



Monitor Risicoverevening 2015

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

Onderzoek in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

11 september 2020



Publiekssamenvatting

Zorgverzekeraars ontvangen jaarlijks vanuit het risicovereveningssysteem een bijdrage voor de verwachte verschillen in de zorgkosten tussen verzekerden. Een goede werking van het risicovereveningssysteem draagt bij aan een gelijke uitgangspositie van zorgverzekeraars, reduceert financiële prikkels tot risicoselectie en bevordert een doelmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) evalueert jaarlijks de werking van het risicovereveningssysteem: de “*Monitor Risicoverevening*” (hierna: Monitor). In opdracht van het Ministerie van VWS voert PricewaterhouseCoopers (PwC) de Monitor voor vereveningsjaar 2015 uit. Deze Monitor evalueert:

1. De werking van het risicovereveningssysteem 2015.
2. De representativiteit van de beslisinformatie voor de gerealiseerde cijfers van 2015.

Deze Monitor is begeleid door een commissie van vertegenwoordigers van het Ministerie van VWS, het Zorginstituut Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en individuele zorgverzekeraars.

Situatie in 2015

In 2015 zijn een aantal belangrijke wijzigingen opgetreden in de risicodragende kosten onder de Zvw en de vormgeving van het risicovereveningssysteem, waaronder:

- *Overhevelingen*: de kosten van verpleging en verzorging (V&V), langdurige GGZ (LGGZ) en extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten (ZG) zijn overgeheveld naar de Zvw. De kosten van geriatrische revalidatiezorg (GRZ) zijn volledig risicodragend in 2015.
- *Verbetering ex-ante risicovereveningsmodellen*: de ex ante modellen zijn uitgebreid met vereveningskenmerken, zowel voor de somatische kosten als geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (gGGZ) kosten. Voor de V&V-kosten is er een nieuw ex ante model.
- *Afbouw ex post maatregelen*: de Hoge Kosten Compensatie (HKC) voor de gGGZ en de bandbreedteregeling voor somatische kosten zijn afgeschaft. Voor de gGGZ is de bandbreedteregeling ingeperkt.

Werking van het risicovereveningssysteem

Deze Monitor toetst in welke mate de vereveningsbijdragen aansluiten op de gerealiseerde kosten.

Macrovereveningsresultaat

Over alle kosten onder de Zvw tezamen, zijn de gerealiseerde kosten op macroniveau lager dan verwacht in het Macro Prestatie Bedrag (MPB). De totale bijdrage aan zorgverzekeraars is daarmee hoger dan de totale gerealiseerde kosten. Dit leidt tot een positief macrovereveningsresultaat van 2.036 miljoen, inclusief de resultaten op de V&V-kosten en korting op de bijdrage voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico. Flankerend beleid¹ zorgt ervoor dat alle zorgverzekeraars een evenredig deel van het macrovereveningsresultaat krijgen toebedeeld op basis van het aantal verzekerden. De absolute verschuivingen in de vereveningsbijdrage tussen zorgverzekeraars door flankerend beleid in 2015 is afgenomen ten opzichte van voorgaande jaren, omdat het macrovereveningsresultaat in 2015 lager is dan in voorgaande jaren. Zorgverzekeraars hebben het positieve macrovereveningsresultaat ingezet voor verlaging van de premie van de basisverzekering in toekomstige jaren.

Ex post maatregelen

Het effect van het verder afbouwen van de ex post maatregelen in 2015 is zichtbaar in de mate waarin verschillen in de bijdrage van zorgverzekeraars achteraf worden gecompenseerd. Voor de somatische zorg is er in 2015 geen ex post maatregel meer, waardoor de totale spreidingsreductie van het risicovereveningssysteem minder is dan voorgaande jaren. Het afschaffen van de HKC² voor de gGGZ-kosten zorgt voor een toename van het absolute effect van de bandbreedteregeling³ in 2015 ten opzichte van vorig jaar, ondanks verruiming van de bandbreedte van deze regeling. De ex post maatregelen zijn een correctie op de bijdrage vanuit de ex ante modellen.

¹ Flankerend beleid is een maatregel ten behoeve van een gelijke uitgangspositie van zorgverzekeraars bij een (positief of negatief) macrovereveningsresultaat.

² De HKC is een ex post maatregel. Verzekerden met kosten boven een vooraf vastgestelde grens komen in een aparte risicopool terecht. De HKC betreft een onderlinge verrekening tussen zorgverzekeraars.

³ De bandbreedteregeling is een ex post maatregel. Zorgverzekeraars worden gecompenseerd voor (een deel van) de kosten, indien het vereveningsresultaat boven een vooraf vastgestelde grens komt.

In 2015 zijn er drie ex ante modellen die het MPB verdelen (het ex ante model voor het verplicht eigen risico zorgt voor een korting op de bijdrage). Van deze modellen is inzicht in werking op subgroepen waardevol.

- **Somatische zorg**

Het effect van de uitbreiding van het somatische model is deels zichtbaar in de uitgevoerde analyses. De modelverbeteringen hebben niet nadrukkelijk geleid tot een grotere reductie van de verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars ten opzichte van voorgaande jaren⁴. Aangezien hier ook wijzigingen in de portefeuillesamenstelling van zorgverzekeraars van invloed zijn, is geen zuivere vergelijking over jaren mogelijk. Daarentegen, het effect van de modelverbeteringen is zichtbaar in een afname van de gemiddelde onder- en overcompensatie voor een aantal onderzochte subgroepen, ten opzichte van voorgaande jaren (Monitor 2012, 2013 en 2014). Desondanks zijn er voor een aantal subgroepen relatief hoge gemiddelde ondercompensaties onder het model van 2015. Een gemiddelde ondercompensatie geldt onder andere voor:

- a) Verzekerden met kosten in de hoogste 1 %, 3 % en 5 % van het voorgaande jaar.
- b) Verzekerden onder de 18 jaar met een somatische aandoening.
- c) Verzekerden van 18 jaar en ouder met een psychische aandoening zonder een somatische aandoening.

En, een gemiddelde overcompensatie geldt onder andere voor:

- a) Verzekerden met kosten in de laagste 15 % en midden 70 % van het voorgaande jaar.

Deze bevindingen zijn in lijn met voorgaande jaren. Blijkbaar hebben de modelverbeteringen voor deze subgroepen niet geleid tot een voldoende afname van de gemiddelde onder- en overcompensaties. Daarbij zijn ook de risicodragende kosten per 2015 uitgebreid.

Aangezien er geen ex post maatregelen meer zijn in 2015, worden zorgverzekeraars achteraf niet (deels) gecompenseerd voor (resterende) kostenverschillen.

- **V&V**

Voor enkele subgroepen zijn er gemiddelde onder- en overcompensaties op basis van het ex ante model; het effect van de bandbreedteregeling kon in de analyses niet worden meegenomen. De geconstateerde onder- en overcompensaties kunnen voor zorgverzekeraars dan ook anders uitpakken. Er is nog geen vergelijking met voorgaande jaren mogelijk vanwege de overheveling per 2015. In volgende edities kan worden vastgesteld in welke mate de geconstateerde onder- en overcompensaties in volgende jaren voorkomen.

- **gGGZ verzekerden 18+**

Het effect van de uitbreiding van het gGGZ-model is niet nadrukkelijk tot uitdrukking gekomen in een grotere reductie van de verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars ten opzichte van voorgaande jaren⁵. Hierbij spelen wijzigingen in de portefeuillesamenstelling van zorgverzekeraars mee, waardoor geen zuivere vergelijking mogelijk is. Ondanks de modelverbeteringen, zijn er voor een aantal subgroepen relatief hoge gemiddelde onder- en overcompensaties. Een gemiddelde ondercompensatie geldt onder andere voor:

- a) Verzekerden met hoge gGGZ-kosten in het voorgaande jaar (hoogste 1 %, 3 % en 5 %).
- b) Verzekerden met (complexe) psychische gezondheidsproblematiek.

En, een gemiddelde overcompensatie geldt onder andere voor verzekerden met geen tot weinig gGGZ-kosten in het voorgaande jaar (geen kosten en tot laagste 25 %).

Deze bevindingen zijn in lijn met voorgaande jaren.

In 2015 is een bandbreedteregeling van toepassing, die niet is meegenomen in onze analyses naar de onder- en overcompensatie voor subgroepen. De geconstateerde onder- en overcompensaties kunnen voor zorgverzekeraars dan ook anders uitpakken.

Representativiteit van de beslisinformatie

Deze Monitor evalueert in welke mate de informatie die is gebruikt ten tijde van de Overall Toets (i.e. moment van de besluitvorming over de vormgeving van het risicovereveningssysteem) en ex ante vaststelling (i.e. moment van vaststelling van de normbedragen) aansluit op de gerealiseerde cijfers. Bij de OT en ex ante vaststelling is informatie van drie of meer voorgaande jaren beschikbaar, die representatief is gemaakt voor het vereveningsjaar. Verschillen tussen deze ramingen en de gerealiseerde cijfers zijn onontkoombaar: onvoorziene ontwikkelingen in kosten en prevalenties doen zich voor en het (zorginkoop)beleid van zorgverzekeraars heeft invloed op de kosten.

⁴ Ter indicatie het somatische model reduceert 87 % van de verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars, ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem.

⁵ Ter indicatie het gGGZ-model reduceert 75 % van de verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars, ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem.

Wij constateren dat verschillen in de kosten en prevalenties tussen de OT en ex ante vaststelling met de gerealiseerde cijfers (deels) te relateren zijn aan jaar-specifieke ontwikkelingen, vanwege (beleids-)wijzigingen. Echter, bij een aantal vereveningskenmerken zijn verschuivingen geconstateerd, die ook voorgaande jaren (in bepaalde mate) zijn geconstateerd (Monitor 2012, 2013, 2014). De kenmerken die aandacht vragen zijn:

- a) Somatische model: DKG, FKG, MHK, GSM en AVI.
- b) V&V-model: MHK.
- c) gGGZ-model: DKG-GGZ, MHK-GGZ en AVI.

De beschikbare gegevens voor deze Monitor zijn te beperkt om vast te stellen welke kosten en/ of prevalenties achteraf gezien beter hadden kunnen worden ingeschat en daarmee in welke mate/ hoe het proces voor het representatief maken van de gegevens van het huidige proces vooraf gericht kan worden verbeterd. Aanvullende analyses en gedetailleerdere gegevens zijn hiervoor nodig (Advies 3).

Conclusies & Advies

Aanleiding en Doel

In opdracht van het Ministerie van VWS voert PwC de Monitor Risicoverevening van 2015 uit. Het doel van deze Monitor is:

- *Evalueren van de werking van het risicovereveningssysteem*
Wij geven inzicht in welke mate de bijdrage aan zorgverzekeraars aansluiten op de gerealiseerde kosten. Wij analyseren het vereveningsresultaat: dit is het verschil tussen bijdrage en kosten, op macro-, zorgverzekeraars en subgroepe-niveau.
- *Evalueren van de representativiteit van de beslisinformatie*
Wij geven inzicht in welke mate de informatie die is gebruikt bij besluitvorming over de vormgeving van de ex ante modellen (Overall Toets) en bepaling van de normbedragen (ex ante vaststelling) aansluit op de gerealiseerde cijfers. Bij de OT en ex ante vaststelling is informatie van drie of meer voorgaande jaren gebruikt, die representatief is gemaakt voor het vereveningsjaar.

Conclusies

De werking van het risicovereveningssysteem 2015 is over het algemeen in lijn met het patroon in voorgaande jaren. Het effect van de verdere afbouw van ex post maatregelen is zichtbaar in een lagere additionele reductie in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars. Daarbij zijn de ex ante modellen verbeterd en daarmee dragen zij bij aan een gelijkere uitgangspositie voor zorgverzekeraars.

Echter, deze ex ante modellen zijn niet in staat om de kosten voor een aantal specifieke subgroepen adequaat te compenseren: er zijn subgroepen met hoge gemiddelde onder- of overcompensaties. Dit zijn over het algemeen dezelfde subgroepen als in voorgaande jaren: subgroepen met hoge kosten in het voorgaande jaar en/ of een of meerdere (chronische) aandoeningen en subgroepen onder de 18 jaar met een of meerdere (chronische) aandoeningen worden gemiddeld ondergecompenseerd, subgroepen met lage kosten en/ of geen tot lichte aandoeningen worden gemiddeld overgecompenseerd. Op basis van deze verevende werking van de ex ante modellen in 2015 op het niveau van subgroepen wordt een gelijke uitgangspositie voor zorgverzekeraars niet volledig behaald en leidt dit mogelijk tot financiële prikkels tot risicoselectie.

Verschillen in de beslisinformatie bij de OT en ex ante vaststelling met de gerealiseerde cijfers komen door verschuivingen in de kosten en/of prevalenties, en (in combinatie met) de overschatting van de totale kosten in het MPB. Over het algemeen zijn de verschuivingen bij vereveningskenmerken te relateren aan jaar-specifieke ontwikkelingen. Een aantal vereveningskenmerken verdienen aandacht, omdat bij deze kenmerken relatief grote verschuivingen optreden, die ook in voorgaande jaren opvielen.

Deze hoofdconclusie wordt onderbouwd door onderstaande conclusies en bevindingen over de werking van het risicovereveningssysteem 2015 en de representativiteit van de beslisinformatie van dit jaar, die volgen uit het onderzoek.

Werking van het risicovereveningssysteem

1. **De macrokosten zijn lager uitgekomen dan de macrobijdrage, wat resulteert in een macrovereveningsresultaat van € + 2.036 miljoen, inclusief de opbrengsten van het verplicht eigen risico.** Het macroresultaat is afgenomen ten opzichte van voorgaande twee jaar. In lijn met voorgaande jaren is er een positief macroresultaat.

Bevindingen

Het MPB wordt verdeeld aan de hand van een bijdrage voor de somatische kosten, V&V-kosten en gGGZ-kosten. Op deze bijdrage wordt een korting ingehouden voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico. Het totale resultaat van € 2.036 miljoen is opgebouwd uit:

- € + 2.007 miljoen voor somatische kosten (€ 119 per verzekerde), € + 390 miljoen voor de gGGZ-kosten (€ 29 per verzekerde 18+) en € - 3 miljoen voor V&V-kosten (€ - 0,18 per verzekerde).

- € - 359 miljoen (€ - 27 per verzekerde 18+) voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico. Door de kostenoverschrijding hebben zorgverzekeraars minder opbrengsten van het verplicht eigen risico dan verwacht. De ingehouden korting op de bijdrage is hoger dan de geïnde opbrengsten.

Het macrovereveningsresultaat is in 2015 lager dan in voorgaande twee jaar: € 3.081 miljoen in 2014 en € 2.588 miljoen in 2013.

2. Door een afname van het macrovereveningsresultaat wordt via flankerend beleid minder verrekend tussen zorgverzekeraars ten opzichte van voorgaande twee jaar. Flankerend beleid verdeelt het macrovereveningsresultaat, afzonderlijk voor de somatische, V&V- en gGGZ-kosten, evenredig toe aan iedere zorgverzekeraar op basis van het aantal verzekerden 18+.

Bevindingen

- Bij een overschrijding van het MPB, zoals in 2015, zorgt flankerend beleid voor een toename in de reikwijdte/ spreiding van het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars, gegeven de portefeuillesamenstellingen in dit jaar. Zorgverzekeraars met een hoog-risico portefeuille dragen in dit geval af aan zorgverzekeraars met een laag-risico portefeuille, omdat zorgverzekeraars met een hoog-risico portefeuille naar verwachting meer profiteren van de overschrijding. Voorgaande jaren was er ook een overschrijding, waarbij er ook een toename in reikwijdte/ spreiding tussen zorgverzekeraars was na flankerend beleid, gegeven de portefeuillesamenstellingen in die jaren.

3. Door de afbouw van ex post maatregelen is de totale reductie in de reikwijdte/ spreiding van het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars door het risicovereveningssysteem voor de somatische kosten en gGGZ-kosten gelijk aan dan wel lager dan vorig jaar, ondanks de verbeteringen van de ex ante modellen. De bandbreedteregeling voor de V&V-kosten is nieuw per 2015.

Bevindingen

- De bandbreedteregeling voor de gGGZ-kosten heeft in 2015 een groter absoluut effect in verschuivingen in de bijdrage tussen zorgverzekeraars dan vorig jaar, ondanks de verruiming van de bandbreedte. Dit komt door het afschaffen van de HKC.
- Voor de V&V-kosten is een bandbreedteregeling ingezet in 2015, wat zorgt voor een additionele reductie in de reikwijdte/ spreiding naast de werking van het ex ante model. Er is nog geen vergelijking met voorgaande jaren mogelijk vanwege de overheveling van V&V-kosten per 2015.

4. De ex ante modellen (voor somatische kosten, V&V-kosten en gGGZ-kosten) zorgen voor een grote reductie van de verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars, gegeven de portefeuillesamenstellingen in 2015, ten opzichte van een situatie zonder risicovereveningssysteem. Dit draagt bij aan een gelijkere uitgangspositie tussen zorgverzekeraars op basis van de portefeuillesamenstellingen.

Bevindingen

- Het somatische model reduceert 87 % van de verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars, ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem. Ten opzichte van vorig jaar is deze reductie afgenomen. Dit komt door de uitbreiding van de risicodragende kosten, ondanks de modelverbeteringen.
- Het V&V-model reduceert 79 % van de verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars, ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem. De bandbreedteregeling zorgt voor een additionele reductie van 18 %-punt.
- Het gGGZ-model reduceert 75 % van de verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars, ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem. Deze werking van het ex-ante model is toegenomen ten opzichte van vorig jaar (in 2014 was dit 65 %). Dit kan voortkomen uit de modelverbeteringen, waarbij ook rekening dient te worden gehouden met portefeuillewijzigingen en wijzigingen in kostedefinities.

5. De ex ante modellen geven substantiële onder- en overcompensaties voor een aantal onderzochte subgroepen. In voorgaande jaren zijn deze onder- en overcompensaties over het algemeen voor dezelfde subgroepen geconstateerd.

Bevindingen

- Onder het somatische model geldt over het algemeen dat verzekerden met hoge kosten in het voorgaande jaar (top 1 %, 3 %, 5 % en 15 %), verzekerden onder de 18 jaar met een somatische aandoening en verzekerden van 18 jaar en ouder met psychische aandoeningen gemiddeld worden gemiddeld *ondergecompenseerd*: respectievelijk van € - 294 tot € 5.648, van € -2.079 en van € - 73 tot € - 280 per verzekerde voor flankerend beleid; en verzekerden met geen tot weinig kosten in het voorgaande jaar en verzekerden van 65 jaar en ouder met geen somatische en psychische aandoeningen worden gemiddeld *overgecompenseerd*: respectievelijk van € 92 en € 271, en € 72 per verzekerde voor flankerend beleid. Het somatische model is niet in staat om in voldoende mate multi-morbiditeit en/of meervoudigheid van gezondheidsproblematiek volledig juist op te nemen; ondanks de modelverbeteringen in 2015.
- Op basis van de onderzochte subgroepen, zorgt het V&V-model voor het overgrote deel van de verzekerden voor een adequate compensatie (beneden € 50 per verzekerde). Verzekerden van 65 jaar en ouder zonder somatische en psychische aandoening worden gemiddeld *overgecompenseerd*: € 167 per verzekerde voor flankerend beleid. Verzekerden jonger dan 18 jaar en verzekerden van 18 jaar en ouder met een somatische aandoening (ongeacht psychische aandoening) worden gemiddeld *ondergecompenseerd*: € - 84 tot € - 896 per verzekerde voor flankerend beleid). Deze onder- en overcompensaties worden nog (deels) opgevangen door de bandbreedteregeling, waarvan de effecten hiervan niet in deze subgroepanalyse zijn inbegrepen.
- Het merendeel van verzekerden 18+ heeft geen gGGZ-kosten: 94,5 %. Deze verzekerden worden adequaat gecompenseerd (beneden de € 50 per verzekerde). Het gGGZ-model ondercompenseert gemiddeld genomen verzekerden met hoge gGGZ-kosten in het vorige jaar: de top 1 %, 3 % en 5 %: van € - 300 tot € - 8.214 per verzekerde voor flankerend beleid. Het gGGZ-model is niet in staat de kosten van verzekerden met ernstige en/of meervoudige psychische gezondheidsproblematiek adequaat te compenseren; ondanks de modelverbeteringen in 2015. Deze onder- en overcompensaties worden nog (deels) opgevangen door de bandbreedteregeling, waarvan de effecten hiervan niet in deze subgroepanalyse zijn inbegrepen.

Representativiteit van de beslisinformatie

6. De gemiddelde kosten per enkelvoudige risicoklasse bij de ex ante vaststelling sluiten in het algemeen minder goed aan op gerealiseerde cijfers dan bij de OT; dit geldt zowel voor de somatische kosten als gGGZ-kosten. Bij de V&V-kosten sluiten de gemiddelde kosten van de OT en ex ante vaststelling even goed aan op de gerealiseerde kosten.

Bevindingen

- Verschillen tussen de geraamde cijfers bij de OT en ex ante vaststelling en de gerealiseerde cijfers zijn onontkoombaar. Dit komt door effecten van onvoorziene (markt)ontwikkelingen en beleid van zorgverzekeraars.
- Bij het somatische model en het gGGZ-model wijken de gemiddelde kosten bij de ex ante vaststelling over het algemeen meer af van de gerealiseerde kosten dan bij de OT. Bij de somatische zorg is dit bij de OT gemiddeld € 41,4 per verzekerde af en bij de ex ante vaststelling € 45,2 per verzekerde (gegeven het gemiddeld kostenniveau van € 1.923). Bij de gGGZ is de gemiddelde afwijking bij de OT gemiddeld € 11,0 per verzekerde en bij de ex ante vaststelling € 11,8 per verzekerde (bij een gemiddeld kostenniveau van € 237 per verzekerde 18+).
- Bij het V&V-model sluiten de gemiddelde kosten bij de OT en ex ante vaststellingen even goed aan op de gerealiseerde kosten: beide € 7,8 per verzekerde (bij gemiddeld kostenniveau van € 184 per verzekerde).

7. De verschuivingen in de prevalenties van enkelvoudige risicoklassen zijn in totaal relatief beperkt, zowel bij somatische zorg, V&V als gGGZ. Ook sluiten de prevalenties bij de ex ante vaststelling gemiddeld genomen beter aan op de gerealiseerde prevalenties dan bij de OT, door toepassing van de verzekerdenraming.

Bevindingen

- Voor het somatische model is bij de ex ante vaststelling er in totaal een prevalentieverschil van gemiddeld 0,82 % en bij de OT van 2,25 %.
- Voor het V&V-model is bij de ex ante vaststelling er in totaal een prevalentieverschil van gemiddeld 0,85 % en bij de OT van 2,25 %.
- Voor het gGGZ-model is er bij de ex ante vaststelling er in totaal een prevalentieverschil van gemiddeld 1,26 % en bij de OT van 2,52 %.

8. Bij de morbiditeitskenmerken (o.a. DKG, FKG, MHK, DKG-GGZ, FKG-GGZ en MHK-GGZ) en het sociaal demografische kenmerk AVI vinden relatief opvallende verschuivingen plaats in zowel de kosten als prevalenties. De verschuivingen zijn deels te relateren aan jaar-specifieke ontwikkelingen. Desondanks zijn bij deze vereveningskenmerken in voorgaande jaren (2012, 2013 en 2014) ook opvallende verschuivingen geconstateerd.

Bevindingen

- Bij de genoemde vereveningskenmerken vallen de verschuivingen in kosten en/ of prevalenties relatief op in 2015. Voor de DKG's kunnen de verschuivingen samenhangen met de uitgevoerde conversies in 2015. Conversies gaan altijd gepaard met enige onzekerheid. Voor AVI kunnen de verschuivingen samenhangen met de economische situatie/ conjunctuur in het betreffende jaar, waarbij het lastig(er) is om de kosten en prevalenties goed te ramen. Dit is in voorgaande jaren ook geconstateerd.
- Deze vereveningskenmerken verdienen aandacht, omdat zij in voorgaande jaren ook relatief gezien opvielen. Mogelijk worden de verschuivingen niet alleen door jaar-specifieke elementen verklaard.
- Additionele data is nodig om de representativiteit van de beslisinformatie nader te onderzoeken: zie Advies 3.

9. Onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen die bij de OT en ex ante vaststelling worden verwacht, doen zich over het algemeen voor in de gerealiseerde cijfers, waarbij de hoogte van de onder- of overcompensatie varieert. Dit geldt voor somatisch, V&V en gGGZ.

Bevindingen

- Het patroon in de onder- en overcompensaties voor subgroepen op basis van een somatische aandoening en/of psychische aandoening, in combinatie met leeftijd, is voor de verschillende momenten vergelijkbaar. De hoogte van de onder- of overcompensatie varieert. Dit geldt voor de somatische kosten, V&V-kosten en gGGZ-kosten.
- Er zijn geen afwijkende patronen gevonden in de prevalenties van de onderliggende kenmerken van de onderzochte subgroepen voor de verschillende momenten op basis van de uitgevoerde analyses.

10. De afwijking van de ex ante normbedragen op de herschatte realisatienormbedragen is beperkt. Bij de somatische kosten en de gGGZ-kosten sluiten de ex ante normbedragen gemiddeld beter aan op de realisatienormbedragen dan bij de OT. Bij de V&V-kosten is dit niet het geval: dan sluiten de OT-normbedragen beter aan op de herschatte realisatienormbedragen.

Bevindingen

- Voor het somatische model is de gemiddelde absolute afwijking in de normbedragen bij de OT € 25,9 en bij de ex ante vaststelling € 22,9 (of € 21,5 met criteriumneutraliteit voor DKG, HKG en MHK). Criteriumneutraliteit bij DKG heeft een grote impact op het terugbrengen van de verschuivingen.

- Voor het V&V-model is de gemiddelde absolute afwijking in de normbedragen bij de OT € 13,4 en bij de ex ante vaststelling € 14,7 (of € 18,3 met criteriumneutraliteit voor MHK). Opvallende verschuivingen treden op bij MHK.
- Voor het gGGZ-model is de gemiddelde absolute afwijking in de normbedragen bij de OT € 5,3 en bij de ex ante vaststelling € 6,2 (of € 4,8 bij de ex ante vaststelling met criteriumneutraliteit voor DKG-GGZ en MHK-GGZ). Criteriumneutraliteit bij DKG-GGZ heeft een grote impact op het terugbrengen van de verschuivingen.
- De verklaringskracht van de ex ante modellen op verschillende momenten komen door verschillen in de onderliggende kostendefinities c.q. data.

Advies

Op basis van bovenstaande conclusies en bevindingen, en in lijn met voorgaande edities, adviseren wij:

1. Onderzoek hoe de raming van het MPB tot stand is gekomen (en welke overwegingen en beleidskeuzes een rol spelen). Indien mogelijk, verbeter de raming van de uitgaven van de Zvw.

Het is wenselijk het MPB zo goed als mogelijk aan te sluiten op de te realiseren kosten. Aangezien het MPB een raming is van de totale uitgaven van de Zvw, met daarachterliggend budgettaire beleidskeuzes, wordt verwacht dat er afwijkingen met de gerealiseerde uitgaven zullen blijven. Gezien de behoorlijke positieve resultaten over afgelopen jaren, op basis van deze Monitor en eerdere edities, bevelen wij aan te onderzoeken hoe de raming van het MPB tot stand komt. Inzicht in de overwegingen en beleidskeuze die ten grondslag liggen aan deze raming kan mogelijk aanknopingspunten geven om de raming te verbeteren; en dan op onderdelen die niet te maken hebben met jaar-specifieke beleidskeuzes, maar die ingaan op de methodiek voor de ramingen.

2. Analyseer de verevenende werking van de huidige ex ante modellen voor specifieke patiëntgroepen en identificeer de kenmerken van deze patiëntgroepen.

Uit de analyses in deze Monitor, en die van voorgaande edities, blijkt dat over het algemeen dezelfde subgroepen worden onder- en overgecompenseerd. Hieruit maken wij op dat de ex ante modellen niet in staat zijn in voldoende mate multi-morbiditeit en/ of ernstige gezondheidsproblematiek volledig juist op te nemen. Wij adviseren de verevenende werking van de *huidige* ex ante modellen te onderzoeken, aangezien de ex ante modellen sinds 2015 verder zijn uitgebreid en de kostenpatronen zijn veranderd. Wij adviseren subgroepen met structurele onder- of overcompensaties te identificeren en specifiek aandacht te geven aan het identificeren en monitoren van patiëntgroepen. Uit deze Monitor volgen onder andere de volgende interessante subgroepen:

- Verzekerden met (zeer) hoge kosten in voorgaand jaar/ jaren, zowel somatische kosten (inclusief V&V) als gGGZ-kosten;
- Verzekerden onder de 18 jaar met een (chronische) aandoening;
- Interactie tussen somatische en psychische aandoening(en), zoals verzekerden met een psychische aandoening (ongeacht somatische aandoening) voor de somatische kosten.

Uit deze Monitor, en voorgaande edities, volgt dat het relevant is (combinaties van) kenmerken en de onderliggende kostenpatronen van deze subgroepen te analyseren. Dergelijk onderzoek geeft inzicht in welke mate de geconstateerde onder- en overcompensaties voor subgroepen gelden onder de huidige ex ante modellen, gegeven de huidige kostenpatronen en risicodragende kosten onder de Zvw. Wij adviseren eerst verkennend onderzoek te doen naar (structurele) onder- en overcompensaties voor subgroepen. Dit onderzoek geeft mogelijk aanknopingspunten voor modelverbeteringen.

Afgelopen jaar heeft het Ministerie van VWS onderzoek laten uitvoeren naar de restrisico's op basis van de huidige ex ante risicovereveningsmodellen. In dit onderzoek zijn ook verscheidene subgroepen, vergelijkbaar met een aantal subgroepen die in deze Monitor en eerdere edities zijn genoemd, als restrisico aangeduid (KPMG, 2020 – Onderzoek restrisicoprobleem risicoverevening fase). Ook is in het Groot Onderhoud DKG voor het risicovereveningsmodel 2021 de relatie tussen een somatische aandoening en psychische aandoening onderzocht (WOR 988). Deze analyse is uitgevoerd op kostendata van 2020. Hieruit volgt dat er bij de verzekerden met een psychische aandoening zonder somatische aandoening per saldo sprake is van een gemiddelde ondercompensatie van afgerond € 70 per verzekerde. In het betreffende onderzoek is aangegeven dat er geen voorhand liggende oplossing voor deze subgroep is binnen het groot onderhoud DKG. Wij bevelen aan bij de vervolgonderzoeken gericht op identificatie van patiëntengroepen die worden onder- en overgecompenseerd en de verbetering van de compensatie hiervan, de aandachtspunten en bevindingen die voortkomen uit deze Monitor en voorgaande edities mee te nemen.

3. Onderzoek naar de stappen van het proces voor het representatief maken van de beslisinformatie en in gesprek met de betrokken partijen over deze stappen.

Op basis van de beschikbare gegevens en de uitgevoerde analyses in deze Monitor, en in lijn met voorgaande edities, kunnen wij niet vaststellen in welke mate de stappen in het uitvoeringsproces voor het representatief maken van de beslisinformatie achteraf gezien adequaat zijn en welke stappen vooraf beter konden worden ingeschat. Dit gaat om

de stappen in het uitvoeringsproces: 1) het representatief maken van de gegevens voor pakketmaatregelen en conversies, 2) de verzekerdensraming en 3) het MPB en de schaling naar het MPB. Wij adviseren te onderzoeken in welke mate de geconstateerde verschuivingen jaar-specifiek zijn en in welke mate ze structureel voorkomen. Uit dit onderzoek kan lering worden getrokken uit de verschuivingen die in het verleden zijn opgetreden, om het huidige proces voor het representatief maken van de beslisinformatie te verbeteren. Wij adviseren de volgende acties te ondernemen:

- In gesprek met alle betrokken partijen over de stappen in het uitvoeringsproces voor het representatief maken van de gegevens. Deze gesprekken leveren een duidelijk overzicht van alle stappen c.q. uitgevoerde activiteiten op de gegevens ten behoeve van transparantie van het proces;
- Uiteenzetten en bijhouden van jaar-specifieke ontwikkelingen en wijzigingen. Dit is bedoeld voor analyse van toekomstige jaren, om de effecten van deze ontwikkelingen in kaart te brengen en te kunnen onderscheiden van structurele patronen; bijvoorbeeld een jaar-specifieke wijziging zoals de invoering van een nieuwe bekostiging of een overheveling van kosten naar de Zvw;
- Additionele informatie is vereist om deze (gewenste) analyses uit te kunnen voeren. Wij adviseren met betrokken partijen voorafgaand aan uitvoering van de Monitor voor een toekomstig vereveningsjaar of in een apart onderzoek in gesprek te gaan over welke informatie beschikbaar is, om de gewenste analyses uit te kunnen voeren. Bijvoorbeeld over het niveau van de kosten (deelbedragen of type kosten) en of gegevens voor de Gegevensfase, dit gegevens voordat beleidsmaatregelen zijn gecorrigeerd, beschikbaar is.

Inhoudsopgave

1	Inleiding	15
1.1	Achtergrond	15
1.1.1	Belang van het risicovereveningssysteem	15
1.1.2	Uitvoering van het risicovereveningssysteem	15
1.2	Monitor Risicoverevening 2015	15
1.2.1	Doel	16
1.2.2	Reikwijdte	16
1.3	Leeswijzer	16
2	Risicovereveningssysteem 2015	18
2.1	Deelbedragen	18
2.2	Ex ante risicovereveningsmodellen	19
2.2.1	Somatische kosten	19
2.2.2	V&V-kosten	20
2.2.3	gGGZ-kosten	20
2.2.4	Opbrengsten verplicht eigen risico	20
2.3	Flankerend beleid, ex post maatregel en nacalculatie op vaste kosten	21
2.3.1	Somatische kosten	21
2.3.2	V&V-kosten	21
2.3.3	gGGZ-kosten	21
2.4	Flankerend beleid Type II (late pakketwijziging)	22
3	Macroniveau	24
	Bevindingen	24
3.1	Macrobijdrage, -kosten en -vereveningsresultaat	24
3.2	Somatische kosten	25
3.3	V&V-kosten	27
3.4	gGGZ-kosten	27
3.5	Opbrengsten verplicht eigen risico	28
4	Zorgverzekeraarsniveau	30
	Bevindingen	30
4.1	Somatische kosten	31
4.1.1	Landelijk beeld	31
4.1.2	Nadere analyse op portefeuilleomvang	33
4.1.3	Gemiddelde resultaatverschuiving	34
4.2	V&V-kosten	35
4.2.1	Landelijk beeld	35
4.2.2	Nadere analyse op portefeuilleomvang	36
4.2.3	Gemiddelde resultaatverschuiving	37
4.3	gGGZ-kosten	37
4.3.1	Landelijk beeld	37
4.3.2	Nadere analyse op portefeuilleomvang	39
4.3.3	Gemiddelde resultaatverschuiving	40
4.4	Opbrengsten verplicht eigen risico	41
4.4.1	Landelijk beeld	41
4.4.2	Nadere analyse op basis van portefeuilleomvang	42
4.4.3	Gemiddelde resultaatverschuiving	43
5	Subgroepe niveau	44
	Bevindingen	44
5.1	Somatische kosten	45
5.1.1	Subgroepen op basis van kosten van vorig jaar	45
5.1.2	Subgroepen samenhang aandoening en leeftijdsgroepen	47
5.2	V&V-kosten	49
5.2.1	Subgroepen samenhang aandoening en leeftijdsgroepen	49
5.3	gGGZ-kosten	50
5.3.1	Subgroepen op basis van kosten van vorig jaar	50
5.3.2	Subgroepen samenhang aandoening en leeftijdsgroepen	52

6	Representativiteit op enkelvoudige risicoklassen en subgroepen	55
6.1	Somatische kosten	57
6.1.1	Resultaat enkelvoudige risicogroepen	57
6.1.2	Subgroepen samenhang aandoening en leeftijd	60
6.2	V&V-kosten	61
6.2.1	Resultaat enkelvoudige risicogroepen	61
6.2.2	Subgroepen samenhang aandoening en leeftijd	62
6.3	gGGZ-kosten	63
6.3.1	Resultaat enkelvoudige risicogroepen	63
6.3.2	Subgroepen samenhang aandoening en leeftijd	66
7	Representativiteit op individuniveau: herschatting ex ante modellen op gerealiseerde cijfers	67
7.1	Somatische kosten	68
7.1.1	Normbedragen	68
7.1.2	Verklaringskracht	69
7.2	V&V-kosten	69
7.2.1	Normbedragen	69
7.2.2	Verklaringskracht	70
7.3	gGGZ-kosten	70
7.3.1	Normbedragen	70
7.3.2	Verklaringskracht	71
	_Toc50730827	
A.	Uitvoering risicovereveningssysteem	73
A.1.	Uitvoering risicovereveningssysteem	73
A.2.	Vaste kosten: onderliggende zorgtypen en bedragen	73
A.3.	Wijzigingen risicovereveningssysteem 2012 – 2015	73
A.3.1.	Somatische kosten	74
A.3.2.	Wijzigingen V&V-kosten	74
A.3.3.	gGGZ-kosten	74
A.3.4.	Opbrengsten voor het verplicht eigen risico	75
B.	Methode en verantwoording	76
B.1.	Bronbestanden	76
B.1.1.	Macro- en zorgverzekeraarsanalyse	76
B.1.2.	Subgroepenanalyse	76
B.1.3.	Aanvullende bestanden Deel II	77
B.1.4.	Beschrijvende statistieken vaststellingsmomenten na uitgevoerde bewerkingen Deel II	78
B.2.	Deel I: Uitgangspunten en bewerkingen	80
B.2.1.	Macroanalyse (Hoofdstuk 3)	80
B.2.2.	Zorgverzekeraarsanalyse (Hoofdstuk 4)	80
B.2.3.	Subgroepenanalyse (Hoofdstuk 5)	80
B.3.	Deel II: Beschrijving uitgangspunten en bewerkingen	82
B.3.1.	Subgroepen en enkelvoudige risicoklassen (Hoofdstuk 6)	82
B.3.2.	Representativiteit op individuniveau: herschatting ex ante risicovereveningsmodellen op gerealiseerde cijfers (Hoofdstuk 7)	83
C.	Drempelbedragen voor subgroepenanalyse	84
C.1.	Somatische kosten: drempelbedragen percentielklassen	84
C.2.	gGGZ-kosten: drempelbedragen percentielklassen	84
D.	Gemiddelde vereveningsresultaat per risicoklasse van de ex ante modellen bij de definitieve vaststelling	85
D.1.	Somatische model	86
D.2.	V&V-model	88
D.3.	gGGZ-model	89
E.	Reproductie ex ante vaststelling: herweging verzekerdensraming en schaling MPB	91
E.1.	Ex ante model voor somatische kosten	91
E.2.	Ex ante model voor V&V-kosten	91
E.3.	Ex ante model voor gGGZ-kosten	92
F.	Afkortingenlijst	93
G.	Begrippenlijst	94
H.	Referenties	98



Deel 0 – Inleiding en beschrijving risicovereveningsstelsel

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

1.1.1 Belang van het risicovereveningssysteem

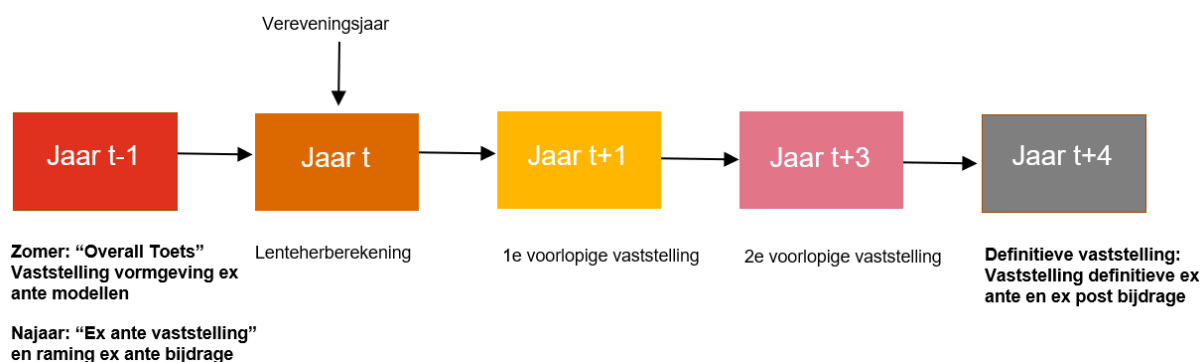
De Zorgverzekeringswet (Zvw) – met daarin de acceptatieplicht⁶ en het verbod op premiedifferentiatie^{*} – borgt dat iedere burger in Nederland, ongeacht leeftijd, geslacht en gezondheid (risico), toegang heeft tot medisch noodzakelijke zorg vanuit de basisverzekering. Verschillen in zorgkosten tussen verzekerden, als gevolg van verschillen in behoefte aan medische zorg, mogen 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 (afgekort: bijdrage) dan een zorgverzekeraar met een laag-risico verzekerdenportefeuille – bijvoorbeeld een bovengemiddeld percentage gezonde verzekerden –. Zonder een risicovereveningssysteem, gegeven een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie, is er een ongelijke uitgangspositie voor zorgverzekeraars. In die situatie dient een doelmatige zorgverzekeraar met een hoog-risico verzekerdenportefeuille immers een hogere premie te vragen dan een ondoelmatige zorgverzekeraar met een laag-risico verzekerdenportefeuille. Tevens is in deze situatie risicoselectie^{*} lonend. Het risicovereveningssysteem beoogt een doelmatige uitvoering van de Zvw door een gelijke uitgangspositie voor zorgverzekeraars te creëren en financiële prikkels tot risicoselectie weg te nemen.

1.1.2 Uitvoering van het risicovereveningssysteem

Zorgverzekeraars ontvangen voor elk vereveningsjaar – dit is gelijk aan een kalenderjaar – 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^{*} (afgekort: *ex ante* model), 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 de *ex ante* bijdrage per zorgverzekeraar toegekend door het Zorginstituut Nederland (ZIN): de *ex ante* vaststelling^{*}. Vier jaar na het betreffende vereveningsjaar wordt de bijdrage aan zorgverzekeraars definitief vastgesteld op basis van de gerealiseerde zorgkosten en verzekerdenaantallen: de *definitieve vaststelling*^{*}. *Ex post* maatregelen die voor het betreffende vereveningsjaar gelden, worden ten tijde van de *definitieve vaststelling* uitgevoerd. Figuur 1-1 geeft een weergave van de vaststellingsmomenten in de uitvoering van het risicovereveningssysteem.

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



1.2 Monitor Risicoverevening 2015

Een goede werking van het risicovereveningssysteem is belangrijk voor het functioneren van het zorgverzekeringsstelsel. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in haar brief aan de Tweede Kamer van 6 maart 2012 een jaarlijkse evaluatie aangekondigd van de werking van het risicovereveningssysteem, op basis van de gerealiseerde cijfers. Deze evaluatie wordt de *"Monitor Risicoverevening"* genoemd (hierna: Monitor).

In opdracht van het Ministerie van VWS voert PricewaterhouseCoopers (PwC) de Monitor voor vereveningsjaar 2015 uit. Onderhavig rapport is het resultaat van deze evaluatie. De uitvoering van deze Monitor is begeleid door een

⁶ Voor begrippen met een * is een uitleg in de begrippenlijst opgenomen.

commissie van vertegenwoordigers van het Ministerie van VWS, het ZIN, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en individuele zorgverzekeraars.

1.2.1 Doel

Doel van deze Monitor is:

- *Evalueren van de werking van het risicovereveningssysteem*

Deze Monitor toetst in welke mate het risicovereveningssysteem 2015 zorgverzekeraars compenseert voor (verwachte) verschillen in de zorgkosten tussen verzekerden. Wij toetsen dit op drie niveaus: macro, zorgverzekeraars en subgroepen. De analyses worden uitgevoerd op de gerealiseerde kosten en verzekerdenaantallen. De analyses geven inzicht in de aansluiting van de definitieve bijdrage op de gerealiseerde kosten, en geven daarmee aan hoe het risicovereveningssysteem werkt.

- *Evalueren van de representativiteit van de beslisinformatie bij de Overall Toets en de ex ante vaststelling voor de definitieve vaststelling*

Deze Monitor evalueert de representativiteit van de informatie die wordt gebruikt tijdens de OT voor besluitvorming over de vormgeving van de ex ante modellen voor de definitieve vaststelling van de bijdrage. Tijdens de OT wordt informatie van drie of meer voorgaande jaren gebruikt, die representatief is gemaakt voor het vereveningsjaar. Wij analyseren in welke mate deze informatie aansluit op de gerealiseerde cijfers en trekken op basis daarvan conclusies over de representativiteit van deze informatie. Wij analyseren de informatie op de volgende momenten met elkaar: de OT in de zomer 2014, de ex ante vaststelling in het najaar 2014 en de definitieve vaststelling in 2019.

1.2.2 Reikwijdte

Wij gaan bij de toetsing van de werking van het risicovereveningssysteem uit van de situatie bij de definitieve vaststelling. Bij de analyse naar de representativiteit van de beslisinformatie vergelijken wij de OT, de ex ante vaststelling en definitieve vaststelling met elkaar. Het analyseren van de tussentijdse momenten (lenteherberekening, 1^e voorlopige vaststelling en 2^e voorlopige vaststelling; zie Figuur 1-1) maakt geen onderdeel uit van deze Monitor. Wij gaan niet in op de kwaliteit van het uitvoeringsproces van deze tussentijdse momenten.

Deze Monitor richt zich op de somatische kosten en de kosten voor verpleging en verzorging van alle verzekerden in de Zvw-bevolking en de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (gGGZ) kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder (18+). Ook zijn de opbrengsten van het verplicht eigen risico onderdeel van deze Monitor.⁷⁸ De vaste zorgkosten vallen buiten de reikwijdte van deze Monitor (zie Bijlage A).

Deze Monitor gaat over 2015. Cijfers van 2012, 2013 en 2014 zijn overgenomen uit vorige edities van de Monitor (Monitor 2012, 2013 en 2014). Cijfers van 2011 en de jaren daarvoor zijn overgenomen uit de Monitor van 2011 (Monitor 2011).⁹

Deze Monitor trekt conclusies over de werking van het risicovereveningssysteem op verschillende analyseniveaus en de representativiteit van de beslisinformatie. Op basis van de uitgevoerde analyses 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 doen wij geen uitspraken over of, in welke mate en hoe het risicovereveningssysteem dient te worden verbeterd. Dergelijke conclusies vallen buiten de doelstelling en reikwijdte van de Monitor. Indien opvallende resultaten worden geconstateerd, leidt dit tot een advies om de werking van het risicovereveningssysteem of het representatief maken van de beslisinformatie voor het meest recente vereveningsjaar nader te onderzoeken (i.e. ten tijde van deze Monitor is dit vereveningsjaar 2020).

1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de situatie van het risicovereveningssysteem in 2015: de kostendefinities, de vormgeving van de ex ante modellen en de inzet van ex post maatregelen*.

Deze rapportage bestaat uit twee onderdelen:

⁷ Bij de toetsing van de werking van het risicovereveningssysteem op macro- en zorgverzekeraarsniveau (Deel I). De andere analyses (subgroepenanalyse Deel I en analyses in Deel II) zijn niet mogelijk op basis van de beschikbare gegevens in de aangeleverde bestanden.

⁸ Voor de volgende editie van de Monitor wordt naar alle waarschijnlijkheid een analyse op het totale effect van de afzonderlijke deelbedragen op zorgverzekeraarsniveau toegevoegd.

⁹ Op de cijfers van de Monitor 2011 zijn geen controles of nadere analyses uitgevoerd door PwC.

- *Deel I:* Toetsing werking van het risicovereveningssysteem (Hoofdstuk 3 t/m 5)
- *Deel II:* Toetsing representativiteit van de beslisinformatie (Hoofdstuk 6 en 7)

Deel I toetst de werking van het risicovereveningssysteem van 2015, 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 2014) voor de uiteindelijke situatie van 2015 (zoals vastgesteld in 2019, vier jaar na dit vereveningsjaar). Achtereenvolgens wordt ingegaan op de representativiteit van de beslisinformatie voor het ex ante model voor de somatische kosten, de V&V-kosten en de gGGZ-kosten.

2 Risicovereveningssysteem 2015

Dit hoofdstuk beschrijft het risicovereveningssysteem in 2015. Het risicovereveningssysteem verdeelt het totale Macro Prestatie Bedrag* (MPB) onder zorgverzekeraars. Het MPB is opgebouwd uit deelbedragen die verschillende typen kosten onder de Zvw omvatten. Verschillende ex ante modellen en ex post maatregelen zijn van toepassing op deze deelbedragen.

Het risicovereveningssysteem in 2015 bestaat uit vier ex ante modellen, flankerend beleid en één ex post maatregel. Drie ex ante modellen worden gebruikt voor vaststelling van de *ex ante* bijdrage en één model voor vaststelling van de korting op de bijdrage voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico. Flankerend beleid en de ex post maatregel worden gebruikt voor vaststelling van de *ex post* bijdrage. Dit is een op- of afslag op de ex ante bijdrage. Dit resulteert in de definitieve bijdrage aan zorgverzekeraars.

2.1 Deelbedragen

De deelbedragen zijn: de variabele zorgkosten (ofwel de somatische kosten*), de kosten van verpleging en verzorging* (V&V), de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg* (gGGZ) voor verzekerden van 18+, de vaste zorgkosten* en de opbrengsten van het verplicht eigen risico*.

De kostendefinities van de deelbedragen zijn over de jaren gewijzigd. Bij vergelijking van de resultaten van deze Monitor met die van voorgaande edities dienen deze wijzigingen in acht te worden genomen.

Somatische kosten – in totaal € 34.358 miljoen¹⁰

Per 2015 is er één deelbedrag voor de somatische kosten: de variabele zorgkosten. Het deelbedrag 'overige prestaties' is komen te vervallen. Onder de variabele kosten vallen zowel de kosten van medisch-specialistische zorg (MSZ) als de kosten voor ambulancevervoer, huisartsenzorg, paramedische zorg, farmacie, hulpmiddelen, verloskundezorg, kraamzorg, tandartsenzorg, en diagnostiek (de voormalige overige prestaties). Daarnaast zijn per 2015 de kosten van geriatrische revalidatiezorg (691 miljoen) en extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten (ZG: 172 miljoen¹¹) overgeheveld naar de Zvw onder dit deelbedrag. De add-ons voor TNF-alfaremmers, weesgeneesmiddelen en overige dure geneesmiddelen vallen ook onder de variabele kosten, als gevolg van een overheveling vanuit de vaste kosten. Hetzelfde geldt voor het resterende deel (25 %) van de kosten van de DBC's in het vaste segment.

Daarbij is per 2015 de doorlooptijd van de DBC-zorgproducten in de medisch-specialistische zorg verkort naar 120 dagen.

V&V-kosten – in totaal € 3.122 miljoen

Per 2015 is de V&V overgeheveld naar de Zvw. Deze kosten zijn volledig risicodragend, met uitzondering van Wlz-geïndiceerden met een extramurale indicatie maar een dusdanige zorgwaarde dat zij een beroep doen op de Wlz (Regeling Flankerend Beleid Risicoverevening 2015).

Bij de transitie van AWBZ naar andere domeinen (Wmo, Zvw en Wlz) is een overgangsregeling gehanteerd. Verzekerden met al een AWBZ-indicatie, die doorloopt tot (en met) 2015 en in 2015 onder de Zvw vallen, krijgen direct recht op persoonlijke verpleging en/of verzorging. Verzekerden met een ABWZ-indicatie die tot (en met) 2015 en 2016 doorloopt en die vallen onder de Wmo of Wlz, komen direct onder deze andere domeinen te vallen.

gGGZ-kosten verzekerden 18+ – in totaal € 3.583 miljoen

Dit zijn de kosten van de generalistische basis GGZ en de specialistische GGZ voor verzekerden van 18+, inclusief het eerste jaar verblijf in een GGZ-instelling. De kosten voor het tweede en derde jaar verblijf in een GGZ-instelling vallen onder de vaste kosten (Regeling risicoverevening, 2015).

Ook hier is er een overgangsregeling. Voor verzekerden die al langdurige GGZ voor 2015 kregen en per 1 januari 2015 korter dan één jaar zijn opgenomen in een instelling, komen de kosten van de eerste drie jaar in een instelling onder de Zvw. Hiervan is in 2015 het eerste jaar risicodragend en het tweede en derde jaar verblijf vallen onder de vaste kosten. Voor verzekerden die langdurige GGZ voor 2015 kregen en per 1 januari 2015 langer dan één jaar zijn opgenomen in een instelling, komen de kosten direct onder de Wlz.

In de uitvoering zijn de kosten geschoond voor de opbrengstverrekening*.

¹⁰ De genoemde bedragen in deze paragraaf zijn de gerealiseerde kosten bij de definitieve vaststelling.

¹¹ Dit is het MPB-bedrag (Bepaling Macro Deelbedragen 2015). De gerealiseerde kosten zijn niet apart onderscheiden in de aangeleverde bestanden.

Vaste zorgkosten – in totaal € 898 miljoen

In lijn met het beleid om de risicodragendheid van zorgverzekeraars te vergroten zijn een aantal typen kosten van de vaste kosten naar de variabele kosten overgeheveld. In 2015 vallen onder de vaste kosten: de kosten van add-ons voor overige oncolytica en expertproducten, langdurige GGZ (tweede en derde jaar intramuraal verblijf), 25 % van de kosten van de Stichting Kinderoncologie Nederland en Nederlandse Transplantatiestichting, de kosten voor de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten, de Stichting Kwaliteitsontwikkeling GGZ en de Stichting Kwaliteitsgelden patiënt en consument, en een vast te stellen percentage van de kosten van prestaties geleverd door instellingen voor experimenten in kader van de Wet marktordening gezondheidszorg (overzicht in Bijlage A). De vaste kosten worden achteraf volledig vergoed (nacalculatie). Zorgverzekeraars dragen geen financieel risico over deze kosten.

Een belangrijke wijziging per 2015 is de overheveling van de gGGZ-kosten van verzekerden jonger dan 18 jaar naar de Jeugdwet en daarmee onder verantwoordelijkheid van de gemeenten (voormalig vielen deze kosten onder de vaste kosten). Deze wijziging heeft geen impact op de bevindingen in deze Monitor, omdat wij niet dieper de vaste kosten analyseren.

Opbrengsten verplicht eigen risico – in totaal € 3.181 miljoen

In 2015 geldt een verplicht eigen risico van € 375 voor verzekerden 18+. Dit is een verhoging van € 15 ten opzichte van 2014. Zorgverzekeraars innen de bedragen voor het verplicht eigen risico direct van hun verzekerden. Deze opbrengsten worden ingehouden op de bijdrage. De in te houden korting wordt berekend aan de hand van een ex ante model.

2.2 Ex ante risicovereveningsmodellen

In 2015 zijn er vier ex ante modellen (Tabel 2-1). Bijlage A geeft een overzicht van de modelwijzigingen over afgelopen jaren.

Tabel 2-1: Ex ante risicovereveningsmodellen in 2015^{a, b}

Somatische kosten (gehele Zvw-bevolking)		V&V-kosten (gehele Zvw-bevolking)		gGGZ-kosten (verzekerden van 18+)		Opbrengsten verplicht eigen risico (verzekerden van 18+)	
Vereveningskenmerken:	#	Vereveningskenmerken:	#	Vereveningskenmerken:	#	Forfaitaire groep	
Leeftijd/geslacht	40	Leeftijd/geslacht	30	Leeftijd/geslacht	30	(in te houden bedrag € 356,36):	
AVI	18	Regio-V&V	5	AVI	18	voor verzekerden in FKG>0,	
SES	12	MHK	7	SES	8	DKG>0 of MHK>0.	
Regio	10			Regio-GGZ	10	Niet-forfaitaire groep	
FKG	25			FKG-GGZ	8	(in te houden bedrag wordt	
DKG	16			PPA	2	berekend):	
MHK	7			DKG-GGZ	6	Vereveningskenmerken ^a : #	
HKG	5			MHK-GGZ	4	Leeftijd/geslacht 30	
GSM	4					AVI 18	
						Regio 10	
Totaal # risicoklassen^b:	137	Totaal # risicoklassen^b:	42	Totaal # risicoklassen^b:	86	Totaal # risicoklassen^b:	58

Voetnoot Tabel 2-1

a. Een gedetailleerde beschrijving van de vereveningskenmerken is te vinden in WOR 710 (OT-fase).

b. De afkortingen zijn opgenomen in Bijlage F en de definities in Bijlage G.

2.2.1 Somatische kosten

Het ex ante model bestaat uit negen vereveningskenmerken* met in totaal 137 risicoklassen* (Tabel 2-1). WOR 710 (OT-fase) beschrijft deze vereveningskenmerken. Dit model schat de normbedragen voor de somatische kosten van alle verzekerden in de Zvw-bevolking. Deze normbedragen worden gebruikt voor het vaststellen van de ex ante bijdrage.

Modelwijzigingen

Belangrijke wijzigingen in het ex-ante model in 2015 ten opzichte van 2014 zijn:

- Een nieuw vereveningskenmerk: Generieke Somatische Morbiditeit (GSM). Dit kenmerk heeft vier risicoklassen, bestaande uit een interactie van gezond/ongezond en ouder/ jonger dan 65 jaar. Gezond zijn de verzekerden die in de afslagklassen zijn ingedeeld van de Farmaciekostengroepen (FKG), Diagnosekostengroepen (DKG), Meerjarig Hoge kosten (MHK) en Hulpmiddelenkostengroepen (HKG). Ongezonder is het complement.
- De risicoklasse TNF-alfaremmers is toegevoegd aan FKG. Deze risicoklasse is gebaseerd op de add-ons van deze middelen. Er geldt een restrictie op samenloop met risicoklasse 'Reuma: overige middelen'.

- Binnen Aard van Inkomen (AVI) is de peildatum van studenten verschoven van 1 oktober naar 1 juni.
- Binnen Sociaaleconomische status (SES) zijn de inkomensgrenzen voor de risicoklassen leeftijdsafhankelijk geworden.

Criteriumneutraliteit: DKG, HKG, MHK en GSM

Voor DKG, HKG, MHK en GSM geldt criteriumneutraliteit. Het normbedrag van de afslagklasse wordt bij de definitieve vaststelling zodanig aangepast dat de macrobijdrage, die met dit vereveningskenmerk (inclusief afslagklasse) wordt verdeeld, gelijk is aan nul. Bij GSM worden twee 'afslagklassen' gecorrigeerd, namelijk gezond 65- en gezond 65+. Criteriumneutraliteit is ingezet vanwege onzekerheid over de prevalenties van de positieve risicoklassen van deze vereveningskenmerken.

2.2.2 V&V-kosten

Het ex ante model voor de V&V-kosten beperkt zich tot 65-plussers en bestaat uit drie vereveningskenmerken, met in totaal 42 risicoklassen (Tabel 2.1). Het regio kenmerk is gebaseerd op zorgkantoorregio's. WOR 710 (OT-fase) beschrijft deze vereveningskenmerken. Voor 65-minners gelden vaste normbedragen voor de leeftijd/geslachtgroepen.

Criteriumneutraliteit: MHK

Voor MHK geldt criteriumneutraliteit. Het normbedrag van de afslagklasse van dit kenmerk wordt bij de definitieve vaststelling zodanig aangepast dat de macrobijdrage, die wordt verdeeld met het vereveningskenmerk (inclusief afslagklasse), gelijk is aan nul.

2.2.3 gGGZ-kosten

Het ex ante model voor de gGGZ-kosten heeft acht vereveningskenmerken, met in totaal 86 risicoklassen (Tabel 2-1). WOR 710 (OT-fase) beschrijft deze vereveningskenmerken.

Modelwijzigingen

Een aantal belangrijke wijzigingen in het ex ante model ten opzichte van 2014 zijn:

- Een nieuw vereveningskenmerk: GGZ-MHK. Dit kenmerk is gebaseerd op gGGZ-kosten van drie voorgaande jaren. Er zijn vier risicoklassen: geen kosten, tenminste één keer kosten over een periode van drie jaar, drie keer kosten in de top 1,25 % en drie keer kosten in de top 0,5 %.
- Vereveningskenmerk Lage Kostendrempel (LDR) vervalt.
- De psychische DKGs (GGZ-DKG) zijn geactualiseerd vanwege invoering van de generalistische basis GGZ per 2014. Dit leidt tot een verschuiving van verzekerden van GGZ-DKG 1 naar GGZ-DKG 0.
- Binnen AVI is de peildatum van studenten verschoven van 1 oktober naar 1 juni.
- Binnen SES zijn de inkomensgrenzen voor de risicoklassen leeftijdsafhankelijk gemaakt.

Criteriumneutraliteit: GGZ-DKG en GGZ-MHK

Voor GGZ-DKG en GGZ-MHK geldt criteriumneutraliteit. De normbedragen van de afslagklassen van deze vereveningskenmerken worden bij de definitieve vaststelling zodanig aangepast dat de macrobijdrage, die wordt verdeeld met het vereveningskenmerk (inclusief afslagklasse), gelijk is aan nul.

2.2.4 Opbrengsten verplicht eigen risico

In 2015 vallen onder het verplicht eigen risico de somatische kosten (inclusief GRZ en ZG, met uitzondering van huisartsenzorg, verloskundige zorg en kraamzorg), de gGGZ-kosten en de LGGZ. De V&V-kosten zijn uitgesloten.

Een bedrag van € 356,36 per verzekerde wordt ingehouden op de bijdrage voor verzekerden in de forfaitaire groep*. Dit zijn verzekerden in een positieve risicoklasse van een FKG, DKG of MHK.

Voor de overige verzekerden in de Zvw-bevolking van 18+ (de niet forfaitaire groep*) wordt een ex ante model gebruikt om de verwachte opbrengsten van het verplicht eigen risico te berekenen. Dit is de in te houden korting op de bijdrage voor deze verzekerden. Het eigen risicomodel van 2015 bestaat uit drie vereveningskenmerken met in totaal 58 risicoklassen (Tabel 2-1). WOR 710 (OT-fase) beschrijft deze vereveningskenmerken. De vormgeving van dit model is niet gewijzigd ten opzichte van 2014; wel zijn de kosten onder het verplicht eigen risico uitgebreid.

2.3 Flankerend beleid, ex post maatregel en nacalculatie op vaste kosten

In 2015 is flankerend beleid* (FB)¹² en één type ex post maatregel* ingezet (Tabel 2-2). Op het verplicht eigen risico zijn geen flankerend beleid of een ex post maatregel van toepassing. Voor de vaste kosten geldt volledige nacalculatie. Het Ministerie van VWS heeft in 2012 beleid ingezet om de ex post maatregelen af te bouwen ter bevordering van een doelmatige uitvoering van de Zvw, met uitzondering van flankerend beleid en nacalculatie op de vaste kosten. Deze Monitor behandelt flankerend beleid dan ook apart naast de geldende ex post maatregel. De vaste kosten komen enkel aanbod in de macroanalyse (Hoofdstuk 3).

Tabel 2-2: Flankerend beleid, ex post maatregel en nacalculatie op vaste kosten in 2015.

Somatische kosten (gehele Zvw-bevolking)	V&V-kosten (gehele Zvw-bevolking)	gGGZ-kosten (verzekerden van 18+)	Vaste kosten
Flankerend beleid	Flankerend beleid Bandbreedteregeling: 95 % met +/- € 5	Flankerend beleid Bandbreedteregeling: 90 % met € +/- 15	Nacalculatie 100 %

2.3.1 Somatische kosten

De bandbreedteregeling voor somatische kosten vervalt per 2015. Daarmee is er geen ex post maatregel meer van toepassing. Er geldt alleen nog *flankerend beleid*. Dit is een maatregel om een gelijke uitgangspositie tussen zorgverzekeraars te bewerkstelligen bij een onderschrijding dan wel overschrijding van het MPB. Flankerend beleid wordt ten tijde van de definitieve vaststelling uitgevoerd.

2.3.2 V&V-kosten

Voor de V&V-kosten geldt flankerend beleid en één ex post maatregel, namelijk de bandbreedteregeling. Met de bandbreedteregeling worden zorgverzekeraars voor 95 % van de kosten boven het grensbedrag gecompenseerd, ingeval het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde meer dan € 5,00 (positief dan wel negatief) afwijkt van het landelijk gemiddelde. In vergelijking met de bandbreedteregeling voor de gGGZ-kosten heeft de bandbreedteregeling voor de V&V-kosten een smallere bandbreedte en daardoor een ruimere regeling. Het Ministerie van VWS heeft hier destijds voor gekozen omdat de V&V-kosten per 2015 zijn overgeheveld vanuit de AWBZ. Er kunnen zorgverzekeraars zijn die moeten afdragen aan het fonds en zorgverzekeraars die ontvangen vanuit het fonds. Deze bandbreedteregeling wordt uitgevoerd nadat eerst flankerend beleid is uitgevoerd.

2.3.3 gGGZ-kosten

De Hoge Kosten Compensatie (HKC) voor de gGGZ-kosten vervalt per 2015. Daarmee is alleen nog flankerend beleid en de bandbreedteregeling van toepassing. Daarbij is de bandbreedte van deze regeling verruimd van € +/- 12,50 naar € +/- 15,00 per verzekerde van 18+ (verschraving van de regeling). Zorgverzekeraars worden voor 90 % van de kosten boven het grensbedrag gecompenseerd, indien het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde van 18+ meer dan € 15,00 (positief dan wel negatief) afwijkt van het landelijk gemiddelde. Deze bandbreedteregeling wordt uitgevoerd nadat flankerend beleid is uitgevoerd.

¹² Dit is flankerend beleid Type I ten behoeve van een gelijke uitgangspositie voor zorgverzekeraars; niet flankerend beleid Type II.

2.4 Flankerend beleid Type II (late pakketwijziging)

In 2015 is flankerend beleid Type II* toegepast. Dit is een maatregel om wijzigingen in het basispakket door te voeren, nadat het MPB al is vastgesteld maar wel nog voor 1 januari van het betreffende jaar zijn uitgevoerd (Besluit Zorgverzekering). De twee wijzigingen zijn:

- De overheveling van eerstelijnsverblijf naar de Zvw is uitgesteld tot 1 januari 2016. Deze zorg wordt gefinancierd door middel van een subsidie in de Wlz. In de uitvoering is € 96 miljoen in mindering gebracht op de vaste kosten van 2015.
- De overheveling van zorg naar Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015), Jeugdwet en/of Zvw voor circa 14.000 verzekerden met een extramurale indicatie maar met een zodanige zorgwaarde dat ze een beroep kunnen doen op de Wlz is uitgesteld tot 1 januari 2016. Deze verzekerden stromen direct in de Wlz in. In de uitvoering is € 37 miljoen in mindering gebracht op de V&V-kosten.

In totaal is € 133 miljoen in mindering gebracht op de bijdrage vanaf de 1^e voorlopige vaststelling. Deze afslag is inbegrepen in de analyses bij de definitieve vaststelling.



Deel 1 – Toetsing werking risicovereveningssysteem

3 Macroniveau

Bevindingen

- Voor de somatische kosten, V&V-kosten en gGGZ-kosten geldt een macrovereveningsresultaat van totaal € + 2.395 miljoen. Dit bestaat uit: € + 2.007 miljoen voor somatische kosten (€ + 119 per verzekerde), € + 390 miljoen voor de gGGZ-kosten (€ + 29 per verzekerde 18+), € - 3 miljoen voor V&V-kosten (€ - 0,18 per verzekerde).¹³
- Voor het verplicht eigen risico geldt een macrovereveningsresultaat van € - 359 miljoen (€ - 27 per verzekerde 18+). De korting op de bijdrage is hoger dan de geïnde opbrengsten.
- Het absolute effect van flankerend beleid voor de somatische kosten en gGGZ-kosten is afgenomen ten opzichte van voorgaande jaren (V&V is nieuw per 2015).
- Door het afschaffen van HKC is het absolute effect van de bandbreedteregeling voor de gGGZ-kosten toegenomen ten opzichte van voorgaande jaren, ondanks verruiming van de bandbreedte van deze ex post maatregel.
- De macrobijdrage is verhoogd met € 471 miljoen, als gevolg van de bandbreedteregeling (€ - 8 miljoen) en nacalculatie op de vaste zorgkosten (€ + 479 miljoen).

Dit hoofdstuk analyseert de werking van het risicovereveningssysteem 2015 op *macroniveau*. Wij analyseren het *macrovereveningsresultaat**: het verschil tussen macrobijdrage en macrokosten. Een positief macrovereveningsresultaat betekent een *onderschrijding* van het MPB en een negatief resultaat een *overschrijding* van het MPB. Wij analyseren de totale Zvw-kosten en aparte deelbedragen op moment van de definitieve vaststelling, zowel voor als na flankerend beleid en bandbreedteregeling (indien van toepassing). Ook analyseren wij het effect van nacalculatie op de vaste zorgkosten.

3.1 Macrobijdrage, -kosten en -vereveningsresultaat

Macrobijdrage

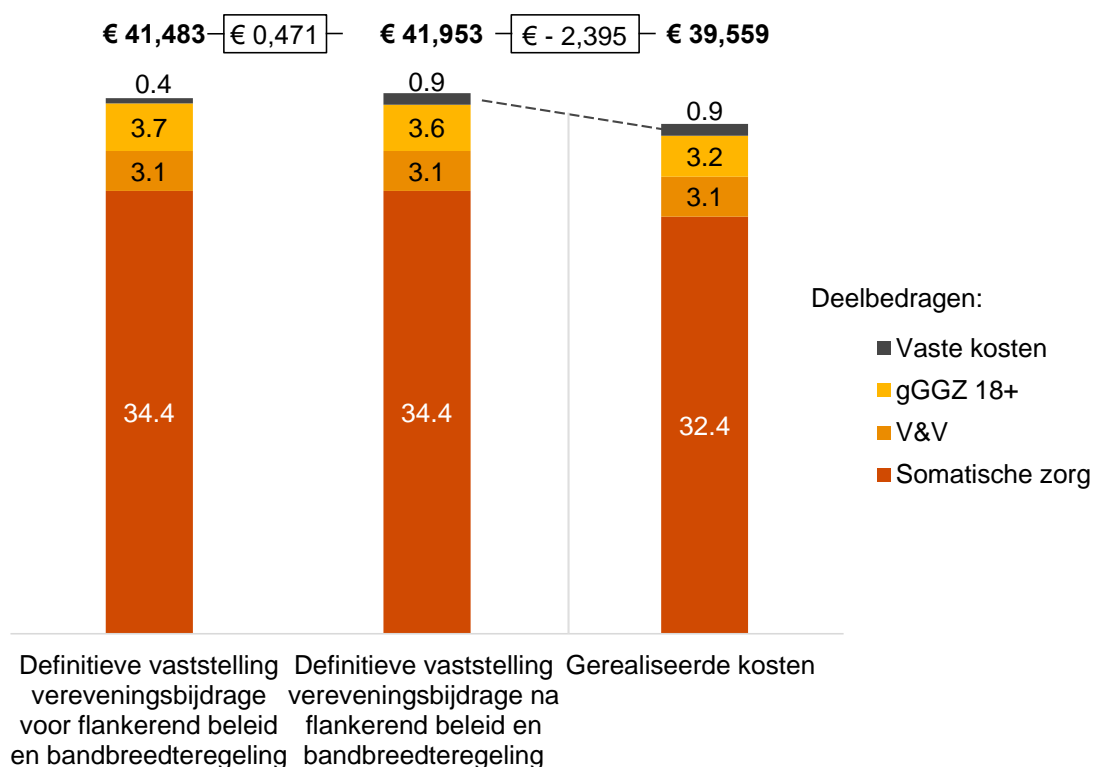
De definitieve macrobijdrage voor flankerend beleid, bandbreedteregeling en nacalculatie bedraagt **€ 41.483 miljoen** (Figuur 3-1). Flankerend beleid Type II is inbegrepen (€ 133 miljoen). De macrobijdrage is hoger dan het MPB van € 41.388 miljoen (Ministerie VWS, Bepaling Macro-deelbedragen 2015; niet in Figuur 3-1 vermeld). Het verschil tussen deze bedragen komt voornamelijk doordat de werkelijke samenstelling van de Zvw-bevolking anders uitpakt dan verwacht (Hoofdstuk 6 en 7).

De bandbreedteregeling (in totaal - € 8 miljoen voor de V&V- en gGGZ-kosten tezamen) en nacalculatie op de vaste kosten (+ € 479 miljoen) zorgen voor een opslag op de macrobijdrage van **€ 471 miljoen**. Flankerend beleid is macroneutraal.

De definitieve macrobijdrage bedraagt **€ 41.953 miljoen** (Figuur 3-1).

¹³ Zorgverzekeraars hebben positieve behaalde resultaten ingezet voor het verlagen van de premie van de basisverzekering in toekomstige jaren (Bron: jaarverslagen zorgverzekeraars).

Figuur 3-1: Overzicht macrobijdrage en gerealiseerde kosten bij de definitieve vaststelling 2015, uitgedrukt in miljarden €.



Macrokosten

De gerealiseerde macrokosten bedragen **€ 39.559 miljoen** (Figuur 3-1). In 2014 bedroegen de macrokosten € 36.999 miljoen (Monitor 2014). Deze stijging (in totaal 6,9 %) komt door de overhevelingen per 2015. Ingeval deze overgehevelde kosten - V&V, GRZ en ZG – buiten beschouwing worden gelaten, zijn de macrokosten van de somatische zorg en gGGZ tezamen juist met 3,9 %¹⁴ gedaald ten opzichte van 2014. Van 2014-op-2013 stegen de macrokosten met 1,1 % (Monitor 2014).

Macrovereveningsresultaat

De gerealiseerde macrokosten zijn lager dan de definitieve macrobijdrage, hetgeen resulteert in een positief macrovereveningsresultaat van **€ 2.395 miljoen** (Figuur 3-1). Voorgaande jaren waren er ook positieve resultaten:

- € 3.420 miljoen in 2014.
- € 2.746 miljoen in 2013.
- € 1.452 miljoen in 2012.

Het resultaat in 2015 is lager dan in voorgaande twee jaren. Het MPB is ten opzichte van voorgaande jaren minder (te) hoog ingeschat, waardoor het MPB¹⁵ achteraf beter aansluit op de gerealiseerde kosten.

3.2 Somatische kosten

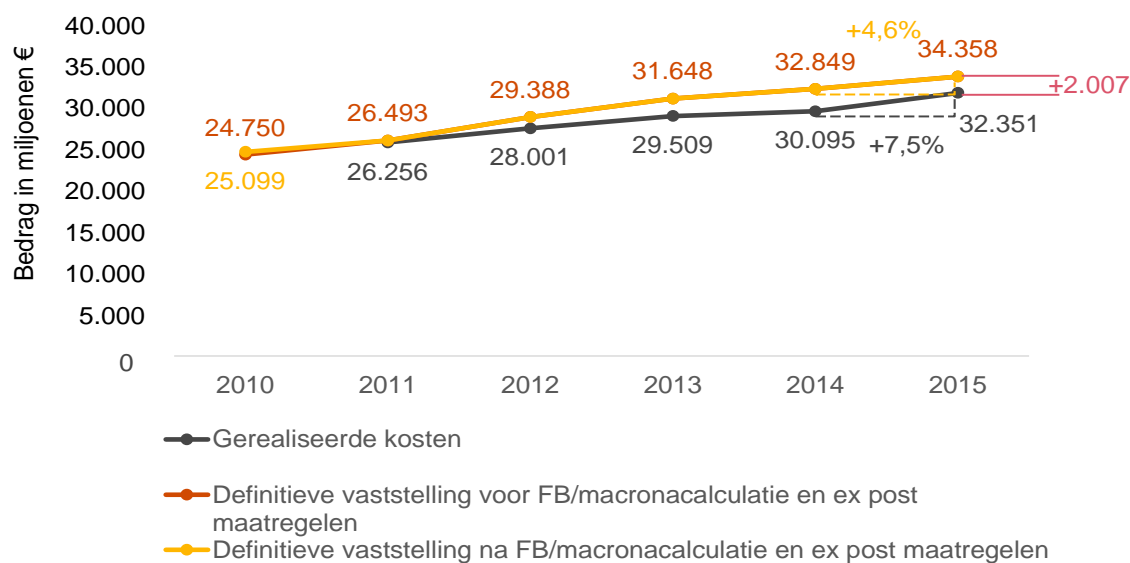
De definitieve macrobijdrage voor de somatische kosten bedraagt **€ 34.358 miljoen** (Figuur 3-1). De gerealiseerde somatische kosten bedragen **€ 32.351 miljoen**. Dit resulteert in een positief macrovereveningsresultaat van **€ 2.007 miljoen**, omgerekend € 119 per verzekerde.

Figuur 3-2 geeft de ontwikkeling van de macrobijdrage (voor en na flankerend beleid en ex post maatregelen) en de macrokosten over 2010 t/m 2015 weer. Bij deze resultaten dienen wijzigingen in de kostendefinities en vormgeving van het risicovereveningssysteem, waaronder de inzet van flankerend beleid per 2012 en de afbouw van ex post maatregelen sinds 2012, in acht te worden genomen (Hoofdstuk 2 en Bijlage A).

¹⁴ Voor ZG is het MPB-bedrag meegenomen in deze berekening (Bepaling Macro Deelbedragen 2015). De gerealiseerde kosten zijn niet apart onderscheiden in de aangeleverde bestanden.

¹⁵ In dit geval de totale bijdrage aan zorgverzekeraars.

Figuur 3-2: Ontwikkeling macrobijdrage en -kosten voor de somatische zorg over 2010 t/m 2015, uitgedrukt in miljoenen €.



Voetnoot Figuur 3-2:

- * Inclusief voor en na de inzet van macronacalculatie tot en met 2011 en flankerend beleid vanaf 2012. Daarnaast hebben wijzigingen plaatsgevonden in de inzet van ex post maatregelen (Hoofdstuk 2 en Bijlage A). Door inzet van macronacalculatie (tot en met 2011) is de definitieve vaststelling na macronacalculatie en ex post maatregelen gelijk aan de gerealiseerde kosten, met uitzondering van kleine verschillen. Door inzet van flankerend beleid vanaf 2012 wordt het niveau van de bijdrage achteraf niet meer gecorrigeerd naar het niveau van de gerealiseerde kosten, waardoor sprake kan zijn van een positief/negatief macrovereveningsresultaat.
- * Flankerend beleid heeft geen tot een nihil effect op macroniveau, waardoor de twee lijnen van de definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid en ex post maatregelen (gele en oranje lijn) samenvallen in deze figuur.

De macrobijdrage en -kosten ontwikkelen zich als volgt over tijd:

- De macrobijdrage (voor en na flankerend beleid en ex post maatregelen) in 2015 is met circa 4,6 % gestegen ten opzichte van 2014 (Figuur 3-2). Deze stijging hangt samen met wijzigingen in de kostendefinities, waaronder de overhevelingen, en de algemene kostenstijging van de Zvw. Van 2014-op-2013 steeg de macrobijdrage met 3,8 % (Monitor 2014).
- De gerealiseerde somatische kosten voor 2015 zijn met circa 7,5 % gestegen ten opzichte van 2014 (Figuur 3-2). Van 2014-op-2013 stegen de kosten met circa 2,0 %. Deze stijging kan grotendeels worden toegeschreven aan de overhevelingen per 2015, zoals de GRZ, extramurale behandeling ZG en de overige dure geneesmiddelen (o.a. TNF-alfaremmers, weesgeneesmiddelen en expertproducten).
- In 2015 is het macrovereveningsresultaat lager dan in voorgaande twee jaren. In 2014 was het resultaat € 2.750 miljoen (€ 164 per verzekerde) en in 2013 € 2.141 miljoen (€ 130 per verzekerde) (Monitor 2013, 2014). Het MPB is in 2015 achteraf beter ingeschat dan in voorgaande twee jaren.

Effect van flankerend beleid (geen ex post maatregelen)

Flankerend beleid heeft geen effect op macroniveau, omdat dit een onderlinge verrekening tussen zorgverzekeraars is. Echter, flankerend beleid heeft wel effect op de bijdrage van elke zorgverzekeraar. Om dit effect in kaart te brengen, analyseren wij de absolute mutaties tussen zorgverzekeraars. Wij sommeren de absolute bedragen die zorgverzekeraars onderling afdragen of ontvangen. In totaal zorgt flankerend beleid voor een absoluut effect van: € 176,7 miljoen in 2015. In voorgaande jaren was dit absolute effect:

- € 238,8 miljoen in 2014 (Monitor 2014).
- € 172,1 miljoen in 2013 (Monitor 2013).
- € 135,5 miljoen in 2012 (Monitor 2012).

De afname van de absolute verschuiving in de bijdrage tussen zorgverzekeraars in 2015, ten opzichte van 2014, hangt samen met de daling van het macrovereveningsresultaat in 2015. Bij een kleinere onderschrijding van het MPB hoeft minder geld onderling te worden verrekend om zorgverzekeraars een evenredig aandeel van deze onderschrijding toe te delen.

3.3 V&V-kosten

De definitieve macrobijdrage voor de V&V-kosten bedraagt **€ 3.122 miljoen** (Figuur 3-1). De gerealiseerde V&V-kosten bedragen **€ 3.124 miljoen** (Figuur 3-1). Dit resulteert in een negatief macrovereveningsresultaat van afgerond **€ 3 miljoen**, omgerekend € 0,18 per verzekerde.

De V&V-kosten zijn per 2015 overgeheveld, waardoor vergelijking met voorgaande jaren niet mogelijk is.

Effect van flankerend beleid en bandbreedteregeling

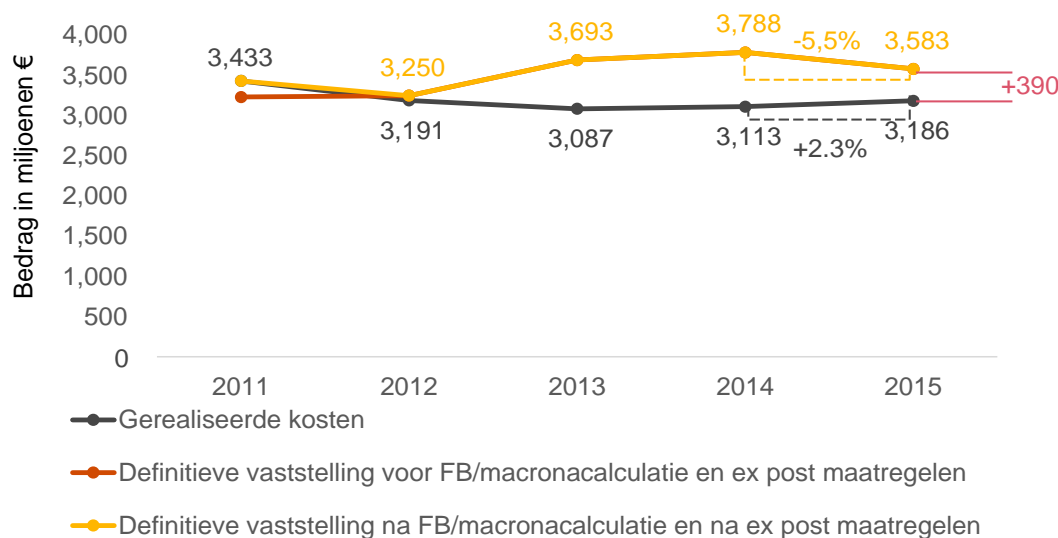
Op macroniveau vindt door flankerend beleid een absolute verschuiving in de bijdrage tussen zorgverzekeraars plaats van **€ 0,4 miljoen**. Dit hangt samen met het relatief beperkte macrovereveningsresultaat, waardoor de onderlinge verrekeningen tussen zorgverzekeraars beperkt zijn.

De bandbreedteregeling zorgt voor een negatief effect van **€ 0,7 miljoen**. Dit is het saldo van een vereveningsresultaat van € 143,7 miljoen boven de bovengrens van deze maatregel en € 144,4 miljoen onder de ondergrens, waarvan 95 % wordt gecompenseerd. Ofwel, dit is een verrekening van € + 136,5 miljoen met € - 137,2 miljoen. Deze maatregel is van toepassing op 24 zorgverzekeraars, waarvan 18 zorgverzekeraars afdragen aan het fonds (een negatief effect) en 6 zorgverzekeraars ontvangen vanuit het fonds (een positief effect). Net zoals flankerend beleid, heeft de bandbreedteregeling effect op de bijdrage van (enkele) zorgverzekeraars. Dit blijkt uit de absolute verschuiving in de bijdrage tussen zorgverzekeraars van totaal € 273,7 miljoen.

3.4 gGGZ-kosten

De definitieve macrobijdrage voor de gGGZ-kosten bedraagt **€ 3.576 miljoen** (Figuur 3-1). De gerealiseerde gGGZ-kosten bedragen **€ 3.186 miljoen** (Figuur 3-1). Dit resulteert in een positief macrovereveningsresultaat van **€ 390 miljoen**, omgerekend € 29 per verzekerde 18+.

Figuur 3-3: Ontwikkeling van macrobijdrage en -kosten voor de gGGZ over 2011 t/m 2015, uitgedrukt in miljoenen € ^a_b



Voetnoot Figuur 3-3:

- Inclusief voor en na de inzet van macronacalculatie tot en met 2011 en flankerend beleid vanaf 2012. Daarnaast hebben wijzigingen plaatsgevonden in de inzet van ex post maatregelen (zie Hoofdstuk 2 en Bijlage A). *Noot* - Door inzet van macronacalculatie (tot en met 2011) is de definitieve vaststelling na macronacalculatie en ex post maatregelen gelijk aan de gerealiseerde kosten, met uitzondering van kleine verschillen. Door inzet van flankerend beleid vanaf 2012 wordt het niveau van de bijdrage achteraf niet meer gecorrigeerd naar het niveau van de gerealiseerde kosten, waardoor sprake kan zijn van een positief/negatief macrovereveningsresultaat.
- De resultaten van 2010 en eerdere jaren zijn niet opgenomen, omdat toen sprake was van volledige nacalculatie van de gGGZ-kosten.

De macrobijdrage en -kosten ontwikkelen zich als volgt over tijd (Figuur 3-3):

- De macrobijdrage is met circa 5,5 % gedaald ten opzichte van 2014. Van 2014-op-2013 was er juist een stijging van 2,5 % (Monitor 2014). De macrobijdrage is in 2015 achteraf minder te hoog ingeschat dan in voorgaande twee jaar.
- De gerealiseerde macrokosten zijn met 2,3 % gestegen ten opzichte van 2014. Van 2014-op-2013 was er een lichte stijging van 0,8 % (Monitor 2014).
- Het macrovereveningsresultaat in 2015 is lager dan in afgelopen jaren: € 671 miljoen in 2014 (€ 51 per verzekerde 18+) en € 605 miljoen in 2013 (€ 46 per verzekerde 18+) (Monitor 2013, 2014). In 2012 was er een relatief beperkt resultaat van € 4 per verzekerde 18+ (Monitor 2012). Het MPB van 2015 is daarmee achteraf beter ingeschat dan in afgelopen twee jaar.

Effect flankerend beleid en bandbreedteregeling

Flankerend beleid zorgt op macroniveau voor een absolute verschuiving in de bijdrage tussen zorgverzekeraars van € 47,0 miljoen. In voorgaande jaren was dit absolute effect:

- € 86,2 miljoen in 2014 (Monitor 2014).
- € 75,1 miljoen in 2013 (Monitor 2013).
- € 7,7 miljoen in 2012 (Monitor 2012).
- Het effect in 2015 is daarmee lager dan in voorgaande twee jaren. Dit hangt samen met het lagere macrovereveningsresultaat in 2015 ten opzichte van deze jaren.

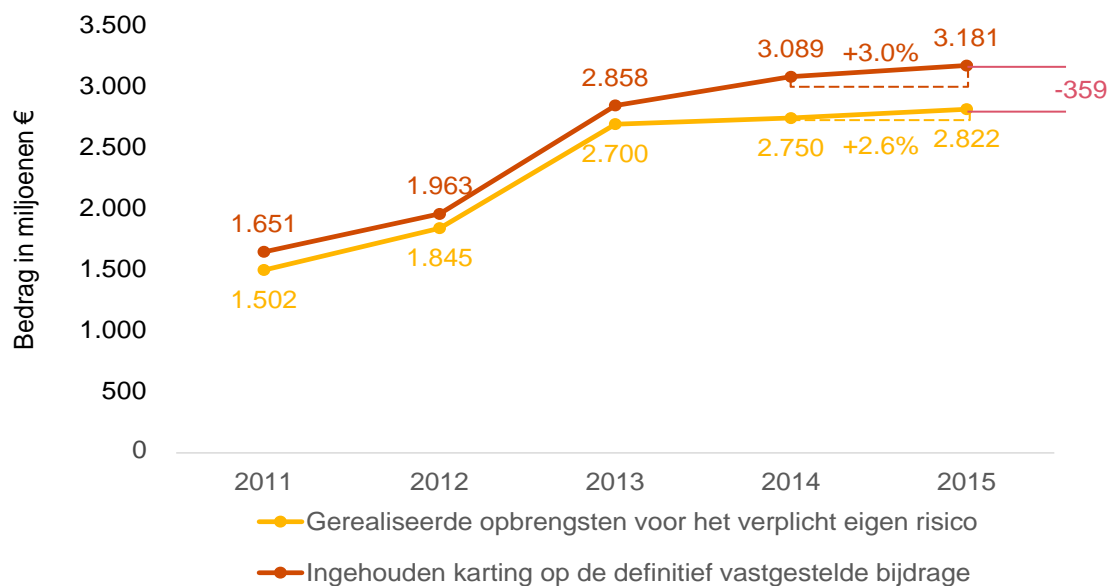
De bandbreedteregeling zorgt voor een effect van € - 7,4 miljoen. Dit is het saldo van een vereveningsresultaat van € 1,7 miljoen boven de bovengrens van deze maatregel en een vereveningsresultaat van € 9,9 miljoen onder de ondergrens, waarvan 90 % wordt gecompenseerd. Ofwel, de regeling is een verrekening van € + 1,5 miljoen en € - 8,9 miljoen. Deze maatregel heeft effect op 9 zorgverzekeraars, waarvan 6 zorgverzekeraars afdragen aan het fonds (een negatief effect) en 3 zorgverzekeraars ontvangen (een positief effect). Het effect van de bandbreedteregeling is, ondanks de verruiming van de bandbreedte, toegenomen ten opzichte van afgelopen twee jaar: € - 4,2 miljoen in 2014 (Monitor 2014) en € - 1,1 miljoen in 2013 (Monitor 2013). De toename in 2015 is het gevolg van het afschaffen van de HKC. In voorgaande jaren werd eerst de HKC toegepast, voordat de bandbreedteregeling werd uitgevoerd.

Door de bandbreedteregeling vindt op macroniveau een absolute verschuiving plaats in de bijdrage tussen zorgverzekeraars van € 10,4 miljoen in 2015. Dit effect is toegenomen ten opzichte van afgelopen twee jaar: € 6,4 miljoen in 2014 (Monitor 2014) en € 9,5 miljoen in 2013 (Monitor 2013). Dit is ook het gevolg van het afschaffen van de HKC in 2015, ondanks de verruiming van de bandbreedte van deze maatregel.

3.5 Opbrengsten verplicht eigen risico

In 2015 is € 3,181 miljoen ingehouden op de macrobijdrage voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico, omgerekend € 237 per verzekerde 18+. Deze korting is over afgelopen jaren toegenomen (Figuur 3-4). Dit hangt samen met de verhoging van het verplicht eigen risico bedrag: van € 220 in 2012, naar € 350 in 2013, € 360 in 2014 en € 375 in 2015.

Figuur 3-4: Ontwikkeling van de ingehouden korting op de bijdrage en de gerealiseerde opbrengsten van het verplicht eigen risico over 2011 t/m 2015, uitgedrukt in miljoenen €.



De totale opbrengsten van het verplicht eigen risico bedragen in 2015 **€ 2.822 miljoen**. Dit is de som van de geïnde opbrengsten die zorgverzekeraars hebben opgegeven aan het ZIN. De totale opbrengsten zijn gestegen met 2,6 % ten opzichte van 2014 (Figuur 3-4). Dit komt waarschijnlijk door de verhoging van het verplicht eigen risico bedrag, waardoor zorgverzekeraars meer geld innen van hun verzekerden.

Net zoals voorgaande jaren, zijn in 2015 de totale opbrengsten lager dan de ingehouden korting op de bijdrage (Figuur 3-4). Dit resulteert in een macrovereveningsresultaat van **€ - 359 miljoen**, omgerekend € 27 per verzekerde 18+. In voorgaande jaren was er ook een negatief macrovereveningsresultaat:

- € - 339 miljoen in 2014: € 25 per verzekerde 18+ (Monitor 2014).
- € - 158 miljoen in 2013: € 12 per verzekerde 18+ (Monitor 2013).
- € - 118 miljoen in 2012: € 9 per verzekerde 18 + (Monitor 2012).

Het negatieve macrovereveningsresultaat is in 2015 verder toegenomen ten opzichte van voorgaande jaren. Dit hangt samen met de onderschrijding van het MPB; bijvoorbeeld als gevolg van de uitvoering van het preferentiebeleid voor generieke geneesmiddelen. Doordat de kosten lager zijn dan verwacht, zijn ook de opbrengsten voor het verplicht eigen risico lager dan verwacht. Hierdoor neemt het negatieve resultaat toe. In de vaststelling van de korting is niet rekening gehouden met een dergelijke kostenonderschrijding (geen aanpassingen in de methodiek ten opzichte van voorgaande jaren).

4 Zorgverzekeraarsniveau

Bevindingen

Somatische kosten

- Het risicovereveningssysteem reduceert de reikwijdte en spreiding (beide 83 %) van het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars. Het ex ante model zorgt een reductie van 87 % en 86 % respectievelijk. Flankerend beleid zorgt voor een lichte toename in de reikwijdte en spreiding.
- Het ex ante model brengt verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang terug.
- Deze patronen zijn in lijn met voorgaande jaren Hierbij vallen op:
 - Een hogere absolute spreiding tussen zorgverzekeraars en het ex ante model reduceert deze spreiding relatief (iets) minder dan in vorig jaar. Dit kan samenhangen met de uitbreiding van de risicodragende kosten door de overhevelingen.
 - Door het afschaffen van de bandbreedteregeling is er in 2015 een (iets) lagere reductie in de reikwijdte en spreiding dan vorig jaar.

V&V-kosten

- Het risicovereveningssysteem reduceert de reikwijdte (97 %) en de spreiding (93 %) van het gemiddelde vereveningsresultaat. Het ex ante model zorgt voor de grootste reductie (79 % en 64 % respectievelijk), naast de bandbreedteregeling (18 % en 29 % respectievelijk). Flankerend beleid zorgt voor een lichte toename in de reikwijdte en spreiding.
- Het ex ante model verkleint de verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang.
- Vergelijking met voorgaande jaren is nog niet mogelijk.

gGGZ-kosten

- Het risicovereveningssysteem reduceert de reikwijdte (88 %) en de spreiding (83 %) van het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars. Het ex ante model zorgt voor de grootste reductie (75 % en 78 % respectievelijk), naast de bandbreedteregeling (14 % en 8 % respectievelijk). Flankerend beleid zorgt voor een lichte toename in de reikwijdte en spreiding.
- Het ex ante model verkleint verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang.
- De patronen zijn in lijn met voorgaande jaren. Door afschaffing van de HKC is het effect van de bandbreedteregeling in het reduceren van verschillen tussen zorgverzekeraars toegenomen ten opzichte van vorig jaar, ondanks de verruiming van de bandbreedte van deze maatregel.

Opbrengsten verplicht eigen risico

- Het risicovereveningssysteem reduceert de reikwijdte (54 %) en de spreiding (65 %) van het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars.
- Deze patronen zijn vergelijkbaar met voorgaande jaren, waarbij de toename in de absolute spreiding samenhangt met de toename van het verplicht eigen risico bedrag. De spreidingsreductie door het ex ante model is ook toegenomen ten opzichte van vorig jaar.

Dit hoofdstuk toetst de werking van het risicovereveningssysteem 2015 op *zorgverzekeraarsniveau*. Wij analyseren de mate waarin het risicovereveningssysteem het gemiddelde vereveningsresultaat *van* en *tussen* zorgverzekeraars reduceert. Wij zetten de werking van het systeem op verschillende momenten af tegen een fictieve situatie waarin geen risicovereveningssysteem is. In deze fictieve situatie ontvangen zorgverzekeraars voor elke verzekerde een gelijk bedrag, ongeacht het risicoprofiel van deze verzekerde. De verschillende momenten die wij met elkaar vergelijken zijn:

- 'Zonder RV': fictieve situatie zonder risicovereveningssysteem.
- 'DV voor FB': definitieve vaststelling voor flankerend beleid.
- 'DV na FB': definitieve vaststelling na flankerend beleid (zonder bandbreedteregeling).
- 'DV na FB en BB': definitieve vaststelling na flankerend beleid en bandbreedteregeling.

In 2015 zijn er 25 risicodragende zorgverzekeraars. Deze zorgverzekeraars delen wij in 3 categorieën in: klein (6), middelgroot (12) en groot (7). Ook delen wij de zorgverzekeraars in: behorend tot een concern (19) of zelfstandige zorgverzekeraars (6). Ten opzichte van vorig jaar is er één grote (behorend tot een concern) zorgverzekeraar minder. Op deze wijziging na, zijn de zorgverzekeraars in dezelfde categorieën ingedeeld als in vorige editie (zie Bijlage B voor de grenzen).

Voor een goede interpretatie van de resultaten dienen de volgende punten in acht te worden genomen:

- De resultaten zijn *niet* gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat.
- Wij toetsen niet in welke mate de geconstateerde verschillen statistisch significant zijn.
- De focus ligt op interpretatie van de reductie in de verschillen *van* en *tussen* zorgverzekeraars; niet op de absolute verschillen. Wij geven geen waardeoordeel over deze absolute verschillen. Het is buiten de reikwijdte van deze Monitor om te analyseren welk deel van deze verschillen zijn gerelateerd zijn aan gezondheidsverschillen en welk deel aan doelmatigheid en zorginkoop. Het risicovereveningssysteem beoogt niet het gemiddelde vereveningsresultaat voor alle zorgverzekeraars gelijk aan het landelijk gemiddelde te krijgen (ofwel, de spreiding volledig weg te nemen). Verschillen in de kosten tussen zorgverzekeraars als gevolg van verschillen in de doelmatigheid en zorginkoop dienen niet te worden gecompenseerd. Interpretatie van de absolute bedragen is niet goed mogelijk als de oorzaken niet goed kunnen worden gekwantificeerd.
- Wij geven een indicatie van de ontwikkeling over de jaren door de resultaten te vergelijken met die van voorgaande edities, voor zover mogelijk. Wij trekken geen harde conclusies, omdat een een-op-een vergelijking niet mogelijk is vanwege wijzigingen in kostendefinities, vormgeving van het risicovereveningssysteem en wijzigingen in portefeuillesamenstellingen.

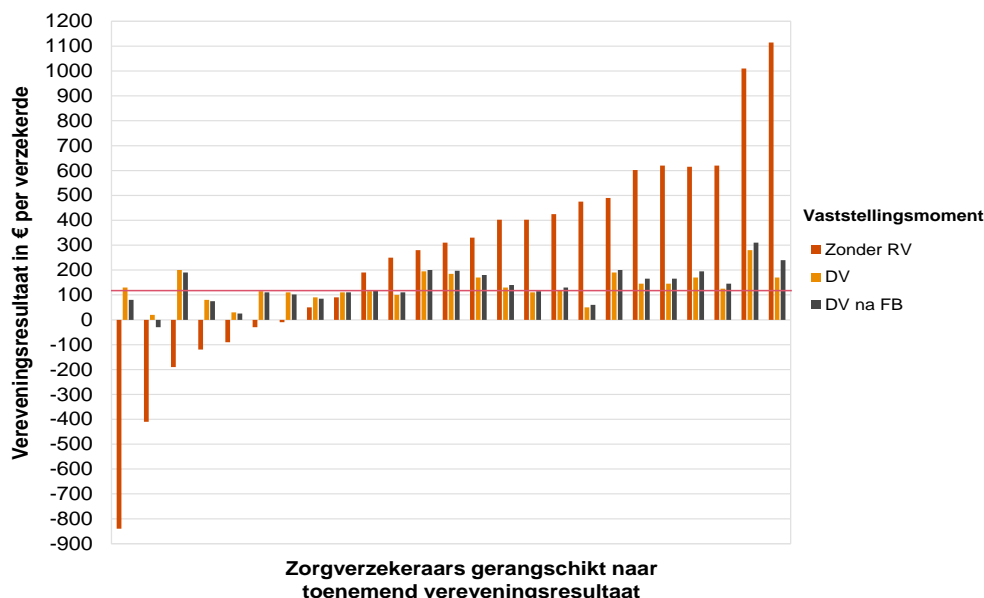
Bijlage B verantwoordt de gehanteerde uitgangspunten en definities.

4.1 Somatische kosten

4.1.1 Landelijk beeld

Figuur 4-1 analyseert het gemiddelde vereveningsresultaat per zorgverzekeraar op de verschillende momenten voor de somatische kosten. De bijbehorende tabel presenteert de reikwijdte van het gemiddelde vereveningsresultaat (minimum - maximum) en de spreiding (gewogen standaarddeviatie) hierin.

Figuur en Tabel 4-1: Gemiddeld vereveningsresultaat voor de somatische kosten in 2015 per zorgverzekeraar (aflopend gesorteerd naar kosten-per-verzekerde voor de situatie zonder risicovereveningssysteem), de tabel geeft het gemiddelde vereveningsresultaat, de reikwijdte en spreiding, in € per verzekerde.



	Gemiddelde, in € *	Reikwijdte, in €	Spreiding, in €
Zonder RV	119	1.962	269
DV voor FB	119	256	38
DV na FB	119	336	47

Voetnoot Figuur en Tabel 4-1:

* Het gemiddelde vereveningsresultaat is gelijk op elk moment. Het gemiddelde kostenniveau in 2015 is € 1.918. Dit zijn de totale gerealiseerde kosten.

Gemiddelde vereveningsresultaat en reikwijdte

Conform verwachting zijn er grote verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars in de fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem. Er wordt geen rekening gehouden met verschillen in het risicoprofiel van de portefeuilles. De reikwijdte in deze situatie bedraagt € 1.962 per verzekerde.

Door het risicovereveningssysteem nemen deze verschillen substantieel af: de reikwijdte neemt af met **83 %** (van € 1.962 naar € 336 per verzekerde: Tabel 4-1). Het risicovereveningssysteem voor de somatische kosten in 2015 is in staat een meer gelijke uitgangspositie voor zorgverzekeraars te realiseren. Dit effect is het saldo van:

- **Reductie van 87 %** door het ex ante model (DV voor FB). Dit is in lijn met voorgaande jaren: 89 % in 2014, 86 % in 2013 en 77 % in 2012 (Monitor 2014, 2013, 2012). De uitbreiding van het ex ante model komt hier niet tot uitdrukking in een grotere reductie in de reikwijdte van het gemiddelde vereveningsresultaat in 2015 ten opzichte van 2014. De reikwijdte is gebaseerd op de uiterste waarnemingen en daarmee afhankelijk van de portefeuillesamenstellingen in het vereveningsjaar. Ook zijn er kosten overgeheveld per 2015, waardoor de risicodragende kosten verschillen tussen beide jaren.
- **Toename van 4 %** door flankerend beleid (DV na FB), ten opzichte van de fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem. De toename in de reikwijdte wordt verklaard door de werking van flankerend beleid bij een onderschrijding van het MPB. Bij een onderschrijding dragen zorgverzekeraars met een hoog-risico portefeuille (bijvoorbeeld een bovengemiddeld percentage ouderen of chronisch zieken) een bijdrage af aan zorgverzekeraars met een gemiddeld laag-risico portefeuille (bijvoorbeeld een bovengemiddeld percentage gezonde verzekerden). Zorgverzekeraars met een hoog-risico portefeuille profiteren naar verwachting meer van de gerealiseerde onderschrijding dan zorgverzekeraars met een laag-risico portefeuille. Flankerend beleid zorgt ervoor dat iedere zorgverzekeraar een evenredig aandeel krijgt toebedeeld van de onderschrijding (op basis van het aantal premie equivalenten). Veelal hebben zorgverzekeraars met een hoog-risico portefeuille een negatief vereveningsresultaat en zorgverzekeraars met een laag-risico portefeuille een positief vereveningsresultaat. Als gevolg van de onderlinge verrekening neemt de reikwijdte in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars toe. Voorgaande jaren is hetzelfde effect geconstateerd, aangezien er toen ook onderschrijdingen waren (Monitor 2012, 2013, 2014).

In vergelijking met vorig jaar is de totale reductie in de reikwijdte door het risicovereveningssysteem afgenomen: 83 % in 2015 versus 89 % in 2014 (Tabel 4-2). Dit komt door een (iets) lagere reductie door het ex ante model (reikwijdte in fictieve situatie absoluut hoger) en het afschaffen van de bandbreedteregeling per 2015. Vorig jaar zorgde de bandbreedteregeling nog voor een additionele reductie van 5,5 % ten opzichte van de fictieve situatie (Monitor 2014).

Tabel 4-2: Reikwijdte en reikwijdte reductie van het gemiddelde vereveningsresultaat over 2012 t/m 2015 ^{a, b}

Jaar	Zonder RV		DV voor FB		DV na FB	
	Reikwijdte, in €	Reikwijdte, in €	Reikwijdte reductie	Reikwijdte, in €	Reikwijdtesreductie	
2012	1.471	344	77 %	377	74 %	
2013	1.691	223	86 %	277	83 %	
2014	1.840	198	89 %	300	89 %	
2015	1.962	256	87 %	336	83 %	

Voetnoot Tabel 4-2:

a. Cijfers van 2012 t/m 2014 overgenomen uit eerdere edities van de Monitor.

b. Reikwijdtesreductie ten opzichte van de fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem ('zonder RV').

Spreiding

Het risicovereveningssysteem zorgt voor een afname van de spreiding¹⁶ in het vereveningsresultaat met **83 %** (van € 269 naar € 47 per verzekerde: Tabel 4-1). Dit is het saldo van:

- **Reductie van 86 %** door het ex ante model (DV voor FB). Net zoals bij de reikwijdte, zorgt het ex ante model voor een relatief grote reductie van de verschillen tussen zorgverzekeraars (de spreiding neemt af van € 269 naar € 38 per verzekerde).
- **Toename van 3 %** door flankerend beleid (DV na FB), ten opzichte van de fictieve situatie. Hiervoor geldt dezelfde verklaring als voor de toename in de reikwijdte.

Deze resultaten liggen in lijn met voorgaande jaren (Tabel 4-3). In voorgaande jaren zorgde het ex ante model ook voor een substantiële spreidingsreductie. In 2015 is de spreidingsreductie door het ex ante model lager dan in 2014

¹⁶ Dit is de gewogen standaarddeviatie. De standaarddeviatie geeft de spreiding van het gemiddelde vereveningsresultaat van zorgverzekeraars rondom het landelijk gemiddelde vereveningsresultaat weer. Hoe groter de spreidingsreductie, hoe beter het risicovereveningssysteem werkt (i.e. het gemiddelde vereveningsresultaat van zorgverzekeraars komt dichterbij het landelijke gemiddelde). In tegenstelling tot de reikwijdte, die slechts afhankelijk is van de twee meest extreme vereveningsresultaten van zorgverzekeraars, is de spreiding gebaseerd op de vereveningsresultaten van alle zorgverzekeraars. Zowel de spreiding als de reikwijdte zijn afhankelijk van de portefeuillesamenstelling van zorgverzekeraars. Verschillen in de portefeuillesamenstelling over de jaren kan invloed hebben op de reductie in de reikwijdte en spreiding. Daarmee is niet een-op-een vergelijking met voorgaande jaren mogelijk.

(86 % versus 88 %). De spreiding in absolute bedragen is in 2015 ook hoger dan in 2014. Dit kan samenhangen met de uitbreiding van de risicodragende kosten door de overhevelingen.

Tabel 4-3: Spreiding en spreidingsreductie van het gemiddelde vereveningsresultaat over 2012 t/m 2015 ^{a, b}

Jaar	Zonder RV		DV voor FB		DV na FB	
	Spreiding, in €	Spreiding, in €	Spreidingsreductie	Spreiding, in €	Spreidingsreductie	
2012	232	35	85 %	28	88 %	
2013	239	38	84 %	31	87 %	
2014	253	31	88 %	35	85 %	
2015	269	38	86 %	47	83 %	

Voetnoot Tabel 4-3:

a. Cijfers van 2012 t/m 2014 overgenomen uit eerdere edities van de Monitor.

b. Spreidingsreductie ten opzichte van de fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem ('zonder RV').

4.1.2 Nadere analyse op portefeuilleomvang

Om verdieping aan te brengen, analyseren wij verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat van en tussen zorgverzekeraars op basis van de portefeuilleomvang.¹⁷ Deze analyse geeft inzicht in of/in welke mate het risicovereveningssysteem werkt voor zorgverzekeraars van verschillende omvang.

Klein/middelgroot/groot

Door het risicovereveningssysteem komt het gemiddelde vereveningsresultaat dicht bij elkaar tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang. Dit geeft aan dat het risicovereveningssysteem verschillen in het risicoprofiel tussen zorgverzekeraars (groten)deels compenseert en niet selectief werkt voor zorgverzekeraars met een bepaalde omvang. Dit blijkt uit (Tabel 4-4):

- Voor zowel kleine, middelgrote als grote zorgverzekeraars geldt dat zij gemiddeld een positief vereveningsresultaat hebben, waarbij de verzekerden van middelgrote zorgverzekeraars op alle momenten een hoger gemiddeld vereveningsresultaat hebben dan kleine en grote zorgverzekeraars. Dit is gelijk met voorgaande jaren (Monitor 2014, 2013). Middelgrote zorgverzekeraars hebben een resultaat boven het landelijk gemiddelde. Kleine en grote zorgverzekeraars zitten onder het landelijk gemiddelde resultaat.
- Het effect van het risicovereveningssysteem op het gemiddelde vereveningsresultaat verschilt tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang:
 - 864 % toename bij grote zorgverzekeraars (van € 11 naar € 106)
 - 62 % reductie bij middelgrote zorgverzekeraars (van € 417 naar € 157)
 - 39 % reductie bij kleine zorgverzekeraars (van € 190 naar € 116).

Dit zorgt ervoor dat de zorgverzekeraars dicht bij het landelijk gemiddelde komen.

- In lijn met voorgaande bevinding, neemt de reikwijdte tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang substantieel af. De reikwijdte bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid is het hoogst voor middelgrote zorgverzekeraars (€ 279 per verzekerde) en het laagst voor grote zorgverzekeraars (€ 125 per verzekerde). Oftewel, het minimale en maximale gemiddelde vereveningsresultaat tussen middelgrote zorgverzekeraars onderling ligt verder uit elkaar dan tussen kleine en grote zorgverzekeraars onderling. In 2014 is hetzelfde effect geconstateerd (Monitor 2014).
- Het risicovereveningssysteem zorgt voor de grootste spreidingsreductie bij kleine zorgverzekeraars (87 %), in vergelijking met middelgrote (79 %) en grote zorgverzekeraars (73 %). De spreidingsreductie is minder dan in 2014: 92 %, 82 % en 78 % respectievelijk (Monitor 2014). Dit komt door uitbreiding van de risicodragende kosten met de overhevelingen en het afschaffen van de bandbreedteregeling. Vorig jaar zorgde de bandbreedteregeling voor een additionele spreidingsreductie.

Tabel 4-4: Gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding voor zorgverzekeraars ingedeeld naar omvang.

	Gemiddelde, in €			Reikwijdte, in €			Spreiding, in €		
	Klein	Middel-groot	Groot	Klein	Middel-groot	Groot	Klein	Middel-groot	Groot
Zonder RV	190	417	11	1.962	1.084	500	679	251	121
DV voor FB	109	143	111	183	220	122	63	42	31
DV na FB	116	157	106	259	279	125	89	53	33

¹⁷ Geen grafische weergave van de resultaten in deze paragraaf ter bescherming van de anonimiteit van zorgverzekeraars.

Behorend tot concern/zelfstandige zorgverzekeraar

In lijn met voorgaande bevindingen, reduceert het risicovereveningssysteem een groot deel van de verschillen tussen concern- en zelfstandige zorgverzekeraars. Dit blijkt uit (Tabel 4-5):

- Door het risicovereveningssysteem komen de resultaten van zorgverzekeraars van verschillende omvang dichter bij elkaar. Op alle momenten is het gemiddelde vereveningsresultaat voor zelfstandige zorgverzekeraars hoger dan voor concern-zorgverzekeraars. Door het risicovereveningssysteem neemt het gemiddelde vereveningsresultaat voor zelfstandige zorgverzekeraars af met 55 % (van € 328 naar € 146), terwijl het juist toeneemt voor concern-zorgverzekeraars met 25 % (van € 93 naar € 116). Dit effect is ook voorgaande jaren geconstateerd (Monitor 2012, 2013, 2014).
- Door het risicovereveningssysteem neemt de reikwijdte substantieel af, zowel voor concern als zelfstandige zorgverzekeraars: respectievelijk met 83 % en 74 %. De reikwijdte voor zelfstandige zorgverzekeraars is kleiner dan voor concern-zorgverzekeraars op alle momenten. Dit komt (deels) doordat er meer concern-zorgverzekeraars (19) zijn dan zelfstandige zorgverzekeraars (6), waardoor de kans op een uitschieter groter is. Een andere verklaring is verschillen in de portefeuillesamenstelling. De portefeuillesamenstelling van concern-zorgverzekeraars wijken onderling sterker af, dan bij zelfstandige zorgverzekeraars onderling.
- De spreiding neemt voor zowel concern als zelfstandige-zorgverzekeraars af door het risicovereveningssysteem: respectievelijk met 82 % en 86 %. Door flankerend beleid neemt de spreiding in het gemiddelde vereveningsresultaat licht toe. Hiervoor geldt dezelfde verklaring als eerder vermeld. Voorgaande jaren is dit ook geconstateerd (Monitor 2012, 2013, 2014).

Tabel 4-5: Gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding voor concern- en zelfstandige zorgverzekeraars.

	Gemiddelde, in €		Reikwijdte, in €		Spreiding, in €	
	Concern	Zelfstandig	Concern	Zelfstandig	Concern	Zelfstandig
Zonder RV	93	328	1.962	508	267	183
DV voor FB	117	137	256	128	39	23
DV na FB	116	146	336	133	48	26

4.1.3 Gemiddelde resultaatverschuiving

De Gemiddelde Gewogen Absolute Resultaatverschuiving (GGARV) is een samenvattende maatstaf voor de verschuivingen in het gemiddelde vereveningsresultaat van zorgverzekeraars tussen twee momenten. Conform verwachting zorgt het ex ante model voor de grootste verschuivingen in het gemiddelde vereveningsresultaat van zorgverzekeraars. Het effect in de GGARV is:

- Ex ante model: € 189 per verzekerde ten opzichte van geen risicovereveningssysteem
- Flankerend beleid: € 10 per verzekerde additionele verschuiving.

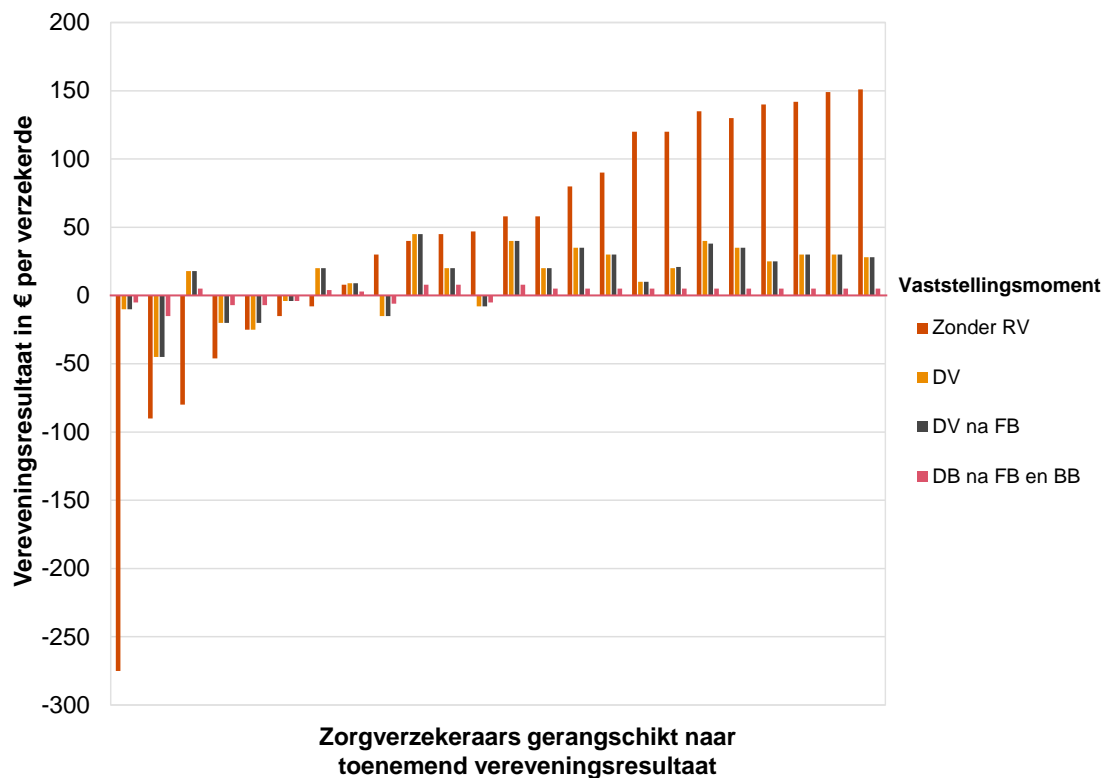
Deze resultaten zijn qua patroon vergelijkbaar met voorgaande jaren (Monitor 2012, 2013, 2014).

4.2 V&V-kosten

4.2.1 Landelijk beeld

Figuur 4-6 toont het gemiddelde vereveningsresultaat voor alle zorgverzekeraars op verschillende momenten voor de V&V-kosten. De tabel geeft de reikwijdte en de spreiding weer.

Figuur en Tabel 4-6: Gemiddeld vereveningsresultaat voor de V&V-kosten in 2015 (aflopend gesorteerd naar kostenper-verzekerde voor de situatie zonder risicovereveningssysteem), de tabel geeft het gemiddelde, de reikwijdte en de spreiding in gemiddelde vereveningsresultaat, in € per verzekerde.



	Gemiddelde, in € *	Reikwijdte, in €	Spreiding, in €
Zonder RV	- 0,14	419	70
DV voor FB en BB	- 0,14	89	25
DV na FB	- 0,14	89	25
DV na FB en BB	- 0,18	12	5

Voetnoot Figuur en Tabel 4-6:

* Er is een zeer klein verschil in het gemiddelde macrovereveningsresultaat tussen het moment met en zonder bandbreedteregeling. De bandbreedteregeling is niet budgetneutraal. Het gemiddelde kostenniveau in 2015 is € 185. Dit zijn de totale gerealiseerde kosten.

Gemiddelde vereveningsresultaat en reikwijdte

Het risicovereveningssysteem reduceert de reikwijdte van het vereveningsresultaat met **97 %** (van € 419 naar € 12 per verzekerde: Tabel 4-6). De uiterste verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars worden fors teruggebracht. Dit effect is het saldo van:

- **Reductie van 79 %** door het ex ante model (DV voor FB en BB). Het merendeel van de uiterste verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars, die er zijn op basis van hun portefeuillesamenstelling (de fictieve situatie), brengt het ex ante model terug.
- **Geen effect** door flankerend beleid (DV na FB). Het macrovereveningsresultaat is beperkt, waardoor flankerend beleid niet tot substantiële verschuivingen in de bijdrage tussen zorgverzekeraars leidt.
- **Reductie van 18 %** door de bandbreedteregeling (DV na FB en BB), ten opzichte van de fictieve situatie. Dit is conform verwachting, aangezien de bandbreedteregeling de uiterste risico's inperkt.

Spreiding

Voor de spreiding zijn vergelijkbare effecten zichtbaar als voor de reikwijdte. Het risicovereveningssysteem reduceert de spreiding met **93 %** (van € 70 naar € 5 per verzekerde: Tabel 4-6). Dit is het saldo van:

- **Reductie van 64 %** door het ex ante model (DV voor FB en ex post). Dit effect kan gerelateerd zijn aan het type kosten – een specifieke groep heeft V&V-kosten, het merendeel van Zvw-bevolking niet – in combinatie met de vormgeving van het ex ante model. Het ex ante model gebruikt namelijk vaste bedragen voor verzekerden onder de 65 jaar en een aantal vereveningskenmerken voor verzekerden van 65 jaar. Mogelijk verklaart dit de relatief lagere spreidingsreductie voor het ex ante model dan de reductie in de reikwijdte van de V&V-kosten of de spreidingsreductie van het ex ante model voor de somatische kosten (voor zover vergelijking mogelijk is).
- **Geen effect** door flankerend beleid (DV na FB). Het macrovereveningsresultaat is namelijk beperkt.
- **Reductie van 29 %** door de bandbreedteregeling (DV na FB en BB), ten opzichte van de fictieve situatie. Conform verwachting zorgt deze maatregel voor een behoorlijke additionele spreidingsreductie.

4.2.2 Nadere analyse op portefeuilleomvang

Klein/middelgroot/groot

Het risicovereveningssysteem brengt het gemiddelde vereveningsresultaat van zorgverzekeraars met verschillende omvang dicht bij elkaar, wat bijdraagt aan een gelijke(re) uitgangspositie (Tabel 4-7). De resultaten geven geen signaal dat het risicovereveningssysteem selectief werkt voor zorgverzekeraars van een bepaalde omvang. Deze bevindingen zijn op te maken uit (Tabel 4-7):

- Het risicovereveningssysteem reduceert het gemiddelde vereveningsresultaat voor kleine en middelgrote zorgverzekeraars, richting het landelijk gemiddelde (in de fictieve situatie zitten zij boven het landelijk gemiddelde). Het tegenovergestelde gebeurt voor grote zorgverzekeraars: het risicovereveningssysteem zorgt voor toename van het gemiddelde vereveningsresultaat, ook richting het landelijk gemiddelde (in de fictieve situatie zitten zij onder het landelijk gemiddelde).

Tabel 4-7: Gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding voor zorgverzekeraars ingedeeld naar omvang.

	Gemiddelde, in €			Reikwijdte, in €			Spreiding, in €		
	Klein	Middel groot	Groot	Klein	Middel groot	Groot	Klein	Middel groot	Groot
Zonder RV	21	81	-30	416	178	134	149	53	39
DV voor FB en ex post	7	26	-10	75	50	68	26	16	21
DV na FB	7	26	-10	75	50	68	26	16	21
DV na FB en BB	1	4	-2	11	10	11	5	3	4

Voor de reikwijdte en de spreiding zijn dezelfde effecten waar te nemen (Tabel 4-7):

- De reikwijdte van het vereveningsresultaat neemt af door het risicovereveningssysteem, ongeacht de portefeuilleomvang, namelijk 96 % voor kleine zorgverzekeraars, 94 % voor middelgrote verzekeraars en 92 % voor grote zorgverzekeraars.
- Het risicovereveningssysteem zorgt voor de grootste spreidingsreductie bij kleine zorgverzekeraars (97%), in vergelijking met middelgrote (94 %) en grote zorgverzekeraars (90 %).

Behorend tot concern/zelfstandige zorgverzekeraar

In lijn met eerdere bevindingen, reduceert het risicovereveningssysteem een groot deel van de verschillen tussen concern- en zelfstandige zorgverzekeraars, waarbij er geen signalen zijn dat het risicovereveningssysteem selectie werkt voor een bepaald type zorgverzekeraar (Tabel 4-8). Dit volgt uit:

- Het gemiddelde vereveningsresultaat van concern-zorgverzekeraars is vrij constant voor elk moment en lager dan voor zelfstandige zorgverzekeraars. Door het risicovereveningssysteem neemt bij zelfstandige zorgverzekeraars het gemiddelde vereveningsresultaat af, richting het landelijk gemiddelde. Het gemiddelde vereveningsresultaat van concern- en zelfstandige-zorgverzekeraars komt dicht bij elkaar.
- De reikwijdte neemt af door het risicovereveningssysteem, waarbij de reductie voor concern-zorgverzekeraars groter is dan voor zelfstandige zorgverzekeraars: 97 % versus 93 %. Dit komt doordat bij concern-zorgverzekeraars de initiële reikwijdte groter is dan bij zelfstandige zorgverzekeraars (ofwel, de portefeuillesamenstelling van uiterste concern-zorgverzekeraars verschillen onderling meer).
- De spreiding neemt eveneens flink af door het risicovereveningssysteem: 93 % voor concern-zorgverzekeraars en 92% voor zelfstandige zorgverzekeraars. De spreiding bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en de bandbreedteregeling is vergelijkbaar tussen concern- en zelfstandige zorgverzekeraars.

Tabel 4-8: Gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding voor concern- en zelfstandige zorgverzekeraars.

	Gemiddelde, in €		Reikwijdte, in €		Spreiding, in €	
	Concern	Zelfstandig	Concern	Zelfstandig	Concern	Zelfstandig
Geen RV	-7	57	419	146	68	51
DV voor FB en ex post	-2	15	89	46	25	18
DV na FB	-2	15	89	46	25	18
DV na FB en BB	0	2	12	10	5	4

4.2.3 Gemiddelde resultaatverschuiving

Conform verwachting zorgt het ex ante model voor de grootste verschuivingen in het gemiddelde vereveningsresultaat van zorgverzekeraars. Ook zorgt de bandbreedteregeling voor relatief behoorlijke additionele verschuivingen. Het effect in de GGARV is:

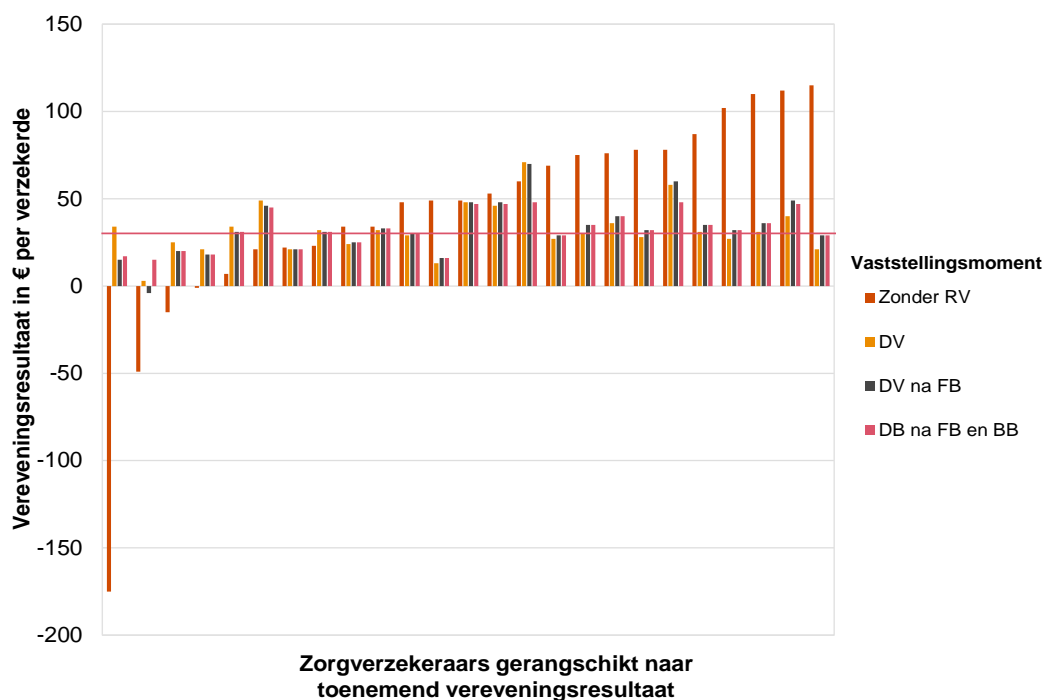
- Ex ante model: € 36 per verzekerde ten opzichte van geen risicovereveningssysteem
- Flankerend beleid: € 0,03 per verzekerde additionele verschuiving
- Bandbandbreedteregeling: € 16 per verzekerde additionele verschuiving.

4.3 gGGZ-kosten

4.3.1 Landelijk beeld

Figuur 4-9 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat voor alle zorgverzekeraars op verschillende momenten voor de gGGZ-kosten. De bijbehorende tabel presenteert de reikwijdte en de spreiding.

Figuur en Tabel 4-9 Gemiddeld vereveningsresultaat voor de gGGZ-kosten in 2015 per zorgverzekeraar (aflopend gesorteerd naar kosten-per-verzekerde voor de situatie zonder risicovereveningssysteem), de tabel geeft het gemiddelde, de reikwijdte en de spreiding in € per verzekerde 18+.



	Gemiddelde, in € *	Reikwijdte, in €	Spreiding, in €
Zonder RV	30	285	40
DV voor FB en BB	30	70	9
DV na FB	30	75	10
DV na FB en BB	29	35	7

Voetnoot Figuur en Tabel 4-9:

- * Er is een zeer klein verschil in het gemiddelde macrovereveningsresultaat tussen het moment met en zonder bandbreedteregeling. De bandbreedteregeling is niet budgetneutraal. Het gemiddelde kostenniveau in 2015 is: € 237. Dit zijn de totale gerealiseerde kosten.

Gemiddelde vereveningsresultaat en reikwijdte

Verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars worden fors ingeperkt door het risicovereveningssysteem. De reikwijdte neemt af met **88 %** (van € 285 naar € 35 per verzekerde 18+: Tabel 4-9). Dit effect is het saldo van:

- **Reductie van 75 %** door het ex ante model (DV voor FB en BB).
- **Toename van 2 %** door flankerend beleid (DV na FB), ten opzichte van de fictieve situatie. Deze toename is conform verwachting over de werking van flankerend beleid bij een kostenonderschrijding.
- **Afname van 14 %** door de bandbreedteregeling (DV na FB en BB), ten opzichte van de fictieve situatie. De bandbreedteregeling werkt zoals bedoeld om de uiterste risico's in te perken.

Het patroon in deze effecten komt overeen met voorgaande jaren, alhoewel het effect van de bandbreedteregeling minder goed overeenkomt door wijzigingen in de ex post maatregelen: afschaffing van HKC en verruiming van de bandbreedte in 2015 (Tabel 4-10). De bandbreedteregeling had in 2012 t/m 2014 minder effect dan in 2015 (Monitor 2012, 2013, 2014). Het grotere effect in 2015 komt door het afschaffen van de HKC, die voorheen eerst werd toegepast voordat de bandbreedteregeling werd uitgevoerd. Dit effect is sterker dan het effect van verruiming van de bandbreedte, op basis waarvan een afname in het effect van de reikwijdte wordt verwacht ingeval van ceteris paribus (echter, dit is niet het geval door afschaffing van de HKC).

Deze resultaten laten een verbetering zien van het ex ante model van 2015 (in 2014 nam de reikwijdte met 65 % af door het ex ante model, ten opzichte van 75 % in 2015), mogelijk door het vervangen van het vereveningskenmerk LDR door MHK. Een aandachtspunt hierbij is dat deze resultaten afhankelijk zijn van de portefeuillesamenstelling van zorgverzekeraars in het betreffende jaar, en deze portefeuillesamenstelling verandert over de jaren. Ook dienen wijzigingen in kostendefinities en –niveaus in acht te worden genomen bij vergelijking met voorgaande jaren. Hierdoor kunnen wij dergelijke verklaringen niet met zekerheid stellen.

Tabel 4-10: Reikwijdte en reikwijdte reductie van het gemiddelde vereveningsresultaat over 2012 t/m 2015 ^{a, b, c}

Jaar	Zonder RV		DV voor FB en BB		DV na FB en BB	
	Reikwijdte, in €	Reikwijdte, in €	Reikwijdte reductie	Reikwijdte, in €	Reikwijdte reductie	
2012	332	126	62 %	23	93 %	
2013	282	42	85 %	18	94 %	
2014	248	88	65 %	30	88 %	
2015	285	70	75 %	35	88 %	

Voetnoot Tabel 4-10:

- Cijfers van 2012 t/m 2014 overgenomen uit eerdere edities van de Monitor.
- Reikwijdte reductie ten opzichte van de fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem ('zonder RV').
- Per 2015 is de HKC afgeschaft en geldt alleen de bandbreedteregeling. Eerdere jaren zijn zowel de HKC als bandbreedteregeling ingezet.

Spreiding

Het risicovereveningssysteem reduceert de spreiding met **83 %**, ten opzichte van de fictieve situatie (€ 40 naar € 7 per verzekerde 18+: Tabel 4-9). Dit effect is het saldo van:

- **Reductie van 78 %** door het ex ante model (DV voor FB en ex post). Net zoals bij de reikwijdte, zorgt het ex ante model voor een grote reductie van de verschillen tussen zorgverzekeraars (de spreiding neemt af van € 40 naar € 9 per verzekerde).
- **Toename van 3 %** door flankerend beleid (DV na FB), ten opzichte van de fictieve situatie.
- **Reductie van 8 %** door de bandbreedteregeling (DV na FB en BB), ten opzichte van de fictieve situatie.

Deze resultaten zijn in lijn met voorgaande jaren (Tabel 4-11). In voorgaande jaren zorgde het ex ante model ook voor een substantiële spreidingsreductie. Opmerkelijk is dat de spreidingsreductie door het ex ante model gelijk is gebleven ten opzichte van vorig jaar, ondanks de modelverbeteringen in 2015. In absolute termen is de spreiding zonder risicovereveningssysteem lager dan in 2014. Dit kan komen door wijzigingen in de kostendefinities in combinatie met wijzigingen in portefeuillesamenstellingen. Daarbij is in 2015 de spreidingsreductie door het risicovereveningssysteem lager dan in 2014 (83 % versus 86 %). Dit is het gevolg van het afschaffen van de HKC per 2015.

Tabel 4-11: Spreiding en spreidingsreductie van het gemiddelde vereveningsresultaat over 2012 t/m 2015 ^{a, b, c}

Jaar	Zonder RV	DV voor FB en BB		DV na FB en BB	
	Spreiding, in €	Spreiding, in €	Spreidingsreductie	Spreiding, in €	Spreidingsreductie
2012	59	20	66 %	5	92 %
2013	53	8	85 %	5	91 %
2014	50	11	78 %	7	86 %
2015	40	9	78 %	7	83 %

Voetnoot Tabel 4-11:

- Cijfers van 2012 t/m 2014 overgenomen uit eerdere edities van de Monitor.
- Spreidingsreductie ten opzichte van de fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem ('zonder RV').
- Per 2015 is de HKC afgeschaft en geldt alleen de bandbreedteregeling. Eerdere jaren zijn zowel de HKC als bandbreedteregeling ingezet.

4.3.2 Nadere analyse op portefeuilleomvang

Klein/middelgroot/groot

Het risicovereveningssysteem zorgt ervoor dat het gemiddelde vereveningsresultaat van zorgverzekeraars van verschillende omvang dichterbij het landelijk gemiddelde komen (Tabel 4-12). Het risicovereveningssysteem werkt niet selectief voor zorgverzekeraars met een bepaalde omvang. Dit blijkt uit:

- Voor kleine en grote zorgverzekeraars neemt het gemiddelde vereveningsresultaat toe door het risicovereveningssysteem, richting het landelijk gemiddelde. Zonder een risicovereveningssysteem liggen deze zorgverzekeraars onder het landelijk gemiddelde (€ 8 en € 19 respectievelijk, ten opzichte van € 29 per verzekerde 18+). Voor middelgrote zorgverzekeraars neemt het gemiddelde vereveningsresultaat door het risicovereveningssysteem juist af. Bij deze zorgverzekeraars ligt het gemiddelde vereveningsresultaat zonder risicovereveningssysteem boven het landelijk gemiddelde. De verschillen tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang hangt samen met de portefeuillesamenstelling; dit is ook zichtbaar in de resultaten bij de fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem.
- Flankerend beleid zorgt voor een afname van het gemiddelde vereveningsresultaat bij kleine en grote zorgverzekeraars en juist een toename van het gemiddelde vereveningsresultaat bij middelgrote zorgverzekeraars. Dit effect stemt overeen met de werking van flankerend beleid bij een onderschrijving van het MPB.
- De bandbreedteregeling zorgt ervoor dat de verschillen tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang verder afnemen richting het landelijk gemiddelde.

Tabel 4-12: Gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding voor zorgverzekeraars ingedeeld naar omvang.

	Gemiddelde, in €			Reikwijdte, in €			Spreiding, in €		
	Klein	Middel groot	Groot	Klein	Middel groot	Groot	Klein	Middel groot	Groot
Zonder RV	8	64	19	276	84	124	102	29	29
DV voor FB en BB	30	34	28	45	62	16	15	15	4
DV na FB	28	38	27	50	57	10	19	14	4
DV na FB en BB	31	35	27	32	33	10	14	10	4

Voor de reikwijdte van het vereveningsresultaat en de spreiding in het vereveningsresultaat zijn dezelfde effecten van de werking van het risicovereveningssysteem waar te nemen (Tabel 4-12):

- De reikwijdte neemt af door het risicovereveningssysteem, ongeacht de portefeuilleomvang. Het ex ante model zorgt bij kleine en grote zorgverzekeraars voor de grootste afname in de reikwijdte van het vereveningsresultaat: 88 % en 92 % respectievelijk. Bij middelgrote zorgverzekeraars zorgt de bandbreedteregeling (relatief gezien) voor de grootste afname in de reikwijdte: 29 %.
- Het effect van het risicovereveningssysteem op de reikwijdte is groter voor kleine en grote zorgverzekeraars, dan voor middelgrote zorgverzekeraars. Dit komt doordat de reikwijdte bij middelgrote zorgverzekeraars in de fictieve situatie al lager is dan bij kleine en grote zorgverzekeraars.
- Het risicovereveningssysteem reduceert de spreiding voor zowel kleine, middelgrote als grote zorgverzekeraars. Deze reductie is het sterkst onder grote zorgverzekeraars (86 %).

Deze resultaten zijn qua patroon in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2012, 2013, 2014).

Behorend tot een concern/zelfstandige zorgverzekeraar

In lijn met eerdere bevindingen, reduceert het risicovereveningssysteem een deel van de verschillen tussen concern- en zelfstandige zorgverzekeraars, waardoor er een gelijke(re) uitgangspositie is (Tabel 4-13):

- In lijn met voorgaande jaren, is het gemiddelde vereveningsresultaat voor concern-zorgverzekeraars vrij constant, ongeacht het moment. Bij zelfstandige zorgverzekeraars zijn er verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat op de verschillende momenten. Het gemiddelde vereveningsresultaat voor zelfstandige zorgverzekeraars is op alle momenten hoger dan voor concern-zorgverzekeraars.
- Door het risicovereveningssysteem neemt de reikwijdte substantieel af voor zowel concern- als zelfstandige zorgverzekeraars: respectievelijk 88 % en 74 %. De initiële reikwijdte (in fictieve situatie) bij concern-zorgverzekeraars is veel hoger dan bij zelfstandige zorgverzekeraars. Dit geeft aan dat de twee uiterste concern-zorgverzekeraars onderling sterker verschillen in resultaat en daarmee samenhangend de kosten en de portefeuillesamenstelling, ten opzichte van de twee uiterste zelfstandige zorgverzekeraars.
- De spreiding bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregelen is nagenoeg gelijk voor concern- en zelfstandige-zorgverzekeraars, zoals ook in voorgaande jaren.

Tabel 4-13: Gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding voor concern- en zelfstandige zorgverzekeraars.

	Gemiddelde, in €		Reikwijdte, in €		Spreiding, in €	
	Concern	Zelfstandig	Concern	Zelfstandig	Concern	Zelfstandig
Geen RV	26	57	285	83	39	31
DV voor FB en ex post	28	42	56	41	7	12
DV na FB	28	44	65	38	8	10
DV na FB en BB	27	41	34	14	6	5

4.3.3 Gemiddelde resultaatverschuiving

Conform verwachting zorgt het ex ante model voor de grootste verschuivingen in het gemiddelde vereveningsresultaat van zorgverzekeraars. Het effect in GGARV is:

- Ex ante model: € 32 per verzekerde 18+ ten opzichte van de fictieve situatie.
- Flankerend beleid: € 3 per verzekerde 18+ additionele verschuiving.
- Bandbandbreedteregeling: € 1 per verzekerde 18+ additionele verschuiving.

Deze resultaten zijn qua patroon vergelijkbaar met voorgaande jaren.

4.4 Opbrengsten verplicht eigen risico

4.4.1 Landelijk beeld

Figuur 4-14 presenteert de resultaten voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico voor alle zorgverzekeraars op verschillende momenten. De bijbehorende tabel presenteert de reikwijdte en de spreiding.

Figuur en Tabel 4-14 Gemiddelde vereveningsresultaat voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico in 2015 per zorgverzekeraar (aflopend gesorteerd naar kosten-per-verzekerde voor de situatie zonder risicovereveningssysteem), de tabel geeft de reikwijdte in vereveningsresultaat en spreiding, in € per verzekerde 18+.



	Gemiddelde, in €	Reikwijdte, in €	Spreiding, in €
Geen RV	-27	114	17
DV	-27	52	6

Gemiddelde vereveningsresultaat en reikwijdte

Het gemiddelde vereveningsresultaat is € - 27 per verzekerde 18+ bij de definitieve vaststelling van de bijdrage. Dit is vergelijkbaar met vorig jaar: € - 25 per verzekerde 18+ (Monitor 2014).

De reikwijdte neemt met **54 %** af (van € 114 per verzekerde 18+ zonder risicovereveningssysteem naar € 52 per verzekerde 18+ na toepassing van het ex ante model – Tabel 4-14). Het ex ante model verkleint het verschil in het gemiddelde vereveningsresultaat van de twee uiterste zorgverzekeraars, ten opzichte van een situatie zonder een ex ante model. Dit is in lijn met voorgaande jaren (Tabel 4-15).

Figuur 4-15: Reikwijdte en reikwijdte reductie van het gemiddelde vereveningsresultaat over 2012 t/m 2015.

Jaar	Zonder RV		DV
	Reikwijdte, in €	Reikwijdte, in €	Reikwijdte reductie
2012	62	41	34 %
2013	91	51	44 %
2014	101	51	50 %
2015	114	52	54 %

Voetnoot Tabel 4-15:

- Cijfers van 2012 t/m 2014 overgenomen uit eerdere edities van de Monitor.
- Spreidingsreductie ten opzichte van de fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem ('zonder RV').

Spreiding

De spreiding in het vereveningsresultaat neemt door het ex ante model af met **65 %** (van € 17 naar € 6 per verzekerde: Tabel 4-14). Het risicovereveningssysteem draagt bij aan het terugbrengen van verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico.

De spreidingsreductie is toegenomen ten opzichte van voorgaande jaren (Tabel 4-16). De definitie van de forfaitaire groep is niet gewijzigd in 2015, waardoor is dit geen verklaring is. Kleine wijzigingen hebben plaatsgevonden in het ex ante model van 2015 ten opzichte van vorig jaar, namelijk wijziging van de peildatum van student bij AVI en actualisatie van het regiocriterium. Daarbij is het verplicht eigen risico bedrag over de periode 2008 tot en met 2015 verhoogd. De absolute spreiding in de situatie zonder een risicovereveningssysteem is ook toegenomen als gevolg van het verhoogde verplicht eigen risico. Het is aannemelijk dat de spreiding in het vereveningsresultaat toeneemt bij een hoger verplicht eigen risico bedrag.

Figuur 4-16: Spreiding en spreidingsreductie van het gemiddelde vereveningsresultaat over 2012 t/m 2015.

Jaar	Zonder RV	DV	
	Spreiding, in €	Spreiding, in €	Spreidingsreductie
2012	9	5	44 %
2013	15	7	53 %
2014	16	6	63 %
2015	17	6	65 %

Voetnoot Tabel 4-16:

- Cijfers van 2012 t/m 2014 overgenomen uit eerdere edities van de Monitor.
- Spreidingsreductie ten opzichte van de fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem ('zonder RV').

4.4.2 Nadere analyse op basis van portefeuilleomvang

Klein/middelgroot/groot

De ingehouden korting op de bijdrage en de opbrengsten van het verplicht eigen risico sluiten beter op elkaar aan voor kleine en grote zorgverzekeraars dan voor middelgrote zorgverzekeraars. Dit is te zien doordat het gemiddelde vereveningsresultaat voor middelgrote zorgverzekeraars lager is dan voor kleine en grote zorgverzekeraars (Tabel 4-17). Ditzelfde effect was zichtbaar in 2014 (Monitor 2014).

Tabel 4-17: Gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding voor zorgverzekeraars ingedeeld naar omvang.

	Gemiddelde, in €			Reikwijdte, in €			Spreiding, in €		
	Klein	Middelgroot	Groot	Klein	Middelgroot	Groot	Klein	Middelgroot	Groot
Geen RV	-31	-41	-22	104	82	41	39	22	9
DV	-24	-30	-26	30	38	14	11	10	3

Het risicovereveningssysteem reduceert verschillen in de reikwijdte en spreiding (Tabel 4-17). Bij middelgrote zorgverzekeraars zijn de reikwijdte en spreiding van het vereveningsresultaat het hoogst en bij grote zorgverzekeraars het meest gering. Er zijn meer middelgrote zorgverzekeraars dan kleine en grote zorgverzekeraars, waardoor de verwachting op uitschieters (i.e. onderlinge verschillen tussen zorgverzekeraars van dezelfde omvang) groter is voor middelgrote zorgverzekeraars.

Behorend tot een concern/zelfstandige zorgverzekeraars

Door het risicovereveningssysteem (ex ante model) komt het gemiddelde vereveningsresultaat voor concern en zelfstandige zorgverzekeraars dicht bij elkaar (Tabel 4-18). Bij concern-zorgverzekeraars is er een lichte daling in het gemiddelde vereveningsresultaat en bij zelfstandige zorgverzekeraars een stijging, ten opzichte van de fictieve situatie. Een daling van het gemiddelde vereveningsresultaat betekent dat bij deze zorgverzekeraars de korting op de bijdrage toeneemt, in relatie tot de geïnde opbrengsten voor het verplicht eigen risico.

Tabel 4-18: Gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding voor concern- en zelfstandige zorgverzekeraars.

	Gemiddelde, in €		Reikwijdte, in €		Spreiding, in €	
	Concern	Zelfstandig	Concern	Zelfstandig	Concern	Zelfstandig
Geen RV	-26	-35	114	66	17	19
DV	-27	-28	50	38	6	11

Op dezelfde wijze heeft het risicovereveningssysteem in 2015 effect op de reikwijdte in het vereveningsresultaat (Tabel 4-18). De reikwijdte is bij concern-zorgverzekeraars hoger dan bij zelfstandige zorgverzekeraars. In 2013 en 2014 was dit ook het geval, in 2012 was de reikwijdte in het vereveningsresultaat juist voor zelfstandige zorgverzekeraars hoger (Monitor 2012, 2013, 2014). Deze omslag komt mogelijk door de stijging van het verplicht eigen risico over de jaren in combinatie met wijzigingen in de portefeuillesamenstellingen.

Bij concern-zorgverzekeraars is de spreiding lager dan bij zelfstandige zorgverzekeraars (Tabel 4-15). Dit is in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2012, 2013, 2014).

4.4.3 Gemiddelde resultaatverschuiving

Voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico is de GGARV ten opzichte van de fictieve situatie gelijk aan € 8 per verzekerde 18+. Dit betekent dat het ex ante model zorgt voor een verschuiving van gemiddeld € 8 per verzekerde 18+ op het resultaat van zorgverzekeraars. Deze GGARV is gelijk aan die van vorig jaar (Monitor 2014).

5 Subgroepniveau

Bevindingen

Somatische kosten

- Onder het somatische model 2015 zijn er gemiddelde onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen (na correctie voor het macrovereveningsresultaat):
 - Over het algemeen geldt: een gemiddelde *onder*compensatie voor subgroepen met hoge kosten in het vorige jaar – top 1 %, 3 %, 5 % en 15 % - en een gemiddelde *over*compensatie voor subgroepen met geen tot relatief weinig kosten in het vorige jaar. De gemiddelde kosten van verzekerden met hoge kosten in het vorige jaar zijn relatief sterk gestegen ten opzichte van vorig jaar, onder andere door uitbreiding van de risicodragende kosten in 2015.
 - Adequate compensatie voor verzekerden zonder een somatische en psychische aandoening en verzekerden 18 jaar en ouder met alleen een somatische aandoening, bij een grens van € 50 (in totaal 89,6 % van de Zvw-bevolking). Voor de resterende 11,6 % van de Zvw-bevolking gelden relatief hoge gemiddelde ondercompensaties; dit zijn verzekerden onder de 18 jaar met een somatische aandoening en verzekerden van 18 jaar en ouder met zowel een somatische als psychische aandoening.
- Over het algemeen gelden voor dezelfde subgroepen onder- en overcompensaties als in voorgaande jaren.
- Het ex ante model 2015 erkent niet in voldoende mate multi-morbiditeit en/of meervoudigheid van gezondheidsproblematiek, en de interactie tussen een somatische en psychische aandoening.

V&V-kosten

- Onder het V&V-model 2015 zijn er gemiddelde onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen (na correctie voor het macrovereveningsresultaat):
 - Voor overgrote deel van de verzekerden, op basis van de onderzochte subgroepen, is er een adequate compensatie, (onder de € 50 per verzekerde).
 - Een gemiddelde overcompensatie voor verzekerden van 65 jaar en ouder zonder somatische en psychische aandoening. Dit zijn de relatief gezonde verzekerden binnen hun leeftijdsgroep.
 - Behoorlijke gemiddelde ondercompensaties voor verzekerden jonger dan 18 jaar met een somatische aandoening en verzekerden van 18 jaar en ouder met een somatische aandoening (ongeacht psychische aandoening).
- Deze onder- en overcompensaties pakken anders uit voor zorgverzekeraars in de praktijk, vanwege de bandbreedteregeling, die *niet* is inbegrepen in bovenstaande resultaten.

gGGZ-kosten

- Onder het gGGZ-model 2015 zijn er gemiddelde onder- en overcompensaties (na correctie voor het macrovereveningsresultaat):
 - De meeste verzekerden 18+ hebben geen gGGZ-kosten in het vorige jaar: 94,5 % van Zvw-bevolking 18+. Deze verzekerden worden gemiddeld adequaat gecompenseerd (overcompensatie onder € 50). Verzekerden met weinig GGZ-kosten in het vorige jaar – in de laagste 25 % - worden gemiddeld overgecompenseerd. Verzekerden met (zeer) hoge gGGZ-kosten in het vorig jaar – in de hoogste 1 %, 3 % en 5 % – worden gemiddeld ondergecompenseerd.
 - Bij de subgroepen voor leeftijd en aandoening geldt een adequate compensatie voor alle subgroepen (bij een grens van € 50), met uitzondering van verzekerden tussen de 18 en 64 jaar met zowel een somatische als psychische aandoening. Deze verzekerden worden gemiddeld ondergecompenseerd.
- Over het algemeen zijn voor dezelfde subgroepen de bevindingen in lijn met voorgaande jaren, ondanks de modelverbeteringen per 2015.
- Het GGZ-model van 2015 is niet voldoende in staat om de kosten van verzekerden met ernstige en/of meervoudige psychische gezondheidsproblematiek adequaat te compenseren, waarbij de hoogte van de kosten sterk kunnen fluctueren over jaren.
- Deze onder- en overcompensaties pakken anders uit voor zorgverzekeraars in de praktijk, vanwege de bandbreedteregeling, die *niet* is inbegrepen in bovenstaande resultaten.

Dit hoofdstuk toetst de werking van de ex ante modellen op *subgroepniveau*. Wij analyseren het gemiddelde vereveningsresultaat van een aantal subgroepen. Een positief vereveningsresultaat staat voor een *overcompensatie* en een negatief vereveningsresultaat voor een *ondercompensatie*.

Wij definiëren dezelfde subgroepen als in vorige edities, rekening houdend met wijzigingen in de definitie van vereveningskenmerken (Bijlage B). Een somatische aandoening is gedefinieerd als een verzekerde is ingedeeld in minimaal één positieve klasse van FKG, DKG, HKG of MHK. Een psychische aandoening is gedefinieerd als een verzekerde is ingedeeld in minimaal één positieve klasse van psychische FKG, DKG-GGZ en MHK-GGZ. Een belangrijk verschil met voorgaande edities is dat LDR is vervangen door MHK-GGZ. Bijlage C presenteert de drempelbedragen voor indeling van de subgroepen op basis van kosten van het vorige jaar. Alle verzekerden in de Zvw-bevolking zijn ingedeeld in subgroepen. De indeling van verzekerden naar de subgroepen verschilt van jaar-op-jaar. Het gaat bij deze analyse *niet* om het opvolgen van dezelfde verzekerden over de jaren, maar om te analyseren of het patroon in de resultaten voor de onderzochte subgroepen in lijn is met voorgaande jaren (Monitor 2012, 2013 en 2014).

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

- Wij analyseren het gemiddelde vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling, voor en *na* flankerend beleid.¹⁸ Bij de resultaten voor flankerend beleid corrigeren wij wel voor het macrovereveningsresultaat. Wij romen het macrovereveningsresultaat af over alle verzekerden in de Zvw-populatie met een procentuele schalingsfactor (vergelijkbaar met stap 1 van flankerend beleid). Flankerend beleid wordt door het ZIN uitgevoerd op zorgverzekeraarsniveau; in onderhavige analyses simuleren wij het effect van flankerend beleid op verzekerdeniveau. Flankerend beleid passen wij in twee stappen toe, zoals in de uitvoering:
 1. Een procentuele schalingsfactor toepassen om het macrovereveningsresultaat af te romen;
 2. Iedere verzekerde 18+ krijgt een vast bedrag toebedeeld om het macrovereveningsresultaat evenredig toe te delen.

Met deze simulatie van flankerend beleid geven wij inzicht in het effect van flankerend beleid op de onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen; wij geven in dit hoofdstuk geen inzicht in herverdelingseffecten tussen zorgverzekeraars; zie hiervoor Hoofdstuk 4.

- De bandbreedteregeling, voor de V&V- en gGGZ-kosten, nemen wij *niet* mee in deze analyses op subgroepen. Deze maatregel wordt op zorgverzekeraarsniveau uitgevoerd en kan daarmee niet volledig worden uitgevoerd op subgroepniveau. Voor zorgverzekeraars kan de daadwerkelijke onder- en overcompensatie voor de subgroepen voor de V&V- en gGGZ-kosten anders uitpakken door de bandbreedteregeling. Criteriumneutraliteit nemen wij wel mee in de analyses.
- Wij nemen alle risicodragende kosten onder de Zvw mee, afzonderlijk voor de somatische zorg, V&V en gGGZ. Wij maken geen onderscheid in kosten waarvoor het ex ante model dient te compenseren en voor welke kosten niet. Voor het realiseren van de beleidsdoelen is het niet nodig dat de gemiddelde onder- en overcompensaties voor alle onderzochte subgroepen gelijk zijn aan nul.
- Ook is het buiten scope van de Monitor om te onderzoeken voor welke type kosten zijn gemaakt. Zo kunnen verzekerden kosten hebben die direct gerelateerd zijn aan een (chronische) aandoening(en) of is er incidenteel zorggebruik. Het ex ante model kan en hoeft niet alle kosten volledig te compenseren. Mogelijk kan een deel van de onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen hierdoor worden verklaard.
- Wij onderzoeken enkele subgroepen ter indicatie van de werking van de ex ante modellen. Deze analyses zijn niet toereikend om conclusies te trekken of en in welke mate de ex ante modellen de beoogde beleidsdoelen volledig bereiken. Ook stellen wij niet dat de gedefinieerde subgroepen een-op-een opgenomen zou moeten worden als vereveningskenmerk. Deze subgroepen zijn bedoeld om een dwarsdoorsnede te krijgen van de verevende werking van de ex ante modellen en daarbij welke (combinaties van) kenmerken ten grondslag liggen aan deze resultaten.

5.1 Somatische kosten

5.1.1 Subgroepen op basis van kosten van vorig jaar

Wij analyseren het gemiddelde vereveningsresultaat en de kosten voor subgroepen op basis van de somatische kosten van 2014, ter indicatie van de verevende werking van het ex ante model en het effect van flankerend beleid (Tabel 5-1). Verzekerden die in 2015 zijn geboren of geïmmigreerd, zijn ingedeeld in de subgroep laagste 15 %. Verzekerden die in 2014 zijn overleden of geïmmigreerd zijn niet inbegrepen. Door deze in- en uitstroom is de omvang

¹⁸ In tegenstelling tot voorgaande edities van de Monitor, presenteren wij: 1) de resultaten *na* correctie voor het macrovereveningsresultaat, en 2) de resultaten *na* flankerend beleid (zowel stap 1 als stap 2 van dit beleid).

van de subgroepen in 2015 niet exact gelijk aan de gestelde percentielklassen op basis van de kosten van 2014. De subgroepen sluiten elkaar uit: de hoogste 3 % bevat niet de verzekerden in de hoogste 1 %.

Tabel 5-1: Gemiddelde vereveningsresultaat en somatische kosten in 2015 voor subgroepen op basis van kosten in 2014, bij de definitieve vaststelling na correctie voor het macrovereveningsresultaat en na flankerend beleid (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen op basis van somatische kosten 2014 ^a	Aantal (%) ^b	Definitieve vaststelling 2015		
		Gemiddelde vereveningsresultaat in € ^c	Voor FB, na correctie macrovereveningsresultaat ^d	Na FB ^e
Hoogste 1 % (99 % - 100 %)	0,8	- 5.648	- 5.504	22.219
Hoogste 3 % (97 % - 99 %)	1,8	- 1.189	- 1.040	9.939
Hoogste 5 % (95 % - 97 %)	1,9	- 553	- 405	6.769
Hoogste 15 % (85 % - 95 %)	9,8	- 294	- 151	4.472
Midden 70 % (15 % - 85 %)	70,1	92	209	1.267
Laagste 15 % (0 % - 15 %) ^f	15,6	271	406	688
Totaal	100	0	124	1.923

Voetnoot Tabel 5-1:

- De subgroepen sluiten elkaar uit.
- Omvang in verzekerdenjaren, uitgedrukt in het percentage van de totale Zvw-bevolking.
- Het gemiddelde vereveningsresultaat is het verschil tussen de gemiddelde bijdrage en kosten. In berekening van het vereveningsresultaat nemen wij criteriumneutraliteit mee voor MHK, HKG, DKG en GSM.
- Na correctie voor het macrovereveningsresultaat: procentuele schalingsfactor is 0,94 (afgerond).
- Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 0,94 (afgerond) *plus* een vast bedrag van € 155 per verzekerde 18+. Dit is een simulatie van het effect van flankerend beleid.
- Deze subgroep bevat ook de instromers in 2015 (geborenen en immigranten). Dit is 1,0 % van de totale Zvw-bevolking. Deze verzekerden kijken over het algemeen qua kosten af van de andere verzekerden in deze subgroep.

Werking van ex ante model: resultaten na correctie voor macrovereveningsresultaat

Het somatische model resulteert in gemiddelde onder- en overcompensaties voor deze onderzochte subgroepen op basis van kosten in het vorige jaar. Over het algemeen geldt een ondercompensatie voor subgroepen met hoge kosten in het vorige jaar en een overcompensatie voor subgroepen met geen tot relatief weinig kosten in het vorige jaar. Met name is het ex ante model niet goed in staat verzekerden in de top 15 % (inclusief de top 1 %, 3 % en 5 %) adequaat te compenseren. Er is een sterke samenhang tussen kosten in het vorige jaar en kosten in het huidige jaar. Deze bevindingen wordt onderbouwd door:

- Gegeven deze subgroepen, wordt het overgrote deel van de Zvw-bevolking gemiddeld overgecompenseerd: verzekerden in de laagste 15 % met gemiddeld € 271 en verzekerden in de midden 70 % met gemiddeld € 92 per verzekerde. Dit patroon is in lijn met vorig jaar (Monitor 2014). De gemiddelde kosten van deze subgroepen zijn vergelijkbaar met vorig jaar, ondanks de totale stijging van de somatische kosten in 2015, ten opzichte van 2014. Deze subgroepen hebben relatief weinig tot geen kosten in het vorige jaar en kosten onder het landelijk gemiddelde in 2015. Dit zijn de relatief gezonde verzekerden in de Zvw-bevolking.
- In opvolging hierop, de kosten van verzekerden in de top 15 %, met name in de top 1 %, zijn gestegen ten opzichte van vorig jaar. Namelijk met 20 %, 12 %, 11 % en 14 % voor de top 1 %, 3 %, 5 % en 15 %, respectievelijk (landelijke stijging is 7 %). Dit hangt samen met de overhevelingen per 2015, waaronder dure geneesmiddelen.
- Verzekerden in de top 1 %, 3 %, 5 % en 15 % worden ondergecompenseerd met gemiddeld € 5.648, € 1.189, € 553 en € 294 per verzekerde, respectievelijk. In voorgaande jaren waren er voor de subgroepen in hoogste 1 % en 3 % ook behoorlijke gemiddelde ondercompensaties (Monitor 2012, 2013, 2014). Ondanks de modelverbeteringen per 2015, is het ex ante model niet in staat adequaat te compenseren voor deze verzekerden met hoge kosten in het vorige jaar. Voor de subgroep top 1 % compenseert het ex ante model 79 % van de kosten en voor de top 3 % voor 94 %; daarmee resteert 21 % en 6 % van de kosten van deze subgroepen die niet worden gecompenseerd.¹⁹ Deze verzekerden hebben (sterk) bovengemiddelde kosten in het huidige jaar: 5 tot 10 keer boven het landelijk gemiddelde. Dit geeft de sterke samenhang weer tussen kosten in het vorige jaar en kosten in het huidige jaar. Dit zijn verzekerden met een of meerdere (chronische) aandoeningen (zie nadere beschouwing).

Resultaten na flankerend beleid

Voor deze subgroepen zijn dezelfde patronen in het gemiddelde vereveningsresultaat te zien na flankerend beleid als in de situatie na correctie voor het macrovereveningsresultaat. Flankerend beleid zorgt er in dit geval voor dat de gemiddelde ondercompensaties voor de subgroepen (hoogste 1 %, 3 %, 5 % en 15 %) afnemen en de overcompensaties voor de andere subgroepen toenemen. Zorgverzekeraars krijgen namelijk voor elke verzekerde 18+ een vast bedrag van het macrovereveningsresultaat toebedeeld (€ 155) als onderdeel van flankerend beleid, nadat het macrovereveningsresultaat procentueel is afgeroomd.

¹⁹ Berekening: $100 \% * (22.219 - 4.582) / 22.219 = 79 \%$ en $100 \% * 4.582 / 22.219 = 21 \%$.

Nadere beschouwing

Om meer inzicht te krijgen in bovenstaande resultaten, hebben wij een nadere analyse uitgevoerd naar de (morbiditeits-)kenmerken van deze onderzochte subgroepen. Dit kan leiden tot een verklaring voor de geconstateerde onder- en overcompensaties voor deze subgroepen en mogelijk aanknopingspunten voor modelverbeteringen.

Tabel 5-2: Morbiditeitskenmerken van de subgroepen op basis van de somatische kosten in het vorige jaar.

Subgroepen ^a op basis van kosten 2014	Percentage (%) in positieve risicoklasse van morbiditeitskenmerk				
	FKG>0	MHK>0	DKG>0	HKG>0	Combinaties ^b
Hoogste 1 % (99 % - 100 %)	66,4	62,5	82,9	18	8,6
Hoogste 3 % (97 % - 99 %)	64,4	58,9	71,2	10,6	4,3
Hoogste 5 % (95 % - 97 %)	52,8	49,9	51,4	7,9	2,5
Hoogste 15 % (85 % - 95 %)	48,7	35,4	31,7	3,4	0,6
Midden 70 % (15 % - 85 %)	16,2	0,1	4,7	0,1	0
Laagste 15 % (0 % - 15 %)	0,1	0	0	0	0

Voetnoot Tabel 5-2:

a. De subgroepen sluiten elkaar uit.

b. Combinatie van FKG>0, MHK >0, DKG>0, HKG>0, ter indicatie van multi-morbiditeit.

Bij subgroepen met hoge kosten in het vorige jaar (top 1 %, 3 %, 5 % en 15 %) is het aandeel verzekerden in een positieve risicoklasse van de morbiditeitskenmerken of combinaties substantieel hoger dan bij subgroepen met lage(re) kosten (Tabel 5-2). Het aandeel in een positieve klasse van een morbiditeitskenmerk neemt toe naarmate de verzekerde hogere kosten heeft in het vorige jaar. Dit geldt ook voor het aandeel verzekerden met een combinatie van elk van deze kenmerken, wat duidt op multi-morbiditeit. Mogelijk worden de ondercompensaties voor deze subgroepen (deels) verklaard doordat het ex ante model combinaties van morbiditeitskenmerken, met achterliggend meerdere chronische aandoeningen of meervoudige gezondheidsproblematiek, niet volledig goed opneemt. De verzekerden in deze subgroepen zijn de relatief hoog risico verzekerden binnen elke risicoklasse van de morbiditeitskenmerken. De zorgverzekeraar krijgt een opslag in de bijdrage voor deze verzekerden, maar deze opslag is niet voldoende om de kosten van deze verzekerden volledig te dekken.

Vorig jaar zijn deze bevindingen ook geconstateerd (Monitor 2014). De modelverbeteringen in 2015 hebben niet specifiek deze multi-morbiditeit of meervoudigheid voldoende erkend, waardoor dezelfde bevindingen naar voren komen als vorig jaar. Het kenmerk GSM is te heterogeen om deze problematiek te ondervangen.

5.1.2 Subgroepen samenhang aandoening en leeftijdsgroepen

Wij analyseren het gemiddelde vereveningsresultaat en de kosten voor subgroepen op basis van een somatische en/of psychische aandoening in combinatie met leeftijd (Tabel 5-3). Deze analyse geeft een andere dwarsdoorsnede van de verevende werking van het ex ante model en het effect van flankerend beleid.

Tabel 5-3: Gemiddelde vereveningsresultaat en de somatische kosten in 2015 voor subgroepen op basis van samenhang voor somatische en/of psychische aandoening in combinatie met leeftijd, bij de definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd ^a	Aantal (%) ^b	Definitieve vaststelling 2015		Gemiddelde kosten in €
		Gemiddelde vereveningsresultaat in € ^c Voor FB, na correctie macrovereveningsresultaat ^d	Na FB ^e	
Verzekerden onder de 18 jaar				
- Geen somatische aandoening	19,8	6	6	879
- Wel somatische aandoening	0,5	- 2.079	- 2.079	7.217
Verzekerden 18 jaar tot en met 64 jaar				
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	43,6	38	193	838
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	5,6	- 185	- 29	1.144
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	8,4	22	178	4.080
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	3,9	- 73	82	3.767
Verzekerden van 65 jaar en ouder				
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	7,0	72	227	2.043
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	0,3	- 193	- 37	2.391
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	9,6	41	196	5.793
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	1,3	- 280	- 125	6.475
Totaal	100	0	124	1.923

Voetnoot Tabel 5-3:

a. De subgroepen sluiten elkaar uit.

- b. Omvang in verzekerdenjaren, uitgedrukt in het percentage van de totale Zvw-bevolking.
- c. Het gemiddelde vereveningsresultaat is het verschil tussen de gemiddelde bijdrage en de gemiddelde kosten. In berekening van het vereveningsresultaat nemen wij criteriumneutraliteit mee voor MHK, HKG, DKG en GSM.
- d. Na correctie voor het macrovereveningsresultaat: procentuele schalingsfactor is 0,94 (afgerond).
- e. Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 0,94 (afgerond) *plus* een vast bedrag van € 155 per verzekerde 18+. Dit is een simulatie van het effect van flankerend beleid.

Werking van ex ante model: resultaten na correctie voor macrovereveningsresultaat

Het somatische model geeft een adequate compensatie voor het merendeel van de Zvw-bevolking op basis van de onderzochte subgroepen (bij een grens van € 50) en relatief hoge gemiddelde ondercompensaties voor een aantal andere subgroepen (in totaal 11,6 %). Opvallend is dat verzekerden van 18 jaar en ouder met alleen een somatische aandoening (zonder psychische aandoening) adequaat worden gecompenseerd, echter dit is niet het geval bij aanwezigheid van een psychische aandoening. De introductie van GSM levert geen bijdrage op het gebied van de samenhang tussen een somatische en psychische aandoening, aangezien dit kenmerk alleen is gericht op somatische aandoeningen. Het onderkennen van de interactie tussen somatische en psychische aandoeningen is voorgaande jaren ook geconstateerd (Monitor 2012, 2013, 2014). Deze bevindingen worden onderbouwd door:

- Het overgrote deel van de Zvw-bevolking heeft geen somatische en psychische aandoening (ongeacht leeftijd): 70,4 %. Deze subgroepen worden adequaat gecompenseerd bij een grens van € 50, dan wel gemiddeld licht overgecompenseerd. Deze bevinding is in lijn met vorig jaar (Monitor 2014). De gemiddelde kosten van deze subgroepen zijn ook vergelijkbaar met vorig jaar, ondanks de totale stijging van de somatische kosten in 2015, ten opzichte van 2014.
- Ook verzekerden boven de 18 jaar met een somatische aandoening en zonder psychische aandoening worden gemiddeld genomen adequaat gecompenseerd, bij een grens van € 50.
- Verzekerden jonger dan 18 jaar met een somatische aandoening worden gemiddeld ondergecompenseerd met € 2.079 per verzekerde. Dit is 0,5 % van de Zvw-bevolking. De gemiddelde kosten van deze verzekerden zijn relatief hoog: € 7.217 per verzekerde. Dit is 3,8 keer zo hoog dan de landelijk gemiddelde kosten. In voorgaande jaren is voor deze subgroep ook ondercompensaties geconstateerd (Monitor 2012, 2013, 2014). Het ex ante model 2015 is in staat 71 % van de kosten van deze subgroep te voorspellen en daarmee 29 % (nog) niet.
- Ook voor verzekerden vanaf 18 jaar met een psychische aandoening (ongeacht een somatische aandoening) geldt een gemiddelde ondercompensatie: gemiddeld tussen de € 73 en € 280. De gemiddelde kosten van verzekerden van 65 jaar en ouder zijn hoger dan van dezelfde type verzekerden van 18 tot en met 64 jaar: circa twee keer zo hoog.

Resultaten na flankerend beleid

Voor deze subgroepen zijn dezelfde patronen in het gemiddelde vereveningsresultaat te zien na flankerend beleid als in de situatie na correctie voor het macrovereveningsresultaat. Flankerend beleid zorgt ervoor dat de gemiddelde ondercompensaties voor enkele onderzochte subgroepen afnemen, dan wel doorslaan in een overcompensatie, en dat een gemiddelde overcompensatie voor andere subgroepen verder toenemen. Zorgverzekeraars krijgen voor elke verzekerde 18+ een vast bedrag, in dit geval € 155, van het macrovereveningsresultaat toebedeeld, nadat het macrovereveningsresultaat is afgeroomd.

Nadere beschouwing

Op basis van nadere analyse van de morbiditeitskenmerken van de onderzochte subgroepen, valt één subgroep op: verzekerden onder de 18 jaar met een somatische aandoening. Ongeveer de helft van deze verzekerden is ingedeeld in een positieve FKG, ongeveer de helft in een positieve MHK, ongeveer een kwart in een positieve DKG en ongeveer 7 % in een positieve HKG. Voor verzekerden onder de 18 jaar zijn dit vrij hoge percentages, in verhouding tot het landelijk gemiddelde.

Voor de andere subgroepen met een somatische aandoening en/of psychische aandoening is geen onderscheidend patroon waar te nemen in het aandeel verzekerden in de positieve risicoklassen van de morbiditeitskenmerken (afgezien van de expliciete indeling in wel/geen aandoening).²⁰ Het aandeel verzekerden in een positieve risicoklasse neemt wel (iets) toe bij verzekerden die zowel een somatische als een psychische aandoening hebben.

Deze bevindingen zijn in lijn met vorig jaar (Monitor 2014).

²⁰ Het is buiten scope van deze Monitor om (geavanceerde) data mining en clusteringtechnieken toe te passen om patiëntprofielen te onderscheiden. De nadere beschouwing voeren wij uit op basis van beschrijvende analysetechnieken.

5.2 V&V-kosten

5.2.1 Subgroepen samenhang aandoening en leeftijdsgroepen

Wij analyseren het gemiddelde vereveningsresultaat van het V&V-model en de kosten voor subgroepen op basis van een somatische en/of psychische aandoening in combinatie met leeftijd (Tabel 5-4). Aangezien de V&V-kosten per 2015 zijn overgeheveld is de analyse naar subgroepen op basis van V&V-kosten in het vorige jaar in deze Monitor nog niet mogelijk.

Tabel 5-4: Gemiddelde vereveningsresultaat en V&V-kosten in 2015 voor subgroepen op basis van samenhang voor somatische en psychische aandoening in combinatie met leeftijd, voor definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid en bandbreedteregeling, uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd ^a	Aantal (%) ^b	Definitieve vaststelling 2015 (voor bandbreedteregeling)		
		Gemiddelde vereveningsresultaat in € ^c		Gemiddelde kosten in €
		Voor FB, na correctie macrovereveningsresultaat ^d	Na FB ^e	
Verzekerden onder de 18 jaar				
- Geen somatische aandoening	19,8	22	22	3
- Wel somatische aandoening	0,5	- 896	- 896	919
Verzekerden 18 jaar tot en met 64 jaar				
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	43,6	41	45	6
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	5,6	29	33	10
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	8,4	- 84	- 80	159
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	3,9	- 143	- 139	204
Verzekerden van 65 jaar en ouder				
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	7,0	167	171	257
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	0,3	- 36	- 32	668
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	9,6	- 101	- 98	1.130
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	1,3	- 629	- 626	1.920
Totaal	100	0	3	184

Voetnoot Tabel 5-4:

- Subgroepen sluiten elkaar uit.
- Omvang in verzekerdenjaren, uitgedrukt in het percentage van de totale Zvw-bevolking.
- Het gemiddelde vereveningsresultaat is het verschil tussen de gemiddelde bijdrage en de gemiddelde kosten. In berekening van het vereveningsresultaat is rekening gehouden met criteriumneutraliteit voor vereveningskenmerk MHK.
- Na correctie voor het macrovereveningsresultaat: procentuele schalingsfactor is 0,99 (afgerond).
- Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 0,99 (afgerond) plus een vast bedrag van € 4 per verzekerde 18+. Dit is een simulatie van het effect van flankerend beleid.

Werking van ex ante model: resultaten na correctie voor macrovereveningsresultaat

Het V&V-model resulteert in een adequate compensatie voor het overgrote deel van de verzekerden op basis van de onderzochte subgroepen, met een relatief hoge gemiddelde onder- of overcompensatie voor andere subgroepen:

- Gegeven deze subgroepen, wordt het overgrote deel van de Zvw-bevolking gemiddeld adequaat gecompenseerd²¹ (ingeval een grens van € 50). Dit zijn verzekerden onder de 18 jaar zonder somatische aandoening en verzekerden van 18 tot en met 64 jaar zonder somatische aandoening (ongeacht psychische aandoening). Dit zijn de relatief gezonde verzekerden. Deze verzekerden hebben ook geen tot zeer lage V&V-kosten.
- Verzekerden van 65 jaar en ouder zonder somatische en psychische aandoening worden gemiddeld overgecompenseerd met € 167 per verzekerde. Dit is 7,0 % van de Zvw-bevolking.
- Voor de andere subgroepen zijn er een behoorlijke gemiddelde ondercompensaties, waaronder verzekerden jonger dan 18 jaar met een somatische aandoening (€ 895 per verzekerde) en verzekerden van 18 jaar en ouder met een somatische aandoening (ongeacht psychische aandoening). De gemiddelde kosten van deze subgroepen zijn boven het landelijk gemiddelde: van 1,1 tot 10 keer.

Resultaten na flankerend beleid

Voor deze subgroepen zijn dezelfde patronen in het gemiddelde vereveningsresultaat te zien na flankerend beleid als in de situatie voor flankerend beleid na correctie voor het macrovereveningsresultaat. Flankerend beleid zorgt er voor dat elke verzekerde 18+ een vast bedrag, in dit geval € 4, van het macrovereveningsresultaat krijgt toebedeeld.

²¹ Hierbij dient vermeld te worden dat de overcompensatie van de subgroep met verzekerden van 18 tot en met 64 jaar zonder somatische en psychische aandoening dicht bij het richtbedrag van € 50 per verzekerde in de buurt ligt (c.q. € 45 per verzekerde).

In bovenstaande resultaten is de bandbreedteregeling *niet* inbegrepen. Deze regeling is in 2015 relatief ruim, waardoor verschillen in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars (groten)deels worden ondervangen. De daadwerkelijke onder- en overcompensaties voor bovenstaande onderzochte subgroepen voor de V&V-kosten pakken voor zorgverzekeraars anders uit dan in bovenstaande resultaten (zie Hoofdstuk 4).

Nadere beschouwing

Voor deze onderzochte subgroepen is geen onderscheidend patroon waar te nemen op basis van (combinaties van) morbiditeitskenmerken. Het aandeel in een positieve risicoklasse van de morbiditeitskenmerken is niet sterk afwijkend voor de verschillende leeftijdsgroepen of het aandeel in een positieve risicoklasse is niet (altijd) hoger zodra zowel een somatische als een psychische aandoening optreedt. Gedetailleerde(re) analyses en onderliggende (declaratie)gegevens zijn nodig om patiëntprofielen voor deze subgroepen te identificeren.

5.3 gGGZ-kosten

5.3.1 Subgroepen op basis van kosten van vorig jaar

Voor inzicht in de verevende werking van het GGZ-model, analyseren wij het gemiddelde vereveningsresultaat en de gGGZ-kosten voor subgroepen op basis van de gGGZ-kosten van vorig jaar (Tabel 5-5). De in- en uitstromers hebben wij op dezelfde wijze ingedeeld als in voorgaande analyses (paragrafen 5.1.1 en 5.2.1). Ook sluiten de subgroepen elkaar uit.

Tabel 5-5: Gemiddelde vereveningsresultaat en gGGZ-kosten voor subgroepen op basis van gGGZ-kosten uit het vorige jaar, voor de definitieve vaststelling voor en *na* flankerend beleid (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen op basis van GGZ-kosten 2014 ^a	Aantal (%) ^b	Definitieve vaststelling voor 2015 (voor bandbreedteregeling)		
		Gemiddelde vereveningsresultaat in € ^c		Gemiddelde kosten in €
		Voor FB, <i>na</i> correctie macrovereveningsresultaat ^d	Na FB ^e	
Hoogste 1 % (als >0: 99 % - 100 %)	0,1	- 8.214	- 8.184	25.700
Hoogste 3 % (als >0: 97 % - 99 %)	0,1	- 3.314	- 3.284	16.650
Hoogste 5 % (als >0: 95 % - 97 %)	0,1	- 2.231	- 2.201	12.060
Midden 70 % (als >0: 25 % - 95 %)	3,8	- 300	- 270	2.566
Laagste 25 % (als >0: 0 % - 25 %)	1,4	118	147	650
Gelijk aan nul ^f	94,5	21	51	91
Totaal	100	0	29	237

Voetnoot Tabel 5-5:

- De subgroepen sluiten elkaar uit.
- Omvang in verzekerdenjaren, uitgedrukt in het percentage van de totale Zvw-bevolking 18+.
- Het gemiddelde vereveningsresultaat is het verschil tussen de bijdrage en kosten. In berekening van het resultaat is rekening gehouden met criteriumneutraliteit voor de vereveningskenmerken MHK-GGZ en DKG-GGZ.
- Na correctie voor het macrovereveningsresultaat: procentuele schalingsfactor is 0,89 (afgerond).
- Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 0,89 (afgerond) *plus* een vast bedrag van € 29 per verzekerde 18+. Dit is een simulatie van het effect van flankerend beleid.
- Deze subgroep bevat ook de instromers in 2015 (verzekerden die 18 zijn geworden en immigranten). Dit is 0,02 % van de totale Zvw-bevolking (18+). Deze verzekerden wijken over het algemeen qua kosten af van de andere verzekerden in deze subgroep.

Werking van ex ante model: resultaten na correctie voor macrovereveningsresultaat

Het GGZ-model resulteert in gemiddelde onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen op basis van kosten in het vorige jaar. Over het algemeen geldt een ondercompensatie voor subgroepen met (zeer) hoge kosten in het vorige jaar (en het huidige jaar) en een overcompensatie voor subgroepen met geen tot relatief weinig gGGZ-kosten in het vorige jaar (en het huidige jaar). Met name is het ex ante model niet goed in staat verzekerden in de top 1 %, 3 % en 5 % adequaat te compenseren. Deze bevindingen blijken uit:

- Het overgrote deel van de Zvw-bevolking, verzekerden zonder GGZ-kosten, wordt adequaat gecompenseerd, uitgaande van een grens van € 50 onder- en overcompensatie. Vanwege de grote omvang van deze subgroep gaat het op macroniveau wel om een behoorlijk bedrag: € 264 miljoen. Dit is in lijn met vorig jaar (Monitor 2014). Hiervoor geldt dezelfde verklaring als van vorig jaar: de gGGZ-kosten zijn erg scheef verdeeld onder de Zvw-bevolking 18+. Voor GGZ-cliënten met hoge kosten is het lastig de kosten adequaat te voorspellen, gegeven de gehanteerde uitgangspunten en modelspecificaties. Het gevolg is dat voor een grote groep er een beperkte overcompensatie is, met voor andere kleine(re) subgroepen hoge gemiddelde ondercompensaties.

- Verzekerden in de laagste 25 % worden overgecompenseerd met gemiddeld € 118. De compensatie voor deze verzekerden is toegenomen in 2015, terwijl de gemiddelde kosten voor deze groep ook in 2015 zijn toegenomen.²² Dit kan het gevolg zijn van de introductie van GGZ-MHK. Deze verzekerden zijn allen ingedeeld in de eerste positieve risicoklasse (1 keer kosten > 0 in 3 jaar), met uitzondering van één verzekerde in klasse 3. Hierdoor krijgen zorgverzekeraars een hogere bijdrage dan vorig jaar voor deze verzekerden. Een relatief groot deel van deze verzekerden zijn ingedeeld in deze risicoklasse van MHK-GGZ, maar hebben relatief lage kosten in het huidige jaar (en voor aandeel ook lage kosten in het vorige jaar).
- Verzekerden in de top 1 %, 3 % en 5 % worden ondergecompenseerd met gemiddeld € 8.214, € 3.314 en € 2.231 respectievelijk. Voorgaande jaren waren er voor deze subgroepen ook relatief hoge ondercompensaties (Monitor 2012, 2013, 2014). Ondanks de modelverbetering in 2015, is dit model niet in staat adequaat te compenseren voor deze verzekerden met hoge kosten in het vorig jaar, en bovengemiddelde kosten in het huidige jaar. Hierbij komt dat de HKC is afgeschaft en de bandbreedte is verruimd per 2015 (niet inbegrepen in deze analyses). Voorgaande jaren werden de ondercompensaties van deze verzekerden met hoge kosten (enigszins) beperkt door de HKC en bandbreedteregeling. In 2015 is dit nog alleen de bandbreedteregeling.

Resultaten na flankerend beleid

Voor deze subgroepen zijn dezelfde patronen in het gemiddelde vereveningsresultaat te zien na flankerend beleid als in de situatie na correctie voor het macrovereveningsresultaat. Flankerend beleid zorgt ervoor dat de gemiddelde ondercompensaties voor de subgroepen (hoogste 1 %, 3 %, 5 % en midden 70 %) afnemen en de overcompensaties voor de andere subgroepen toenemen, in dit geval met € 29 per verzekerde.

Nadere beschouwing

Wij hebben de (morbiditeits-)kenmerken van deze onderzochte subgroepen geanalyseerd. Dit geeft nader inzicht in de kenmerken van deze subgroepen en geeft mogelijk aanknopingspunten voor modelverbeteringen.

Tabel 5-6: Morbiditeitskenmerken van de subgroepen op basis van de gGGZ-kosten van het vorige jaar.

Subgroepen ^a op basis van kosten 2014	Percentage (%) in positieve risicoklasse van morbiditeitskenmerk				
	FKG-GGZ>0	MHK-GGZ>0	MHK-GGZ>1	DKG-GGZ>0	Combinaties ^b
Hoogste 1 % (als >0: 99 % - 100 %)	44,2	100	36,9	81,1	39,4
Hoogste 3 % (als >0: 97 % - 99 %)	51,7	100	31,2	75,8	43,5
Hoogste 5 % (als >0: 95 % - 97 %)	52,2	100	31,3	74,0	43,4
Midden 70 % (als >0: 25 % - 95 %)	32,8	100	6,5	48,2	23,0
Laagste 25 % (als >0: 0 % - 25 %)	24,3	100	0,0	0,7	0,3
Gelijk aan nul	0,0	6,7	6,7	0,3	0,0

Voetnoot Tabel 5-6:

a. De subgroepen sluiten elkaar uit.

b. Combinatie is FKG-GGZ>0, MHK-GGZ>0 en DKG-GGZ>0, ter indicatie van multi-morbiditeit. Merk op dat alle verzekerden met kosten in het vorige jaar zijn ingedeeld in een positieve MHK-GGZ en daarmee niet onderscheidend is om multi-morbiditeit te identificeren.

Voor de onderzochte subgroepen zijn de volgende patronen in morbiditeitskenmerken herkenbaar:

- De subgroepen top 1 %, 3 % en 5 % hebben een relatief groot aandeel in een positieve FKG-GGZ en DKG-GGZ: variërend van circa eenderde tot de helft.
- Opvallend is dat het aandeel verzekerden met een positieve FKG-GGZ en de combinatie van alle morbiditeitskenmerken in de subgroep top 1 % iets lager is dan bij de subgroepen top 3 % en 5 %. Het aandeel in een DKG-GGZ is wel hoger voor de top 1 %: meer dan 80 %. Met name het aandeel van DKG 5 is bij de subgroep top 1 % veel hoger dan bij de andere subgroepen: 58 % van deze subgroep is in deze risicoklasse ingedeeld, versus 24 % van de top 3 %, en 3 % van de top 5 %. DKG 5 duidt op intramuraal verblijf voor (ernstige) psychische aandoeningen.
- Alle verzekerden met kosten in het vorige jaar zijn ingedeeld in een positieve MHK-GGZ, zoals verwacht op basis van de definities van de risicoklassen. Bijvoorbeeld, '1 keer kosten in drie voorgaande jaren'. Dit is ook de verklaring voor verzekerden die geen kosten hebben in het vorige jaar maar wel zijn ingedeeld in een positieve MHK-GGZ (zij hebben kosten gehad in 2013 of 2012). Een verdiepingsslag is aangebracht om te kijken in hoeverre verzekerden zijn ingedeeld in een hogere MHK-risicoklasse dan klasse 1: ongeveer eenderde van de verzekerden van de subgroepen top 1 %, 3 % en 5 % ten opzichte van 0 % tot 7 % van de verzekerden voor de andere subgroepen (midden 70 %, laagste 20% en gelijk aan nul).
- Een relatief groot aandeel van de verzekerden in de midden 70 % en de top-subgroepen (1 %, 3 % en 5 %) zijn zowel ingedeeld in een positieve FKG-GGZ, MHK-GGZ en DKG-GGZ. De combinatie van een FKG-GGZ en DKG-GGZ geeft een indicatie van de ziektelast: relatief ernstige(re) psychische aandoeningen.

²² In de interpretatie van de resultaten van dit jaar, in vergelijking van die resultaten van vorig jaar (Tabel 5-4 – Monitor 2014), houden wij rekening met het verschil in (correctie voor) het macrovereveningsresultaat.

Deze patronen zijn in lijn met vorig jaar (Monitor 2014).

In aanvulling hierop, volgt uit een nadere analyse dat de GGZ-kosten van twee opeenvolgende jaren²³ een behoorlijk fluctuerend karakter hebben: 'slechts' 10 % tot 20 % van de verzekerden in top 1 %, 3 % en 5 % op basis van de kosten in het vorige jaar zijn in dezelfde topklasse ingedeeld in het huidige jaar. Daarbij valt op dat van de verzekerden die wel in beide jaren in de top 1 % zijn ingedeeld, de hoogte van de gemiddelde GGZ-kosten in beide jaren redelijk vergelijkbaar zijn. Dit betekent dat een relatief groot deel van de verzekerden in deze subgroepen in- en uitstromers zijn, met sterk wisselende kostenpatronen. Kenmerkend hierbij is dat 60 % van de verzekerden in de top 1 % op basis van kosten in het vorige jaar zijn ingedeeld in DKG 5: ofwel, het merendeel van deze verzekerden heeft intramuraal verblijf in het vorige jaar gehad (en verblijft mogelijk ook in 2015 nog intramuraal). Van alle verzekerden met DKG 5 zit 93 % van deze verzekerden in de top 1% of 3 % van de kosten in het vorige jaar.

Bovenstaande resultaten tonen dat het GGZ-model niet voldoende in staat is om de kosten van verzekerden met ernstige en/of meervoudige psychische gezondheidsproblematiek adequaat te compenseren, waarbij de hoogte van de kosten sterk kunnen fluctueren over jaren. Het is waardevol nader verkennend onderzoek uit te voeren naar patiëntprofielen, met aandacht voor de (combinaties van) kenmerken van verzekerden met ernstige en/of meervoudige psychische gezondheidsproblematiek in combinatie met de kostenpatronen over jaren.

5.3.2 Subgroepen samenhang aandoening en leeftijdsgroepen

Wij analyseren het gemiddelde vereveningsresultaat en de kosten voor subgroepen op basis van een somatische en/of psychische aandoening in combinatie met leeftijd (Tabel 5-7).

Tabel 5-7: 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 en na flankerend beleid (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd	Definitieve vaststelling 2015 (voor bandbreedteregeling)			
	Aantal (%) ^b	Gemiddelde vereveningsresultaat in € ^c		Gemiddelde kosten in €
		Voor FB, na correctie macrovereveningsresultaat ^d	Na FB ^e	
Verzekerden 18 jaar tot en met 64 jaar				
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	54,7	8	37	64
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	7,0	15	44	1.048
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	10,5	- 17	13	76
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	5,0	- 69	- 39	1.867
Verzekerden van 65 jaar en ouder				
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	8,8	- 1	29	37
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	0,4	10	40	962
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	12,1	- 3	26	43
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	1,7	20	50	980
Totaal	100	0	29	237

Voetnoot Tabel 5-7:

- De subgroepen sluiten elkaar uit.
- Omvang in verzekerdenjaren, uitgedrukt in het percentage van de totale Zvw-bevolking (18+).
- Het gemiddelde vereveningsresultaat is het verschil tussen de bijdrage en de kosten. In berekening van het resultaat is rekening gehouden met criteriumneutraliteit voor de vereveningskenmerk MHK-GGZ en DKG GGZ.
- Na correctie voor het macrovereveningsresultaat: procentuele schalingsfactor is 0,94 (afgerond).
- Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 0,94 (afgerond) *plus* een vast bedrag van € 29 per verzekerde 18+.

Werking van ex ante model: resultaten na correctie voor macrovereveningsresultaat

Het GGZ-model resulteert in een adequate compensatie voor het overgrote deel van de Zvw-bevolking 18+ (bij een grens van € 50), met uitzondering van verzekerden tussen de 18 en 64 jaar met zowel een somatische als psychische aandoening:

- Het GGZ-model geeft een adequate compensatie voor het overgrote deel van de Zvw-bevolking op basis van deze onderzochte subgroepen: in totaal 95 %. De onder- of overcompensatie is voor de meeste subgroepen zijn beneden de € 50²⁴. Deze bevinding over de scheefheid van de verdeling is typerend voor de GGZ, en is

²³ Voor goede uitgebreide analyses naar kostenpatronen is minimaal drie jaar nodig. Voor deze Monitor hebben wij 'slechts' twee jaar.

²⁴ Hierbij dient vermeld te worden dat de overcompensatie van de subgroep met verzekerden van 18 tot en met 64 jaar met een psychische aandoening dicht bij het richtbedrag van € 50 per verzekerde in de buurt ligt (c.q. € 44 per verzekerde).

voorgaande jaren ook geconstateerd (Monitor 2012, 2013, 2014). Daarbij geldt dat vorig jaar voor meer subgroepen er een ondercompensatie was (Tabel 6-8 in Monitor 2014). Dit betekent dat de ondercompensaties voor een aantal subgroepen zijn afgenomen in 2015, mogelijk als gevolg van de uitbreiding met MHK-GGZ.

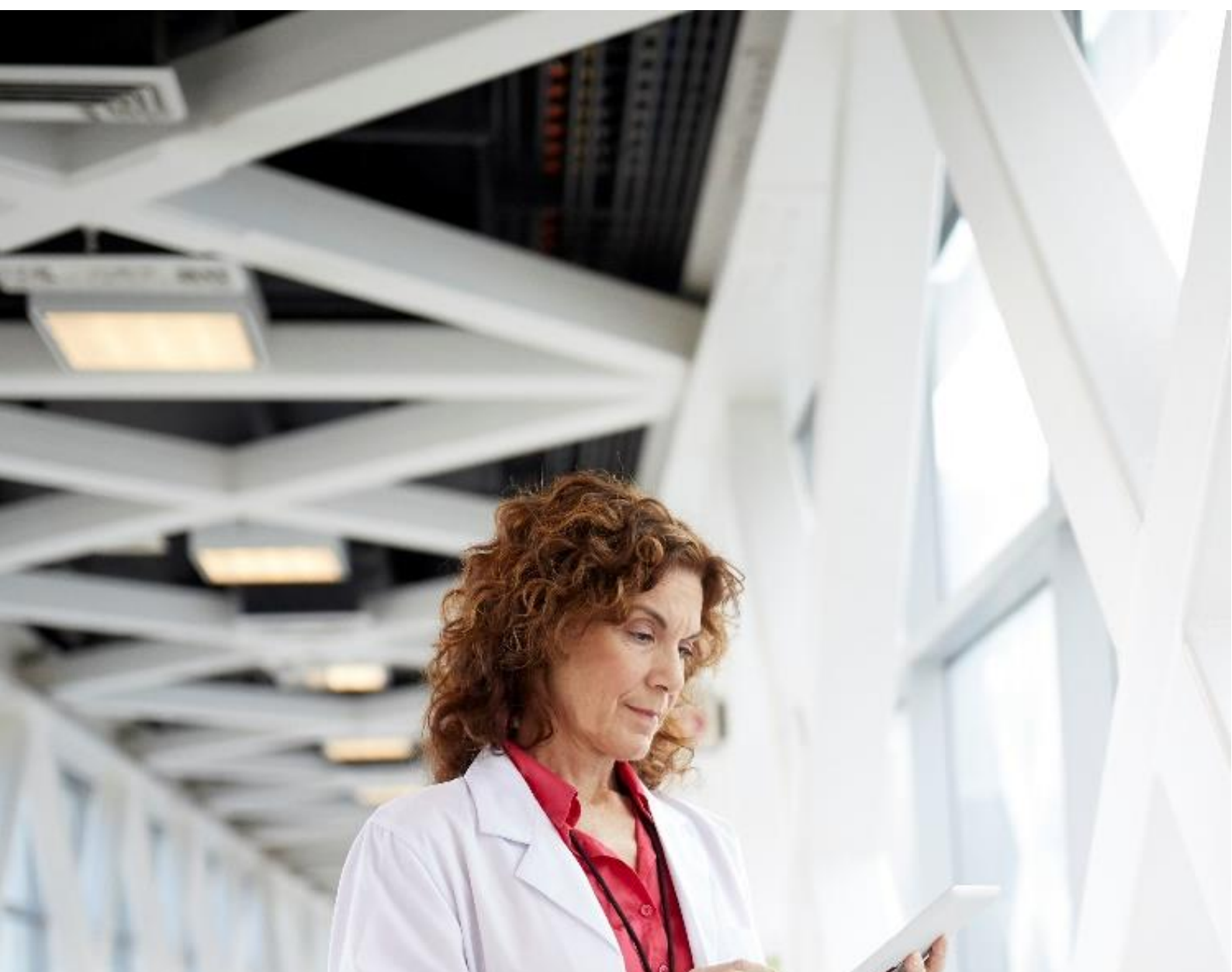
- Gegeven deze onderzochte subgroepen, is de enige subgroep met een onder- of overcompensatie boven de € 50 de verzekerden van 18 tot en met 64 jaar met zowel een somatische als psychische aandoening. Deze subgroep worden ondergecompenseerd met gemiddeld € 69. Ten opzichte van vorig jaar, is deze ondercompensatie afgenomen (Tabel 6-8 in Monitor 2014). Dit kan het gevolg zijn van de uitbreiding met MHK-GGZ. Ook zijn de gemiddelde kosten van deze subgroep in 2015 afgenomen ten opzichte van vorig jaar met 17 %. Een verklaring voor de resultaten van 2015 in vergelijking met die van vorig jaar is (deels) gerelateerd aan de definitie van verzekerden met een psychische aandoening. Wij hebben voor 2015 een positieve klasse van het kenmerk LDR vervangen door MHK-GGZ. Zo zijn de subgroepen met een psychische aandoening groter in omvang dan vorig jaar. De subgroep is hierdoor niet een-op-een te vergelijken met vorig jaar. Uit onze analyse volgt dat deze onderzochte subgroepen heteroog zijn in onderliggende kenmerken (bijvoorbeeld welke risicoklassen van de kenmerken) en in de kosten.

Resultaten na flankerend beleid

Voor deze subgroepen zijn dezelfde patronen in het gemiddelde vereveningsresultaat te zien na flankerend beleid als in de situatie voor flankerend beleid na correctie voor het macrovereveningsresultaat, afgezien van een toename van het resultaat met € 29 per verzekerde. Het gevolg is dat de onder- en overcompensaties voor deze onderzochte subgroepen beperkt zijn. In de uitvoering is na flankerend beleid nog de bandbreedteregeling toegepast, die niet in deze analyse is meegenomen.

Nadere beschouwing

Voor de onderzochte subgroepen is niet een onderscheidend patroon waar te nemen op basis van (combinaties van) alle morbiditeitskenmerken. Het aandeel in een positieve risicoklasse van de morbiditeitskenmerken is niet heel afwijkend voor de verschillende leeftijdsgroepen of het aandeel in een positieve risicoklasse is niet (altijd) hoger zodra zowel een somatische als een psychische aandoening optreedt. Dit is vorig jaar ook geconstateerd (Monitor 2014).



Deel 2 – Representativiteit van beslisinformatie



6 Representativiteit op enkelvoudige risicoklassen en subgroepen

Samenvatting

Somatische kosten

- Voor enkele risicoklassen van het somatische model 2015 zijn er forse gemiddelde vereveningsresultaten, veelal positief omdat de gerealiseerde kosten lager zijn uitgekomen dan verwacht. Met name risicoklassen van DKG, FKG, HKG en MHK vallen op; dit is in lijn met voorgaande jaren.
- De geraamde kosten wijken af van de gerealiseerde kosten door (voorziene en onvoorziene) verschuivingen. De gemiddelde kosten bij de ex ante vaststelling sluiten gemiddeld iets minder goed aan dan bij de OT. Met name verschuivingen in de kosten vallen op bij DKG, FKG, AVI, SES en MHK; dit is in lijn met voorgaande jaren.
- De verschuivingen in prevalenties zijn in totaal relatief beperkt. Bij de ex ante vaststelling sluiten de prevalenties gemiddeld beter aan op de gerealiseerde cijfers dan bij de OT. Bij AVI en GSM zijn er relatief grote verschuivingen. Voor AVI is dit ook voorgaande jaren geconstateerd. GSM is nieuw per 2015. De verschuivingen bij SES zijn afgenomen ten opzichte van vorig jaar, als gevolg van wijzigingen van de methodiek.
- De onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen die bij de OT en ex ante vaststelling worden verwacht, komen ook voor in de gerealiseerde cijfers, waarbij de hoogte van de onder- of overcompensatie varieert.

V&V-kosten

- Voor enkele risicoklassen van het V&V-model 2015 gelden behoorlijke gemiddelde vereveningsresultaten, met name bij de hoge risicoklassen van MHK.
- De gemiddelde kosten bij de OT en bij de ex ante vaststellingen wijken evenveel af van de gerealiseerde kosten.
- De verschuivingen in prevalenties zijn in totaal beperkt. Bij de ex ante vaststelling sluiten de prevalenties gemiddeld beter aan op de gerealiseerde cijfers dan bij de OT.
- De onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen die bij de OT en ex ante vaststelling worden verwacht, komen ook voor in de gerealiseerde cijfers, waarbij de hoogte varieert.

gGGZ-kosten

- Net zoals bij de somatische kosten en V&V-kosten, zijn er bij enkele risicoklassen forse gemiddelde vereveningsresultaten. Dit is met name bij de hoge risicoklassen van FKG-GGZ, DKG-GGZ en MHK-GGZ.
- Verschuingen treden op in de kosten. De gemiddelde kosten bij de ex ante vaststelling sluiten gemiddeld iets minder goed aan dan bij de OT. Met name vallen verschuingen op bij AVI, DKG-GGZ en MHK-GGZ. AVI en DKG-GGZ zijn vorig jaar ook geconstateerd; MHK-GGZ is nieuw per 2015.
- De verschuingen in prevalenties zijn in totaal relatief beperkt. Bij AVI, DKG-GGZ en MHK-GGZ treden relatief grotere verschuingen op. De verschuingen bij SES zijn afgenomen ten opzichte van vorig jaar, als gevolg van wijzigingen van de methodiek.
- Net zoals bij de somatische en V&V-kosten, komen de onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen op de gerealiseerde cijfers ook voor, zoals verwacht is bij de OT en ex ante vaststelling. De hoogte van de onder- en overcompensatie varieert.

Dit hoofdstuk geeft inzicht in de representativiteit van de beslisinformatie voor de definitieve vaststelling op het niveau van *enkelvoudige risicoklassen en subgroepen*. Wij analyseren in welke mate de kosten en verzekerdenaantallen (uitgedrukt in prevalenties*) op het niveau van enkelvoudige risicoklassen en subgroepen bij de OT en ex ante vaststelling aansluiten op de gerealiseerde cijfers. De resultaten in dit hoofdstuk geven aanleiding tot, of aanknopingspunten, om onderzoek te doen naar de stappen voor het representatief maken van de gegevens bij het meest recente vereveningsjaar dat momenteel wordt uitgevoerd (ten tijde van deze Monitor is dat 2020/2021).

Analyse op enkelvoudige risicoklassen

Bij de OT en ex ante vaststelling is de gemiddelde bijdrage gelijk aan de gemiddelde kosten voor elke risicoklasse in het ex ante model: 137 risicoklassen voor het somatische model, 42 risicoklassen voor het V&V-model en 86 risicoklassen voor het gGGZ-model in 2015. Bij de definitieve vaststelling hoeft dit niet meer op te gaan, vanwege ontwikkelingen in de kosten en prevalenties ten opzichte van de geraamde cijfers. Om dit in beeld te brengen, analyseren wij het gemiddelde vereveningsresultaat per risicoklasse. Wij gaan uit van het (ongecorrigeerde) vereveningsresultaat, voor flankerend beleid en bandbreedteregeling (indien van toepassing). Aangezien het macrovereveningsresultaat invloed heeft op de resultaten, analyseren wij ook de gecorrigeerde vereveningsresultaten (Bijlage D). Flankerend beleid en de bandbreedteregeling komen verder niet aan bod in dit hoofdstuk, omdat het gaat om de representativiteit van de beslisinformatie bij de OT en ex ante vaststelling. Dit zijn beide momenten waarop flankerend beleid en de bandbreedteregeling niet van toepassing is.

Om de vereveningsresultaten voor enkelvoudige risicoklassen te verklaren, analyseren wij verschuivingen in kosten en prevalenties, voor zowel de OT als ex ante vaststelling ten opzichte van de gerealiseerde cijfers. Dit doen wij aan de hand van de gewogen gemiddelde absolute verschillen (GGAV) in de kosten en de gesommeerde absolute verschillen (GAV) in de prevalenties per vereveningskenmerk.

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

- Door samenhang tussen vereveningskenmerken kan een verschuiving in kosten en/of prevalenties van het ene vereveningskenmerk invloed uitoefenen op andere vereveningskenmerken. Bij verklaringen voor de effecten van één vereveningskenmerk dienen de effecten bij andere vereveningskenmerken te worden meegenomen.
- 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 bepaald vereveningsjaar reflecteren. Wij analyseren de verschillen en dragen (mogelijke) verklaringen aan. Of/welk deel van de verschillen vooraf beter had kunnen worden ingeschat, is niet aan te geven op basis van de beschikbare gegevens en uitgevoerde analyses. Immers, wij kunnen niet vaststellen wat de verschillen zouden zijn als een bepaalde stap in het uitvoeringsproces (e.g. een conversie, een herweging of schaling) anders zou zijn uitgevoerd. Indien opvallende verschillen bij dezelfde vereveningskenmerken over verschillende jaren terugkomen, is dit aanleiding om nader de stappen voor het representatief maken van de beslisinformatie te onderzoeken (waarbij wel toegang is tot deze aanvullende informatie).
- Wij vergelijken (het patroon in) de resultaten met voorgaande jaren, voor zover mogelijk. Het is niet goed mogelijk om de resultaten een-op-een te vergelijken met die van voorgaande jaren, vanwege jaar-specifieke wijzigingen (o.a. kostendefinities en overhevelingen: Bijlage A). Een trendanalyse over jaren ligt buiten de reikwijdte van deze Monitor.
- Onze analyse en beschrijving van de resultaten is niet uitputtend. Wij focussen op de belangrijkste bevindingen om inzicht te krijgen in de representativiteit van de beslisinformatie.

Analyse op patronen voor subgroepen

Naast de enkelvoudige risicoklassen analyseren wij *het patroon* in het gemiddelde vereveningsresultaat en de kosten van enkele subgroepen die niet expliciet in dit ex ante model zijn opgenomen. Wij definiëren subgroepen op basis van samenhang tussen een somatische en psychische aandoening in combinatie met leeftijd, conform de definities in Hoofdstuk 5 (Bijlage B). Het doel is na te gaan in hoeverre het patroon in het gemiddelde vereveningsresultaat en de kosten tijdens de OT en de ex ante vaststelling vergelijkbaar is met *het patroon* bij de definitieve vaststelling op gerealiseerde cijfers. Het doel is *niet* het vergelijken van de resultaten in absolute zin. De werking van de ex ante modellen komt in Hoofdstuk 5 aan bod. Ten behoeve van vergelijkbaarheid van de resultaten op subgroepen over de verschillende momenten is het gemiddelde vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling *procentueel gecorrigeerd* voor het macrovereveningsresultaat (Bijlage B). De resultaten voor de definitieve vaststelling in Hoofdstuk 6 zijn daarmee gelijk aan die in Hoofdstuk 5.

6.1 Somatische kosten

6.1.1 Resultaat enkelvoudige risicogroepen

Tabel 6-1 presenteert de enkelvoudige risicoklassen in het somatische model 2015 met een (ongecorrigeerd) vereveningsresultaat buiten de gekozen grenzen (positief of negatief) van € 1.000 per verzekerde of met een macro-omvang groter dan € 300 miljoen.²⁵ Ook geven wij het gemiddelde vereveningsresultaat na correctie voor het macrovereveningsresultaat (Laatste kolom – Tabel 6-1). Bijlage D geeft een overzicht van het gemiddelde vereveningsresultaat voor alle 137 risicoklassen van het somatische model, zowel voor als na correctie voor het macrovereveningsresultaat.

Tabel 6-1 Enkelvoudige risicoklassen in het somatische model 2015 met een vereveningsresultaat buiten de gekozen grenzen bij de definitieve vaststelling.

Enkelvoudige risicoklassen		Aantal, in %	Gemiddelde kosten, in €	Gemiddeld vereveningsresultaat, in €	Macro-omvang vereveningsresultaat, in € in mln.	Gemiddeld resultaat na correctie, in €
<i>Buitendrempel € 1.000 per verzekerde</i>						
DKG	DKG 14	0,04	80.911	15.014	101,5	9.217
	DKG 12	0,12	14.690	2.787	57,4	1.731
	DKG 10	0,49	12.489	1.669	135,4	814
	DKG 15	0,01	65.209	- 11.458	- 20,8	-14.706
FKG	FKG 24 (nieraandoeningen)	0,06	41.079	6.337	64,7	3.471
	FKG 14 (reuma)	0,21	17.231	2.325	82,5	1.143
	FKG 21 (kanker)	0,11	12.931	2.938	54,8	1.979
	FKG 22 (hormoongevoelige tumoren)	0,37	7.118	1.893	118,1	1.348
MHK	MHK 6 (3 x kosten in top 1,5 %)	0,16	42.004	4.209	110,7	1.416
<i>Bovendrempel € 300 mln. op macroniveau</i>						
MHK	MHK 0 (afslagklasse: geen MHK)	94,0	1.411	103	1.610,6	11
	GSM 4 (wel morbiditeit, 65+)	10,9	5.876	380	693,5	2
GSM	GSM 2 (wel morbiditeit, 65-)	12,8	4.113	164	352,3	-94
	GSM 1 (geen morbiditeit, 65 -)	69,0	875	68	779,3	11
DKG	DKG 0 (afslagklasse: geen DKG)	90,7	1.381	102	1.549,8	13
HKG	HKG 0 (afslagklasse: geen HKG)	99,1	1.839	119	1.975,5	1
FKG	FKG 0 (afslagklasse: geen FKG)	81,1	1.238	81	1.091,2	1
	SES 8 (middeninkomen 18-64)	24,4	1.588	111	450,7	8
SES	SES 6 (laag inkomen 65+)	5,3	4.841	417	371,3	100
	SES 11 (hoog inkomen 18-64)	18,3	1.433	108	331,9	15
AVI	AVI 0 (referentie 0-17 en 65+)	38,6	2.605	153	985,9	-14

Voetnoot Tabel 6-1:

- Voor alle 137 risicoklassen tezamen geldt een gemiddeld vereveningsresultaat van € 124 per verzekerde.
- Het 'resultaat na correctie' is het vereveningsresultaat na correctie voor het macrovereveningsresultaat (C1 in Bijlage D)

Voor een aantal risicoklassen is er een fors vereveningsresultaat in absolute bedragen of in macro-omvang, met name bij DKG, FKG, MHK en GSM (Tabel 6-1). Dit wijst erop dat het macrovereveningsresultaat (c.q. in dit geval een kostenonderschrijding) over het algemeen is behaald bij verzekerden met relatief hoge kosten. Op basis van de beschikbare gegevens, kunnen wij echter geen specifieke subgroep aanwijzen die hiervoor verantwoordelijk is.²⁶ Opvallende resultaten zijn:

- Bij DKG 14 en 12 (en in bepaalde mate bij DKG 10) is er een fors positief vereveningsresultaat. Dit is in lijn met vorig jaar (Monitor 2014). De toename van het vereveningsresultaat bij DKG 14 (nierdialyse) ten opzichte van vorig jaar kan verband hebben met het doorzetten van de kostendaling door wijzigingen in de tarieven van de behandelingen (i.e. thuisdialyse). Bij DKG 15 (hemofilie) is er een fors negatief vereveningsresultaat (dit is een risicoklasse met een relatief kleine omvang). Het normbedrag voor DKG 15 is fors gedaald ten opzichte van vorig jaar (WOR 711 - Normbedragenfase, WOR 658 - Normbedragenfase). Dit is mogelijk het gevolg van een kostendaling voor deze groep in de gegevens voor de OT en ex ante vaststelling voor 2015, ondanks (in combinatie met) een overschatting van de totale kosten van het MPB. Op de gegevens van de ex ante vaststelling zijn de normbedragen bepaald en daarmee zijn deze gegevens van invloed op het definitieve vereveningsresultaat

²⁵ Dit zijn dezelfde grenzen als in de Monitor 2014 (Bijlage B; Monitor 2014).

²⁶ Gedetailleerde gegevens over typen kosten zijn niet voorhanden om te analyseren bij welke type zorgverlening en daarmee bij welke specifieke subgroepen het macrovereveningsresultaat is behaald.

dat volgt. De gerealiseerde kosten zijn voor deze groep hoger dan de geraamde cijfers bij de OT en ex ante vaststelling. Bij DKG 11 is er ook een relatief hoog negatief vereveningsresultaat, buiten de gekozen grenzen, *na* correctie voor het macrovereveningsresultaat (Bijlage D; niet in Tabel 6-1).

- Voor FKG 14, 21, 22, en 24 geldt een fors positief vereveningsresultaat, met name FKG 24 (nieraandoeningen). Dit is in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2012, 2013, 2014). Voor FKG 21 en 22 zijn dalingen in de kosten geconstateerd in WOR 709 (Gegevensfase), die toen deels gerelateerd zijn aan prevalentiestijgingen. Het positieve vereveningsresultaat voor deze FKG's kan zijn veroorzaakt door een daling van de kosten voor de betreffende geneesmiddelen (i.e. als gevolg van het preferentiebeleid generieke geneesmiddelen), dan wel (in combinatie met) een overschatting van de totale kosten in het MPB. Voor FKG 18 en 19 is er een negatief vereveningsresultaat, buiten de gekozen grenzen, *na* correctie voor het macrovereveningsresultaat (in Bijlage D; niet in Tabel 6-1).
- Net zoals vorig jaar, geldt voor MHK 6 een positief vereveningsresultaat. In WOR 709 (Gegevensfase) is voor deze risicoklasse een stijging in de kosten te zien. In dit onderzoek is als verklaring aangedragen dat de kosten van de drie jaren waarop de MHK-classes zijn gebaseerd onderling beter vergelijkbaar zijn dan in voorgaande jaren, als gevolg van wijzigingen in kostendefinities: o.a. TNF-alfaremmers (WOR 709). Het vereveningsresultaat op de gerealiseerde cijfers voor deze MHK-klasse 6 is mogelijk (deels) gerelateerd aan een daling in de kosten in de gegevens van de OT en ex ante vaststelling, en (in combinatie met) een overschatting van de totale kosten in het MPB.
- Bij de HKG 3 en 4 was vorig jaar sprake van een fors positief vereveningsresultaat (Monitor 2014). Dit zijn risicoklassen voor gebruik van een (trachea) stoma. Op basis van de gerealiseerde cijfers geldt voor HKG 3 en 4 nog steeds een positief vereveningsresultaat, echter deze is beneden de gekozen grens en substantieel minder dan vorig jaar (Bijlage D). In WOR 709 (Gegevensfase) is geconstateerd dat de gemiddelde kosten voor deze HKG's met 15 % zijn gestegen ten opzichte van vorig jaar. De stijgende kosten hangen mogelijk deels samen met de gedaalde prevalenties voor deze groep in de gegevens voor de OT en ex ante vaststelling (WOR 709).
- Het vereveningsresultaat voor de afslagklassen van DKG, FKG, HKG, AVI en MHK heeft een grote macro-omvang, vanwege de grote omvang in prevalenties van deze risicoklassen. Voorgaande jaren is dit ook geconstateerd (Monitor 2012, 2013, 2014).
- Van het nieuwe kenmerk GSM per 2015 vallen de klassen 1, 2 en 4 op vanwege de macro-omvang. Het gemiddelde vereveningsresultaat voor deze risicoklasse is niet sterk afwijkend van het landelijk gemiddelde over alle risicoklassen.

Kosten

Bovenstaande resultaten worden (deels) verklaard door ontwikkelingen in de kosten tussen de OT en de ex ante vaststelling met de gerealiseerde kosten. Hiertoe analyseren wij de GGAV in de kosten per vereveningskenmerk (Tabel 6-2). Voor vergelijkbaarheid van de resultaten tussen momenten schalen wij de gemiddelde kosten bij de OT en de ex ante vaststelling procentueel naar het gerealiseerde kostenniveau (Bijlage B). Hoe lager de GGAV, des te beter de gemiddelde geraamde kosten aansluiten op de gemiddelde gerealiseerde kosten. De absolute waarde van de GGAV is lastig te beoordelen, omdat niet bekend is welke waarde acceptabel is (een waarde van nul lijkt niet haalbaar). De GGAV interpreteren wij relatief om het patroon in de afwijkingen van de gemiddelde kosten te monitoren over de vereveningskenmerken op de momenten en in vergelijking met voorgaande jaren, voor zover mogelijk. Wij vergelijken de GGAV onderling en relateren dit aan het gemiddelde kostenniveau.

Tabel 6-2 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 vaststellingmomenten.

	OT versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd	Ex ante vaststelling versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd
<i>Leeftijd/geslacht</i>	59,1	38,3
<i>DKG</i>	56,9	79,6
<i>FKG</i>	40,1	86,9
<i>HKG</i>	7,2	12,0
<i>AVI</i>	42,7	32,7
<i>SES</i>	50,1	47,7
<i>Regio</i>	17,0	8,4
<i>MHK</i>	33,5	56,9
<i>GSM</i>	65,5	44,0
Totaal	41,4	45,2

De totale kosten bij de OT wijken met gemiddeld € 41,4 en bij de ex ante vaststelling met € 45,2 per verzekerde af van de gerealiseerde kosten. De totale GGAV bij de OT is lager dan bij de ex ante vaststelling. Dit is het saldo-effect van het resultaat van de relatief lagere GGAV bij de OT voor DKG, FKG, MHK en HKG. Een lagere GGAV bij de ex ante vaststelling dan bij de OT betekent dat de gemiddelde kosten bij de ex ante vaststelling over het algemeen minder goed aansluiten op de gerealiseerde kosten dan bij de OT. Ofwel, de herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB hebben per saldo achteraf niet bijgedragen een betere aansluiting op de gerealiseerde cijfers.

Op afzonderlijke vereveningskenmerken valt op:

- DKG heeft een relatief hoge GGAV, zowel bij de OT als bij de ex ante vaststelling. Dit hangt waarschijnlijk (deels) samen met de conversie die is uitgevoerd (WOR 709 - Gegevensfase). Deze conversie is uitgevoerd om de DBC-informatie van 2012 om te zetten naar de DBC-zorgproducten voor 2015. Bij deze conversie naar DBC-zorgproducten was er ook sprake van wijzigingen in de tarieven en (in combinatie met) de verkorting van de DBC-doorlooptijd tot 120 dagen. Het uitvoeren van een conversie gaat altijd gepaard met enige onzekerheid, wat de relatief grote verschillen voor de DKG in 2015 (deels) kan verklaren.
- Bij FKG is ook een relatief hoge GGAV, met name bij de ex ante vaststelling. Voornamelijk de kosten van FKG 24, 22, 21 en 14 sluiten bij de ex ante vaststelling minder goed aan op de gerealiseerde kosten, in vergelijking met de OT. Deze risicoklassen vielen ook op in Tabel 6-1. FKG 14 is per 2015 weer geïntroduceerd en omvat de TNF-alfaremmers.
- Voor AVI en SES is de GGAV relatief hoog, zowel bij de OT als bij de ex ante vaststelling. In voorgaande jaren zijn voor deze kenmerken ook relatief grote verschuivingen in de kosten geconstateerd (Monitor 2012, 2013, 2014). SES en AVI hangen (deels) met elkaar samen. Mogelijk hebben de relatief grote verschuivingen te maken met (sterke) ontwikkelingen in de conjunctuur, waardoor inschattingen achteraf gezien niet volledig goed aansluiten op de gerealiseerde cijfers.
- Voor MHK is de GGAV relatief hoog, en bij de ex ante vaststelling hoger dan bij de OT. In voorgaande jaren is deze bevinding ook geconstateerd (Monitor 2012, 2013, 2014). Dit effect was reeds eerder geconstateerd bij de uitvoering en leidde tot aanpassing van de methodiek voor de verzekerdenraming voor MHK in 2015 (ZIN, 2014): de prevalenties worden afgestemd op de prevalenties in de OT om zodoende rekening te houden met pakketmaatregelen en kostenoverhevelingen; de gerealiseerde kostenbestanden op zichzelf worden niet gecorrigeerd voor pakketmaatregelen en overhevelingen. Deze aanpassing in methodiek heeft niet geleid tot een betere aansluiting bij de ex ante vaststelling met betrekking tot de kosten (voor verschuivingen in prevalenties: zie analyse hieronder).
- GSM en leeftijd/geslacht hebben ook een relatief hoge GGAV, zowel bij de OT als bij de ex ante vaststelling. Bij GSM komt dit door de samenhang met morbiditeitskenmerken en leeftijd, die allen ook een relatief hoge GGAV hebben. Voor leeftijd/geslacht komt dit ook door samenhang met andere vereveningskenmerken, waardoor verschuivingen in kosten (bij onderliggende typen zorgsoorten) tot uitdrukking komen bij dit kenmerk.

Prevalenties

Naast verschuivingen in kosten, treden ook verschuivingen in prevalenties op tussen de momenten. Tabel 6-3 toont de GAV in prevalenties per vereveningskenmerk van het somatische model 2015.

Tabel 6-3 GAV in prevalenties tussen de OT en definitieve vaststelling en tussen ex ante vaststelling en definitieve vaststelling, voor alle verzekerden in de Zvw-bevolking volgens het somatische model 2015.

	OT versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd	Ex ante vaststelling versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd
<i>Leeftijd/ geslacht</i>	43,4	7,5
<i>DKG</i>	11,7	4,6
<i>FKG</i>	26,7	7,4
<i>HKG</i>	1,6	0,3
<i>AVI</i>	39,6	27,5
<i>SES</i>	34,6	6,3
<i>Regio</i>	3,2	1,3
<i>MHK</i>	5,4	2,7
<i>GSM</i>	28,9	15,0
Totaal	23,5	8,2

Conform verwachting is de totale GAV bij de ex ante vaststelling lager dan bij de OT: een prevalentieverschil van gemiddeld 0,82 % bij de ex ante vaststelling en 2,35 % bij de OT. Voor alle vereveningskenmerken geldt dat de GAV lager is bij de ex ante vaststelling dan bij de OT. De herweging naar de verzekerdenraming draagt bij aan een betere aansluiting van de prevalenties, waarop de normbedragen zijn gebaseerd.

De GAV in prevalenties tussen de ex ante vaststelling en de gerealiseerde cijfers tonen verschuivingen in de samenstelling van de Zvw-bevolking die niet zijn meegenomen bij bepaling van de normbedragen (wij kunnen met de beschikbare gegevens niet analyseren welke verschillen konden worden voorzien en welke niet). De resultaten die hierbij opvallen zijn:

- Voor AVI is de GAV in prevalentie relatief hoog. Dit is in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2012, 2013, 2014). De gerealiseerde prevalenties van de samenstelling van de Zvw-bevolking voor AVI wijken relatief veel af van de geraamde prevalenties (en van de prevalenties in 2012 bij de OT). AVI is sterk gerelateerd aan de economische situatie/conjunctuur. Het is lastig(er) deze prevalentie goed te ramen, omdat onvoorziene ontwikkelingen in de economische situatie een (grote) impact hebben. Ook wordt dit (deels) verklaard doordat de niet-ingezetenen (in totaal 173.491) niet zijn inbegrepen in de gerealiseerde cijfers en bij de OT, maar wel in de raming bij de ex ante vaststelling. Dit heeft naar verwachting een beperkt(er) effect dan de economische situatie/conjunctuur.
- De GAV voor GSM is relatief hoog. Dit kenmerk is nieuw per 2015. Mogelijk komt dit (deels) door de samenhang met andere kenmerken, waaronder de morbiditeitskenmerken en leeftijd/geslacht.
- De GAV voor SES is afgenomen ten opzichte van voorgaande jaren (Monitor 2012, 2013, 2014). In 2015 en 2016 is de uitvoering van de methodiek voor het definiëren van SES aangepast om de stabiliteit van dit vereveningskenmerk te verbeteren (ZIN, 2015; ZIN, 2016). Dit is terug te zien in de GAV van SES, met name het prevalentieverschil bij de ex ante vaststelling is afgenomen ten opzichte van voorgaande jaren.
- Voor FKG is de GAV relatief hoog bij de OT (26,7), maar bij de ex ante vaststelling is dit niet meer het geval (7,4). In voorgaande jaren was ditzelfde patroon te zien (Monitor 2012, 2013, 2014).
- De GAV is relatief laag voor HKG, Regio en MHK. De geraamde prevalenties van deze kenmerken wijken relatief niet veel af van de gerealiseerde prevalenties. Voorgaande jaren is dit voor deze kenmerken ook geconstateerd (Monitor 2012, 2013, 2014). De aanpassing van de methodiek voor de verzekerdenraming voor MHK in 2015 heeft niet gezorgd voor een (substantiële) lagere GAV in absolute zin ten opzichte van vorig jaar (Monitor 2014).

6.1.2 Subgroepen samenhang aandoening en leeftijd

Wij analyseren het gemiddelde vereveningsresultaat voor een aantal subgroepen, die niet expliciet zijn opgenomen in het somatische model (Tabel 6-4). Deze analyse geeft inzicht in welke mate verschillen in de kosten en prevalenties bij afzonderlijke vereveningskenmerken doorwerken in deze subgroepen. Het verschil in kostenniveau tussen de momenten dient te worden meegenomen bij de interpretatie; hiervoor is niet gecorrigeerd (Bijlage B). Wel is bij de definitieve vaststelling gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat, zoals ook uitgevoerd in Hoofdstuk 5.

Tabel 6-4 Gemiddelde vereveningsresultaat en gemiddelde kosten van subgroepen op basis van samenhang voor somatische aandoening en psychische aandoening in combinatie met leeftijd, op moment van de OT, ex ante vaststelling en definitieve vaststelling, voor de somatische kosten in 2015, uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd	Aantal in %	Gemiddeld vereveningsresultaat			Gemiddelde kosten		
	DV ^a	OT	Ex ante	DV ^b	OT	Ex ante	DV ^b
Verzekerden onder de 18 jaar							
- Geen somatische aandoening	19,8	36	47	6	842	903	879
- Wel somatische aandoening	0,5	-1.340	-1.537	-2.079	6.167	6.621	7.217
Verzekerden van 18 tot en met 64 jaar							
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	43,6	11	19	38	849	909	838
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	5,6	-202	-210	-185	1.164	1.247	1.144
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	8,4	92	82	22	3.907	4.149	4.080
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	3,9	-7	-15	-73	3.664	3.874	3.767
Verzekerden van 65 jaar en ouder							
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	7,0	10	12	72	2.092	2.220	2.043
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	0,3	-204	-297	-193	2.438	2.628	2.391
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	9,6	32	14	41	5.803	6.018	5.793
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	1,3	-205	-291	-280	6.505	6.777	6.475
Totaal	100	0	0	0	1.848	2.035	1.923

Voetnoot Tabel 6-4:

- Aantal verzekerdenjaren bij de definitieve vaststelling. De aantallen op de andere momenten zijn vergelijkbaar met deze aantallen.
- Deze resultaten zijn gelijk aan tabel 5-3.

Op de verschillende momenten is het patroon in het gemiddelde vereveningsresultaat over deze subgroepen in lijn met elkaar (met uitzondering van twee subgroepen met een beperkte onder- of overcompensatie): een

ondercompensatie bij de OT en ex ante vaststelling is ook een ondercompensatie bij de definitieve vaststelling. Hetzelfde geldt voor een overcompensatie. Dit effect is voorgaande jaren ook waargenomen (Monitor 2012, 2013, 2014). De eerder geconstateerde verschuivingen in de kosten en prevalenties leiden per saldo niet tot een volledig ander patroon in de onder- of overcompensatie voor deze onderzochte subgroepen bij definitieve vaststelling.

Ondanks dat het patroon niet anders is tussen momenten, neemt wel de hoogte van de onder- of overcompensatie toe dan wel af tussen de momenten. Zo is de ondercompensatie voor verzekerden onder de 18 jaar met een somatische aandoening toegenomen bij de definitieve vaststelling; hiervoor geldt ook dat de gerealiseerde kosten hoger zijn dan verwacht.

Noot – Paragraaf 5.1.2 interpreteert de hoogte van de onder- en overcompensaties voor deze subgroepen voor de verevenende werking van het somatische model 2015.

Nadere beschouwing

Voor deze onderzochte subgroepen zijn de prevalenties van vereveningskenmerken geanalyseerd, om te achterhalen in welke mate de kenmerken van deze subgroepen bij de OT en ex ante vaststelling overeenkomen met de gerealiseerde cijfers. Uit deze analyse volgt dat de prevalenties van de morbiditeitskenmerken, zoals geanalyseerd in paragraaf 5.1.2., op de momenten over het algemeen vergelijkbaar zijn, met uitzondering van relatief kleine verschillen.

6.2 V&V-kosten

6.2.1 Resultaat enkelvoudige risicogroepen

Tabel 6-5 presenteert de enkelvoudige risicoklassen in het V&V-model 2015 met een vereveningsresultaat buiten de gekozen grens (positief of negatief) van € 200 per verzekerde of een macro-omvang van € 100 miljoen. Bijlage D geeft een overzicht van het gemiddelde vereveningsresultaat voor alle 42 risicoklassen van het V&V-model, zowel voor als na correctie voor het macrovereveningsresultaat.

Tabel 6-5 Enkelvoudige risicoklassen in het V&V-model van 2015 met een vereveningsresultaat boven de gestelde grenzen, bij de definitieve vaststelling.

Enkelvoudige risicoklassen		Aantal, in %	Gemiddelde kosten, in €	Gemiddeld vereveningsresultaat, in €	Macro-omvang vereveningsresultaat, in € mln.	Gemiddeld resultaat na correctie, in €
<i>Buitendrempel € 200 per verzekerde</i>						
Leeftijd/geslacht	19 (man 85-89)	0,48	2.215	-222	-17,7	-252
	MHK 6 (3x kosten in top 1,5 %)	0,16	5.393	-2.798	-73,6	-2.837
	MHK 5 (3x kosten in top 4 %)	0,48	3.420	-1.092	-87,1	-1.127
MHK	MHK 4 (3x kosten in top 7 %)	0,83	2.592	-550	-76,5	-581
	MHK 3 (3x kosten in top 10 %)	1,13	1.815	-291	-55,0	-314
	MHK 1 (2x voorafgaand kosten in 10 %)	1,01	1.038	-295	-49,8	-306
<i>Bovendrempel € 100 mln. op macroniveau</i>						
MHK	MHK 0 (afslagklasse: geen MHK)	94,0	81	29	449,5	27
Regio	Regio 5	21,6	141	31	111,6	28

Voetnoot Tabel 6-5:

- Voor alle 42 risicoklassen tezamen geldt een gemiddeld vereveningsresultaat van € 3 per verzekerde.
- Het 'resultaat na correctie' is het vereveningsresultaat waarbij gecorrigeerd is voor het macrovereveningsresultaat (C1 in Bijlage D).

Voor een aantal risicoklassen geldt een fors negatief gemiddeld vereveningsresultaat of in macro-omvang zowel voor als na correctie voor het macrovereveningsresultaat, met name bij MHK (Tabel 6-5). Het V&V-model heeft een beperkt aantal vereveningskenmerken. Opvallend zijn de resultaten voor bijna alle MHK-classes, en vooral de twee hoogste risicoklassen. De gerealiseerde V&V-kosten komen lager uit voor deze risicoklassen dan verwacht. De overschatting van de totale kosten in het MPB kan het verschil slechts deels verklaren.

Kosten

Om bovenstaande resultaten (deels) te verklaren, analyseren wij de GGAV in de kosten per vereveningskenmerk (Tabel 6-6). Net zoals de analyse in de paragraaf 6.1.1., schalen wij de gemiddelde kosten bij de OT en de ex ante vaststelling naar het niveau van de gerealiseerde kosten (Bijlage B).

Tabel 6-6 GGAV in kosten per verzekerde voor het V&V-model tussen de OT en definitieve vaststelling en tussen de ex ante vaststelling en definitieve vaststelling, gecorrigeerd voor het verschil in gemiddelde kostenniveaus.

	OT versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd	Ex ante vaststelling versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd
Leeftijd/geslacht	12,4	13,5
Regio	4,6	4,0
MHK	6,5	5,8
Totaal	7,8	7,8

De totale GGAV bij de OT en de ex ante vaststelling zijn beide € 7,8 per verzekerde. De gemiddelde kosten bij de ex ante vaststelling sluiten over het algemeen even goed aan op de gerealiseerde kosten als bij de OT. Bij afzonderlijke vereveningskenmerken valt op:

- De GGAV in kosten van Regio en MHK is bij de ex ante vaststelling lager dan bij de OT, zoals wordt verwacht door toepassing van de verzekerdenraming en de schaling naar het MPB.
- Daarentegen, de GGAV van leeftijd/geslacht is bij de ex ante vaststelling hoger dan bij de OT. Dit kan komen door de samenhang met andere vereveningskenmerken, waardoor verschuivingen in de onderliggende kosten van deze andere vereveningskenmerken ook tot uitdrukking komen bij dit vereveningskenmerk.

Noot – Wij merken algemeen op dat het V&V-model voor verzekerden van 65 jaar en ouder de bijdrage bepaald op basis van drie vereveningskenmerken en dat voor verzekerden jonger dan 65 jaar een bedrag wordt bepaald op basis van alleen leeftijd/geslacht. Ook is 2015 het eerste jaar dat V&V-kosten onderdeel zijn van de Zvw.

Prevalenties

Naast verschuivingen in kosten, treden ook verschuivingen in prevalenties op tussen de momenten. Tabel 6-7 toont de GAV in prevalenties per vereveningskenmerk van het V&V-model 2015.

Tabel 6-7 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 V&V-model 2015.

	OT versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd	Ex ante vaststelling versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd
Leeftijd/ geslacht	58,2	14,4
Regio	4,6	2,5
MHK	4,6	8,9
Totaal	22,5	8,5

Conform verwachting is de totale GAV bij de ex ante vaststelling lager dan bij de OT: een prevalentieverschil van gemiddeld 0,85 % bij de ex ante vaststelling en 2,25 % bij de OT. Opvallende resultaten zijn:

- De GAV in prevalentie van MHK is bij de ex ante vaststelling hoger dan bij de OT. Met name blijkt de geraamde prevalentie van MHK-klasse 5 relatief veel af te wijken van de gerealiseerde prevalentie, ten opzichte van de afwijkingen bij andere risicoklassen.
- De GAV in prevalentie van leeftijd/geslacht en Regio is bij de ex ante vaststelling lager dan bij de OT. De relatief grote afname in GAV tussen de OT en ex ante vaststelling bij leeftijd/geslacht is het gevolg van de herweging naar de verzekerdenraming. Hierdoor sluiten de geraamde prevalenties gemiddeld beter aan op de gerealiseerde prevalenties.

6.2.2 Subgroepen samenhang aandoening en leeftijd

Wij analyseren het gemiddelde vereveningsresultaat voor subgroepen, die niet expliciet zijn opgenomen in het V&V-model (Tabel 6-8). Het verschil in kostenniveau tussen de momenten dient bij de interpretatie van de resultaten te worden meegenomen; wij hebben geen correctie uitgevoerd (Bijlage B). Bij de definitieve vaststelling is het macrovereveningsresultaat gecorrigeerd, hetgeen dezelfde resultaten geeft als in Hoofdstuk 5.

Tabel 6-8 Gemiddelde vereveningsresultaat en gemiddelde kosten van subgroepen op basis van samenhang voor somatische aandoening en psychische aandoening in combinatie met leeftijd, op moment van de OT, ex ante vaststelling en definitieve vaststelling, voor de V&V-kosten in 2015, uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd	Aantal in % DV ^a	Gemiddeld vereveningsresultaat			Gemiddelde kosten		
		OT	Ex ante	DV ^b	OT	Ex ante	DV ^b
Verzekerden onder de 18 jaar							
- Geen somatische aandoening	19,8	21	23	22	2	3	3
- Wel somatische aandoening	0,5	-785	-846	-896	808	871	919
Verzekerden van 18 tot en met 64 jaar							
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	43,6	36	39	41	8	9	6
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	5,6	25	27	29	13	14	10
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	8,4	-124	-136	-84	195	213	159
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	3,9	-173	-190	-143	230	253	204
Verzekerden van 65 jaar en ouder							
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	7,0	162	172	167	245	260	257
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	0,3	48	52	-36	622	664	668
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	9,6	-48	-51	-101	1.031	1.108	1.130
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	1,3	-506	-544	-629	1.803	1.939	1.920
Totaal	100	0	0	0	165	187	184

Voetnoot Tabel 6-8:

- a. Aantal verzekerdenjaren bij de definitieve vaststelling. De aantallen op de andere momenten zijn vergelijkbaar met deze aantallen.
 b. Deze resultaten zijn gelijk aan tabel 5-4.

De gemiddelde onder- of overcompensatie voor de onderzochte subgroepen die bij de OT en ex ante vaststelling worden verwacht, blijken qua patroon/richting ook in de definitieve situatie voor te komen (met uitzondering van één subgroep waarbij de onder- of overcompensatie rondom dan wel beneden de € 50 ligt). De hoogte van de onder- of overcompensatie varieert tussen de momenten. De eerder geconstateerde verschuivingen in de kosten en prevalenties op de vereveningskenmerken leiden per saldo niet tot een ander patroon in vereveningsresultaten voor deze onderzochte subgroepen bij de definitieve vaststelling. Ook de patronen in de kosten zijn over het algemeen vergelijkbaar over de verschillende momenten.

Nadere beschouwing

De prevalenties voor de subgroepen zijn vergelijkbaar op de verschillende momenten. Wij hebben geen opvallende resultaten gevonden in de kenmerken van deze subgroepen tussen de momenten.

6.3 gGGZ-kosten

6.3.1 Resultaat enkelvoudige risicogroepen

Tabel 6-9 presenteert de enkelvoudige risicoklassen in het gGGZ-model 2015 met een vereveningsresultaat buiten de gekozen grens (positief of negatief) van € 200 per verzekerde of een macro-omvang van € 100 miljoen. Bijlage D geeft een overzicht van het gemiddelde vereveningsresultaat voor alle 86 risicoklassen van dit model, zowel voor als na correctie voor het macrovereveningsresultaat.

Tabel 6-9 Enkelvoudige risicoklassen in het gGGZ-model van 2015 met een vereveningsresultaat buiten de gekozen grenzen, bij de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en bandbreedteregeeling.

Enkelvoudige risicoklassen		Aantal , in %	Gemiddeld e kosten, in €	Gemiddeld verevenings- resultaat, in €	Macro-omvang verevenings- resultaat, in € mln.	Gemiddeld resultaat na correctie, in €
Buiten drempel € 200 per verzekerde						
FKG-GGZ	FKG 2 (psychose depot)	0,08	11.226	1.104	12,0	-257
	FKG 4 (verslaving)	0,08	4.875	883	9,9	248
	FKG 1 (psychose)	0,44	5.808	663	38,8	-51
	FKG 6 (bipolair complex)	0,09	6.740	470	5,4	-326
	FKG 7 (ADHD)	0,37	1.560	243	11,9	44
DKG-GGZ	DKG-GGZ 4	0,08	18.734	1.558	17,5	-682
	DKG-GGZ 3	0,10	12.669	1.198	15,7	-333
	DKG-GGZ 2	0,48	7.417	600	38,2	-285
	DKG-GGZ 1	1,37	2.421	443	80,8	127
	DKG-GGZ 5	0,05	27.712	239	1,4	-2.847
SES	SES 2 (>15 inwoners, 18-64)	0,45	2.554	584	35,3	-21
MHK	MHK 3	0,09	20.144	802	9,8	-1.510
	MHK 2	0,25	9.223	689	22,6	-405
AVI	AVI 6 (bijstand 18-34)	0,90	1.202	212	25,5	56
Bovendrempel € 100 mln. op macroniveau						
FKG-GGZ	FKG 0 (afslag)	95,2	154	22	274,9	2
EPH	EPH 0 (afslag: geen 1 p. huishouden)	82,4	186	27	292,2	3
SES	SES 8 (midden 18-64)	30,1	305	26	105,3	-11
	SES 5 (laag 18-64)	23,0	300	35	106,0	-2
DKG-GGZ	DKG-GGZ 0 (afslag)	95,9	130	18	237,0	2
MHK	MHK 0	88,3	64	15	177,1	6
	MHK 1	11,4	1.216	119	181,1	-28

Voetnoot Tabel 6-9

- Voor alle 86 risicoklassen tezamen geldt een gemiddeld vereveningsresultaat van € 29 per verzekerde.
- Het 'resultaat na correctie' is het vereveningsresultaat na correctie voor het macrovereveningsresultaat (C1 in Bijlage D).

Alle risicoklassen hebben een gemiddeld positief vereveningsresultaat voor correctie voor het macrovereveningsresultaat, ook de risicoklassen die niet in bovenstaande tabel zijn opgenomen. Dit is een indicatie dat de kostenonderschrijding is behaald bij verzekerden met relatief hoge gGGZ-kosten (en relatief veel gGGZ gebruiken). Vanwege gebrek aan meer gedetailleerde (kosten)gegevens, kunnen wij – net zoals bij de somatische kosten en V&V-kosten – geen specifieke subgroep(en) aanwijzen die voor de gerealiseerde kostenonderschrijding verantwoordelijk is. Voor een aantal risicoklassen is er ook een fors (positief of negatief) vereveningsresultaat in absolute bedragen of in macro-omvang na correctie voor het macrovereveningsresultaat, met name bij FKG-GGZ, DKG-GGZ, SES en MHK (Tabel 6-9). Opvallende resultaten op afzonderlijke vereveningskenmerken zijn:

- Voor alle risicoklassen van DKG-GGZ, behalve DKG-GGZ 1 en de afslagklasse, geldt een relatief hoog gemiddeld positief vereveningsresultaat voor correctie en een negatief resultaat na correctie. Dit betekent dat de totale overschatting van het MPB met name bij deze risicoklassen neerslaan. In opvolging daarop zijn daarmee de gerealiseerde kosten van de behandelingen van deze risicoklassen hoger dan verwacht.
- Voor FKG-GGZ 4 geldt een positief gemiddeld vereveningsresultaat, zowel voor als na correctie. Mogelijk komt dit door het preferentiebeleid voor generieke geneesmiddelen (of andere zorg gerelateerd aan deze patiëntgroep) waardoor de kosten lager zijn dan verwacht, dan wel (in combinatie met) een overschatting van de totale kosten in het MPB. Voor FKG-GGZ 2 en 6 geldt een relatief hoog negatief gemiddeld vereveningsresultaat na correctie voor het macrovereveningsresultaat: de kosten van verzekerden in deze risicoklassen zijn hoger uitgekomen dan verwacht. Voor de afslagklasse van FKG-GGZ is er een forse macro-omvang van het vereveningsresultaat, vanwege de omvang van deze risicoklasse.
- Vorig jaar vielen ook de resultaten voor de risicoklassen van AVI en SES op (Monitor 2014). Dit jaar vallen 'slechts' 2 risicoklassen van deze kenmerken op: SES 2 en AVI 6. Na correctie voor het macrovereveningsresultaat is het vereveningsresultaat van deze risicoklassen zelfs relatief beperkt en binnen de gekozen grenzen.
- Bij MHK vallen een aantal risicoklassen op vanwege het relatief hoge gemiddelde vereveningsresultaat: MHK-klasse 2 en 3, dan wel door de macro-omvang van MHK-klasse 0 en 1.

Kosten

Wij analyseren de GGAV in kosten per vereveningskenmerken om bovenstaande resultaten (deels) te verklaren (Tabel 6-10). Vergelijkbaar met voorgaande analyses, schalen wij de gemiddelde kosten bij de OT en de ex ante vaststelling naar het niveau van de gerealiseerde kosten (Bijlage B).

Tabel 6-10 GGAV in kosten per verzekerde van 18+ tussen de OT en definitieve vaststelling en tussen de ex ante vaststelling en definitieve vaststelling, gecorrigeerd voor het verschil in kostenniveau tussen de momenten, voor het gGGZ-model 2015.

	OT versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd	Ex ante vaststelling versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd
Leeftijd/geslacht	8,8	9,1
FKG-GGZ	8,1	8,8
AVI	15,2	16,2
SES	9,8	6,3
Regio	5,7	5,8
DKG-GGZ	17,0	20,4
EPH	6,9	8,6
MHK-GGZ	16,9	19,2
Totaal	11,0	11,8

De totale kosten bij de OT wijken gemiddeld € 11,0 per verzekerde en bij de ex ante vaststelling € 11,8 per verzekerde af van de gerealiseerde kosten. Bij de meeste vereveningskenmerken is de GGAV bij de ex ante vaststelling ook (iets) hoger dan bij de OT. De gemiddelde kosten van deze kenmerken bij de ex ante vaststelling sluiten gemiddeld minder goed aan op de gerealiseerde kosten dan bij de OT. Bij afzonderlijke vereveningskenmerken valt op:

- Voor DKG-GGZ is de GGAV relatief hoog, zowel bij de OT als ex ante vaststelling. Daarbij is deze GGAV een hoger dan vorig jaar in absolute zin; en in relatieve zin in verhouding tot de toename in het kostenniveau (Monitor 2014). Mogelijk heeft deze toename (deels) te maken met de conversie die uitgevoerd is op de onderliggende DBC's, in verband met de per 2014 ingevoerde generalistische Basis-GGZ. Een conversie gaat altijd met enige onzekerheid gepaard.
- Voor AVI is de GGAV relatief hoog. Dit is in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2012, 2013, 2014). AVI is een kenmerk dat in meerdere analyses opvalt. Zoals eerdergenoemd, kan dit komen door de (sterke) invloed van economische situatie/conjunctuur, waardoor het lastig(er) is de cijfers goed in te schatten.
- Daarentegen, geldt dit nu niet voor SES. De GGAV in kosten is relatief laag, en ook lager dan vorig jaar (Monitor 2014). Dit kan mogelijk (deels) samenhangen met de aanpassing van de methodiek voor het definiëren van SES in de uitvoering van 2015 (ZIN, 2015; ZIN, 2016).
- Voor MHK-GGZ is de GGAV relatief hoog, waarbij de GGAV bij de ex ante vaststelling ook hoger is dan bij de OT. Dit is een nieuw kenmerk per 2015.

Prevalenties

Tabel 6-11 toont de GAV in prevalenties per vereveningskenmerk van het gGGZ-model 2015 voor de OT en ex ante vaststelling, ten opzichte van de gerealiseerde prevalenties bij de definitieve vaststelling.

Tabel 6-11 GAV in prevalenties tussen de OT en definitieve vaststelling en tussen ex ante vaststelling en definitieve vaststelling, voor verzekerden voor het gGGZ-model van 2015.

	OT versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd	Ex ante versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd
Leeftijd/ geslacht	45,8	7,0
FKG-GGZ	5,5	1,2
AVI	59,0	32,5
SES	40,6	5,2
Regio	5,3	2,1
DKG-GGZ	7,0	7,4
EPH	14,8	9,7
MHK-GGZ	23,3	35,8
Totaal	25,2	12,6

Conform verwachting is de totale GAV bij de ex ante vaststelling lager dan bij de OT: een prevalentieverschil van gemiddeld 1,26 % bij de ex ante vaststelling en 2,52 % bij de OT. Voor alle vereveningskenmerken, behalve DKG-GGZ en MHK-GGZ, is de GAV lager bij de ex ante vaststelling dan bij de OT. In voorgaande jaren was de totale GAV

bij de ex ante vaststelling ook lager dan bij de OT (Monitor 2012, 2013, 2014). Door de herweging naar de verzekerdensraming sluiten de prevalenties gemiddeld beter aan op de gerealiseerde prevalenties, dan de geraamde cijfers bij de OT. De volgende resultaten bij afzonderlijke vereveningskenmerken vallen op:

- Bij AVI is de GAV relatief hoog, zowel bij de OT als ex ante vaststelling. AVI is sterk gerelateerd aan de economische situatie/conjunctuur. Het is lastig(er) deze prevalentie goed te ramen, omdat onvoorziene ontwikkelingen in de economische situatie een (grote) impact spelen. Ook kan dit (deels) komen doordat de niet-ingezetenen niet zijn inbegrepen in de gerealiseerde cijfers, maar wel in de raming bij de ex ante vaststelling. Dit is naar verwachting een beperkt(er) effect dan de economische situatie/conjunctuur.
- MHK-GGZ heeft een relatief hoge GAV, met name bij de ex ante vaststelling. Dit kenmerk is nieuw per 2015, waardoor het mogelijk nog lastig(er) is de prevalenties goed te ramen. In de verzekerdensraming zijn de prevalenties van de MHK-klassen aangesloten op de prevalenties van de OT (ZIN, 2015).
- De GAV van DKG-GGZ is bij de ex ante vaststelling hoger dan bij de OT. Mogelijk heeft deze toename (deels) te maken met de conversie die is uitgevoerd.
- De GAV voor SES bij de ex ante vaststelling is flink afgenomen ten opzichte van voorgaande jaren (Monitor 2012, 2013, 2014). In 2015 (en 2016) is de uitvoering van de methodiek voor het definiëren van SES aangepast om de stabiliteit van dit kenmerk te verbeteren (ZIN, 2015; ZIN, 2016). Dit is terug te zien in de GAV van SES.
- Bij FKG-GGZ en Regio is de GAV laag bij de ex ante vaststelling. Dit is in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2012, 2013, 2014).

6.3.2 Subgroepen samenhang aandoening en leeftijd

Tabel 6-12 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat op basis van het gGGZ-model 2015 en de gemiddelde kosten van subgroepen op basis van samenhang tussen aandoening in combinatie met leeftijd. Het verschil in kostenniveau tussen de vaststellingsmomenten dient in acht te worden genomen bij interpretatie van deze resultaten (Bijlage B). Bij de definitieve vaststelling is gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat; deze resultaten zijn gelijk aan de resultaten in Hoofdstuk 5.

Tabel 6-12 Gemiddelde vereveningsresultaat en kosten van subgroepen op basis van samenhang voor een somatische aandoening en psychische aandoening, in combinatie met leeftijd, bij de OT, ex ante vaststelling en definitieve vaststelling, voor de gGGZ-kosten in 2015, uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd	Aantal in % DV ^a	Gemiddeld vereveningsresultaat			Gemiddelde kosten		
		OT	Ex ante	DV ^b	OT	Ex ante	DV ^b
Verzekerden van 18 tot en met 64 jaar							
- Geen somatische - Geen psychische aandoening	54,7	1	1	8	62	75	64
- Geen somatische - Wel psychische aandoening	7,0	30	34	15	898	1.063	1.048
- Wel somatische - Geen psychische aandoening	10,5	-14	-19	-17	65	78	76
- Wel somatische - Wel psychische aandoening	5,0	-24	-26	-69	1.587	1.887	1.867
Verzekerden van 65 jaar en ouder							
- Geen somatische - Geen psychische aandoening	8,8	-3	-4	-1	36	41	37
- Geen somatische - Wel psychische aandoening	0,4	-17	-28	10	868	1.030	962
- Wel somatische - Geen psychische aandoening	12,1	-2	-4	-3	38	45	43
- Wel somatische - Wel psychische aandoening	1,7	32	39	20	867	1.027	980
Totaal	54,7	0	0	0	216	264	237

Voetnoot Tabel 6-12:

a. Aantal verzekerdenjaren bij de definitieve vaststelling. De aantallen op de andere momenten zijn vergelijkbaar met deze aantallen.

b. Deze resultaten zijn gelijk aan tabel 5-7.

Het patroon in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen de momenten ligt in lijn met elkaar. Alle onder- en overcompensaties zijn beperkt tot beneden de € 50 per verzekerde, met uitzondering van verzekerden van 18 tot en met 64 jaar met zowel een somatische als psychische aandoening bij de definitieve vaststelling. De ondercompensatie van deze subgroep neemt bij de definitieve vaststelling toe. Ook de gemiddelde kosten van deze subgroepen zijn qua patroon vergelijkbaar, rekening houdend met de kostenverschillen. Deze bevindingen waren ook voorgaande jaren geconstateerd (Monitor 2012, 2013, 2014).

Nadere beschouwing

Alle prevalenties zijn vergelijkbaar op de verschillende momenten. Er zijn geen opvallendheden in de kenmerken van de subgroepen tussen de momenten.

7 Representativiteit op individuniveau: herschatting ex ante modellen op gerealiseerde cijfers

Samenvatting

Somatische kosten

- De ex ante normbedragen sluiten over het algemeen beter aan op de herschatte realisatienormbedragen dan de OT-normbedragen. De afwijking van de ex ante normbedragen op de herschatte normbedragen is gemiddeld genomen beperkt.
- Bij DKG, FKG, MHK en leeftijd/geslacht zijn de afwijkingen in de normbedragen relatief hoog in vergelijking met andere vereveningskenmerken. Dit komt door verschuivingen in de kosten en prevalenties, dan wel (in combinatie met) samenhang met andere vereveningskenmerken.
- Verschillen in de verklaringskracht van het ex ante model op verschillende modellen komen door verschillen in de onderliggende data. Bij herschatting van het ex ante model op gerealiseerde cijfers is de verevenende werking iets hoger dan bij de definitieve vaststelling op deze gerealiseerde cijfers.

V&V-kosten

- De ex ante normbedragen sluiten over het algemeen minder goed aan op de herschatte realisatienormbedragen dan de OT-normbedragen. Bij leeftijd/geslacht en MHK zijn er relatief grote afwijkingen bij de ex ante vaststelling in vergelijking met de OT. Dit is het saldo-effect van verschuivingen in kosten en prevalenties van deze kenmerken en samenhang met andere vereveningskenmerken.
- De verklaringskracht van het ex ante model op verschillende momomenten is van vergelijkbare orde. Bij herschatting van het ex ante model op gerealiseerde cijfers is de verevenende werking iets hoger dan bij de definitieve vaststelling op deze gerealiseerde cijfers.

gGGZ-kosten

- De ex ante normbedragen sluiten over het algemeen beter aan op de herschatte realisatienormbedragen dan de OT-normbedragen. De afwijking van de ex ante normbedragen op de herschatte normbedragen is gemiddeld genomen beperkt.
- Bij DKG-GGZ en MHK-GGZ is de afwijking in normbedragen relatief groot. Daarnaast is bij MHK-GGZ en SES de aansluiting van de OT-normbedragen op de realisatienormbedragen (iets) beter dan bij de ex ante vastgestelde normbedragen.
- Verschillen in de verklaringskracht van het ex ante model op verschillende modellen komen door verschillen in de onderliggende data. Bij herschatting van het ex ante model op gerealiseerde cijfers is de verevenende werking iets hoger dan bij de definitieve vaststelling op deze gerealiseerde cijfers.

Dit hoofdstuk geeft inzicht in welke mate de normbedragen bij de OT (OT-normbedragen) en de normbedragen bij de ex ante vaststelling (ex ante normbedragen) aansluiten op de normbedragen van dezelfde ex ante modellen, 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 verschillen in kosten en prevalenties (Hoofdstuk 6) aansluiten op de verbanden tussen kosten en prevalenties in de gerealiseerde situatie. Wij vergelijken de OT- en ex ante normbedragen (voor en na criteriumneutraliteit) met de realisatienormbedragen. Ten behoeve van vergelijkbaarheid schalen wij de OT- en ex ante normbedragen procentueel naar het gerealiseerde kostenniveau (Bijlage B). De verschillen in normbedragen drukken wij uit in de GGAV. Hoe lager de GGAV, hoe kleiner de (absolute) verschillen in normbedragen zijn en daarmee hoe beter de OT- dan wel ex ante normbedragen aansluiten op de realisatienormbedragen.

In dit hoofdstuk blijven flankerend beleid en de bandbreedteregeling (indien van toepassing) buiten beschouwing. Dit is niet relevant in het kader van vergelijkende analyses naar normbedragen en de verklaringskracht van ex ante modellen.

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

- Verschuiving in het normbedrag (onderliggend in de kosten en/of prevalenties) van een risicoklasse van een vereveningskenmerk kan het normbedrag van een of meerdere andere risicoklassen c.q. vereveningskenmerken (sterk) beïnvloeden, vanwege samenhang tussen de vereveningskenmerken. Verschuivingen in de normbedragen bij vereveningskenmerken dienen gezamenlijk in ogenschouw te worden genomen.
- De realisatienormbedragen zijn geschat voor het uitvoeren van deze evaluatie van de representativiteit van de OT-normbedragen en ex ante normbedragen. De realisatienormbedragen worden *niet* gebruikt in de uitvoering van de risicoverevening. Dat zijn namelijk de ex ante vastgestelde normbedragen, met indien van toepassing criteriumneutraliteit.

7.1 Somatische kosten

7.1.1 Normbedragen

Tabel 7-1 presenteert de GGAV in de normbedragen van het somatische model 2015, bij de OT en ex ante vaststelling ten opzichte van de realisatienormbedragen.

Tabel 7-1 GGAV in normbedragen tussen de OT en de ex ante vaststelling met de realisatienormbedragen voor het somatische model 2015, uitgedrukt in € per verzekerde.

Vereveningskenmerk	OT – Herschatting	Ex ante vaststelling – Herschatting
Leeftijd/ geslacht	65,8	49,3
FKG	31,0	28,5
Regio	11,0	10,1
DKG	60,2	49,9/ 44,8*
MHK	27,8	27,6/ 24,8*
AVI	8,0	9,4
HKG	2,7	2,2/ 1,8*
SES	17,7	17,8
GSM	9,1	11,7/ 7,3*
Totaal	25,9	22,9/ 21,5*

Voetnoot Tabel 7-1:

* Dit zijn de ex ante vastgestelde normbedragen, rekening houdend met criteriumneutraliteit voor DKG, HKG, MHK en GSM bij de definitieve vaststelling. Dit betekent dat de normbedragen voor de afslagklassen van deze vereveningskenmerken zijn aangepast.

De totale GGAV in normbedragen bedraagt in 2015 voor de OT **€ 25,9** per verzekerde en voor de ex ante vaststelling **€ 22,9** (of **€ 21,5** met criteriumneutraliteit). Conform verwachting is de totale GGAV bij de ex ante vaststelling lager dan bij de OT. Herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB zorgen, gemiddeld genomen, tezamen voor een betere aansluiting van de ex ante normbedragen op de realisatienormbedragen dan bij de OT-normbedragen. Opvallende resultaten zijn:

- Bij DKG is de GGAV in normbedragen relatief hoog ten opzichte van andere vereveningskenmerken: € 60,2 bij de OT en € 49,9 bij de ex ante vaststelling of € 44,8 met criteriumneutraliteit. Bij dit vereveningskenmerk zijn ook relatief forse verschuivingen in de kosten geconstateerd; zie paragraaf 6.2.1. De verschuivingen in kosten hebben per saldo geleid tot verschuivingen in de normbedragen indien het somatische model wordt herschat op gerealiseerde cijfers. Ook kunnen deze verschuivingen in deze normbedragen zijn beïnvloed door samenhang met andere vereveningskenmerken.
- De GGAV bij FKG is relatief hoog: € 31,0 bij de OT en € 28,5 bij de ex ante vaststelling. Dit kan gerelateerd zijn aan verschuivingen in de kosten (paragraaf 6.2.1), dan wel in combinatie met samenhang door andere vereveningskenmerken. Bij de prevalenties waren relatief weinig verschuivingen bij dit vereveningskenmerk te zien (paragraaf 6.2.1).
- MHK heeft een relatief hoge GGAV: € 27,8 bij de OT en € 27,6 bij de ex ante vaststelling, of € 24,8 met criteriumneutraliteit. Voorgaande jaren is dit ook geconstateerd (Monitor 2012, 2013, 2014).
- Leeftijd/geslacht heeft ook een relatief hoge GGAV, ten opzichte van andere vereveningskenmerken. Dit was ook in voorgaande jaren geconstateerd (Monitor 2012, 2013, 2014). Deze verschuivingen zijn het mogelijk het gevolg van verschuivingen 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 6.2.1 verschuivingen in kosten en prevalenties geconstateerd). De GGAV in normbedragen van leeftijd/geslacht neemt fors af bij de ex ante vaststelling ten

opzichte van de OT. Dit komt door het saldo van de verzekerdensraming en de schaling naar het MPB, in combinatie met wijzigingen in de patronen van andere vereveningskenmerken die (sterk) samenhangen met dit vereveningskenmerk.

- Bij HKG is sprake van een relatief lage GGAV in normbedragen. Dit vereveningskenmerk is per 2014 toegevoegd aan het model. Vorig jaar was ook een relatief lage GGAV in normbedragen gevonden (Monitor 2014).

7.1.2 Verklaringskracht

Tabel 7-2 presenteert de R² en CPM voor het somatische model 2015 voor verschillende momenten en bij herschatting van dit model op de gerealiseerde cijfers. De R² is een maatstaf voor de verklaringskracht, berekend als het percentage van de verklaarde variantie van de totale variantie in kosten. De CPM is een soortgelijke maatstaf op basis van absolute verschillen.

Tabel 7-2 R² en CPM van het somatische model van 2015 op verschillende momenten en de herschatting op realisatiecijfers.

	R ² (in%)	CPM (in%)
OT	22,5	24,8
Ex ante vaststelling	22,6	24,9
Definitieve vaststelling (geschaald naar nul)	19,7	25,1
Herschating	19,9	25,2

Voetnoot Tabel 7-2

- OT: het ex ante model bij de OT, op geraamde cijfers van 2012, representatief gemaakt voor de kosten van 2015 (WOR 710, OT fase).
- Ex ante vaststelling: het ex ante model bij de ex ante vaststelling, op geraamde cijfers van 2012 (gebruikt bij de OT), plus de herweging naar de verzekerdensraming en schaling naar het MPB (WOR 711 Normbedragen fase).
- Definitieve vaststelling: de ex ante vastgestelde normbedragen (inclusief criteriumneutraliteit) toegepast op de gerealiseerde cijfers. Het gemiddelde macrovereveningsresultaat is procentueel geschaald naar nul.
- Herschating: het ex ante model geschat op gerealiseerde cijfers.

De verklaringskracht van het somatische model, in de R² en de CPM, zijn op de momenten alsmede bij de herschatting van vergelijkbare orde van grootte. Voorgaande jaren is hetzelfde geconstateerd (Monitor 2012, 2013, 2014). De verschillen in de R² en CPM tussen de momenten en de herschatting worden verklaard door verschillen in patronen in de onderliggende data; niet door vormgeving van het ex ante model (dit is op alle momenten hetzelfde). Interpretatie van de verschillen in R² en CPM in absolute termen tussen de momenten of over de jaren is hierdoor niet goed mogelijk.

De verevende werking van het herschatte model is iets hoger in termen van R² en CPM dan hetzelfde model op moment van de definitieve vaststelling. Beide momenten zijn gebaseerd op dezelfde kostenverdeling (afgezien van de procentuele schaling bij de definitieve vaststelling voor het macrovereveningsresultaat).

Uit nadere analyse naar de verdeling van de kosten en de voorspelde kosten op de verschillende momenten volgt dat de voorspelde kosten op de gerealiseerde cijfers minder ver reiken dan bij de OT en ex ante vaststelling, in relatie tot de staart van de kostenverdeling op deze momenten. Hierdoor is de R² lager bij de definitieve vaststelling en herschatting dan bij de andere momenten; en geldt voor de CPM dat deze juist hoger is. De R² is gevoeliger dan de CPM voor de aansluiting van de voorspelde kosten op de kosten in de staart van de verdeling (de verschillen tellen namelijk kwadratisch in plaats van absoluut).

7.2 V&V-kosten

7.2.1 Normbedragen

Tabel 7-4 presenteert de GGAV in de normbedragen van het V&V-model van 2015, bij de OT en ex ante vaststelling ten opzichte van de realisatienormbedragen.

Tabel 7-4 GGAV in normbedragen tussen de OT en de ex ante vaststelling met de realisatienormbedragen voor het ex ante model voor de V&V-kosten van 2015, uitgedrukt in € per verzekerde.

Vereveningskenmerk	OT – herschatting	Ex ante vaststelling – herschatting
Leeftijd/ geslacht	22,6	29,0
Regio	5,7	6,7
MHK	11,8	8,4/ 10,5*
Totaal	13,4	14,7/ 18,3*

Voetnoot Tabel 7-4:

- * Dit zijn de ex-ante vastgestelde normbedragen, rekening houdend met criteriumneutraliteit voor MHK bij de definitieve vaststelling.

De totale GGAV in normbedragen bedraagt voor de OT € 13,4 en voor de ex ante vaststelling € 14,7 (of € 18,3 met criteriumneutraliteit). De totale GGAV in normbedragen bij de ex ante vaststelling is daarmee hoger dan bij de OT.

Herweging naar de verzekerdensraming en de schaling naar het MPB tezamen zorgen er per saldo niet voor dat de normbedragen bij de ex ante vaststelling beter aansluiten op de realisatienormbedragen dan bij de OT. Van de vereveningskenmerken valt de relatief hoge GGAV bij leeftijd/geslacht op, ten opzichte van de andere vereveningskenmerken. Deze verschuivingen zijn waarschijnlijk het gevolg van verschuivingen in de kosten en prevalenties bij andere vereveningskenmerken, zoals MHK, die (sterk) samenhangt met dit vereveningskenmerk.

7.2.2 Verklaringskracht

Tabel 7-5 presenteert de R² en CPM voor het V&V-model 2015 voor verschillende momenten en bij herschatting van dit model op de gerealiseerde cijfers.

Tabel 7-5 R² en CPM van het ex ante model voor de V&V-kosten op verschillende momenten en de herschatting op realisatiecijfers.

	R ² (in%)	CPM (in%)
OT	9,2	17,7
Ex ante vaststelling	9,4	17,9
Definitieve vaststelling (geschaald naar nul)	9,0	17,5
Herschating	9,1	18,3

Voetnoot Tabel 7-5

- OT: het ex ante model bij de OT, op geraamde cijfers van 2012, representatief gemaakt voor de kosten van 2015 (WOR 710 – OT fase).
- Ex ante vaststelling: het ex ante model bij de ex ante vaststelling, op geraamde cijfers van 2012 (gebruikt bij de OT), plus de herweging naar de verzekerdensraming en schaling naar het MPB (WOR 711, Normbedragen fase).
- Definitieve vaststelling: de ex ante vastgestelde normbedragen (inclusief criteriumneutraliteit) toegepast op de gerealiseerde cijfers. Het gemiddelde macrovereveningsresultaat is procentueel geschaald naar nul.
- Herschating: het ex ante model geschat op gerealiseerde cijfers.

De verklaringskracht van het V&V-model in termen van R² en de CPM, zijn op de momenten alsmede bij de herschatting van vergelijkbare orde van grootte. Bij de herschatting is de CPM iets toegenomen, wat duidt op een iets betere absolute aansluiting van verschillen tussen de kosten en voorspelde kosten; de R² is juist licht afgenomen. Ook hier hebben wij een nadere analyse gedaan naar de verdeling van de kosten en voorspelde kosten. De verschillen in de R² en CPM tussen de momenten en de herschatting kunnen worden verklaard door verschillen in patronen in de onderliggende data; niet door vormgeving van het model (dit is op elk moment gelijk).

De verevende werking van het herschatte model is iets hoger in termen van R² en CPM dan hetzelfde model op moment van de definitieve vaststelling. Beide momenten zijn gebaseerd op dezelfde kostenverdeling (afgezien van de procentuele schaling bij de definitieve vaststelling voor het macrovereveningsresultaat).

7.3 gGGZ-kosten

7.3.1 Normbedragen

Tabel 7-6 toont de GGAV in normbedragen van het gGGZ-model 2015, zowel voor de OT alsmede de ex ante vaststelling ten opzichte van de herschatting.

Tabel 7-6 GGAV in normbedragen van de OT en de ex ante vaststelling met de realisatienormbedragen voor het gGGZ-model van 2015, uitgedrukt in € per verzekerde.

Vereveningskenmerk	OT – Herschatting	Ex ante vaststelling – Herschatting
Leeftijd/geslacht	8,1	5,8
FKG-GGZ	2,4	2,3
Regio	3,7	3,8
DKG-GGZ	11,9	12,9/ 4,8*
AVI	5,9	5,9
SES	3,3	3,7
EPH	1,9	1,6
MHK-GGZ	5,5	8,5/ 11,6*
Totaal	5,3	6,2/ 4,9*

Voetnoot Tabel 7-6:

Dit zijn de ex-ante vastgestelde normbedragen, met criteriumneutraliteit voor DKG-GGZ en MHK-GGZ bij de definitieve vaststelling

De totale GGAV in normbedragen bedraagt in 2015 voor de OT € 5,3 en voor de ex ante vaststelling € 6,2 (of € 4,8 met criteriumneutraliteit voor DKG en MHK). Indien criteriumneutraliteit wordt meegenomen, is de totale GGAV bij de ex ante vaststelling lager dan bij de OT, conform verwachting. Deze bevinding betekent dat de herschatte normbedragen gemiddeld genomen niet substantieel anders zijn dan de ex ante vastgestelde normbedragen, inclusief criteriumneutraliteit. Opvallende resultaten voor afzonderlijke vereveningskenmerken zijn:

- Voor MHK-GGZ en SES is de GGAV bij de ex ante vaststelling (licht) hoger dan bij de OT. Ook is bij MHK-GGZ de GGAV relatief hoog, ten opzichte van andere vereveningskenmerken. Bij MHK-GGZ en SES zijn eerder ook verschuivingen in de kosten en prevalenties geconstateerd (paragraaf 6.4.1). Ook kan de stijging van de GGAV in normbedragen bij deze vereveningskenmerken zijn beïnvloed door samenhang met andere vereveningskenmerken.
- Bij DKG-GGZ neemt de GGAV flink af tussen de OT en ex ante vaststelling, indien rekening wordt gehouden met criteriumneutraliteit. Dit is vorig jaar ook geconstateerd (Monitor 2014). Eerder is bij DKG-GGZ ook gevonden dat de prevalenties bij de ex ante vaststelling gemiddeld beter aansluiten op de gerealiseerde cijfers dan bij de OT (paragraaf 6.3.1). Dit vereveningskenmerk is nieuw per 2014.

7.3.2 Verklaringskracht

Tabel 7-7 geeft de verklaringskracht in termen van R^2 en CPM voor het gGGZ-model 2015 op verschillende momenten en bij herschatting van dit model op de gerealiseerde cijfers.

Tabel 7-7 R^2 en CPM van het ex ante model voor de gGGZ-kosten van verzekerden van 18+ op verschillende momenten en de herschatting op realisatiecijfers.

	R^2 (in%)	CPM (in%)
OT	15,1	25,6
Ex ante vaststelling	14,6	25,3
Definitieve vaststelling (geschaald naar nul)	17,1	27,4
Herschating	17,2	27,8

Voetnoot Tabel 7-7

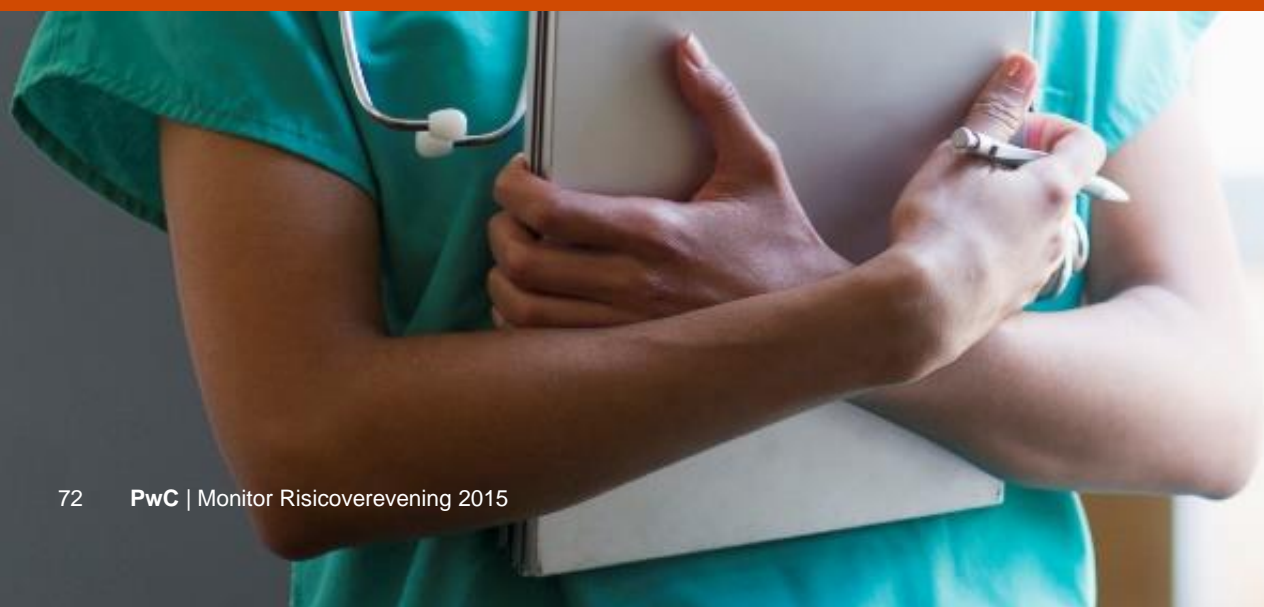
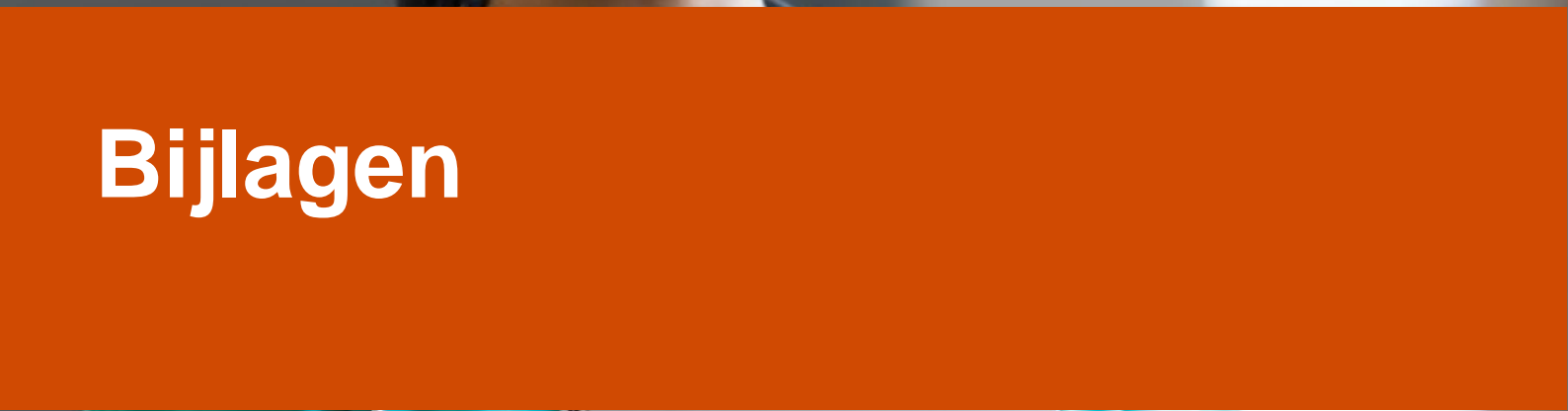
- OT: het ex ante model bij de OT, op geraamde cijfers van 2012, representatief gemaakt voor de kosten van 2015 (WOR 710 - OT fase).
- Ex ante vaststelling: het ex ante model bij de ex ante vaststelling, op geraamde cijfers van 2012 (gebruikt bij de OT), plus de herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB (WOR 711 – Normbedragen fase).
- Definitieve vaststelling: de ex ante vastgestelde normbedragen (inclusief criteriumneutraliteit) toegepast op de gerealiseerde cijfers. Het gemiddelde vereveningsresultaat is procentueel geschaald naar nul.
- Herschatting: het ex ante model geschat op gerealiseerde cijfers.

De verklaringskracht van het gGGZ-model 2015 is bij de definitieve vaststelling en herschatting hoger dan bij de OT en ex ante vaststelling. Dit is in lijn met bevindingen van voorgaande jaren (Monitor 2012, 2013, 2014). Net zoals aangegeven in paragraaf 7.1.2, worden de verschillen in R^2 en CPM tussen de momenten en de herschatting verklaard door verschillen in patronen in de onderliggende data; en niet door de vormgeving van het model. De toename in R^2 bij de definitieve vaststelling en herschatting is gerelateerd aan een betere aansluiting in de staart van de kostenverdeling; tegelijkertijd is er op deze momenten ook een hogere CPM dan bij de OT en ex ante vaststelling, waardoor er sprake is van een betere absolute aansluiting tussen kosten en voorspelde kosten.

Net zoals bij de somatische kosten en V&V-kosten, is de verevende werking van het herschatte model iets hoger in termen van R^2 en CPM dan hetzelfde model op moment van de definitieve vaststelling. Beide momenten zijn gebaseerd op dezelfde kostenverdeling (afgezien van de procentuele schaling bij de definitieve vaststelling voor het macrovereveningsresultaat).



Bijlagen



A. Uitvoering risicovereveningssysteem

A.1. Uitvoering risicovereveningssysteem

Er gaat een uitgebreid proces vooraf aan de vaststelling van de bijdrage aan zorgverzekeraars. De uitvoering vindt in fasen plaats:

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

De uitvoering begint met de ex ante vaststelling in het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar. Voor de ex ante bijdragen worden gegevens van drie of meer voorgaande jaren gebruikt, die zo goed als mogelijk representatief zijn gemaakt voor het vereveningsjaar, zowel qua kosten als prevalenties. In de OT-fase wordt een besluit genomen over de vormgeving van de ex ante modellen. Dit vindt plaats in de zomer van het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar. Na besluitvorming van de vormgeving van de ex ante modellen, worden de normbedragen voor bepaling van de ex ante bijdragen bepaald.

- Voordat deze normbedragen worden geschat, worden de kosten geschaald naar het niveau van het MPB. Ook worden de prevalenties herwogen naar de verwachte samenstelling van de Zvw-bevolking van het vereveningsjaar. Na deze twee stappen worden de ex ante normbedragen bepaald. Deze normbedragen zijn de gemiddelde verwachte kosten voor een verzekerde in een risicoklasse van een vereveningskenmerk. Het ZIN stelt op basis van deze normbedragen de ex ante bijdrage voor elke zorgverzekeraar vast.

- *Tussentijdse vaststellingen (buiten beschouwing in deze Monitor)*

In de uitvoering worden vervolgens herberekeningen gedaan, zodra recentere gegevens beschikbaar zijn. Dit zijn de lenteherberekening, 1e voorlopige vaststelling en 2e voorlopige vaststelling. Deze tussentijdse momenten analyseren wij in deze Monitor niet.

- *Definitieve vaststelling*

Vier jaar na het vereveningsjaar wordt de bijdrage definitief vastgesteld op basis van gerealiseerde kosten en prevalenties. Dit tijdsplan is benodigd voor het volledig uit declareren van alle declaraties van het betreffende vereveningsjaar. De kosten en prevalenties (inclusief de samenstelling van de Zvw-bevolking) kunnen anders zijn dan vooraf ingeschat. Zorgverzekeraars krijgen deze wijzigingen mee op basis van de tussentijdse herberekeningen. De ex ante vastgestelde normbedragen blijven gelijk, met uitzondering van het normbedrag voor de afslagklasse(n) van vereveningskenmerken waarop criteriumneutraliteit geldt.

A.2. Vaste kosten: onderliggende zorgtypen en bedragen

Onder de vaste kosten in 2015 vallen onderstaande zorgtypen. De bedragen zijn de gerealiseerde kosten.

Zorgtypen	Omvang in € mln.
Kosten voor de Stichting Kwaliteitsontwikkeling GGZ (730)	20,6
Kosten van langdurige GGZ (661.1) ²⁷	50,6
25 % van de kosten van Nederlandse transplantatiestichting (610)	7,5
25 % van de kosten van Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION) (610)	
De kosten voor Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialist (SKMS) (730)	20,6
De kosten voor de Stichting kwaliteitsgelden Patiënten Consumenten (SKPC) (730)	
Add-ons oncolytica (612) ²⁸	712,1
Kosten van expertproducten (613.1+615.1+619)	107,4
Totaal	898,2

A.3. Wijzigingen risicovereveningssysteem 2012 – 2015

Het risicovereveningssysteem is in de periode 2007 tot en met 2015 gewijzigd, zowel de vormgeving van de ex ante modellen alsmede de inzet van flankerend beleid/macronacalculatie en ex post maatregelen. Onderstaand overzicht beschrijft de wijzigingen in het risicovereveningssysteem voor de somatische kosten, V&V-kosten, gGGZ-kosten en

²⁷ Dit zijn de kosten van geneeskundige zorg die klinisch-psychologen en psychiaters leveren in combinatie met een verblijf gedurende een onafgebroken periode van tussen de 365 en 1095 dagen.

²⁸ De volgende ATC-codes: L01X, L01A, L01B (exclusief BA01, BB02 en BC02), L01C, L01D, L02BB04, L02BX03, L04AX02, L04AX04 en L04AX06.

de opbrengsten voor het verplicht eigen risico gedurende de periode 2012 tot en met 2015. Wijzigingen in 2011 en eerder zijn terug te vinden in vorige edities van de Monitor.

A.3.1. Somatische kosten

Jaar	Wijzigingen ex ante model
2015	Introductie van een nieuw vereveningskenmerk GSM. (Her)introductie van de klasse 'FKG reuma: TNF-alfa-remmers' in FKG. Vervallen macro-deelbedrag kosten van overige prestaties. Binnen AVI is de peildatum van studenten verschoven van 1 oktober naar 1 juni. Binnen SES zijn de inkomensgrenzen voor de risicoklassen leeftijdsafhankelijk geworden.
2014	Introductie van HKG; Aanpassing in AVI; Vervallen van één FKG.
2013	Aanpassing van 25 naar 24 FKGs; Toevoeging van 2 additionele DKGs; Aanpassing in het vereveningskenmerk MHK.
2012	Toevoegen van het vereveningskenmerk MHK; Toevoeging van 2 additionele FKGs en groot onderhoud aan indeling van FKGs.
Jaar	Wijzigingen flankerend beleid en ex post maatregelen
2015	Afschaffing van de bandbreedteregeling
2014	Verruiming van de bandbreedte voor variabele kosten van € 25 naar € 40 per verzekerde. Buiten de bandbreedte wordt 90 % van het vereveningsresultaat gecompenseerd.
2013	Verruiming van de bandbreedte voor variabele kosten van € 22,5 naar € 25 per verzekerde. Buiten de bandbreedte wordt 90 % van het vereveningsresultaat gecompenseerd.
2012	Invoering flankerend beleid - afschaffing macronacalculatie; Afschaffing nacalculatie op variabele kosten van ziekenhuiszorg (30 %); Afschaffing HKC.

A.3.2. Wijzigingen V&V-kosten

Jaar	Wijzigingen ex ante model
2015	Introductie macro-deelbedrag 'verpleging en verzorging'. Introductie van ex ante model, met leeftijd/geslacht, V&V-regio en MHK.
Jaar	Wijzigingen flankerend beleid en ex post maatregelen
2015	Invoering bandbreedteregeling van 95 % en € 5 per verzekerde. Invoering flankerend beleid.

A.3.3. gGGZ-kosten

Jaar	Wijzigingen ex ante model
2015	<ul style="list-style-type: none">• Introductie van GGZ-MHK;• Vervallen van LDR.• Binnen AVI is de peildatum van studenten verschoven van 1 oktober naar 1 juni.• Binnen SES zijn de inkomensgrenzen voor de risicoklassen leeftijdsafhankelijk geworden.
2014	<ul style="list-style-type: none">• Introductie DKG psychische aandoeningen;• Vervallen van HDR;• Aanpassing in het AVI;

Jaar	Wijzigingen ex ante model
	<ul style="list-style-type: none"> • Aanpassing LDR.
2013	<ul style="list-style-type: none"> • Toevoeging van 2 additionele psychische FKGs.
2012	<ul style="list-style-type: none"> • Opsplitsing van het vereveningskenmerk psychische FKG in meerdere risicoklassen.
Jaar	Wijzigingen flankerend beleid en ex post maatregelen
2015	<ul style="list-style-type: none"> • Afschaffing van HKC. • Verruiming van de bandbreedte: 90 % met € 15,00 per verzekerde (was € 12,50).
2014	<ul style="list-style-type: none"> • Verruiming van HKC van € 10.000 naar € 25.000 per verzekerde. • Verruiming van de bandbreedte: 90 % met € 12,50 per verzekerde (was € 7,50).
2013	<ul style="list-style-type: none"> • Geen wijzigingen.
2012	<ul style="list-style-type: none"> • Invoering flankerend beleid - afschaffing macronacalculatie; • Afbouwen van HKC van 100 % naar 90 % met een grens van € 10.000 per verzekerde; • Afbouwen van bandbreedteregeling van 100 % naar 90 % met € 7,50 per verzekerde.

A.3.4. Opbrengsten voor het verplicht eigen risico

Jaar	Wijzigingen ex ante model
2015	Verhoging van het verplicht eigen risico van €360 naar €375 per verzekerde. Geen wijzigingen in de vereveningskenmerken en bepaling van de forfaitaire groep.
2014	Verhoging van het verplicht eigen risico van € 350 naar € 360 per verzekerde. Aanpassing van het vereveningskenmerk AVI.
2013	Verhoging van het verplicht eigen risico van € 220 naar € 350 per verzekerde. Wijziging van de definitie van de forfaitaire groep.
2012	Verhoging van het verplicht eigen risico van € 170 naar € 220 per verzekerde. Geen wijzigingen in de vereveningskenmerken en bepaling van de forfaitaire groep.

B. Methode en verantwoording

B.1. Bronbestanden

Deze bijlage beschrijft de gebruikte bronbestanden en beschrijvende statistieken. Wij hebben, voor zover mogelijk, de statistieken aangesloten op de gerapporteerde cijfers in de uitvoering (o.a. WOR 709, WOR 710 en WOR 711 en informatie van het ZIN). Wij achten de aangeleverde bronbestanden geschikt voor deze Monitor.

Deze bijlage beschrijft ook verschillen tussen de bronbestanden die van belang zijn voor goede interpretatie van de resultaten in het kader van het doel van deze Monitor.

B.1.1. Macro- en zorgverzekeraarsanalyse

Voor de macro- en zorgverzekeraarsanalyse heeft het ZIN een bronbestand aangeleverd op zorgverzekeraarsniveau. Dit bestand is gebaseerd op de jaarstaten van zorgverzekeraars. Dit bestand bevat gegevens over zorgkosten en verzekerdenaantallen van de ex ante vaststelling (najaar 2014) en de definitieve vaststelling van de bijdragen (2015, vastgesteld in 2019). De gegevens van de definitieve vaststelling zijn gebruikt voor deze Monitor. Het bestand bevat de gerealiseerde cijfers en is *inclusief*:

- Flankerend beleid en alle ex post maatregelen;
- Kosten van buitenlandzorg, verwerkt middels een macroboeking;
- Niet-ingezetenen (173.491 verzekerdenjaren), die door het ZIN zijn ingedeeld in risicoklassen van vereveningskenmerken conform de geldende beleidsregels;
- Verzekerden van wie het gepseudonimiseerd Burger Service Nummer (BSN) nummer onbekend is, die door het ZIN zijn ingedeeld in risicoklassen van vereveningskenmerken conform de geldende beleidsregels (circa 200 verzekerdenjaren).

Bovenstaande kosten en verzekerden zijn niet inbegrepen in de bestanden die zijn gebruikt voor de andere analyses in deze Monitor (subgroepenanalyse Deel I en volledig Deel II). Uitvraag bij het ZIN wijst uit dat plafondafspraken niet altijd volledig zijn verwerkt in de kosten in dit bestand.

Aansluiting ZIN-bestand

Beschrijvende statistieken van dit bronbestand zijn geanalyseerd en aangesloten met andere documentatie, onder andere: 1) de macrobedragen bij de ex ante vaststelling sluiten aan met de MPB-bedragen, zoals gerapporteerd bij het Ministerie van VWS, en 2) de normbedragen in het bestand sluiten aan op de gerapporteerde normbedragen in WOR 711. Wij gaan uit van de gegevens zoals aangeleverd.

B.1.2. Subgroepenanalyse

Voor de subgroepenanalyse in Deel I en de analyses in Deel II zijn de volgende bronbestanden gebruikt:

- *Kosten-Per-Verzekerde bestand (KPV-bestand) en Vereveningskenmerken-per-verzekerde (RBRV-bestand) van 2015 en 2014*

Het ZIN heeft het KPV-bestand en RBRV-bestand van 2015 aangeleverd. In het KPV-bestand zijn de gerealiseerde kosten van het vereveningsjaar per verzekerde beschikbaar. In het RBRV-bestand zijn de gerealiseerde verzekerdenkenmerken en de inschrijfduur van verzekerden beschikbaar. Deze bestanden zijn gekoppeld een elkaar op het niveau van verzekerden, op basis van een BSN-pseudoniem.

Daarnaast heeft het ZIN het KPV-bestand en RBRV-bestand van 2014 aangeleverd. De zorgkosten uit de bestanden voor 2014 zijn gebruikt voor het definiëren van de subgroepen (Bijlage B.2.3).

In het KPV- en het RBRV-bestand zijn enkele kostenposten en verzekerden niet aanwezig, die wel in het ZIN-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 gepseudonimiseerd BSN-nummer onbekend is.

Deze kosten en verzekerden zijn niet meegenomen in de subgroepenanalyse in Deel I en volledig Deel II. Daarnaast wijst uitvraag bij ZIN uit dat in deze bestanden de plafondafspraken zijn verwerkt.

Het ex ante model 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 bestanden. De subgroepenanalyse richt zich dan ook op de werking van het ex ante model voor de somatische kosten, V&V-kosten en gGGZ-kosten.

Aansluiting KPV- en RBRV-bestanden

Tabel B-1 presenteert de beschrijvende statistieken van het gekoppelde KPV- en RBRV-bestand van zowel 2015 als 2014 na de uitgevoerde bewerkingen en selecties. De bewerkingen en selecties zijn:

- Verzekerden die niet voorkomen in het KPV-bestand (en wel in het RBRV-bestand) hebben geen kosten in het vereveningsjaar. De kosten van deze verzekerden zijn gelijk aan nul gezet;
- Niet-ingezetenen en verzekerden van wie een vereveningskenmerk onbekend is – ingedeeld in klasse “onbekend” –, zijn verwijderd: in totaal 173.521 verzekerdjaren.

Het gekoppelde bestand is getoetst op basis van een 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-1 Beschrijvende statistieken van de gekoppelde KPV- en RBRV-bestanden van 2015 en 2014, na uitvoering van de benodigde bewerkingen en selecties.

	Gerealiseerde cijfers 2015	Gerealiseerde cijfers 2014
Aantal records	17.035.407	16.956.094
Aantal verzekerdjaren	16.694.050	16.628.678
Aantal verzekerdjaren vanaf 18+	13.295.901	13.212.518
Gemiddelde kosten per deelbedrag		
• Somatische kosten	1.923	1.798
• V&V	184	N.v.t.
• gGGZ (totaal)	237	232
Totaal gemiddelde kosten	2.297	2.030

B.1.3. Aanvullende bestanden Deel II

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

- *OT-bestanden voor de somatische zorg, V&V en de gGGZ van 2015*

Deze OT-bestanden bevatten kostengegevens van 2012, die representatief zijn gemaakt voor het vereveningsjaar 2015 (WOR 710, OT fase). Ook bevatten deze OT-bestanden de inschrijfduur van verzekerden en verzekerdkenmerken, die zijn gebaseerd op 2012 of meerdere voorgaande jaren (afhankelijk van het vereveningskenmerk). In deze bestanden zijn enkele typen kosten en verzekerden niet aanwezig, die wel in het ZIN-bestand voor de macro- en zorgverzekeraarsanalyse zijn inbegrepen. Deze OT-bestanden zijn exclusief:

- Flankerend beleid en alle ex post maatregelen;
- Niet-ingezetenen;
- Verzekerden van wie het gepseudonimiseerd BSN-nummer onbekend is.

Ook zijn in de OT-bestanden niet plafondafspraken van het betreffende jaar verwerkt. De OT bestanden zijn zo goed als mogelijk representatief gemaakt voor het betreffende vereveningsjaar met betrekking tot de pakketmaatregelen (WOR 709).

Aansluiting en plausibiliteitscontroles OT-bestanden

Tabel B-2 presenteert beschrijvende statistieken van de OT-bestanden voor de somatische zorg, V&V en de gGGZ voor 2015 en 2014. De OT-bestanden sluiten op de gerapporteerde cijfers aan. Voor 2015 sluiten de statistieken aan (op enkele kleine verschillen en afrondingen na) met de gerapporteerde cijfers in WOR 710 (OT fase). Voor 2014 sluiten de statistieken aan met de gerapporteerde cijfers in WOR 648 en WOR 649 (op enkele kleine verschillen en afrondingen na). Deze kleine (afrondings-) verschillen hebben naar verwachting geen impact op de conclusies in deze Monitor.

Tabel B-2 Beschrijvende statistieken van de OT-bestanden van 2015 en 2014 voor somatische zorg, V&V en de gGGZ (zoals aangeleverd, voor herweging naar de verzekerdensraming en schaling naar het MPB).

	OT-2015: kosten 2015 ^a	OT-2014: Kosten 2014 ^b
Somatische zorg		
Aantal records	16.832.231	16.753.162
Aantal verzekerdenjaren	16.504.593	16.438.960
Gemiddelde totale kosten	1.848	1.785
V&V		
Aantal records	16.832.231	N.v.t.
Aantal verzekerdenjaren	16.504.593	N.v.t.
Gemiddelde totale kosten	165	N.v.t.
gGGZ		
Aantal records	13.212.860	13.148.861
Aantal verzekerdenjaren	13.054.064	12.967.849
Gemiddelde totale kosten	216	249

Voetnoot Tabel B-2

a. Kostengegevens gedefinieerd conform het Zvw-pakket van 2015.

b. Kostengegevens gedefinieerd conform het Zvw-pakket van 2014.

B.1.4. Beschrijvende statistieken vaststellingsmomenten na uitgevoerde bewerkingen Deel II

Onderstaande alinea's presenteren de beschrijvende statistieken van de bestanden, die zijn gebruikt voor de analyses in Deel II. Op deze bestanden zijn verscheidene bewerkingen uitgevoerd om de analyses uit te voeren. Bijlage B en Bijlage E beschrijven de uitgangspunten en uitgevoerde bewerkingen.

Somatische kosten

Tabel B-3 presenteert de somatische kosten en aantal verzekerdenjaren voor de totale Zvw-bevolking op de vaststellingsmomenten: OT, ex ante vaststelling en definitieve vaststelling.

Tabel B-3 Gemiddelde somatische kosten (uitgedrukt in € per verzekerde) en aantal verzekerden van de totale Zvw-bevolking, op de verschillende vaststellingsmomenten voor 2015.

	Geraamde cijfers		Gerealiseerde cijfers
	OT ^a	Ex ante vaststelling ^b	Definitieve vaststelling ^c
Totaal gemiddelde kosten	1.848	2.035	1.923
Totaal gemiddelde bijdrage	1.848	2.035	2.047
Macrokosten in € mln.	30.498	34.271	32.103
Macrobijdrage in € mln.	30.498	34.271	34.168
Totaalaantal verzekerden	16.504.593	16.842.000	16.694.050

Voetnoten Tabel B-3:

- Gebaseerd op kostengegevens van 2014, die representatief zijn gemaakt voor 2015 (WOR 710, OT fase). De prevalenties zijn gebaseerd op de Zvw-bevolking van 2012. 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 2014 en geschaald naar het kostenniveau van het MPB van 2015. 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 2015, *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 € 124 per verzekerde. Dit wijkt af van de € 119 per verzekerde op basis van de resultaten in Hoofdstuk 3. Dit komt door verschillen tussen de onderliggende bestanden. Dit verschil heeft geen invloed op de conclusies, aangezien wij in de subgroepanalyses procentueel corrigeren voor het macrovereveningsresultaat.

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

- Bij de gerealiseerde cijfers zijn de niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is niet inbegrepen. Uit de macroanalyse in Hoofdstuk 3 (die is gebaseerd op het volledige bestand voor uitvoering van het risicovereveningssysteem) volgt bij de definitieve vaststelling een macrobudget van € 34.358 miljoen. Het verschil met de cijfers in bovenstaande tabel wordt (grotendeels) verklaard door het ontbreken van de niet-ingezetenen (173.491 verzekerdenjaren).
- Bij de OT zijn, net zoals bij de gerealiseerde cijfers, de niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is niet inbegrepen.

- Via de herweging naar de verzekerdensraming 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.

V&V-kosten

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

Tabel B-4 Gemiddelde V&V-kosten (uitgedrukt in € per verzekerde) en aantal verzekerden van de totale Zvw-bevolking, op de verschillende vaststellingsmomenten voor 2015.

	Geraamde cijfers		Gerealiseerde cijfers
	OT ^a	Ex ante vaststelling ^b	Definitieve vaststelling ^c
Totaal gemiddelde kosten	165	187	187
Totaal gemiddelde bijdrage	165	187	184
Macrokosten in € mln.	2.718	3.151	3.115
Macrobijdrage in € mln.	2.718	3.151	3.068
Totaal aantal verzekerden	16.504.593	16.842.000	16.694.050

Voetnoten Tabel B-4:

- Gebaseerd op kostengegevens van 2014, die representatief zijn gemaakt voor 2015 (WOR 710, OT fase). De prevalenties zijn gebaseerd op de Zvw-bevolking van 2012. 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 2014 en geschaald naar het kostenniveau van het MPB van 2015. 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 2015, *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 € 2,80 per verzekerde. Dit wijkt iets af van de € 0,18 per verzekerde op basis van de resultaten in Hoofdstuk 3. Dit komt door kleine verschillen tussen de onderliggende bestanden. Dit verschil heeft geen invloed op de conclusies. Wij corrigeren in de subgroepanalyses voor het macrovereveningsresultaat.

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

- 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 173.491 niet-ingezetenen.
- 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 verzekerdensraming.

gGGZ-kosten

Tabel B-5 presenteert de gGGZ-kosten en het aantal verzekerden in de Zvw-bevolking van 18 jaar en ouder op de verschillende vaststellingsmomenten.

Tabel B-5 Gemiddelde gGGZ-kosten (uitgedrukt in € per verzekerde) en aantal verzekerden van de Zvw-bevolking van 18 jaar en ouder, op de verschillende vaststellingsmomenten voor 2015.

	OT ^a	Ex ante vaststelling ^b	Gerealiseerde kosten ^c
Gemiddelde gGGZ-kosten in €	216	264	237
Gemiddelde gGGZ-bijdrage in €	216	264	266
Macrokosten in € mln.	2.815	3.546	3.147
Macrobudget bijdrage in € mln.	2.815	3.546	3.538
Totaal aantal verzekerden	13.054.064	13.436.000	13.295.874

Voetnoten Tabel B-5:

- Gebaseerd op kostengegevens van 2012, die representatief zijn gemaakt voor vereveningsjaar 2015 (WOR 710, OT fase). De prevalenties zijn gebaseerd op de Zvw-bevolking van 2012. 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 2015 en geschaald naar het kostenniveau van het MPB van 2015. 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 2015, *exclusief* niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is.

Voor interpretatie van de resultaten is van belang:

- Bij de gerealiseerde cijfers zijn, net zoals bij de somatische kosten, de niet-ingezetenen en de verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is, niet inbegrepen. In totaal betreft dit 173.491 niet-ingezetenen.

- 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.

B.2. Deel I: Uitgangspunten en bewerkingen

B.2.1. Macroanalyse (Hoofdstuk 3)

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

- De gegevens voor alle 25 individuele zorgverzekeraars zijn gesommeerd om te komen tot het landelijke beeld;
- De nominale rekenpremie, de uitvoeringskosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar en het vrijwillig eigen risico blijven buiten beschouwing;

B.2.2. Zorgverzekeraarsanalyse (Hoofdstuk 4)

Voor de zorgverzekeraarsanalyse is, net als voor de macroanalyse, gewerkt met het bronbestand van ZIN 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, exclusief gedetineerden;
- De vaste kosten 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 een gelijke bijdrage per verzekerde bij de definitieve vaststelling. Het gelijke bedrag per verzekerde is bepaald door de macrobijdrage voor flankerend beleid en ex post maatregelen gelijk te verdelen over alle verzekerdenjaren. Hierbij is uitgegaan van de gerealiseerde verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar in 2015, 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 cijfers in 2015;
- De indeling van zorgverzekeraars op basis van portefeuilleomvang klein/middelgroot/groot is constant gehouden voor alle analyses (i.e. somatische kosten, V&V-kosten, gGGZ-kosten en opbrengsten verplicht eigen risico). De indeling is gebaseerd op het aantal verzekerden in de totale Zvw-bevolking. Een portefeuille is 'klein' wanneer de zorgverzekeraar minder dan 150.000 verzekerden heeft, 'middelgroot' tussen 150.000 en 500.000 verzekerden en 'groot' met meer dan 500.000 verzekerden. In totaal zijn 6 zorgverzekeraars ingedeeld in categorie klein, 12 zorgverzekeraars in categorie middelgroot en 7 zorgverzekeraars in categorie groot. Ook zijn de 25 zorgverzekeraars als aparte analyse ingedeeld in twee groepen: behorend tot een concern (19) en zelfstandige zorgverzekeraars (6);
- 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;

B.2.3. Subgroepenanalyse (Hoofdstuk 5)

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

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 – 2014 in deze Monitor – worden alle verzekerden in 2015 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 2015 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 C.

- *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, specifiek hulpmiddelengebruik, een specifieke ziekenhuisopname of meerjarige hoge kosten (conform de definities van vereveningskenmerken in het somatische model); oftewel, somatische aandoening is gebaseerd op de vereveningskenmerken FKG, DKG, HKG 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. $FKG + DKG + HKG + MHK > 0$). Psychische aandoening is aangeduid op basis specifiek medicijngebruik, een specifieke ziekenhuisopname of meerjarige hoge kosten (conform de definities van de vereveningskenmerken in het gGGZ-model); oftewel, psychische aandoening is gebaseerd op de vereveningskenmerken psychische FKG, DKG-GGZ en MHK-GGZ. Indien een verzekerde is ingedeeld in minimaal één positieve klasse van deze vereveningskenmerken is deze verzekerde aangemerkt als 'wel psychische aandoening' (i.e. $psychische\ FKG + DKG-GGZ + MHK-GGZ > 0$). 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 2014. Het gewicht voor de inschrijfduur van verzekerden is hierbij niet meegenomen;
- De bestanden met kosten van 2014 zijn op verzekerdeniveau gekoppeld aan de bestanden van 2015. Verzekerden die zijn geboren in 2015 of immigranten in 2015 zijn ingedeeld in de laagste subgroep.
- Het bestand voor de somatische kosten is op individuniveau 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 (geldt pas voor 18+). Voor de gGGZ-kosten zijn alleen verzekerden ouder dan 18 jaar geanalyseerd met daarbij onderscheidt naar somatische aandoening en/of psychische aandoening in combinatie met leeftijdsgroepen onder de 65 jaar en boven de 65 jaar;
- De resultaten zijn niet getoetst op statistische significantie;
- De bandbreedteregeling is niet meegenomen. De effecten van deze maatregel zijn niet goed toe te rekenen aan subgroepen in de Zvw-bevolking. Dit betekent dat zorgverzekeraars een op- of afslag ontvangen op de bijdrage, zoals geanalyseerd in dit hoofdstuk;
- Er is een simulatie van flankerend beleid (ten behoeve van een gelijke uitgangspositie) uitgevoerd. Aangezien flankerend beleid niet goed toe te rekenen is aan subgroepen in de Zvw-bevolking is dit een benadering. Dit betekent dat zorgverzekeraars een op- of afslag ontvangen op de bijdrage, zoals geanalyseerd in dit hoofdstuk;
- De resultaten zijn gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat;
- De kostendefinities veranderen over de jaren en moeten in acht worden genomen bij de interpretatie van de resultaten.

Somatische zorg

- De totale somatische kosten zijn geanalyseerd. De kosten zijn geannualiseerd en worden gewogen met de inschrijfduur in de analyses.
- De bijdrage 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 2014, zoals

gerapporteerd in WOR 711 (Normbedragenfase), waarbij vervolgens rekening is gehouden met criteriumneutraliteit voor MHK, HKG, DKG en GSM.

- Het gewicht voor de inschrijfduur is gebruikt in berekening van het gemiddelde vereveningsresultaat.

V&V

- Het regio-kenmerk is afgeleid op basis van de referentietabel met postcodes (opgehaald op website van ZIN: regioclusters V&V 2015). Twee postcodes (1384 en 6679) kwamen wel voor in het bestand maar niet in de tabel, voor in totaal 13 waarnemingen. Deze waarnemingen zijn handmatig ingedeeld in die V&V-regio met de dichtstbijzijnde postcode die voorkwam in de tabel (1383 en 6678 respectievelijk).
- Om flankerend beleid type II mee te nemen, hebben wij de bijdrage gecorrigeerd middels een ophoogfactor van 0,9882. Dit is de ophoogfactor die het ZIN heeft gehanteerd. In totaal is € 37 miljoen in mindering gebracht op de vereveningsbijdrage.

gGGZ

- De gGGZ-kosten zijn geanalyseerd. De kosten zijn geannualiseerd in de berekening.
- De bijdrage 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 2013, waarbij criteriumneutraliteit voor MHK GGZ en DKG GGZ zijn toegepast (WOR 711, Normbedragenfase).
- Het gewicht voor de inschrijfduur is gebruikt in berekening van het gemiddelde vereveningsresultaat.

B.3. Deel II: Beschrijving uitgangspunten en bewerkingen

B.3.1. Subgroepen en enkelvoudige risicoklassen (Hoofdstuk 6)

De volgende uitgangspunten en bewerkingen zijn gehanteerd en uitgevoerd voor de analyse op niveau van enkelvoudige risicoklassen en subgroepen:

Enkelvoudige risicoklassen

- Voor de analyses is uitgegaan van het aantal verzekerdenjaren;
- Bij de analyses naar het vereveningsresultaat per risicoklasse van de vereveningskenmerken is een correctie voor het macrovereveningsresultaat uitgevoerd (zie Bijlage D);
- Bij de definitieve vaststelling is uitgegaan van de ex ante vastgestelde normbedragen, inclusief criteriumneutraliteit. Voor het ex ante model voor de somatische kosten is dit bij MHK, HKG, GSM en DKG. Voor het ex ante model voor V&V-kosten is dit bij MHK. Voor het ex ante model voor de gGGZ is dit bij MHK en DKG-GGZ.
- Voor berekening van de GGAV 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 verzekerdenraming en de schaling naar het MPB;
- De resultaten voor de ex ante vaststelling zijn gebaseerd op het OT-bestand, na herweging naar de verzekerdenraming en de schaling naar het MPB (bijlage E);
- Om de subgroepen te definiëren zijn de OT-bestanden voor de somatische zorg en de gGGZ gekoppeld op verzekerdeniveau. Deze bestanden zijn eerst uniek gemaakt op gepseudonimiseerd BSN. Verzekerden met hetzelfde gepseudonimiseerd BSN komen dubbel in de bestanden voor vanwege het overstappen van zorgverzekeraar. 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 (in enkele uitzondering het geval);
- De resultaten voor de onderzochte subgroepen zijn gebaseerd op alle verzekerden die zowel in het OT-bestand voor de somatische kosten van 2015 alsmede in het OT-bestand voor de gGGZ-kosten van 2015 aanwezig zijn;
- Ten behoeve van vergelijkbaarheid in het patroon in de resultaten op de verschillende momenten is het gemiddelde vereveningsresultaat voor de definitieve vaststelling procentueel gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat. De correctiefactor is gebaseerd op de gemiddeld gerealiseerde kosten gedeeld door de gemiddelde bijdrage bij 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.

B.3.2. Representativiteit op individuniveau: herschatting ex ante risicovereveningsmodellen op gerealiseerde cijfers (Hoofdstuk 7)

De volgende uitgangspunten en bewerkingen zijn gehanteerd en uitgevoerd:

- De ex ante modellen voor de somatische kosten en de gGGZ-kosten zijn herschat op het gekoppelde KPV- en RBRV-bestand van 2015, conform de gehanteerde methodiek bij schatting van deze modellen in de uitvoering;
- De realisatienormbedragen worden gebruikt voor de evaluatie in deze Monitor, deze normbedragen zijn niet gebruikt bij de uitvoering van de modellen;
- Bij berekening van de GGAV in de normbedragen is uitgegaan van het gerealiseerd aantal verzekerdenjaren (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.

C. Drempelbedragen voor subgroepenanalyse

C.1. Somatische kosten: drempelbedragen percentielklassen

Om verzekerden in 2015 in te delen in subgroepen op basis van kosten in 2014 zijn de drempelbedragen voor de percentielklassen bepaald (Tabel C.1). 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 2014.

Tabel C.1 Drempelbedragen van de percentielklassen voor de somatische kosten in 2014

	Somatische kosten, in €
Hoogste 1 % (als >0: 99 % - 100 %)	20.908
Hoogste 3 % (als >0: 97 % - 99 %)	10.717
Hoogste 5 % (als >0: 95 % - 97 %)	7.370
Hoogste 15 % (als >0: 85 % - 95 %)	2.644
Midden 70 % (als >0: 15 % - 85 %)	101
Laagste 15 % (als >0: 0 % - 15 %)	<101

C.2. gGGZ-kosten: drempelbedragen percentielklassen

De drempelbedragen voor indeling van verzekerden op basis van de gGGZ-kosten in 2014 staan in Tabel C.2. 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 2014.

Tabel C.2 Drempelbedragen van de percentielklassen voor de gGGZ-kosten in 2014

	gGGZ-kosten, in €
Hoogste 1 % (als >0: 99 % - 100 %)	52.636
Hoogste 3 % (als >0: 97 % - 99 %)	24.696
Hoogste 5 % (als >0: 95 % - 97 %)	15.030
Midden 70 % (als >0: 25 % - 95 %)	696
Laagste 25 % (als >0: 0 % - 25 %)	<696

D. Gemiddelde vereveningsresultaat per risicoklasse van de ex ante modellen bij de definitieve vaststelling

Deze bijlage geeft het gemiddelde vereveningsresultaat per risicoklasse van de ex ante modellen (somatisch, V&V en gGGZ) ten tijde van de definitieve vaststelling weer. Ook is het gemiddelde vereveningsresultaat per risicoklasse weergegeven, na correctie voor het macrovereveningsresultaat. Deze correctie houdt in:

- *Correctie 1*: een procentuele correctie voor het macrovereveningsresultaat dat behaald is over de totale Zvw-bevolking (inclusief 18- voor de somatische kosten), waarbij deze correctiefactor is toegepast op alle verzekerden (dit is vergelijkbaar met flankerend beleid);
- *Correctie 2*: Correctie 1, plus een zorgverzekeraar krijgt voor iedere verzekerde van 18+ een gelijk bedrag per verzekerde van 18+ van het behaalde macrovereveningsresultaat toebedeeld.

De toegepaste correctiefactoren op alle verzekerden van 18+ zijn:

- 0,9396 op de bijdrage voor de somatische kosten;
- 0,9850 op de bijdrage voor de V&V-kosten;
- 0,8896 op de bijdrage voor de gGGZ-kosten.

De toegepaste gelijke bijdragen voor alle verzekerden van 18+ zijn:

- € 155,30 per verzekerde van 18+ voor de somatische kosten. Noot – dit is niet gelijk aan het macrovereveningsresultaat omdat de correctie voor het totale macrovereveningsresultaat is verdeeld over alle verzekerden van 18+ in plaats van alle verzekerden in de Zvw-bevolking (inclusief 18-);
- € 3,51 per verzekerde van 18+ voor V&V-kosten. Noot – dit is niet gelijk aan het macrovereveningsresultaat omdat de correctie voor het totale macrovereveningsresultaat is verdeeld over alle verzekerden van 18+ in plaats van alle verzekerden in de Zvw-bevolking (inclusief 18-);
- € 29,37 per verzekerde van 18+ voor de gGGZ-kosten; de gGGZ-kosten zijn alleen voor verzekerden van 18+, waardoor dit gelijk is aan het macrovereveningsresultaat.

Deze methode is vergelijkbaar met de uitvoering van flankerend beleid.

D.1. Somatische model

Tabel D-1 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat van elke risicoklasse van het ex ante model voor de somatische kosten van 2015, bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2015.

Tabel D-1 Gemiddeld vereveningsresultaat voor het ex ante model voor somatische kosten voor 2015.

Risicoklasse	Resultaat	Risicoklasse	Resultaat	Risicoklasse	Resultaat			
Geslacht/leeftijd	M, 0	-72	Geen FKG	81	Geen DKG	102		
	M, 1-4	3	FKG 1 (Glaucoom)	379	DKG 1	-169		
	M, 5-9	66	FKG 2 (Schildklier)	234	DKG 2	346		
	M, 10-14	10	FKG 3 (Psychose, Alzheimer, verslav.)	60	DKG 3	49		
	M, 15-17	-15	FKG 4 (Depressie)	185	DKG 4	175		
	M, 18-24	49	FKG 5 (Neurop.pijn)	324	DKG 5	303		
	M, 25-29	47	FKG 6 (Hoog Chol.)	228	DKG 6	-57		
	M, 30-34	50	FKG 7 (Dia II zonder)	271	DKG 7	70		
	M, 35-39	65	FKG 8 (COPD/astma)	211	DKG 8	459		
	M, 40-44	57	FKG 9 (Astma)	218	DKG 9	604		
	M, 45-49	75	FKG 10 (Dia II met)	318	DKG 10	1.669		
	M, 50-54	84	FKG 11 (Epilepsie)	10	DKG 11	-356		
	M, 55-59	116	FKG 12 (Chron/C.U.)	95	DKG 12	2.787		
	M, 60-64	77	FKG 13 (Hartaand.)	458	DKG 13	977		
	M, 65-69	211	FKG 14 (Reuma)	2.325	DKG 14	15.014		
	M, 70-74	311	FKG 15 (Reuma)	372	DKG 15	-11.458		
	M, 75-79	457	FKG 16 (Parkinson)	230	DKG ^a	0-17 en 65+	153	
	M, 80-84	378	FKG 17 (Dia I)	363		AO, 18-34	161	
	M, 85-89	247	FKG 18 (Transplant.)	-357		AO, 35-44	200	
	M, 90+	267	FKG 19 (Cys.F./Panc.)	-336		AO, 45-54	158	
	V, 0	-52	FKG 20 (Hersen/rug.)	235		AO, 55-64	198	
	V, 1-4	7	FKG 21 (Kanker)	2.938		Bijstand, 18-34	86	
	V, 5-9	45	FKG 22 (Horm.tumor)	1.893		Bijstand, 35-44	140	
	V, 10-14	3	FKG 23 (HIV/AIDS)	404		Bijstand, 45-54	115	
	V, 15-17	22	FKG 24 (Nier)	6.337		Bijstand, 55-64	95	
	V, 18-24	80	HKG ^a	Geen HKG		119	Student, 18-34	35
	V, 25-29	151		Insuline infuus pomp	-213	Zelfstandige, 18-34	45	
	V, 30-34	93		Katheters/urine-opvangzakken	507	Zelfstandige, 35-44	44	
	V, 35-39	95		Stoma	987	Zelfstandige, 45-54	54	
	V, 40-44	124		Tracheo-stoma	976	Zelfstandige, 55-64	92	
	V, 45-49	133		MHK ^a	Geen MHK	103	Referentie, 18-34	82
	V, 50-54	180			MHK 1	231	Referentie, 35-44	79
	V, 55-59	204			MHK 2	339	Referentie, 45-54	122
	V, 60-64	214			MHK 3	361	Referentie, 55-64	153
	V, 65-69	265			MHK 4	484	SES ^a	>15 inwoners, 0-17
	V, 70-74	344	MHK 5		405	>15 inwoners, 18-64		65
	V, 75-79	377	MHK 6	4.209	>15 inwoners, 65+	692		
	V, 80-84	305	Regio	Regio 1	156	Laag, 0-17		-17
	V, 85-89	309		Regio 2	145	Laag, 18-64	96	
	V, 90+	210		Regio 3	137	Laag, 65+	417	
GSM ^a	Geen morbiditeit 65-	68		Regio 4	124	Midden, 0-17	30	
	Wel morbiditeit 65-	164	Regio 5	129	Midden, 18-64	111		
	Geen morbiditeit 65+	198	Regio 6	124	Midden, 65+	249		
	Wel morbiditeit 65+	380	Regio 7	115	Hoog, 0-17	31		
			Regio 8	107	Hoog, 18-64	108		
			Regio 9	113	Hoog,65+	242		
		Regio 10	87					

Voetnoot D-1

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

Tabel D-2 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat van elke risicoklasse van het ex ante model voor de somatische kosten van 2015, bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2015. Hierbij is gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat.

Tabel D-2 Gemiddeld vereveningsresultaat voor het ex ante model voor somatische kosten voor 2015, na correctie(s) voor het macrovereveningsresultaat.

Risicoklasse		C1	C2	Risicoklasse	C1	C2	Risicoklasse	C1	C2		
		29	30		29	30		29	30		
Geslacht/leeftijd	M, 0	-344	-344	FKG ^a	Geen FKG	1	118	DKG ^a	Geen DKG	13	133
	M, 1-4	-64	-64		FKG 1 (Glaucoom)	48	203		DKG 1	-559	-410
	M, 5-9	6	6		FKG 2 (Schildklier)	-18	136		DKG 2	47	201
	M, 10-14	-41	-41		FKG 3 (Psychose, Alzheimer, verslav.)	-214	-60		DKG 3	-222	-69
	M, 15-17	-68	-68		FKG 4 (Depressie)	-43	112		DKG 4	-157	-3
	M, 18-24	8	164		FKG 5 (Neurop.pijn)	-179	-24		DKG 5	-94	59
	M, 25-29	5	160		FKG 6 (Hoog Chol.)	-18	137		DKG 6	-541	-387
	M, 30-34	3	158		FKG 7 (Dia II zonder)	4	160		DKG 7	-501	-347
	M, 35-39	9	165		FKG 8 (COPD/astma)	-310	-155		DKG 8	-195	-47
	M, 40-44	-9	147		FKG 9 (Asterma)	-50	94		DKG 9	-11	134
	M, 45-49	-6	149		FKG 10 (Dia II met)	-39	116		DKG 10	814	967
	M, 50-54	-20	136		FKG 11 (Epilepsie)	-342	-195		DKG 11	-1.330	-1.175
	M, 55-59	-20	135		FKG 12 (Chron.C.U.)	-273	-120		DKG 12	1.731	1.886
	M, 60-64	-98	57		FKG 13 (Hartaand.)	-138	17		DKG 13	-667	-523
	M, 65-69	-15	140		FKG 14 (Reuma)	1.143	1.296		DKG 14	9.217	9.372
	M, 70-74	23	178		FKG 15 (Reuma)	-14	139	DKG 15	-14.706	-14.593	
	M, 75-79	104	259		FKG 16 (Parkinson)	-388	-232	AVI ^a	0-17 en 65+	-14	60
	M, 80-84	-17	139		FKG 17 (Dia I)	-157	-5		AO, 18-34	-14	142
	M, 85-89	-156	-1		FKG 18 (Transplant.)	-1.042	-891		AO, 35-44	-25	130
	M, 90+	-127	28		FKG 19 (Cys.F./Panc.)	-1.307	-1.164		AO, 45-54	-100	55
	V, 0	-281	-281		FKG 20 (Hersen/rug.)	-654	-501		AO, 55-64	-97	59
	V, 1-4	-43	-43		FKG 21 (Kanker)	1.979	2.132		Bijstand, 18-34	-14	141
	V, 5-9	-3	-3		FKG 22 (Horm.tumor)	1.348	1.503		Bijstand, 35-44	21	177
	V, 10-14	-45	-45		FKG 23 (HIV/AIDS)	-569	-415		Bijstand, 45-54	-44	111
	V, 15-17	-39	-39	FKG 24 (Nier)	3.471	3.626	Bijstand, 55-64		-125	31	
	V, 18-24	18	173	HKG ^a	Geen HKG	1	12		Student, 18-34	-3	152
	V, 25-29	46	201		Insuline infuuspomp	-759	-630		Zelfstandige, 18-34	-6	149
	V, 30-34	-28	127		Katheters/urine-opvangzakken	-151	2		Zelfstandige, 35-44	-9	146
	V, 35-39	-6	150	MHK ^a	Stoma	175	326	Zelfstandige, 45-54	-13	143	
	V, 40-44	33	189		Tracheo-stoma	-252	-106	Zelfstandige, 55-64	-13	143	
	V, 45-49	34	190		Geen MHK	11	133	Referentie, 18-34	16	171	
	V, 50-54	59	215	MHK 1	-245	-99	Referentie, 35-44	11	166		
	V, 55-59	62	217	MHK 2	-104	47	Referentie, 45-54	37	192		
V, 60-64	47	202	MHK 3	-210	-60	Referentie, 55-64	26	181			
V, 65-69	62	217	MHK 4	-265	-115	SES ^a	>15 inwoners, 0-17	-389	-389		
V, 70-74	94	249	MHK 5	-669	-523		>15 inwoners, 18-64	-62	93		
V, 75-79	81	237	MHK 6	1.416	1.553		>15 inwoners, 65+	343	498		
V, 80-84	-25	130	Regio	Regio 1	14		137	Laag, 0-17	-81	-81	
V, 85-89	-35	120		Regio 2	9		134	Laag, 18-64	4	159	
V, 90+	-117	39		Regio 3	7		132	Laag, 65+	100	255	
GSM ^a	Geen morbiditeit	11		121	Regio 4		-5	119	Midden, 0-17	-33	-33
	65-				Regio 5		7	130	Midden, 18-64	8	163
	Wel morbiditeit	-94		55	Regio 6		3	126	Midden, 65+	-28	127
	65-				Regio 7		-5	118	Hoog, 0-17	-34	-34
	Geen morbiditeit	61		217	Regio 8	-11	112	Hoog, 18-64	15	171	
	65+				Regio 9	-1	121	Hoog, 65+	-2	153	
	Wel morbiditeit	2		157	Regio 10	-17	108				
	65+										

Voetnoot D-2

b. Afkortingen zijn opgenomen in de afkortingenlijst (Bijlage G).

²⁹ C1: een procentuele correctie voor het macrovereveningsresultaat dat behaald is over de totale Zvw-bevolking (inclusief 18- voor de somatische kosten), waarbij deze correctiefactor is toegepast op alle verzekerden (dit is vergelijkbaar met flankerend beleid).

³⁰ C2: Correctie 1, plus een zorgverzekeraar krijgt voor iedere verzekerde van 18+ een gelijk bedrag per verzekerde van 18+ van het behaalde macrovereveningsresultaat toebedeeld.

D.2. V&V-model

Tabel D-3 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat van elke risicoklasse van het ex ante model voor de V&V-kosten van 2015, bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2015. Hierbij is gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat.

Tabel D-3 Gemiddeld vereveningsresultaat voor het ex ante model voor V&V-kosten voor 2015, voor en na correctie(s) voor het macrovereveningsresultaat.

Risicoklasse		Resultaat	C1 31	C2 32	Risicoklasse	Resultaat	C1 31	C2 32	
Geslacht/leeftijd	M, 0	-8	-8	-8	MHK ^a	Geen MHK	29	27	30
	M, 1-4	4	3	3		MHK 1	-295	-306	-303
	M, 5-9	-5	-6	-6		MHK 2	-151	-167	-164
	M, 10-14	-3	-4	-4		MHK 3	-291	-314	-310
	M, 15-17	1	1	1		MHK 4	-550	-581	-577
	M, 18-24	30	29	33		MHK 5	-1.092	-1.127	-1.124
	M, 25-29	17	16	20		MHK 6	-2.798	-2.837	-2.833
	M, 30-34	12	12	15	Regio	Regio 1	-16	-19	-16
	M, 35-39	9	8	12		Regio 2	-13	-16	-13
	M, 40-44	8	7	11		Regio 3	-3	-6	-3
	M, 45-49	9	9	12		Regio 4	10	8	10
	M, 50-54	11	10	14		Regio 5	31	28	31
	M, 55-59	10	9	12					
	M, 60-64	6	5	8					
	M, 65-69	104	100	103					
	M, 70-74	54	49	52					
	M, 75-79	-89	-96	-93					
	M, 80-84	-116	-132	-128					
	M, 85-89	-222	-252	-249					
	M, 90+	-141	-195	-191					
	V, 0	-13	-14	-14					
	V, 1-4	-4	-5	-5					
	V, 5-9	1	1	1					
	V, 10-14	1	1	1					
	V, 15-17	-3	-3	-3					
	V, 18-24	23	23	26					
	V, 25-29	10	10	13					
	V, 30-34	9	8	12					
	V, 35-39	5	5	8					
	V, 40-44	10	9	13					
	V, 45-49	10	9	12					
	V, 50-54	10	9	12					
	V, 55-59	14	13	16					
	V, 60-64	9	7	10					
V, 65-69	47	43	46						
V, 70-74	-57	-63	-59						
V, 75-79	-92	-104	-100						
V, 80-84	-103	-127	-124						
V, 85-89	-155	-197	-194						
V, 90+	-102	-166	-162						

Voetnoot D-3

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

³¹ C1: een procentuele correctie voor het macrovereveningsresultaat dat behaald is over de totale Zvw-bevolking (inclusief 18- voor de somatische kosten), waarbij deze correctiefactor is toegepast op alle verzekerden (dit is vergelijkbaar met flankerend beleid).

³² C2: Correctie 1, plus een zorgverzekeraar krijgt voor iedere verzekerde van 18+ een gelijk bedrag per verzekerde van 18+ van het behaalde macrovereveningsresultaat toebedeeld.

D.3. gGGZ-model

Tabel D-4 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat van elke risicoklasse van het ex ante model voor de gGGZ-kosten van 2015, bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2015.

Tabel D-4 Gemiddeld vereveningsresultaat voor het ex ante model voor gGGZ-kosten voor 2015.

Risicoklasse		Resultaat	Risicoklasse	Resultaat	Risicoklasse	Resultaat	
Geslacht/leeftijd	M, 18-24	44	DKG ^a	Geen DKG	18	>15 inwoners, 18-64	584
	M, 25-29	47		DKG 1	443	>15 inwoners, 65+	27
	M, 30-34	47		DKG 2	600	Laag, 18-64	35
	M, 35-39	38		DKG 3	1.198	Laag, 65+	14
	M, 40-44	32		DKG 4	1.558	Midden, 18-64	26
	M, 45-49	29	DKG 5	239	Midden, 65+	11	
	M, 50-54	27	FKG ^a	Geen FKG	22	Hoog, 18-64	32
	M, 55-59	23		FKG 1 (Psychose)	663	Hoog, 65+	21
	M, 60-64	22		FKG 2 (Psychose depot)	1.104	65+	15
	M, 65-69	5		FKG 3 (Chron.stem)	140	AO, 18-34	187
	M, 70-74	3		FKG 4 (Verslaving)	883	AO, 35-44	107
	M, 75-79	2		FKG 5 (Bipol.reg.)	177	AO, 45-54	78
	M, 80-84	13		FKG 6 (bipol.complex)	470	AO, 55-64	39
	M, 85-89	16	EPH ^a	FKG 7 (ADHD)	243	Bijstand, 18-34	212
	M, 90+	55		Niet	27	Bijstand, 35-44	160
	V, 18-24	55	MHK ^a	Wel	42	Bijstand, 45-54	173
	V, 25-29	33		Geen MHK	15	Bijstand, 55-64	88
	V, 30-34	60	Regio	MHK 1	119	Student	45
	V, 35-39	20		MHK 2	689	Zelfstandig, 18-34	23
	V, 40-44	33		MHK 3	802	Zelfstandig, 35-44	42
	V, 45-49	20	AVI ^a	Regio 1	60	Zelfstandig, 45-54	34
	V, 50-54	23		Regio 2	30	Zelfstandig, 55-64	29
	V, 55-59	23		Regio 3	25	Referentie, 18-34	32
	V, 60-64	30		Regio 4	28	Referentie, 35-44	16
	V, 65-69	15		Regio 5	21	Referentie, 45-54	8
	V, 70-74	13		Regio 6	23	Referentie, 55-64	18
	V, 75-79	8		Regio 7	24		
	V, 80-84	27		Regio 8	25		
	V, 85-89	55		Regio 9	27		
	V, 90+	85		Regio 10	30		

Voetnoot D-4

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

Tabel D-5 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat van elke risicoklasse van het ex ante model voor de gGGZ-kosten van 2015, bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2015. Hierbij is gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat.

Tabel D-5 Gemiddeld vereveningsresultaat voor het ex ante model voor gGGZ-kosten voor 2015, na correctie(s) voor het macrovereveningsresultaat.

Risicoklasse	C1 33	C2 34	Risicoklasse	C1 33	C2 34	Risicoklasse	C1 33	C2 34
M, 18-24	8	37	Geen DKG	2	31	>15 inwoners, 18-64	238	267
M, 25-29	9	39	DKG 1	127	156	>15 inwoners, 65+	-21	9
M, 30-34	7	37	DKG 2	-285	-256	Laag, 18-64	-2	27
M, 35-39	-1	28	DKG 3	-333	-304	Laag, 65+	-1	28
M, 40-44	-3	26	DKG 4	-682	-653	Midden, 18-64	-11	19
M, 45-49	-2	27	DKG 5	-2.847	-2.817	Midden, 65+	-4	26
M, 50-54	-2	27	Geen FKG	2	32	Hoog, 18-64	12	41
M, 55-59	-2	28	FKG 1 (Psychose)	-51	-22	Hoog, 65+	7	37
M, 60-64	1	31	FKG 2 (Psychose depot)	-257	-228	65+	0	29
M, 65-69	-8	22	FKG 3 (Chron.stem)	-38	-9	AO, 18-34	-52	-23
M, 70-74	-8	21	FKG 4 (Verslaving)	248	277	AO, 35-44	-99	-69
M, 75-79	-10	20	FKG 5 (Bipol.reg.)	-84	-54	AO, 45-54	-56	-27
M, 80-84	1	30	FKG 6 (bipol.complex)	-326	-297	AO, 55-64	-29	1
M, 85-89	2	32	FKG 7 (ADHD)	44	74	Bijstand, 18-34	56	85
M, 90+	41	71	EPH ^a	3	33	Bijstand, 35-44	17	46
V, 18-24	11	41	Wel	-15	15	Bijstand, 45-54	45	74
V, 25-29	-9	20	Geen MHK	6	36	Bijstand, 55-64	-3	27
V, 30-34	17	46	MHK 1	-28	1	Student	21	51
V, 35-39	-16	13	MHK 2	-405	-376	Zelfstandig, 18-34	7	36
V, 40-44	-1	28	MHK 3	-1.510	-1.481	Zelfstandig, 35-44	26	55
V, 45-49	-11	18	Regio 1	11	41	Zelfstandig, 45-54	21	51
V, 50-54	-8	21	Regio 2	-10	20	Zelfstandig, 55-64	18	47
V, 55-59	-4	26	Regio 3	-10	20	Referentie, 18-34	6	36
V, 60-64	7	36	Regio 4	-3	26	Referentie, 35-44	-4	26
V, 65-69	-3	26	Regio 5	-7	23	Referentie, 45-54	-7	22
V, 70-74	-5	25	Regio 6	-2	27	Referentie, 55-64	5	34
V, 75-79	-10	19	Regio 7	1	31			
V, 80-84	8	38	Regio 8	2	31			
V, 85-89	36	65	Regio 9	6	35			
V, 90+	68	97	Regio 10	10	40			

Voetnoot D-5

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

³³ C1: een procentuele correctie voor het macrovereveningsresultaat dat behaald is over de totale Zvw-bevolking (inclusief 18- voor de somatische kosten), waarbij deze correctiefactor is toegepast op alle verzekerden (dit is vergelijkbaar met flankerend beleid).

³⁴ C2: Correctie 1, plus een zorgverzekeraar krijgt voor iedere verzekerde van 18+ een gelijk bedrag per verzekerde van 18+ van het behaalde macrovereveningsresultaat toebedeeld.

E. Reproductie ex ante vaststelling: herweging verzekerdenraming en schaling MPB

Voor Deel II zijn de OT-bestanden voor de somatische zorg, V&V en gGGZ gebruikt. In de uitvoering zijn 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.

Herweging voor de verzekerdenraming zorgt ervoor dat de prevalenties in het OT-bestand representatief worden gemaakt voor de verwachte omvang en samenstelling van de Zvw-bevolking in 2015. De schaling naar het MPB bewerkstelligt dat de kosten in het OT-bestand per deelbedrag gelijk zijn aan het verwachte kostenniveau voor 2015, conform hetgeen in het MPB is vastgesteld.

In Deel II wordt de ex ante vaststelling, zoals uitgevoerd in het najaar 2014, gebruikt als onderdeel van de evaluatie van de representativiteit van de beslisinformatie. Om deze analyses uit te 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.

E.1. Ex ante model voor somatische kosten

- ZIN heeft de verzekerdenraming voor het ex ante model voor de somatische kosten van 2015 aangeleverd. In dit bestand zijn de geraamde verzekerdenaantallen (uitgedrukt in het aantal verzekerdenjaren) opgenomen van alle vereveningskenmerken van het ex ante model voor de somatische kosten van 2015. Met de gebruikelijke RAS-methode zijn deze verzekerdenaantallen in het OT-bestand herwogen naar de verzekerdenaantallen in de verzekerdenraming: in het OT-bestand bevonden zich in totaal 16.504.593 verzekerdenjaren, dat is herwogen naar 16.842.000 verzekerdenjaren, zoals opgenomen in de verzekerdenraming. Op het OT-bestand is één handmatige aanpassing doorgevoerd, zodat alle 876.076 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 RAS-procedure heeft na 205 iteraties tot een convergentie geleid.
- 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 711 (Normbedragenfase);
- Na beide stappen resulteert een nieuw gewicht, die wordt gebruikt bij de uit te voeren analyses voor de ex ante vaststelling.

E.2. Ex ante model voor V&V-kosten

- ZIN heeft de verzekerdenraming voor het ex ante model voor de V&V kosten van 2015 aangeleverd. In dit bestand zijn de geraamde verzekerdenaantallen (uitgedrukt in het aantal verzekerdenjaren) opgenomen van alle vereveningskenmerken van het ex ante model voor de somatische kosten van 2015. Met de gebruikelijke RAS-methode zijn deze verzekerdenaantallen in het OT-bestand herwogen naar de verzekerdenaantallen in de verzekerdenraming: in het OT-bestand bevonden zich in totaal 16.504.593 verzekerdenjaren, dat is herwogen naar 16.842.000 verzekerdenjaren, zoals opgenomen in de verzekerdenraming. Op het OT-bestand is één handmatige aanpassing doorgevoerd, zodat alle 420 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 RAS-procedure heeft na 3 iteraties tot een convergentie geleid.
- 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

behoefte van de RAS-methode, is het nieuwe gewicht overgenomen dat voor het aangepaste record volgt na toepassing van de verzekerdensraming;

- De kosten in het OT-bestand zijn geschaald naar de MPB-bedragen op basis van ophoogfactoren, zoals gerapporteerd in WOR 711 (Normbedragenfase);
- Na beide stappen resulteert een nieuw gewicht, die wordt gebruikt bij de uit te voeren analyses voor de ex ante vaststelling.

E.3. Ex ante model voor gGGZ-kosten

- ZIN heeft de verzekerdensraming voor het ex ante model voor de gGGZ-kosten van 2015 aangeleverd. Dit bestand bevat de geraamde verzekerdensramingen voor de vereveningskenmerken van het ex ante model. Met de RAS-methode zijn de prevalenties in het OT-bestand herwogen naar de verzekerdensramingen in de verzekerdensraming: in het OT-bestand bevonden zich in totaal 13.054.064 verzekerdensramingen, dat is herwogen naar 13.436.000 verzekerdensramingen, zoals in de verzekerdensraming opgenomen. Deze aantallen zijn verdeeld over 124.443 unieke combinaties. Net zoals bij de procedure voor het ex ante model voor de somatische kosten, dienen in het OT-bestand alle unieke combinaties van de verzekerdensraming minimaal één keer voor te komen. De RAS-procedure heeft na ongeveer 1.700 iteraties tot een convergentie geleid.
- De kosten in het OT-bestand zijn geschaald naar de MPB-bedragen op basis van de ophoogfactoren, zoals gerapporteerd in WOR 711 (Normbedragenfase).
- Na beide stappen resulteert een nieuw gewicht, die wordt gebruikt bij de uit te voeren analyses voor de ex ante vaststelling.

F. Afkortingenlijst

Afkorting	Betekenis
AO	Arbeidsongeschikt
AVI	Aard van Inkomen (vereveningskenmerk)
BB	Bandbreedteregeling (ex post maatregel)
BSN	Burger Service Nummer
CPM	Cummings' Prediction Measure (evaluatiemaatstaf)
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DKG	Diagnosekostengroep (vereveningskenmerk)
DKG GGZ	Diagnosekostengroep psychische aandoeningen (vereveningskenmerk)
DOT	DBC op Weg Naar Transparantie
DV	Definitieve Vaststelling
DV voor FB en ex post	Definitieve Vaststelling voor Flankerend Beleid en ex post maatregelen
DV na BB	Definitieve Vaststelling na Bandbreedteregeling
DV na FB	Definitieve Vaststelling na Flankerend Beleid
DV na FB en BB	Definitieve Vaststelling na Flankerend Beleid en Bandbreedteregeling
EPH	Eenpersoonshuishouden (vereveningskenmerk)
Ex ante	Ex ante Vaststelling
FB	Flankerend Beleid – maatregel ten behoeve van gelijke uitgangspositie van zorgverzekeraars bij een (positief of negatief) macrovereveningsresultaat
FKG	Farmaciekostengroep (vereveningskenmerk)
GAV	Gesommeerde Absolute Verschillen (evaluatiemaatstaf)
GGAA	Gewogen Gemiddelde Absolute Afwijking (evaluatiemaatstaf)
GGAV	Gemiddelde Gewogen Absolute Verschillen (evaluatiemaatstaf)
GGARV	Gewogen Gemiddelde Absolute Vereveningsresultaat Verschuiving (evaluatiemaatstaf)
gGGZ	Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg
GSM	Generieke Somatische Morbiditeit (vereveningskenmerk)
GGZ-MHK	GGZ Meerjarige hoge kosten (vereveningskenmerk)
HKC	Hoge Kosten Compensatie (ex post maatregel)
HKG	Hulpmiddelenkostengroep (vereveningskenmerk)
HDR	Hoge Kostendrempel (vereveningskenmerk)
KPV-bestand	Kosten-per-Verzekerde bestand
LDR	Lage Kostendrempel (vereveningskenmerk)
MHK	Meerjarige hoge kosten (vereveningskenmerk)
MN	Macrona calculatie
MPB	Macro Prestatie Bedrag
MSZ	Medisch-specialistische zorg
OT	Overall Toets
PwC	PricewaterhouseCoopers
R²	R-kwadraat (evaluatiemaatstaf)
RBRV-bestand	Vereveningskenmerken per verzekerde-bestand
RV	Risicovereveningssysteem
SES	Sociaaleconomische status (vereveningskenmerk)
V&V	Verpleging en verzorging
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WOR	Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening
ZIN	Zorginstituut Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZVF	Zorgverzekeringsfonds
Zvw	Zorgverzekeringwet

G. Begrippenlijst

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.

Criteriumneutraliteit

Maatregel om bij 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.

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)

Dit zijn zorgproducten. Voor een diagnose en behandeling is een zorgproduct beschikbaar, die wordt gebruikt voor het declareren van de zorg.

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).

Expertproducten en add-ons geneesmiddelen

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

Ex post maatregel(en)

Ex post maatregelen worden ingezet om het risico van zorgverzekeraars op de zorgkosten te reduceren dan wel een gelijke uitgangspositie van zorgverzekeraars te creëren. Eén ex post maatregel is ingezet in 2015 (bandbreedteregeling). Deze maatregel wordt ten tijde van de definitieve vaststelling uitgevoerd en resulteert in een op- of afslag op de ex ante vereveningsbijdrage.

Flankerend beleid

Flankerend beleid beoogt bij te dragen aan een gelijke uitgangspositie tussen zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de ontwikkeling in kosten die niet het gevolg zijn van minder of meer verzekerden in de Zvw-bevolking of een andere bevolkingssamenstelling dan vooraf geraamd. Dit kunnen bijvoorbeeld kosten 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 over- of onderschrijding van het MPB. Dit aandeel wordt bepaald op basis van het aantal verzekerden van 18+ (exclusief het aantal gedetineerden) en is gerelateerd aan de bijdrage 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. Ook geldt: zorgverzekeraars met een hoog-risico verzekerdenportefeuille behalen zonder flankerend beleid naar verwachting hogere positieve financiële resultaten in geval van een onderschrijding van het MPB dan zorgverzekeraars met een laag-risico verzekerdenportefeuille. Flankerend beleid zorgt voor een evenredige toedeling van de onder- of overschrijding van het MPB.

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

Forfaitaire groep/niet-forfaitaire groep

De forfaitaire groep en niet-forfaitaire groep worden gebruikt bij vaststelling van de 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 de korting wordt geschat aan de hand van een ex ante model.

Gemiddelde vereveningsresultaat

Het gemiddelde vereveningsresultaat is het verschil tussen de bijdrage en de gerealiseerde kosten per zorgverzekeraar, uitgedrukt in € per verzekerde.

gGGZ-kosten

Dit zijn de zorgkosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van 18+. Dit gaat per 2015 om de generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz.

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 aparte 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. De HKC voor gGGZ is per 2015 afgeschaft.

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.

Macro Prestatie Bedrag (MPB)

Het MPB is de macrobijdrage. De totale bijdrage wordt verdeeld over zorgverzekeraars. Dit bedrag wordt door het Ministerie van VWS voorafgaand aan het vereveningsjaar vastgesteld.

Medisch-specialistische zorg (MSZ)

Hieronder vallen alle kosten voor de ziekenhuiszorg.

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.

Overall Toets (OT)

Dit is de fase in de uitvoering van het risicovereveningssysteem (zomer voorafgaand aan het vereveningsjaar), waarin de kwaliteit van verschillende ex ante modellen met elkaar worden vergeleken, resulterend in een besluit over de vormgeving van het ex ante model/modellen voor het betreffende vereveningsjaar.

Overige prestaties

Dit deelbedrag is per 2015 vervallen. Overige prestaties bestond uit de kosten van ambulancevervoer, huisartsenzorg, paramedische zorg, farmacie, hulpmiddelen, verloskundezorg, kraamzorg, tandartsenzorg en extramurale diagnostiek. Deze kosten vallen nu onder de variabele zorgkosten.

Prevalenties

Dit staat voor het aantal verzekerdenjaren per 1000 uitgedrukt.

Reikwijdte (van het vereveningsresultaat)

De reikwijdte is het verschil tussen het hoogste en laagste gemiddelde vereveningsresultaat van alle zorgverzekeraars. Deze waarde wordt bepaald door de buitenste twee gemiddelden: de zorgverzekeraar met het laagste gemiddelde vereveningsresultaat en de zorgverzekeraar met het hoogste gemiddelde vereveningsresultaat.

Risicoklassen

Dit is een indeling van verzekerden naar groepen. De vereveningskenmerken in het ex ante model 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.

(Ex ante) Risicovereveningsmodel/Ex ante model

Dit is een econometrisch voorspelmodel dat wordt gebruikt om de normbedragen te berekenen. Het model bestaat uit vereveningskenmerken en is de basis voor bepaling van de ex ante bijdrage.

Risicovereveningssysteem

Het risicovereveningssysteem compenseert zorgverzekeraars voor verschillen in (verwachte) zorgkosten. Het risicovereveningssysteem bestaat uit ex ante modellen 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, en daarmee bevorderen van een doelmatige uitvoering van de Zvw.

Somatische kosten

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

Spreiding (van het vereveningsresultaat)

De spreiding in het vereveningsresultaat is de gewogen standaarddeviatie.

Spreidingsreductie

De spreidingsreductie geeft weer in hoeverre de spreiding in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars door het risicovereveningssysteem wordt teruggebracht, ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem, uitgedrukt in percentage. Hoe groter de spreidingsreductie, hoe beter het risicovereveningssysteem werkt op het niveau van zorgverzekeraars.

Variabele zorgkosten

Dit zijn de kosten voor medisch-specialistische zorg, plus de kosten voor ambulancevervoer, huisartsenzorg, paramedische zorg, farmacie, hulpmiddelen, verloskundezorg, kraamzorg, tandartsenzorg, en diagnostiek (de voormalige overige prestaties).

Vaste kosten

Dit is een deelbedrag voor de vaste kosten van 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/Bijdrage (ex ante en ex post)

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

Vereveningskenmerk

Dit betreft een risicokenmerk in het ex ante model, bestaande uit een aantal risicoklassen.

Vereveningsresultaat

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

Verpleging en verzorging kosten

De overheveling van verpleging en verzorging vanuit de AWBZ per 2015 naar de Zvw wordt vrijwel geheel toegerekend aan het nieuwe deelbedrag verpleging en verzorging.

Verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico is het bedrag aan zorgkosten wat de verzekerde zelf moet betalen. In 2015 bedraagt dit € 375. Dit betekent dat de verzekerde de eerste € 375 aan zorgkosten die hij/zij maakt zelf moet betalen. Zorgverzekeraars innen deze bedragen direct van de verzekerden.

H. Referenties

- Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2015. Ministerie van VWS, 2015. Publicatiedatum: 4 mei 2015. Staatscourant 2015, nr. 12203.
- Besluit Zorgverzekering. Geldend van 01-01-2020 t/m heden. Bereikbaar op: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2020-01-01>.
- Monitor 2011. *Kwantitatieve analyse van het risicovereveningssysteem*. Somatische zorg, gGGZ en Eigen risico. Publicatiedatum: 24 februari 2017. KPMG, Amstelveen.
- Monitor 2012. *Monitor Risicoverevening 2012*. Toetsing van de werking van het risicovereveningssysteem en representativiteit van de beslisinformatie. Publicatiedatum: 18 mei 2018. PwC, Amsterdam.
- Monitor 2013. *Monitor Risicoverevening 2013*. Toetsing van de werking van het risicovereveningssysteem en representativiteit van de beslisinformatie. Publicatiedatum: 17 augustus 2018. PwC, Amsterdam.
- Monitor 2014. *Monitor Risicoverevening 2014*. Toetsing van de werking van het risicovereveningssysteem en representativiteit van de beslisinformatie. Publicatiedatum: 11 juni 2019. PwC, Amsterdam.
- *Regeling risicoverevening 2015*. Ministerie van VWS, 2015. Publicatiedatum: 9 februari september 2015. Staatscourant 2015, nr. 3547.
- WOR 648, F. Eijkenaar, R.C. van Kleef, S.H.C.M. van Veen en R.C.J.A. van Vliet (2013). *Onderzoek risicoverevening 2014: Gegevensfase*. Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.
- WOR 649, F. Eijkenaar, R.C. van Kleef, S.H.C.M. van Veen en R.C.J.A. van Vliet (2013). *Onderzoek risicoverevening 2014: Overall Toets*. Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.
- WOR 709, F. Eijkenaar, R.C. van Kleef, S.H.C.M. van Veen en R.C.J.A. van Vliet (2014). *Onderzoek risicoverevening 2015: Gegevensfase*. Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.
- WOR 710, F. Eijkenaar, R.C. van Kleef, S.H.C.M. van Veen en R.C.J.A. van Vliet (2014). *Onderzoek risicoverevening 2015: Overall Toets*. Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.
- WOR 711, F. Eijkenaar, R.C. van Kleef, S.H.C.M. van Veen, R.C.J.A. van Vliet (2014). *Onderzoek risicovereveningsmodel 2015: berekening normbedragen*. Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.
- Zorginstituut Nederland (ZIN), 2014. Verantwoording verzekerdeneraming 2015. Zorginstituut Nederland, Diemen.
- Zorginstituut Nederland (ZIN), 2015. Verantwoording verzekerdeneraming 2016. Zorginstituut Nederland, Diemen.
- Zorginstituut Nederland (ZIN), 2016. Verantwoording verzekerdeneraming 2017. Zorginstituut Nederland, Diemen.

