

Monitor Risicoverevening 2012

*Toetsing van de
werking van het
risicovereveningssysteem en
representativiteit van
de beslisinformatie*

18 Mei 2018



'PwC' is het merk waaronder PricewaterhouseCoopers Accountants N.V. (KvK 34180285), PricewaterhouseCoopers Belastingadviseurs N.V. (KvK 34180284), PricewaterhouseCoopers Advisory N.V. (KvK 34180287), PricewaterhouseCoopers Compliance Services B.V. (KvK 51414406), PricewaterhouseCoopers Pensions, Actuarial & Insurance Services B.V. (KvK 54226368), PricewaterhouseCoopers B.V. (KvK 34180289) en andere vennootschappen handelen en diensten verlenen. Op www.pwc.nl treft u meer informatie over deze vennootschappen

Dit rapport is door PricewaterhouseCoopers Pensions, Actuarial and Insurance Services B.V. (PwC) opgesteld in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Ministerie van VWS). De informatie die door PwC is gebruikt in het kader van het opstellen van dit rapport is afkomstig uit (openbare) bronnen en PwC heeft geen werkzaamheden uitgevoerd die het karakter dragen van een accountantscontrole. Er wordt door PwC geen enkele expliciete of impliciete verklaring verstrekt of garantie geboden ten aanzien van de juistheid of de volledigheid van de in dit rapport vervatte informatie en PwC aanvaardt om die reden geen enkele aansprakelijkheid (contractueel, op basis van onrechtmatige daad (inclusief nalatigheid) of anderszins) richting derde partijen.

Managementsamenvatting

Doel Monitor Risicoverevening 2012

Zorgverzekeraars ontvangen een risico-afhankelijke bijdrage vanuit het Zorgverzekeringsfonds (ZVF) via het risicovereveningssysteem voor elk vereveningsjaar (gelijk aan een kalenderjaar). Op deze wijze worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor verwachte verschillen in de zorgkosten tussen verzekerden. Het risicovereveningssysteem beoogt een gelijke uitgangspositie te creëren voor zorgverzekeraars en financiële prikkels tot risicoselectie te reduceren. Daarmee bevordert het risicovereveningssysteem een doelmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Ministerie van VWS) evalueert jaarlijks de werking van het risicovereveningssysteem: de *Monitor Risicoverevening*. Deze evaluatie is gebaseerd op de gerealiseerde zorgkosten en verzekerdenaantallen die vier á vijf jaar na het betreffende vereveningsjaar beschikbaar komen. In opdracht van het Ministerie van VWS heeft PricewaterhouseCoopers (PwC) de evaluatie van het risicovereveningssysteem van het vereveningsjaar 2012 uitgevoerd.

Het doel van deze Monitor is het evalueren van:

- I. *de werking van het risicovereveningssysteem*
De mate waarin het risicovereveningssysteem zorgverzekeraars compenseert voor verschillen in de zorgkosten tussen verzekerden wordt getoetst op macroniveau, op het niveau van portefeuilles van zorgverzekeraars en op het niveau van subgroepen in de Nederlandse Zvw-bevolking. Het verschil tussen vereveningsbijdrage en gerealiseerde zorgkosten – het vereveningsresultaat – geeft inzicht in de werking van het risicovereveningssysteem.
- II. *de representativiteit van de beslisinformatie bij de Overall Toets en de ex ante vaststelling voor de definitieve vaststelling*
In de zomer 2011 voorafgaand aan het vereveningsjaar 2012 worden de ex ante risicovereveningsmodellen voor het vereveningsjaar 2012 vormgegeven: genaamd de Overall Toets. In het najaar van 2011 worden de normbedragen berekend op basis van de ex ante risicovereveningsmodellen. Deze normbedragen worden gebruikt voor vaststelling van de ex ante vereveningsbijdrage. De Overall Toets en ex ante vaststelling voor berekening van de normbedragen zijn gebaseerd op beslisinformatie van drie jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar: 2009 voor vereveningsjaar 2012. De beslisinformatie is representatief gemaakt voor het vereveningsjaar en bevat dan ook geraamde zorgkosten en verzekerdenaantallen voor 2012. Dit onderdeel van de Monitor toetst in hoeverre deze informatie representatief is voor de gerealiseerde zorgkosten en verzekerdenaantallen, zoals in 2017 gebruikt voor de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage van 2012.

Deze samenvatting bevat de conclusies van beide evaluaties. Aan het begin van de hoofdstukken 4, 5, 6 (Deel I) en 8, 9 en 10 (Deel II) worden de meer gedetailleerde conclusies en belangrijkste resultaten gepresenteerd.

Situatieschets vereveningsjaar 2012

Deze Monitor richt zich op de somatische zorgkosten, de kosten voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van verzekerden van 18 jaar en ouder (hierna: gGGZ-kosten) en de opbrengsten van het verplicht eigen risico van verzekerden van 18 jaar en ouder. De vaste kosten van ziekenhuiszorg en de gGGZ-kosten van verzekerden onder de 18 jaar blijven buiten beschouwing, aangezien deze kosten volledig worden nagecalculeerd in 2012 (i.e. zorgverzekeraars dragen geen financieel risico over deze kosten in 2012).

Met betrekking tot de vormgeving van het risicovereveningssysteem van 2012 zijn enkele belangrijke wijzigingen doorgevoerd ten opzichte van het risicovereveningssysteem van 2011. Deze wijzigingen kunnen als volgt worden samengevat (Hoofdstuk 2 geeft een nadere toelichting op deze wijzigingen):

- De set van vereveningskenmerken is uitgebreid en enkele vereveningskenmerken zijn geactualiseerd. Hierdoor is de kracht van de ex ante risicovereveningsmodellen voor het verklaren van de somatische kosten en de gGGZ-kosten verder verbeterd ten opzichte van 2011.
- Flankerend beleid is ingevoerd en macronaïcalculatie is afgeschaft.
- De inzet van ex post maatregelen is afgebouwd, zowel voor de somatische kosten alsmede bij de gGGZ-kosten, ten opzichte van voorgaande jaren. Een overzicht van de ex post maatregelen die in 2012 van toepassing zijn, is opgenomen in Hoofdstuk 2.

In 2012 zijn er 26 risicodragende zorgverzekeraars. Per 1 januari 2012 heeft een fusie plaatsgevonden tussen twee zorgverzekeraars.

Conclusies Deel I: werking van het risicovereveningssysteem

Macroniveau

In 2012 zijn de gerealiseerde zorgkosten op macroniveau lager uitgekomen dan verwacht ten tijde van vaststelling van het macrobudget voor de ex ante vereveningsbijdrage. Dit resulteert in een positief macrovereveningsresultaat voor zowel de somatische zorg (€ 1.402 miljoen) alsmede de gGGZ-zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder (€ 50 miljoen). Door afschaffing van de macronaïcalculatie per 1 januari 2012 wordt een macrovereveningsresultaat achteraf niet meer gecompenseerd.

De vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars wordt gekort met een bedrag ter hoogte van de opbrengsten van het verplicht eigen risico voor verzekerden van 18 jaar en ouder die de zorgverzekeraars innen. De opbrengsten van het verplicht eigen risico leveren in 2012 een negatief macrovereveningsresultaat op van € 118 miljoen. Dit betekent dat de totale opbrengsten van het verplicht eigen risico lager zijn dan de totaal ingehouden korting op de vereveningsbijdragen aan zorgverzekeraars.

Rekening houdend met het vereveningsresultaat voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico, resulteert in 2012 een positief vereveningsresultaat van € 1.334 miljoen op macroniveau.

Zorgverzekeraarsniveau

Op zorgverzekeraarsniveau is het vereveningsresultaat voor en na toepassing van de ex ante risicovereveningsmodellen, flankerend beleid en de ex post maatregelen geanalyseerd. Per maatregel is geanalyseerd in welke mate de spreiding in het vereveningsresultaat van en tussen zorgverzekeraars wordt gereduceerd ten opzichte van een situatie waarin geen risicovereveningssysteem van toepassing is. Hierbij dient te worden opgemerkt dat flankerend beleid niet expliciet als doel heeft om de spreiding in het vereveningsresultaat te reduceren; flankerend beleid beoogt een gelijk speelveld te creëren bij een afwijking van de definitieve macrovereveningsbijdrage met de gerealiseerde macrokosten.

Het risicovereveningssysteem van 2012 heeft het vereveningsresultaat van en tussen zorgverzekeraars gereduceerd voor zowel de somatische kosten alsmede de gGGZ-kosten. De ex ante risicovereveningsmodellen zorgen voor de grootste reductie in de spreiding in het vereveningsresultaat van en tussen zorgverzekeraars, ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem. Voor de somatische kosten is sprake van een

reductie in de spreiding van het vereveningsresultaat van 85 %-punt (van in totaal 88 %). Voor de gGGZ-kosten is sprake van een reductie van 74 %-punt (van in totaal 92 %). Flankerend beleid zorgt voor een zeer lichte toename in de spreiding dan wel heeft geen effect op de spreidingsreductie. De ex post maatregelen zorgen vervolgens voor een additionele reductie van het vereveningsresultaat van en tussen zorgverzekeraars. Voor de somatische kosten betreft dit 3 %-punt en voor de gGGZ-kosten 18 %-punt. De resultaten laten zien dat het risicovereveningssysteem voor de somatische kosten en de gGGZ-kosten bijdraagt aan het creëren van een gelijke uitgangspositie van zorgverzekeraars.

De patronen in de resultaten zijn vergelijkbaar met voorgaande jaren, met inachtneming van wijzigingen in de vormgeving van het risicovereveningssysteem. Voor de somatische kosten is de spreidingsreductie van het ex ante risicovereveningsmodel toegenomen, ten opzichte van voorgaande jaren. De spreidingsreductie door flankerend beleid/ macronaculatie en ex post maatregelen is afgenomen, ten opzichte van voorgaande jaren. Dit is het gevolg van verbetering van de verklaringskracht van het ex ante risicovereveningsmodel in combinatie met de afbouw van ex post maatregelen in 2012. Voor de gGGZ-kosten is de spreidingsreductie van het ex ante risicovereveningsmodel juist afgenomen, ten opzichte van voorgaande jaren. De spreidingsreductie door flankerend beleid/ macronaculatie en ex post maatregelen is toegenomen, ten opzichte van voorgaande jaren. Voor deze resultaten is geen duidelijke verklaring voorhanden. De verschillen van en tussen zorgverzekeraars voor wat betreft de ingehouden korting op de vereveningsbijdrage en de geïnde opbrengsten van het verplicht eigen risico zijn eveneens vergelijkbaar met voorgaande jaren.

Het risicovereveningssysteem beoogt niet het vereveningsresultaat per zorgverzekeraar en de spreiding in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars volledig weg te nemen. Verschillen in zorgkosten tussen zorgverzekeraars als gevolg van verschillen in doelmatigheid van de uitvoering van de Zvw dienen niet te worden gecompenseerd via het risicovereveningssysteem.

Subgroepniveau

Ook op het niveau van subgroepen in de Zvw-bevolking is de werking van de ex ante risicovereveningsmodellen voor zowel de somatische kosten alsmede de gGGZ-kosten getoetst. In overleg met het Ministerie van VWS en de begeleidingscommissie is een set van subgroepen gekozen ter indicatie van de werking van het risicovereveningssysteem. Dit zijn subgroepen op basis van kosten uit het voorgaande jaar en subgroepen op basis van samenhang tussen een somatische en psychische aandoening in combinatie met leeftijd. Subgroepen die expliciet zijn opgenomen in de ex ante risicovereveningsmodellen middels de vereveningskenmerken zijn niet apart geanalyseerd, aangezien de ex ante risicovereveningsmodellen deze subgroepen naar verwachting gemiddeld genomen adequaat compenseren. Flankerend beleid en de ex post maatregelen blijven buiten beschouwing in deze analyse. Deze maatregelen worden uitgevoerd op het niveau van zorgverzekeraars waardoor het niet mogelijk is deze maatregelen toe te wijzen aan subgroepen in de Zvw-bevolking.

Het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische zorg voor 2012 is in staat verschillen in zorgkosten voor de meeste onderzochte subgroepen in de Zvw-bevolking adequaat te compenseren, dan wel is sprake van een lichte onder- of overcompensatie. Het risicovereveningsmodel voor de gGGZ is in staat voor enkele van de onderzochte subgroepen – die het overgrote deel van de verzekerden van 18 jaar en ouder beslaan – verschillen in de zorgkosten gemiddeld genomen adequaat te compenseren. Daarmee dragen deze risicovereveningsmodellen bij aan het creëren van een gelijke uitgangspositie voor zorgverzekeraars en het reduceren van financiële prikkels tot risicoselectie.

Echter, op een aantal van de onderzochte subgroepen zijn bij beide risicovereveningsmodellen ook behoorlijke gemiddelde onder- en overcompensaties waargenomen. Voor enkele onderzochte subgroepen ontvangen zorgverzekeraars gemiddeld genomen een te lage vereveningsbijdrage in verhouding tot de zorgkosten van deze subgroepen ontvangen. Voor de somatische zorg zijn dit onder andere subgroepen met verzekerden met de

hoogste 1 %, 4 % - 5 % en 10 % - 15 % zorgkosten in het voorgaande jaar, verzekerden jonger dan 18 jaar met een somatische aandoening¹ en verzekerden van 18 jaar en ouder met een psychische aandoening² zonder een somatische aandoening. Voor de gGGZ-kosten zijn dit onder andere verzekerden met de hoogste 1 %, 2 % - 3 % en 4 % - 5 % zorgkosten in het voorgaande jaar. Voor andere onderzochte subgroepen ontvangen zorgverzekeraars gemiddeld genomen een te hoge vereveningsbijdrage in verhouding tot de zorgkosten van deze subgroepen. Dit zijn onder andere subgroepen met verzekerden met lage kosten of geen kosten in het voorgaande jaar, zowel voor de somatische zorg als de gGGZ-kosten. Voor de somatische kosten betreffen dit subgroepen met verzekerden van 18 jaar en ouder met een somatische aandoening (ongeacht een psychische aandoening). Voor de gGGZ-kosten betreffen dit subgroepen met verzekerden met een psychische aandoening (ongeacht een somatische aandoening).

Conclusies Deel II: representativiteit beslisinformatie

Representativiteit op zorgverzekeraarsniveau

Op zorgverzekeraarsniveau is de mate van samenhang geanalyseerd van de vereveningsbijdrage, zorgkosten en het vereveningsresultaat tussen de verschillende vaststellingsmomenten (Overall Toets, ex ante vaststelling en definitieve vaststelling). Verschuivingen in de vereveningsbijdrage, zorgkosten en vereveningsresultaat zijn (grafisch) inzichtelijk gemaakt. Deze analyse is uitgevoerd ter indicatie van de representativiteit van de beslisinformatie op het niveau van portefeuilles van zorgverzekeraars.

De vereveningsbijdrage en de zorgkosten op zorgverzekeraarsniveau blijken tussen de verschillende vaststellingsmomenten (Overall Toets, ex ante vaststelling en definitieve vaststelling) een sterke mate van samenhang te vertonen. Dit geldt zowel voor de somatische kosten als de gGGZ-kosten. Ook de vereveningsresultaten op de verschillende vaststellingsmomenten vertonen samenhang, echter deze is minder sterk dan bij de vereveningsbijdrage en de zorgkosten. Verschuivingen in de vereveningsbijdrage, zorgkosten en het vereveningsresultaat kunnen (deels) worden verklaard door wijzigingen van de omvang in combinatie met de portefeuillesamenstelling van deze zorgverzekeraar als gevolg van overstapedrag van verzekerden. Ook andere factoren kunnen een rol spelen, zoals inkoop-effecten en wijzigingen in de zorgvraag van verzekerden.

Representativiteit op enkelvoudige risicoklassen en subgroepen

Op het niveau van enkelvoudige risicoklassen en subgroepen in de Zvw-bevolking is geanalyseerd in welke mate de geraamde zorgkosten en verzekerdenaantallen ten tijde van de Overall Toets en ex ante vaststelling aansluiten op de gerealiseerde cijfers bij de definitieve vaststelling. De uitgevoerde analyses geven inzicht in de representativiteit van de beslisinformatie.

De uitgevoerde analyses in deze Monitor leveren geen overtuigend bewijs voor de conclusie dat de beslisinformatie ten tijde van de Overall Toets en de ex ante vaststelling niet representatief is voor de gerealiseerde cijfers. Dit geldt zowel voor de somatische kosten alsmede de gGGZ-kosten.

Verschillen tussen de geraamde cijfers en gerealiseerde cijfers zijn onontkoombaar. Verschillen zijn geconstateerd voor zowel op het niveau van enkelvoudige risicoklassen, zoals expliciet opgenomen in de ex ante risicovereveningsmodellen voor de somatische kosten en de gGGZ-kosten, als voor enkele onderzochte subgroepen die niet expliciet zijn opgenomen in deze risicovereveningsmodellen (i.e. subgroepen op basis van samenhang tussen een somatische aandoening en psychische aandoening in combinatie met leeftijd). Opvallende verschillen zijn geconstateerd bij het vereveningskenmerk 'meerjarig hoge kosten' (MHK) in het ex

¹ Somatische aandoening aangeduid op basis van specifiek medicijngebruik in het voorgaande jaar, een specifieke ziekenhuisopname of meerjarige hoge kosten (conform de definities van vereveningskenmerken in het somatische risicovereveningsmodel).

² Psychische aandoening aangeduid op basis specifiek medicijngebruik of kosten in het voorgaande jaar boven de € 550 en onder € 2.750 (conform de definities van de vereveningskenmerken in het gGGZ-risicovereveningsmodel).

ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten en het vereveningskenmerk 'sociaaleconomische status' (SES) in zowel het risicovereveningsmodel voor de somatische kosten alsmede het risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten. Bij de uitvoering van het risicovereveningssysteem zijn deze verschillen eerder naar voren gekomen. Dit heeft geleid tot aanpassing van de methodiek voor vaststelling van de verzekerdenraming voor het vereveningskenmerk MHK in 2014 en herdefinitie van het vereveningskenmerk SES in 2014 en 2015.

Voor de uitvoering van het risicovereveningssysteem is het van belang te evalueren in welke mate deze verschillen structureel zijn, dan wel dat zij bijzonderheden van een vereveningsjaar reflecteren. Deze analyse naar representativiteit op het niveau van enkelvoudige risicoklassen en subgroepen is nieuw ten opzichte van voorgaande edities van de Monitor. Hierdoor is vergelijking van de resultaten met voorgaande jaren niet mogelijk. Het is relevant de uitgevoerde analyses te continueren bij evaluatie van het risicovereveningssysteem voor toekomstige vereveningsjaren.

Representativiteit op individuniveau: herschatting ex ante risicovereveningsmodel op gerealiseerde cijfers

De ex ante risicovereveningsmodellen voor de somatische kosten en de gGGZ-kosten zijn herschat op de gerealiseerde cijfers om de representativiteit van de beslisinformatie te evalueren. De verklaringskracht van de ex ante risicovereveningsmodellen op de verschillende vaststellingsmomenten (Overall Toets, ex ante vaststelling en definitieve vaststelling) en de herschatte ex ante risicovereveningsmodellen is geanalyseerd. Tevens is geanalyseerd in hoeverre de normbedragen ten tijde van de Overall Toets en de ex ante vaststelling aansluiten op de normbedragen van de herschatte ex ante risicovereveningsmodellen.

De analyses tonen dat de orde van grootte van de verklaringskracht van het ex ante risicovereveningsmodel voor zowel de somatische kosten als de gGGZ-kosten vergelijkbaar is op de verschillende vaststellingsmomenten. Wel zijn er (kleine) verschillen in de verklaringskracht van beide ex ante risicovereveningsmodellen. Enerzijds tussen de Overall Toets en ex ante vaststelling (op basis van geraamde cijfers). Anderzijds tussen de definitieve vaststelling en herschatting (op basis van gerealiseerde cijfers). Bij het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten is dit verschil iets groter dan bij het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten. Dit verschil in verklaringskracht is het gevolg van wijzigingen in de (patronen van) onderliggende cijfers, aangezien de ex ante risicovereveningsmodellen precies hetzelfde zijn qua vormgeving op de verschillende vaststellingsmomenten.

De normbedragen van de herschatte ex ante risicovereveningsmodellen voor de somatische kosten en de gGGZ-kosten blijken over het algemeen niet substantieel af te wijken van de normbedragen van deze risicovereveningsmodellen ten tijde van de Overall Toets en de ex ante vaststelling, indien deze afwijking wordt gerelateerd aan de gemiddelde kosten (afzonderlijk voor de somatische kosten en de gGGZ-kosten). Het is opvallend dat, voor het risicovereveningsmodel voor de somatische kosten, de afwijking in de normbedragen tussen de ex ante vaststelling en de herschatting over het algemeen niet kleiner is dan tussen de Overall Toets en de herschatting. Daarnaast valt op dat de afwijking relatief groot is bij de vereveningskenmerken MHK, SES en leeftijd/ geslacht. Zoals eerder vermeld, zijn verbeteringen voor de vereveningskenmerken MHK en SES doorgevoerd in de uitvoering van het risicovereveningssysteem in 2014 en 2015. De verschillen bij het vereveningskenmerk leeftijd/geslacht worden verklaard door verschuivingen bij andere vereveningskenmerken, waarmee dit vereveningskenmerk (sterk) samenhangt. Voor het risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten is de afwijking in de normbedragen tussen de ex ante vaststelling en de herschatting over het algemeen kleiner dan tussen de Overall Toets en de herschatting. Dit betekent dat de herweging voor de verzekerdenraming en schaling naar het Macro Prestatie Bedrag positief hebben bijgedragen aan de representativiteit van de informatie.

Tot slot

Het risicovereveningssysteem van 2012 draagt bij aan het creëren van een gelijke uitgangspositie van zorgverzekeraars, het reduceren van financiële prikkels tot risicoselectie en daarmee het bevorderen van een doelmatige uitvoering van de Zvw. Daarnaast kan op basis van de uitgevoerde analyses in onderhavige Monitor niet worden geconcludeerd dat de beslisinformatie ten tijde van de Overall Toets en de ex ante vaststelling niet representatief is voor de gerealiseerde cijfers.

Het verdient aanbeveling de analyses in deze Monitor te continueren voor toekomstige jaren. Dergelijke analyses leveren additioneel inzicht in de werking van het risicovereveningssysteem en de representativiteit van de beslisinformatie. Mogelijk leiden deze analyses tot aanknopingspunten voor onderzoek naar de doorontwikkeling van de ex ante risicovereveningsmodellen en voor onderzoek naar verdere verbetering van het proces voor het representatief maken van de beslisinformatie.

PricewaterhouseCoopers Pensions, Actuarial and Insurance Services B.V.

Inhoudsopgave

Deel O. Inleiding en beschrijving risicovereveningssysteem

1.	<i>Inleiding</i>	12
1.1.	Achtergrond	13
1.2.	Monitor Risicoverevening 2012	14
1.3.	Leeswijzer	15
2.	<i>Beschrijving Risicovereveningssysteem 2012</i>	17
2.1.	Deelbedragen	17
2.2.	Ex ante Risicovereveningsmodellen	18
2.3.	Flankerend beleid en ex post maatregelen	20

Deel I. Toetsing werking risicovereveningssysteem

3.	<i>Beschrijving data en methode van de analyses voor interpretatie resultaten</i>	25
3.1.	Gebruikte bronbestanden	25
3.2.	Definitieve vaststelling: analysemomenten	26
4.	<i>Resultaten op macroniveau</i>	28
4.1.	Doel en definitie begrippen voor interpretatie resultaten	29
4.2.	Macrobudget, -kosten en -vereveningsresultaat	29
4.3.	Somatische kosten	30
4.4.	gGGZ-kosten voor verzekerden van 18 jaar en ouder	32
4.5.	Opbrengsten verplicht eigen risico voor verzekerden van 18 jaar en ouder	33
5.	<i>Resultaten op zorgverzekeraarsniveau</i>	34
5.1.	Doel en definitie begrippen voor interpretatie resultaten	36
5.2.	Somatische kosten	38
5.3.	gGGZ-kosten voor verzekerden van 18 jaar en ouder	45
5.4.	Opbrengsten verplicht eigen risico voor verzekerden van 18 jaar en ouder	51
6.	<i>Resultaten op subgroepniveau</i>	56
6.1.	Doel en definitie begrippen voor interpretatie resultaten	58
6.2.	Somatische kosten	60
6.3.	gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder	63

Deel II. Representativiteit van beslisinformatie

7.	Beschrijving data en methode van de analyses voor interpretatie resultaten	67
7.1.	Gebruikte databestanden	67
7.2.	Analyse vaststellingsmomenten	67
8.	Representativiteit op zorgverzekeraarsniveau	69
8.1.	Doel en definitie begrippen voor interpretatie resultaten	70
8.2.	Somatische kosten	70
8.3.	gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder	74
9.	Representativiteit op enkelvoudige risicoklassen en subgroepen	77
9.1.	Doel en definitie begrippen voor interpretatie resultaten	78
9.2.	Somatische kosten	79
9.3.	gGGZ-kosten voor verzekerden van 18 jaar en ouder	85
10.	Representativiteit op individuniveau: herschatting ex ante risicovereveningsmodellen op gerealiseerde cijfers	90
10.1.	Doel en definitie begrippen voor interpretatie resultaten	92
10.2.	Somatische kosten	93
10.3.	gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder	95

Bijlagen

A.	Achtergrond Risicovereveningssysteem	98
A.1.	Financiering Zvw	98
A.2.	Uitvoering risicovereveningssysteem	99
A.3.	Vereveningsbijdrage: ex ante en ex post	99
A.4.	Overzicht wijzigingen risicovereveningssysteem 2007 – 2012	100
B.	Gebruikte bestanden en aansluiting	103
B.1.	Bestanden Deel I: Macro- en zorgverzekeraarsanalyse	103
B.2.	Bestanden Deel I (subgroepenanalyse) en Deel II	104
B.3.	Aanvullende bestanden Deel II	105
B.4.	Beschrijvende statistieken vaststellingsmomenten na uitgevoerde bewerkingen Deel II	106
C.	Verantwoording uitgangspunten en bewerkingen	108
C.1.	Deel I: uitgangspunten en bewerkingen per analyse	108
C.2.	Deel II: uitgangspunten en bewerkingen per analyse	109

D.	Reproductie ex ante vaststelling: herweging verzekerdensraming en schaling MPB	112
D.1.	Risicovereveningsmodel somatische zorg	112
D.2.	Risicovereveningsmodel gGGZ	112
E.	Aanvullende resultaten zorgverzekeraarsanalyse voor deelbedragen somatische kosten (Deel I)	113
E.1.	Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding voor variabele kosten ziekenhuiszorg (A-segment en B-segment)	113
E.2.	Gewogen gemiddeld vereveningsresultaat, reikwijdte en spreidingsreductie voor overige prestaties	115
F.	Aanvullende resultaten subgroepenanalyse (Deel I)	117
F.1.	Somatische kosten	117
F.2.	gGGZ-kosten van verzekerden 18 jaar en ouder	117
G.	Herschattting ex ante risicovereveningsmodellen: gemiddeld vereveningsresultaat per risicoklasse	118
G.1.	Risicovereveningsmodel voor de somatische kosten	118
G.2.	Risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder	119
H.	Afkortingenlijst	120
I.	Begrippenlijst	121
J.	Referenties	125



***Inleiding en beschrijving
risicovereveningssysteem***

1. Inleiding

1.1. Achtergrond

1.1.1. Belang van het risicovereveningssysteem

Sinds 2006 is de Zorgverzekeringswet (Zvw) van kracht. Iedere Nederlandse burger is verplicht een basisverzekering af te sluiten. Zorgverzekeraars accepteren iedere Nederlandse burger voor deze basisverzekering (i.e. acceptatieplicht*). Ook dienen zorgverzekeraars iedere Nederlandse burger dezelfde premie te vragen voor dezelfde basisverzekeringpolis (i.e. verbod op premiedifferentiatie*). De acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie borgen dat iedere Nederlandse burger, ongeacht leeftijd, geslacht en gezondheid(risico), toegang heeft tot medisch noodzakelijke zorg vanuit de basisverzekering. Dit betekent dat verschillen in zorgkosten tussen verzekerden, als gevolg van verschillen in behoefte aan medische zorg, niet in uitdrukking kunnen komen in de hoogte van de premie voor de basisverzekering.

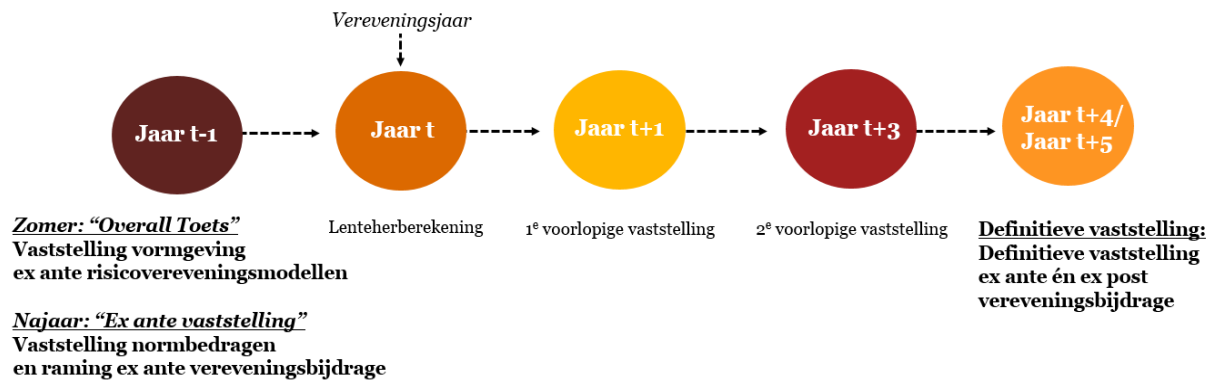
Het *risicovereveningssysteem** compenseert zorgverzekeraars voor (verwachte) verschillen in zorgkosten tussen verzekerden. Een zorgverzekeraar met een hoog-risico verzekerdenportefeuille – bijvoorbeeld een bovengemiddeld percentage ouderen en/ of chronisch zieken – ontvangt een hogere vereveningsbijdrage dan een zorgverzekeraar met meer een laag-risico verzekerdenportefeuille. Zonder een risicovereveningssysteem (gegeven een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie) is sprake van een ongelijke uitgangspositie voor zorgverzekeraars, omdat een doelmatige zorgverzekeraar met een hoog-risico verzekerdenportefeuille wordt gedwongen een hogere premie te vragen dan een ondoelmatige zorgverzekeraar met een laag-risico verzekerdenportefeuille. Tevens is in deze situatie risicoselectie* lonend. Het risicovereveningssysteem beoogt een gelijke uitgangspositie voor zorgverzekeraars te creëren en financiële prikkels tot risicoselectie weg te nemen en daarmee een doelmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars te bevorderen.

1.1.2. Uitvoering risicovereveningssysteem

Zorgverzekeraars ontvangen voor elk vereveningsjaar (dit is gelijk aan een kalenderjaar) een vereveningsbijdrage. Deze bijdrage bestaat uit een *ex ante* bijdrage en een *ex post* bijdrage. In de zomer voorafgaand aan het vereveningsjaar wordt een besluit genomen over de vormgeving van de *ex ante* risicovereveningsmodellen*, die voor het betreffende vereveningsjaar gelden. Deze fase wordt de Overall Toets* (OT) genoemd. In het najaar voorafgaand aan het vereveningsjaar worden de normbedragen vastgesteld en wordt door het Zorginstituut Nederland (ZINL) per risicodragende zorgverzekeraar (hierna: zorgverzekeraar) de *ex ante* vereveningsbijdrage geraamd. Vier of vijf jaar na het betreffende vereveningsjaar worden de vereveningsbijdragen definitief vastgesteld op basis van gerealiseerde zorgkosten en verzekerdenaantallen. Figuur 1.1.2-1 geeft een schematische weergave van de vaststellingsmomenten in de uitvoering van het risicovereveningssysteem.

* Zie Bijlage I voor een begrippenlijst. In vervolg van deze rapportage worden begrippen in de begrippenlijst met een * aangeduid.

Figuur 1.1.2-1 Vaststellingsmomenten in de uitvoering van het risicovereveningssysteem.



1.2. Monitor Risicoverevening 2012

Een goede werking van het risicovereveningssysteem is zeer belangrijk voor het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), heeft in haar brief aan de Tweede Kamer van 6 maart 2012 aangekondigd dat zij jaarlijks de werking van het risicovereveningssysteem evalueert op basis van gerealiseerde zorgkosten en verzekerdenaantallen. Deze evaluatie wordt de "Monitor Risicoverevening" genoemd (hierna: Monitor).

In opdracht van het Ministerie van VWS voert PricewaterhouseCoopers (PwC) de Monitor voor vereveningsjaar 2012 uit. Onderhavig rapport is het resultaat van deze evaluatie. De uitvoering van deze Monitor is begeleid door een commissie van vertegenwoordigers van het Ministerie van VWS, het ZINL, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en individuele zorgverzekeraars.

1.2.1. Doel

Het doel van deze Monitor is tweeledig.

- I. *Evalueren van de werking van het risicovereveningssysteem*
Deze Monitor toetst in welke mate het risicovereveningssysteem zorgverzekeraars in 2012 compenseert voor (verwachte) verschillen in de zorgkosten tussen verzekerden. Dit wordt getoetst op drie analyseniveaus: macro, zorgverzekeraars, en subgroepen. De analyses vinden plaats op het moment van de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdragen op basis van *gerealiseerde* zorgkosten en verzekerdenaantallen. De analyses verschaffen inzicht in welke mate de definitief vastgestelde vereveningsbijdragen aansluiten op de gerealiseerde zorgkosten;

en

- II. *Evalueren van de representativiteit van de beslisinformatie bij de Overall Toets en de ex ante vaststelling voor de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage*
Deze Monitor evalueert de representativiteit van de informatie die wordt gebruikt tijdens de OT voor vaststelling van de vormgeving van de ex ante risicovereveningsmodellen voor de uiteindelijke situatie bij de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdragen. Tijdens de OT wordt informatie van drie of meer voorgaande jaren gebruikt, die representatief is gemaakt voor het vereveningsjaar (i.e. voor 2012 wordt informatie uit 2009 en voorgaande jaren gebruikt). Dit deel van de Monitor analyseert in welke mate deze informatie afwijkt van de uiteindelijk gerealiseerde zorgkosten en verzekerdenaantallen van 2012 en trekt op basis daarvan conclusies over de representativiteit van deze informatie voor de definitieve vaststelling. In deze analyse worden de volgende vaststellingsmomenten met elkaar

vergeleken: OT in de zomer 2011, de ex ante vaststelling in het najaar 2011 en de definitieve vaststelling van vereveningsjaar 2012 in 2017.

1.2.2. Reikwijdte

De reikwijdte van de Monitor is gewijzigd ten opzichte van voorgaande edities van de Monitor (voor de jaren 2006 tot en met 2011). De Monitor voor 2012 omvat de volgende nieuwe onderdelen:

- Toetsing van de werking van het risicovereveningssysteem op niveau van subgroepen.
- Uitbreiding van de toetsing van de representativiteit van de beslisinformatie met analyses op het niveau van subgroepen en een herschatting van de ex ante risicovereveningsmodellen op gerealiseerde cijfers.

Deze Monitor gaat bij de toetsing van de werking van het risicovereveningssysteem uit van de definitieve vaststelling* van de vereveningsbijdragen. Bij de analyse naar de representativiteit van de beslisinformatie worden de OT*, de ex ante vaststelling* en definitieve vaststelling met elkaar vergeleken. Analyse van de tussentijdse vaststellingsmomenten (lenteherberekening, 1^e voorlopige vaststelling en 2^e voorlopige vaststelling) zijn geen onderdeel van deze Monitor (zie Figuur 1.1.2-1). Onderhavige Monitor gaat dan ook niet in op de kwaliteit van het uitvoeringsproces van deze tussentijdse vaststellingsmomenten.

Deze Monitor heeft betrekking op 2012. Cijfers van voorgaande jaren worden overgenomen uit een eerdere editie van de Monitor (Monitor 2011 – KPMG, 2017). Op deze cijfers zijn geen controles of nadere analyses uitgevoerd.

Deze Monitor trekt conclusies over de werking van het risicovereveningssysteem op verschillende analyseniveaus en de representativiteit van de beslisinformatie in 2012. Belangrijk te benadrukken is dat de analyse op het niveau van subgroepen aantoont hoe goed het risicovereveningssysteem werkt voor de gedefinieerde subgroepen. Op basis hiervan kunnen geen conclusies worden getrokken over de werking van het risicovereveningssysteem voor andere subgroepen. Deze Monitor doet dan ook geen uitspraak over, of, en in welke mate de beleidsdoelen van het risicovereveningssysteem worden gerealiseerd. Daarnaast wordt geen uitspraak gedaan over, of, in welke mate en hoe het risicovereveningssysteem verder dient te worden verbeterd. Dergelijke conclusies vallen buiten de doelstelling en reikwijdte van deze Monitor. Indien opvallende resultaten worden geconstateerd, leidt dit tot aanbevelingen om de werking van het risicovereveningssysteem of het representatief maken van de beslisinformatie van het *meest recente* vereveningsjaar voor de uitvoering van de ex ante vereveningsbijdragen (i.e. op moment van deze Monitor het vereveningsjaar 2019) nader te onderzoeken.

1.3. Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft het risicovereveningssysteem in 2012. Hierin wordt de vormgeving van de ex ante risicovereveningsmodellen en de inzet van ex post maatregelen* toegelicht.

Vervolgens is de onderhavige rapportage opgebouwd uit twee onderdelen:

- *Deel I:* Toetsing risicovereveningssysteem (Hoofdstukken 3 t/m 6)
- *Deel II:* Toetsing representativiteit van de beslisinformatie (Hoofdstukken 7 t/m 11)

Deel I toetst de werking van het risicovereveningssysteem van 2012, zoals beschreven in Hoofdstuk 2. Dit gebeurt achtereenvolgens op macroniveau, zorgverzekeraarsniveau en subgroepniveau. Op elk van deze analyseniveaus wordt ingegaan op de werking van het risicovereveningssysteem.

Deel II van deze Monitor gaat in op de representativiteit van de informatie tijdens de OT (in 2011), de zogenaamde beslisinformatie, voor de uiteindelijke situatie in 2012 (zoals vier of vijf jaar na het vereveningsjaar geconstateerd). Achtereenvolgens wordt ingegaan op de representativiteit van de beslisinformatie voor de risicovereveningsmodellen die van toepassing zijn in 2012.

2. *Beschrijving* *Risicovereveningssysteem 2012*

Dit hoofdstuk beschrijft de vormgeving van het risicovereveningssysteem in 2012. Het risicovereveningssysteem verdeelt het totale Macro Prestatie Bedrag* (MPB) onder de zorgverzekeraars. Het MPB is opgebouwd uit deelbedragen. Deze deelbedragen omvatten verschillende typen zorgkosten onder de Zvw. De deelbedragen worden onderscheiden, omdat verschillende ex ante risicovereveningsmodellen en ex post maatregelen van toepassing zijn op verschillende typen zorgkosten. Hieronder worden de deelbedragen die van toepassing zijn in 2012 toegelicht.

Het risicovereveningssysteem in 2012 bestaat uit drie ex ante risicovereveningsmodellen, flankerend beleid en een aantal ex post maatregelen (hieronder nader toegelicht). De ex ante risicovereveningsmodellen worden gebruikt om de ex ante vereveningsbijdrage vast te stellen. Flankerend beleid en de ex post maatregelen worden gebruikt om de ex post vereveningsbijdrage vast te stellen. Dit is een op- of afslag op de ex ante vereveningsbijdrage. De ex ante vereveningsbijdrage plus de ex post vereveningsbijdrage vormt de definitieve vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars.

2.1. *Deelbedragen*

In 2012 zijn de deelbedragen die worden onderscheiden in te delen in de somatische kosten*, de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (gGGZ) kosten* en de vaste kosten van ziekenhuiszorg*. Daarnaast worden de opbrengsten van het verplicht eigen risico* onderscheiden.

Somatische kosten

De somatische kosten omvatten de variabele kosten van ziekenhuiszorg (A-segment* en B-segment*) en overige prestaties*. In 2012 zijn dit aparte deelbedragen.

- *Variabele kosten van ziekenhuiszorg: A-segment en B-segment*

De variabele kosten van ziekenhuiszorg zijn de kosten voor medisch specialistische zorg. Deze zorg wordt gedeclareerd op basis van een Diagnose Behandel Combinatie* (DBC). Een DBC is een zorgproduct. Per 2012 is een nieuw declaratiesysteem in ziekenhuizen ingevoerd: de DBC's op weg naar Transparantie (DOT)³.

De DBC's in 2012 zijn onder te verdelen in een gereguleerd segment (A-segment) en een vrij onderhandelbaar segment (B-segment). Zorgverzekeraars kunnen binnen het A-segment met zorgaanbieders alleen contractafspraken maken over het volume van de DBC. De prijzen van DBC's in het A-segment zijn vastgesteld door de overheid. In 2012 omvat het A-segment circa 30 % van alle DBC's, in 2011 was dit circa 70 %. De variabele kosten van ziekenhuiszorg in het vrije B-segment zijn de kosten voor medische specialistische zorg voor zorgproducten waarover zorgverzekeraars met zorgaanbieders contractafspraken kunnen maken over prijs en volume. In 2012 omvat het B-segment circa 70 % van alle DBC's. In 2011 was dit circa 30 %.

- *Overige prestaties*

De overige prestaties zijn de kosten van alle type zorg onder de Zvw, die niet tot de medisch specialistische zorg behoren. Dit zijn de kosten voor ambulancevervoer, huisartsenzorg, paramedische zorg, farmacie, hulpmiddelen, verloskundezorg, kraamzorg, tandartsenzorg en extramurale diagnostiek.

³ Vanwege de reikwijdte van de Monitor wordt niet dieper ingegaan op dit nieuwe declaratiesysteem voor ziekenhuizen.

gGGZ-kosten

De kosten voor de gGGZ zijn op te delen in de kosten voor verzekerden van 18 jaar en ouder en voor verzekerden jonger dan 18 jaar.

- *gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder*

De kosten voor gGGZ van verzekerden van 18 jaar en ouder zijn kosten waarover zorgverzekeraars in 2012 risico dragen. In 2012 is sprake van functiegerichte budgettering. Per GGZ-instelling is een budget vastgesteld. Indien de opbrengsten afwijken van het budget vindt door de GGZ-instelling een verrekening plaats met de zorgverzekeraar (dit wordt *opbrengstverrekening** genoemd). Deze afwijking kan worden veroorzaakt doordat het aantal verzekerden die zorg nodig hebben, of de type zorgverlening, anders is dan vooraf ingeschat.

Per 1 januari 2012 is een eigen bijdrage ingevoerd voor gebruik van tweedelijnszorg en verblijf van de gGGZ. Deze Monitor gaat uit van de gGGZ-kosten zoals aangeleverd in de bestanden. De eigen bijdrage die verzekerden hebben betaald wordt hierin niet meegenomen en niet nader onderzocht in deze Monitor.

- *gGGZ-kosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar*

De gGGZ-kosten voor kinderen en adolescenten zijn kosten waarover zorgverzekeraars in 2012 geen risico dragen. Deze kosten worden achteraf volledig gecompenseerd (i.e. ex post maatregel 100 % nacalculatie, zie paragraaf 2.3.3).

Vaste kosten van ziekenhuiszorg

Onder de vaste kosten vallen 25 % van de kosten van DBC's in het gereguleerde A-segment, 100% van de kosten van expertproducten en add-ons voor intramurale (dure) geneesmiddelen* (zoals TNF-alfa-remmers), Intensive Care (IC), hemostatica (stollingsmiddelen) en nog enkele andere typen kosten (Regeling risicoverevening 2012). Deze kosten worden achteraf volledig vergoed (i.e. 100 % nacalculatie, zie paragraaf 2.3.3). Zorgverzekeraars dragen in 2012 geen risico over deze kosten.

Opbrengsten verplicht eigen risico

In 2012 geldt een verplicht eigen risico van € 220 voor verzekerden van 18 jaar en ouder. De opbrengsten van het verplicht eigen risico innen zorgverzekeraars van hun verzekerden. Deze opbrengsten worden dan ook ingehouden op de vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars. Om de in te houden korting te bepalen worden de opbrengsten van het verplicht eigen risico berekend aan de hand van een ex ante risicovereveningsmodel.

De Monitor richt zich op de somatische kosten van alle Zvw-verzekerden en de gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder. Ook zijn de opbrengsten van het verplicht eigen risico onderdeel van deze Monitor⁴. De gGGZ-kosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar en de vaste kosten van ziekenhuiszorg vallen buiten de analyses in deze Monitor. Deze kosten worden achteraf volledig vergoed en daardoor is geen ex ante risicovereveningsmodel van toepassing.

2.2. Ex ante Risicovereveningsmodellen

In 2012 is sprake van drie ex ante risicovereveningsmodellen:

- model voor de somatische kosten.
- model voor de gGGZ-kosten.

⁴ Bij de toetsing van de werking van het risicovereveningssysteem op macro- en zorgverzekeraarsniveau (Deel I). De andere analyses in deze Monitor zijn voor het eigen risico model niet mogelijk op basis van de beschikbare gegevens in de aangeleverde bestanden.

- model voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico.

Tabel 2.2-1 geeft een overzicht van de ex ante risicovereveningsmodellen. In de volgende paragrafen (2.2.1 tot en met 2.2.3) volgt een beknopte beschrijving van de modellen. Ten behoeve van de interpretatie van de resultaten in deze Monitor ten opzichte van resultaten uit de Monitor van 2011, worden in de omschrijving de belangrijkste modelwijzigingen ten opzichte van 2011 toegelicht. Bijlage A geeft een meer uitgebreide toelichting op de verschillende modellen en modelwijzigingen over afgelopen jaren.

Tabel 2.2-1 Overzicht ex ante risicovereveningsmodellen in 2012

Somatische kosten		gGGZ-kosten (≥ 18 jaar)		Opbrengsten verplicht eigen risico (≥ 18 jaar)	
Vereveningskenmerken ^{a, b}	#	Vereveningskenmerken ^a	#	Forfaitaire groep ^b	
Leeftijd/geslacht	40	Leeftijd/geslacht	30	Forfaitaire groep ^b (bedrag van € 220): Verzekerden ingedeeld in een positieve risicoklasse van de Farmacie Kostengroepen voor de somatische kosten.	
Aard van Inkomen	17	Aard van Inkomen	17		
Sociaal Economische Status	12	Sociaal Economische Status	8		
Regio	10	Regio voor gGGZ	10		
Farmacie Kostengroepen	26	Psychische Farmacie Kostengroepen	6		
Diagnose Kostengroepen	14	Wel/niet éénpersoonsadres	2		Niet-forfaitaire groep ^b
Meerjarig Hoge Kosten	7	Ggz-kosten lage kostendrempel	2		(bedrag wordt berekend)
		Ggz-kosten hoge kostendrempel	2	Vereveningskenmerken ^a	#
				Leeftijd/geslacht	30
				Aard van Inkomen	17
				Regio	10
Totaal # risicoklassen^b	126	Totaal # risicoklassen^b	77	Totaal # risicoklassen^b	57

Voetnoot Tabel 2.2.-1

- a. Een gedetailleerde beschrijving van de vereveningskenmerken is te vinden in WOR 581.
b. Definitie is opgenomen in de Begrippenlijst (Bijlage I).

2.2.1. Somatische kosten

Het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische zorgkosten van 2012 bestaat uit zeven vereveningskenmerken* met in totaal 126 risicoklassen* (Tabel 2.2-1). Deze vereveningskenmerken zijn uitgebreid beschreven in WOR 581. Met dit model worden de somatische kosten van alle verzekerden in de Zvw-bevolking geschat. Dit leidt per vereveningskenmerk tot een normbedrag voor elke risicoklasse. De normbedragen worden gebruikt voor vaststelling van de ex ante vereveningsbijdrage.

Modelwijzigingen in 2012 ten opzichte van 2011

Ten opzichte van het risicovereveningsmodel voor 2011 hebben twee belangrijke wijzigingen plaatsgevonden in 2012:

- *Uitbreiding met vereveningskenmerk Meerjarig Hoge Kosten (MHK)*
Het vereveningskenmerk MHK is toegevoegd aan het risicovereveningsmodel voor de somatische kosten (Regeling Risicoverevening 2012). Dit vereveningskenmerk is gebaseerd op meerjarig hoge somatische kosten over een periode van de drie voorgaande jaren. De uitbreiding van het model met het vereveningskenmerk MHK beïnvloedt de vereveningsbijdrage voor verzekerden met structureel hoge zorgkosten, zoals verzekerden met chronische aandoeningen. Het vereveningskenmerk MHK heeft zeven risicoklassen: een referentieklass, vijf klassen voor verzekerden met drie jaar hoge zorgkosten (1,5 %, 4 %, 7 %, 10 % en 15 %) en een klasse voor verzekerden die twee voorgaande jaar hoge zorgkosten hebben gehad (WOR 581).
- *Groot onderhoud Farmacie Kostengroepen (FKG's): uitbreiding met twee risicoklassen*
Groot onderhoud is uitgevoerd op de definities van de risicoklassen van het vereveningskenmerk FKG. Dit houdt in dat de definities van de risicoklassen zijn geactualiseerd naar de meeste recente informatie over (nieuwe) geneesmiddelen. Dit heeft geleid tot uitbreiding van het vereveningskenmerk FKG met twee

risicoklassen. Namelijk, een risicoklasse voor gebruik van specifieke geneesmiddelen voor neuropathische pijn in het voorgaande jaar en een risicoklasse voor gebruik van specifieke geneesmiddelen voor hormoongevoelige tumoren in het voorgaande jaar. Daarnaast hebben een aantal andere wijzigingen plaatsgevonden als gevolg van het groot onderhoud, zie hiervoor WOR 552.

2.2.2. gGGZ-kosten

Het risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten heeft betrekking op verzekerden van 18 jaar en ouder. Het model in 2012 bestaat uit acht vereveningskenmerken met in totaal 77 risicoklassen (Tabel 2.2-1). Een uitgebreide beschrijving van deze vereveningskenmerken is te vinden in WOR 581. Met dit model worden de gGGZ-kosten van alle Zvw-verzekerden van 18 jaar en ouder geschat. Dit leidt per vereveningskenmerk tot een normbedrag voor elke risicoklasse. Deze normbedragen worden gebruikt voor vaststelling van de ex ante vereveningsbijdrage.

Modelwijzigingen in 2012 ten opzichte van 2011

Ten opzichte van het risicovereveningsmodel van 2011 heeft één belangrijke wijziging plaatsgevonden:

- *Opsplitsing psychische FKG (ja/nee) in meerdere risicoklassen*
In 2011 bestond het vereveningskenmerk psychische FKG's uit twee risicoklassen: wel of geen gebruik van specifieke geneesmiddelen voor een psychische aandoening in het voorgaande jaar. Per 2012 is het vereveningskenmerk verfijnd door vijf risicoklassen te onderscheiden. Dit zijn risicoklassen voor geneesmiddelengebruik voor elk van de volgende vijf psychische aandoeningen: psychose, depressie, verslaving, bipolaire stoornis en ADHD. Verzekerden die geen geneesmiddel gebruiken voor tenminste één van deze psychische aandoeningen worden ingedeeld in de referentieklassen.

2.2.3. Opbrengsten verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico heeft alleen betrekking op verzekerden van 18 jaar en ouder. Verzekerden onder de 18 jaar zijn uitgesloten van het verplicht eigen risico. Daarnaast zijn in 2012 een aantal type zorgkosten uitgesloten van het verplicht eigen risico. Dit zijn de huisartsenzorg, verloskundige zorg en kraamzorg. Deze kosten worden niet meegenomen in berekening van de opbrengsten van het verplicht eigen risico.

Van verzekerden die een positieve FKG hebben voor de somatische kosten wordt verondersteld dat de zorgkosten hoger zijn dan het verplicht eigen risico bedrag van € 220 euro (i.e. forfaitaire groep*). Zorgverzekeraars innen naar verwachting het volledige verplicht eigen risico bedrag voor deze verzekerden. Dit is dan ook het bedrag dat voor deze verzekerden wordt ingehouden op de vereveningsbijdrage.

Voor de overige verzekerden in de Zvw-bevolking van 18 jaar en ouder (i.e. niet forfaitaire groep*) wordt een ex ante risicovereveningsmodel gebruikt om de verwachte opbrengsten van het verplicht eigen risico te berekenen. Dit is de in te houden korting op de vereveningsbijdrage voor deze verzekerden. Het eigen risico model van 2012 bestaat uit drie vereveningskenmerken met in totaal 57 risicoklassen (Tabel 2.2-1). Een uitgebreide beschrijving van deze vereveningskenmerken is te vinden in WOR 581.

Ten opzichte van 2011 hebben zich in 2012 geen modelwijzigingen voorgedaan in het eigen risico model. De bijdrage voor het eigen risico is wel toegenomen van € 170 naar € 220 per verzekerde van 18 jaar en ouder.

2.3. Flankerend beleid en ex post maatregelen

In 2012 zijn flankerend beleid* en zijn verschillende ex post maatregelen* ingezet. Tabel 2.3-1 geeft een overzicht van flankerend beleid en de ex post maatregelen in 2012, daaropvolgend volgt hiervan een beschrijving. Ten behoeve van de interpretatie van de resultaten ten opzichte van de Monitor van 2011, worden

ook de modelwijzigingen ten opzichte van 2011 toegelicht. Voor het verplicht eigen risico is geen flankerend beleid en zijn geen ex post maatregelen van toepassing.

Voor de goede orde dient te worden vermeld dat flankerend beleid een ander type maatregel is dan de ‘klassieke’ ex post maatregelen in Tabel 2.3-1. Het Ministerie van VWS heeft per 2012 beleid ingezet om ex post maatregelen af te bouwen ter bevordering van een doelmatige uitvoering van de Zvw. In deze context betreft het alle ex post maatregelen, *met uitzondering van* flankerend beleid. In het vervolg van deze Monitor wordt flankerend beleid dan ook apart vermeld. Flankerend beleid wordt, net zoals de andere ex post maatregelen, bij de definitieve vaststelling uitgevoerd en betreft feitelijk een op- of afslag op de ex ante vereveningsbijdrage.

Tabel 2.3-1 Overzicht flankerend beleid en ex post maatregelen in 2012

Somatische kosten	gGGZ-kosten (verzekerden van 18 jaar en ouder)	gGGZ-kosten (verzekerden tot 18 jaar) en vaste kosten
Flankerend beleid Bandbreedteregeling: 90 % - € +/- 22,50	Flankerend beleid Hoge kosten compensatie: 90 % - € 10.000 Bandbreedteregeling: 90 % - € +/- 7,50	Nacalculatie 100 %

In onderstaande paragrafen wordt flankerend beleid en de ex post maatregelen toegelicht.

2.3.1. Somatische kosten

Voor de somatische kosten is flankerend beleid en één ex post maatregel ingezet in 2012:

- Flankerend beleid* (FB)
- Bandbreedteregeling* (BB)

Flankerend beleid (FB)

Per 2012 is flankerend beleid ingevoerd. Flankerend beleid beoogt een gelijke uitgangspositie tussen zorgverzekeraars te creëren.⁵ Met flankerend beleid zijn zorgverzekeraars gezamenlijk verantwoordelijk voor de ontwikkeling in zorgkosten die niet het gevolg zijn van minder of meer verzekerden in de Zvw-bevolking of een andere bevolkingssamenstelling dan vooraf geraamd. Dit kunnen bijvoorbeeld zorgkosten zijn die ontstaan door hogere of lagere tarieven voor zorg (i.e. prijs) of meer of minder gebruik van zorg (i.e. volume). Iedere zorgverzekeraar krijgt een evenredig aandeel toebedeeld van de overschrijding of onderschrijding van het MPB. Dit aandeel wordt bepaald op basis van het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder (exclusief het aantal gedetineerden) en is gerelateerd aan de vereveningsbijdrage van de zorgverzekeraar. Zonder flankerend beleid lijden zorgverzekeraars met een hoog-risico verzekerenportefeuille naar verwachting hogere negatieve financiële resultaten in geval van een overschrijding van het MPB, en hogere positieve financiële resultaten in geval van een onderschrijding van het MPB, in vergelijking met zorgverzekeraars met een laag-risico verzekerenportefeuille.

In tegenstelling tot macronacalculatie* (ingezet tot en met 2011), vindt bij flankerend beleid geen compensatie op macroniveau plaats voor een onderschrijding of overschrijding van het MPB. Onder flankerend beleid kan in tegenstelling tot bij macronacalculatie, sprake zijn van een positief of negatief macrovereveningsresultaat* (dit is het verschil tussen MPB en gerealiseerde macrokosten).

Bij de definitieve vaststelling wordt flankerend beleid toegepast vóór toepassing van de geldende ex post maatregelen.

⁵ Hier wordt *niet* flankerend beleid bedoeld waarmee gevolgen van besluitvorming *na* het moment van vaststelling van de overheidsbegroting over wijzigingen in het basispakket en catastrofes kunnen worden gecompenseerd.

Bandbreedteregeling (BB)

Net zoals in 2011, geldt in 2012 een bandbreedteregeling voor de variabele kosten van ziekenhuiszorg (A- en B-segment tezamen). De bandbreedteregeling vergelijkt per verzekerde het (positieve of negatieve) vereveningsresultaat met het gemiddelde vereveningsresultaat in de markt. Indien het vereveningsresultaat meer afwijkt dan het grensbedrag van € 22,50 (positief dan wel negatief) per verzekerde van 18 jaar en ouder, wordt 90 % van de kosten boven de grens verevend. De bandbreedteregeling beoogt het risico van zorgverzekeraars op uitschieters in het vereveningsresultaat in te perken.

Wijzigingen in 2012 ten opzichte van 2011

Ten opzichte van 2011 is macronaïcalculatie en zijn de volgende twee ex-post maatregelen per 2012 afgeschaft:

- *Macronaïcalculatie*
In 2011 en voorgaande jaren was macronaïcalculatie van toepassing. Macronaïcalculatie compenseerde achteraf de afwijking tussen het MPB en de gerealiseerde macrokosten. Flankerend beleid is in 2012 in de plaats van macronaïcalculatie gekomen.
- *Nacalculatie op de variabele kosten van ziekenhuiszorg*
In 2011 was sprake van nacalculatie van de variabele kosten van ziekenhuiszorg (A-segment). Zorgverzekeraars werden achteraf voor 30 % van de gerealiseerde kosten gecompenseerd. Deze maatregel is afgeschaft per 2012.
- *Hoge Kosten Compensatie* (HKC)*
Tot en met 2011 was sprake van een HKC voor de somatische kosten. Deze maatregel compenseerde zorgverzekeraars voor zeer hoge kosten via een risicopool. De HKC is een onderlinge verrekening tussen zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars met een bovengemiddeld aandeel verzekerden met hoge zorgkosten in hun verzekerdenportefeuille ontvangen per saldo een compensatie vanuit de risicopool. De overige zorgverzekeraars dragen per saldo af aan de risicopool. Per 2012 is de HKC voor de somatische kosten afgeschaft.

Door afschaffing van bovenstaande ex-post maatregelen dragen zorgverzekeraars in 2012 voor een groter deel van de somatische kosten onder de Zvw risico, ten opzichte van 2011. Dit beleid is door het Ministerie van VWS ingezet ter bevordering van een doelmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars.

2.3.2. gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder

Voor de kosten van gGGZ van verzekerden van 18 jaar en ouder zijn flankerend beleid en twee ex post maatregelen in 2012 ingezet:

- Flankerend beleid (FB)
- Hoge Kosten Compensatie (HKC)
- Bandbreedteregeling (BB)

Flankerend Beleid (FB)

Net zoals voor de somatische kosten is per 2012 flankerend beleid ingevoerd voor de gGGZ-kosten voor verzekerden van 18 jaar of ouder. Ook hier wordt bij de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage eerst flankerend beleid uitgevoerd, voordat ex post maatregelen worden toegepast.

Hoge Kosten Compensatie (HKC)

In 2012 is een HKC voor de gGGZ-kosten van toepassing. Zorgverzekeraars dragen gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor verzekerden met hoge gGGZ-kosten. Verzekerden met kosten boven € 10.000 per jaar komen in de risicopool terecht. De kosten van deze verzekerden worden voor 90 % gecompenseerd met de inbreng vanuit alle zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars met een bovengemiddeld aandeel van deze verzekerden ontvangen per saldo een compensatie vanuit deze risicopool. De overige zorgverzekeraars dragen per saldo af aan de risicopool.

Bandbreedteregeling (BB)

Voor de gGGZ-kosten is een bandbreedteregeling ingezet van 90 % met een bedrag van € 7,50 per verzekerde van 18 jaar en ouder. Zorgverzekeraars worden voor 90 % van de zorgkosten gecompenseerd indien het vereveningsresultaat beneden of boven de grens van € 7,50 per verzekerde van 18 jaar en ouder uitkomt. Deze maatregel beoogt het risico op uitschieters in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars in te perken (nadat flankerend beleid en HKC zijn toegepast).

Wijzigingen in 2012 ten opzichte van 2011

Ten opzichte van 2011 hebben de volgende wijzigingen plaatsgevonden in de inzet van macronaïcalculatie en ex post maatregelen voor de gGGZ-kosten:

- *Macronaïcalculatie (afgeschaft per 2012).*
Per 2012 is, net zoals bij de somatische kosten, macronaïcalculatie voor de gGGZ-kosten afgeschaft. Hiervoor in de plaats is flankerend beleid ingezet.
- *HKC afgebouwd van 100 % naar 90 %.*
In 2011 werden de kosten boven de HKC-grens van € 10.000 per verzekerde volledig gecompenseerd. In 2012 is dit teruggebracht naar 90 %, waarbij zorgverzekeraars per saldo kunnen afdragen aan de HKC-pool of ontvangen vanuit de HKC-pool.
- *Bandbreedteregeling van 100 % naar 90 % met € 7,50 per verzekerde van 18 jaar en ouder.*
In 2011 kregen zorgverzekeraars 100 % van de kosten gecompenseerd zodra het vereveningsresultaat beneden of boven de grens van € 7,50 per verzekerde uitkwam. De compensatie is per 2012 verlaagd naar 90 % met een bedrag van € 7,50 per verzekerde.

Deze wijzigingen hebben ertoe geleid dat zorgverzekeraars in 2012 voor een groter deel van de gGGZ-kosten risico dragen ten opzichte van 2011. Dit beleid is door het Ministerie van VWS ingezet ter bevordering van een doelmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars.

2.3.3. gGGZ-kosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar en vaste kosten van ziekenhuiszorg

Net zoals voorgaande jaren, worden de gGGZ-kosten van verzekerden jonger dan 18 jaar en de vaste kosten van ziekenhuiszorg volledig achteraf nagecalculeerd (en daarmee volledig gecompenseerd). Deze kosten worden niet nader geanalyseerd in deze Monitor.



***Toetsing werking
risicovereveningssysteem***

3. *Beschrijving data en methode van de analyses voor interpretatie resultaten*

Dit hoofdstuk beschrijft welke bronbestanden zijn gebruikt voor de analyses naar de werking van het risicovereveningssysteem. Tevens worden de volgende twee analysemomenten gedefinieerd om de werking van het risicovereveningssysteem te toetsen: ‘definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen’ en ‘definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregelen’.

Bijlagen B tot en met D geven een meer uitgebreide toelichting op de uitgevoerde analyses naar de werking van het risicovereveningssysteem. Deze bijlagen geven een uitwerking van de uitgangspunten die zijn gehanteerd en de bewerkingen die zijn uitgevoerd op de aangeleverde bestanden.

3.1. Gebruikte bronbestanden

Verschillende bronbestanden zijn aangeleverd voor de analyses naar de werking van het risicovereveningssysteem op de drie analyseniveaus (macro, zorgverzekeraars en subgroepen). Op de aangeleverde bronbestanden zijn plausibiliteitscontroles uitgevoerd (Bijlage B). Op basis van deze controles acht PwC de bronbestanden plausibel voor uitvoering van de analyses in deze Monitor. PwC hanteert de gegevens, zoals aangeleverd in de bronbestanden. PwC is niet verantwoordelijk voor de kwaliteit van de aangeleverde gegevens. Bijlage B verantwoordt de bewerkingen die zijn uitgevoerd op de gegevens voor uitvoering van de analyses in deze Monitor.

3.1.1. Macro- en zorgverzekeraarsanalyse

Voor de *macro- en zorgverzekeraarsanalyse* heeft ZINL een bronbestand aangeleverd op zorgverzekeraarsniveau. Dit bestand bevat gegevens over zorgkosten en verzekerdenaantallen voor de ex ante vaststelling (najaar 2011) en de definitieve vaststelling van vereveningsbijdragen (2012, vastgesteld in 2017). Dit bestand is gebruikt voor de daadwerkelijke uitvoering van het risicovereveningssysteem van 2012. Op dit bestand zijn geen inhoudelijke bewerkingen op de gegevens uitgevoerd door PwC; enkel bewerkingen om de gegevens te analyseren. Voor de analyses in Deel I zijn de gegevens voor de definitieve vaststelling gebruikt.

3.1.2. Subgroepenanalyse

Voor de subgroepenanalyse zijn de volgende bronbestanden aangeleverd door het ZINL:

- *Kosten-Per-Verzekerde bestand (KPV-bestand) en Vereveningskenmerken-Per-Verzekerde bestand (RBRV-bestand) van 2012 en 2011 – ten behoeve van definitieve vaststelling voor 2012.*
Het ZINL heeft het ‘Kosten-per-verzekerde’ (KPV) bestand en ‘Vereveningskenmerken-per-verzekerde bestand’ (RBRV) bestand van 2012 aangeleverd (via tussenkomst van ZorgTTP). De bestanden bevatten zorgkosten en vereveningskenmerken per verzekerde. Het bestand bevat gerealiseerde cijfers. Deze bestanden gebruikt het ZINL voor de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdragen in 2017 voor vereveningsjaar 2012. Op deze bronbestanden zijn geen inhoudelijke bewerkingen op de gegevens uitgevoerd door PwC; enkel bewerkingen om de gegevens te analyseren (Bijlage B).

Daarnaast heeft het ZINL het KPV-bestand en RBRV-bestand van 2011 aangeleverd. Deze bestanden zijn gekoppeld aan de bestanden van 2012 op individuniveau met behulp van het gepseudonimiseerd Burgerservicenummer (BSN). De kosten uit de bestanden voor 2011 zijn gebruikt om subgroepen te definiëren, waarvoor wordt getoetst in welke mate de vereveningsbijdrage aansluit op de gerealiseerde zorgkosten.

Om de analyses op subgroepniveau uit te voeren, zijn meerdere bewerkingen nodig op de aangeleverde bestanden. De uitgangspunten en bewerkingen zijn verantwoord in Bijlage C.

Het ex ante risicovereveningsmodel voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico kan niet worden geanalyseerd op subgroepniveau. De benodigde gedetailleerde kostengegevens (i.e. kosten uitgesplitst naar zorgvorm in plaats van deelbedrag) zijn niet beschikbaar in de aangeleverde bestanden voor de definitieve vaststelling. De subgroepenanalyse richt zich dan ook op de werking van het risicovereveningsmodel voor de somatische kosten en voor de gGGZ (voor verzekerden van 18 jaar en ouder).

3.2. Definitieve vaststelling: analysemomenten

De definitieve vereveningsbijdragen aan zorgverzekeraars komen tot stand na alle vaststellingsmomenten in het uitvoeringsproces (zie Figuur 1.1.2-1). Deze Monitor brengt de werking van het risicovereveningssysteem in kaart door de definitieve vereveningsbijdrage vóór en ná flankerend beleid en ex post maatregelen, zoals opgenomen in Tabel 3.2-1, te analyseren en met elkaar te vergelijken.

Tabel 3.2-1 Overzicht analyse vaststellingsmomenten voor de vier analyseniveaus

Analyseniveau	Definitieve vaststelling voor 2012, zoals vastgesteld in 2017	
	vóór flankerend beleid en ex post maatregelen	na flankerend beleid en ex post maatregel(en)
Macro	✓	✓
Zorgverzekeraars	✓	✓
Subgroepen	✓	x

- Definitieve vaststelling vóór flankerend beleid en ex post maatregel(en): afgekort 'DV voor FB en ex post'*
Dit is het moment in 2017 waarop de definitieve ex ante vereveningsbijdrage voor vereveningsjaar 2012 wordt vastgesteld, voor toepassing van flankerend beleid en ex post maatregelen. De vereveningsbijdrage wordt bepaald op basis van de in het najaar van 2011 vastgestelde normbedragen (rekening houdend met criteriumneutraliteit) in combinatie met de gerealiseerde verzekerdenaantallen per vereveningskenmerk. De vereveningskenmerken zijn hierbij gelijk aan die in de ex ante risicovereveningsmodellen van 2012. De gerealiseerde verzekerdenaantallen kunnen afwijken van de geraamde aantallen, die zijn gebruikt bij schatting van de normbedragen in het najaar van 2011 (zie Deel II). In de analyses in Deel I wordt de definitieve ex ante vereveningsbijdrage vóór flankerend beleid en ex post maatregelen vergeleken met de gerealiseerde zorgkosten (resultaten in Hoofdstukken 4 tot en met 6). Deze kosten kunnen afwijken van het MPB.
- Definitieve vaststelling ná flankerend beleid en ex post maatregel(en): afgekort 'DV na FB en ex post'*
Dit is het moment in 2017 waarop de definitieve vereveningsbijdrage voor vereveningsjaar 2012 wordt vastgesteld, waarbij de op- of afslagen van flankerend beleid en een of meerdere ex post maatregelen zijn inbegrepen. Het effect van flankerend beleid en elke ex post maatregel wordt apart inzichtelijk gemaakt. Nadat alle op- en afslagen zijn verwerkt is het resultaat de definitief vastgestelde vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars. Flankerend beleid en de ex post maatregelen worden geanalyseerd in de macro- en zorgverzekeraarsanalyse. In de subgroepenanalyse blijven deze maatregelen buiten beschouwing, omdat ze grotendeels worden uitgevoerd op het niveau van zorgverzekeraars. Daarmee zijn de effecten van deze maatregelen niet goed toe te rekenen aan subgroepen in de Zvw-bevolking.

Bovenstaande analyses maken inzichtelijk in welke mate de ex ante risicovereveningsmodellen, flankerend beleid en de ex post maatregelen bijdragen aan de werking van het risicovereveningssysteem van 2012. Indien van toepassing, worden de resultaten voor 2012 met de uitkomsten van voorgaande jaren vergeleken (Monitor 2011 – KPMG, 2017). Hierbij dient rekening te worden gehouden met de wijzigingen in de vormgeving van het

risicovereveningssysteem van 2011 naar 2012 (zie Hoofdstuk 2). De subgroepenanalyse is nieuw ten opzichte van voorgaande edities van de Monitor, waardoor een vergelijking met voorgaande jaren niet mogelijk is.

4. Resultaten op macroniveau

Conclusies

Voor de somatische kosten en de gGGZ-kosten onder de Zvw in 2012 is sprake van een positief macrovereveningsresultaat van € + 1.334 miljoen. Hierin is rekening gehouden met het vereveningsresultaat voor de ingehouden vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico.

Somatische kosten en gGGZ-kosten

- In 2012 zijn de gerealiseerde zorgkosten op macroniveau lager uitgevallen dan de vereveningsbijdrage bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregelen. Hierdoor is er sprake van een positief macrovereveningsresultaat van € + 1.452 miljoen: € + 1.402 miljoen voor de somatische kosten en € + 50 miljoen voor de gGGZ-kosten.
- Van alle ex post maatregelen heeft nacalculatie van de vaste kosten van ziekenhuiszorg en de gGGZ-kosten voor verzekerden onder de 18 jaar het grootste effect op vaststelling van de vereveningsbijdrage op macroniveau: tezamen een opslag van € + 885 miljoen (macrobudget is € 36.638 miljoen). Dit heeft geen effect op het (macro)vereveningsresultaat, omdat de gerealiseerde kosten volledig worden vergoed.

Opbrengsten verplicht eigen risico

- De ingehouden korting op de vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars, voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico, zijn lager dan de werkelijke opbrengsten van het verplicht eigen risico. Hierdoor is sprake van een negatief macrovereveningsresultaat van € 118 miljoen.
-

4.1. Doel en definitie begrippen voor interpretatie resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de toetsing van het risicovereveningssysteem op *macroniveau*.

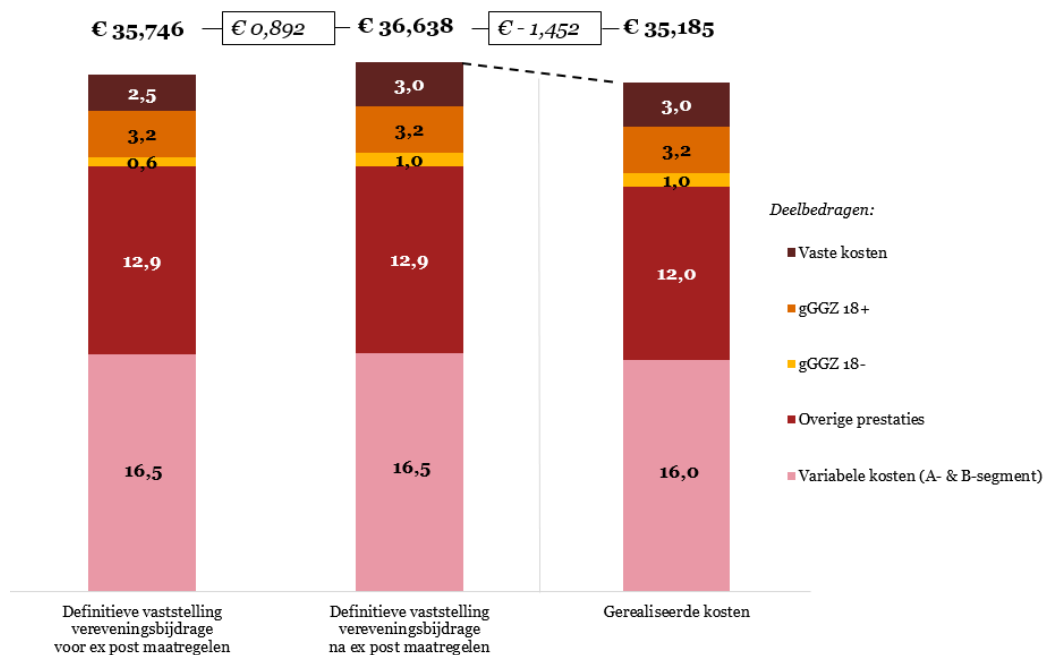
Het doel van deze analyse is inzicht verkrijgen in de aansluiting van de macrovereveningsbijdrage op de gerealiseerde macrokosten. Hiertoe is een analyse uitgevoerd op het verschil tussen de macrovereveningsbijdrage en macrokosten. Dit is het *macrovereveningsresultaat**. Een positief macrovereveningsresultaat betekent dat de totale vereveningsbijdrage hoger is dan de gerealiseerde macrokosten. In dat geval is sprake van een onderschrijding van het MPB. Een negatief macrovereveningsresultaat betekent dat de totale vereveningsbijdrage lager is dan de gerealiseerde macrokosten. In dat geval is sprake van een overschrijding van het MPB.

Het macrovereveningsresultaat is geanalyseerd voor de totale kosten onder de Zvw voor verschillende vaststellingsmomenten: de definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid en ex post maatregelen. Daarnaast is voor deze vaststellingsmomenten ook separaat het macrovereveningsresultaat van de somatische kosten en de gGGZ-kosten (voor verzekerden van 18 jaar en ouder) geanalyseerd. Het effect van flankerend beleid en elke ex post maatregel is apart inzichtelijk gemaakt. De analyses tonen de werking van het risicovereveningssysteem voor de somatische kosten en de gGGZ-kosten op macroniveau. Vervolgens is het macrovereveningsresultaat voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico geanalyseerd om een beeld te krijgen hoe het risicovereveningssysteem voor het verplicht eigen risico werkt op macroniveau.

4.2. Macrobudget, -kosten en -vereveningsresultaat

Figuur 4.2-1 toont het macrobudget op het moment van de definitieve vaststelling (voor en na ex post maatregelen) en de gerealiseerde zorgkosten van 2012 (vastgesteld in 2017).

Figuur 4.2-1 Macrobudget voor vereveningsjaar 2012 in deelbedragen bij de definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid en ex post maatregelen en de gerealiseerde macrokosten (vastgesteld in 2017), uitgedrukt in miljarden €.



Voetnoot Figuur 4.2-1

- a. De variabele kosten van ziekenhuiszorg voor het A-segment en B-segment zijn tezamen genomen, mede vanwege het feit dat de bandbreedteregeling wordt uitgevoerd op het A- en B-segment tezamen, waardoor het onderscheid niet van toepassing is.

Macrovereveningsbijdrage

De ex ante macrovereveningsbijdrage bij de definitieve vaststelling voor toepassing van flankerend beleid en ex post maatregelen, vastgesteld vijf jaar na het vereveningsjaar op gerealiseerde cijfers, bedraagt € 35.746 miljoen (Figuur 4.2-1). Het macrobudget bij de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen is hoger dan het MPB, zoals geraamd in 2011 bij de ex ante vaststelling: € 35.634 miljoen. Het verschil wordt verklaard door wijzigingen in verzekerdenaantallen en samenstelling van de Zvw-bevolking (zie Deel II van deze Monitor voor analyses naar de representativiteit van de geraamde cijfers).

De ex post maatregelen zorgen tezamen voor een opslag op de ex ante vereveningsbijdrage op macroniveau van € + 892 miljoen. Dit komt hoofdzakelijk door nacalculatie van de vaste kosten van ziekenhuiszorg (€ + 572,6 miljoen) en de gGGZ-kosten van verzekerden onder de 18 jaar (€ + 312,5 miljoen), welke een totaal effect heeft van € + 885 miljoen. De resterende € + 7 miljoen is het macro-effect van de bandbreedteregeling voor de somatische kosten en de gGGZ-kosten. Uiteindelijk bedraagt de macrovereveningsbijdrage bij de definitieve vaststelling na ex post maatregelen € 36.638 miljoen (Figuur 4.2-1).

Macrokosten

De gerealiseerde macrokosten voor 2012 bedragen € 35.185 miljoen (Figuur 4.2-1). In 2011 bedroegen de macrokosten afgerond € 34.877 miljoen.⁶ Dit betekent dat de zorgkosten onder de Zvw in 2012 circa 3,5 %-punt zijn gestegen ten opzichte van 2011.

Macrovereveningsresultaat

In 2012 zijn de totale gerealiseerde macrokosten lager dan de definitief vastgestelde macrovereveningsbijdrage, waardoor sprake is van een positief macrovereveningsresultaat van € 1.452 miljoen. Met de invoering van flankerend beleid per 2012 wordt een onderschrijding (of overschrijding) van het macrobudget niet meer gelijkgetrokken bij de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdragen aan zorgverzekeraars.

4.3. Somatische kosten

De macrovereveningsbijdrage na flankerend beleid en ex post maatregelen voor de totale somatische kosten bedraagt € 29.404 miljoen. Daarvan bedraagt € 16.481 miljoen de variabele kosten van ziekenhuiszorg voor het A- en B-segment tezamen en € 12.923 miljoen de overige prestaties (Figuur 4.2-1).

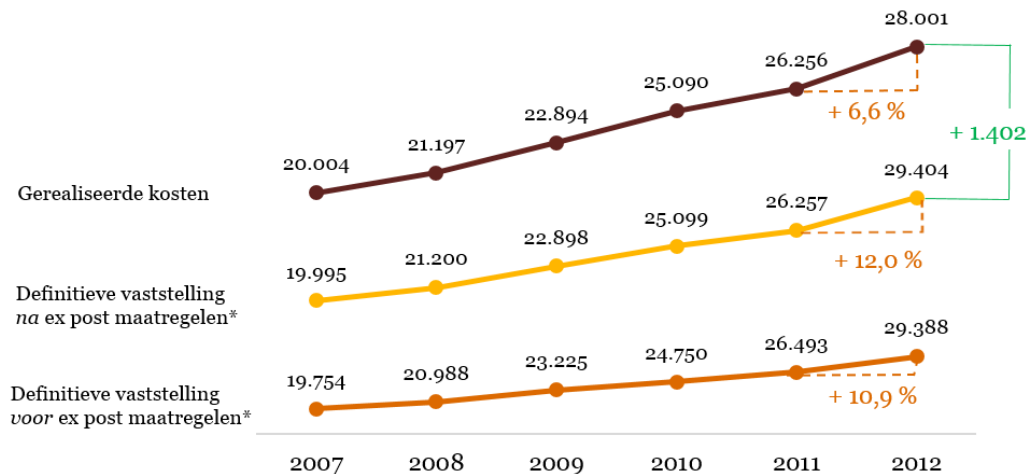
De totale gerealiseerde somatische kosten bedragen € 28.001 miljoen. Daarvan bedragen € 16.024 miljoen de variabele kosten van ziekenhuiszorg voor het A- en B-segment tezamen (€ 2.398 miljoen voor de variabele kosten van ziekenhuiszorg voor het A-segment en € 13.626 miljoen voor de variabele kosten van ziekenhuiszorg voor het B-segment) en € 11.977 miljoen de overige prestaties (Figuur 4.2-1).

Dit resulteert in een positief vereveningsresultaat van € 1.402 miljoen voor de totale somatische kosten in 2012. Dit is op te splitsen in een positief vereveningsresultaat van € 946 miljoen (i.e. € 12.923 - € 11.977 miljoen) voor de overige prestaties en € 457 miljoen (i.e. € 16.481 - € 16.024 miljoen) voor de variabele kosten van ziekenhuiszorg, met name bepaald door het A-segment.

Om een beeld te krijgen van de ontwikkeling van de macrovereveningsbijdrage en de macrokosten, presenteert Figuur 4.2-2 de macrovereveningsbijdrage bij de definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid en ex post maatregelen en de gerealiseerde zorgkosten over de periode 2007 tot en met 2012. De cijfers van 2007 tot en met 2011 zijn overgenomen uit de voorgaande editie van de Monitor (Monitor 2011 – KPMG, 2017). Merk op dat tot en met 2011 macronacalculatie is opgenomen en per 2012 flankerend beleid (en rekening houden met eveneens andere wijzigingen in de inzet van ex post maatregelen, zie Hoofdstuk 2).

⁶ Dit getal is ontvangen van het ZINL. Op basis van de Monitor 2011 is het afgeronde getal € 34.000 miljoen af te leiden (Monitor 2011 – KPMG, 2017).

Figuur 4.2-2 Ontwikkeling van de vereveningsbijdrage (voor en na ex post maatregelen) en de gerealiseerde macrokosten voor de somatische zorg over de periode 2007 tot en met 2012^a, uitgedrukt in miljoenen €.



Voetnoot Figuur 4.2-2

- Cijfers van 2007 tot en met 2011 zijn overgenomen uit de Monitor 2011 (Monitor 2011 – KPMG, 2017).
- * Inclusief voor en na de inzet van macronaïcalculatie tot en met 2011 en flankerend beleid in 2012. Daarnaast hebben wijzigingen plaatsgevonden in de inzet van ex post maatregelen (zie Hoofdstuk 2).

Figuur 4.2-2 toont dat de macrovereveningsbijdrage na flankerend beleid en ex post maatregelen in 2012 met 12,0 %-punt is gestegen ten opzichte van 2011. Een verklaring is de algemene kostenstijging waardoor het MPB hoger is vastgesteld in 2012 ten opzichte van 2011. In combinatie met het saldo-effect van de inzet van verschillende ex post maatregelen in 2011 en 2012 is dit een mogelijk verklaring voor de stijging ten opzichte van 2011. De invoering van flankerend beleid en de afschaffing van macronaïcalculatie per 2012 zijn belangrijke verklaringen voor verschillen in de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage na ex post maatregelen tussen beide jaren. Immers, indien in 2012 macronaïcalculatie nog van toepassing zou zijn, zou de vereveningsbijdrage naar beneden toe gelijk worden getrokken met de gerealiseerde macrokosten.

Effect flankerend beleid en ex post maatregelen

Voor de somatische kosten is flankerend beleid en de bandbreedteregeling ingezet in 2012. Aangezien de inzet van deze maatregelen aanzienlijk is gewijzigd per 2012, is het in onderhavige Monitor niet goed mogelijk de totale ontwikkeling hiervan over tijd in kaart te brengen.

- Flankerend beleid*

Op macroniveau heeft flankerend beleid geen effect, omdat het een onderlinge verrekening tussen zorgverzekeraars betreft. Om het effect van flankerend beleid op de vereveningsbijdrage van zorgverzekeraars inzichtelijk te maken zijn absolute mutaties tussen zorgverzekeraars geanalyseerd. Dit houdt in dat de bedragen die zorgverzekeraars onderling afdragen, dan wel ontvangen, worden gesommeerd. Op macroniveau vindt een absolute verschuiving in de vereveningsbijdrage tussen zorgverzekeraars plaats van € 135,5 miljoen. Flankerend beleid heeft daarmee een aanzienlijke invloed op de vereveningsbijdrage per zorgverzekeraar. In het volgende hoofdstuk wordt hier nader op ingegaan. Aangezien 2012 het eerste jaar is waarin flankerend beleid is toegepast, is een vergelijking met voorgaande jaren niet mogelijk.
- Bandbreedteregeling*

Na toepassing van flankerend beleid wordt de bandbreedteregeling toegepast. De bandbreedteregeling heeft voor de somatische kosten op macroniveau een positief effect van € + 15,6 miljoen. Op macroniveau vindt een absolute verschuiving in de vereveningsbijdrage tussen zorgverzekeraars plaats van € 87,7 miljoen. Dit bedrag toont het daadwerkelijke effect van de bandbreedteregeling, welke verschillen in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars dient in te perken. In vergelijking met voorgaande jaren is

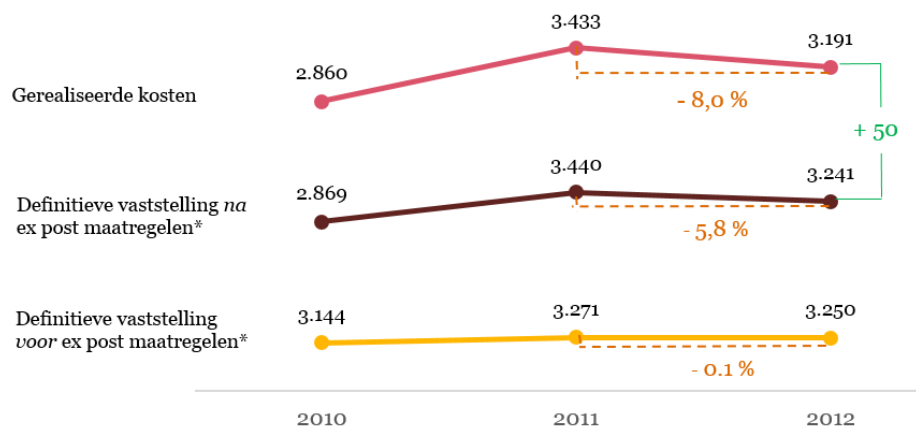
het absolute effect van de bandbreedteregeling flink toegenomen in 2012. In 2011 en 2010 was het absolute effect van de bandbreedte regeling namelijk € 43 miljoen en € 32 miljoen respectievelijk (Monitor 2011 – KPMG, 2017). Een mogelijke verklaring is de inzet van HKC op de somatische kosten en de nacalculatie op de variabele kosten van ziekenhuiszorg (A-segment) in 2010 en 2011. Tot en met 2011 werd een deel van het vereveningsresultaat eerst gecompenseerd via deze ex post maatregelen voordat de bandbreedteregeling werd toegepast. Het effect van de bandbreedteregeling is in deze jaren lager dan in 2012, waarin deze andere ex post maatregelen (i.e. HKC en nacalculatie) niet meer van toepassing zijn op de somatische kosten.

4.4. gGGZ-kosten voor verzekerden van 18 jaar en ouder

De macrovereveningsbijdrage na flankerend beleid en de ex post maatregelen voor de gGGZ-kosten bedraagt € 3.241 miljoen (Figuur 4.4-1). De totaal gerealiseerde gGGZ-kosten bedragen € 3.191 miljoen (Figuur 4.4-1). Dit zorgt voor een positief macrovereveningsresultaat van € 50 miljoen voor de gGGZ-kosten in 2012.

De ontwikkeling van de vereveningsbijdrage voor en na flankerend beleid en ex post maatregelen en de gerealiseerde macrokosten over de periode 2010 tot en met 2012 is weergegeven in Figuur 4.4-1. Vóór 2010 was sprake van volledige nacalculatie van de gGGZ-kosten (een ex ante risicovereveningsmodel was ingevoerd, echter dit model had geen impact op de vaststelling van definitieve vereveningsbijdrage). Figuur 4.4-1 toont dat de vereveningsbijdrage na ex post maatregelen met 5,8 %-punt is gedaald in 2012, ten opzichte van 2011. De gerealiseerde kosten zijn met 8,0 %-punt gedaald in 2012, ten opzichte van 2011.

Figuur 4.4-1 Ontwikkeling van de vereveningsbijdrage (voor en na ex post maatregelen) en de gerealiseerde macrokosten voor de gGGZ over de periode 2010 tot en met 2012^a, uitgedrukt in miljoenen €.



Voetnoot Figuur 4.4-1

- Cijfers van 2010 en 2011 zijn overgenomen uit de Monitor 2011 (Monitor 2011 – KPMG, 2017).
- * Inclusief voor en na de inzet van macronacalculatie tot en met 2011 en flankerend beleid in 2012. Daarnaast hebben wijzigingen plaatsgevonden in de inzet van ex post maatregelen (zie Hoofdstuk 2).

Effect flankerend beleid en ex post maatregelen

Zoals eerder vermeld in Hoofdstuk 2, zijn voor de gGGZ-kosten flankerend beleid en twee ex post maatregelen van toepassing in 2012. Vanwege wijzigingen in de inzet van deze maatregelen per 2012 is het niet goed mogelijk de ontwikkeling in de effecten van deze maatregelen over tijd in kaart te brengen.

- *Flankerend beleid en HKC*

Flankerend beleid en HKC hebben op macroniveau geen effect. Deze maatregelen zijn onderlinge verrekeningen tussen zorgverzekeraars. Op macroniveau vindt voor flankerend beleid een absolute verschuiving in de vereveningsbijdrage tussen zorgverzekeraars plaats van € 7,7 miljoen. De HKC zorgt voor een absolute verschuiving in de vereveningsbijdrage tussen zorgverzekeraars van € 47,9 miljoen. De

absolute verschuiving is het bedrag dat in totaal is verschoven tussen zorgverzekeraars, waarbij de ene zorgverzekeraar afdraagt en de andere zorgverzekeraar ontvangt. Flankerend beleid en de HKC hebben voor individuele zorgverzekeraars wel degelijk effect op de te ontvangen vereveningsbijdrage.

- *Bandbreedteregeling*

De bandbreedteregeling voor de gGGZ-kosten zorgt voor een negatief effect van € 8,6 miljoen. Op macroniveau vindt voor de bandbreedteregeling een absolute verschuiving in de vereveningsbijdrage tussen zorgverzekeraars plaats van € 20,5 miljoen. In voorgaande jaren had de bandbreedteregeling een vergelijkbaar absoluut effect, namelijk € 18 miljoen en € 24 miljoen in 2011 en 2010 respectievelijk (Monitor 2011 - KPMG, 2017). Dit ondanks de inzet van verschillende ex post maatregelen in 2012 ten opzichte van 2010 en 2011.

4.5. Opbrengsten verplicht eigen risico voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Bij de definitieve vaststelling voor vereveningsjaar 2012 is in totaal € 1.963 miljoen ingehouden op de vereveningsbijdrage voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico. Ten opzichte van 2011 en voorgaande jaren is de ingehouden korting toegenomen, in 2011 bedroeg de korting € 1.651 miljoen en in 2010 € 1.556 miljoen (Monitor 2011 – KPMG, 2017). De belangrijkste reden hiervoor is de verhoging van de verplicht eigen risico bijdrage van € 150 in 2008 naar € 165 in 2010, € 170 in 2011 en € 220 in 2012.

De totale opbrengsten van het verplicht eigen risico bedragen € 1.845 miljoen. Dit is de som van de geïnde opbrengsten die zorgverzekeraars hebben opgegeven aan het ZINL voor uitvoering van het risicovereveningssysteem. Dit bedrag is lager dan de ingehouden korting op de vereveningsbijdrage. Als gevolg daarvan is er sprake van een negatief macrovereveningsresultaat van € 118 miljoen. In de periode 2008 tot 2011 was ook sprake van negatieve macrovereveningsresultaten voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico (Monitor 2011 - KPMG, 2017). Het negatieve macrovereveningsresultaat in 2012 is afgenomen ten opzichte van 2011, toen het vereveningsresultaat gelijk was aan € 149 miljoen (Monitor 2011 - KPMG, 2017).

Kortom, in 2012 is voor de somatische kosten en de gGGZ-kosten, rekening houdend met het resultaat van de ingehouden vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars voor het verplicht eigen risico, sprake van een positief macrovereveningsresultaat van € 1.334 miljoen (i.e. € 1.452 miljoen minus € 118 miljoen).

5. Resultaten op zorgverzekeraarsniveau

Conclusies

Somatische kosten

Het risicovereveningssysteem voor de somatische zorgkosten is in staat verschillen in het gewogen gemiddeld vereveningsresultaat *van* en *tussen* zorgverzekeraars aanzienlijk te reduceren. Daarmee draagt het risicovereveningssysteem voor de somatische kosten bij aan het creëren van een gelijke uitgangspositie voor zorgverzekeraars.

Resultaten:

- Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor de somatische kosten bedraagt € 84 per verzekerde.
- De reikwijdte in vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars neemt substantieel af door het risicovereveningssysteem: van € 1.471 per verzekerde voor een situatie zonder risicovereveningssysteem naar € 188 per verzekerde bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en bandbreedteregeling.
- Het risicovereveningssysteem slaagt erin de spreiding van het vereveningsresultaat van de somatische kosten te reduceren met 88 % ten opzichte van een situatie zonder risicovereveningssysteem. Het ex ante risicovereveningsmodel zorgt voor de grootste spreidingsreductie: 85 %-punt. Flankerend beleid en de bandbreedteregeling tezamen zorgen voor een additionele reductie van 3 %-punt.
- Kleine zorgverzekeraars hebben een hoger gemiddeld vereveningsresultaat (€ 104 per verzekerde) dan middelgrote zorgverzekeraars (€ 99 per verzekerde) en grote zorgverzekeraars (€ 79 per verzekerde). De spreiding in het vereveningsresultaat bij kleine zorgverzekeraars is groter dan bij middelgrote en grote zorgverzekeraars: € 62 versus € 27 en € 23 per verzekerde, respectievelijk.
- Zelfstandige zorgverzekeraars hebben een hoger gemiddeld vereveningsresultaat dan concern-zorgverzekeraars: € 104 versus € 82 per verzekerde. De spreiding in het vereveningsresultaat bij zelfstandige zorgverzekeraars is eveneens groter dan bij concern-zorgverzekeraars: € 36 versus € 26 per verzekerde.

gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder

Het risicovereveningssysteem voor de gGGZ-kosten voor verzekerden van 18 jaar en ouder is in staat verschillen in het gemiddeld vereveningsresultaat *van* en *tussen* zorgverzekeraars aanzienlijk te reduceren. Daarmee draagt het risicovereveningssysteem voor de gGGZ-kosten bij aan het creëren van een gelijke uitgangspositie voor zorgverzekeraars.

Resultaten:

- Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor de gGGZ-kosten bedraagt € 4 per verzekerde.
- De reikwijdte in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars neemt substantieel af door het risicovereveningssysteem: van € 332 per verzekerde voor een situatie zonder risicovereveningssysteem naar € 23 per verzekerde bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregelen.
- Het risicovereveningssysteem slaagt erin de spreiding van het vereveningsresultaat van de gGGZ-kosten te reduceren met 92 %. Het ex ante risicovereveningsmodel zorgt voor de grootste spreidingsreductie: 74 %-punt. De ex post maatregelen zorgen voor een verdere reductie van 18 %-punt.
- Kleine zorgverzekeraars hebben een iets hoger gemiddeld vereveningsresultaat (€ 5 per verzekerde) dan middelgrote en grote zorgverzekeraars (beide afgerond € 4 per verzekerde).
- Het gemiddelde vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregelen is voor zelfstandige zorgverzekeraars en concern-zorgverzekeraars vergelijkbaar: beide afgerond € 4 per verzekerde.

Opbrengsten verplicht eigen risico

Tussen zorgverzekeraars zijn verschillen in de ingehouden korting op de vereveningsbijdrage en de werkelijke opbrengsten van het verplicht eigen risico. De patronen in deze verschillen zijn vergelijkbaar met voorgaande jaren.

Resultaten:

- Het gemiddelde vereveningsresultaat voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico bedraagt € - 9 per verzekerde.
 - Kleine zorgverzekeraars hebben een lager gemiddeld vereveningsresultaat (€ - 14 per verzekerde) dan middelgrote en grote zorgverzekeraars (beide € - 9 per verzekerde).
 - Het gemiddeld vereveningsresultaat van concern-zorgverzekeraars is vergelijkbaar met zelfstandige zorgverzekeraars (€ - 9 versus € - 8 per verzekerde, respectievelijk).
-

5.1. Doel en definitie begrippen voor interpretatie resultaten

Dit hoofdstuk presenteert de resultaten van de toetsing van de werking van het risicovereveningssysteem op *zorgverzekeraarsniveau*.

De resultaten geven inzicht in de mate waarin het risicovereveningssysteem het *vereveningsresultaat* van en tussen zorgverzekeraars reduceert. Hiervoor wordt de werking van het risicovereveningssysteem bij de *definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid en ex post maatregelen* afgezet tegen een fictieve situatie waarin geen risicovereveningssysteem van toepassing is. In deze fictieve situatie ontvangen zorgverzekeraars een gelijk vereveningsbedrag per verzekerde, ongeacht het risicoprofiel van de verzekerdenportefeuille. Dit bedrag is bepaald door het macrobudget bij de definitieve vaststelling *voor* flankerend beleid en *ex post* maatregelen gelijk te verdelen over alle verzekerden. Hierbij is uitgegaan van de gerealiseerde verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar. De resultaten van de definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid en *ex post* maatregelen zijn gebaseerd op de gerealiseerde kosten en definitieve vereveningsbijdrage op basis van gerealiseerde verzekerdenaantallen. Dit betekent voor interpretatie van de resultaten in dit hoofdstuk:

- Verschillen tussen de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en *ex post* maatregelen en de fictieve situatie tonen het effect van de werking van het *ex ante* risicovereveningsmodel (gegeven gerealiseerde kosten en verzekerdenaantallen); *en*
- Verschillen tussen de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en *ex post* maatregelen en de definitieve vaststelling na flankerend beleid en elke *ex post* maatregel ontstaan door wijzigingen in de vereveningsbijdrage door toepassing van de betreffende maatregel(en) (gegeven gerealiseerde kosten en verzekerdenaantallen). Ieder effect van elke maatregel is uitgerekend in volgorde van de uitvoering van het risicovereveningssysteem, waarbij het effect van elke maatregel is berekend ten opzichte van elk(e) voorgaande maatregel(en).

De resultaten in dit hoofdstuk worden uitgedrukt in:

- *Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en reikwijdte in het vereveningsresultaat*
Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat is het verschil tussen de vereveningsbijdrage en de *gerealiseerde* zorgkosten per zorgverzekeraar, uitgedrukt in € per verzekerde. Het vereveningsresultaat is uitgedrukt per verzekerde om rekening te houden met portefeuilleomvang van zorgverzekeraars. De reikwijdte is het verschil tussen het hoogste en laagste gemiddelde vereveningsresultaat van alle zorgverzekeraars. Deze waarde wordt dan ook bepaald door de buitenste twee gemiddelden (i.e. de zorgverzekeraar met het laagste gemiddelde vereveningsresultaat en de zorgverzekeraar met het hoogste gemiddelde vereveningsresultaat). Deze analyse wordt uitgevoerd voor de fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem en vergeleken met de definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid en elke *ex post* maatregel. Deze analyse geeft inzicht in welke mate het risicovereveningssysteem het gemiddelde vereveningsresultaat per zorgverzekeraar en de reikwijdte in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars reduceert. Hoe dichter het gemiddelde vereveningsresultaat bij nul en hoe lager de reikwijdte, hoe meer het risicovereveningssysteem het vereveningsresultaat van en tussen zorgverzekeraars reduceert ten opzichte van een situatie zonder risicovereveningssysteem. Daarmee zijn het gemiddelde vereveningsresultaat en de reikwijdte indicaties voor de werking van het risicovereveningssysteem op het niveau van zorgverzekeraars.
- *Spreiding en spreidingsreductie*
De spreidingsreductie geeft weer in hoeverre de spreiding in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars door het risicovereveningssysteem wordt teruggebracht ten opzichte van de situatie zonder risicovereveningssysteem. Een maatstaf voor de spreiding in het vereveningsresultaat is de gewogen

standaarddeviatie. De standaarddeviatie is gebaseerd op de concentratie van alle waarnemingen rondom het marktgemiddelde, in plaats van alleen de buitenste twee waarnemingen. De standaarddeviatie geeft daardoor een ander beeld van de verdeling van het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars dan de reikwijdte. Hoe lager de gewogen standaarddeviatie, hoe lager de spreiding in het vereveningsresultaat. Dit betekent dat de resultaten van zorgverzekeraars meer rondom het marktgemiddelde zijn geconcentreerd. De spreidingsreductie wordt uitgedrukt in een percentage ten opzichte van de situatie zonder een risicovereveningssysteem. Dit geeft een beeld van de mate waarin het risicovereveningssysteem in staat is verschillen in zorgkosten tussen zorgverzekeraars te compenseren. Hoe groter de spreidingsreductie, hoe beter het risicovereveningssysteem werkt op het niveau van zorgverzekeraars.

Deze maatstaven worden in kaart gebracht voor de somatische kosten, de gGGZ-kosten en de opbrengsten van het verplicht eigen risico.

Bij interpretatie van de resultaten dient in ogenschouw te worden genomen dat het risicovereveningssysteem niet beoogt het vereveningsresultaat per zorgverzekeraar en de spreiding in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars volledig weg te nemen. Verschillen in zorgkosten tussen zorgverzekeraars als gevolg van verschillen in doelmatigheid dienen niet (volledig) te worden gecompenseerd.

Om de aansluiting van vereveningsbijdrage op zorgkosten te toetsen kan ook de *verklaringskracht* van het risicovereveningssysteem worden geanalyseerd aan de hand van de R-kwadraat (R^2) en de Gewogen gemiddelde Absolute Afwijking (GGAA):

- R^2
De R^2 is een statistische maatstaf die het *gekwadrateerde* verschil meet tussen de vereveningsbijdrage en de zorgkosten (ook genoemd 'verklaarde variantie'). De R^2 -waarde ligt tussen de 0 % en 100 %. Hoe hoger de R^2 , hoe beter de vereveningsbijdrage aansluit op de zorgkosten per verzekerde.
- GGAA
De GGAA is de gemiddelde absolute afwijking tussen de vereveningsbijdrage en de zorgkosten, uitgedrukt in € per verzekerde. Hoe lager de GGAA, hoe beter de vereveningsbijdrage aansluit op de zorgkosten.

Daarnaast is de Gewogen gemiddelde Absolute Resultaat Verschuiving (GGARV) geanalyseerd om een beeld te krijgen van de verschuivingen in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars:

- GGARV
De GGARV geeft aan in hoeverre verschuivingen in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars optreden bij een volgend vaststellingsmoment: van definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen naar definitieve vaststelling naar flankerend beleid en ex post maatregelen, met het effect per maatregel geanalyseerd. Hoe lager de GGARV, hoe minder verschuivingen in absolute bedragen tussen zorgverzekeraars hebben plaatsgevonden als gevolg van toepassing van de maatregel. Dit geeft een beeld van het effect van toepassing van het ex ante risicovereveningsmodel dan wel flankerend beleid en een ex post maatregel(en).

Bij interpretatie van de resultaten in dit hoofdstuk dient te worden opgemerkt dat op basis van maatstaven op zorgverzekeraarsniveau, zoals een R^2 , *geen* conclusies kunnen worden getrokken over de mate waarin het risicovereveningssysteem financiële prikkels tot risicoselectie voor bepaalde subgroepen reduceert.

In de analyses in dit hoofdstuk is uitgegaan van 26 zorgverzekeraars. Per 1 januari 2012 zijn twee zorgverzekeraars gefuseerd. Deze zorgverzekeraars zijn bij de definitieve vaststelling samengevoegd tot één zorgverzekeraar, zoals aangeleverd in de bronbestanden.

In eerdere edities van de Monitor is geconstateerd dat het vereveningsresultaat en de spreiding in vereveningsresultaat verschillen tussen zorgverzekeraars op basis van portefeuilleomvang. Om deze reden zijn analyses op basis van portefeuilleomvang uitgevoerd, waarbij de 26 zorgverzekeraars zijn ingedeeld in 3 categorieën: klein/ middelgroot/ groot. De portefeuilleomvang is bepaald op basis van het aantal verzekerden in de totale Zvw-bevolking. Een portefeuille is 'klein' wanneer de zorgverzekeraar minder dan 150.000 verzekerden heeft, 'middelgroot' tussen 150.000 en 500.000 verzekerden en 'groot' met meer dan 500.000 verzekerden. Voor de somatische kosten, gGGZ-kosten en opbrengsten van het verplicht eigen risico is deze indeling constant gehouden. In totaal zijn 7 zorgverzekeraars ingedeeld in categorie klein, 10 zorgverzekeraars in categorie middelgroot en 9 zorgverzekeraars in categorie groot. Ook zijn de 26 zorgverzekeraars als aparte analyse ingedeeld in twee groepen: behorend tot een concern (20) en zelfstandige zorgverzekeraars (6).

Indien in dit hoofdstuk wordt gesproken over 'verzekerden' staat dit voor 'verzekerdenjaren'. Een verzekerdenjaar houdt rekening met de inschrijfduur van de verzekerde over het vereveningsjaar. Bijvoorbeeld, twee verzekerden die elk 6 maanden zijn ingeschreven tellen voor één verzekerdenjaar mee in de analyses. Dit is de gebruikelijke methode in de uitvoering van het risicovereveningssysteem. Eveneens wordt met 'zorgverzekeraar' de 'risicodragende zorgverzekeraar' bedoeld.

Dit hoofdstuk presenteert de waargenomen resultaten op zorgverzekeraarsniveau; de resultaten worden *niet* gecorrigeerd voor het positieve macrovereveningsresultaat (zie Hoofdstuk 4). Het gemiddelde over alle zorgverzekeraars is dan ook een positief bedrag. Aandachtspunten van deze zorgverzekeraarsanalyse zijn verschillen *van* en *tussen* zorgverzekeraars op de verschillende vaststellingsmomenten en niet de absolute bedragen.

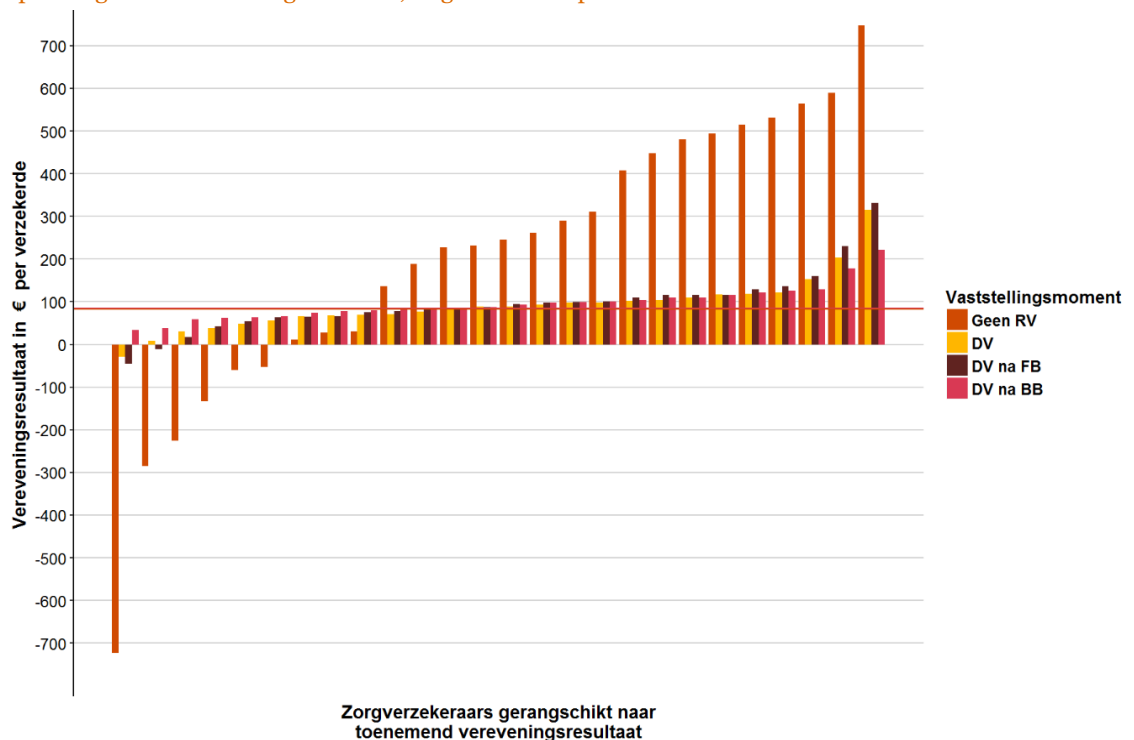
5.2. Somatische kosten

5.2.1. Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding voor alle 26 zorgverzekeraars

Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en reikwijdte

Om een eerste indruk te krijgen van het reduceren van het vereveningsresultaat van en tussen zorgverzekeraars, is in Figuur 5.2.1-1 het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde en de reikwijdte hierbij voor alle 26 zorgverzekeraars weergegeven voor de totale somatische kosten. Figuur 5.2.1-1 geeft dit weer voor de situatie zonder risicovereveningssysteem en de definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid en bandbreedteregeling. De zorgverzekeraars zijn voor elk vaststellingsmoment apart gerangschikt naar toenemend vereveningsresultaat. In de tabel naast Figuur 5.2.1-1 is de reikwijdte van het vereveningsresultaat en de spreiding gepresenteerd.

Figuur 5.2.1-1 Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor 26 zorgverzekeraars voor de *totale somatische kosten* in 2012, uitgedrukt in € per verzekerde en per vaststellingsmoment opnieuw gerangschikt naar toenemend vereveningsresultaat. De bijbehorende tabel geeft het gemiddelde vereveningsresultaat, de reikwijdte en spreiding in het vereveningsresultaat, uitgedrukt in € per verzekerde.



	Gemiddelde, in €	Reikwijdte, in €	Spreiding, in €
Geen RV ^a	83	1.471	232
DV voor FB en BB	83	344	35
DV na FB	83	377	41
DV na BB	84	188	28

Voetnoot Figuur 5.2.1-1

- a. Geen RV betekent een fictieve situatie waarin geen risicovereveningssysteem van toepassing is. Dit houdt in dat zorgverzekeraars voor elke verzekerde een gelijk bedrag ontvangen, ongeacht het risicoprofiel van deze verzekerde.

De resultaten in Figuur 5.2.1-1 leiden tot de volgende bevindingen:

- Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat over alle zorgverzekeraars voor de fictieve situatie en definitieve vaststelling (voor en na flankerend beleid en bandbreedteregeling) bedraagt € 83 à € 84 per verzekerde. Dit stemt overeen met het gerealiseerde macrovereveningsresultaat, zoals vermeld in Hoofdstuk 4.
- Het verschil in vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars voor de fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem valt op. De reikwijdte in deze situatie bedraagt € 1.471 per verzekerde (zie tabel bij Figuur 5.2.1-1). In de figuur zijn ook flinke uitschieters in de vereveningsresultaten tussen zorgverzekeraars waar te nemen. Conform verwachting is in deze situatie de reikwijdte substantieel, aangezien geen rekening wordt gehouden met verschillen in risicoprofiel tussen zorgverzekeraars.
- Vervolgens is af te lezen dat het verschil in vereveningsresultaat *van* en *tussen* zorgverzekeraars substantieel afneemt door het risicovereveningssysteem: van € 1.471 per verzekerde zonder risicovereveningssysteem naar € 188 per verzekerde bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en bandbreedteregeling. Dit betekent dat het risicovereveningssysteem in staat is een meer gelijke

uitgangspositie voor zorgverzekeraars te realiseren dan in een situatie waarin zorgverzekeraars niet worden gecompenseerd op basis van het risicoprofiel van de verzekerdenportefeuille.

- Het ex ante risicovereveningsmodel zorgt voor een relatief grote reductie in de reikwijdte van het vereveningsresultaat van en tussen zorgverzekeraars: van € 1.471 per verzekerde zonder risicovereveningssysteem naar € 344 per verzekerde bij de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregel.
- Door toepassing van flankerend beleid neemt het verschil in vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars licht toe ten opzichte van de definitieve vaststelling voor flankerend beleid. De verklaring is dat in geval van een kostenonderschrijding, zoals in 2012 het geval is, zorgverzekeraars met gemiddeld hoge zorgkosten naar verwachting meer profiteren van het positieve macrovereveningsresultaat dan zorgverzekeraars met gemiddeld lage zorgkosten. Flankerend beleid zorgt er vervolgens voor dat deze zorgverzekeraars met een relatief hoog-risico verzekerdenportefeuille (met vaak een laag vereveningsresultaat) een bijdrage afdragen aan zorgverzekeraars met een relatief laag-risico verzekerdenportefeuille (met vaak een hoog vereveningsresultaat). Dit resulteert in een lichte toename van de reikwijdte van het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars. Merk overigens op dat het gemiddelde vereveningsresultaat gelijk blijft aan de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en bandbreedteregeling, omdat flankerend beleid op macroniveau neutraal is (Hoofdstuk 4).
- Conform verwachting zorgt de bandbreedteregeling voor een verdere reductie in de reikwijdte van het vereveningsresultaat, ten opzichte van een situatie na flankerend beleid. De bandbreedteregeling heeft effect op de buitenste waarnemingen. De kosten voor variabele ziekenhuiszorg (A- en B-segment tezamen) van zorgverzekeraars met een vereveningsresultaat boven de vooraf afgesproken grens (i.e. € 22,50 per verzekerde) worden voor 90 % gecompenseerd, waardoor voor deze zorgverzekeraars het vereveningsresultaat afneemt.

Spreiding

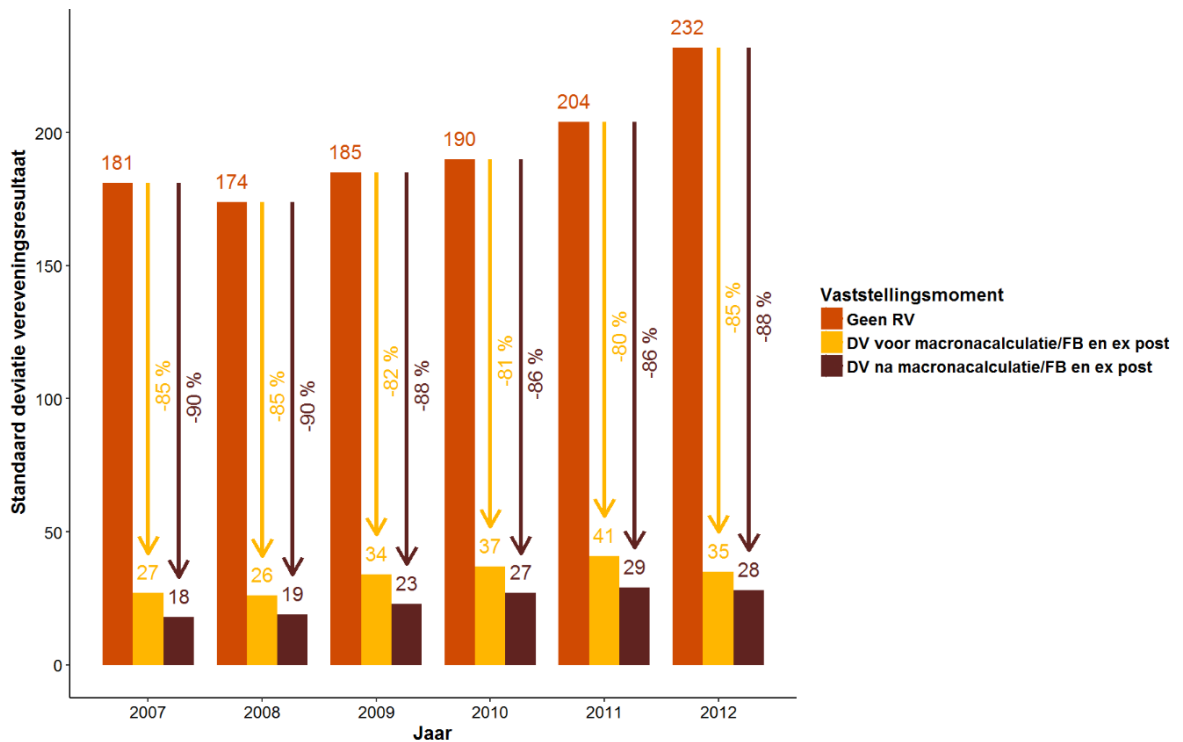
Wijzigingen in de spreiding in vereveningsresultaten van zorgverzekeraars geven een beeld van de mate waarin het risicovereveningssysteem aansluit op verschillen in risicoprofielen van de portefeuilles van de 26 zorgverzekeraars. Een analyse van deze wijzigingen geeft daarmee een indicatie van de werking van het risicovereveningssysteem.

Op basis van de resultaten in bovenstaande tabel bij Figuur 5.2.1-1 volgt dat de spreiding in vereveningsresultaat flink afneemt door het risicovereveningssysteem ten opzichte van een situatie zonder risicovereveningssysteem: 88 % (van € 232 per verzekerde zonder risicovereveningssysteem naar € 28 per verzekerde bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregel). Toepassing van het ex ante risicovereveningsmodel zorgt voor de grootste spreidingsreductie in vereveningsresultaat: 85 % (van € 232 per verzekerde zonder risicovereveningssysteem naar € 35 per verzekerde bij de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregel). Flankerend beleid en de bandbreedteregeling tezamen zorgen voor een additionele spreidingsreductie van 3 %-punt in het vereveningsresultaat.

De ontwikkeling in spreiding en -spreidingsreductie over de periode van 2007 tot en met 2012 is in Figuur 5.2.1-2 weergegeven. De cijfers van 2007 tot en met 2011 zijn overgenomen uit de Monitor 2011 (Monitor 2011 – KPMG, 2017). Figuur 5.2.1-2 toont dat de substantiële spreidingsreductie in 2012 in lijn ligt met voorgaande jaren. Daarnaast blijkt dat de spreiding in vereveningsresultaat zonder risicovereveningssysteem tussen 2011 en 2012 meer is gestegen dan in voorgaande jaren. Een mogelijke verklaring is stijging van de landelijke somatische zorgkosten en daarmee stijging van het macrobudget in combinatie met een stijging van de variantie in zorgkosten. Opvallend is dat de spreidingsreductie in 2012 bij definitieve vaststelling voor

flankerend beleid en ex post maatregelen relatief groter is dan in de voorgaande twee jaar. Het additionele effect van flankerend beleid en ex post maatregelen is kleiner dan in de voorgaande jaren. Hierdoor is de spreiding bij de definitieve vaststelling na ex post maatregelen alsnog nagenoeg gelijk aan de spreiding in 2010 en 2011. Een verklaring is verbetering van de verklaaringskracht van het ex ante risicovereveningsmodel, in combinatie met afbouw van ex post maatregelen in 2012 (zie paragraaf 2.2.1 en 2.3.1).

Figuur 5.2.1-2 Spreiding (gewogen standaarddeviatie) en spreidingsreductie in het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat tussen 26 zorgverzekeraars voor de totale somatische kosten, uitgedrukt in € per verzekerde.



Voetnoot Figuur 5.2.1-2

- Cijfers van 2007 tot en met 2011 zijn overgenomen uit de Monitor 2011 (Monitor 2011 – KPMG, 2017).
- Voor 2007 tot en met 2011 is sprake van macronaïcalculatie en per 2012 van flankerend beleid.

Aanvullende analyses op deelbedragen

Bovenstaande analyses zijn ook uitgevoerd op de deelbedragen van de somatische kosten: variabele kosten ziekenhuiszorg (A- en B-segment) en overige prestaties. In Bijlage E zijn de resultaten van deze analyses opgenomen. Uit deze resultaten volgt:

- Voor variabele kosten van ziekenhuiszorg (A- en B-segment tezamen) is sprake van een gewogen gemiddeld vereveningsresultaat van € 27 per verzekerde bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en bandbreedteregeling. Voor het B-segment is sprake van een *negatief* vereveningsresultaat van € 13 per verzekerde. Het A-segment heeft een *positief* vereveningsresultaat van € 40 per verzekerde. Voor overige prestaties is sprake van een gemiddeld *positief* vereveningsresultaat van € 57 per verzekerde bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid (geen bandbreedteregeling van toepassing).
- De reikwijdte van het vereveningsresultaat voor de variabele kosten van ziekenhuiszorg daalt met 93 % en de spreiding met 89 %, bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en bandbreedteregeling ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem. Voor de overige prestaties daalt de reikwijdte met 68 % en de spreiding met 91 % ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem. Deze daling in de reikwijdte voor overige prestaties is relatief gezien kleiner dan

bij de variabele kosten van ziekenhuiszorg, omdat geen bandbreedteregeling voor de kosten van overige prestaties van toepassing is.

5.2.2. Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding op basis van portefeuilleomvang zorgverzekeraars: klein/ middelgroot/ groot en concern/ zelfstandig

Deze paragraaf analyseert of en in welke mate het gemiddelde vereveningsresultaat en de spreiding hierin voor de totale somatische kosten verschilt tussen zorgverzekeraars op basis van portefeuilleomvang.

Portefeuilleomvang: Klein/ middelgroot/ groot

Tabel 5.2.2-1 presenteert het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat, de reikwijdte en spreiding in het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars op verschillende vaststellingsmomenten, waarbij de zorgverzekeraars zijn ingedeeld in klein/ middelgroot/ groot. De resultaten zijn niet grafisch (zoals in Figuur 5.2.1-1) weergegeven ter bescherming van de anonimiteit van individuele zorgverzekeraars.

Tabel 5.2.2-1 Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat, de reikwijdte en spreiding voor zorgverzekeraars ingedeeld in klein/ middelgroot/ groot voor de *totale somatische kosten* in 2012, uitgedrukt in € per verzekerde (afgerond op €).

	Gemiddelde, in €			Reikwijdte, in €			Spreiding, in €		
	Klein	Middel groot	Groot	Klein	Middel groot	Groot	Klein	Middel groot	Groot
Geen RV ^a	74	341	17	1.254	736	741	468	203	162
DV voor FB en BB	93	94	80	344	155	90	120	36	22
DV na FB	92	102	78	377	176	112	131	40	27
DV na BB	104	99	79	183	116	95	62	27	23

Voetnoot Figuur 5.2.2-1

- a. Geen RV betekent een fictieve situatie waarin geen risicovereveningssysteem van toepassing is. Dit houdt in dat zorgverzekeraars voor elke verzekerde een gelijk bedrag ontvangen, ongeacht het risicoprofiel van deze verzekerde.

Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat

Uit de analyse volgt dat kleine zorgverzekeraars bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en bandbreedteregeling een hoger gemiddeld vereveningsresultaat kennen dan middelgrote en grote zorgverzekeraars: € 104 per verzekerde versus € 99 en € 79 per verzekerde, respectievelijk. Mogelijk neemt het vereveningsresultaat af bij een toename van het aantal verzekerden, omdat positieve en negatieve verschillen tussen verzekerden elkaar kunnen uitmiddelen op portefeuilleniveau. Ook spelen verschillen in risicoprofiel tussen zorgverzekeraars een belangrijke rol. Kleine, middelgrote en grote zorgverzekeraars hebben allen een positief gemiddeld vereveningsresultaat, dat correspondeert met het positieve macrovereveningsresultaat.

Daarnaast tonen de resultaten dat het effect van het risicovereveningssysteem op het gemiddeld vereveningsresultaat per verzekerde verschilt tussen zorgverzekeraars van verschillende portefeuilleomvang. Zo neemt het gemiddelde vereveningsresultaat in de situatie zonder risicovereveningssysteem naar de definitieve vaststelling na bandbreedteregeling toe met afgerond € 30 voor kleine zorgverzekeraars en met afgerond € 62 voor grote zorgverzekeraars. Voor middelgrote zorgverzekeraars is juist sprake van een afname in het gemiddeld vereveningsresultaat met € 242 in deze situatie. Deze resultaten geven aan dat flinke verschillen bestaan in het risicoprofiel tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang. Het risicovereveningssysteem is in staat om deze verschillen (deels) te compenseren.

Reikwijdte

Tabel 5.2.2-1 toont dat de reikwijdte van het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang afneemt door het risicovereveningssysteem. Daarbij valt op dat de reikwijdte bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en bandbreedteregeling het grootst is bij kleine zorgverzekeraars en

het kleinst bij grote zorgverzekeraars. Dit betekent dat het gemiddelde vereveningsresultaat tussen kleine zorgverzekeraars onderling verder uit elkaar ligt dan tussen grote zorgverzekeraars. Dit kan worden verklaard door verschillen in risicoprofiel van zorgverzekeraars. Ook gaat de ‘Wet van Grote Aantallen’* op. Bij een grotere portefeuilleomvang kunnen uitschieters in het vereveningsresultaat tussen verzekerden binnen de portefeuille meer uitmiddelen dan bij een kleinere portefeuilleomvang, waardoor de afwijking ten opzichte van het marktgemiddelde afneemt.

Spreiding

In lijn met voorgaande resultaten, is spreiding in het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat onder kleine zorgverzekeraars het grootst en onder grote zorgverzekeraars het kleinst bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en bandbreedteregeling: € 62, € 27 en € 23 per verzekerde voor respectievelijk kleine, middelgrote en grote zorgverzekeraars. Dit is in lijn met de resultaten in voorgaande jaren (Monitor 2011 - KPMG, 2017). Een verklaring voor deze resultaten zijn eveneens verschillen in risicoprofiel van zorgverzekeraars.

Portefeuilleomvang: concern-zorgverzekeraars/ zelfstandige zorgverzekeraars

Tabel 5.2.2-2 presenteert het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat, de reikwijdte en spreiding in het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars ingedeeld in zelfstandige zorgverzekeraars en zorgverzekeraars behorend tot een concern. De resultaten zijn niet grafisch weergegeven ter bescherming van de anonimiteit van individuele zorgverzekeraars (zoals in Figuur 5.2.1-1).

Tabel 5.2.2-2 Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat, de reikwijdte en spreiding voor zorgverzekeraars, ingedeeld in zorgverzekeraars behorend tot een concern en zelfstandige zorgverzekeraars, voor de *totale somatische kosten* in 2012, uitgedrukt in € per verzekerde (afgerond op €).

	Gemiddelde, in €		Reikwijdte, in €		Spreiding, in €	
	Concern	Zelfstandig	Concern	Zelfstandig	Concern	Zelfstandig
Geen RV ^a	65	249	1.471	483	229	181
DV voor FB en BB	80	109	233	245	29	61
DV na FB	80	112	276	253	36	64
DV na BB	82	104	145	143	26	36

Voetnoot Figuur 5.2.1-1

- a. Geen RV betekent een fictieve situatie waarin geen risicovereveningssysteem van toepassing is. Dit houdt in dat zorgverzekeraars voor elke verzekerde een gelijk bedrag ontvangen, ongeacht het risicoprofiel van deze verzekerde.

Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat

Het gemiddelde vereveningsresultaat is voor zelfstandige zorgverzekeraars hoger dan voor concern-zorgverzekeraars bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en bandbreedteregeling: respectievelijk € 104 en € 82 per verzekerde. Zelfstandige zorgverzekeraars hebben gemiddeld lagere zorgkosten in verhouding tot de vereveningsbijdrage dan concern-zorgverzekeraars. Daarnaast is het effect van het risicovereveningssysteem op het vereveningsresultaat voor concern-zorgverzekeraars en zelfstandige zorgverzekeraars verschillend. Ten opzichte van een situatie zonder risicovereveningssysteem neemt het gemiddelde vereveningsresultaat voor zelfstandige zorgverzekeraars af van € 249 naar € 104 per verzekerde en voor concern-zorgverzekeraars is er juist een toename van € 65 naar € 82 per verzekerde. Dit toont aan dat het risicovereveningssysteem verschillen in risicoprofiel tussen concern- en zelfstandige zorgverzekeraars (deels) compenseert.

Het patroon in deze resultaten is in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2011 - KPMG, 2017). In 2011 behaalden zelfstandige zorgverzekeraars een positief vereveningsresultaat van gemiddeld € 10 per verzekerde, terwijl concern-zorgverzekeraars een negatief vereveningsresultaat van gemiddeld € 1 per verzekerde behaalden. Door verschillen in inzet van macrona calculatie/ flankerend beleid en ex post maatregelen tussen 2011 en 2012 is het niet goed mogelijk deze bedragen in absolute zin te vergelijken.

Reikwijdte

De reikwijdte tussen zelfstandige zorgverzekeraars bedraagt € 143 en tussen concern-zorgverzekeraars € 145 bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en bandbreedteregeling (Tabel 5.2.2-2). Hieruit volgt dat het risicovereveningssysteem nauwelijks een andere impact heeft op verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars die wel of niet tot een concern behoren. Alhoewel de gemiddelde vereveningsresultaten van concern-zorgverzekeraars en zelfstandige zorgverzekeraars zich binnen dezelfde reikwijdte bevinden, liggen de resultaten voor zelfstandige zorgverzekeraars gemiddeld verder af van het marktgemiddelde dan concern-zorgverzekeraars. Hier geldt eveneens de ‘Wet van Grote Aantallen’.

Spreiding

De spreiding in vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en bandbreedteregeling blijkt groter voor zelfstandige zorgverzekeraars (€ 36 per verzekerde) dan voor concern-zorgverzekeraars (€ 26 per verzekerde) (Tabel 5.2.2-2). Dit wordt eveneens verklaard door verschillen in risicoprofiel. In 2011 was de spreiding voor zelfstandige zorgverzekeraars gelijk aan € 37 per verzekerde, terwijl deze voor concern-zorgverzekeraars gelijk was aan € 27 per verzekerde (Monitor 2011 – KPMG, 2017). Het effect in 2012 ligt daarmee in lijn met 2011.

Op basis van deze resultaten kan worden geconcludeerd dat verschillen tussen zorgverzekeraars op basis van verschillende portefeuilleomvang afnemen door toepassing van het risicovereveningssysteem. Dit betekent dat het risicovereveningssysteem bijdraagt aan het creëren van een gelijke uitgangspositie tussen zorgverzekeraars op basis van verschillende portefeuilleomvang. De resultaten liggen over het algemeen in lijn met voorgaande jaren, rekening houdend met de verschillen tussen deze jaren.

5.2.3. Verklaringskracht

Om de verklaringskracht van het risicovereveningssysteem in beeld te brengen, zijn de R^2 en GGAA voor de totale somatische kosten geanalyseerd. In Tabel 5.2.3-1 zijn de resultaten van de R^2 en GGAA voor de totale somatische kosten weergegeven voor de verschillende vaststellingsmomenten. Ook is de GGARV geanalyseerd en weergegeven in Tabel 5.2.3-1.

Tabel 5.2.3-1 R^2 , GGAA en GGARV op zorgverzekeraarsniveau voor de totale somatische kosten in 2012, voor de verschillende vaststellingsmomenten.

	R^2 , in %	GGAA, in €	GGARV, in €
DV voor FB en BB	89,4	83	166
DV na FB	88,1	84	5
DV na BB	90,9	84	6

Voetnoot Tabel 5.2.3-1

- GGARV:

- DV voor FB en BB: Definitieve vaststelling voor flankerend beleid en bandbreedteregeling ten opzichte van situatie zonder een risicovereveningssysteem. Een situatie zonder een risicovereveningssysteem houdt in dat zorgverzekeraars voor elke verzekerde een gelijk bedrag ontvangen, ongeacht het risicoprofiel van deze verzekerde
- DV na FB: Definitieve vaststelling na FB ten opzichte van definitieve vaststelling voor FB en BB.
- DV na BB: Definitieve vaststelling na FB en BB ten opzichte van definitieve vaststelling na FB.

R^2

Tabel 5.2.3-1 toont dat de R^2 op zorgverzekeraarsniveau 88,1 % – 90,9 % bedraagt voor de definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid en bandbreedteregeling. Dit houdt in dat de vereveningsbijdrage de zorgkosten goed benadert op portefeuilleniveau van zorgverzekeraars. Net zoals geconstateerd in voorgaande jaren, is de R^2 op zorgverzekeraarsniveau zeer hoog. In 2011 was de R^2 rond de 95 % – 99 % (Monitor 2011 - KPMG, 2017). Vanwege verschillen in de vormgeving van het risicovereveningssysteem is directe vergelijking van de R^2 van 2012 met voorgaande jaren niet goed mogelijk.⁷

⁷ Uit nadere analyse volgt dat indien in 2012 wordt gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat de verklaringskracht goed overeenkomt met de verklaringskracht van het risicovereveningssysteem in voorgaande jaren (Monitor 2011 – KPMG, 2017).

Merk op dat op alle vaststellingsmomenten de R^2 in absolute termen hoog is. De reden dat de R^2 zo hoog is, is omdat verschillen in zorgkosten tussen verzekerden worden geaggregeerd tot portefeuilleniveau van een zorgverzekeraar. Hierdoor kunnen positieve en negatieve verschillen tussen (subgroepen van) verzekerden elkaar deels opheffen. Op basis van deze R^2 -waarde op zorgverzekeraarsniveau kunnen dan ook geen conclusies worden getrokken over de mate waarin het risicovereveningssysteem erin slaagt om financiële prikkels tot risicoselectie voor subgroepen te reduceren.

GGAA

De GGAA bedraagt voor de verschillende vaststellingsmomenten € 83 - € 84 per verzekerde (Tabel 5.2.3-1).⁸ Hieruit blijkt tevens dat het flankerend beleid en de bandbreedteregeling weinig tot geen effect hebben op de GGAA. Een verklaring voor het effect van flankerend beleid is dat deze maatregel niet is bedoeld om (absolute) verschillen tussen vereveningsbijdrage en zorgkosten per zorgverzekeraar te reduceren. Flankerend beleid zorgt voor toedeling van een evenredig aandeel in een kostenoverschrijding of –onderschrijding. Dit kan ook betekenen dat vereveningsresultaten tussen zorgverzekeraars verder uit elkaar komen te liggen (zoals ook eerder geconstateerd). Een verklaring voor het effect van de bandbreedteregeling is dat deze maatregel alleen effect heeft op het vereveningsresultaat van de ‘buitenste’ zorgverzekeraars en niet op alle zorgverzekeraars. Daarbij telt in de GGAA de grootte van de zorgverzekeraar mee. Indien de bandbreedteregeling vereveningsresultaten van zorgverzekeraars met een kleinere omvang reduceert, telt dit minder zwaar mee in de GGAA dan indien dit gebeurt bij zorgverzekeraars van grote omvang.

GGARV

Het risicovereveningssysteem zorgt voor relatief grote verschuivingen in het vereveningsresultaat van zorgverzekeraars: € 166 per verzekerde bij de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en bandbreedteregeling ten opzichte van de fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem (Tabel 5.2.3-1). Een situatie zonder een risicovereveningssysteem houdt in dat zorgverzekeraars voor elke verzekerde een gelijk bedrag ontvangen, ongeacht het risicoprofiel van deze verzekerde. Flankerend beleid zorgt vervolgens voor een additionele verschuiving van € 5 per verzekerde en vervolgens de bandbreedteregeling voor € 6 per verzekerde. Deze resultaten tonen aan dat het ex ante risicovereveningsmodel, conform verwachting, zorgt voor de grootste verschuivingen in het vereveningsresultaat van zorgverzekeraars.

5.3. gGGZ-kosten voor verzekerden van 18 jaar en ouder

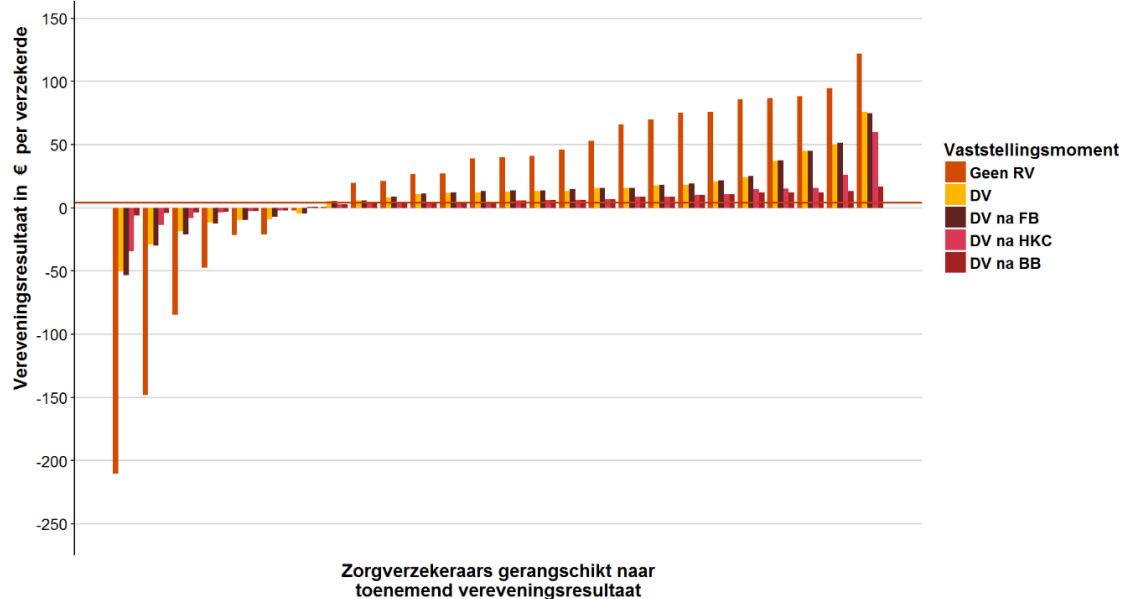
5.3.1. Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding voor alle 26 zorgverzekeraars

Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en reikwijdte

Figuur 5.3.1-1 geeft het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde van 18 jaar en ouder voor alle 26 zorgverzekeraars, om een indruk te krijgen van de werking van het risicovereveningssysteem voor de gGGZ-kosten voor verschillende vaststellingsmomenten. De zorgverzekeraars zijn elk vaststellingsmoment opnieuw gerangschikt naar toenemend vereveningsresultaat. De tabel onder Figuur 5.3.1-1 presenteert het gemiddelde, de reikwijdte van het vereveningsresultaat en de spreiding tussen alle 26 zorgverzekeraars.

⁸ De GGAA is gelijk aan het macrovereveningsresultaat. Alle zorgverzekeraars, met uitzondering van één of twee zorgverzekeraars op een bepaald vaststellingsmoment, hebben een positief gemiddeld vereveningsresultaat. Hierdoor komt de GGAV op hetzelfde neer als het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat.

Figuur 5.3.1-1 Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor 26 zorgverzekeraars voor de *gGGZ*-kosten in 2012, uitgedrukt in € per verzekerde van 18 jaar en ouder en per vaststellingsmoment gerangschikt naar toenemend vereveningsresultaat. De bijbehorende tabel geeft het gemiddelde, de reikwijdte en de spreiding in het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat, uitgedrukt in € per verzekerde van 18 jaar en ouder.



	<i>Gemiddelde, in €</i>	<i>Reikwijdte, in €</i>	<i>Spreiding, in €</i>
Geen RV ^a	4	332	59
DV voor FB en ex post	4	126	16
DV na FB	4	128	16
DV na HKC	4	94	9
DV na BB	4	23	5

Voetnoot Figuur 5.3.1-1

- a. Geen RV betekent een fictieve situatie waarin geen risicovereveningssysteem van toepassing is. Dit houdt in dat zorgverzekeraars voor elke verzekerde een gelijk bedrag ontvangen, ongeacht het risicoprofiel van deze verzekerde.

Figuur 5.3.1-1 leidt tot de volgende bevindingen:

- In 2012 bedraagt het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor alle 26 zorgverzekeraars € 4 per verzekerde van 18 jaar en ouder bij de definitieve vaststelling. Dit komt overeen met het positieve vereveningsresultaat van € 50 miljoen op macroniveau, zoals eerder vermeld in Hoofdstuk 4.
- Toepassing van het risicovereveningssysteem reduceert de reikwijdte flink: van € 332 per verzekerde van 18 jaar en ouder zonder risicovereveningssysteem naar € 23 per verzekerde van 18 jaar en ouder bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregelen (tabel bij Figuur 5.3.1-1). Dit houdt in dat (uiterste) verschillen in vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars flink worden ingeperkt. Net zoals bij de somatische kosten, is een lichte stijging in de reikwijdte (€ 2 per verzekerde van 18 jaar en ouder) te zien door toepassing van flankerend beleid. Hiervoor geldt dezelfde verklaring als voor de somatische kosten. De HKC en bandbreedteregeling zorgen vervolgens voor een verdere afname in reikwijdte. Dit is conform verwachting, aangezien de HKC en bandbreedteregeling beide maatregelen zijn om (uiterste) risico's te beperken.

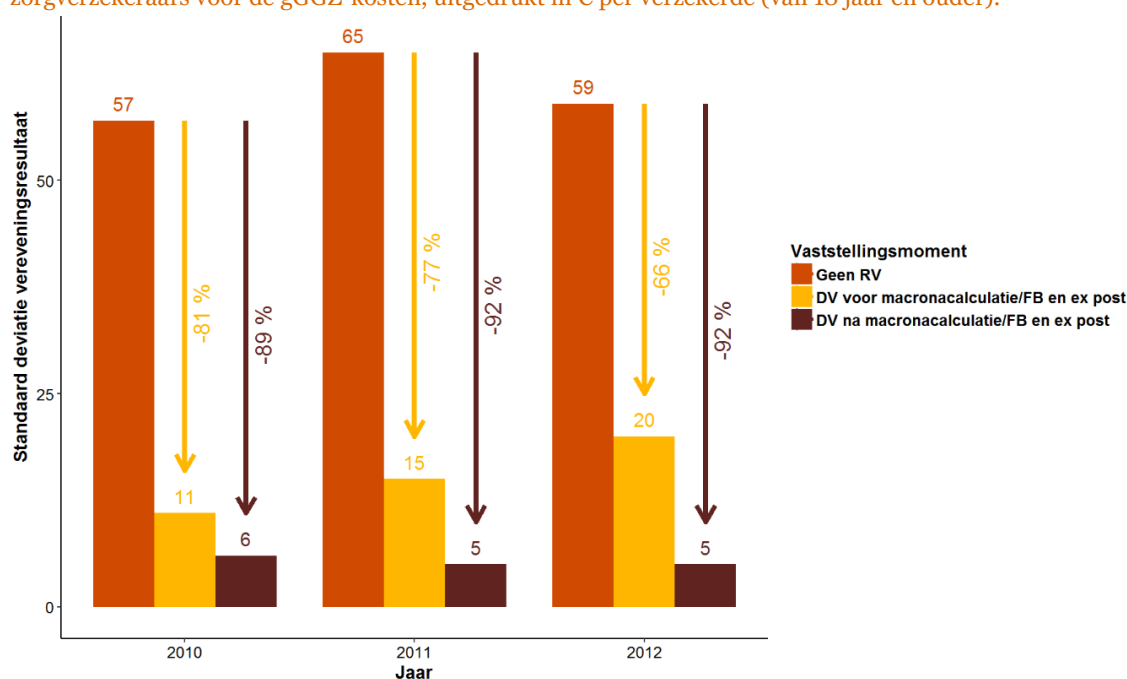
Spreiding

Uit de tabel onder Figuur 5.3.1-1 volgt dat de spreiding van het vereveningsresultaat door het risicovereveningssysteem flink afneemt: met 92 % (van € 59 per verzekerde van 18 jaar en ouder zonder risicovereveningssysteem naar € 5 per verzekerde van 18 jaar en ouder met risicovereveningssysteem bij de

definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregelen). Deze afname toont dat het risicovereveningssysteem bijdraagt aan het reduceren van verschillen in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars. Toepassing van het ex ante risicovereveningsmodel – definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen – zorgt voor de grootste daling in spreiding: namelijk 74 %-punt (van € 59 naar € 16 per verzekerde 18 jaar en ouder). Flankerend beleid heeft minder dan € 1 per verzekerde effect op de spreiding. De HKC en bandbreedteregeling zorgen vervolgens voor een verdere afname van € 7 en € 4 per verzekerde respectievelijk (resterende 18 %-punt van het totaal).

In Figuur 5.3.1-2 is de ontwikkeling in de spreiding en spreidingsreductie over de periode van 2010 tot en met 2012 gepresenteerd. De cijfers van 2010 en 2011 zijn overgenomen uit de Monitor 2011 (KPMG, 2017). De cijfers vóór 2010 zijn niet meegenomen, omdat volledige nacalculatie voor de gGGZ-kosten van toepassing was in 2008 en 2009.

Figuur 5.3.1-2 Spreiding (gewogen standaarddeviatie) en spreidingsreductie in het vereveningsresultaat tussen 26 zorgverzekeraars voor de gGGZ-kosten, uitgedrukt in € per verzekerde (van 18 jaar en ouder).



Voetnoot Figuur 5.3.1-2

- Cijfers van 2010 en 2011 zijn overgenomen uit de Monitor 2011 (Monitor 2011 – KPMG, 2017).
- Voor 2010 en 2011 geldt macronacalculatie. Voor 2012 geldt flankerend beleid.

Figuur 5.3.1-2 laat zien dat de spreidingsreductie in 2012 in lijn ligt met voorgaande jaren. De spreidingsreductie in 2012 is door toepassing van flankerend beleid en de ex post maatregelen relatief groter dan de voorgaande twee jaren. Dit is opvallend, aangezien in de twee voorgaande jaren de spreidingsreductie juist groter was tussen de fictieve situatie en de definitieve vaststelling voor deze maatregelen dan in 2012. Daarnaast is per 2012 het ex ante risicovereveningsmodel verder verbeterd, waardoor de verwachting is dat de spreidingsreductie toeneemt bij de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen ten opzichte van de fictieve situatie. Dit is niet het geval. Een mogelijke verklaring voor de relatieve toename van de spreidingsreductie na toepassing van flankerend beleid en ex post maatregelen ten opzichte van voorgaande jaren is de afschaffing van macronacalculatie en introductie van flankerend beleid (immers de HKC is gelijk gebleven en de bandbreedteregeling is licht gewijzigd). Voor de lagere spreidingsreductie door het ex ante risicovereveningsmodel ten opzichte van voorgaande jaren en de jaarlijkse toename in de absolute spreiding voor de definitieve vaststelling voor toepassing van macronacalculatie/ flankerend beleid en ex post maatregelen zijn geen duidelijke verklaringen voorhanden.

5.3.2. Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding op basis van portefeuilleomvang zorgverzekeraars: klein/ middelgroot/ groot en concern/ zelfstandig

Deze paragraaf analyseert het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding in het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor de 26 zorgverzekeraars, ingedeeld in kleine/ middelgrote/ grote zorgverzekeraars en concern-zorgverzekeraars/ zelfstandige zorgverzekeraars. Bij deze analyses wordt dezelfde indeling gehanteerd als bij de analyses van de somatische kosten.

Portefeuilleomvang: klein/ middelgroot/ groot

Tabel 5.3.2-1 presenteert het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat, de reikwijdte en spreiding in het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat tussen de 26 zorgverzekeraars, ingedeeld in klein/ middelgroot/ groot. De resultaten zijn niet grafisch weergegeven ter bescherming van de anonimiteit van individuele zorgverzekeraars.

Tabel 5.3.2-1 Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat, de reikwijdte en spreiding in het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor zorgverzekeraars ingedeeld in klein/ middelgroot/ groot voor de *gGGZ-kosten* van verzekerden van 18 jaar en ouder in 2012, uitgedrukt in € per verzekerde van 18 jaar en ouder (afgerond op €).

	Gemiddelde, in €			Reikwijdte, in €			Spreiding, in €		
	Klein	Middle groot	Groot	Klein	Middel groot	Groot	Klein	Middel groot	Groot
Geen RV ^a	-19	35	-2	322	135	243	110	45	56
DV voor FB en ex post	10	11	3	126	36	64	46	9	14
DV na FB	9	11	3	128	38	66	47	10	14
DV na HKC	7	4	5	94	18	30	32	5	8
DV na BB	5	4	4	23	14	16	9	4	6

Voetnoot Figuur 5.3.2-1

- a. Geen RV betekent een fictieve situatie waarin geen risicovereveningssysteem van toepassing is. Dit houdt in dat zorgverzekeraars voor elke verzekerde een gelijk bedrag ontvangen, ongeacht het risicoprofiel van deze verzekerde.

Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat

Uit de analyse volgt dat middelgrote zorgverzekeraars bij de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen het hoogste gemiddelde vereveningsresultaat kennen (€ 11 per verzekerde) en grote zorgverzekeraars het laagste gemiddelde vereveningsresultaat (€ 3 per verzekerde). Verschil in risicoprofiel van de portefeuilles kan hiervoor een verklaring zijn. Bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregelen zijn de verschillen in het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat beperkt.

Daarnaast blijkt dat het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat afneemt – dichterbij het marktgemiddelde komt – door toepassing van het risicovereveningssysteem. In de situatie zonder risicovereveningssysteem is er een negatief vereveningsresultaat voor kleine en grote zorgverzekeraars, dat door toepassing van het ex ante risicovereveningsmodel wijzigt in een positief vereveningsresultaat. Dit duidt erop dat de verschillen tussen zorgverzekeraars worden veroorzaakt door een verschil in risicoprofiel van de verzekerdenportefeuille en dat het ex ante risicovereveningsmodel in staat is verschillen in risicoprofiel tussen zorgverzekeraars (deels) te compenseren.

Reikwijdte

Zoals volgt uit Tabel 5.3.2-1 is de reikwijdte gelijk aan € 23 per verzekerde voor kleine zorgverzekeraars, € 14 per verzekerde voor middelgrote zorgverzekeraars en € 16 per verzekerde voor grote zorgverzekeraars. Dit duidt erop dat het verschil in vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars met een grotere portefeuilleomvang afneemt. Alhoewel de vereveningsresultaten van grote zorgverzekeraars iets meer verschillen dan de middelgrote zorgverzekeraars.

Daarnaast toont Tabel 5.3.2-1 dat de reikwijdte van het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat flink afneemt door toepassing van het risicovereveningssysteem, ongeacht de portefeuilleomvang van zorgverzekeraars. Toepassing van het ex ante risicovereveningsmodel zorgt voor de grootste afname in de reikwijdte. Van alle ex post maatregelen zorgt de bandbreedteregeling, conform verwachting, voor relatief gezien de grootste afname in de reikwijdte. Bij deze resultaten valt op dat de reikwijdte in verhouding sterker afneemt bij kleine zorgverzekeraars dan bij middelgrote en grote zorgverzekeraars. Dit duidt erop dat het risicovereveningssysteem in staat is verschillen in risicoprofiel van verzekerdenportefeuilles (deels) te compenseren.

Spreiding

Uit Tabel 5.3.2-1 is af te leiden dat de spreiding afneemt voor zowel kleine, middelgrote als grote zorgverzekeraars bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregelen ten opzichte van de situatie zonder risicovereveningssysteem. De reductie is het sterkst onder de kleine zorgverzekeraars, net zoals bij de reikwijdte. De spreiding na toepassing van het risicovereveningssysteem is het grootst voor kleine zorgverzekeraars (€ 9 per verzekerde) en het kleinst voor de middelgrote zorgverzekeraars (€ 4 per verzekerde). De omvang van zorgverzekeraars kan hierbij een rol spelen, alhoewel de verschillen beperkt zijn. Deze resultaten liggen in lijn met 2011, toen de spreiding voor kleine, middelgrote en grote zorgverzekeraars ook dicht bij elkaar lag.

Portefeuilleomvang: concern-zorgverzekeraars/ zelfstandige zorgverzekeraars

Tabel 5.3.2-2 presenteert het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat, de reikwijdte en spreiding in het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat tussen zelfstandige zorgverzekeraars en zorgverzekeraars behorend tot een concern. De resultaten zijn niet grafisch weergegeven ter bescherming van de anonimiteit van individuele zorgverzekeraars.

Tabel 5.3.2-2 Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat, de reikwijdte en spreiding in het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor de 26 zorgverzekeraars, ingedeeld in zorgverzekeraars behorend tot een concern en zelfstandige zorgverzekeraars, voor de *gGGZ-kosten* van verzekerden van 18 jaar en ouder in 2012, uitgedrukt in € per verzekerde van 18 jaar en ouder (afgerond op €).

	Gemiddelde, in €		Reikwijdte, in €		Spreiding, in €	
	Concern	Zelfstandig	Concern	Zelfstandig	Concern	Zelfstandig
Geen RV ^a	3	18	332	134	60	53
DV voor FB en ex post	4	11	101	87	15	22
DV na FB	4	11	105	87	16	22
DV na HKC	4	6	61	68	8	17
DV na BB	4	4	20	20	5	5

Voetnoot Figuur 5.3.2-1

- a. Geen RV betekent een fictieve situatie waarin geen risicovereveningssysteem van toepassing is. Dit houdt in dat zorgverzekeraars voor elke verzekerde een gelijk bedrag ontvangen, ongeacht het risicoprofiel van deze verzekerde.

Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat

Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat van de definitieve vaststelling na ex post maatregelen voor zelfstandige zorgverzekeraars en concern-zorgverzekeraars is afgerond gelijk aan € 4 per verzekerde. Op basis van Tabel 5.3.2-2 is ook te zien dat het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor concern-zorgverzekeraars vrij constant is, ongeacht het vaststellingsmoment. Bij zelfstandige zorgverzekeraars zijn verschillen zichtbaar op de verschillende vaststellingsmomenten. Mogelijk wordt dit verklaard door verschillen in risicoprofiel van de verzekerdenportefeuilles.

Reikwijdte

Uit Tabel 5.3.2-2 blijkt dat de reikwijdte van het vereveningsresultaat flink afneemt door het risicovereveningssysteem, waarbij een grotere reductie zichtbaar is voor concern-zorgverzekeraars ten opzichte van zelfstandige zorgverzekeraars. De reikwijdte voor zelfstandige zorgverzekeraars en concern-

zorgverzekeraars bedraagt beide € 20 per verzekerde in de definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregelen.

Spreiding

De spreiding in het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregelen is gelijk voor concern-zorgverzekeraars en zelfstandige-zorgverzekeraars (beide € 5 per verzekerde). In lijn met voorgaande jaren, zijn de verschillen tussen zorgverzekeraars van verschillende portefeuilleomvang beperkt.

Op basis van deze resultaten kan worden geconcludeerd dat het risicovereveningssysteem voor de gGGZ-kosten in staat is om verschillen in het risicoprofiel van zorgverzekeraars, op basis van verschillende portefeuilleomvang, (deels) te compenseren. Hierdoor nemen verschillen tussen zorgverzekeraars op basis van portefeuilleomvang flink af na toepassing van het risicovereveningssysteem. Dit betekent dat het risicovereveningssysteem bijdraagt aan het creëren van een gelijke uitgangspositie tussen zorgverzekeraars op basis van portefeuilleomvang. Daarnaast liggen de resultaten over het algemeen in lijn met voorgaande jaren, gegeven de verschillen tussen deze jaren.

5.3.3. Verklaringskracht

Om de verklaringskracht van het risicovereveningssysteem in beeld te brengen, zijn in Tabel 5.3.3-1 de resultaten van de R^2 , GGAA en GGARV voor de gGGZ-kosten weergegeven voor de verschillende vaststellingsmomenten.

Tabel 5.3.3-1 R^2 , GGAA en GGARV op zorgverzekeraarsniveau voor de gGGZ-kosten in 2012, voor de verschillende vaststellingsmomenten.

	R^2 , in %	GGAA, in €	GGARV ¹ , in €
DV voor FB en ex post	98,7	13	32
DV na FB	98,6	13	1
DV na HKC	99,5	7	8
DV na BB	99,9	6	2

Voetnoot Tabel 5.3.3-1

- GGARV:
 - DV voor FB en ex post: Definitieve vaststelling (voor flankerend beleid en ex post maatregelen) ten opzichte van situatie zonder een risicovereveningssysteem.
 - DV na FB: Definitieve vaststelling na FB ten opzichte van definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen.
 - DV na HKC: Definitieve vaststelling na HKC ten opzichte van definitieve vaststelling na FB.
 - DV na BB: Definitieve vaststelling na BB ten opzichte van definitieve vaststelling na HKC.
- Een situatie zonder een risicovereveningssysteem houdt in dat zorgverzekeraars voor elke verzekerde een gelijk bedrag ontvangen, ongeacht het risicoprofiel van deze verzekerde.

R^2

De R^2 op zorgverzekeraarsniveau voor de gGGZ-kosten bedraagt circa 99 % bij de definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid en ex post maatregelen. Bij toepassing van het ex ante risicovereveningsmodel bij de definitieve vaststelling is reeds sprake van een hoge R^2 : 98,7 %. De ex post maatregelen HKC en bandbreedteregeling zorgen voor een verdere toename in R^2 , waarbij de HKC een groter effect heeft dan de bandbreedteregeling (nadat de HKC is toegepast). Een verklaring hiervoor is dat de HKC een groot deel van de hoge kosten compenseert, waardoor de aansluiting tussen kosten en vereveningsbijdrage voor deze verzekerden verbetert. De R^2 is gevoelig voor een betere aansluiting tussen kosten en vereveningsbijdrage voor verzekerden met hoge kosten. Bovendien wordt de bandbreedte toegepast nadat de HKC is toegepast, waardoor reeds een relatief groot effect heeft plaatsgevonden. De resultaten liggen in lijn met voorgaande jaren: rond de 99 % (Monitor 2011 - KPMG, 2017), rekening houdend met de wijzigingen over de jaren.

Merk op dat de R^2 hoog is op de verschillende vaststellingsmomenten, net zoals is geconstateerd bij de somatische kosten. Dezelfde verklaring als voor de somatische kosten kan hiervoor worden gegeven. Verschillen

in zorgkosten tussen verzekerden worden geaggregeerd tot portefeuilleniveau van een zorgverzekeraar. Hierdoor kunnen positieve en negatieve verschillen tussen (groepen van) verzekerden elkaar deels opheffen. Op basis van deze R²-waarde op zorgverzekeraarsniveau kunnen dan ook geen conclusies worden getrokken over de mate waarin het risicovereveningssysteem erin slaagt financiële prikkels tot risicoselectie voor subgroepen te reduceren.

GGAA

Op basis van Tabel 5.3.3-1 is te zien dat de GGAA € 6 – € 13 bedraagt. De GGAA neemt af door toepassing van de HKC. Voor het beperkte effect van flankerend beleid en de bandbreedteregeling geldt dezelfde verklaring als voor de somatische kosten (zie paragraaf 5.2.3). Een verklaring voor het effect van de HKC is dat deze maatregel een onderlinge verrekening tussen zorgverzekeraars is om het risico op hoge gGGZ-kosten gezamenlijk te dragen. Het gevolg van de HKC is dat de vereveningsresultaten van zorgverzekeraars dichter bij elkaar komen, waardoor ook de absolute afwijking tussen zorgverzekeraars afneemt.

GGARV

Tabel 5.3.3-1 geeft aan dat het risicovereveningssysteem per vaststellingsmoment zorgt voor verschuivingen in het vereveningsresultaat van zorgverzekeraars: van € 32 per verzekerde tot € 1 per verzekerde. De grootste verschuiving is die van de situatie zonder een risicovereveningssysteem naar de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen; oftewel door toepassing van het ex ante risicovereveningsmodel. Flankerend beleid, HKC en de bandbreedteregeling zorgen na het ex ante risicovereveningsmodel voor additionele verschuivingen in het vereveningsresultaat van zorgverzekeraars. Van alle ex post maatregelen zorgt de HKC (nadat flankerend beleid is toegepast) voor de grootste additionele verschuiving in het vereveningsresultaat van zorgverzekeraars.

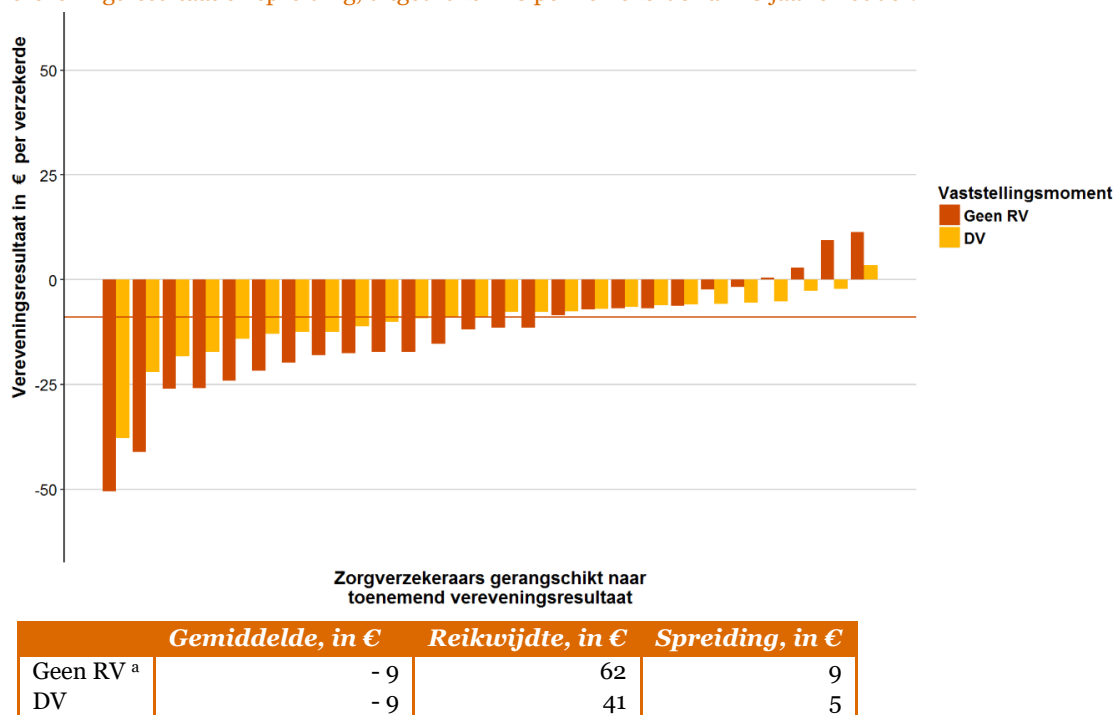
5.4. Opbrengsten verplicht eigen risico voor verzekerden van 18 jaar en ouder

5.4.1. Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding voor 26 zorgverzekeraars

Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en reikwijdte

Figuur 5.4.1-1 presenteert het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico van alle 26 zorgverzekeraars voor de definitieve vaststelling, in vergelijking met een situatie waarin de korting op de vereveningsbijdrage gelijk is voor elke verzekerde (i.e. situatie zonder een risicovereveningsmodel). De zorgverzekeraars zijn elk vaststellingsmoment opnieuw gerangschikt naar toenemend vereveningsresultaat. De bijbehorende tabel presenteert het gemiddelde, de reikwijdte van het vereveningsresultaat en de spreiding.

Figuur 5.4.1-1 Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor 26 zorgverzekeraars voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico in 2012, uitgedrukt in € per verzekerde van 18 jaar en ouder en per vaststellingsmoment gerangschikt naar toenemend vereveningsresultaat. De tabel geeft de reikwijdte in vereveningsresultaat en spreiding, uitgedrukt in € per verzekerde van 18 jaar en ouder.



Voetnoot Figuur 5.4.1-1

- a. Geen RV betekent een fictieve situatie waarin geen risicovereveningssysteem van toepassing is. Dit houdt in dat zorgverzekeraars voor elke verzekerde een gelijk bedrag ontvangen, ongeacht het risicoprofiel van deze verzekerde.

De resultaten in Figuur 5.4.1-1 leiden tot de volgende bevindingen:

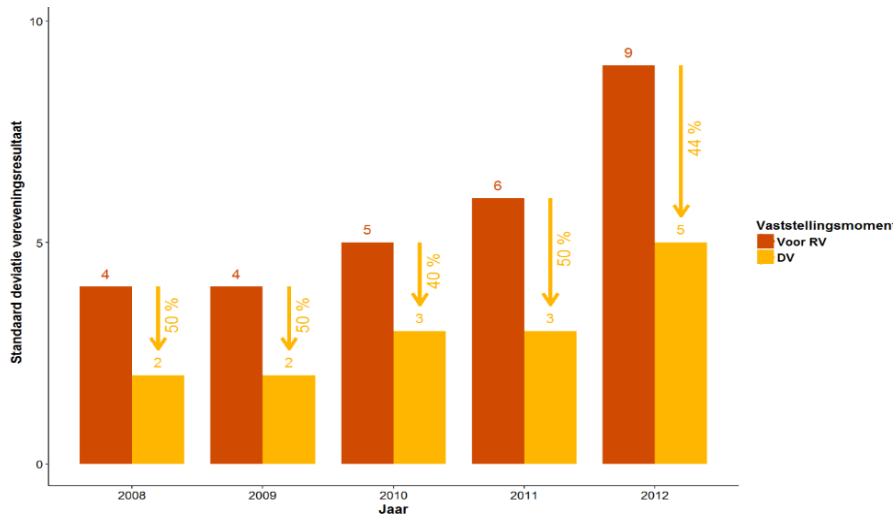
- In 2012 is het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor alle 26 zorgverzekeraars € - 9 per verzekerde van 18 jaar en ouder bij de definitieve vaststelling. Dit komt overeen met het negatieve macrovereveningsresultaat van € 118 miljoen, zoals vermeld in Hoofdstuk 4.
- De reikwijdte neemt af door toepassing van het risicovereveningssysteem: van € 62 per verzekerde zonder risicovereveningssysteem naar € 41 per verzekerde met toepassing van het risicovereveningssysteem. Dit houdt in dat het risicovereveningssysteem het verschil in maximale en minimale vereveningsresultaat over alle zorgverzekeraars verkleint.

Spreiding

Uit de tabel bij Figuur 5.4.1-1 blijkt dat de spreiding van het vereveningsresultaat door het risicovereveningssysteem flink afneemt: met 44 % (van € 9 per verzekerde zonder risicovereveningssysteem naar € 5 per verzekerde met risicovereveningssysteem). Deze resultaten geven aan dat het risicovereveningssysteem bijdraagt aan reductie van verschillen in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico.

De ontwikkeling in de spreiding en spreidingsreductie over de periode 2008 tot en met 2012 is in Figuur 5.4.1-2 gepresenteerd. De cijfers van 2008 tot en met 2011 zijn overgenomen uit de Monitor 2011 (Monitor 2011 – KPMG, 2017). Figuur 5.4.1-2 toont dat de spreidingsreductie in 2012 in lijn is met voorgaande jaren. De spreiding voor zowel de situatie zonder risicovereveningssysteem alsmede de definitieve vaststelling ligt hoger dan in voorgaande jaren. Dit wordt verklaard door verhoging van het verplicht eigen risico bedrag over de periode 2008 – 2012. Het is aannemelijk dat bij een hoger bedrag de spreiding toeneemt.

Figuur 5.4.1-2 Spreiding (gewogen standaarddeviatie) en spreidingsreductie in het vereveningsresultaat tussen 26 zorgverzekeraars voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico, uitgedrukt in € per verzekerde van 18 jaar en ouder.



Voetnoot Figuur 5.4.1-2

- Cijfers van 2010 en 2011 zijn overgenomen uit Monitor 2011 (Monitor 2011 – KPMG, 2017).

5.4.2. Gewogen gemiddeld vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding op basis van portefeuilleomvang zorgverzekeraars: klein/ middelgroot/ groot en concern/ zelfstandig

De 26 zorgverzekeraars zijn op basis van portefeuilleomvang ingedeeld in klein/ middelgroot/ groot en wel/niet behorend tot een concern (zie paragraaf 5.1). Vervolgens is het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat, de reikwijdte en spreiding geanalyseerd.

Portefeuilleomvang: klein/ middelgroot/ groot

Tabel 5.4.2-1 presenteert het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat, de reikwijdte en spreiding in het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars ingedeeld in klein/ middelgroot/ groot voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico. De resultaten zijn niet grafisch weergegeven ter bescherming van anonimiteit van individuele zorgverzekeraars.

Tabel 5.4.2-1 Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en reikwijdte en spreiding hierin voor 26 zorgverzekeraars, ingedeeld in klein/ middelgroot/ groot voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico van verzekerden van 18 jaar en ouder in 2012, uitgedrukt in € per verzekerde van 18 jaar en ouder (afgerond op €).

	Gemiddelde, in €			Reikwijdte, in €			Spreiding, in €		
	Klein	Middelgroot	Groot	Klein	Middelgroot	Groot	Klein	Middelgroot	Groot
Geen RV	-15	-15	-7	62	39	27	23	10	6
DV	-13	-8	-9	41	20	13	14	5	3

Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat

Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico bedraagt voor alle zorgverzekeraars ingedeeld in klein/ middelgroot/ groot is negatief. Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat is lager voor kleine zorgverzekeraars dan voor middelgrote en grote zorgverzekeraars: € -13 versus € -8 per verzekerde van 18 jaar en ouder. Dit betekent dat het verschil tussen ingehouden korting op de vereveningsbijdrage en de opbrengsten van het verplicht eigen risico gemiddeld groter is bij kleine zorgverzekeraars dan bij middelgrote en grote zorgverzekeraars. Mogelijk wordt dit verklaard door verschillen in risicoprofiel van de verzekerdenportefeuilles.

Reikwijdte

Tabel 5.4.2-1 toont dat de reikwijdte van het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang afneemt door het risicovereveningssysteem. Daarnaast valt op dat de reikwijdte het grootst is bij kleine zorgverzekeraars en het kleinst bij grote zorgverzekeraars. Dit betekent dat het minimale en maximale gemiddelde vereveningsresultaat onder kleine zorgverzekeraars verder uit elkaar liggen dan onder grote zorgverzekeraars. Een verklaring is de ‘Wet van de Grote Aantallen’, waardoor bij zorgverzekeraars met een grotere portefeuilleomvang positieve en negatieve vereveningsresultaten voor verzekerden elkaar kunnen uitmiddelen. Ook kan de portefeuillesamenstelling van kleine zorgverzekeraars sterker verschillen dan van middelgrote en grote zorgverzekeraars. Mogelijk worden deze verschillen niet volledig opgevangen door het risicovereveningssysteem.

Spreiding

In lijn met voorgaande resultaten, is de spreiding in het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat onder kleine zorgverzekeraars het grootst en onder grote zorgverzekeraars het kleinst: € 14, € 5 en € 3 per verzekerde van 18 jaar en ouder voor respectievelijk kleine, middelgrote en grote zorgverzekeraars (Tabel 5.4.3-1). Dit betekent dat onder kleine zorgverzekeraars onderling de verschillen in het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat groter zijn dan bij middelgrote en grote zorgverzekeraars. Dit ligt in lijn met voorgaande jaren: in 2011 was de spreiding € 10, € 4 en € 2 per verzekerde van 18 jaar en ouder voor respectievelijk kleine, middelgrote en grote zorgverzekeraars (Monitor 2011 - KPMG, 2017). Uit de Monitor 2011 blijkt dat de spreiding over de periode 2008 tot en met 2011 bij kleine zorgverzekeraars is toegenomen.

Portefeuilleomvang: concern-zorgverzekeraars/ zelfstandige zorgverzekeraars

Tabel 5.4.3-2 presenteert het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat, de reikwijdte en spreiding in het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat van 26 zorgverzekeraars, ingedeeld in zelfstandige zorgverzekeraars en zorgverzekeraars behorend tot een concern, voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico. De resultaten zijn niet grafisch weergegeven ter bescherming van de anonimiteit van individuele zorgverzekeraars.

Tabel 5.4.3-2 Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat, de reikwijdte en spreiding in het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor zorgverzekeraars, ingedeeld in zorgverzekeraars behorend tot een concern en zelfstandige zorgverzekeraars, voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico van verzekerden van 18 jaar en ouder in 2012, uitgedrukt in € per verzekerde (afgerond op €).

	Gemiddelde, in €		Reikwijdte, in €		Spreiding, in €	
	Concern	Zelfstandig	Concern	Zelfstandig	Concern	Zelfstandig
Geen RV	- 9	- 12	52	49	8	13
DV	- 9	- 8	26	36	4	9

Voetnoot Figuur 5.4.3-2

- a. Geen RV betekent een fictieve situatie waarin geen risicovereveningssysteem van toepassing is. Dit houdt in dat zorgverzekeraars voor elke verzekerde een gelijk bedrag ontvangen, ongeacht het risicoprofiel van deze verzekerde.

Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat

Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor zelfstandige zorgverzekeraars en concern-zorgverzekeraars is negatief. Concern-zorgverzekeraars hebben een lager gemiddeld vereveningsresultaat dan zelfstandige zorgverzekeraars: € - 9 versus € - 8 per verzekerde. Dit is in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2011 - KPMG, 2017).

Reikwijdte

Uit bovenstaande resultaten blijkt dat de reikwijdte spreiding voor concern-zorgverzekeraars lager is dan voor zelfstandige zorgverzekeraars: € 26 versus € 36 per verzekerde van 18 jaar en ouder. Dit duidt erop dat onder de concern-zorgverzekeraars de verschillen in opbrengsten van het verplicht eigen risico en de ingehouden vereveningsbijdrage kleiner zijn dan onder zelfstandige zorgverzekeraars. Dit is in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2011 - KPMG, 2017).

Spreiding

Hetzelfde patroon is te zien bij de spreiding. Bij concern-zorgverzekeraars is de spreiding kleiner (€ 4 per verzekerde) dan bij zelfstandige zorgverzekeraars (€ 9 per verzekerde). Mogelijk is de Wet van Grote Aantallen een verklaring voor deze verschillen.

5.4.3. Verklaringskracht

Om de verklaringskracht van het ex ante risicovereveningsmodel voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico in beeld te brengen, zijn de R^2 en GGAA in Tabel 5.4.4-1 weergegeven voor de definitieve vaststelling. Tevens is de GGARV weergegeven.

Tabel 5.4.4-1 R^2 , GGAA en GGARV op zorgverzekeraarsniveau voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico in 2012 voor de definitieve vaststelling.

	R^2 , in %	GGAA, in €	GGARV, in €
DV	99,9	9	6

Voetnoot Tabel 5.4.4-1

- GGARV: Definitieve vaststelling ten opzichte van de situatie zonder een risicovereveningssysteem.
- Een situatie zonder een risicovereveningssysteem houdt in dat zorgverzekeraars voor elke verzekerde een gelijk bedrag ontvangen, ongeacht het risicoprofiel van deze verzekerde.

R^2

Tabel 5.4.4-1 toont dat de R^2 op zorgverzekeraarsniveau voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico 99,9 % bedraagt. Net zoals is geconstateerd in voorgaande jaren is de R^2 zeer hoog. In 2011 was de R^2 97 % (Monitor 2011 – KPMG, 2017). Dit duidt erop dat de ingehouden korting op de vereveningsbijdrage goed aansluit op het ingehouden verplicht eigen risico op zorgverzekeraarsniveau. Hierbij dient opgemerkt te worden dat op het niveau van zorgverzekeraars positieve en negatieve resultaten elkaar kunnen uitmiddelen, waardoor op portefeuilleniveau een hoge mate van aansluiting is tussen ingehouden korting en de opgave van de opbrengsten van het verplicht eigen risico. Eerder is geconstateerd dat de raming van de in te houden korting voor van het verplicht eigen risico bedrag over afgelopen jaren hoger is dan de opgave van de opbrengsten van het verplicht eigen risico bedrag.

GGAA

De GGAA bedraagt afgerond € 9. Indien de definitieve vaststelling wordt vergeleken met een situatie zonder een risicovereveningssysteem blijkt dat toepassing van het ex ante risicovereveningsmodel bij de definitieve vaststelling de absolute verschillen tussen de ingehouden korting op de vereveningsbijdrage en het ingehouden verplicht eigen risico bedrag verkleint (conform verwachting).

GGARV

De GGARV is gelijk aan € 6 per verzekerde voor de verschuiving van de situatie zonder risicovereveningssysteem naar de definitieve vaststelling. Dit toont aan dat verschuivingen in het vereveningsresultaat optreden tussen zorgverzekeraars als gevolg van de ingehouden korting op de vereveningsbijdrage voor het verplicht eigen risico bedrag.

6. Resultaten op subgroepniveau

Conclusies

Somatische kosten

Het somatische risicovereveningsmodel voor 2012 is in staat verschillen in zorgkosten voor enkele van de onderzochte subgroepen (op basis van kosten uit het voorgaande jaar of samenhang tussen somatische en psychische aandoening in combinatie met leeftijd) gemiddeld genomen adequaat te compenseren dan wel is sprake van een lichte gemiddelde onder- of overcompensatie. Voor andere subgroepen die zijn onderzocht zijn gemiddeld genomen behoorlijke *onder- of overcompensaties* geconstateerd. Voor deze subgroepen is sprake van een minder goede aansluiting van vereveningsbijdrage op de zorgkosten.

Resultaten:

- Enkele van de onderzochte subgroepen op basis van kosten in het voorgaande jaar – die in totaal 88 % van de Zvw-bevolking in 2012 beslaan – worden gemiddeld genomen *overgecompenseerd*. Voor de grootste subgroep (verzekerden met kosten in midden 15 % – 85 % van de kostenverdeling) is sprake van een lichte overcompensatie van gemiddeld € 71 per verzekerde. Verzekerden met kosten in de hoogste 2 - 3 % in 2011 worden gemiddeld *overgecompenseerd* met € 114 per verzekerde.
- De hoogste 1 %, 4 - 5 % en 10 - 15 % van de verzekerden die in het voorgaande jaar hoge kosten hebben gehad worden gemiddeld *ondergecompenseerd*. De gemiddelde *ondercompensatie* voor de top 1 % in bedraagt: € 2.231 per verzekerde.
- Verzekerden jonger dan 18 jaar zonder een somatische aandoening (op basis van de morbiditeitskenmerken) worden gemiddeld licht *overgecompenseerd* (gemiddeld met € 95 per verzekerde), terwijl verzekerden jonger dan 18 jaar met een somatische aandoening worden *ondergecompenseerd* (gemiddeld met € 652 per verzekerde).
- Verzekerden van 18 jaar en ouder met een somatische aandoening, ongeacht de aanwezigheid van een psychische aandoening, worden gemiddeld *overgecompenseerd* (van € 115 tot € 254 per verzekerde). Bij aanwezigheid van een psychische aandoening zonder een somatische aandoening is sprake gemiddelde *ondercompensatie* (van € 211 tot € 652 per verzekerde).

gGGZ-kosten

Het risicovereveningsmodel voor de gGGZ in 2012 is in staat verschillen in zorgkosten voor enkele van de onderzochte subgroepen (op basis van kosten uit het voorgaande jaar of samenhang tussen somatische en psychische aandoening in combinatie met leeftijd) gemiddeld genomen adequaat te compenseren. Deze subgroepen vertegenwoordigen een groot deel van de Zvw-bevolking. Voor enkele andere subgroepen die zijn onderzocht zijn relatief grote gemiddelde onder- en overcompensaties geconstateerd.

Resultaten:

- Voor enkele onderzochte subgroepen op basis van kosten in het voorgaande jaar, die het overgrote deel van de verzekerden van 18 jaar en ouder beslaan – 93 % van alle verzekerden van 18 jaar en ouder – zijn de gemiddelde vereveningsbijdrage alsmede de gemiddelde kosten relatief laag. Voor de verzekerden in deze subgroepen is gemiddeld genomen sprake van een adequate compensatie.
- Verzekerden met (zeer) hoge gGGZ-kosten in het voorgaande jaar - in de hoogste 4 % - 5 %, 2 % - 3 % en 1 % - worden gemiddeld genomen behoorlijk *ondergecompenseerd* met € 2.847 tot € 13.916 per verzekerde. Een groot deel van deze verzekerden komt terecht in de HKC-risicopool, waarvoor zorgverzekeraars gezamenlijk de kosten dragen.

-
- Voor enkele onderzochte subgroepen op basis van samenhang tussen een somatische en psychische aandoening is de gemiddelde onder- of overcompensatie vrij beperkt. Deze subgroepen beslaan het overgrote deel van de verzekerden in de Zvw-populatie van 18 jaar en ouder: 92 % van de Zvw-bevolking van 18 jaar en ouder. Voor de resterende 8 % is sprake van een gemiddelde overcompensatie van € 58 per verzekerde tot € 489 per verzekerde. Dit betreffen verzekerden met een psychische aandoening op basis van specifiek medicijngebruik in het voorgaande jaar of kosten in het voorgaande jaar boven een drempel van € 550 en onder € 2.750.
-

6.1. Doel en definitie begrippen voor interpretatie resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de toetsing van het risicovereveningssysteem op *subgroepniveau*.

De resultaten in dit hoofdstuk geven inzicht in de aansluiting van de ex ante vereveningsbijdrage op moment van de definitieve vaststelling met de gerealiseerde zorgkosten van enkele subgroepen in de Zvw-bevolking. Hiervoor wordt het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat per subgroep geanalyseerd. Dit is het verschil tussen de gemiddelde vereveningsbijdrage en gemiddelde zorgkosten per subgroep. Een positief vereveningsresultaat staat voor een *overcompensatie* en een negatief vereveningsresultaat voor een *ondercompensatie*. De resultaten in dit hoofdstuk tonen in welke mate de ex ante risicovereveningsmodellen voor de somatische zorg en de gGGZ-kosten (voor verzekerden van 18 jaar en ouder) verschillen in zorgkosten voor de *geanalyseerde* subgroepen hebben gecompenseerd.

Bij interpretatie van de resultaten in dit hoofdstuk is het volgende van belang:

- Flankerend beleid en de ex post maatregelen zijn buiten beschouwing gelaten. Dit is omdat de effecten van deze maatregelen niet goed toe te rekenen zijn aan subgroepen. Deze maatregelen worden grotendeels uitgevoerd op het niveau van zorgverzekeraars. Dit betekent dat zorgverzekeraars een op- of afslag ontvangen op de vereveningsbijdrage, zoals geanalyseerd in dit hoofdstuk.
- De resultaten zijn *niet* gecorrigeerd voor het positieve macrovereveningsresultaat voor de somatische kosten en de gGGZ-kosten.
- De resultaten tonen aan in welke mate het risicovereveningsmodel *uiteindelijk* op basis van gerealiseerde cijfers, die vijf jaar na het betreffende vereveningsjaar bekend zijn, verschillen in zorgkosten tussen subgroepen compenseert.
- Het is *niet* noodzakelijk voor de beleidsdoelen van het risicovereveningssysteem dat de gemiddelde onder- en overcompensaties voor alle subgroepen gelijk zijn aan nul. Ook is een gemiddelde onder- of overcompensatie niet voor elke subgroep van even groot belang. In de analyses zijn alle risicodragende kosten onder de Zvw meegenomen (afzonderlijk voor de somatische zorg en de gGGZ-zorg). Hierbij is geen onderscheid gemaakt in voor welke kosten het risicovereveningssysteem dient te compenseren en voor welke kosten niet, zoals onnodig of ondoelmatig zorggebruik.
- Onderhavige Monitor analyseert één jaar (2012). Tevens is de subgroepenanalyse nieuw ten opzichte van eerdere edities van de Monitor, waardoor vergelijking met eerdere jaren (nog) niet mogelijk is. Het is dan ook niet mogelijk een uitspraak te doen over het structurele karakter van de onder- en overcompensaties voor de geanalyseerde subgroepen.
- Onderhavige Monitor onderzoekt enkele subgroepen ter indicatie van de werking van het risicovereveningssysteem op gerealiseerde cijfers. De analyses in deze Monitor zijn *niet* toereikend om conclusies te trekken of en in welke mate het risicovereveningssysteem financiële prikkels tot risicoselectie wegneemt. Dit valt buiten de reikwijdte van deze Monitor.

Indien wordt gesproken over ‘*verzekerde*’ wordt ‘*verzekerdenjaar*’ bedoeld.

Keuze definitie subgroepen

In overleg met het Ministerie van VWS en leden van de begeleidingscommissie is een set van subgroepen tot stand gekomen, die wordt geanalyseerd in deze Monitor. Meerdere overwegingen zijn hierbij in ogenschouw genomen, waaronder:

- de subgroepen kunnen worden geïdentificeerd met de beschikbare gegevens in de aangeleverde bestanden;
- de subgroepen kunnen worden opgevolgd over tijd bij een volgende editie van de Monitor;⁹
- de subgroepen geven een evenwichtig algemeen beeld van werking van het risicovereveningssysteem; *en*
- de set van subgroepen is overzichtelijk, ten behoeve van leesbaarheid.

De volgende subgroepen zijn geanalyseerd:

- *Subgroepen op basis van kosten in het voorgaande jaar*
Op basis van kosten in het voorgaande jaar – 2011 in deze Monitor– worden alle verzekerden in 2012 ingedeeld in subgroepen op basis van percentielklassen. Voor de somatische kosten betreft dit de volgende zes subgroepen: hoogste 1 %, hoogste 3 %, hoogste 5 %, hoogste 15 %, midden 15 % - 85 % en de laagste 15 %. Deze subgroepen sluiten elkaar uit. Bijvoorbeeld de hoogste 3 % bevat niet de verzekerden uit de hoogste 1 %. Verzekerden die in 2012 zijn geboren of geïmmigreerd zijn ingedeeld in de subgroep met laagste 15 %. Voor de gGGZ-kosten betreft dit de subgroepen: hoogste 1 %, hoogste 3 %, hoogste 5 %, midden 25 % - 95 %, laagste 25 % en kosten gelijk aan nul. Ook deze subgroepen sluiten elkaar uit. Verzekerden die in 2012 zijn geboren of geïmmigreerd zijn ingedeeld in de subgroep met kosten gelijk aan nul. De berekende drempelbedragen voor indeling van verzekerden in de subgroepen zijn opgenomen in Bijlage F.
- *Subgroepen op basis van somatische aandoening en psychische aandoening, in combinatie met leeftijd*
Naast subgroepen op basis van kosten zijn subgroepen op basis van combinaties van morbiditeitskenmerken en leeftijd gedefinieerd. De Zvw-bevolking is ingedeeld in drie leeftijdsgroepen: verzekerden jonger dan 18 jaar, verzekerden van 18 tot en met 64 jaar en verzekerden van 65 jaar en ouder. Deze groepen zijn vervolgens opgesplitst op basis van wel/ geen somatische aandoening en wel/ geen psychische aandoening. Somatische aandoening is aangeduid op basis van specifiek medicijngebruik in het voorgaande jaar, een specifieke ziekenhuisopname of meerjarige hoge kosten (conform de definities van vereveningskenmerken in het somatische risicovereveningsmodel); oftewel, somatische aandoening is gebaseerd op de vereveningskenmerken FKG, DKG en MHK. Indien een verzekerde is ingedeeld in minimaal één positieve klasse van deze vereveningskenmerken is deze verzekerde aangemerkt als ‘wel somatische aandoening’ (i.e. $FKG + DKG + MHK > 0$). Psychische aandoening is aangeduid op basis specifiek medicijngebruik of kosten in het voorgaande jaar boven de € 550 en onder € 2.750 (conform de definities van de vereveningskenmerken in het gGGZ-risicovereveningsmodel); oftewel, psychische aandoening is gebaseerd op de vereveningskenmerken psychische FKG en de lage kostendrempel. Indien een verzekerde is ingedeeld in minimaal één positieve klasse van deze vereveningskenmerken is deze verzekerde aangemerkt als ‘wel psychische aandoening’ (i.e. $psychische\ FKG + \text{lage kostendrempel} > 0$). Dit levert de volgende 10 subgroepen op:
 - verzekerden jonger dan 18 jaar, in combinatie met wel/ geen somatische aandoening (2 subgroepen);
 - verzekerden tussen de 18 tot en met 64 jaar, in combinatie met wel/geen somatische aandoening én wel/geen psychische aandoening (4 subgroepen); *en*
 - verzekerden tussen van 65 jaar en ouder, in combinatie met wel/geen somatische aandoening én wel/geen psychische aandoening (4 subgroepen).
 De gGGZ is alleen van toepassing op verzekerden van 18 jaar en ouder. De gGGZ-kosten van verzekerden onder de 18 jaar blijven buiten beschouwing (zie Hoofdstuk 2).

⁹ Dit betekent dat dezelfde subgroepen kunnen worden gedefinieerd in een volgend vereveningsjaar; dit betekent niet dat dezelfde verzekerden worden opgevolgd over tijd. Bij volgende vereveningsjaren dient rekening te worden gehouden met wijzigingen in de definitie van onderliggende vereveningskenmerken, zoals (groot) onderhoud van vereveningskenmerken.

Bovenstaande subgroepen geven een algemeen beeld van de werking van het risicovereveningssysteem voor 2012 op de *gerealiseerde cijfers*, zowel voor subgroepen die zijn te identificeren op basis van historische kosten alsmede subgroepen op basis van morbiditeitskenmerken in combinatie met leeftijd. Bijlage C geeft een toelichting op de uitgangspunten en bewerkingen.

Bij interpretatie van de resultaten wordt het Toetsingskader gebruikt dat is opgesteld door het Ministerie van VWS als leidraad voor beoordeling van de werking van risicovereveningsmodellen. De volgende grensbedragen zijn hierin vermeld: minimaal € 50 onder- of overcompensatie per verzekerde en € 10 miljoen voor de somatische zorg en € 1 miljoen voor de gGGZ als onder- of overcompensatie op macroniveau.

Een analyse naar de onder- of overcompensatie voor subgroepen die expliciet in de ex ante risicovereveningsmodellen zijn opgenomen volgt in Deel II. Deze analyse bestaat uit 126 subgroepen in het risicovereveningsmodel voor de somatische kosten en 77 subgroepen in het risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten.

6.2. Somatische kosten

6.2.1. Subgroepen op basis van kosten van het voorgaande jaar

Tabel 6.2.1-1 presenteert het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en zorgkosten voor de gedefinieerde subgroepen op basis van somatische kosten uit 2011, voor de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en bandbreedteregeling. De omvang van de subgroep is als percentage van het totaal aantal verzekerden uitgedrukt. Verzekerden die in 2012 zijn geboren of geïmmigreerd zijn ingedeeld in de subgroep 'laagste 15%'. Verzekerden die in 2011 zijn overleden of geïmmigreerd zijn *niet* inbegrepen in de analyse. Door deze in- en uitstroom is de omvang van de subgroepen in 2012 niet gelijk aan de gestelde percentielklassen op basis van kosten van 2011. De subgroepen sluiten elkaar uit. Dit houdt in dat de hoogste 3 % niet de verzekerden bevat die zijn ingedeeld in de hoogste 1 %.

Tabel 6.2.1-1 Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en kosten in 2012 voor subgroepen op basis van somatische kosten van het voorgaande jaar, op moment van de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en bandbreedteregeling, voor de totale somatische kosten, uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen ^a op basis van kosten 2011	Definitieve vaststelling (voor flankerend beleid en bandbreedteregeling)		
	Aantal (%)	Gemiddelde resultaat ^b	Gemiddelde kosten
Hoogste 1 %	0,8	- 2.231	17.518
Hoogste 2 % - 3 %	1,8	114	8.304
Hoogste 4 % - 5 %	1,9	- 122	5.917
Hoogste 6 % - 15 %	9,8	- 99	3.860
Midden 70 % (15 % - 85 %)	70,1	71	1.161
Laagste 15 % ^c	15,6	397	538

Voetnoot Tabel 6.2.1-1

- De subgroepen sluiten elkaar uit.
- In berekening van het resultaat is rekening gehouden met de toegepaste criteriumneutraliteit voor MHK.
- Deze subgroep bevat ook de instromers in 2012 (i.e. geboren en immigranten): 1,0 % van de totale Zvw-bevolking.

De resultaten in Tabel 6.2.1-1 leiden tot de volgende bevindingen:

- Verzekerden in de subgroepen met kosten in de midden 70 %, laagste 15 % en hoogste 2 % - 3 % van de kosten in het voorgaande jaar – dit betreft in totaal 88 % van de Zvw-bevolking in 2012 – worden gemiddeld genomen *overgecompenseerd*. Voor de verzekerden in de grootste subgroep (midden 70 %) is sprake van een lichte overcompensatie van € 71 gemiddeld per verzekerde. Deze verzekerden hebben in 2011 relatief lage somatische kosten gehad: tussen € 82 en € 2.303 per verzekerde (Bijlage F). Voor verzekerden in de laagste 15 % van de kosten in 2011 (15,6 %) is sprake van een behoorlijke gemiddelde overcompensatie in 2012: € 397 per verzekerde. Deze verzekerden hebben in 2011 geen tot zeer weinig

zorgkosten gehad (i.e. lager dan € 82 per verzekerde). Merk op dat in deze subgroep de instromers in 2012 zijn inbegrepen (1 % van de Zvw-bevolking). Deze verzekerden wijken over het algemeen qua kosten af van de andere verzekerden in de laagste 15 %. In 2012 zijn de gemiddelde kosten van beide subgroepen – laagste 15 % en midden 70 % – lager dan de gemiddelde kosten van de Zvw-bevolking (€ 1.684 per verzekerde). Dit duidt erop dat deze subgroepen relatief gezonde verzekerden bevatten.

- Verzekerden met kosten in de hoogste 2 % - 3 % in 2011 worden ook gemiddeld *overgecompenseerd*: € 114 per verzekerde (1,8 % van de Zvw-populatie). De kosten van deze verzekerden in 2012 liggen ver boven het gemiddelde van de Zvw-bevolking: € 8.304 per verzekerde. Uit nadere analyse blijkt dat deze verzekerden relatief vaak zijn ingedeeld in positieve klassen van morbiditeitskenmerken (DKG, FKG en MHK), met name in de lagere positieve risicoklassen van de morbiditeitskenmerken (en minder vaak de hoogste risicoklasse ten opzichte van de hoogste 1 %). Elke positieve risicoklasse van deze morbiditeitskenmerken zorgt voor een opslag in de vereveningsbijdrage. Uiteindelijk is de gemiddelde vereveningsbijdrage hoger dan de gemiddelde kosten van deze subgroep, waardoor een overcompensatie ontstaat.
- De hoogste 1 %, 4 % - 5 % en 6 % - 15 % van de verzekerden die in het voorgaande jaar hoge kosten hebben gehad worden daarentegen gemiddeld *ondergecompenseerd*. De gemiddelde ondercompensatie voor de top 1 % is vrij hoog in absoluut bedrag: € 2.231 per verzekerde. De gemiddelde kosten van deze subgroep zijn gemiddeld ook hoog: € 17.518 per verzekerde. De vereveningsbijdrage voor deze subgroep is dan ook relatief hoog als absoluut bedrag, wat aangeeft dat het risicovereveningsmodel een deel van de kosten van deze verzekerden compenseert.

In bovenstaande analyse is *niet* onderzocht voor welke type zorgverlening kosten zijn gemaakt. Zo kunnen verzekerden kosten maken die niet direct gerelateerd zijn aan een betreffende (chronische) aandoening of is sprake van incidenteel zorggebruik. Het ex ante risicovereveningsmodel kan én hoeft deze kosten niet volledig te compenseren. Mogelijk kan een deel van de onder- en overcompensaties voor de geanalyseerde subgroepen hierdoor worden verklaard.

6.2.2. Subgroepen samenhang aandoening en leeftijd

Tabel 6.2.2-1 presenteert het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en zorgkosten voor de gedefinieerde subgroepen op basis van aandoening in combinatie met leeftijd, voor de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en bandbreedteregeling. De omvang van de subgroep is wederom uitgedrukt als percentage van het totaal aantal verzekerden.

Tabel 6.2.2-1 Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en kosten in 2012 voor subgroepen op basis van samenhang voor somatische aandoening en psychische aandoening in combinatie met leeftijd, op moment van de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen, voor de totale somatische kosten, uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd	Definitieve vaststelling (voor flankerend beleid en bandbreedteregeling)		
	Aantal (%)	Gemiddelde resultaat ^a	Gemiddelde kosten
Verzekerden onder de 18 jaar			
- Geen somatische aandoening	20,3	95	694
- Wel somatische aandoening	0,6	- 652	5.005
Verzekerden 18 jaar tot en met 64 jaar			
- Geen somatische - Geen psychische aandoening	49,1	47	885
- Geen somatische - Wel psychische aandoening	2,1	- 211	1.243
- Wel somatische - Geen psychische aandoening	8,1	160	3.800
- Wel somatische - Wel psychische aandoening	3,0	115	3.117
Verzekerden van 65 jaar en ouder			
- Geen somatische - Geen psychische aandoening	7,4	135	2.022
- Geen somatische - Wel psychische aandoening	0,1	- 450	2.657
- Wel somatische - Geen psychische aandoening	8,3	254	5.383
- Wel somatische - Wel psychische aandoening	1,0	137	5.655

Voetnoot Tabel 6.2.2-1:

a. In berekening van het resultaat is rekening gehouden met de toegepaste criteriumneutraliteit voor MHK.

De volgende bevindingen volgen uit de resultaten in Tabel 6.2.2-1:

- Van de verzekerden jonger dan 18 jaar hebben de meeste verzekerden geen somatische aandoening (op basis van de morbiditeitskenmerken). In totaal is deze subgroep 20 % van de totale Zvw-bevolking. Deze verzekerden worden in 2012 licht overgecompenseerd met gemiddeld € 95 per verzekerde. Deze verzekerden zijn ingedeeld in de afslagklassen van de morbiditeitskenmerken (DKG, FKG en MHK). Ondanks deze afslagen in de vereveningsbijdrage is uiteindelijk de vereveningsbijdrage iets hoger dan de gemiddelde kosten van deze subgroep.
- Voor de verzekerden jonger dan 18 jaar met een somatische aandoening is sprake van een gemiddelde ondercompensatie: € 652 per verzekerde. Dit is een relatief kleine subgroep in omvang: 0,6 % van de Zvw-bevolking. De gemiddelde kosten van deze subgroep zijn hoog: € 5.005 per verzekerde, in verhouding tot € 1.684 per verzekerde voor de totale Zvw-bevolking. Het risicovereveningsmodel is in staat een deel van deze bovengemiddelde zorgkosten te compenseren (in totaal 87 % van de kosten en 13 % niet).
- Verzekerden van 18 jaar en ouder zonder somatische aandoening maar met een psychische aandoening worden gemiddeld ondergecompenseerd. De ondercompensatie is hoger voor verzekerden van 65 jaar en ouder dan voor verzekerden van 18 jaar tot en met 64 jaar: € 450 per verzekerde en € 211 per verzekerde. De gemiddelde zorgkosten van de verzekerden van 65 jaar en ouder zijn ook hoger dan van verzekerden van 18 jaar tot en met 64 jaar. Voor beide subgroepen geldt dat circa 17 % van de zorgkosten gemiddeld genomen niet wordt voorspeld door het risicovereveningsmodel voor de somatische kosten.
- Voor de subgroepen met verzekerden van 18 jaar en ouder met een somatische aandoening, ongeacht de aanwezigheid van een psychische aandoening, is sprake van een gemiddelde overcompensatie. De overcompensatie is wel hoger voor verzekerden zonder psychische aandoening dan voor verzekerden met een psychische aandoening. Ook worden verzekerden van 18 jaar en ouder die geen somatische én psychische aandoening hebben gemiddeld licht overgecompenseerd. Dit betekent dat zorgverzekeraars uiteindelijk een hogere vereveningsbijdrage hebben ontvangen dan de gemiddelde gerealiseerde kosten voor deze subgroepen.

Net zoals de voorgaande analyse in paragraaf 6.2.1 is *niet* onderzocht voor welke type zorgverlening kosten zijn gemaakt. Het is dan ook niet mogelijk om te duiden welk deel van de kosten gerelateerd zijn een of meerdere (chronische) aandoeningen. Mogelijk kan een deel van de onder- en overcompensaties worden verklaard door kosten die niet zijn gerelateerd aan een of meerdere (chronische) aandoeningen.

6.3. gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder

6.3.1. Subgroepen op basis van kosten van het voorgaande jaar

Tabel 6.3.1-1 presenteert het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en kosten voor de gedefinieerde subgroepen op basis van de gGGZ-kosten uit 2011, voor de definitieve vaststelling *voor* flankerend beleid en *ex post* maatregelen. De omvang van de subgroep is uitgedrukt als percentage van het totaal aantal verzekerden van 18 jaar en ouder. Net zoals bij de somatische kosten zijn verzekerden die zijn geboren of geïmmigreerd in 2012 ingedeeld in de onderste subgroep, in dit geval de subgroep 'gelijk aan nul', en zijn verzekerden die zijn overleden of geïmmigreerd in 2011 niet meegenomen. De percentielklassen – laagste 25 % tot en met hoogste 1 % – zijn bepaald op verzekerden van 18 jaar en ouder, die gGGZ-kosten hebben gehad in 2011 (7,5 % van de verzekerden in 2012). De subgroepen sluiten elkaar uit. Dit houdt in dat de hoogste 2 - 3 % niet de verzekerden bevat die zijn ingedeeld in de hoogste 1 %.

Tabel 6.3.1-1 Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor subgroepen op basis van gGGZ-kosten uit het voorgaande jaar, op moment van de definitieve vaststelling *voor* flankerend beleid en *ex post* maatregelen, voor de totale gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder, uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen ^a op basis van kosten 2011	Definitieve vaststelling (voor flankerend beleid en ex post maatregelen)		
	Aantal (%)	Gemiddelde resultaat ^b	Gemiddelde kosten ^{c, d}
Hoogste 1 %	0,1	- 13.916	21.712
Hoogste 2 % - 3 %	0,2	- 6.677	14.436
Hoogste 4 % - 5 %	0,2	- 2.847	10.523
Midden 70 % (25 % - 95 %)	5,2	703	1.782
Laagste 25 %	1,9	- 216	457
Gelijk aan nul	92,5	9	80

Voetnoot Tabel 6.3.1-1

- De subgroepen sluiten elkaar uit.
- Het resultaat is het verschil tussen de vereveningsbijdrage en kosten. In berekening van de vereveningsbijdrage zijn de *ex ante* vastgestelde normbedragen gebruikt, inclusief toepassing van criteriumneutraliteit voor de vereveningskenmerken Lage kostendrempel en Hoge kostendrempel. De normbedragen zijn niet gecorrigeerd voor de HKC. Deze normbedragen resulteren in een gemiddelde vereveningsbijdrage van afgerond € 246 per verzekerde voor de totale Zvw-bevolking van 18 jaar en ouder.
- In de aangeleverde kosten is de opbrengstverrekening niet volledig verwerkt (zie Bijlage B). De gegevens zijn gebruikt zoals aangeleverd; hiervoor is geen inhoudelijke bewerking uitgevoerd. De gemiddelde kosten in het aangeleverde bestand bedragen € 229 per verzekerde. Hierdoor resulteert in deze analyse een macrovereveningsresultaat van afgerond € 17 per verzekerde (zie Bijlage B voor nadere toelichting). Bij de uitvoering van de risicoverevening is de opbrengstverrekening wel volledig meegenomen. De gemiddelde zorgkosten bedragen dan € 241 per verzekerde, waardoor een macrovereveningsresultaat resulteert van € 4 per verzekerde (zie Hoofdstuk 4 en 5).
- Dit zijn de totaal gerealiseerde gGGZ-kosten voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

De resultaten in Tabel 6.3.1-1 leiden tot de volgende bevindingen:

- Het risicovereveningsmodel zorgt gemiddeld genomen voor een adequate compensatie voor de subgroep van verzekerden met gGGZ-kosten gelijk aan nul. Deze subgroep omvat het overgrote deel van de verzekerden van 18 jaar en ouder: circa 93 % van de Zvw-populatie van 18 jaar en ouder. De vereveningsbijdrage alsmede kosten zijn relatief gezien erg laag. De overcompensatie is lager dan de gestelde minimumgrens van € 50 per verzekerde, conform het Toetsingskader. Vanwege de grote omvang van deze subgroep gaat het op macroniveau wel om een behoorlijk bedrag: € 107 miljoen.
- Verzekerden met gGGZ-kosten in de midden 70 % (van 25 % - 95 %) van de kostenverdeling worden gemiddeld genomen behoorlijk *overgecompenseerd* volgens het *ex ante* risicovereveningsmodel (voor flankerend beleid en *ex post* maatregelen): € 703 per verzekerde.

- Verzekerden met (zeer) hoge gGGZ-kosten – in de drie subgroepen: hoogste 1 %, 2 % - 3 % en 4 % - 5 % – worden gemiddeld genomen flink *ondergecompenseerd* volgens het ex ante risicovereveningsmodel, voor flankerend beleid en ex post maatregelen zijn toegepast. De gemiddelde ondercompensatie bedraagt € 2.847 tot € 13.916 per verzekerde. Deze subgroepen zijn relatief klein in omvang: 0,1 % á 0,2 % van de verzekerden van 18 jaar en ouder. De gemiddelde kosten van deze verzekerden zijn ook relatief hoog. Alle verzekerden binnen de subgroepen hoogste 1 % en hoogste 2 - 3 % en een groot aandeel van de verzekerden binnen de hoogste 4 - 5 % komen terecht in de HKC-risicopool. De kosten van deze verzekerden boven € 10.000 worden voor 90 % onderling tussen zorgverzekeraars gecompenseerd vanuit inbreng door zorgverzekeraars. Daarnaast is af te leiden dat de vereveningsbijdrage voor deze subgroepen gemiddeld ook hoger is dan voor andere subgroepen. Dit geeft aan dat het ex ante risicovereveningsmodel in staat is een deel van de kosten van deze verzekerden te compenseren.
- Verzekerden met de laagste 25 % gGGZ-kosten worden eveneens gemiddeld *ondergecompenseerd* volgens het ex ante risicovereveningsmodel. De gemiddelde ondercompensatie bedraagt € 216 per verzekerde. Deze verzekerden komen niet in de HKC-risicopool terecht vanwege de relatief lage zorgkosten. Mogelijk omvat deze subgroep nieuwe/ lichte gGGZ-gebruikers, waarvan de gGGZ-kosten in het daaropvolgende jaar moeilijk te voorspellen zijn. Ook kunnen in deze subgroep gGGZ-gebruikers voorkomen met lichte psychische aandoeningen, die incidenteel gebruik maken van de gGGZ-zorg.

6.3.2. Subgroepen samenhang aandoening en leeftijd

Tabel 6.3.2-1 presenteert het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en de kosten voor subgroepen op basis van een somatische/ psychische aandoening in combinatie met leeftijdsgroepen, op het moment van de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen. Ook is de omvang van de subgroep, uitgedrukt als percentage van het totaal aantal verzekerden van 18 jaar en ouder, weergegeven.

Tabel 6.3.2-1 Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en kosten van subgroepen op basis van samenhang voor somatische aandoening en psychische aandoening in combinatie met leeftijdsgroepen, op moment van de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen, voor de totale gGGZ-kosten in 2012, uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd	Definitieve vaststelling (voor flankerend beleid en ex post maatregelen)		
	Aantal (%)	Gemiddelde resultaat ^a	Gemiddelde kosten ^{b, c}
Verzekerden 18 jaar tot en met 64 jaar			
- Geen somatisch - Geen psychische aandoening	62,1	- 5	84
- Geen somatisch - Wel psychische aandoening	2,7	489	2.098
- Wel somatisch - Geen psychische aandoening	10,2	- 11	96
- Wel somatisch - Wel psychische aandoening	3,8	121	2.185
Verzekerden van 65 jaar en ouder			
- Geen somatisch - Geen psychische aandoening	9,3	7	47
- Geen somatisch - Wel psychische aandoening	0,1	58	2.335
- Wel somatisch - Geen psychische aandoening	10,5	9	51
- Wel somatisch - Wel psychische aandoening	1,2	122	1.184

Voetnoot Tabel 6.3.2-1

- Het resultaat is het verschil tussen de vereveningsbijdrage en kosten. In berekening van de vereveningsbijdrage zijn de ex ante vastgestelde normbedragen gebruikt, inclusief toepassing van criteriumneutraliteit voor de vereveningskenmerken Lage kostendrempel en Hoge kostendrempel. De normbedragen zijn niet gecorrigeerd voor de HKC. Deze normbedragen resulteren in een gemiddelde vereveningsbijdrage van afgerond € 246 per verzekerde voor de totale Zvw-bevolking van 18 jaar en ouder.
- In de aangeleverde kosten is de opbrengstverrekening niet volledig verwerkt (zie Bijlage B). De gegevens zijn gebruikt zoals aangeleverd; hiervoor is geen inhoudelijke bewerking uitgevoerd. De gemiddelde kosten in het aangeleverde bestand bedragen € 229 per verzekerde. Hierdoor resulteert in deze analyse een macrovereveningsresultaat van afgerond € 17 per verzekerde (zie Bijlage B voor nadere toelichting). Bij de uitvoering van de risicoverevening is de opbrengstverrekening wel volledig meegenomen. De gemiddelde zorgkosten bedragen dan € 241 per verzekerde, waardoor een macrovereveningsresultaat resulteert van € 4 per verzekerde (zie Hoofdstuk 4 en 5).
- Dit zijn de totaal gerealiseerde gGGZ-kosten voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

De volgende bevindingen volgen uit de resultaten in Tabel 6.3.2-1:

- De onder- of overcompensatie is vrij beperkt voor de meeste subgroepen die zijn onderzocht in Tabel 6.3.2-1. Het gemiddelde vereveningsresultaat voor deze subgroepen is lager dan de gestelde minimumgrens van € 50 per verzekerde. Uitzondering hierop zijn de subgroepen: verzekerden van 18 tot 64 jaar met een psychische aandoening zonder een somatische aandoening, verzekerden van 18 tot 64 jaar met zowel een somatische alsmede psychische aandoening, verzekerden van 65 jaar en ouder met zowel een somatische alsmede een psychische aandoening en verzekerden van 65 jaar en ouder met een psychische aandoening zonder een somatische aandoening. Voor alle andere subgroepen kan gesteld worden dat de gemiddelde vereveningsbijdrage vrij goed aansluit op de gemiddelde kosten van deze subgroepen. Dit betreft in totaal 92 % van de verzekerden van 18 jaar en ouder, oftewel deze subgroepen tezamen beslaan het overgrote deel van de verzekerden in de Zvw-populatie van 18 jaar en ouder.
- Voor de resterende 8 % van de verzekerden van 18 jaar en ouder is sprake van een gemiddelde *overcompensatie* voor de betreffende onderzochte subgroepen: van € 58 per verzekerde tot € 489 per verzekerde. In 2012 is een eigen bijdrage voor de gGGZ-zorg ingevoerd. Mogelijk kan dit ervoor hebben gezorgd dat verzekerden met een (lichte) psychische aandoening zorg hebben uitgesteld dan wel gemeden, waardoor de kosten lager zijn uitgevallen dan verwacht. Daarnaast dient opgemerkt te worden dat verzekerden met hoge kosten (boven de € 10.000) binnen deze subgroepen terechtkomen in de HKC-risicopool.



***Representativiteit van
beslisingformatie***

7. **Beschrijving data en methode van de analyses voor interpretatie resultaten**

Dit hoofdstuk beschrijft welke bronbestanden zijn gebruikt voor de analyses naar de representativiteit van de beslisinformatie ten tijde van de OT en de ex ante vaststelling voor de definitieve vaststelling. Na de beslissing over de vormgeving van de ex ante risicovereveningsmodellen ten tijde van de OT vinden twee belangrijke stappen plaats om de normbedragen voor de ex ante vaststelling te bepalen. Dit zijn de herweging naar de verzekerdensraming en schaling naar het MPB. Vanwege de grote impact van beide uitvoeringsstappen wordt het ex ante vaststellingsmoment (na herweging voor de verzekerdensraming en schaling naar het MPB) ook geanalyseerd als onderdeel van de analyses naar de representativiteit van de beslisinformatie. Kosten en verzekerdenaantallen (en uiteindelijk het product in de vorm van normbedragen) worden geanalyseerd op de volgende drie vaststellingsmomenten: OT, ex ante vaststelling en definitieve vaststelling.

7.1. **Gebruikte databestanden**

De analyses naar de representativiteit in de Hoofdstukken 8 tot en met 10, zijn gebaseerd op verschillende databestanden, met daarin gegevens op het niveau van verzekerden. Het moment van de OT en de ex ante vaststelling zijn gebaseerd op *geraamde kosten en verzekerdenaantallen* in de aangeleverde OT-bestanden van 2012, die representatief zijn gemaakt voor het vereveningsjaar (Bijlage B). Het moment van de definitieve vaststelling is gebaseerd op de *gerealiseerde kosten en verzekerdenaantallen* in het aangeleverde KPV- en RBRV-bestand van 2012. Dit is een ander bestand dan het bestand dat is gebruikt voor de macro- en zorgverzekeraarsanalyse in Deel I (Hoofdstuk 4 en 5). De reden hiervoor is dat gegevens op het niveau van verzekerden nodig zijn om de analyses naar representativiteit uit te voeren.

Voor een goede interpretatie van de resultaten in Deel II is het van belang de onderliggende bestanden en de daarmee gepaarde gaande verschillen in acht te nemen. Bijlage B geeft een uitgebreide toelichting hierop. Bijlage C en D lichten de uitgangspunten van de methode en de databewerkingen toe die zijn uitgevoerd op de bronbestanden om de analyses uit te kunnen voeren.

De resultaten en de conclusies van de analyses naar de representativiteit zijn *gegeven* de aangeleverde bestanden. De verwachting is dat de verschillen in de bestanden geen grote impact hebben op de overkoepelende conclusies van deze Monitor (wel op onderliggende resultaten). Het is aanbevolen de analyses in deze Monitor, met aandacht voor de verschillen en de impact hiervan, te continueren om inzicht te krijgen in welke mate de resultaten en conclusies van deze Monitor overeenstemmen met resultaten en conclusies in toekomstige vereveningsjaren, rekening houdend met wijzigingen in de vormgeving van het risicovereveningssysteem over deze jaren.

7.2. **Analyse vaststellingsmomenten**

Voor de analyses naar de representativiteit van de beslisinformatie worden de volgende vaststellingsmomenten geanalyseerd en met elkaar vergeleken:

- *Overall Toets (afgekort 'OT')*
De OT betreft het moment in de zomer voorafgaand aan het vereveningsjaar, waarin de ex ante risicovereveningsmodellen worden vormgegeven. Voor de OT worden gegevens van 2009 gebruikt. Op deze gegevens zijn de effecten van beleidsmaatregelen voor 2012 toegepast omtrent medische ontwikkelingen, pakketwijzigingen en veranderingen in bekostiging. In de OT is *niet* de herweging van de verzekerdensraming en schaling naar het MPB opgenomen (dit volgt namelijk bij het ex ante

vaststellingsmoment). Dit betekent dat ten tijde van de OT de verzekerdenaantallen nog niet conform de verwachte samenstelling van de Zvw-bevolking in 2012 is. Tevens zijn de kosten nog niet op het verwachte kostenniveau van 2012.

- *Ex ante vaststellingsmoment in het najaar (afgekort 'Ex ante')*
Hier wordt het moment van de ex ante vereveningsbijdragen in het najaar voorafgaand aan het vereveningsjaar bedoeld. De verzekerdenaantallen die zijn gebruikt bij de OT zijn geraamd naar de verwachte samenstelling van de Zvw-bevolking van 2012. Tevens zijn de kosten die zijn gebruikt bij de OT geschaald naar het verwachte kostenniveau van het MPB. De bewerkingen en uitgangspunten om deze twee belangrijke stappen in uitvoering van het risicovereveningssysteem te reproduceren voor onderhavige Monitor zijn verantwoord in Bijlage D. Op basis van de representatief gemaakte gegevens worden de normbedragen geschat, die worden gebruikt voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage.
- *Definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen (afgekort 'DV')*
Dit is de vaststelling van de vereveningsbijdrage van 2012 in 2017, voor toepassing van flankerend beleid en ex post maatregelen. De vereveningsbijdrage wordt bepaald aan de hand van de vastgestelde normbedragen in het najaar van 2011, op basis van de gerealiseerde verzekerdenaantallen. Op dit moment wordt tevens criteriumneutraliteit toegepast. Voor de vereveningsbijdrage van 2012 is dit het geval bij het vereveningskenmerk MHK voor het risicovereveningsmodel voor de somatische kosten. Bij het risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder is dit het geval bij de vereveningskenmerken 'lage kostendrempel' en 'hoge kostendrempel'. Toepassing van criteriumneutraliteit heeft effect op het normbedrag van de referentieklassen van de betreffende vereveningskenmerken.

Bovenstaande werkwijze maakt inzichtelijk in welke mate de kosten en verzekerdenaantallen (en uiteindelijk de normbedragen) van de OT en de ex ante vaststelling aansluiten op de definitieve cijfers. Verschillen tussen de OT en de ex ante vaststelling kunnen worden aangemerkt als *voorzien*e ontwikkelingen, omdat deze zijn meegenomen in de vaststelling van de normbedragen voor het vereveningsjaar. Verschillen in de gegevens tussen de ex ante vaststelling en de definitieve vaststelling kunnen worden aangemerkt als *onvoorzien*e ontwikkelingen, omdat deze ontwikkelingen niet zijn meegenomen bij berekening van de normbedragen.

In acht dient te worden genomen dat verschillen tussen geraamde cijfers (op moment van de OT en de ex ante vaststelling) en gerealiseerde cijfers onontkoombaar zijn. Het is immers niet mogelijk de kosten en samenstelling van de Zvw-bevolking perfect te voorspellen. De focus van onderhavige Monitor ligt op het analyseren van verschillen tussen de geraamde cijfers en gerealiseerde cijfers, met het doel te evalueren in welke mate deze verschillen optreden. Zodra deze analyses worden opgevolgd over tijd kan worden geanalyseerd of de geconstateerde verschillen een systematisch patroon vertonen, dan wel of de geconstateerde verschillen specifiek betrekking hadden op een bepaald vereveningsjaar en daardoor niet meer van toepassing zijn in toekomstige jaren. Een dergelijke analyse biedt mogelijk aanknopingspunten om het proces voor het representatief maken van de gegevens bij de OT en ex ante vaststelling verder te verbeteren.

8. *Representativiteit op zorgverzekeraarsniveau*

Conclusies

Somatische kosten

- De vereveningsbijdrage op zorgverzekeraarsniveau vertoont een sterke mate van samenhang op de verschillende vaststellingsmomenten (OT, ex ante vaststelling en definitieve vaststelling). Hetzelfde geldt voor de kosten.
- Het vereveningsresultaat hangt in bepaalde mate samen op de verschillende vaststellingsmomenten, echter deze samenhang is minder sterk dan de samenhang in de vereveningsbijdrage en in de kosten.

gGGZ-kosten

- Net zoals bij de somatische kosten, vertoont de vereveningsbijdrage op zorgverzekeraarsniveau een sterke mate van samenhang op de verschillende vaststellingsmomenten (OT, ex ante vaststelling en definitieve vaststelling). Hetzelfde geldt voor de kosten.
 - Net zoals bij de somatische kosten, vertoont het vereveningsresultaat in bepaalde mate samenhang op de verschillende vaststellingsmomenten, echter deze samenhang is minder sterk dan de samenhang in de vereveningsbijdrage en in de kosten.
-

8.1. Doel en definitie begrippen voor interpretatie resultaten

Dit hoofdstuk analyseert in hoeverre de vereveningsbijdrage, kosten en het vereveningsresultaat op het niveau van zorgverzekeraars samenhangen tussen de verschillende vaststellingsmomenten (OT en ex ante vaststelling met de definitieve vaststelling). Deze analyse is ter *monitoring* van verschuivingen in vereveningsbijdrage, kosten en vereveningsresultaat die optreden tussen de verschillende vaststellingsmomenten op het niveau van portefeuilles van zorgverzekeraars. De verwachting is dat bij uitvoering van het risicovereveningssysteem een zekere mate van samenhang is tussen de vereveningsbijdrage en kosten (en daarmee ook in bepaalde mate het vereveningsresultaat) op de verschillende vaststellingsmomenten op zorgverzekeraarsniveau. Indien opvallende verschuivingen optreden is het relevant na te gaan of hiervoor een verklaring kan worden aangedragen.

De analyses zijn gebaseerd op de OT-bestanden (voor de geraamde cijfers voor de OT en ex ante vaststelling) en de KPV- en RBRV-bestanden (voor de gerealiseerde cijfers voor de definitieve vaststelling). In het OT-bestand voor de somatische kosten zijn 24 zorgverzekeraars te onderscheiden en in het OT-bestand voor de gGGZ-kosten 25 zorgverzekeraars (in plaats van in totaal 26 risicodragers in 2012, zoals gepresenteerd in Hoofdstuk 5). In deze OT-bestanden sprake van een niet volledige dekkinggraad, wat betekent dat enkele (kleine) zorgverzekeraars ontbreken. In de analyse is uitgegaan van de zorgverzekeraars die zowel in de OT-bestand als in het KPV- en RBRV-bestand zijn te onderscheiden. Vanwege de omvang van deze (kleine) zorgverzekeraars kan worden verondersteld dat het ontbreken van deze zorgverzekeraars in de analyse in dit hoofdstuk niet leidt tot andere conclusies.

Bij interpretatie van de resultaten is het van belang in acht te nemen dat de omvang en samenstelling van de portefeuilles op het moment van de OT en ex ante vaststelling naar de definitieve vaststelling kan wijzigen door overstapgedrag van verzekerden van zorgverzekeraar per ingang van het vereveningsjaar. Eveneens kunnen andere factoren een rol spelen, zoals inkoop-effecten en wijzigingen in de zorgvraag van verzekerden. Mede vanwege deze beïnvloedende factoren zijn de resultaten in dit hoofdstuk bedoeld ter *indicatie* van de representativiteit van de beslisinformatie. Verschuivingen in de vereveningsbijdrage, kosten en vereveningsresultaat tussen de vaststellingsmomenten worden grafisch inzichtelijk gemaakt. De mate van samenhang van de vereveningsbijdrage, kosten en vereveningsresultaat op de verschillende vaststellingsmomenten is niet gekwantificeerd aan de hand van een statistische maatstaf. Eveneens wordt geen vergelijking met voorgaande jaren gemaakt. De representativiteit van de beslisinformatie is gekwantificeerd op het niveau van enkelvoudige risicoklassen en subgroepen in de Zvw-bevolking (zie Hoofdstuk 9) en op het niveau van individuele verzekerden door middel van herschatting van de ex ante risicovereveningsmodellen op gerealiseerde cijfers (zie Hoofdstuk 10). Deze analyses bieden gedetailleerd inzicht in de representativiteit van de beslisinformatie. Zo heeft bij deze analyses overstapgedrag van verzekerden geen invloed op de resultaten.

8.2. Somatische kosten

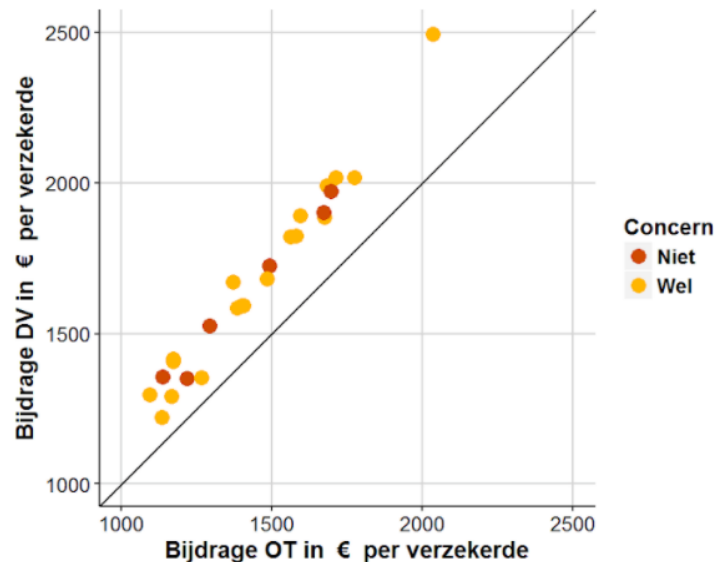
Vereveningsbijdrage

Figuur 8.2-1 toont de samenhang tussen de vereveningsbijdragen op moment van de OT (x-as) en de definitieve vaststelling (y-as). De zwarte diagonale lijn staat voor de neutrale lijn (ook wel de 45-graden lijn genoemd). Zorgverzekeraars die op deze lijn vallen krijgen evenveel vereveningsbijdrage op beide vaststellingsmomenten; bijvoorbeeld een hoge bijdrage ten tijde van de OT resulteert in een (van gelijke orde) hoge bijdrage bij de definitieve vaststelling, en vice versa.

In onderstaande figuur valt op dat alle zorgverzekeraars boven de neutrale diagonale lijn liggen (richting de definitieve vaststelling, zoals op de y-as weergegeven). Dit duidt erop dat de vereveningsbijdrage op moment van de definitieve vaststelling hoger is dan bij de OT. Dit is in overeenstemming met het verschil in kostenniveau tussen de definitieve vaststelling en de OT (Bijlage B): gemiddeld € 1.550 per verzekerde versus

gemiddeld € 1.767 per verzekerde. Indien rekening wordt gehouden met het verschil in kostenniveau komen veel zorgverzekeraars op, dan wel dichtbij, de diagonale neutrale lijn te liggen. Dit leidt tot de conclusie dat de vereveningsbijdrage op beide vaststellingsmomenten een sterke mate van samenhang vertonen.

Figuur 8.2-1 Samenhang in de vereveningsbijdrage voor de somatische kosten op zorgverzekeraarsniveau tussen de OT en definitieve vaststelling voor flankerend en ex post maatregelen.



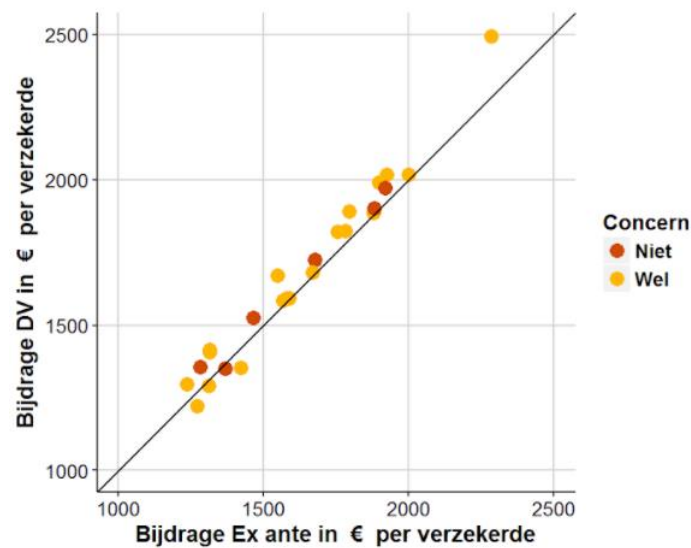
Voetnoot Figuur 8.2-1

- Het gemiddelde kostenniveau van de OT bedraagt € 1.550 per verzekerde. Het gemiddelde kostenniveau van de definitieve vaststelling bedraagt € 1.767 per verzekerde. Door dit verschil in kostenniveau liggen de punten boven de diagonale neutrale lijn.
- De diagonale neutrale lijn toont het moment waarop de vereveningsbijdrage op beide vaststellingsmomenten gelijk is aan elkaar.

Daarnaast valt in Figuur 8.2-1 op dat er geen sterk afwijkend patroon – met uitschieters – is voor het onderscheid tussen concern-zorgverzekeraars en zelfstandige zorgverzekeraars. De uitschieter in de rechterbovenhoek van de figuur wordt (deels) verklaard door een wijziging van de omvang in combinatie met de samenstelling van de portefeuille van deze zorgverzekeraar, tussen het moment van de OT naar de definitieve vaststelling. Verder zijn er geen opvallende resultaten waarneembaar.

In Figuur 8.2-2 is de samenhang gepresenteerd voor de vereveningsbijdrage op moment van de ex ante vaststelling en de definitieve vaststelling. Net zoals bij Figuur 8.2-1 is een duidelijk verband zichtbaar tussen beide vaststellingsmomenten. Ook hier liggen de meeste zorgverzekeraars boven de neutrale diagonale lijn richting de y-as, echter wel in minder mate dan in Figuur 8.2-1. Dit wordt verklaard doordat het kostenniveau van de vereveningsbijdrage op moment van de ex ante vaststelling dichterbij het kostenniveau van de definitieve vaststelling ligt dan op moment van de OT (Bijlage B): gemiddeld € 1.747 per verzekerde versus € 1.767 per verzekerde. De opvallende waarneming (i.e. uitschieter) wordt (deels) verklaard door een wijziging van de omvang in combinatie met de samenstelling van de portefeuille van deze zorgverzekeraar (net zoals bij Figuur 8.2-1). Verder zijn er geen opvallende resultaten waarneembaar.

Figuur 8.2-2 Samenhang in de vereveningsbijdrage voor de somatische kosten op zorgverzekeraarsniveau tussen de ex ante vaststelling en definitieve vaststelling voor flankerend en ex post maatregelen.



Voetnoot Figuur 8.2-2

- Het gemiddelde kostenniveau van de vereveningsbijdrage bij de ex ante vaststelling bedraagt € 1.747 per verzekerde. Het gemiddelde kostenniveau van de vereveningsbijdrage bij de definitieve vaststelling bedraagt € 1.767 per verzekerde.
- De diagonale neutrale lijn toont het moment waarop de vereveningsbijdrage op beide vaststellingsmomenten gelijk is aan elkaar.

Bovenstaande figuren (Figuur 8.2-1 en 8.2-2) vertonen veel overeenkomsten. Dit is een indicatie dat er geen substantiële verschuivingen plaatsvinden in de vereveningsbijdrage tussen de verschillende vaststellingsmomenten op het niveau van de portefeuilles van zorgverzekeraars. Indien een opvallende verschuiving plaatsvindt kan dit (deels) worden verklaard door een wijziging in de omvang en samenstelling van de portefeuille van deze zorgverzekeraar.

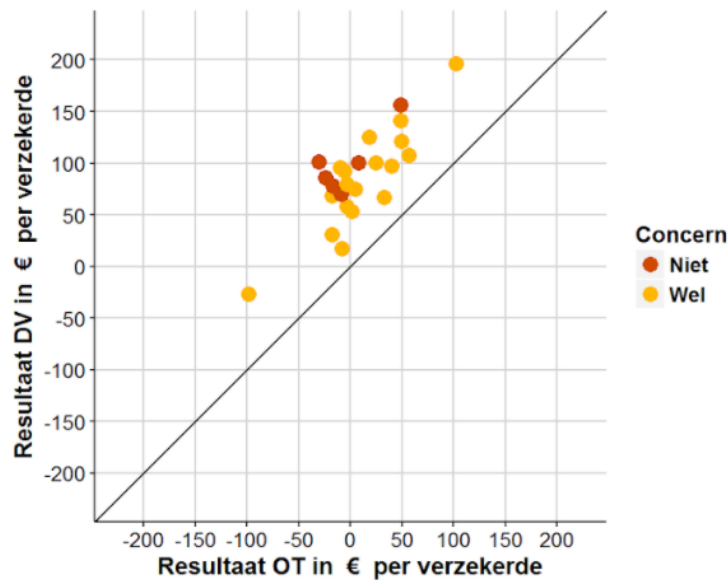
Indien bovenstaande analyse wordt uitgevoerd voor de kosten op het niveau van portefeuilles van zorgverzekeraars resulteert dit een dezelfde bevinding. Ook voor de kosten zijn geen opvallende verschuivingen geconstateerd. Net zoals de vereveningsbijdrage, vertonen de kosten op de verschillende vaststellingsmomenten een sterke mate van samenhang.

Vereveningsresultaat

Bovenstaande analyse is ook uitgevoerd voor het vereveningsresultaat voor de somatische kosten op zorgverzekeraarsniveau. Onderstaande figuur geeft de samenhang weer in het vereveningsresultaat op moment van de OT en de definitieve vaststelling.

In Figuur 8.2-3 valt op dat het vereveningsresultaat van alle zorgverzekeraars, met uitzondering van één zorgverzekeraar, geconcentreerd is (en relatief dicht bij elkaar liggen) boven de nullijn van de y-as (en tevens boven de diagonale neutrale lijn). Dit wijst erop dat het vereveningsresultaat op moment van de definitieve vaststelling positief is. Dit stemt overeen met de eerdere bevinding van een positief macrovereveningsresultaat (zie Hoofdstuk 4). Merk op dat bij de OT het gemiddelde vereveningsresultaat over alle zorgverzekeraars gelijk is aan nul. De waarnemingen van individuele zorgverzekeraars zijn geconcentreerd rondom de nullijn van de x-as. Bij de definitieve vaststelling is dit naar verwachting ook de situatie, echter vanwege het positieve macrovereveningsresultaat (van € 83 per verzekerde) liggen de meeste waarnemingen boven de nullijn van de y-as. Daarnaast is op basis van Figuur 8.2-3 af te leiden dat er sprake is van enige mate van samenhang in het vereveningsresultaat, echter deze samenhang is minder sterk dan de samenhang in de vereveningsbijdrage en in de kosten op de verschillende vaststellingsmomenten.

Figuur 8.2-3 Samenhang in het vereveningsresultaat voor de somatische kosten op zorgverzekeraarsniveau tussen de OT en definitieve vaststelling voor flankerend en ex post maatregelen.

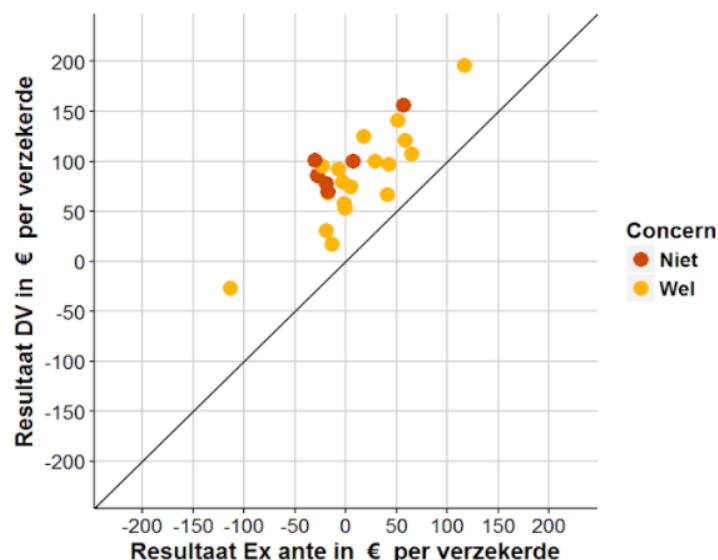


Voetnoot Figuur 8.2-3

- Het gemiddelde kostenniveau van het vereveningsresultaat bij de OT bedraagt € 0 per verzekerde. Het gemiddelde kostenniveau van het vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling bedraagt € 83 per verzekerde (positief macrovereveningsresultaat: verschil tussen € 1.684 en € 1.767 per verzekerde).
- De diagonale neutrale lijn toont het moment waarop het vereveningsresultaat op beide vaststellingsmomenten gelijk is aan elkaar.

Onderstaande figuur presenteert de samenhang in vereveningsresultaat tussen het moment van de ex ante vaststelling en de definitieve vaststelling. Op basis hiervan zijn dezelfde conclusies te trekken dan voor de samenhang tussen de OT en de definitieve vaststelling. Er is sprake van een positief macrovereveningsresultaat en er is in enige mate samenhang in het vereveningsresultaat tussen de verschillende vaststellingsmomenten.

Figuur 8.2-4 Samenhang in het vereveningsresultaat voor de somatische kosten op zorgverzekeraarsniveau tussen de ex ante vaststelling en definitieve vaststelling voor flankerend en ex post maatregelen.



Voetnoot Figuur 8.2-4

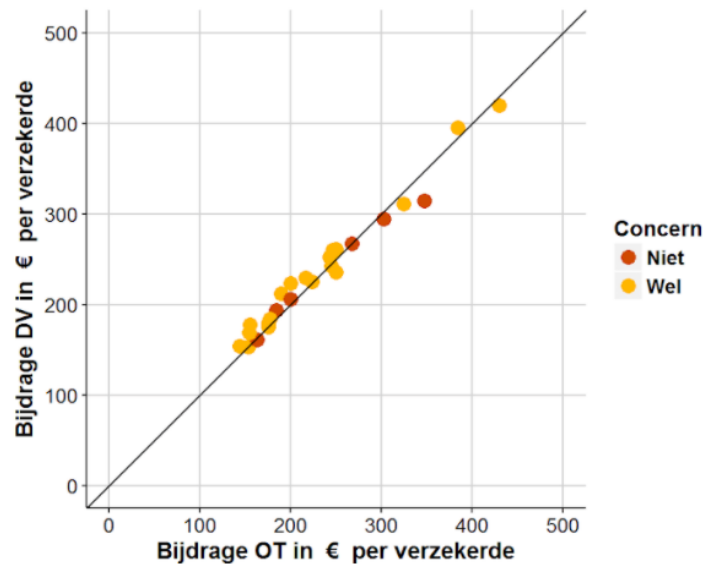
- Het gemiddelde kostenniveau van het vereveningsresultaat bij de ex ante vaststelling bedraagt € 0 per verzekerde. Het gemiddelde kostenniveau van het vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling bedraagt € 83 per verzekerde (positief macrovereveningsresultaat: verschil tussen € 1.684 en € 1.767 per verzekerde).
- De diagonale neutrale lijn toont het moment waarop het vereveningsresultaat op beide vaststellingsmomenten gelijk is aan elkaar.

8.3. gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder

Vereveningsbijdrage

Figuur 8.3-1 toont de samenhang tussen de vereveningsbijdrage op moment van de OT (x-as) en de definitieve vaststelling (y-as) voor de gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder. Zorgverzekeraars die op de neutrale diagonale lijn vallen krijgen evenveel vereveningsbijdrage op beide vaststellingsmomenten.

Figuur 8.3-1 Samenhang in de vereveningsbijdrage voor de gGGZ-kosten op zorgverzekeraarsniveau tussen de OT en definitieve vaststelling voor flankerend en ex post maatregelen.



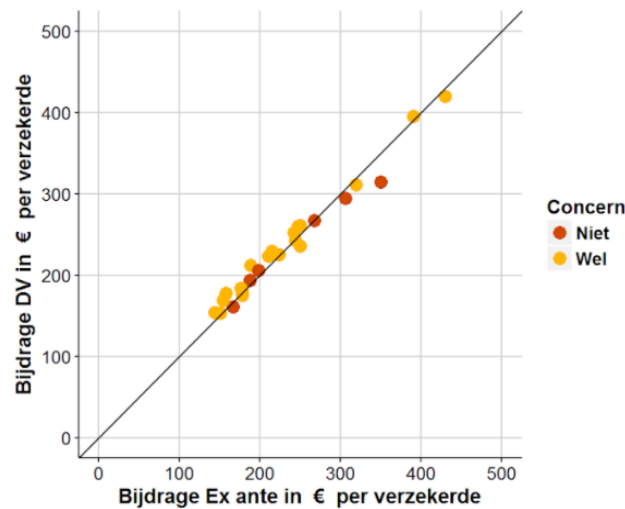
Voetnoot Figuur 8.3-1

- Het gemiddelde kostenniveau van de vereveningsbijdrage bij de OT bedraagt € 241 per verzekerde. Het gemiddelde kostenniveau van de vereveningsbijdrage bij de definitieve vaststelling bedraagt afgerond € 246 per verzekerde.
- De diagonale neutrale lijn toont het moment waarop de vereveningsbijdrage op beide vaststellingsmomenten gelijk is aan elkaar.

Figuur 8.3-1 toont dat bijna alle zorgverzekeraars op of rondom de diagonale neutrale lijn liggen. Dit duidt erop dat over het algemeen sprake is van sterke samenhang in de vereveningsbijdragen op beide vaststellingsmomenten. Bovendien verschilt het kostenniveau in 2012 niet veel tussen de OT en de definitieve vaststelling: gemiddeld € 241 per verzekerde en € 246 per verzekerde. Hierdoor liggen de waarnemingen op of dichtbij de diagonale neutrale lijn. In deze figuur zijn geen opvallende resultaten (i.e. uitschieters) waarneembaar.

In onderstaande figuur is de samenhang in de vereveningsbijdrage weergegeven tussen de ex ante vaststelling en de definitieve vaststelling. Deze figuur toont dat alle zorgverzekeraars op of rondom de diagonale neutrale lijn liggen. Dit toont aan dat sprake is van een sterke samenhang in de vereveningsbijdrage tussen beide vaststellingsmomenten. Ook hier geldt dat het kostenniveau op de verschillende vaststellingsmomenten niet ver van elkaar ligt: gemiddeld € 242 per verzekerde versus € 246 per verzekerde. Net zoals ten tijde van de OT zijn geen uitschieters waarneembaar.

Figuur 8.3-2 Samenhang in de vereveningsbijdrage voor de gGGZ-kosten op zorgverzekeraarsniveau tussen de ex ante en definitieve vaststelling voor flankerend en ex post maatregelen.



Voetnoot Figuur 8.3-2

- Het gemiddelde kostenniveau van de vereveningsbijdrage bij de ex ante vaststelling bedraagt € 242 per verzekerde. Het gemiddelde kostenniveau van de vereveningsbijdrage bij de definitieve vaststelling bedraagt afgerond € 246 per verzekerde.
- De diagonale neutrale lijn toont het moment waarop de vereveningsbijdrage op beide vaststellingsmomenten gelijk is aan elkaar.

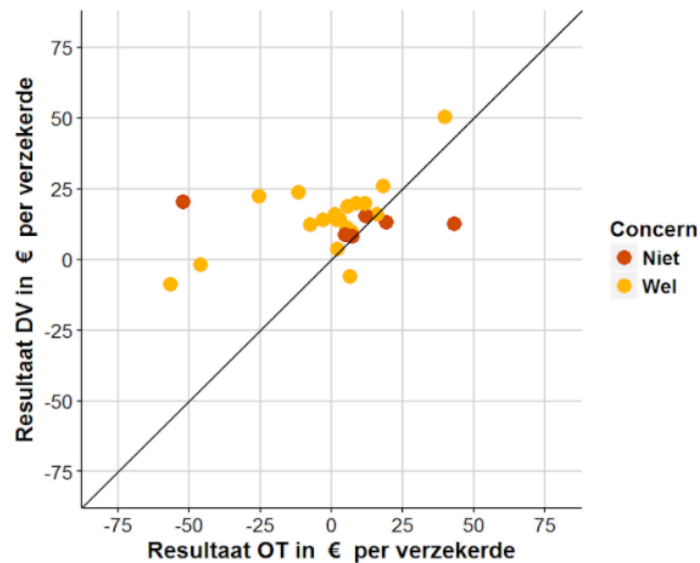
Bovenstaande analyses zijn ook uitgevoerd voor de kosten op de verschillende vaststellingsmomenten. Deze analyses leveren dezelfde inzichten op als bovenstaande analyses op de vereveningsbijdrage. Voor de kosten zijn geen opvallende verschuivingen geconstateerd op de verschillende vaststellingsmomenten. Net zoals bij de vereveningsbijdrage is sprake van een sterke samenhang op de verschillende vaststellingsmomenten.

Vereveningsresultaat

Bovenstaande analyse is ook uitgevoerd voor het vereveningsresultaat voor de gGGZ-kosten op zorgverzekeraarsniveau voor de verschillende vaststellingsmomenten. Onderstaande figuren geven de samenhang weer in het vereveningsresultaat op moment van de OT en de definitieve vaststelling (Figuur 8.3-3) en op moment van de ex ante vaststelling en de definitieve vaststelling (Figuur 8.3-4).

In onderstaande figuur (Figuur 8.3-3) valt op dat de meeste zorgverzekeraars zijn geconcentreerd boven de nullijn op de y-as, met uitzondering van twee waarnemingen. Dit stemt overeen met het positieve macrovereveningsresultaat (Bijlage B). Merk op dat ten tijde van de OT het gemiddelde vereveningsresultaat over alle zorgverzekeraars gelijk is aan nul. Hierdoor liggen relatief veel waarnemingen rondom de nullijn van de x-as. Voor de definitieve vaststelling geldt naar verwachting hetzelfde resultaat. Echter vanwege een onderschrijding van het MPB volgt een positief macrovereveningsresultaat waardoor de meeste waarnemingen boven de nullijn van de y-as liggen. Daarnaast toont de figuur dat er enige mate van samenhang is in het vereveningsresultaat tussen de OT en de definitieve vaststelling, echter deze samenhang is minder sterk dan in de vereveningsbijdrage en in de kosten op de verschillende vaststellingsmomenten.

Figuur 8.3-3 Samenhang in het vereveningsresultaat voor de gGGZ-kosten op zorgverzekeraarsniveau tussen de OT en definitieve vaststelling voor flankerend en ex post maatregelen.

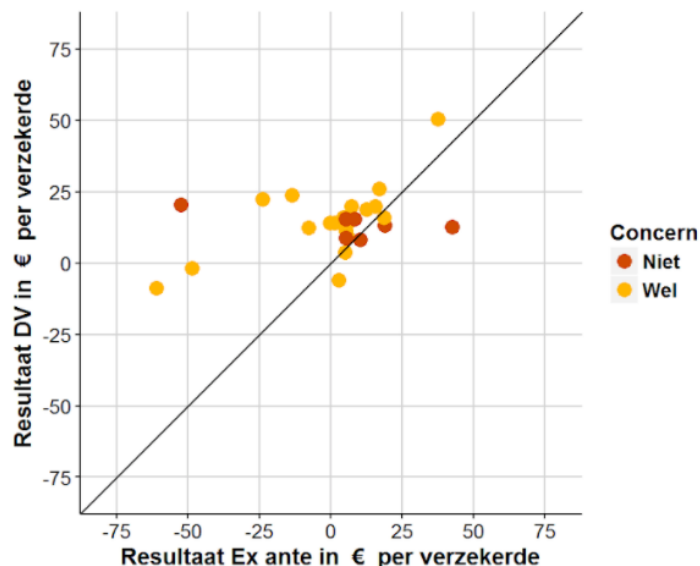


Voetnoot Figuur 8.3-3

- Het gemiddelde kostenniveau van het vereveningsresultaat bij de OT bedraagt € 0 per verzekerde. Het gemiddelde kostenniveau van de het vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling bedraagt € 17 per verzekerde (positief macrovereveningsresultaat: verschil tussen € 229 en € 246 per verzekerde).
- De diagonale neutrale lijn toont het moment waarop het vereveningsresultaat op beide vaststellingsmomenten gelijk is aan elkaar.

Figuur 8.3-4 vertoont een vergelijkbaar patroon als bovenstaande figuur (Figuur 8.3-3). Ook hier is het effect van het positieve macrovereveningsresultaat waarneembaar. Eveneens is er enige mate van samenhang in het vereveningsresultaat tussen beide vaststellingsmomenten.

Figuur 8.3-4 Samenhang in het vereveningsresultaat voor de gGGZ-kosten op zorgverzekeraarsniveau tussen de ex ante en definitieve vaststelling voor flankerend en ex post maatregelen.



Voetnoot Figuur 8.3-4

- Het gemiddelde kostenniveau van het vereveningsresultaat bij de ex ante vaststelling bedraagt € 0 per verzekerde. Het gemiddelde kostenniveau van de het vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling bedraagt € 17 per verzekerde (positief macrovereveningsresultaat: verschil tussen € 229 en € 246 per verzekerde).
- De diagonale neutrale lijn toont het moment waarop het vereveningsresultaat op beide vaststellingsmomenten gelijk is aan elkaar.

9. *Representativiteit op enkelvoudige risicoklassen en subgroepen*

Conclusies

Overkoepelend voor de resultaten geldt:

- Verschillen tussen de geraamde cijfers, zoals gebruikt ten tijde van de OT en ex ante vaststelling, en gerealiseerde cijfers zijn onontkoombaar. Het is dan ook relevant om uit te wijzen in welke mate dergelijke verschillen voorkomen, en of deze verschillen een structureel patroon vertonen.
- Deze analyse is uitgevoerd op één jaar (2012). Tevens is een vergelijking met resultaten van eerdere jaren niet mogelijk, omdat deze analyse nieuw is ten opzichte van eerdere edities van de Monitor. Hierdoor kan geen uitspraak worden gedaan over of, en in welke mate de geconstateerde verschillen tussen de geraamde cijfers en gerealiseerde cijfers een structureel patroon vertonen. Het is relevant deze analyse te continueren bij een evaluatie van toekomstige vereveningsjaren.
- Door samenhang tussen vereveningskenmerken kan een verschuiving in kosten of verzekerdenaantallen bij een vereveningskenmerk invloed uitoefenen op andere vereveningskenmerken. Hierdoor is het belangrijk om bij het aandragen van verklaringen voor de meest opvallende resultaten – zoals in onderhavige Monitor gepresenteerd – ook de effecten bij andere vereveningskenmerken in ogenschouw te nemen.

Somatische kosten

- De uitgevoerde analyses leveren geen overtuigend bewijs voor de conclusie dat de beslisinformatie ten tijde van de OT en de ex ante vaststelling niet representatief is voor bepaalde enkelvoudige risicoklassen of subgroepen. Er zijn verschillen tussen de geraamde cijfers en de gerealiseerde cijfers geconstateerd. Opvallende verschillen zijn te zien bij de vereveningskenmerken MHK en SES. In 2014 en 2015 zijn verbeteringen voor deze vereveningskenmerken bij de uitvoering van het risicovereveningssysteem doorgevoerd.

gGGZ-kosten

- Net zoals bij de somatische kosten, leveren de uitgevoerde analyses geen overtuigend bewijs voor de conclusies dat de beslisinformatie ten tijde van de OT en de ex ante vaststelling niet representatief is voor bepaalde enkelvoudige risicoklassen of subgroepen. Er zijn verschillen tussen de geraamde cijfers en de gerealiseerde cijfers geconstateerd. Ook hier zijn opvallende verschillen geconstateerd bij het vereveningskenmerk SES, waarvoor verbeteringen zijn doorgevoerd bij uitvoering van het risicovereveningssysteem in 2014 en 2015.

9.1. Doel en definitie begrippen voor interpretatie resultaten

Dit hoofdstuk analyseert in welke mate de kosten en verzekerdenaantallen op het niveau van enkelvoudige risicoklassen en subgroepen op het moment van de OT en ex ante vaststelling aansluiten op de gerealiseerde cijfers. Deze analyses tonen in welke mate de beslisinformatie ten tijde van de OT en de ex ante vaststelling representatief zijn voor de uiteindelijke situatie bij de definitieve vaststelling.

Bijlage B tot en met D geven een toelichting op de uitgangspunten en uitgevoerde bewerkingen.

Analyse op enkelvoudige risicoklassen

Bij de OT en de ex ante vaststelling is de gemiddelde vereveningsbijdrage gelijk aan de gemiddelde kosten voor elke risicogroep die expliciet is opgenomen in het risicovereveningsmodel. Het betreft 126 risicogroepen voor het risicovereveningsmodel voor de somatische kosten en 77 subgroepen voor het risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten. Bij de definitieve vaststelling hoeft dit niet meer het geval te zijn, vanwege ontwikkelingen in kosten en prevalenties ten opzichte van de geraamde cijfers. Bij de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage worden de normbedragen die zijn vastgesteld in het najaar van 2011 gebruikt. Hierbij wordt vervolgens rekening gehouden met criteriumneutraliteit en voor de gGGZ-kosten tevens een correctie voor de HKC. De gecorrigeerde normbedragen voor HKC zijn gebaseerd op de risicodragende gGGZ-kosten onder de Zvw (buiten de HKC-risicopool). Het gemiddelde vereveningsresultaat is het verschil tussen de vereveningsbijdrage en gerealiseerde kosten.

Opvallende resultaten voor de enkelvoudige risicoklassen worden gepresenteerd. Hierbij zijn (arbitraire) grenzen gehanteerd. Enkelvoudige risicoklassen met verschillen onder deze grenzen worden niet gepresenteerd. Voor het somatische risicovereveningsmodel is gekozen voor een grens van € 1.000 per verzekerde en/ of een macro-omvang van € 200 miljoen. Voor het risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten is gekozen voor een grens van € 200 per verzekerde of een macro-omvang van € 50 miljoen. Naast het gemiddelde vereveningsresultaat is de macro-omvang van het vereveningsresultaat relevant, aangezien een klein vereveningsresultaat voor een grote risicoklasse uiteindelijk een grotere impact kan hebben in de uitvoering van het risicovereveningssysteem, dan een groot vereveningsresultaat voor een kleine risicoklasse.

Bij interpretatie van de resultaten van deze analyse is het volgende van belang:

- Deze analyse is uitgevoerd op één jaar (2012). Tevens is deze analyse nieuw ten opzichte van eerdere edities van de Monitor. Vergelijking met resultaten van eerdere jaren is dan ook niet mogelijk.¹⁰ Hierdoor kan geen uitspraak worden gedaan over of, en in welke mate de geconstateerde verschillen een structureel patroon vertonen. Het is relevant de representativiteit van de beslisinformatie te monitoren over meerdere jaren.
- Door samenhang tussen vereveningskenmerken kan een verschuiving in kosten of verzekerdenaantallen bij een vereveningskenmerk invloed uitoefenen op andere vereveningskenmerken. Hierdoor is het belangrijk om bij het aandragen van verklaringen voor de meest opvallende resultaten – zoals in onderhavige Monitor gepresenteerd – ook de effecten bij andere vereveningskenmerken in ogenschouw te nemen.

Analyse op patronen voor subgroepen

Naast de enkelvoudige risicoklassen worden enkele subgroepen geanalyseerd die *niet* expliciet in het ex ante risicovereveningsmodel zijn opgenomen. Hiervoor zijn dezelfde subgroepen als in Hoofdstuk 6 voor samenhang tussen een somatische en psychische aandoening in combinatie met leeftijd gedefinieerd. Doel van deze analyse

¹⁰ In 2017 is een evaluatieonderzoek naar het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten van 2010 tot en met 2013 uitgevoerd (WOR 826). In dit onderzoek is een simulatie uitgevoerd voor macronacalculatie in 2012. Onderhavige Monitor past *geen* macronacalculatie toe. Vanwege dergelijke verschillen in methode (en mogelijk ook in de onderliggende bestanden) zijn de resultaten in onderhavige Monitor niet een-op-een te vergelijken met de resultaten van dit evaluatieonderzoek uit 2017.

is nagaan in hoeverre *het patroon* in het gemiddelde vereveningsresultaat en kosten zoals waargenomen tijdens de OT en de ex ante vaststelling vergelijkbaar is met het patroon bij de definitieve vaststelling op basis van gerealiseerde cijfers. Inzichtelijk wordt in welke mate de verschillen in kosten en prevalenties uitwerken op het niveau van deze enkele subgroepen in de Zvw-bevolking.

Ten behoeve van vergelijkbaarheid van het patroon in het vereveningsresultaat op de verschillende vaststellingsmomenten is bij de definitieve vaststelling is bij deze subgroepanalyse het vereveningsresultaat *procentueel gecorrigeerd* voor het positieve macrovereveningsresultaat voor de somatische zorg en de gGGZ (Hoofdstuk 4). Het macrovereveningsresultaat is daarmee gecorrigeerd naar nul (dit is vergelijkbaar met macronacalculatie). Bij de OT en de ex ante vaststelling is per definitie het macrovereveningsresultaat gelijk aan nul.

Indien in dit hoofdstuk wordt gesproken over ‘verzekerde’ wordt ‘*verzekerdenjaar*’ bedoeld.

9.2. Somatische kosten

9.2.1. Resultaat enkelvoudige risicogroepen

Van alle 126 enkelvoudige risicogroepen in het somatische risicovereveningsmodel van 2012 is het vereveningsresultaat op moment van de definitieve vaststelling geanalyseerd. Hierbij is uitgegaan van het vereveningsresultaat zoals waargenomen; er is *geen* (procentuele) correctie uitgevoerd voor het positieve macrovereveningsresultaat (zoals ook geconstateerd in Hoofdstuk 4 en Bijlage B). Het gemiddelde vereveningsresultaat van alle risicoklassen per vereveningskenmerk tezamen komt dan ook uit op € 83 per verzekerde. Dit is het positieve macrovereveningsresultaat. Het is zinvol om het gemiddelde vereveningsresultaat op de afzonderlijke enkelvoudige risicoklassen, nader te onderzoeken aangezien dit niet gelijk hoeft te zijn aan € 83 per verzekerde (dan wel € 0 per verzekerde, zoals ten tijde van de OT en de ex ante vaststelling).

Onderstaande tabel presenteert de enkelvoudige risicoklassen in het somatische risicovereveningsmodel van 2012 met een opvallend resultaat boven de gestelde (arbitraire) grens van € 1.000 per verzekerde, dan wel een macro-omvang van € 200 miljoen. Het volledige overzicht van het gemiddelde vereveningsresultaat op alle enkelvoudige risicoklassen is weergegeven in Bijlage G.

Tabel 9.2.1-1 Aantal verzekerden, gemiddelde kosten en vereveningsresultaat en macro-omvang van vereveningsresultaat voor enkelvoudige risicoklassen in het ex ante risicovereveningsmodel voor 2012 met een vereveningsresultaat groter dan € 1.000 per verzekerde en/ of een macro-omvang van groter dan € 200 mln., op moment van definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen, voor de totale somatische kosten.

Enkelvoudige risicoklassen	Aantal, in %	Gemiddelde kosten	Gemiddeld vereveningsresultaat, in € per verzekerde ^{a, b}	Macro-omvang vereveningsresultaat, in € mln.	
Boven drempel € 1.000 per verzekerde					
DKG	DKG 7	0,05	10.860	1.476	13,1
	DKG 8	0,12	12.585	1.497	29,5
	DKG 11	0,13	16.688	1.698	36,4
	DKG 13 (nierdialyse)	0,04	72.879	4.300	28,2
	FKG 14 (TNF-alfaremmers)	0,14	4.595	7.832 ^c	182,2
FKG	FKG 20 (aandoeningen hersenen)	0,07	12.841	1.613	19,7
	FKG 23 (HIV/ aids)	0,08	15.161	1.992	26,2
	FKG 24 (nieraandoeningen)	0,07	34.537	2.171	25,1
MHK	FKG 25 (groeihormonen)	0,02	17.267	5.343	17,2
	MHK 5 (3 jaar hoge kosten 4 %)	0,54	13.470	1.033	92,1
	MHK 6 (3 jaar hogen kosten 1,5 %)	0,23	27.201	3.051	114,4
Boven drempel € 200 mln.					
SES	SES 5 (18 – 64 jaar en laag inkomen)	16,09	1.296	88	234,2
	SES 6 (> 65 jaar en laag inkomen)	3,18	4.478	451	237,2
	SES 8 (18 – 64 jaar en midden inkomen)	23,48	1.470	72	278,3
AVI	AVI 0 (referentie: < 18 jaar of > 65 jaar)	37,64	2.185	126	785,9
MHK	MHK 0 (referentie: geen MHK)	92,5	1.215	57	875,4
DKG	DKG 0 (referentie: geen DKG)	97,2	1.474	68	1.089,0

Voetnoot Tabel 9.2.1-1

- Voor alle risicoklassen tezamen geldt een gemiddeld vereveningsresultaat van € 83 per verzekerde.
- Gebaseerd op het aangeleverde KPV- en RBRV-bestand van 2012. In deze cijfers zijn *niet* inbegrepen: kosten buitenlandzorg, niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN onbekend is. Zie Bijlage B voor een meer uitgebreide toelichting hierop.
- Voor FKG 14 is het normbedrag bij de definitieve vaststelling op nul gesteld, omdat de kosten van TNF-alfaremmers zijn overgeheveld naar de vaste kosten van ziekenhuiszorg. Het vereveningsresultaat voor deze risicoklasse wordt verklaard door samenhang met andere vereveningskenmerken, waaronder de positieve klassen van MHK.

De resultaten in Tabel 9.2.1-1 resulteren in de volgende bevindingen:

- De risicoklassen in bovenstaande tabel hebben een gemiddeld positief vereveningsresultaat. Er zijn ook andere risicoklassen (die niet boven de gestelde grens uitkomen) met een gemiddeld negatief vereveningsresultaat (Bijlage G). Een positief vereveningsresultaat betekent dat de vereveningsbijdrage hoger is dan de gemiddelde kosten van deze risicoklassen. Uit bovenstaande tabel is af te leiden dat dit met name geldt voor verschillende risicoklassen van de vereveningskenmerken DKG, FKG en MHK, en in relatief mindere mate ook voor enkele risicoklassen van vereveningskenmerken SES en AVI. Dit duidt er op dat kostenoverschrijding over het algemeen heeft plaatsgevonden onder verzekerden met (hoge) kosten, alhoewel er geen duidelijke indicatie is dat een specifieke subgroep hiervoor kan worden aangewezen.¹¹ Bij bovenstaande resultaten dient te worden bedacht dat personen in meerdere risicoklassen kunnen zijn ingedeeld; bijvoorbeeld in zowel DKG 0 alsmede MHK 0.
- Voor enkele DKG's – DKG 7, 8, 11 en 13 – is sprake van een fors positief gemiddeld vereveningsresultaat, met name voor DKG 13. Dit wordt verklaard door lagere gemiddelde kosten dan verwacht: circa 10 % - 14 %-punt voor DKG 7, 8 en 11 en circa 6 %-punt voor DKG 13.

¹¹ Gedetailleerde gegevens over type kosten zijn in onderhavige Monitor niet voorhanden om nader te duiden bij welke type zorgverlening de kostenoverschrijdingen hebben plaatsgevonden. Subgroepen op basis van vereveningskenmerken zijn wel beschikbaar, echter om een specifieke subgroep aan te wijzen die verantwoordelijk is voor de kostenoverschrijding is ook gedetailleerde gegevens over type kosten nodig. Bijvoorbeeld of de kostenoverschrijding heeft plaatsgevonden voor een sterke daling van de farmaciekosten.

- Voor enkele FKG's – FKG 14, 20, 23, 24 en 25 – is ook sprake van een fors positief gemiddeld vereveningsresultaat. Hiervoor geldt dezelfde verklaring, namelijk dat de gerealiseerde kosten lager uitkomen dan verwacht: van 6 % tot 30 %-punt. Voor FKG 14 geldt dat het normbedrag in 2012 bij de definitieve vaststelling gelijk is gesteld aan nul omdat de kosten van TNF-alfaremmers zijn overgeheveld naar de vaste kosten van ziekenhuiszorg. Voor deze kosten geldt 100 % nacalculatie in 2012. Het vereveningsresultaat voor deze risicoklasse wordt verklaard door samenhang met andere vereveningskenmerken. Uit nadere analyse volgt dat verzekerden in FKG 14 relatief vaak zijn ingedeeld in een positieve klasse van MHK, en dan met name de twee hoogste risicoklassen (MHK 5 en 6).
- Ook de twee hoogste klassen van het vereveningskenmerk MHK kennen een flink positief vereveningsresultaat. Ook hier geldt dat de gerealiseerde kosten lager zijn dan verwacht: 8 %-punt en 11 %-punt, respectievelijk voor MHK 5 en 6. Dit vereveningskenmerk is sterk afhankelijk van de kostenverdeling, aangezien dit vereveningskenmerk is gebaseerd op de kosten uit drie voorgaande jaren.
- De referentieklassen van de vereveningskenmerken AVI, MHK en DKG én de risicoklassen van het vereveningskenmerk SES (i.e. risicoklasse 5, 6 en 8) vallen op vanwege de grote macro-omvang. Voor de referentieklassen van AVI, MHK en DKG komt dit door de grote omvang in verzekerdenaantallen.

Bovenstaande resultaten in Tabel 9.2.1-1 kunnen worden verklaard door wijzigingen in kosten. Hieronder wordt de ontwikkeling van kosten per vereveningskenmerk in kaart gebracht. Hierbij worden de kosten op het moment van de OT en de ex ante vaststelling vergeleken met de gerealiseerde kosten. Tevens worden de verschuivingen in verzekerdenaantallen per vereveningskenmerk in kaart gebracht.

Kosten

Tabel 9.2.1-2 geeft de gemiddelde gewogen absolute verschillen (GGAV) in kosten per vereveningskenmerk van het somatische risicovereveningsmodel van 2012. De gemiddelde kosten op moment van de OT en ex ante vaststelling zijn vergeleken met de gerealiseerde kosten. Hierbij zijn de gemiddelde kosten van de OT en de ex ante vaststelling procentueel gecorrigeerd naar hetzelfde gemiddelde kostenniveau als de gerealiseerde kosten. Hoe lager de GGAV, des te beter de gemiddelde kosten aansluiten op de gerealiseerde kosten.

Tabel 9.2.1-2 Gemiddelde Gewogen Absolute Verschillen (GGAV) in kosten tussen moment van de OT en gerealiseerd en tussen de ex ante vaststelling en gerealiseerd, gecorrigeerd voor het verschil in totale kostenniveau.

	OT versus gerealiseerd ^a	Ex ante vaststelling versus gerealiseerd ^a
Leeftijd/geslacht	52,7	36,7
DKG	27,0	16,2
FKG	55,1	23,9
AVI	24,2	25,9
SES	49,8	59,3 ^b
Regio	7,2	5,4
MHK	35,9	16,8

Voetnoot Tabel 9.2.1-2

- Het kostenniveau van de OT en de ex ante vaststelling is procentueel gecorrigeerd naar het gemiddelde kostenniveau van de gerealiseerde kosten (niet apart per deelbedrag). Dit is uitgevoerd ten behoeve van vergelijkbaarheid van de kosten op verschillende vaststellingsmomenten (zie Bijlage B voor de verschillende kostenniveaus).
- In onderhavige Monitor is voor SES een alternatieve methode toegepast bij herweging naar de verzekerdenraming, waardoor dit kenmerk (licht) afwijkt van de daadwerkelijke uitvoering, zie Bijlage D.

Conform verwachting is de GGAV voor alle vereveningskenmerken bij de ex ante vaststelling lager dan bij OT, met uitzondering van het vereveningskenmerken SES en AVI. Met betrekking tot de kosten heeft herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB voor deze vereveningskenmerken over het algemeen positief bijgedragen aan de representativiteit van de gegevens voor het vereveningsjaar.

Op basis van de resultaten valt de relatief hoge GGAV voor het vereveningskenmerk SES op. De stijging in GGAV van 49,8 naar 59,3 voor dit vereveningskenmerk is het gevolg van de herweging naar de verzekerdensraming en schaling naar het MPB voor het ex ante vaststellingsmoment. Deze waarde is mogelijk beïnvloed door de onderliggende data en de daarmee gepaard gaande alternatieve methode die nodig was (Bijlage D). Daarnaast heeft eerder onderzoek ook relatief grote afwijkingen geconstateerd bij het vereveningskenmerk SES (WOR 826). Klaarblijkelijk treden bij dit vereveningskenmerk relatief grote verschuivingen op in de kosten van deze verzekerden. De instabiliteit in dit vereveningskenmerk is bij uitvoering van het risicovereveningssysteem van 2015 en 2016 geconstateerd. Dit is aanleiding geweest om de methodiek voor definitie van de risicoklassen van dit vereveningskenmerk aan te passen in 2015 en 2016 (ZINL, 2014; ZINL, 2015).

De relatief hoge GGAV voor het vereveningskenmerk AVI bij de ex ante vaststelling is mogelijk beïnvloed door samenhang met het vereveningskenmerk SES. Eerder onderzoek heeft daarnaast voor dit vereveningskenmerk ook relatief grote verschuivingen geconstateerd (WOR 826).

Daarnaast valt de hoge GGAV in absolute zin voor het vereveningskenmerk leeftijd/ geslacht op. Indien de GGAV wordt gerelateerd aan de gemiddelde kosten dan kan worden gesteld dat de GGAV relatief beperkt is. Mogelijk is de hoge GGAV het gevolg van (sterke) samenhang van dit vereveningskenmerk met andere vereveningskenmerken, waardoor verschuivingen bij andere vereveningskenmerken ook invloed hebben op dit vereveningskenmerk. Tevens blijkt uit nadere analyse dat voor verzekerden van 65 jaar en ouder sprake is van een behoorlijk positief gemiddeld vereveningsresultaat. Hierbij is over het algemeen de overcompensatie voor mannen groter dan voor vrouwen. Dit stemt overeen met het eerder uitgevoerde evaluatieonderzoek (WOR 826).

Prevalenties

Tabel 9.2.1-3 geeft de gemiddelde absolute verschillen (GAV) in prevalenties per vereveningskenmerk weer. Hierbij zijn de prevalenties ten tijde van de OT en de ex ante vaststelling vergeleken met de gerealiseerde prevalenties.

Tabel 9.2.1-3 Gemiddelde Absolute Verschillen (GAV) in prevalenties (per 1000 verzekerdenjaren) tussen moment van OT en gerealiseerd en tussen ex ante vaststelling en gerealiseerd.

	OT versus gerealiseerd	Ex ante versus gerealiseerd
Leeftijd/ geslacht	40,1	11,4
DKG	6,0	3,4
FKG	42,4	7,5
AVI	34,0	30,4
SES	43,8	25,4 ^a
Regio	4,3	2,0
MHK	7,8	4,0

Voetnoot Tabel 9.2.1-3

- a. In onderhavige Monitor is voor SES een alternatieve methode toegepast bij herweging naar de verzekerdensraming van de onderliggende data, waardoor dit kenmerk (licht) afwijkt van de daadwerkelijke uitvoering, zie Bijlage D.

Conform verwachting is de GAV voor alle vereveningskenmerken bij de ex ante vaststelling (veel) lager dan bij de OT. Dit betekent dat een groot deel van de verschillen tussen de geraamde verzekerdenaantallen bij OT en de gerealiseerde verzekerdenaantallen kan worden verklaard door *voorziene* ontwikkelingen in de samenstelling van de Zvw-bevolking tussen 2009 en 2012. Dit wordt opgevangen door de herweging naar de verzekerdensraming en schaling naar het MPB ten tijde van de ex ante vaststelling. Bij de OT is gebruik gemaakt van verzekerdenaantallen uit 2009, waardoor conform verwachting de GAV hoog is.

De GAV bij de ex ante vaststelling met de gerealiseerde cijfers tonen de *onvoorziene* ontwikkelingen in de samenstelling van de Zvw-bevolking. Hierbij vallen de volgende resultaten op:

- Het vereveningskenmerk SES kent grote verschillen in prevalenties. De werkelijke samenstelling van de Zvw-bevolking voor dit vereveningskenmerk wijkt sterk af van de verzekerdensraming. Met name in SES-klasse 5 en 6. Voor een deel kan dit worden verklaard doordat bij de uitvoering van het risicovereveningssysteem een andere indeling van het vereveningskenmerk SES is gehanteerd dan beschikbaar in het aangeleverde bestand voor onderhavige Monitor (Bijlage D). Daarnaast heeft eerder onderzoek aangetoond dat bij dit vereveningskenmerk veel verschuivingen optreden (WOR 826). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat dit vereveningskenmerk sterk is gerelateerd aan de economische situatie. Ook kan een verklaring zijn dat de niet-ingezetenen niet zijn inbegrepen in de gerealiseerde cijfers, maar wel zijn meegenomen in de verzekerdensraming bij de ex ante vaststelling (in de raming: 138.000 verzekerden). Zoals eerder vermeld, is in 2015 en 2016 de methodiek voor definitie van vereveningskenmerk aangepast om de stabiliteit van dit vereveningskenmerk te verbeteren (ZINL, 2014; ZINL, 2015).
- Voor het vereveningskenmerk AVI zijn ook behoorlijke verschillen in prevalenties waarneembaar. Uit nadere analyse volgt dat dit wordt veroorzaakt door verschuiving van de verzekerden van de referentiegroep en de zelfstandigen naar de andere risicoklassen van dit vereveningskenmerk, met name de bijstandsgerechtigden. Ook dit vereveningskenmerk is sterk gerelateerd aan de economische situatie. Door (onverwachte) wijzigingen in het aard van inkomen van verzekerden kunnen grote verschillen ontstaan tussen de verzekerdensraming en de gerealiseerde cijfers. Bij de OT is gebruik gemaakt van prevalenties uit 2009, waardoor logischerwijs sprake is van een grote GAV op basis van de gerealiseerde cijfers in 2012.

9.2.2. Subgroepen samenhang aandoening en leeftijd

In voorgaande analyses zijn verschillen geconstateerd in de kosten en verzekerdenaantallen van de enkelvoudige risicoklassen in het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten tussen de verschillende vaststellingsmomenten. In deze paragraaf wordt *het patroon* in het gemiddelde vereveningsresultaat en de kosten van enkele subgroepen die *niet* expliciet in dit risicovereveningsmodel zijn opgenomen geanalyseerd. Het doel is na te gaan in welke mate de verschillen in de kosten en verzekerdenaantallen doorwerken in enkele andere subgroepen welke niet expliciet zijn opgenomen in het risicovereveningsmodel.

Bij onderstaande resultaten is het van belang rekening te houden met het verschil in kostenniveau op de verschillende vaststellingsmomenten (Bijlage B). Het doel is het analyseren van patronen in de resultaten; *niet* het vergelijken van resultaten in absolute termen op de verschillende vaststellingsmomenten. Ten behoeve van vergelijkbaarheid in het patroon in de resultaten is het gemiddelde vereveningsresultaat voor de definitieve vaststelling procentueel gecorrigeerd voor het positieve macrovereveningsresultaat (zie Hoofdstuk 4). Het macrovereveningsresultaat wordt daarmee op nul gesteld, net zoals per definitie het geval is bij de OT en ex ante vaststelling.

Tabel 9.2.2-1 Aantal verzekerden, gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en kosten van subgroepen op basis van samenhang voor somatische aandoening en psychische aandoening in combinatie met leeftijd, op moment van de OT, ex ante vaststelling en definitieve vaststelling, voor de totale somatische kosten in 2012, uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd	Aantal in % DV ^a	Gemiddeld vereveningsresultaat			Gemiddelde kosten		
		OT	Ex ante	DV ^{b, c, d}	OT	Ex ante	DV ^e
Verzekerden onder de 18 jaar							
- Geen somatische aandoening	20,3	31	48	58	658	746	694
- Wel somatische aandoening	0,6	-1.252	-1.697	- 855	5.112	6.042	5.005
Verzekerden van 18 tot en met 64 jaar							
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	49,1	29	33	4	833	907	885
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	2,1	- 207	- 220	- 259	1.163	1.264	1.243
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	8,1	- 135	- 148	- 26	3.733	4.042	3.800
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	3,0	- 22	- 27	- 37	2.855	3.210	3.117
Verzekerden van 65 jaar en ouder							
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	7,4	24	18	34	1.995	2.146	2.022
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	0,1	- 530	- 580	- 553	2.618	2.822	2.657
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	8,3	- 12	- 6	- 10	5.287	5.626	5.383
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	1,0	- 36	- 23	- 134	5.355	5.814	5.655

Voetnoot Tabel 9.2.2-1:

- Aantal verzekerden jaren op moment van de definitieve vaststelling. Ten behoeve van leesbaarheid zijn de aantallen op de andere vaststellingsmomenten niet gerapporteerd. De aantallen zijn vergelijkbaar op de verschillende vaststellingsmomenten.
- Procentueel gecorrigeerd voor het positieve macrovereveningsresultaat van gemiddeld € 83 per verzekerde, ten behoeve van vergelijkbaarheid in het patroon in de resultaten. In Hoofdstuk 6 zijn de gerealiseerde resultaten *zonder* correctie gepresenteerd bij de analyse naar de werking op subgroepen. Tevens zijn in de berekening de ex ante normbedragen, inclusief toepassing van criteriumneutraliteit voor het vereveningskenmerk MHK gebruikt voor bepaling van de vereveningsbijdrage en daarmee het vereveningsresultaat.
- Definitieve vaststelling vóór flankerend beleid en bandbreedteregeling.
- In de berekening is bij de normbedragen rekening gehouden met de toegepaste criteriumneutraliteit voor MHK.
- Zie ook tabel 6.2.2-1.

De volgende bevindingen volgen uit de resultaten in Tabel 9.2.2-1:

- Op de verschillende vaststellingsmomenten is een vergelijkbaar patroon waarneembaar in het vereveningsresultaat en de kosten van de subgroepen. De prevalenties op de verschillende vaststellingsmomenten vertonen eveneens een vergelijkbaar patroon (niet gepresenteerd in bovenstaande tabel). Uit de analyses in paragraaf 9.2.1 volgt dat (grote) verschillen tussen de vaststellingsmomenten zijn geconstateerd voor de kosten en prevalenties voor enkele risicoklassen van de onderliggende vereveningskenmerken DKG's, FKG's en MHK. Bovenstaande resultaten hebben per saldo niet geleid tot een (significant) afwijkend patroon in het vereveningsresultaat dan wel de kosten voor de geanalyseerde subgroepen.
- Drie subgroepen kennen een opvallend patroon in het vereveningsresultaat: verzekerden onder de 18 jaar met een somatische aandoening, verzekerden van 18 tot en met 64 jaar met een somatische aandoening en geen psychische aandoening en verzekerden van 65 jaar en ouder met zowel een somatische aandoening alsmede een psychische aandoening. De onder- of overcompensatie voor deze subgroepen bij de definitieve vaststelling wijkt relatief veel af ten opzichte van de onder- of overcompensatie bij de OT en ex ante vaststelling in verhouding tot andere subgroepen. Dit is het gevolg van het saldo van de geconstateerde verschillen in kosten en prevalenties bij de risicoklassen van de vereveningskenmerken DKG's, FKG's en MHK, aangezien deze vereveningskenmerken zijn gebruikt om een somatische aandoening te definiëren. De verzekerden in deze subgroepen zijn dan ook ingedeeld in een of meerdere positieve risicoklassen van deze morbiditeitskenmerken.
- Daarnaast valt het op dat verzekerden met een psychische aandoening en zonder een somatische aandoening worden ondergecompenseerd op elk vaststellingsmoment. Een mogelijke verklaring is dat deze verzekerden somatische zorg gebruiken vanwege hun psychische aandoening; bijvoorbeeld bij klachten

komen zij eerst bij de huisarts en vervolgens in het ziekenhuis terecht voor controle dan wel stabilisatie van de gezondheidssituatie. Deze verzekerden worden niet gecompenseerd via de morbiditeitskenmerken in het risicovereveningsmodel, omdat zij geen somatische aandoening hebben (i.e. deze verzekeren zijn ingedeeld in de afslagklassen van deze vereveningskenmerken). Dit leidt ertoe dat de compensatie lager is dan de gemiddelde kosten van deze verzekerden, resulterend in een ondercompensatie.

9.3. gGGZ-kosten voor verzekerden van 18 jaar en ouder

9.3.1. Resultaat enkelvoudige risicogroepen

Net als in paragraaf 9.2.1 worden in deze paragraaf de resultaten voor enkelvoudige risicogroepen geanalyseerd. Deze analyse geeft inzicht in het vereveningsresultaat voor subgroepen die expliciet in het risicovereveningsmodel zijn opgenomen. Voor alle 77 enkelvoudige risicogroepen in het risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten van 2012 is het vereveningsresultaat op moment van de definitieve vaststelling geanalyseerd.

Voor interpretatie van onderstaande resultaten dient het volgende in acht genomen te worden. Uitgegaan is van het vereveningsresultaat zoals waargenomen op basis van de analyses; er is *geen* (procentuele) correctie uitgevoerd voor het positieve macrovereveningsresultaat. Het gemiddelde vereveningsresultaat van alle risicoklassen per vereveningskenmerk tezamen komt dan uit op afgerond € 17 per verzekerde. Dit wijkt af van het eerder geconstateerde macrovereveningsresultaat van € 4 per verzekerde (Hoofdstuk 4). Dit wordt grotendeels verklaard door een niet volledige verwerking van de opbrengstverrekening in de aangeleverde gerealiseerde kosten (Bijlage B). De opbrengstverrekening wordt op het niveau van zorgaanbieders verwerkt, waardoor het niet mogelijk is hiervoor te corrigeren met de beschikbare informatie. Tevens is het op basis van de aangeleverde bestanden niet goed mogelijk af te leiden wat het effect van de opbrengstverrekening op de onderstaande resultaten is.

In onderstaande tabel 9.3.1-1 zijn de resultaten voor die subgroepen van het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten weergegeven, waarvan het vereveningsresultaat dan wel de macro-omvang van het vereveningsresultaat boven de gestelde (arbitraire) grens uitkomt. Het volledige overzicht van vereveningsresultaat op enkelvoudige risicoklassen is weergegeven in Bijlage G.

Tabel 9.3.1-1 Aantal verzekerden, gemiddelde kosten en vereveningsresultaat en macro-omvang van vereveningsresultaat voor enkelvoudige risicoklassen in het ex ante risicovereveningsmodel voor 2012 met een vereveningsresultaat groter dan € 200 per verzekerde en/ of een macro-omvang van meer dan € 50 mln., op moment van de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen, voor de gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder.

Enkelvoudige risicoklassen	Aantal, in %	Gemiddelde kosten in € per verzekerde	Gemiddeld vereveningsresultaat, in € per verzekerde ^a	Macro-omvang vereveningsresultaat, in € mln.	
Boven drempel € 200 per verzekerde					
FKG	<i>FKG 1 (psychose)</i>	0,5	6.768	428	27
	<i>FKG 3 (verslaving)</i>	0,1	5.425	879	9
	<i>FKG 4 (Bipolaire stoornis)</i>	0,2	4.358	207	4
	<i>FKG 5 (ADHD)</i>	0,3	1.647	278	10
AVI	<i>AVI 1 (arbeidsongeschikt 18 – 34 jaar)</i>	1,1	2.055	201	30
	<i>AVI 5 (bijstand 18 - 34 jaar)</i>	0,7	1.303	340	32
	<i>AVI 6 (bijstand 35 – 44 jaar)</i>	0,7	1.264	352	32
Kosten drempel	<i>Wel Lage Kostendrempel</i>	4,9	2.977	303	193
	<i>Wel Hoge Kostendrempel</i>	1,6	6.637	738	155
Boven drempel € 50 mln.					
FKG	<i>FKG 0 (geen FKG)</i>	97,7	152	13	158
EPH	<i>EPH 1 (wel eenpersoonshuishouden)</i>	16,8	456	51	114
	<i>EPH 0 (geen eenpersoonshuishouden)</i>	83,2	183	9	102
Regio	<i>Regio 1</i>	10,3	379	57	76
SES	<i>SES 3 (18 – 64 jaar laag inkomen)</i>	20,4	277	26	69
	<i>SES 7 (18 – 64 jaar hoog inkomen)</i>	28,2	149	14	53
Kosten drempel	<i>Geen Hoge Kostendrempel</i>	98,4	124	5	61

Voetnoot Tabel 9.3.1-1

a. Voor alle risicoklassen tezamen geldt een gemiddeld vereveningsresultaat van afgerond € 17 per verzekerde (Bijlage B).

De volgende resultaten in Tabel 9.3.1-1 vallen op:

- Alle risicoklassen hebben een gemiddeld positief vereveningsresultaat. In Bijlage G zijn de resultaten voor alle risicoklassen opgenomen, op basis waarvan kan worden opgemaakt dat ook voor twee risicoklassen sprake is van een negatief vereveningsresultaat (die niet boven de gestelde grens uitkomt). Bovenstaande resultaten tonen dat met name de vereveningsbijdrage hoger is dan de gemiddelde kosten voor enkele risicoklassen van de vereveningskenmerken FKG, AVI en Hoge Kostendrempel.
- De aanwezigheid van alle FKG's, met uitzondering van FKG 2 vallen op. FKG 2 komt niet boven de gestelde grens uit. Voor de andere FKG's resulteert een positief vereveningsresultaat doordat de gerealiseerde kosten van deze FKG's blijken lager zijn uitgekomen dan verwacht: van 10 %-punt tot 29 %-punt.
- Daarnaast vallen een aantal risicoklassen van het vereveningskenmerk AVI op: risicoklassen 1, 5, en 6. Voor deze risicoklassen blijken ook de kosten ook lager uit te vallen dan verwacht: 20 %-punt tot 34 %-punt, waardoor een positief vereveningsresultaat resulteert.
- Voor positieve risicoklasse van de vereveningskenmerken voor de Lage en Hoge Kostendrempel is ook sprake van een relatief behoorlijk positief vereveningsresultaat. Voor de lage kostendrempel blijken de kosten 14 %-punt lager uit te vallen dan verwacht. Voor de hoge kostendrempel betreft dit 17 %-punt. Mogelijk kan dit worden gerelateerd aan de invoering van een eigen bijdrage voor gGGZ-zorg in 2012, waardoor verzekerden minder gebruik hebben gemaakt van de gGGZ-zorg dan verwacht.
- Een aantal risicoklassen, met name de referentieklassen van de vereveningskenmerken FKG, EPH en Hoge Kostendrempel en de risicoklassen 3 en 7 van vereveningskenmerk SES, vallen op vanwege de macro-

omvang. Dit zijn grote risicoklassen in omvang. Het gemiddelde vereveningsresultaat voor deze risicoklassen is relatief beperkt (rekening houdend met het positieve macrovereveningsresultaat).

Hieronder wordt nader ingegaan op de ontwikkeling in kosten per vereveningskenmerk op de verschillende vaststellingsmomenten. Tevens worden de verschuivingen in verzekerdenaantallen per vereveningskenmerk geanalyseerd. Deze analyses geven nader inzicht de verschillen in kosten en verzekerdenaantallen tussen de verschillende vaststellingsmomenten.

Kosten

Onderstaande tabel presenteert de gemiddelde gewogen absolute verschillen (GGAV) in kosten per vereveningskenmerk van het gGGZ risicovereveningsmodel van 2012. De gemiddelde kosten van de OT en de ex ante vaststelling zijn procentueel gecorrigeerd naar hetzelfde gemiddelde kostenniveau als de gerealiseerde kosten. Hoe lager de GGAV, des te beter de gemiddelde kosten aansluiten op de gerealiseerde kosten.

Tabel 9.3.1-2 Gemiddelde Gewogen Absolute Verschillen (GGAV) in kosten tussen moment van de OT en gerealiseerd en tussen de ex ante vaststelling en gerealiseerd, gecorrigeerd voor het verschil in totale kostenniveau.

	OT versus gerealiseerd ^{a, b}	Ex ante vaststelling versus gerealiseerd ^{a, b}
Leeftijd/geslacht	13,3	9,5
FKG	8,3	6,4
AVI	19,4	17,9
SES	9,6	10,5
Regio	10,9	12,9
Hoge Kostendrempel	20,1	14,1
Lage Kostendrempel	24,9	13,8
EPH	10,8	6,2

Voetnoot Tabel 9.3.1-2

- Het kostenniveau van de OT en de ex ante vaststelling is procentueel gecorrigeerd naar het gemiddelde kostenniveau van de gerealiseerde kosten (niet apart per deelbedrag). Dit is uitgevoerd om verschillen in het patroon te analyseren.
- De gerealiseerde kosten zijn de kosten zoals beschikbaar in de aangeleverde bestanden (Bijlage B).

Conform verwachting is de GGAV voor alle vereveningskenmerken bij de ex ante vaststelling lager dan bij OT, met uitzondering van het vereveningskenmerk SES en Regio. Dit toont aan dat met betrekking tot de kosten de herweging van de verzekerdeneraming en schaling naar het MPB over het algemeen positief heeft bijgedragen aan de representativiteit van de gegevens voor het vereveningsjaar. De lichte hogere GGAV bij de ex ante vaststelling voor het vereveningskenmerk SES is mogelijk het gevolg van de onderliggende data en de daarmee gepaard gaande alternatieve methode die nodig was (Bijlage D). Bij het somatische risicovereveningsmodel is ook een relatief grote GGAV gevonden voor dit vereveningskenmerk. Het is aannemelijk dat bij dit vereveningskenmerk voor het risicovereveningsmodel voor de gGGZ relatief gezien ook veel verschuivingen optreden ten opzichte van de gerealiseerde kosten. Een duidelijke verklaring voor de lichte stijging in GGAV bij het vereveningskenmerk Regio is niet voorhanden.

Bij het risicovereveningsmodel voor de somatische kosten is sprake van een hoge GGAV bij leeftijd/ geslacht (in verhouding tot de gemiddelde somatische kosten is de GGAV relatief beperkt). Bij het risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten is dit in mindere mate het geval. Mogelijk is de samenhang met andere vereveningskenmerken minder sterk dan dat het geval is bij het risicovereveningsmodel voor de somatische kosten. Daarnaast vertoont het vereveningskenmerk AVI bij het risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten ook een hoge GAV, zoals ook bij het risicovereveningsmodel voor de somatische kosten is geconstateerd. Mogelijk wordt dit verklaard door samenhang met het vereveningskenmerk SES, waarbij ook relatief grote verschuivingen zijn geconstateerd.

Prevalenties

In Tabel 9.3.1-3 zijn de gemiddelde absolute verschillen (GAV) in prevalenties per vereveningskenmerk weergegeven voor het moment van de OT en de ex ante vaststelling, ten opzichte van de gerealiseerde prevalenties.

Tabel 9.3.1-3 Gemiddelde Absolute Verschillen (GAV) in prevalenties (per 1000 verzekerdenjaren) tussen moment van OT en gerealiseerd en tussen ex ante vaststelling en gerealiseerd.

	OT versus gerealiseerd	Ex ante versus gerealiseerd
Leeftijd/ geslacht	41,6	11,5
FKG	6,1	1,9
AVI	50,2	35,3
SES	49,9	29,1
Regio	5,6	1,1
EPH	4,4	12,2
Drempel hoog	5,4	3,9
Drempel laag	15,4	9,0

Conform verwachting is de GAV voor alle vereveningskenmerken bij de ex ante vaststelling (substantieel) lager dan bij de OT, behalve voor het vereveningskenmerk EPH. Dit betekent dat door de herweging van de verzekerdenraming en schaling naar het MPB uit te voeren bij de ex ante vaststelling, de verzekerdenaantallen beter aansluiten op de gerealiseerde verzekerdenaantallen. Deze *voorziene* ontwikkeling in de samenstelling van de Zvw-bevolking is op deze wijze meegenomen bij ex ante vaststelling. Een verklaring voor de stijging van de GAV bij het vereveningskenmerk EPH is niet voorhanden.

De GAV bij de ex ante vaststelling met de gerealiseerde cijfers tonen de *onvoorziene* ontwikkelingen in de samenstelling van de Zvw-bevolking. Hierbij vallen de volgende resultaten op:

- Bij de vereveningskenmerken FKG en Regio is de GAV laag. Dit geeft aan dat de geraamde verzekerdenaantallen ten tijde van de ex ante vaststelling niet veel afwijken van de gerealiseerde verzekerdenaantallen.
- Bij de vereveningskenmerken AVI, SES en EPH is sprake van een relatief hoge GAV. Dit betekent dat grote verschuivingen in verzekerdenaantallen optreden ten opzichte van de verzekerdenraming. Net zoals bij het somatische risicovereveningsmodel komt dit voor bij de vereveningskenmerken AVI en SES. De verklaringen voor de relatief hoge GAV bij deze kenmerken bij het somatische risicovereveningsmodel zijn mogelijk ook hier van toepassing. Ook kan een verklaring zijn dat de niet-ingezetenen niet zijn inbegrepen in de gerealiseerde cijfers, maar wel zijn meegenomen in de verzekerdenraming bij de ex ante vaststelling (in de raming: 135.000 verzekerden van 18 jaar en ouder).

9.3.2. Subgroepen samenhang aandoening en leeftijd

In deze paragraaf wordt *het patroon* in het gemiddelde vereveningsresultaat en de kosten van enkele subgroepen die *niet* expliciet in het ex ante risicovereveningsmodel zijn opgenomen, geanalyseerd voor de verschillende vaststellingsmomenten. Bij interpretatie van de resultaten is het van belang het verschil in kostenniveau op de verschillende vaststellingsmomenten in acht te nemen (Bijlage B). Ten behoeve van de vergelijkbaarheid is het gemiddelde vereveningsresultaat voor de definitieve vaststelling procentueel gecorrigeerd voor het positieve macrovereveningsresultaat (Bijlage B). Het macrovereveningsresultaat is daarmee gelijkgesteld aan nul. Dit is gelijk aan de situatie bij de OT en de ex ante vaststelling.

Tabel 9.3.2-1 Aantal verzekerden, gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en kosten van subgroepen op basis van samenhang voor somatische aandoening en psychische aandoening in combinatie met leeftijd, op moment van de OT, ex ante vaststelling en definitieve vaststelling, voor de totale gGGZ-kosten in 2012, uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd	Aantal in % DV ^a	Gemiddeld vereveningsresultaat			Gemiddelde kosten		
		OT	Ex ante	DV ^{b, c, d}	OT	Ex ante	DV ^e
Verzekerden van 18 tot en met 64 jaar							
- Geen somatische - Geen psychische aandoening	62,1	1	- 1	- 11	93	90	84
- Geen somatische - Wel psychische aandoening	2,7	93	96	315	2.579	2.425	2.098
- Wel somatische - Geen psychische aandoening	10,2	- 4	- 7	- 17	107	102	96
- Wel somatische - Wel psychische aandoening	3,8	- 103	- 114	- 34	2.392	2.414	2.185
Verzekerden van 65 jaar en ouder							
- Geen somatische - Geen psychische aandoening	9,3	11	10	4	65	59	47
- Geen somatische - Wel psychische aandoening	0,1	- 118	- 91	- 102	2.743	2.474	2.335
- Wel somatische - Geen psychische aandoening	10,5	7	6	5	74	68	51
- Wel somatische - Wel psychische aandoening	1,2	- 35	- 17	34	1.408	1.325	1.184

Voetnoot Tabel 9.3.2-1:

- Aantal verzekerdenjaren op moment van de definitieve vaststelling (zie ook tabel 6.3.2-1). Ten behoeve van leesbaarheid zijn de aantallen op de andere vaststellingsmomenten niet gerapporteerd. De aantallen zijn vergelijkbaar op de verschillende vaststellingsmomenten.
- Gecorrigeerd voor het positieve macrovereveningsresultaat van gemiddeld afgerond € 17 per verzekerde (Bijlage B), ten behoeve van vergelijkbaarheid in het patroon van de resultaten.
- Definitieve vaststelling vóór flankerend beleid en ex post maatregelen.
- In berekening van het resultaat zijn de ex ante normbedragen gebruikt, waarbij criteriumneutraliteit voor de vereveningskenmerken Lage kostendrempel en Hoge kostendrempel is toegepast.
- Zie ook tabel 6.3.2-1.

De volgende bevindingen zijn af te leiden uit Tabel 9.3.2-1:

- Het patroon in het gemiddelde vereveningsresultaat en de kosten is vergelijkbaar op moment van de OT en de ex ante vaststelling. Dit patroon blijkt bij de definitieve vaststelling op basis van gerealiseerde cijfers anders uit te pakken. Hierbij vallen de volgende subgroepen op: verzekerden van 18 tot 64 jaar zonder somatische aandoening en met een psychische aandoening, verzekerden van 18 tot 64 jaar met zowel een somatische aandoening alsmede psychische aandoening en verzekerden van 65 jaar en ouder met zowel een somatische aandoening alsmede psychische aandoening.

De onder- of overcompensatie voor de eerstgenoemde subgroep lijkt sterker te zijn bij de definitieve vaststelling dan bij de OT en ex ante vaststelling. Voor de tweede genoemde subgroep is het vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling verbeterd ten opzichte van de OT en de ex ante vaststelling (i.e. vereveningsresultaat is dichterbij nul). Tabel 9.3.2-1 toont dat voor de drie genoemde subgroepen de gemiddelde kosten bij de definitieve vaststelling lager zijn dan bij de OT en de ex ante vaststelling (merk op: dit geldt ook voor de andere onderzochte subgroepen). Dit verklaart een groot deel van de toename in het vereveningsresultaat voor deze drie subgroepen. Op een gedetailleerder niveau is dit het gevolg van het saldo van de geconstateerde verschillen in kosten en prevalenties bij enkele risicoklassen van de vereveningskenmerken FKG's en de Lage Kostendrempel. Deze vereveningskenmerken zijn gebruikt om een psychische aandoening te definiëren. De verzekerden in deze subgroepen zijn dan ook ingedeeld in een of meerdere positieve klassen van deze morbiditeitskenmerken.

Bij de subgroep verzekerden van 65 jaar en ouder met zowel een somatische aandoening alsmede een psychische aandoening wijzigt een ondercompensatie in een overcompensatie. Een duidelijke verklaring hiervoor is niet voorhanden. Hierbij dient te worden opgemerkt dat de onder- of overcompensatie beneden de gestelde grens van € 50 per verzekerde is.

- De prevalenties vertonen een vergelijkbaar patroon (niet gepresenteerd in bovenstaande tabel voor de OT en ex ante vaststelling) op de verschillende vaststellingsmomenten.

10. *Representativiteit op individuniveau: herschatting ex ante risicovereveningsmodellen op gerealiseerde cijfers*

Conclusies

Overkoepelend voor de resultaten geldt:

- De ex ante risicovereveningsmodellen voor de somatische kosten en de gGGZ-kosten zijn herschat op gerealiseerde cijfers om de representativiteit van de beslisinformatie te evalueren. Deze herschatte realisatienormbedragen worden *niet* gebruikt bij uitvoering van het risicovereveningssysteem voor vaststelling van de vereveningsbijdrage.
- Deze analyse is uitgevoerd op één jaar (2012). Geen uitspraak kan worden gedaan over of, en in welke mate de geconstateerde verschillen tussen de OT-normbedragen en de herschatte realisatienormbedragen en tussen de ex ante vastgestelde normbedragen en de herschatte realisatienormbedragen een structureel patroon vertonen. Het is relevant deze analyse te continueren bij een evaluatie van toekomstige vereveningsjaren.
- Verschuivingen in de kosten en verzekerdenaantallen tussen de ex ante vaststelling en de definitieve vaststelling (i.e. verschillen tussen geraamde cijfers ten tijde van de OT en ex ante vaststelling en gerealiseerde cijfers ten tijde van de definitieve vaststelling) kunnen leiden tot wijzigingen in de normbedragen, waarbij een versterkend dan wel mitigerend effect kan optreden. Tevens kan het normbedrag (sterk) worden beïnvloed door samenhang met andere vereveningskenmerken. Dit dient in oenschouw genomen te worden bij de interpretatie van de resultaten.

Somatische kosten

- De verklaringskracht in termen van R^2 en CPM van het herschatte risicovereveningsmodel voor de somatische kosten op gerealiseerde cijfers komt in vergelijkbare orde van grootte overeen met de verklaringskracht van het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten op de verschillende vaststellingsmomenten (OT, ex ante vaststelling en definitieve vaststelling). De verklaringskracht van het ex ante risicovereveningsmodel geschat op de geraamde cijfers (ten tijde van de OT en ex ante vaststelling) wijkt (licht) af met die van hetzelfde risicovereveningsmodel geschat op de gerealiseerde cijfers (ten tijde van definitieve vaststelling en herschatting).
- Herschatting van het ex ante risicovereveningsmodel resulteert in normbedragen die afwijken van de OT-normbedragen en de ex ante vastgestelde normbedragen. De totale afwijking over alle vereveningskenmerken samen is relatief gezien niet beduidend groot. Bij enkele vereveningskenmerken zijn behoorlijke verschillen geconstateerd, die kunnen worden verklaard door verschuivingen in kosten en verzekerdenaantallen. Het is opvallend dat de afwijking in de normbedragen tussen de ex ante vaststelling en herschatting niet kleiner is dan tussen de OT en herschatting.

gGGZ-kosten

- Net zoals bij de somatische kosten, komt de verklaringskracht in termen van R^2 en CPM van het herschatte ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten op gerealiseerde cijfers in orde van grootte overeen met de verklaringskracht van het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten op de verschillende vaststellingsmomenten (OT, ex ante vaststelling en definitieve vaststelling). Ook hier wijkt de

verklaringskracht van het ex ante risicovereveningsmodel geschat op geraamde cijfers af met die van hetzelfde ex ante risicovereveningsmodel geschat op de gerealiseerde cijfers.

- Herschatting van het ex ante risicovereveningsmodel resulteert in normbedragen die afwijken van de OT-normbedragen en de ex ante vastgestelde normbedragen en de OT-normbedragen. De totale afwijking is relatief gezien niet beduidend groot. Opvallende verschillen bij enkele vereveningskenmerken kunnen worden verklaard door verschuivingen in kosten en verzekerdenaantallen. De afwijking in de normbedragen tussen de ex ante vaststelling en herschatting is kleiner dan tussen de Overall Toets en herschatting. Dit betekent dat de ex ante vastgestelde normbedragen beter aansluiten op de herschatte realisatienormbedragen dan de OT-normbedragen.
-

10.1. Doel en definitie begrippen voor interpretatie resultaten

In dit hoofdstuk worden de ex ante risicovereveningsmodellen herschat op de gerealiseerde cijfers. Het doel hiervan is analyseren in welke mate de ex ante vastgestelde normbedragen aansluiten op de herschatte normbedragen (hierna aangeduid als realisatienormbedragen). Normbedragen zijn het eindproduct van kosten en prevalenties. Deze analyse toetst dan ook hoe de verbanden tussen de eerder geconstateerde verschillen in kosten en prevalenties (zie hoofdstuk 8 en 9), aansluiten op de verbanden in kosten en prevalenties in de gerealiseerde situatie. De vastgestelde normbedragen ten tijde van zowel de OT alsmede de ex ante vaststelling worden vergeleken met de realisatienormbedragen. Ten behoeve van een goede vergelijking zijn de normbedragen uit de OT en de ex ante vaststelling procentueel geschaald naar het niveau van de gerealiseerde kosten. Hierdoor is het gemiddelde kostenniveau op de verschillende vaststellingsmomenten gelijk aan elkaar.

De verschillen in normbedragen worden uitgedrukt in de *gemiddelde gewogen absolute verschillen* (GGAV). Hoe lager de GGAV, hoe kleiner de (absolute) verschillen in normbedragen zijn en daarmee hoe beter de normbedragen van de OT dan wel de ex ante vaststelling aansluiten op de realisatienormbedragen.

Bij de herschatting van de ex ante risicovereveningsmodellen wordt *geen* criteriumneutraliteit op de normbedragen van de betreffende vereveningskenmerken toegepast (i.e. criteriumneutraliteit is door herschatting niet meer nodig). Eveneens worden de normbedragen voor de gGGZ *niet* gecorrigeerd voor de HKC. Dit is vergelijkbaar met de situatie ten tijde van de OT en de ex ante vaststelling. Criteriumneutraliteit en de HKC worden namelijk pas ten tijde van de definitieve vaststelling uitgevoerd. Op deze wijze zijn de OT-normbedragen en ex ante normbedragen goed vergelijkbaar met de realisatienormbedragen voor de analyses in dit hoofdstuk.

Bij interpretatie van de resultaten is het van belang het volgende in acht te nemen:

- Verschuivingen in normbedrag (kosten of verzekerdenaantallen) van een risicoklasse van een vereveningskenmerk kan het normbedrag van andere vereveningskenmerken (sterk) beïnvloeden, vanwege samenhang tussen de vereveningskenmerken. Om deze reden is het van belang de verschuivingen van vereveningskenmerken in gezamenlijkheid in ogenschouw te nemen.
- De realisatienormbedragen zijn in deze analyses geschat om de representativiteit van de OT-normbedragen en de ex ante vastgestelde normbedragen te evalueren. Deze realisatienormbedragen worden *niet* gebruikt bij de daadwerkelijke uitvoering van het risicovereveningssysteem.

Verklaringskracht

Naast de GGAV in normbedragen wordt de *verklaringskracht* van de risicovereveningsmodellen op verschillende vaststellingsmomenten geanalyseerd. De verklaringskracht geeft inzicht in de mate waarin de vereveningsbijdrage aansluiten op de kosten per verzekerde in de Zvw-bevolking. De ex post maatregelen blijven hierbij buiten beschouwing, omdat deze maatregelen niet goed toe te rekenen zijn aan individuele verzekerden. De verklaringskracht wordt gemeten met de R^2 en Cummings' Prediction Measure (CPM):

- R^2
De R^2 is een statistische maatstaf die het *gekwadrateerde* verschil meet tussen de vereveningsbijdrage, zoals vastgesteld door het ex ante risicovereveningsmodel, en de zorgkosten op individuniveau. De R^2 -waarde ligt tussen de 0 % en 100 %. Hoe hoger de R^2 , hoe beter de vereveningsbijdrage aansluit op de zorgkosten per verzekerde. Het maximum van de R^2 -waarde op individuniveau is lager dan de R^2 -waarde op zorgverzekeraarsniveau (zie Hoofdstuk 5). Dit komt doordat de zorgkosten voor een (groot) deel onvoorspelbaar zijn op het niveau van individuele verzekerden.

- *Cummings' Prediction Measure*

De CPM is, net als de R^2 , een statistische maatstaf voor de verklaringskracht. De CPM meet het *absolute* verschil tussen de vereveningsbijdrage, zoals vastgesteld door het ex ante risicovereveningsmodel, en de zorgkosten op individuniveau. De CPM ligt tussen 0 % en 100 %. Hoe hoger de CPM, hoe beter de vereveningsbijdrage aansluit op de zorgkosten per verzekerde.

Vergelijking van de R^2 -waarde met de CPM-waarde geeft inzicht in de mate waarin het vereveningsresultaat voor het ex ante risicovereveningsmodel op individuniveau wordt beïnvloed door uitschieters. Een eigenschap van de R^2 is namelijk dat grote afwijkingen tussen de vereveningsbijdrage en de kosten zwaarder meetellen dan kleine afwijkingen. De CPM weegt elke afwijking tussen vereveningsbijdrage en kosten even zwaar mee.

Belangrijk voor de interpretatie van de resultaten is:

- De vereveningsbijdrage kan en hoeft niet volledig aan te sluiten op de zorgkosten per verzekerde. Zorgkosten zijn op individuniveau voor een (groot) deel onvoorspelbaar. Aangezien het niet bekend is in hoeverre de zorgkosten op individuniveau kunnen worden voorspeld, is het niet mogelijk een uitspraak te doen over de kwaliteit van de ex ante risicovereveningsmodellen in absolute zin.
- De R^2 - en CPM-waarde zijn mede afhankelijk van de onderliggende data, waarop het risicovereveningsmodel is geschat. Het is niet goed mogelijk de R^2 - en CPM-waarde te vergelijken over verschillende vaststellingsmomenten, waarbij de onderliggende data verschillend is. De R^2 - en CPM-waarde op de verschillende vaststellingsmomenten worden gepresenteerd om na te gaan of de waarden in enige mate goed overeenkomen met elkaar. Indien de R^2 - of CPM-waarde (significant) verschillen tussen de vaststellingsmomenten duidt dit op wijzigingen in patronen in de onderliggende data; en niet zozeer over de kwaliteit van het risicovereveningsmodel. De vormgeving van het risicovereveningsmodel is namelijk op alle verschillende vaststellingsmomenten hetzelfde.

10.2. Somatische kosten

10.2.1. Normbedragen

Tabel 10.2-1 presenteert de GGAV voor de normbedragen van het somatische risicovereveningsmodel. In de tweede kolom is de GGAV per vereveningskenmerk weergegeven tussen de OT-normbedragen en de realisatienormbedragen. In de derde kolom is de GGAV per vereveningskenmerk weergegeven voor de ex ante vastgestelde normbedragen met de realisatienormbedragen. Op de onderste regel is de totale GGAV voor beide vaststellingsmomenten weergegeven.

Tabel 10.2.1-1 Gemiddelde Gewogen Absolute Verschillen (GGAV) in normbedragen van de OT en de ex ante vaststelling met de realisatienormbedragen voor het somatische risicovereveningsmodel 2012, uitgedrukt in gemiddelde € per verzekerde.

Vereveningskenmerk	OT – herschatting	Ex ante vaststelling – herschatting
Leeftijd/ geslacht	60,7	41,9
FKG	27,4 / 27,2 ^a	38,9 / 28,5 ^a
Regio	5,2	6,0
DKG	15,8	10,2
MHK	31,2	41,4
AVI	6,8	11,0
SES	37,7	38,2
Totaal	26,4 / 26,4^a	26,8 / 25,3^a

Voetnoot Tabel 10.2.1-1

a. Indien de risicoklasse FKG 14 buiten beschouwing wordt gelaten.

Tabel 10.2.1-1 toont dat de totale GGAV voor de OT 26,4 bedraagt en voor de ex ante vaststelling 26,8 (indien FKG 14 wordt meegenomen). Indien de totale GGAV wordt gerelateerd aan de gemiddelde totale kosten, dan kan worden gesteld dat de verschillen in normbedragen relatief gezien niet beduidend groot zijn. Opmerkelijk is dat de totale GGAV voor de OT iets lager is dan voor de ex ante vaststelling. Dit is gerelateerd aan de vereveningskenmerken FKG, Regio, MHK en AVI. Mogelijk wordt dit deels verklaard door de kosten van buitenlandzorg en de niet-ingezetenen die bij de ex ante vaststelling zijn meegenomen, maar niet bij de OT en de gerealiseerde cijfers. Daarnaast kan dit het gevolg zijn van verschuivingen in kosten en verzekerdenaantallen die de verzekerdenraming elkaar juist versterken of verzwakken ten opzichte van de OT, terwijl dit in de uiteindelijke situatie met gerealiseerde cijfers anders blijkt uit te pakken. Door de herschatting op gerealiseerde cijfers worden de onderlinge verbanden tussen kosten en verzekerdenaantallen volledig opgepakt in de realisatienormbedragen.

Bij analyse van de GGAV van de afzonderlijke risicovereveningskenmerken vallen de volgende resultaten op:

- Bij leeftijd/ geslacht is de GGAV relatief hoog ten opzichte van de GGAV bij enkele andere vereveningskenmerken. Dit kan worden verklaard door verschillen in de kosten en prevalenties tussen de raming en de gerealiseerde cijfers. Ook kan dit het gevolg zijn van verschuivingen in de normbedragen bij andere vereveningskenmerken zoals de FKG's en MHK, die (sterk) samenhangen met dit vereveningskenmerk. Bij deze vereveningskenmerken is ook sprake van een relatief hoge GGAV.
- De hoge GGAV bij vereveningskenmerk FKG wordt voor een deel verklaard door FKG 14. Indien deze risicoklasse niet wordt meegenomen resulteert een GGAV voor het vereveningskenmerk FKG van 27,2 bij de OT (in plaats van 27,4) en 28,5 bij de ex ante vaststelling (in plaats van 38,9).
- De hoge GGAV bij vereveningskenmerk MHK is mogelijk het gevolg van een combinatie van verschuivingen in kosten en prevalenties, zoals eerder geconstateerd in paragraaf 9.2.1. Daarnaast is bij uitvoering van het risicovereveningssysteem van vereveningsjaar 2014 de afwijking van de verzekerdenraming met de gerealiseerde cijfers ook geconstateerd. Dit is aanleiding geweest om de methodiek voor de verzekerdenraming van dit vereveningskenmerk aan te passen om de aansluiting van de verzekerdenraming op de gerealiseerde cijfers te verbeteren (ZINL, 2013).
- Bij het vereveningskenmerk SES is de GGAV met 37,7 en 38,2 relatief hoog ten opzichte van de GGAV bij enkele andere vereveningskenmerken. Dit komt overeen met de eveneens relatief grote verschillen in kosten en prevalenties bij dit vereveningskenmerk (zie paragraaf 9.2.1). Tevens wordt een deel van dit verschil bij de ex ante vaststelling verklaard doordat de indeling van dit vereveningskenmerk bij de

geraamde cijfers – OT en ex ante vaststelling – verschilt met de indeling bij de gerealiseerde cijfers (Bijlage D). Daarnaast is bij de OT ook sprake van een relatief hoge GGAV, wat erop dat dat er veel verschuivingen zijn bij dit vereveningskenmerk.

10.2.2. Verklaringskracht

Tabel 10.2.2-1 presenteert de R² en CPM voor het somatische risicovereveningsmodel van 2012 voor de verschillende vaststellingsmomenten.

Tabel 10.2.2-1 R² en CPM voor de totale somatische kosten in 2012, voor verschillende vaststellingsmomenten, inclusief herschatting van het risicovereveningsmodel op gerealiseerde cijfers.

	R ² (in %)	CPM (in %)
OT	29,8 %	25,3 %
Ex ante vaststelling	28,4 %	25,3 %
Definitieve vaststelling	30,2 %	23,5 %
Herschating	30,8 %	25,5 %

Over de verschillende vaststellingsmomenten alsmede de herschatting op de gerealiseerde kosten zijn de R² en CPM van vergelijkbare orde van grootte. Dit wijst erop dat het risicovereveningsmodel op de verschillende vaststellingsmomenten een vergelijkbare verklaringskracht heeft. Tevens is af te leiden dat de verklaringskracht iets toeneemt bij herschatting van het risicovereveningsmodel ten opzichte van de definitieve vaststelling op gerealiseerde cijfers, waarbij gebruik is gemaakt van de ex ante vastgestelde normbedragen. De verschillen in de R² en CPM worden verklaard door verschillen in patronen in de onderliggende data (niet door vormgeving van het ex ante risicovereveningsmodel, aangezien dit op alle vaststellingsmomenten gelijk is gehouden).

10.3. gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder

10.3.1. Normbedragen

In Tabel 10.3.1-1 is de GGAV voor de normbedragen van het risicovereveningsmodel voor de gGGZ weergegeven, zowel voor het moment van de OT alsmede de ex ante vaststelling ten opzichte van de realisatie. Ten behoeve van vergelijkbaarheid zijn de normbedragen gehanteerd vóór toepassing van criteriumneutraliteit (is in dit geval niet nodig) en zonder correctie voor de HKC.

Tabel 10.3.1-1 Gemiddelde Gewogen Absolute Verschillen (GGAV) in normbedragen van de OT en de ex ante vaststelling met de realisatienormbedragen voor het somatische risicovereveningsmodel 2012 voor criteriumneutraliteit en HKC, uitgedrukt in gemiddelde € per verzekerde.

Vereveningskenmerk	OT – herschatting	Ex ante vaststelling – herschatting
Leeftijd/geslacht	23,8	16,7
FKG	8,2	6,2
Regio	5,4	6,1
Lage kostendrempel	5,7	4,3
Hoge kostendrempel	13,5	9,7
AVI	6,1	7,7
SES	3,8	2,9
EPH	4,2	2,9
Totaal	8,8	7,1

De totale GGAV voor de OT bedraagt 8,8 en voor de ex ante vaststelling 7,1. Dit betekent dat, door herweging van de verzekerdenraming en schaling naar het MPB, de normbedragen gemiddeld beter aansluiten op de gerealiseerde cijfers dan ten tijde van de OT. Uitzondering hierop zijn de vereveningskenmerken Regio en AVI, waarbij de GGAV licht hoger is bij de ex ante vaststelling dan bij de OT. Dit verschil is echter niet beduidend

groot. Deze resultaten geven aan bij herschatting van het risicovereveningsmodel de normbedragen over het algemeen niet substantieel afwijken van de normbedragen ten tijde van de OT dan wel ex ante vaststelling.

Bij analyse van de GGAV van de afzonderlijke risicovereveningskenmerken vallen de volgende resultaten op:

- Bij leeftijd/ geslacht is de GGAV relatief hoog. Dit kan mogelijk worden verklaard door (sterke) samenhang met andere vereveningskenmerken, waarbij verschuivingen in de normbedragen optreden.
- De hoge GGAV bij het vereveningskenmerk AVI is het gevolg van verschuivingen in kosten en verzekerdenaantallen. Bij enkele risicoklassen van dit vereveningskenmerk zijn grote afwijkingen in de verzekerdenaantallen, zoals de referentiegroep en bijstandsgerechtigden (zie paragraaf 9.3.1).

10.3.2. Verklaringskracht

Tabel 10.3.2-1 presenteert de R^2 en CPM van het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder op de verschillende vaststellingsmomenten.

Tabel 10.3.2-1 R^2 en CPM in het vereveningsresultaat (uitgedrukt in € per verzekerde) voor de totale gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder in 2012, voor verschillende vaststellingsmomenten, inclusief herschatting van het risicovereveningsmodel op gerealiseerde cijfers.

	R^2 (in %)	CPM (in %)
OT	8,5 %	21,4 %
Ex ante vaststelling	8,6 %	21,8 %
Definitieve vaststelling	10,9 %	21,5 %
Herschating	11,0 %	24,1 %

De verklaringskracht van het ex ante risicovereveningsmodel in termen van R^2 en CPM zijn van vergelijkbare grootte over de verschillende vaststellingsmomenten. Dit betekent dat de beschikbare gegevens op elk van de verschillende vaststellingsmomenten leidt tot een vergelijkbare werking in verklaringskracht van het risicovereveningsmodel. Bij de herschatting is de R^2 en CPM hoger dan op de andere vaststellingsmomenten. Dit wordt verklaard door verschillen in patronen in de onderliggende data. Daarbij dient te worden opgemerkt dat de verklaringskracht van dit risicovereveningsmodel in verhouding tot de verklaringskracht van het risicovereveningsmodel voor de somatische kosten relatief laag is. Hierbij dient rekening te worden gehouden met de specifieke context van de gGGZ-zorg in 2012, zoals de invoering van de eigen bijdrage voor gGGZ-zorg en specifieke maatregelen voor de inkoop door zorgverzekeraars door alle zorgaanbieders te contracteren (vanwege de voormalige overheveling van de gGGZ). Tevens is in 2012 HKC voor de gGGZ-kosten ingezet. Deze ex post maatregel zorgt ervoor dat zorgverzekeraars gezamenlijk het risico dragen voor hoge gGGZ-kosten.

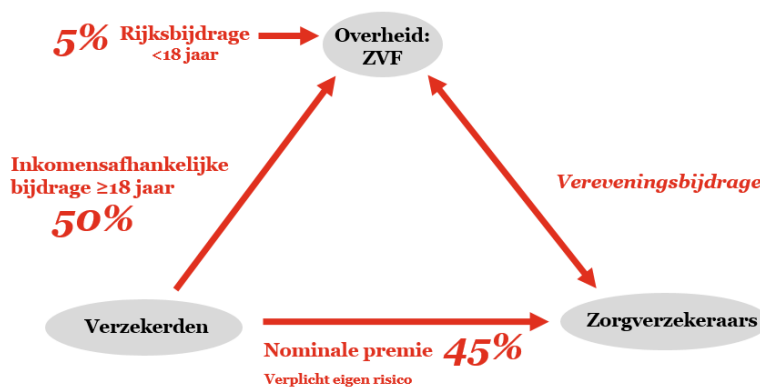
Bijlagen

A. Achtergrond Risicovereveningssysteem

A.1. Financiering Zvw

De uitgaven onder de Zvw worden gefinancierd uit drie geldstromen: 50% van de totale uitgaven wordt gefinancierd uit de premie die verzekerden betalen aan hun zorgverzekeraar, 45% uit een inkomensafhankelijke bijdrage en 5% uit een rijksbijdrage voor kinderen en adolescenten (<18 jaar) (Figuur A.1-1). De inkomensafhankelijke bijdrage en rijksbijdrage worden gestort in het Zorgverzekeringsfonds (ZVF). Dit fonds wordt beheerd door het Zorginstituut Nederland (ZINL).

Figuur A.1-1 Financieringsstromen Zvw



Het ZINL verdeelt jaarlijks het MPB dat door het Ministerie van VWS is vastgesteld onder alle zorgverzekeraars. De hoogte van de vereveningsbijdrage hangt af van het risicoprofiel van de verzekerdenportefeuille van de zorgverzekeraar.

De bijdrage die het ZINL aan een zorgverzekeraar feitelijk uitkeert is de vastgestelde vereveningsbijdrage *minus* de nominale rekenpremie en het in te houden verplicht eigen risico bedrag *plus* een rijksbijdrage voor de uitvoering van de basisverzekering voor verzekerden onder de 18 jaar.

- *Rekenpremie*
De rekenpremie is de gemiddelde (verwachte) premie voor de basisverzekering in de markt. In 2012 was dit € 1.050 euro per verzekerde van 18 jaar of ouder. Dit bedrag is door het Ministerie van VWS vastgesteld. Elke zorgverzekeraar is vrij de hoogte van de premie van de basisverzekering te bepalen: dit kan hoger of lager zijn dan de rekenpremie.
- *In te houden korting eigen risico bedrag*
Het verplicht eigen risico bedrag in 2012 was € 220 euro per verzekerde van 18 jaar of ouder.¹² Dit bedrag wordt door het Ministerie van VWS vastgesteld. Het in te houden eigen risico bedrag wordt door het ZINL op basis van een risicovereveningsmodel bepaald (zie paragraaf 2.2 voor nadere toelichting). Ook hier kan het werkelijk geïnde eigen risico bedrag door een zorgverzekeraar afwijken van het ingehouden eigen risico bedrag.

¹² Verzekerden kunnen ook een vrijwillig eigen risico afsluiten bovenop het verplicht eigen risico bedrag. Het vrijwillig eigen risico bedrag valt buiten de uitvoering van de risicoverevening en daarmee buiten de scope van deze Monitor.

- *Uitvoeringskosten*

Een zorgverzekeraar ontvangt een rijksbijdrage voor de uitvoering van de basisverzekering voor verzekerden onder de 18 jaar, omdat voor deze verzekerden geen premie wordt ontvangen. In 2012 was dit € 50 euro per verzekerde. Dit bedrag is door het Ministerie van VWS vastgesteld.

De Monitor richt zich op evaluatie van de *vereveningsbijdragen*. De nominale rekenpremie en de uitvoeringskosten voor verzekerden onder de 18 jaar vallen buiten deze Monitor. Aangezien het in te houden eigen risico bedrag wordt bepaald aan de hand van een risicovereveningsmodel, is dit onderdeel van deze Monitor.

A.2. Uitvoering risicovereveningssysteem

Aan het berekenen en vaststelling van de vereveningsbijdrage gaat een uitgebreid uitvoeringsproces vooraf. De uitvoering door het ZINL vindt in verschillende stappen plaats.

Ex ante vaststelling: Overall Toets en Normbedragen fase

De uitvoering begint met de ex ante vaststelling. Dit vindt plaats in het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar (jaar t-1). Voor bepaling van deze vereveningsbijdragen worden gegevens gebruikt van drie of meer voorgaande jaren, die zo goed als mogelijk representatief zijn gemaakt voor het vereveningsjaar, zowel qua kosten alsmede prevalenties. Voor de ex ante vaststelling van 2012 zijn kostengegevens van 2009 gecorrigeerd voor wijzigingen in de samenstelling van het basispakket tussen 2009 tot en met 2012. Dit vindt plaats in de Overall Toets (OT)-fase van de uitvoering.

Vervolgens worden de representatief gemaakte kosten geschaald naar het niveau van het MPB in 2012. Ook worden de verzekerdenaantallen van de risicoklassen van de vereveningskenmerken herwogen naar de verwachte samenstelling van de Nederlandse bevolking in 2012. Uiteindelijk worden op de representatief gemaakte gegevens de ex ante risicovereveningsmodellen geschat. Dit leidt tot een set van ex ante *normbedragen*. Dit zijn de bedragen die een zorgverzekeraar ontvangt voor een verzekerde met een bepaald vereveningskenmerk, zoals leeftijd/geslacht of geneesmiddelengebruik. De normbedragen zijn de gemiddelde verwachte zorgkosten voor een verzekerde per risicoklasse van een vereveningskenmerk. Deze stappen vinden plaats in de Normbedragen-fase van de uitvoering in het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar.

Definitieve vaststelling

De uiteindelijke situatie in het vereveningsjaar met betrekking tot kosten, prevalenties, samenstelling van de Nederlandse bevolking en de samenstelling van de verzekerdenportefeuille van zorgverzekeraars kunnen anders zijn dan waarvan is uitgegaan bij de ex ante vaststelling. In de daaropvolgende drie jaar vinden dan ook herberekeningen plaats door het ZINL. De ex ante vastgestelde normbedragen wijzigen hierbij niet meer. Na ongeveer vier à vijf jaar na het vereveningsjaar wordt de ex ante vereveningsbijdrage definitief vastgesteld op basis van de gerealiseerde kosten en prevalenties. Dit tijdsplan is benodigd voor het volledig uit declareren van alle (ziekenhuis)nota's van het betreffende vereveningsjaar.

Deze Monitor richt zich op de ex ante vaststelling en de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdragen. De tussentijdse vaststellingsmomenten zijn geen onderdeel van de Monitor.

A.3. Vereveningsbijdrage: ex ante en ex post

De vereveningsbijdrage die een zorgverzekeraar ontvangt bestaat uit een ex ante deel en een ex post deel.

De ex ante vereveningsbijdrage wordt voorgaand aan het betreffende vereveningsjaar (i.e. jaar t-1) bepaald aan de hand van een ex ante risicovereveningsmodel. Het risicovereveningsmodel berekent voor elke verzekerde in de Nederlandse bevolking de verwachte zorgkosten op basis van vereveningskenmerken, zoals leeftijd, geslacht

en gezondheidsindicatoren (bijvoorbeeld medicatiegebruik voor bepaalde chronische aandoeningen in het voorgaande jaar). Over de zorgkosten die worden gecompenseerd via het ex ante risicovereveningsmodel dragen de zorgverzekeraars (groten)deels of volledig risico. Dit betekent dat verschillen tussen de definitief vastgestelde vereveningsbijdrage en de gerealiseerde zorgkosten achteraf niet worden gecompenseerd. Dit is bedoeld om een doelmatige uitvoering van de Zvw te stimuleren.

De ex post vereveningsbijdrage wordt vastgesteld na afloop van het vereveningsjaar bij de definitieve vaststelling (i.e. in jaar t+4 of jaar t+5). De keuze voor de inzet van ex post maatregelen, welke maatregelen en in welke mate, wordt wel voorafgaand aan het vereveningsjaar gemaakt. De ex-post maatregelen compenseren zorgverzekeraars voor zorgkosten waarover zij geen of niet volledig risico dragen (i.e., nacalculatie, hoge kosten compensatie of bandbreedteregeling), of om verschillen tussen zorgverzekeraars onderling te compenseren ten behoeve van een gelijke uitgangspositie (i.e., flankerend beleid). De ex post vereveningsbijdrage kan een op- of afslag op de ex ante vereveningsbijdrage zijn.

A.4. Overzicht wijzigingen risicovereveningssysteem 2007 – 2012

Het risicovereveningssysteem is in de periode 2007 tot en met 2012 gewijzigd, zowel de vormgeving van de ex ante risicovereveningsmodellen alsmede de inzet van ex post maatregelen. Deze paragraaf geeft voor de volledigheid een overzicht van de wijzigingen in het risicovereveningssysteem voor de somatische zorg, de gGGZ en het verplicht eigen risico gedurende de periode 2007 tot en met 2012. Dit overzicht voor 2017 t/m 2011 is terug te vinden in de Monitor 2011 (Monitor 2011 – KPMG, 2017). De wijzigingen in 2012 zijn reeds besproken in Hoofdstuk 2.

A.4.1. Wijzigingen risicovereveningssysteem - somatische kosten

Wijzigingen in het ex ante risicovereveningsmodel:

Jaar	Wijzigingen ex ante risicovereveningsmodel per jaar ten opzichte van het voorgaande jaar
2012	<ul style="list-style-type: none"> • Toevoegen van het vereveningskenmerk Meerjarig Hoge Kosten; • Toevoeging van 2 additionele FKG's en groot onderhoud aan indeling van FKG's.
2011	<ul style="list-style-type: none"> • Aanpassing in het vereveningskenmerk Aard van het Inkomen.
2010	<ul style="list-style-type: none"> • Aanpassing in het vereveningskenmerk voor Regio; • Toevoegen van 3 additionele FKG's; • Aanpassing in de indeling van de DKG's
2009	<ul style="list-style-type: none"> • Aanpassing in leeftijdsklassen; • Aanpassing in het vereveningskenmerk Aard van het Inkomen.
2008	<ul style="list-style-type: none"> • Introductie van het kenmerk Sociaaleconomische Status.
2007	<ul style="list-style-type: none"> • Aanpassing van 17 enkelvoudige FKG's naar 20 meervoudige FKG's.

Wijzigingen in de inzet van flankerend beleid/ macronacalculatie en ex post maatregelen:

Jaar	Wijzigingen flankerend beleid/ macronacalculatie en ex post maatregelen per jaar ten opzichte van het voorgaande jaar
2012	<ul style="list-style-type: none"> • Afschaffing macronacalculatie; • Afschaffing nacalculatie op variabele kosten van ziekenhuiszorg (30 %); • Afschaffing HKC.
2011	<ul style="list-style-type: none"> • Geen wijzigingen.
2010	<ul style="list-style-type: none"> • Verlaging van het percentage variabele ziekenhuiskosten voor generieke verevening en nacalculatie van 40 % naar 30 %. • Vervallen generieke verevening en nacalculatie voor de ziekenhuiskosten in het B-segment. • Verhoging van de drempelwaarde voor de HKC van € 20.000 naar € 22.500 per verzekerde. Boven de drempelwaarde wordt net als in 2009 90 % van de kosten verevend.
2009	<ul style="list-style-type: none"> • Verlaging van het percentage voor generieke verevening en nacalculatie van 50 % naar 40 %. • Verhoging van de bandbreedte voor variabele ziekenhuiskosten van de vereveningsresultaten van € 20 naar € 22,50 per verzekerde. Buiten de bandbreedte wordt 90 % van de vereveningsresultaten verevend. • Apart deelbedrag van de ziekenhuiskosten in het B-segment (voorheen onderdeel van de variabele ziekenhuiskosten). Het percentage voor generieke verevening en nacalculatie is 15 % voor de ziekenhuiskosten in het B-segment.

Jaar	Wijzigingen flankerend beleid/ macronacalculatie en ex post maatregelen per jaar ten opzichte van het voorgaande jaar
2008	<ul style="list-style-type: none"> • Verhoging van de drempelwaarde voor de HKC van € 12.500 naar € 20.000 per verzekerde. Boven de drempelwaarde wordt 90 % van de kosten verevend. • Verlaging van het percentage voor generieke verevening en nacalculatie van 54,5 % naar 50 %. • Verhoging van de bandbreedte voor variabele ziekenhuiskosten van vereveningsresultaten van € 17,50 naar € 20 per verzekerde. Buiten de bandbreedte wordt 90% van de vereveningsresultaten verevend.
2007	<ul style="list-style-type: none"> • Toepassing van de bandbreedteregeling op variabele ziekenhuiskosten en niet meer op overige prestaties, met een bandbreedte van € 17,50 per verzekerde. Buiten de bandbreedte wordt 90 % van de vereveningsresultaten verevend.

A.4.2. Wijzigingen risicovereveningssysteem – gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder

Wijzigingen in het ex ante risicovereveningsmodel:

Jaar	Wijzigingen ex ante risicovereveningsmodel per jaar ten opzichte van het voorgaande jaar
2012	<ul style="list-style-type: none"> • Opsplitsing van het vereveningskenmerk psychische FKG in meerdere risicoklassen.
2011	<ul style="list-style-type: none"> • Geen wijzigingen.
2010	<ul style="list-style-type: none"> • Aanpassing van leeftijdsklassen; • Aanpassing in het vereveningskenmerk voor regio;
2009	<ul style="list-style-type: none"> • Aanpassing in de leeftijdsklassen; • Aanpassing in het vereveningskenmerk aard van het inkomen.
2008	<ul style="list-style-type: none"> • Overheveling van de gGGZ naar de Zvw. Dit leidt tot invoering van een ex ante risicovereveningsmodel. Het ex ante vereveningsmodel is gebaseerd op de volgende kenmerken: leeftijd en geslacht, aard van inkomen, sociaaleconomische status, regio, aantal personen per adres, farmaciekostengroep.

Wijzigingen in de inzet van ex post maatregelen:

Jaar	Wijzigingen ex post compensatie ten opzichte van het voorgaande jaar
2012	<ul style="list-style-type: none"> • Afschaffing macronacalculatie; • Afbouwen van HKC van 100 % naar 90 % met een grens van € 10.000 per verzekerde; • Afbouwen van bandbreedteregeling van 100 % naar 90 % met € 7,50 per verzekerde.
2011	<ul style="list-style-type: none"> • Geen wijzigingen.
2010	<ul style="list-style-type: none"> • Uitsplitsing van gGGZ-vereveningsresultaten naar verzekerden van 18 jaar en ouder en naar verzekerden jonger dan 18 jaar. • Voor verzekerden van 18 jaar en ouder vindt macronacalculatie plaats, gevolgd door de HKC met een drempelwaarde van € 10.000 per verzekerde. Boven de drempelwaarde wordt 100 % van de kosten verevend. • Voor verzekerden van 18 jaar en ouder is een bandbreedteregeling van € 7,50 per verzekerde. Buiten de bandbreedte wordt 100 % van de vereveningsresultaten verevend. • Voor verzekerden jonger dan 18 jaar vindt volledige nacalculatie plaats.
2009	<ul style="list-style-type: none"> • Geen wijzigingen.
2008	<ul style="list-style-type: none"> • Volledige nacalculatie.

A.4.3. Wijzigingen risicovereveningssysteem – opbrengsten voor het verplicht eigen risico

Wijzigingen in de inzet van flankerend beleid/ macronacalculatie en ex post maatregelen:

Jaar	Wijzigingen flankerend beleid/ macronacalculatie en ex post maatregelen per jaar ten opzichte van het voorgaande jaar
2012	<ul style="list-style-type: none"> • Geen wijzigingen in de vereveningskenmerken en bepaling van de forfaitaire groep. • Verhoging van het verplicht eigen risico van € 170 naar € 220 per verzekerde.
2011	<ul style="list-style-type: none"> • Geen wijzigingen in de vereveningskenmerken en bepaling van de forfaitaire groep. • Verhoging van het verplicht eigen risico van € 165 naar € 170 per verzekerde.
2010	<ul style="list-style-type: none"> • Aanpassing van het vereveningskenmerk regio. • Verhoging van het verplicht eigen risico van € 155 naar € 165 per verzekerde.
2009	<ul style="list-style-type: none"> • Aanpassing van de leeftijdsklassen. • Aanpassing van het kenmerk aard van het inkomen. • Verhoging van het verplicht eigen risico van € 150 naar € 155 per verzekerde.
2008	<ul style="list-style-type: none"> • No-claim systeem is afgeschaft en daarvoor in de plaats is het verplicht eigen risico per verzekerde ingevoerd. Dit leidt tot invoering van een ex ante risicovereveningsmodel voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico. Het ex ante vereveningsmodel is gebaseerd op de volgende kenmerken: leeftijd en geslacht, aard van

Jaar	Wijzigingen flankerend beleid/ macrona calculatie en ex post maatregelen per jaar ten opzichte van het voorgaande jaar
	inkomen en regio. Het vereveningskenmerk FKG wordt gebruikt om de forfaitaire groep af te bakenen. De vereveningskenmerken voor het eigen risico model en de forfaitaire groep zijn dezelfde vereveningskenmerken als voor het ex ante risicovereveningsmodel van de somatische kosten.

B. *Gebruikte bestanden en aansluiting*

Conclusie

Op alle aangeleverde bestanden zijn controles uitgevoerd om de plausibiliteit van deze gegevens vast te stellen voor het doel van deze Monitor. Op basis van deze controles worden de bestanden plausibel geacht voor uitvoering van de analyses in deze Monitor. Vaststelling van de volledigheid en juistheid van de brongegevens voor uitvoering van het risicovereveningssysteem zijn geen onderdeel van deze Monitor.

Alle resultaten en conclusies in onderhavige Monitor zijn *gegeven* de aangeleverde gegevens in de bestanden.

Hieronder volgt een toelichting op de aangeleverde bestanden. Ook zijn een aantal beschrijvende statistieken gerapporteerd om de aangeleverde bestanden aan te sluiten met de cijfers die gerapporteerd zijn bij de uitvoering van het risicovereveningssysteem (o.a. WOR 577, 578, 579, 581). Tevens worden verschillen tussen de bestanden gerapporteerd en waar mogelijk wordt hiervoor een verklaring aangedragen. Alle resultaten en conclusies in onderhavige Monitor zijn *gegeven* de aangeleverde gegevens.

B.1. Bestanden Deel I: Macro- en zorgverzekeraarsanalyse

Voor uitvoering van de macro- en zorgverzekeraarsanalyse in Deel I van de Monitor is door het ZINL een bestand aangeleverd op zorgverzekeraarsniveau, met daarin gegevens voor uitvoering van de ex ante vaststelling en voor de definitieve vaststelling van het risicovereveningssysteem in 2012.

Het aangeleverde bestand door ZINL is gebruikt voor de daadwerkelijke uitvoering van het risicovereveningssysteem. Dit bestand bevat de zorgkosten en vereveningsbijdragen van de totale Zwv-bevolking, en daarmee *inclusief*:

- alle ex post maatregelen, per ex post maatregel zijn gegevens beschikbaar over de vereveningsbijdrage;
- kosten van buitenlandzorg, verwerkt middels een macroboeking;
- niet-ingezetenen (circa 175.000 verzekerdenjaren), die door het ZINL zijn ingedeeld in risicoklassen van vereveningskenmerken conform de geldende beleidsregels;
- verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is (circa 1.400 verzekerdenjaren), die door het ZINL zijn ingedeeld in risicoklassen van vereveningskenmerken conform de geldende beleidsregels; *en*
- opbrengstverrekening gGGZ, verwerkt middels een opslag op de kosten van circa € 396 miljoen.

Bovenstaande punten zijn belangrijk, omdat deze kosten en verzekerden niet zijn inbegrepen in de bestanden die zijn gebruikt voor de andere analyses in onderhavige Monitor (subgroepenanalyse Deel I en Deel II).

Aansluiting en plausibiliteitscontrole ZINL-bestand

Op het aangeleverde bestand zijn plausibiliteitscontroles uitgevoerd, waaronder een controle van de macrobedragen met het MPB en steekproefsgewijs een controle op de normbedragen in het bestand met de gerapporteerde normbedragen in WOR 581. Op basis hiervan wordt het aangeleverde bestand plausibel geacht voor uitvoering van onderhavige Monitor.

B.2. Bestanden Deel I (subgroepenanalyse) en Deel II

Voor uitvoering van de subgroepenanalyses in Deel I en ook voor Deel II van onderhavige Monitor is gebruik gemaakt van:

- KPV-bestand en RBRV-bestand van 2012;
- KPV-bestand en RBRV-bestand van 2011 (alleen voor subgroepenanalyse Deel I).

In deze aangeleverde bestanden zijn enkele kostenposten en verzekerden niet aanwezig, die wel in het ZINL-bestand voor de macro- en zorgverzekeraarsanalyse zijn inbegrepen. Deze bestanden zijn *exclusief*:

- alle ex post maatregelen;
- kosten van buitenlandzorg;
- niet-ingezetenen; *en*
- verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is.

Daarnaast blijkt op basis van de plausibiliteitscontroles dat de opbrengstverrekening voor de gGGZ niet door alle zorgverzekeraars volledig is verwerkt in het KPV-bestand. In het aangeleverde bestand is hierdoor circa € 197 miljoen te weinig aanwezig. In de analyses in onderhavige Monitor is dit verschil in kosten *niet* gecorrigeerd in het aangeleverde bestand, mede omdat de opbrengstverrekening wordt uitgevoerd op het niveau van zorgaanbieders. Hierdoor is het niet goed mogelijk om de opbrengstverrekening in het bestand te verwerken middels een correctie. Op basis van nadere analyse blijkt dat de verwerking van de opbrengstverrekening voor bepaalde zorgverzekeraars niet volledig is; echter, er zijn geen indicaties dat dit specifiek betrekking heeft op één bepaalde subgroep in de Zvw-bevolking. Met de beschikbare gegevens en informatie is het niet goed mogelijk af te leiden op welke wijze dit de resultaten en conclusies in onderhavige Monitor beïnvloedt.

Het gevolg is dat de totale kosten en verzekerdenaantallen in het KPV- en RBRV-bestand *niet* volledig aansluiten op de cijfers in het ZINL-bestand op macro- en zorgverzekeraarsniveau.

Aansluiting en plausibiliteitscontroles KPV- en RBRV-bestanden

Tabel B.2-1 toont de beschrijvende statistieken van de door ZINL aangeleverde databestanden met gerealiseerde kosten en prevalenties op individuniveau voor zowel 2011 als 2012. Deze bestanden zijn getoetst op plausibiliteit op basis van vergelijking met het aangeleverde bestand met gerealiseerde kosten en prevalenties op macro- en zorgverzekeraarsniveau, voor zover dit mogelijk was in relatie tot hierboven genoemde verschillen in kostendefinities en verzekerdenaantallen tussen deze bestanden.

Tabel B.2-1 Beschrijvende statistieken van de KPV- en RBRV-bestanden van 2012 en 2011

	KPV- en RBRV-2012 ^a	KPV- en RBRV-2011 ^b
Aantal records	16.858.163	16.781.597
Aantal verzekerdenjaren ^c	16.528.358	16.460.616
Gemiddelde kosten		
Overige prestaties	721	715
Variabele kosten (A-segment)	142	586
Variabele kosten (B-segment)	821	309
gGGZ (totaal)	236	253
gGGZ (verzekerden van 18 jaar en ouder)	229	246
Totaal	1.920	1.863

Voetnoot Tabel B.2-1

- Gerealiseerde kosten en verzekerdenaantallen van 2012.
- Gerealiseerde kosten en verzekerdenaantallen van 2011.
- Rekening houdend met de inschrijfduur van verzekerden.

B.3. Aanvullende bestanden Deel II

Voor uitvoering van Deel II van de Monitor zijn naast de KPV- en RBRV-bestanden ook gebruik gemaakt van:

- OT-bestanden voor de somatische zorg en de gGGZ van 2012.

In deze aangeleverde bestanden zijn enkele kostenposten en verzekerden niet aanwezig, die wel in het ZINL-bestand voor de macro- en zorgverzekeraarsanalyse zijn inbegrepen. Deze bestanden zijn *exclusief*:

- alle ex post maatregelen;
- kosten van buitenlandzorg;
- niet-ingezetenen; *en*
- verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is.

Aansluiting en plausibiliteitscontroles OT-bestanden

Tabel B.1.2-1 toont dat de aangeleverde OT-bestanden voor de somatische zorg en de gGGZ voor 2012 en 2011 op algemene beschrijvende statistieken aansluiten op de gerapporteerde cijfers bij de uitvoering van het risicovereveningssysteem (WOR 581). Enkele cijfers op het niveau van gemiddelde kosten per risicoklasse en de verzekerdenaantallen per risicoklasse zijn niet exact gelijk aan de gerapporteerde cijfers, dan wel zijn niet exact terug te vinden in de rapportages (hier niet apart vermeld). Deze verschillen zijn klein, dan wel verklaarbaar, doordat correcties op de bestanden hebben plaatsgevonden in een latere fase van de berekening van de normbedragen (i.e. na de OT bij berekening van de normbedragen in het najaar) of er zijn mogelijk bewerkingen op de onderliggende databestanden doorgevoerd.

Tabel B.3-1 Beschrijvende statistieken van de OT-bestanden van 2012 en 2011 voor somatische zorg en de gGGZ (zoals aangeleverd, voor herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB)

OT-2012: Kosten 2009 ^a		Verwijzing voor aansluiting
Somatische zorg		
Aantal records	15.568.677	WOR 578, tabel 2.4
Aantal verzekerdenjaren ^c	16.290.885	WOR 578, tabel 2.4
Gemiddelde kosten: ^c		
Overige prestaties	680	WOR 578, tabel 2.4
Variabele kosten (A-segment)	145	WOR 578, tabel 2.4
Variabele kosten (B-segment)	725	WOR 578, tabel 2.4
Totaal	1.550	WOR 578, tabel 2.4
gGGZ (18 jaar en ouder)		
Aantal records	12.898.279	WOR 579, tabel 2.5 en 3.1
Aantal verzekerdenjaren ^c	12.793.243	WOR 579, tabel 2.5 en 3.1
Gemiddelde totale kosten ^c	241	WOR 579, tabel 2.5 en 3.1
OT-2011: Kosten 2008 ^b		Verwijzing voor aansluiting
Somatische zorg		
Aantal records	15.538.636	WOR 537, tabel 2.1
Aantal verzekerdenjaren ^c	16.214.087	WOR 530, tabel 2.2
Gemiddelde kosten: ^c		
Overige prestaties	655	642: WOR 530, tabel 2.2 WOR 537, p. 7: overheveling TNF-alfaremmers naar vaste kosten (€ 202,2 miljoen - circa € 13 per verzekerde)
Variabele kosten (A-segment)	520	WOR 530, tabel 2.2
Variabele kosten (B-segment)	273	WOR 530, tabel 2.2
Totaal	1.448	
gGGZ (18 jaar en ouder)		
Aantal records	12.146.504	WOR 531, tabel 2.5
Aantal verzekerdenjaren ^c	12.752.237	WOR 531, tabel 2.5
Gemiddelde totale kosten ^c	258	255: WOR 531, tabel 2.5

Voetnoot Tabel B.3-1

- Kostengegevens gedefinieerd conform het Zvw-pakket van 2012.
- Kostengegevens gedefinieerd conform het Zvw-pakket van 2011.
- Rekening houdend met de ophoging van de Zvw-bevolking voor het ontbreken van gegevens van één zorgverzekeraar en volmachtverzekerden in het betreffende jaar.

Daarnaast is het belangrijk te vermelden is dat in de fase van berekening van de normbedragen een nieuwe data-aanlevering heeft plaatsgevonden voor het vereveningskenmerk SES. Hierdoor komt het vereveningskenmerk SES in het aangeleverde OT-bestand niet overeen met hetgeen dat gebruikt is bij de uitvoering van het risicovereveningssysteem. Om deze reden is in deze Monitor een alternatieve methode toegepast om de ex ante vaststelling in het najaar voor de somatische zorg te verkrijgen (zie Bijlage D voor een toelichting).

B.4. Beschrijvende statistieken vaststellingsmomenten na uitgevoerde bewerkingen Deel II

Aangezien de analyses in Deel II zijn gebaseerd op verschillende bestanden is het van belang de verschillen tussen deze bestanden te duiden. Hieronder worden beschrijvende statistieken weergegeven van de bestanden die als uitgangspunt zijn gebruikt voor alle analyses in Deel II. Op de onderliggende bestanden zijn verscheidene bewerkingen uitgevoerd om de analyses uit te kunnen voeren. Deze bewerkingen en de uitgangspunten hierbij zijn verantwoord in Bijlage C.

Somatische kosten

Onderstaande tabel presenteert de somatische kosten en aantal verzekerdenjaren voor de totale Zvw-bevolking op de verschillende vaststellingsmomenten.

Tabel B.4-1 Gemiddelde somatische kosten (uitgedrukt in € per verzekerde) en aantal verzekerden van de totale Zvw-bevolking, op de verschillende vaststellingsmomenten voor vereveningsjaar 2012.

	Geraamde cijfers		Gerealiseerde cijfers
	OT ^a	Ex ante vaststelling ^b	Definitieve vaststelling ^{c, d}
Variabele kosten ziekenhuiszorg	870	979	963
Overige prestaties	680	767	721
Totaal gemiddelde kosten	1.550	1.747	1.684
Macrokosten in € mln.	25.247	29.337	27.839
Macrobudget bijdrage in € mln.	25.247	29.337	29.206
Totaal aantal verzekerden	16.290.884	16.793.000	16.528.358

Voetnoten Tabel B.4-1:

- Gebaseerd op kostengegevens van 2009, die representatief zijn gemaakt voor het vereveningsjaar 2012 (WOR 578). De prevalenties zijn gebaseerd op de Zvw-bevolking van 2009. Dit zijn de cijfers *exclusief* kosten buitenlandzorg en *exclusief* niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is.
- Gebaseerd op dezelfde gegevens van de OT, die zijn herwogen naar de verwachte samenstelling van de Zvw-bevolking van 2012 en geschaald naar het kostenniveau van het MPB van 2012. Hierdoor zijn dit de cijfers *inclusief* kosten buitenlandzorg en *inclusief* niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is (in de raming: circa 138.000 verzekerden).
- Gebaseerd op de gerealiseerde cijfers, op basis van het aangeleverde KPV- en RBRV-bestand van 2012.
- Dit zijn de cijfers *exclusief* kosten buitenlandzorg en *exclusief* niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is (circa 175.000).

Voor interpretatie van de resultaten is het volgende verschil van belang:

- Bij de gerealiseerde cijfers zijn de niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is niet inbegrepen. Uit de macroanalyse in Hoofdstuk 4 (die is gebaseerd op het volledige bestand voor uitvoering van het risicovereveningssysteem) volgt bij de definitieve vaststelling een macrobudget van € 29.338 miljoen en een totale Zvw-bevolking van 16.705.129 verzekerden. Het verschil met de cijfers in bovenstaande tabel wordt grotendeels verklaard door het ontbreken van deze verzekerden.
- Bij de OT zijn, net zoals bij de gerealiseerde cijfers, de niet-ingezetene en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is niet inbegrepen.

- Via de herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB zijn de niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is wel meegenomen (via een herweging op het bestand). Dit verschil verklaart een deel van de daling in het aantal verzekerden tussen de ex ante vaststelling en de definitieve vaststelling.

gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder

Onderstaande tabel presenteert de gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder en het aantal verzekerden in de Zvw-bevolking van 18 jaar en ouder op de verschillende vaststellingsmomenten.

Tabel B.4-2 Gemiddelde gGGZ-kosten (uitgedrukt in € per verzekerde) en aantal verzekerden van de Zvw-bevolking van 18 jaar en ouder, op de verschillende vaststellingsmomenten voor vereveningsjaar 2012.

	OT ^a	Ex ante vaststelling ^b	Gerealiseerde kosten ^{c, d, e}
gGGZ-kosten	241	241	229
Macrokosten in € mln.	3.086	3.219	2.994
Macrobudget bijdrage in € mln.	3.086	3.219	3.210
Totaal aantal verzekerden	12.793.243	13.321.000	13.073.672

Voetnoten Tabel B.4-2:

- Gebaseerd op kostengegevens van 2009, die representatief zijn gemaakt voor vereveningsjaar 2012 (WOR 579). De prevalenties zijn gebaseerd op de Zvw-bevolking van 2009.
- Gebaseerd op dezelfde gegevens van de OT, die zijn herwogen naar de verwachte samenstelling van de Zvw-bevolking van 2012 en geschaald naar het kostenniveau van het MPB van 2012.
- Gebaseerd op de gerealiseerde cijfers, op basis van het aangeleverde KPV- en RBRV-bestand van 2012.
- Dit zijn de cijfers exclusief niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is (circa 171.000).
- De opbrengstverrekening is niet volledig in deze cijfers verwerkt.

Voor interpretatie van de resultaten zijn de volgende verschillen van belang:

- Bij de gerealiseerde cijfers zijn, net zoals bij de somatische kosten, de niet-ingezetenen en de verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is, niet inbegrepen. Dit verklaart een groot deel van de daling in het aantal verzekerden van de ex ante vaststelling met de gerealiseerde cijfers (circa 171.000 verzekerden van 18 jaar en ouder).
- Bij de OT zijn, net zoals bij de gerealiseerde cijfers, de niet-ingezetene en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is niet inbegrepen.
- Via de herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB zijn de niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is wel meegenomen (via een herweging op het bestand). Dit verschil verklaart een deel van de daling in het aantal verzekerden tussen de ex ante vaststelling en de definitieve vaststelling.
- De gerealiseerde kosten in het aangeleverde bestand komen uit op € 229 per verzekerde. Het gevolg is dat een positief macrovereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling resulteert van afgerond € 17 per verzekerde. Hierbij dient in acht genomen te worden dat de opbrengstverrekening niet volledig in dit bestand is verwerkt (zie eerdere vermelding). Bij een volledige verwerking van de opbrengstverrekening komen de gemiddelde gerealiseerde kosten uit op € 241 per verzekerde (resultierend uit de analyses in Hoofdstuk 4).

C. *Verantwoording uitgangspunten en bewerkingen*

Deze bijlage verantwoordt de uitgangspunten die zijn gehanteerd en de bewerkingen die zijn uitgevoerd op de gegevens om de analyses in deze Monitor uit te voeren.

C.1. *Deel I: uitgangspunten en bewerkingen per analyse*

C.1.1. *Macroanalyse (Hoofdstuk 4)*

De volgende uitgangspunten en bewerkingen zijn gehanteerd en uitgevoerd voor toetsing van de werking van het risicovereveningssysteem op macroniveau:

- de gegevens voor alle 26 individuele zorgverzekeraars zijn gesommeerd om te komen tot het landelijke beeld;
- de bandbreedteregeling geldt voor de variabele kosten van ziekenhuiszorg voor het A- en B-segment tezamen. Hierdoor worden deze kosten als één deelbedrag beschouwd bij de analyse van de definitieve vaststelling na toepassing van de bandbreedteregeling;
- de nominale rekenpremie en de uitvoeringskosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar blijven buiten beschouwing;
- de opbrengstverrekening is een aparte opslag bij de definitieve vaststelling die niet nader in detail is onderzocht in deze Monitor. Dit valt buiten de reikwijdte van deze Monitor.

C.1.2. *Zorgverzekeraarsanalyse (Hoofdstuk 5)*

Voor de zorgverzekeraarsanalyse is, net als voor de macroanalyse, gewerkt met het bronbestand op zorgverzekeraarsniveau. De volgende uitgangspunten en bewerkingen zijn gehanteerd en uitgevoerd:

- voor de analyses naar de gGGZ-kosten is uitgegaan van het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder, exclusief gedetineerden;
- de totale somatische kosten zijn de optelsom van de kosten van variabele kosten ziekenhuiszorg (A- en B-segment) en de overige prestaties;
- de vaste kosten en kosten van gGGZ van verzekerden van 18 jaar en ouder vormen geen onderdeel van de analyses;
- het vrijwillig eigen risico is geen onderdeel van de analyses;
- een fictieve situatie zonder risicovereveningssysteem is geconstrueerd om de werking van het risicovereveningssysteem te toetsen. De fictieve situatie gaat uit van het macrobudget op moment van de definitieve vaststelling van de ex ante vereveningsbijdrage. In voorgaande edities van de Monitor is uitgegaan van een gelijk bedrag per verzekerde op basis van de gerealiseerde zorgkosten. De reden om in deze Monitor 2012 uit te gaan van het macrobudget is vanwege de afschaffing van macronacalculatie, waardoor het macrobudget achteraf niet meer gelijk wordt gesteld aan de gerealiseerde zorgkosten;
- de bandbreedteregeling geldt voor de variabele kosten van ziekenhuiszorg voor het A- en B-segment tezamen. Hierdoor worden deze kosten als één deelbedrag beschouwd bij de analyse van de definitieve vaststelling na toepassing van de bandbreedteregeling;
- de ex post maatregelen worden alleen weergegeven voor de kosten waarop deze van toepassing zijn;

- de indeling van zorgverzekeraars op basis van portefeuilleomvang klein/ middelgroot/ groot is constant gehouden voor alle analyses (i.e. somatische kosten, gGGZ-kosten en opbrengsten verplicht eigen risico). De indeling is gebaseerd op het aantal verzekerden.
- De R^2 als maatstaf voor de verklaringskracht is berekend aan de hand van de verhouding van variantie in de residuele kosten (i.e. gekwadrateerde verschillen van het vereveningsresultaat) tot de variantie in de zorgkosten (i.e. gekwadrateerde verschillen van zorgkosten per zorgverzekeraar ten opzichte van gemiddelde kosten in de Zvw-bevolking).

C.1.3. Subgroepenanalyse (Hoofdstuk 6)

Voor de subgroepenanalyse zijn de aangeleverde KPV- en RBRV-bestanden, met gegevens op het niveau van individuele verzekerden, gebruikt. De volgende uitgangspunten en bewerkingen zijn gehanteerd en uitgevoerd voor de subgroepenanalyse.

Algemeen

- voor de subgroepen op basis van kosten uit het voorgaande jaar is de kostendefinitie uit 2011 gebruikt, zoals aangeleverd in de bestanden;
- de drempelbedragen voor indeling van de verzekerden naar percentielklassen zijn bepaald op basis van de niet-geannualiseerde kosten uit 2011. Het gewicht voor de inschrijfduur van verzekerden is hierbij niet meegenomen;
- de bestanden met kosten van 2011 zijn op individuniveau gekoppeld aan de bestanden van 2012;
- Verzekerden die zijn geboren in 2012 of immigranten in 2012 zijn ingedeeld in de laagste subgroep;
- flankerend beleid en ex post maatregelen blijven buiten beschouwing;
- het verplicht eigen risico blijft buiten beschouwing. De benodigde kostengegevens uitgesplitst naar zorgvorm (in plaats van deelbedrag) ontbreken hiervoor in de aangeleverde bestanden;
- geen (procentuele) correctie voor het positieve macrovereveningsresultaat is uitgevoerd.

Somatische zorg

- de totale somatische kosten zijn geanalyseerd. De kosten zijn geannualiseerd in de berekening;
- de vereveningsbijdrage is berekend door de vastgestelde normbedragen te vermenigvuldigen met de gerealiseerde verzekerdenaantallen in het bestand. Dit zijn de normbedragen die berekend zijn in het najaar 2011 (na herweging voor de verzekerdenraming en schaling voor het MPB), zoals gerapporteerd in WOR 581, waarbij rekening is gehouden met criteriumneutraliteit voor het vereveningskenmerk MHK;
- het gewicht voor de inschrijfduur is gebruikt in berekening van het gemiddelde vereveningsresultaat;

gGGZ van verzekerden van 18 jaar en ouder

- de gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder zijn geanalyseerd. De kosten zijn geannualiseerd in de berekening;
- de vereveningsbijdrage is berekend door de ex ante vastgestelde normbedragen te vermenigvuldigen met de verzekerdenaantallen in het bestand. Dit zijn de normbedragen die zijn vastgesteld in het najaar 2011, waarbij vervolgens criteriumneutraliteit voor de vereveningskenmerken Lage kostendrempel en Hoge kostendrempel is toegepast. Deze normbedragen zijn niet gecorrigeerd voor de HKC;
- het gewicht voor de inschrijfduur is gebruikt in berekening van het gemiddelde vereveningsresultaat;

C.2. Deel II: uitgangspunten en bewerkingen per analyse

C.2.1. Representativiteit op zorgverzekeraarsniveau (Hoofdstuk 8)

De volgende uitgangspunten en bewerkingen zijn gehanteerd en uitgevoerd:

- de analyses voor de somatische kosten zijn gebaseerd op 24 zorgverzekeraars en voor de gGGZ-kosten op 25 zorgverzekeraars (in plaats van 26 zorgverzekeraars). Uitgegaan is van zorgverzekeraars die zowel in het OT-bestand alsmede in het KPV- en RBRV-bestand zijn te onderscheiden. In de OT-bestanden in 2012 is sprake van een niet volledige dekkingsgraad, waardoor enkele (kleine) zorgverzekeraars ontbreken. Vanwege de kleine omvang van deze zorgverzekeraars is het niet de verwachting dat dit grote impact heeft op de conclusies.

C.2.2. Representativiteit op enkelvoudige risicogroepen en subgroepen (Hoofdstuk 9)

De volgende uitgangspunten en bewerkingen zijn gehanteerd en uitgevoerd:

Enkelvoudige risicogroepen (paragraaf 9.2.1 en 9.3.1)

- gebaseerd op de gerealiseerde cijfers in het KPV- en RBRV-bestand van 2012;
- geen (procentuele) correctie voor het positieve macrovereveningsresultaat is uitgevoerd;
- uitgegaan is van de ex ante vastgestelde normbedragen bij de definitieve vaststelling. Dit zijn de normbedragen die zijn vastgesteld in het najaar 2011, waarbij vervolgens criteriumneutraliteit is toegepast. Voor het risicovereveningsmodel voor de somatische kosten is dit het vereveningskenmerk MHK. Voor het risicovereveningsmodel voor de gGGZ zijn dit de vereveningskenmerken Lage kostendrempel en Hoge kostendrempel is toegepast. Tevens zijn voor de gGGZ de normbedragen niet gecorrigeerd voor de HKC. Bij de uitvoering van de risicoverevening zijn wel de gecorrigeerde normbedragen gehanteerd om de vereveningsbijdrage af te rekenen;
- voor berekening van de GGAV van de kosten tussen vaststellingsmomenten zijn de kosten van de OT en de ex ante vaststelling procentueel gecorrigeerd naar het kostenniveau van de gerealiseerde kosten.

Subgroepen (paragraaf 9.2.2 en 9.3.2)

- de resultaten voor de OT zijn gebaseerd op het OT-bestand, voor herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB;
- de resultaten voor de ex ante vaststelling zijn gebaseerd op het OT-bestand, na herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB (zie Bijlage D);
- de resultaten voor de definitieve vaststelling zijn gebaseerd op het KPV- en RBRV-bestand;
- om de subgroepen te definiëren zijn de OT-bestanden voor de somatische zorg en de gGGZ zijn gekoppeld op individuniveau. Deze bestanden zijn eerst uniek gemaakt op BSN. Verzekerden met hetzelfde BSN komen dubbel in de bestanden voor vanwege overstapgedrag. Dubbele records zijn samengenomen, waarbij de geannualiseerde zorgkosten van deze verzekerden gewogen zijn opgeteld. Het gewicht voor de inschrijfduur voor deze verzekerden is opgeteld. Indien de waarden van vereveningskenmerken verschillen is de hoogste waarde genomen (dit kwam een enkele keer voor);
- de resultaten van subgroepen op basis van somatische aandoening en gGGZ aandoening zijn gebaseerd op alle verzekerden die zowel in het OT-bestand voor de somatische zorg 2012 alsmede in het OT-bestand voor de gGGZ 2012 aanwezig zijn;
- in het KPV- en RBRV-bestand zijn gegevens over somatische zorg en gGGZ aanwezig. Het KPV- en RBRV-bestand is in een eerder stadium gekoppeld op individuniveau (zie paragraaf C.1.3).

C.2.3. Representativiteit op individuniveau: herschatting ex ante risicovereveningsmodellen op gerealiseerde cijfers (Hoofdstuk 10)

De volgende uitgangspunten en bewerkingen zijn gehanteerd en uitgevoerd:

- de ex ante risicovereveningsmodellen voor de somatische kosten en de gGGZ-kosten zijn herschat op het KPV- en RBRV-bestand, conform de gehanteerde methodiek bij schatting van de risicovereveningsmodellen bij de uitvoering van het risicovereveningssysteem. Dit betekent dat de vormgeving van de ex ante risicovereveningsmodellen (qua vereveningskenmerken en schattingsmethodiek) hetzelfde is gehouden;
- de ex ante risicovereveningsmodellen zijn geschat op het gekoppelde KPV- en RBRV-bestand;
- ten behoeve van vergelijkbaarheid is bij berekening van de GGAV in de normbedragen criteriumneutraliteit niet meegenomen. Tevens is voor de gGGZ-kosten niet rekening gehouden met de correctie voor de HKC.

D. *Reproductie ex ante vaststelling: herweging verzekerdenraming en schaling MPB*

Voor Deel II van deze Monitor zijn de OT-bestanden voor de somatische zorg en gGGZ aangeleverd. Bij de uitvoering van de risicoverevening worden op deze OT-bestanden twee belangrijke stappen uitgevoerd, voordat de normbedragen voor de ex ante vaststelling in het najaar worden vastgesteld. Dit zijn:

1. *herweging voor de verzekerdenraming; en*
2. *schaling naar het MPB.*

De herweging voor de verzekerdenraming zorgt ervoor dat de verzekerdenaantallen in het OT-bestand representatief worden gemaakt voor de verwachte omvang en samenstelling van de Zvw-bevolking in 2012. De schaling naar het MPB bewerkstelligd dat de kosten in het OT-bestand per deelbedrag gelijk zijn aan het verwachte kostenniveau voor 2012, conform hetgeen in het MPB is vastgesteld.

In Deel II van deze Monitor wordt het moment van de ex ante vaststelling in het najaar 2011 gebruikt als onderdeel van de evaluatie van de representativiteit van de beslisinformatie. Om deze analyses uit te kunnen voeren, zijn de twee uitvoeringsstappen van herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB gereproduceerd op de aangeleverde OT-bestanden. De kosten en het gewicht per verzekerde dat resulteert na uitvoering van deze stappen is gebruikt in de analyses in deze Monitor.

D.1. *Risicovereveningsmodel somatische zorg*

Ex ante vaststelling: herweging voor de verzekerdenraming en schaling naar het MPB

- uit overleg met de Erasmus School of Health Policy and Management heeft PwC vernomen dat in een latere fase van de uitvoering bij berekening van de normbedragen een nieuwe aanlevering heeft plaatsgevonden voor het vereveningskenmerk SES. Hierdoor is het niet mogelijk de herweging naar de verzekerdenraming op het aangeleverde OT-bestand te reproduceren, omdat het vereveningskenmerk SES niet hetzelfde is zoals gebruikt bij de uitvoering. Om deze reden is een alternatieve methode toegepast. De Erasmus School of Health Policy and Management heeft een matrix met gewichten *na* de herweging voor de verzekerdenraming op het niveau van unieke combinaties van alle vereveningskenmerken aangeleverd. Deze matrix is gekoppeld aan het aangeleverde OT-bestand. Het vereveningskenmerk SES is hierbij buiten beschouwing gelaten;
- de kosten in het OT-bestand zijn geschaald naar de MPB-bedragen op basis van de ophoogfactoren, zoals gerapporteerd in WOR 581.

D.2. *Risicovereveningsmodel gGGZ*

Ex ante vaststelling: herweging voor de verzekerdenraming en schaling naar het MPB

- voor herweging naar de verzekerdenraming heeft het ZINL een bestand aangeleverd. In dit bestand zijn de geraamde verzekerdenaantallen opgenomen van alle vereveningskenmerken. Met de gebruikelijke "RAS"-methode zijn de prevalenties in het OT-bestand herwogen naar de verzekerdenaantallen in de verzekerdenraming.
- de kosten in het OT-bestand geschaald naar de MPB-bedragen op basis van de ophoogfactoren, zoals gerapporteerd in WOR 581.

E. *Aanvullende resultaten zorgverzekeraarsanalyse voor deelbedragen somatische kosten (Deel I)*

Conclusie

Resultaten:

- voor variabele kosten van ziekenhuiszorg (A- en B-segment tezamen) is sprake van een gemiddeld vereveningsresultaat van € 27 per verzekerde bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregelen. Voor het B-segment is sprake van een *negatief* vereveningsresultaat van € 13 per verzekerde. Voor het A-segment een *positief* vereveningsresultaat van € + 40 per verzekerde. Voor overige prestaties is sprake van een gemiddeld *positief* vereveningsresultaat van € 57 per verzekerde bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregelen.
- De reikwijdte van het vereveningsresultaat voor de variabele kosten van ziekenhuiszorg daalt met 93 % en de spreiding met 89 %, bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregelen ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem. Voor de overige prestaties daalt de reikwijdte met 68 % en de spreiding met 91 % ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem. Deze daling in de reikwijdte voor overige prestaties is relatief kleiner dan bij de variabele kosten van ziekenhuiszorg, omdat geen bandbreedteregeling voor de kosten van overige prestaties van toepassing is.

In deze bijlage worden aanvullende resultaten gepresenteerd van de zorgverzekeraarsanalyse in Deel I van onderhavige Monitor voor de somatische kosten (Hoofdstuk 5). In Hoofdstuk 5 is het gemiddelde vereveningsresultaat, de reikwijdte en spreiding voor de totale somatische kosten geanalyseerd. In deze bijlage worden deze statistieken geanalyseerd voor apart de deelbedragen: variabele kosten ziekenhuiszorg (A- en B-segment tezamen) en overige prestaties. De reden om het A-segment en B-segment samen te nemen is omdat de bandbreedteregeling op deze kosten tezamen wordt toegepast. Dit resulteert in de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage voor de variabele kosten van ziekenhuiszorg. De analyses in deze bijlage verschaffen aanvullend inzicht in de mate waarin het risicovereveningssysteem verschillen in zorgkosten met betrekking tot de variabele kosten van ziekenhuiszorg (A-segment en B-segment) en overige prestaties van en tussen zorgverzekeraars corrigeert.

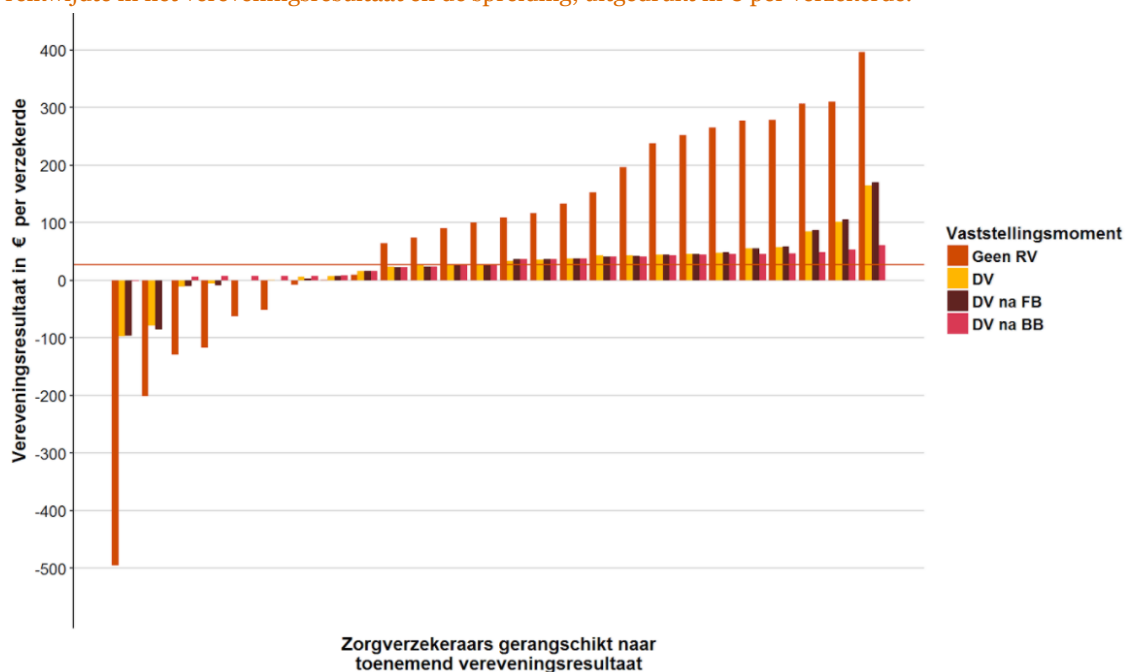
E.1. Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding voor variabele kosten ziekenhuiszorg (A-segment en B-segment)

Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en reikwijdte

Figuur 5.2.2-1 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat voor elk van de 26 zorgverzekeraars voor de kosten van variabele ziekenhuiszorg (A- en B-segment). Voor elk vaststellingsmoment zijn de zorgverzekeraars

opnieuw gerangschikt naar toenemend vereveningsresultaat. In de bijbehorende tabel is het gemiddelde, de reikwijdte van het vereveningsresultaat en de spreiding gepresenteerd.

Figuur 5.2.2-1 Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor 26 zorgverzekeraars voor de *variabele kosten van ziekenhuiszorg (A-segment en B-segment)* in 2012, uitgedrukt in € per verzekerde en per vaststellingsmoment gerangschikt naar toenemend vereveningsresultaat. De bijbehorende tabel geeft de reikwijdte in het vereveningsresultaat en de spreiding, uitgedrukt in € per verzekerde.



	Gemiddelde, in €	Reikwijdte, in €	Spreiding, in €
Geen RV	26	891	131
DV voor FB en BB	26	262	26
DV na FB	26	266	27
DV na BB	27	62	15

Het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde bij de definitieve vaststelling (voor en na flankerend beleid en ex post maatregelen) bedraagt € 26 tot € 27 per verzekerde. Uit nadere analyse blijkt een negatief vereveningsresultaat van € 13 per verzekerde voor het B-segment en een positief vereveningsresultaat van € + 40 per verzekerde voor het A-segment. Bij het B-segment is dan ook sprake van een *overschrijding* van de macrokosten en bij variabele ziekenhuiszorg in het A-segment een *onderschrijding*.

Figuur 5.2.2-1 en de bijbehorende tabel tonen dat de reikwijdte van het vereveningsresultaat substantieel afneemt door het risicovereveningssysteem: 93 % (van € 891 naar € 62 per verzekerde). Hierbij heeft de bandbreedteregeling, conform verwachting, een relatief groot effect op de reductie van de reikwijdte: 77 % (van € 266 naar € 62 per verzekerde).

Spreiding

Vervolgens is de spreiding en spreidingsreductie in het vereveningsresultaat geanalyseerd. Hieruit volgt dat het risicovereveningssysteem zorgt voor een substantiële reductie in de spreiding in vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars ten opzichte van een situatie zonder risicoverevening: 89 % (van € 131 per verzekerde voor de situatie zonder een risicovereveningssysteem naar € 15 per verzekerde voor de definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregel). Daarnaast blijkt uit een nadere analyse dat de spreiding in vereveningsresultaat voor het A-segment) lager is dan voor het B-segment: € 9 versus € 26 per verzekerde. Een

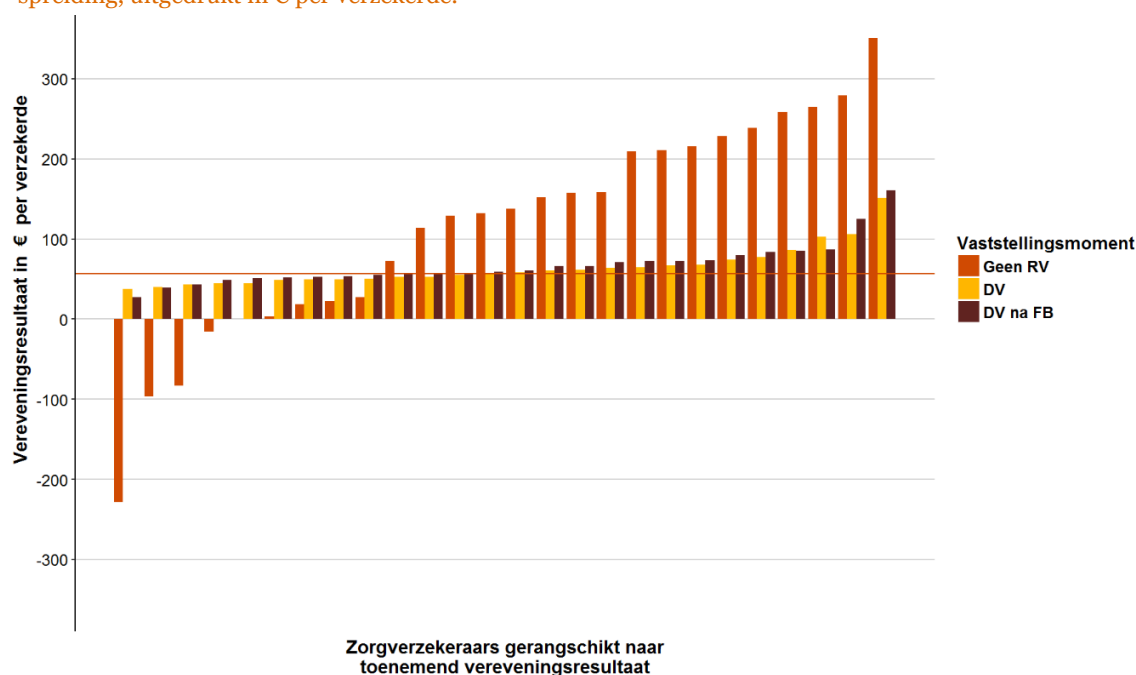
mogelijke verklaring is dat zorgverzekeraars over DBC's in het A-segment alleen kunnen onderhandelen over volume. Zorgverzekeraars kunnen over DBC's in het B-segment afspraken maken over zowel volume alsmede prijs. Naar verwachting resulteert dit in meer variantie tussen zorgverzekeraars, waardoor ook de spreiding in vereveningsresultaat toeneemt.

E.2. Gewogen gemiddeld vereveningsresultaat, reikwijdte en spreidingsreductie voor overige prestaties

Gemiddelde vereveningsresultaat en reikwijdte

Figuur 5.2.3-1 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat voor 26 zorgverzekeraars voor de kosten van overige prestaties. Net zoals voorgaande analyses, zijn de resultaten voor elk vaststellingsmoment *opnieuw* gerangschikt naar toenemend vereveningsresultaat. In de bijbehorende tabel is het gemiddelde, reikwijdte van het vereveningsresultaat en de spreiding gepresenteerd. Voor het deelbedrag 'overige prestaties' is geen bandbreedteregeling van toepassing. De vereveningsbijdrage na flankerend beleid omvat de definitieve vereveningsbijdrage voor de kosten van overige prestaties.

Figuur 5.2.3-1 Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor 26 zorgverzekeraars voor *overige prestaties* in 2012, uitgedrukt in € per verzekerde en per vaststellingsmoment gerangschikt naar toenemend vereveningsresultaat. De bijbehorende tabel geeft de reikwijdte in het vereveningsresultaat en de spreiding, uitgedrukt in € per verzekerde.



	Gemiddelde, in €	Reikwijdte, in €	Spreiding, in €
Geen RV	57	580	102
DV	57	114	16
DV na FB	57	134	19

Het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde bedraagt bij de definitieve vaststelling (voor en na flankerend beleid) € 57 per verzekerde. Voor de overige prestaties is sprake van een *onderschrijding* van de kosten.

Figuur 5.2.3-1 toont dat het risicovereveningssysteem voor de overige prestaties het vereveningsresultaat van en tussen zorgverzekeraars substantieel heeft teruggebracht ten opzichte van een situatie zonder risicovereveningssysteem. De reikwijdte neemt van € 580 naar € 134 per verzekerde. In vergelijking tot de variabele kosten van ziekenhuiszorg, neemt de reikwijdte relatief minder af bij overige prestaties: 77 % (voor variabele kosten van ziekenhuiszorg 93 %). De reden hiervoor is dat voor de overige prestaties geen bandbreedteregeling van toepassing is, die zorgt voor een flinke inperking van verschillen in vereveningsresultaat tussen de 'buitenste' zorgverzekeraars.

Spreiding

Daarnaast neemt de spreiding in vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars voor overige prestaties flink af door het risicovereveningssysteem: van € 102 voor een situatie zonder risicovereveningssysteem naar € 19 voor de definitieve vaststelling na flankerend beleid. Dit is een spreidingsreductie van 91 %.

F. Aanvullende resultaten subgroepenanalyse (Deel I)

Deze bijlage presenteert aanvullende resultaten van de subgroepenanalyse in Hoofdstuk 6.

F.1. Somatische kosten

F.1.1. Drempelbedragen percentielklassen

Om verzekerden in 2012 in te kunnen delen in subgroepen op basis van kosten in 2011 is het nodig drempelbedragen te bepalen voor de percentielklassen. Onderstaande tabel presenteert de drempelbedragen voor indeling van verzekerden in de percentielklassen op basis van kosten in het voorgaande jaar. Een verzekerde met kosten hoger dan het gepresenteerde drempelbedrag wordt ingedeeld in de betreffende percentielklasse.

Tabel F.1.1 Drempelbedragen van de percentielklassen voor de totale somatische kosten in 2011, uitgedrukt in € per verzekerde, voor het vaststellingsmoment van de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen.

Somatische kosten	
Definitieve vaststelling: ZiNL-bestand 2011 gebruikt	
Hoogste 1 %	18.221
Hoogste 2 % - 3 %	9.811
Hoogste 4 % - 5 %	6.778
Hoogste 15 %	2.452
Midden 15 % - 85%	99
Laagste 15 %	< = 99

F.2. gGGZ-kosten van verzekerden 18 jaar en ouder

F.2.1. Drempelbedragen percentielklassen

Onderstaande tabel presenteert de drempelbedragen voor de gGGZ-kosten in 2011 voor de definitieve vaststelling. Een verzekerde met kosten hoger dan het gepresenteerde drempelbedrag wordt ingedeeld in de betreffende percentielklasse. De percentielklassen zijn afzonderlijk bepaald voor de ex ante vaststelling en de definitieve vaststelling, conform dezelfde werkwijze.

Tabel F.2.1 Drempelbedragen van de percentielklassen voor de gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder in 2011, uitgedrukt in € per verzekerde van 18 jaar en ouder, voor het vaststellingsmoment van de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen.

GGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder	
Definitieve vaststelling: ZiNL-bestand 2011 gebruikt	
Hoogste 1 %	66.580
Hoogste 2 % - 3 %	25.036
Hoogste 4 % - 5 %	14.276
Midden 25 % - 95%	364
Laagste 25 %	0
Gelijk aan nul	= 0

G. *Herschating ex ante risicovereveningsmodellen: gemiddeld vereveningsresultaat per risicoklasse*

G.1. *Risicovereveningsmodel voor de somatische kosten*

Onderstaande tabel presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat (ongecorrigeerd) bij de definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2012 voor alle afzonderlijke risicoklassen van het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten.

Tabel G.1-1 Gemiddeld vereveningsresultaat voor het ex ante risicovereveningsmodel voor somatische kosten, herschat op de gerealiseerde cijfers van 2012.

	<i>Risicoklasse</i>	<i>Gemiddeld resultaat</i>	<i>Risicoklasse</i>	<i>Gemiddeld resultaat</i>	<i>Risicoklasse</i>	<i>Gemiddeld resultaat</i>
Leeftijd/ geslacht	Man, 0	595	Geen FKG	49	>15 inwoners, 0-17	- 152
	Man, 1-4	96	FKG 1	170	>15 inwoners, 18-64	81
	Man, 5-9	89	FKG 2	142	>15 inwoners, 65+	559
	Man, 10-14	53	FKG 3	477	Laag, 0-17	77
	Man, 15-19	43	FKG 4	85	Laag, 18-64	88
	Man, 20-24	50	FKG 5	252	Laag, 65+	451
	Man, 25-29	39	FKG 6	212	Midden, 0-17	82
	Man, 30-34	44	FKG 7	146	Midden, 18-64	72
	Man, 35-39	71	FKG 8	430	Midden, 65+	131
	Man, 40-44	64	FKG 9	186	Hoog, 0-17	53
	Man, 45-49	81	FKG 10	201	Hoog, 18-64	17
	Man, 50-54	100	FKG 11	338	Hoog, 65+	56
	Man, 55-59	120	FKG 12	332	0-17 - 65+	126
	Man, 60-64	120	FKG 13	296	AO, 18-34	204
	Man, 65-69	173	FKG 14	7.832	AO, 35-44	132
	Man, 70-74	201	FKG 15	310	AO, 45-54	148
	Man, 75-79	243	FKG 16	586	AO, 55-64	162
	Man, 80-84	274	FKG 17	307	Bijstand, 18-34	- 26
	Man, 85-89	293	FKG 18	263	Bijstand, 35-44	64
	Man, 90+	518	FKG 19	935	Bijstand, 45-54	134
	Vrouw, 0	494	FKG 20	1.613	Bijstand, 55-64	85
	Vrouw, 1-4	57	FKG 21	316	Zelfstandig, 18-34	33
	Vrouw, 5-9	25	FKG 22	346	Zelfstandig, 35-44	50
	Vrouw, 10-14	20	FKG 23	1.992	Zelfstandig, 45-54	91
	Vrouw, 15-19	9	FKG 24	2.171	Zelfstandig, 55-64	126
	Vrouw, 20-24	29	FKG 25	5.343	Referentie, 18-34	24
	Vrouw, 25-29	42	DKG 0	68	Referentie, 35-44	24
	Vrouw, 30-34	- 23	DKG 1	277	Referentie, 45-54	65
	Vrouw, 35-39	- 18	DKG 2	266	Referentie, 55-64	80
	Vrouw, 40-44	17	DKG 3	811	Regio 1	88
	Vrouw, 45-49	60	DKG 4	594	Regio 2	93
	Vrouw, 50-54	69	DKG 5	514	Regio 3	86
	Vrouw, 55-59	74	DKG 6	- 396	Regio 4	91
	Vrouw, 60-64	68	DKG 7	1.476	Regio 5	85
	Vrouw, 65-69	108	DKG 8	1.497	Regio 6	90
	Vrouw, 70-74	83	DKG 9	932	Regio 7	81
	Vrouw, 75-79	166	DKG 10	847	Regio 8	82
	Vrouw, 80-84	216	DKG 11	1.698	Regio 9	78
	Vrouw, 85-89	328	DKG 12	666	Regio 10	54
	Vrouw, 90+	435	DKG 13	4.300		

Tabel G.1-1 (Vervolg) Gemiddeld vereveningsresultaat voor het ex ante risicovereveningsmodel voor somatische kosten, herschat op de gerealiseerde cijfers van 2012.

	Risicoklasse	Gemiddeld resultaat
MHK^a	Geen MHK	57
	MHK 1	271
	MHK 2	214
	MHK 3	251
	MHK 4	350
	MHK 5	1.033
	MHK 6	3.051

Voetnoot G.1-1

a. Afkortingen zijn opgenomen in de afkortingenlijst (Bijlage H).

G.2. Risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder

Onderstaande tabel presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat (ongecorrigeerd) bij de definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2012 voor alle afzonderlijke risicoklassen van het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder.

Tabel G.2-1 Gemiddeld vereveningsresultaat voor het ex ante risicovereveningsmodel voor gGGZ-kosten, herschat op de gerealiseerde cijfers van 2012.

	Risicoklasse	Gemiddeld resultaat	Risicoklasse	Gemiddeld resultaat	Risicoklasse	Gemiddeld resultaat		
Leeftijd/ geslacht	Man, 18-24	10	FKG^a	Geen FKG	13	SES^a	>15 inwoners, 18-64	175
	Man, 25-29	35		FKG 1	428		>15 inwoners, 65+	55
	Man, 30-34	31		FKG 2	86		Laag, 18-64	26
	Man, 35-39	13		FKG 3	879		Laag, 65+	18
	Man, 40-44	19		FKG 4	207		Midden, 18-64	11
	Man, 45-49	15	FKG 5	278	Midden, 65+	8		
	Man, 50-54	12	Regio	Regio 1	57	Hoog, 18-64	14	
	Man, 55-59	3		Regio 2	27	Hoog, 65+	20	
	Man, 60-64	13		Regio 3	22	AVI^a	AO, 18-34	201
	Man, 65-69	1		Regio 4	7		AO, 35-44	14
	Man, 70-74	8		Regio 5	13		AO, 45-54	58
	Man, 75-79	5		Regio 6	8		AO, 55-64	30
	Man, 80-84	18		Regio 7	5		Bijstand, 18-34	340
	Man, 85-89	13		Regio 8	4		Bijstand, 35-44	352
	Man, 90+	54		Regio 9	7		Bijstand, 45-54	94
	Vrouw, 18-24	-4		Regio 10	13		Bijstand, 55-64	79
	Vrouw, 25-29	15	EPH^a	Niet	9		Zelfstandig, 18-34	40
	Vrouw, 30-34	34		Wel	51		Zelfstandig, 35-44	22
	Vrouw, 35-39	16				Zelfstandig, 45-54	19	
	Vrouw, 40-44	30	LDR^a	Niet	2	Zelfstandig, 55-64	19	
	Vrouw, 45-49	14		Wel	303	Referentie, 18-34	-3	
	Vrouw, 50-54	15				Referentie, 35-44	4	
	Vrouw, 55-59	24	HDR^a	Niet	5	Referentie, 45-54	4	
	Vrouw, 60-64	21		Wel	738	Referentie, 55-64	9	
	Vrouw, 65-69	7				65+	15	
	Vrouw, 70-74	1						
	Vrouw, 75-79	12						
	Vrouw, 80-84	38						
	Vrouw, 85-89	67						
	Vrouw, 90+	92						

Voetnoot G.2-1

a. Opgenomen in de afkortingenlijst (Bijlage H).

H. Afkortingenlijst

<i>Afkorting</i>	<i>Betekenis</i>
AO	Arbeidsongeschikt
AVI	Aard van Inkomen (vereveningskenmerk)
BB	Bandbreedteregeling (ex post maatregel)
BSN	Burger Service Nummer
CPM	Cumming's Prediction Measure (evaluatiemaatstaf)
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DKG	Diagnosekostengroep (vereveningskenmerk)
DOT	DBC op Weg Naar Transparantie
DV	Definitieve Vaststelling
DV voor ex post	Definitieve Vaststelling voor ex post maatregelen
DV na BB	Definitieve Vaststelling na Bandbreedteregeling
DV na FB	Definitieve Vaststelling na Flankerend Beleid
DV na HKC	Definitieve Vaststelling na Hoge Kosten Compensatie
EPH	Eenpersoonshuishouden (vereveningskenmerk)
Ex ante	Ex ante Vaststelling
FB	Flankerend Beleid
FKG	Farmaciekostengroep (vereveningskenmerk)
GAV	Gemiddelde Absolute Verschillen (evaluatiemaatstaf)
GGAA	Gewogen gemiddelde Absolute Afwijking (evaluatiemaatstaf)
GGAV	Gemiddelde Gewogen Absolute Verschillen (evaluatiemaatstaf)
GGARV	Gewogen gemiddelde Absolute Resultaat Verschuiving (evaluatiemaatstaf)
gGGZ	Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg
HKC	Hoge Kosten Compensatie (ex post maatregel)
HDR	Hoge Kostendrempel (vereveningskenmerk)
KPV-bestand	Kosten-per-Verzekerde bestand
LDR	Lage Kostendrempel (vereveningskenmerk)
MHK	Meerjarige hoge kosten (vereveningskenmerk)
MPB	Macro Prestatie Bedrag
OT	Overall Toets
PwC	PricewaterhouseCoopers
R²	R-kwadraat (evaluatiemaatstaf)
RBRV-bestand	Vereveningskenmerken-per-verzekerde bestand
RV	Risicovereveningssysteem
SES	Sociaaleconomische status (vereveningskenmerk)
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WOR	Wergroep Ontwikkeling Risicoverevening
ZINL	Zorginstituut Nederland
ZVF	Zorgverzekeringsfonds
Zvw	Zorgverzekeringswet

I. *Begrippenlijst*

A-segment

Dit is het deel van de variabele kosten van ziekenhuiszorg waarvoor zorgverzekeraars alleen contractafspraken kunnen maken over volume van zorg en niet prijs. Dit deel is door de overheid gereguleerd.

Acceptatieplicht

Zorgverzekeraars dienen iedere Nederlandse burger te accepteren voor de basisverzekering, ongeacht leeftijd of gezondheid van de verzekerde.

Bandbreedteregeling

De bandbreedteregeling is een ex post maatregel. Deze maatregel zorgt voor een reductie van de verschillen in vereveningsresultaten tussen zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars worden gecompenseerd voor (een deel van) de kosten, indien het vereveningsresultaat boven een vooraf vastgestelde grens komt.

B-segment

Dit is het deel van de variabele kosten van ziekenhuiszorg voor de Declaratie Behandel Combinaties (DBC's) waarvoor zorgverzekeraars kunnen onderhandelen over volume en prijs van zorg.

Cummings' Prediction Measure

Dit is een statistische maatstaf voor de verklaringskracht van een risicovereveningsmodel.

Definitieve vaststelling

De definitieve vaststelling is het moment dat de vereveningsbijdrage (ex ante en ex post) definitief wordt vastgesteld op basis van realisatiecijfers. Dit vindt plaats vier of vijf jaar na het vereveningsjaar.

Diagnose Behandel Combinaties (DBC's)/ DOT

Dit zijn zorgproducten. Voor een diagnose en behandeling is een zorgproduct beschikbaar, die wordt gebruikt voor het declareren van de ziekenhuiszorg. DOT is het nieuwe declaratiesysteem dat in 2012 is ingevoerd.

Ex ante vaststelling

De ex ante vaststelling is het moment dat de normbedragen voor berekening van de ex ante vereveningsbijdrage worden vastgesteld. Dit vindt plaats in het najaar van het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar. Om de normbedragen te verkrijgen is een schatting gemaakt van de verwachte populatiesamenstelling in het vereveningsjaar. Ook zijn de kosten geschaald naar het MPB.

Ex post maatregel(en)

Ex post maatregelen worden ingezet om het risico van zorgverzekeraars op de zorgkosten te reduceren dan wel om een gelijke uitgangspositie van zorgverzekeraars te creëren. Verschillende ex post maatregelen zijn ingezet in 2012.

Expertproducten en add-ons geneesmiddelen

Expertproducten en add-ons geneesmiddelen zijn (dure) intramurale geneesmiddelen, die alleen worden voorgeschreven en toegediend binnen het ziekenhuis.

Flankerend beleid

Flankerend beleid is een ex post maatregel. Het doel is om een gelijke uitgangspositie tussen zorgverzekeraars te bewerkstelligen bij een kostenonderschrijding dan wel kostenoverschrijding van het MPB.

Forfaitaire groep/ niet-forfaitaire groep

De forfaitaire groep en niet-forfaitaire groep worden gebruikt bij vaststelling van de in te houden korting op de vereveningsbijdrage voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico. De forfaitaire groep zijn verzekerden waarvoor wordt verondersteld dat de zorgkosten hoger zijn dan het verplicht eigen risico bedrag. De niet-forfaitaire groep zijn verzekerden waarvoor het in te houden korting wordt geschat aan de hand van een ex ante risicovereveningsmodel.

gGGZ-kosten

Dit zijn de zorgkosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg.

Hoge Kosten Compensatie (HKC)

De HKC is een ex post maatregel. Deze maatregel compenseert zorgverzekeraars voor hoge kosten. Verzekerden met kosten boven een vooraf vastgestelde grens komen in een apart risicopool terecht. De HKC betreft een onderlinge verrekening tussen zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars die minder verzekerden met hoge kosten hebben dan gemiddeld dragen per saldo af aan de risicopool en zorgverzekeraars die meer verzekerden met hoge kosten hebben dan gemiddeld ontvangen per saldo een bedrag vanuit de risicopool.

Macro Prestatie Bedrag (MPB)

Het MPB is het macrobudget dat wordt verdeeld over zorgverzekeraars voor de uitvoering van de risicoverevening. Dit bedrag door het Ministerie van VWS voorafgaand aan het vereveningsjaar vastgesteld.

Macronacalculatie

Dit is een maatregel waarbij achteraf een onderschrijding of overschrijding van het MPB wordt gecompenseerd. Dit betekent dat er een macrovereveningsresultaat is van nul (macrovereveningsbijdrage wordt gelijkgetrokken met de gerealiseerde macrokosten). Per 1 januari 2012 is deze maatregel afgeschaft.

Nacalculatie

Dit is een ex post maatregel waarbij voor een deel of volledig de gerealiseerde zorgkosten achteraf worden gecompenseerd.

Normbedrag(en)

Het normbedrag is een bedrag dat een zorgverzekeraar ontvangt voor een verzekerde die in de risicoklasse van een vereveningskenmerk is ingedeeld. Per risicoklasse van de vereveningskenmerken wordt een normbedrag bepaald.

Opbrengstverrekening

Opbrengstverrekening verwijst naar een verrekensystematiek tussen zorginstelling en zorgverzekeraar. De instelling is gefinancierd middels een budget. Dit budget is vooraf ingeschat. De opbrengsten kunnen verschillen van het budget doordat het aantal verzekerden die zorg hebben gebruikt bij de instelling of de type zorgverlening anders is dan vooraf ingeschat. Hiervoor vindt een verrekening door de instelling met een zorgverzekeraar plaats.

Overige prestaties

Dit zijn de zorgkosten voor ambulancevervoer, huisartsenzorg, paramedische zorg, farmacie, hulpmiddelen, verloskundezorg, kraamzorg, tandartsenzorg en extramurale diagnostiek.

Overall Toets (OT)

Dit is de fase in de uitvoering van het risicovereveningssysteem, waarin de kwaliteit van verschillende ex ante risicovereveningsmodellen met elkaar worden vergeleken. Deze fase resulteert in een besluit over de

vormgeving van de ex ante risicovereveningsmodellen voor het vereveningsjaar. Deze fase vindt plaats in de zomer voorafgaand aan het vereveningsjaar.

Risicoklassen

Dit is een indeling van verzekerden naar groepen. De vereveningskenmerken in het ex ante risicovereveningsmodel zijn ingedeeld in risicoklassen.

Risicoselectie

Risicoselectie zijn acties door verzekerden of zorgverzekeraars met als doel of gevolg dat de beoogde risicosolidariteit niet volledig wordt gerealiseerd. Bijvoorbeeld, het weren van hoog-risico verzekerden of het aantrekken van laag-risico verzekerden, waardoor deze risicogroepen niet volledig worden gepoold.

Risicovereveningssysteem

Het risicovereveningssysteem compenseert zorgverzekeraars voor verschillen in (verwachte) zorgkosten. Het risicovereveningssysteem bestaat uit ex ante risicovereveningsmodellen en ex post maatregelen. Het doel van de risicoverevening is het creëren van een gelijke uitgangspositie voor zorgverzekeraars en het reduceren van financiële prikkels tot risicoselectie. Dit bevordert doelmatigheid van zorg, ongeacht het risicoprofiel van de verzekerdenportefeuille van een zorgverzekeraar.

Risicovereveningsmodel

Dit is een econometrisch voorspelmodel dat gebruikt wordt om de normbedragen te berekenen. Het model bestaat uit verschillende vereveningskenmerken met risicoklassen.

R-kwadraat

Dit is een statistische maatstaf voor de verklaringskracht van een risicovereveningsmodel.

Somatische kosten

Dit zijn de zorgkosten voor ziekenhuiszorg (A- en B-segment) en overige prestaties, waaronder ambulancevervoer, huisartsenzorg, paramedische zorg, farmacie, hulpmiddelen, verloskundezorg, kraamzorg, tandartsenzorg en extramurale diagnostiek.

Vaste kosten

Dit is een deelbedrag voor de vaste kosten van ziekenhuiszorg. Hieronder vallen de kosten voor afschrijving van gebouwen en apparatuur en de kosten voor expertproducten en add-ons-geneesmiddelen.

Verbod op premiedifferentiatie

Zorgverzekeraars dienen iedere verzekerde een dezelfde premie te vragen voor dezelfde basisverzekeringpolis.

Vereveningsbijdrage (ex ante en ex post)

De vereveningsbijdrage is het bedrag dat een zorgverzekeraar jaarlijks ontvangt vanuit het risicovereveningssysteem. De hoogte van de vereveningsbijdrage is afhankelijk van het risicoprofiel van de verzekerdenportefeuille van de zorgverzekeraars. Dit wordt bepaald op basis van ex ante risicovereveningsmodellen (i.e. ex ante vereveningsbijdrage) en ex post maatregelen (i.e. ex post vereveningsbijdrage).

Vereveningskenmerk

Dit betreft een risicokenmerk in het ex ante risicovereveningsmodel. Het vereveningskenmerk bestaat uit verschillende risicoklassen.

Vereveningsresultaat

Het vereveningsresultaat is het verschil tussen de vereveningsbijdrage en de zorgkosten. Een positief vereveningsresultaat betekent dat de vereveningsbijdrage hoger is dan de zorgkosten. Een negatief vereveningsresultaat betekent dat de vereveningsbijdrage lager is dan de zorgkosten.

Verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico is het bedrag aan zorgkosten wat de verzekerde zelf moet betalen. In 2012 bedroeg dit € 220, dit betekent dat de verzekerde de eerste € 220 aan zorgkosten die hij/ zij maakt zelf moet betalen.

Wet van Grote Aantallen

Dit is onder de kansrekening een concept dat de waarnemingen dichterbij het gemiddelde van de populatie komen, naarmate de omvang van de populatie toeneemt.

J. Referenties

- Monitor 2011 - KPMG, 2017. *2011 Kwantitatieve analyse van het risicovereveningssysteem*. Somatische zorg, gGGZ en Eigen risico. Publicatiedatum: 24 februari 2017. KPMG, Amstelveen.
- *Regeling risicoverevening 2012*. Ministerie van VWS, 2011. Publicatiedatum: 13 december 2011. Staatscourant 2011, nr. 23098.
- WOR 530, R.C.J.A. van Vliet, T.P. Everhardt, M.M. van Asselt, G.J. Mazzola, R. Goudriaan, A. Notenboom (2011). *Overall Toets risicovereveningsmodel somatische zorg 2011*. Den Haag: APE.
- WOR 552, P. Stam, L. Boonen, J. Van Loenhout (2011). *Groot onderhoud FKG's 2011*. Rotterdam: SiRM.
- WOR 577, M.M. van Asselt, G.J. Mazzola, T.P. Everhardt, E. van Egmond, R. Goudriaan (2011). *Herijking geneeskundige GGZ 2011*. Den Haag: APE.
- WOR 578, R.C.J.A. van Vliet, T.P. Everhardt, M.M. van Asselt, R. Goudriaan, G.J. Mazzola (2011). *Overall Toets risicovereveningsmodel somatische zorg 2012*. Den Haag: APE.
- WOR 579, M.M. van Asselt, G.J. Mazzola, T.P. Everhardt, E. van Egmond, R. Goudriaan (2011). *Overall Toets risicovereveningsmodel GGZ 2012*. Den Haag: APE.
- WOR 581, R.C.J.A. van Vliet, M.M. van Asselt, G.J. Mazzola, T.P. Everhardt, R. Goudriaan (2011). *Berekening normbedragen risicovereveningsmodel 2012: Normbedragen voor de somatische zorg en de geneeskundige GGZ*. Den Haag: APE.
- WOR 826, iBMG-projectteam risicoverevening. D. Cattel, F. Eijkenaar, R.C. van Kleef en R.C.J.A. van Vliet. *Evaluatie normbedragen van somatische risicovereveningsmodellen 2010-2013*. Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.
- Zorginstituut Nederland, 2013. *Verantwoording verzekerdraming 2014*. Zorginstituut Nederland, Diemen.
- Zorginstituut Nederland, 2014. *Verantwoording verzekerdraming 2015*. Zorginstituut Nederland, Diemen.
- Zorginstituut Nederland, 2015. *Verantwoording verzekerdraming 2016*. Zorginstituut Nederland, Diemen.

