Regeerakkoord «Bruggen slaan» opgenomen dat verzekeraars per 2017 volledig risicodragend worden voor de uitvoering van de Zvw. De afspraken uit het Regeerakkoord zijn vastgelegd in een AMvB.<sup>3</sup>
- De somatische zorgkosten, die met ruim 80% veruit het grootste deel van de totale kosten in de Zvw vormen, worden nu reeds volledig risicodragend uitgevoerd door verzekeraars.

<sup>1</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 617

<sup>2</sup> iBMG (2015), Onderzoek risicoverevening 2016: Overall Toets, WOR 748

<sup>3</sup> Staatsblad 384, 2 oktober 2013

- In deze brief ga ik in op het vergroten van de risicodragendheid van verzekeraars per 2016, voor de zorg die zij nu nog niet (volledig) risicodragend uitvoeren:
  - De expertproducten en add-ons voor oncolytica worden per 2016 volledig risicodragend ingekocht door verzekeraars. Alleen voor nieuwe, dure geneesmiddelen die buiten het basispakket zijn geplaatst via de «sluis»<sup>4</sup> en vervolgens alsnog worden toegelaten tot het basispakket, geldt gedurende het eerst jaar een uitzondering op de risicodragendheid. Na dit eerste jaar wordt het middel automatisch volledig risicodragend door verzekeraars uitgevoerd;
  - Bij de wijkverpleging wordt het model fors verbeterd, waardoor het mogelijk is een forse stap te zetten in het vergroten van de risicodragendheid van verzekeraars;
  - Bij de geneeskundige GGZ is de verbetering beperkter en wordt daarom een kleinere stap gezet. Volgens de huidige inzichten zal het merendeel van de verzekeraars de geneeskundige GGZ de facto al risicodragend uitvoeren;
  - Bij de langdurige GGZ is het model substantieel beter dan het model dat voor 2015 was ontwikkeld. Daarom wordt ook daar een stap in risicodragendheid gezet. Dat neemt niet weg dat er komend jaar nog discussie en definitieve besluitvorming zal plaatsvinden over de positionering van de langdurige GGZ.
- De risicovereveningsmodellen voor 2016 worden toegepast zoals ik ze in mijn brief van 16 juni al heb aangekondigd, met twee uitzonderingen:
  - het nieuwe kenmerk personen per adres wordt niet in gebruik genomen;
  - de verfijning van het bestaande kenmerk generieke somatische morbiditeit wordt niet doorgevoerd.

### *Toezeggingen*

Ik heb een aantal toezeggingen gedaan aan de Tweede Kamer. In deze brief informeer ik u over de wijze waarop ik daar invulling aan heb gegeven.

- Tijdens het AO Zvw/risicoverevening op 23 september 2014 heb ik toegezegd dat ik de Tweede Kamer in september 2015 zou informeren over de inzet van ex post compensaties, waaronder voor de langdurige GGZ.
- Tijdens hetzelfde AO heb ik aangegeven dat ik uitsluitend zou geven of er een goed risicovereveningsmodel voor de langdurige GGZ te maken is.
- In mijn eerdergenoemde brief van 16 juni heb ik toegezegd dat ik u na de zomer zou informeren over:
  - de definitieve modellen die per 2016 gehanteerd zullen worden en over de risicodragendheid van verzekeraars in 2016;
  - de risicodragendheid van verzekeraars voor de add-ons voor oncolytica;
  - het model voor de langdurige GGZ 2016 en of er al een stap in risicodragendheid gezet wordt;
  - het model voor het eigen risico;
  - de vraag of de besluitvorming in augustus nog moet leiden tot aanpassing van het voorgehangen ontwerpbesluit Zorgverzekering. Dezelfde toezegging heb ik ook gedaan in de brief waarmee ik het ontwerpbesluit bij de Tweede Kamer heb voorgehangen.<sup>5</sup>

<sup>4</sup> Kamerstuk 29 477, nr. 343

<sup>5</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 616.

- Tijdens het AO wijkverpleging op 1 juli 2015 heb ik toegezegd dat ik de Tweede Kamer in het najaar zou informeren over de mate van risicodragendheid van verzekeraars voor de wijkverpleging in 2016.

### *Leeswijzer*

In deze brief zal ik in paragraaf 2 allereerst kort ingaan op het belang van de risicodragendheid van verzekeraars. Vervolgens zet ik in paragraaf 3 uiteen welke modellen per 2016 worden gehanteerd en hoeveel risico verzekeraars gaan dragen bij de verschillende soorten zorg. In paragraaf 4 sluit ik af met een vooruitblik op het vervolgproces.

## **2. Het belang van risicodragendheid van verzekeraars**

Via de risicovereeniging worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor voorspelbare kostenverschillen op basis van de gezondheidskenmerken van hun verzekerden. Het doel daarvan is het borgen van een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars (gegeven de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie), het tegengaan van risicoselectie en het bevorderen van doelmatige zorginkoop door zorgverzekeraars.

In mijn brief «Kwaliteit loont» van 6 februari 2015<sup>6</sup> en mijn eerdergenoemde brief van 16 juni heb ik aangegeven dat ik verzekeraars via forse verbeteringen van het risicovereenigingssysteem wil stimuleren om zich meer te richten op doelmatige inkoop van kwalitatief hoogwaardige zorg voor chronisch zieken en andere mensen die veel gebruik maken van zorg. Om de doelmatigheidsprikkel voor zorgverzekeraars te versterken, is in het Regeerakkoord «Bruggen slaan» opgenomen dat verzekeraars per 2017 volledig risicodragend worden voor de uitvoering van de Zvw. Dit moet bijdragen aan het beheersbaar houden van de zorguitgaven. De afspraken uit het Regeerakkoord zijn vastgelegd in een AMvB.<sup>7</sup> Het jaar 2016 is derhalve het laatste jaar dat de risicodragendheid van verzekeraars nog wordt beperkt door middel van de inzet van een bandbreedteregeling bij enkele zorgvormen. De risicodragendheid van verzekeraars is een onmisbaar onderdeel van de Zvw. Op dit moment wordt de Zvw al grotendeels risicodragend uitgevoerd door zorgverzekeraars. In deze brief ga ik in op de opbouw van de risicodragendheid van verzekeraars per 2016, voor de zorg die zij nu nog niet (volledig) risicodragend uitvoeren.

## **3. Vormgeving risicovereeniging 2016**

In mijn brief van 16 juni heb ik uiteengezet welke verbeteringen ik per 2016 van plan was aan te brengen in de risicovereenigingsmodellen voor achtereenvolgens de somatische zorg, de wijkverpleging, de geneeskundige GGZ, de langdurige GGZ en het eigen risico. Daarbij heb ik aangegeven welke bestaande overeenigingskenmerken gebruikt zouden worden naast de verbeterde en nieuwe kenmerken. Hieronder licht ik toe of de doorrekening die iBMG deze zomer heeft uitgevoerd nog aanleiding heeft gegeven tot wijzigingen in de modellen voor 2016. Het betreffen wijzigingen ten opzichte van de voorgenomen modellen die ik in mijn brief van 16 juni heb aangekondigd. Daarnaast ga ik per zorgvorm in op de risicodragendheid van verzekeraars in 2016. De bijlage<sup>8</sup> bij deze brief

<sup>6</sup> Kamerstuk 31 765, nr. 116.

<sup>7</sup> Staatsblad 384, 2 oktober 2013

<sup>8</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

bevat het advies van de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) bij de integrale doorrekening van de modellen.<sup>9</sup>

### 3.1 Somatische zorg

#### *Definitieve vormgeving model 2016*

De doorrekening die deze zomer heeft plaatsgevonden, heeft aanleiding gegeven tot enkele wijzigingen in het somatische model ten opzichte van mijn brief van 16 juni. Zo had ik in mijn brief aangekondigd dat er in het somatische model een nieuw vereveningskenmerk personen per adres (PPA) zou worden toegevoegd. Het doel daarvan was om beter te compenseren voor alleenstaande ouderen, die gemiddeld meer zorgkosten maken dan verzekerden uit meerpersoonshuishoudens. De uitkomsten van de doorrekening waren echter contra-intuïtief en zouden er toe leiden dat verzekeraars juist een lagere bijdrage zouden krijgen voor alleenstaanden. De precieze oorzaak hiervan is niet bekend. Verder onderzoek is nodig om dit kenmerk in de toekomst wel te kunnen gebruiken. Omdat de validiteit van het kenmerk zoals het nu is geoperationaliseerd ter discussie staat, heeft de WOR mij geadviseerd dit kenmerk niet op te nemen in het somatische model 2016. Dit advies neem ik over.

In mijn brief had ik ook aangekondigd dat de technische haalbaarheid van de voorgenomen verfijning van het bestaande vereveningskenmerk generieke somatische morbiditeit (GSM) nog zou worden onderzocht. Het bestaande kenmerk onderscheidt «gezonde» en «ongezonde» mensen en maakt onderscheid tussen mensen jonger en ouder dan 65 jaar. De verfijning hield in dat meer onderscheid zou worden gemaakt naar leeftijd en dat de «ongezonde» mensen zouden worden gesplitst in een groep mensen met één ziekte en een groep mensen met meerdere ziektes. Inmiddels is gebleken dat de verfijning technisch haalbaar is. Er blijven echter nadelen kleven aan het gebruik van het verfijnde kenmerk GSM. Het model wordt bijvoorbeeld veel complexer, waardoor de resultaten moeilijker te interpreteren zijn. Ook moet er veel geld worden verevend, om een relatief kleine resultaatsverbetering bij de onderscheiden subgroepen te realiseren. Daarom heeft de WOR mij geadviseerd om de verfijning niet door te voeren en de bestaande GSM te behouden. Dit advies neem ik over.

#### *Risicodragendheid verzekeraars 2016*

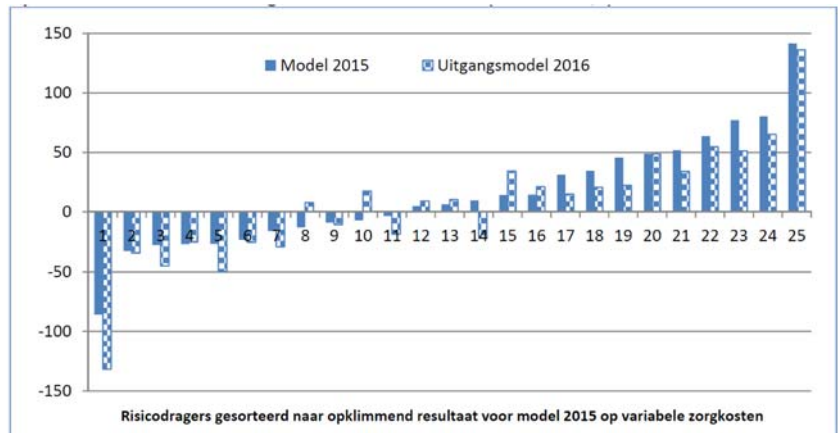
De zorgkosten die worden verevend in het somatische model vormen met ruim 80% veruit het grootste deel van de totale kosten in de Zvw. Deze somatische zorg wordt volgend jaar – net als dit jaar – volledig risicodragend uitgevoerd. Onderstaande figuur laat het resultaat uit de doorrekening door iBMG zien voor het somatische model 2015 en 2016. Het vereveningsresultaat is het verschil tussen de kosten die het model voorspelt en de kosten in de praktijk, gedeeld door het aantal verzekerden-jaren.<sup>10</sup> Een positief vereveningsresultaat (rechts in de grafiek) betekent dat een verzekeraar naar verwachting minder kosten zal hebben dan dat het risicovereveningsmodel voorspelt. Hiervoor kunnen globaal twee oorzaken voor zijn: de betreffende verzekeraar heeft relatief veel verzekerden, waarvoor het model onbedoeld overcompenseert, of de betref-

<sup>9</sup> De WOR is een technische werkgroep met vertegenwoordigers van individuele verzekeraars, ZN, het Zorginstituut, onderzoekers en VWS, die mij onder andere adviseren over de technische verbetermogelijkheden van de risicovereveningsmodellen.

<sup>10</sup> Omdat gebruik wordt gemaakt van gegevens uit 2013, zijn de kosten in de praktijk ook al bekend. Voor de werkelijke kosten in 2016 geldt dat uiteraard niet. Daarom wordt gesproken over verwachte financiële resultaten.

fende verzekeraar werkt relatief doelmatig. Omgekeerd geldt dat verzekeraars een negatief vereveningsresultaat hebben (links in de grafiek) indien ze relatief ondoelmatig werken of relatief veel verzekerden hebben die onbedoeld ondergecompenseerd worden.

**Figuur 1 Verwachte financiële resultaten in euro's per verzekerdenjaar voor 25 verzekeraars voor de somatische zorg<sup>1</sup>**



<sup>1</sup> Bron: iBMG (2015), Onderzoek risicoverevening 2016: Overall Toets, WOR 748. Dit geldt tevens voor de overige grafieken in deze brief. De figuren geven de resultaten weer inclusief het nieuwe kenmerk PPA en de verfijning van GSM, omdat pas na afronding van het onderzoek is besloten dat deze wijzigingen niet zouden worden doorgevoerd. NB: de verzekeraars zijn in elke figuur anders gesorteerd. Nummer 1 is dus niet telkens dezelfde verzekeraar. De verslechtering van het resultaat van risicodragers 1 in figuur 1 wordt waarschijnlijk veroorzaakt door dataproblemen.

### 3.2 Uitbreiding kostengrondslag somatisch model

In 2015 vallen vrijwel alle kosten binnen de somatische zorg onder de variabele zorgkosten die volledig risicodragend worden uitgevoerd door verzekeraars. Hierop zijn enkele uitzonderingen, te weten de expertproducten, de add-ons voor oncolytica en enkele specifieke posten. Deze vallen per 2015 onder de vaste zorgkosten en worden volledig nagecalculeerd. Expertproducten zijn producten die weinig voorkomen en waarvan de prijs op een alternatieve manier berekend wordt, zoals orgaantransplantaties. Over 2015 zijn de expertproducten als vast geclassificeerd, vanwege het ontbreken van voldoende gegevens. Omdat dit probleem is opgelost, zal ik deze kosten per 2016 overhevelen naar de variabele zorgkosten.

In mijn brief van 16 juni had ik toegezegd dat ik u na de zomer zou informeren over de risicodragendheid van de add-ons voor oncolytica, omdat ik daarvoor de rapporten van de NZa en KWF over dure geneesmiddelen wilde afwachten. In beide rapporten wordt geen advies gegeven over de risicodragendheid van add-ons voor oncolytica. Er zijn voldoende gegevens om mee te rekenen binnen de risicoverevening en de kosten zijn voldoende normeerbaar. Dat maakt het mogelijk om verzekeraars per 2016 risicodragend te maken voor de add-ons voor oncolytica en verzekeraars zodoende een prikkel voor doelmatige zorginkoop te geven. Ik heb besloten om een uitzondering op de risicodragendheid te maken voor nieuwe, dure geneesmiddelen die in de in mijn brief van 9 juli 2015 aangekondigde sluis in het verzekerde pakket van de Zvw terechtkomen.<sup>11</sup> Dit betreft dus alleen middelen die intramuraal verstrekt worden. Over deze dure geneesmiddelen (niet per definitie alleen oncolytica) lopen verzekeraars tot het einde van het kalenderjaar volgend op instroom nog geen risico. Daarna zal automatisch sprake zijn van volledige risicodragendheid van verzekeraars voor deze middelen. Hiervoor is geen

<sup>11</sup> Kamerstuk 29 477, nr.343

besluitvorming nodig. Vanaf dat jaar kunnen declaratiegegevens ook worden benut.

De overige specifieke posten, zoals een deel van de kosten van niet DBC-plichtige instellingen (trombosediensten, SKION, Eurotransplant) blijven in 2016 onder de vaste zorgkosten vallen.

### **3.3 Wijkverpleging**

#### *Definitieve vormgeving model 2016*

In het model voor de wijkverpleging zullen in 2016 exact dezelfde vereveningskenmerken worden gehanteerd als in het model voor de somatische zorg, inclusief de in paragraaf 3.1 genoemde wijzigingen.

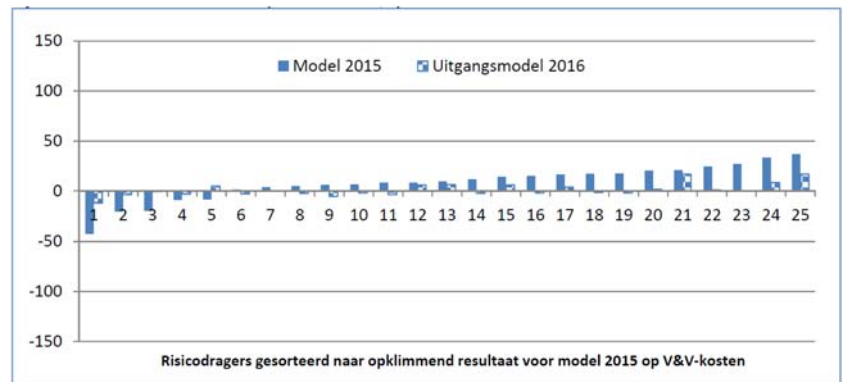
#### *Risicodragendheid verzekeraars 2016*

In 2015 is een eerste beperkte stap gezet in het opbouwen van de risicodragendheid van verzekeraars voor de kosten van wijkverpleging. Daartoe is een bandbreedteregeling ingezet. Dit is een vangnet waarmee de financiële risico's die zorgverzekeraars lopen worden begrensd. In 2015 wordt een bandbreedte gehanteerd van +/- 5 euro per verzekerde. Daarbuiten wordt het resultaat voor 95% nagecalculeerd. In mijn brief van 19 september 2014 heb ik aangekondigd dat ik per 2016 een forse stap zou zetten in de afbouw van ex post compensaties.

Per 2016 zal ik de bandbreedte verruimen naar +/- 15 euro en buiten de bandbreedte 75% nacalculeren. Deze forse stap wordt gerechtvaardigd door de forse verbeteringen die zijn aangebracht in het model 2016 ten opzichte van het model 2015. Deze verbeteringen zijn onder andere het gevolg van het toevoegen van het onorthodoxe vereveningskenmerk gebaseerd op het gebruik van wijkverpleging in het voorgaande jaar. Door de kosten buiten de bandbreedte niet volledig na te calculeren, zorg ik ervoor dat verzekeraars geprikkeld worden om bij de zorginkoop doelmatigheid na te streven. 2016 is het laatste overgangsjaar waarin verzekeraars nog meer ervaring kunnen opdoen met onder andere de inkoop van wijkverpleging en het wegwerken van regionale verschillen, voordat er sprake is van volledige risicodragendheid.

Onderstaande figuur laat het resultaat uit de doorrekening door iBMG zien voor het model 2015 en 2016. De voorgestelde inzet van de bandbreedteregeling heeft naar verwachting geen effect op 23 verzekeraars met een gezamenlijk marktaandeel van 95%. Zij zullen de wijkverpleging in 2016 de facto al volledig risicodragend uitvoeren. Naar verwachting zal bij twee verzekeraars (een kleine en een middelgrote) een positief resultaat worden afgeroomd. Daarnaast biedt de inzet van de bandbreedteregeling een vangnet in het geval dat de onderzoeksuitkomsten onvoldoende representatief blijken te zijn voor de daadwerkelijke kosten die een verzekeraar in 2016 maakt voor de wijkverpleging.

**Figuur 2 Verwachte financiële resultaten in euro's per verzekerdenjaar voor 25 verzekeraars voor de wijkverpleging**



### 3.4 Geneeskundige GGZ

#### *Definitieve vormgeving model 2016*

Net als in het somatische model, zal het kenmerk personen per adres niet worden opgenomen in het GGZ-model. In plaats daarvan wordt het oude kenmerk eenpersoonsadres gehandhaafd. Voor het overige is het definitieve model voor de geneeskundige GGZ gelijk aan het voorgenomen model, zoals ik dat in mijn brief van 16 juni had aangekondigd.

#### *Risicodragendheid verzekeraars 2016*

Voor de geneeskundige GGZ wordt in 2015 ook de bandbreedteregeling ingezet. Er wordt daarbij een bandbreedte gehanteerd van +/- 15 euro en 90% nacalculatie buiten de bandbreedte. Per 2016 zal ik de bandbreedte verruimen naar +/- 17,50 euro per verzekerde. Ik zal buiten de bandbreedte 75% nacalculeren. Omdat de verbetering van het model voor de geneeskundige GGZ minder groot is dan bij het model voor de wijkverpleging, is de stap in de verruiming van de bandbreedte beperkter. Omdat verzekeraars sinds 2008 al verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de geneeskundige GGZ in de Zvw en hebben kunnen groeien in hun rol, wordt het nacalculatiepercentage teruggebracht.

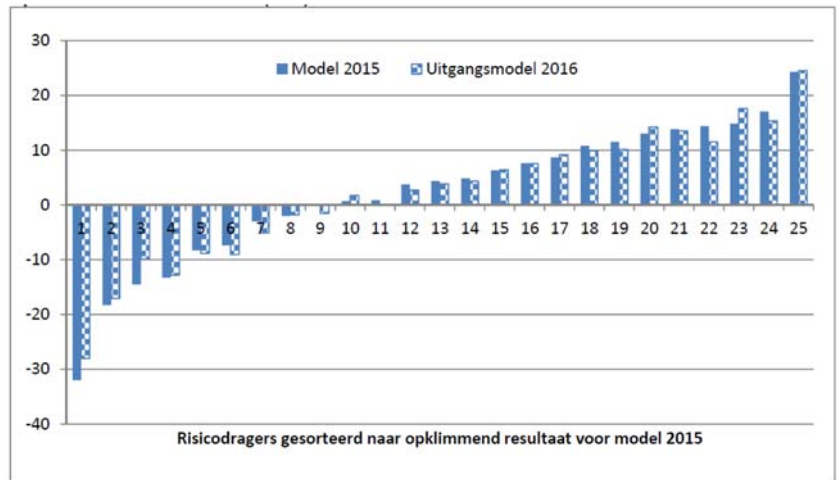
Dat het model voor de geneeskundige GGZ beperkt is verbeterd ten opzichte van 2015, heeft er onder andere mee te maken dat voor de risicoverevening 2016 nog geen gebruik kan worden gemaakt van informatie over de zorgvraagzwaarte. Ook een verbetering van de transparantie van de productstructuur, die bij zou kunnen dragen aan betere uitkomsten van het risicovereveningsmodel, is in de GGZ nog niet gerealiseerd. Verdere verbeteringen van de risicoverevening zijn derhalve sterk afhankelijk van ontwikkelingen in de sector. Ik roep verzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties nadrukkelijk op om ervoor te zorgen dat de GGZ beter gaat passen in de systematiek van de Zvw en dat er meer inzicht komt in de effectiviteit van de behandelingen. Daarbij hoort ook volledige risicodragendheid in 2017. De mate waarin stappen worden gezet door het veld, zal ik betrekken bij mijn afweging over de positionering van de GGZ.

Onderstaande figuur laat het resultaat zien van het geneeskundige GGZ-model 2015 en 2016. De voorgestelde inzet van de bandbreedteregeling heeft in 2015 naar verwachting nog effect op elf verzekeraars; bij vier verzekeraars wordt het verlies beperkt en bij zeven verzekeraars wordt een deel van het positieve resultaat afgeroomd. De voorgestelde



inzet van de bandbreedteregeling heeft naar verwachting effect op het financiële resultaat van vier zorgverzekeraars. Van twee verzekeraars (een kleine en een grote) zal het verlies door de inzet van de bandbreedteregeling naar verwachting begrensd worden en bij twee verzekeraars (een kleine en een grote) zal een positief resultaat gedeeltelijk worden afgeroomd. Voor de overige 21 verzekeraars, met een gezamenlijk marktaandeel van 90%, geldt naar verwachting dat zij de geneeskundige GGZ in 2016 de facto al volledig risicodragend uitvoeren. Daarmee kan gesteld worden dat, ondanks dat er maar een kleine stap wordt gezet in de afbouw van de ex post compensaties, de ambitie uit het Regeerakkoord ook bij de geneeskundige GGZ al grotendeels gerealiseerd is.

**Figuur 3 Verwachte financiële resultaten in euro's per verzekerdenjaar voor 25 verzekeraars voor de geneeskundige GGZ (18+)**



### 3.5 Langdurige GGZ

#### *Definitieve vormgeving model 2016*

In mijn brief van 16 juni heb ik aangekondigd dat ik voor de langdurige GGZ een model zou laten doorrekenen dat dezelfde kenmerken bevat als het model voor de geneeskundige GGZ, aangevuld met een kenmerk voor het gebruik van intramurale GGZ in het voorgaande jaar. Net als in het model voor de geneeskundige GGZ, zal in het model voor de langdurige GGZ het oude kenmerk eenpersoonsadres behouden blijven en het nieuwe kenmerk personen per adres niet worden ingevoerd.

Het doorgerekende model leidt tot een substantieel betere verevenende werking dan het model dat in 2015 is doorgerekend. De onderzoeksresultaten laten zien dat het mogelijk is om een goed risicovereveningsmodel voor de langdurige GGZ te maken. Hierbij geldt echter één belangrijke kanttekening; een goed model lijkt alleen mogelijk door structureel gebruik te maken van een vereveningskenmerk gebaseerd op het gebruik van intramurale GGZ in het voorgaande jaar. Zoals ik in mijn brief van 16 juni heb toegelicht, is dit een onorthodox middel. Daarom zal de komende tijd gezocht worden naar alternatieven. Tijdens het VAO Zvw/risicoverevening heb ik in reactie op een motie van de leden Bruins Slot en Dijkstra toegezegd dat ik uiterlijk 1 juli 2016 een definitief besluit zou nemen over de vraag of de langdurige GGZ risicodragend uitgevoerd kan worden door zorgverzekeraars en dus wel of niet in de Zvw thuishoort. Die ruimte wil ik graag benutten om mij komende tijd te bezinnen op de positionering van de langdurige GGZ. Daarbij spelen naast de risicoverevening ook veel andere overwegingen een rol. Hierover en over



de toekomstagenda voor de GGZ in den brede vinden in het najaar gesprekken plaats met zorgaanbieders en verzekeraars. Daarnaast zal het Zorginstituut aankomend najaar een nader advies uitbrengen over de afbakening in de GGZ tussen de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg. Ook dat advies zal bij de definitieve besluitvorming betrokken worden.

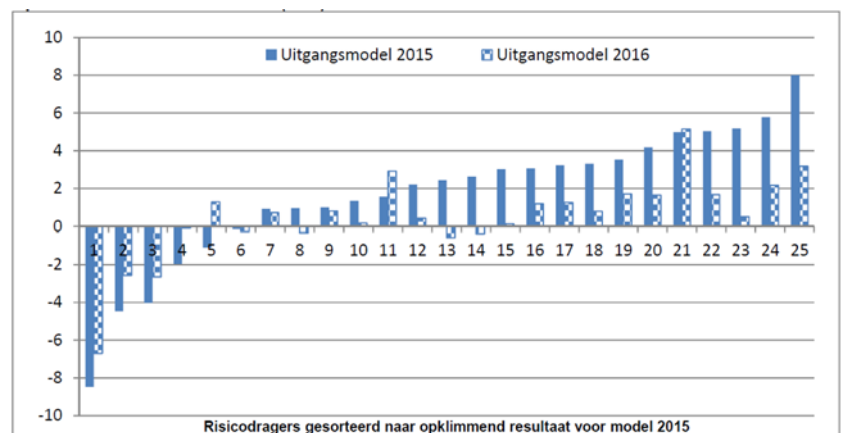
#### *Risicodragendheid verzekeraars 2016*

Zonder vooruit te lopen op de uitkomst van bovengenoemde besluitvorming, wil ik per 2016 een stap zetten in de risicodragendheid van verzekeraars voor de langdurige GGZ. Per 2016 ben ik van plan om een bandbreedte te hanteren van +/- 5 euro per verzekerde en daar buiten het resultaat volledig na te calculeren. Dit stapje wordt gerechtvaardigd door de substantiële verbetering van het model.

Onderstaande figuur laat het resultaat zien van het langdurige GGZ-model 2015 en 2016. De voorgestelde inzet van de bandbreedteregeling heeft in 2016 naar verwachting effect op twee verzekeraars; bij één kleine verzekeraar wordt het verlies naar verwachting begrensd en bij één kleine verzekeraar wordt een klein deel van het positieve resultaat afgeroomd. Voor de overige 23 verzekeraars, met een gezamenlijk marktaandeel van ongeveer 99%, geldt dat zij de langdurige GGZ in 2016 de facto al volledig risicodragend uitvoeren.

Indien de langdurige GGZ in de Zvw blijft, zal per 2017 sprake zijn van volledige risicodragendheid van verzekeraars.

**Figuur 4 Verwachte financiële resultaten in euro's per verzekerdenjaar voor 25 verzekeraars voor de langdurige GGZ (18+)**



### **3.6 Model eigen risico 2016**

In mijn brief van 16 juni had ik aangekondigd dat nog onderzocht werd of de groep verzekerden voor wie op voorhand een forfaitair bedrag wordt toegewezen, wordt uitgebreid. Ik zou u na de zomer zou informeren over de resultaten. Op basis van de doorrekening van iBMG heb ik besloten om bovengenoemde groep verzekerden uit te breiden met verzekerden die positief scoren op een hulpmiddelenkostengroep (HKG). De reden hiervoor is dat verzekerden die worden ingedeeld in een HKG bijna het volledige verplichte eigen risico betalen. Verder hanteer ik het model, zoals ik dat in mijn brief van 16 juni reeds had aangekondigd.

#### **4. Tot slot**

De vormgeving van het risicovereveningssysteem 2016 is gebaseerd op de Zvw en de onderliggende regelgeving. Het Besluit zorgverzekering is gewijzigd om alle elementen voor het vereveningsjaar 2016 vast te leggen. De wijziging van het Besluit zorgverzekering heb ik op 16 juni voorgehangen bij de Eerste en Tweede Kamer. Deze hebt u samen met een aantal andere stukken geagendeerd voor het AO risicoverevening op 23 september 2015. Het besluit om de introductie van het kenmerk personen per adres en de verfijning van het bestaande kenmerk generieke somatische morbiditeit niet door te voeren, vergt een wijziging van het voorgehangen besluit. Na het AO zal ik het ontwerpbesluit op basis van de gewijzigde besluitvorming aanpassen en zo spoedig mogelijk voor advies naar de Raad van State sturen.

De besluitvorming wordt daarnaast verwerkt in de Regeling risicoverevening 2016. De Zvw schrijft voor dat deze regeling vóór 1 oktober wordt gepubliceerd in de Staatscourant. Omdat pas een definitieve regeling kan worden gepubliceerd, nadat de wijziging van het Besluit zorgverzekering is gepubliceerd in het Staatsblad, zal vóór 1 oktober een concept van de regeling worden gepubliceerd. Nadat het Besluit is gepubliceerd, zal ook de definitieve regeling worden gepubliceerd en terugwerken tot 30 september 2015.

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen aan mij gesteld over mijn brief van 16 juni en het voorgehangen ontwerpbesluit. Uiterlijk een week vóór het AO risicoverevening ontvangt u mijn schriftelijke beantwoording.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers