

# Monitor Risicoverevening 2013

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

17 Augustus 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](http://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 2013

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 prevalenties 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 2013 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, het niveau van portefeuilles van zorgverzekeraars en het niveau van subgroepen in de 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 2012 voorafgaand aan het vereveningsjaar 2013 worden de ex ante risicovereveningsmodellen voor 2013 vormgegeven: genaamd de Overall Toets (OT). In het najaar van 2012 worden de normbedragen berekend op basis van de ex ante risicovereveningsmodellen. Deze normbedragen worden gebruikt voor vaststelling van de ex ante vereveningsbijdrage. De OT en ex ante vaststelling zijn gebaseerd op beslisinformatie van drie jaar voorafgaand (2010) aan het vereveningsjaar (2013). De beslisinformatie is representatief gemaakt voor het vereveningsjaar en bevat dan ook geraamde zorgkosten en verzekerdenaantallen voor 2013. Dit onderdeel van de Monitor toetst in hoeverre deze informatie representatief is voor de gerealiseerde zorgkosten en prevalenties ten tijde van de definitieve vaststelling.

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 2013

Deze Monitor richt zich op de somatische kosten, 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 zorgkosten en de gGGZ-kosten van verzekerden onder de 18 jaar blijven buiten beschouwing, aangezien zorgverzekeraars geen financieel risico dragen over deze kosten in 2013.

In de vormgeving van het risicovereveningssysteem van 2013 zijn enkele wijzigingen doorgevoerd ten opzichte van het risicovereveningssysteem van 2012. Deze wijzigingen kunnen als volgt worden samengevat (Hoofdstuk 2 beschrijft deze wijzigingen meer uitgebreid):

- De set van risicoklassen bij bestaande vereveningskenmerken is uitgebreid en enkele vereveningskenmerken zijn geactualiseerd c.q. aangepast.

- De inzet van ex post maatregelen is afgebouwd voor de somatische kosten ten opzichte van 2012 (en voorgaande jaren). Voor de gGGZ-kosten is de inzet van ex post maatregelen in 2013 ongewijzigd ten opzichte van 2012.

In 2013 zijn er 26 risicodragende zorgverzekeraars (hierna: zorgverzekeraars).

## Conclusies Deel I: werking van het risicovereveningssysteem

### Macroniveau

In 2013 zijn de gerealiseerde zorgkosten op macroniveau lager uitgekomen dan verwacht ten tijde van vaststelling van het Macro Prestatie Bedrag (MPB) voor de ex ante vereveningsbijdrage. Dit resulteert in een positief macrovereveningsresultaat voor zowel de somatische zorg (€ 2.141 miljoen) alsmede de gGGZ-zorg voor verzekerden van 18 jaar en ouder (€ 605 miljoen).

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 2013 een negatief macrovereveningsresultaat op van € 158 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 2013 een positief vereveningsresultaat van € 2.588 miljoen op macroniveau.

### Zorgverzekeraarsniveau

Het risicovereveningssysteem van 2013 heeft het vereveningsresultaat van en tussen zorgverzekeraars gereduceerd voor zowel de somatische kosten alsmede de gGGZ-kosten, ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem. 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 84 %. Voor de gGGZ-kosten is sprake van een reductie van 85 %. Flankerend beleid zorgt voor een zeer lichte toename in de spreiding, zowel bij de somatische kosten als gGGZ-kosten. De ex post maatregelen zorgen voor een additionele reductie in de spreiding van het vereveningsresultaat van en tussen zorgverzekeraars. Voor de somatische kosten betreft dit 3 % en voor de gGGZ-kosten 6 %. De resultaten tonen aan 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 in lijn met 2012. Ook de additionele spreidingsreductie door flankerend beleid en ex post maatregelen is nagenoeg gelijk aan 2012. Voor de gGGZ-kosten is de totale spreidingsreductie ook in lijn met 2012, waarbij de spreidingsreductie van het ex ante risicovereveningsmodel is toegenomen ten opzichte van 2012 en de additionele spreidingsreductie door flankerend beleid en ex post maatregelen is afgenomen. De spreidingsreductie voor wat betreft de ingehouden korting op de vereveningsbijdrage voor de geïnde opbrengsten van het verplicht eigen risico zijn vergelijkbaar met voorgaande jaren, waarbij in 2013 sprake is van een lichte toename in de spreiding en de spreidingsreductie. Dit wordt verklaard door de verhoging van het verplicht eigen risico bedrag en de wijziging van de forfaitaire groep voor vaststelling van de in te houden korting op de vereveningsbijdrage per 2013.

## Subgroepniveau

De werking van de ex ante risicovereveningsmodellen voor de somatische kosten en de gGGZ-kosten zijn geëvalueerd op het niveau van subgroepen in de Zvw-bevolking. Deze subgroepen zijn gedefinieerd op basis van kosten uit het voorgaande jaar (2012) en op basis van samenhang tussen een somatische en psychische aandoening in combinatie met leeftijdsgroepen (conform de definities van de Monitor 2012; Monitor 2012 – PwC, 2018). Flankerend beleid en de ex post maatregelen blijven buiten beschouwing. In deze subgroepanalyse is niet gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat van gemiddeld € 130 per verzekerde voor de somatische kosten en € 46 per verzekerde voor de gGGZ-kosten.

Voor het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten voor 2013 zijn voor de onderzochte subgroepen behoorlijke gemiddelde *onder- of overcompensaties* geconstateerd. Subgroepen met geen tot weinig kosten worden gemiddeld overgecompenseerd: verzekerden in de midden 70 % van de kosten in 2012 worden gemiddeld overgecompenseerd met € 170 per verzekerde (70,1 % van de totale Zvw-bevolking). Ook verzekerden zonder somatische en psychische aandoening of verzekerden met een somatische aandoening (ongeacht psychische aandoening) worden gemiddeld overgecompenseerd in 2013: van € 82 per verzekerde voor verzekerden jonger dan 18 jaar en geen somatische aandoening (20,2 % van de totale Zvw-bevolking) tot € 355 per verzekerde voor verzekerden van 65 jaar en ouder met een somatische aandoening en geen psychische aandoening (9,3 % van de totale Zvw-bevolking). Andere subgroepen met hoge kosten c.q. zwaar zorggebruik, die een kleinere omvang hebben, worden gemiddeld flink ondergecompenseerd: zoals € 4.055 per verzekerde voor verzekerden in de hoogste 1 % van de kosten van 2012 (0,8 % van de totale Zvw-bevolking). Het patroon in de resultaten is over het algemeen in lijn met 2012 (Monitor 2012 – PwC, 2018). Dit geeft aan dat dezelfde subgroepen gemiddeld genomen worden onder- of overgecompenseerd in twee opeenvolgende jaren (waarbij de hoogte van de onder- of overcompensatie verschilt in beide jaren).

Het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ is in 2013 in staat verschillen in kosten adequaat te compenseren voor een aantal van de onderzochte subgroepen: verzekerden zonder gGGZ-kosten in 2012 (93,5 % van de Zvw-bevolking van 18 jaar en ouder) en subgroepen met verzekerden zonder psychische aandoening (ongeacht somatische aandoening en leeftijdsgroep), die tezamen het overgrote deel van de verzekerden in de Zvw-bevolking van 18 jaar en ouder vertegenwoordigen (circa 93 %). Voor andere onderzochte subgroepen zijn behoorlijke gemiddelde onder- of overcompensaties geconstateerd. Deze subgroepen zijn relatief klein in omvang (circa 0,1 % - 2 % van de Zvw-bevolking van 18 jaar en ouder). Zo worden verzekerden met kosten in hoogste 1 %, 3 % en 5 % van de kosten van 2012 gemiddeld ondergecompenseerd in 2013 met € 13.819, € 6.812 en € 2.260 per verzekerde, respectievelijk. Daarnaast worden verzekerden met een psychische aandoening (ongeacht somatische aandoening en leeftijdsgroep) gemiddeld behoorlijk overgecompenseerd: met € 360 per verzekerde voor verzekerden van 18 tot en met 64 jaar met zowel een psychische aandoening als mede somatische aandoening en € 683 per verzekerde voor verzekerden van 18 tot en met 64 jaar met een psychische aandoening en zonder somatische aandoening. Het patroon in de resultaten is in lijn met 2012 (Monitor 2012 – PwC, 2018).

Opvallend bij vergelijking van de resultaten voor de somatische kosten en gGGZ-kosten zijn de resultaten voor de subgroepen op basis van samenhang tussen een somatische en psychische aandoening in combinatie met leeftijd. Het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten is in staat om voor subgroepen zonder psychische aandoening (ongeacht somatische aandoening en leeftijdsgroep), die het merendeel van de verzekerden omvatten, de kosten gemiddeld adequaat te compenseren, terwijl dit voor het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten niet het geval is voor subgroepen. Blijkbaar wordt de samenhang tussen deze typen kosten (c.q. zorgverlening) niet adequaat opgenomen door het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten. Nader onderzoek kan uitwijzen in welke mate deze kosten gerelateerd zijn aan een of meerdere chronische aandoeningen (en daarmee niet incidentele kostenpatronen reflecteren), en daarmee dienen te worden gecompenseerd.

## Conclusies Deel II: representativiteit beslisinformatie

### *Representativiteit op zorgverzekeraarsniveau*

Op zorgverzekeraarsniveau is samenhang inzichtelijk gemaakt van de vereveningsbijdrage, zorgkosten en het vereveningsresultaat tussen de verschillende vaststellingsmomenten (OT, ex ante vaststelling en definitieve vaststelling).

De vereveningsbijdrage op zorgverzekeraarsniveau blijkt tussen de vaststellingsmomenten een sterke mate van positieve samenhang te vertonen. Dit geldt zowel voor de somatische kosten als de gGGZ-kosten. Voor de somatische kosten laten de vereveningsresultaten tussen de vaststellingsmomenten een positieve samenhang zien, echter deze is minder sterk dan bij de vereveningsbijdrage en kosten. Voor de gGGZ-kosten is sprake van een (matige) negatieve samenhang in de vereveningsresultaten op de vaststellingsmomenten, wat inhoudt dat zorgverzekeraars met een laag vereveningsresultaat bij de OT of ex ante vaststelling een relatief hoog positief vereveningsresultaat hebben bij de definitieve vaststelling, en andersom.

Verschuivingen in de vereveningsbijdrage, zorgkosten en het vereveningsresultaat kunnen worden verklaard door het effect van het macrovereveningsresultaat, de extra toebedeelde vereveningsbijdrage via flankerend beleid Type II (voor het terugdraaien van de eigen bijdrage voor tweedelijnszorg gGGZ en een verpleegdag in instellingen voor medisch specialistische zorg per 2013), wijzigingen in de portefeuillesamenstelling als gevolg van overstapgedrag van verzekerden per 1 januari 2013, inkoop-effecten van zorgverzekeraars, wijzigingen in de zorgvraag van verzekerden en verschillen in de (kosten)definities van de onderliggende bestanden, zoals de omgang met niet-ingezetenen. Vanwege deze beïnvloedende factoren is deze analyse uitgevoerd om een (grafische) indicatie te verkrijgen van de representativiteit van de beslisinformatie op zorgverzekeraarsniveau; de samenhang tussen de vaststellingsmomenten is niet statistisch getoetst.

### *Representativiteit op enkelvoudige risicoklassen en subgroepen*

Op het niveau van enkelvoudige risicoklassen en subgroepen in de Zwv-bevolking is geanalyseerd in welke mate de geraamde zorgkosten en prevalenties ten tijde van de OT en ex ante vaststelling aansluiten op de gerealiseerde cijfers bij de definitieve vaststelling. Verschillen tussen geraamde cijfers en gerealiseerde cijfers zijn onontkoombaar. Het doel is nagaan in welke mate verschillen voorkomen, en of deze verschillen een structureel patroon vertonen dan wel bijzonderheden van een betreffende vereveningsjaar reflecteren.

Met betrekking tot de somatische kosten vinden opvallende verschuivingen in de kosten plaats bij de vereveningskenmerken DKG, SES, FKG en MHK. De verschuivingen in prevalenties over alle vereveningskenmerken van dit ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten in 2013 is gemiddeld genomen beperkt. Echter, bij de vereveningskenmerken AVI, SES en DKG zijn relatief grote verschuivingen in prevalenties opgetreden. De verschuivingen bij het vereveningskenmerk DKG kunnen worden gerelateerd aan het toevoegen van niet-klinische behandelingen in de DKG's per 2013 en de uitgevoerde conversie naar DBC-DOT voor 2013. Bij de uitvoering van het risicovereveningssysteem is de definitie van het vereveningskenmerk MHK (in 2014) en van het vereveningskenmerk SES (in 2015 en 2016) aangepast om de stabiliteit van deze vereveningskenmerken te verbeteren.

Met betrekking tot de gGGZ-kosten vinden relatief behoorlijke verschuivingen in de kosten plaats bij de vereveningskenmerken AVI, leeftijd/geslacht en LDR in 2013. Daarnaast is de GGAV in kosten voor de vereveningskenmerken Regio en LDR hoger bij de ex ante vaststelling dan bij de OT. In 2012 is dit voor het vereveningskenmerk Regio (en voor SES) ook geconstateerd. De verschuivingen in prevalenties over alle vereveningskenmerken zijn gemiddeld genomen relatief beperkt. Net zoals bij het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten, zijn voor de vereveningskenmerken AVI en SES in het ex

ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten opvallende verschuivingen in prevalenties geconstateerd in 2013.

Bovenstaande opvallende verschuivingen in 2013 zijn voor de betreffende vereveningskenmerken ook in 2012 geconstateerd (Monitor 2012 – PwC, 2018), dan wel zijn in eerder onderzoek geconstateerd (WOR 826). Deze resultaten geven aan dat het aandacht verdient deze vereveningskenmerken in toekomstige vereveningsjaren te monitoren, om te achterhalen in welke mate de geconstateerde verschuivingen structureel zijn of incidenteel van toepassing zijn voor het betreffende vereveningsjaar.

### **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. Vervolgens is geanalyseerd in hoeverre de normbedragen bij de OT en ex ante vaststelling aansluiten op de normbedragen van de herschatte ex ante risicovereveningsmodellen.

Voor het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten in 2013 sluiten de normbedragen ten tijde van de ex ante vaststelling gemiddeld genomen beter aan op de herschatte normbedragen dan de normbedragen van de OT. Herweging naar de verzekerdensraming en schaling naar het MPB dragen in dit geval positief bij aan de representativiteit van de beslisinformatie. Op het niveau van individuele vereveningskenmerken voor het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten van 2013 vallen de vereveningskenmerken DKG, MHK, SES en leeftijd/ geslacht op vanwege de relatief gezien behoorlijke verschillen in normbedragen. Deze verschillen kunnen worden verklaard door verschuivingen in kosten en prevalenties dan wel (in combinatie met) samenhang met andere vereveningskenmerken. In vergelijking met 2012 valt het vereveningskenmerk DKG in 2013 op. De verschillen in 2013 kunnen gerelateerd zijn aan het toevoegen van niet-klinische behandelingen in de DKG's en de uitgevoerde conversie naar DBC-DOT per 2013. Zoals eerder aangegeven, zijn voor de vereveningskenmerken MHK en SES reeds verbeteringen in de uitvoering van de ex ante risicovereveningsmodellen doorgevoerd.

Voor het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten van 2013 resulteert herschatting van het ex ante risicovereveningsmodel in normbedragen die over het algemeen relatief gezien niet substantieel afwijken van de normbedragen ten tijde van de OT en de ex ante vaststelling. Bij de vereveningskenmerken leeftijd/ geslacht, AVI, FKG en LDR (bij criteriumneutraliteit) wijken de ex ante vastgestelde normbedragen meer af van de realisatienormbedragen dan bij de normbedragen ten tijde van de OT, wat inhoudt dat herweging naar de verzekerdensraming en schaling naar het MPB voor deze vereveningskenmerken niet heeft bijgedragen aan een betere aansluiting van de normbedragen. De geconstateerde verschillen bij deze vereveningskenmerken kunnen worden verklaard door verschuivingen in kosten en prevalenties dan wel (in combinatie met) samenhang met andere vereveningskenmerken.

De verklaringskracht van de ex ante risicovereveningsmodellen, zowel voor somatische kosten als gGGZ-kosten, is van vergelijkbare grootte op de verschillende vaststellingsmomenten. Dit betekent dat de verklaringskracht van de ex ante risicovereveningsmodellen bij de definitieve vaststelling (en bij herschatting) in lijn ligt met hetgeen ten tijde van de OT en ex ante vaststelling is verwacht. De verschillen in verklaringskracht tussen de vaststellingsmomenten zijn het gevolg van wijzigingen in de (patronen van) onderliggende data, aangezien de vormgeving van de ex ante risicovereveningsmodellen precies hetzelfde is op de verschillende vaststellingsmomenten.

### **Tot slot**

Het is aanbevolen de analyses in deze Monitor te continueren voor toekomstige vereveningsjaren. Dergelijke analyses leveren additioneel inzicht in de werking van het risicovereveningssysteem en de representativiteit van

de beslisinformatie. Het is aanbevolen voor de huidige ex ante risicovereveningsmodellen (dit is 2019 ten tijde van uitvoering van deze Monitor) de samenhang tussen een somatische aandoening en psychische aandoening in combinatie met leeftijd te onderzoeken. Dit onderzoek kan nagaan of de geconstateerde bevindingen in 2013 nog van toepassing zijn voor de huidige ex ante risicovereveningsmodellen voor 2019, vanwege de verbeteringen die afgelopen jaren zijn doorgevoerd in de vormgeving van de ex ante risicovereveningsmodellen. Daarnaast is het waardevol na te gaan of bevindingen in 2013 (en 2012) bij enkele vereveningskenmerken structureel zijn dan wel bijzonderheden van dit vereveningsjaar reflecteren. Hierbij is het waardevol het effect van het macrovereveningsresultaat (c.q. onder- of overschrijding van het MPB) – op het niveau van afzonderlijke typen zorgkosten – nader te onderzoeken. Mogelijk leiden deze analyses tot aanknopingspunten voor 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	12
1.2.	Monitor Risicoverevening 2013	13
1.3.	Leeswijzer	14
2.	<i>Beschrijving Risicovereveningssysteem 2013</i>	16
2.1.	Deelbedragen	16
2.2.	Ex ante Risicovereveningsmodellen	17
2.3.	Flankerend beleid en ex post maatregelen	20
2.4.	Flankerend beleid voor wijzigingen in het basispakket na besluitvorming van het MPB	22

## Deel I. Toetsing werking risicovereveningssysteem

3.	<i>Beschrijving data en methode van de analyses voor interpretatie resultaten (Deel I)</i>	24
3.1.	Gebruikte bronbestanden	24
3.2.	Definitie vaststellingsmomenten	25
4.	<i>Resultaten op macroniveau</i>	26
4.1.	Doel en definitie begrippen voor interpretatie resultaten	27
4.2.	Macrobudget, -kosten en -vereveningsresultaat	27
4.3.	Somatische kosten	28
4.4.	gGGZ-kosten voor verzekerden van 18 jaar en ouder	30
4.5.	Opbrengsten verplicht eigen risico voor verzekerden van 18 jaar en ouder	32
5.	<i>Resultaten op zorgverzekeraarsniveau</i>	34
5.1.	Doel en definitie begrippen voor interpretatie resultaten	36
5.2.	Somatische kosten	37
5.3.	gGGZ-kosten voor verzekerden van 18 jaar en ouder	44
5.4.	Opbrengsten verplicht eigen risico voor verzekerden van 18 jaar en ouder	50
6.	<i>Resultaten op subgroepniveau</i>	55
6.1.	Doel en definitie begrippen voor interpretatie resultaten	57
6.2.	Somatische kosten	58
6.3.	gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder	61

## Deel II. Representativiteit van beslisinformatie

7.	<i>Beschrijving data en methode van de analyses voor interpretatie resultaten (Deel II)</i>	66
7.1.	Gebruikte databestanden	66
7.2.	Analyse vaststellingsmomenten	66
8.	<i>Representativiteit op zorgverzekeraarsniveau</i>	68
8.1.	Doel en definitie begrippen voor interpretatie resultaten	69
8.2.	Somatische kosten	69
8.3.	gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder	73
9.	<i>Representativiteit op enkelvoudige risicoklassen en subgroepen</i>	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	83
10.	<i>Representativiteit op individuniveau: herschatting ex ante risicovereveningsmodellen op gerealiseerde cijfers</i>	88
10.1.	Doel en definitie begrippen voor interpretatie resultaten	89
10.2.	Somatische kosten	90
10.3.	Verklaringskracht	91
10.4.	gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder	91

## Bijlagen

A.	Achtergrond Risicovereveningssysteem	95
B.	Gebruikte bestanden en aansluiting	100
C.	Beschrijving uitgangspunten en bewerkingen	105
D.	Aanvullende resultaten zorgverzekeraarsanalyse (Deel I)	110
E.	Aanvullende resultaten subgroepenanalyse (Deel I)	116
F.	Reproductie ex ante vaststelling: herweging verzekerdenraming en schaling MPB	117
G.	Herschating ex ante risicovereveningsmodellen: gemiddeld vereveningsresultaat per risicoklasse	119
H.	Afkortingenlijst	121
I.	Begrippenlijst	122
J.	Referenties	126



***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 burger voor deze basisverzekering (i.e. acceptatieplicht\*). Ook dienen zorgverzekeraars iedere burger dezelfde premie te vragen voor dezelfde basisverzekering (i.e. verbod op premiedifferentiatie\*). De acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie borgen dat iedere burger, ongeacht leeftijd, geslacht en gezondheid (risico), toegang heeft tot medisch noodzakelijke zorg vanuit de basisverzekering. Verschillen in zorgkosten tussen verzekerden, als gevolg van verschillen in behoefte aan medische zorg, kunnen niet tot uitdrukking komen in de hoogte van de premie voor de basisverzekering.

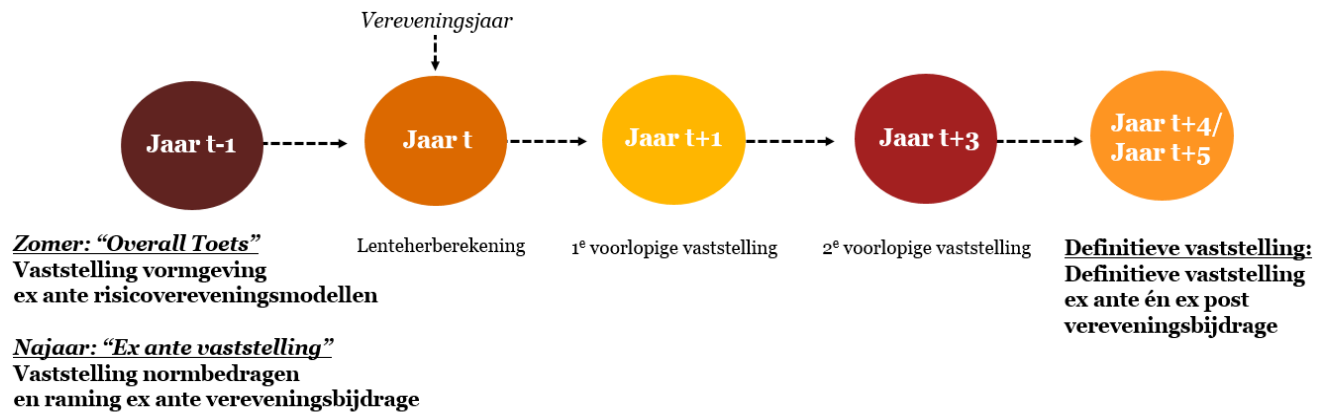
Het *risicovereveningssysteem*\* compenseert zorgverzekeraars voor (verwachte) verschillen in zorgkosten tussen verzekerden. Een zorgverzekeraar met een hoog-risico verzekerdenportefeuille – bijvoorbeeld een bovengemiddeld percentage ouderen en/ of chronisch zieken – ontvangt een hogere vereveningsbijdrage dan een zorgverzekeraar met 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 een hogere premie dient 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: de *ex ante* vaststelling\*. Vier of vijf jaar na het betreffende vereveningsjaar worden de vereveningsbijdragen definitief vastgesteld op basis van gerealiseerde zorgkosten en verzekerdenaantallen: de definitieve vaststelling\*. *Ex post* maatregelen die voor het betreffende vereveningsjaar van toepassing zijn, worden ten tijde van de definitieve vaststelling uitgevoerd. 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 2013

Een goede werking van het risicovereveningssysteem is 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 2013 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 2013 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 besluitvorming over de vormgeving van de ex ante risicovereveningsmodellen voor de uiteindelijk gerealiseerde 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 2013 wordt informatie uit 2010 en voorgaande jaren gebruikt). Dit deel van de Monitor analyseert in welke mate deze informatie aansluit op de gerealiseerde zorgkosten en verzekerdenaantallen van 2013 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 2012, de ex ante vaststelling in het najaar 2012 en de definitieve vaststelling van vereveningsjaar 2013 in 2017.

### 1.2.2. Reikwijdte

De reikwijdte van onderhavige Monitor is gelijk aan de reikwijdte van de Monitor voor 2012 (Monitor 2012 – PwC, 2018).

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<sup>e</sup> voorlopige vaststelling en 2<sup>e</sup> voorlopige vaststelling) zijn geen onderdeel van deze Monitor (zie Figuur 1.1.2-1). Onderhavige Monitor gaat niet in op de kwaliteit van het uitvoeringsproces van deze tussentijdse vaststellingsmomenten.

Deze Monitor heeft betrekking op 2013. Cijfers van 2012 worden overgenomen uit de vorige editie van de Monitor (Monitor 2012 – PwC, 2018). Cijfers van 2011 en de jaren daarvoor worden overgenomen uit een eerdere editie van de Monitor (Monitor 2011 – KPMG, 2017). Op de cijfers van de Monitor van 2011 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. Op basis van de analyses op subgroepen naar de werking van het risicovereveningssysteem kunnen geen conclusies worden getrokken over de werking van het risicovereveningssysteem voor andere subgroepen dan de onderzochte subgroepen. Deze Monitor doet 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 dient te worden verbeterd. Dergelijke conclusies vallen buiten de doelstelling en reikwijdte van deze Monitor. Indien opvallende resultaten worden geconstateerd, leidt dit tot een aanbeveling 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. ten tijde van deze Monitor het vereveningsjaar 2019) nader te onderzoeken.

### 1.3. Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft het risicovereveningssysteem in 2013. Hierin wordt de vormgeving van de ex ante risicovereveningsmodellen en de inzet van ex post maatregelen\* toegelicht.

Vervolgens is 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 10)

*Deel I* toetst de werking van het risicovereveningssysteem van 2013, zoals beschreven in Hoofdstuk 2. Dit gebeurt achtereenvolgens op macro-, zorgverzekeraars- en subgroepniveau.

*Deel II* van deze Monitor gaat in op de representativiteit van de beslisinformatie tijdens de OT (in 2012) voor de uiteindelijke situatie in 2013 (zoals vier of vijf jaar na het vereveningsjaar gerealiseerd). Achtereenvolgens wordt ingegaan op de representativiteit van de beslisinformatie voor het ex ante risicovereveningsmodel voor

---

de somatische kosten en het ex ante risicovereveningsmodel voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (gGGZ) kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder.

## 2. *Beschrijving* *Risicovereveningssysteem 2013*

Dit hoofdstuk beschrijft de vormgeving van het risicovereveningssysteem in 2013. Het risicovereveningssysteem verdeelt het totale Macro Prestatie Bedrag\* (MPB) onder zorgverzekeraars. Het MPB is opgebouwd uit deelbedragen die verschillende typen zorgkosten onder de Zvw omvatten. De deelbedragen worden onderscheiden, omdat verschillende ex ante risicovereveningsmodellen en ex post maatregelen van toepassing zijn op verschillende typen zorgkosten. In paragraaf 2.1 worden de deelbedragen die van toepassing zijn in 2013 toegelicht.

Het risicovereveningssysteem in 2013 bestaat uit drie ex ante risicovereveningsmodellen, flankerend beleid en een aantal ex post maatregelen (nader toegelicht in paragraaf 2.2). 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 2013 zijn de deelbedragen die worden onderscheiden in te delen in de somatische kosten\*, de gGGZ-kosten\* en de vaste kosten\*. Daarnaast worden de opbrengsten van het verplicht eigen risico\* onderscheiden.

#### *Somatische kosten*

De somatische kosten omvatten de variabele kosten van medisch specialistische zorg\* en overige prestaties\*. In 2013 zijn dit twee aparte deelbedragen.

- *Variabele kosten van medisch specialistische zorg (variabele kosten van MSZ)*  
De variabele kosten van MSZ zijn de kosten voor ziekenhuiszorg. Deze zorg wordt gedeclareerd op basis van een Diagnose Behandel Combinatie\* (DBC). Een DBC is een zorgproduct.<sup>1</sup>

In 2012 was sprake van een deelbedrag van de variabele kosten van ziekenhuiszorg voor DBC's in het gereguleerde segment (A-segment\*) en een deelbedrag voor DBC's in het vrij onderhandelbare segment (B-segment\*). Per 2013 is dit onderscheid opgeheven. In totaal zijn 75 % van de kosten van DBC's in het A-segment (uitgezonderd de kosten van expertproducten) en 100 % van de kosten van DBC's in het B-segment toegekend aan één deelbedrag per 2013: variabele kosten van MSZ. De overige 25 % van de kosten van DBC's in het A-segment zijn toegekend aan de vaste zorgkosten (zie hieronder onder 'vaste zorgkosten'). Zorgverzekeraars maken met zorgaanbieders contractafspraken over prijs en volume van alle DBC's onder de variabele kosten van MSZ.

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

<sup>1</sup> Per 2012 wordt gebruik gemaakt van een nieuw declaratiesysteem: DBC's op weg naar Transparantie (DOT). Vanwege de reikwijdte van de Monitor wordt hier niet dieper op ingegaan.



### 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 2013 risico dragen. Net zoals in 2012, is per GGZ-instelling 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).

In 2012 is een eigen bijdrage voor tweedelijnszorg in de gGGZ en een verpleegdag in instellingen voor MSZ ingevoerd. Per 1 januari 2013 vervallen deze eigen bijdragen (Brief Ministerie van VWS, 2013).

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

De gGGZ-kosten voor kinderen en adolescenten zijn kosten waarover zorgverzekeraars in 2013 geen risico dragen. Deze kosten worden achteraf volledig gecompenseerd (i.e. ex post maatregel 100 % nacalculatie, zie paragraaf 2.3.3).

### Vaste zorgkosten

Onder de vaste zorgkosten (voorheen 'vaste kosten van ziekenhuisverpleging') vallen de volgende kosten: 25 % van de kosten van DBC's die tot het voormalige A-segment behoorden, 100 % van de kosten van expertproducten en add-ons voor intramurale (dure) geneesmiddelen (zoals TNF-alfa-remmers en oncolytica), de kosten voor geriatrische revalidatiezorg – die per 2013 zijn overgeheveld van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten naar de Zvw – en nog enkele andere typen zorgkosten (Regeling Risicoverevening, 2013). De zorgkosten onder het deelbedrag vaste zorgkosten worden achteraf volledig vergoed (100 % nacalculatie, zie paragraaf 2.3.3). Zorgverzekeraars dragen in 2013 geen financieel risico over deze zorgkosten.

Per 2013 zijn ook een aantal typen zorgkosten van de vaste zorgkosten overgeheveld naar de variabele kosten van MSZ of overige prestaties. Zo zijn de kosten voor groeihormonen, add-ons voor de Intensive Care en hemostatica (stollingsmiddelen) overgeheveld naar de variabele kosten van MSZ. De zorgkosten voor eerstelijnsdiagnostiek zijn overgeheveld naar de overige prestaties.

### Opbrengsten verplicht eigen risico

In 2013 geldt een verplicht eigen risico van € 350 voor verzekerden van 18 jaar en ouder. Zorgverzekeraars innen de bedragen voor het verplicht eigen risico direct 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 (zie paragraaf 2.2).

Onderhavige 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 Monitor.<sup>2</sup> De gGGZ-kosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar en de vaste zorgkosten vallen buiten de analyses in deze Monitor.

## 2.2. Ex ante Risicovereveningsmodellen

In 2013 zijn er drie ex ante risicovereveningsmodellen:

<sup>2</sup> Bij de toetsing van de werking van het risicovereveningssysteem op macro- en zorgverzekeraarsniveau (Deel I). De andere analyses in deze Monitor (subgroepenanalyse Deel I en analyses Deel II) zijn niet mogelijk op basis van de beschikbare gegevens in de aangeleverde bestanden.

- model voor de somatische kosten
- model voor de gGGZ-kosten
- 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 - 2.2.3) volgt een beschrijving van deze modellen. Tevens worden in deze omschrijving de belangrijkste modelwijzigingen ten opzichte van 2012 toegelicht. Bijlage A beschrijft de modelwijzigingen over afgelopen jaren.

Tabel 2.2-1 Overzicht ex ante risicovereveningsmodellen voor 2013.

Somatische kosten (alle verzekerden in de Zvw-bevolking)		gGGZ-kosten (verzekerden van 18 jaar en ouder)		Opbrengsten verplicht eigen risico (verzekerden van 18 jaar en ouder)	
<b>Vereveningskenmerken<sup>a, b</sup>:</b>	<b>#</b>	<b>Vereveningskenmerken<sup>a, b</sup>:</b>	<b>#</b>	<b>Forfaitaire groep<sup>b</sup></b> (in te houden bedrag van € 313,51):	
Leeftijd/geslacht	40	Leeftijd/geslacht	30	Verzekerden ingedeeld in een positieve risicoklasse van de Farmacie Kostengroepen, Diagnose Kostengroepen of Meerjarig Hoge Kosten 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	25	Psychische Farmacie Kostengroepen	8		
Diagnose Kostengroepen	16	Wel/niet éénpersoonsadres	2		
Meerjarig Hoge Kosten	7	Lage Kostendrempel	2		
		Hoge Kostendrempel	2		
					<b>Niet-forfaitaire groep<sup>b</sup></b> (in te houden bedrag wordt berekend)
					<b>Vereveningskenmerken<sup>a</sup>:</b>
				Leeftijd/geslacht	
				Aard van Inkomen	
				Regio	
<b>Totaal # risicoklassen<sup>b</sup>:</b>	<b>127</b>	<b>Totaal # risicoklassen<sup>b</sup>:</b>	<b>79</b>	<b>Totaal # risicoklassen<sup>b</sup>:</b>	
				<b>57</b>	

Voetnoot Tabel 2.2.-1

- a. Een gedetailleerde beschrijving van de vereveningskenmerken is te vinden in WOR 626.  
b. Definitie is opgenomen in de Begrippenlijst (Bijlage I).

### 2.2.1. Somatische kosten

Het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische zorgkosten van 2013 bestaat uit zeven vereveningskenmerken\* met in totaal 127 risicoklassen\* (Tabel 2.2-1). Deze vereveningskenmerken zijn beschreven in WOR 626. Met dit model worden de somatische zorgkosten van alle verzekerden in de Zvw-bevolking geschat. Dit leidt tot een normbedrag voor elke risicoklasse. De normbedragen worden gebruikt voor vaststelling van de ex ante vereveningsbijdrage.

### Modelwijzigingen in 2013 ten opzichte van 2012

Ten opzichte van het ex ante risicovereveningsmodel van 2012 hebben drie belangrijke wijzigingen plaatsgevonden voor het model van 2013:

- *Uitbreiding vereveningskenmerk Diagnose Kostengroepen (DKG) met twee risicoklassen*  
Het vereveningskenmerk DKG is in 2013 uitgebreid met twee risicoklassen, waarbij vier nieuwe diagnosegroepen (i.e. Dxgroepen) worden betrokken: hemofilie, slaapapneu, nierziekten bij kinderen en shuntchirurgie ten behoeve van nierlijden. Daarnaast worden de diagnosegroepen per 2013 mede gebaseerd op diagnose-informatie van niet-klinische behandelingen.

- *Vervallen één risicoklasse bij vereveningskenmerk Farmacie Kostengroepen (FKG)*  
In 2013 vervalt voor het vereveningskenmerk FKG de risicoklasse Reuma: TNF-alfa-remmers. Deze kosten vallen onder de vaste zorgkosten. Daarnaast is de naamgeving van drie risicoklassen aangepast: FKG 'Reuma: overige middelen' is aangepast in 'Reuma', de FKG voor Diabetes type II a is gewijzigd in 'Diabetes type II met hypertensie' en de FKG voor Diabetes type II b is gewijzigd in Diabetes type II zonder hypertensie.
- *Aanpassing definitie van één risicoklasse van vereveningskenmerk Meerjarig Hoge Kosten (MHK)*  
Voor het vereveningskenmerk MHK is de risicoklasse voor verzekerden met in twee voorafgaande jaren kosten in de top 15 % beperkt tot een risicoklasse voor verzekerden met in de twee voorafgaande jaren kosten in de top 10 %. Verzekerden dienen in een hogere percentielklasse te zijn ingedeeld in 2013 ten opzichte van 2012 om te worden opgenomen in een positieve risicoklasse van dit vereveningskenmerk. Verzekerden die niet (meer) tot deze risicoklasse behoren worden ingedeeld in de afslagklasse.

### 2.2.2. gGGZ-kosten

Het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten heeft betrekking op verzekerden van 18 jaar en ouder. Het model in 2013 bestaat uit acht vereveningskenmerken met in totaal 79 risicoklassen (Tabel 2.2-1). Deze vereveningskenmerken zijn beschreven in WOR 626. Met dit model worden de normbedragen voor de gGGZ-kosten van alle Zvw-verzekerden van 18 jaar en ouder geschat.

#### Modelwijzigingen in 2013 ten opzichte van 2012

Ten opzichte van het ex ante risicovereveningsmodel van 2012 hebben twee belangrijke wijzigingen plaatsgevonden voor het model van 2013:

- *Uitbreiding van het vereveningskenmerk psychische FKG met twee risicoklassen*  
Per 2013 is het vereveningskenmerk psychische FKG uitgebreid met twee risicoklassen, namelijk FKG Psychose Depot en FKG Bipolair Complex. Hiermee kent het vereveningskenmerk psychische FKG in 2013 acht risicoklassen. De oorspronkelijke risicoklasse FKG Psychose (zoals opgenomen in het ex ante risicovereveningsmodel van 2012) is opgesplitst in twee risicoklassen: FKG Psychose en FKG Psychose Depot. Onder de FKG Psychose Depot vallen de geneesmiddelen met een langere werkingsduur, de zogenoemde depotpreparaten. Verzekerden die deze geneesmiddelen gebruiken, hebben naar verwachting hogere vervolggkosten dan verzekerden die andere geneesmiddelen gebruiken voor de behandeling van een psychose.
- *Verlaging van de GGZ-kosten Lage Kostendrempel*  
Voor het vereveningskenmerk Lage Kostendrempel (LDR) is de kostendrempel verlaagd van € 550 per verzekerde in 2012 naar € 400 per verzekerde in 2013, vanwege de invoering van de eigen bijdrage voor de gGGZ in 2012. Door de eigen bijdrage komt een deel van de zorgkosten direct ten laste van de verzekerde. Om dezelfde groep gebruikers van tweedelijnszorg in 2013 boven de kostendrempel uit te laten komen als in 2012 is de kostendrempel in 2013 verlaagd (WOR 624). De drempel van de gGGZ-kosten voor het vereveningskenmerk Hoge Kostendrempel (HDR) is gelijk gebleven (€ 2.750 per verzekerde).

### 2.2.3. Opbrengsten verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico heeft alleen betrekking op verzekerden van 18 jaar en ouder. Net zoals in 2012 zijn de huisartsenzorg, verloskundige zorg en kraamzorg in 2013 uitgesloten van het verplicht eigen risico. Deze zorgkosten worden niet meegenomen in berekening van de opbrengsten van het verplicht eigen risico. De zorgkosten die worden meegenomen voor berekening van de opbrengsten van het verplicht eigen risico zijn de somatische kosten (met uitzondering van huisartsenzorg, verloskundige zorg en kraamzorg) en de gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder tezamen.

Ten opzichte van 2012 heeft in 2013 een belangrijke wijziging plaatsgevonden met betrekking tot de groep verzekerden waarvan wordt verwacht dat de zorgkosten hoger zijn dan het verplicht eigen risico bedrag: de forfaitaire groep\*. Per 2013 is de definitie van deze groep uitgebreid. Verzekerden die in een positieve risicoklasse van de vereveningskenmerken FKG, DKG of MHK zijn ingedeeld, worden ingedeeld in de forfaitaire groep. In eerdere jaren werden deze verzekerden alleen ingedeeld op basis van het vereveningskenmerk FKG. In 2013 is uitgegaan van een bedrag van € 313,51 per verzekerde dat wordt ingehouden op de vereveningsbijdrage voor verzekerden in de forfaitaire groep.

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 2013 bestaat uit drie vereveningskenmerken met in totaal 57 risicoklassen (Tabel 2.2-1). Deze vereveningskenmerken zijn beschreven in WOR 626. De vormgeving van het eigen risico model is niet gewijzigd ten opzichte van 2012.

Daarnaast is het verplicht eigen risico bedrag in 2013 toegenomen van € 220 naar € 350 per verzekerde van 18 jaar en ouder.

### 2.3. Flankerend beleid en ex post maatregelen

In 2013 zijn flankerend beleid\* (FB)<sup>3</sup> en verschillende ex post maatregelen\* ingezet (Tabel 2.3-1). Ten behoeve van de interpretatie van de resultaten ten opzichte van de Monitor van 2012 (Monitor 2012 – PwC, 2018), worden hieronder de modelwijzigingen ten opzichte van 2012 toegelicht. Voor het verplicht eigen risico is geen flankerend beleid en zijn geen ex post maatregelen van toepassing.

Flankerend beleid is een ander type maatregel dan de klassieke ex post maatregelen in Tabel 2.3-1. Het Ministerie van VWS heeft in 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, maar *niet* flankerend beleid. In deze Monitor wordt flankerend beleid apart behandeld naast de ex post maatregelen. Net zoals de ex post maatregelen, wordt flankerend beleid bij de definitieve vaststelling uitgevoerd door een op- of afslag op de ex ante vereveningsbijdrage.

Tabel 2.3-1 Overzicht flankerend beleid en ex post maatregelen in 2013.

Somatische kosten (alle verzekerden in de Zvw-bevolking)	gGGZ-kosten (verzekerden van 18 jaar en ouder)	gGGZ-kosten (verzekerden tot 18 jaar) en vaste kosten
Flankerend beleid Bandbreedteregeling: 90 % - € +/- 25	Flankerend beleid Hoge Kosten Compensatie: 90 % - € 10.000 Bandbreedteregeling: 90 % - +/- € 7,50	Nacalculatie 100 %

#### 2.3.1. Somatische kosten

Voor de somatische kosten is flankerend beleid en één ex post maatregel ingezet in 2013:

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

<sup>3</sup>Hier wordt flankerend beleid Type I bedoeld; *niet* flankerend beleid Type II waarmee gevolgen van besluitvorming *na* het moment van vaststelling van de overheidsbegroting over wijzigingen in het basispakket en catastrofes kunnen worden gecompenseerd. Deze maatregel wordt in paragraaf 2.4 toegelicht.

*Flankerend beleid*

In 2012 is flankerend beleid ingevoerd. Flankerend beleid beoogt bij te dragen aan een gelijke uitgangspositie tussen zorgverzekeraars. 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 verzekerdenportefeuille naar verwachting hogere negatieve financiële resultaten in geval van een overschrijding van het MPB dan zorgverzekeraars met een laag-risico verzekerdenportefeuille. Andersom behalen zorgverzekeraars met een hoog-risico verzekerdenportefeuille zonder flankerend beleid naar verwachting hogere positieve financiële resultaten in geval van een onderschrijding van het MPB dan zorgverzekeraars met een laag-risico verzekerdenportefeuille.

Bij de definitieve vaststelling wordt flankerend beleid toegepast vóór toepassing van de geldende ex post maatregelen. Flankerend beleid wordt toegepast voor de variabele kosten van MSZ en de overige prestaties.

*Bandbreedteregeling*

Net zoals in 2012, geldt in 2013 een bandbreedteregeling voor de variabele kosten van MSZ. De bandbreedteregeling vergelijkt per verzekerde het (positieve of negatieve) vereveningsresultaat\* van de betreffende zorgverzekeraar met het gemiddelde vereveningsresultaat over alle zorgverzekeraars. Indien het vereveningsresultaat meer afwijkt dan het grensbedrag van € 25 (positief dan wel negatief) per verzekerde van 18 jaar en ouder, wordt 90 % van de kosten boven het grensbedrag verevend. De bandbreedteregeling beoogt het risico van zorgverzekeraars op uitschieters in het vereveningsresultaat in te perken.

**Wijzigingen in 2013 ten opzichte van 2012**

Ten opzichte van 2012 heeft de volgende wijziging in 2013 plaatsgevonden met betrekking tot de inzet van ex post maatregelen:

- *Bandbreedteregeling verruimd naar 90 % met grensbedrag van € +/- 25.*  
De bandbreedteregeling is in 2013 verruimd van 90 % met een grensbedrag van € +/- 22,50 naar 90 % met een grensbedrag van € +/- 25. De bandbreedteregeling beperkt het risico voor zorgverzekeraars op uitschieters, met name voor de kosten van DBC's in het voormalige A-segment (waarbij de overheid de prijs heeft vastgesteld) die per 2013 onderdeel zijn van de variabele kosten van MSZ. De inzet van de bandbreedteregeling is gerelateerd aan onzekerheid omtrent de variabele kosten van MSZ.

**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 2013 ingezet:

- Flankerend beleid
- Hoge Kosten Compensatie\* (HKC)
- Bandbreedteregeling

*Flankerend Beleid*

Net zoals voor de somatische kosten is per 2012 flankerend beleid ingezet voor de gGGZ-kosten voor verzekerden van 18 jaar of ouder. Een beschrijving van flankerend beleid is opgenomen in paragraaf 2.3.1.

*Hoge Kosten Compensatie (HKC)*

Net zoals voorgaande jaren (vanaf 2010), is in 2013 een HKC voor de gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder 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*

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 meer afwijkt dan het grensbedrag van € 7,50 (positief dan wel negatief) per verzekerde van 18 jaar en ouder. Deze bandbreedteregeling wordt uitgevoerd nadat flankerend beleid en HKC zijn uitgevoerd.

**Geen wijzigingen in 2013 ten opzichte van 2012**

Ten opzichte van 2012 hebben geen wijzigingen in 2013 plaatsgevonden in de inzet van flankerend beleid en ex post maatregelen voor de gGGZ-kosten.

## **2.4. Flankerend beleid Type II voor wijzigingen in het basispakket na besluitvorming van het MPB**

De eigen betaling voor tweedelijnszorg in de gGGZ en een verpleegdag in instellingen voor MSZ is komen te vervallen per 1 januari 2013. Deze beleidskeuze heeft plaatsgevonden nadat het MPB van 2013 in het najaar 2012 is vastgesteld. Echter, deze maatregel is uitgevoerd voor 1 januari 2013. Volgens het Besluit Zorgverzekering kan in dit geval de Minister van VWS extra middelen toedelen aan het ex ante vereveningsbudget voor uitvoering van het risicovereveningssysteem (Besluit Zorgverzekering). Deze maatregel wordt *flankerend beleid Type II* \* genoemd. Dit gaat in 2013 om een bedrag van in totaal € 201 miljoen, waarvan € 146 miljoen gGGZ-kosten, € 47 miljoen variabele kosten van MSZ en € 8 miljoen vaste zorgkosten. Deze extra toebedeelde bijdrage is vanaf de 1<sup>e</sup> voorlopige vaststelling in de uitvoering van het risicovereveningssysteem meegenomen. In deze Monitor is deze bijdrage inbegrepen in de analyses bij de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage.



***Toetsing werking  
risicovereveningssysteem***

### 3. *Beschrijving data en methode van de analyses voor interpretatie resultaten (Deel I)*

Voorafgaand aan het beschrijven van de resultaten over de werking van het risicovereveningssysteem in de volgende hoofdstukken (Hoofdstuk 4 tot en met 6), beschrijft dit hoofdstuk op welke brongegevens deze resultaten zijn gebaseerd. Tevens worden de twee analysemomenten gedefinieerd die worden gebruikt 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’.

Bijlage B en Bijlage C beschrijven de bewerkingen die zijn uitgevoerd op de aangeleverde bronbestanden en de uitgangspunten die zijn gehanteerd bij de analyses naar de werking van het risicovereveningssysteem.

#### 3.1. Gebruikte bronbestanden

Voor de analyses naar de werking van het risicovereveningssysteem op de drie analyseniveaus (macro, zorgverzekeraars en subgroepen) zijn verschillende bronbestanden aangeleverd. De beschrijvende statistieken van deze bronbestanden zijn opgenomen in Bijlage B. Op basis van deze statistieken acht PwC de bronbestanden volledig en geschikt voor uitvoering van de analyses in deze Monitor.

##### 3.1.1. Macro- en zorgverzekeraarsanalyse

Voor de *macro- en zorgverzekeraarsanalyse* heeft het ZINL een bronbestand aangeleverd op zorgverzekeraarsniveau. Dit bestand bevat gegevens over zorgkosten en verzekerdenaantallen voor de ex ante vaststelling (najaar 2012) en de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdragen (2013, vastgesteld in 2017). Dit bestand is gebruikt voor de daadwerkelijke uitvoering van het risicovereveningssysteem van 2013. Voor deze Monitor zijn de gegevens van 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 (RBRV-bestand) van 2013 en 2012*

Het ZINL heeft het KPV-bestand en RBRV-bestand van 2013 aangeleverd. Deze bestanden zijn gekoppeld een elkaar op het niveau van verzekerden. Dit gekoppelde bestand bevatten de gerealiseerde zorgkosten en de vereveningskenmerken per verzekerde.

Daarnaast heeft het ZINL het KPV-bestand en RBRV-bestand van 2012 aangeleverd. De zorgkosten uit de bestanden voor 2012 zijn gebruikt voor het definiëren van subgroepen. Bijlage B rapporteert de beschrijvende statistieken van deze bestanden en Bijlage C beschrijft de gehanteerde uitgangspunten en uitgevoerde bewerkingen.

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 type zorgsoort in plaats van deelbedrag) zijn niet beschikbaar in de aangeleverde bronbestanden voor de definitieve vaststelling. De subgroepenanalyse richt zich dan ook op de werking van het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten en voor de gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder.



### 3.2. Definitie vaststellingsmomenten

Deze Monitor evalueert de werking van het risicovereveningssysteem door de definitieve vereveningsbijdrage voor en na flankerend beleid en ex post maatregelen, zoals opgenomen in Tabel 3.2-1, te analyseren en met elkaar te vergelijken. In deze Monitor worden de ‘definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen’ en de ‘definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregelen’ (uitgesplitst in de analyse per ex post maatregel) *vaststellingsmomenten* genoemd. Voor de goede orde wordt vermeld dat deze vaststellingsmomenten afzonderlijke stappen zijn bij de uitvoering van de definitieve vaststelling (zie Figuur 1.1.2-1).

Tabel 3.2-1 Overzicht analyse vaststellingsmomenten voor de drie analyseniveaus.

Analyseniveau	Definitieve vaststelling voor 2013, zoals vastgesteld in 2017	
	voor flankerend beleid en ex post maatregelen	na flankerend beleid en ex post maatregel(en)
Macro	✓	✓
Zorgverzekeraars	✓	✓
Subgroepen	✓	✗

- Definitieve vaststelling voor 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 2013 is vastgesteld, voor toepassing van flankerend beleid en ex post maatregelen (inclusief de extra toebedeelde bijdrage onder flankerend beleid Type II). Deze ex ante vereveningsbijdrage wordt bepaald op basis van de in het najaar van 2012 vastgestelde normbedragen (rekening houdend met criteriumneutraliteit\*) in combinatie met de gerealiseerde verzekerdenaantallen per vereveningskenmerk van de ex ante risicovereveningsmodellen van 2013. In Deel I wordt de definitieve ex ante vereveningsbijdrage voor flankerend beleid en ex post maatregelen vergeleken met de *gerealiseerde* zorgkosten (resultaten in Hoofdstukken 4 tot en met 6).
- Definitieve vaststelling na 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 2013 is 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 (Hoofdstuk 4 en 5). 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 in 2013. Indien van toepassing, worden de resultaten voor 2013 met de uitkomsten van voorgaande jaren vergeleken (Monitor 2012 – PwC, 2018 en Monitor 2011 – KPMG, 2017). Hierbij dient rekening te worden gehouden met de wijzigingen in de vormgeving van het risicovereveningssysteem van 2012 naar 2013, en eventueel met voorgaande jaren (zie Hoofdstuk 2 en Bijlage A).

Indien in deze Monitor wordt gesproken over ‘verzekerden’ staat dit voor ‘verzekerdenjaren’. Eveneens wordt met ‘zorgverzekeraar’ de ‘risicodragende zorgverzekeraar’ bedoeld.

---

## 4. Resultaten op macroniveau

---

### Conclusies

Voor de somatische kosten en de gGGZ-kosten onder de Zvw in 2013 is sprake van een positief macrovereveningsresultaat van € 2.588 miljoen, rekening houdend met het macrovereveningsresultaat voor de ingehouden vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico.

#### *Somatische kosten en gGGZ-kosten*

- In 2013 zijn de gerealiseerde zorgkosten op macroniveau lager dan verwacht en daarmee lager dan de vereveningsbijdrage bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregelen. Dit resulteert in een positief macrovereveningsresultaat van € 2.746 miljoen: € 2.141 miljoen voor de somatische kosten en € 605 miljoen voor de gGGZ-kosten.
- Van alle ex post maatregelen heeft nacalculatie van de vaste zorgkosten en de gGGZ-kosten voor verzekerden onder de 18 jaar het grootste effect op vaststelling van de definitieve vereveningsbijdrage op macroniveau in 2013: tezamen een opslag van € 493,2 miljoen (ex ante macrobudget is € 38.846 miljoen). Deze nacalculatie heeft geen effect op het macrovereveningsresultaat, 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 hoger dan de werkelijke opbrengsten van het verplicht eigen risico. Dit resulteert in 2013 in een negatief macrovereveningsresultaat van € 158 miljoen.
-

## 4.1. Doel en definitie begrippen voor interpretatie resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de toetsing van de werking van het risicovereveningssysteem op *macroniveau* voor 2013.

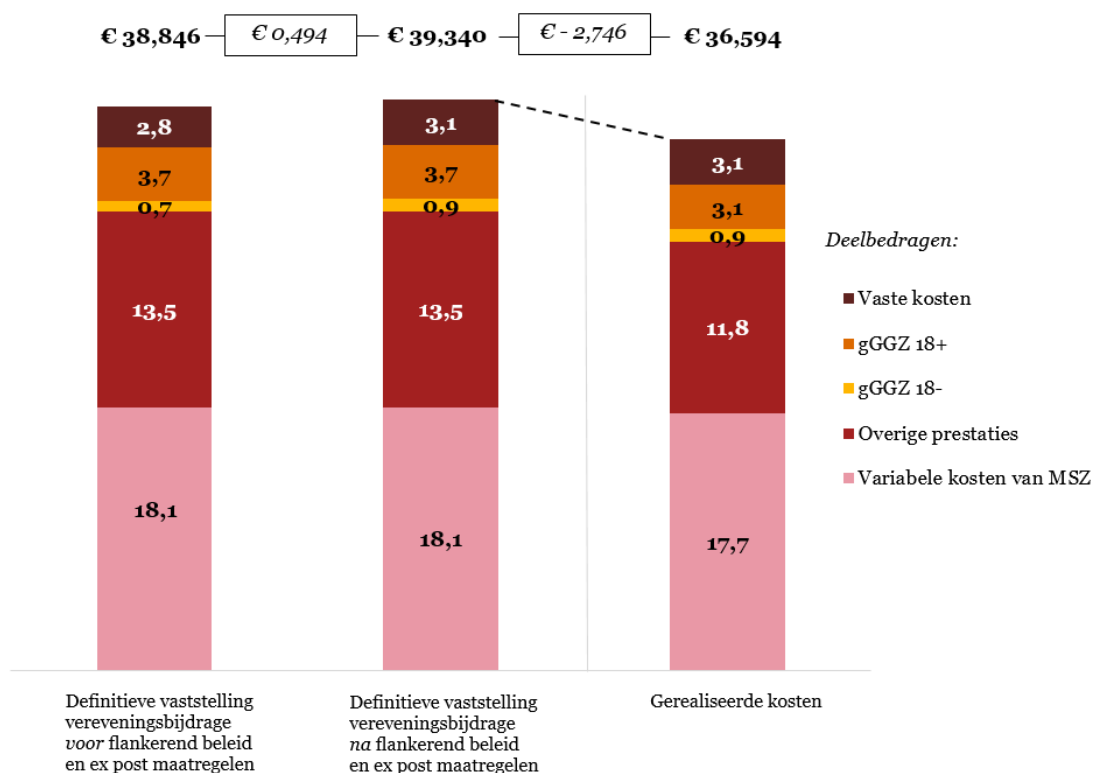
Om inzicht te verkrijgen in de aansluiting van de macrovereveningsbijdrage op de gerealiseerde macrokosten is het verschil tussen de macrovereveningsbijdrage en macrokosten geanalyseerd. Dit is het *macrovereveningsresultaat\**. Een positief macrovereveningsresultaat betekent dat de totale vereveningsbijdrage 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 zorgkosten onder de Zvw voor verschillende vaststellingsmomenten: de definitieve vaststelling *voor* en *na* flankerend beleid en ex post maatregelen. Daarnaast is voor deze vaststellingsmomenten 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. Vervolgens is het macrovereveningsresultaat voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico geanalyseerd.

## 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 2013 (vastgesteld in 2017).

Figuur 4.2-1 Macrobudget voor vereveningsjaar 2013 in deelbedragen bij de definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid en ex post maatregelen en de gerealiseerde macrokosten, uitgedrukt in miljarden €.



### Macrovereveningsbijdrage

De ex ante macrovereveningsbijdrage bij de definitieve vaststelling voor toepassing van flankerend beleid en ex post maatregelen bedraagt voor 2013 € 38.846 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 2012 bij de ex ante vaststelling voor 2013: € 38.603 miljoen (niet gepresenteerd in Figuur 4.2-1). Het verschil tussen deze bedragen wordt verklaard doordat de gerealiseerde verzekerdenaantallen en samenstelling van de Zvw-bevolking afwijken van de geraamde aantallen die worden verwacht bij de ex ante vaststelling in 2012 voor vereveningsjaar 2013. In Deel II van deze Monitor zijn analyses naar de representativiteit van de geraamde cijfers opgenomen.

De ex post maatregelen zorgen voor een opslag op de ex ante vereveningsbijdrage op macroniveau van afgerond € 494,0 miljoen. Dit komt hoofdzakelijk door nacalculatie van de vaste kosten (€ 294,0 miljoen) en de gGGZ-kosten van verzekerden onder de 18 jaar (€ 199,3 miljoen), welke een totaal effect hebben van € 493,2 miljoen. De resterende € 0,8 miljoen is het saldo-effect van de bandbreedteregeling voor de variabele kosten van MSZ en voor de gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder. Uiteindelijk bedraagt de macrovereveningsbijdrage bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregelen afgerond € 39.340 miljoen in 2013 (Figuur 4.2-1).

### Macrokosten

De gerealiseerde macrokosten voor 2013 bedragen € 36.594 miljoen (Figuur 4.2-1). In 2012 bedroegen de macrokosten afgerond € 35.185 miljoen. Dit betekent dat de zorgkosten onder de Zvw in 2013 circa 4,0 % zijn gestegen ten opzichte van 2012. Dit ligt in lijn met de kostenstijging van 2012 ten opzichte van 2011: circa 3,5 %.

### Macrovereveningsresultaat

In 2013 zijn de totale gerealiseerde macrokosten lager dan de definitief vastgestelde macrovereveningsbijdrage, hetgeen resulteert in een positief macrovereveningsresultaat van € 2.746 miljoen. Met de invoering van flankerend beleid in 2012 wordt een onderschrijding (of overschrijding) van het macrobudget niet meer gelijkgetrokken bij de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdragen aan zorgverzekeraars. Net zoals in 2012, is voor 2013 sprake van een positief macrovereveningsresultaat. In 2012 was sprake van een positief macrovereveningsresultaat van € 1.452 miljoen voor de somatische kosten en gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder tezamen (Monitor 2012 – PwC, 2018). De gerealiseerde zorgkosten zijn in 2012 en 2013 lager uitgekomen dan verwacht bij vaststelling van het MPB, waarbij het verschil in 2013 groter is dan in 2012.

## 4.3. Somatische kosten

De macrovereveningsbijdrage na flankerend beleid en ex post maatregelen voor de totale somatische kosten bedraagt € 31.650 miljoen in 2013. Daarvan bedraagt € 18.116 miljoen variabele kosten van MSZ en € 13.534 miljoen overige prestaties (Figuur 4.2-1).

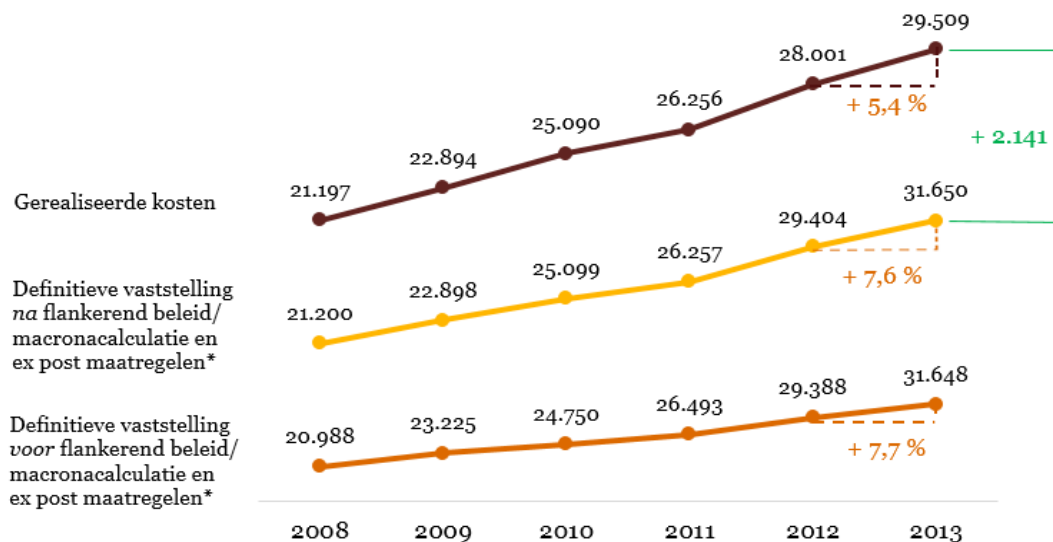
De totale gerealiseerde somatische kosten bedragen € 29.509 miljoen. Daarvan bedragen € 17.707 miljoen variabele kosten van MSZ en € 11.802 miljoen overige prestaties (Figuur 4.2-1).

Dit resulteert in een positief macrovereveningsresultaat van € 2.141 miljoen voor de totale somatische kosten in 2013. Daarvan is € 409 miljoen (i.e. € 18.116 - € 17.707 miljoen) voor de variabele kosten van MSZ en € 1.732 miljoen (i.e. € 13.534 - € 11.802 miljoen) voor de overige prestaties. In totaal komt het macrovereveningsresultaat neer op afgerond € 128 per verzekerde van de totale Zvw-bevolking.

Om een beeld te krijgen van de ontwikkeling van de macrovereveningsbijdrage en de macrokosten, presenteert Figuur 4.3-1 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 2013. Bij interpretatie van de resultaten dient rekening te worden gehouden met wijzigingen in de vormgeving van het

risicovereveningssysteem, waaronder de inzet van macronaïcalculatie tot en met 2011 en flankerend beleid vanaf 2012 en andere wijzigingen in de inzet van ex post maatregelen (zie Hoofdstuk 2 en Bijlage A).

**Figuur 4.3-1** Ontwikkeling van de vereveningsbijdrage (voor en na flankerend beleid/ macronaïcalculatie en ex post maatregelen) en de gerealiseerde macrokosten voor de somatische zorg over de periode 2007 tot en met 2013<sup>a</sup>, uitgedrukt in miljoenen €.



Voetnoot Figuur 4.3-1

- Cijfers van 2007 tot en met 2011 zijn overgenomen uit de Monitor 2011 (Monitor 2011 – KPMG, 2017).
- Cijfers van 2012 zijn overgenomen uit de Monitor 2012 (Monitor 2012 – PwC, 2018).
- \* Inclusief voor en na de inzet van macronaïcalculatie tot en met 2011 en flankerend beleid in 2012 en 2013. Daarnaast hebben wijzigingen plaatsgevonden in de inzet van ex post maatregelen (zie Hoofdstuk 2 en Bijlage A).

Figuur 4.3-1 toont aan dat de macrovereveningsbijdrage voor en na flankerend beleid en ex post maatregelen in 2013 met circa 7,6 % is gestegen ten opzichte van 2012. Deze stijging is gerelateerd aan de verwachte algemene Zvw-kostenstijging, zoals meegenomen in het MPB. De gerealiseerde kosten voor de somatische zorg zijn circa 5,4 % gestegen in 2013 ten opzichte van 2012. Zoals eerder vermeld, resulteert dit in een positief macrovereveningsresultaat in 2013. In vergelijking met 2012 is het macrovereveningsresultaat toegenomen. Dit wordt met name veroorzaakt door de relatief grotere stijging van het MPB dan de stijging in de zorgkosten ten opzichte van 2012.

### Effect flankerend beleid en ex post maatregel

Flankerend beleid en de bandbreedteregeling hebben het volgende effect gehad op de vereveningsbijdrage voor de somatische kosten in 2013:

- *Flankerend beleid*  
Op macroniveau heeft flankerend beleid geen effect, omdat dit 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 onderling geanalyseerd. De bedragen die zorgverzekeraars onderling afdragen, dan wel ontvangen, zijn gesommeerd. Op macroniveau vindt een absolute verschuiving in de vereveningsbijdrage tussen zorgverzekeraars plaats van € 172,1 miljoen in 2013. Dit betekent dat flankerend beleid wel degelijk een behoorlijk effect kan hebben op de vereveningsbijdrage van een individuele zorgverzekeraar (ook al heeft flankerend beleid op macroniveau geen effect). In 2012 had flankerend beleid een totaal absoluut effect van € 135,5 miljoen. De stijging van de absolute verschuiving in vereveningsbijdrage tussen zorgverzekeraars ten opzichte van 2012 is te verklaren door de stijging van het macrovereveningsresultaat.

- *Bandbreedteregeling*

Na toepassing van flankerend beleid wordt de bandbreedteregeling toepast. De bandbreedteregeling heeft voor de somatische kosten op macroniveau een positief effect van afgerond € 1,9 miljoen in 2013. Dit is aanzienlijk minder dan 2012: een positief effect van € 15,6 miljoen. Dit kan worden verklaard door verruiming van het grensbedrag voor de bandbreedteregeling, waardoor zorgverzekeraars in 2013 ten opzichte van 2012 pas boven een hoger grensbedrag worden gecompenseerd (voor 90 % van de kosten boven dit grensbedrag). Ook kan verbetering van het ex ante risicovereveningsmodel ervoor zorgen dat het effect van de bandbreedteregeling afneemt.

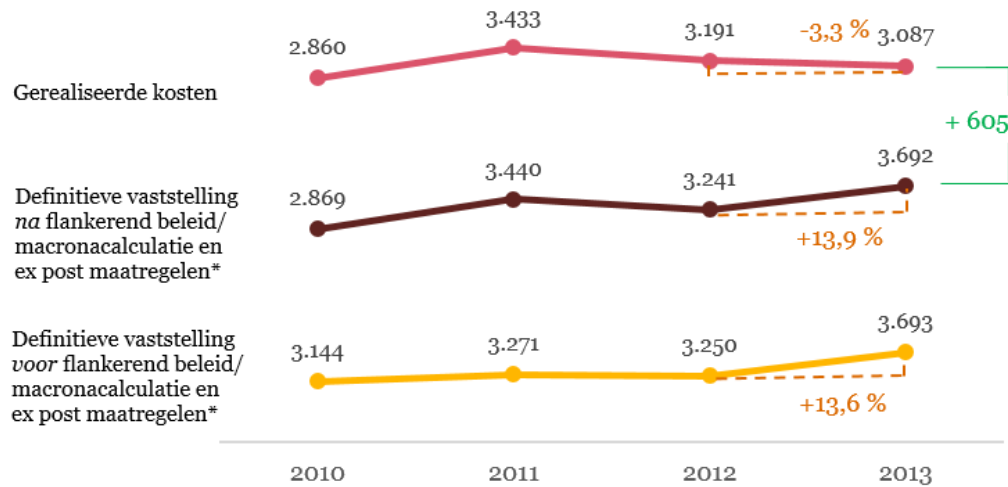
Op macroniveau vindt door toepassing van de bandbreedteregeling een absolute verschuiving in de vereveningsbijdrage tussen zorgverzekeraars plaats van € 144,7 miljoen in 2013. In vergelijking met voorgaande jaren is het absolute effect van de bandbreedteregeling flink toegenomen in 2013. In 2012 was het absolute effect van de bandbreedteregeling € 88 miljoen en in 2011 was dit € 43 miljoen (Monitor 2012 – PwC, 2018; Monitor 2011 – KPMG, 2017). De stijging in het absolute effect in 2013 ten opzichte van 2012 is gerelateerd aan het aantal zorgverzekeraars die het grensbedrag van de bandbreedteregeling overschrijden en de portefeuilleomvang van deze zorgverzekeraars. In 2013 zijn er 13 zorgverzekeraars waarop de bandbreedteregeling is toegepast, terwijl dit in 2012 12 zorgverzekeraars waren. Daarbij is het gemiddeld aantal verzekerden van de desbetreffende zorgverzekeraars gemiddeld 39 % hoger dan in 2012. De gemiddelde afwijking buiten het grensbedrag is in 2013 afgerond € 59 per verzekerde. In 2012 was dit afgerond € 61 per verzekerde. Per saldo resulteert dit in 2013 in een absoluut hoger bedrag dat met de bandbreedteregeling wordt verschoven dan in 2012. Een mogelijke verklaring voor het verschil in het effect van de bandbreedteregeling tussen 2012 en 2013 is het effect van flankerend beleid in beide jaren (zie hierboven), aangezien de bandbreedteregeling wordt uitgevoerd nadat flankerend beleid is toegepast.

#### **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 in 2013 € 3.692 miljoen (Figuur 4.4-1). De totaal gerealiseerde gGGZ-kosten bedragen in 2013 € 3.087 miljoen (Figuur 4.4-1). Dit resulteert in een positief macrovereveningsresultaat van € 605 miljoen voor de gGGZ-kosten in 2013. Dit is afgerond € 46 per verzekerde van 18 jaar en ouder.

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 2013 is weergegeven in Figuur 4.4-1. Voor 2010 was sprake van volledige nacalculatie van de gGGZ-kosten. Om deze reden zijn de resultaten van eerdere jaren niet opgenomen in Figuur 4.4-1.

**Figuur 4.4-1** Ontwikkeling van de vereveningsbijdrage (voor en na flankerend beleid/ macronacalculatie en ex post maatregelen) en de gerealiseerde macrokosten voor de gGGZ van verzekerden over de periode 2010 tot en met 2013, uitgedrukt in miljoenen €.



Voetnoot Figuur 4.4-1

- Cijfers van 2010 en 2011 zijn overgenomen uit de Monitor 2011 (Monitor 2011 – KPMG, 2017).
- Cijfers van 2012 zijn overgenomen uit de Monitor 2012 (Monitor 2012 – PwC, 2018).
- \* Inclusief voor en na de inzet van macronacalculatie tot en met 2011 en flankerend beleid in 2012 en 2013. Daarnaast hebben wijzigingen plaatsgevonden in de inzet van ex post maatregelen (zie Hoofdstuk 2 en Bijlage A).

Figuur 4.4-1 toont aan dat de macrovereveningsbijdrage na flankerend beleid en ex post maatregelen met 13,9 % is gestegen in 2013 ten opzichte van 2012. Daarnaast toont Figuur 4.4-1 dat de gerealiseerde macrokosten met 3,3 % zijn gedaald in 2013 ten opzichte van 2012. Deze daling is minder sterk dan in 2012, toen er een daling van 8,0 % was. Dit effect is mogelijk gerelateerd aan de eigen bijdrage voor de gGGZ in 2012, waardoor verzekerden minder zorg hebben gebruikt dan verwacht. Zoals eerder vermeld, kent 2013 een positief macrovereveningsresultaat doordat de macrovereveningsbijdrage hoger is dan de gerealiseerde macrokosten. In vergelijking met 2012 is het macrovereveningsresultaat in 2013 hoger (in 2012 € 50 miljoen positief macrovereveningsresultaat, Monitor 2012 – PwC, 2018).

### Effect flankerend beleid en ex post maatregelen

Flankerend beleid en de twee ex post maatregelen die van toepassing zijn in 2013 hebben het volgende effect gehad op de vereveningsbijdrage voor de gGGZ-kosten:

- *Flankerend beleid en HKC*  
 Flankerend beleid en HKC hebben op macroniveau geen effect. Deze maatregelen zijn onderlinge verrekeningen tussen zorgverzekeraars. Op macroniveau vindt door flankerend beleid een absolute verschuiving in de vereveningsbijdrage tussen zorgverzekeraars plaats van € 75,1 miljoen in 2013. In 2012 had flankerend beleid een absoluut effect van € 7,7 miljoen. Deze stijging van de absolute verschuiving in de vereveningsbijdrage tussen zorgverzekeraars ten opzichte van 2012 hangt samen met de stijging van het macrovereveningsresultaat (van € 50 miljoen naar € 605 miljoen).

De HKC zorgt voor een absolute verschuiving in de vereveningsbijdrage tussen zorgverzekeraars van € 53,6 miljoen in 2013. In 2012 bedroeg dit € 47,9 miljoen. De stijging in de absolute verschuiving in de vereveningsbijdrage komt doordat in 2013 de kosten boven de HKC-drempel minder gelijkmatig over de zorgverzekeraars zijn verdeeld dan in 2012, waardoor meer verschuivingen optreden tussen zorgverzekeraars onderling bij toepassing van de HKC. Het verschil tussen de inbreng en ontvangst van gelden onder de zorgverzekeraars is in 2013 groter dan in 2012.

Deze resultaten tonen aan dat flankerend beleid en de HKC effect hebben op de te ontvangen vereveningsbijdrage voor individuele zorgverzekeraars, ondanks deze maatregelen op macroniveau geen effect hebben.

- *Bandbreedteregeling*

De bandbreedteregeling voor de gGGZ-kosten zorgt voor een negatief effect van € 1,1 miljoen. In 2012 betrof dit een negatief effect van € 8,6 miljoen. De daling in het effect (i.e. minder negatief) wordt veroorzaakt doordat resultaten onder en boven het grensbedrag in 2013 dichter bij elkaar liggen dan in 2012.<sup>4</sup> Dit kan het gevolg zijn van verschillen in de effecten van flankerend beleid en de HKC tussen beide jaren, aangezien de bandbreedteregeling wordt toegepast nadat deze maatregelen zijn uitgevoerd. Ook kan verbetering van het ex ante risicovereveningsmodel ervoor zorgen dat het effect van de bandbreedteregeling afneemt.

Op macroniveau vindt in 2013 door toepassing van de bandbreedteregeling een absolute verschuiving in de vereveningsbijdrage tussen zorgverzekeraars plaats van € 9,5 miljoen. Dit absolute effect is gedaald ten opzichte van voorgaande jaren: € 21 miljoen in 2012 en € 18 miljoen 2011 (Monitor 2012 – PwC, 2018; Monitor 2011 - KPMG, 2017). Hiervoor geldt dezelfde verklaring als voor het totale effect, namelijk een daling van het totale vereveningsresultaat dat boven en onder het grensbedrag valt in 2013 ten opzichte van 2012.

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

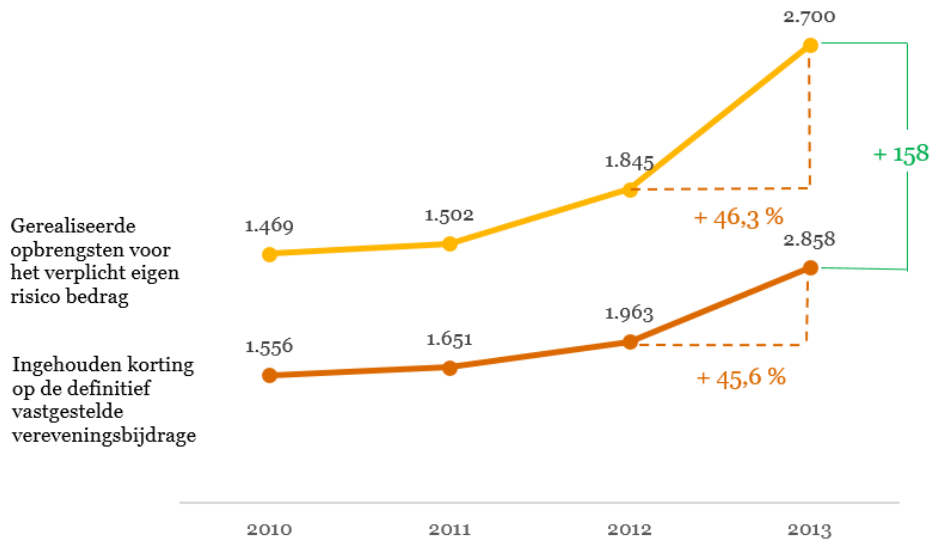
Bij de definitieve vaststelling voor 2013 is in totaal € 2.858 miljoen ingehouden op de vereveningsbijdrage voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico. Ten opzichte van 2012 en voorgaande jaren is de ingehouden korting fors toegenomen: in 2012 bedroeg de korting € 1.963 miljoen en in 2010 € 1.651 miljoen (Monitor 2012 – PwC, 2018; 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, € 220 in 2012 en € 350 in 2013.

De ontwikkeling van de ingehouden korting op de vereveningsbijdrage bij de definitieve vaststelling en de totale opbrengsten van het verplicht eigen risico over de periode 2010 tot en met 2013, is weergegeven in Figuur 4.5-1.

<sup>4</sup> In 2013 was er een totaal vereveningsresultaat van € 5,9 miljoen boven de bovengrens en een totaal vereveningsresultaat van € 4,6 miljoen onder de ondergrens. In 2012 was er een totaal vereveningsresultaat van € 16,1 miljoen boven de bovengrens en een totaal vereveningsresultaat van € 6,6 miljoen onder de ondergrens was. Van deze bedragen boven en onder het grensbedrag wordt 90 % gecompenseerd.



Figuur 4.5-1 Ontwikkeling van de ingehouden korting op de vereveningsbijdrage voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico en de gerealiseerde opbrengsten van het verplicht eigen risico bedrag over de periode 2010 tot en met 2013, uitgedrukt in miljoenen €.



Voetnoot Figuur 4.5-1

- Cijfers van 2010 en 2011 zijn overgenomen uit de Monitor 2011 (Monitor 2011 – KPMG, 2017).
- Cijfers van 2012 zijn overgenomen uit de Monitor 2012 (Monitor 2012 – PwC, 2018).

De totale opbrengsten van het verplicht eigen risico in 2013 bedragen € 2.700 miljoen (Figuur 4.5-1). 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. Dit resulteert in een negatief macrovereveningsresultaat van € 158 miljoen in 2013. Dit is omgerekend afgerond € 12 per verzekerde van 18 jaar en ouder. In voorgaande jaren was er ook sprake van negatieve macrovereveningsresultaten voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico: € 118 miljoen in 2012, € 149 miljoen in 2011 en € 87 miljoen in 2010. In vergelijking met 2012 is het macrovereveningsresultaat in 2013 in absoluut bedrag hoger. Relatief ten opzichte van de totale gerealiseerde opbrengsten voor het verplicht eigen risico bedrag is het macrovereveningsresultaat in 2013 lager dan in 2012.

Samenvattend, in 2013 is voor de somatische kosten en de gGGZ-kosten, rekening houdend met het vereveningsresultaat voor de opbrengsten voor het verplicht eigen risico, sprake van een positief macrovereveningsresultaat van € 2.588 miljoen (i.e. € 2.746 miljoen minus € 158 miljoen).

## 5. Resultaten op zorgverzekeraarsniveau

### Conclusies

#### Somatische kosten

Het risicovereveningssysteem voor de somatische kosten in 2013 is in staat verschillen in het gewogen gemiddelde 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. De mate van de werking van het risicovereveningssysteem in 2013 is over het algemeen in lijn met voorgaande jaren.

#### Resultaten:

- Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat na flankerend beleid en ex post maatregelen voor de somatische kosten bedraagt € 128 per verzekerde.
- De reikwijdte in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars neemt substantieel af door het risicovereveningssysteem in 2013: van € 1.601 per verzekerde voor een situatie zonder risicovereveningssysteem naar € 160 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 87 % ten opzichte van een situatie zonder risicovereveningssysteem in 2013. Het ex ante risicovereveningsmodel zorgt voor de grootste spreidingsreductie: 84 %. Flankerend beleid en de bandbreedteregeling tezamen zorgen voor een additionele reductie van 3 % ten opzichte van de situatie zonder een risicovereveningssysteem.
- Middelgrote zorgverzekeraars hebben een hoger gemiddeld vereveningsresultaat in 2013 (€ 148 per verzekerde) dan kleine zorgverzekeraars (€ 128 per verzekerde) en grote zorgverzekeraars (€ 121 per verzekerde). De spreiding in het vereveningsresultaat bij grote zorgverzekeraars is in 2013 kleiner dan bij kleine en middelgrote zorgverzekeraars: € 24 versus € 33 en € 39 per verzekerde, respectievelijk.
- Zelfstandige zorgverzekeraars hebben een hoger gemiddeld vereveningsresultaat dan concern-zorgverzekeraars in 2013: € 150 versus € 125 per verzekerde. De spreiding in het vereveningsresultaat bij zelfstandige zorgverzekeraars is vergelijkbaar met concern-zorgverzekeraars: € 29 versus € 30 per verzekerde.
- De verklaringskracht van het risicovereveningssysteem van 2013 in termen van  $R^2$  bedraagt 80,7 % - 83,3 %. Indien voor het macrovereveningsresultaat (procentueel) wordt gecorrigeerd, is de verklaringskracht van het risicovereveningssysteem in lijn met 2012.

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

Het risicovereveningssysteem voor de gGGZ-kosten voor verzekerden van 18 jaar en ouder is in 2013 in staat verschillen in het gemiddelde 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. De mate van werking van het risicovereveningssysteem is in 2013 over het algemeen in lijn met voorgaande jaren.

#### Resultaten:

- Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat na flankerend beleid en ex post maatregelen voor de gGGZ-kosten bedraagt afgerond € 46 per verzekerde in 2013.
- De reikwijdte in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars neemt substantieel af door het risicovereveningssysteem: van € 282 per verzekerde voor een situatie zonder risicovereveningssysteem naar € 18 per verzekerde bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregelen.

- Het risicovereveningssysteem slaagt er in 2013 in de spreiding van het vereveningsresultaat van de gGGZ-kosten te reduceren met 91 %. Het ex ante risicovereveningsmodel zorgt voor de grootste spreidingsreductie: 85 %. Flankerend beleid en de ex post maatregelen tezamen zorgen voor een additionele reductie van 6 % ten opzichte van de situatie zonder een risicovereveningssysteem.
- Grote zorgverzekeraars hebben een iets hoger gemiddeld vereveningsresultaat (€ 46 per verzekerde) dan kleine zorgverzekeraars (€ 44 per verzekerde) en middelgrote zorgverzekeraars (€ 43 per verzekerde).
- Het gemiddelde vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregelen is voor zelfstandige zorgverzekeraars in 2013 beperkt lager dan voor concern-zorgverzekeraars (€ 44 en € 46 per verzekerde, respectievelijk).
- De verklaaringskracht van het risicovereveningssysteem van 2013 in termen van  $R^2$  bedraagt 40,9 % - 54,7 %. Indien voor het macrovereveningsresultaat (procentueel) wordt gecorrigeerd, is de verklaaringskracht van het risicovereveningssysteem in lijn met 2012.

### **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 voor 2013 zijn vergelijkbaar met voorgaande jaren.

#### *Resultaten:*

- Het gemiddelde vereveningsresultaat voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico bedraagt in 2013 € - 12 per verzekerde.
- Kleine zorgverzekeraars hebben in 2013 een hoger gemiddeld vereveningsresultaat (€ - 8 per verzekerde) dan middelgrote en grote zorgverzekeraars (€ - 15 en € -11 per verzekerde, respectievelijk). Onder kleine zorgverzekeraars is de spreiding in het vereveningsresultaat het grootst en onder grote zorgverzekeraars het meest gering.
- Het gemiddeld vereveningsresultaat van concern-zorgverzekeraars is in 2013 vergelijkbaar met zelfstandige zorgverzekeraars (beide afgerond € - 12 per verzekerde). De spreiding in het vereveningsresultaat is bij concern-zorgverzekeraars lager dan bij zelfstandige zorgverzekeraars.
- De verklaaringskracht van het ex ante risicovereveningsmodel in termen van  $R^2$  bedraagt 37,2 %.

## 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* voor 2013.

De resultaten geven inzicht in de mate waarin het risicovereveningssysteem het vereveningsresultaat in 2013 *van* en *tussen* zorgverzekeraars reduceert. De werking van het risicovereveningssysteem bij de definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid en ex post maatregelen wordt afgezet tegen een fictieve situatie waarin geen risicovereveningssysteem van toepassing is. Bijlage C beschrijft de gehanteerde uitgangspunten bij deze analyses.

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. De reikwijdte is het verschil tussen het hoogste en laagste gemiddelde vereveningsresultaat van alle zorgverzekeraars. Deze waarde wordt bepaald door de buitenste twee gemiddelden (i.e. de zorgverzekeraar met het laagste gemiddelde vereveningsresultaat en de zorgverzekeraar met het hoogste gemiddelde vereveningsresultaat).
- *Spreiding en spreidingsreductie*  
De maatstaf voor de spreiding in het vereveningsresultaat is de gewogen standaarddeviatie. De spreidingsreductie geeft weer in hoeverre de spreiding in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars door het risicovereveningssysteem wordt teruggebracht, ten opzichte van de situatie zonder een risicovereveningssysteem. De spreidingsreductie wordt uitgedrukt in een percentage ten opzichte van de situatie zonder een risicovereveningssysteem. Hoe groter de spreidingsreductie, hoe beter het risicovereveningssysteem werkt op het niveau van zorgverzekeraars.

Bovenstaande evaluatiemaatstaven worden in kaart gebracht voor de somatische kosten, de gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder en de opbrengsten van het verplicht eigen risico.

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 (volledig) te worden gecompenseerd.

Om de aansluiting van de vereveningsbijdrage op de zorgkosten te toetsen wordt de *verklaringskracht* van het risicovereveningssysteem geanalyseerd aan de hand van de R-kwadraat ( $R^2$ ) en de Gewogen gemiddelde Absolute Afwijking (GGAA). Daarnaast is de Gewogen Gemiddelde Absolute Resultaat Verschuiving (GGARV) geanalyseerd om een beeld te krijgen van de verschuivingen in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars. Bijlage C beschrijft hoe deze evaluatiemaatstaven zijn berekend. Bijlage D bevat aanvullende resultaten, waarbij deze evaluatiemaatstaven voor de verklaringskracht procentueel zijn gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat.

In de analyses in dit hoofdstuk wordt uitgegaan van 26 zorgverzekeraars.

In aanvulling op bovenstaande analyses zijn analyses op basis van portefeuilleomvang uitgevoerd, waarbij de 26 zorgverzekeraars zijn ingedeeld in 3 categorieën: klein (6), middelgroot (12) en groot (8). Hierbij is de indeling gebaseerd op dezelfde omvang als in de Monitor van 2012 (Bijlage C). Door het overstappen van verzekerden van zorgverzekeraar kan de portefeuilleomvang wijzigen, waardoor het mogelijk is dat de zorgverzekeraars in

2013 in een andere categorie worden ingedeeld dan in 2012 het geval was. Voor de somatische kosten, gGGZ-kosten en opbrengsten van het verplicht eigen risico in 2013 is deze indeling constant gehouden. Ook zijn de 26 zorgverzekeraars als aparte analyse ingedeeld in twee groepen: behorend tot een concern (20) en zelfstandige zorgverzekeraars (6).

Dit hoofdstuk presenteert de waargenomen resultaten op zorgverzekeraarsniveau; *niet* gecorrigeerd voor het positieve macrovereveningsresultaat (uitzondering hierop zijn aanvullende analyses voor de verklaringskracht van het risicovereveningssysteem in Bijlage D). Aandachtspunten van deze zorgverzekeraarsanalyse zijn verschillen *van* en *tussen* zorgverzekeraars op de verschillende vaststellingsmomenten en niet de absolute bedragen. Daarbij dient te worden vermeld dat (opvallende) verschillen van en tussen zorgverzekeraars inzichtelijk worden gemaakt en worden besproken; er wordt geen statistische toetsing uitgevoerd om te bepalen in welke mate de geconstateerde verschillen statistisch significant zijn.

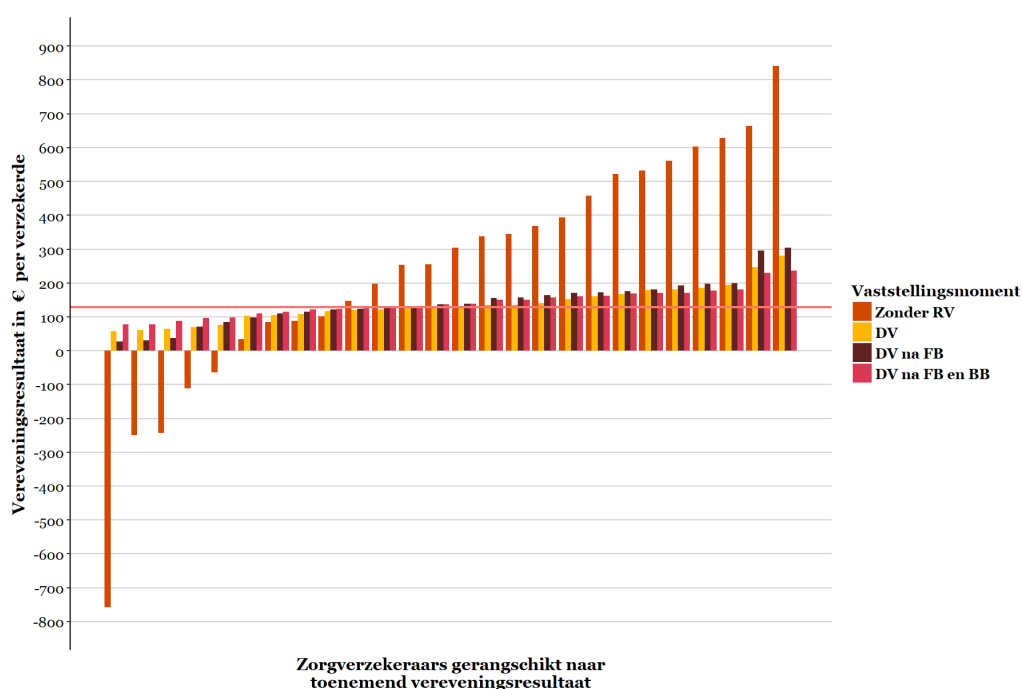
## 5.2. Somatische kosten

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

#### Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en reikwijdte

Figuur 5.2.1-1 presenteert het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde en de reikwijdte hiervan voor alle 26 zorgverzekeraars voor de totale somatische kosten. Dit is weergegeven 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 (deze werkwijze is bij alle figuren in dit hoofdstuk uitgevoerd). De bijbehorende tabel presenteert de reikwijdte van het vereveningsresultaat en de spreiding.

Figuur en Tabel 5.2.1-1 Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor 26 zorgverzekeraars voor de *totale somatische kosten* in 2013, 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.



	<i>Gemiddelde, in €</i>	<i>Reikwijdte, in €</i>	<i>Spreiding, in €</i>
Zonder RV	128	1.601	239
DV voor FB en BB	128	223	38
DV na FB	128	277	47
DV na FB en BB	128	160	31

Voetnoot Figuur en Tabel 5.2.1-1

- Zonder RV betekent een fictieve situatie waarin geen risicovereveningssysteem van toepassing is. Zorgverzekeraars ontvangen voor elke verzekerde een gelijk bedrag, ongeacht het risicoprofiel van deze verzekerde.
- DV voor FB en BB: Definitieve vaststelling voor flankerend beleid en bandbreedteregeling.
- DV na FB: Definitieve vaststelling na flankerend beleid.
- DV na FB en BB: Definitieve vaststelling na flankerend beleid en bandbreedteregeling.

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

- Het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat over alle zorgverzekeraars op de verschillende vaststellingsmomenten bedraagt in 2013 afgerond € 128 per verzekerde. Dit komt overeen met het gerealiseerde macrovereveningsresultaat in Hoofdstuk 4.
- Het verschil in vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars voor de fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem in 2013 is conform verwachting (veel) groter dan bij de andere vaststellingsmomenten. De reikwijdte in deze situatie bedraagt € 1.601 per verzekerde (zie Tabel 5.2.1-1). In Figuur 5.2-1 zijn ook grote verschillen in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars waar te nemen (de oranje gekleurde balken). In deze situatie is de reikwijdte substantieel, aangezien er geen rekening wordt gehouden met verschillen in het risicoprofiel tussen zorgverzekeraars.
- Het verschil in vereveningsresultaat *van* en *tussen* zorgverzekeraars neemt substantieel af in 2013 door het risicovereveningssysteem: van € 1.601 per verzekerde zonder risicovereveningssysteem naar € 160 per verzekerde bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en bandbreedteregeling. Dit betekent dat het risicovereveningssysteem in 2013 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. Dit ligt in lijn met het patroon en de conclusie in 2012 (Monitor 2012 – PwC, 2018).
- Het ex ante risicovereveningsmodel zorgt in 2013 voor een relatief grote reductie in de reikwijdte van het vereveningsresultaat: van € 1.601 per verzekerde zonder risicovereveningssysteem naar € 223 per verzekerde bij de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregel. Een dergelijke substantiële reductie in de reikwijdte als gevolg van het ex ante risicovereveningsmodel is in lijn met de resultaten van 2012: van € 1.471 per verzekerde zonder risicovereveningssysteem naar € 344 per verzekerde bij de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregel (Monitor 2012 – PwC, 2018). In 2013 is het ex ante risicovereveningsmodel in staat om de reikwijdte verder te reduceren dan in 2012.
- Door toepassing van flankerend beleid neemt de reikwijdte van het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars toe ten opzichte van de definitieve vaststelling voor flankerend beleid. Dit wordt verklaard doordat zorgverzekeraars met een gemiddeld hoog-risico portefeuille een bijdrage afdragen aan zorgverzekeraars met een gemiddeld laag-risico portefeuille, omdat deze zorgverzekeraars naar verwachting meer profiteren van de gerealiseerde kostenonderschrijding. Hierdoor neemt de reikwijdte van het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars toe. In 2012 werd een dezelfde bevinding geconstateerd (Monitor 2012 – PwC, 2018).
- Conform verwachting zorgt de bandbreedteregeling voor een reductie in de reikwijdte van het vereveningsresultaat. De bandbreedteregeling heeft effect op de zorgverzekeraars met een vereveningsresultaat boven het gestelde grensbedrag, waardoor de buitenste waarnemingen dichter bij

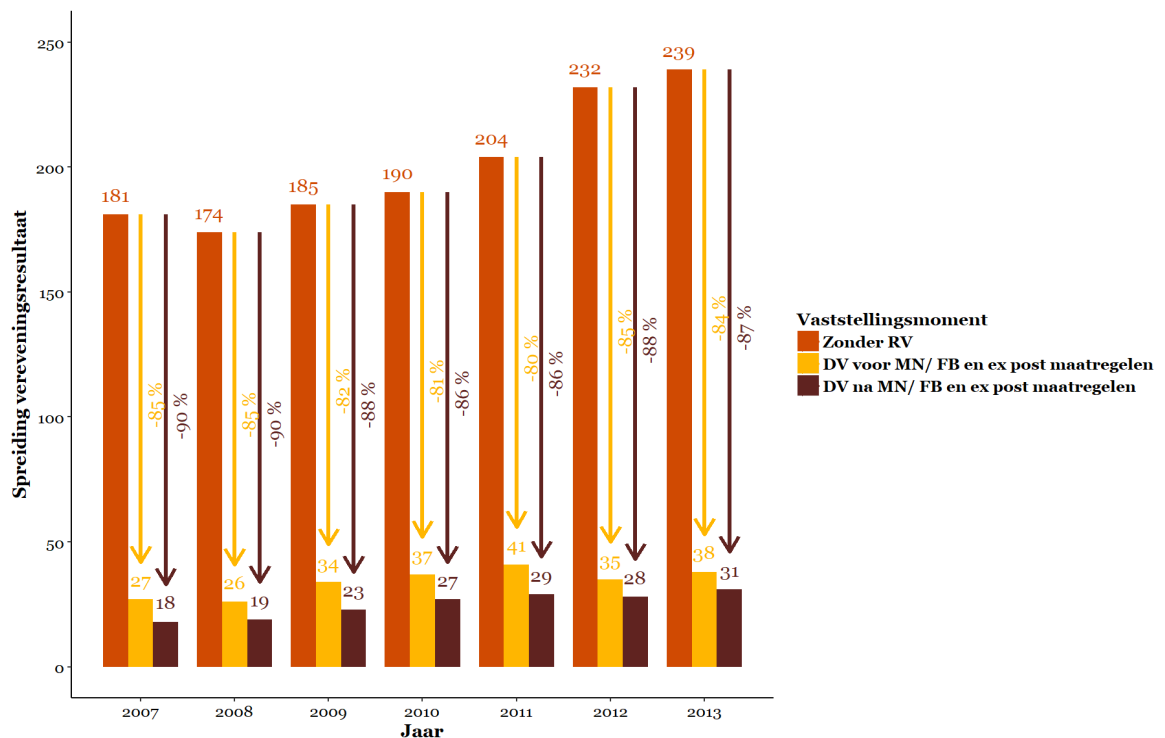
elkaar komen te liggen. Deze bevinding is in lijn met het effect van de bandbreedteregeling in 2012, rekening houdend met de verruiming van de bandbreedteregeling in 2013.

### Spreiding

Uit tabel 5.2.1-1 volgt dat de spreiding in vereveningsresultaat flink afneemt door het risicovereveningssysteem ten opzichte van een situatie zonder risicovereveningssysteem: 87 % van € 239 per verzekerde zonder risicovereveningssysteem naar € 31 per verzekerde bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregel. Toepassing van het ex ante risicovereveningsmodel zorgt in 2013 voor de grootste spreidingsreductie in het vereveningsresultaat, namelijk 84 % ten opzichte van een situatie zonder risicovereveningssysteem. Flankerend beleid en de bandbreedteregeling tezamen zorgen voor een additionele spreidingsreductie van 3 % in het vereveningsresultaat in 2013.

De ontwikkeling in spreiding en spreidingsreductie over de periode van 2007 tot en met 2013 is in Figuur 5.2.1-2 weergegeven.

**Figuur 5.2.1-2 Spreiding (gewogen standaarddeviatie) en spreidingsreductie in het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat van 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).
- Cijfers van 2012 zijn overgenomen uit de Monitor 2012 (Monitor 2012 – PwC 2018).
- Voor 2007 tot en met 2011 is sprake van macronaculatie en per 2012 van flankerend beleid.

Figuur 5.2.1-2 toont aan dat de substantiële spreidingsreductie door het ex ante risicovereveningsmodel en de additionele spreidingsreductie door flankerend beleid en ex post maatregelen in 2013 in lijn is met voorgaande jaren. Er is een kleine stijging zichtbaar in de absolute spreiding op de verschillende vaststellingsmomenten ten opzichte van 2012 (en voorgaande jaren). Mogelijk is er sprake van een grotere spreiding bij een hoger macrovereveningsresultaat.

### Aanvullende analyses op deelbedragen

Bovenstaande analyses zijn ook uitgevoerd op de deelbedragen variabele kosten van MSZ en overige prestaties (voor resultaten zie Bijlage D). Deze analyses leiden tot de volgende bevindingen:

- Voor de variabele kosten van MSZ is sprake van een positief gemiddeld vereveningsresultaat van € 24 per verzekerde. Voor de overige prestaties is sprake van een positief gemiddeld vereveningsresultaat van € 103 per verzekerde.
- De reikwijdte van het vereveningsresultaat voor de variabele kosten van MSZ neemt substantieel af door toepassing van het risicovereveningssysteem, ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem: van € 1.015 naar € 61 per verzekerde. Ook bij de overige prestaties neemt de reikwijdte van het vereveningsresultaat substantieel af: van € 585 naar € 106 per verzekerde.
- De spreiding in het vereveningsresultaat voor de variabele kosten van MSZ daalt met 88 % bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en de bandbreedteregeling ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem. Voor de overige prestaties daalt de spreiding met 81 % bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem. Deze daling in de spreiding voor overige prestaties is relatief gezien kleiner dan bij de variabele kosten van MSZ, omdat geen bandbreedteregeling op de kosten van overige prestaties van toepassing is.

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

#### Portefeuilleomvang: Klein/ middelgroot/ groot

Tabel 5.2.2-1 presenteert het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat, de reikwijdte en spreiding in het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat in 2013 tussen zorgverzekeraars op verschillende vaststellingsmomenten, waarbij de zorgverzekeraars zijn ingedeeld in de categorieën: klein, middelgroot of groot op basis van de portefeuilleomvang. De resultaten zijn niet grafisch (zoals in Figuur 5.2.1-1) weergegeven ter bescherming van de anonimiteit van individuele zorgverzekeraars. Dit geldt ook voor de andere analyses op basis van portefeuilleomvang (paragraaf 5.3.2 en 5.4.2).

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 2013, uitgedrukt in € per verzekerde (afgerond op €).

	Gemiddelde, in €			Reikwijdte, in €			Spreiding, in €		
	Klein	Middel groot	Groot	Klein	Middel groot	Groot	Klein	Middel groot	Groot
Zonder RV	26	411	40	1.362	740	580	531	202	139
DV voor FB en BB	104	140	125	129	217	133	41	52	30
DV na FB	96	157	120	171	232	155	66	58	36
DV na FB en BB	128	148	121	104	149	99	33	39	24

#### Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat

Uit de analyse volgt dat kleine, middelgrote en grote zorgverzekeraars allen een positief gemiddeld vereveningsresultaat hebben in 2013. Dit komt overeen met het positieve macrovereveningsresultaat. Daarnaast blijkt dat middelgrote zorgverzekeraars bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en bandbreedteregeling een hoger gemiddeld vereveningsresultaat hebben dan kleine en grote zorgverzekeraars: respectievelijk € 148 per verzekerde versus € 128 en € 121 per verzekerde. Dit is ook het geval op de andere vaststellingsmomenten. Deze bevinding verschilt met 2012, waarin kleine zorgverzekeraars bij de definitieve



vaststelling na flankerend beleid en bandbreedteregeling het hoogste gemiddelde vereveningsresultaat kenden in plaats van middelgrote zorgverzekeraars (Monitor 2012 – PwC, 2018). Dit wordt deels verklaard doordat er twee extreme waarnemingen zijn in 2013 binnen deze groep van middelgrote zorgverzekeraars, waardoor het gemiddelde vereveningsresultaat wordt beïnvloed. Voor kleine zorgverzekeraars komt het gemiddelde vereveningsresultaat uit op het marktgemiddelde. Op basis van de reikwijdte en de spreiding wordt duidelijk dat er verschillen zijn tussen de kleine zorgverzekeraars, waarbij het saldo van het gemiddelde vereveningsresultaat van deze kleine zorgverzekeraars uitkomt op het marktgemiddelde.

Daarnaast tonen de resultaten aan dat het effect van het risicovereveningssysteem in 2013 op het gemiddeld vereveningsresultaat per verzekerde verschilt tussen zorgverzekeraars van verschillende portefeuilleomvang. Zo neemt het gemiddelde vereveningsresultaat in de situatie zonder risicovereveningssysteem bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en bandbreedteregeling toe met afgerond € 102 voor kleine zorgverzekeraars en met afgerond € 81 voor grote zorgverzekeraars. Voor middelgrote zorgverzekeraars is juist sprake van een afname in het gemiddeld vereveningsresultaat van € 263 in deze situatie. Deze resultaten geven aan dat het risicovereveningssysteem in staat is verschillen in het risicoprofiel tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang (grotendeels) te compenseren. Daarbij worden deze verschillen grotendeels weggenomen door toepassing van het ex ante risicovereveningsmodel.

### *Reikwijdte*

Tabel 5.2.2-1 toont dat de reikwijdte van het 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 middelgrote zorgverzekeraars en het meest gering bij grote zorgverzekeraars. Dit betekent dat het gemiddelde vereveningsresultaat tussen middelgrote zorgverzekeraars onderling verder uit elkaar ligt dan tussen kleine en grote zorgverzekeraars. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat er in 2013 meer middelgrote zorgverzekeraars zijn dan kleine en grote zorgverzekeraars – respectievelijk 12, 6 en 8 –, waardoor er naar verwachting meer uitschieters zijn bij middelgrote zorgverzekeraar dan bij de andere zorgverzekeraars. In 2012 hadden kleine zorgverzekeraars een grotere reikwijdte dan middelgrote en grote zorgverzekeraars (Monitor 2012 – PwC, 2018). Daarbij was in 2012 de verdeling van de zorgverzekeraars over de categorieën klein, middelgroot en groot anders: respectievelijk 10, 7 en 9, waardoor er naar verwachting meer uitschieters zijn bij kleine zorgverzekeraars dan bij middelgrote en grote zorgverzekeraars.

### *Spreiding*

In lijn met voorgaande resultaten, is de spreiding in het vereveningsresultaat onder middelgrote zorgverzekeraars het hoogst en onder grote zorgverzekeraars in 2013 het laagst bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en bandbreedteregeling: € 33, € 39 en € 24 per verzekerde voor respectievelijk kleine, middelgrote en grote zorgverzekeraars.

### **Portefeuilleomvang: concern-zorgverzekeraars/ zelfstandige zorgverzekeraars**

Tabel 5.2.2-2 presenteert de resultaten voor de 26 zorgverzekeraars ingedeeld in zelfstandige zorgverzekeraars en zorgverzekeraars behorend tot een concern.

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 2013, uitgedrukt in € per verzekerde (afgerond op €).

	Gemiddelde, in €		Reikwijdte, in €		Spreiding, in €	
	Concern	Zelfstandig	Concern	Zelfstandig	Concern	Zelfstandig
Zonder RV	107	313	1.601	459	236	185
DV voor FB en BB	125	154	190	161	36	46
DV na FB	124	162	268	182	45	49
DV na FB en BB	125	150	160	108	30	29

### Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat

Het gemiddelde vereveningsresultaat is in 2013 voor zelfstandige zorgverzekeraars hoger dan voor concern-zorgverzekeraars op elk vaststellingsmoment. Daarbij is het effect van het risicovereveningssysteem op het gemiddelde vereveningsresultaat voor concern-zorgverzekeraars en zelfstandige zorgverzekeraars verschillend: ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem neemt het gemiddelde vereveningsresultaat voor zelfstandige zorgverzekeraars af van € 313 naar € 150 per verzekerde, terwijl voor concern-zorgverzekeraars er juist een toename is in het gemiddelde vereveningsresultaat van € 107 naar € 125 per verzekerde. Dit toont aan dat het risicovereveningssysteem verschillen in risicoprofiel tussen concern-zorgverzekeraars en zelfstandige zorgverzekeraars (deels) compenseert.

### Reikwijdte

De reikwijdte tussen zelfstandige zorgverzekeraars bedraagt € 108 en tussen concern-zorgverzekeraars € 160 bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en bandbreedteregeling (Tabel 5.2.2-2). Dit verschil kan deels worden verklaard doordat er meer concern-zorgverzekeraars zijn dan zelfstandige zorgverzekeraars, waardoor er naar verwachting meer uitschieters bij concern-zorgverzekeraars zijn. Daarnaast spelen de verschillen in de portefeuillesamenstelling van de zorgverzekeraars een rol. Indien de portefeuillesamenstelling van zorgverzekeraars binnen de desbetreffende groep relatief veel afwijkt van elkaar, resulteert dit in verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat en daarmee in de reikwijdte van het vereveningsresultaat.

### Spreiding

De spreiding in het vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en bandbreedteregeling is vergelijkbaar voor zelfstandige zorgverzekeraars en concern-zorgverzekeraars: € 29 en € 30 per verzekerde (Tabel 5.2.2-2). Aangezien de reikwijdte tussen zelfstandige zorgverzekeraars en concern-zorgverzekeraars meer afwijken van elkaar dan de spreiding, duidt dit erop dat onder de concern-zorgverzekeraars een uitschieter aanwezig is. Deze uitschieter heeft directe invloed op de reikwijdte, maar niet zozeer op de spreiding (i.e. gewogen standaarddeviatie) als de andere zorgverzekeraars binnen deze groep zorgverzekeraars dicht bij elkaar liggen. In 2012 was de spreiding in het vereveningsresultaat voor zelfstandige zorgverzekeraars hoger dan voor concern-zorgverzekeraars: € 36 versus € 26 per verzekerde (Monitor 2012 – PwC, 2018).

Deze resultaten tonen aan dat verschillen tussen zorgverzekeraars op basis van een verschillende portefeuilleomvang afnemen in 2013 door toepassing van het risicovereveningssysteem. Dit is in lijn met de conclusie van voorgaande jaren (Monitor 2012 – PwC, 2018; Monitor 2011 – KPMG, 2017).

### 5.2.3. Verklaringskracht

De verklaringskracht van het risicovereveningssysteem op het niveau van zorgverzekeraars is in beeld gebracht aan de hand van de  $R^2$  en GGAA voor de totale somatische kosten voor de verschillende vaststellingsmomenten (Tabel 5.2.3-1). 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 2013, voor de verschillende vaststellingsmomenten.

	$R^2$ , in %	GGAA, in €	GGARV, in €
DV voor FB en BB	83,3	128	167
DV na FB	80,7	128	10
DV na FB en BB	83,2	128	9

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.
  - DV na FB: Definitieve vaststelling na FB ten opzichte van definitieve vaststelling voor FB en BB.
  - DV na FB en BB: Definitieve vaststelling na FB en BB ten opzichte van definitieve vaststelling na FB.

## $R^2$

De  $R^2$  op zorgverzekeraarsniveau in 2013 bedraagt 80,7 % - 83,3 % op moment van de definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid en bandbreedteregeling. Op basis van deze resultaten blijkt dat flankerend beleid leidt tot een lichte afname in  $R^2$ . Dit komt overeen met de resultaten in paragraaf 5.2.1, waarbij is aangetoond dat flankerend beleid leidt tot een toename van verschillen in het vereveningsresultaat van zorgverzekeraars. Vervolgens blijkt uit bovenstaande resultaten dat de bandbreedteregeling zorgt voor een lichte toename in  $R^2$ . Deze maatregel compenseert een deel van het vereveningsresultaat voor zorgverzekeraars die buiten het gestelde grensbedrag uitkomen, waardoor de aansluiting van vereveningsbijdrage op de kosten verbeterd.

In 2012 was sprake van een  $R^2$  van 88,1 % - 90,1 % op de verschillende vaststellingsmomenten (Monitor 2012 - PwC, 2018). Het verschil in  $R^2$  wordt (grotendeels) verklaard door de stijging van het macrovereveningsresultaat in 2013 ten opzichte van 2012. Indien de  $R^2$  procentueel wordt gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat komt de verklaringskracht van het risicovereveningssysteem van 2013 overeen met 2012: voor 2013 tussen de 94,7 % - 97,4 % en voor 2012 tussen de 94,7 % - 97,9 % op de verschillende vaststellingsmomenten (Bijlage D.3.1).

## GGAA

De GGAA is in 2013 gelijk aan € 128 per verzekerde. Dit is gelijk aan het macrovereveningsresultaat in 2013. De GGAA is gelijk aan het macrovereveningsresultaat omdat iedere zorgverzekeraar een positief gemiddeld vereveningsresultaat heeft (zie Figuur 5.2.1-1). Tevens blijkt uit de resultaten dat flankerend beleid en de bandbreedteregeling vrijwel geen effect hebben op de GGAA. Een verklaring voor het effect van flankerend beleid is dat alle zorgverzekeraars ook een positief gemiddeld vereveningsresultaat hebben na toepassing van flankerend beleid. De verschuivingen tussen zorgverzekeraars die optreden door flankerend beleid komen op deze wijze niet goed tot uitdrukking in de GGAA. Voor het effect van de bandbreedteregeling geldt dezelfde verklaring.

Indien de GGAA wordt gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat is de GGAA in 2013 iets hoger dan in 2012 het geval was: van € 25 - € 29 per verzekerde in 2012 naar € 30 - € 38 per verzekerde in 2013 op de verschillende vaststellingsmomenten (Bijlage D.3.1).

## GGARV

Het risicovereveningssysteem zorgt voor relatief grote verschuivingen in het vereveningsresultaat van zorgverzekeraars in 2013: € 167 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). Flankerend beleid zorgt voor een additionele verschuiving van € 10 per verzekerde en de bandbreedteregeling voor € 9 per verzekerde. Deze resultaten tonen aan dat het ex ante risicovereveningsmodel, conform verwachting, zorgt voor de grootste verschuivingen in het vereveningsresultaat van zorgverzekeraars, ten opzichte van flankerend beleid en de bandbreedteregeling.

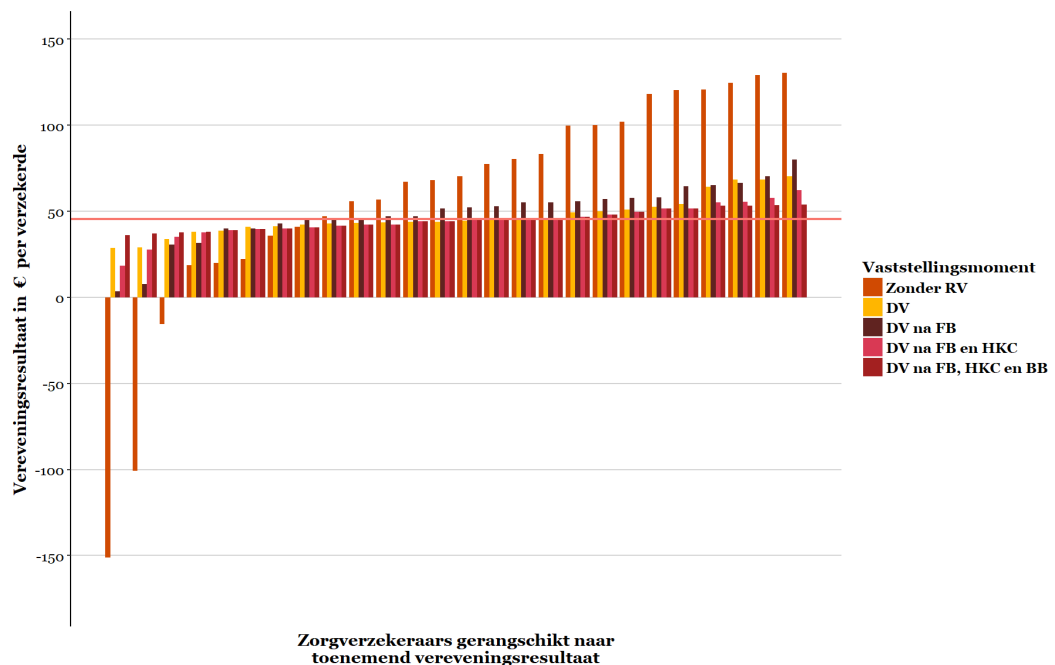
## 5.3. gGGZ-kosten voor verzekerden van 18 jaar en ouder

### 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 voor de gGGZ-kosten op verschillende vaststellingsmomenten. Tabel 5.3.1-1 presenteert het gemiddelde, de reikwijdte van het vereveningsresultaat en de spreiding tussen alle 26 zorgverzekeraars.

Figuur en Tabel 5.3.1-1 Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor 26 zorgverzekeraars voor de gGGZ-kosten in 2013, 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.



	Gemiddelde, in €	Reikwijdte, in €	Spreiding, in €
Zonder RV	46	282	53
DV voor FB en ex post	46	42	8
DV na FB	46	77	14
DV na FB en HKC	46	44	6
DV na FB en HKC en BB	45	18	5

Voetnoot Figuur en Tabel 5.3.1-1

- Zonder RV betekent een fictieve situatie waarin geen risicovereveningssysteem van toepassing is. Zorgverzekeraars ontvangen voor elke verzekerde een gelijk bedrag, ongeacht het risicoprofiel van deze verzekerde.
- DV voor FB en ex post: Definitieve vaststelling voor flankerend beleid en de ex post maatregelen.
- DV na FB: Definitieve vaststelling na flankerend beleid.
- DV na FB en HKC: Definitieve vaststelling na flankerend beleid en hoge kosten compensatie.
- DV na FB en HKC en BB: Definitieve vaststelling na flankerend beleid en hoge kosten compensatie en bandbreedteregeling.

Figuur 5.3.1-1 leidt tot de volgende bevindingen:

- In 2013 bedraagt het gemiddelde vereveningsresultaat voor alle zorgverzekeraars € 45 á 46 per verzekerde van 18 jaar en ouder op de verschillende vaststellingsmomenten. Dit komt overeen met het positieve macrovereveningsresultaat (Hoofdstuk 4).

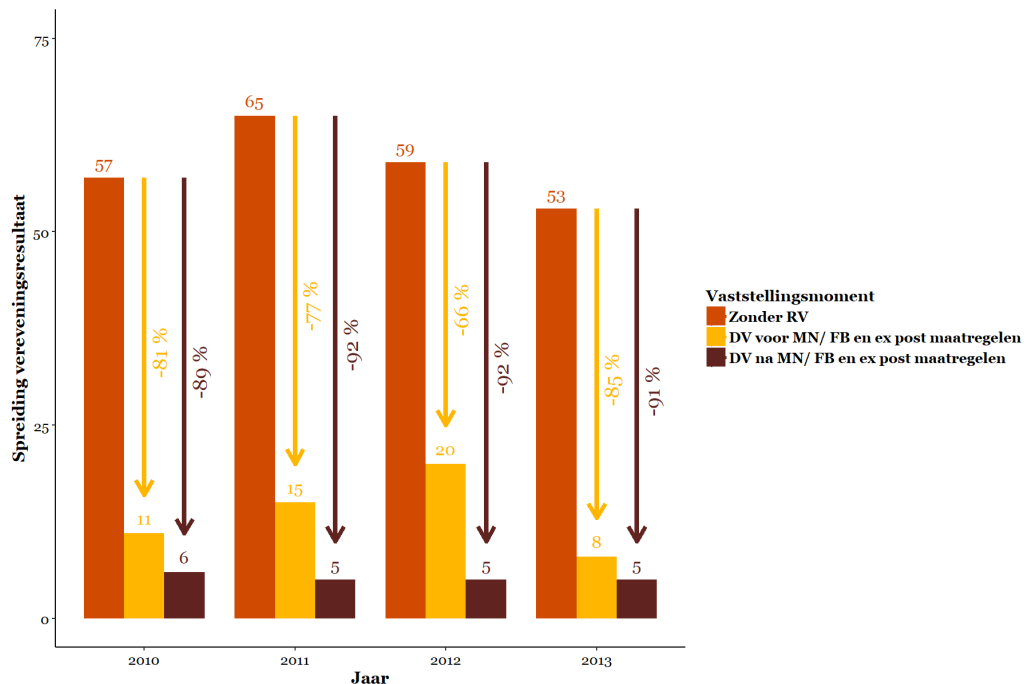
- Toepassing van het risicovereveningssysteem reduceert de reikwijdte van het vereveningsresultaat flink in 2013: van € 282 per verzekerde van 18 jaar en ouder zonder een risicovereveningssysteem naar € 18 per verzekerde van 18 jaar en ouder bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en de ex post maatregelen (Tabel 5.3.1-1). Dit houdt in dat (uiterste) verschillen in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars fors worden ingeperkt door het risicovereveningssysteem. Net zoals bij de somatische kosten, stijgt de reikwijdte van het vereveningsresultaat door toepassing van flankerend beleid. Hiervoor geldt dezelfde verklaring als voor de somatische kosten (pagina 37). De HKC en bandbreedteregeling zorgen vervolgens voor een verdere afname in de reikwijdte van het vereveningsresultaat, waarna de reikwijdte uiteindelijk gelijk is aan € 18 per verzekerde. Dit is conform verwachting, aangezien de HKC en bandbreedteregeling beide maatregelen zijn om (uiterste) risico's in te perken. Deze bevindingen komen overeen met het patroon in de bevindingen van 2012 (Monitor 2012 – PwC, 2018).

### Spreiding

Uit Tabel 5.3.1-1 volgt dat de spreiding in het vereveningsresultaat door het risicovereveningssysteem in 2013 flink afneemt: met 91 % van € 53 per verzekerde van 18 jaar en ouder zonder een risicovereveningssysteem naar € 5 per verzekerde van 18 jaar en ouder bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregelen. Toepassing van het ex ante risicovereveningsmodel zorgt voor de grootste daling in de spreiding in het vereveningsresultaat: namelijk 85 % (van € 53 naar € 8 per verzekerde 18 jaar en ouder). Flankerend beleid resulteert in een stijging van de spreiding met € 6 per verzekerde (11 %). In 2012 had flankerend beleid gemiddeld geen effect op de spreiding (i.e. effect was kleiner dan € 1 euro per verzekerde). De stijging van het effect van flankerend beleid in 2013 wordt verklaard door de forse stijging van het macrovereveningsresultaat voor de gGGZ-kosten (i.e. in 2012 € 4 per verzekerde versus in 2013 € 46 per verzekerde, ten opzichte van gemiddelde gGGZ-kosten van respectievelijk € 241 per verzekerde en € 229 per verzekerde). De HKC en bandbreedteregeling zorgen vervolgens voor een afname in de spreiding van het vereveningsresultaat van respectievelijk € 8 en € 1 per verzekerde (resterende 17 % van het totaal).

In Figuur 5.3.1-2 wordt de ontwikkeling in de spreiding en spreidingsreductie over de periode van 2010 tot en met 2013 gepresenteerd. De cijfers vóór 2010 zijn niet meegenomen, vanwege volledige nacalculatie voor de gGGZ-kosten in die periode.

Figuur 5.3.1-2 Spreiding (gewogen standaarddeviatie) en spreidingsreductie in het vereveningsresultaat tussen de zorgverzekeraars voor de gGGZ-kosten per vereveningsjaar, 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).
- Cijfers van 2012 zijn overgenomen uit de Monitor 2012 (Monitor 2012 – PwC, 2018).
- Voor 2010 en 2011 geldt macronacalculatie. Per 2012 geldt flankerend beleid.

Figuur 5.3.1-2 toont aan dat de totale spreidingsreductie in 2013 in lijn ligt met voorgaande jaren: 91 % ten opzichte van 89 % - 92 %. De spreidingsreductie is in 2013 door toepassing van het ex ante risicovereveningsmodel relatief groter dan de voorgaande jaren: 85 % ten opzichte van 66 % in 2012, 77 % in 2011 en 81 % in 2010. Daarbij is te zien dat de absolute spreiding bij toepassing van ex ante risicovereveningsmodel substantieel lager is dan in voorgaande jaren, terwijl in voorgaande jaren een stijging van de absolute spreiding is waargenomen. Per 2013 is het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten verbeterd door uitbreiding van het vereveningskenmerk FKG en de verlaging van de kostendrempel voor het vereveningskenmerk LDR (Hoofdstuk 2). Conform verwachting neemt de spreidingsreductie door toepassing van het ex ante risicovereveningsmodel hierdoor toe. Daarnaast valt op dat de totale absolute spreiding zonder risicovereveningssysteem afneemt, net zoals in 2012 is geconstateerd. Mogelijk is deze daling in de absolute spreiding gerelateerd aan de daling van de totale gGGZ-kosten en de eigen bijdrage voor de gGGZ, die is ingevoerd in 2012.

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

#### Portefeuilleomvang: klein/ middelgroot/ groot

Tabel 5.3.2-1 presenteert de resultaten van de analyses van de gGGZ-kosten voor de 26 zorgverzekeraars, ingedeeld in de categorieën: klein, middelgroot en groot. Dezelfde indeling is gehanteerd als bij de analyses van de somatische kosten (paragraaf 5.2).

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 2013, uitgedrukt in € per verzekerde van 18 jaar en ouder (afgerond op €).

	Gemiddelde, in €			Reikwijdte, in €			Spreiding, in €		
	Klein	Middel groot	Groot	Klein	Middel groot	Groot	Klein	Middel groot	Groot
Zonder RV	18	75	37	280	101	231	109	34	51
DV voor FB en ex post	47	46	45	37	40	40	13	9	8
DV na FB	42	51	44	77	40	59	27	10	13
DV na FB en HKC	40	43	47	33	35	15	13	8	5
DV na FB en HKC en BB	44	43	46	16	16	13	6	5	4

### Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat

Het gemiddelde vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen is vergelijkbaar in 2013 voor klein, middelgrote en grote zorgverzekeraars en ligt rondom het marktgemiddelde: € 45 - € 47 per verzekerde. Ook bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en de ex post maatregelen zijn de verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat beperkt en liggen de waarden rondom het marktgemiddelde: € 43 - € 46 per verzekerde.

Daarnaast zijn er in de situatie zonder een risicovereveningssysteem in 2013 relatief grote verschillen tussen kleine, middelgrote en grote zorgverzekeraars. Een groot deel van deze verschillen worden door het risicovereveningssysteem weggenomen, waarbij het ex ante risicovereveningsmodel de grootste reductie in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars realiseert. Flankerend beleid zorgt voor een afname van het gemiddelde vereveningsresultaat bij kleine en grote zorgverzekeraars en een toename van het gemiddelde vereveningsresultaat bij middelgrote zorgverzekeraars. De HKC en bandbreedteregeling zorgen er vervolgens voor dat het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars dichterbij het marktgemiddelde komen.

### Reikwijdte

Uit Tabel 5.3.2-1 volgt dat de reikwijdte gelijk is aan € 16 per verzekerde voor kleine en middelgrote zorgverzekeraars en € 13 per verzekerde voor grote zorgverzekeraars. Dit duidt erop dat het verschil in gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars met een grotere portefeuilleomvang kleiner is dan bij zorgverzekeraars met een kleinere portefeuilleomvang.

Daarnaast toont Tabel 5.3.2-1 aan dat de reikwijdte van het vereveningsresultaat in 2013 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 het vereveningsresultaat. Van alle ex post maatregelen zorgt de bandbreedteregeling, conform verwachting, voor (relatief gezien) de grootste afname in de reikwijdte in het vereveningsresultaat. Bij deze resultaten valt op dat de reikwijdte in verhouding sterker afneemt bij kleine zorgverzekeraars dan bij middelgrote en grote zorgverzekeraars. Ook valt op dat flankerend beleid bij kleine zorgverzekeraars een relatief groot effect heeft op de reikwijdte in het vereveningsresultaat. Dit wordt verklaard door een (behoorlijke) wijziging in het vereveningsresultaat voor de zorgverzekeraar met het laagste gemiddelde vereveningsresultaat binnen deze groep zorgverzekeraars, waardoor de reikwijdte mede wordt bepaald.

### Spreiding

De spreiding in het vereveningsresultaat neemt af 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 van het vereveningsresultaat. De spreiding na toepassing van het risicovereveningssysteem is het grootst voor

kleine zorgverzekeraars (€ 6 per verzekerde) en het meest gering voor grote zorgverzekeraars (€ 4 per verzekerde). Deze resultaten zijn in lijn met voorgaande jaren, toen de spreiding in het vereveningsresultaat voor kleine, middelgrote en grote zorgverzekeraars ook beperkt was (Monitor 2012 – PwC, 2018).

### Portefeuilleomvang: concern-zorgverzekeraars/ zelfstandige zorgverzekeraars

Tabel 5.3.2-2 presenteert de resultaten voor zelfstandige zorgverzekeraars en zorgverzekeraars behorend tot een concern.

Tabel 5.3.2-2 Het 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 2013, 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	44	59	282	101	54	40
DV voor FB en ex post	45	48	42	21	8	6
DV na FB	45	50	77	25	14	8
DV na FB en HKC	46	45	40	23	6	7
DV na FB en HKC en BB	46	44	17	15	5	5

### Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat

Het gemiddelde vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling flankerend beleid en na ex post maatregelen is voor zelfstandige zorgverzekeraars en concern-zorgverzekeraars vergelijkbaar en ligt rondom het marktgemiddelde: € 44 en € 46 per verzekerde. Ook is uit Tabel 5.3.2-2 af te leiden dat het gemiddelde vereveningsresultaat voor concern-zorgverzekeraars vrij constant is, ongeacht het vaststellingsmoment. Bij zelfstandige zorgverzekeraars zijn kleine verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat zichtbaar op de verschillende vaststellingsmomenten.

### Reikwijdte

Uit Tabel 5.3.2-2 blijkt dat de reikwijdte van het vereveningsresultaat in 2013 flink afneemt door het risicovereveningssysteem, waarbij een grotere reductie zichtbaar is voor concern-zorgverzekeraars dan voor zelfstandige zorgverzekeraars. De reikwijdte van het vereveningsresultaat is voor concern-zorgverzekeraars en zelfstandige zorgverzekeraars vergelijkbaar bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregelen: respectievelijk € 17 en € 15 per verzekerde.

### Spreiding

De spreiding in het gemiddelde vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregelen is in 2013 gelijk voor concern-zorgverzekeraars en zelfstandige-zorgverzekeraars: € 5 per verzekerde. In lijn met voorgaande jaren zijn de verschillen in de spreiding van het vereveningsresultaat na toepassing van het risicovereveningssysteem tussen zorgverzekeraars van verschillende portefeuilleomvang, beperkt.

Op basis van bovenstaande resultaten kan worden geconcludeerd dat het risicovereveningssysteem voor de gGGZ-kosten in staat is om verschillen in het risicoprofiel van zorgverzekeraars, op basis van portefeuilleomvang of ingedeeld in concern-zorgverzekeraar of zelfstandige zorgverzekeraar (deels) te compenseren. Deze resultaten zijn over het algemeen in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2012 – PwC, 2018; Monitor 2011 – KPMG, 2017).



### 5.3.3. Verklaringskracht

Tabel 5.3.3-1 presenteert de verklaringskracht van het risicovereveningssysteem in termen van de  $R^2$ , GGAA en GGARV voor de gGGZ-kosten voor verschillende vaststellingsmomenten.

Tabel 5.3.3-1  $R^2$ , GGAA en GGARV op zorgverzekeraarsniveau voor de gGGZ-kosten in 2013, voor verschillende vaststellingsmomenten.

	$R^2$ , in %	GGAA, in €	GGARV, in €
DV voor FB en ex post	48,6	46	34
DV na FB	40,9	46	6
DV na FB en HKC	54,6	46	8
DV na FB en HKC en BB	54,7	45	1

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 FB en HKC: Definitieve vaststelling na HKC ten opzichte van definitieve vaststelling na FB.
- DV na FB en HKC en BB: Definitieve vaststelling na BB ten opzichte van definitieve vaststelling na HKC.

#### $R^2$

De  $R^2$  op zorgverzekeraarsniveau voor de gGGZ-kosten bedraagt in 2013 40,9 % - 54,7 % op de verschillende vaststellingsmomenten. Daarbij is te zien dat flankerend beleid leidt tot een lichte afname in  $R^2$ . De HKC zorgt vervolgens voor een relatief grote toename in de  $R^2$ . Dit wordt verklaard doordat de HKC zorgverzekeraars grotendeels compenseert voor hoge zorgkosten (kosten boven de € 10.000 per verzekerde), waardoor de aansluiting van kosten op vereveningsbijdrage voor deze verzekerden verbetert. De bandbreedteregeling heeft nagenoeg geen effect op de  $R^2$ . Dit wordt mede verklaard doordat de bandbreedteregeling wordt toegepast nadat de HKC is toegepast, waardoor reeds een relatief groot effect heeft plaatsgevonden.

Indien de  $R^2$  wordt gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat is de verklaringskracht van het risicovereveningssysteem van 2013 in lijn is met die van 2012: voor 2013 tussen de 86,7 % - 96,2 % en voor 2012 tussen de 88,3 % - 99,2 % op de verschillende vaststellingsmomenten (Bijlage D.3.2).

#### GGAA

Op basis van Tabel 5.3.3-1 is te zien dat de GGAA in 2013 gelijk is aan € 45 - € 46 per verzekerde op de verschillende vaststellingsmomenten. De GGAA komt overeen met het macrovereveningsresultaat, omdat alle zorgverzekeraars in 2013 een positief gemiddeld vereveningsresultaat hebben.

Indien de GGAA wordt gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat is de GGAA in lijn met 2012 (Bijlage D.3.2).

#### GGARV

Tabel 5.3.3-1 geeft aan dat het risicovereveningssysteem in 2013 per vaststellingsmoment zorgt voor verschuivingen in het gemiddelde vereveningsresultaat van zorgverzekeraars: van € 34 per verzekerde tot € 1 per verzekerde. Conform verwachting vindt de relatief grootste verschuiving in het gemiddelde vereveningsresultaat van zorgverzekeraars plaats door toepassing van het ex ante risicovereveningsmodel ten opzichte van de situatie zonder een risicovereveningssysteem. Vervolgens zorgen flankerend beleid, de HKC en de bandbreedteregeling voor additionele verschuivingen in het vereveningsresultaat van zorgverzekeraars. Deze resultaten zijn in lijn met de resultaten van 2012 (Monitor 2012 – PwC, 2018).

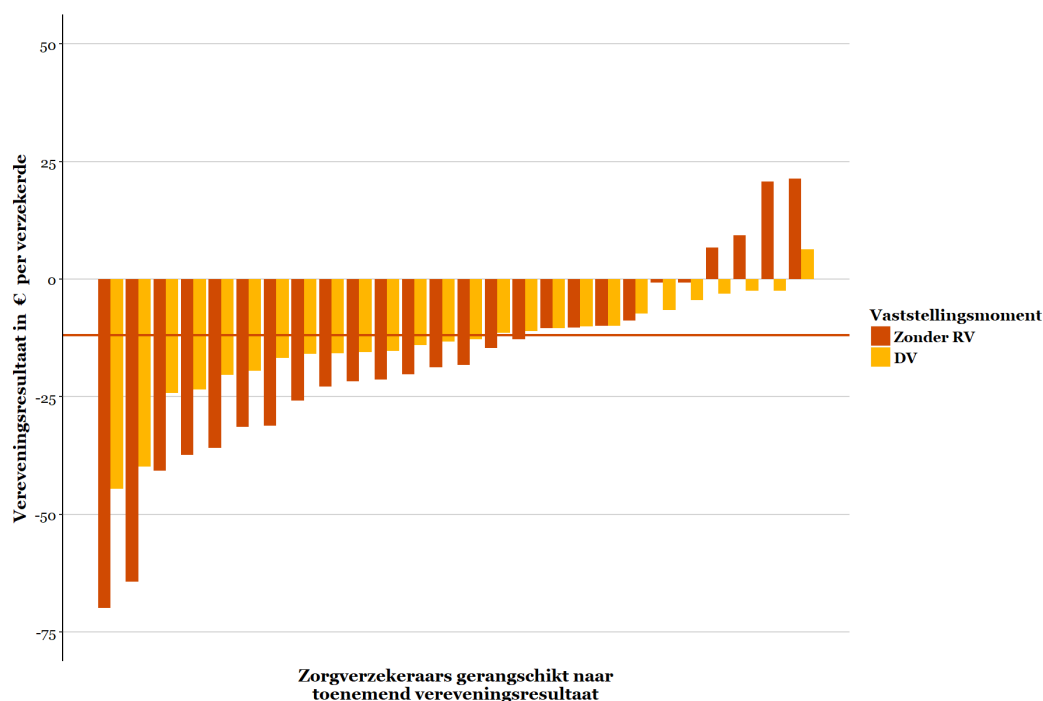
## 5.4. Opbrengsten verplicht eigen risico voor verzekerden van 18 jaar en ouder

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

#### Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en reikwijdte

Figuur 5.4.1-1 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico van alle 26 zorgverzekeraars voor de definitieve vaststelling en een situatie zonder een ex ante risicovereveningsmodel. De bijbehorende tabel presenteert het gemiddelde, de reikwijdte en de spreiding in het vereveningsresultaat. Zoals eerder vermeld zijn flankerend beleid en ex post maatregelen niet van toepassing op de opbrengsten van het verplicht eigen risico (Hoofdstuk 2).

Figuur en Tabel 5.4.1-1 Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor 26 zorgverzekeraars voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico in 2013, 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.



	Gemiddelde, in €	Reikwijdte, in €	Spreiding, in €
Geen RV	- 12	91	15
DV	- 12	51	7

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

- In 2013 is het gemiddelde vereveningsresultaat voor alle 26 zorgverzekeraars € - 12 per verzekerde van 18 jaar en ouder bij de definitieve vaststelling.
- De reikwijdte neemt af door toepassing van het ex ante risicovereveningsmodel: van € 91 per verzekerde zonder risicovereveningssysteem naar € 51 per verzekerde met toepassing van het ex ante risicovereveningsmodel. Dit houdt in dat het risicovereveningssysteem het verschil in maximale en

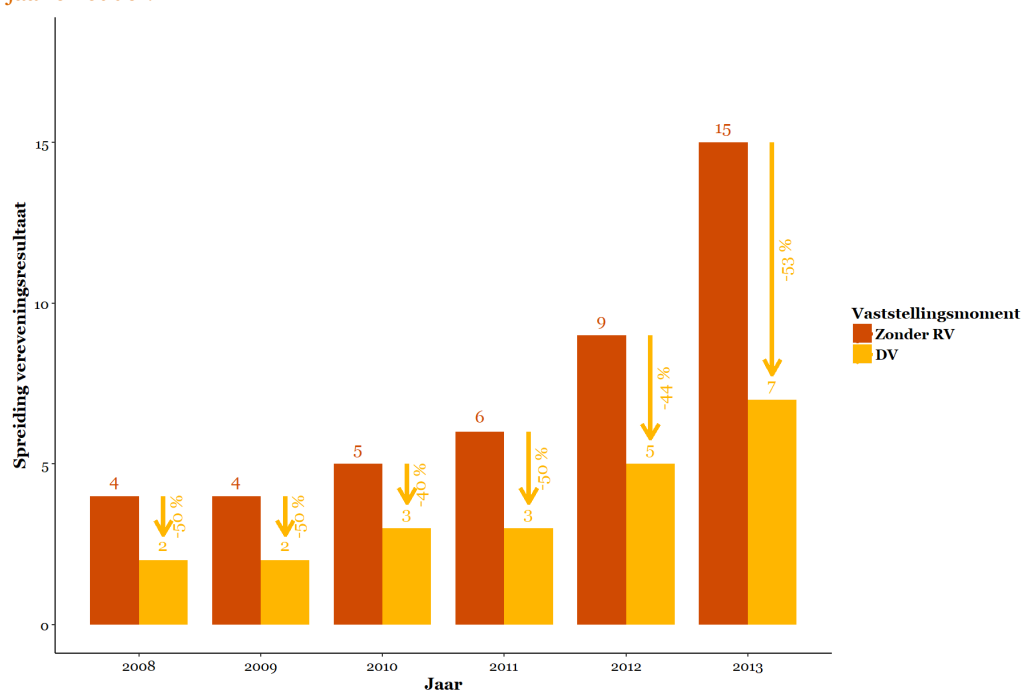
minimale vereveningsresultaat over alle zorgverzekeraars verkleint. Dit is in lijn met de resultaten in 2012 (Monitor 2012 – PwC, 2018).

### Spreiding

De spreiding van het vereveningsresultaat in 2013 neemt het risicovereveningssysteem behoorlijk af: 53 % (van € 15 per verzekerde zonder risicovereveningssysteem naar € 7 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 2013 is in Figuur 5.4.1-2 gepresenteerd. Figuur 5.4.1-2 toont aan dat de spreidingsreductie licht is gestegen ten opzichte van voorgaande jaren. De spreiding voor zowel de situatie zonder risicovereveningssysteem alsmede de definitieve vaststelling in is 2013 hoger dan in voorgaande jaren. Dit wordt verklaard door verhoging van het verplicht eigen risico bedrag over de periode 2008 – 2013. Het is aannemelijk dat bij een hoger verplicht eigen risico bedrag, de spreiding in het vereveningsresultaat 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).
- Cijfers van 2012 zijn overgenomen uit Monitor 2012 (Monitor 2012 – PwC, 2018).

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

### Portefeuilleomvang: klein/ middelgroot/ groot

Tabel 5.4.2-1 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat, de reikwijdte en spreiding in het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico tussen zorgverzekeraars ingedeeld in de categorieën: klein, middelgroot en groot.

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 2013, 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	- 4	- 25	- 8	57	69	41	25	18	9
DV	- 8	- 15	- 11	31	42	20	11	10	5

### Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat

Het gemiddelde vereveningsresultaat voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico bedrag voor alle zorgverzekeraars ingedeeld in klein, middelgroot en groot is in 2013 negatief. Het gemiddelde vereveningsresultaat is hoger voor kleine zorgverzekeraars dan voor middelgrote en grote zorgverzekeraars: respectievelijk € - 8, € - 15 en € - 11 per verzekerde van 18 jaar en ouder. Dit betekent dat de ingehouden korting op de vereveningsbijdrage en de opbrengsten van het verplicht eigen risico beter op elkaar aansluit voor kleine zorgverzekeraars dan voor middelgrote en grote zorgverzekeraars.

### Reikwijdte

Tabel 5.4.2-1 toont aan dat verschillen in de reikwijdte van het vereveningsresultaat in 2013 tussen zorgverzekeraars van verschillende portefeuilleomvang afneemt door het risicovereveningssysteem. Daarnaast valt op dat de reikwijdte van het vereveningsresultaat het grootst is bij middelgrote zorgverzekeraars en het meest gering bij grote zorgverzekeraars. Dit kan worden verklaard doordat er meer middelgrote zorgverzekeraars zijn dan kleine en grote zorgverzekeraars: respectievelijk 12, 6 en 8, waardoor de verwachting op uitschieters groter is voor middelgrote zorgverzekeraars. In 2012 was deze verdeling van de zorgverzekeraars in de categorieën klein, middelgroot en groot anders verdeeld, namelijk 10, 7 en 9 respectievelijk. In 2012 was de reikwijdte van het vereveningsresultaat voor kleine zorgverzekeraars groter dan voor middelgrote en grote zorgverzekeraars. Daarnaast is een verklaring voor de bevinding in 2013 dat er twee middelgrote zorgverzekeraars zijn met een relatief laag gemiddeld vereveningsresultaat in verhouding tot de andere zorgverzekeraars binnen deze groep zorgverzekeraars. De reikwijdte wordt hierdoor medebepaald en komt daarmee hoger uit dan bij de kleine en grote zorgverzekeraars.

### Spreiding

In lijn met voorgaande resultaten, is de spreiding in het vereveningsresultaat onder kleine zorgverzekeraars het grootst en onder grote zorgverzekeraars het meest gering: € 11, € 10 en € 5 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 gemiddelde vereveningsresultaat groter zijn dan bij middelgrote en grote zorgverzekeraars. Dit is in lijn met voorgaande jaren: in 2012 was de spreiding € 14, € 5 en € 3 per verzekerde van 18 jaar en ouder voor respectievelijk kleine, middelgrote en grote zorgverzekeraars (Monitor 2012 - PwC, 2018). Uit de Monitor 2011 (Monitor 2011 – KPMG, 2017) blijkt dat de spreiding over de

periode 2008 tot en met 2011 bij kleine zorgverzekeraars is toegenomen. Dit kan gerelateerd zijn het effect van de toename van het verplicht eigen risico bedrag over de afgelopen jaren.

### Portefeuilleomvang: concern-zorgverzekeraars/ zelfstandige zorgverzekeraars

Tabel 5.4.2-2 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat, de reikwijdte en spreiding in het gemiddelde vereveningsresultaat voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico van de 26 zorgverzekeraars, ingedeeld in zelfstandige zorgverzekeraars en zorgverzekeraars behorend tot een concern.

Tabel 5.4.2-2 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 2013, uitgedrukt in € per verzekerde (afgerond op €).

	Gemiddelde, in €		Reikwijdte, in €		Spreiding, in €	
	Concern	Zelfstandig	Concern	Zelfstandig	Concern	Zelfstandig
Geen RV	- 11	- 18	91	64	14	18
DV	- 12	- 12	46	42	6	12

#### Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat

Het gemiddelde vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling is voor zelfstandige zorgverzekeraars en concern-zorgverzekeraars gelijk aan € - 12 per verzekerde. Toepassing van het ex ante risicovereveningsmodel heeft ervoor gezorgd dat het gemiddelde vereveningsresultaat gelijk is aan elkaar: bij concern-zorgverzekeraars is er een lichte daling in het gemiddelde vereveningsresultaat van € 1 per verzekerde en bij zelfstandige zorgverzekeraars een stijging van € 6 per verzekerde, ten opzichte van de situatie zonder een risicovereveningssysteem. Deze bevinding is in lijn met de bevinding van 2012 (Monitor 2012 – PwC, 2018).

#### Reikwijdte

Uit bovenstaande resultaten blijkt dat de reikwijdte in 2013 in het vereveningsresultaat van concern-zorgverzekeraars groter is dan de reikwijdte van zelfstandige zorgverzekeraars: € 46 versus € 42 per verzekerde van 18 jaar en ouder. Voorgaande jaren was de reikwijdte in het vereveningsresultaat van zelfstandige zorgverzekeraars juist groter dan van concern-zorgverzekeraars (Monitor 2012 – PwC, 2018; Monitor 2011 – KPMG, 2017). Het verschil in de reikwijdte tussen concern-zorgverzekeraars en zelfstandige zorgverzekeraars is in 2013 wel kleiner dan in 2012. Mogelijk wordt dit verklaard door wijzigingen in de portefeuillesamenstelling van zorgverzekeraars in combinatie met de stijging van het verplicht eigen risico bedrag en wijziging van de definitie van de forfaitaire groep.

#### Spreiding

Bij concern-zorgverzekeraars is de spreiding in 2013 lager (€ 6 per verzekerde) dan bij zelfstandige zorgverzekeraars (€ 12 per verzekerde). Mogelijk is de Wet van Grote Aantallen een verklaring voor deze verschillen. In 2012 is ook geconstateerd dat de spreiding bij concern-zorgverzekeraars lager is dan bij zelfstandige zorgverzekeraars (Monitor 2012 – PwC, 2018).

### 5.4.3. Verklaringskracht

Tabel 5.4.3-1 presenteert de verklaringskracht van het ex ante risicovereveningsmodel voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico, uitgedrukt in de  $R^2$  en GGAA. Tevens is de GGARV weergegeven.

Tabel 5.4.3-1  $R^2$ , GGAA en GGARV op zorgverzekeraarsniveau voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico in 2013, voor de definitieve vaststelling.

	$R^2$ , in %	GGAA, in €	GGARV, in €
<b>DV</b>	37,2	12	6

Voetnoot Tabel 5.4.3-1

- GGARV: Definitieve vaststelling ten opzichte van de situatie zonder een risicovereveningssysteem.

### $R^2$

De  $R^2$  op zorgverzekeraarsniveau voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico bedraagt 37,2 %. Indien de  $R^2$  wordt gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat blijkt dat de  $R^2$  in 2013 73,7 % bedraagt. Dit is hoger dan de gecorrigeerde  $R^2$  in 2012: 68,7 % (Bijlage D.3.3). Per 2013 is de definitie van de forfaitaire groep gewijzigd en het verplicht eigen risico bedrag is fors toegenomen van € 220 naar € 350 per verzekerde. Dit kan ertoe hebben geleid dat de ingehouden korting beter aansluit op de geïnde opbrengsten voor het verplicht eigen risico bedrag dan in 2012. In lijn met voorgaande jaren is geconstateerd dat de in te houden korting voor het verplicht eigen risico bedrag hoger is dan de opgave van de geïnde opbrengsten van het verplicht eigen risico bedrag.

### GGAA

De GGAA is in 2013 gelijk aan € 12 per verzekerde van 18 jaar en ouder. De GGAA is gelijk aan het macrovereveningsresultaat, omdat alle zorgverzekeraars – met uitzondering van één zorgverzekeraar met een klein positief vereveningsresultaat – een negatief gemiddeld vereveningsresultaat hebben. Hierdoor komt de GGAA neer op het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat. Indien de GGAA wordt gecorrigeerd voor macrovereveningsresultaat blijkt dat de GGAA licht is afgenomen ten opzichte van 2012: van € 8 per verzekerde naar € 5 per verzekerde.

### GGARV

De GGARV is in 2013 gelijk aan € 6 per verzekerde voor de verschuiving van de situatie zonder risicovereveningssysteem naar de definitieve vaststelling. Deze GGARV toont aan dat verschuivingen in het vereveningsresultaat optreden tussen zorgverzekeraars als gevolg van het inhouden van de korting op de vereveningsbijdrage voor het verplicht eigen risico bedrag. Deze verschuivingen zijn gerelateerd aan verschillen in het risicoprofiel van de verzekerdenportefeuille van zorgverzekeraars.

## 6. Resultaten op subgroepniveau

### Conclusies

#### Somatische kosten

Voor het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten voor 2013 zijn voor de onderzochte subgroepen behoorlijke gemiddelde *onder- of overcompensaties* geconstateerd. Zo worden subgroepen met geen tot weinig kosten c.q. geen somatische of psychische aandoening, waarbij deze subgroepen het overgrote deel van de Zvw-bevolking omvatten, behoorlijk gemiddeld overgecompenseerd. Andere subgroepen met hoge kosten c.q. zwaar zorggebruik, die kleiner in omvang zijn, worden gemiddeld flink ondergecompenseerd. Het patroon in de resultaten is over het algemeen in lijn met 2012 (Monitor 2012 – PwC, 2018).

#### Resultaten:

- Verzekerden in de subgroepen met kosten in de midden 70 % en laagste 15 % van de kosten in het voorgaande jaar – dit betreft in totaal circa 86 % van de Zvw-bevolking in 2013 – worden gemiddeld genomen *overgecompenseerd*. Voor de subgroep met de meeste verzekerden (70 %) is sprake van een gemiddelde overcompensatie van € 170 per verzekerde in 2013.
- Verzekerden met kosten in de hoogste 3 % (exclusief de verzekerden in de hoogste 1 %) van de kosten in 2012 worden gemiddeld *ondergecompenseerd* met € 608 per verzekerde in 2013. Deze subgroep omvat 1,8 % van de totale Zvw-bevolking. Dit resultaat is opvallend in vergelijking met 2012 toen de verzekerden in deze subgroep gemiddeld werden overgecompenseerd met € 114 per verzekerde.
- Verzekerden met kosten in de hoogste 1 % van de kosten in 2012 worden gemiddeld flink ondergecompenseerd met € 4.055 per verzekerde in 2013. Dit betreft een subgroep met een relatief kleine omvang van 0,8 % van de totale Zvw-bevolking. Voor deze subgroep is een forse toename in de gemiddelde ondercompensatie ten opzichte van 2012. Dit komt doordat de gemiddelde kosten van deze subgroep met 10 % zijn toegenomen, terwijl de gemiddelde vereveningsbijdrage nagenoeg gelijk is gebleven ten opzichte van 2012.
- Verzekerden jonger dan 18 jaar zonder een somatische aandoening (op basis van de morbiditeitskenmerken) worden gemiddeld licht *overgecompenseerd* met € 82 per verzekerde in 2013, terwijl verzekerden jonger dan 18 jaar met een somatische aandoening gemiddeld worden *ondergecompenseerd* met € 767 per verzekerde. Opvallend hierbij is dat de gemiddelde overcompensatie voor deze subgroep van verzekerden van jonger dan 18 jaar zonder somatische aandoening in 2013 gemiddeld lager ligt dan het macrovereveningsresultaat van gemiddeld € 130 per verzekerde. In 2012 was de overcompensatie hoger dan het macrovereveningsresultaat in dat jaar.
- Verzekerden van 18 jaar en ouder zonder somatische aandoening maar met een psychische aandoening worden gemiddeld *ondergecompenseerd* in 2013. De ondercompensatie is hoger voor verzekerden van 65 jaar en ouder dan voor verzekerden van 18 jaar tot en met 64 jaar: respectievelijk € 383 per verzekerde en € 169 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. Hetzelfde patroon was ook in 2012 waargenomen.
- Verzekerden van 18 jaar en ouder zonder een somatische en psychische aandoening, of verzekerden met een somatische aandoening (ongeacht psychische aandoening) worden gemiddeld overgecompenseerd in 2013. De overcompensatie is voor verzekerden van 65 jaar en ouder hoger dan voor verzekerden van 18 jaar tot en met 64 jaar.

#### gGGZ-kosten

Het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ is in 2013 in staat verschillen in zorgkosten adequaat te compenseren voor enkele onderzochte subgroepen, die tezamen het overgrote deel van de verzekerden in de

Zvw-bevolking vertegenwoordigen (circa 93 %). Voor andere onderzochte subgroepen, die relatief klein in omvang zijn, zijn behoorlijke gemiddelde onder- of overcompensaties geconstateerd. Het patroon in de resultaten is in lijn met 2012 (Monitor 2012 – PwC, 2018).

*Resultaten:*

- Het overgrote deel van de verzekerden van 18 jaar en ouder in 2013 maakte in 2012 geen gGGZ-kosten (93,5 %). Voor deze subgroep, in lijn met 2012, kan worden gesteld dat de vereveningsbijdrage gemiddeld genomen adequaat is (gemiddelde overcompensatie is beneden de gestelde grens van € 50 per verzekerde). Vanwege de grote omvang van deze subgroep gaat het op macroniveau wel om een behoorlijk bedrag: € 381 miljoen.
- Verzekerden in de subgroepen met (zeer) hoge gGGZ-kosten in het voorgaande jaar - in de hoogste 1 %, 3 % en 5 % - worden gemiddeld genomen flink *ondergecompenseerd* in 2013 met gemiddeld € 2.260 tot € 13.819 per verzekerde. Een groot deel van deze verzekerden komt terecht in de HKC-risicopool, waardoor zorgverzekeraars gezamenlijk de betreffende kosten van deze verzekerden dragen.
- Het merendeel van de verzekerden heeft geen psychische aandoening (92,9 % van de Zvw-bevolking van 18 jaar en ouder). Voor de betreffende subgroepen zonder psychische aandoening, ongeacht de aanwezigheid van een somatische aandoening en de leeftijdsgroep, is het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten in staat de kosten gemiddeld genomen adequaat te voorspellen in 2013 (gemiddelde overcompensatie is beneden de gestelde grens van € 50 per verzekerde).
- De subgroepen van verzekerden mét een psychische aandoening, ongeacht de aanwezigheid van een somatische aandoening en de leeftijdsgroep, worden gemiddeld overgecompenseerd in 2013. Voor deze subgroepen van verzekerden met een psychische aandoening en géén somatische aandoening is de gemiddelde overcompensatie het hoogst, namelijk gemiddeld € 683 – € 533 per verzekerde voor verzekerden jonger dan 65 jaar of ouder dan 65 jaar, respectievelijk.
- Voor subgroepen met de verzekerden die zowel een somatische als psychische aandoening hebben bedraagt de overcompensatie gemiddeld € 360 – € 337 per verzekerde in 2013 voor verzekerden jonger dan 65 jaar of ouder dan 65 jaar, respectievelijk. De omvang van deze subgroepen zijn relatief beperkt: 1,2 % - 3,8 % van de totale Zvw-bevolking van 18 jaar en ouder.
- Opvallend in relatie tot de resultaten voor de somatische kosten is dat bij de subgroepen op basis van samenhang van een somatische en psychische aandoening in combinatie met leeftijdsgroepen het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ voor enkele subgroepen die het merendeel van de verzekerden vertegenwoordigen (i.e. verzekerden die geen psychische aandoening hebben) de gemiddelde kosten adequaat compenseren, terwijl dit patroon niet is waar te nemen bij het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten.



## 6.1. Doel en definitie begrippen voor interpretatie resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de toetsing van de werking van de ex ante risicovereveningsmodellen voor de somatische kosten en de gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder op subgroepniveau voor 2013.

De resultaten in dit hoofdstuk geven inzicht in de aansluiting van de ex ante vereveningsbijdrage ten tijde 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.

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

- De resultaten tonen aan in welke mate het ex ante risicovereveningsmodel uiteindelijk op basis van gerealiseerde cijfers, die vier jaar na het betreffende vereveningsjaar bekend zijn, verschillen in zorgkosten tussen subgroepen compenseert.
- Voor het realiseren van de beleidsdoelen van het ex ante risicovereveningsmodel is het *niet* nodig 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 kosten waarvoor het ex ante risicovereveningsmodel dient te compenseren en voor welke kosten niet, zoals onnodig of ondoelmatig zorggebruik.
- Onderhavige Monitor onderzoekt enkele subgroepen ter indicatie van de werking van de ex ante risicovereveningsmodellen op gerealiseerde cijfers. Deze analyses zijn *niet* toereikend om conclusies te trekken of en in welke mate de ex ante risicovereveningsmodellen de beoogde beleidsdoelen bereiken.

### Keuze definitie subgroepen

Voor deze Monitor 2013 is dezelfde definitie van de subgroepen gehanteerd als voor de editie van de Monitor 2012, rekening houdend met wijzigingen in de definitie van de betreffende risicoklassen van vereveningskenmerken (Hoofdstuk 2; Monitor 2012 – PwC, 2018).<sup>5</sup> Bijlage C beschrijft de definities voor 2013 en andere uitgangspunten. Bijlage E presenteert de gehanteerde drempelbedragen voor indeling van de subgroepen op basis van kosten van het voorgaande jaar. De indeling van verzekerden naar subgroepen is in 2013 opnieuw bepaald op basis van de Zvw-populatie van dit betreffende vereveningsjaar. Dit betekent dat de verzekerden die zijn ingedeeld in een bepaalde subgroep van jaar-op-jaar kunnen verschillen, indien meerdere edities van de Monitor met elkaar worden vergeleken. Het gaat bij deze analyse *niet* om het opvolgen van dezelfde verzekerden over vereveningsjaren, maar om te analyseren of het patroon in de resultaten voor de onderzochte subgroepen in lijn ligt met 2012.

Bij interpretatie van de resultaten wordt het Toetsingskader gehanteerd (WOR 760). 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.

<sup>5</sup> Van de vereveningskenmerken die zijn gebruikt voor definitie van de subgroepen zijn in 2013 de definitie van een risicoklasse van het vereveningskenmerk MHK is gewijzigd en het drempelbedrag voor het vereveningskenmerk LDR.

## 6.2. Somatische kosten

### 6.2.1. Subgroepen op basis van kosten van het voorgaande jaar

Tabel 6.2.1-1 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat en de zorgkosten voor de onderzochte subgroepen op basis van somatische kosten uit 2012, voor de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en bandbreedteregeling. De omvang van de subgroep is uitgedrukt als percentage van het totaal aantal verzekerden. Verzekerden die in 2013 zijn geboren of geïmmigreerd, zijn ingedeeld in de subgroep 'laagste 15 %'. Verzekerden die in 2012 zijn overleden of geïmmigreerd, zijn *niet* inbegrepen in de analyse. Door deze in- en uitstroom is de omvang van de subgroepen in 2013 niet exact gelijk aan de gestelde percentielklassen op basis van kosten van 2012. 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 gemiddelde somatische kosten in 2013 voor subgroepen op basis van somatische kosten van het voorgaande jaar, op moment van de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en bandbreedteregeling in 2013, uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen <sup>a</sup> op basis van kosten 2012	Definitieve vaststelling voor 2013 (voor flankerend beleid en bandbreedteregeling)		
	Aantal (%)	Gemiddelde resultaat <sup>b</sup>	Gemiddelde kosten <sup>c</sup>
Hoogste 1 %	0,8	- 4.055	19.355
Hoogste 1 % - 3 %	1,8	- 608	8.878
Hoogste 3 % - 5 %	1,9	- 130	6.065
Hoogste 5 % - 15 %	9,8	- 10	4.009
Midden 70 % (15 % - 85 %)	70,1	170	1.198
Laagste 15 % <sup>d</sup>	15,5	383	615

Voetnoot Tabel 6.2.1-1

- De subgroepen sluiten elkaar uit.
- Het gemiddelde resultaat is het verschil tussen de gemiddelde vereveningsbijdrage en de gemiddelde kosten. In berekening van het vereveningsresultaat is rekening gehouden met de toegepaste criteriumneutraliteit voor de vereveningskenmerken MHK en DKG. Ook is rekening gehouden met flankerend beleid Type II. In de analyses zijn de extra toebedeelde middelen meegenomen via een ophoogfactor van 1,0026 op de berekende vereveningsbijdrage: dit resulteert in totaal in € 47 miljoen aan extra vereveningsbijdrage.
- De gemiddelde kosten in het aangeleverde bestand bedragen € 1.767 per verzekerde. Hierdoor resulteert in deze analyse een macrovereveningsresultaat van afgerond € 130 per verzekerde (Bijlage B bevat een nadere toelichting).
- Deze subgroep bevat ook de instromers in 2013 (i.e. geboren en immigranten), dit betreft 0,9 % 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 % (15 % - 85 % van de kostenverdeling) en de laagste 15 % van de kosten in het voorgaande jaar – dit betreft tezamen circa 86 % van de Zvw-bevolking in 2013 – worden gemiddeld genomen *overgecompenseerd* in 2013. Voor de meeste verzekerden (70 %) is sprake van een overcompensatie van gemiddeld € 170 per verzekerde. In 2012 was de overcompensatie voor deze subgroep lager, namelijk gemiddeld € 71 per verzekerde (Monitor 2012 – PwC, 2018). De toename van de overcompensatie van deze subgroep kan (deels) worden verklaard door de toename in het macrovereveningsresultaat van 2013 ten opzichte van 2012: van € 83 per verzekerde naar afgerond € 130 per verzekerde. De verzekerden in deze subgroep hebben in 2013 relatief lage somatische kosten: gemiddeld € 1.198 per verzekerde.
- Voor de subgroep van verzekerden in de laagste 15 % van de kosten in 2012 – 15,5 % van de totale Zvw-bevolking – is sprake van een behoorlijke gemiddelde overcompensatie in 2013: € 383 per verzekerde. In 2012 is voor deze subgroep ook een behoorlijke gemiddelde ondercompensatie in dezelfde orde van grootte geconstateerd (Monitor 2012 – PwC, 2018). De verzekerden in deze subgroep hebben geen tot zeer weinig zorgkosten gemaakt in het voorgaande jaar. In 2013 bedragen de gemiddelde kosten voor de verzekerden in deze subgroep € 615 per verzekerde. Merk op dat in deze subgroep de instromers van 2013 zijn inbegrepen (0,9 % van de Zvw-bevolking). Deze verzekerden wijken over het algemeen af qua kosten van de andere verzekerden in de subgroep van verzekerden in de laagste 15 % van de kosten van het voorgaande jaar. In

2013 zijn de gemiddelde kosten van de subgroepen laagste 15 % en midden 70 % lager dan de gemiddelde kosten van de Zvw-bevolking (€ 1.767 per verzekerde). Dit duidt erop dat deze subgroepen relatief gezonde verzekerden bevatten.

- De andere subgroepen die de hoogste 5 % van de kosten omvatten, ingedeeld in drie subgroepen (1 %, 3 %, 5%), worden gemiddeld behoorlijk ondergecompenseerd in 2013: van € 130 tot € 4.055 per verzekerde. Deze subgroepen zijn relatief gezien klein van omvang: circa 0,8 % tot 1,9 % van de Zvw-populatie. De gemiddelde kosten van de verzekerden in de drie subgroepen in de hoogste 5 % liggen ver boven het gemiddelde van de Zvw-bevolking (Tabel 6.2.1-1). Voor verzekerden met de kosten in de hoogste 1 % van het voorgaande jaar is sprake van de hoogste ondercompensatie van gemiddeld € 4.055 per verzekerde. In 2012 was voor deze subgroep in de hoogste 1 % ook een forse gemiddelde ondercompensatie geconstateerd: € 2.231 per verzekerde (Monitor 2012 – PwC, 2018). Ten opzichte van 2012 zijn de gemiddelde kosten van deze subgroep met 10 % toegenomen, terwijl de gemiddelde vereveningsbijdrage nagenoeg gelijk is gebleven. Hierdoor is het vereveningsresultaat in 2013 hoger dan in 2012. Een soortgelijke conclusie geldt voor de subgroep met verzekerden in de hoogste 3 % en de subgroep met verzekerden in de hoogste 5 % van kosten in het voorgaande jaar.
- De subgroep van verzekerden met kosten in de hoogste 1 % tot 3 % in 2012 worden gemiddeld *ondergecompenseerd* met € 608 per verzekerde in 2013. Dit is een opvallende bevinding in vergelijking met 2012 toen de verzekerden in deze subgroep gemiddeld werden *overgecompenseerd* met € 114 per verzekerde (Monitor 2012 – PwC, 2018).
- Uit nadere analyse blijkt dat de subgroepen van verzekerden met de hoogste 1%, 3% en 5 % van de kosten in het voorgaande jaar relatief vaak zijn ingedeeld in de positieve risicoklassen van de morbiditeitskenmerken (DKG, FKG en MHK). Elke positieve risicoklasse van deze morbiditeitskenmerken zorgt voor een opslag in de vereveningsbijdrage. Desondanks resteert voor deze subgroepen een forse gemiddelde ondercompensatie. Het ex ante risicovereveningsmodel is in staat 79 %, 93 % en 98 % van de kosten van de drie subgroepen respectievelijk te compenseren in 2013; en daarmee resteert 21 %, 7 % en 2 % van de kosten van deze subgroepen die niet worden gecompenseerd.<sup>6</sup> In deze Monitor is niet nader onderzocht welk deel van de kosten van een subgroep kunnen worden voorspeld en welk deel van de zorgkosten wenselijk zijn om te compenseren via het ex-ante risicovereveningsmodel.

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 onderzochte subgroepen hierdoor worden verklaard.

### 6.2.2. Subgroepen samenhang aandoening en leeftijdsgroepen

Tabel 6.2.2-1 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat en kosten voor de gedefinieerde subgroepen van 2013 op basis van een somatische/ psychische aandoening in combinatie met leeftijdsgroepen, voor de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en bandbreedteregeling. De omvang van de subgroep is wederom uitgedrukt als percentage van het totaal aantal verzekerden.

<sup>6</sup> Voorbeeldberekening:  $100 \% * (19.355 - 4.055) / 19.355 = 79 \%$  en  $100 \% * 4.055 / 19.355 = 21 \%$ .

Tabel 6.2.2-1 Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en gemiddelde somatische kosten in 2013 voor 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, uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd	Definitieve vaststelling voor 2013 (voor flankerend beleid en bandbreedteregeling)		
	Aantal (%)	Gemiddelde resultaat <sup>a</sup>	Gemiddelde kosten <sup>b</sup>
<b>Verzekerden onder de 18 jaar</b>			
- Geen somatische aandoening	20,2	82	740
- Wel somatische aandoening	0,6	- 767	5.562
<b>Verzekerden 18 jaar tot en met 64 jaar</b>			
- Geen somatische - Geen psychische aandoening	48,0	101	864
- Geen somatische - Wel psychische aandoening	1,6	- 169	1.235
- Wel somatische - Geen psychische aandoening	9,4	132	3.748
- Wel somatische - Wel psychische aandoening	3,0	148	3.211
<b>Verzekerden van 65 jaar en ouder</b>			
- Geen somatische - Geen psychische aandoening	6,9	297	1.943
- Geen somatische - Wel psychische aandoening	0,1	- 383	2.713
- Wel somatische - Geen psychische aandoening	9,3	355	5.483
- Wel somatische - Wel psychische aandoening	1,0	239	5.890

Voetnoot Tabel 6.2.2-1:

- Het gemiddelde resultaat is het verschil tussen de gemiddelde vereveningsbijdrage en de gemiddelde kosten. In berekening van het vereveningsresultaat is rekening gehouden met de toegepaste criteriumneutraliteit voor de vereveningskenmerken MHK en DKG. Ook is rekening gehouden met flankerend beleid Type II. In de analyses zijn de extra toebedeelde middelen meegenomen via een ophoogfactor van 1,0026 op de berekende vereveningsbijdrage: in totaal resulteert dit in € 47 miljoen aan extra vereveningsbijdrage.
- De gemiddelde kosten in het aangeleverde bestand bedragen € 1.767 per verzekerde. Hierdoor resulteert in deze analyse een macrovereveningsresultaat van afgerond € 130 per verzekerde (Bijlage B bevat een nadere toelichting).

De volgende bevindingen volgen uit de resultaten van 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 2013. In totaal omvat deze subgroep circa 20 % van de Zvw-bevolking. De verzekerden in deze subgroep worden in 2013 gemiddeld genomen licht overgecompenseerd met € 82 per verzekerde. Deze verzekerden worden ingedeeld in de afslagklassen van de morbiditeitskenmerken. Ondanks deze afslag is de vereveningsbijdrage hoger dan de gemiddelde kosten van deze subgroep. Merk op dat het gemiddelde vereveningsresultaat lager is dan het gemiddelde macrovereveningsresultaat. In 2012 is voor deze subgroep ook een lichte gemiddelde overcompensatie geconstateerd: € 95 per verzekerde bij gemiddelde kosten van € 694 per verzekerde (Monitor 2012 – PwC, 2018). In 2012 was het gemiddelde vereveningsresultaat wel hoger dan het gemiddelde macrovereveningsresultaat in dat jaar.
- Voor de subgroep van verzekerden jonger dan 18 jaar met een somatische aandoening is sprake van een gemiddelde ondercompensatie met € 767 per verzekerde in 2013. Dit is een relatief kleine subgroep in omvang: 0,6 % van de Zvw-bevolking. De gemiddelde kosten van deze subgroep zijn zeer hoog: € 5.562 per verzekerde, zeker in verhouding tot gemiddeld € 1.767 per verzekerde voor de totale Zvw-bevolking. Deze bevinding is in lijn met 2012 (Monitor 2012 – PwC, 2018). Deze resultaten tonen aan dat het ex ante risicovereveningsmodel blijkbaar niet voldoende in staat is voor deze verzekerden gemiddeld genomen de kosten van deze verzekerden adequaat te voorspellen. Uit nadere analyse volgt dat ongeveer de helft van de verzekerden in deze subgroep is ingedeeld in een positieve risicoklasse van het vereveningskenmerk FKG en ongeveer de helft van de verzekerden is ingedeeld in een positieve risicoklasse van het vereveningskenmerk MHK. Daarnaast is ongeveer driekwart van de verzekerden ingedeeld in de afslagklasse van het vereveningskenmerk DKG. Onder de verzekerden van deze subgroep is voor 1,7 % van de verzekerden sprake van combinatie van deze morbiditeitskenmerken.

- De subgroepen van verzekerden van 18 jaar en ouder zonder een somatische aandoening maar met een psychische aandoening worden gemiddeld *ondergecompenseerd* in 2013. De ondercompensatie is hoger voor verzekerden van 65 jaar en ouder dan voor verzekerden van 18 jaar tot en met 64 jaar: respectievelijk € 383 per verzekerde en € 169 per verzekerde. De gemiddelde kosten van de verzekerden van 65 jaar en ouder zijn ook hoger dan van verzekerden van 18 jaar tot en met 64 jaar: respectievelijk € 2.713 per verzekerde en € 1.235 per verzekerde. Beide subgroepen zijn relatief klein van omvang: respectievelijk 0,1 % en 1,6 % van de totale Zvw-bevolking. In 2012 was eenzelfde patroon in de resultaten en kosten zichtbaar (Monitor 2012 – PwC, 2018). Mogelijk kunnen deze resultaten worden verklaard doordat deze verzekerden somatische kosten maken vanwege hun psychische aandoening, zoals voor de huisarts, ziekenhuis en/ of medicatie. Doordat zij geen somatische aandoening hebben conform de definitie van de morbiditeitskenmerken (FKG, DKG of MHK) komen zij niet in een positieve risicoklasse van deze morbiditeitskenmerken terecht. Dit resulteert in een afslag op de vereveningsbijdrage. Hierdoor is de gemiddelde vereveningsbijdrage lager dan de gemiddelde kosten voor deze subgroepen. De verzekerden van 65 jaar en ouder hebben kosten die hoger zijn dan de gemiddelde kosten in de Zvw-bevolking. Verzekerden van 18 jaar tot 64 jaar hebben kosten die lager zijn dan de gemiddelde kosten in de Zvw-bevolking.
- Voor de subgroep met verzekerden van 18 jaar en ouder met een somatische aandoening, ongeacht de aanwezigheid van een psychische aandoening, is sprake van een gemiddelde *overcompensatie* in 2013. De subgroepen omvatten 9,4 %, 3,0 %, 9,3 % en 1,0% van de totale Zvw-bevolking voor respectievelijk verzekerden van 18 jaar tot en met 64 jaar met somatische aandoening en zonder psychische aandoening, verzekerden van 18 jaar tot en met 64 jaar met zowel een somatische alsmede psychische aandoening, verzekerden van 65 jaar en ouder met een somatische aandoening en zonder een psychische aandoening en verzekerden van 65 jaar en ouder met zowel een somatische alsmede psychische aandoening. Deze resultaten zijn in lijn met 2012 (Monitor 2012 – PwC, 2018).

Net zoals de voorgaande analyse in paragraaf 6.2.1 is *niet* onderzocht voor welke type zorgverlening kosten zijn gemaakt, omdat dit niet mogelijk is op basis van de beschikbare aangeleverde gegevens. Het is dan ook niet mogelijk te duiden welk deel van de kosten gerelateerd zijn aan 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. Analyse van patronen in de onderliggende declaraties op het niveau van type zorgverlening kan waardevolle inzichten opleveren om te achterhalen waarom bepaalde subgroepen worden onder- of overgecompenseerd. Mogelijk levert dergelijk onderzoek aanknopingspunten op om het ex ante risicovereveningsmodel verder te verbeteren.

## 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 gemiddelde vereveningsresultaat en de gemiddelde gGGZ-kosten voor de gedefinieerde subgroepen op basis van de gGGZ-kosten uit 2012, voor de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen in 2013. De omvang van de subgroep is uitgedrukt als percentage van het totaal aantal verzekerden van 18 jaar en ouder. Verzekerden die zijn geboren of geïmmigreerd in 2013 worden ingedeeld in de klasse 'gelijk aan nul'. Verzekerden die zijn overleden of geëmigreerd in 2012 worden 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 2012 (6,5 % van de verzekerden in 2013). De subgroepen sluiten elkaar uit.

Tabel 6.3.1-1 Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en gemiddelde gGGZ-kosten 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 <sup>a</sup> op basis van kosten 2012	Definitieve vaststelling (voor flankerend beleid en ex post maatregelen)		
	Aantal (%)	Gemiddelde resultaat <sup>b</sup>	Gemiddelde kosten <sup>c</sup>
Hoogste 1 %	0,1	- 13.819	22.769
Hoogste 1 % - 3 %	0,1	- 6.812	15.527
Hoogste 3 % - 5 %	0,1	- 2.260	10.910
Midden 70 % (25 % - 95 %)	4,6	897	2.035
Laagste 25 %	1,6	- 192	473
Gelijk aan nul	93,5	31	90

Voetnoot Tabel 6.3.1-1

- De subgroepen sluiten elkaar uit.
- Het gemiddelde resultaat is het verschil tussen de gemiddelde vereveningsbijdrage en de gemiddelde kosten. In berekening van het vereveningsresultaat is rekening gehouden met de toegepaste criteriumneutraliteit voor de vereveningskenmerken LDR en HDR. Ook is rekening gehouden met flankerend beleid Type II. In de analyses zijn de extra toebedeelde middelen meegenomen via een ophoogfactor van 1,0419 op de berekende vereveningsbijdrage; in totaal resulteert dit in € 148 miljoen aan extra vereveningsbijdrage. De gebruikte normbedragen voor bepaling van de vereveningsbijdrage zijn niet gecorrigeerd voor de HKC.
- De gemiddelde kosten in het aangeleverde bestand bedragen € 233 per verzekerde. Hierdoor resulteert in deze analyse een macrovereveningsresultaat van afgerond € 46 per verzekerde (Bijlage B bevat een nadere toelichting).

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

- Het overgrote deel van de verzekerden van 18 jaar en ouder maakt geen gGGZ-kosten in 2013: 93,5 % van de Zvw-bevolking. Voor deze subgroep is sprake van een gemiddelde overcompensatie beneden de gestelde minimumgrens van € 50 per verzekerde, conform het Toetsingskader (WOR 760). Gesteld kan worden dat het ex ante risicovereveningsmodel gemiddeld genomen de kosten voor deze subgroep adequaat compenseert. Vanwege de grote omvang van deze subgroep gaat het op macroniveau wel om een behoorlijk bedrag: € 381 miljoen. Deze bevinding is in lijn met 2012 (Monitor 2012 – PwC, 2018).
- De subgroep van verzekerden met gGGZ-kosten in de midden 70 % (van 25 % - 95 %) van de kostenverdeling van het voorgaande jaar worden gemiddeld behoorlijk overgecompenseerd met € 897 per verzekerde in 2013 volgens het ex ante risicovereveningsmodel. Deze subgroep omvat 4,6 % van de Zvw-bevolking van 18 jaar en ouder. In 2012 was voor deze subgroep ook een behoorlijke gemiddelde overcompensatie geconstateerd, met een soortgelijke omvang in verzekerden (Monitor 2012 – PwC, 2018).
- De subgroepen van verzekerden met (zeer) hoge gGGZ-kosten – in de hoogste 1 %, 3 % en 5 % van het voorgaande jaar – worden gemiddeld genomen fors ondergecompenseerd volgens het ex ante risicovereveningsmodel in 2013 (voor toepassing van flankerend beleid en ex post maatregelen). De gemiddelde ondercompensatie bedraagt € 2.260 tot € 13.819 per verzekerde. Deze subgroepen zijn relatief klein in omvang: elk ongeveer 0,1 % van de verzekerden van 18 jaar en ouder. De gemiddelde kosten van deze verzekerden zijn relatief hoog: van gemiddeld € 10.910 per verzekerde voor de hoogste 5 % tot gemiddeld € 22.769 per verzekerde voor de hoogste 1 %. Een groot deel van de verzekerden in de hoogste 5 % en alle verzekerden in de subgroepen in de hoogste 3 % en 1 % komen terecht in de HKC-risicopool. De kosten van de verzekerden boven € 10.000 worden voor 90 % tussen zorgverzekeraars onderling gecompenseerd vanuit inbreng door zorgverzekeraars. Dit effect is niet meegenomen in bovenstaande resultaten. Bovenstaande resultaten zijn in lijn met de patronen in de resultaten van 2012 (Monitor 2012 – PwC, 2018).
- De subgroep van verzekerden met de laagste 25 % gGGZ-kosten in het voorgaande jaar worden eveneens gemiddeld ondergecompenseerd in 2013 volgens het ex ante risicovereveningsmodel. De gemiddelde ondercompensatie bedraagt € 192 per verzekerde. Deze subgroep is relatief klein qua omvang: 1,6 % van de totale Zvw-bevolking van 18 jaar en ouder. Dit resultaat is in lijn met 2012 (Monitor 2012 – PwC, 2018).

Mogelijk omvat deze subgroep nieuwe 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. Hiervoor zijn de zorgkosten ook moeilijk te voorspellen in het daaropvolgende jaar.

### 6.3.2. Subgroepen samenhang aandoening en leeftijdsgroepen

Tabel 6.3.2-1 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat en 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, weergegeven als percentage van het totaal aantal verzekerden van 18 jaar en ouder.

Tabel 6.3.2-1 Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en de gemiddelde gGGZ-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, uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd	Definitieve vaststelling 2013 (voor flankerend beleid en ex post maatregelen)		
	Aantal (%)	Gemiddelde resultaat <sup>a</sup>	Gemiddelde kosten <sup>b</sup>
<b>Verzekerden 18 jaar tot en met 64 jaar</b>			
- Geen somatisch - Geen psychische aandoening	60,6	16	94
- Geen somatisch - Wel psychische aandoening	2,0	683	2.547
- Wel somatisch - Geen psychische aandoening	11,8	6	107
- Wel somatisch - Wel psychische aandoening	3,8	360	2.246
<b>Verzekerden van 65 jaar en ouder</b>			
- Geen somatisch - Geen psychische aandoening	8,7	22	47
- Geen somatisch - Wel psychische aandoening	0,1	533	2.384
- Wel somatisch - Geen psychische aandoening	11,8	18	55
- Wel somatisch - Wel psychische aandoening	1,2	337	1.174

Voetnoot Tabel 6.3.2-1

- Het gemiddelde resultaat is het verschil tussen de gemiddelde vereveningsbijdrage en de gemiddelde kosten. In berekening van het vereveningsresultaat is rekening gehouden met de toegepaste criteriumneutraliteit voor de vereveningskenmerken LDR en HDR. Ook is rekening gehouden met flankerend beleid Type II. In de analyses zijn de extra toebedeelde middelen meegenomen via een ophoogfactor van 1,0419 op de berekende vereveningsbijdrage: in totaal resulteert dit in € 148 miljoen aan extra vereveningsbijdrage. De gebruikte normbedragen voor bepaling van de vereveningsbijdrage zijn niet gecorrigeerd voor de HKC.
- De gemiddelde kosten in het aangeleverde bestand bedragen € 233 per verzekerde. Hierdoor resulteert in deze analyse een macrovereveningsresultaat van afgerond € 46 per verzekerde (Bijlage B bevat een nadere toelichting).

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

- Het merendeel van de verzekerden heeft geen psychische aandoening (op basis van een positieve risicoklasse van de vereveningskenmerken psychische FKG of LDR): in totaal 92,9 % van de Zwv-populatie. Voor deze vier subgroepen van verzekerden zonder een psychische aandoening – ongeacht de aanwezigheid van een somatische aandoening – is sprake van een zeer beperkte gemiddelde overcompensatie in 2013. Deze overcompensatie is lager dan de gestelde grens van € 50 per verzekerde. Op basis hiervan kan worden gesteld dat het ex ante risicovereveningsmodel gemiddeld genomen adequaat de verschillen in de gerealiseerde kosten voor deze subgroepen compenseert. Deze resultaten zijn in lijn met 2012 (Monitor 2012 – PwC, 2018).
- Verzekerden met een psychische aandoening worden in alle leeftijdsklassen gemiddeld overgecompenseerd in 2013. Voor de verzekerden met alleen een psychische aandoening en géén somatische aandoening (ongeacht de leeftijdsklasse) is de gemiddelde overcompensatie hoger dan voor verzekerden met zowel een psychische aandoening alsmede somatische aandoening. Voor verzekerden met alleen een psychische aandoening ligt de gemiddelde overcompensatie op € 533 – € 683 per verzekerde. Voor verzekerden met zowel een psychische aandoening alsmede psychische aandoening ligt de gemiddelde overcompensatie op € 337 – € 360 per verzekerde. De omvang van deze subgroepen zijn relatief gezien klein: van 0,1 % tot 3,8 %

---

van de totale Zvw-bevolking van 18 jaar en ouder. Ten opzichte van 2012 is de overcompensatie voor deze subgroepen meer toegenomen dan de toename in de gemiddelde kosten (Monitor 2012 – PwC, 2018).



*Deel*

*III*

*Representativiteit van  
beslisingformatie*

## 7. ***Beschrijving data en methode van de analyses voor interpretatie resultaten (Deel II)***

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 en geeft de definities van de geanalyseerde vaststellingsmomenten.

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 de schaling van de kosten 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) geanalyseerd als onderdeel van de analyses naar de representativiteit van de beslisinformatie. Kosten en verzekerdens aantallen (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**

Voor de analyses naar de representativiteit van de beslisinformatie (Hoofdstukken 8 tot en met 10) zijn verschillende databestanden gebruikt, met daarin gegevens op het niveau van verzekerden. De OT en de ex ante vaststelling zijn gebaseerd op *geraamde kosten en verzekerdens aantallen* in de aangeleverde OT-bestanden van 2013, die representatief zijn gemaakt voor het vereveningsjaar (Bijlage B). De definitieve vaststelling is gebaseerd op de *gerealiseerde kosten en verzekerdens aantallen* in het aangeleverde KPV- en RBRV-bestand van 2013 (Bijlage B). 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 van de beslisinformatie uit te kunnen voeren.

Voor een goede interpretatie van de resultaten in Deel II beschrijft Bijlage B de (kosten)definities van de onderliggende bestanden, om verschillen tussen bestanden te duiden. Bijlage C en Bijlage F beschrijven de uitgangspunten en de databewerkingen die zijn uitgevoerd op de bronbestanden om de analyses uit te voeren.

### 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 2010 gebruikt. Op deze gegevens zijn de effecten van beleidsmaatregelen voor 2013 toegepast omtrent medische ontwikkelingen, pakketwijzigingen en veranderingen in bekostigingssystematiek. In de OT is *niet* de herweging van de verzekerdensraming en schaling naar het MPB opgenomen (dit volgt bij het ex ante vaststellingsmoment). Dit betekent dat ten tijde van de OT de verzekerdens aantallen nog niet conform de verwachte samenstelling van de Zvw-bevolking is in 2013. Tevens zijn de kosten nog niet op het verwachte kostenniveau van 2013.

- *Ex ante vaststellingsmoment in het najaar (afgekort 'Ex ante')*  
Dit betreft het moment van de ex ante vereveningsbijdragen in het najaar voorafgaand aan het vereveningsjaar. De verzekerdenaantallen die zijn gebruikt bij de OT zijn geraamd naar de verwachte samenstelling van de Zvw-bevolking van 2013. Tevens zijn de kosten die zijn gebruikt bij de OT geschaald naar het verwachte kostenniveau conform MPB. De bewerkingen en uitgangspunten om deze twee belangrijke uitvoeringsstappen te reproduceren voor onderhavige Monitor zijn beschreven in Bijlage F. Op basis van de representatief gemaakte gegevens worden de normbedragen geschat, die worden gebruikt voor vaststelling van de ex ante vereveningsbijdrage.
- *Definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen (afgekort 'DV')*  
Dit is de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage van 2013 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 2012, op basis van de gerealiseerde verzekerdenaantallen. Op dit moment wordt tevens criteriumneutraliteit toegepast. Voor de vereveningsbijdrage van 2013 is dit het geval bij de vereveningskenmerken MHK en DKG voor het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten. Bij het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder is dit het geval bij de vereveningskenmerken LDR en HDR. Voor de goede orde wordt vermeld dat ten tijde van de definitieve vaststelling de extra toebedeelde ex ante bijdrage onder flankerend beleid Type II zijn inbegrepen.

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 *voorziene* ontwikkelingen, omdat deze zijn meegenomen in de vaststelling van de normbedragen voor het betreffende vereveningsjaar. Verschillen in de gegevens tussen de ex ante vaststelling en de definitieve vaststelling kunnen worden aangemerkt als *onvoorziene* ontwikkelingen, omdat deze ontwikkelingen niet zijn meegenomen bij berekening van de normbedragen.

Verschillen tussen geraamde cijfers (op moment van de OT en de ex ante vaststelling) en gerealiseerde cijfers zijn onontkoombaar. 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 de mate waarin (patronen in de) verschillen tussen de geraamde cijfers en gerealiseerde cijfers optreden. Zodra deze analyses worden opgevolgd over meerdere jaren kan worden geanalyseerd of de geconstateerde verschillen een systematisch patroon vertonen, dan wel of de geconstateerde verschillen specifiek betrekking hebben op een bepaald vereveningsjaar en daardoor niet meer van toepassing zijn in toekomstige jaren. Voor deze Monitor kunnen de resultaten van de Monitor van 2012 worden meegenomen voor interpretatie van de resultaten van 2013.

## 8. *Representativiteit op zorgverzekeraarsniveau*

---

### Conclusies

#### *Somatische kosten*

- De vereveningsbijdrage op zorgverzekeraarsniveau vertoont in 2013 een sterke mate van positieve samenhang op de verschillende vaststellingsmomenten (OT, ex ante vaststelling en definitieve vaststelling). Hetzelfde geldt voor de kosten.
- Het vereveningsresultaat op zorgverzekeraarsniveau in 2013 vertoont een positieve samenhang op de verschillende vaststellingsmomenten, waarbij deze samenhang minder sterk dan de samenhang in de vereveningsbijdrage en in de kosten.

#### *gGGZ-kosten*

- Net zoals bij de somatische kosten, vertoont de vereveningsbijdrage voor 2013 op zorgverzekeraarsniveau een sterke mate van positieve samenhang op de verschillende vaststellingsmomenten (OT, ex ante vaststelling en definitieve vaststelling). Hetzelfde geldt voor de kosten.
  - Het vereveningsresultaat van 2013 vertoont een (matige) negatieve samenhang tussen de OT en ex ante vaststelling met de definitieve vaststelling. Dit kan worden gerelateerd aan het macrovereveningsresultaat, het toedelen van extra vereveningsbijdrage bij de definitieve vaststelling middels flankerend beleid Type II, in combinatie met andere effecten, zoals wijzigingen in portefeuillesamenstelling.
-

## 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 OT en ex ante vaststelling met de definitieve vaststelling. Deze analyse *monitort* verschuivingen in vereveningsbijdrage, kosten en vereveningsresultaat die optreden tussen de vaststellingsmomenten op het niveau van portefeuilles van zorgverzekeraars. De verwachting is dat bij de uitvoering van het ex ante risicovereveningsmodel een zekere mate van positieve 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 wat de verklaring(en) hiervoor zijn.

Bij interpretatie van de resultaten dient in acht te worden genomen dat verschuivingen tussen de OT en ex ante vaststelling met de definitieve vaststelling kunnen zijn beïnvloed door onder andere (een samenloop van) de volgende factoren:

- het effect van het macrovereveningsresultaat (c.q. afwijking van het MPB);
  - het effect van flankerend beleid Type II;
  - wijziging van de samenstelling van de portefeuilles door het overstappen van verzekerden van zorgverzekeraar per ingang van het betreffende vereveningsjaar;
  - inkoop-effecten van zorgverzekeraars;
  - wijzigingen in de zorgvraag van verzekerden;
  - verschillen in de (kosten)definities van de onderliggende bestanden, zoals niet-ingezetenen (Bijlage B).
- Op basis van de huidige uitgangspunten van deze analyse is het niet goed mogelijk deze beïnvloedende factoren te onderscheiden van elkaar om de resultaten nader te verklaren.

Mede vanwege deze beïnvloedende factoren zijn de resultaten in dit hoofdstuk bedoeld ter *indicatie* van de representativiteit van de beslisinformatie op het niveau van zorgverzekeraarsportefeuilles. Verschuivingen in de vereveningsbijdrage, kosten en vereveningsresultaat tussen de vaststellingsmomenten worden grafisch inzichtelijk gemaakt (geen statistische toetsing). De representativiteit van de beslisinformatie is gekwantificeerd op het niveau van enkelvoudige risicoklassen en subgroepen in de Zvw-bevolking (in Hoofdstuk 9) en op het niveau van verzekerden door middel van herschatting van de ex ante risicovereveningsmodellen op gerealiseerde cijfers (in Hoofdstuk 10). Deze analyses op het niveau van subgroepen en verzekerden bieden gedetailleerd inzicht in de representativiteit van de beslisinformatie, waarbij overstapgedrag van zorgverzekeraar geen invloed heeft op de resultaten.

## 8.2. Somatische kosten

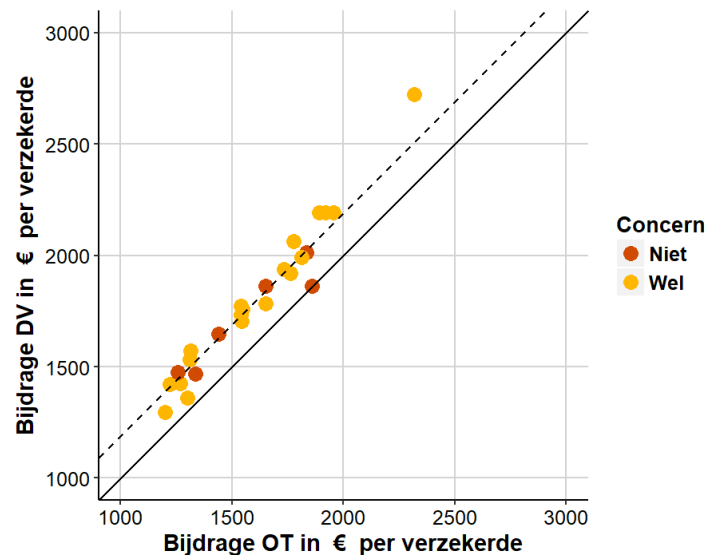
### Vereveningsbijdrage

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

In onderstaande figuur liggen alle zorgverzekeraars boven de neutrale diagonale lijn, wat erop duidt dat de vereveningsbijdrage per verzekerde ten tijde van de definitieve vaststelling hoger is dan ten tijde van de OT. Dit komt overeen met het verschil in kostenniveau tussen beide vaststellingsmomenten (Bijlage B): gemiddeld € 1.704 per verzekerde versus gemiddeld € 1.894 per verzekerde. Indien rekening wordt gehouden met dit verschil in kostenniveau komen veel zorgverzekeraars op, dan wel dichtbij, de diagonale neutrale lijn te liggen

(stippellijn). Dit leidt tot de conclusie dat de vereveningsbijdrage op beide vaststellingsmomenten een sterke mate van positieve samenhang vertoont.

**Figuur 8.2-1** Samenhang in de gemiddelde vereveningsbijdrage per verzekerde voor de totale somatische kosten op zorgverzekeraarsniveau tussen de OT en definitieve vaststelling voor flankerend beleid en een ex post maatregel.



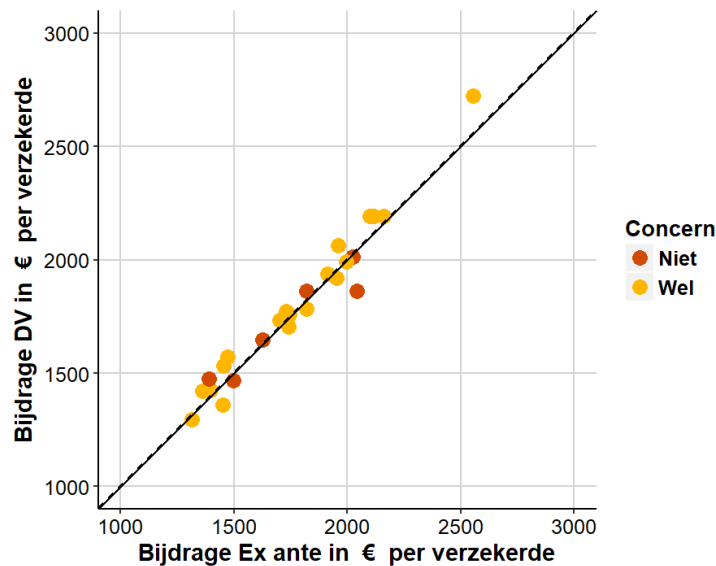
Voetnoot Figuur 8.2-1

- De gemiddelde vereveningsbijdrage bij de OT bedraagt € 1.704 per verzekerde. De gemiddelde vereveningsbijdrage bij de definitieve vaststelling bedraagt € 1.894 per verzekerde. De stippellijn presenteert de samenhang indien rekening wordt gehouden met dit verschil in bijdrageniveau.
- De diagonale doorgetrokken lijn toont het moment waarop de gemiddelde vereveningsbijdrage per verzekerde op beide vaststellingsmomenten gelijk is aan elkaar.

Daarnaast toont Figuur 8.2-1 dat er geen sterk afwijkend patroon is voor het onderscheid tussen concern-zorgverzekeraars en zelfstandige zorgverzekeraars. Het punt in de rechterbovenhoek van de figuur is een uitschieter ten opzichte van de andere zorgverzekeraars. Deze zorgverzekeraar heeft een gemiddeld hogere vereveningsbijdrage dan alle andere zorgverzekeraars. Het verschil in de vereveningsbijdrage tussen de OT en de definitieve vaststelling kan gerelateerd zijn aan wijzigingen in de portefeuillesamenstelling van deze zorgverzekeraar.

In Figuur 8.2-2 is de samenhang gepresenteerd voor de vereveningsbijdrage ten tijde van de ex ante vaststelling en definitieve vaststelling. Net zoals bij Figuur 8.2-1 is een duidelijk verband zichtbaar tussen beide vaststellingsmomenten. De zorgverzekeraars liggen dichter op de diagonale doorgetrokken lijn dan ten tijde van de OT (Figuur 8.2-1). Dit is omdat het kostenniveau van de vereveningsbijdrage ten tijde van de ex ante vaststelling dichtbij het kostenniveau van de definitieve vaststelling ligt dan bij de OT (Bijlage B): gemiddeld € 1.886 per verzekerde versus € 1.894 per verzekerde. De zorgverzekeraar rechtsboven valt op doordat de bijdrage per verzekerde voor deze zorgverzekeraar gemiddeld hoger ligt dan voor alle andere zorgverzekeraars. Dit resultaat is vergelijkbaar met de waarneming uit Figuur 8.2-1.

**Figuur 8.2-2** Samenhang in de gemiddelde vereveningsbijdrage per verzekerde voor de totale somatische kosten op zorgverzekeraarsniveau tussen de ex ante vaststelling en definitieve vaststelling voor flankerend beleid en een ex post maatregel.



Voetnoot Figuur 8.2-2

- De gemiddelde vereveningsbijdrage bij de ex ante vaststelling bedraagt € 1.886 per verzekerde. De gemiddelde vereveningsbijdrage bij de definitieve vaststelling bedraagt € 1.894 per verzekerde. De stippellijn presenteert de samenhang indien rekening wordt gehouden met dit verschil in bijdrageniveau. Vanwege het geringe verschil in bijdrageniveau valt de stippellijn bijna samen met de diagonale doorgetrokken lijn.
- De diagonale doorgetrokken lijn toont het moment waarop de gemiddelde vereveningsbijdrage per verzekerde op beide vaststellingsmomenten gelijk is aan elkaar.

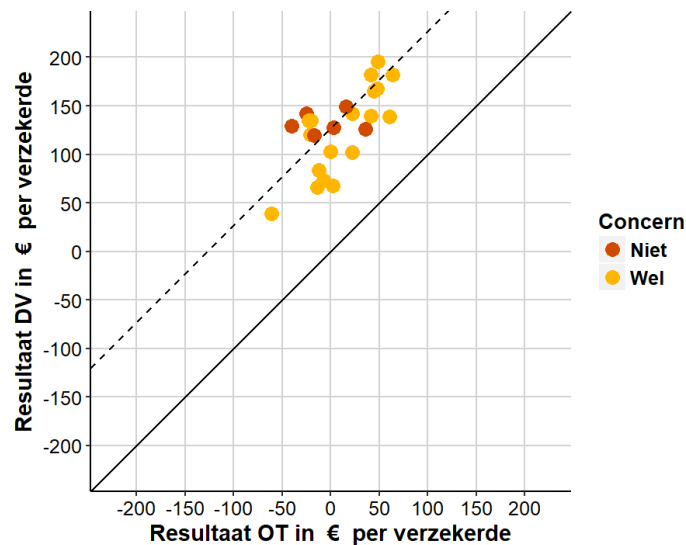
Bovenstaande figuren (Figuur 8.2-1 en 8.2-2) tonen aan dat er geen substantiële verschuivingen plaatsvinden in de vereveningsbijdrage tussen de vaststellingsmomenten op het niveau van portefeuilles van zorgverzekeraars met betrekking tot de somatische kosten. Er is één zorgverzekeraar die ten opzichte van de andere zorgverzekeraars een hogere gemiddelde bijdrage ontvangt op beide vaststellingsmomenten.

Indien bovenstaande analyse wordt uitgevoerd voor de kosten volgen dezelfde conclusies: ook de kosten kennen een sterke mate van positieve samenhang tussen de vaststellingsmomenten. Deze resultaten zijn in lijn met 2012 (Monitor 2012 – PwC, 2018).

### Vereveningsresultaat

Onderstaande figuur geeft de samenhang weer in het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde ten tijde van de OT en definitieve vaststelling. Deze figuur toont aan dat alle zorgverzekeraars zijn geconcentreerd (en relatief dicht bij elkaar) boven de nullijn van de y-as (en tevens boven de diagonale doorgetrokken lijn). Dit komt overeen met het positieve macrovereveningsresultaat (Hoofdstuk 4). Daarnaast zijn de zorgverzekeraars geconcentreerd rondom de nullijn van de x-as. Dit komt overeen met het feit dat ten tijde van de OT het gemiddelde vereveningsresultaat over alle zorgverzekeraars per definitie gelijk is aan nul. Indien rekening wordt gehouden met positieve macrovereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling, kan op basis van Figuur 8.2-3 worden afgeleid dat er sprake is van (matige) positieve samenhang in het vereveningsresultaat (stippellijn Figuur 8.2-3). Deze samenhang is minder sterk dan de samenhang in de vereveningsbijdrage en in de kosten op de vaststellingsmomenten. Daarnaast toont onderstaande figuur dat de reikwijdte van het vereveningsresultaat en de spreiding in het vereveningsresultaat tussen concern-zorgverzekeraars groter is dan onder zelfstandige zorgverzekeraars. Verder is geen sterk afwijkend patroon zichtbaar tussen concern-zorgverzekeraars en zelfstandige zorgverzekeraars.

**Figuur 8.2-3** Samenhang in het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde voor de totale somatische kosten op zorgverzekeraarsniveau tussen de OT en definitieve vaststelling voor flankerend beleid en een ex post maatregel.

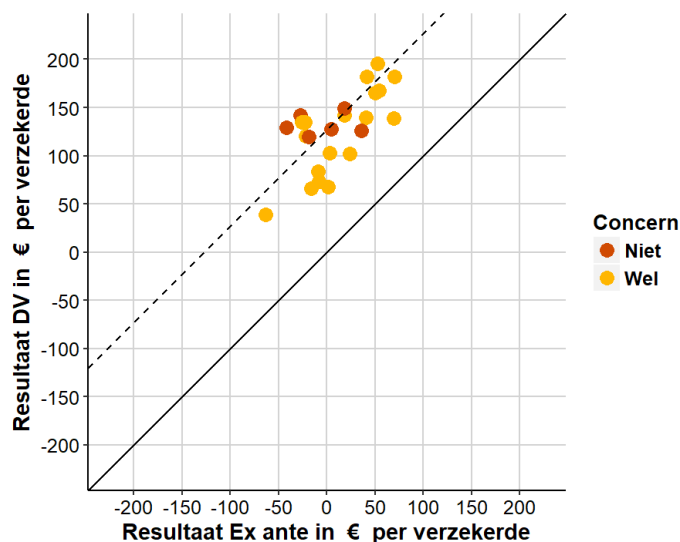


Voetnoot Figuur 8.2-3

- Het gemiddelde vereveningsresultaat bij de OT bedraagt € 0 per verzekerde. Het gemiddelde vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling bedraagt afgerond € 130 per verzekerde. Door dit verschil liggen alle punten boven de nullijn van de y-as. De stippellijn presenteert de samenhang indien rekening wordt gehouden met dit verschil.
- De diagonale doorgetrokken lijn toont het moment waarop het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde op beide vaststellingsmomenten gelijk is aan elkaar.

Onderstaande figuur presenteert de samenhang in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen de ex ante vaststelling en definitieve vaststelling. Op basis hiervan zijn dezelfde conclusies te trekken als voor de samenhang tussen de OT en de definitieve vaststelling. Deze conclusies zijn in lijn met 2012 (Monitor 2012 – PwC, 2018).

**Figuur 8.2-4** Samenhang in het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde voor de totale somatische kosten op zorgverzekeraarsniveau tussen de ex ante vaststelling en definitieve vaststelling voor flankerend beleid en



een ex post maatregel.

Voetnoot Figuur 8.2-4

- Het gemiddelde vereveningsresultaat bij de ex ante vaststelling bedraagt € 0 per verzekerde. Het gemiddelde vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling bedraagt afgerond € 130 per verzekerde. Door dit verschil liggen alle punten boven de nullijn van de y-as. De stippellijn presenteert de samenhang indien rekening wordt gehouden met dit verschil.
- De diagonale doorgetrokken lijn toont het moment waarop het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde op beide vaststellingsmomenten gelijk is aan elkaar.

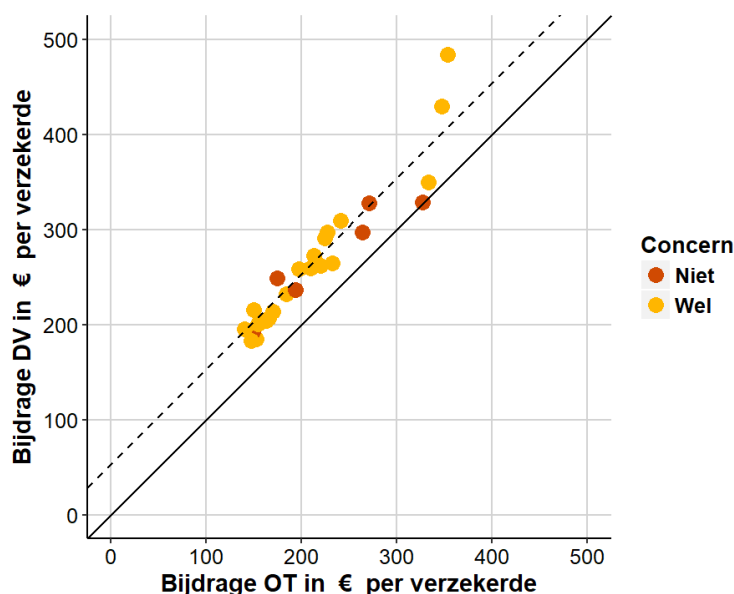


### 8.3. gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder

#### Vereveningsbijdrage

Figuur 8.3-1 toont de samenhang in de vereveningsbijdrage tussen de OT en definitieve vaststelling voor de gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder. Alle zorgverzekeraars liggen boven de diagonale doorgetrokken lijn, wat overeenkomt met het verschil in bijdrageniveau tussen beide vaststellingsmomenten: bij de OT gemiddeld € 226 per verzekerde en bij de definitieve vaststelling gemiddeld € 280 per verzekerde (Bijlage B). Indien rekening wordt gehouden met dit verschil, is af te leiden dat de vereveningsbijdrage in sterke mate positief samenhangt op beide vaststellingsmomenten (stippellijn). Daarnaast zijn twee uitschieters zichtbaar: rechtsboven en de punt op de diagonale doorgetrokken lijn. Deze uitschieters kunnen (deels) gerelateerd worden door wijzigingen in de portefeuillesamenstelling. Daarnaast is te zien dat er geen sterk afwijkend patroon is tussen concern-zorgverzekeraars en zelfstandige zorgverzekeraars.

Figuur 8.3-1 Samenhang in de gemiddelde vereveningsbijdrage per verzekerde voor de totale gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder op zorgverzekeraarsniveau tussen de OT en definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen.

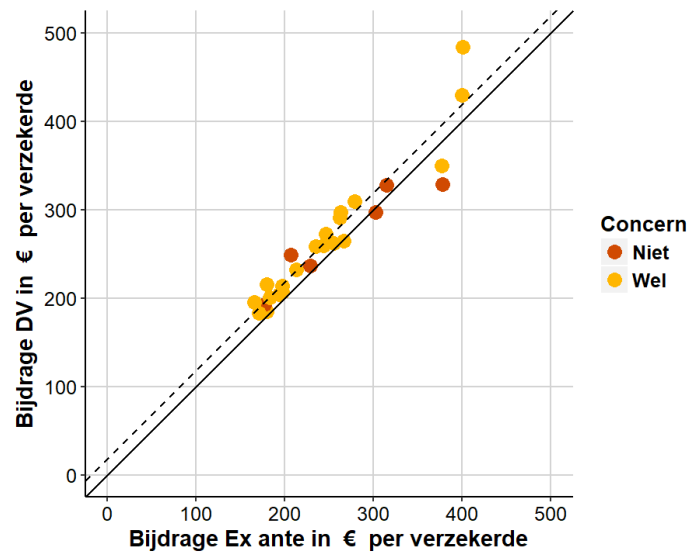


Voetnoot Figuur 8.3-1

- De gemiddelde vereveningsbijdrage bij de OT bedraagt € 226 per verzekerde. De gemiddelde vereveningsbijdrage bij de definitieve vaststelling bedraagt afgerond € 280 per verzekerde. De stippellijn presenteert de samenhang indien rekening wordt gehouden met dit verschil in bijdrageniveau.
- De diagonale doorgetrokken lijn toont het moment waarop de gemiddelde vereveningsbijdrage per verzekerde op beide vaststellingsmomenten gelijk is aan elkaar.

Onderstaande figuur geeft de samenhang in de vereveningsbijdrage weer tussen de ex ante vaststelling en de definitieve vaststelling. Alle zorgverzekeraars liggen op of net boven de diagonale doorgetrokken lijn. Het verschil in bijdrageniveau tussen beide vaststellingsmomenten is kleiner dan ten tijde van de OT (Figuur 8.3.1), waardoor de stippellijn dichter bij de diagonale doorgetrokken lijn ligt. Net zoals ten tijde van de OT zijn er twee dezelfde uitschieters, die (deels) kunnen worden gerelateerd aan wijzigingen in de portefeuillesamenstelling. Ook hier is geen sterk afwijkend patroon zichtbaar tussen concern-zorgverzekeraars en zelfstandige zorgverzekeraars.

**Figuur 8.3-2** Samenhang in de gemiddelde vereveningsbijdrage per verzekerde voor de totale gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder op zorgverzekeraarsniveau tussen de ex ante vaststelling en definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen.



Voetnoot Figuur 8.3-2

- De gemiddelde vereveningsbijdrage bij de ex ante vaststelling bedraagt € 261 per verzekerde. De gemiddelde vereveningsbijdrage bij de definitieve vaststelling bedraagt afgerond € 280 per verzekerde. De stippellijn presenteert de samenhang indien rekening wordt gehouden met dit verschil in bijdrageniveau.
- De diagonale doorgetrokken lijn toont het moment waarop de gemiddelde vereveningsbijdrage per verzekerde op beide vaststellingsmomenten gelijk is aan elkaar.

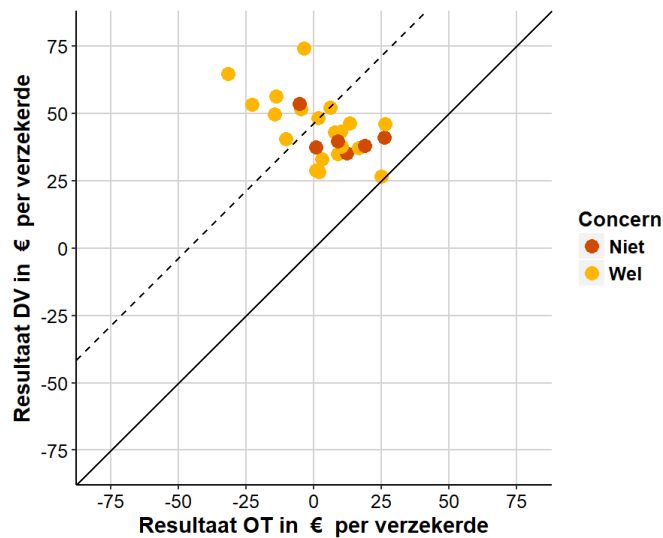
Analyses naar de samenhang in de kosten tussen de vaststellingsmomenten, leveren dezelfde inzichten op als bovenstaande analyses naar de vereveningsbijdrage. Voor de kosten zijn geen opvallende verschuivingen geconstateerd op de verschillende vaststellingsmomenten. Daarnaast zijn bovenstaande resultaten in lijn met 2012 (Monitor 2012 – PwC, 2018).

### Vereveningsresultaat

Onderstaande figuren geven de samenhang weer in het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde tussen de OT en definitieve vaststelling (Figuur 8.3-3) en tussen de ex ante vaststelling en definitieve vaststelling (Figuur 8.3-4) voor de totale gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder.

In Figuur 8.3-3 valt op dat de meeste zorgverzekeraars zich boven de nullijn op de y-as bevinden en geconcentreerd zijn rondom € 46 voor de definitieve vaststelling en € 0 voor OT. Dit komt overeen met het positieve macrovereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling en dat het gemiddelde vereveningsresultaat bij de OT over alle zorgverzekeraars gelijk is aan nul.

**Figuur 8.3-3** Samenhang in het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde voor de totale gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder op zorgverzekeraarsniveau tussen de OT en definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen.



Voetnoot Figuur 8.3-3

- Het gemiddelde vereveningsresultaat bij de OT bedraagt € 0 per verzekerde. Het gemiddelde vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling bedraagt afgerond € 46 per verzekerde. De stippellijn presenteert de samenhang indien rekening wordt gehouden met dit verschil in bijdrageniveau.
- De diagonale doorgetrokken lijn toont het moment waarop het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde op beide vaststellingsmomenten gelijk is aan elkaar.

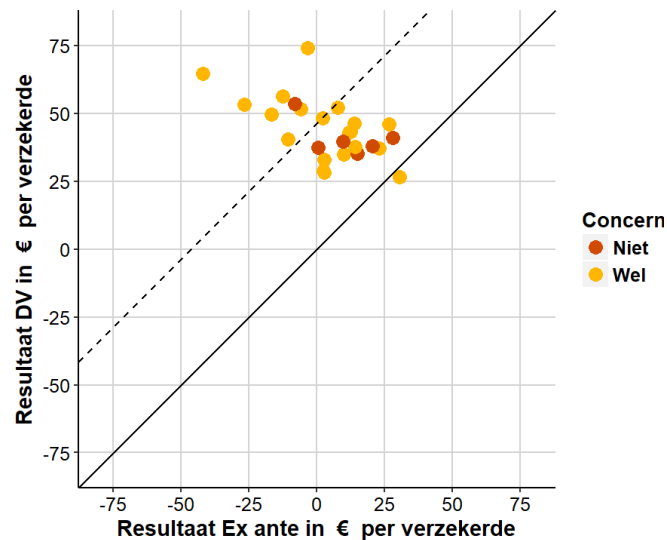
Eveneens toont Figuur 8.3-3 dat het gemiddelde vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling van de zorgverzekeraars niet sterk zijn geconcentreerd rondom de gestippelde lijn. Er is sprake van een (matige) negatieve samenhang tussen de resultaten bij de OT en de definitieve vaststelling. Een laag gemiddeld vereveningsresultaat per verzekerde bij de OT zorgt voor een gemiddeld relatief hoog positief vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling en andersom. Er is geen sterk afwijkend patroon tussen concern-zorgverzekeraars en zelfstandige zorgverzekeraars, alhoewel de reikwijdte van het vereveningsresultaat bij concern-zorgverzekeraars groter is dan bij zelfstandige zorgverzekeraars. De (matige) negatieve samenhang in het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde tussen beide vaststellingsmomenten kan mogelijk (deels) worden verklaard door het gerealiseerde macrovereveningsresultaat in combinatie met de scheve verdeling van de gGGZ-kosten over de Zvw-bevolking. Mogelijk is het macrovereveningsresultaat met name gerelateerd aan verzekerden die (hoge) gGGZ-kosten hebben. Tevens kunnen bij verzekerden met hoge gGGZ-kosten in absolute geldbedragen een hogere positief macrovereveningsresultaat worden gerealiseerd dan bij verzekerden met lagere gGGZ-kosten. Dit kan ertoe leiden dat bij een positief macrovereveningsresultaat bij een zorgverzekeraar met relatief veel verzekerden met lage kosten een kleiner gemiddeld positief vereveningsresultaat resulteert dan bij een zorgverzekeraar met relatief veel verzekerden met hoge kosten, waarbij andere effecten constant worden gehouden. Ook kan het effect van flankerend beleid Type II een verklaring zijn voor bovenstaande resultaten, aangezien de extra toebedeelde vereveningsbijdrage niet is meegenomen ten tijde van de OT maar wel bij de definitieve vaststelling. Deze vereveningsbijdrage slaat met name neer bij zorgverzekeraars met relatief veel verzekerden die (hoge) gGGZ-kosten hebben. Daarnaast wijst nadere analyse uit dat wijzigingen in de portefeuillesamenstelling invloed kunnen hebben gehad op de resultaten, maar geen volledige verklaring voor deze resultaten bieden.

In 2012 was een dergelijk patroon in de resultaten niet zichtbaar en was er sprake van een (matige) positieve samenhang (Monitor 2012 – PwC, 2018). Aangezien het macrovereveningsresultaat in 2013 veel hoger is dan in 2012 - € 46 versus € 4 per verzekerde respectievelijk -, kan dit een (deel) van het verschil in de resultaten

verklaren, aangezien wordt verwacht dat het bovengenoemde effect toeneemt naarmate de hoogte van het macrovereveningsresultaat toeneemt.

Figuur 8.3-4 vertoont een vergelijkbaar patroon als bovenstaande figuur (Figuur 8.3-3). Ook hier is sprake van een (matige) negatieve samenhang. De verklaringen die gegeven zijn bij de resultaten van Figuur 8.3-3 kunnen ook hier worden aangedragen.

**Figuur 8.3-4** Samenhang in het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde voor de totale gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder op zorgverzekeraarsniveau tussen de ex ante vaststelling en definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen.



Voetnoot Figuur 8.3-4

- Het gemiddelde vereveningsresultaat bij de ex ante vaststelling bedraagt € 0 per verzekerde. Het gemiddelde vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling bedraagt afgerond € 46 per verzekerde. De stippellijn presenteert de samenhang indien rekening wordt gehouden met dit verschil.
- De diagonale doorgetrokken lijn toont het moment waarop het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde op beide vaststellingsmomenten gelijk is aan elkaar.

## 9. *Representativiteit op enkelvoudige risicoklassen en subgroepen*

### Conclusies

#### *Somatische kosten*

- Op basis van de gerealiseerde cijfers bij de definitieve vaststelling vallen de vereveningskenmerken DKG, FKG en MHK op vanwege een behoorlijke gemiddelde onder- of overcompensatie voor enkele risicoklassen van deze vereveningskenmerken in absolute termen. Dit zijn met name de hogere positieve risicoklassen van deze vereveningskenmerken.
- Met betrekking tot de kosten vinden behoorlijke verschuivingen plaats bij met name de vereveningskenmerken DKG, SES, FKG en MHK. In 2012 is dit voor de vereveningskenmerken SES en FKG ook geconstateerd.
- In totaal zijn de verschuivingen in prevalenties redelijk beperkt. Echter, bij de vereveningskenmerken AVI, SES en DKG zijn relatief veel verschuivingen opgetreden. In 2012 is dit ook geconstateerd bij de vereveningskenmerken AVI en SES.
- Voor vereveningskenmerken MHK en SES zijn de verschuivingen in kosten en/ of prevalenties reeds geconstateerd bij de uitvoering van het ex ante risicovereveningsmodel in 2014, 2015 en 2016. De definitie van deze vereveningskenmerken is toen aangepast om de stabiliteit van deze vereveningskenmerken te verbeteren. De bevindingen voor het vereveningskenmerk DKG kan worden gerelateerd aan de toevoeging van niet-klinische behandelingen per 2013 en de conversie naar DBC-DOT, waardoor in 2013 criteriumneutraliteit voor dit vereveningskenmerk is toegepast (net zoals bij het vereveningskenmerk MHK).

#### *gGGZ-kosten*

- Net zoals bij de somatische kosten, zijn op basis van de gerealiseerde cijfers bij de definitieve vaststelling behoorlijke gemiddelde onder- en overcompensaties voor verschillende risicoklassen van het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten van 2013 geconstateerd, met name vallen de vereveningskenmerken FKG, SES, AVI en LDR en HDR op.
- Met betrekking tot de kosten vinden relatief behoorlijke kostenverschuivingen plaats bij de vereveningskenmerken AVI, leeftijd/geslacht en LDR. Daarnaast is de GGAV in kosten voor de vereveningskenmerken Regio en LDR hoger bij de ex ante vaststelling dan bij de OT. In 2012 is dit voor het vereveningskenmerk Regio (en voor SES) ook geconstateerd.
- In totaal zijn de verschuivingen in prevalenties redelijk beperkt. Echter, bij de vereveningskenmerken AVI, SES, EPH en Regio zijn relatief veel verschuivingen in de prevalenties opgetreden. In 2012 is dit ook geconstateerd bij deze vereveningskenmerken, behalve voor het vereveningskenmerk Regio.
- Zoals hierboven genoemd, is de definitie van het vereveningskenmerk SES in de uitvoering het ex ante risicovereveningsmodel in 2015 en 2016 aangepast.

## 9.1. Doel en definitie begrippen voor interpretatie resultaten

Dit hoofdstuk analyseert in welke mate de kosten en verzekerdenaantallen (uitgedrukt in prevalenties<sup>\*)</sup> op het niveau van enkelvoudige risicoklassen en subgroepen ten tijde van de OT en ex ante vaststelling aansluiten op de gerealiseerde cijfers. Op deze wijze wordt inzichtelijk in welke mate de beslisinformatie representatief is voor de uiteindelijke situatie bij de definitieve vaststelling.

Bijlage B, C en F beschrijven de uitgangspunten en uitgevoerde bewerkingen.

### Analyse op enkelvoudige risicoklassen

Bij de OT en ex ante vaststelling is de gemiddelde vereveningsbijdrage gelijk aan de gemiddelde kosten voor elke risicoklasse die expliciet is opgenomen in het ex ante risicovereveningsmodel. Het betreft 127 risicoklassen voor het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten in 2013 en 79 risicoklassen voor het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten in 2013. Bij de definitieve vaststelling hoeft dit niet meer het geval te zijn, vanwege ontwikkelingen in kosten en prevalenties ten opzichte van de geraamde cijfers. Om dit in beeld te brengen wordt het gemiddelde vereveningsresultaat per risicoklasse geanalyseerd. Hierbij is uitgegaan van het vereveningsresultaat zoals waargenomen in de aangeleverde bestanden; geen correctie voor het macrovereveningsresultaat (Bijlage B en Bijlage C).

Daarnaast worden verschuivingen in kosten en prevalenties voor zowel de OT als ex ante vaststelling ten opzichte van de gerealiseerde cijfers gemeten aan de hand van de gewogen gemiddelde absolute verschillen (GGAV) in de kosten en de gemiddelde absolute verschillen (GAV) in de prevalenties per vereveningskenmerk.

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

- Door samenhang tussen vereveningskenmerken kan een verschuiving in kosten en/ of prevalenties bij het ene vereveningskenmerk invloed uitoefenen op andere vereveningskenmerken. Het is van belang de effecten bij andere vereveningskenmerken in ogenschouw te nemen bij verklaringen voor de effecten bij één vereveningskenmerk.
- Verschillen tussen de geraamde cijfers, zoals gebruikt bij de OT en ex ante vaststelling, en de gerealiseerde cijfers zijn onontkoombaar. Het is relevant uit te wijzen in welke mate dergelijke verschillen voorkomen, en of deze verschillen een structureel patroon vertonen dan wel bijzonderheden van een betreffende vereveningsjaar reflecteren.
- De resultaten worden vergeleken met 2012 (Monitor 2012 – PwC, 2018). Hierbij dient rekening te worden gehouden met wijzigingen in kostendefinities en vormgeving van het ex ante risicovereveningsmodel (Bijlage A).

### Analyse op patronen voor subgroepen

Naast de enkelvoudige risicoklassen wordt *het patroon in* het gemiddelde vereveningsresultaat en de kosten van enkele subgroepen die *niet* expliciet in dit ex ante risicovereveningsmodel zijn opgenomen geanalyseerd. Hiervoor zijn subgroepen gedefinieerd op basis van samenhang tussen een somatische en psychische aandoening in combinatie met leeftijdsgroepen, conform de gehanteerde definities in Hoofdstuk 6 (Bijlage C). Het doel 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; het doel is *niet* het vergelijken van resultaten in absolute zin tussen de vaststellingsmomenten. Op deze wijze wordt inzichtelijk in welke mate de verschillen in de kosten en prevalenties bij afzonderlijke vereveningskenmerken doorwerken in deze subgroepen van de Zvw-bevolking.

Ten behoeve van vergelijkbaarheid van het patroon in het gemiddelde vereveningsresultaat over vaststellingsmomenten is bij de definitieve vaststelling het gemiddelde vereveningsresultaat *procentueel gecorrigeerd* voor het positieve macrovereveningsresultaat, afzonderlijk voor de somatische kosten en de gGGZ-kosten (Bijlage C). Het macrovereveningsresultaat is bij de definitieve vaststelling op nul gesteld, net zoals per definitie het geval is bij de OT en ex ante vaststelling (om deze reden verschillen de resultaten in dit hoofdstuk met de resultaten in Hoofdstuk 6).

## 9.2. Somatische kosten

### 9.2.1. Resultaat enkelvoudige risicogroepen

Tabel 9.2.1-1 presenteert de enkelvoudige risicoklassen in het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten van 2013 met een vereveningsresultaat boven de gestelde arbitraire grens van gemiddeld € 1.000 per verzekerde of een macro-omvang van € 300 miljoen.<sup>7</sup> Bijlage G geeft het overzicht van het gemiddelde vereveningsresultaat van alle 127 enkelvoudige risicoklassen van dit risicovereveningsmodel.

Tabel 9.2.1-1 Aantal verzekerden, gemiddelde kosten en gemiddelde vereveningsresultaat en macro-omvang van het vereveningsresultaat voor enkelvoudige risicoklassen in het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten van 2013 met een vereveningsresultaat boven de gestelde arbitraire grenzen, ten tijde van definitieve vaststelling voor flankerend beleid en een ex post maatregel.

Enkelvoudige risicoklassen	Aantal, in %	Gemiddelde kosten	Gemiddeld vereveningsresultaat, in € per verzekerde <sup>a</sup>	Macro-omvang vereveningsresultaat, in € mln.
<b>Boven drempel € 1.000 per verzekerde</b>				
<b>DKG</b>				
<b>FKG</b>				
<b>MHK</b>				
<b>Boven drempel € 300 mln. op macroniveau</b>				
<b>MHK</b>				
<b>DKG</b>				
<b>FKG</b>				
<b>AVI</b>				
<b>SES</b>				

Voetnoot Tabel 9.2.1-1

- Voor alle 127 risicoklassen tezamen geldt een gemiddeld vereveningsresultaat van € 130 per verzekerde.

Tabel 9.2.1-1 resulteert in de volgende bevindingen:

- De risicoklassen in bovenstaande tabel hebben een gemiddeld positief vereveningsresultaat, met uitzondering van DKG 13. Met name voor enkele risicoklassen van de vereveningskenmerken DKG, FKG en MHK is sprake van een hoog gemiddeld positief vereveningsresultaat in absolute zin. Dit duidt er op dat het realiseren van het macrovereveningsresultaat over het algemeen plaatsvindt bij verzekerden met relatief

<sup>7</sup> Ten opzichte van de Monitor 2012 is de grens voor de macro-omvang verhoogd (Bijlage C).

hoge kosten, alhoewel op basis van de aangeleverde gegevens geen specifieke subgroep kan worden aangewezen.<sup>8</sup>

- Voor enkele DKG's – DKG 12, 14 en 15 – is sprake van een fors positief gemiddeld vereveningsresultaat in absolute zin, met name voor DKG 15 (hemofilie). De gemiddelde kosten bij deze DKG's zijn lager verwacht: van 3 % - 18 %. Voor DKG 13 is sprake van een fors negatief gemiddeld vereveningsresultaat in absolute zin. In 2012 was ook DKG 13 naar voren gekomen, echter toen was sprake van een fors positief gemiddeld vereveningsresultaat (Monitor 2012 – PwC, 2018). Dit kan gerelateerd zijn aan de wijzigingen in tariefstelling van de onderliggende behandelingen voor deze DKG, zoals eerder onderzoek ook heeft verklaard (WOR 826), dan wel (in combinatie met) een overschatting van de kosten in het MPB.
- Voor enkele FKG's – FKG 19, 22, 24, 25 – is ook sprake van een fors positief gemiddeld vereveningsresultaat in absolute zin: rond de € 1.600 per verzekerde. Ook hier zijn de kosten (veel) lager uitgekomen dan verwacht. Dit kan het gevolg zijn van de uitvoering van het preferentiebeleid voor generieke geneesmiddelen, dan wel (in combinatie met) een overschatting van de kosten in het MPB. In 2012 kenden FKG 24 en 25 ook een flink positief gemiddeld vereveningsresultaat (Monitor 2012 – PwC, 2018).
- De afslagklasse van de vereveningskenmerken DKG, FKG, AVI en MHK vallen op vanwege de grote macro-omvang van het vereveningsresultaat. Dit is vanwege de grote omvang van deze risicoklassen.

Bovenstaande resultaten kunnen worden verklaard door ontwikkelingen in de kosten tussen de OT en het ex ante vaststelling met de definitieve vaststelling. De analyse van de GGAV in de kosten per vereveningskenmerk wordt hieronder beschreven. Tevens worden de verschuivingen in prevalenties per vereveningskenmerk in kaart gebracht.

### Kosten

Tabel 9.2.1-2 presenteert de GGAV in de kosten per verzekerde per vereveningskenmerk van het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten van 2013. De gemiddelde kosten ten tijde van de OT en de ex ante vaststelling zijn procentueel gecorrigeerd naar het niveau van de gemiddelde gerealiseerde kosten (Bijlage C). Voor de interpretatie geldt dat hoe lager de GGAV, des te beter de gemiddelde kosten aansluiten op de gemiddelde gerealiseerde kosten.

Tabel 9.2.1-2 GGAV in kosten per verzekerde tussen de OT en definitieve vaststelling en tussen de ex ante vaststelling en definitieve vaststelling, gecorrigeerd voor het verschil in gemiddelde kostenniveau tussen de vaststellingsmomenten.

	OT versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd	Ex ante vaststelling versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd
<b>Leeftijd/geslacht</b>	47,3	26,6
<b>DKG</b>	78,1	65,7
<b>FKG</b>	53,6	25,2
<b>AVI</b>	28,1	26,4
<b>SES</b>	48,5	45,0
<b>Regio</b>	9,2	6,0
<b>MHK</b>	22,4	25,9
<b>Totaal</b>	41,0	31,5

De volgende resultaten volgen uit Tabel 9.2.1-2:

<sup>8</sup> Gedetailleerde gegevens over typen zorgkosten zijn niet voorhanden om te duiden bij welke type zorgverlening en daarmee bij welke specifieke subgroepen het positieve macrovereveningsresultaat is behaald.



- Met uitzondering van het vereveningskenmerk MHK, is conform verwachting de GGAV voor de vereveningskenmerken bij de ex ante vaststelling lager is dan bij de OT. Dit betekent dat de geraamde kosten bij de ex ante vaststelling voor deze vereveningskenmerken gemiddeld genomen beter aansluiten op de gerealiseerde kosten dan de geraamde kosten bij de OT. Voor het vereveningskenmerk MHK is dit echter niet het geval. De totale GGAV ten tijde van de OT bedraagt 41,0 en bij de ex ante vaststelling 31,5.
- De GGAV voor het vereveningskenmerk DKG is relatief hoog, zowel bij de OT als bij de ex ante vaststelling. Eerder onderzoek heeft dit resultaat bij de ex ante vaststelling ook geconstateerd (WOR 826). Het is aannemelijk dat dit gerelateerd is aan de uitgevoerde conversie om DBC-informatie van 2009 representatief te maken voor de DBC-DOT en het toevoegen van niet-klinische behandelingen per 2013.
- Voor het vereveningskenmerk SES is de GGAV ook relatief hoog, zowel bij de OT als bij de ex ante vaststelling. In 2012 is voor dit vereveningskenmerk ook relatief grote verschuivingen in de kosten geconstateerd (Monitor 2012 – PwC, 2018). Dit resultaat wordt ook bevestigd door eerder onderzoek (WOR 826). Dit vereveningskenmerk hangt samen met het vereveningskenmerk AVI, waarbij ook bij dit vereveningskenmerk relatief behoorlijke kostenverschillen zijn te zien op beide vaststellingsmomenten.
- Daarnaast valt de GGAV in kosten bij de vereveningskenmerken leeftijd/ geslacht, MHK en FKG op. Voor het vereveningskenmerk leeftijd/geslacht kunnen de verschuivingen in de kosten te maken hebben met samenhang met andere vereveningskenmerken, waardoor verschuivingen in kosten (bij onderliggende typen zorgsoorten) in uitdrukking komen bij dit vereveningskenmerk. Dit kan met name het geval zijn met morbiditeitskenmerken, zoals MHK en FKG. Daarnaast heeft eerder onderzoek aangetoond dat er behoorlijke kostenverschillen zijn voor het vereveningskenmerk MHK in 2013 (WOR 826). Dit is aanleiding geweest om de methodiek voor de verzekerdenraming van dit vereveningskenmerk voor 2014 aan te passen om de aansluiting van de verzekerdenraming op de gerealiseerde cijfers te verbeteren (ZINL, 2013). Voor het vereveningskenmerk FKG is in 2012 ook een relatief hoge GGAV geconstateerd (Monitor 2012 – PwC 2018). Eerder onderzoek bevestigt dit resultaat voor 2012 en 2013 (WOR 826).

Voor bovenstaande resultaten geldt dat verschuivingen in de kosten tussen de vaststellingsmomenten ontstaan door een afwijking van het MPB met de gerealiseerde kosten (in 2013 in dit geval een overschatting van de kosten), dan wel in combinatie met onvoorziene kostenontwikkelingen, zoals het realiseren van kostenbesparingen.

### Prevalenties

Tabel 9.2.1-3 toont de GAV in prevalenties per vereveningskenmerk van het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten van 2013.

Tabel 9.2.1-3 GAV in prevalenties tussen de OT en definitieve vaststelling en tussen ex ante vaststelling en definitieve vaststelling, voor verzekerden van de totale Zvw-bevolking voor het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten van 2013.

	OT versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd	Ex ante vaststelling versus Definitieve vaststelling; geraamd versus gerealiseerd
<b>Leeftijd/ geslacht</b>	45,0	8,5
<b>DKG</b>	24,9	16,8
<b>FKG</b>	39,3	2,8
<b>AVI</b>	36,6	30,2
<b>SES</b>	60,8	21,2
<b>Regio</b>	3,8	1,7
<b>MHK</b>	2,8	2,2
<b>Totaal</b>	30,5	11,9

Conform verwachting is de totale GAV bij de ex ante vaststelling lager dan bij de OT: 11,9 versus 30,5. Een prevalentieverschil van in totaal 1,19 % kan worden gezien worden als beperkt. Tevens geldt voor alle afzonderlijke vereveningskenmerken dat de GAV bij de ex ante vaststelling lager is dan bij de OT. De prevalenties bij de ex ante vaststelling sluiten gemiddeld genomen beter aan op de gerealiseerde cijfers dan bij de OT, wat het directe gevolg is van herweging naar de verzekerdenraming. Dit betekent dat een groot deel van de verschillen tussen de geraamde prevalenties bij OT en de gerealiseerde prevalenties kunnen worden verklaard door *voorziene* ontwikkelingen in de samenstelling van de Zvw-bevolking tussen 2010 en 2013, die zijn meegenomen in de verzekerdenraming.

De GAV in prevalenties tussen de ex ante vaststelling en de gerealiseerde cijfers tonen de *onvoorziene* ontwikkeling in de samenstelling van de Zvw-bevolking. Hierbij vallen de volgende resultaten op:

- Bij de vereveningskenmerken Regio, MHK en FKG is de GAV laag bij de ex ante vaststelling. De geraamde prevalenties van deze vereveningskenmerken wijken relatief niet veel af van de gerealiseerde prevalenties. In 2012 was voor deze vereveningskenmerken ook een lage GAV geconstateerd (Monitor 2012 – PwC, 2018).
- Bij de vereveningskenmerken AVI en SES is de GAV relatief hoog bij zowel de OT als ex ante vaststelling. De werkelijke prevalenties van de samenstelling van de Zvw-bevolking voor deze vereveningskenmerken wijken relatief veel af van de geraamde prevalenties (en van de prevalenties in 2010 bij de OT). Daarbij valt op dat de GAV bij het vereveningskenmerk SES van de OT naar de ex ante vaststelling meer is afgenomen dan bij het vereveningskenmerk AVI. In 2012 zijn voor deze vereveningskenmerken ook forse verschillen in prevalenties waargenomen (Monitor 2012 – PwC, 2018). Een mogelijke verklaring voor de relatief hoge GAV is dat het vereveningskenmerk SES sterk is gerelateerd aan de economische situatie. Door (onverwachte) wijzigingen in de economische situatie kunnen grote verschillen ontstaan bij dit vereveningskenmerk. Ook zijn de niet-ingezetenen<sup>9</sup> niet inbegrepen in de gerealiseerde cijfers (en bij de OT) maar wel in de verzekerdenraming bij de ex ante vaststelling. Het vereveningskenmerk AVI hangt ook (sterk) samen met de economische situatie, waardoor wordt verwacht dat deze effecten ook de prevalenties van dit vereveningskenmerk beïnvloeden. In 2015 en 2016 is in de uitvoering van het risicovereveningssysteem de methodiek voor definitie van het vereveningskenmerk SES aangepast om de stabiliteit van dit vereveningskenmerk te verbeteren (ZINL, 2014; ZINL, 2015).
- Het patroon in de GAV over alle vereveningskenmerken in 2013 is over het algemeen in lijn met 2012 (Monitor 2012 – PwC, 2018). Hierbij valt de GAV in absolute termen voor het vereveningskenmerk DKG op: van 3,4 in 2012 naar 16,8 in 2013. Dit kan zijn gerelateerd aan het toevoegen van niet-klinische diagnosegroepen per 2013 en daarmee gepaard gaande onzekerheid omtrent de realisatie van de prevalenties bij dit vereveningskenmerk. Dit was de reden voor toepassing van criteriumneutraliteit bij dit vereveningskenmerk in 2013 (Regeling risicoverevening 2013).

### 9.2.2. Subgroepen samenhang aandoening en leeftijd

Tabel 9.2.2-1 presenteert de resultaten van de analyse op subgroepen op basis van samenhang tussen een somatische en psychische aandoening in combinatie met leeftijdsgroepen voor de somatische kosten. Bij onderstaande resultaten dient het verschil in kostenniveau tussen de vaststellingsmomenten in acht te worden genomen (Bijlage B en Bijlage C).

<sup>9</sup> Dit zijn in 2013 circa 176.000 verzekerdenjaren.

Tabel 9.2.2-1 Aantal verzekerden, gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en gemiddelde kosten van subgroepen op basis van samenhang voor somatische aandoening en psychische aandoening in combinatie met leeftijdsgroepen, op moment van de OT, ex ante vaststelling en definitieve vaststelling, voor de totale somatische kosten in 2013, uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd	Aantal in % DV <sup>a</sup>	Gemiddeld vereveningsresultaat			Gemiddelde kosten		
		OT	Ex ante	DV <sup>b, c, d</sup>	OT	Ex ante	DV <sup>e</sup>
<b>Verzekerden onder de 18 jaar</b>							
- Geen somatische aandoening	20,2	17	20	25	766	823	740
- Wel somatische aandoening	0,6	- 640	- 671	- 1.096	4.312	4.742	5.562
<b>Verzekerden van 18 tot en met 64 jaar</b>							
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	48,0	21	25	34	897	962	864
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	1,6	- 254	- 271	- 242	1.000	1.073	1.235
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	9,4	- 55	- 69	- 134	3.649	3.941	3.748
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	3,0	- 39	- 35	- 83	3.093	3.496	3.211
<b>Verzekerden van 65 jaar en ouder</b>							
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	6,9	43	39	143	2.143	2.238	1.943
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	0,1	- 589	- 638	- 543	2.230	2.336	2.713
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	9,3	- 13	- 8	- 46	5.585	5.797	5.483
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	1,0	- 128	- 133	- 182	5.773	6.170	5.890

Voetnoot Tabel 9.2.2-1:

- Aantal verzekerdenjaren bij de definitieve vaststelling. De aantallen op de andere vaststellingsmomenten zijn vergelijkbaar met deze aantallen.
- Procentueel gecorrigeerd voor het positieve macrovereveningsresultaat van gemiddeld € 130 per verzekerde. In Hoofdstuk 6 zijn de gerealiseerde resultaten *zonder* correctie gepresenteerd bij de analyse naar de werking op subgroepen.
- Definitieve vaststelling voor flankerend beleid en bandbreedteregeeling.
- In de berekening van het vereveningsresultaat is criteriumneutraliteit voor de vereveningskenmerken MHK en DKG meegenomen.
- Zie ook tabel 6.2.2-1.

Tabel 9.2.2-1 leidt tot de volgende bevinding:

- Het patroon in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen de vaststellingsmomenten is in lijn met elkaar: een ondercompensatie bij de OT is ook een ondercompensatie bij de ex ante vaststelling en definitieve vaststelling, en hetzelfde geldt voor een overcompensatie. De verschuivingen in de kosten en prevalenties, zoals in paragraaf 9.2.1 geconstateerd, leiden per saldo niet tot een afwijkend patroon in het gemiddelde vereveningsresultaat voor deze onderzochte subgroepen. Daarnaast is wel te zien dat de onder- of overcompensatie versterkt dan wel mitigeert tussen de vaststellingsmomenten. Deze resultaten tonen aan dat de gemiddelde onder- of overcompensatie voor deze subgroepen die ten tijde van de OT en de ex ante vaststelling worden verwacht, ook in de uiteindelijke situatie blijken voor te komen, waarbij de hoogte van de onder- of overcompensatie kan wijzigen.

Voor interpretatie van de onder- en overcompensaties voor deze subgroepen in het kader van de werking van het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten van 2013 wordt verwezen naar paragraaf 6.2.2.

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

### 9.3.1. Resultaat enkelvoudige risicogroepen

Tabel 9.3.1-1 presenteert de enkelvoudige risicoklassen in het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten van 2013 met een vereveningsresultaat boven de gestelde arbitraire grens van gemiddeld € 200 per verzekerde of een macro-omvang van € 100 miljoen.<sup>10</sup> Bijlage G geeft het overzicht van het gemiddelde vereveningsresultaat van alle 79 enkelvoudige risicoklassen van dit risicovereveningsmodel.

<sup>10</sup> Ten opzichte van de Monitor 2012 is de grens voor de macro-omvang verhoogd (Bijlage C).

Tabel 9.3.1-1 Aantal verzekerden, gemiddelde kosten en gemiddelde vereveningsresultaat en macro-omvang van vereveningsresultaat voor enkelvoudige risicoklassen in het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten van 2013 met een vereveningsresultaat boven de gestelde grenzen, ten tijde van de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen.

Enkelvoudige risicoklassen		Aantal, in %	Gemiddelde kosten in € per verzekerde	Gemiddeld vereveningsresultaat, in € per verzekerde <sup>a</sup>	Macro-omvang vereveningsresultaat, in € mln.
<b>Boven drempel € 200 per verzekerde</b>					
	FKG 2 (psychose depot)	0,08	11.265	1.704	17,7
	FKG 1 (psychose)	0,43	5.895	1.298	73,3
<b>FKG</b>	FKG 6 (bipolair complex)	0,09	6.549	1.355	154,3
	FKG 4 (verslaving)	0,08	5.219	1.065	110,0
	FKG 3 (chronische stemmingsstoornissen)	3,91	1.438	264	135,6
<b>SES</b>	SES 1 (0 - 17 jaar en >15 bewoners)	0,46	2.748	677	41,1
	AVI 1 (18 - 34 jaar, arbeidsongeschikt)	1,21	2.029	495	78,7
	AVI 5 (18 - 34 jaar, bijstand)	0,82	1.250	327	35,1
<b>AVI</b>	AVI 2 (35 - 44 jaar, arbeidsongeschikt)	0,97	1.671	259	33,0
	AVI 6 (35 - 44 jaar, bijstand)	0,73	1.235	252	24,1
	AVI 7 (45 - 54 jaar, bijstand)	0,80	1.097	225	23,6
<b>HDR</b>	HDR 1 (kosten > drempel)	1,52	6.845	1.321	264,5
<b>LDR</b>	LDR 1 (kosten > drempel)	3,87	3.570	609	309,8
<b>Boven drempel € 100 mln. op macroniveau</b>					
<b>FKG</b>	FKG 0 (afslagklasse: geen FKG)	95,40	154	33	415,6
	EPH 0 (afslagklasse: geen eenpersoonshuishouden)	82,74	185	36	396,2
<b>EPH</b>	EPH 1 (wel eenpersoonshuishouden)	17,26	463	95	214,6
	SES 5 (18 - 64 jaar en midden inkomen)	29,50	309	57	222,1
<b>SES</b>	SES 7 (> 65 jaar en hoog inkomen)	27,40	154	33	117,2
	SES 3 (18 - 64 jaar en laag inkomen)	20,86	289	43	116,7
<b>HDR</b>	HDR 0 (afslagklasse: kosten < drempel)	98,48	131	27	346,3
<b>LDR</b>	LDR 0 (afslagklasse: kosten < drempel)	96,13	99	24	301,0
<b>AVI</b>	AVI 0 (afslagklasse: 0 - 17 jaar, > 65 jaar)	21,80	125,5	40	113,6
<b>Regio 1</b>		10,13	365	93	123,3

Voetnoot Tabel 9.3.1-1

a. Voor alle risicoklassen tezamen geldt een gemiddeld vereveningsresultaat van afgerond € 46 per verzekerde (Bijlage B).

De volgende resultaten in Tabel 9.3.1-1 vallen op:

- Alle risicoklassen hebben een gemiddeld positief vereveningsresultaat. Dit geldt tevens voor de risicoklassen die niet in Tabel 9.3.1-1 zijn opgenomen (Bijlage G).
- Voor alle risicoklassen van het vereveningskenmerk FKG, behalve FKG 0, FKG 5 en FKG 7, geldt een relatief hoog gemiddeld positief vereveningsresultaat van € 264 tot € 1.704 per verzekerde. De gerealiseerde kosten van deze FKG's blijken lager te zijn dan verwacht. Dit is in 2012 ook geconstateerd (Monitor 2012 – PwC, 2018). Voor FKG 0 komt de macro-omvang van het vereveningsresultaat naar voren, vanwege de omvang van deze risicoklasse. Deze resultaten kunnen het gevolg zijn van de uitvoering van het preferentiebeleid voor generieke geneesmiddelen, dan wel (in combinatie met) een overschatting van de kosten in het MPB.
- Meerdere risicoklassen van het vereveningskenmerk AVI hebben een gemiddeld vereveningsresultaat boven de gestelde grenzen: risicoklasse 1, 2, 5, 6, 7 en de afslagklasse. Ook de vereveningskenmerken LDR en HDR hebben een relatief hoog gemiddeld vereveningsresultaat dan wel een grote macro-omvang van het vereveningsresultaat. De kosten van deze risicoklassen blijken lager te zijn dan verwacht bij het MPB, waardoor een positief vereveningsresultaat ontstaat. Dit is in 2012 ook geconstateerd (Monitor 2012 – PwC, 2018).

## Kosten

Tabel 9.3.1-2 presenteert de GGAV in kosten per verzekerde per vereveningskenmerk van het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten van 2013. De gemiddelde kosten bij de OT en de ex ante vaststelling zijn procentueel gecorrigeerd naar het niveau van de gerealiseerde kosten (Bijlage C).

Tabel 9.3.1-2 GGAV in kosten per verzekerde van 18 jaar en ouder tussen de OT en definitieve vaststelling en tussen de ex ante vaststelling en definitieve vaststelling, gecorrigeerd voor het verschil in kostenniveau tussen de vaststellingsmomenten, voor het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten van 2013.

	OT versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd	Ex ante vaststelling versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd
<b>Leeftijd/geslacht</b>	13,6	11,4
<b>FKG</b>	8,9	7,3
<b>AVI</b>	15,8	14,8
<b>SES</b>	9,7	9,0
<b>Regio</b>	6,9	7,4
<b>HDR</b>	6,9	3,5
<b>LDR</b>	12,4	13,2
<b>EPH</b>	2,8	2,1
<b>Totaal</b>	9,6	8,6

De volgende resultaten zijn af te leiden:

- Voor zes vereveningskenmerken – leeftijd/ geslacht, FKG, AVI, SES, HDR en EPH – is de GGAV bij de ex ante vaststelling lager dan bij OT. De kosten voor deze vereveningskenmerken bij de ex ante vaststelling sluiten gemiddeld genomen beter aan op de gerealiseerde kosten dan bij de OT. Dit is in lijn met 2012, toen dit ook voor deze vereveningskenmerken was geconstateerd, met uitzondering van het vereveningskenmerk SES in 2012 (Monitor 2012 – PwC, 2018). Voor de vereveningskenmerken Regio en LDR in 2013 is sprake van een hogere GGAV bij de ex ante vaststelling dan bij de OT, waarbij dit voor het vereveningskenmerk Regio nu voor twee opvolgende jaren is geconstateerd (Monitor 2012 – PwC, 2018). Voor deze bevinding is geen duidelijke verklaring voorhanden. De totale GGAV in 2013 ten tijde van de OT bedraagt 9,6 en bij de ex ante vaststelling 8,6.
- Daarnaast valt de relatief hoge GGAV op voor de vereveningskenmerken AVI, LDR en leeftijd/ geslacht, ten opzichte van de andere vereveningskenmerken. Voor het vereveningskenmerk AVI zijn voor het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten ook behoorlijke kostenverschillen geconstateerd. Voor het vereveningskenmerk LDR kan mogelijk een oorzaak gevonden worden in het effect van het terugdraaien van de eigen bijdrage (flankerend beleid Type II). De relatief hoge GGAV voor het vereveningskenmerk leeftijd/ geslacht kan worden verklaard door samenhang met andere vereveningskenmerken, waardoor verschuivingen in kosten (bij onderliggende typen zorgsoorten) in uitdrukking komen bij dit vereveningskenmerk.

Net zoals in paragraaf 9.2.1 is aangegeven, kunnen verschuivingen in de kosten tussen de vaststellingsmomenten ontstaan door een afwijking van het MPB met de gerealiseerde kosten, dan wel in combinatie met onvoorziene kostenontwikkelingen, zoals gerealiseerde kostenbesparingen.

## Prevalenties

Tabel 9.3.1-3 toont de GAV in prevalenties per vereveningskenmerk van het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten van 2013 voor de OT en ex ante vaststelling, ten opzichte van de gerealiseerde prevalenties bij de definitieve vaststelling.

Tabel 9.3.1-3 GAV in prevalenties tussen de OT en definitieve vaststelling en tussen ex ante vaststelling en definitieve vaststelling, voor verzekerden van 18 jaar en ouder voor het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten van 2013.

	OT versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd	Ex ante versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd
<b>Leeftijd/ geslacht</b>	24,7	5,2
<b>FKG</b>	7,6	2,2
<b>AVI</b>	55,7	49,3
<b>SES</b>	73,4	27,2
<b>Regio</b>	5,5	28,2
<b>HDR</b>	2,1	2,6
<b>LDR</b>	7,6	4,7
<b>EPH</b>	7,9	23,1
<b>Totaal</b>	23,1	17,8

De totale GAV is conform verwachting bij de ex ante vaststelling lager dan bij de OT: 17,8 versus 23,1. Een prevalentieverschil van in totaal 1,78 % is beperkt. Voor de afzonderlijke vereveningskenmerken geldt ook dat de GAV bij de ex ante vaststelling lager is dan bij de OT, met uitzondering van de vereveningskenmerken Regio, HDR en EPH. Voor alle andere vereveningskenmerken sluiten de geraamde prevalenties ten tijde van de ex ante vaststelling gemiddeld genomen beter aan op de gerealiseerde prevalenties dan de prevalenties van Zvw-bevolking van 2010 ten tijde van de OT. Het verschil tussen de OT en ex ante vaststelling betreft de *voorzien*e ontwikkeling in de samenstelling van de Zvw-bevolking die is meegenomen bij de ex ante vaststelling.

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

- Bij de vereveningskenmerken AVI, SES, Regio en EPH is de GAV relatief hoog. In 2012 was dit voor dezelfde vereveningskenmerken ook geconstateerd (Monitor 2012 – PwC, 2018), behalve voor het vereveningskenmerk Regio. Net zoals bij het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten van 2013 is sprake van een relatief hoge GAV bij de vereveningskenmerken AVI en SES. De verklaringen die hierbij zijn gegeven, in paragraaf 9.2.1, zijn ook hier van toepassing. Voor de vereveningskenmerken Regio en EPH is te zien dat bij de OT is de GAV substantieel lager is dan ten tijde van de ex ante vaststelling. Voor deze ontwikkeling in de GAV bij deze vereveningskenmerken Regio en EPH (als gevolg van toepassing van de verzekerdenraming en schaling naar het MPB) is geen duidelijke verklaring voorhanden. Het is aanbevolen deze vereveningskenmerken in een toekomstig vereveningsjaar(en) te monitoren.
- Bij de vereveningskenmerken FKG en HDR is de GAV relatief laag. De geraamde prevalenties van deze vereveningskenmerken bij de ex ante vaststelling sluiten gemiddeld genomen goed aan op de gerealiseerde prevalenties. Voor het vereveningskenmerk FKG is dit patroon in lijn met 2012 (Monitor 2012 – PwC, 2018).

### 9.3.2. Subgroepen samenhang aandoening en leeftijd

Tabel 9.3.2-1 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat en de gemiddelde kosten van subgroepen op basis van samenhang tussen somatische en psychische aandoening in combinatie met leeftijdsgroepen. Het verschil in kostenniveau tussen de vaststellingsmomenten dient in acht te worden genomen bij interpretatie van deze resultaten (Bijlage B).

Tabel 9.3.2-1 Aantal verzekerden, gemiddelde vereveningsresultaat en gemiddelde kosten van subgroepen op basis van samenhang voor somatische aandoening en psychische aandoening in combinatie met leeftijdsgroepen, ten tijde van de OT, ex ante vaststelling en definitieve vaststelling, voor de totale gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder in 2013, uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd	Aantal in % DV <sup>a</sup>	Gemiddeld vereveningsresultaat			Gemiddelde kosten		
		OT	Ex ante	DV <sup>b, c, d</sup>	OT	Ex ante	DV <sup>e</sup>
<b>Verzekerden van 18 tot en met 64 jaar</b>							
- Geen somatische - Geen psychische aandoening	60,6	- 2	- 2	- 2	83	98	94
- Geen somatische - Wel psychische aandoening	2,0	143	171	147	2.571	2.783	2.547
- Wel somatische - Geen psychische aandoening	11,8	- 8	- 11	- 13	88	103	107
- Wel somatische - Wel psychische aandoening	3,8	- 45	- 49	- 72	2.140	2.427	2.246
<b>Verzekerden van 65 jaar en ouder</b>							
- Geen somatische - Geen psychische aandoening	8,7	5	4	10	61	67	47
- Geen somatische - Wel psychische aandoening	0,1	- 76	- 69	49	2.349	2.671	2.384
- Wel somatische - Geen psychische aandoening	11,8	2	1	6	63	71	55
- Wel somatische - Wel psychische aandoening	1,2	19	34	86	1.309	1.447	1.174

Voetnoot Tabel 9.3.2-1:

- Aantal verzekerdenjaren bij de definitieve vaststelling. De aantallen op de andere vaststellingsmomenten zijn vergelijkbaar met deze aantallen.
- Procentueel gecorrigeerd voor het positieve macrovereveningsresultaat van gemiddeld afgerond € 46 per verzekerde. In Hoofdstuk 6 zijn de gerealiseerde resultaten *zonder* correctie gepresenteerd bij de analyse naar de werking op subgroepen.
- Definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen.
- In de berekening van het vereveningsresultaat is criteriumneutraliteit voor de vereveningskenmerken LDR en HDR meegenomen.
- Zie ook tabel 6.3.2-1.

Tabel 9.3.2-1 leidt tot de volgende bevinding

- Het patroon in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen de vaststellingsmomenten is in lijn met elkaar. De eerder geconstateerde verschuivingen in kosten en prevalenties, in paragraaf 9.3.1, leiden niet per saldo tot een afwijkend patroon in het gemiddelde vereveningsresultaat voor deze onderzochte subgroepen. Dit is niet het geval voor de subgroep van verzekerden van 65 jaar en ouder met een psychische aandoening en zonder een somatische aandoening. Voor deze subgroep is bij de OT en ex ante vaststelling sprake van een gemiddelde ondercompensatie van € - 76 en € - 69 per verzekerde, terwijl bij de definitieve vaststelling sprake is van een overcompensatie van € 49 per verzekerde.

Voor interpretatie van de onder- en overcompensaties voor deze subgroepen in het kader van de werking van het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten van 2013 wordt verwezen naar paragraaf 6.3.2.

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

### Conclusies

#### *Somatische kosten*

- Herschatting van het ex ante risicovereveningsmodel resulteert in normbedragen die over alle vereveningskenmerken relatief gezien niet substantieel afwijken van de OT-normbedragen en de ex ante vastgestelde normbedragen in 2013. De gemiddelde absolute afwijking in de normbedragen tussen de ex ante vaststelling en herschatting is kleiner dan tussen de OT en herschatting. Dit betekent dat de ex ante vastgestelde normbedragen over het algemeen beter aansluiten op de herschatte realisatienormbedragen dan de OT-normbedragen.
- Bij de vereveningskenmerken DKG, MHK, leeftijd/ geslacht en SES zijn behoorlijke verschillen in de normbedragen geconstateerd. Deze verschillen kunnen worden verklaard door verschuivingen in kosten en prevalenties dan wel (in combinatie met) samenhang met andere vereveningskenmerken.
- De verklaringskracht in termen van  $R^2$  en CPM van het herschatte ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten op gerealiseerde cijfers komt in vergelijkbare orde van grootte overeen met de verklaringskracht van dit model op de verschillende vaststellingsmomenten (OT, ex ante vaststelling en definitieve vaststelling).

#### *gGGZ-kosten*

- Herschatting van het ex ante risicovereveningsmodel resulteert in normbedragen die over alle vereveningskenmerken relatief gezien niet substantieel afwijken van de OT-normbedragen en de ex ante vastgestelde normbedragen in 2013.
- Bij de vereveningskenmerken leeftijd/ geslacht, AVI, FKG en LDR wijken de ex ante vastgestelde normbedragen meer af van de realisatienormbedragen dan de OT-normbedragen. Hierbij vallen de vereveningskenmerken leeftijd/ geslacht en AVI op vanwege de hoogte van de GGAV. Deze verschillen kunnen worden verklaard door verschuivingen in kosten en prevalenties dan wel (in combinatie met) samenhang met andere vereveningskenmerken.
- De verklaringskracht in termen van  $R^2$  en CPM van het herschatte ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-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).



## 10.1. Doel en definitie begrippen voor interpretatie resultaten

Dit hoofdstuk analyseert in welke mate de normbedragen ten tijde van de OT en de ex ante vastgestelde normbedragen aansluiten op de normbedragen van dezelfde ex ante risicovereveningsmodellen die zijn herschat op gerealiseerde cijfers (hierna aangeduid als *realisatienormbedragen*). Normbedragen zijn het eindproduct van kosten en prevalenties. Deze analyse toetst hoe de verbanden tussen de eerder geconstateerde verschuivingen in kosten en prevalenties (Hoofdstuk 9), aansluiten op de verbanden tussen kosten en prevalenties in de gerealiseerde situatie. De normbedragen ten tijde van zowel de OT alsmede de ex ante vaststelling worden vergeleken met de realisatienormbedragen. Ten behoeve van vergelijkbaarheid zijn normbedragen uit de OT en de ex ante vaststelling procentueel geschaald naar het niveau van de gerealiseerde kosten (Bijlage C).

De verschillen in normbedragen worden uitgedrukt in de 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 is toepassing van criteriumneutraliteit 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.

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

- Verschuivingen in normbedrag (onderliggend in de kosten en/ of prevalenties) van een risicoklasse van een vereveningskenmerk kan het normbedrag van een of meerdere andere vereveningskenmerken (sterk) beïnvloeden, vanwege samenhang tussen deze vereveningskenmerken. Verschuivingen in de normbedragen bij vereveningskenmerken dienen in gezamenlijkheid in ogenschouw te worden genomen.
- De realisatienormbedragen zijn geschat voor het uitvoeren van onderhavige evaluatie van de OT-normbedragen en ex ante vastgestelde normbedragen. Deze realisatienormbedragen worden *niet* gebruikt bij de daadwerkelijke uitvoering van de ex ante risicovereveningsmodellen.

### Verklaringskracht

Tevens wordt de *verklaringskracht* van de ex ante risicovereveningsmodellen op het niveau van verzekerden op de verschillende vaststellingsmomenten geanalyseerd. De verklaringskracht wordt gemeten aan de hand van de  $R^2$  en Cummings' Prediction Measure (CPM). Bijlage C beschrijft deze evaluatiemaatstaven.

Belangrijk voor de interpretatie van deze resultaten is:

- De vereveningsbijdrage kan en hoeft niet volledig aan te sluiten op de zorgkosten per verzekerde. Zorgkosten op verzekerdeniveau zijn voor een (groot) deel onvoorspelbaar. Tevens is niet bekend in hoeverre de zorgkosten op verzekerdeniveau maximaal kunnen worden voorspeld. Hierdoor is het niet mogelijk uitspraken te doen over de kwaliteit van de ex ante risicovereveningsmodellen op de vaststellingsmomenten in absolute zin.
- De  $R^2$ - en CPM-waarde zijn mede afhankelijk van de onderliggende data, waarop de ex ante risicovereveningsmodellen zijn geschat. De  $R^2$  en CPM worden geanalyseerd om na te gaan in welke mate de verklaringskracht op de verschillende vaststellingsmomenten met elkaar in lijn ligt. Indien de  $R^2$ - of CPM-waarde (substantieel) wijzigt over de vaststellingsmomenten duidt dit op wijzigingen in patronen in de onderliggende data; en niet zozeer de kwaliteit van de ex ante risicovereveningsmodellen. De vormgeving van deze modellen zijn namelijk op de verschillende vaststellingsmomenten hetzelfde.

## 10.2. Somatische kosten

### 10.2.1. Normbedragen

Tabel 10.2-1 presenteert de GGAV in de normbedragen per verzekerde van het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten van 2013, ten tijde van de OT en ex ante vaststelling ten opzichte van de realisatienormbedragen. De onderste regel presenteert de totale GGAV.

Tabel 10.2.1-1 GGAV in normbedragen tussen de OT en de ex ante vaststelling met de realisatienormbedragen voor het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten van 2013, uitgedrukt in € per verzekerde.

Vereveningskenmerk	OT – herschatting	Ex ante vaststelling – herschatting
Leeftijd/ geslacht	70,9	38,4
FKG	27,3	23,8
Regio	6,7	7,6
DKG	60,2	66,4/ 44,3*
MHK	28,3	14,4/ 26,4*
AVI	10,9	12,2
SES	44,5	42,6
<b>Totaal</b>	<b>35,6</b>	<b>29,4/ 27,9*</b>

Voetnoot Tabel 10.2.1-1

- \* Rekening houdend met criteriumneutraliteit voor de vereveningskenmerken DKG en MHK.

De totale GGAV bedraagt voor de OT 35,6 en voor de ex ante vaststelling 29,4 (of 27,9 indien criteriumneutraliteit voor de vereveningskenmerken DKG en MHK wordt meegenomen). Conform verwachting is de totale GGAV bij de ex ante vaststelling lager dan bij de OT. De herweging naar de verzekerdenraming en de schaling naar het MPB hebben over het algemeen ervoor gezorgd dat de normbedragen bij de ex ante vaststelling gemiddeld genomen beter aansluiten op de realisatienormbedragen dan bij de OT. In 2012 was ook de GGAV voor de ex ante vaststelling lager dan voor de OT: 25,3 ten opzichte van 26,4 (Monitor 2012 – PwC, 2018).<sup>11</sup>

Bij de GGAV in normbedragen van de afzonderlijke vereveningskenmerken valt op:

- Bij het vereveningskenmerk DKG is de GGAV relatief hoog ten opzichte van de GGAV bij andere vereveningskenmerken. Tevens is de GGAV bij de ex ante vaststelling hoger dan bij de OT: 60,2 bij de OT en 66,4 bij de ex ante vaststelling. Rekening houdend met criteriumneutraliteit bedraagt de GGAV 44,3. De relatief hoge GGAV voor dit vereveningskenmerk kan gerelateerd zijn aan het toevoegen van de niet-klinische behandelingen per 2013 en de uitgevoerde conversie naar de DBC-DOT. In het vorige hoofdstuk zijn bij dit vereveningskenmerk ook verschuivingen in de kosten en prevalenties geconstateerd (paragraaf 9.2.1). Nadere analyse wijst uit dat er relatief grote verschillen optreden bij DKG 13 en DKG 15 (afgezien van DKG 0 waarop criteriumneutraliteit van toepassing is). Ook dient in ogenschouw te worden genomen dat de normbedragen voor dit vereveningskenmerk kunnen zijn beïnvloed door samenhang met andere vereveningskenmerken.
- Daarnaast is de GGAV bij het vereveningskenmerk MHK ook relatief hoog: 28,3 bij de OT en 14,4 bij de ex ante vaststelling (of 26,4 indien criteriumneutraliteit wordt meegenomen). Dit kan gerelateerd zijn aan de verschuivingen in de kosten bij dit vereveningskenmerk (paragraaf 9.2.1), dan wel in combinatie met samenhang door andere vereveningskenmerken<sup>12</sup>. Zoals eerder aangegeven, is bij de uitvoering van het ex

<sup>11</sup> Indien de risicoklasse FKG 14 buiten beschouwing wordt gelaten.

<sup>12</sup> Ook dient rekening te worden gehouden dat kostendefinities in de betrokken vereveningsjaren zijn gewijzigd, zoals overhevelingen van vaste kosten naar variabele kosten van MSZ (Hoofdstuk 2).

ante risicovereveningsmodel van 2014 de methodiek voor de verzekerdraming voor dit vereveningskenmerk aangepast om de stabiliteit van dit vereveningskenmerk te verbeteren (ZINL, 2013).

- Bij het vereveningskenmerk leeftijd/ geslacht is de GGAV ook relatief hoog ten opzichte van enkele andere vereveningskenmerken. Dit is ook in 2012 geconstateerd (Monitor 2012 – PwC, 2018). Deze verschuivingen kunnen het gevolg zijn van wijzigingen in de kosten en prevalenties bij andere vereveningskenmerken – zoals DKG, FKG en MHK – die (sterk) samenhangen met dit vereveningskenmerk. Bij deze andere vereveningskenmerken is ook sprake van een relatief hoge GGAV in normbedragen (eveneens zijn in paragraaf 9.2.1 verschuivingen in kosten en prevalenties bij deze vereveningskenmerken geconstateerd). Daarnaast toont Tabel 10.2.1-1 dat de GGAV van dit vereveningskenmerk bijna halveert ten tijde van de ex ante vaststelling, in vergelijking tot de OT. Dit is het gevolg van uitvoering van de verzekerdraming en schaling naar het MPB, in combinatie met wijzigingen in de patronen bij andere vereveningskenmerken.
- Ook voor het vereveningskenmerk SES is een relatief hoge GGAV geconstateerd: 44,5 bij de OT en 42,6 bij de ex ante vaststelling. In 2012 is dit ook geconstateerd (Monitor 2012 – PwC, 2018). Eveneens komt dit overeen met de eerder geconstateerde verschuivingen in de kosten en prevalenties bij dit vereveningskenmerk (paragraaf 9.2.1). In de uitvoering van het ex ante risicovereveningsmodel in 2015 en 2016 is de methodiek voor definitie van dit vereveningskenmerk verbeterd (ZINL, 2014; ZINL, 2015).

### 10.2.2. Verklaringskracht

Tabel 10.2.2-1 presenteert de  $R^2$  en CPM voor het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten van 2013 voor de verschillende vaststellingsmomenten en bij herschatting op realisatiecijfers.

Tabel 10.2.2-1  $R^2$  en CPM van het ex ante risicovereveningsmodel voor somatische kosten van 2013 op de verschillende vaststellingsmomenten en bij herschatting op realisatiecijfers.

	$R^2$ (in %)	CPM (in %)
OT	23,0 %	24,5 %
Ex ante vaststelling	24,5 %	25,6 %
Definitieve vaststelling (geschaald naar nul)	22,4 %	24,7 %
Herschating	22,5 %	24,9 %

Voetnoot Tabel 10.2.2-1

- Bij de definitieve vaststelling is het gemiddelde vereveningsresultaat procentueel geschaald naar nul (Bijlage C).
- *OT*: het ex ante risicovereveningsmodel geschat ten tijde van de OT, op geraamde cijfers van een databestand van 2010, die representatief is gemaakt voor de kosten van 2013 (WOR 625).
- *Ex ante vaststelling*: het ex ante risicovereveningsmodel geschat ten tijde van de ex ante vaststelling, op geraamde cijfers van het databestand van 2010 (gebruikt bij de OT), plus uitvoering van de herweging naar de verzekerdraming en schaling naar het MPB (WOR 626). Hierbij is (nog) geen criteriumneutraliteit van toepassing.
- *Definitieve vaststelling*: de ex ante vastgestelde normbedragen (inclusief criteriumneutraliteit) toegepast op de gerealiseerde cijfers.
- *Herschating*: het ex ante risicovereveningsmodel geschat op de gerealiseerde cijfers.

De  $R^2$  en de CPM op de verschillende vaststellingsmomenten alsmede de herschatting zijn van vergelijkbare orde van grootte. Dit betekent dat ondanks de verschillen in de onderliggende data, de verklaringskracht van het ex ante risicovereveningsmodel bij de definitieve vaststelling (en bij herschatting) in lijn ligt met hetgeen ten tijde van de OT en ex ante vaststelling is verwacht. De verschillen in de  $R^2$  en CPM tussen de verschillende vaststellingsmomenten en de herschatting worden verklaard door verschillen in patronen in de onderliggende data. Vergelijking van de  $R^2$ - en CPM-waarde in absolute termen over de verschillende vaststellingsmomenten of over vereveningsjaren is hierdoor niet goed mogelijk.

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

### 10.3.1. Normbedragen

Tabel 10.3.1-1 toont de GGAV voor de normbedragen van het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten van 2013, zowel voor de OT alsmede de ex ante vaststelling ten opzichte van de herschatting.

Tabel 10.3.1-1 GGAV in normbedragen van de OT en de ex ante vaststelling met de realisatienormbedragen voor het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten van 2013, uitgedrukt in gemiddelde € per verzekerde.

Vereveningskenmerk	OT – herschatting	Ex ante vaststelling – herschatting
Leeftijd/geslacht	8,5	17,9
FKG	1,9	2,4
Regio	6,5	6,6
LDR	5,8	5,8/ 9,4 *
HDR	6,6	2,6/ 4,2 *
AVI	4,3	7,2
SES	5,8	3,7
EPH	2,0	1,1
<b>Totaal</b>	<b>5,2</b>	<b>4,7/ 5,3 *</b>

Voetnoot Tabel 10.3.1-1

- \* Rekening houdend met criteriumneutraliteit voor de vereveningskenmerken LDR en HDR.

De totale GGAV voor de OT bedraagt 5,2 en voor de ex ante vaststelling 4,7 (of 5,3 indien criteriumneutraliteit voor de vereveningskenmerken LDR en HDR wordt meegenomen). Ten opzichte van 2012 is de totale GGAV in 2013 lager (Monitor 2012 – PwC, 2018). Deze resultaten geven aan dat de OT-normbedragen in 2013 over het algemeen niet substantieel meer afwijken van de realisatienormbedragen dan de ex ante vastgestelde normbedragen. Ook geven deze resultaten aan dat bij herschatting van het ex ante risicovereveningsmodel de normbedragen over het algemeen niet substantieel afwijken van de normbedragen ten tijde van de OT dan wel ex ante vaststelling.

Bij de GGAV van de afzonderlijke vereveningskenmerken valt het volgende op:

- Voor de vereveningskenmerken leeftijd/ geslacht, AVI, FKG en LDR is de GGAV bij de ex ante vaststelling hoger dan bij de OT, terwijl bij andere vereveningskenmerken de GGAV lager is. De vereveningskenmerken leeftijd/ geslacht en AVI vallen hierbij op: van 8,5 bij de OT naar 17,9 bij de ex ante vaststelling en van 4,3 bij de OT naar 7,2 bij de ex ante vaststelling, respectievelijk. Voor het vereveningskenmerk leeftijd/ geslacht komt dit door verschuivingen bij andere vereveningskenmerken, waarmee dit vereveningskenmerk samenhangt. Voor het vereveningskenmerk AVI zijn eerder verschuivingen in kosten en prevalenties geconstateerd (paragraaf 9.3.1), waardoor ook verschuivingen in de normbedragen kunnen optreden als eindproduct. Tevens kunnen deze verschuivingen in normbedragen zijn beïnvloed door samenhang met andere vereveningskenmerken.

### 10.3.2. Verklaringskracht

Tabel 10.3.2-1 toont de R<sup>2</sup> en CPM van het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder van 2013 op de verschillende vaststellingsmomenten en bij herschatting.

Tabel 10.3.2-1 R<sup>2</sup> en CPM van het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder op de verschillende vaststellingsmomenten en de herschatting op realisatiecijfers.

	R <sup>2</sup> (in %)	CPM (in %)
OT	9,9 %	22,6 %
Ex ante vaststelling	9,6 %	22,1 %
Definitieve vaststelling (geschaald naar nul)	11,7 %	24,8 %
Herschating	11,6 %	24,9 %

Voetnoot Tabel 10.3.2-1

- Bij de definitieve vaststelling is het gemiddelde vereveningsresultaat procentueel geschaald naar nul (Bijlage C).
- OT: het ex ante risicovereveningsmodel geschat ten tijde van de OT, op geraamde cijfers van een databestand van 2010, die representatief is gemaakt voor de kosten van 2013 (WOR 624).
- Ex ante vaststelling: het ex ante risicovereveningsmodel geschat ten tijde van de ex ante vaststelling, op geraamde cijfers van het databestand van 2010 (gebruikt bij de OT), plus uitvoering van de herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB (WOR 626). Hierbij is (nog) geen criteriumneutraliteit van toepassing.
- Definitieve vaststelling: de ex ante vastgestelde normbedragen (inclusief criteriumneutraliteit) toegepast op de gerealiseerde cijfers.
- Herschatting: het ex ante risicovereveningsmodel geschat op de gerealiseerde cijfers.

De  $R^2$  en CPM van het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten van 2013 is van vergelijkbare grootte op de vaststellingsmomenten alsmede de herschatting. De verklaringskracht van het ex ante risicovereveningsmodel bij de definitieve vaststelling (en bij herschatting) ligt in lijn met hetgeen ten tijde van de OT en ex ante vaststelling is verwacht. Net zoals aangegeven in paragraaf 10.2.2, worden de verschillen in de  $R^2$  en CPM tussen de verschillende vaststellingsmomenten en de herschatting verklaard door verschillen in patronen in de onderliggende data. Het is niet goed mogelijk de  $R^2$ - en CPM-waarde in absolute termen over de verschillende vaststellingsmomenten of over vereveningsjaren te vergelijken.

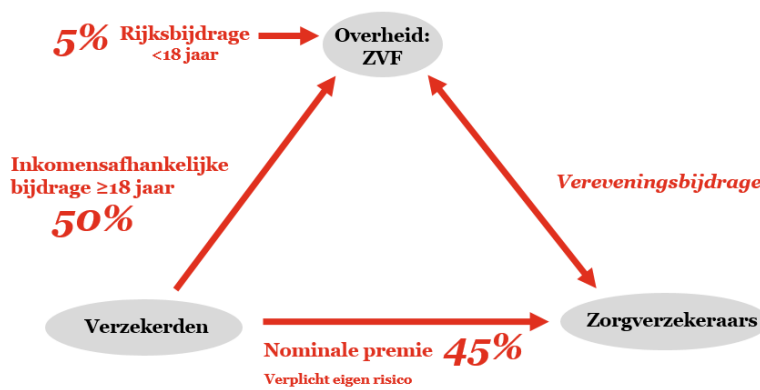
## *Bijlagen*

# 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 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 2013 was dit € 1.154 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 2013 was € 350 euro per verzekerde van 18 jaar of ouder.<sup>13</sup> Dit bedrag wordt door het Ministerie van VWS vastgesteld. Het in te houden eigen risico bedrag wordt door het ZINL op basis van een ex ante risicovereveningsmodel bepaald (paragraaf 2.2). De werkelijk geïnde opbrengsten voor het verplicht eigen risico door een zorgverzekeraar kan afwijken van de ingehouden korting op de vereveningsbijdrage voor deze opbrengsten van het verplicht eigen risico.

<sup>13</sup> Verzekerden kunnen ook een vrijwillig eigen risico afsluiten bovenop het verplicht eigen risico bedrag. Het vrijwillig eigen risico bedrag valt 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 2013 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 de scope van deze Monitor. Aangezien het in te houden eigen risico bedrag wordt bepaald aan de hand van een ex ante risicovereveningsmodel is dit onderdeel van deze Monitor.

## **A.2. Uitvoering risicovereveningssysteem**

Aan vaststelling van de vereveningsbijdrage gaat een uitgebreid uitvoeringsproces vooraf. De uitvoering vindt in verschillende stappen plaats.

### *Ex ante vaststelling: OT-fase en schatting normbedragen*

De uitvoering begint met de ex ante vaststelling. Dit vindt plaats in het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar. Voor bepaling van de ex ante 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. Zo zijn kostengegevens van 2010 gecorrigeerd voor wijzigingen in de samenstelling van het basispakket tussen 2010 tot en met 2013. De OT is een stap in het uitvoeringsproces, waarin een besluit wordt genomen over de vormgeving van de ex ante risicovereveningsmodellen van het betreffende vereveningsjaar (vindt plaats in de zomer van het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar). Na besluitvorming van de vormgeving van de ex ante risicovereveningsmodellen, worden de normbedragen voor bepaling van de ex ante vereveningsbijdragen geschat.

Voordat de normbedragen worden geschat, worden de kosten geschaald naar het niveau van het MPB in 2013. Tevens worden de prevalenties van de risicoklassen van de vereveningskenmerken herwogen naar de verwachte samenstelling van de Nederlandse bevolking in 2013. Na deze twee stappen worden de ex ante risicovereveningsmodellen van 2013 geschat. Dit leidt tot een set van ex ante normbedragen. De normbedragen zijn de gemiddelde verwachte zorgkosten voor een verzekerde per risicoklasse van een vereveningskenmerk.

Vervolgens wordt door het ZINL op basis van de vastgestelde normbedragen het ex ante budget per zorgverzekeraar bepaald.

### *Definitieve vaststelling*

De uiteindelijke situatie in het vereveningsjaar met betrekking tot kosten, prevalenties, samenstelling van de Zvw-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 herberekeningen plaats door het ZINL. De ex ante vastgestelde normbedragen wijzigen hierbij niet. 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 tijdspad is benodigd voor het volledig uitdeclaren van alle (ziekenhuis)nota's van het betreffende vereveningsjaar.

## **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 bepaald aan de hand van een ex ante risicovereveningsmodel. Dit model berekent voor elke verzekerde in de Zvw-bevolking de verwachte



zorgkosten op basis van vereveningskenmerken, zoals leeftijd, geslacht en morbiditeitskenmerken (zoals medicatiegebruik). 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.

De ex post vereveningsbijdrage wordt vastgesteld na afloop van het vereveningsjaar bij de definitieve vaststelling; dit is vier á vijf jaar na het betreffende vereveningsjaar. De keuze voor de inzet van ex post maatregelen, welke maatregelen en in welke mate, wordt voorafgaand aan het vereveningsjaar gemaakt. De ex post maatregelen compenseren zorgverzekeraars voor zorgkosten waarover zij geen of gedeeltelijk risico dragen (i.e., nacalculatie, hoge kosten compensatie of bandbreedteregeling). Daarnaast is sprake van flankerend beleid om een macrovereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars onderling te compenseren ten behoeve van een gelijke uitgangspositie. Flankerend beleid en ex post maatregelen zorgen feitelijk voor een op- of afslag op de ex ante vereveningsbijdrage.

#### A.4. Overzicht wijzigingen risicovereveningssysteem 2007 – 2013

Het risicovereveningssysteem is in de periode 2007 tot en met 2013 gewijzigd, zowel de vormgeving van de ex ante risicovereveningsmodellen alsmede de inzet van flankerend beleid/ macronacalculatie en ex post maatregelen. Hieronder is een overzicht opgenomen van de wijzigingen in het risicovereveningssysteem voor de somatische kosten, de gGGZ-kosten en de opbrengsten voor het verplicht eigen risico gedurende de periode 2007 tot en met 2013. De wijzigingen in 2013 zijn toegelicht in Hoofdstuk 2.

##### A.4.1. Wijzigingen risicovereveningssysteem - somatische kosten

Wijzigingen in het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten:

Jaar	Wijzigingen ex ante risicovereveningsmodel per jaar ten opzichte van het voorgaande jaar
2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanpassing van 25 naar 24 FKG's;</li> <li>• Toevoeging van 2 additionele DKG's;</li> <li>• Aanpassing in het vereveningskenmerk MHK.</li> </ul>
2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toevoegen van het vereveningskenmerk MHK;</li> <li>• Toevoeging van 2 additionele FKG's en groot onderhoud aan indeling van FKG's.</li> </ul>
2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanpassing in het vereveningskenmerk AVI.</li> </ul>
2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanpassing in het vereveningskenmerk voor Regio;</li> <li>• Toevoegen van 3 additionele FKG's;</li> <li>• Aanpassing in de indeling van de DKG's</li> </ul>
2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanpassing in leeftijdsklassen;</li> <li>• Aanpassing in het vereveningskenmerk AVI.</li> </ul>
2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introductie van het kenmerk SES.</li> </ul>
2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanpassing van 17 enkelvoudige FKG's naar 20 meervoudige FKG's.</li> </ul>

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
2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verruiming van de bandbreedte voor variabele kosten van MSZ van € 22,5 naar € 25 per verzekerde. Buiten de bandbreedte wordt 90 % van het vereveningsresultaat gecompenseerd.</li> </ul>
2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Invoering flankerend beleid - afschaffing macronacalculatie;</li> <li>• Afschaffing nacalculatie op variabele kosten van ziekenhuiszorg (30 %);</li> <li>• Afschaffing HKC.</li> </ul>
2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen wijzigingen.</li> </ul>
2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verlaging van het percentage variabele ziekenhuiskosten voor generieke verevening en nacalculatie van 40 % naar 30 %.</li> <li>• Vervallen generieke verevening en nacalculatie voor de ziekenhuiskosten in het B-segment.</li> <li>• 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.</li> </ul>
2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verlaging van het percentage voor generieke verevening en nacalculatie van 50 % naar 40 %.</li> </ul>

Jaar	Wijzigingen flankerend beleid/ macronacalculatie en ex post maatregelen per jaar ten opzichte van het voorgaande jaar
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• 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.</li> </ul>
2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verhoging van de drempelwaarde voor de HKC van € 12.500 naar € 20.000 per verzekerde. Boven de drempelwaarde wordt 90 % van de kosten verevend.</li> <li>• Verlaging van het percentage voor generieke verevening en nacalculatie van 54,5 % naar 50 %.</li> <li>• 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.</li> </ul>
2007	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>

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

Wijzigingen in het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten voor verzekerden van 18 jaar en ouder:

Jaar	Wijzigingen ex ante risicovereveningsmodel per jaar ten opzichte van het voorgaande jaar
2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toevoeging van 2 additionele psychische FKG's.</li> </ul>
2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opsplitsing van het vereveningskenmerk psychische FKG in meerdere risicoklassen.</li> </ul>
2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen wijzigingen.</li> </ul>
2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanpassing van leeftijdsklassen;</li> <li>• Aanpassing in het vereveningskenmerk voor regio;</li> </ul>
2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanpassing in de leeftijdsklassen;</li> <li>• Aanpassing in het vereveningskenmerk aard van het inkomen.</li> </ul>
2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>

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

Jaar	Wijzigingen ex post compensatie ten opzichte van het voorgaande jaar
2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen wijzigingen.</li> </ul>
2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Invoering flankerend beleid - afschaffing macronacalculatie;</li> <li>• Afbouwen van HKC van 100 % naar 90 % met een grens van € 10.000 per verzekerde;</li> <li>• Afbouwen van bandbreedteregeling van 100 % naar 90 % met € 7,50 per verzekerde.</li> </ul>
2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen wijzigingen.</li> </ul>
2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitsplitsing van gGGZ-vereveningsresultaten naar verzekerden van 18 jaar en ouder en naar verzekerden jonger dan 18 jaar.</li> <li>• 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.</li> <li>• Voor verzekerden van 18 jaar en ouder is een bandbreedteregeling van € 7,50 per verzekerde. Buiten de bandbreedte wordt 100 % van de vereveningsresultaten verevend.</li> <li>• Voor verzekerden jonger dan 18 jaar vindt volledige nacalculatie plaats.</li> </ul>
2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen wijzigingen.</li> </ul>
2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Volledige nacalculatie.</li> </ul>

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

Wijzigingen in het ex ante risicovereveningsmodel voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico:

Jaar	Wijzigingen ex ante risicovereveningsmodel per jaar ten opzichte van het voorgaande jaar
2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verhoging van het verplicht eigen risico van € 220 naar € 350 per verzekerde.</li> <li>• Wijziging van de definitie van de forfaitaire groep.</li> </ul>
2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen wijzigingen in de vereveningskenmerken en bepaling van de forfaitaire groep.</li> <li>• Verhoging van het verplicht eigen risico van € 170 naar € 220 per verzekerde.</li> </ul>
2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen wijzigingen in de vereveningskenmerken en bepaling van de forfaitaire groep.</li> <li>• Verhoging van het verplicht eigen risico van € 165 naar € 170 per verzekerde.</li> </ul>

Jaar	Wijzigingen ex ante risicovereveningsmodel per jaar ten opzichte van het voorgaande jaar
2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanpassing van het vereveningskenmerk regio.</li> <li>• Verhoging van het verplicht eigen risico van € 155 naar € 165 per verzekerde.</li> </ul>
2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aanpassing van de leeftijdsklassen.</li> <li>• Aanpassing van het kenmerk aard van het inkomen.</li> <li>• Verhoging van het verplicht eigen risico van € 150 naar € 155 per verzekerde.</li> </ul>
2008	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 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 voor de somatische kosten.</li> </ul>

## B. Gebruikte bestanden en aansluiting

### Conclusie

De aangeleverde bronbestanden worden plausibel geacht voor uitvoering van onderhavige Monitor. Alle resultaten en conclusies in onderhavige Monitor zijn *gegeven* de aangeleverde gegevens in de bestanden.

Deze bijlage beschrijft de aangeleverde bronbestanden. Ook zijn een aantal beschrijvende statistieken gerapporteerd om de bronbestanden aan te sluiten met de cijfers die gerapporteerd zijn bij de uitvoering van het risicovereveningssysteem (o.a. WOR 624, WOR 625, WOR 626). Belangrijke verschillen tussen bestanden voor het doel van onderhavige Monitor worden waar mogelijk in kaart gebracht.

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

Voor de macro- en zorgverzekeraarsanalyse in Deel I is door het ZINL een bestand aangeleverd op zorgverzekeraarsniveau. Dit bestand is door het ZINL gebruikt voor de daadwerkelijke uitvoering van het risicovereveningssysteem van 2013. In dit bestand zijn gegevens beschikbaar van de ex ante vaststelling en de definitieve vaststelling van 2013. De gegevens van de definitieve vaststelling zijn gebruikt voor deze Monitor.

Het bestand bevat de gerealiseerde zorgkosten en vereveningsbijdragen van de totale Zvw-bevolking. Dit bestand is *inclusief*:

- flankerend beleid en alle ex post maatregelen, per ex post maatregel zijn gegevens beschikbaar over de vereveningsbijdrage;
- kosten van buitenlandzorg, verwerkt middels een macroboeking;
- niet-ingezetenen (circa 176.000 verzekerdenjaren), die door het ZINL zijn ingedeeld in risicoklassen van vereveningskenmerken conform de geldende beleidsregels;
- verzekerden van wie het Burger Service Nummer (BSN) nummer onbekend is, die door het ZINL zijn ingedeeld in risicoklassen van vereveningskenmerken conform de geldende beleidsregels (circa 700 verzekerdenjaren); *en*
- opbrengstverrekening voor de gGGZ, verwerkt middels een op- of afslag op de vereveningsbijdrage.

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

### Aansluiting ZINL-bestand

Enkele beschrijvende statistieken van het aangeleverde bestand zijn geanalyseerd. De macrobedragen bij de ex ante vaststelling sluiten aan met de MPB-bedragen, zoals gerapporteerd door het Ministerie van VWS. Daarnaast sluiten de normbedragen in het bestand aan met de gerapporteerde normbedragen in WOR 626. Vanwege het ontbreken van andere openbare bronnen, kunnen we andere cijfers in het ZINL-bestand niet aansluiten. Op basis van beschrijvende statistieken acht PwC het bestand plausibel. PwC gaat uit van de gegevens zoals aangeleverd.

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

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

- *KPV-bestand en RBRV-bestand van 2013;*
- *KPV-bestand en RBRV-bestand van 2012 (alleen voor subgroepenanalyse Deel I).*

In het KPV-bestand zijn de gerealiseerde kosten van het betreffende vereveningsjaar per verzekerde beschikbaar. In het RBRV-bestand zijn de gerealiseerde verzekerdenkenmerken en de inschrijfduur van verzekerden beschikbaar. Voor de analyses zijn het KPV- en het RBRV-bestand op verzekerdeniveau gekoppeld. In deze 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*:

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

Deze kosten en verzekerden zijn niet meegenomen in de subgroepenanalyse Deel I en Deel II van deze Monitor.

### Aansluiting KPV- en RBRV-bestanden

Tabel B.2-1 presenteert de beschrijvende statistieken van het gekoppelde KPV- en RBRV-bestand van zowel 2013 als 2012 *na* de uitgevoerde bewerkingen c.q. selecties. Bij de koppeling zijn een aantal bewerkingen c.q. selecties uitgevoerd:

- verzekerden die niet voorkomen in het KPV-bestand (en wel in het RBRV-bestand) hebben geen kosten in het betreffende vereveningsjaar. Deze verzekerden worden op kosten gelijk aan nul gezet;
- buitenlanders en verzekerden van wie een vereveningskenmerk onbekend is of in de aparte risicoklasse hiervoor zijn ingedeeld, zijn verwijderd (afgerond 176.000 verzekerdenjaren).

Het gekoppelde bestand is getoetst op basis van vergelijking met beschrijvende statistieken van het aangeleverde bestand op macro- en zorgverzekeraarsniveau, voor zover dit mogelijk was in relatie tot hierboven genoemde verschillen in kostendefinities en prevalenties tussen deze bestanden.

Tabel B.2-1 Beschrijvende statistieken van de gekoppelde KPV- en RBRV-bestanden van 2013 en 2012, na uitvoering van de bewerkingen c.q. selecties die benodigd zijn voor de analyses in deze Monitor.

	KPV- en RBRV-2013	KPV- en RBRV-2012
<b>Aantal records</b>	16.895.809	16.858.163
<b>Aantal verzekerdenjaren</b>	16.577.860	16.528.358
<b>Aantal verzekerdenjaren vanaf 18 jaar en ouder</b>	13.144.911	13.073.672
<b>Gemiddelde kosten per deelbedrag</b>		
<b>Overige prestaties</b>	707	721
<b>Variabele kosten van MSZ</b>	1.060	963
In 2012 opgesplitst in:		
- Variabele kosten (A-segment)	-	142
- Variabele kosten (B-segment)	-	821
<b>Totaal somatische kosten</b>	<b>1.767</b>	<b>1.684</b>
<b>gGGZ (totaal)</b>	237	236
<b>gGGZ (verzekerden van 18 jaar en ouder)</b>	233	229
<b>Totaal gemiddelde kosten</b>	<b>2.004</b>	<b>1.920</b>

### 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 2013.*

Deze OT-bestanden bevatten kostengegevens van 2010, die representatief zijn gemaakt voor het vereveningsjaar 2013 (WOR 624, WOR 625, WOR 626). Daarnaast bevatten deze OT-bestanden de

inschrijfduur van verzekerden en verzekerdenkenmerken, die zijn gebaseerd op 2010 of meerdere voorgaande jaren (afhankelijk van het vereveningskenmerk). In deze bestanden zijn enkele typen kosten en verzekerden niet aanwezig, die wel in het ZINL-bestand voor de macro- en zorgverzekeraarsanalyse zijn inbegrepen. Deze bestanden zijn *exclusief*:

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

### Aansluiting en plausibiliteitscontroles OT-bestanden

Tabel B.3-1 presenteert beschrijvende statistieken van de OT-bestanden voor de somatische zorg en de gGGZ voor 2013 en 2012. De OT-bestanden sluiten op de gerapporteerde cijfers aan. Voor 2013 sluiten de statistieken aan met de gerapporteerde cijfers in WOR 624 tabel 3.1 en WOR 625 tabel 2.4 (op enkele kleine verschillen en afrondingen na). Voor 2012 sluiten de statistieken aan met de gerapporteerde cijfers in WOR 579 tabel 2.5 en tabel 3.1 en WOR 578 tabel 2.4 4 (op enkele kleine verschillen en afrondingen na). Deze kleine (afrondings-) verschillen hebben naar verwachting geen impact op de conclusies in deze Monitor.

Tabel B.3-1 Beschrijvende statistieken van de OT-bestanden van 2013 en 2012 voor somatische zorg en de gGGZ (zoals aangeleverd, voor herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB)

	OT-2013: kosten 2010 <sup>a</sup>	OT-2012: Kosten 2009 <sup>b</sup>
<b>Somatische zorg</b>		
Aantal records	16.426.880	15.568.677
Aantal verzekerdenjaren <sup>c</sup>	16.375.746	16.290.885
Gemiddelde kosten: <sup>c</sup>		
Overige prestaties	687	680
Variabele kosten (A-segment)	209	145
Variabele kosten (B-segment)	808	725
<i>Totaal</i>	<b>1.704</b>	<b>1.550</b>
<b>gGGZ (verzekerden van 18 jaar en ouder)</b>		
Aantal records	13.007.504	12.898.279
Aantal verzekerdenjaren <sup>c</sup>	12.891.244	12.793.243
Gemiddelde totale kosten <sup>c, d</sup>	<b>226 (netto)</b>	<b>241</b>
	<b>239 (bruto)</b>	

Voetnoot Tabel B.3-1

- Kostengegevens gedefinieerd conform het Zvw-pakket van 2013.
- Kostengegevens gedefinieerd conform het Zvw-pakket van 2012.
- Rekening houdend met de ophoging van de Zvw-bevolking voor het ontbreken van gegevens van één zorgverzekeraar in het betreffende jaar.
- De netto kosten zijn de kosten inclusief de invoering van de eigen bijdrage voor de gGGZ. De bruto kosten zijn de kosten exclusief de eigen bijdrage voor de gGGZ. Zie ook WOR 624 en 626.

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

Hieronder zijn de beschrijvende statistieken van de verschillende bestanden beschreven, die zijn gebruikt voor de analyses in Deel II. Op deze bestanden zijn verscheidene bewerkingen uitgevoerd om de analyses uit te voeren. Bijlage C en Bijlage F beschrijven de uitgangspunten en uitgevoerde bewerkingen.

### Somatische kosten

Tabel B.4-1 presenteert de somatische kosten en aantal verzekerdenjaren voor de totale Zvw-bevolking op de vaststellingsmomenten: OT, ex ante vaststelling en definitieve vaststelling.

Tabel B.4-1 Gemiddelde somatische kosten (uitgedrukt in € per verzekerde) en aantal verzekerden van de totale Zvw-bevolking, op de verschillende vaststellingsmomenten voor 2013.

	Geraamde cijfers		Gerealiseerde cijfers
	OT <sup>a</sup>	Ex ante vaststelling <sup>b</sup>	Definitieve vaststelling <sup>c</sup>
Variabele kosten ziekenhuiszorg	1.017	1.078	1.060
Overige prestaties	687	807	707
<b>Totaal gemiddelde kosten</b>	<b>1.704</b>	<b>1.886</b>	<b>1.767</b>
<b>Totaal gemiddelde bijdrage</b>	<b>1.704</b>	<b>1.886</b>	<b>1.897</b>
<b>Macrokosten in € mln.</b>	<b>27.901</b>	<b>31.616</b>	<b>29.292</b>
<b>Macrobijdrage in € mln.</b>	<b>27.901</b>	<b>31.616</b>	<b>31.452</b>
<b>Totaal aantal verzekerden</b>	<b>16.375.746</b>	<b>16.766.000</b>	<b>16.577.860</b>

Voetnoten Tabel B.4-1:

- Gebaseerd op kostengegevens van 2010, die representatief zijn gemaakt voor 2013 (WOR 625). De prevalenties zijn gebaseerd op de Zvw-bevolking van 2010. Dit zijn de cijfers *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 2013 en geschaald naar het kostenniveau van het MPB van 2013. Dit zijn de cijfers *inclusief* niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is.
- Gebaseerd op de gerealiseerde cijfers, op basis van het aangeleverde KPV- en RBRV-bestand van 2013, *exclusief* niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is.

Bij deze beschrijvende statistieken dient te worden vermeld:

- Bij de definitieve vaststelling is sprake van een gemiddeld vereveningsresultaat van € 130 per verzekerde. Dit wijkt iets af van de € 128 per verzekerde op basis van de resultaten in Hoofdstuk 4. Dit komt door verschillen in de kostendefinities en het aantal verzekerden in de onderliggende bestanden, in combinatie met afrondingsverschillen.

Daarnaast is van belang de verschillen in de kostendefinities en samenstelling van de Zvw-bevolking tussen de bestanden in acht te nemen:

- Niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN onbekend is*  
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 € 31.648 miljoen en een totale Zvw-bevolking van 16.754.492 verzekerden. Het verschil met de cijfers in bovenstaande tabel wordt (grotendeels) verklaard door het ontbreken van de niet-ingezetenen (circa 176.000 verzekerdenjaren) en verzekerden van het BSN onbekend is (circa 700 verzekerdenjaren).

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 bij de ex ante vaststelling.

- Flankerend beleid type II*  
De extra toebedeelde bijdrage voor het terugdraaien van de eigen bijdragen in 2013 zijn inbegrepen bij de definitieve vaststelling. Deze bijdrage is niet inbegrepen in de bestanden ten tijde van de OT en de ex ante vaststelling. Dit gaat in totaal om een bedrag van € 47 miljoen aan variabele kosten van MSZ.

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

Tabel B.4-2 presenteert de gGGZ-kosten 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 2013.

	OT <sup>a</sup>	Ex ante vaststelling <sup>b</sup>	Gerealiseerde kosten <sup>c</sup>
Gemiddelde gGGZ-kosten in €	226/ 239	261	233
Gemiddelde gGGZ-bijdrage in €	226/ 239	261	279
Macrokosten in € mln.	2.911/ 3.079	3.483	3.068
Macrobudget bijdrage in € mln.	2.911/ 3.079	3.483	3.678
Totaal aantal verzekerden	12.891.244	13.320.000	13.144.910

Voetnoten Tabel B.4-2:

- Gebaseerd op kostengegevens van 2010, die representatief zijn gemaakt voor vereveningsjaar 2013 (WOR 624). De prevalenties zijn gebaseerd op de Zvw-bevolking van 2010. Dit zijn de cijfers *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 2013 en geschaald naar het kostenniveau van het MPB van 2013. Dit zijn de cijfers *inclusief* niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is.
- Gebaseerd op de gerealiseerde cijfers, op basis van het aangeleverde KPV- en RBRV-bestand van 2013, *exclusief* niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is.

Voor interpretatie van de resultaten is van belang:

- *Niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is*

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. In totaal betreft dit circa 176.00 niet-ingezetenen en 700 verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is (uitgedrukt in verzekerdenjaren).

Bij de OT zijn, net zoals bij de gerealiseerde cijfers, de niet-ingezetene en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is niet inbegrepen.

Bij de ex ante vaststelling zijn de niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is wel meegenomen via de uitgevoerde herweging van het OT-bestand naar de verzekerdenraming.

- *Flankerend beleid Type II*

Bij de definitie vaststelling is de extra toebedeelde bijdrage voor de gGGZ inbegrepen. Dit gaat bij de gGGZ-bijdrage om een totaalbedrag van € 148 miljoen. Deze bijdrage is niet (volledig) inbegrepen bij de OT en ex ante vaststelling.



## C. *Beschrijving uitgangspunten en bewerkingen*

Deze bijlage beschrijft de gehanteerde uitgangspunten en de uitgevoerde bewerkingen voor onderhavige Monitor.

### 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 totale somatische kosten zijn de optelsom van de variabele kosten van medisch specialistische zorg en de overige prestaties;
- de nominale rekenpremie, de uitvoeringskosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar en het vrijwillig eigen risico blijven buiten beschouwing;
- de opbrengstverrekening is uitgevoerd als een aparte opslag bij de definitieve vaststelling. De opbrengstverrekening is door het ZINL in het aangeleverde bestand verwerkt.

#### C.1.2. *Zorgverzekeraarsanalyse (Hoofdstuk 5)*

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

- voor de analyses is uitgegaan van het aantal verzekerdenjaren;
- 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 variabele kosten van medisch specialistische zorg en de overige prestaties;
- de vaste kosten, kosten van gGGZ van verzekerden jonger dan 18 jaar en het vrijwillig eigen risico zijn 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 bij de definitieve vaststelling van de ex ante vereveningsbijdrage. Het gelijke bedrag per verzekerde 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 in 2013, rekening houdend met de inschrijfduur van verzekerden;
- 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 in 2013;
- 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 in de totale Zwv-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. In totaal zijn 6 zorgverzekeraars ingedeeld in categorie klein, 12 zorgverzekeraars in categorie middelgroot en 8 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);

- de resultaten zijn niet getoetst op statistische significantie;
- de  $R^2$  is een statistische maatstaf die aangeeft in welke mate de vereveningsbijdrage de zorgkosten verklaart. Deze maatstaf is berekend als het gekwadraterde vereveningsresultaat van de zorgverzekeraars in verhouding tot de gekwadraterde afwijking van de gemiddelde zorgkosten van de zorgverzekeraars met het marktgemiddelde. 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;
- 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.
- 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 na flankerend beleid en ex post maatregelen, met het effect per maatregel geanalyseerd. Hoe lager de *GGARV*, des te minder verschuivingen in absolute bedragen tussen zorgverzekeraars hebben plaatsgevonden als gevolg van toepassing van de maatregel;
- op basis van de maatstaven op zorgverzekeraarsniveau, zoals een  $R^2$ , kunnen *geen* conclusies worden getrokken over de mate waarin het risicovereveningssysteem financiële prikkels tot risicoselectie voor bepaalde subgroepen reduceert.

### C.1.3. Subgroepenanalyse (Hoofdstuk 6)

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

#### Keuze definitie subgroepen

De volgende subgroepen zijn geanalyseerd:

- *Subgroepen op basis van kosten in het voorgaande jaar*  
Op basis van kosten in het voorgaande jaar – 2012 in deze Monitor– worden alle verzekerden in 2013 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. 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 2013 zijn geboren of geïmmigreerd zijn ingedeeld in de laagste subgroep: laagste 15 % voor de somatische kosten, kosten gelijk aan nul voor de gGGZ-kosten. De berekende drempelbedragen voor indeling van verzekerden in de subgroepen zijn opgenomen in Bijlage E.
- *Subgroepen op basis van somatische aandoening en psychische aandoening, in combinatie met leeftijd*  
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 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 € 400 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 LDR. Indien een verzekerde is ingedeeld in minimaal één positieve klasse van deze vereveningskenmerken is deze verzekerde aangemerkt als ‘wel psychische aandoening’ (i.e.  $psychische\ FKG + LDR > 0$ ). 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).

### Algemeen

- voor de analyses is uitgegaan van het aantal verzekerdenjaren;
- voor de subgroepen op basis van kosten uit het voorgaande jaar is de kostendefinitie 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 2012. Het gewicht voor de inschrijfduur van verzekerden is hierbij niet meegenomen;
- de bestanden met kosten van 2012 zijn op verzekerdeniveau gekoppeld aan de bestanden van 2013. Verzekerden die zijn geboren in 2013 of immigranten in 2013 zijn ingedeeld in de laagste subgroep.
- het bestand voor de somatische kosten is gekoppeld aan het bestand voor de gGGZ-kosten. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar worden de somatische kosten geanalyseerd voor verzekerden met een somatische aandoening of niet, een combinatie met een psychische aandoening is niet mogelijk. Voor de gGGZ-kosten zijn alleen verzekerden van 18 jaar en ouder geanalyseerd met daarbij onderscheid naar somatische aandoening en/ of psychische aandoening in combinatie met leeftijdsgroepen onder de 65 jaar en boven de 65 jaar (verzekerden jonger dan 18 jaar worden niet meegenomen in deze subroepanalyse);
- de resultaten zijn niet getoetst op statistische significantie;
- flankerend beleid (ten behoeve van een gelijke uitgangspositie) en de ex post maatregelen zijn niet meegenomen. De effecten van deze maatregelen zijn niet goed toe te rekenen aan subgroepen in de Zwv-bevolking. 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 opbrengsten voor het verplicht eigen risico blijven buiten beschouwing. De benodigde kostengegevens uitgesplitst naar zorgvorm (in plaats van deelbedrag) ontbreken hiervoor in de aangeleverde bestanden.

### 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 2012, zoals gerapporteerd in WOR 626, waarbij vervolgens rekening is gehouden met criteriumneutraliteit voor de vereveningskenmerken MHK en DKG.
- de toebedeelde ex ante vereveningsbijdrage - flankerend beleid type II – is meegenomen. Ten tijde van berekening van de normbedragen is ervan uitgegaan dat de invoering van de eigen bijdragen blijft gehandhaafd. In de normbedragen is het effect van het terugdraaien van deze maatregel dan ook niet inbegrepen. De extra toebedeelde middelen voor de variabele kosten van MSZ zijn meegenomen middels

een procentuele ophoogfactor van 1,0026 op de vereveningsbijdrage. In totaal resulteert dit in € 47 miljoen aan extra vereveningsbijdrage. Deze ophoogfactor is vastgesteld door ZINL en gehanteerd bij de uitvoering;

- 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 2012, waarbij criteriumneutraliteit voor de vereveningskenmerken LDR en HDR zijn toegepast. Deze normbedragen zijn niet gecorrigeerd voor de HKC.
- de toebedeelde ex ante vereveningsbijdrage - flankerend beleid type II – is meegenomen. Ten tijde van berekening van de normbedragen is ervan uitgegaan dat de invoering van de eigen bijdragen blijft gehandhaafd. In de normbedragen is het effect van het terugdraaien van deze maatregel dan ook niet meegenomen. De extra toebedeelde middelen voor de gGGZ zijn meegenomen middels een procentuele ophoogfactor van 1,0419 op de vereveningsbijdrage. In totaal resulteert dit in € 148 miljoen aan extra vereveningsbijdrage. Deze ophoogfactor is vastgesteld door ZINL en gehanteerd bij de uitvoering;
- 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. Zorgverzekeraarsanalyse (Hoofdstuk 8)**

De volgende uitgangspunten en bewerkingen zijn gehanteerd en uitgevoerd:

- de analyses voor de somatische kosten zijn gebaseerd op 25 zorgverzekeraars en voor de gGGZ-kosten op 26 zorgverzekeraars. Uitgegaan is van zorgverzekeraars die zowel in het OT-bestand alsmede in het KPV- en RBRV-bestand zijn te onderscheiden;
- de mate van samenhang van de vereveningsbijdrage, kosten en vereveningsresultaat op de verschillende vaststellingmomenten is niet gekwantificeerd aan de hand van een statistische maatstaf.

### **C.2.2. Subgroepen en enkelvoudige risicoklassen (Hoofdstuk 9)**

Bij de analyses zijn de volgende uitgangspunten en bewerkingen gehanteerd:

#### **Enkelvoudige risicogroepen**

- voor de analyses is uitgegaan van het aantal verzekerdenjaren;
- bij de analyses naar het vereveningsresultaat per risicoklasse van de vereveningskenmerken wordt geen correctie voor het positieve macrovereveningsresultaat uitgevoerd; er is uitgegaan van het vereveningsresultaat zoals waargenomen op het moment van de definitieve vaststelling;
- bij de definitieve vaststelling is uitgegaan is van de ex ante vastgestelde normbedragen, inclusief criteriumneutraliteit. Voor het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten is dit bij de vereveningskenmerken MHK en DKG. Voor het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ is dit bij de vereveningskenmerken LDR en HDR. Voor de gGGZ de normbedragen zonder correctie voor HKC gebruikt. Bij de uitvoering van het risicovereveningssysteem zijn de normbedragen wel gecorrigeerd voor de HKC om de vereveningsbijdrage af te rekenen;
- bij de definitieve vaststelling is rekening gehouden met flankerend beleid type II. Het extra budget is toebedeeld aan de hand van een procentuele ophoogfactor op de kosten (zie hiervoor C.1.3);

- 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

- de resultaten voor de OT zijn gebaseerd op het OT-bestand, voor herweging naar de verzekerdensraming en schaling naar het MPB;
- de resultaten voor de ex ante vaststelling zijn gebaseerd op het OT-bestand, na herweging naar de verzekerdensraming en schaling naar het MPB (Bijlage F);
- 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 gekoppeld op verzekerdenniveau. 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 voor de onderzochte subgroepen zijn gebaseerd op alle verzekerden die zowel in het OT-bestand voor de somatische kosten van 2013 alsmede in het OT-bestand voor de gGGZ-kosten van 2013 aanwezig zijn;
- bij de analyses ten tijde van de definitieve vaststelling is rekening gehouden met flankerend beleid type II (volgens de hierboven beschreven procedure in C.1.3);
- ten behoeve van vergelijkbaarheid in het patroon in de resultaten op de verschillende vaststellingsmomenten is het gemiddelde vereveningsresultaat voor de definitieve vaststelling procentueel gecorrigeerd voor het positieve macrovereveningsresultaat. De correctiefactor is gebaseerd op de gemiddeld gerealiseerde kosten gedeeld door de gemiddelde vereveningsbijdrage ten tijde van de definitieve vaststelling. Hiermee wordt het gemiddelde vereveningsresultaat voor de definitieve vaststelling op nul gesteld, net zoals per definitie het geval is bij de OT en de ex ante vaststelling.

### C.2.3. Representativiteit op individuniveau: *herschating 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 gekoppelde KPV- en RBRV-bestand van 2013, conform de gehanteerde methodiek bij schatting van deze risicovereveningsmodellen in de uitvoering;
- de realisatienormbedragen worden gebruikt voor de evaluatie in deze Monitor, deze normbedragen zijn niet gebruikt bij de uitvoering van de ex ante risicovereveningsmodellen;
- voor de gGGZ-kosten is *geen* rekening gehouden met de correctie voor de HKC;
- bij berekening van de GGAV in de normbedragen is uitgegaan van het gerealiseerd aantal verzekerdensjaren (prevalenties) ten tijde van de definitieve vaststelling;
- de OT- en ex ante normbedragen zijn geschaald naar gerealiseerd kostenniveau;
- in berekening van de verklaringskracht op individuniveau in termen van  $R^2$  en CPM is ten tijde van de definitieve vaststelling een procentuele correctie uitgevoerd voor het macrovereveningsresultaat;
- 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.

## D. Aanvullende resultaten zorgverzekeraarsanalyse (Deel I)

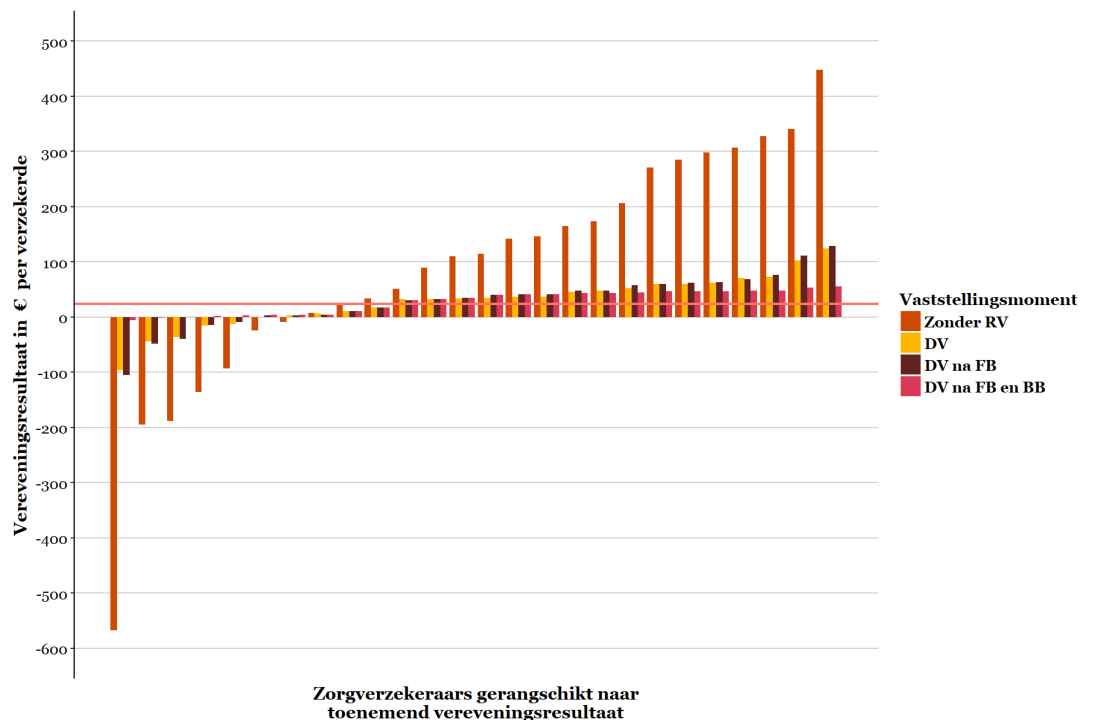
Deze bijlage presenteert aanvullende resultaten van de zorgverzekeraarsanalyse in Deel I (Hoofdstuk 5). In Hoofdstuk 5 is het gemiddelde vereveningsresultaat, de reikwijdte en spreiding voor de totale somatische kosten geanalyseerd. In de paragrafen D.1 en D.2 worden deze statistieken geanalyseerd voor apart de deelbedragen: variabele kosten van MSZ en overige prestaties. Deze analyses geven aanvullend inzicht in de mate waarin het risicovereveningssysteem verschillen in zorgkosten met betrekking tot de variabele kosten van MSZ en overige prestaties van en tussen zorgverzekeraars compenseert. Daarnaast bevat deze bijlage aanvullende resultaten voor de verklaringskracht op zorgverzekeraarsniveau, waarbij een correctie is uitgevoerd voor het macrovereveningsresultaat.

### D.1. Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding voor variabele kosten van MSZ

#### Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat en reikwijdte

Figuur D.1-1 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat voor elk van de 26 zorgverzekeraars voor de kosten van variabele kosten van MSZ. 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 en Tabel D.1-1 Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor 26 zorgverzekeraars voor de *variabele kosten van MSZ* in 2013, 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.



	<i>Gemiddelde, in €</i>	<i>Reikwijdte, in €</i>	<i>Spreiding, in €</i>
Geen RV	24	1.015	143
DV voor FB en BB	24	220	31
DV na FB	24	234	33
DV na BB	24	61	17

Het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde bedraagt € 24 per verzekerde voor alle vaststellingsmomenten voor de variabele kosten van MSZ in 2013. Er is dan ook sprake van een *onderschrijding* van de macrokosten voor dit deelbedrag.

Figuur D.1-1 en de bijbehorende tabel tonen aan dat de reikwijdte in 2013 van het vereveningsresultaat substantieel afneemt door het risicovereveningssysteem: van € 1.015 naar € 61 per verzekerde. Conform verwachting zorgt het ex ante risicovereveningsmodel en de bandbreedteregeling voor een reductie van de reikwijdte, waarbij het ex ante risicovereveningsmodel zorgt voor de grootste reductie.

### **Spreiding**

Het risicovereveningssysteem in 2013 zorgt voor een substantiële reductie in de spreiding in vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars ten opzichte van een situatie zonder risicoverevening: 88 % (van € 143 per verzekerde voor de situatie zonder een risicovereveningssysteem naar € 17 per verzekerde voor de definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregel). Dit is in lijn met de resultaten in 2012: 89 % (van € 131 per verzekerde naar € 15 per verzekerde).

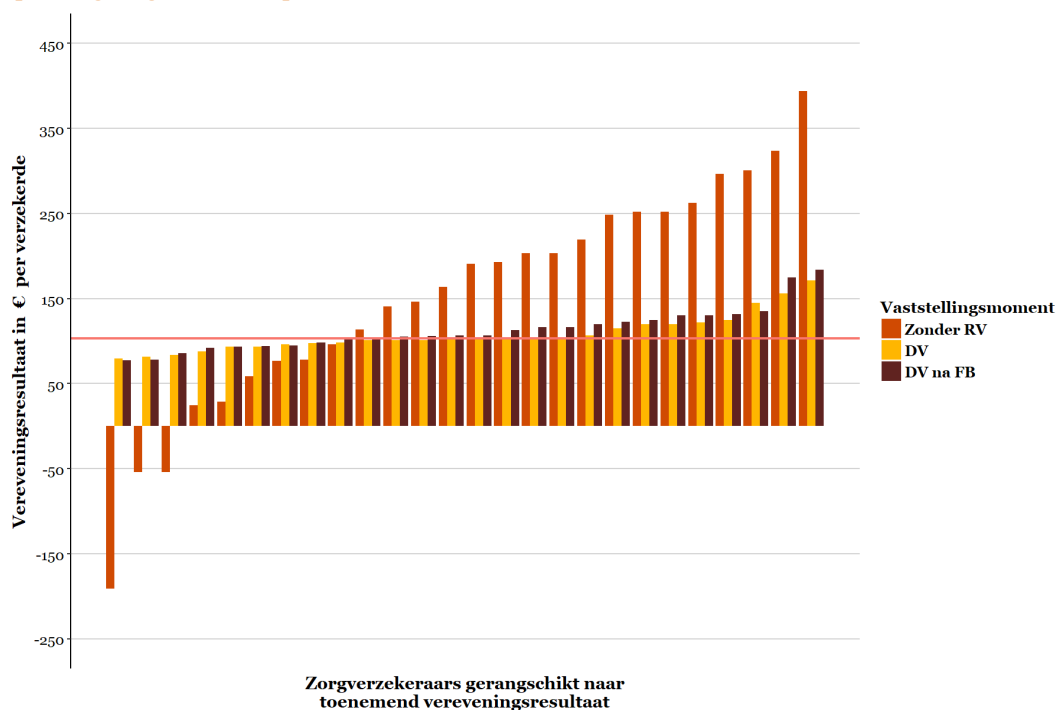
## ***D.2. Gewogen gemiddeld vereveningsresultaat, reikwijdte en spreidingsreductie voor overige prestaties***

### **Gemiddelde vereveningsresultaat en reikwijdte**

Figuur D.2-1 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat van 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 en Tabel D.2-1

Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat voor 26 zorgverzekeraars voor *overige prestaties* in 2013, 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.



	<i>Gemiddelde, in €</i>	<i>Reikwijdte, in €</i>	<i>Spreiding, in €</i>
Geen RV	103	585	97
DV	103	92	13
DV na FB	103	106	18

Het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde bedraagt op de vaststellingsmomenten € 103 per verzekerde in 2013. Voor de overige prestaties is sprake van een *onderschrijding* van de kosten. Het vereveningsresultaat is gestegen ten opzichte van 2012, toen het gelijk was aan € 57 per verzekerde.

Figuur D.2-1 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 in 2013 af van € 585 naar € 106 per verzekerde. In vergelijking tot de variabele kosten van MSZ, neemt de reikwijdte relatief minder af bij overige prestaties: 82 % ten opzichte van 94 % voor variabele kosten van MSZ. Dit is omdat voor de overige prestaties geen bandbreedteregeling van toepassing is, die zorgt voor een 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 in 2013: 81 % (van € 97 per verzekerde voor een situatie zonder risicovereveningssysteem naar € 18 per verzekerde voor de definitieve vaststelling na flankerend beleid). Dit is in lijn met 2012.



### D.3. Verklaringskracht zorgverzekeraarsniveau, gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat

De evaluatiemaatstaven voor de verklaringskracht van het risicovereveningssysteem op zorgverzekeraarsniveau zijn (procentueel) gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat. Bij deze correctie wordt de totale vereveningsbijdrage via een correctiefactor gelijkgesteld aan de totale zorgkosten van het betreffende vereveningsjaar. Deze correctiefactor is voor elke verzekerde en voor elke zorgverzekeraar hetzelfde. Dit wordt uitgevoerd voor elk afzonderlijk vaststellingsmoment van het betreffende vereveningsjaar. Door deze correctie is het mogelijk te analyseren of de verklaringskracht van het risicovereveningssysteem in lijn met een voorgaand vereveningsjaar (aangezien het effect van het macrovereveningsjaar van het betreffende vereveningsjaar buiten beschouwing is gelaten).

In deze bijlage zijn de (procentueel) gecorrigeerde resultaten voor het vereveningsjaar 2012 en 2013 gepresenteerd.

Bij interpretatie van de resultaten dient in acht te worden genomen dat verschillen in de verklaringskracht van het risicovereveningssysteem over vereveningsjaren kan worden verklaard door verschillen in de onderliggende data (c.q. kostenpatronen en prevalenties) en wijzigingen in de vormgeving van het risicovereveningssysteem. Het is dan ook niet goed mogelijk om bij vergelijking van de resultaten over vereveningsjaren, de resultaten te interpreteren als een verbetering (of verslechtering) van de werking van het risicovereveningssysteem over vereveningsjaren. Deze interpretatie van de resultaten blijft dan ook achterwege in de volgende paragrafen.

#### D.3.1. Somatische kosten

Tabel D.3.1-1 presenteert de gecorrigeerde  $R^2$ , GGAA en GGARV voor de totale somatische kosten voor verschillende vaststellingsmomenten voor 2013 en 2012.

Tabel D.3.1-1 Procentueel gecorrigeerde  $R^2$ , GGAA en GGARV op zorgverzekeraarsniveau voor de totale somatische kosten in 2012 en 2013 voor de verschillende vaststellingsmomenten.

		$R^2$ , in %	GGAA, in €	GGARV, in €
2012	DV voor FB en BB	95,7	25	155
	DV na FB	94,7	29	5
	DV na FB en BB	97,9	25	5
2013	DV voor FB en BB	96,6	31	155
	DV na FB	94,7	38	10
	DV na FB en BB	97,4	30	8

Voetnoot Tabel D.3.1-1

- GGARV:

- DV voor FB en BB: Definitieve vaststelling voor flankerend beleid en bandbreedteregeling ten opzichte van situatie zonder een risicovereveningssysteem.
- DV na FB: Definitieve vaststelling na FB ten opzichte van definitieve vaststelling voor FB en BB.
- DV na FB en BB: Definitieve vaststelling na FB en BB ten opzichte van definitieve vaststelling na FB.

#### $R^2$

De gecorrigeerde  $R^2$  op zorgverzekeraarsniveau in 2013 bedraagt 94,7 % - 97,4 % voor de verschillende vaststellingsmomenten. De gecorrigeerde  $R^2$  voor de verschillende vaststellingsmomenten is in lijn met 2012, toen sprake was van een  $R^2$  van 94,7 % - 97,9 %.

#### GGAA

De gecorrigeerde GGAA in 2013 is gelijk aan € 31 voor de definitieve vaststelling voor ex post maatregelen. Toepassing van flankerend beleid leidt tot een stijging van € 7 en resulteert in een GGAA van € 38, vervolgens zorgt de bandbreedteregeling conform verwachting voor een afname van de GGAA: van € 38 naar € 30. De

resultaten zijn in lijn met de (procentueel) gecorrigeerde resultaten voor 2012, toen de GGAA gelijk was aan respectievelijk € 25, € 29 en € 25 voor de verschillende vaststellingsmomenten.

### GGARV

Voor de GGARV heeft de correctie, conform verwachting, een beperkte impact. De conclusies voor de GGARV komen overeen met de conclusies voor de ongecorrigeerde GGARV gepresenteerd in paragraaf 5.2.3.

### D.3.2. gGGZ-kosten

Tabel D.3.2-1 presenteert de gecorrigeerde R<sup>2</sup>, GGAA en GGARV voor de gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder voor verschillende vaststellingsmomenten voor 2012 en 2013.

Tabel D.3.2-1 Procentueel gecorrigeerde R<sup>2</sup>, GGAA en GGARV op zorgverzekeraarsniveau voor de gGGZ-kosten in 2012 en 2013 voor verschillende vaststellingsmomenten.

		R <sup>2</sup> , in %	GGAA, in €	GGARV, in €
2012	DV voor FB en ex post	88,3	12	31
	DV na FB	87,7	13	1
	DV na FB en HKC	95,6	6	8
	DV na FB en HKC en BB	99,2	5	2
2013	DV voor FB en ex post	93,6	9	29
	DV na FB	86,7	13	5
	DV na FB en HKC	94,6	8	6
	DV na FB en HKC en BB	96,2	7	1

Voetnoot Tabel D.3.2-1

- 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 FB en HKC: Definitieve vaststelling na HKC ten opzichte van definitieve vaststelling na FB.
- DV na FB en HKC en BB: Definitieve vaststelling na BB ten opzichte van definitieve vaststelling na HKC.

### R<sup>2</sup>

De gecorrigeerde R<sup>2</sup> op zorgverzekeraarsniveau in 2013 bedraagt 86,7 % - 96,2 % voor de verschillende vaststellingsmomenten. Dit is in lijn met 2012: een gecorrigeerde R<sup>2</sup> van 87,7 % - 99,2 %.

### GGAA

De gecorrigeerde GGAA is gelijk aan € 9 voor de definitieve vaststelling voor ex post maatregelen. Toepassing van flankerend beleid leidt tot een stijging van € 4 en resulteert in een GGAA van € 13, vervolgens zorgen HKC en de bandbreedteregeling conform verwachting voor een afname van de GGAA. De resultaten zijn in lijn met 2012. De gecorrigeerde GGAA is gelijk aan respectievelijk € 12, € 13, € 6 en € 5 voor de verschillende vaststellingsmomenten.

### GGARV

Voor de GGARV heeft de correctie, conform verwachting, een beperkte impact. De conclusies voor de GGARV komen overeen met de conclusies voor de ongecorrigeerde GGARV gepresenteerd in paragraaf 5.3.3.

### D.3.3. Opbrengsten verplicht eigen risico voor verzekerden van 18 jaar en ouder

Tabel D.3.3-1 presenteert de gecorrigeerde R<sup>2</sup>, GGAA en GGARV voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico voor verschillende vaststellingsmomenten voor 2012 en 2013.

Tabel D.3.3-1  $R^2$ , GGAA en GGARV op zorgverzekeraarsniveau voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico in 2012 en 2013 voor de definitieve vaststelling.

		$R^2$ , in %	GGAA, in €	GGARV, in €
<b>2012</b>	<b>DV</b>	68,7	8	8
<b>2013</b>	<b>DV</b>	73,7	5	6

Voetnoot Tabel D.3.3-1

- GGARV: Definitieve vaststelling ten opzichte van de situatie zonder een risicovereveningssysteem.

### $R^2$

De gecorrigeerde  $R^2$  voor de definitieve vaststelling in 2013 bedraagt 73,7 %. De  $R^2$  is toegenomen ten opzichte van 2012, toen sprake was van een  $R^2$  van 68,7 %.

### GGAA

De GGAA is in 2013 gelijk aan € 5 per verzekerde van 18 jaar en ouder bij de definitieve vaststelling. De GGAA is licht gedaald ten opzichte van 2012.

### GGARV

Voor de GGARV heeft de correctie, conform verwachting, een beperkte impact. De conclusies voor de GGARV komen overeen met de conclusies voor de ongecorrigeerde GGARV gepresenteerd in paragraaf 5.4.3.

## E. Aanvullende resultaten subgroepenanalyse (Deel I)

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

### E.1. Somatische kosten

#### E.1.1. Drempelbedragen percentielklassen

Om verzekerden in 2013 in te delen in subgroepen op basis van kosten in 2012 zijn de drempelbedragen voor de percentielklassen bepaald. Onderstaande tabel presenteert deze gehanteerde drempelbedragen voor de somatische kosten. Een verzekerde met kosten hoger dan het gepresenteerde drempelbedrag (en met kosten onder het drempelbedrag van de volgende percentielklasse) wordt ingedeeld in de betreffende percentielklasse. De percentielklassen zijn bepaald op de gerealiseerde kosten in 2012 (bij de definitieve vaststelling).

Tabel E.1.1-1 Drempelbedragen van de percentielklassen voor de totale somatische kosten in 2012 volgens de definitieve vaststelling, uitgedrukt in € per verzekerde

Somatische kosten	
Hoogste 1 %	18.777
Hoogste 1% - 3 %	10.023
Hoogste 3 % - 5 %	7.015
Hoogste 5 % - 15 %	2.626
Midden 70 % (15 % - 85%)	93
Laagste 15%	< = 93

### E.2. gGGZ-kosten van verzekerden 18 jaar en ouder

#### E.2.1. Drempelbedragen percentielklassen

Onderstaande tabel presenteert de gehanteerde drempelbedragen voor de gGGZ-kosten in 2012. Een verzekerde met kosten hoger dan het gepresenteerde drempelbedrag (en met kosten onder het drempelbedrag van de volgende percentielklasse) wordt ingedeeld in de betreffende percentielklasse. De percentielklassen zijn bepaald op de gerealiseerde kosten in 2012 (bij de definitieve vaststelling).

Tabel E.2.1-1 Drempelbedragen van de percentielklassen voor de gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder in 2012 volgens de definitieve vaststelling, uitgedrukt in € per verzekerde van 18 jaar en ouder

gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder	
Hoogste 1 %	49.584
Hoogste 1 % - 3 %	22.557
Hoogste 3 % 5 %	14.204
Midden 70 % (25 % - 95%)	276
Laagste 25%	0
Gelijk aan nul	= 0

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

Voor Deel II zijn de OT-bestanden voor de somatische zorg en gGGZ aangeleverd. Bij de uitvoering van het risicovereveningssysteem worden op deze OT-bestanden twee belangrijke stappen uitgevoerd om de ex ante normbedragen in het najaar vast te stellen. 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 2013. De schaling naar het MPB bewerkstelligt dat de kosten in het OT-bestand per deelbedrag gelijk zijn aan het verwachte kostenniveau voor 2013, conform hetgeen in het MPB is vastgesteld.

In Deel II wordt het moment van de ex ante vaststelling in het najaar 2012 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 naar de representativiteit van de beslisinformatie voor het ex ante vaststellingsmoment.

### **F.1. *Ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten***

*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 (uitgedrukt in het aantal verzekerdenjaren) opgenomen van alle vereveningskenmerken van het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten van 2013. Met de gebruikelijke RAS-methode zijn deze verzekerdenaantallen in het OT-bestand herwogen naar de verzekerdenaantallen in de verzekerdenraming.<sup>14</sup> Op het aangeleverde bestand is één handmatige aanpassing doorgevoerd, zodat alle 747.414 unieke combinaties van de risicoklassen van de vereveningskenmerken die zijn opgenomen in de verzekerdenraming ook minimaal één keer voorkomen in het aangeleverde OT-bestand. De volgende handmatige bewerking is op het aangeleverde bestand uitgevoerd: er is één vrouw jonger dan 18 jaar verplaatst van de FKG voor diabetes type IIa naar de FKG voor diabetes type IIb, voordat de herweging werd uitgevoerd;
- na convergentie van de RAS-methode resulteert een nieuw gewicht (i.e. gewicht voor de inschrijfduur plus de herweging voor de verzekerdenraming). Voor de verzekerde waarbij een handmatige aanpassing is uitgevoerd ten behoeve van de RAS-methode, is het nieuwe gewicht overgenomen dat voor het aangepaste record volgt na toepassing van de verzekerdenraming;
- de kosten in het OT-bestand zijn geschaald naar de MPB-bedragen op basis van ophoogfactoren, zoals gerapporteerd in WOR 626;

<sup>14</sup> In het OT-bestand bevonden zich in totaal 16.375.746 verzekerdenjaren, in de verzekerdenraming zijn 16.766.000 verzekerdenjaren opgenomen, verdeeld over 747.414 unieke combinaties van de risicoklassen van vereveningskenmerken.

- na beide stappen resulteert een nieuw gewicht, die wordt gebruikt bij de uit te voeren analyses voor de ex ante vaststelling.

## ***F.2. Ex ante risicovereveningsmodel gGGZ-kosten***

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

- ZINL heeft een bestand met de verzekerdraming opgeleverd. In dit bestand zijn de geraamde verzekerdernaantallen opgenomen van alle vereveningskenmerken in het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten. Met de gebruikelijke RAS-methode zijn de prevalenties in het OT-bestand herwogen naar de verzekerdernaantallen in de verzekerdraming.<sup>15</sup> Net zoals bij de procedure voor het somatische risicovereveningsmodel, dienen in het OT-bestand alle unieke combinaties van de verzekerdraming minimaal één keer voor te komen. Om dit te bewerkstelligen zijn twee handmatige bewerkingen uitgevoerd: twee willekeurig geselecteerde mannen uit de op één na hoogste leeftijdsgroep met een FKG voor verslaving zijn verplaatst naar de hoogste leeftijdsgroep.<sup>16</sup> Ondanks deze bewerking leidde de RAS-procedure na 25.000 iteraties niet tot een convergentie. Nadere inspectie van verschillen in de unieke combinaties tussen het OT-bestand en de verzekerdraming, gegeven de beschikbare gegevens en documentatie, leverde geen nieuwe inzichten op. Het verschil tussen het totaal aantal verzekerdjaren in de verzekerdraming en het totaal aantal verzekerdjaren in het herwogen OT-bestand betreft 1,4 verzekerdjaar. Met de beschikbare informatie c.q. documentatie is gegeven de aangeleverde bestanden geen duidelijke verklaring voor het verschil gevonden. Gezien het doel van deze Monitor heeft dit kleine verschil geen impact op de conclusies. Op basis van nadere inspectie is gebleken dat verdere handmatige aanpassingen leiden tot vergelijkbare verschillen in de uiteindelijke herwogen verzekerdernaantallen. Met deze uitkomsten is de analyse verder uitgevoerd;
- de kosten in het OT-bestand zijn geschaald naar de MPB-bedragen op basis van de ophoogfactoren, zoals gerapporteerd in WOR 626.
- na beide stappen resulteert een nieuw gewicht, die wordt gebruikt bij de uit te voeren analyses voor de ex ante vaststelling.

<sup>15</sup> In het OT-bestand bevonden zich in totaal 12.891.244 verzekerden ouder dan 18 jaar, in de verzekerdraming zijn 13.322.000 verzekerden ouder dan 18 jaar, verdeeld over 76.100 unieke combinaties van kenmerken.

<sup>16</sup> Een alternatieve aanpassing waarbij twee vrouwen uit de hoogste leeftijdsklasse als man werden geclassificeerd had geen effect op de resultaten.

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

## G.1. *Ex ante risicovereveningsmodel voor somatische kosten*

Onderstaande tabel presenteert het (ongecorrigeerde) gemiddelde vereveningsresultaat voor alle risicoklassen van het ex ante risicovereveningsmodel voor de somatische kosten bij de definitieve vaststelling op gerealiseerde cijfers van 2013.

Tabel G.1-1 Gemiddeld vereveningsresultaat voor het ex ante risicovereveningsmodel voor somatische kosten, bij de definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2013.

	<i>Risicoklasse</i>	<i>Resultaat</i>	<i>Risicoklasse</i>	<i>Resultaat</i>	<i>Risicoklasse</i>	<i>Resultaat</i>	
<b>Leeftijd/ geslacht</b>	Man, 0	448	Geen FKG	281	<b>SES<sup>a</sup></b>	>15 inwoners, 0-17	-130
	Man, 1-4	61	FKG 1	374		>15 inwoners, 18-64	116
	Man, 5-9	31	FKG 2	219		>15 inwoners, 65+	677
	Man, 10-14	35	FKG 3	556		Laag, 0-17	68
	Man, 15-19	39	FKG 4	177		Laag, 18-64	137
	Man, 20-24	46	FKG 5	219		Laag, 65+	683
	Man, 25-29	32	FKG 6	292		Midden, 0-17	65
	Man, 30-34	55	FKG 7	280		Midden, 18-64	115
	Man, 35-39	75	FKG 8	399		Midden, 65+	272
	Man, 40-44	63	FKG 9	234		Hoog, 0-17	14
	Man, 45-49	91	FKG 10	365	Hoog, 18-64	58	
	Man, 50-54	111	FKG 11	219	Hoog, 65+	186	
	Man, 55-59	133	FKG 12	430	<b>AVI<sup>a</sup></b>	0. 0-17 - 65+	179
	Man, 60-64	116	FKG 13	431		1. AO, 18-34	195
	Man, 65-69	238	FKG 15	260		2. AO, 35-44	101
	Man, 70-74	264	FKG 16	569		3. AO, 45-54	127
	Man, 75-79	442	FKG 17	374		4. AO, 55-64	150
	Man, 80-84	402	FKG 18	884		5. Bijstand, 18-34	-66
	Man, 85-89	545	FKG 19	1.341		6. Bijstand, 35-44	128
	Man, 90+	576	FKG 20	369		7. Bijstand, 45-54	193
	Vrouw, 0	358	FKG 21	-517		8. Bijstand, 55-64	170
	Vrouw, 1-4	51	FKG 22	1.608		9. Zelfstandig, 18-34	58
	Vrouw, 5-9	33	FKG 23	813		10. Zelfstandig, 35-44	73
	Vrouw, 10-14	41	FKG 24	1.637		11. Zelfstandig, 45-54	107
	Vrouw, 15-19	45	FKG 25	1.596		12. Zelfstandig, 55-64	152
	Vrouw, 20-24	102	DKG 0	115		13. Referentie, 18-34	83
	Vrouw, 25-29	157	DKG 1	73		14. Referentie, 35-44	64
	Vrouw, 30-34	108	DKG 2	290		15. Referentie, 45-54	112
	Vrouw, 35-39	60	DKG 3	229	16. Referentie, 55-64	135	
	Vrouw, 40-44	80	DKG 4	277	<b>Regio</b>	Regio 1	148
	Vrouw, 45-49	118	DKG 5	339		Regio 2	138
	Vrouw, 50-54	146	DKG 6	399		Regio 3	124
	Vrouw, 55-59	165	DKG 7	119		Regio 4	145
	Vrouw, 60-64	160	DKG 8	596		Regio 5	143
	Vrouw, 65-69	242	DKG 9	314		Regio 6	133
	Vrouw, 70-74	262	DKG 10	-525		Regio 7	129
	Vrouw, 75-79	353	DKG 11	22		Regio 8	115
	Vrouw, 80-84	370	DKG 12	3.313		Regio 9	119
	Vrouw, 85-89	469	DKG 13	-2.463		Regio 10	108
	Vrouw, 90+	486	DKG 14	2.560			
			DKG 15	7.105			

Tabel G.1-1 (Vervolg) Gemiddeld vereveningsresultaat voor het ex ante risicovereveningsmodel voor somatische kosten, herschat op de gerealiseerde cijfers van 2013.

	Risicoklasse	Resultaat
MHK <sup>a</sup>	Geen MHK	114
	MHK 1	297
	MHK 2	325
	MHK 3	319
	MHK 4	463
	MHK 5	477
	MHK 6	1.620

Voetnoot G.1-1

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

## G.2. Ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder

Onderstaande tabel presenteert het (ongecorrigeerde) gemiddelde vereveningsresultaat voor alle risicoklassen van het ex ante risicovereveningsmodel voor de gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder bij de definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2013.

Tabel G.2-1 Gemiddeld vereveningsresultaat voor het ex ante risicovereveningsmodel voor gGGZ-kosten, bij de definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2013.

	Risicoklasse	Gemiddeld resultaat	Risicoklasse	Gemiddeld resultaat	Risicoklasse	Gemiddeld resultaat		
Leeftijd/ geslacht	Man, 18-24	55	FKG <sup>a</sup>	Geen FKG	33	SES <sup>a</sup>	>15 inwoners, 18-64	677
	Man, 25-29	66		FKG 1	1.298		>15 inwoners, 65+	96
	Man, 30-34	77		FKG 2	1.704		Laag, 18-64	43
	Man, 35-39	44		FKG 3	264		Laag, 65+	33
	Man, 40-44	49		FKG 4	1.065		Midden, 18-64	57
	Man, 45-49	51		FKG 5	105		Midden, 65+	36
	Man, 50-54	47		FKG 6	1.355		Hoog, 18-64	33
	Man, 55-59	30	FKG 7	116	Hoog, 65+	43		
	Man, 60-64	45	Regio	Regio 1	93	0. AO, 18-34	40	
	Man, 65-69	20		Regio 2	57	1. AO, 35-44	495	
	Man, 70-74	19		Regio 3	56	2. AO, 45-54	259	
	Man, 75-79	18		Regio 4	33	3. AO, 55-64	179	
	Man, 80-84	38		Regio 5	39	4. Bijstand, 18-34	103	
	Man, 85-89	44		Regio 6	34	5. Bijstand, 35-44	327	
	Man, 90+	71		Regio 7	36	6. Bijstand, 45-54	252	
	Vrouw, 18-24	48		Regio 8	37	7. Bijstand, 55-64	225	
	Vrouw, 25-29	49		Regio 9	34	8. Zelfstandig, 18-34	151	
	Vrouw, 30-34	48		Regio 10	45	9. Zelfstandig, 35-44	51	
	Vrouw, 35-39	33	EPH <sup>a</sup>	Niet	36	10. Zelfstandig, 45-54	35	
	Vrouw, 40-44	48		Wel	95	11. Zelfstandig, 55-64	40	
	Vrouw, 45-49	41	LDR <sup>a</sup>	Niet	24	12. Referentie, 18-34	35	
	Vrouw, 50-54	46		Wel	609	13. Referentie, 35-44	24	
	Vrouw, 55-59	43		Niet	27	14. Referentie, 45-54	19	
	Vrouw, 60-64	51		Wel	1.321	15. Referentie, 55-64	23	
	Vrouw, 65-69	34	HDR <sup>a</sup>	Niet	27	16. 65+	25	
	Vrouw, 70-74	40		Wel	1.321			
	Vrouw, 75-79	45		Niet	27			
	Vrouw, 80-84	66		Wel	1.321			
	Vrouw, 85-89	94						
	Vrouw, 90+	130						

Voetnoot G.2-1

a. Opgenomen in de afkortingenlijst (Bijlage H).



## H. Afkortingenlijst

<i>Afkorting</i>	<i>Betekenis</i>
<b>AO</b>	Arbeidsongeschikt
<b>AVI</b>	Aard van Inkomen (vereveningskenmerk)
<b>BB</b>	Bandbreedteregeling (ex post maatregel)
<b>BSN</b>	Burger Service Nummer
<b>CPM</b>	Cummings' Prediction Measure (evaluatiemaatstaf)
<b>DBC</b>	Diagnose Behandel Combinatie
<b>DKG</b>	Diagnosekostengroep (vereveningskenmerk)
<b>DOT</b>	DBC op Weg Naar Transparantie
<b>DV</b>	Definitieve Vaststelling
<b>DV voor FB en ex post</b>	Definitieve Vaststelling voor Flankerend Beleid en ex post maatregelen
<b>DV na BB</b>	Definitieve Vaststelling na Bandbreedteregeling
<b>DV na FB</b>	Definitieve Vaststelling na Flankerend Beleid
<b>DV na FB en BB</b>	Definitieve Vaststelling na Flankerend Beleid en Bandbreedteregeling
<b>DV na FB en HKC</b>	Definitieve Vaststelling na Flankerend beleid, Hoge Kosten Compensatie
<b>DV na FB en HKC en BB</b>	Definitieve Vaststelling na Flankerend beleid, Hoge Kosten Compensatie en Bandbreedteregeling
<b>EPH</b>	Eenpersoonshuishouden (vereveningskenmerk)
<b>Ex ante</b>	Ex ante Vaststelling
<b>FB</b>	Flankerend Beleid – maatregel ten behoeve van gelijke uitgangspositie van zorgverzekeraars bij een (positief of negatief) macrovereveningsresultaat
<b>FKG</b>	Farmaciekostengroep (vereveningskenmerk)
<b>GAV</b>	Gemiddelde Absolute Verschillen (evaluatiemaatstaf)
<b>GGAA</b>	Gewogen Gemiddelde Absolute Afwijking (evaluatiemaatstaf)
<b>GGAV</b>	Gemiddelde Gewogen Absolute Verschillen (evaluatiemaatstaf)
<b>GGARV</b>	Gewogen Gemiddelde Absolute Resultaat Verschuiving (evaluatiemaatstaf)
<b>gGGZ</b>	Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg
<b>HKC</b>	Hoge Kosten Compensatie (ex post maatregel)
<b>HDR</b>	Hoge Kostendrempel (vereveningskenmerk)
<b>KPV-bestand</b>	Kosten-per-Verzekerde bestand
<b>LDR</b>	Lage Kostendrempel (vereveningskenmerk)
<b>MHK</b>	Meerjarige hoge kosten (vereveningskenmerk)
<b>MN</b>	Macronacalculatie
<b>MPB</b>	Macro Prestatie Bedrag
<b>MSZ</b>	Medisch specialistische zorg
<b>OT</b>	Overall Toets
<b>PwC</b>	PricewaterhouseCoopers
<b>R<sup>2</sup></b>	R-kwadraat (evaluatiemaatstaf)
<b>RBRV-bestand</b>	Vereveningskenmerken per verzekerde-bestand
<b>RV</b>	Risicovereveningssysteem
<b>SES</b>	Sociaaleconomische status (vereveningskenmerk)
<b>VWS</b>	Volksgesondheid, Welzijn en Sport
<b>WOR</b>	Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening
<b>ZINL</b>	Zorginstituut Nederland
<b>ZN</b>	Zorgverzekeraars Nederland
<b>ZVF</b>	Zorgverzekeringsfonds
<b>Zvw</b>	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.

## *Criterionneutraliteit*

Maatregel om ten tijde van de definitieve vaststelling het ex ante vastgestelde normbedrag voor de afslagklasse van het betreffende vereveningskenmerk dusdanig aan te passen dat het gesommeerde resultaat van vermenigvuldiging van het normbedrag met het gerealiseerde aantal verzekerden van de risicoklasse(n) op macroniveau op nul uitkomt.

## *Cummings' Prediction Measure*

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

## *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 betreffende 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 (i.e. verwachte kostenniveau).

## *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 2013. Deze maatregelen worden ten tijde van de definitieve vaststelling uitgevoerd en resulteren in een op- of afslag op de ex ante vereveningsbijdrage.

*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 maatregel om een gelijke uitgangspositie tussen zorgverzekeraars te bewerkstelligen bij een kostenoverschrijding dan wel kostenoverschrijding van het MPB. Flankerend beleid wordt ten tijde van de definitieve vaststelling uitgevoerd.

*Flankerend beleid Type II*

Flankerend beleid is maatregel om extra middelen toe te delen aan het ex ante budget nadat het MPB van het betreffende vereveningsjaar is vastgesteld. De extra beschikbare middelen worden vanaf de 1<sup>e</sup> voorlopige vaststelling meegenomen bij de bepaling van de vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars.

*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 voor de vereveningsbijdragen. Het totale budget wordt verdeeld over zorgverzekeraars. Dit bedrag wordt door het Ministerie van VWS voorafgaand aan het vereveningsjaar vastgesteld.

*Macrona calculatie*

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 verrekeningsystematiek 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 is een verzamelnaam voor 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 betreffende vereveningsjaar. Deze fase vindt plaats in de zomer voorafgaand aan het vereveningsjaar.

### *Prevalenties*

Dit staat voor het aantal verzekerdenjaren per 1000 uitgedrukt.

### *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.

### *(Ex ante) Risicovereveningsmodel*

Dit is een econometrisch voorspelmodel dat gebruikt wordt om de normbedragen te berekenen. Het model bestaat uit verschillende vereveningskenmerken met risicoklassen. Het ex ante risicovereveningsmodel is de basis voor bepaling van de ex ante vereveningsbijdrage.

### *R-kwadraat*

Dit is een statistische maatstaf voor de verklaringskracht van het risicovereveningssysteem.

### *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.

### *Variabele kosten van MSZ*

Dit zijn de kosten voor (medisch specialistische) ziekenhuiszorg.

### *Verbod op premiedifferentiatie*

Zorgverzekeraars dienen iedere verzekerde een dezelfde premie te vragen voor dezelfde basisverzekeringpolis. Het is niet toegestaan de premie te differentiëren tussen verzekerden 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 2013 bedraagt dit € 350. Dit betekent dat de verzekerde de eerste € 350 aan zorgkosten die hij/ zij maakt zelf moet betalen. Zorgverzekeraars innen deze bedragen direct van de verzekerden.

### *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

- Brief Ministerie van VWS, 2013. *Inzet flankerend beleid 2013*. Kenmerk: Z-3148772. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Besluit Zorgverzekering. Geldend van 01-07-2018 t/m heden. Bereikbaar op: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2018-07-01>.
- Monitor 2011 - KPMG, 2017. *2011 Kwantitatieve analyse van het risicovereveningssysteem*. Somatische zorg, gGGZ en Eigen risico. Publicatiedatum: 24 februari 2017. KPMG, Amstelveen.
- Monitor 2012 - PwC, 2018. *Monitor Risicoverevening 2012*. Toetsing van de werking van het risicovereveningssysteem en representativiteit van de beslisinformatie. Publicatiedatum: 18 mei 2018. PwC, Amsterdam.
- *Regeling risicoverevening 2013*. Ministerie van VWS, 2012. Publicatiedatum: 20 december 2012. Staatscourant 2012, nr. 26386.
- WOR 578, R.C.J.A. van Vliet, T.P. Everhardt, M.M. van Asselt, R. Goudriaan, G.J. Mazzola (2012). *Overall Toets risicovereveningsmodel somatische zorg 2012*. Eindrapportage. 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 624, M.M. van Asselt, G.J. Mazzola, T.P. Everhardt, J.H. Thiel, R. Goudriaan (2012). *Overall Toets risicovereveningsmodel geneeskundige GGZ 2013*. Eindrapportage. Den Haag: APE.
- WOR 625, R.C.J.A. van Vliet, M.M. van Asselt, R. Goudriaan, G.J. Mazzola, T.P. Everhardt (2012). *Overall Toets risicovereveningsmodel somatische zorg 2013*. Eindrapportage. Den Haag: APE.
- WOR 626, R.C.J.A. van Vliet, M.M. van Asselt, M.M. Mazzola, R. Goudriaan, T.P. Everhardt (2012). *Berekening normbedragen risicovereveningsmodel 2013*. Normbedragen voor de somatische zorg en de geneeskundige GGZ. Eindrapportage. Den Haag: APE.
- WOR 760, Ministerie van VWS. 2015. Actualisatie Toetsingskader. Ministerie van VWS, Den Haag.
- 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 (ZINL), 2013. *Verantwoording verzekerdendaming 2014*. Zorginstituut Nederland, Diemen.
- Zorginstituut Nederland (ZINL), 2014. *Verantwoording verzekerdendaming 2015*. Zorginstituut Nederland, Diemen.
- Zorginstituut Nederland (ZINL), 2015. *Verantwoording verzekerdendaming 2016*. Zorginstituut Nederland, Diemen.

