



Monitor 2018

Juni 2023



Publiekssamenvatting

Zorgverzekeraars ontvangen elk jaar een bijdrage vanuit het risicovereveningssysteem om verschillen in de (verwachte) zorgkosten tussen verzekerden te compenseren. Een goed functionerend risicovereveningssysteem draagt bij aan een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars, vermindert financiële prikkels voor risicoselectie en bevordert een efficiënte uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Jaarlijks evalueert de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het risicovereveningssysteem via de "Monitor Risicoverevening". PricewaterhouseCoopers (PwC) heeft deze Monitor uitgevoerd voor het vereveningsjaar 2018. Deze evalueert:

- De verevenende werking van het risicovereveningssysteem in 2018. Dit gaat over hoe goed de vereveningsbijdrage overeenkomt met de werkelijke zorgkosten op macroniveau, zorgverzekeraarsniveau, subgroepniveau en verzekerdeniveau.
- De representativiteit van de beslisinformatie voor de werkelijke cijfers van 2018. Dit gaat over hoe goed de geraamde kosten en prevalenties overeenkomen met de werkelijke cijfers tijdens de Overall Toets en ex-ante vaststelling.

Een commissie bestaande uit vertegenwoordigers van het Ministerie van VWS, het Zorginstituut Nederland (ZIN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en individuele zorgverzekeraars heeft deze Monitor begeleid.

Situatie in 2018

Voor het risicovereveningsmodel 2018 is ingezet op het verder verbeteren van de verevenende werking van het ex ante risicovereveningsmodel. Per 1 januari 2018 zijn er

een aantal belangrijke wijzigingen geweest in de vormgeving van het risicovereveningssysteem, waaronder:

- In vergelijking met 2017 zijn er wijzigingen doorgevoerd in het risicovereveningsmodel voor somatische zorgkosten. Er zijn kenmerken uitgebreid, zoals Leeftijd/Geslacht, Meerjarige Hoge Kosten (MHK), Aard van Inkomen (AVI) en Verpleging en Verzorging (VGG), terwijl andere kenmerken, zoals Geriatrische Revalidatiezorg (GGG) en Generieke Somatische Morbiditeit (GSM), zijn verwijderd. Bovendien is het kenmerk Diagnosekostengroep (DKG) geactualiseerd en opgesplitst in primaire (pDKG) en secundaire (sDKG) DKG's.
- Vanaf 2018 is het risicovereveningsmodel voor GGZ-kosten samengevoegd voor de geneeskundige GGZ-kosten en de langdurige GGZ-kosten. Het vernieuwde vereveningskenmerk DKG-GGZ bevat nu het kenmerk intramurale GGZ (iGGZ t-1) en het criterium Zorgvraagwaarde-indicator (ZVZ) is verwijderd. Het kenmerk AVI is uitgebreid.
- Het risicovereveningsmodel voor het verplichte eigen risico is aangepast door de toevoeging van een nieuw criterium dat onderscheid maakt tussen verzekerden die wel of geen somatische kosten hebben gehad onder het 70ste percentiel in de voorgaande drie jaar. Het vereveningskenmerk AVI is op identieke wijze als in het somatische model aangepast.
- Partiële klassieke criteriumneutraliteit voor zes risicoklassen van FKG. Klasse criteriumneutraliteit voor alle risicoklassen binnen vereveningskenmerken pDKG en sDKG en voor risicoklasse HKG 4 (vernevelaar met toebehoren) binnen vereveningskenmerk HKG. Klassieke criteriumneutraliteit voor alle risicoklassen binnen het vereveningskenmerk DKG-GGZ.

De verevenende werking van het risicovereveningssysteem

De Monitor analyseert in welke mate de vereveningsbijdragen aansluiten op de gerealiseerde kosten.

Macrovereveningsresultaat

Net als vorig jaar zijn de gerealiseerde zorgkosten onder de Zvw lager uitgevallen dan verwacht in het Macro Prestatie Bedrag (MPB). Hierdoor is de totale vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars hoger dan de totale gerealiseerde zorgkosten, wat heeft geleid tot een positief macrovereveningsresultaat van € 1.414,7 miljoen. Dit resultaat is hoger dan de € 984,9 miljoen van vorig jaar. Een mogelijke verklaring voor deze stijging is het effect van zorginkoop en andere maatregelen om de zorgkosten te beheersen, en de effecten van (vertraagde) aanpassingen in het MPB. In vergelijking met voorgaande jaren (2016 en 2017) is het macrovereveningsresultaat verder gestegen.

Via flankerend beleid krijgen alle zorgverzekeraars een evenredig deel van het macrovereveningsresultaat toebedeeld op basis van het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder. In 2018 is het absolute effect van het flankerend beleid voor de somatische kosten toegenomen in vergelijking met 2017. Deze toename is gerelateerd aan het grotere macrovereveningsresultaat. De werking en het effect van flankerend beleid wordt beschreven in bijlage A.

Drie ex ante modellen

In 2018 wordt de vereveningsbijdrage verdeeld aan de hand van twee ex ante risicovereveningsmodellen (een model voor de somatische kosten en GGZ-kosten, hierna genoemd als het somatische model en GGZ-model). Een derde model, het ex ante risicovereveningsmodel voor het verplicht eigen risico, zorgt voor een correctie op de vereveningsbijdrage in verband met de verwachte opbrengsten uit het verplichte eigen risico. De verevenende werking van de modellen is beoordeeld op zorgverzekeraars- en subgroepniveau.

Somatische kosten

- Het risicovereveningssysteem is verbeterd ten opzichte van eerdere jaren. Het risicovereveningssysteem 2018 reduceert de spreiding tussen zorgverzekeraars (de gewogen standaarddeviatie in het vereveningsresultaat) meer dan de afgelopen jaren: 88% in 2018 ten opzichte van 83%, 81%, en 84% in de drie jaar daarvoor. Een analyse van de ontwikkeling in de verwachte zorgvraag in de verschillende portefeuilles en de ontwikkeling van het vereveningsresultaat tussen 2017 en 2018 toont aan dat de modelwijzigingen in 2018 (mede) de oorzaak zijn voor de spreidingsreductie.
- De gemiddelde onder- en overcompensatie zijn over het algemeen afgenomen ten opzichte van 2017. Echter worden de subgroepen met hoge kosten (top

1%, 3%, en 15% hoge somatische zorgkosten in het voorgaande jaar) nog steeds bijna allemaal gemiddeld ondergecompenseerd en subgroepen met geen tot relatief weinig kosten gemiddeld overgecompenseerd. Zie Hoofdstuk 5.1 voor details per subgroep.

- Deze bevindingen zijn grotendeels in lijn met voorgaande jaren (2012 t/m 2017). In deze jaren was er ook sterke ondercompensatie bij verzekerden met hoge kosten. Ondanks de verbeteringen bestaan er nog wel voorspelbare verliezen voor verzekerden die te maken hebben met meerdere aandoeningen en/of ernstige gezondheidsproblemen.
- De over- en ondercompensaties binnen MHK bij de definitieve vaststelling zijn afhankelijk van leeftijd en geslacht. Voor de verschillende risicoklassen binnen dit vereveningskenmerk zijn tegenovergestelde uitkomsten zichtbaar voor mannen en vrouwen met betrekking tot onder- en overcompensaties. Zo is een ondercompensatie zichtbaar over jonge gezonde mannen (MHK(0)), terwijl jonge gezonde vrouwen worden overgecompenseerd. Voor MHK(1) is het tegenovergestelde zichtbaar. Naar verwachting is hier een effect zichtbaar van zwangerschapskosten. De introductie van het vereveningskenmerk Indicator Bevallings/ Zwangerschap (IBZ) in het somatische risicovereveningsmodel 2023 heeft naar verwachting positieve impact op deze onder- en overcompensaties vanaf modeljaar 2023. Echter deze tegenovergestelde beelden met betrekking tot verschillen in onder- en overcompensatie is ook zichtbaar bij hogere MHK risicoklassen. In de hogere MHK risicoklassen zal de impact van zwangerschapskosten naar verwachting minder dominant zijn. Het wordt geadviseerd onderzoek te doen naar de mogelijkheden dit kenmerk specifieker in het model mee te nemen (zie Advies).

GGZ-kosten (gGGZ en IGGZ zorgkosten)

- Het risicovereveningssysteem reduceert de spreiding in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars fors meer dan vorig jaar. Dit zorgt voor een gelijk spelveld. Het niveau van de spreiding is daarmee meer teruggebracht naar het niveau van vóór 2017 toen er nog ex post risicoverevening van toepassing was. Een mogelijke verklaring zijn de modelverbeteringen, maar de oorzaak is niet uit de data te herleiden.
- De verzekerden met (zeer) hoge GGZ-kosten worden gemiddeld sterk ondergecompenseerd. Desalniettemin is de ondercompensatie substantieel afgenomen ten opzichte van vorig jaar. Verzekerden met weinig GGZ-kosten in het voorgaande jaar (de laagste 25%) worden overgecompenseerd terwijl verzekerden zonder GGZ-kosten wel gepast worden gecompenseerd. Zie Hoofdstuk 5.2 voor details per subgroep.

Samenvattend hebben de modelverbeteringen bijgedragen aan een verbetering van de gemiddelde onder- of overcompensatie voor bepaalde subgroepen. Desondanks blijven er voorspelbare verliezen bestaan onder de ex-ante modellen voor verzekerden met ernstige (psychische) gezondheidsproblematiek. Aangezien er in 2018 geen ex post risicoverevening van kracht is, zullen zorgverzekeraars achteraf niet gecompenseerd worden voor eventuele (resterende) kostenverschillen tussen verzekerden. Dit benadrukt de noodzaak om onderzoek te doen naar de verdere verbetering van de risicovereveningsmodellen (zie Advies).

Representativiteit en beslisinformatie

De Monitor beoordeelt de mate waarin de informatie die gebruikt wordt tijdens de Overall Toets (dit is het moment van besluitvorming over de vormgeving van het risicovereveningssysteem) en de ex ante vaststelling (dit is het moment van vaststelling van de normbedragen) aansluit op de gerealiseerde cijfers. Bij zowel de Overall Toets als de ex ante vaststelling wordt informatie gebruikt van drie of meer voorgaande jaren, die representatief is gemaakt voor het vereveningsjaar. Het is onvermijdelijk dat er verschillen optreden tussen deze schattingen en de werkelijke cijfers, omdat er onverwachte ontwikkelingen in kosten en prevalenties kunnen optreden en het (zorginkoop) beleid van zorgverzekeraars invloed heeft op de kosten.

We stellen vast dat de verschillen in kosten en prevalenties tussen de Overall Toets en de ex ante vaststelling, in vergelijking met de werkelijke cijfers, (deels) kunnen worden toegeschreven aan ontwikkelingen die specifiek zijn voor het betreffende jaar, als gevolg van (beleids-)wijzigingen. Zo zijn er relatief grotere afwijkingen zichtbaar bij gewijzigde vereveningskenmerken. Opvallend is bijvoorbeeld de stijging in de gemiddelde afwijking in de kosten voor de kenmerken PPA en SES. Bij SES is er ook een sterke toename in de gemiddelde afwijking van de prevalentie. In 2018 is de definitie van PPA gewijzigd en hierdoor is ook de indeling van verzekerden in SES veranderd. Daarnaast zijn er bij sommige vereveningskenmerken aanzienlijke afwijkingen in de

kosten bij de OT en ex ante vaststellingen in vergelijking met de werkelijke kosten. Mogelijk wordt de schaling naar het MPB om de kosten van de ex ante vaststelling representatief te maken te grof uitgevoerd. Daarom kan het nodig zijn om dit op een verfijnder niveau van kostenprestaties uit te voeren, zoals beschreven in ons Advies.

Op basis van de beschikbare gegevens voor deze Monitor kunnen we niet vaststellen welke kosten en prevalenties achteraf gezien beter hadden kunnen worden ingeschat en hoe het proces voor het representatief maken van de gegevens verbeterd kan worden. Om dit vast te stellen zijn aanvullende analyses en meer gedetailleerde gegevens nodig (zie Advies).

Doorkijk naar model 2023

De Monitor analyseert de situatie voor het risicovereveningssysteem in 2018. Sinds 2018 zijn naar aanleiding van verschillende WOR onderzoeken verbeteringen doorgevoerd om het model nog verder te verbeteren. Dit heeft impact gehad op de bevindingen zoals gepresenteerd in deze Monitor 2018. Er zijn in deze Monitor 2018 geen analyses uitgevoerd om de impact van deze wijzingen te toetsen. Dit is niet in scope van deze Monitor 2018.

Zo komt in deze Monitor een groep verzekerden naar voren met zeer hoge GGZ kosten die sterk is ondergecompenseerd. Het is aannemelijk dat de toevoeging van HKC in 2020 voor verzekerden met extreem hoge GGZ kosten de verevening voor deze groep zal verbeteren.

Deze Monitor beschrijft de sterke ondercompensatie voor vrouwen in de subgroep MHK 1 in de leeftijd 30-45 jaar. Het is mogelijk dat deze ondercompensatie is opgelost door de introductie van het kenmerk Indicator Bevallings/Zwangerschap (IBZ) in 2023.

Zo zijn er meer kenmerken die sinds Model 2018 zijn geïntroduceerd waardoor werking van het risicovereveningsmodel sinds 2018 mogelijk verder is verbeterd.

Conclusies en Advies

Aanleiding en Doel

In opdracht van het Ministerie van VWS voert PwC de Monitor Risicoverevening van 2018 uit. Het doel van deze Monitor is:

Evaluëren van de verevenende werking van het risicovereveningssysteem

- Het doel is inzicht geven in de mate waarin de vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars aansluit op de gerealiseerde kosten. Hiertoe is het vereveningsresultaat (dit is het verschil tussen de vereveningsbijdrage en de gerealiseerde kosten) op macro-, zorgverzekeraars-, subgroep- en verzekerdeniveau geanalyseerd.

Evaluëren van de representativiteit van de beslisinformatie

- Het doel is inzicht geven in welke mate de informatie die is gebruikt bij besluitvorming over de vormgeving van de ex ante risicovereveningsmodellen (dit is de Overall Toets) en bij bepaling van de normbedragen

(dit is de 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.

De Monitor geeft enerzijds inzicht in welke mate het risicovereveningssysteem bijdraagt aan een gelijk speelveld onder zorgverzekeraars en het wegnemen van prikkels tot risicoselectie en anderzijds inzicht in welke mate de beslisinformatie representatief is. Voor beide doelen worden de resultaten van 2018 geanalyseerd en vergeleken met die van voorgaande jaren (edities 2012 t/m 2017). Verklaringen worden aangedragen voor de belangrijkste verschuivingen ten opzichte van voorgaande jaren op basis van de beschikbaar gestelde gegevens. Op deze wijze wordt duidelijk in welke mate modelverbeteringen hebben bijgedragen aan verbetering van de werking van het risicovereveningssysteem en/ of de representativiteit van de beslisinformatie.

Conclusies

Over het algemeen is de verevenende werking van het risicovereveningssysteem 2018 verbeterd ten opzichte van 2017. Dit is op te maken uit twee bevindingen:

- Het somatische en het GGZ-model zorgen voor een grotere reductie in de spreiding van de vereveningsresultaten tussen zorgverzekeraars ten opzichte van vorig jaar, gegeven de portefeuillesamenstelling in het betreffende jaar.
- De onder- en overcompensaties voor een aantal specifieke subgroepen zijn gereduceerd, ten opzichte van voorgaande jaren.

Werking van het risicovereveningssysteem 2018

De ex ante modellen zijn effectief in het verminderen van onder- en overcompensaties voor bepaalde subgroepen. Echter er blijven nog wel voorspelbare onder- en overcompensaties bestaan voor specifieke subgroepen. Subgroepen met hoge kosten in het voorgaande jaar en/of meerdere chronische aandoeningen en subgroepen met ernstige psychische gezondheidsproblemen worden over het algemeen ondergecompenseerd. Subgroepen met lage kosten en/of zonder aandoeningen worden daarentegen vaak overgecompenseerd. Dit patroon is vergelijkbaar met voorgaande jaren.

Representativiteit van de beslisinformatie bij de OT en ex ante vaststelling

De verschillen tussen de beslisinformatie bij de OT en ex ante vaststelling en de werkelijke cijfers worden veroorzaakt door veranderingen in kosten en/of prevalenties tussen de jaren waarin de OT en ex ante normbedragen zijn geschat en het jaar van realisatie, evenals door de onderschrijding van de totale kosten ten opzichte van het MPB. Van alle vereveningskenmerken vertonen pDKG, FKG, MHK, SES, PPA, DKG-GGZ en MHK-GGZ de grootste afwijkingen in kosten en/of prevalenties tussen de OT en ex ante vaststelling en de werkelijke cijfers. Dit is ook in voorgaande jaren opgemerkt. Hoewel sommige verschuivingen verklaard kunnen worden door wijzigingen in vereveningskenmerken of risicoklassen, brengen deze veranderingen ook meer onzekerheid met zich mee, wat mogelijk kan resulteren in grotere afwijkingen achteraf. Hoewel het toepassen van criteriumneutraliteit een positief effect kan hebben, leidt dit niet altijd tot een betere aansluiting op de werkelijke cijfers. Met de beschikbare informatie is het niet mogelijk om van tevoren vast te stellen welke verschuivingen te verwachten zijn.

Hieronder staan de belangrijkste conclusies. Verdiepende analyses en bevindingen daarop zijn terug te vinden in de hoofdstukken.

1. De macrokosten zijn lager uitgevallen dan de macrobijdrage, wat resulteert in een macrovereveningsresultaat van in totaal € + 1.210,7 miljoen, inclusief het vereveningsresultaat op de opbrengsten voor het verplichte eigen risico (€ - 204 miljoen). Het macrovereveningsresultaat in 2018 is hoger uitgevallen ten opzichte van 2017 (in totaal € 814,9 miljoen) en 2016 (€ 474 miljoen), maar lager ten opzichte van 2015 (€ 2.036 miljoen), 2014 (€ 3.081 miljoen) en 2013 (€ 2.588 miljoen).

Macrovereveningsresultaat	2017	2018
Totaal	€ 815 miljoen	€ 1.210 miljoen

2. De ex ante modellen (voor somatische kosten en GGZ-kosten) zorgen voor een significante reductie van de verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars, gegeven de portefeuillesamenstellingen in 2018, ten opzichte van een situatie zonder risicovereveningssysteem. Dit draagt bij aan een gelijkere uitgangspositie tussen zorgverzekeraars op basis van de portefeuillesamenstellingen. Daarnaast verkleint het model de absolute verschillen in vereveningsresultaat tussen de portefeuilles van zorgverzekeraars.

Spreidingsreductie	2017	2018
Somatische kosten (DV na FB)	84%	88%
GGZ kosten (DV na FB)	59%	70%

Voetnoot:

- DV staat voor definitieve vaststelling en FB staat voor flankerend beleid
- Spreiding is de gewogen standaarddeviatie in het vereveningsresultaat

3. Voor de meerderheid van de onderzochte subgroepen zijn de onder- en overcompensaties afgenomen als gevolg van de doorgevoerde modelwijzigingen. Echter, de ex ante modellen geven net als de afgelopen 3 jaar substantiële onder- en overcompensaties voor een aantal onderzochte subgroepen. Bij somatisch geldt een gemiddelde ondercompensatie voor subgroepen met hoge kosten in het voorgaande jaar – top 1%, 3% en 15% en een overcompensatie voor verzekerden met relatief weinig kosten in het vorige jaar. In het GGZ-model worden verzekerden zonder GGZ-kosten gepast gecompenseerd terwijl verzekerden met hoge kosten in het voorgaande jaar fors worden

ondergecompenseerd. De subgroep met gemiddeld de laagste 25% kosten wordt overgecompenseerd. Daarnaast, is er bij het kenmerk MHK een sterk verband tussen over- en ondercompensatie bij de definitieve vaststelling en leeftijd en geslacht van verzekerden.

Gemiddelde vereveningsresultaat van het Somatische-model voor subgroepen met hoge kosten in het voorgaande jaar, in € per verzekerde (zie Figuur 5-1 voor meer details)

	2017	2018
Hoogste 1% kosten	-6.084	-5.476
Hoogste 3% kosten	-837	-260
Hoogste 5% kosten	-290	62
Hoogste 15% kosten	-242	-174

Gemiddelde vereveningsresultaat van het GGZ-model voor subgroepen met hoge kosten het voorgaande jaar, in € per verzekerde 18+ (zie Figuur 5-2 voor meer details)

	2017	2018
Hoogste 1% kosten	-6.276	-5.638
Hoogste 3% kosten	-1.657	-454
Hoogste 5% kosten	-934	-543
Hoogste 15% kosten	63	16

4. In 2018, bij de somatische kosten sluiten de gemiddelde kosten per enkelvoudige risicoklasse bij de ex ante vaststelling in het algemeen beter aan op gerealiseerde cijfers dan bij de OT vaststelling. Dit is zoals verwacht. Bij de GGZ-kosten sluiten juist de gemiddelde kosten bij de OT beter aan op de gerealiseerde cijfers dan bij de ex ante vaststelling, alhoewel het verschil maar klein is.

GGAV in kosten per verzekerde tussen de OT en definitieve vaststelling en tussen de ex ante vaststelling en definitieve vaststelling (zie Tabellen 7-2 en 7-6 voor meer details)

	OT	Ex Ante
Somatisch	79,2	70,2
GGZ	15,6	16,4

Voetnoot:

- Gewogen gemiddelde absolute verschillen (GGAV) in de kosten

5. Bij de morbiditeitskenmerken (o.a. pDKG, FKG, MHK, DKG-GGZ en MHK-GGZ) en de sociaal demografische kenmerken PPA en SES vinden relatief grote verschuivingen plaats in zowel de kosten als prevalenties. Deze vereveningskenmerken vallen op over meerdere jaren. Mogelijke verklaringen voor de verschuivingen die elk jaar optreden kunnen de effecten van zorginkoop en/of tariefsaanpassingen zijn. Gewijzigde vereveningskenmerken en modelwijzigingen kunnen ook voor onzekerheid in het model zorgen en leiden tot over- of ondercompensatie. In 2018 is de definitie van PPA gewijzigd en hierdoor is ook de indeling van de verzekerden in SES veranderd. Dit kan de oorzaak zijn van de grote verschuivingen bij deze kenmerken ten opzichte van model 2017. De totale verschuiving in kosten is toegenomen ten opzichte van vorig jaar, zowel voor het somatische model als het GGZ-model. Voor het somatische model zijn ook de prevalenties toegenomen, terwijl deze voor het GGZ-model gelijk zijn gebleven bij de OT en iets zijn afgenomen bij de ex ante vaststelling. Dit komt mogelijk door de doorgevoerde modelwijzigingen, waardoor er meer onzekerheid was bij de raming en de berekening van de normbedragen.

GGAV in kosten en prevalenties per verzekerde tussen de OT en definitieve vaststelling en tussen de ex ante vaststelling en definitieve vaststelling voor het somatische model (zie Tabellen 7-2 en 7-3 voor meer details)

	OT	Ex ante
GGAV in Kosten		
pDKG	79,5	39,3
FKG	76,6	54,0
PPA	274,0	296,3
SES	201,4	234,6
GGAV in Prevalenties		
pDKG	20,2	7,6
FKG	17,4	3,5
PPA	30,5	6,2
SES	116,7	123,8

Voetnoot:

- Kenmerk pDKG is nieuw in 2018
- Gewogen gemiddelde absolute verschillen (GGAV) in de kosten en de gesommeerde absolute verschillen (GAV) in de prevalenties per vereveningskenmerk

GGAV in kosten en prevalenties per verzekerde tussen de OT en definitieve vaststelling en tussen de ex ante vaststelling en definitieve vaststelling voor het GGZ model (zie Tabellen 7-6 en 7-7 voor meer details)

	OT	Ex ante
GGAV in Kosten		
DKG-GGZ	18,4	17,4
MHK-GGZ	17,4	18,8
GGAV in Prevalenties		
DKG-GGZ	6,4	1,1
MHK-GGZ	20,2	18,6

Voetnoot:

- Gewogen gemiddelde absolute verschillen (GGAV) in de kosten en de gesommeerde absolute verschillen (GAV) in de prevalenties per vereveningskenmerk

Advies

1. **Verdiepend onderzoek naar de stappen van het representatief maken van de beslisinformatie bij de Overall Toets en de ex ante vaststelling (berekening van de normbedragen), inclusief de verzekerdensraming, en ophoging naar het MPB.** Wij adviseren om nader te onderzoeken of en in welke mate de normbedragen passender zijn als de ophoging naar het MPB verfijnder wordt uitgevoerd. Sterk stijgende zorgkosten en inflatie sinds 2022 vergroten het belang hiervan voor de komende vereveningsjaren. Verschillen tussen de OT en de werkelijke cijfers en tussen de ex ante vaststelling en de werkelijke cijfers zullen er altijd blijven, vanwege zorginkoop-effecten en onvoorziene ontwikkelingen. Het flankerend beleid zal mogelijk ook aangepast moeten worden wanneer de ophoging naar MPB verfijnd wordt. Onderzoek naar hoe dit moet gebeuren valt buiten de scope van de Monitor.

De verzekerdensraming is belangrijk als input voor de berekening van de normbedragen en vervolgens voor het bepalen van de ex ante vereveningsbijdrage aan verzekeraars. Zeker nieuwe en gewijzigde vereveningskenmerken hebben achteraf relatief grote afwijkingen in de kosten en prevalenties. Dit is bijvoorbeeld het geval voor PPA en SES in het 2018 model. Wij adviseren om bij nieuwe of gewijzigde kenmerken grondig onderzoek uit te voeren naar de verwachte effecten in de verevenende werking en effecten op de kosten en prevalenties. Daar waar de effecten niet goed in te schatten zijn, kunnen wel de onzekerheden worden geïdentificeerd en deels gekwantificeerd. Dit om ervoor te zorgen dat de beslisinformatie zo representatief mogelijk is. Binnen ZIN loopt op dit moment een onderzoek of een alternatieve methodiek de verzekerdensraming minder complex en tegelijkertijd meer nauwkeurig kan maken.

2. **Onderzoek de verevenende werking van de ex ante modellen voor bepaalde patiëntgroepen en identificeer hun kenmerken.** De Monitor 2018 toont aan dat de verevenende werking voor verzekerde met extreem hoge kosten nog onvoldoende is. Veelal zullen dit verzekerden zijn met ernstiger chronische aandoeningen. Dit werd over de afgelopen zes jaar ook geconstateerd. De modellen zijn onvoldoende in staat om onder andere de multi-morbiditeit en ernstige gezondheidsproblematiek van deze verzekerden gepast te compenseren. Dit resulteert in jaarlijkse ondercompensaties voor verzekerden met hoge kosten (somatisch en/of GGZ) en voor verzekerden onder de 18 jaar met een chronische somatische aandoening. De Monitor 2018 laat wel zien dat de

ondercompensatie voor deze groepen in de laatste jaren is afgenomen.

Wij adviseren blijvend aandacht te houden voor specifiek de chronische patiëntgroepen en te onderzoeken hoe de ex ante modellen voor deze groepen verder kunnen worden verbeterd, of dat er alternatieve maatregelen nodig zijn.

Wij adviseren daarom nader onderzoek te doen naar de verevenende werking van de ex ante modellen, waarbij we aandacht vragen voor de patronen in de zorgkosten van patiëntgroepen en empirisch onderzoek naar hun kenmerken. Op basis van dit onderzoek kunnen de ex ante modellen worden verbeterd. Wij adviseren om gebruik te maken van geavanceerde data-analyse technieken om tot nieuwe inzichten te komen. Wij denken hierbij aan een combinatie van machine learning technieken en Ordinary Least Squares (OLS). Machine learning technieken zoals clustering kunnen bijvoorbeeld gebruikt worden om homogene groepen te identificeren. Deze homogene groepen dragen mogelijk bij aan een meer nauwkeurige schatting van de kosten. Daarnaast adviseren wij om te onderzoeken of voor een kleine groep verzekerden met zeer hoge voorspelbare zorgkosten specifieke compensatie passender is. Wij denken hierbij bijvoorbeeld aan enige vorm van ex post verevening¹. Hierbij moet er rekening gehouden worden met de afweging tussen financiële prikkels tot risicoselectie/gelijk speelveld en prikkels tot doelmatigheid.

Daarnaast is uit de analyses te zien dat leeftijd en geslacht belangrijk zijn voor het bepalen van het vereveningsresultaat voor een verzekerde in relatie met de hoogte van de kosten. Dit is specifiek te zien voor kenmerk MHK (zie 5.1.4). Een gedeelte van de variatie binnen de verschillende subgroepen heeft met zwangerschappen te maken, maar lang niet alles (gezien de zorgkosten en leeftijd/ geslacht). Wij adviseren te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om dit, of andere kenmerken specifiek in het model op te nemen, zodat het model beter rekening kan houden met de specifieke gezondheidsrisico's die gerelateerd zijn aan bepaalde leeftijdsgroepen of geslacht.

Wij adviseren ook om te onderzoeken of het model vereenvoudigd kan worden. Het model is door de jaren heen complexer geworden doordat er nieuwe kenmerken, risicoklassen, interacties, en/of ex post maatregelen zijn toegevoegd en uitgebreid, zonder

¹ N.B. In het vereveningsmodel 2020 is een beperkte mate van ex post verevening geïntroduceerd in de vorm van een Hoge Kosten Compensatie (HKC) in het GGZ-model.

het probleem van de structurele onder- en overcompensatie van bepaalde subgroepen voldoende op te lossen. Dit heeft zijn weerslag op de representativiteit van de beslisformatie (verzekerdenramingen en verwachte kosten) en daarmee op de werking van het

risicovereveningssysteem. Met nieuwe data-analyse technieken is het mogelijk om verdiepende onderzoeken te doen naar de werking van de risicoverevening, maar ook om alternatieve methodieken te verkennen. Wij denken ook hierbij een combinatie van machine learning technieken en OLS.

Inhoudsopgave

Inleiding	1
1.1. Achtergrond	2
1.2. Monitor Risicoverevening 2018	3
1.3. Leeswijzer	4
2. Risicovereveningssysteem 2018	6
2.1. Macro Prestatiebedrag (MPB)	6
2.2. De risicovereveningsmodellen	7
2.3. Flankerend beleid en nacalculatie op vaste kosten	9
3. Macro-analyse	11
3.1. Macrobijdrage, -kosten en -vereveningsresultaat.....	11
3.2. Somatische kosten.....	13
3.3. GGZ-kosten	14
3.4. Opbrengsten verplicht eigen risico	16
3.5. Samenvatting Macroniveau	16
4. Zorgverzekeraarsanalyse	19
4.1. Somatische kosten.....	20
4.2. GGZ kosten.....	27
4.3. Eigen risico	32
5. Subgroepenanalyse	36
5.1. Somatische kosten.....	38
5.2. GGZ-kosten	45
Verzekerdenanalyse.....	50
6. Verzekerdenanalyse	51
6.1. Somatisch verzekerdenanalyse	51
6.2. GGZ verzekerdenanalyse	53
Representativiteit op enkelvoudige risicoklassen en subgroepen	54
7. Representativiteit op enkelvoudige risicoklassen en subgroepen	55
7.1. Somatische kosten.....	57
7.2. GGZ-kosten	67
8. Representativiteit op individuniveau: herschatting ex ante modellen op gerealiseerde cijfers	76

8.1.	Somatische kosten.....	77
8.2.	GGZ kosten.....	79
	Bijlagen.....	80
A.	Flankerend beleid (type 1) en de impact	81
A.1.	Flankerend beleid	81
A.2.	Verdere toelichting vereveningsresultaat	81
A.3.	Impact van flankerend beleid op macroniveau	81
A.4.	Impact van flankerende beleid op verzekeraarsniveau	82
A.5.	Impact van flankerende beleid op subgroepniveau	84
B.	Overzicht Risicovereveningssysteem	85
C.	Methode en verantwoording	86
C.1.	Bronbestanden.....	86
C.2.	Deel I: Uitgangspunten en bewerkingen.....	89
C.3.	Deel II: Uitgangspunten en bewerkingen.....	92
D.	Uitvoering risicovereveningssysteem	94
D.1.	Uitvoering risicovereveningssysteem	94
D.2.	Vaste kosten: onderliggende zorgtypen en bedragen	94
D.3.	Wijzigingen risicovereveningssysteem 2013 – 2018	95
D.4.	Risicovereveningsmodellen	99
E.	Drempelbedragen voor subgroepenanalyse	100
E.1.	Somatische kosten: drempelbedragen percentielklassen	100
E.2.	GGZ-kosten: drempelbedragen percentielklassen	100
F.	Uitgebreidere informatie subgroepenanalyse.....	101
F.1.	Somatische model	101
F.2.	GGZ model	104
G.	Herschating van normbedragen voor 2018	106
G.1.	Herschating van de somatische kosten	106
G.2.	Herschating van de GGZ-kosten	107
H.	Reproductie ex ante vaststelling: herweging verzekerdensraming en schaling MPB	109
H.1.	Ex ante model voor somatische kosten.....	109
H.2.	Ex ante model voor GGZ-kosten	109

I.	Gemiddelde vereveningsresultaat per risicoklasse van de ex ante modellen bij de definitieve vaststelling	110
I.1.	Somatische model	110
I.2.	GGZ model	115
J.	Afkortingenlijst.....	118
K.	Begrippenlijst	120
L.	Referenties.....	124

Inleiding

1. Inleiding

1.1. Achtergrond

1.1.1. Belang van de het risicovereveningssysteem

De Zvw – met daarin de acceptatieplicht en het verbod op **premiedifferentiatie**²* – borgt dat iedere burger in Nederland, ongeacht leeftijd, geslacht en gezondheidsrisico, toegang heeft tot medisch noodzakelijke zorg vanuit de basisverzekering. Verschillen in de verwachte zorgkosten tussen verzekerden mogen niet tot uitdrukking komen in de hoogte van de premie voor de basisverzekering.

Het **risicovereveningssysteem*** compenseert zorgverzekeraars voor verschillen in de (verwachte) zorgkosten tussen verzekerden. Een zorgverzekeraar met een hoog-risico verzekerdenportefeuille – bijvoorbeeld een verzekerdenportefeuille met een bovengemiddeld percentage ouderen en/of chronisch zieken – ontvangt een hogere risicovereveningsbijdrage (afgekort: bijdrage) dan een zorgverzekeraar met een laag-risico verzekerdenportefeuille – bijvoorbeeld een verzekerdenportefeuille met een bovengemiddeld percentage gezonde verzekerden.

Zonder een risicovereveningssysteem, gegeven een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie, is er een ongelijk speelveld 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 gemiddeld-risico verzekerdenportefeuille. Dit maakt **risicoselectie*** lonend. Het risicovereveningssysteem beoogt een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars te creëren en financiële prikkels tot risicoselectie weg te nemen.

1.1.2. Uitvoering van het risicovereveningssysteem

Zorgverzekeraars ontvangen voor elk vereveningsjaar³ een ex ante bijdrage* gevolgd door een ex post bijdrage*. Op hoofdlijnen bestaat het uitvoeringsproces uit de volgende onderdelen:

- **Vormgeving ex ante risicovereveningsmodellen:** In de zomer voorafgaand aan het vereveningsjaar wordt een besluit genomen over de vormgeving van de ex ante **risicovereveningsmodellen***, die voor het betreffende vereveningsjaar gelden. Dit besluit wordt genomen op basis van de Overall Toets* (OT).
- **Ex ante vaststelling:** In het najaar voorafgaand aan het vereveningsjaar worden de **normbedragen*** vastgesteld door VWS en de ex ante bijdrage per zorgverzekeraar toegekend door het Zorginstituut Nederland (ZIN): de **ex ante vaststelling***.
- **Definitieve 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 uiterlijk ten tijde van de definitieve vaststelling uitgevoerd. Het risicovereveningssysteem in 2018 kent twee type maatregelen die ex post worden uitgevoerd, criteriumneutraliteit* en flankerende beleid*. Tot 2017 kende het risicovereveningssysteem ook "ex post verevening"*. Figuur 1-1 geeft een weergave van de vaststellingsmomenten in de uitvoering van het risicovereveningssysteem (zie Bijlage B voor een uitgebreider overzicht).

² Voor begrippen met een * is een uitleg in de begrippenlijst opgenomen in Bijlage K.

³ Een vereveningsjaar gaat uit van alle zorg die in een kalenderjaar is gestart. Een medische behandeling kan doorlopen in het volgende kalenderjaar terwijl de kosten worden toegerekend aan het jaar waarin de behandeling is gestart (bijvoorbeeld een behandeling in het ziekenhuis die

over de jaargrens heen gaat). Hierop zijn enkele uitzonderingen zoals overloopschade (zorg die na t+2 wordt gedeclareerd) en zorg gebruikt in het buitenland die via "Het CAK" wordt verrekend.

1.2. Monitor Risicoverevening 2018

Een goede werking van het risicovereveningssysteem is belangrijk voor het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) laat daarom een jaarlijkse evaluatie van de werking van het risicovereveningssysteem uitvoeren, op basis van de gerealiseerde cijfers. Deze evaluatie wordt de “Monitor Risicoverevening” genoemd.

In opdracht van het Ministerie van VWS voert PricewaterhouseCoopers (PwC) de Monitor voor vereveningsjaar 2018 uit. Onderhavig rapport is het resultaat van deze evaluatie. De uitvoering van deze Monitor is begeleid door een commissie van tegenwoordigers van het Ministerie van VWS, Zorginstituut Nederland (ZIN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en individuele zorgverzekeraars.

1.2.1. Doel Monitor

Het doel van deze Monitor is tweeledig:

1. **Evaluëren van de werking van het risicovereveningssysteem: deze Monitor toetst in welke mate het risicovereveningssysteem 2018 zorgverzekeraars compenseert voor de (verwachte) verschillen in de zorgkosten tussen verzekerden.** Wij toetsen dit op vier niveaus: macro, zorgverzekeraars, subgroepen en verzekerden. De analyses worden uitgevoerd op de gerealiseerde kosten en verzekerdenaantallen. De analyses geven inzicht in de aansluiting van de definitieve bijdragen op de gerealiseerde kosten.

2. **Evaluëren van de representativiteit van de beslisinformatie bij de OT 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 bijdragen. Tijdens de OT wordt informatie van drie en 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 van de volgende momenten met elkaar:

- OT in de zomer 2017;
- Ex ante vaststelling in het najaar 2017;
- Definitieve vaststelling in 2022.

1.2.2. Reikwijdte

Wij gaan bij de evaluatie van de werking van het risicovereveningssysteem uit van de situatie bij de definitieve vaststelling. Bij de evaluatie van de representativiteit van de beslisinformatie vergelijken wij de informatie van de OT, de ex ante vaststelling en definitieve vaststelling met elkaar.

Het analyseren van de tussentijdse momenten (lenteherberekening, 1e voorlopige vaststelling en 2e voorlopige vaststelling (zie Figuur 1-1) maakt geen onderdeel uit van deze Monitor. Wij gaan niet in op de tussentijdse uitkomsten van het uitvoeringsproces van deze tussentijdse momenten.

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



Deze Monitor richt zich op de variabele kosten van alle verzekerden in de Zvw-bevolking en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) kosten inclusief de langdurige geestelijke gezondheidszorg (IGGZ) van verzekerden van 18 jaar en ouder (18+).

De korting op de vereveningsbijdrage voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico is ook onderdeel van deze Monitor. De vaste (somatische) zorgkosten vallen buiten de reikwijdte van deze Monitor (zie Bijlage C). Deze Monitor betreft het vereveningsjaar 2018. Cijfers van 2013 tot en met 2017 zijn overgenomen uit vorige edities van de Monitor.

Onderhavige Monitor trekt conclusies over de werking van het risicovereveningssysteem 2018 op verschillende analyseniveaus en de representativiteit van de beslisinformatie. Op basis van de uitgevoerde analyses worden in principe alleen conclusies getrokken over subgroepen die onderzocht zijn. Deze Monitor doet dan ook geen uitspraak over, of, en in welke mate de beleidsdoelen van het risicovereveningssysteem zijn bereikt.

Daarnaast doen wij geen uitspraken over, of, en in welke mate het risicovereveningssysteem dient te worden verbeterd. Dergelijke conclusies vallen buiten de doelstelling en reikwijdte van de Monitor. Als opvallende resultaten worden geconstateerd geven we (indien mogelijk) een verklaring met 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 2024).

1.2.3. Wijzigingen ten opzichte van de vorige editie

Op basis van de ervaringen vanuit de voorgaande editie van de Monitor (2017) zijn wijzigingen doorgevoerd in de Monitor 2018. Het betreft onder ander:

- Aanpassing van de lay-out met als doel de leesbaarheid van het rapport te vergroten;
- Bij de analyse op zorgverzekeraarsniveau is de analyse op de reikwijdte vervallen. De reikwijdte gaf de afstand aan tussen de zorgverzekeraar met het laagste en hoogste vereveningsresultaat. De meerwaarde van deze analyse was beperkt;

- De verdiepende analyses op de subgroepen “samenhang aandoening en leeftijdsgroepen” zijn naar de bijlagen verplaatst, als deze geen nieuwe inzichten gaven ten opzichte van de uitkomsten in de Monitor 2017;
- De Monitor 2018 is uitgebreid met een analyse op de ontwikkeling in de portefeuilles van de zorgverzekeraars. De analyse geeft meer duiding over het effect van portefeuille ontwikkelingen op de verandering in het risicovereveningsresultaat op zorgverzekeraarsniveau.
- De Monitor 2018 is uitgebreid met aanvullende subgroepanalyses, op het aangepaste vereveningskenmerk MHK en subgroepen met meerjarige onder- en overcompensatie.

1.3. Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de situatie van het risicovereveningssysteem in 2018: de kostendefinities en de vormgeving van de risicovereveningsmodellen. Hoofdstuk 3 t/m 8 beschrijven de toetsing van het risicovereveningssysteem. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in twee onderdelen:

- **Deel I:** Toetsing werking van het risicovereveningssysteem (Hoofdstuk 3 t/m 6).
- **Deel II:** Toetsing representativiteit van de beslisinformatie (Hoofdstuk 7 en 8).

Deel I toetst de werking van het risicovereveningssysteem van 2018, 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 2017) voor de uiteindelijke situatie van 2018 (zoals vastgesteld in 2022). Achtereenvolgens wordt ingegaan op de representativiteit van de beslisinformatie voor het risicovereveningsmodel voor de somatische kosten en de GGZ-kosten.

A close-up photograph of a person's hand using a silver calculator. In the foreground, a silver stethoscope is resting on a red surface. The background is blurred, showing a hand holding a pen over a document. The title 'Risicovereveningssysteem 2018' is overlaid on the image.

Risicovereveningssysteem 2018

2. Risicovereveningssysteem 2018

Leeswijzer

Het risicovereveningssysteem 2018 bestaat uit drie risicovereveningsmodellen (somatische model, GGZ-model en het verplicht eigen risicomodel) en twee maatregelen die ex post worden uitgevoerd, flankerend beleid en criteriumneutraliteit. Ex post verevening* is met ingang van 2017 afgeschaft (Bijlage D.3). In dit hoofdstuk worden de verschillende deelbedragen per risicovereveningsmodel beschreven (Regeling risicoverevening 2018). Daarnaast worden de kostendefinities en de vormgeving van de risicovereveningsmodellen 2018 ten opzichte van 2017 beschreven. In deze rapportage worden de vaste kosten buiten beschouwing gelaten, omdat het hier om een één op één kosten compensatie gaat. Voor de volledigheid wordt het deelbedrag, als onderdeel van het totale MPB, in dit hoofdstuk wel benoemd.

Samenvatting

De kostendefinities zijn ongewijzigd gebleven ten opzichte van 2017 (WOR 876). De belangrijkste wijzigingen in de vormgeving van het risicovereveningssysteem 2018 (Regeling Risicoverevening 2018):

1. Ten opzichte van 2017 zijn voor het risicovereveningsmodel voor de somatische zorgkosten enkele kenmerken binnen dit model uitgebreid (Leeftijd/Geslacht, MHK, AVI, VGG), geschrapt (GGG en GSM) en is het kenmerk DKG naar pDKG en sDKG opgesplitst (WOR 876).
2. Per 2018 zijn de risicovereveningsmodellen voor geneeskundige GGZ-kosten (gGGZ) en de langdurige GGZ-kosten (IGGZ) samengevoegd. In dit model is het kenmerk IGG (intramurale GGZ gebruik t-1) geïncorporeerd in het vernieuwde vereveningskenmerk DKG-GGZ. Het kenmerk AVI is uitgebreid en het criterium ZVZ is geschrapt ten opzichte van 2017 (WOR 876).
3. Het risicovereveningsmodel voor het verplichte eigen risico is uitgebreid met een nieuw criterium, dat onderscheid maakt tussen verzekerden die wel/niet somatische kosten onder het 70ste percentiel hebben gehad in de voorgaande drie jaar (WOR 876). Ook is het vereveningskenmerk AVI op identieke wijze als in het somatische model aangepast.

2.1. Macro Prestatiebedrag (MPB)

Het risicovereveningssysteem verdeelt het Macro Prestatie Bedrag* (MPB) onder de individuele zorgverzekeraars. Het MPB is opgebouwd uit macro-deelbedragen die verschillende typen kosten onder de Zvw omvatten. In 2018 worden drie macro-deelbedragen gehanteerd:

- Variabele zorgkosten*;
- Kosten van geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor verzekerden van 18+ (incl. IGGZ);
- Vaste zorgkosten*.

De deelbedragen voor geneeskundige GGZ (gGGZ) voor verzekerden van 18+ en langdurige GGZ (IGGZ) voor verzekerden van 18+ zijn ten opzichte van 2017 samengevoegd in één macrodeelbedrag.

De definities van de kosten die onder de deelbedragen vallen, zijn over de jaren gewijzigd. Ook zijn er overhevelingen geweest van verschillende kosten vanuit andere domeinen naar de Zvw. Bij vergelijking van de resultaten van deze Monitor met die van voorgaande edities dienen deze wijzigingen in de kosten in acht genomen te worden.

Een deel van deze kosten zal betaald worden via het verplicht eigen risico. De normatieve opbrengst voor het verplichte eigen risico zal in mindering worden gebracht op de uiteindelijke bijdrage die de individuele zorgverzekeraars ontvangen.

2.1.1. Variabele zorgkosten

In MPB totaal € 41.667,8 miljoen

Onder dit deelbedrag vallen de medisch-specialistische zorg (MSZ), de extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten (ZG), geriatrische revalidatiezorg (GRZ), inclusief eerstelijnsverblijf (ELV), kosten voor verpleging en verzorging (V&V), paramedische zorg, farmaceutische zorg, verloskundige zorg, kraamzorg, hulpmiddelen, tandheelkundige zorg en eerstelijnsdiagnostiek (WOR 874).

Per 2018 is Vektis voor de berekening van de ziekenhuiskosten (MSZ), op basis van QZ-informatie* over 2015, uitgegaan van mediaanbedragen per DBC (in plaats van gemiddelde kostprijzen en tarieven bepaald door de NZa). Daarnaast zijn de ziekenhuiskosten voor 2018 gebaseerd op negen declaratiekwartalen, in plaats van acht zoals in voorgaande jaren (WOR 874).

Vektis heeft diverse correcties uitgevoerd op de ziekenhuiskosten voor 2015, om deze representatief te maken voor 2018. Deze correcties bestaan uit:

- Het ophogen van de kosten vanwege de schadelastdip als gevolg van de verkorte DBC-looptijd per 2015;
- Ophoging van de IC-tarieven per 2018 en wijziging in de indeling van IC-dagen;
- Korting op dure geneesmiddelen als gevolg van intramurale prijsarrangementen in 2015;
- Een ophoging van kosten in verband met de Vergoeding Gederfd Rendement Eigen Vermogen en de wijzigingen in het add-on beleid per 2017.

De kosten voor V&V zijn in de gegevensfase van de OT, vanwege de verruiming van het macrokader voor wijkverpleging per 2018, met 16% opgehoogd.

De kosten voor wijkverpleging en extramurale behandeling van ZG zijn per 2015 vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) overgeheveld naar de Zvw. De kosten van deze zorg komen daarom nu direct uit BASIC, waardoor afleiding vanuit AWBZ-informatie niet meer nodig is.

2.1.2. GGZ-kosten (gGGZ + IGGZ)

In MPB totaal € 3.979,6 miljoen

Dit zijn de kosten voor verzekerden van 18+ voor de generalistische basis GGZ, tweedelijns DBC's en de kosten voor langdurige GGZ tezamen. De kosten voor langdurige GGZ zijn aangeleverd door adviesbureau Significand/APE op kostenniveau 2015 en representatief gemaakt voor 2018. Deze werkwijze is gebruikt, omdat de kosten voor IGGZ in BASIC onvolledig zijn. De desbetreffende kosten zijn onvolledig door de geleidelijke instroom van patiënten.

2.1.3. Vaste zorgkosten

In MPB totaal € 367,4 miljoen

Net als in voorgaande jaren geldt voor de vaste kosten 100% nacalculatie. Hierdoor analyseren wij dit deelbedrag niet diepgaand in deze Monitor. De vaste kosten in 2018 bestaan uit kosten voor enkele add-on dure intramurale geneesmiddelen, kosten kwaliteitsgelden (SKMS, GGZ, NPCF en V&V)⁴ en 25% van de kosten van SKION⁵ en de Nederlandse Transplantatiestichting.

2.1.4. Opbrengsten verplicht eigen risico

In totaal € 3.207,7 miljoen

Het verplicht eigen risico bedrag in 2018 blijft gelijk aan dat van 2017: namelijk € 385 per kalenderjaar voor volwassen

verzekerden. Zorgverzekeraars innen de bedragen voor het verplicht eigen risico direct van hun verzekerden.

2.2. De risicovereveningsmodellen

Het risicovereveningssysteem in 2018 kent drie risicovereveningsmodellen. In 2018 zijn wijzigingen doorgevoerd in de vormgeving van de risicovereveningsmodellen. De belangrijkste modelwijzigingen zijn hieronder toegelicht.

2.2.1. Somatische model

Het somatische model bestaat uit twaalf vereveningskenmerken met in totaal 193 risicoklassen (voor een volledig overzicht van alle vereveningskenmerken en risicoklasse zie Bijlage D.4). Dit model schat voor elk van deze risicoklassen het normbedrag voor de somatische (variabele) kosten van alle verzekerden in de Zvw-bevolking. Deze normbedragen worden gebruikt voor het vaststellen van de ex ante vereveningsbijdragen.

Modelwijzigingen in risicovereveningsmodel 2018 t.o.v. 2017 (zie ook Regeling Risicoverevening 2018):

- Actualiseren en splitsing van de Diagnosekostengroep (DKG) in primaire en secundaire DKG's (pDKG/ sDKG):

Het kenmerk is uitgebreid met behandelingen voor vroeggeboorte, niertransplantaties en geriatrische revalidatiezorg. Op basis van de declaratie met de hoogste vervolgcosten wordt een verzekerde ingedeeld in een primaire DKG. Bij een secundaire DKG wordt een tweede declaratie gebruikt om de verzekerde in te delen. Dit gebeurt op de declaratie met de op één na hoogste vervolgcosten en alleen als het een andere aandoening betreft.

- Actualiseren Regiocriterium:

Het vereveningskenmerk regiocriterium is aangepast (WOR 875). De gegevens zijn geactualiseerd en aangepast aan model 2018. Daarnaast zijn drie zorgaanbodvariabelen verwijderd en drie nieuwe toegevoegd.

- Vervallen Geriatrische Revalidatiezorg (GGG):

Het vereveningskenmerk GGG in het jaar t-1 is vervallen. Dit vereveningskenmerk was gebaseerd op GRZ-diagnoses. Deze diagnoses zijn in het model 2018 opgenomen in pDKG en sDKG.

- Uitbreiden Leeftijd en Geslacht (LG):

Het vereveningskenmerk LG is opgesplitst in twee risicoklassen, voor ieder geslacht één. De groep 0-jarigen

⁴ Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten, de Stichting Kwaliteitsontwikkeling GGZ, de stichting Kwaliteitsgelden Patiënten Consumenten, de stichting Kwaliteitsgelden wijkverpleging

⁵ Stichting Kinderoncologie Nederland

is in het model 2018 opgesplitst in 0-jarigen geboren in jaar t en 0-jarigen geboren in jaar t-1.

- **Uitbreiden Meerjarige Hoge Kosten (MHK):**

Het vereveningskenmerk MHK is uitgebreid met één risicoklasse ten opzichte van 2017, resulterend in negen risicoklassen. De afslagklasse van het vereveningskenmerk is gesplitst. Verzekerden die in één van de voorgaande drie jaren boven het 70ste percentiel van de kostenverdeling zijn geëindigd, zijn ingedeeld in een nieuwe risicoklasse.

- **Uitbreiden Aard van Inkomen (AVI):**

Het vereveningskenmerk AVI is uitgebreid met een extra risicoklasse voor hoogopgeleiden. Naast de bestaande klasse voor 18-35-jarigen is de klasse voor 35-44-jarigen toegevoegd.

- **Uitbreiden Verpleging en Verzorging (VGG):**

Het vereveningskenmerk VGG in het jaar t-1 is ten opzichte van model 2017 uitgebreid met een extra risicoklasse. De risicoklasse met de hoogste kosten is opgesplitst in een risicoklasse voor minderjarigen (18-) en een risicoklasse voor meerderjarigen (18+).

- **Vervallen Generieke Somatische Morbiditeit (GSM):**

Het vereveningskenmerk GSM is vervallen.

- **Wijzigen Personen Per Adres (PPA):**

Voor het vereveningskenmerk PPA is een wijziging doorgevoerd per 2018. De indeling van verzekerden naar wel/niet wonend in een Wlz-instelling wordt gebaseerd op Wlz-declaraties in plaats van op het aantal personen per adres.

- **Wijzigen Sociaal Economische Status (SES):**

Ten gevolge van de wijziging in de definitie van PPA verandert de indeling van verzekerden in het vereveningskenmerk SES. Alle verzekerden wonend in een Wlz-instelling worden ingedeeld in de laagste klasse van de SES.

Criteriumneutraliteit in het somatische model

In 2018 geldt partiële criteriumneutraliteit* binnen het vereveningskenmerk FKG, op de risicoklasse FKG 31, 32 en 33 (extreem hoge kosten clusters) en FKG 15 (Auto-immuunziekten o.b.v. add-on), FKG 29 (Kanker o.b.v. add-on) en FKG 30 (Groeistoornissen o.b.v. add-on). Voor deze zes klassen geldt dat ontwikkelingen moeilijk te voorspellen zijn.

Voor alle risicoklasse binnen het vereveningskenmerk primaire en secundaire DKG geldt klasse criteriumneutraliteit* net als voor de risicoklasse HKG 4 (vernevelaar met toebehoren) binnen het vereveningskenmerk HKG. Voor deze klassen geldt dat de prevalenties moeilijk te voorspellen zijn.

Criteriumneutraliteit

Afwijkingen tussen de voorspelde en gerealiseerde verzekerdenaantallen (prevalenties) voor een risicoklasse binnen een vereveningskenmerk leiden tot verandering in de macro bijdrage, via dit vereveningskenmerk tussen de ex ante en definitieve vaststelling, en leiden daarmee tot onzekerheid bij zorgverzekeraars over hun uiteindelijke bijdrage. Criteriumneutraliteit zorgt ervoor dat dit effect op macroniveau wordt geneutraliseerd. Dit kan op meerdere manieren.

Door aanpassing van het normbedrag van de risicoklassen, dusdanig dat de definitieve verzekerdenaantallen keer het nieuwe normbedrag in definitieve vaststelling exact gelijk is aan het ex ante aantal verzekerden keer het initieel normbedrag in de ex ante vaststelling (klasse criteriumneutraliteit). Dan wel door het initiële normbedrag gelijk te houden en de mutatie in de macrobijdrage te corrigeren op de afslagklasse van het betreffende vereveningskenmerk (klassieke criteriumneutraliteit). Dit kan worden toegepast op alle risicoklassen binnen een vereveningskenmerk, maar ook partieel, alleen voor een deel van de risicoklassen binnen het vereveningskenmerk. We spreken dan van partiële klasse of partiële klassieke criteriumneutraliteit.

Op macroniveau hebben afwijkingen tussen de voorspelde en gerealiseerde verzekerdenaantallen van de risicoklassen binnen het vereveningskenmerk, door toepassing van criteriumneutraliteit, geen effect meer op de totaal verdeelde bijdrage door dit vereveningskenmerk of de (groep van) risicoklassen binnen dit vereveningskenmerk.

2.2.2. GGZ-model (gGGZ + IGGZ)

Het risicovereveningsmodel voor GGZ-kosten heeft acht vereveningskenmerken, met in totaal 118 risicoklassen. Het GGZ-model is alleen van toepassing op verzekerden vanaf 18 jaar.

Modelwijzigingen in risicovereveningsmodel 2018 t.o.v. 2017 (Regeling Risicoverevening 2018):

- **Samenvoegen geneeskundige en langdurige GGZ:**

Per 2018 zijn de modellen voor geneeskundige GGZ en langdurige GGZ samengevoegd in één model.

- **Herindelen DKG:**

Het vereveningskenmerk DKG is in 2018 opnieuw samengesteld. Hierbij is gebruik gemaakt van informatie over DBC's en zorggebruik in jaar t-1. Daarnaast is het iGGZ(t-1) kenmerk toegevoegd aan het vereveningskenmerk DKG.

- **Vervallen van het vereveningskenmerk IGG:**

Het vereveningskenmerk IGG (iGGZ(t-1)), in 2017 gebruikt in het model voor langdurige GGZ, vervalt per 2018.

- Herindelen AVI, SES en PPA:

De vereveningskenmerken AVI, SES en PPA zijn op identieke wijze als in het somatische model aangepast.

- Aanscherpen kostendrempel MHK:

Het vereveningskenmerk MHK is aangepast. Dit betreft een actualisering van de kostendrempel om ingedeeld te worden in de laagste MHK-klasse.

- Vervallen Zorgvraagzwaarte-indicator (ZVZi):

Het vereveningskenmerk ZVZi vervalt in 2018.

- Actualiseren vereveningskenmerk Regio:

Het vereveningskenmerk regiocriterium is geactualiseerd. De gegevens zijn geactualiseerd en aangepast aan het model 2018. Daarnaast zijn extra variabelen toegevoegd in het model waarmee het regiocriterium voor het GGZ-model wordt samengesteld.

Criteriumneutraliteit in het GGZ-model

In het GGZ-model geldt klassieke criteriumneutraliteit voor het vereveningskenmerk DKG.

2.2.3. Opbrengsten verplicht eigen risico

In 2018 vallen onder het verplicht eigen risico de somatische kosten (inclusief GRZ, ELV en extramurale behandeling van ZG) en de (I)GGZ-kosten. Somatische kosten die niet vallen onder het verplicht eigen risico zijn: huisartsenzorg, eerstelijns- en tweedelijnsverloskunde, kraamzorg, ketenzorg en kosten voor verpleging en verzorging.

De geraamde opbrengst voor het verplicht eigen risico bestaat uit twee delen. Het eerste deel bestaat uit de forfaitaire groep bestaande uit verzekerden die zijn ingedeeld in een positieve risicoklasse van een FKG, (p/s)DKG, HKG, FDG en/of MHK>1. Voor verzekerden in de forfaitaire groep wordt een forfaitair bedrag van € 361,61 (WOR 876) ingehouden op de vereveningsbijdrage, gelijk aan de gemiddelde eigen betaling in deze groep als geheel. Voor de overige verzekerden van 18+ in de Zvw-bevolking (de niet-forfaitaire/complementaire groep) wordt het normatieve vereveningsmodel gebruikt om de verwachte opbrengsten van het verplicht eigen risico te schatten.

Het eigen risicomodel bestaat uit dezelfde drie vereveningskenmerken: LG, AVI en Regio als in 2017, aangevuld met een nieuw vereveningskenmerk, wel/ geen somatische MHK. Het model bevat daarmee in totaal 66 risicoklassen. Binnen het eigen risicomodel geldt op geen enkel vereveningskenmerk criteriumneutraliteit.

Modelwijzigingen in risicovereveningsmodel 2018 t.o.v. 2017 (Regeling risicoverevening 2018):

- Uitbreiden Aard van Inkomen (AVI):

Het vereveningskenmerk AVI is op identieke wijze als in het somatische model aangepast.

- Toevoegen vereveningskenmerk lage somatische kosten:

Een vereveningskenmerk is toegevoegd dat verzekerden met drie jaar lage somatische kosten (beneden het 70ste percentiel) onderscheidt. Dit kenmerk breidt het model uit met twee extra risicoklassen ten opzichte van 2017.

- Actualiseren vereveningskenmerk Regio:

Het criterium voor vereveningskenmerk Regio is geactualiseerd.

2.3. Flankerend beleid en nacalculatie op vaste kosten

Net zoals in voorgaande jaren, is in 2018 flankerend beleid van toepassing. Dit is een maatregel om een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars te behouden bij een overschrijding dan wel overschrijding van het MPB. Flankerend beleid herverdeelt dit macrovereveningsresultaat evenredig over alle zorgverzekeraars op basis van een vast bedrag per premiebetaler, nadat het macrovereveningsresultaat eerst proportioneel is gecorrigeerd op de vereveningsbijdrage van iedere individuele zorgverzekeraar. Flankerend beleid wordt uitgevoerd op de afzonderlijke deelbedragen voor de somatische en GGZ-kosten. Op het verplicht eigen risico is geen flankerend beleid van toepassing. Deze regeling is onveranderd sinds de invoering in 2012. Meer gedetailleerde informatie over flankerend beleid is te vinden in Bijlage A.

Er is in 2018 geen ex post verevening* van toepassing, net zoals in 2017. Voor 2018 geldt, evenals voor voorgaande jaren, volledige nacalculatie op de vaste kosten. Over deze kosten lopen de zorgverzekeraars geen individueel verzekeraarsrisico.

Macro-analyse

CO2

Et
mmHg

34

50
25

Fi
mmHg

0

4

Pressure

PEAK
cmH2O

17

40
4

PLAT
cmH2O

17

PEEP
cmH2O

3

Volume

Vt
ml

501

1000
5

MV
L/min

6.0

10.0
2.0

Rate
bpm

12

40
2

3. Macro-analyse

Leeswijzer

Dit hoofdstuk gaat in op de analyses van de verevenende werking van het risicovereveningssysteem 2018 op macroniveau waar het verschil tussen macrobijdrage en macrokosten (het macrovereveningsresultaat) wordt getoetst. De analyses worden uitgevoerd voor de totale Zvw-kosten en de aparte deelbedragen op het moment van de definitieve vaststelling. Ook wordt het effect van nacalculatie op de vaste zorgkosten geanalyseerd. Deze analyses geven inzicht in welke mate het risicovereveningssysteem 2018 zorgverzekeraars afdoende compenseert voor de (verwachte) zorgkosten op macroniveau. Een negatief macrovereveningsresultaat betekent dat de compensatie die zorgverzekeraars ontvangen niet voldoende is om de daadwerkelijke zorgkosten te dekken op macroniveau. Bij een positief macrovereveningsresultaat ontvangen zij wel voldoende compensatie om de zorgkosten te dekken.

Samenvatting

Onze bevindingen van de analyse op het macrovereveningsresultaat zijn:

- Het macrovereveningsresultaat is voor 2018 € 1.414,7 miljoen. Dit bestaat uit: € 1.203,3 miljoen voor de somatische kosten (€ 70 per verzekerde) en € 211 miljoen voor de GGZ-kosten (€ 15 per verzekerde 18+) Het macrovereveningsresultaat is voor de somatische kosten gestegen ten opzichte van vorig jaar (in 2017: € 984 miljoen). Mogelijke verklaringen voor een stijging in het macrovereveningsresultaat kunnen zijn de effecten van zorginkoop en andere maatregelen voor beheersing van de zorgkosten en de effecten van (vertraagde) aanpassingen in het MPB.
- Voor de GGZ-kosten is het macrovereveningsresultaat in 2018 € 211 miljoen vergelijkbaar met 2017 (€ 227 miljoen). In 2018 zijn de kosten voor gGGZ en IGGZ samengevoegd.
- Voor het verplicht eigen risico geldt een macrovereveningsresultaat van € -204 miljoen (€ -15 per verzekerde 18+). Voor 2017 was dit € -164 miljoen.
- De nacalculatie op de vaste kosten zorgt voor een afslag op de macrobijdrage van € 240,3 miljoen.

3.1. Macrobijdrage, -kosten en -vereveningsresultaat

3.1.1. Macrobijdrage

Het Ministerie van VWS stelt het macroprestatiebedrag ex ante vast. Voor 2018 bedroeg het macroprestatiebedrag **€ 46.015 miljoen**. Het macroprestatiebedrag wordt achteraf gecorrigeerd voor de gerealiseerde verzekerdenaantallen en prevalenties⁶ (verzekerdennacalculatie). Voor 2018 stijgt daardoor het de macrobijdrage naar **€ 46.143 miljoen**. De werkelijke samenstelling van de Zvw-bevolking pakt namelijk anders uit dan vooraf verwacht tijdens de verzekerdenraming (Hoofdstuk 7 en 8).

Door lagere vaste kosten dan verwacht zorgt de 100% nacalculatie op de vaste kosten voor een afslag van de macrobijdrage van **€ 240,3 miljoen**. De definitieve macrobijdrage (inclusief nacalculatie op de vaste kosten) bedraagt daarmee **€ 45.902 miljoen** (zie Figuur 3-1).

3.1.2. Macrokosten

De gerealiseerde macrokosten bedragen **€ 44.488 miljoen**. In 2017 bedroegen de macrokosten € 42.850 miljoen (Monitor 2017). Dit is een stijging van 3,8%. In 2017, 2016 en 2015 waren de kostenstijgingen 3,2%, 6,1% en 6,9% respectievelijk, ten opzichte van het jaar ervoor. De kostenstijgingen in deze jaren zijn deels te verklaren door de overhevelingen van ELV, V&V, GRZ en ZG uit de AWBZ (Monitor 2016, 2015). In 2018 vonden geen overhevelingen van risicodragende kosten plaats. De stijging van de macrokosten is toe te schrijven aan de algemene stijging van de Zvw-kosten⁷. Deze is daarmee lager dan vooraf verwacht.

3.1.3. Macrovereveningsresultaat

De gerealiseerde macrokosten zijn lager dan de definitieve macrobijdrage. Dit resulteert in een positief macrovereveningsresultaat van **€ 1.414,7 miljoen**^{8,9}.

⁶ Merk op dat voor vereveningskenmerken/ risicoklassen waarvoor criteriumneutraliteit geldt het effect van afwijkingen in de prevalentie schatting wordt geneutraliseerd.

⁷ De gerealiseerde zorgkosten opgesplitst naar zorgprestaties zijn niet beschikbaar om de stijging in de zorgkosten te berekenen waarbij gecorrigeerd is voor wijzigingen in de kostendefinities tussen jaren.

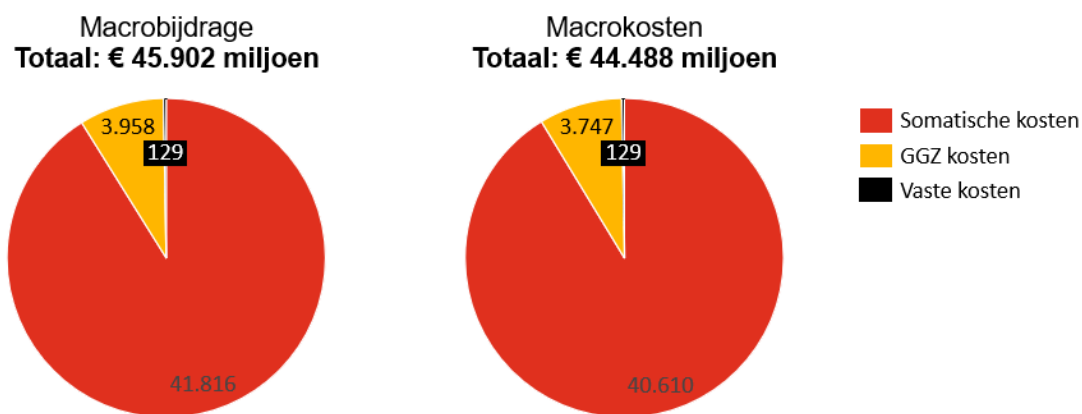
⁸ Dit is exclusief het macrovereveningsresultaat voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico van € -204 mln.

⁹ Zorgverzekeraars hebben positieve behaalde resultaten ingezet voor het verlagen van de premie van de basisverzekering in de jaren na 2018 en voor zover van tevoren onderkend (deels) ook al in 2018.

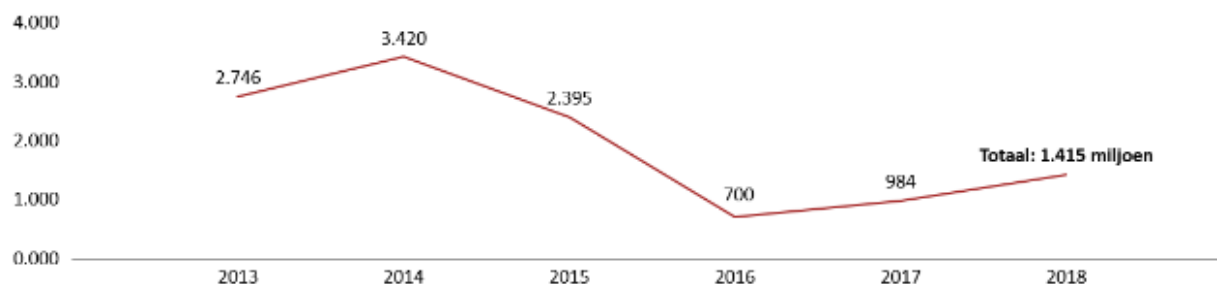
Voorgaande jaren waren er ook positieve macrovereveningsresultaten (zie Figuur 3-2). Het totale macrovereveningsresultaat is hoger dan in 2017 en 2016 (zie voetnoot in Figuur 3-2). Het macrovereveningsresultaat van 2018 onderbreekt daarmee de continue daling van het

macrovereveningsresultaat in de afgelopen jaren. Mogelijke verklaringen voor een stijging in het macrovereveningsresultaat kunnen zijn de effecten van zorginkoop en andere maatregelen voor beheersing van de zorgkosten en de effecten van (vertraagde) aanpassingen in het MPB.

Figuur 3-1. Overzicht definitieve macrobijdrage en gerealiseerde kosten bij de definitieve vaststelling 2018, uitgedrukt in miljoenen €



Figuur 3-2. Overzicht macrovereveningsresultaten in de afgelopen jaren, uitgedrukt in miljoenen €



Voetnoot Figuur 3-2: Het lagere macrovereveningsresultaat van 2016 komt voornamelijk door afwijkende prevalenties voor de DKG's bij de definitieve vaststelling ten opzichte van hetgeen geraamd was. De impact daarvan was een € 404 miljoen lagere definitieve vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars in 2016 dan verwacht. Indien de € 700 miljoen uit de grafiek en € 404 miljoen bij elkaar opgeteld worden, laat het macrovereveningsresultaat € 1.104 miljoen wel een continue daling zien van 2014 tot en met 2017.

(Bron: jaarverslagen zorgverzekeraars). Zorgverzekeraars maken een schatting van het macrovereveningsresultaat bij de premiestelling.

3.2. Somatische kosten

De definitieve macrobijdrage voor de somatische kosten bedraagt **€ 41.816 miljoen** (zie Figuur 3-3). De gerealiseerde somatische kosten bedragen **€ 40.612 miljoen**. Dit resulteert in een positief macrovereveningsresultaat voor somatische kosten van **€ 1.203,3 miljoen**, omgerekend € 70 per verzekerde.

Figuur 3-3 geeft de ontwikkeling van de macrobijdrage en de macrokosten over 2013 t/m 2018 weer. Bij deze resultaten dienen wijzigingen in de kostendefinities en vormgeving van het risicovereveningssysteem, waaronder de afbouw van ex post verevening sinds 2012, in acht te worden genomen (zie Bijlage D).

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

- Stijging van 4,6% in de macrobijdrage (2018):

De macrobijdrage in 2018 is met 4,6% gestegen ten opzichte van 2017. Deze stijging ligt weer in lijn met die van vóór 2015 (zie Figuur 3-3). De harde stijging van 2016-op-2017 (14,4%) komt door de samenvoeging van de V&V-kosten bij de somatische kosten. De trendbreuk in de macrobijdrage van 2015-op-2016 (stijging van 2%) komt hoofdzakelijk door de afwijkende prevalenties voor de DKG's bij de definitieve vaststelling ten opzichte van hetgeen geraamd was.

- Stijging van 3,6% in de gerealiseerde somatische kosten (2018):

De gerealiseerde somatische kosten voor 2018 zijn met 3,6% (€ 1.392 miljoen) gestegen ten opzichte van 2017.

Deze stijging kan worden toegeschreven aan de algemene kostenstijging van de Zvw. De grotere stijging in 2017 (12,7%) was het gevolg van de samenvoeging van de V&V-kosten bij de somatische kosten. De stijging van 2018 is ook lager dan die van 2016 (7,6%), omdat in 2016 een uitbreiding van de risicodragende kosten plaatsvond, zoals de dure geneesmiddelen.

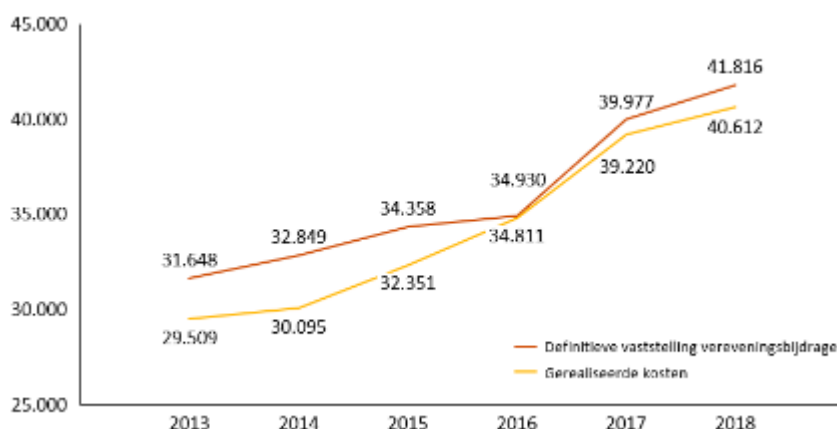
- Macrovereveningsresultaat somatische kosten € 1.203,3 miljoen (2018):

In 2018 is het macrovereveningsresultaat voor de somatische kosten € 1.203,3 miljoen (€ 70 per verzekerde). Voorgaande jaren waren er ook positieve macrovereveningsresultaten (zie Figuur 3-4). In 2018 is het macrovereveningsresultaat significant hoger dan in 2017, doordat de bijdrage in 2018 met 4,6% harder stijgt dan de kosten (3,6%). Het is met de beschikbare informatie niet in detail te duiden wat de verklaring(en) is(zijn), dat de bijdrage harder stijgt dan de kosten. Zo kunnen effecten van zorginkoop en andere maatregelen om de zorgkosten te beheersen een mogelijke verklaring zijn. Een andere mogelijke verklaring kan het effect zijn van (vertraagde) aanpassingen in de raming van het MPB.

Effect van flankerend beleid

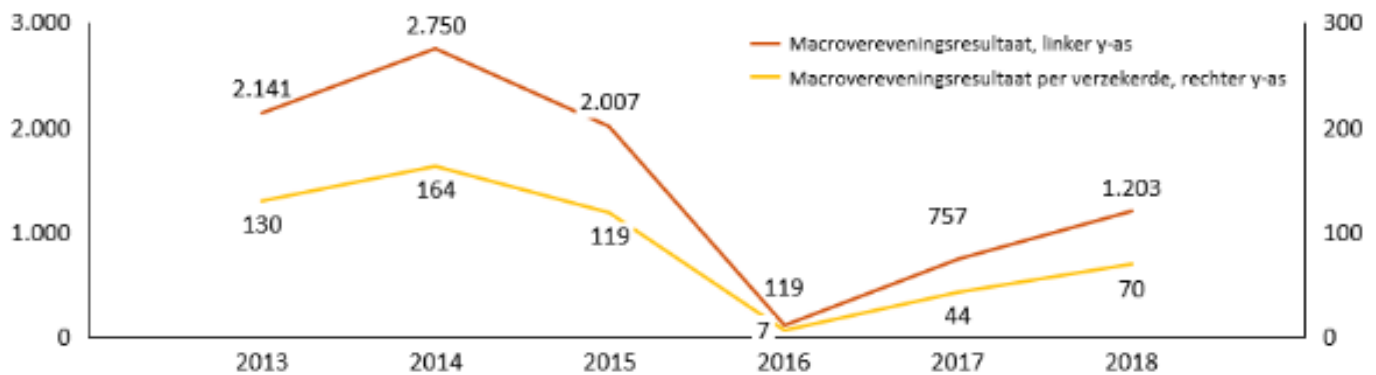
Flankerend beleid heeft geen effect op macroniveau, omdat dit een onderlinge verrekening tussen zorgverzekeraars is. Meer gedetailleerde informatie over flankerend beleid is te vinden in Bijlage A.

Figuur 3-3. Ontwikkeling macrobijdrage en -kosten voor de somatische zorg over 2013 t/m 2018, uitgedrukt in miljoenen €



Voetnoot Figuur 3-3: Er hebben wijzigingen plaatsgevonden in de inzet van ex post maatregelen over de jaren (zie Bijlage D). Per 2017 vallen onder de somatische kosten ook de V&V-kosten. De toevoeging van V&V-kosten aan de somatische kosten draagt sterk bij aan de stijging in deze figuur tussen 2016 en 2017. In 2016 en de jaren ervoor gaat het om de somatische kosten exclusief de V&V-kosten, conform de definities van die jaren.

Figuur 3-4. Ontwikkeling macrovereveningsresultaat voor de somatische zorg over 2013 t/m 2018, uitgedrukt in miljoenen € (per verzekerde in €)



Voetnoot Figuur 3-4: Het incidenteel lage macrovereveningsresultaat van 2016 komt door afwijkende prevalenties voor de DKG's bij de definitieve vaststelling ten opzichte van hetgeen geraamd was.

3.3. GGZ-kosten

De definitieve macrobijdrage voor de GGZ-kosten als onderdeel van het MPB bedraagt **€ 3.958 miljoen** (zie Figuur 3-5). De gerealiseerde GGZ-kosten bedragen **€ 3.747 miljoen** (zie Figuur 3-5). Dit resulteert in een positief macrovereveningsresultaat van **€ 211 miljoen**, afgerond € 15 per verzekerde 18+.

In Figuur 3-5 en 3-6 is voor 2016 en 2017 de fictieve situatie toegevoegd waarbij gGGZ en IGGZ bij elkaar opgeteld zijn, ter bevordering van het vergelijk met 2018. De macrobijdrage- en -kosten ontwikkelen zich als volgt over tijd:

- Stijging van 11,2% in de macrobijdrage (2018):

De macrobijdrage is met 11,2% gestegen in 2018 ten opzichte van 2017, waarvan 5,7%-punt komt door de samenvoeging van de IGGZ kosten met de gGGZ kosten in 2018. In 2017 was de macrobijdrage met 2,6% gedaald ten opzichte van 2016 (Monitor 2017). In 2016 was de macrobijdrage 1,7% gestegen ten opzichte van 2015 (Monitor 2016).

- Stijging van 10,3% in de gerealiseerde macrokosten (2018):

De gerealiseerde macrokosten in 2018 zijn met 10,3% gestegen ten opzichte van 2017. Deze stijging wordt deels verklaard door de samenvoeging van de deelbijdragen gGGZ en IGGZ per 2018. In 2017 zijn de

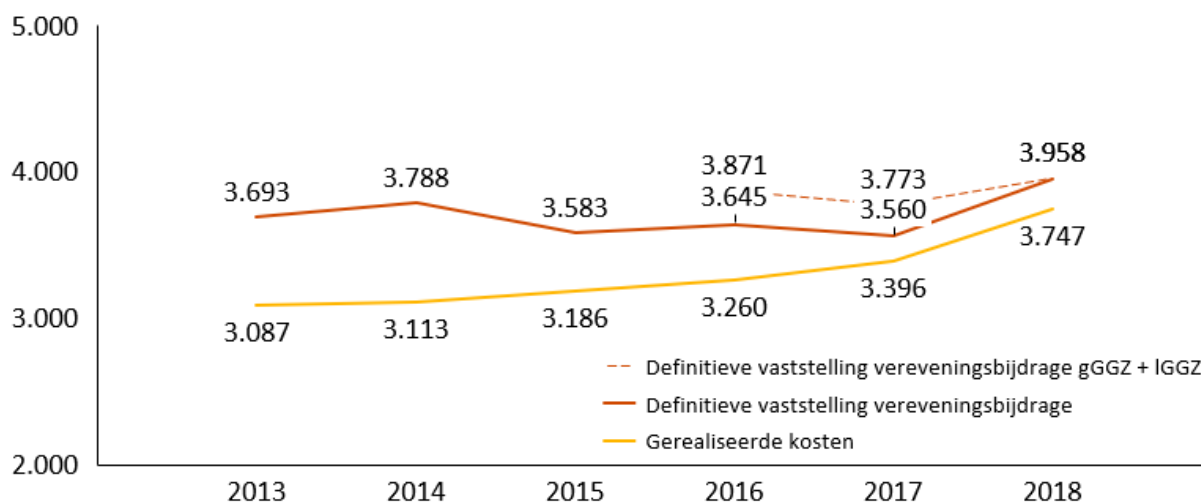
macrokosten met 4,1% gestegen ten opzichte van 2016. Van 2015 op 2016 waren de macrokosten gestegen met 2,3% (Monitor 2016).

- Macrovereveningsresultaat GGZ-kosten € 211,3 miljoen (2018):

In 2018 is het macrovereveningsresultaat voor de GGZ-kosten € 211,3 miljoen (€ 15 per verzekerde 18+). Dit is gestegen ten opzichte van 2017: € 164 miljoen (€ 12 per verzekerde 18+) (Monitor 2017). In voorgaande jaren was het macrovereveningsresultaat significant hoger (Monitor 2013 - 2016, zie Figuur 3-6).

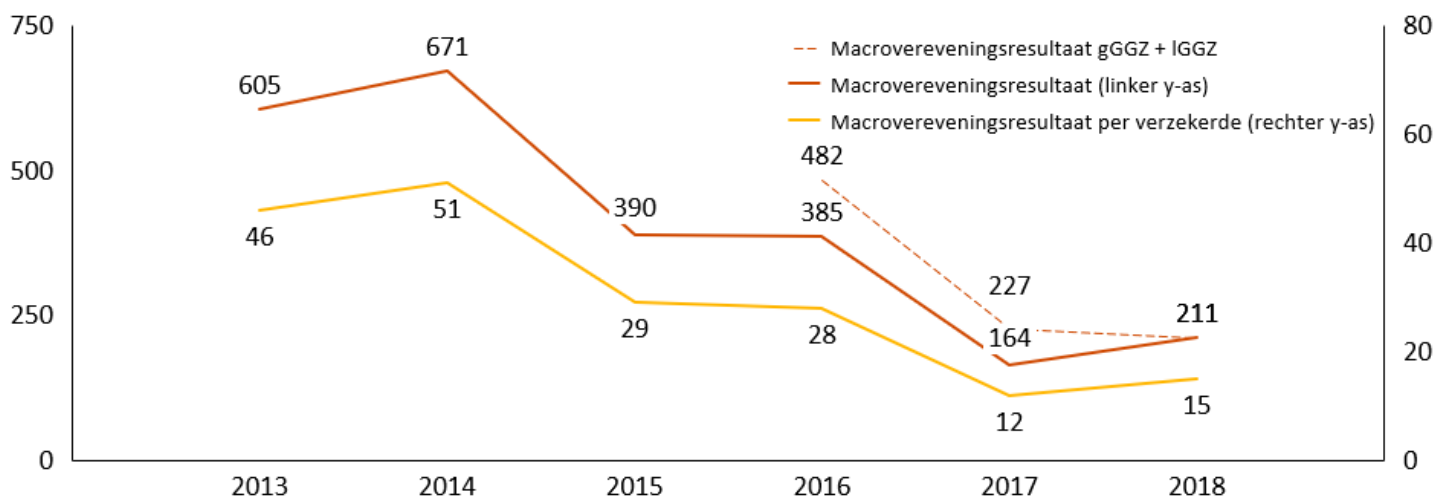
De afwijking op de dalende trend over de afgelopen jaren naar een stijging van het macrovereveningsresultaat in 2018 wordt mogelijk veroorzaakt door de samenvoeging van het IGGZ-model (macrovereveningsresultaat in 2017: € 63 miljoen) bij het gGGZ-model. In de overige jaren spelen de vele wijzigingen in de kostendefinities van de gGGZ-kosten een rol. Hierbij verklaren de effecten van zorginkoop en beheersingsmaatregelen van de zorgkosten mogelijk de verschuivingen in de zorgkosten en het vereveningsresultaat. Daarnaast verklaart het effect van (vertraagde) aanpassingen in de MPB-raming mogelijk de verschuivingen in de macrobijdrage en het vereveningsresultaat.

Figuur 3-5. Ontwikkeling van macrobijdrage en -kosten voor de (g)GGZ over 2013 t/m 2018, uitgedrukt in miljoenen €



Voetnoot Figuur 3-5: Er hebben wijzigingen plaatsgevonden in de inzet van ex post maatregelen over de jaren (zie Bijlage D).

Figuur 3-6. Ontwikkeling macrovereveningsresultaat voor de (g)GGZ over 2013 t/m 2018, uitgedrukt in miljoenen € (per verzekerde 18+ in €)



3.4. Opbrengsten verplicht eigen risico

In 2018 is **€ 3.204 miljoen** ingehouden op de macrobijdrage voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico, omgerekend € 232 per verzekerde 18+. Deze afslag die wordt ingehouden op de vereveningsbijdrage is over 2013 tot en met 2015 toegenomen vanwege de jaarlijkse verhoging van het verplicht eigen risico bedrag. Vanaf 2016 bleef het verplicht eigen risico gelijk op € 385 per verzekerde 18+, dit is een belangrijke reden waarom het ingehouden bedrag op de macrobijdrage sindsdien nagenoeg constant is gebleven.

De totale opbrengsten van het verplicht eigen risico bedragen **€ 3.000 miljoen** in 2018. De totale opbrengsten in 2018 zijn licht gestegen met 1,4% ten opzichte van 2017. In 2017 was deze stijging 0,7% ten opzichte van 2016. Doordat het verplicht eigen risico bedrag van € 385 de afgelopen jaren niet is verhoogd, kan de toename in de opbrengst van het verplicht eigen risico voornamelijk verklaard worden door een toename van de kosten voor behandeling, die (voorheen) onder de grens van het verplicht eigen risico bedrag bleven, een algemene

toename van het aantal behandelingen al dan niet door demografische ontwikkelingen.

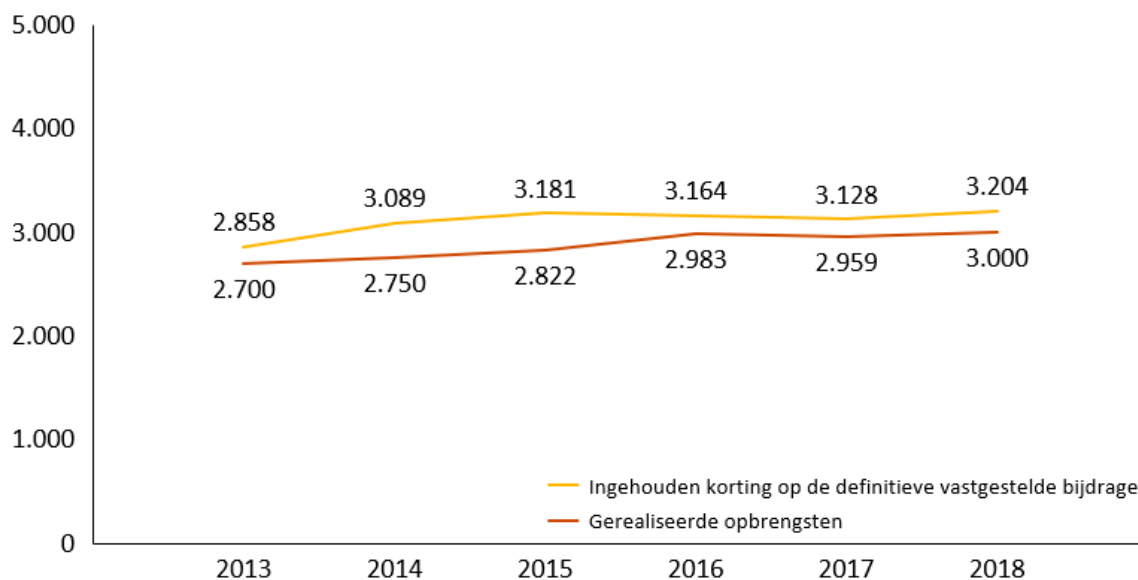
Net zoals voorgaande jaren, zijn in 2018 de totale opbrengsten lager dan de ingehouden korting op de bijdrage (zie Figuur 3-7). Dit resulteert in een macrovereveningsresultaat van **€ -204 miljoen**, omgerekend € 15 per verzekerde 18+. In voorgaande jaren was er ook een negatief macrovereveningsresultaat (zie Figuur 3-8).

Het negatieve macrovereveningsresultaat in 2018 is vergelijkbaar met 2017 en 2016. De ex ante inschatting van de te innen opbrengsten (i.e. de vastgestelde korting op de macrobijdrage) sluit in dezelfde mate niet volledig aan op de gerealiseerde opbrengsten van het verplicht eigen risico als in voorgaande jaren¹⁰.

3.5. Samenvatting Macroniveau

Afgezien van een significant hoger macrovereveningsresultaat voor somatische kosten is het beeld voor 2018 vergelijkbaar met 2017. Tabel 3-1 geeft een samenvatting van de analyse op macroniveau.

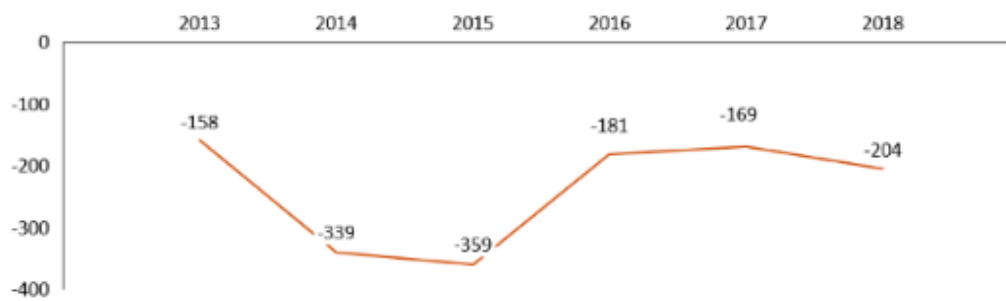
Figuur 3-7. Ontwikkeling van de ingehouden korting op de bijdrage en de gerealiseerde opbrengsten van het verplicht eigen risico over 2013 t/m 2018, uitgedrukt in miljoenen €



¹⁰ Er is geen uitgebreid onderzoek gedaan naar de raming van MPB en/of in welke mate deze raming over de jaren wijzigt. Ook is geen uitgebreid onderzoek gedaan naar de ontwikkeling van de zorgkosten over de jaren

en onderliggende factoren c.q. verklaringen. Dit vraagt een ander type onderzoek, met aanvullende informatie.

Figuur 3-8. Ontwikkeling macrovereveningsresultaat voor het verplicht eigen risico over 2013 t/m 2018, uitgedrukt per verzekerde 18+, in miljoenen €



Tabel 3-1. Overzicht analyse op macroniveau in 2018

	Totaal (inclusief vaste kosten)	Somatische kosten	GGZ- kosten	Opbrengsten verplicht eigen risico
Definitieve macrobijdrage	€ 45.902 miljoen	€ 41.816 miljoen	€ 3.958 miljoen	€ - 3.204 miljoen
Gerealiseerde kosten	€ 44.488 miljoen	€ 40.612 miljoen	€ 3.747 miljoen	€ - 3.000 miljoen
Macrovereveningsresultaat	€ 1.415 miljoen	€ 1.203 miljoen	€ 211 miljoen	€ - 204 miljoen,



Zorgverzekeraarsanalyse

4. Zorgverzekeraarsanalyse

Leeswijzer

In dit hoofdstuk zijn verscheidene analyses uitgevoerd om inzicht te krijgen in welke mate het risicovereveningssysteem 2018 de verschillen in de (verwachte) zorgkosten tussen zorgverzekeraars terugbrengt. De resultaten worden vergeleken met die van voorgaande jaren om een indicatie te krijgen of/ in welke mate de verevenende werking van het risicovereveningssysteem is verbeterd. Verschillen over de jaren in de mate van de reductie in de vereveningsresultaten tussen zorgverzekeraars worden verklaard door (een combinatie van) wijzigingen in portefeuillesamenstellingen, wijzigingen in kostendefinities en/of wijzigingen in het risicovereveningssysteem en zorginkoop. De analyses in scope waren tot dit jaar niet geschikt om deze effecten van elkaar te onderscheiden. In deze editie van de Monitor is aanvullende data opgevraagd om onderscheid tussen deze effecten beter te duiden. Met de aanvullende analyse op portefeuille niveau onderzoeken wij welk effect het meest dominant is.

Samenvatting

Somatisch

- Het risicovereveningssysteem 2018 reduceert de spreiding (de gewogen standaarddeviatie in het vereveningsresultaat) met 88%. Dit is een sterke verbetering ten opzichte van de afgelopen drie jaar (resp. 83%, 81% en 84%) en brengt de spreidingsreductie terug naar het niveau van voor de afschaffing van de ex post verevening (2015). Dit draagt bij aan een gelijk(er) speelveld tussen zorgverzekeraars. Analyse van de ontwikkeling in de verwachte zorgvraag in de verschillende portefeuilles en de ontwikkeling van het vereveningsresultaat tussen 2017 en 2018 maakt aannemelijk dat de modelwijziging in 2018 de dominante oorzaak is voor de spreidingsreductie in 2018.
- De absolute verschillen tussen de portefeuilles van zorgverzekeraars zijn in 2018 kleiner dan in 2017. Het risicovereveningsmodel brengt daarmee de schevere portefeuilleverdelingen beter terug dan vorig jaar. Dit is een effect van de doorgevoerde modelverbeteringen, die op zorgverzekeraarsniveau tot uiting komt.

GGZ

- Het risicovereveningssysteem reduceert de spreiding in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars met 70%. Dit zorgt voor een gelijk(er) speelveld. Dit is fors meer dan vorig jaar (59%) en brengt daarmee de spreidingsreductie terug naar (ongeveer) het niveau van voor 2017 toen er nog ex post verevening van toepassing was.
- Het ex ante model verkleint verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars. Nadere analyse op de portefeuille ontwikkelingen van de individuele zorgverzekeraars geven geen duidelijke aanwijzingen dat dit een effect is van de doorgevoerde modelverbeteringen.

Opbrengsten verplicht eigen risico

- Het risicovereveningsmodel reduceert de spreiding met 64% van het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars.
- Dit resultaat is redelijk vergelijkbaar met voorgaand jaar, waarbij het risicovereveningsmodel een reductie van de spreiding behaalde van 61%.

Dit hoofdstuk analyseert de verevenende werking van het risicovereveningssysteem 2018 op zorgverzekeraars-niveau. Hiertoe wordt geanalyseerd in welke mate het risicovereveningssysteem het vereveningsresultaat van en tussen zorgverzekeraars reduceert. De verevenende werking van het risicovereveningssysteem wordt afgezet 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 worden geanalyseerd en vergeleken zijn:

- **Zonder RV:** Dit is een fictieve situatie, zonder risicovereveningssysteem. In deze situatie wordt geen rekening gehouden met verschillen in het risicoprofiel van de portefeuilles van zorgverzekeraars.
- **DV voor FB:** Dit is de situatie inclusief risicovereveningsmodellen. De vereveningsbijdrage per zorgverzekeraar is hier afhankelijk van het

risicoprofiel van de portefeuilles van zorgverzekeraars.

- **DV na FB:** Dit is de situatie inclusief risico-vereveningsmodellen plus flankerend beleid.

In 2018 zijn er 23 risicodragende zorgverzekeraars. Deze zorgverzekeraars worden in drie categorieën ingedeeld: klein (3), middelgroot (12) en groot (8). Ook zijn de zorgverzekeraars ingedeeld in behorend tot een concern (16) of zelfstandige zorgverzekeraars (7). Ten opzichte van vorig jaar zijn er twee zorgverzekeraars (behorend tot een concern) minder. Er is één zorgverzekeraar bijgekomen en niet alle zorgverzekeraars zijn in dezelfde categorie ingedeeld als vorig jaar (zie Bijlage C.2 voor de grenzen voor bepaling van de categorieën).

In dit hoofdstuk vergelijken we de vereveningsresultaten van de zorgverzekeraars met 2017. Wijzigingen in portefeuillesamenstellingen, wijzigingen in kostedefinities en/of wijzigingen in het risicovereveningssysteem en zorginkoop verklaren de verschillen in de mate van de reductie in de vereveningsresultaten tussen zorgverzekeraars. De analyses in scope waren tot dit jaar niet geschikt om deze effecten van elkaar te onderscheiden; Om het onderscheid tussen deze effecten beter in kaart te brengen, hebben wij in deze editie van de Monitor aanvullende data opgevraagd. Met de aanvullende analyse op portefeuille niveau onderzoeken wij welk effect het meest dominant is.

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

- De resultaten op de verschillende momenten zijn niet gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat.
- Er wordt niet getoetst in welke mate de geconstateerde verschillen in de (verwachte) kosten tussen zorgverzekeraars statistisch significant zijn.
- De focus ligt op interpretatie van de reductie in de verschillen van en tussen zorgverzekeraars; niet op

de absolute verschillen. Er volgt geen waardeoordeel over deze absolute verschillen. Het risicovereveningssysteem brengt niet het gemiddelde vereveningsresultaat voor alle zorgverzekeraars gelijk aan het landelijk gemiddelde (ofwel, neemt de spreiding tussen zorgverzekeraars niet volledig weg). Verschillen in de kosten tussen zorgverzekeraars als gevolg van verschillen in de doelmatigheid en zorginkoop kunnen ook leiden tot verschillen en dienen niet te worden gecompenseerd. Interpretatie van de absolute bedragen – en daarmee een waardeoordeel over hoe goed het risicovereveningssysteem in zijn totaliteit werkt – is niet goed mogelijk als de oorzaken van de verschillen in de (verwachte) kosten niet goed kunnen worden gekwantificeerd.

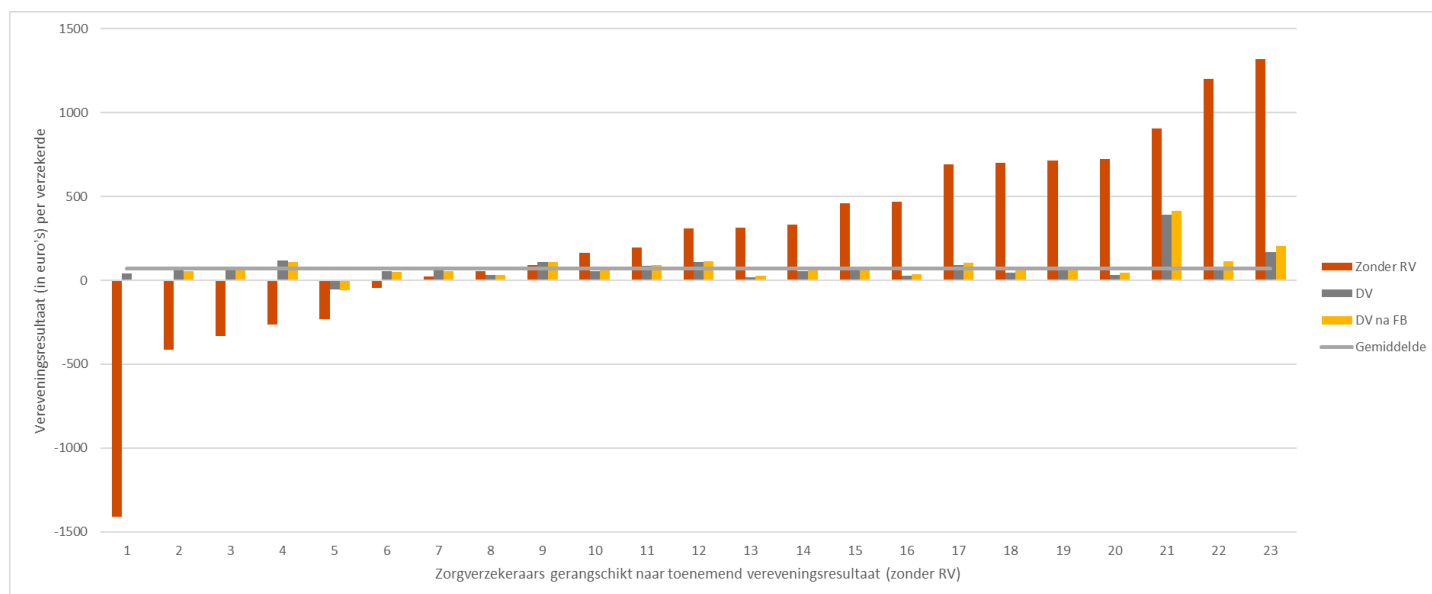
- Waarbij ook voorzichtigheid geboden is met betrekking tot de interpretatie van de **spreiding*** in de vereveningsresultaten op zorgverzekeraarsniveau in relatie tot conclusies over de verevenende werking van het risicovereveningsmodel. Deze maatstaven geven een indicatie van de wijze waarop het risicovereveningssysteem uitpakt voor de bestaande zorgverzekeraars in het betreffende jaar, gegeven de portefeuillesamenstellingen op dat moment. Voor conclusies over de verevenende werking van het risicovereveningsmodel is het meer geschikt om de vereveningsresultaten op subgroepniveau te interpreteren. De resultaten op zorgverzekeraarsniveau geven een indicatie van het gelijk speelveld gegeven de zorgverzekeraars en hun portefeuillesamenstellingen op dat moment.

4.1. Somatische kosten

4.1.1. Landelijk beeld

Figuur 4-1 analyseert het gemiddelde vereveningsresultaat per zorgverzekeraar op de verschillende momenten voor somatische kosten. Tabel 4-1 presenteert daarnaast de spreiding (gewogen standaarddeviatie) van de vereveningsresultaten.

Figuur 4-1. Gemiddeld vereveningsresultaat in het somatische model in € per verzekerde, per zorgverzekeraar



Voetnoot Figuur 4-1: De zorgverzekeraars zijn fictief oplopend genummerd. Dit wordt voor elke figuur in dit hoofdstuk opnieuw uitgevoerd. Zorgverzekeraar 1 in deze figuur is niet per definitie zorgverzekeraar 1 in een andere figuur. Het gemiddelde vereveningsresultaat is gelijk op elk van de drie momenten. Het gemiddelde kostenniveau in 2018 is € 2380. Dit zijn de totale, gerealiseerde kosten.

Tabel 4-1. Gemiddeld vereveningsresultaat in het somatische model in € per verzekerde, per zorgverzekeraar

	Gemiddelde in €	Spreiding in €
Zonder RV	70	406
DV voor FB	70	45
DV na FB	70	50

Voetnoot Tabel 4-1: Het gemiddelde vereveningsresultaat is gelijk op elk van de drie momenten. Het gemiddelde kostenniveau in 2018 is € 2380. Dit zijn de totale, gerealiseerde kosten.

4.1.1.1. Gemiddelde vereveningsresultaat

Zowel Figuur 4-1 als Tabel 4-1 geeft de resultaten voor de drie eerder beschreven verschillende momenten.

Conform verwachting zijn er grote verschillen in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars in de fictieve situatie zonder risicovereveningssysteem zichtbaar in Figuur 4-1. Door toepassing van het risicovereveningsmodel nemen de verschillen tussen zorgverzekeraars substantieel af. Het risicovereveningssysteem 2018 is in staat een meer gelijk speelveld voor zorgverzekeraars te realiseren. Het gemiddelde vereveningsresultaat voor zorgverzekeraars verandert niet tussen de verschillende situaties. De totale 'som' die in de drie situaties wordt verdeeld blijft immers gelijk.

4.1.1.2. Spreiding

In Tabel 4-1 is de spreiding in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars zichtbaar. De toepassing van het risicovereveningssysteem 2018 zorgt voor een afname van de spreiding in het vereveningsresultaat met 88% (van € 406 naar € 50 per verzekerde: Tabel 4-1). Dit is het saldo van:

- Reductie van 89% door het ex-ante model (DV voor FB) ten opzichte van de fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem. Door toepassing van het risicovereveningsmodel neemt de spreiding af van € 406 naar € 45 per verzekerde.
- **Toename van 1% door flankerend beleid (DV na FB) ten opzichte van de fictieve situatie.** De toename in de spreiding wordt verklaard door de werking van flankerend beleid bij een overschrijding van het MPB (Bijlage A).

In Tabel 4-2 is de spreiding op de drie onderscheiden momenten afgezet tegen de spreiding in voorgaande jaren. De resultaten voor 2018 zijn in lijn met de resultaten uit voorgaande jaren. De spreiding zonder toepassing van het risicovereveningsmodel is in absolute zin gestegen ten opzichte van 2017 (van € 389 naar € 406). Dit beeld is ook zichtbaar in voorgaande jaren, waarin de spreiding tussen vereveningsresultaten zonder het risicovereveningssysteem steeds verder oploopt. De spreidingsreductie door het

risicovereveningsmodel (89%) is groter dan in voorgaande jaren, resulterend in een lagere spreiding dan in 2017 (van € 57 naar € 45). De spreiding is vergroot door toepassing van flankerend beleid (van € 45 naar € 50). Dit is in lijn met eerdere jaren (2014 t/m 2017). In deze jaren was er eveneens sprake van een onderschrijding van het MPB.

Tabel 4-2. Spreiding in vereveningsresultaat in het somatische model in € over tijd, Monitor 2013 t/m 2018

Jaar	Zonder RV	DV voor FB		DV na FB	
	Spreiding in €	Spreiding in €	Spreidingsreductie	Spreiding in €	Spreidingsreductie
2013	239	38	84%	31	87%
2014	253	31	88%	35	85%
2015	269	38	86%	47	83%
2016	302	56	82%	56	81%
2017	389	57	85%	61	84%
2018	406	45	89%	50	88%

4.1.2. Nadere analyse portefeuilleomvang

Ter verdieping worden verschillen in gemiddelde vereveningsresultaat van en tussen zorgverzekeraars op basis van de portefeuilleomvang geanalyseerd. Deze analyse geeft inzicht in of en in welke mate het risicovereveningssysteem werkt voor zorgverzekeraars van verschillende omvang.

4.1.2.1. Klein/Middelgroot/Groot

De toepassing van het risicovereveningssysteem 2018 zorgt ervoor dat het gemiddelde vereveningsresultaat voor zorgverzekeraars van verschillende omvang dichter bij elkaar ligt. Het risicovereveningssysteem werkt dus niet selectief voor zorgverzekeraars met een bepaalde omvang, maar compenseert voor verschillen in het risicoprofiel (i.e. verwachte kosten), ongeacht de omvang van de zorgverzekeraar. Wel zal de mate van compensatie beïnvloed worden door de mate waarin de portefeuille afwijkt van het landelijk gemiddelde en de omvang van de portefeuille.

In Tabel 4-3 is het gemiddelde vereveningsresultaat voor zorgverzekeraars weergegeven, ingedeeld op het aantal verzekerden in de portefeuille¹¹. Zorgverzekeraars met minder dan 150.000 verzekerden worden ingedeeld als 'Klein', zorgverzekeraars met 150.000 tot 500.000

verzekerden als 'Middelgroot'. De overige zorgverzekeraars worden als 'Groot' aangemerkt.

4.1.2.2. Gemiddelde vereveningsresultaat

In Tabel 4-3 is zichtbaar dat in de fictieve situatie zonder risicovereveningsmodel het gemiddelde vereveningsresultaat voor kleine en middelgrote zorgverzekeraars (respectievelijk € 90 en € 356) boven het landelijk gemiddelde vereveningsresultaat van € 70 ligt. Grote zorgverzekeraars hebben daarentegen een negatief vereveningsresultaat. Dit beeld is in lijn met de resultaten uit 2017. De toepassing van het risicovereveningsmodel zorgt voor een grote vermindering van de verschillen in vereveningsresultaten tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang. De vereveningsresultaten voor kleine en middelgrote zorgverzekeraars dalen (naar respectievelijk € 33 en € 77), het vereveningsresultaat voor grote zorgverzekeraars stijgt (naar € 69). De toepassing van flankerend beleid vergroot vervolgens het verschil in vereveningsresultaten tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang licht. Het vereveningsresultaat van kleine zorgverzekeraars blijft onveranderd, het vereveningsresultaat van middelgrote zorgverzekeraars neemt toe en het vereveningsresultaat van grote zorgverzekeraars neemt af.

¹¹ Merk op dat slechts drie verzekeraars worden geclassificeerd als klein (< 150.000). Hiermee is aangesloten bij de gangbare definitie en de OT.

4.1.2.3. Spreiding

Het verschil in spreiding in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang is zeer groot in de fictieve situatie zonder risicoverevening. De spreiding voor kleine zorgverzekeraars is € 886, terwijl dit voor middelgrote en grote zorgverzekeraars respectievelijk € 378 en € 345 is. Het risicovereveningsmodel vermindert de spreiding tot

respectievelijk € 6, € 77 en € 27. De verschillen in vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars eenzelfde omvangklasse zijn dus fors verkleind door toepassing van het risicovereveningsmodel. De spreiding wordt vervolgens vergroot door toepassing van flankerend beleid, naar respectievelijk € 17, € 80 en € 34. Dit is het gevolg van een overschrijding van het MPB, zoals in Bijlage A toegelicht.

Tabel 4-3. Gemiddeld vereveningsresultaat en spreiding in het somatische model in € , voor kleine /middelgrote/grote zorgverzekeraars

	Gemiddelde in €			Spreiding in €		
	Klein	Middelgroot	Groot	Klein	Middelgroot	Groot
Zonder RV	90	356	-28	886	378	345
DV voor FB	33	77	69	6	77	27
DV na FB	33	84	66	17	80	34

4.1.2.4. Behorend tot concern/ Zelfstandig

Het risicovereveningssysteem in 2018 reduceert een groot deel van de verschillen in het vereveningsresultaat en de spreiding daarvan tussen concern- en zelfstandige zorgverzekeraars. Dit blijkt uit Tabel 4-4. In deze tabel is het gemiddelde vereveningsresultaat en de spreiding daarvan weergegeven, opgesplitst voor zorgverzekeraars behorend tot een concern¹² of zelfstandige zorgverzekeraars.

4.1.2.5. Gemiddelde vereveningsresultaat

Op alle momenten is het vereveningsresultaat van zelfstandige zorgverzekeraars groter dan voor concern zorgverzekeraars. In de fictieve situatie zonder risicovereveningsmodel is het grootste verschil in het vereveningsresultaat tussen concerns en zelfstandige zorgverzekeraars zichtbaar (respectievelijk € 14 om € 427). Dit verschil wordt door toepassing van het risicovereveningssysteem sterk verminderd. Het vereveningsresultaat van concern zorgverzekeraars neemt met 364% toe (van € 14 naar € 65), terwijl het vereveningsresultaat voor zelfstandige zorgverzekeraars

met 75% afneemt (van € 427 naar € 105). Voor beide soorten zorgverzekeraars is eenzelfde effect in voorgaande edities van de Monitor geconstateerd (Monitor 2013 t/m 2017).

4.1.2.6. Spreiding

De spreiding in het vereveningsresultaat neemt voor zowel concern als zelfstandige zorgverzekeraars af door het risicovereveningssysteem: respectievelijk van € 386 naar € 36 (91% daling) en van € 346 naar € 95 (73% daling). In de Monitor 2017 was deze daling respectievelijk 87% en 61%. De reductie in spreiding is voor zowel concern als zelfstandige zorgverzekeraars toegenomen in 2018. Dit is mogelijk het effect van modelverbeteringen ten opzichte van het risicovereveningssysteem 2017. Door flankerend beleid neemt de spreiding in het gemiddelde vereveningsresultaat licht toe. Hiervoor geldt dezelfde verklaring als vermeld in Bijlage A. In voorgaande edities van de Monitor is hetzelfde effect geconstateerd (Monitor 2013 t/m 2017).

¹² Een concern is een groep van twee of meer in deze monitor onderscheide zorgverzekeraars.

Tabel 4-4. Gemiddeld vereveningsresultaat en spreiding in het somatische model in € , voor zorgverzekeraars wel/niet behorend tot een concern

	Gemiddelde in €		Spreiding in €	
	Concern	Zelfstandig	Concern	Zelfstandig
Zonder RV	14	427	386	346
DV voor FB	66	95	30	91
DV na FB	65	105	36	95

4.1.3. Gemiddelde resultaatverschuiving (GGARV)

De gewogen gemiddelde absolute resultaat verschuiving (GGARV) is een samenvattende maatstaf voor de verschuiving in het gemiddelde vereveningsresultaat voor zorgverzekeraars tussen twee momenten. De resultaten als gevolg van de toepassing van het risicovereveningsmodel en flankerend beleid zijn weergegeven in Tabel 4-5.

Conform verwachting zorgt toepassing van het risicovereveningsmodel voor de grootste verschuiving in het gemiddelde vereveningsresultaat van zorgverzekeraars. Dit effect is € 279 in 2018, een stijging van het effect ten opzichte van 2017. Dit resultaat is in lijn met eerdere jaren. In Tabel 4-5 zijn ook de resultaten voor 2013 t/m 2017 weergegeven. Sinds de Monitor 2013 is het de absolute resultaat verschuiving door het risicovereveningsmodel ieder jaar toegenomen. Dit houdt in dat er als gevolg van het risicovereveningsmodel, jaarlijks meer geld onderling wordt verdeeld tussen zorgverzekeraars. Dit is het gevolg van modelverbeteringen en/of portefeuillesamenstellingen die sterker van elkaar zijn gaan verschillen. Op de samenstelling van de portefeuille wordt in Hoofdstuk 4.1.4 een nadere analyse uitgevoerd.

Flankerend beleid zorgt voor een GGARV van € 8, een stijging van € 3 ten opzichte van 2017. De stijging van het effect van flankerend beleid is het gevolg van een stijgend macrovereveningsresultaat in 2018.

4.1.4. Nadere analyse verandering in portefeuille samenstelling

Het risicovereveningsmodel 2018 neemt bij de definitieve vaststelling niet alle voorspelbare verschillen in het vereveningsresultaat per verzekerde voor zorgverzekeraars weg.

In deze analyse zoeken we naar de meest dominante oorzaak van de verschillen in vereveningsresultaten tussen

zorgverzekeraars door middel van een risicofactor die de relatieve morbiditeit van zorgverzekeraarsportefeuilles weergeeft. Deze risicofactor $RF_{ZV,t}$ wordt per zorgverzekeraar als volgt berekend.

$$RG_{ZV,t} = \frac{\sum_{i=1}^n [1_{\{i \in Risicogroep_t\}} * gew_i]}{\sum_{i=1}^n gew_i}, (1)$$

$$RF_{ZV,t} = \frac{RG_{ZV,t}}{\overline{RG}_{ZV,t}}. (2)$$

Variabele $RG_{ZV,t}$ in formule (1) is gelijk aan het aantal verzekerdenjaren in de risicogroep per verzekerdenjaar in de portefeuille van zorgverzekeraar ZV op tijdstip t (2017 of 2018).¹³

In formule (2) wordt de variabele $RG_{ZV,t}$ vervolgens afgezet tegen het landelijk gemiddelde $\overline{RG}_{ZV,t}$. Dit levert per zorgverzekeraar ZV de risicofactor $RF_{ZV,t}$ op. Deze risicofactor geeft het relatieve aantal verzekerdenjaren in de risicogroep in de portefeuille van een zorgverzekeraar aan, afgewogen tegen het landelijk gemiddelde. Op deze manier is berekend of een portefeuille van een zorgverzekeraar relatief veel of weinig verzekerdenjaren in de risicogroep bevat.

In bovenstaande vergelijkingen geldt: n is het aantal verzekerden in de portefeuille van zorgverzekeraar ZV, gew is de inschrijfduur per kalenderjaar van iedere verzekerde in de portefeuille en t is het jaar (2017 of 2018) waarvoor de risicofactor wordt berekend.

In formule (1) wordt per verzekerde i in de portefeuille van zorgverzekeraar ZV op tijdstip t nagegaan of deze verzekerde behoort tot de risicogroep. Vanwege wijzigingen in het risicovereveningsmodel tussen 2017 en 2018, is de risicogroep voor beide jaren als volgt gedefinieerd:

- 2017: Een verzekerde scoort minimaal één positieve FKG, DKG, MHK, HKG en/of FDG-klasse.

¹³ Bij een zorgverzekeraar met 500.000 verzekerdenjaren in de portefeuille, waarvan 100.000 verzekerdenjaren tot de risicogroep behoren, geldt: $RG_{ZV,t} = \frac{100.000}{500.000} = 0.2$

- 2018: Een verzekerde scoort minimaal één positieve FKG, pDKG, sDKG, MHK (excl. MHK-1), HKG en/of FDG-klasse.

Deze indicator variabele (0 of 1) wordt vervolgens gewogen met de inschrijfduur van de verzekerde. De uitkomst voor alle n verzekerden in de portefeuille van zorgverzekeraar ZV wordt vervolgens gesommeerd. De teller van formule (1) geeft daarmee het aantal verzekerdenjaren in de risicogroep van zorgverzekeraar ZV. De noemer van formule (1) geeft het totaal aantal verzekerdenjaren in de portefeuille van zorgverzekeraar ZV.

De hypothese die we met deze analyse onderzoeken is: Het vereveningsresultaat voor zorgverzekeraars met relatief minder dan gemiddeld verzekerdenjaren in de risicogroep, is hoger dan het vereveningsresultaat voor zorgverzekeraars met relatief meer dan gemiddeld verzekerdenjaren in de risicogroep.

Wanneer voor zorgverzekeraars de factor van het aandeel in de risicogroep in hun portefeuille verandert, zal naar verwachting de relatieve afwijking van hun vereveningsresultaat ten opzichte van het gemiddelde ook veranderen.

In Figuur 4-2 wordt de relatieve afwijking van het gemiddelde vereveningsresultaat (berekend over deze

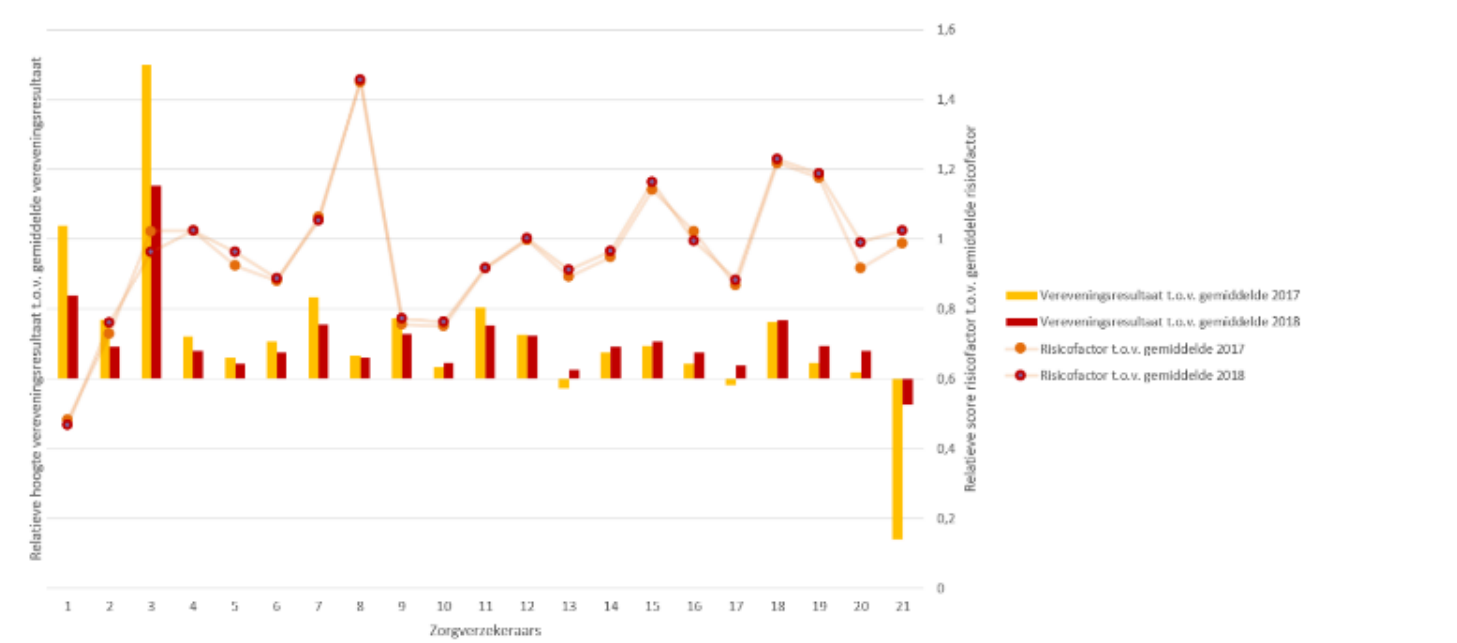
subgroep van 21 zorgverzekeraars, en daarmee afwijkend van het gemiddelde vereveningsresultaat dat in Hoofdstuk 4.1.1.1. is weergegeven) getoond voor de 21 zorgverzekeraars die zowel voorkomen in 2017 als in 2018. Deze resultaten zijn geordend op basis van het verschil in de relatieve afwijking van het gemiddelde vereveningsresultaat tussen 2017 en 2018. Het meest positieve verschil tussen de twee jaren is zichtbaar voor de zorgverzekeraar uiterst rechts in de figuur. Zichtbaar is dat de relatieve afwijking van het gemiddelde vereveningsresultaat van de meeste zorgverzekeraars verandert tussen 2017 en 2018. Daarnaast is zichtbaar dat de verandering in het relatieve aantal verzekerdenjaren in de risicogroep, tussen 2017 en 2018 zeer klein is.

De verandering in de relatieve afwijking van het gemiddelde vereveningsresultaat lijkt daarmee niet veroorzaakt te zijn door de verandering in het aandeel verzekerden in de risicogroep binnen de portefeuilles. Deze uitkomst maakt het minder aannemelijk dat (een groot deel) van de toegenomen spreidingsreductie in 2018 verklaard wordt door veranderingen in de portefeuillesamenstelling van zorgverzekeraars. De aannemelijkheid dat de verbetering het resultaat is van aanpassingen in het risicovereveningsmodel neemt daarmee toe.

Tabel 4-5. GGARV in € in het somatische model als gevolg van het risicovereveningssysteem

Resultaten GGARV						
Jaren	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ex ante model	167	179	189	205	277	279
Flankerend beleid	10	14	10	1	5	8
Bandbreedte regeling	9	3	-	-	-	-

Figuur 4-2. Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat in het somatische model in € per verzekerde per zorgverzekeraar, geschaald naar het gemiddelde over deze 21 zorgverzekeraars, afgezet tegen de risicofactor van zorgverzekeraars relatief ten opzichte van de gemiddelde risicofactor



Voetnoot Figuur 4-2: De verticale as aan de linkerzijde van de figuur, voor de relatieve hoogte van het vereveningsresultaat t.o.v. het gemiddelde vereveningsresultaat (berekend over 21 zorgverzekeraars), is doelbewust weggelaten ter voorkoming van herleidbaarheid van gegevens. De verticale as aan de rechterzijde van de figuur, lopend van 0 tot 1.6, ziet op de relatieve score van de risicofactor t.o.v. de gemiddelde risicofactor over de 21 zorgverzekeraars. Deze as is **niet** indicatief voor de relatieve hoogte van het vereveningsresultaat t.o.v. het gemiddelde vereveningsresultaat.

4.2. GGZ kosten

4.2.1. Landelijk beeld

In Figuur 4-3 wordt het gemiddelde vereveningsresultaat per zorgverzekeraar op de verschillende momenten voor GGZ-kosten getoond. De bijbehorende Tabel 4-6 presenteert daarnaast de spreiding (gewogen standaarddeviatie hierin).

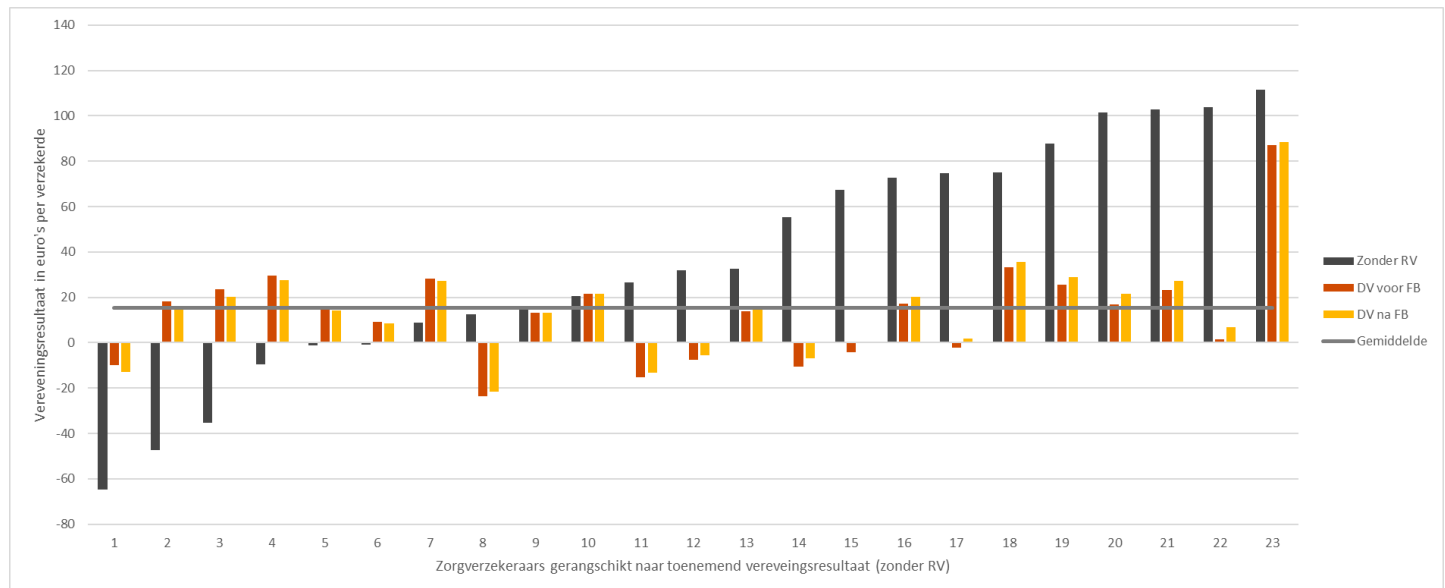
4.2.1.1. Gemiddelde vereveningsresultaat

In zowel Figuur 4-3 als Tabel 4-6 zijn andermaal drie momenten onderscheiden: 'Zonder RV', 'DV voor FB' en

'DV na FB'. Deze momenten zijn identiek aan de momenten genoemd in Hoofdstuk 4.1.

Conform verwachting zijn er grote verschillen waarneembaar (zie Figuur 4-3) in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars in de fictieve situatie. Door toepassing van het risicovereveningsmodel nemen deze verschillen af. Het risicovereveningsmodel 2018 is in staat een meer gelijk speelveld voor zorgverzekeraars te realiseren ten opzichte van de fictieve situatie zonder risicovereveningsmodel. Het gemiddelde vereveningsresultaat voor zorgverzekeraars verandert niet tussen de verschillende momenten.

Figuur 4-3. Gemiddeld vereveningsresultaat in € per verzekerde 18+, per zorgverzekeraar



Voetnoot Figuur 4-3: De zorgverzekeraars zijn fictief oplopend genummerd. Dit wordt voor elke figuur in dit hoofdstuk opnieuw uitgevoerd. Zorgverzekeraar 1 in deze figuur is niet per definitie zorgverzekeraar 1 in een andere figuur.

Tabel 4-6. Gemiddeld vereveningsresultaat in het GGZ-model in € per verzekerde 18+, per zorgverzekeraar

	Gemiddelde in €	Spreiding in €
Zonder RV	15	43
DV voor FB	15	14
DV na FB	15	13

Voetnoot Tabel 4-6: Het gemiddelde vereveningsresultaat is gelijk op elk van de drie momenten. Het gemiddelde kostenniveau in 2018 is € 272. Dit zijn de totale, gerealiseerde kosten.

4.2.1.2. Spreiding

Het risicovereveningsmodel 2018 zorgt voor een afname van de spreiding in het vereveningsresultaat met 70% (van € 43 naar € 13), zichtbaar in Tabel 4-7. Dit is het saldo van:

- **Reductie van 67% door het risicovereveningsmodel (DV voor FB) ten opzichte van de fictieve situatie** zonder een risicovereveningsmodel. Door toepassing van het risicovereveningsmodel neemt de spreiding af van € 43 naar € 14 per verzekerde 18+.
- **Reductie van 3% door flankerend beleid (DV na FB) ten opzichte van de fictieve situatie.** Flankerend beleid zorgt bij GGZ-kosten voor een verdere reductie van de spreiding in het vereveningsresultaat (uitgebreidere toelichting hierover in Bijlage A).

De spreiding zonder het risicovereveningsmodel is ten opzichte van 2017 toegenomen, van € 36 naar € 43 (zie Tabel 4-7). Dit kan (deels) worden verklaard door het samenvoegen van gGGZ en IGGZ kosten in 2018. De totale som aan kosten waarop de spreiding in 2018 wordt berekend, is hoger dan in 2017. De reductie van de spreiding als gevolg van het risicovereveningssysteem is groter dan in 2017 (70% om 59%), maar kleiner dan in de voorgaande jaren 2013 t/m 2016. Een verklaring hiervoor kan een combinatie van wijzigingen in de portefeuillesamenstelling en/of wijzigingen in het risicovereveningssysteem, waaronder verbetering aan het risicovereveningsmodel en afbouw van ex-post maatregelen, zijn. Bij vergelijking van de resultaten met voorgaande jaren dienen deze wijzigingen in acht te worden genomen. Wijzigingen in de portefeuillesamenstellingen van zorgverzekeraars worden nader geanalyseerd in Hoofdstuk 4.2.4.

Tabel 4-7. Spreiding en spreidingsreductie van het gemiddelde vereveningsresultaat in € over 2013 t/m 2018

Jaar	Zonder RV	DV voor FB	DV na FB		
	Spreiding in €	Spreiding in €	Spreidingsreductie	Spreiding in €	Spreidingsreductie
2013	53	8	85%	5	91%
2014	50	11	78%	7	86%
2015	40	9	78%	7	83%
2016	37	12	68%	8	78%
2017	36	16	56%	15	59%
2018	43	14	67%	13	70%

4.2.2. Nadere analyse portefeuilleomvang

4.2.2.1. Klein/Middelgroot/Groot

Het risicovereveningssysteem 2018 werkt niet selectief voor zorgverzekeraars van een bepaalde omvang. Het brengt de vereveningsresultaten van kleine tot grote zorgverzekeraars dichter bij elkaar, en compenseert dus voor verschillen in het risicoprofiel (i.e. verwachte kosten) in plaats van voor omvang van zorgverzekeraars.

4.2.2.2. Gemiddelde vereveningsresultaat

In Tabel 4-8 is het gemiddelde vereveningsresultaat voor zorgverzekeraars weergegeven, ingedeeld op het aantal verzekerden in de portefeuille. De indeling van zorgverzekeraars is identiek aan Hoofdstuk 4.1.2. In de fictieve situatie zonder risicovereveningssysteem ligt het gemiddelde vereveningsresultaat voor kleine en middelgrote zorgverzekeraars (respectievelijk € 28 en € 56) boven het gemiddelde vereveningsresultaat van € 15.

Het vereveningsresultaat voor grote zorgverzekeraars ligt met € 1 veel lager.

4.2.2.3. Spreiding

Voor kleine en middelgrote zorgverzekeraars neemt het gemiddelde vereveningsresultaat sterk af door toepassing van het risicovereveningsmodel, tot onder het landelijk gemiddelde. Het vereveningsresultaat voor grote zorgverzekeraars neemt af en komt uit op het landelijk gemiddelde. De verschillen tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang hangen samen met de portefeuillesamenstelling; dit is zichtbaar in de resultaten van de fictieve situatie zonder risicovereveningssysteem. De resultaten zijn in lijn met de Monitor 2017. Zoals al zichtbaar bij 4.2.1. zorgt flankerend beleid voor een toename van het gemiddelde vereveningsresultaat bij kleine en middelgrote zorgverzekeraars. Bij grote zorgverzekeraars zorgt het voor een lichte afname.

4.2.2.4. Behorend tot concern/Zelfstandig

In lijn met eerdere bevindingen, reduceert het risicovereveningssysteem een deel van de verschillen in vereveningsresultaat tussen concern- en zelfstandige zorgverzekeraars, waardoor er een gelijk(er) speelveld ontstaat (Tabel 4-9).

4.2.2.5. Gemiddelde vereveningsresultaat

Het gemiddelde vereveningsresultaat voor concern-zorgverzekeraars stijgt licht door de werking van het risicovereveningsmodel en blijft gelijk na flankerend beleid. Bij zelfstandige zorgverzekeraars daalt het gemiddelde vereveningsresultaat na inzet van het risicovereveningsmodel. Het gemiddelde vereveningsresultaat voor zelfstandige zorgverzekeraars is op alle momenten hoger dan voor concern-

zorgverzekeraars. Dit komt overeen met de resultaten in voorgaande jaren.

4.2.2.6. Spreiding

De inzet van het risicovereveningssysteem leidt zowel voor concern- als zelfstandige zorgverzekeraars tot een daling van de spreiding. Bij de zelfstandige zorgverzekeraars is er een grotere spreiding dan bij concern-zorgverzekeraars en deze spreiding wordt ook in mindere mate gereduceerd door het risicovereveningsmodel. De spreidingsreductie voor zelfstandige zorgverzekeraars is wel verbeterd ten opzichte van 2017. In de Monitor 2017 werd voor zelfstandige zorgverzekeraars geen spreidingsreductie aangetoond als gevolg van de inzet van het risicovereveningsmodel.

Tabel 4-8. Gemiddeld vereveningsresultaat en spreiding in het GGZ-model in € , voor kleine /middelgrote/grote zorgverzekeraars

	Gemiddelde in €			Spreiding in €		
	Klein	Middelgroot	Groot	Klein	Middelgroot	Groot
Zonder RV	28	56	1	58	43	33
DV voor FB	-1	10	18	13	25	4
DV na FB	1	12	17	14	24	4

Tabel 4-9. Gemiddelde vereveningsresultaat en spreiding in het GGZ-model in € , voor concern- en zelfstandige zorgverzekeraars

	Gemiddelde in €		Spreiding in €	
	Concern	Zelfstandig	Concern	Zelfstandig
Zonder RV	11	44	42	39
DV voor FB	14	23	10	24
DV na FB	14	24	10	24

4.2.3. Gemiddelde resultaatverschuiving

Conform verwachting zorgt het risicovereveningsmodel voor de grootste verschuiving in het gemiddelde vereveningsresultaat van zorgverzekeraars. Dit effect (€ 38 per verzekerde 18+ ten opzichte van de fictieve situatie) is groter dan in voorgaande jaren 2013 t/m 2017 (Tabel 4-10).

Dit kan verklaard worden door de samenvoeging van het gGGZ en het IGGZ model in 2018. De gemiddelde resultaatverschuiving voor de IGGZ zonder risicoverevening bedroeg in 2017 € 4.

Het effect van flankerend beleid is € 2 per verzekerde 18+. Dit effect is even groot als in 2017, maar kleiner dan in 2013 t/m 2016.

Tabel 4-10. GGARV in € in het GGZ-model als gevolg van het risicovereveningssysteem

Resultaten GGARV						
Jaren	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ex ante model	34	36	32	33	35	38
Flankerend beleid	6	6	3	4	2	2
HKC*	8	5	-	-	-	-
Bandbreedte regeling	1	1	1	1	-	-

4.2.4. Nadere analyse verandering in portefeuille samenstelling

Op dezelfde manier als in Hoofdstuk 4.1.4 (somatische kosten) zoeken we voor het GGZ-risicovereveningsmodel de meest dominante oorzaak van de verschillen in vereveningsresultaten tussen zorgverzekeraars door middel van een risicofactor die de relatieve morbiditeit van zorgverzekeraarsportefeuilles weergeeft. Deze risicofactor $RF_{ZV,t}$ wordt per zorgverzekeraar berekend met de volgende formule. Zie voor toelichting bij deze formule Hoofdstuk 4.1.4.

$$RG_{ZV,t} = \frac{\sum_{i=1}^n [1_{\{i \in \text{Risicogroep}_t\}} * gew_i]}{\sum_{i=1}^n gew_i}, (1)$$

$$RF_{ZV,t} = \frac{RG_{ZV,t}}{\overline{RG_{ZV,t}}}. (2)$$

De risicogroepen die voor het GGZ-risicovereveningsmodel worden onderscheiden voor 2017 en 2018 zijn identiek:

- Een verzekerde scoort minimaal één positieve FKG-GGZ, DKG-GGZ of MHK-GGZ.

De hypothese die we met deze analyse onderzoeken is: Het vereveningsresultaat voor zorgverzekeraars met relatief minder dan gemiddeld verzekerdenjaren in de risicogroep, is hoger dan het vereveningsresultaat voor zorgverzekeraars met relatief meer dan gemiddeld verzekerdenjaren in de risicogroep.

Wanneer voor zorgverzekeraars de factor van het aandeel in de risicogroep in hun portefeuille verandert, zal naar verwachting de relatieve afwijking van hun vereveningsresultaat ten opzichte van het gemiddelde ook veranderen.

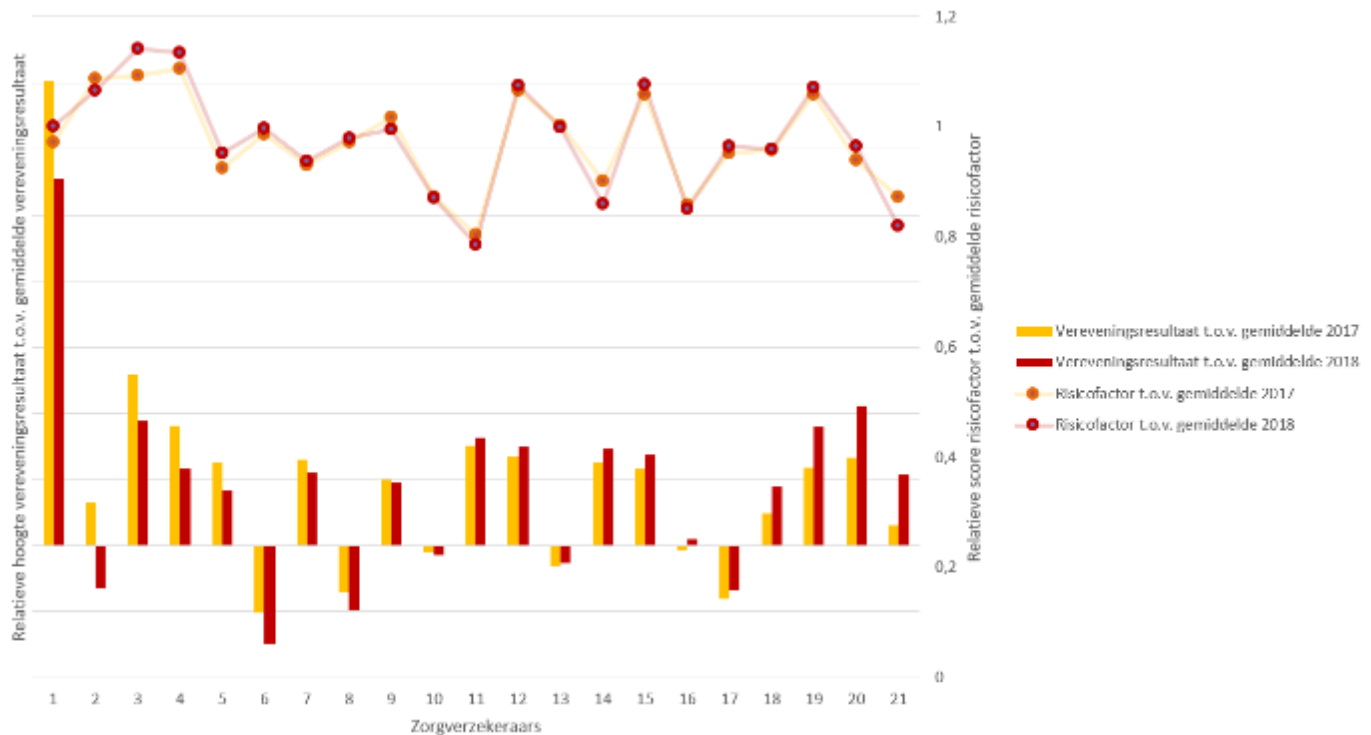
In Figuur 4-4 wordt de relatieve afwijking van het gemiddelde vereveningsresultaat (berekend over deze subgroep van 21 zorgverzekeraars, en daarmee afwijkend van het gemiddelde vereveningsresultaat dat in Hoofdstuk 4.2.1.1. is weergegeven) getoond voor de 21 zorgverzekeraars die zowel voorkomen in 2017 als in 2018. Deze resultaten zijn geordend op basis van het verschil in de relatieve afwijking van het gemiddelde vereveningsresultaat tussen 2017 en 2018. Het meest positieve verschil tussen de twee jaren is zichtbaar voor de zorgverzekeraar uiterst rechts in de figuur. Zichtbaar is dat de relatieve afwijking van het gemiddelde vereveningsresultaat van de meeste zorgverzekeraars verandert tussen 2017 en 2018. Daarnaast is zichtbaar dat de verandering in het relatieve aantal verzekerdenjaren in de risicogroep tussen 2017 en 2018 voor enkele zorgverzekeraars gerelateerd is aan een verandering in de relatieve afwijking van het gemiddelde vereveningsresultaat.

Het is daarmee aannemelijk dat veranderingen in de relatieve afwijking van het gemiddelde vereveningsresultaat (deels) veroorzaakt zijn door verandering in het aandeel verzekerden in de risicogroep binnen de portefeuilles van de zorgverzekeraars. Op basis van de beschikbare informatie voor de Monitor 2018 kan de impact van de samenvoeging van de gGGZ-kosten en IGGZ-kosten in 2018 hierbinnen niet specifiek worden

geanalyseerd. Deze uitkomst maakt het wel minder aannemelijk dat de toegenomen spreidingsreductie in 2018 grotendeels verklaard kan worden door de doorgevoerde modelwijziging in 2018. Het is aannemelijk dat portefeuille

effecten en/ of effecten door de samenvoeging van de gGGZ-kosten en IGGZ-kosten hierbij een rol hebben gespeeld.

Figuur 4-4. Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat in € per verzekerde 18+ per zorgverzekeraar, geschaald naar het gemiddelde over deze 21 zorgverzekeraars, afgezet tegen de risicofactor van zorgverzekeraars relatief ten opzichte van de gemiddelde risicofactor



Voetnoot Figuur 4-4: De verticale as aan de linkerzijde van de figuur, voor de relatieve hoogte van het vereveningsresultaat t.o.v. het gemiddelde vereveningsresultaat (berekend over 21 zorgverzekeraars), is doelbewust weggelaten ter voorkoming van herleidbaarheid van gegevens. De verticale as aan de rechterzijde van de figuur, lopend van 0 tot 1.4, ziet op de relatieve score van de risicofactor t.o.v. de gemiddelde risicofactor over de 21 zorgverzekeraars. Deze as is niet indicatief voor de relatieve hoogte van het vereveningsresultaat t.o.v. het gemiddelde vereveningsresultaat.

4.3. Eigen risico

4.3.1. Landelijk beeld

Figuur 4-5 en Tabel 4-11 presenteren de resultaten voor de opbrengsten van het eigen risico voor alle zorgverzekeraars op verschillende momenten.

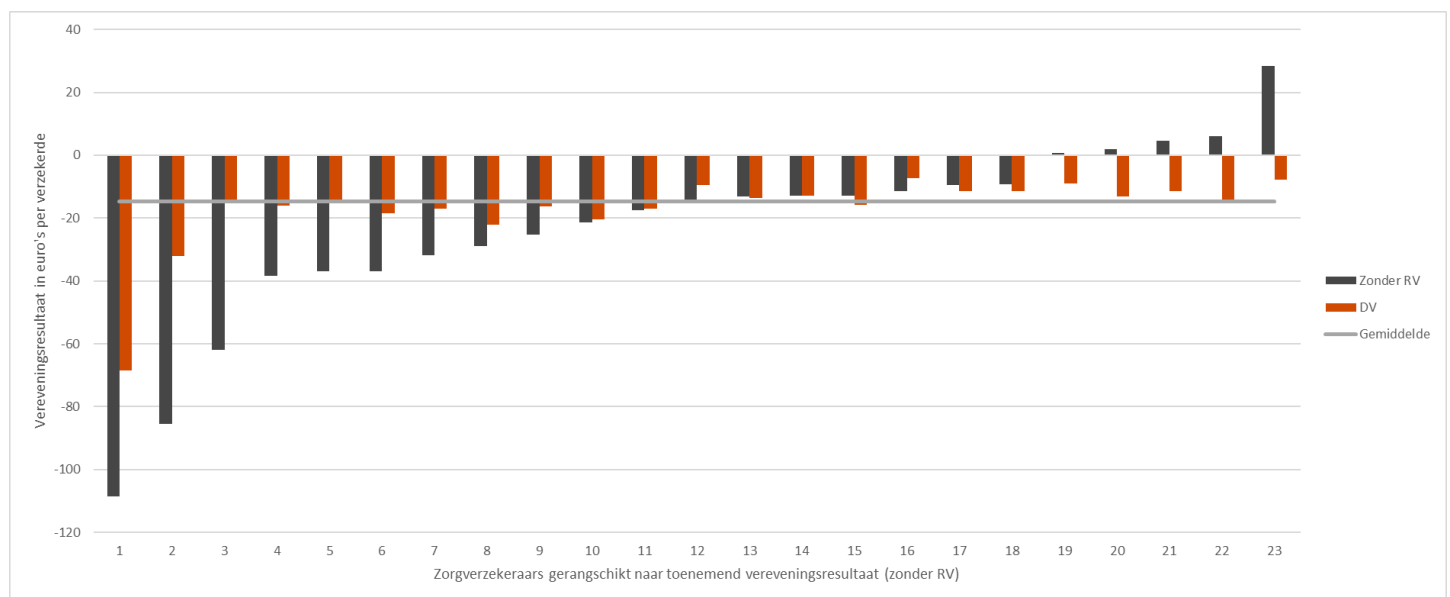
4.3.1.1. Gemiddelde vereveningsresultaat

Het gemiddelde vereveningsresultaat is € -15 per verzekerde 18+ bij de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage. Dit is meer dan vorig jaar: € -12 per verzekerde 18+ (Monitor 2017).

4.3.1.2. Spreiding

De spreiding in het vereveningsresultaat neemt door het vereveningsmodel af met 64% (van € 21 naar € 7 per verzekerde 18+: Tabel 4-11). Het risicovereveningsmodel draagt bij aan het terugbrengen van verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico. De spreidingsreductie is vergelijkbaar met voorgaande jaren (Tabel 4-12). Het verplicht eigen risico bedrag is over de periode 2008 tot en met 2016 verhoogd en vanaf 2016 gelijk gebleven.

Figuur 4-5. Gemiddelde vereveningsresultaat voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico in 2018 per zorgverzekeraar. De tabel geeft de spreiding in het vereveningsresultaat. Beiden is in € per verzekerde 18+



Voetnoot Figuur 4-5: De zorgverzekeraars zijn fictief oplopend genummerd. Dit wordt voor elke figuur in dit hoofdstuk opnieuw uitgevoerd. Zorgverzekeraar 1 in deze figuur is niet per definitie zorgverzekeraar 1 in een andere figuur.

Tabel 4-11. Gemiddelde vereveningsresultaat voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico in 2018 per zorgverzekeraar. De tabel geeft de spreiding in het vereveningsresultaat. Beiden is in € per verzekerde 18+

	Gemiddelde in €	Spreiding in €
Zonder RV	-15	21
DV	-15	7

Tabel 4-12. Spreiding en spreidingsreductie van het gemiddelde vereveningsresultaat in € over 2013 t/m 2018

Jaar	Zonder RV	DV	
	Spreiding in €	Spreiding in €	Spreidingsreductie
2013	15	7	53%
2014	16	6	63%
2015	17	6	65%
2016	19	7	63%
2017	20	8	61%
2018	21	7	64%

Voetnoot Tabel 4-12: Cijfers van 2013 t/m 2017 overgenomen uit eerdere edities van de Monitor. Spreidingsreductie ten opzichte van de fictieve situatie zonder een risicovereveningsmodel ('zonder RV').

4.3.2. Nadere analyse portefeuilleomvang

4.3.2.1. 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 van middelgrote zorgverzekeraars lager is dan voor kleine en grote zorgverzekeraars (Tabel 4-13). De aansluiting in 2018 ligt in lijn met 2017.

Het risicovereveningssysteem reduceert verschillen in spreiding (Tabel 4-13). De spreiding is voor middelgrote zorgverzekeraars het hoogst. Kleine en grote zorgverzekeraars hebben de kleinste, nagenoeg gelijke spreiding.

4.3.2.2. Behorend tot een concern/ zelfstandige zorgverzekeraars

Door het risicovereveningsmodel komt het gemiddelde vereveningsresultaat voor concern en zelfstandige

zorgverzekeraars dicht bij elkaar (Tabel 4-14). 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 lager gemiddeld vereveningsresultaat betekent dat bij deze zorgverzekeraars de korting op de bijdrage beter aansluit op de geïnde opbrengsten voor het verplicht eigen risico.

Bij concern-zorgverzekeraars is de spreiding lager dan bij zelfstandige zorgverzekeraars (Tabel 4-14). Dit is in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2013 t/m 2017).

4.3.3. Gemiddelde resultaatverschuiving

Voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico is de GGARV ten opzichte van de fictieve situatie gelijk aan € 9 per verzekerde 18+. Dit betekent dat het risicovereveningsmodel zorgt voor een verschuiving van gemiddeld € 9 per verzekerde 18+ op het resultaat van zorgverzekeraars. Deze GGARV is vergelijkbaar met die van vorige jaren (Monitor 2014 t/m 2017).

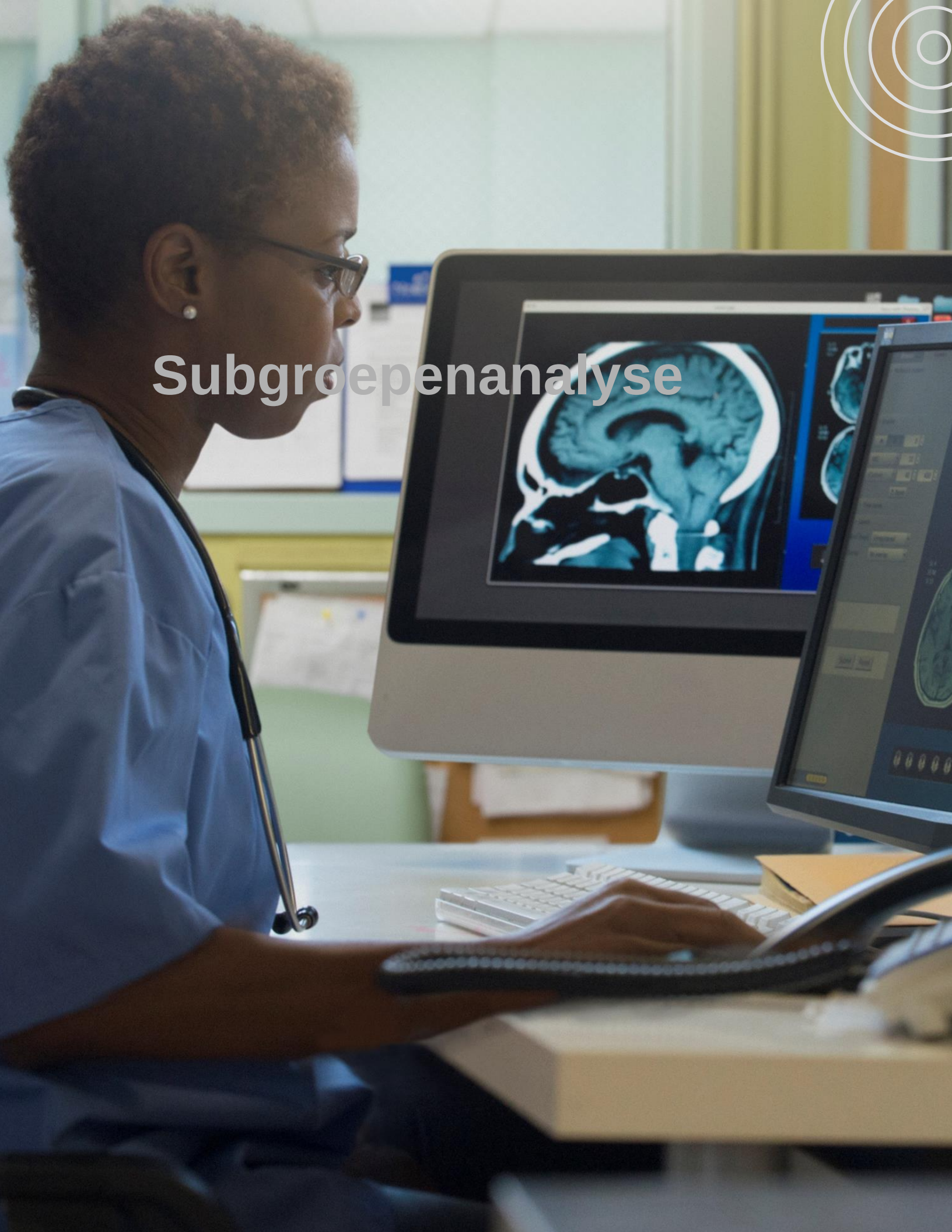
Tabel 4-13. Gemiddelde vereveningsresultaat en spreiding in € , voor kleine/middelgrote/grote zorgverzekeraars

	Gemiddelde in €			Spreiding in €		
	Klein	Middelgroot	Groot	Klein	Middelgroot	Groot
Zonder RV	-13	-23	-12	26	25	18
DV	-14	-17	-14	4	12	5

Tabel 4-14. Gemiddelde vereveningsresultaat en spreiding in € , voor concern- en zelfstandige zorgverzekeraars

	Gemiddelde in €		Spreiding in €	
	Concern	Zelfstandig	Concern	Zelfstandig
Zonder RV	-12	-30	18	28
DV	-14	-19	5	16

Subgroepenanalyse



5. Subgroepenanalyse

Leeswijzer

Dit hoofdstuk toetst de werking van de risicovereveningsmodellen 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 voor somatische kosten vier soorten subgroepen:

- Op basis van kosten van vorig jaar.
- Samenhang aandoening(en) en leeftijd. Een somatische aandoening is gedefinieerd als een verzekerde is ingedeeld in minimaal één positieve klasse van FKG, DKG, HKG, MHK of FDG. Voor deze analyse is voor MHK de definitie van 2017 aangehouden, ter bevordering van het vergelijk met het voorgaande jaar.
- Structurele¹⁴ onder- en overcompensaties.
- Meerjarige hoge kosten (MHK) per leeftijdscategorie.

Voor de GGZ-kosten analyseren wij drie soorten subgroepen:

1. Op basis van kosten van vorig jaar.
2. Samenhang aandoening(en) en leeftijd. Een psychische aandoening is gedefinieerd als een verzekerde is ingedeeld in minimaal één positieve klasse van psychische FKG, DKG-GGZ of MHK-GGZ of kosten heeft in de IGGZ.
3. Structurele¹⁵ onder- en overcompensaties.

Wij analyseren of het patroon in de vereveningsresultaten (en gemiddelde kosten) voor de onderzochte subgroepen in lijn zijn met voorgaande jaren (Monitor 2013 t/m 2017).

Samenvatting

Somatisch

Onder het somatische model 2018 zijn er gemiddelde onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen (na correctie voor het macrovereveningsresultaat, maar voordat flankerend beleid (volledig/ stap 2) wordt toegepast):

- Over het algemeen geldt een gemiddelde ondercompensatie voor subgroepen met hoge kosten in het vorige jaar – top 1%, 3% en 15% – en een gemiddelde overcompensatie voor subgroepen met geen tot relatief weinig kosten in het vorige jaar (bij een grens van € 50). De subgroep top 5% vormt hierop een uitzondering met een overcompensatie van € 62.
- Verzekerden jonger dan 65 jaar worden gemiddeld genomen gepast gecompenseerd (bij een grens van € 50). Verzekerden van 65 jaar en ouder worden gemiddeld genomen overgecompenseerd (€ 104). Voor beide leeftijdscategorieën bestaan uitzonderingen op deze situatie. Deze zijn benoemd in de hoofdttekst.
- Over het algemeen geldt dat de over- en ondercompensatie voor de subgroepen in 2018 is afgenomen ten opzichte van 2017. Ook voor specifieke subgroepen, waaronder verzekerden met hoge kosten in voorgaande jaren of verzekerden met een bepaalde (chronische) aandoening, zijn de gemiddelde vereveningsresultaten verbeterd (dichter bij nul). Dit is het directe gevolg van de doorgevoerde modelverbeteringen.
- De over- en ondercompensaties binnen MHK bij de definitieve vaststelling zijn afhankelijk van leeftijd en geslacht.
- Verzekerden die structureel in de groep top 5% ondergecompenseerd vallen tussen 2015 en 2017 zijn ook in 2018 fors ondergecompenseerd. Deze groep heeft zeer hoge gemiddelde kosten. Verzekerden die structureel in de groep top 5% overgecompenseerde vallen tussen 2015 en 2017 zijn ook in 2018 fors overgecompenseerd. Ook deze groep heeft zeer hoge gemiddelde kosten.

GGZ

Onder het GGZ-model 2018 zijn er gemiddelde onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen (na correctie voor het macrovereveningsresultaat):

¹⁴⁺¹⁶ Op basis van de afgelopen 3 jaar.

- Gezien de typerende verdeling van de gGGZ-kosten, wordt het overgrote deel van de verzekerden zonder gGGZ-kosten gepast gecompenseerd (bij een grens van € 50). Verzekerden met weinig gGGZ-kosten in het vorige jaar (de laagste 25%) worden gemiddeld overgecompenseerd (met € 315).
- Verzekerden met (zeer) hoge gGGZ-kosten in het vorig jaar – in de hoogste 1%, 3% en 5% – worden gemiddeld zwaar ondergecompenseerd. De ondercompensatie voor deze subgroepen is sterk afgenomen ten opzichte van voorgaande jaren. Dit is het directe gevolg van de doorgevoerde modelverbeteringen. Echter, de ondercompensaties voor deze subgroepen zijn nog steeds substantieel.
- 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 een psychische aandoening zonder somatische aandoening en verzekerden van 65 jaar en ouder met psychische aandoening ongeacht somatische aandoeningen.

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

- 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 volgen 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 2013 t/m 2017).
- Wij analyseren het gemiddelde vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling, voor en na flankerend beleid¹⁶. **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 (feitelijk is dit stap 1 van flankerend beleid en gelijk aan 100% Macronacalculatie).
- Met deze analyse geven wij inzicht in het effect van (stap 2 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.
- Criteriumneutraliteit nemen wij mee in de analyses.
- Wij nemen alle risicodragende kosten onder de Zvw mee, afzonderlijk voor de somatische zorg en GGZ. Wij maken geen onderscheid in kosten waarvoor het risicovereveningsmodel 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.
- Het is buiten scope van de Monitor om te onderzoeken welke type kosten zijn gemaakt en of hier wel of niet voor dient te worden gecompenseerd door het risicovereveningsmodel. Zo kunnen verzekerden kosten hebben die direct gerelateerd zijn aan een (chronische) aandoening(en) of is er incidenteel zorggebruik. Het risicovereveningsmodel kan en hoeft niet alle typen kosten volledig te compenseren, dan wel is het niet nodig om voor alle onderzochte subgroepen gemiddelde onder- en overcompensaties van nul te hebben. Mogelijk kan een deel van de gepresenteerde onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen worden toegeschreven aan type kosten waarvoor het mogelijk niet nodig is om alles volledig te compenseren. Voor interpretatie van de resultaten is het relevant om de patronen in de onder- en overcompensaties te analyseren, in vergelijking met voorgaande edities, en de hoogte van de onder- en overcompensaties. Ingeval er patronen voor dezelfde subgroepen zichtbaar zijn en de onder- en overcompensaties van behoorlijke omvang zijn, wordt aannemelijk dat het risicovereveningsmodel voor deze subgroepen de kosten niet in voldoende mate compenseert.
- Wij onderzoeken enkele subgroepen ter indicatie van de werking van de risicovereveningsmodellen. Deze analyses zijn niet toereikend om conclusies te trekken of en in welke mate de risicovereveningsmodellen de beoogde beleidsdoelen volledig bereiken. Daarvoor is het nodig om veel uitgebreider en diepgaander onderzoek te doen naar de onder- en overcompensaties op onderliggende patiëntgroepen. Ook stellen wij niet dat de gedefinieerde subgroepen een-op-een opgenomen zouden moeten worden als vereveningskenmerk in het risicovereveningsmodel. Deze subgroepen zijn bedoeld om inzicht te krijgen in de verevenende werking van de risicovereveningsmodellen voor een dwarsdoorsnede van de Zvw-bevolking en daarbij welke (combinaties van) kenmerken ten grondslag liggen aan deze resultaten. Deze analyse kan daarmee aanknopingspunten bieden voor een diepgaander onderzoek naar de werking van risicovereveningsmodellen.

¹⁶ Zoals in de Monitor 2017 editie, presenteren wij: 1) de resultaten na correctie voor het macrovereveningsresultaat, en volledig flankerend beleid

5.1. Somatische kosten

5.1.1. Subgroepen op basis van kosten van vorig jaar

Wij analyseren het gemiddelde vereveningsresultaat voor subgroepen op basis van de somatische kosten van 2017, ter indicatie van de verevenende werking van het risicovereveningsmodel (zie Figuur 5-1).

Het somatische model resulteert in gemiddelde onder- en overcompensaties voor deze onderzochte subgroepen op basis van kosten in het vorige jaar. In 2018 is het risicovereveningsmodel vooral niet goed in staat verzekerden in top 1% gepast te compenseren. Alsnog is er een samenhang tussen kosten in het vorige jaar en kosten in het huidige jaar. Deze bevindingen worden onderbouwd door:

- Gegeven deze subgroepen, wordt het overgrote deel (87,6%) van de Zvw-bevolking gemiddeld overgecompenseerd: Het betreft hier voornamelijk verzekerden met kosten onder het landelijk gemiddelde, verzekerden in de laagste 15% en middelste 70%. De overcompensatie voor deze subgroepen bedraagt gemiddeld € 175 en € 52 per verzekerde, respectievelijk. Deze subgroepen hebben relatief weinig tot geen kosten in het vorige jaar en kosten onder het landelijk gemiddelde in 2017. Dit zijn relatief gezonde verzekerden in de Zvw-bevolking. Vergeleken met Monitor 2017 is de hoogte van de overcompensatie van deze subgroepen wel afgenomen. Dit algemene patroon van overcompensatie is in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2014 t/m 2017). De subgroep top 5% hoogste kosten in 2017 vormt daarop een uitzondering en geeft een ander beeld dan in voorgaande Monitor edities (Bijlage F1). Verzekerden in deze subgroep worden met dit risicovereveningsmodel overgecompenseerd

met € 62 per verzekerde, waar deze subgroep vorig jaar nog werd ondergecompenseerd.

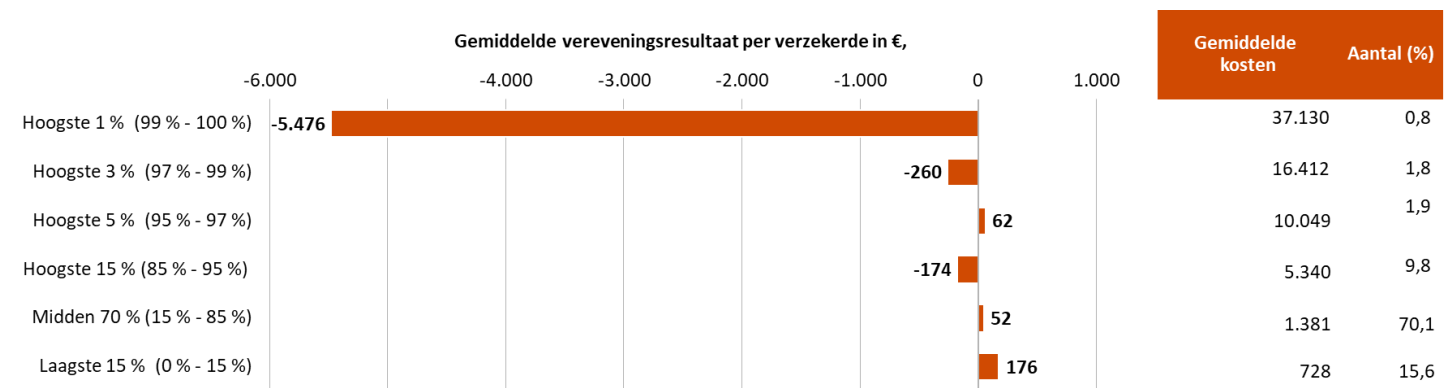
- Verzekerden in de top 1%, 3% en 15% worden ondergecompenseerd met gemiddeld € 5.476, € 260 en € 174 per verzekerde, respectievelijk. In voorgaande jaren was er voor de subgroep in de hoogste 1% ook substantiële gemiddelde ondercompensaties (Monitor 2014 t/m 2017). Door modelverbeteringen door de jaren heen, en ook per 2018, is met name het vereveningsresultaat van de hoogste 3% kosten in het voorgaande jaar sterk verbeterd. Ondanks de modelverbeteringen per 2018, is het risicovereveningsmodel nog niet in staat gepast te compenseren voor verzekerden met de 1% hoogste kosten in het vorige jaar. Het risicovereveningsmodel compenseert 85% van de kosten voor deze subgroep (Monitor 2017: 81%). Daarmee resteert 15% van de kosten van deze subgroep die niet worden gecompenseerd¹⁷. Deze verzekerden hebben (sterk) bovengemiddelde kosten in het huidige jaar: gemiddeld hoger dan 15x het landelijk gemiddelde. Dit geeft de sterke samenhang weer tussen hoge kosten in het vorige jaar en hoge kosten in het huidige jaar. Dit zijn verzekerden met een of meerdere (chronische) aandoeningen (zie nadere ook beschouwing in Bijlage F).

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 5-1). Deze analyse geeft een andere dwarsdoorsnede van de verevenende werking van het risicovereveningsmodel en het effect van flankerend beleid stap 2.

¹⁷ Berekening: $100\% * (1 - 5.476/37.130) = 85\%$

Figuur 5-1. Gemiddelde vereveningsresultaat in 2018 voor subgroepen op basis van kosten in 2017, bij de definitieve vaststelling na correctie voor het macrovereveningsresultaat (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde



Voetnoot Figuur 5-1: De subgroepen sluiten elkaar uit: e.g. de hoogste 3% bevat niet de verzekerden in de hoogste 1%. Verzekerden die in 2017 zijn geboren of geïmmigreerd, zijn ingedeeld in de subgroep laagste 15%. Verzekerden die in 2017 zijn overleden of geëmigreerd zijn niet inbegrepen. Door deze in- en uitstroom is de omvang van de subgroepen in 2017 niet exact gelijk aan de gestelde percentiel klassen op basis van de kosten van 2017. N.B. zie voor de klassengrenzen bijlage E.

Tabel 5-1. Gemiddelde vereveningsresultaat en de somatische kosten in 2018 voor subgroepen op basis van samenhang voor somatische en/of psychische aandoening in combinatie met leeftijd, bij de definitieve vaststelling na correctie voor het macrovereveningsresultaat en na (volledig) flankerend beleid (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde

Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd ^a	Aantal (%) ^b	Definitieve vaststelling 2018			
		Gemiddelde vereveningsresultaat in € ^c		Gemiddelde kosten in €	
		Voor FB ^d	Na FB ^e		
Verzekerden onder de 18 jaar					
- Geen somatische aandoening	18,1	-23	-23	913	
- Wel somatische aandoening	1,6	-358	-358	4.587	
Subtotaal	19,7	-51	-51	1.216	
Verzekerden 18 jaar tot en met 64 jaar					
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	43,5	-14	75	875	
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	4,2	-182	-93	1.244	
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	9,4	50	139	4.626	
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	3,9	-18	70	4.365	
Subtotaal	61,0	-16	73	1.700	
Subtotaal wel somatische aandoening, 18-64 jaar	13,3	30	119	4.549	
Subtotaal geen somatische aandoening, 18-64 jaar	47,7	-29	60	908	
Verzekerden van 65 jaar en ouder					
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	6,9	99	188	2.281	

Definitieve vaststelling 2018

Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd ^a	Aantal (%) ^b	Gemiddelde vereveningsresultaat in € ^c		Gemiddelde kosten in €
		Voor FB ^d	Na FB ^e	
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	0,2	-131	-42	3.008
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	10,8	102	191	7.560
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	1,4	175	264	9.017
Subtotaal	19,3	104	193	5.725
Subtotaal wel somatische aandoening, 65+	12,2	110	199	7.723
Subtotaal geen somatische aandoening, 65+	7,1	92	181	2.302
Total	100,0	0	72	2.380

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 de berekening van het vereveningsresultaat nemen wij de partiële criteriumneutraliteit* voor FKG 15, 29, 30, 31, 32 en 33 mee en de klasse criteriumneutraliteit voor primaire en secundaire DKG en risicoklasse HKG 4. Het gemiddelde vereveningsresultaat wijkt iets afgerond af van hetgeen in hoofdstuk 4 is gerapporteerd. Dit komt doordat de analyses op andere bestanden zijn uitgevoerd en er afrondingsverschillen tussen de berekeningen zijn: zie verantwoording van de methodiek in Bijlage C. Dit heeft geen invloed op de conclusies, omdat wij in de analyse corrigeren voor het macrovereveningsresultaat.
- Na correctie voor het macrovereveningsresultaat: procentuele schalingsfactor is 0,9709.
- Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 0,9709 plus een vast bedrag van € 89 per verzekerde 18+. Dit is het effect van flankerend beleid.

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 6,0%). Het percentage van de Zvw-bevolking dat op basis van de onderzochte subgroepen relatief hoge gemiddelde ondercompensaties heeft, is vergelijkbaar met vorig jaar (2017: 5,4%) en relatief laag ten opzichte van de jaren daarvoor (11,6% in 2015 en 10,2% in 2016). De afname in de onder- en overcompensaties voor bepaalde subgroepen is het directe gevolg van de doorgevoerde modelverbeteringen. De volgende bevindingen komen voort uit Tabel 5-1:

- Het overgrote deel van de Zvw-bevolking heeft geen somatische en psychische aandoening: 68,5% van de totale groep verzekerdenjaren. Deze subgroepen worden gepast gecompenseerd (jonger dan 65) of overgecompenseerd (65 jaar en ouder). In voorgaande jaren werden deze subgroepen ook gepast gecompenseerd, dan wel matig overgecompenseerd (Monitor 2014 t/m 2017).
- Het aandeel verzekerden jonger dan 18 jaar met somatische aandoening stijgt in 2018 ten opzichte van 2017 (+ 44%). Het risicovereveningsmodel blijkt meer jongeren met een somatische aandoening te classificeren. De gemiddelde kosten voor deze subgroep nemen af met 31% tot € 913. Verzekerden

jonger dan 18 jaar met een somatische aandoening worden ook in 2018 gemiddeld ondergecompenseerd met € 358 per verzekerde. In voorgaande jaren is voor deze subgroep ook een ondercompensatie geconstateerd (€ 797 in 2017). Het risicovereveningsmodel 2018 is in staat 92% van de gemiddelde kosten van deze subgroep te compenseren. Vorig jaar werd nog 88% van de gemiddelde kosten van deze subgroep gecompenseerd (Monitor 2017). Uit de huidige analyses kan niet worden afgeleid of deze verbetering wordt veroorzaakt door toename van het aantal verzekerdenjaren in deze subgroep met gemiddeld lagere kosten, of/in welke mate de aanpassingen in het risicovereveningsmodel 2018 hierop van invloed is geweest. Een mogelijke verklaring voor de groter geworden subgroep is de uitbreiding van het somatische DKG vereveningskenmerk, waarbij vroeggeborenen nu worden meegenomen (in een DX-groep) en de splitsing van de risicoklassen met de hoogste kosten in een risicoklasse voor minderjarigen (18-) en een risicoklasse voor meerderjarigen (18+) voor het vereveningskenmerk VGG.

- De subgroep 18 - 64 jaar wordt gemiddeld genomen gepast gecompenseerd. Verzekerden binnen deze leeftijdsgroep zonder somatische aandoening, maar met psychische aandoening, worden ondergecompenseerd met € 131 (€ 150 in 2017).

- Voor verzekerden van 65 jaar en ouder met een somatische aandoening geldt een gemiddelde overcompensatie van € 110 euro. Dit is een stijging ten opzichte van 2017 (€ 82). Voor verzekerden van 65 jaar en ouder zonder somatische aandoening geldt een lagere gemiddelde overcompensatie van € 92 (€ 23 in 2017). Ingeval een psychische aandoening aanwezig is en geen somatische aandoening, is er een gemiddelde ondercompensatie van € -131 (€ -150 in 2017). Deze resultaten voor verzekerden van 65 jaar en ouder, zijn in lijn met de overcompensatie van vorig jaar, toen voor het eerst een substantiële overcompensatie werd geconstateerd na jaren van (lichte) ondercompensatie. In 2018 is de gemiddelde overcompensatie voor verzekerden van 65 jaar en ouder wel verder toegenomen.
- Wanneer een psychische aandoening aanwezig is en geen somatische aandoening, is er een gemiddelde ondercompensatie (voor iedere leeftijdsgroep). Dit is voorgaande jaren ook geconstateerd. Dit kan mogelijk komen doordat verzekerden met psychische klachten bij een huisarts of andere zorgverlener binnen de somatische zorg in eerste instantie worden geholpen (maar geen somatische klachten c.q. aandoening hebben) voordat zij psychische zorgverlening en/of medicatie ontvangen. Deze verzekerden maken dan wel somatische kosten, maar dit leidt niet tot indeling in een positieve klasse van een morbiditeitskenmerk in het somatische model.

5.1.3. Subgroepen structurele onder- en overcompensaties

Wij analyseren het gemiddelde vereveningsresultaat en de kosten in 2018, voor subgroepen op basis van de meerjarige over- of ondercompensatie (incl. correctie voor macro-vereveningsresultaat) uit 2015 t/m 2017. Voor de vereveningsresultaten van 2015 en 2016 is de som van het resultaat van de modellen voor somatische kosten en V&V kosten genomen. De volgende drie subgroepen verzekerden worden onderscheiden:

1. Top 5% vereveningsresultaten in elk van de voorgaande drie jaren 2015 t/m 2017 (meerjarige overcompensatie). Dit zijn verzekerden die in elk van de voorgaande drie jaren, in de hoogste 5% van de vereveningsresultaten van dat jaar zaten.

2. Onderste 5% vereveningsresultaten in elk van de voorgaande drie jaren 2015 t/m 2017 (meerjarige ondercompensatie). Dit zijn de verzekerden, die in elk van de voorgaande drie jaren in de onderste 5% van de vereveningsresultaten in dat jaar zaten.
3. Restgroep met overige verzekerden. Dit is de groep verzekerden, die niet elk van de voorgaande drie jaren is ingedeeld in ofwel de hoogste 5%, ofwel de laagste 5% vereveningsresultaten.

In de gepresenteerde resultaten zijn slechts verzekerden meegenomen, die in elk van de jaren 2015 t/m 2018 in Nederland verzekerd waren. Verzekerden die in minimaal één van de gebruikte databestanden niet voorkomen, zijn weggelaten. Voor de percentiebepaling van de vereveningsresultaten in de afzonderlijke jaren 2015 t/m 2017, zijn deze verzekerden wel meegenomen.

In Tabel 5-2 wordt het gemiddelde vereveningsresultaat, zowel vóór als na toepassing van flankerend beleid, getoond voor de verzekerden in de onderscheiden subgroepen. De 5%-groep verzekerden met een meerjarige ondercompensatie worden ook in 2018 sterk ondergecompenseerd. Dit bedraagt € -6.800, ten opzichte van het landelijk gemiddelde van verzekerden die in 2015 t/m 2018 in Nederland verzekerd zijn van € 78. De gemiddelde kosten voor deze subgroep liggen ook fors boven het gemiddelde: € 40.808 om € 2.391.

De 5%-groep verzekerden met meerjarige overcompensatie, wordt ook in 2018 sterk overgecompenseerd. Dit bedraagt gemiddeld € 1.734, ten opzichte van het landelijk gemiddelde van € 78. Opvallend is, dat ook deze subgroep gemiddeld genomen hoge kosten heeft in 2018: € 9.219. De aan deze verzekerden toegekende vereveningsbijdrage op basis van de vereveningskenmerken van de personen in deze subgroep is echter dermate hoog, dat deze de hoge kosten overtreft. Dit leidt tot een gemiddelde overcompensatie.

Bovenstaande analyse geeft aan dat het vereveningsmodel nog niet in staat is verzekerden die meerjarig worden ondergecompenseerd gepast te verevenen. Kennelijk wordt deze subgroep nog onvoldoende specifiek door het vereveningsmodel geclassificeerd. Daarnaast onderkennen we een subgroep die meerjarig wordt overgecompenseerd. Binnen het vereveningsmodel wordt deze subgroep op basis van de huidige kenmerken onterecht of te zwaar geclassificeerd

Tabel 5-2. Gemiddelde vereveningsresultaat en de somatische kosten in 2018 voor subgroepen op basis van meerjarige over- en ondercompensaties in het GGZ-model, bij de definitieve vaststelling na correctie voor het macrovereveningsresultaat en na (volledig) flankerend beleid (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde

Subgroepen op basis van chronisch hoge of lage vereveningsresultaten in 2015 t/m 2017	Definitieve vaststelling 2018			
	Aantal (%) ^b	Gemiddelde vereveningsresultaat in € ^c		Gemiddelde kosten in €
		Voor FB ^d	Na FB ^e	
Verzekerden aanwezig in databestanden 2015 t/m 2018				
Top 5% vereveningsresultaten in zowel 2015, 2016 als 2017	0,6	1.655	1.734	9.219
Restgroep met overige verzekerden	99,2	10	83	2.264
Onderste 5% vereveningsresultaten in zowel 2015, 2016 als 2017	0,2	-6.878	-6.800	40.808
Totaal (van de groep verzekerden aanwezig in databestanden 2015 t/m 2018)	100	5	78	2.391

Voetnoot Tabel 5-2: De subgroepen sluiten elkaar uit.

5.1.4. Subgroepen meerjarige hoge kosten per leeftijdscategorie

Wij analyseren het gemiddelde vereveningsresultaat en de kosten voor subgroepen op basis van de indeling in het in 2018 vernieuwde kenmerk MHK, per leeftijdscategorie (zie Tabel 5-3). Deze analyse geeft een beeld van de verevenende werking van het risicovereveningsmodel en het effect van flankerend beleid, conditioneel aan de indeling in het kenmerk MHK en de leeftijd- en geslacht categorie

Werking van risicovereveningsmodel: resultaten na correctie voor macrovereveningsresultaat

Als gevolg van de modelwijziging zijn relatief meer vrouwelijke verzekerden dan mannelijke verzekerden ingedeeld in het kenmerk MHK 1. De groep verzekerden die zonder de modelwijziging in de afslagklasse MHK 0 ingedeeld zou zijn, bestaat immers uit 46,7% mannelijke verzekerden en 47,0% vrouwelijke verzekerden (MHK 0 en MHK 1 in 2018, bij elkaar opgeteld). Van deze groep is 17,7%-punt van de mannelijke verzekerden in 2018 overgegaan naar MHK 1. Voor de vrouwelijke verzekerden is dit 22,2%-punt.

Het gemiddelde vereveningsresultaat voor mannelijke verzekerden verschilt niet tussen de subgroepen MHK 0 en MHK 1 (beiden € 14). Voor vrouwelijke verzekerden bestaat er wel een verschil (respectievelijk € 39 om € -62). Voor vrouwelijke verzekerden vindt gemiddeld genomen zelfs een ondercompensatie plaats in de subgroep MHK 1. Mogelijk dat zwangerschapskosten, die door het

risicovereveningsmodel 2018 nog onvoldoende worden gecompenseerd hiervoor (mede) de oorzaak zijn. Het somatische model geeft gemiddeld genomen de meest adequate compensatie voor verzekerden ingedeeld in MHK 0, onafhankelijk van het geslacht. Verzekerden ingedeeld in MHK 2 t/m MHK 8 worden het minst gepast gecompenseerd. Daarnaast komen onderstaande bevindingen voort uit Tabel 5-3:

- De verdeling van verzekerden ingedeeld in het kenmerk MHK 1 over de verschillende leeftijdscategorieën is voor mannelijke en vrouwelijke verzekerden vergelijkbaar. Hierbij is één uitzondering op te merken: de groep verzekerden in de leeftijdsklasse 30-44 jaar. Voor deze leeftijdscategorie is de groep vrouwelijke verzekerden die is ingedeeld in deze risicoklasse ruim twee keer zo groot als de groep mannelijke verzekerden.
- Voor de groep mannelijke verzekerden ingedeeld in MHK 1 is een duidelijk patroon in het gemiddelde vereveningsresultaat waarneembaar. De verzekerden in de subgroepen 0-17 jaar, 18-29 jaar en 30-44 jaar worden gemiddelde genomen fors overgecompenseerd (boven de € 50), terwijl de mannelijke verzekerden in de hogere leeftijdscategorieën gemiddeld worden ondergecompenseerd.
- Voor vrouwelijke verzekerden ingedeeld in MHK 1 is geen duidelijk patroon in het gemiddelde vereveningsresultaat waarneembaar. Hierbij spelen waarschijnlijk de zwangerschapskosten een rol. Bij

vrouwelijke verzekerden ingedeeld in het kenmerk MHK 1 vinden de overcompensaties plaats in de subgroepen 0-17 jaar en 75 jaar en ouder.

- De gemiddelde kosten voor verzekerden ingedeeld in het kenmerk MHK 1 zijn € 2.747. Dit is boven het landelijk gemiddelde. Gemiddeld genomen worden, binnen het kenmerk MHK 1, hogere kosten gemaakt door vrouwelijke verzekerden dan door mannelijke

verzekerden (€ 2.766 om 2.723). De verschillen in het kostenpatroon treden vooral op in de leeftijdscategorieën 18-29 jaar, 30-44 jaar en 75 jaar en ouder.

- De meest forse ondercompensatie vindt, voor zowel mannelijke als vrouwelijke verzekerden, plaats in de subgroep verzekerden in de leeftijdscategorie 0-17 jaar, ingedeeld in MHK 2 t/m MHK 8.

Tabel 5-3. Gemiddelde vereveningsresultaat en de somatische kosten in 2018 voor subgroepen op basis van de kenmerkindex in MHK, in samenhang met de leeftijds- en geslachtscategorie, bij de definitieve vaststelling na correctie voor het macrovereveningsresultaat en na (volledig) flankerend beleid (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen op basis van MHK i.c.m. leeftijd en geslacht ^a	Definitieve vaststelling 2018			
	Aantal (%) ^b	Gemiddelde vereveningsresultaat in € ^c		Gemiddelde kosten in €
		Voor FB ^d	Na FB ^e	
Man ingedeeld in MHK 0				
0 tot en met 17 jaar	6,5	-43	-43	861
18 tot en met 29 jaar	5,8	-79	10	410
30 tot en met 44 jaar	6,7	-29	60	468
45 tot en met 59 jaar	6,6	43	132	754
60 tot en met 74 jaar	3,0	279	368	1.405
75 jaar en ouder	0,5	426	515	2.586
Subtotaal	29,0	14	83	742
Man ingedeeld in MHK 1				
0 tot en met 17 jaar	3,5	58	58	1.407
18 tot en met 29 jaar	1,6	142	231	1.178
30 tot en met 44 jaar	2,1	82	171	1.553
45 tot en met 59 jaar	3,8	-33	56	2.357
60 tot en met 74 jaar	4,6	-33	56	3.678
75 jaar en ouder	2,1	-33	56	5.814
Subtotaal	17,7	14	86	2.723
Man ingedeeld in MHK 2 t/m MHK 8				
0 tot en met 17 jaar	0,2	-2.145	-2.145	14.877
18 tot en met 29 jaar	0,1	-1.187	-1.098	14.408
30 tot en met 44 jaar	0,2	-152	-63	13.290
45 tot en met 59 jaar	0,5	-364	-275	13.222
60 tot en met 74 jaar	1,0	-563	-474	14.281
75 jaar en ouder	0,8	283	372	15.836
Subtotaal	2,8	-368	-285	14.538
Vrouw ingedeeld in MHK 0				

Definitieve vaststelling 2018

Subgroepen op basis van MHK i.c.m. leeftijd en geslacht ^a	Aantal (%) ^b	Gemiddelde vereveningsresultaat in € ^c		Gemiddelde kosten in €
		Voor FB ^d	Na FB ^e	
0 tot en met 17 jaar	6,6	-57	-57	786
18 tot en met 29 jaar	4,5	87	175	684
30 tot en met 44 jaar	4,3	63	152	840
45 tot en met 59 jaar	5,7	14	103	794
60 tot en met 74 jaar	3,4	154	243	1.295
75 jaar en ouder	0,4	251	340	2.832
Subtotaal	24,8	39	105	878
Vrouw ingedeeld in MHK 1				
0 tot en met 17 jaar	2,9	41	41	1.324
18 tot en met 29 jaar	2,6	-177	-88	1.916
30 tot en met 44 jaar	4,4	-163	-74	2.100
45 tot en met 59 jaar	4,6	-70	19	2.357
60 tot en met 74 jaar	5,9	-42	47	3.480
75 jaar en ouder	1,8	138	227	6.695
Subtotaal	22,2	-62	15	2.766
Vrouw ingedeeld in MHK 2 t/m MHK 8				
0 tot en met 17 jaar	0,1	-2.270	-2.270	14.863
18 tot en met 29 jaar	0,2	-153	-64	9.297
30 tot en met 44 jaar	0,4	488	577	8.569
45 tot en met 59 jaar	0,7	66	155	11.813
60 tot en met 74 jaar	1,4	32	121	13.283
75 jaar en ouder	0,7	1.097	1.186	15.624
Subtotaal	3,5	219	305	12.794
Totaal ingedeeld in MHK 0	53,8	26	93	805
Totaal ingedeeld in MHK 1	39,9	-28	46	2.747
Totaal ingedeeld in MHK 2 t/m MHK 8	6,3	-40	45	13.564
Totale Zvw-bevolking	100,0	0	72	2.380

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 kosten. In de berekening van het vereveningsresultaat nemen wij de partiële criteriumneutraliteit* voor FKG 15, 29, 30 31, 32 en 33 mee en de klasse criteriumneutraliteit voor primaire en secundaire DKG en risicoklasse HKG 4. Het gemiddelde vereveningsresultaat wijkt iets afgerond af van hetgeen in Hoofdstuk 4 is gerapporteerd. Dit komt doordat de analyses op andere bestanden zijn uitgevoerd en er afrondingsverschillen tussen de berekeningen zijn: zie verantwoording van de methodiek in Bijlage C. Dit heeft geen invloed op de conclusies, omdat wij in de analyse corrigeren voor het macrovereveningsresultaat.
- d. Na correctie voor het macrovereveningsresultaat: procentuele schalingsfactor is 0,9709.
- e. Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 0,9709 plus een vast bedrag van € 72 per verzekerde 18+. Dit is een simulatie van het effect van flankerend beleid.

5.2. GGZ-kosten

5.2.1. Subgroepen op basis van kosten van vorig jaar

Voor inzicht in de verevenende werking van het GGZ-model, analyseren wij het gemiddelde vereveningsresultaat en de GGZ-kosten voor subgroepen op basis van de gGGZ-kosten¹⁸ van vorig jaar (zie Figuur 5-2). De in- en uitstromers hebben wij op dezelfde wijze ingedeeld als bij de somatische kosten. Ook sluiten de subgroepen elkaar uit.

Het GGZ-model resulteert in gemiddelde onder- en over compensaties voor de onderzochte subgroepen op basis van kosten in het vorige jaar. In het algemeen zijn de gemiddelde onder- en over compensaties sterk afgenomen ten opzichte van vorig jaar. Het risicovereveningsmodel is (nog) niet goed in staat verzekerden met ernstige psychische gezondheidsproblematiek, ofwel: in de top 1%, 3% en 5% van de kosten in het vorige jaar, gepast te compenseren, maar de ondercompensatie is wel sterk verminderd ten opzichte van voorgaande jaren (2014 t/m 2017). Deze bevindingen blijken uit:

- Verzekerden in de top 1%, 3% en 5% worden ondergecompenseerd met gemiddeld € 5.638, € 454 en € 543 respectievelijk. In 2017 waren de ondercompensaties voor deze subgroepen hoger: € 6.276, € 1.657 en € 934 respectievelijk (Bijlage F). Het risicovereveningsmodel 2018 compenseert voor verzekerden in de top 1%, 3% en 5% respectievelijk 85%, 97% en 96% van de kosten voor deze subgroepen (Monitor 2017: resp. 77%, 90%, 92%). Daarmee resteert respectievelijk 15%, 3% en 4% van de kosten van deze subgroep die niet worden gecompenseerd. De ondercompensaties zijn daarmee met 10%, 73% en 42% afgenomen. Dit is het gevolg van de modelverbeteringen per 2018. De samenvoeging van de gGGZ-kosten en de IGGZ-kosten heeft met name impact gehad op de top 1% verzekerden. De gemiddelde GGZ-kosten voor deze subgroep zijn met 36% gestegen van € 27.367 in 2017 naar € 37.257 in 2018. De samenvoeging heeft geen negatieve impact gehad op de verevenende werking van het GGZ-model.
- 98,5% van de Zvw-bevolking (94,8% verzekerden zonder GGZ-kosten in 2018 en 3,7% verzekerden in de 'Midden 70%-groep) wordt gepast gecompenseerd, uitgaande van een grens van € 50. Dit is iets meer dan in de voorgaande jaren (Monitor 2014 t/m 2017), toen

werd alleen de subgroep met GGZ-kosten gelijk aan nul gepast gecompenseerd (Bijlage F).

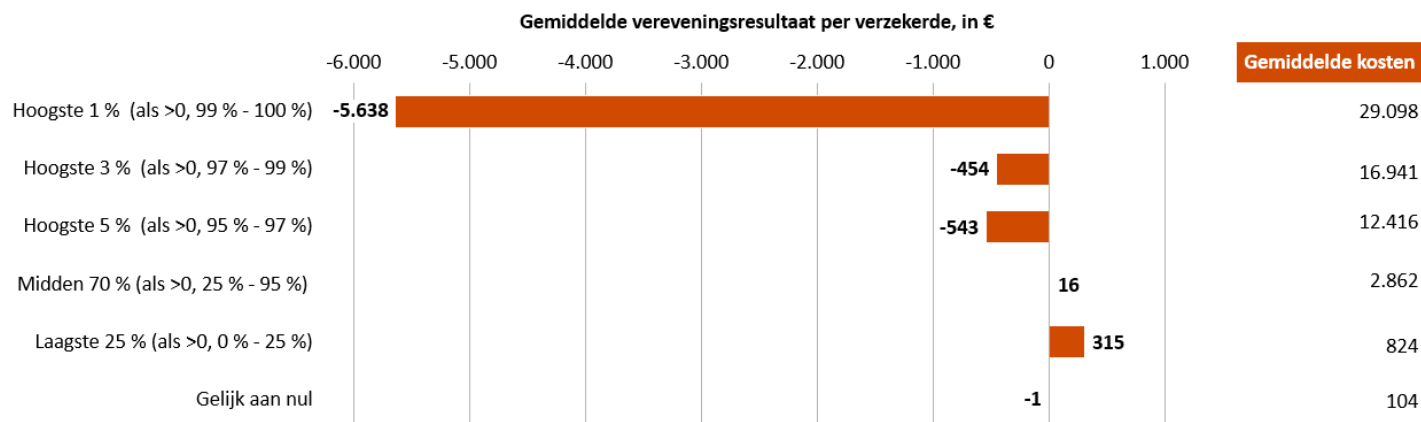
- Verzekerden in de laagste 25% worden sterk overgecompenseerd met gemiddeld € 315. De overcompensatie voor deze verzekerden is vergelijkbaar met 2017 (€ 318).
- Dezelfde verklaring als vorig jaar geldt: de GGZ-kosten zijn erg scheef verdeeld onder de Zvw-bevolking van 18+. Voor verzekerden met hoge GGZ-kosten is het lastig de kosten adequaat te voorspellen, gegeven de gehanteerde uitgangspunten en modelspecificaties. Het gevolg is dat voor een grote groep een beperkte overcompensatie is, met voor andere kleine(re) subgroepen hoge gemiddelde ondercompensaties.

Voor de onderzochte subgroepen zijn de volgende patronen in morbiditeitskenmerken herkenbaar (Tabel 5-4):

- De verzekerden in de top 1%, 3% en 5% hebben een relatief groot aandeel in een positieve FKG-GGZ, MHK-GGZ klasse >1, een positieve DKG-GGZ en meerdere morbiditeitskenmerken: variërend van (bijna) de helft tot (bijna) het totale aantal verzekerden in deze subgroepen. Dit geeft aan dat deze subgroepen verzekerden met de relatief ernstige psychische gezondheidsproblematiek bevatten.
- Opvallend is dat het aandeel verzekerden met multimorbiditeit in de top 1% iets lager is dan bij de subgroepen top 3% en 5%. Omdat verzekerden met zowel een DKG-GGZ indeling als MHK-GGZ indeling in de drie hoogste subgroepen nagenoeg gelijk is aan 100%, is voor deze subgroepen indeling in FKG-GGZ bepalend voor multimorbiditeit. Door de opname van intramurale GGZ binnen de DKG-GGZ kan medicatiegebruik en daarmee het FKG-GGZ kenmerk wegvallen als gevolg intramurale verstrekking van deze medicatie. Het aandeel in een DKG-GGZ is voor elke subgroep hoger dan vorig jaar. Dit komt door de uitbreiding van het vereveningskenmerk DKG-GGZ in 2018. DKG's 7, 9, 10, 11, en 13 zijn bij de subgroepen top 1%, 3%, en 5% hoger dan bij de andere subgroepen.
- 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 hoge 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 bijvoorbeeld kosten gehad in 2015 of 2016).

¹⁸ Idealiter zouden hier de GGZ-kosten inclusief IGGZ-kosten zijn genomen. De huidige informatie bevat echter geen informatie over de IGGZ-kosten op verzekerden niveau voor 2017.

Figuur 5-2. Gemiddelde vereveningsresultaat van het GGZ-model in 2018 voor subgroepen op basis van gGGZ-kosten in 2017, bij de definitieve vaststelling na correctie voor het macrovereveningsresultaat (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde 18+



Voetnoot Figuur 5-2:

- De subgroepen sluiten elkaar uit: e.g. de hoogste 3% bevat niet de verzekerden in de hoogste 1%.
- Het gemiddelde vereveningsresultaat is het verschil tussen de bijdrage en kosten.
- Verzekerden die in 2018 zijn geboren of geïmmigreerd, zijn ingedeeld in de subgroep gelijk aan nul. Verzekerden die in 2018 zijn overleden of geëmigreerd zijn niet inbegrepen. Door deze in- en uitstroom is de omvang van de subgroepen in 2018 niet exact gelijk aan de gestelde percentiel klassen op basis van de kosten van 2018. N.B. zie voor de klassengrenzen bijlage E.

Tabel 5-4. Morbiditeitskenmerken van de subgroepen op basis van de gGGZ-kosten van het vorige jaar

Subgroepen op basis van kosten 2017	Percentage (%) in positieve risicoklasse van morbiditeitskenmerk				
	FKG-GGZ > 0	MHK-GGZ > 0	MHK-GGZ > 1	DKG-GGZ > 0	Combinaties
Hoogste 1% (als >0, 99% - 100%)	48,4	100,0	62,9	99,7	48,4
Hoogste 3% (als >0, 97% - 99%)	53,5	100,0	60,1	99,7	53,4
Hoogste 5% (als >0, 95% - 97%)	50,8	100,0	57,0	99,6	50,5
Midden 70% (als >0, 25% - 95%)	32,8	100,0	19,5	79,7	29,0
Laagste 25% (als >0, 0% - 25%)	23,4	97,9	4,4	47,2	17,6
Gelijk aan nul	3,4	4,6	0,3	0,0	0,0

Voetnoot Tabel 5-4:

- De subgroepen sluiten elkaar uit.
- Combinatie is FKG-GGZ>0, MHK-GGZ>0 en DKG-GGZ>0, ter indicatie van multimorbiditeit. Merk op dat alle verzekerden met kosten in het vorige jaar zijn ingedeeld in een positieve MHK-GGZ en daarmee niet onderscheidend is om multimorbiditeit te identificeren.
- Het kan voorkomen dat verzekerden in de subgroep met kosten gelijk aan nul ingedeeld zijn bij een positieve risicoklasse van FKG-GGZ. De GGZ-farmacie kosten worden namelijk in het somatische model meegenomen.

5.2.2. Subgroepen samenhang aandoening en leeftijdsgroepen

Het GGZ-model resulteert in een adequate compensatie voor het overgrote deel van de Zvw-bevolking 18+ (uitgaande van een grens van € 50, zoals opgenomen in

het toetsingskader). Zie hiervoor Tabel 5-6. Deze grens is relatief hoog bij de GGZ-kosten in vergelijking met de grens bij de somatische kosten, om die reden dienen de resultaten in nuance te worden geïnterpreteerd, waarbij voor verzekerden van 65 jaar en ouder met een

psychische en een somatische aandoening een overcompensatie geldt. De belangrijkste bevindingen zijn:

- Het GGZ-model geeft een adequate compensatie voor het overgrote deel van de Zvw-bevolking op basis van deze onderzochte subgroepen. De onder- of overcompensatie is voor de meeste subgroepen beneden de € 50. Voor deze resultaten geldt ook de bevinding die eerder is vermeld over de scheefheid van de verdeling voor de GGZ-kosten, net zoals dit in voorgaande jaren is geconstateerd (Monitor 2013 t/m 2017).
- Voor de verzekerden van 65 jaar en ouder zonder een somatische aandoening en met een psychische aandoening geldt een overcompensatie van gemiddeld € 160 en voor verzekerden met zowel somatische als psychische aandoening € 127. Ten opzichte van vorig jaar zijn lichte overcompensaties sterk gestegen naar bijna het drievoudige en dubbele, respectievelijk. Hierbij dient te worden opgemerkt dat het beperkte onder- en overcompensaties zijn, afhankelijk van de grens die wordt gesteld.

5.2.3. Subgroepen structurele onder- en overcompensaties

Op eenzelfde manier als voor het somatische model, zijn subgroepen voor het GGZ-model gecreëerd. De historische vereveningsresultaten uit het gGGZ-model (exclusief IGGZ) van 2015, 2016 en 2017 zijn hiervoor gebruikt. Evenals voor het somatische model, is voor de percentiebepaling van vereveningsresultaten in 2015 t/m 2017 de gehele populatie in deze jaren meegenomen. In de onderstaande resultaten zijn vervolgens slechts de verzekerden meegenomen, die in elk van de afzonderlijke jaren 2015 t/m 2018 in Nederland verzekerd waren.

In Tabel 5-5 wordt het gemiddelde vereveningsresultaat, zowel vóór als na toepassing van flankerend beleid, getoond voor de verzekerden in de onderscheiden subgroepen.

De 5%-groep verzekerden die over de voorgaande drie jaren zijn ondergecompenseerd, worden ook in 2018 gemiddeld genomen fors ondergecompenseerd. De ondercompensatie bedraagt gemiddeld **€ -1.048**. De gemiddelde kosten voor deze groep liggen fors boven het landelijk gemiddelde: **€ 7.274**.

De groep verzekerden met een meerjarige overcompensatie (in voorgaande jaren voortdurend in de top 5% vereveningsresultaten) wordt ook in 2018 sterk overgecompenseerd: € 294, ten opzichte van het landelijk gemiddelde (over de groep verzekerden, aanwezig in de databestanden van 2015 t/m 2018) van € 22. Evenals in de resultaten voor het somatische model, liggen de gemiddelde kosten voor de subgroep met meerjarige overcompensaties fors boven de landelijk gemiddelde

kosten: € 1.123 om € 269. Dezelfde verklaring als in het somatische model, is mogelijk van toepassing op het GGZ-model.

Bovenstaande analyse geeft aan dat GGZ-vereveningsmodel nog niet in staat is verzekerden die meerjarig worden ondergecompenseerd gepast te verevenen. Kennelijk wordt deze subgroep nog onvoldoende specifiek door het vereveningsmodel geclassificeerd. Daarnaast onderkennen we een subgroep die meerjarig wordt overgecompenseerd. Binnen het vereveningsmodel wordt subgroepen op basis van de huidige kenmerken onterecht of te zwaar geclassificeerd.

Tabel 5-5. Gemiddelde vereveningsresultaat en de GGZ-kosten in 2018 voor subgroepen op basis van structurele over- en ondercompensaties in het gGGZ-model van 2015 t/m 2017, bij de definitieve vaststelling na correctie voor het macrovereveningsresultaat en na (volledig) flankerend beleid (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde 18+

Subgroepen op basis van chronisch hoge of lage vereveningsresultaten in 2015 t/m 2017	Definitieve vaststelling 2018			
	Aantal (%) ^b	Gemiddelde vereveningsresultaat in € ^c		Gemiddelde kosten in €
		Voor FB ^d	Na FB ^e	
Verzekerden aanwezig in databestanden 2015 t/m 2018				
Top 5% vereveningsresultaten in zowel 2015, 2016 als 2017	1,4	277	294	1.123
Restgroep met overige verzekerden	98,2	6	23	229
Onderste 5% vereveningsresultaten in zowel 2015, 2016 als 2017	0,4	-1.065	-1.048	7.274
Totaal (van de groep verzekerden aanwezig in databestanden 2015 t/m 2018)	100	5	22	269

Voetnoot Tabel 5-5: De subgroepen sluiten elkaar uit.

Tabel 5-6. Gemiddelde vereveningsresultaat en de gemiddelde GGZ-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 18+.

Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd ^a	Definitieve vaststelling 2018				
	Aantal (%) ^b	Gemiddelde vereveningsresultaat in € ^c		Gemiddelde kosten GGZ (incl. IGGZ) in €	Gemiddelde kosten IGGZ in €
		Voor FB ^d	Na FB ^e		
Verzekerden 18 jaar tot en met 64 jaar					
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	54,2	-1	15	83	0
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	5,3	15	32	1.500	124
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	11,7	-13	4	93	0
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	4,9	-6	11	2.136	54
Subtotaal	76,0	-2	14	314	12
Subtotaal wel psychische aandoening, 18-64 jaar	10,1	5	22	1.805	90
Subtotaal geen psychische aandoening, 18-64 jaar	65,9	-3	13	85	0
Verzekerden van 65 jaar en ouder					

- Geen somatische – Geen psychische aandoening	8,6	-2	15	38	0
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	0,3	160	177	1.627	361
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	13,5	-5	12	46	0
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	1,7	127	144	1.142	53
Subtotaal	24,0	7	24	138	8
Subtotaal wel psychische aandoening, 65+	2,0	131	148	1.206	94
Subtotaal geen psychische aandoening, 65+	22,0	4	13	43	0
Totaal	100	0	17	272	11

Voetnoot Tabel 5-6:

- a. De subgroepen sluiten elkaar uit.
- b. Omvang in verzekerdenjaren, uitgedrukt in het percentage van de totale Zvw-bevolking 18+.
- c. Het gemiddelde vereveningsresultaat is het verschil tussen de gemiddelde bijdrage en kosten.
- d. Na correctie voor het macrovereveningsresultaat: procentuele schalingsfactor is 0,9418.
- e. Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 0,9418 plus een vast bedrag van € 17 per verzekerde 18+.

Verzekerdenanalyse



6. Verzekerdenanalyse

Leeswijzer

Dit hoofdstuk analyseert de verevenende werking van het risicovereveningssysteem 2018 op *individueel* niveau. Hiertoe wordt de R^2 en CPM voor de verschillende momenten (OT, ex ante vaststelling en definitieve vaststelling) en bij herschatting van dit model op de gerealiseerde cijfers (prevalenties en kosten) geanalyseerd. Deze analyses zijn uitgevoerd voor het somatische en het GGZ-model (gGGZ + IGGZ).

Samenvatting

- De verklaringskracht van het somatische model, gemeten in R^2 en CPM, zijn op de momenten alsmede bij de herschatting van vergelijkbare orde van grootte. De R^2 is voor de momenten alsmede bij de herschatting van vergelijkbare orde van grootte als in 2017. De CPM is voor de momenten alsmede bij de herschatting toegenomen (0.8 - 1.4%-punt) t.o.v. 2017. Het somatische risicovereveningsmodel 2018 lijkt daarmee verzekerden met minder extreme kosten beter te compenseren, dan in 2017.
- De verklaringskracht van het GGZ-model, gemeten in R^2 en CPM, zijn op de momenten alsmede bij de herschatting van vergelijkbare orde van grootte. De R^2 en de CPM, zijn op de momenten alsmede bij de herschatting hoger dan in 2017. Het GGZ-model 2018 compenseert daarmee in zijn algemeenheid de kosten van verzekerden beter dan in 2017. Opvallend is dat bij de herschatting op basis van gerealiseerde kostenpatronen, het GGZ-model meer moeite heeft de kosten net zo goed te voorspellen, als op de momenten.

6.1. Somatische model: Verklaringskracht

De verklaringskracht van de modellen worden uitgedrukt in de R^2 en CPM voor verschillende momenten en bij herschatting van de modellen op de gerealiseerde cijfers. De R^2 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 6-1 presenteert de R^2 en CPM voor het somatische model 2018 voor verschillende momenten en bij herschatting van dit model op de gerealiseerde cijfers.

Tabel 6-1 R^2 en CPM van het somatische model van 2018 op verschillende momenten en de herschatting op realisatiecijfers.

	R^2 (in%)	CPM (in%)
OT ^a	32,1	31,9
Ex ante vaststelling ^b	33,5	32,7
Definitieve vaststelling (geschaald naar nul) ^c	33,1	33,3
Herschating ^d	33,5	33,3

Voetnoot Tabel 6-1

- Het ex ante model bij de OT, op geraamde cijfers van 2015, representatief gemaakt voor de kosten van 2018 (komt overeen met WOR 875, OT-fase).
- Het ex ante model bij de ex ante vaststelling, op geraamde cijfers van 2015 (gebruikt bij de OT), plus de herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB (WOR 876 Normbedragen fase).
- De ex ante vastgestelde normbedragen (inclusief criteriumneutraliteit) toegepast op de gerealiseerde cijfers. Het gemiddelde macrovereveningsresultaat is procentueel geschaald naar nul.
- Het ex ante model geschat op gerealiseerde cijfers.

De verklaringskracht van het somatische model, in de R^2 en de CPM, zijn op de momenten alsmede bij de herschatting van vergelijkbare orde van grootte. Voorgaande jaren is hetzelfde geconstateerd (Monitor 2013 t/m 2017). Verschillen in de R^2 en CPM tussen de momenten en de herschatting worden verklaard door verschillen in patronen in de onderliggende data en niet

door vormgeving van het ex ante model. Dit is op alle momenten hetzelfde. Hierdoor is de interpretatie van de verschillen in R^2 en CPM in absolute termen tussen momenten of jaren niet goed mogelijk. Uit analyse op de onderliggende kostenverdeling op elk moment (Tabel 6-2) volgt dat de staart van de kostenverdeling bij de

definitieve vaststelling en herschatting niet beduidend smaller is dan bij de OT en ex ante vaststelling.

De verevenende werking van het herschatte model is vergelijkbaar met die van hetzelfde model op moment van de definitieve vaststelling. Beide momenten zijn gebaseerd op dezelfde kostenverdeling. Door de herschatting kan het zijn dat de normbedragen beter de onderliggende kostenverdeling oppakken, waardoor de R^2 iets hoger is (de CPM is gelijk).

De verklaringskracht van het somatische model, in de R^2 , zijn op de momenten alsmede bij de herschatting van vergelijkbare orde van grootte als in 2017. De

verklaringskracht van het somatische model, in de CPM, zijn op de momenten alsmede bij de herschatting toegenomen (0.8 - 1.4%-punt) t.o.v. 2017. Het somatische risicovereveningsmodel 2018 lijkt daarmee verzekerden met minder extreme kosten beter te vangen, dan in 2017.

De gemiddelde kosten en het maximum bij de ex ante vaststelling liggen hoger dan bij de OT en DV/ Herschatting. Dit wijst erop dat bij de ophoging naar het MPB de kosten zijn overschat ten opzichte van de DV/ Herschatting.

Tabel 6-2 Nadere analyse op de staartverdeling van de somatische kosten

	OT	Ex ante	DV / herschatting
Aantal verzekerdenjaren	16.672.203	17.098.00	16.957.522
Gemiddelde kosten (geannualiseerd, gewogen met inschrijfduur)	2.285	2.437	2.380
Feitelijke zorgkosten >0 (niet gewogen)			
Minimum	0	0	0
Maximum	1.834.548	3.071.588	2.640.562
50^e percentiel	411	460	459
90^e percentiel	4.584	4.921	4.956
95^e percentiel	9.464	9.968	10.119
99^{ste} percentiel	32.187	34.882	32.629

6.2. GGZ-model: Verklaringskracht

Tabel 6-3 geeft de verklaringskracht in termen van R^2 en CPM voor het GGZ-model 2018 op verschillende momenten en bij de herschatting van dit model op de gerealiseerde cijfers.

Tabel 6-3 R^2 en CPM van het GGZ-model van 2018 op verschillende momenten en de herschatting op realisatiecijfers

	R^2 in%	CPM in%
OT	22,6	30,2
Ex ante vaststelling	23,9	30,2
Definitieve vaststelling (geschaald naar nul)	22,8	30,1
Herschating	23,3	29,6

De verklaringskracht van het GGZ-model 2018 is bij de ex ante vaststelling het hoogst. Dit is niet in lijn met bevindingen van voorgaande jaren (Monitor 2012 t/m 2017). In voorgaande edities van de Monitor was de verklaringskracht van het GGZ-model bij de definitieve vaststelling en herschatting hoger dan bij de OT en ex ante vaststelling. Net zoals aangegeven in paragraaf 6.1.1, 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 risicovereveningsmodel. De toename in R^2 bij de ex ante vaststelling is gerelateerd aan een betere aansluiting in de staart van de kostenverdeling; tegelijkertijd is er op dit moment ook een hogere CPM dan bij de definitieve vaststelling en herschatting, waardoor er sprake is van een betere absolute aansluiting tussen kosten en voorspelde kosten.

Uit een extra analyse op de onderliggende kostenverdeling op elk moment (onderstaande tabel) volgt dat de staart van de kostenverdeling bij de ex ante vaststelling langer is dan bij de andere geëvalueerde momenten. Dit verklaart daarmee niet het verschil in verklaringskracht tussen de risicovereveningsmodellen. De vereveningsbijdrage bij de ex ante vaststelling sluit, over de gehele kostenverdeling

gezien, beter aan op de geraamde kosten bij de ex ante vaststelling dan de geraamde vereveningsbijdrage op de geraamde kosten bij de OT of de definitieve vereveningsbijdrage bij de definitieve kosten. De verevenende werking van het herschatte model is vergelijkbaar met die van hetzelfde model op het moment van de definitieve vaststelling. Beide momenten zijn gebaseerd op dezelfde kostenverdeling. Door de herschatting kan het zijn dat de normbedragen net beter de onderliggende kostenverdeling oppakken, waardoor de R^2 iets hoger is dan bij de definitieve vaststelling. Dit resulteert in een hogere R^2 , omdat de R^2 gevoeliger is voor extreme resultaten (de staart van de kostenverdeling is veelal lastig te voorspellen; verzekeren in de staart hebben veelal hoge(re) vereveningsresultaten). Daarbij is de kostenverdeling bij de ex ante vaststelling meer geconcentreerd rond de regressie lijn dan bij de OT, definitieve vaststelling en herschatting, waardoor ook de absolute aansluiting tussen de bijdrage en kosten beter is en de CPM toeneemt. Het maximum en de percentielgrenzen bij de ex ante vaststelling liggen hoger dan bij de OT en DV/ Herschatting. Dit wijst erop dat bij de ophoging naar het MPB de kosten onterecht worden toegerekend aan de verzekeren met al hoge kosten.

Tabel 6-4 Nadere analyse op de staartverdeling van de GGZ kosten

	OT	Ex ante	DV/ Herschatting
Aantal verzekerdjaren	13.278.659	13.738.00	13.610.550
Gemiddelde kosten (geannualiseerd, gewogen met inschrijfduur)	260	290	272
Minimum	3	4	0
Maximum	330.393	420.455	391.517
50^e percentiel	2194	2.150	2.133
90^e percentiel	8411	10.540	8.569
95^e percentiel	17.358	20.740	16.889
99^e percentiel	64.107	74.677	60.711

Representativiteit op enkelvoudige risicoklassen en subgroepen



7. Representativiteit op eenvoudige risicoklassen en subgroepen

Leeswijzer

Dit hoofdstuk geeft inzicht in de representativiteit van de beslismateriaal voor de definitieve vaststelling op het niveau van eenvoudige risicoklassen en subgroepen. Het behaalde vereveningsresultaat op eenvoudige risicoklassen is geanalyseerd. Daarbij zijn risicoklassen die opvallen door hoge vereveningsresultaten nader uitgelicht. Daarnaast is er geanalyseerd in welke mate de kosten en verzekerdentaallen (uitgedrukt in prevalenties), op het niveau van eenvoudige risicoklassen en subgroepen bij de OT en ex ante vaststelling, aansluiten op de gerealiseerde cijfers. Deze analyses zijn uitgevoerd voor het somatische en het GGZ-model (gGGZ + IGGZ).

Samenvatting

Somatische kosten

- Voor verschillende risicoklassen in het somatische model bestaan forse gemiddelde vereveningsresultaten. Hierbij vallen vooral enkele risicoklassen binnen het vereveningskenmerk pDKG en VGG op. De actualisatie van het DKG vereveningskenmerk en aanpassing van de hoogste klassen binnen het VGG kenmerk liggen hier waarschijnlijk aan ten grondslag. Ook kan een onvoldoende specifieke verhoging van de kosten voor V&V in de gegevensfase van de OT, vanwege de verruiming van het macrokader voor wijkverpleging per 2018, met 16% een verklaring vormen binnen het VGG kenmerk. In aanvulling daarop hebben een groot aantal afslagklassen forse vereveningsresultaten in macro-omvang. Dit is ook in de Monitor van 2017 geconstateerd. De resultaten voor 2018 zijn grotendeels in lijn met de resultaten voor 2017.
- De geraamde kosten per risicoklasse wijken af van de gerealiseerde kosten door (on)voorziene verschuivingen. De gemiddelde kosten bij de ex ante vaststelling sluiten, zoals verwacht mag worden, beter aan bij de definitieve vaststelling dan de OT vaststelling. Met name bij de vereveningskenmerken SES en PPA vallen de verschuivingen in de kosten op. Het vereveningskenmerk SES kent daarnaast ook een sterke verschuiving in prevalenties.

GGZ kosten

- Binnen het GGZ-model 2018 vallen met name de veelal (fors) hoge vereveningsresultaten op bij de meeste risicoklassen binnen het vereveningskenmerk DKG-GGZ. In 2017 hadden vier DKG-GGZ risicoklassen ook (fors) hoge vereveningsresultaten, maar toen waren dit de lagere DKG-GGZ klassen (DKG-GGZ 1 t/m 4). De herindeling van het DKG-GGZ kenmerk in combinatie met de samenvoeging van het gGGZ en IGGZ model heeft waarschijnlijk tot meer onzekerheid in de kostenstructuur geleid. De GGARV in kosten is in 2018 ruim vier keer zo hoog als in 2017.
- Enkele risicoklassen binnen het vereveningskenmerk FKG-GGZ, en meerdere risicoklassen binnen de vereveningskenmerken MHK-GGZ, en PPA hebben hoge positieve gemiddelde vereveningsresultaten. Vorig jaar was dit ook geconstateerd bij deze kenmerken. Voor MHK-GGZ en PPA zijn er wijzigingen geweest in 2018 wat mogelijk voor meer onzekerheid heeft geleid in de inschatting van de kosten voor deze verzekerden.
- Er treden verschuivingen op in de kosten tussen momenten. Met name bij AVI, Regio, MHK-GGZ, en FKG-GGZ treden er meer verschuivingen op bij de ex ante vaststelling dan bij de OT, ten opzichte van de gerealiseerde cijfers.
- De verschuivingen in prevalenties zijn in totaal relatief beperkt, waarbij de prevalenties gemiddeld bij de ex ante vaststelling beter aansluiten op de gerealiseerde cijfers dan bij de OT. Met name bij Leeftijd/Geslacht, AVI, SES en PPA treden relatief grotere verschuivingen op.
- Voor de subgroepen samenhang aandoening en leeftijd ligt het patroon in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen de OT en ex ante vaststelling in lijn met elkaar, waarbij beide momenten bij bepaalde subgroepen afwijken van de definitieve vaststelling; veelal is dit verschil beperkt. Ook de gemiddelde kosten op de verschillende momenten en de definitieve vaststelling zijn qua patroon vergelijkbaar.

Analyse op enkelvoudige risicoklassen

Bij de OT en ex ante vaststelling is de gemiddelde bijdrage vrijwel¹⁹ gelijk aan de verwachte gemiddelde kosten voor elke risicoklasse in het ex ante model: 193 risicoklassen voor het somatische model en 118 risicoklassen voor het GGZ-model in 2018. Bij de definitieve vaststelling hoeft de gemiddelde bijdrage niet meer gelijk te zijn aan de werkelijke gemiddelde kosten, vanwege ontwikkelingen in de kosten en prevalenties ten opzichte van de geraamde cijfers. Om dit in beeld te brengen, wordt het gemiddelde vereveningsresultaat per risicoklasse geanalyseerd. Aangezien het macrovereveningsresultaat invloed heeft op de resultaten zijn de vereveningsresultaten gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat (Bijlage H en I). Dit is gelijk aan stap 1 van flankerend beleid.

Om de vereveningsresultaten voor enkelvoudige risicoklassen te verklaren, worden verschuivingen in kosten en prevalenties geanalyseerd, voor zowel de OT als ex ante vaststelling ten opzichte van de gerealiseerde cijfers. Dit zijn de gewogen gemiddelde absolute verschillen (GGAV) in de kosten en de gesommeerde absolute verschillen (GAV) in de prevalenties per (risicoklasse van elk) vereveningskenmerk. Bij de GGAV in kosten zijn de gerealiseerde prevalenties bij de definitieve vaststelling het gewicht in de berekeningen.

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

- Sommige vereveningskenmerken hangen onderling samen. Daardoor kan een verschuiving in kosten en/of prevalenties van het ene vereveningskenmerk invloed uitoefenen op sommige 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 (bij vergelijking van de resultaten met de resultaten van voorgaande jaren: Monitor 2013 t/m 2017), dan wel bijzonderheden van een bepaald vereveningsjaar reflecteren. Wij analyseren de verschillen en dragen (mogelijke) verklaringen aan. 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 (bijvoorbeeld 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 D). Een trendanalyse over jaren (waarbij wordt gecorrigeerd voor wijzigingen) 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 C). 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 H). De resultaten voor de definitieve vaststelling in Hoofdstuk 7 zijn daarmee gelijk aan die in Hoofdstuk 5. Er dient te worden opgemerkt dat de onderzochte subgroepen 'slechts' een indicatie geven voor de representativiteit op subgroepniveau. Het is buiten de reikwijdte van deze Monitor om andere subgroepen te analyseren.

¹⁹ Door meervoudigheid binnen het FKG vereveningskenmerk somatische zorg en de gekozen schattingsmode (QP) voor het GGZ-model zijn bij de OT en ex ante vaststelling de gemiddelde bijdrage niet altijd exact gelijk

aan de verwachte gemiddelde kosten. (vereveningsresultaat van nul).
WOR 876 - Eindrapportage Normbedragen RV2018

7.1. Somatische kosten

7.1.1. Resultaat enkelvoudige risicoklassen

Tabel 7-1 presenteert de enkelvoudige risicoklassen in het somatische model 2018 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. Dit is het gemiddelde vereveningsresultaat *na* correctie voor het macrovereveningsresultaat (laatste kolom in Tabel 7-1). Bijlage I geeft een overzicht van het gemiddelde

vereveningsresultaat voor alle 193 risicoklassen van het somatische model, zowel voor als na correctie voor het macrovereveningsresultaat. Een positief vereveningsresultaat duidt op een kostenonderschrijding (c.q. de gerealiseerde kosten zijn lager dan de vereveningsbijdrage) en een negatief vereveningsresultaat duidt op een kostenoverschrijding (c.q. de gerealiseerde kosten zijn hoger dan de vereveningsbijdrage).

Tabel 7-1 Enkelvoudige risicoklassen in het somatische model 2018 met een vereveningsresultaat buiten de gekozen grenzen bij de definitieve vaststelling

Enkelvoudige risicoklassen		Aantal, in % ^a	Gemiddelde kosten, in €	Gemiddeld vereveningsresultaat, in € (% t.o.v. gem. kosten) ^b	Normbedrag ex ante vaststelling	Macro-omvang vereveningsresultaat, in € in mln.	Gemiddeld resultaat na correctie, in € ^c
Buiten een drempel van € -1.000 of 1.000 per verzekerde							
pDKG	pDKG 8	0,32	18.264	-501 (3%)	4.409	-27,4	-1.018
	pDKG 9	0,17	22.823	2.221 (10%)	6.106	62,3	1.491
	pDKG 10	0,05	25.744	-770 (3%)	6.326	-7,1	-1.497
	pDKG 13	0,03	40.378	5.011 (12%)	11.404	24,0	3.688
	pDKG 14	0,01	75.845	11.318 (15%)	69.665	15,8	8.778
sDKG	sDKG 4	0,24	32.180	2.199 (7%)	7.475	89,9	1.197
	sDKG 7	0,00	80.738	11.936 (15%)	58.634	5,8	9.236
HKG	HKG 4	0,09	17.012	-1.868 (11%)	2.062	-28,6	-2.309
	HKG 8	0,07	32.302	-566 (2%)	5.962	-6,6	-1.491
	HKG 9	0,00	62.683	6.067 (10%)	30.461	4,4	4.064
FKG	FKG 15 (Auto-immuunziekten add-ons)	0,28	16.228	2.370 (15%)	6.869	113,6	1.828
	FKG 20 (c.f. pancreas)	0,05	26.070	-6.725 (26%)	2.727	-57,1	-7.289
	FKG 23 (Kanker)	0,03	9.030	1.609 (18%)	2.259	7,5	1.299
	FKG 25 (HIV/AIDS)	0,12	13.923	3.814 (27%)	5.948	75,6	3.298
	FKG 28 (Pulmonale arteriële hypertensie)	0,01	52.423	3.488 (7%)	21.061	5,3	1.859
	FKG 29 (Kanker add-ons)	0,32	29.802	2.675 (9%)	14.199	143,8	1.729
	FKG 31 (Extreem hoge kosten cluster 1)	0,00	189.737	-5.816 (3%)	131.730	-0,6	-11.174

Enkelvoudige risicoklassen		Aantal, in % ^a	Gemiddelde kosten, in €	Gemiddeld vereveningsresultaat, in € (% t.o.v. gem. kosten) ^b	Normbedrag ex ante vaststelling	Macro-omvang vereveningsresultaat, in € in mln.	Gemiddeld resultaat na correctie, in € ^c
	FKG 32 (Extreem hoge kosten cluster 2)	0,00	208.154	30.555 (15%)	189.118	7,5	23.601
	FKG 33 (Extreem hoge kosten cluster 3)	0,00	454.026	16.465 (4%)	405.407	2,4	2.758
PPA	PPA 5 (Wlz-instelling, instromend, 18-64)	0,03	12.919	1.791 (14%)	7.339	8,5	1.363
	PPA 6 (Wlz-instelling, instromend, 65-79)	0,06	20.227	6.769 (34%)	11.685	67,2	5.983
	PPA 7 (Wlz-instelling, instromend, 80+)	0,17	16.901	4.812 (29%)	5.169	141,0	4.179
MHK	MHK 7 (3 jaar kosten in top 1,5%)	0,13	37.817	-941 (3%)	17.113	-21,4	-2.016
	MHK 8 (3 jaar kosten in top 0,5%)	0,06	95.591	245 (0%)	44.195	2,4	-2.547
FDG	FDG 4	0,01	52.656	-12.452 (24%)	10.200	-14,6	-13.624
VGG	VGG 3 (Kosten in top 1,5%)	0,40	16.270	1.699 (10%)	6.824	115,7	1.175
	VGG 4 (Kosten in top 1,0%)	0,42	20.534	1.746 (9%)	10.538	123,8	1.097
	VGG 5 (Kosten in top 0,5%)	0,21	26.508	-1.194 (5%)	12.464	-42,7	-1.931
	VGG 6 (Kosten in top 0,25%: 0-17 jaar)	0,01	108.157	-16.332 (15%)	51.379	-21,1	-19.008
	VGG 7 (Kosten in top 0,25%: 18+ jaar)	0,19	40.326	4.488 (11%)	30.124	148,0	3.183
Boven een drempel van € 300 mln. op macroniveau							
pDKG	pDKG 0 (afslagklasse: geen pDKG)	91,0	1.662	60 (3%)	-203	925,8	10
sDKG	sDKG 0 (afslagklasse: geen sDKG)	96,1	1.960	58 (4%)	-90	946,3	-1

Enkelvoudige risicoklassen			Aantal, in % ^a	Gemiddelde kosten, in €	Gemiddeld vereveningsresultaat, in € (% t.o.v. gem. kosten) ^b	Normbedrag ex ante vaststelling	Macro-omvang vereveningsresultaat, in € in mln.	Gemiddeld resultaat na correctie, in € ^c
HKG	HKG 0 (afslagklasse: geen HKG)	0	96,3	2.036	60 (3%)	-51	985,3	-1
AVI	AVI 0 (afslagklasse: 0-17 en 65+)	0	39,0	3.443	130 (4%)	0	858,2	26
SES	SES 3 (laag inkomen, 65+)	3	4,5	7.807	698 (9%)	526	538,1	450
MHK	MHK 0 (afslagklasse: geen MHK)	0	53,8	805	50 (6%)	-571	461,1	26
	MHK 1 (ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30%)	1	39,9	2.747	53 (2%)	113	361,8	-28
FDG	FDG 0 (afslagklasse: geen FDG)	0	98,0	2.241	68 (3%)	-22	1.129,2	1
VGG	VGG 0 (afslagklasse: geen VGG)	0	97,9	2.027	46 (2%)	-185	772,9	-14

Voetnoot Tabel 7-1:

- Omvang in verzekerdenjaren, uitgedrukt in het percentage van de totale Zvw-bevolking.
- Voor alle 193 risicoklassen tezamen geldt een gemiddeld vereveningsresultaat van € 72 per verzekerde. Dit is het macrovereveningsresultaat voor de somatische kosten in 2018.
- Het 'resultaat na correctie' is het vereveningsresultaat na de procentuele correctie op de vereveningsbijdrage, ofwel stap 1 van het flankerend beleid (Bijlage H en I) en daarmee komt het gemiddeld vereveningsresultaat voor alle 193 risicoklassen tezamen na correctie uit op € 0 per verzekerde.

Op basis van Tabel 7-1 vallen de volgende bevindingen op. Ten eerste, voor een aantal risicoklassen geldt een fors (lees: hoger dan de gekozen grens) vereveningsresultaat in absoluut bedrag of in macro-omvang, met name bij pDKG, FKG, en VGG. Veel risicoklassen van deze vereveningskenmerken hebben een fors gemiddeld vereveningsresultaat.

Ten tweede, valt voor een aantal risicoklassen de hoogte van de gemiddelde vereveningsresultaten op. Er is een fors positief vereveningsresultaat voor FKG extreem hoge kostencluster 2 en forse negatieve vereveningsresultaten voor de FKG extreem hoge kostencluster 1, FDG 4, en voor VGG 6 (Kosten in top 0,25%: 0-17 jaar). FKG extreem hoge kostenclusters 1 en 2 vielen in voorgaande jaren ook op. FDG 4 had vorig jaar ook al een vereveningsresultaat

buiten de gekozen grens van de definitieve vaststelling, maar wijkt dit jaar nog meer af.

Ten derde, valt een aantal risicoklassen van SES, PPA, en MHK op. Bij elk van deze vereveningskenmerken zijn modelwijzigingen doorgevoerd per 2018. Evenals bij pDKG, sDKG, en VGG geven de gewijzigde vereveningskenmerken onzekerheden in de raming.

Ten vierde, valt op dat een groot aantal afslagklassen een vereveningsresultaat heeft buiten de gestelde grens van de macro-omvang. In 2017 was dit ook een groot aantal, maar daarvoor was dit een beperkt aantal afslagklassen. In vergelijking met 2017 vallen meer risicoklassen buiten de gestelde grens. Een belangrijke reden hiervoor is de stijging van het gemiddelde vereveningsresultaat in 2017 en weer in 2018 (€ 7 per verzekerde in 2016, € 44 per

verzekerde in 2017, en € 72 per verzekerde in 2018). Daarnaast, uit analyse volgt dat achteraf gezien niet bij elk vereveningskenmerk goed is ingeschat hoeveel verzekerden in de positieve risicoklassen terecht komen.

Deze bevindingen kunnen als volgt nader worden verklaard:

Diagnose kostengroepen

Voor de pDKG en sDKG kan het forse vereveningsresultaat mogelijk nog een gevolg zijn van de verkorting van de DBC-doorlooptijd, waarbij er in 2016 een grote impact was. Daarnaast heeft de actualisatie en splitsing van de Diagnosekostengroep (DKG) in primaire en secundaire DKG's (pDKG/ sDKG) hierop invloed gehad.

Zo is opvallend dat pDKG 12 en 15 niet meer voorkomen in de lijst van vereveningskenmerken met een vereveningsresultaat buiten de gekozen grenswaarde. In voorgaande jaren kwamen deze pDKG's wel voor. De actualisering van deze pDKG's waarbij een deel van de nierdialyse van pDKG 15 naar pDKG 13 is verschoven en de toevoeging van hemofilie incidenteel aan pDKG 12 zijn hier waarschijnlijk de oorzaak van. Dit is waarschijnlijk ook de reden dat pDKG 13 in 2018 een positief vereveningsresultaat laat zien, terwijl dit in 2017 nog negatief was (€ -1.962 na correctie). De sterk gestegen overcompensatie van pDKG 14 wordt waarschijnlijk veroorzaakt door splitsing van hemofilie incidenteel (pDKG 12) en structureel (pDKG 14) in 2018.

Twee van de zeven nieuw toegevoegd sDKG's laten een overcompensatie zien, sDKG 4 en 7. Hierbij valt vooral de hoogte op voor sDKG 7. Mogelijk houdt dit verband met het feit dat het hier om kinderen gaat (Aangeboren / trauma larynx / trachea afwijking en Kinderoncologie) in combinatie met een dure pDKG (9 en 12).

Farmacie kostengroepen

Voor de FKG is het beeld vergelijkbaar met 2017. Opvallend is wel dat FKG 26 (Nieraandoeningen) met een fors positief vereveningsresultaat in 2017 (€ 4.085) na correctie voor 2018 niet buiten de gekozen grenswaarde van € 1.000 valt. Mogelijk is dit een gevolg van de aanpassingen in pDKG15 voor 2018. Ook vallen de FKG's extreem hoge kosten clusters op (FKG 31, 32 en 33). In 2017 was het vereveningsresultaat voor FKG 32 en 33 sterk negatief (€ -40.382 en € -37.770 na correctie), voor 2018 kent met name FKG 32 een sterk positief vereveningsresultaat (€ 23.601 na correctie). De gemiddelde kosten van deze risicoklassen tijdens de ex ante vaststelling blijken achteraf niet representatief voor de werkelijke kosten van deze risicoklassen. De verwachte kosten zijn hoger ingeschat dan de uiteindelijke realisatie. Bij deze risicoklassen kan het zijn dat een paar verzekerden meer of minder in deze groepen met zeer

lage prevalent en een heterogene kosten verdeling tot een groot verschil kan leiden.

Overige vereveningskenmerken

Voor HKG, PPA, MHK, FDG en VGG vallen de hoge risicoklassen op. Dit zijn de risicoklassen met een relatief groot aandeel verzekerden dat meerdere chronische aandoeningen heeft dan wel zwaardere vormen van een bepaalde aandoening. Deze risicoklassen vielen vorig jaar ook op. Bij PPA, MHK en VGG zijn modelwijzigingen doorgevoerd per 2018 die mogelijk impact hadden op de resultaten van deze risicogroepen. Daarnaast is mogelijk een onvoldoende specifieke verhoging van de kosten voor V&V in de gegevensfase van de OT, vanwege de verruiming van het macrokader voor wijkverpleging per 2018, met 16% een verklaring voor het forse vereveningsresultaat binnen het VGG kenmerk. Hierdoor kunnen kosten te sterk zijn toebedeeld aan vooral verzekerden in de hogere klassen van het vereveningskenmerk VGG.

In de onderstaande analyses naar de GGAV in kosten en de GAV in prevalenties vallen de betreffende risicoklassen ook op. Mogelijk zijn er meer onzekerheden bij de OT en ex ante vaststelling voor deze nieuwe risicoklassen/ vereveningskenmerken, waardoor er achteraf grotere verschuivingen in de kosten en/of prevalenties kunnen optreden.

Specifiek vallen ook de risicoklassen AVI 0 (18- en 65+) en SES 3 (laag inkomen, 65-) op. Dit zijn risicoklassen waarbij de grens 65-/65+ van belang is. Het gemiddelde vereveningsresultaat van deze risicoklassen komt boven de gekozen grenswaarde op macroniveau uit, ondanks de relatief kleinere omvang van deze risicoklassen in vergelijking met de andere (afslag)klassen die boven de gekozen grenswaarde op macroniveau uitkomen.

Het aantal risicoklassen boven de grenswaarde op macroniveau is hetzelfde als in 2017, maar is aanzienlijk hoger dan modeljaar 2016 en de jaren daarvoor. Het vereveningsresultaat voor de afslagklassen van pDKG, sDKG, HKG, MHK (afslagklasse en klasse waarin ten minste 1 jaar van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30%), FDG, en VGG heeft een hoog vereveningsresultaat op macroniveau, vanwege de grote omvang in prevalenties van deze afslagklassen. Vorig jaar is dit geconstateerd voor DKG, HKG, MHK, FDG, GGG en VGG (Monitor 2017) en de jaren daarvoor enkel voor DKG en MHK (Monitor 2016). De oorzaak hiervoor is gelegen in de hoogte van het macrovereveningsresultaat en de zeer grote omvang van het aantal verzekerden in de afslagklasse. Hierdoor wordt de grenswaarde van € 300 miljoen relatief snel bereikt. In 2016 was het macrovereveningsresultaat beperkt.

7.1.2. GGAV kosten

Bovenstaande resultaten worden (deels) verklaard door ontwikkelingen in de kosten tussen de OT en de ex ante vaststelling ten opzichte van de gerealiseerde kosten. Hiertoe hebben wij de GGAV in de kosten per vereveningskenmerk geanalyseerd (Tabel 7-2). Voor vergelijkbaarheid van de resultaten tussen momenten zijn de gemiddelde kosten bij de OT en de ex ante vaststelling procentueel geschaald naar het gerealiseerde kostenniveau (Bijlage C). 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 is niet

waarschijnlijk, (geringe) afwijkingen tussen schatting en realisatie zullen altijd optreden). De GGAV interpreteren wij relatief om het patroon in de afwijkingen van de gemiddelde kosten te analyseren over de vereveningskenmerken op de momenten en in vergelijking met voorgaande jaren, voor zover mogelijk. De GGAV wordt onderling vergeleken en gerelateerd aan het gemiddelde kostenniveau. Tabel 7-2 toont de GGAV in kosten per verzekerde tussen de OT en definitieve vaststelling en tussen de ex ante vaststelling en definitieve vaststelling, gecorrigeerd voor het verschil in gemiddelde kostenniveau tussen de vaststellingsmomenten.

Tabel 7-2 GGAV in kosten per verzekerde tussen de OT en definitieve vaststelling en tussen de ex ante vaststelling en definitieve vaststelling, gecorrigeerd voor het verschil in gemiddelde kostenniveau tussen de vaststellingsmomenten

	OT versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd	Ex ante vaststelling versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd
Leeftijd/geslacht	88,8	48,4
pDKG	79,5	39,3
sDKG	54,8	14,4
FKG	76,6	54,0
HKG	33,5	14,3
AVI	30,1	27,8
SES	201,4	234,6
PPA	274,0	296,3
Regio	17,7	7,3
MHK	40,8	53,5
FDG	22,0	12,6
VGG	33,7	39,3
Totaal	79,2	70,2

De totale kosten bij de OT wijken met gemiddeld € 79,2 per verzekerde en bij de ex ante vaststelling met gemiddeld € 70,2 per verzekerde af van de gerealiseerde kosten. De totale GGAV in de kosten bij de ex ante vaststelling is daarmee lager dan bij de OT. Een lagere GGAV in de kosten bij de ex ante vaststelling dan bij de OT betekent dat de gemiddelde kosten bij de ex ante vaststelling over het algemeen beter aansluiten op de gerealiseerde kosten dan bij de OT. Dat de gemiddelde kosten beter aansluiten bij de ex ante vaststelling is te verklaren door de effecten bij pDKG, sDKG, FKG, HKG, en FDG. In Monitor 2017

werd geconstateerd dat de GGAV in kosten bij de ex ante vaststelling hoger is dan bij de OT: € 46,6 bij de OT en € 64,1 bij de ex ante vaststelling. Toen was de GGAV voor een groot deel te verklaren door de effecten bij DKG, FKG, GSM en MHK. De hoge GGAV resultaten bij SES, PPA, pDKG, sDKG, en FKG in Tabel 7-2 kunnen als volgt worden verklaard:

- Voor **SES** en **PPA** zijn de GGAV in kosten behoorlijk gestegen ten opzichte van vorige jaar. Voor SES is in 2018 de GGAV € 201,4 bij de OT en € 234,6 bij de ex

ante vaststelling en voor PPA € 274,0 bij de OT en € 296,3 bij de ex ante vaststelling. In 2017 was de GGAV voor SES € 65,3 bij de OT en € 66,2 bij de ex ante vaststelling. Voor PPA was het € 52,7 bij de OT en € 34,2 bij de ex ante vaststelling. In voorgaande jaren hebben deze vereveningskenmerken ook relatief grote afwijkingen in de gemiddelde kosten geconstateerd, maar de GGAV is nu meer dan verdrievoudigd voor SES en verviervoudigd voor PPA ten opzicht van de vorige edities (Monitor 2012 t/m 2017). Een verklarende factor voor waarom deze vereveningskenmerken lastig te schatten zijn, is dat in 2018 de definitie van PPA is gewijzigd. Hierdoor verandert ook de indeling van verzekerden in SES.

- Bij de hoge **pDKG-** en **sDKG**-klassen vallen de hoge gemiddelde verwachte kosten op, vooral bij de ex ante vaststelling. Voor pDKG 14 en 15 en sDKG 6 en 7 zijn de gemiddelde kosten bij de ex ante vaststelling bijvoorbeeld fors overschat in vergelijking met de gerealiseerde cijfers. Voor pDKG 14 en 15 is er ook een overschatting bij de OT, maar wel in mindere mate. In voorgaande jaren vielen ook met name de hoge risicoklassen van DKG op. Mogelijk kunnen bepaalde tariefswijzigingen van behandelingen een (vertraagd) effect hebben op de kosten. In 2016 waren er bijvoorbeeld sterke effecten van de DBC-doorlooptijd verkorting. Een andere mogelijke verklaring kan zijn dat de hogere risicoklassen “zwaardere aandoeningen” omvatten waarbij er mogelijk meer fluctuaties in de zorgkosten verwacht mogen worden, omdat het om (zeer) hoge kosten gaat bij deze verzekerden.
- Tijdens de OT is de GGAV in kosten opvallend hoog bij pDKG 7, 10, 11, 13, en 15. Voor elk van deze klassen is de GGAV in kosten fors lager bij de ex ante vaststelling. pDKG-klassen 3, 4, 6, 9 en 12 hebben een lagere GGAV voor de OT dan voor de ex ante vaststelling. Het verschil tussen de GGAV bij de OT en de ex ante vaststelling is voor deze klassen echter relatief kleiner. Bij sDKG 6 en 7 is de GGAV voor de ex ante vaststelling fors hoger dan die voor de OT. Voor zowel pDKG als sDKG heeft de risicoklasse met de grootste omvang, de afslagklasse (pDKG 0 en sDKG 0) een fors hoger GGAV voor OT dan voor de ex ante vaststelling. Verklaringen voor deze verschuivingen zijn mogelijk de actualisatie van het pDKG kenmerk en toevoeging van de secundaire DKG's.
- **FKG** heeft ook een relatief hoge GGAV in kosten, zowel bij de OT als de ex ante vaststelling (76,6 and 54,0). Dit komt met name door FKG 32 (Extreem hoge cluster 2) en FKG 33 (Extreem hoge cluster 3). FKG 32 en FKG 33 zijn verantwoordelijk voor respectievelijk 38% en 32% van de GGAV in de kosten van dit vereveningskenmerk bij de OT en voor respectievelijk 46% en 6% bij de ex ante vaststelling. Het verschil in de GGAV in kosten tussen de OT en de ex ante

vaststelling is voor een deel te wijten aan FKG 33. Een andere risicoklasse die opvalt is FKG 0 (afslagklasse): de GGAV in kosten van FKG 0 bij de OT is ongeveer vier keer zo hoog als bij de ex ante vaststelling. Ondanks dat de hoogte van de GGAV in kosten van deze risicoklasse mee valt, is de omvang van FKG 0 zeer hoog, bijna 75%.

- Voor FKG 15, 23, 25 en 32 valt het verschil in de gemiddelde kosten tussen de OT en de gerealiseerde kosten en de ex ante vaststelling en de gerealiseerde kosten op. De gemiddelde gerealiseerde kosten 2018 zijn 18% lager dan de representatief gemaakte kosten van 2015 als gebruikt bij de OT en 2% lager dan bij de ex ante vaststelling. Voor FKG 15 (auto-immuunziekten o.b.v. add-on) bij de OT zijn de gemiddelde kosten 16% lager dan de gerealiseerde kosten en bij de ex ante vaststelling zijn de gemiddelde kosten gelijk aan de gerealiseerde kosten. Voor FKG 23 (kanker) is dit 20% en 1% respectievelijk en voor FKG 25 (HIV/AIDS) is het 15% en 2% respectievelijk. Voor FKG 32 (Extreem hoge kosten cluster 2) zijn de gemiddelde gerealiseerde kosten 23% lager dan bij de OT en 5% lager bij de ex ante vaststelling dan bij de gerealiseerde kosten. Bij FKG 20 (cystic fibrosis) zijn de gemiddelde kosten hoger uitgevallen dan verwacht bij de OT en ex ante vaststelling: 28% en 1% respectievelijk.
- De gemiddelde kosten van FKG 31, 32 en 33 (extreem hoge clusters) zijn hoog. Voor FKG 31 zijn de gemiddelde kosten hoger uitgevallen dan verwacht: 11% bij de OT en 16% bij de ex ante vaststelling dan de gerealiseerde kosten. Voor FKG 32 zijn bij de OT de gemiddelde kosten 23% hoger ingeschat dan gerealiseerd en bij de ex ante vaststelling 5% hoger. Voor FKG 33 zijn bij de OT de gemiddelde kosten 6% hoger ingeschat dan de gerealiseerde kosten en bij de ex ante vaststelling 12% hoger. Vanwege de kleine omvang van deze drie risicoklassen komen de absoluut gezien grote afwijkingen in de gemiddelde kosten niet overheersend terug in de GGAV van dit vereveningskenmerk. De vereveningsresultaten van deze risicoklassen bij de definitieve vaststelling vallen wel op (Tabel 7.2).
- Een mogelijke verklaring voor deze verschuivingen is de zorginkoop-effecten. Een andere mogelijke verklaring is dat de wijze waarop de kosten representatief worden gemaakt bij de OT en de ex ante vaststelling te grof zijn voor de onderliggende groepen. Daarnaast kan de samenhang met de nieuwe pDKG en sDKG kenmerken ook een effect hebben.

Opvallende resultaten voor andere vereveningskenmerken dan SES, PPA, pDKG, sDKG, en FKG zijn:

- **MHK** heeft ook een hoge GGAV in kosten bij de OT en de ex ante vaststelling: 40,8 en 53,5, respectievelijk. MHK 0 is verantwoordelijk voor 53% van de GGAV in

kosten van dit vereveningskenmerk bij zowel de OT als de ex ante vaststelling. De gerealiseerde kosten zijn hoger uitgekomen dan verwacht bij de OT ten opzichte van de gerealiseerde kosten (2,6%) en lager bij de ex ante vaststelling (3,7%) ten opzichte van de gerealiseerde kosten. Het verschil in de GGAV in kosten tussen de OT en de ex ante vaststelling is deels te wijten aan MHK 2. Dit kenmerk heeft voor de OT een GGAV in kosten van 5,8 en voor de ex ante vaststelling een GGAV in kosten 40,8. Bij vijf van de

negen risicoklassen is de GGAV bij de ex ante vaststelling hoger dan bij de OT. MHK is een van de weinige kenmerken dat een hoger gemiddelde GGAV heeft bij de OT dan bij de ex ante vaststelling.

- De GGAV van **leeftijd en geslacht** is relatief hoog, net als in voorgaande jaren. De orde van grootte is echter wel vergelijkbaar over de jaren. Vooral de OT GGAV is gestegen ten opzichte van vorig jaar.

7.1.3. GAV Prevalenties

Naast verschuivingen in kosten, treden ook verschuivingen in prevalenties op tussen de momenten. Tabel 7-3 toont de GAV in prevalenties per vereveningskenmerk van het somatische model 2018.

Tabel 7-3 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 2018. Dit zijn aantallen per 1000 verzekerden.

	OT versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd	Ex ante vaststelling versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd
Leeftijd/geslacht	43,2	7,5
pDKG	20,2	7,6
sDKG	11,6	2,5
FKG	17,4	3,5
HKG	6,7	0,8
AVI	41,7	26,4
SES	116,7	123,8
PPA	30,5	6,2
Regio	4,3	2,1
MHK	20,9	20,6
FDG	3,1	2,3
VGG	1,0	0,5
Totaal	26,4	17,0

Voetnoot Tabel 7-3: GAV is een afkorting voor gesommeerde absolute verschillen. Het procentuele verschil kan worden afgeleid door de GAV te delen door 10.

Conform verwachting is de totale GAV in prevalentie bij de OT hoger dan bij de ex ante vaststelling: een prevalentieverschil van gemiddeld 2,64% bij de OT en 1,70% bij de ex ante vaststelling. Het verschil in de totale GAV in prevalentie tussen OT en ex ante vaststelling wordt veroorzaakt door de effecten van de verzekerdenraming. De verzekerdenraming levert een positieve bijdrage aan de

aansluiting van de geraamde prevalentie op de werkelijke prevalentie. In vergelijking met voorgaande jaren is de totale GAV bij de ex ante vaststelling hoger: van 0,82% in 2015, naar 0,89% in 2016, naar 1,18% in 2017, naar 1,70% in 2018 (Monitor 2015, 2016, en 2017: Tabel 7-3). Mogelijk komt dit doordat er in 2018 meer modelwijzigingen zijn doorgevoerd dan in voorgaande

jaren, waardoor er mogelijk meer onzekerheid was bij de OT en ex ante vaststelling over de ontwikkeling van deze nieuwe of aangepaste vereveningskenmerken. Hieronder worden de meest opvallende resultaten toegelicht:

- Voor **SES** is de GAV in prevalentie bij zowel de OT als de ex ante vaststelling het hoogste: 11,7% en 12,4% respectievelijk. SES 5, 6, 8, 11, en 12 zijn ieder verantwoordelijk voor tussen de 10 en 16% van de GAV in prevalentie bij zowel de OT als de ex ante vaststelling. Dit is niet in eerdere jaren geconstateerd. In 2018 is er een wijziging geweest voor het SES kenmerk. In 2018 is de definitie van PPA gewijzigd en hierdoor veranderd de indeling van verzekerden in SES.
- De GAV in prevalentie voor **leeftijd en geslacht** is opvallend hoog bij OT (4,32%). De GAV wordt met name veroorzaakt door de leeftijdsgroepen 40 t/m 44 jaar (voor 19%) en 70 t/m 74 jaar (voor 21%), mannen en vrouwen bij elkaar opgeteld. Bij de ex ante vaststelling valt de GAV in prevalentie van dit vereveningskenmerk niet meer op (0,75%). Dit is ook in eerdere jaren geconstateerd. Dit komt door het effect van de verzekerdenraming.
- Voor **AVI** is de GAV in prevalentie bij de OT relatief hoog (4,17%) in vergelijking met andere vereveningskenmerken. Bij de ex ante vaststelling is de GAV in prevalentie lager (2,64%). AVI 0 (17- en 65+) is verantwoordelijk voor 10% van de GAV in zowel de prevalentie bij OT als bij de ex ante vaststelling. De omvang van de afslagklasse is 39% voor de OT en de ex ante vaststelling. De werkelijke prevalentie is hoger dan verwacht bij zowel de OT als de ex ante vaststelling.
- AVI 15, 21 en 22 vallen op vanwege hun hoge GAV in prevalentie. Daarnaast hebben deze risicoklassen bij de OT een hogere GAV in prevalentie dan bij de ex ante vaststelling. AVI 15 (zelfstandige, 25 t/m 44 jaar) is verantwoordelijk voor 11% van de GAV in prevalentie bij de OT en 5% bij de ex ante vaststelling. AVI 21 en 22 (referentiegroep 25 t/m 44 en 45 t/m 54 jaar) is verantwoordelijk voor respectievelijk 20% en 10% van de GAV in prevalentie bij de OT en respectievelijk 13% en 5% bij de ex ante vaststelling.
- Daarnaast valt ook AVI 20 (Referentiegroep, 18 t/m 24 jarigen) op vanwege een hoge GAV in prevalentie. Opvallend is dat de prevalentie bij de ex ante vaststelling meer afwijkt van de gerealiseerde prevalentie dan bij de OT. Bovendien is deze risicoklasse verantwoordelijk voor 4% van de GAV in prevalentie bij de OT en 24% bij de ex ante vaststelling.
- De prevalenties van AVI worden sterk beïnvloed door de economische omstandigheden en specifieke beleidsmaatregelen met betrekking tot de arbeidsmarkt

en sociale zekerheid. Dit is een verklaring voor de hoge GAV in prevalentie voor AVI. Daarnaast, is het hierdoor onzeker om een trendfactor voor AVI vast te stellen op basis van recente gegevens. Daarom wordt er geen trendfactor toegepast in de verzekerdenraming voor AVI.

- De GAV voor AVI is over afgelopen jaren consequent relatief hoog (Monitor 2012 t/m 2017). De GAV bij de ex ante vaststelling voor dit vereveningskenmerk is wederom iets lager dan vorige jaren: van 2,75% (Monitor 2015), naar 2,55% (Monitor 2016), naar 2,35% in 2017, naar 2,64% in 2018. Dit heeft mogelijk te maken met de doorgevoerde modelverbeteringen voor dit vereveningskenmerk.
- **pDKG** heeft bij OT een hoge GAV in prevalentie, maar bij de ex ante vaststelling is die relatief laag. pDKG 0 bepaalt uiteindelijk ongeveer de helft van de GAV in prevalentie van dit vereveningskenmerk (49% tijdens OT en 46% bij de ex ante vaststelling). De andere helft van de GAV wordt bepaald door de combinatie van alle positieve risicoklassen, waarbinnen pDKG 1 tot en met 5 opvallen, net als vorig jaar. Vergelijkbaar met vorig jaar zijn de prevalenties van de positieve risicoklassen van pDKG lager uitgekomen dan geraamd in de verzekerdenraming; ofwel er zijn uiteindelijk minder verzekerden in een positieve risicoklasse ingedeeld dan was verwacht ten tijde van OT en ex ante vaststelling: 0,35% van alle verzekerden (circa 60.000 verzekerden) zijn in de afslagklasse ingedeeld, terwijl die normaal gesproken in een positieve pDKG-klasse zouden zijn ingedeeld. Dit is een vijfde ten opzichte van vorig jaar (1,77%, 300.000 verzekerden). Gezien de omvang van het normbedrag van de pDKG 0 leidt deze prevalentie-verschuiving tot een verschuiving in de kosten van meer dan € 12 miljoen van de positieve pDKG-klassen naar de afslagklasse.
- **FKG** heeft bij de OT ook een relatief hoge GAV in prevalentie (1,74%). De hoge GAV bij OT wordt veroorzaakt door FKG 0 (voor 25%) en FKG 7 (voor 28%, hoog cholesterol). Bij de ex ante vaststelling is de GAV van FKG lager en in verhouding tot andere vereveningskenmerken. Een verklaring voor de hoge GAV in prevalentie bij OT kan zijn dat de verzekerdenraming beter in staat is om rekening te houden met de meervoudigheid van FKG dan bij de OT. In voorgaande jaren is ditzelfde patroon geconstateerd (Monitor 2012 t/m 2017).
- **MHK** heeft bij de OT zowel als bij de ex ante vaststelling en hoge GAV, 2,09% en 2,06% respectievelijk. In eerdere jaren was MHK een kenmerk met een relatief lage GAV in prevalentie. Met name door de toevoeging van MHK 1 (ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in de top 30 procent) is dit in 2018 veranderd. MHK 1 heeft voor zowel de OT als de ex ante vaststelling een

hoge GAV in prevalentie: MHK 1 is verantwoordelijk voor 50% van de GAV in prevalentie bij de OT en ex ante vaststelling. De afslagklasse MHK 0 is verantwoordelijk voor 29% van de GAV in prevalentie bij de OT en 34% bij de ex ante vaststelling.

- Verder is de GAV in prevalentie het laagst voor HKG en VGG. De geraamde prevalenties van deze

kenmerken wijken relatief niet veel af van de gerealiseerde prevalenties. Voorgaande jaren is dit voor deze vereveningskenmerken ook geconstateerd. Regio en FDG hebben ook een relatief lage GAV, echter beide hoger dan in 2017. sDKG, een nieuw kenmerk in het model van 2018 heeft ook een relatief lage GAV.

7.1.4. Subgroepen samenhang aandoening en leeftijd

Het gemiddelde vereveningsresultaat voor een aantal subgroepen is geanalyseerd, die niet expliciet zijn opgenomen in het somatische model (Tabel 7-4). 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 C). Bij de definitieve vaststelling is gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat, zoals ook uitgevoerd in Hoofdstuk 5.

Tabel 7-4 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 2018, 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	18,1	-3	-2	-23	860	937	913
- Wel somatische aandoening	1,6	28	23	-358	3.994	4.386	4.587
Subtotaal	19,7	0	0	-51	1.123	1.230	1.216
Verzekerden van 18 tot en met 64 jaar							
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	43,5	-4	-7	-14	859	909	875
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	4,2	-156	-166	-181	1.185	1.253	1.244
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	9,4	107	123	49	4.360	4.660	4.626
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	3,9	-32	-22	-17	4.139	4.416	4.364
Subtotaal	61,0	0	0	-16	1.649	1.738	1.700
Subtotaal wel somatische aandoening, 18-64 jaar	8,1	66	80	30	4.295	4.587	4.549
Subtotaal geen somatische aandoening, 18-64 jaar	52,9	-19	-22	-29	892	943	907
Verzekerden van 65 jaar en ouder							
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	6,9	35	34	99	2.308	2.432	2.281
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	0,2	-383	-387	-127	3.121	3.305	3.004
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	10,8	4	9	102	7.482	7.773	7.560
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	1,4	-135	-173	178	9.114	9.485	9.013
Subtotaal	19,3	0	0	104	5.725	5.923	5.725
Subtotaal wel somatische aandoening, 65+ jaar	12,1	-12	-12	110	7.669	7.970	7.722
Subtotaal geen somatische aandoening, 65+ jaar	7,1	21	20	92	2.336	2.461	2.302

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
Totaal	100	0	0	0	2.285	2.437	2.380

Voetnoot Tabel 7-4:

- a. Aantal verzekerdenjaren bij de definitieve vaststelling. De aantallen op de andere momenten zijn vergelijkbaar met deze aantallen.
- b. Dit zijn de resultaten na correctie voor het macrovereveningsresultaat. Deze resultaten zijn gelijk aan tabel 5-1.

Voor de meeste subgroepen zien wij dat het gemiddelde vereveningsresultaat in lijn is met de verschillende momenten. Daarnaast zien wij net zoals in Hoofdstuk 5 dat een groot deel van de populatie, voornamelijk gezonde personen, een laag vereveningsresultaat heeft.

Voor enkele subgroepen is het patroon in het gemiddelde vereveningsresultaat niet in lijn met de verschillende momenten. Verzekerden van 65 jaar en ouder met een somatische aandoening worden bij OT en ex ante vaststelling ondergecompenseerd. Bij de definitieve vaststelling is het resultaat voor deze subgroep omgeslagen naar een forse overcompensatie. Voor verzekerden onder de 18 zonder somatisch aandoening vindt een verschuiving plaats van een over- naar ondercompensatie, echter dit is een zeer beperkte onder- en overcompensatie (beneden de € 50 en daarmee kan worden verondersteld dat het gepast is).

Naast dat het patroon voor een subgroep kan veranderen, zijn er ook verschuivingen in de hoogte van de onder- of overcompensatie tussen de verschillende momenten. Zo is de ondercompensatie voor verzekerden onder de 18 jaar met een somatische aandoening sterk toegenomen bij de definitieve vaststelling ten opzichte van de OT en ex ante vaststelling. Ook de ondercompensatie voor verzekerden 18 tot en met 64 jaar zonder somatische aandoening maar met psychische aandoening is toegenomen, echter in beperkte omvang. In tegenstelling neemt de overcompensatie voor verzekerden 18 tot en met 64 jaar met somatische aandoening en zonder psychische

aandoening sterk af. De ondercompensatie voor verzekerden van 65 jaar en ouder zonder somatische aandoening maar met psychische aandoening is daarentegen afgenomen. Verder is de ondercompensatie voor verzekerden van 18 tot en met 64 jaar zonder somatische of psychische aandoening licht toegenomen en de overcompensatie voor de leeftijd 65 jaar en ouder toegenomen.

Voor de gemiddelde kosten vallen met name de verzekerden op onder de 18 jaar met somatische aandoening en de verzekerden van 65 jaar en ouder met somatische aandoening (ongeacht psychische aandoening).

Noot – Paragraaf 5.1.2 interpreteert de hoogte van de onder- en overcompensaties voor deze subgroepen voor de verevenende werking van het somatische model 2018.

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.

7.2. GGZ-kosten

7.2.1. Resultaat enkelvoudige risicogroepen

Tabel 7-5 presenteert de enkelvoudige risicoklassen in het GGZ-model 2018 met een vereveningsresultaat buiten de gekozen grens (positief of negatief) van € 200 per verzekerde 18+ of een macro-omvang van € 100 miljoen. Bijlage I geeft een overzicht van het gemiddelde vereveningsresultaat voor alle 118 risicoklassen van dit model, zowel voor als na correctie voor het macrovereveningsresultaat.

In totaal zijn er 26 risicoklassen waarvoor het gemiddelde vereveningsresultaat na correctie voor het macrovereveningsresultaat buiten de gestelde grens valt.

Voor DKG-GGZ 11 t/m 14, AVI 1 en MHK-GGZ 6 en 7 betreft dit een fors negatief gemiddeld vereveningsresultaat na correctie voor het macrovereveningsresultaat. Voor deze risicoklassen zijn de gerealiseerde kosten hoger uitgekomen dan verwacht. De overige risicoklassen geven een fors positief gemiddeld vereveningsresultaat. De gerealiseerde kosten zijn voor deze risicoklassen lager uitgekomen dan verwacht. Op basis van de beschikbare gegevens kunnen wij geen specifieke, onderliggende (sub)groepen aanwijzen die verantwoordelijk zijn voor deze resultaten.

Tabel 7-5 Enkelvoudige risicoklassen in het GGZ-model (gGGZ + IGGZ) van 2018 met een vereveningsresultaat buiten de gekozen grenzen, bij de definitieve vaststelling

Enkelvoudige risicoklassen		Aantal, in % ^a	Gemiddelde kosten, in €	Gemiddeld verevenings- resultaat, in € ^b (% t.o.v. gem. kosten)	Normbedrag ex ante vaststelling	Macro-omvang verevenings- resultaat, in € in mln.	Gemiddeld vereveningsresultaat na correctie, in € ^c
Buiten een drempel van € -200 of 200 per verzekerde							
DKG-GGZ	DKG-GGZ 4	0,53	6.017	593 (10%)	3.957	42,7	207
	DKG-GGZ 5	0,11	6.780	849 (13%)	5.047	12,7	404
	DKG-GGZ 6	0,19	6.624	1.565 (24%)	5.424	39,4	1.088
	DKG-GGZ 7	0,10	10.118	852 (8%)	7.628	11,9	213
	DKG-GGZ 8	0,06	13.873	2.196 (16%)	10.954	17,4	1.260
	DKG-GGZ 9	0,06	14.524	2.377 (16%)	11.904	20,0	1.392
	DKG-GGZ 10	0,05	21.743	2.912 (13%)	18.400	18,8	1.475
	DKG-GGZ 11	0,01	27.708	-424 (-2%)	20.028	-0,5	-2.014
	DKG-GGZ 12	0,00	40.505	-2.940 (-7%)	29.143	-1,6	-5.129
	DKG-GGZ 13	0,01	39.406	1.723 (4%)	32.959	2,7	-674
	DKG-GGZ 14	0,01	45.615	1.684 (4%)	40.104	2,0	-1.073
	DKG-GGZ 15	0,01	48.188	15.219 (32%)	55.267	17,3	11.524
	DKG-GGZ 16	0,00	83.625	11.060 (13%)	86.043	5,9	5.542
	DKG-GGZ 17	0,01	22.914	23.042 (101%)	38.791	17,5	20.364
FKG-GGZ	FKG 1 (psychose)	0,46	5.943	635 (11%)	1.431	39,5	251
	FKG 2 (psychose depot)	0,08	12.871	1.153 (9%)	4.054	13,0	336
AVI	AVI 1 (IVA, 18-34 jaar)	0,02	2.736	-498 (-18%)	-80	-1,3	-628
PPA	PPA 2 (Wlz-instelling, blijvend 18-64 jaar)	0,47	393	681 (173%)	-26	43,4	618
	PPA 3 (Wlz-instelling, 65-79 jaar)	0,23	197	470 (238%)	-34	14,8	431
	PPA 5 (Wlz-instelling, instromend 18-64 jaar)	0,56	5.548	703 (13%)	260	3,3	339
	PPA 6 (Wlz-instelling,	0,03	2.061	629 (31%)	994	6,3	473

Enkelvoudige risicoklassen		Aantal, in % ^a	Gemiddelde kosten, in €	Gemiddeld verevenings- resultaat, in € ^b (% t.o.v. gem. kosten)	Normbedrag ex ante vaststelling	Macro-omvang verevenings- resultaat, in € in mln.	Gemiddeld vereveningsresultaat na correctie, in € ^c
	instromend 65-79 jaar)						
MHK-GGZ	MHK-GGZ 3 (≥2x in 5 jr. kosten in top-10‰)	0,30	7.309	991 (14%)	3.010	40,8	507
	MHK-GGZ 4 (≥2x in 5 jr. kosten in top-5‰)	0,16	11.691	1.812 (15%)	4.890	40,3	1.025
	MHK-GGZ 5 (≥2x in 5 jr. kosten in top-2,5‰)	0,09	25.043	2.332 (9%)	9.461	27,2	737
	MHK-GGZ 6 (5x in 5 jr. kosten in top-5‰)	0,02	25.066	1.199 (5%)	13.670	4,0	-332
	MHK-GGZ 7 (5x in 5 jr. kosten in top-2,5‰)	0,01	40.787	162 (0%)	21.367	0,2	-2.224
Boven een drempel van €100 mln. op macroniveau							
FKG-GGZ	FKG 0 (afslag-klasse)	95,13	183	10 (5%)	-23	130,6	16
REG	Regio 1	9,97	477	94 (20%)	94	127,2	60
SES	SES 2 (Zeer laag, 18-64 jaar)	15,6	638	65 (10%)	3	138,7	24

Voetnoot Tabel 7-5:

- Omvang in verzekerdenjaren, uitgedrukt in het percentage van de totale Zvw-bevolking 18+.
- Voor alle 118 risicoklassen tezamen geldt een gemiddeld vereveningsresultaat van € 17 per verzekerde 18+.
- Het 'resultaat na correctie' is het vereveningsresultaat na correctie van de vereveningsbijdrage voor het macrovereveningsresultaat (1.2 in Bijlage I), en daarmee komt het gemiddeld vereveningsresultaat voor alle risicoklassen tezamen na correctie uit op € 0 per verzekerde 18+.

Merk op dat deze analyse ziet op het GGZ-model van 2018, waarin de gGGZ- en IGGZ-kosten zijn samengenomen. In 2017 werden voor deze 2 typen kosten nog aparte modellen geschat. Dit bemoeilijkt de een-op-een vergelijking tussen de resultaten voor het GGZ-model 2018 en de in Monitor 2017 gerapporteerde resultaten voor het gGGZ-model 2017. De effecten van enerzijds het samennemen van deze twee modellen in 2018, en anderzijds de nieuwe indeling van bestaande

vereveningskenmerken, zijn namelijk niet van elkaar te scheiden.

Opvallende resultaten op afzonderlijke vereveningskenmerken zijn:

- Voor **DKG-GGZ 4** t/m 17 worden forse vereveningsresultaten behaald. Voor vier risicoklassen betekent dit een fors negatief vereveningsresultaat (DKG-GGZ 11 t/m 14), voor de overige risicoklassen is

dit een fors positief vereveningsresultaat. De kosten voor deze risicoklassen zijn respectievelijk hoger en lager uitgekomen dan verwacht. In 2018 is het kenmerk DKG-GGZ vergroot van vijf positieve risicoklassen naar 17 positieve risicoklassen. De nieuwe indeling van dit kenmerk is mogelijk van invloed op deze resultaten, vanwege onzekerheden in de te verwachten kosten voor verzekerden in deze risicoklassen. Opvallend daarbij is het extreem grote vereveningsresultaat voor enkele risicoklassen. Voor vijf risicoklassen binnen DKG-GGZ is het gemiddelde vereveningsresultaat na correctie voor het macrovereveningsresultaat hoger dan het hoogst geobserveerde gemiddelde resultaat na correctie in 2017 (€ 1.538 voor PPA 4, Tabel 6-5 Monitor 2017).

- Voor **FKG-GGZ 1** (*psychose*) en 2 (*psychose depot*) zien wij forse positieve vereveningsresultaten. De gerealiseerde kosten zijn lager uitgekomen dan verwacht. Voor beide risicoklassen was dit in 2017 ook het geval. Voor FKG-GGZ 2 gold dit ook in 2016. Het aantal FKG-GGZ risicoklassen dat buiten de gestelde grens valt, is afgenomen. In 2017 waren dit nog 4 risicoklassen, in 2018 nog slechts 2.
- Voor **AVI 1** (*IVA, 18-34 jaar*) geldt een fors negatief gemiddeld vereveningsresultaat. In 2017 viel deze risicoklasse ook buiten de gestelde grens, maar betekende dit een fors positief vereveningsresultaat. Het effect is dus tegenovergesteld ten opzichte van 2017. In 2018 zijn de gerealiseerde kosten voor deze risicoklasse hoger dan vooraf ingeschat.
- Voor vier risicoklassen in het vereveningskenmerk **PPA** zien wij forse positieve vereveningsresultaten. Voor PPA 2 en 3 zijn de gemiddelde vereveningsresultaten fors groter dan de gemiddelde kosten (respectievelijk 173% en 238%, voor correctie). Na correctie voor het macrovereveningsresultaat nemen deze gemiddelde vereveningsresultaten af, maar deze blijven groter dan de gemiddelde kosten. Een verklaring hiervoor is de wijziging in de definitie van PPA in model 2018.
- Voor **MHK-GGZ 3 t/m 5** zien wij forse positieve gemiddelde vereveningsresultaten na correctie voor het macrovereveningsresultaat. Voor MHK-GGZ 3 en 4 was dit in 2017 ook het geval. Voor MHK-GGZ 6 en 7 zijn de gemiddelde vereveningsresultaten fors negatief. Voor MHK-GGZ 7 was dit ook in 2017 zichtbaar.
- Het aantal risicoklassen boven de grenswaarde op macroniveau is toegenomen ten opzichte van 2017. Evenals in 2017 behoort SES 'Zeer laag, 18-64 jaar' tot de risicoklassen boven de grens op macroniveau. In

2018 hebben ook de FKG-GGZ afslagklasse en Regio 1 een vereveningsresultaat boven de grenswaarde op macroniveau. Het vereveningsresultaat voor de afslagklasse van FKG-GGZ heeft een hoog vereveningsresultaat op macroniveau, vanwege de grote omvang in prevalenties van deze afslagklasse. In tegenstelling tot in 2017, werd dit in voorgaande jaren (Monitor 2013 t/m 2016) voor meerdere afslagklassen geconstateerd.

7.2.2. GGAV kosten

De GGAV in kosten per vereveningskenmerk is geanalyseerd om bovenstaande resultaten (deels) te verklaren. Vergelijkbaar met voorgaande analyses worden de gemiddelde kosten bij de OT en de ex ante vaststelling naar het niveau van de gerealiseerde kosten geschaald (Bijlage C).

De totale kosten bij de OT wijken gemiddeld € 15,5 per verzekerde 18+ af van de gerealiseerde kosten. Bij de ex ante vaststelling wijken de kosten gemiddeld € 16,3 per verzekerde 18+ af. Dit betekent dat de gemiddelde totale kosten meer afwijken tijdens de ex ante vaststelling dan bij de OT. Dit is een ongewenste situatie. De gemiddelde kosten van 18+ verzekerden sluiten bij de ex ante vaststelling gemiddeld minder goed aan op de gerealiseerde kosten dan bij de OT, met uitzondering van de vereveningskenmerken DKG-GGZ en PPA.

Vorig jaar was een tegenovergesteld effect zichtbaar: € 11,9 bij de OT en € 11,3 bij de ex ante vaststelling. Daarnaast valt op dat de GGAV in kosten bij beide momenten hoger is dan in 2017. Zoals benoemd in Hoofdstuk 7.2.1 is een mogelijke verklaring hiervoor het samenvoegen van de gGGZ- en IGGZ-risicovereveningsmodellen in 2018. Deze wijziging ten opzichte van 2017 maakt het lastig om absolute verschillen te interpreteren.

Bij de afzonderlijke vereveningskenmerken valt op:

- Het in 2018 opnieuw ingedeelde vereveningskenmerk **DKG-GGZ** heeft een relatief hoge GGAV bij zowel de OT als bij de ex ante vaststelling: € 18,4 en € 17,4 respectievelijk. De afslagklasse bepaalt het grootste deel van de totale GGAV van DKG-GGZ: 51% bij de OT en 44% bij de ex ante vaststelling. De nieuwe indeling van DKG-GGZ in 2018 kan van invloed zijn geweest vanwege onzekerheden in de te verwachten kosten en prevalenties voor de verzekerden in deze risicoklasse. In 2017 was de GGAV van DKG-GGZ immers fors lager: € 4,4 bij de OT en € 4,0 bij de ex ante vaststelling.

Tabel 7-6 GGAV in de GGZ-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 GGZ-model 2018.

	OT versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd	Ex ante vaststelling versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd
Leeftijd/geslacht	15,1	15,7
DKG-GGZ	18,4	17,4
AVI	25,3	29,8
Regio	13,1	15,4
SES	13,8	14,2
MHK-GGZ	17,4	18,8
FKG-GGZ	5,8	8,1
PPA	15,4	11,9
Totaal	15,6	16,4

- **AVI** heeft de hoogste GGAV in kosten, zowel bij de OT als bij de ex ante vaststelling: € 25,3 en € 29,8 respectievelijk. De risicoklassen AVI 5 (Arbeidsongeschikt, 18-34 jaar) en AVI 25 (Referentiegroep, 18-34 jaar) bepalen het grootste deel van de totale GGAV bij AVI: AVI 5 14% bij de OT en 18% bij de ex ante vaststelling, AVI 25 23% bij de OT en 19% bij de ex ante vaststelling. De GGAV in kosten van AVI 5 sluit bij de OT beter aan op de gerealiseerde kosten dan de ex ante vaststelling. AVI heeft, voor zowel de OT als de ex ante vaststelling, een lagere GGAV in kosten dan vorig jaar. AVI is een lastig in te schatten vereveningskenmerk, vanwege de (sterke) invloed van de economische situatie/conjunctuur op de indeling in dit vereveningskenmerk.
- De GGAV van **MHK-GGZ** valt bij zowel de OT (€ 17,4) als bij de ex ante vaststelling (€ 18,8) hoog uit. Dit is in lijn met de resultaten uit 2017 (€ 22,9 bij de OT en € 20,4 bij de ex ante vaststelling). Binnen dit vereveningskenmerk is MHK-GGZ 1 (min. 1 keer GGZ-kosten in de afgelopen drie jaar) voor 47% verantwoordelijk voor de totale GGAV in kosten tijdens de OT en voor 49% bij de ex ante vaststelling.

7.2.3. GAV Prevalenties

Naast verschuivingen in kosten, treden ook verschuivingen in prevalenties op tussen de momenten. Tabel 7-7 toont de GAV in prevalenties per vereveningskenmerk van het GGZ-model 2018 voor de OT en ex ante vaststelling, ten opzichte van de gerealiseerde prevalenties bij de definitieve vaststelling.

Tabel 7-7 GAV in prevalenties tussen de OT en definitieve vaststelling en tussen ex ante vaststelling en definitieve vaststelling, voor verzekerden van 18+ volgens het GGZ-model 2018. Dit zijn aantallen per 1000 verzekerden

	OT versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd	Ex ante vaststelling versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd
Leeftijd/geslacht	45,0	6,6
DKG-GGZ	6,4	1,1
AVI	58,1	31,7
Regio	4,1	1,8
SES	22,3	4,8
MHK-GGZ	20,2	18,6
FKG-GGZ	2,5	0,4
PPA	25,4	6,2
Totaal	23,0	8,9

Voetnoot Tabel 7-7: GAV is een afkorting voor gesommeerde absolute verschillen. Het procentuele verschil kan worden afgeleid door de GAV te delen door 10.

Conform verwachting is de totale GAV bij de OT hoger dan bij de ex ante vaststelling: een prevalentieverschil van gemiddeld **2,30%** bij de OT en **0,89%** bij de ex ante vaststelling. In vergelijking met vorig jaar is de totale GAV bij de OT nagenoeg gelijk en bij de ex ante vaststelling lager: 2,29% en 1,23% respectievelijk (Monitor 2017, tabel 6-7). Voor alle vereveningskenmerken is de GAV lager bij de ex ante vaststelling dan bij de OT. In voorgaande jaren was de totale GAV bij de OT ook hoger dan bij de ex ante vaststelling (Monitor 2012 t/m 2017). Door de herweging naar de verzekerdenraming sluiten de prevalenties gemiddeld beter aan op de gerealiseerde prevalenties dan de geraamde cijfers bij de OT.

Voor DKG-GGZ geldt klassieke criteriumneutraliteit (criteriumneutraliteit opgevangen in de afslagklasse) en een overschatting van prevalenties van de positieve risicoklassen bij de OT. De keuze voor klassieke criteriumneutraliteit boven klassen criteriumneutraliteit heeft voorkomen dat de forse vereveningsresultaten voor de positieve risicoklassen van DKG-GGZ nog verder zou zijn toegenomen.

De volgende resultaten bij afzonderlijke vereveningskenmerken vallen op:

- Bij **AVI** is de GAV in prevalenties relatief hoog, met name bij de OT. Bij de OT dragen AVI 0 (*verzekerden 65+ jaar*) en AVI 26 (*Referentiegroep 35-44 jaar*) beiden 19% aan de totale GAV in prevalenties voor AVI. Bij de ex ante vaststelling dragen AVI 25

(**Referentiegroep 18-34 jaar**) en andermaal AVI 26 het meest aan de totale GAV in prevalenties: respectievelijk 24% om 13%. AVI is sterk gerelateerd aan de economische situatie/conjunctuur. Het is lastig deze prevalenties goed te ramen, omdat onvoorziene ontwikkelingen in de economische situatie een (grote) impact kunnen hebben. Dit lijkt met name het geval voor de leeftijdsklasse 18-34 jaar. 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. Opvallend is wel dat de grootste afwijkingen voorkomen op 'grensklassen'. In de risicoklasse 18-34 jaar zitten de verzekerden die net 18 jaar zijn geworden en niet eerder voorkwamen in het GGZ-model. In de risicoklasse 65+ jaar zitten de verzekerden die net hun gespecificeerde AVI-indeling 'verliezen' en in een andere risicoklasse komen.

- **MHK-GGZ** heeft een relatief hoge GAV in prevalenties, zowel bij de OT als de ex ante vaststelling. MHK 0 (geen MHK) en MHK 1 (min. 1 keer GGZ-kosten in de afgelopen drie jaar) bepalen beiden bijna 50% van de totale GAV in prevalenties. Daarbij volgt uit de analyse dat de prevalentie van MHK 1 sterk is overschat tijdens de OT.
- Bij DKG-GGZ, Regio en FKG-GGZ is de GAV laag bij zowel de OT als de ex ante vaststelling. Dit is in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2012 t/m 2017).

7.2.4. Subgroepen samenhang aandoening en leeftijd

Tabel 7-8 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 GGZ-kosten in 2018, uitgedrukt in € per verzekerde 18+.

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
Verzekerden van 18 t/m 64 jaar							
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	54,2	4	5	-1	71	79	83
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	5,3	15	15	15	1.311	1.450	1.499
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	11,7	-11	-12	-13	85	94	93
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	4,9	-47	-50	-6	2.025	2.272	2.136
Subtotaal	76,0	-1	0	-2	297	332	314
Subtotaal wel psychische aandoening, 18-64 jaar	10,1	-13	-15	5	1.640	1.828	1.805
Subtotaal geen psychische aandoening, 18-64 jaar	65,9	2	2	-4	73	82	84
Verzekerden van 65 jaar en ouder							
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	8,6	-5	-6	-2	37	41	38
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	0,3	34	8	160	1.445	1.670	1.627
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	13,5	-9	-9	-5	45	50	46
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	1,7	111	113	127	1.103	1.234	1.142
Subtotaal	24,0	2	1	8	136	154	138
Subtotaal wel psychische aandoening, 65+ jaar	2,0	100	98	132	1.152	1.295	1.205
Subtotaal geen psychische aandoening, 65+ jaar	22	-7	-8	-3	42	46	43
Totaal	100	0	0	0	260	290	272

Voetnoot Tabel 7-8:

- Aantal verzekerdenjaren bij de definitieve vaststelling. De aantallen op de andere momenten zijn vergelijkbaar met deze aantallen.
- Dit zijn de resultaten na correctie voor het macrovereveningsresultaat. Deze resultaten zijn gelijk aan Tabel 5-6.

Het patroon in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen de OT en ex ante vaststelling ligt in lijn met elkaar, waarbij beide momenten bij bepaalde subgroepen afwijken van de definitieve vaststelling; veelal is dit verschil beperkt. Zo is er bij de subgroep van 18 tot en met 64 jaar met zowel een somatische als een psychische aandoening een lichte ondercompensatie ten tijde van de OT en de ex ante vaststelling. Dit is in lijn met voorgaand jaar (2017). Bij de definitieve vaststelling is er een lichte overcompensatie

voor deze subgroep, terwijl de gemiddelde kosten zijn gestegen ten opzichte van de OT en ex ante vaststelling. Dit is in lijn met de positieve resultaten die zichtbaar waren bij de verschillende positieve risicoklassen. Opvallend is dat zowel voor de 18 tot 64-jarigen als de 65+ jarigen zonder somatische en psychische aandoening (gezonde verzekerden) het vereveningsresultaat zeer beperkt is. Dit is in lijn met voorgaand jaar (2017). Subgroepen met een psychische aandoening hebben een positief

vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling. Dit is in lijn met voorgaand jaar.

De gemiddelde kosten van de subgroepen op de verschillende momenten zijn qua patroon vergelijkbaar,

met uitzondering van enkele wijzigingen (rekening houdend met de kostenverschillen tussen momenten). Dit was ook in de voorgaande jaren geconstateerd.

A close-up photograph of a medical drip chamber and its associated tubing. The device is made of clear plastic with a blue cap and a red adjustment knob. It is set against a solid blue background. In the top right corner, there is a white graphic of concentric circles.

**Representativiteit op
individueel niveau:
herschattting ex ante
modellen op gerealiseerde
cijfers**

8. Representativiteit op individuniveau: herschatting ex ante modellen op gerealiseerde cijfers

Leeswijzer

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). Met deze analyse toetsen wij impliciet hoe de eerder geconstateerde verschillen in kosten en prevalenties (Hoofdstuk 7) aansluiten op de verschillen tussen kosten en prevalenties in de gerealiseerde situatie. Wij vergelijken de OT- en ex ante normbedragen voor en na criteriumneutraliteit met de realisatienormbedragen. Door toepassing van criteriumneutraliteit worden de normbedragen aangepast t.o.v. de ex ante vaststelling. Bij klassieke criteriumneutraliteit geldt deze aanpassing alleen voor de afslagklasse. Bij klasse criteriumneutraliteit worden alle normbedragen van de klassen waarop criteriumneutraliteit van toepassing is, aangepast. Ten behoeve van vergelijkbaarheid schalen wij de OT en ex ante normbedragen procentueel naar het gerealiseerde kostenniveau (Bijlage C). 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. Normbedragen zijn het eindproduct van kosten en prevalenties.

In dit hoofdstuk blijft flankerend beleid buiten beschouwing. Dit is niet relevant in het kader van vergelijkende analyses naar normbedragen en de verklaringskracht van ex ante modellen.

Samenvatting

Somatische kosten

- De ex ante normbedragen sluiten over het algemeen minder goed aan op de herschatte realisatienormbedragen dan de OT-normbedragen. Dit komt met name door de afwijking bij de DKG's, FKG's en MHK. De afwijking van de ex ante normbedragen en OT-normbedragen op de herschatte normbedragen is groter dan in 2017. Mogelijk kan dit komen door de actualisatie van het (p/s)DKG kenmerk en de introductie van een extra MHK klasse.
- Bij DKG, FKG, MHK, PPA 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. Vorig jaar is dit ook geconstateerd voor vereveningskenmerken.

GGZ-kosten

- De ex ante normbedragen sluiten over het algemeen even goed aan op de herschatte realisatienormbedragen als op de OT-normbedragen, als rekening wordt gehouden met criteriumneutraliteit. Maar indien geen rekening wordt gehouden met criteriumneutraliteit is dit niet het geval. De afwijking van zowel de OT als de ex ante normbedragen op de herschatte normbedragen zijn beide toegenomen ten opzichte van vorig jaar.
- Bij DKG, 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. Vorig jaar is dit ook geconstateerd voor vereveningskenmerken DKG en leeftijd/geslacht.

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 het normbedrag van een of meerdere andere risicoklassen c.q. vereveningskenmerken (sterk) kan 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. Zie Hoofdstuk 2.2 voor een beschrijving van criteriumneutraliteit in het risicovereveningssysteem 2018.

8.1. Somatische kosten

8.1.1. Normbedragen

Tabel 8-1 presenteert de GGAV in de normbedragen van het somatische model 2018, bij de OT en ex ante vaststelling ten opzichte van de realisatienormbedragen.

Tabel 8-1 GGAV in normbedragen tussen de OT en de ex ante vaststelling met de realisatienormbedragen voor het somatische model 2018, uitgedrukt in € per verzekerde.

	OT – Herschatting	Ex ante vaststelling – Herschatting
Leeftijd/ geslacht	66,8	55,2
FKG	42,0	61,5 (66,8 ^a)
pDKG	32,0	45,8 (40,9 ^a)
sDKG	19,6	6,1 (8,1 ^a)
HKG	8,8	8,3 (8,0 ^a)
AVI	7,5	7,8
SES	10,6	13,0
PPA	30,9	33,7
Regio	6,0	6,6
MHK	81,3	85,7
FDG	4,0	4,9
VGG	24,0	28,9
Totaal	27,8	29,8 (30,0^a)

Voetnoot Tabel 8-1:

a. De ex ante vastgestelde normbedragen, rekening houdend met criteriumneutraliteit (de definitieve vaststelling).

De totale GGAV in normbedragen bedroeg in 2018 voor de OT € 27,8 per verzekerde en voor de ex ante vaststelling € 29,8 per verzekerde (€ 30,0 per verzekerde bij de definitieve vaststelling inclusief criteriumneutraliteit). Idealiter zou de totale GGAV bij de ex ante vaststelling lager moeten zijn dan bij de OT-normbedragen. Echter sluiten de normbedragen bij de ex ante vaststelling (met en zonder criteriumneutraliteit) minder goed aan op de realisatienormbedragen dan de OT-normbedragen. Herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB zorgen

gemiddeld genomen voor een minder goede aansluiting van de normbedragen op de realisatienormbedragen dan bij de OT. Opvallende resultaten zijn:

- De GGAV in normbedragen voor **FKG** is hoog: € 42,0 bij de OT en € 61,5 bij de ex ante vaststelling. Het valt op dat de GGAV in normbedragen bij de definitieve vaststelling nog hoger is. Bij criteriumneutraliteit leidt dit tot een hogere GGAV in normbedragen dan bij de ex ante vaststelling. Dit kan te maken hebben met verschuivingen in

prevalenties, waarbij bij de OT FKG 0 nog verantwoordelijk was voor de hoge GGAV en bij de ex ante vaststelling in mindere mate (paragraaf 7.1.3). Deze verschuiving kan hebben geleid tot een hoger normbedrag bij de ex ante vaststelling. De hoge GGAV in normbedragen bij de definitieve vaststelling kan ook te maken hebben met verschuivingen in de kosten (paragraaf 7.1.2). In 2016 en 2017 was de GGAV in normbedragen bij de ex ante vaststelling ook hoger dan bij de OT, maar in mindere mate.

- Ook **pDKG** heeft een relatief hoge GGAV in normbedragen, ten opzichte van andere vereveningskenmerken, zowel bij de OT (€ 32,0 per verzekerde) als bij de ex ante vaststelling (€ 45,8 per verzekerde). Klasse criteriumneutraliteit zorgt er uiteindelijk voor dat de GGAV in normbedragen € 40,9 per verzekerde bedraagt. De verschuivingen in kosten en prevalenties 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. Voorgaande jaren is er een hoge GGAV in normbedragen voor DKG geconstateerd. Ook vorig jaar was de GGAV in normbedragen bij ex ante vaststelling hoger dan de OT.
- Bij **sDKG** is er sprake van een relatief lage GGAV in normbedragen. De GGAV in normbedragen bij ex ante vaststelling is lager dan de OT, zoals wenselijk. Een verklaring hiervoor kan de verschuiving in kosten zijn bij de ex ante vaststelling (paragraaf 7.1.2). Dit kenmerk komt in 2018 voor het eerst voor in het model.
- De GGAV in normbedragen van **PPA** is relatief hoog zowel bij OT (€ 30,9) als bij ex ante vaststelling (€ 33,7). Dit kan verklaard worden door de verschuivingen in de kosten (paragraaf 7.1.2). De GGAV voor PPA viel niet op in voorgaande jaren in vergelijking met de andere vereveningskenmerken.

Daarnaast zijn de normbedragen, vooral voor instromende, veel hoger in 2018 dan in 2017, waardoor de impact van een vergelijkbare verschuiving wordt vergroot.

- **MHK** heeft de hoogste GGAV: € 81,3 bij de OT en € 85,7 bij de ex ante vaststelling. De hoge GGAV heeft te maken met de verschuivingen in prevalenties (paragraaf 7.1.3). Er is in 2018 een nieuwe risicoklasse MHK 1 geïntroduceerd. Deze risicoklasse heeft een zeer hoge GAV in prevalentie bij zowel de OT als de ex ante vaststelling. Voorgaande jaren had MHK ook een relatief hoge GGAV (Monitor 2012 t/m 2017), maar in 2018 is deze verdubbeld.
- **Leeftijd/geslacht** heeft ook een relatief hoge GGAV, ten opzichte van andere vereveningskenmerken. Dit was ook in voorgaande jaren geconstateerd (Monitor 2012 t/m 2017). De hoge GGAV is mogelijk het gevolg van verschuivingen in de kosten en prevalenties bij andere vereveningskenmerken, zoals pDKG, sDKG, 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 7.1.2 verschuivingen in kosten en prevalenties geconstateerd. De GGAV in normbedragen van leeftijd/geslacht is lager bij de ex ante vaststelling ten opzichte van de OT.
- Bij **HKG** is sprake van een relatief lage GGAV in normbedragen. De GGAV in normbedragen bij de ex ante vaststelling lager dan bij de OT, zoals verwacht. Voorgaande jaren is ook een relatief lage GGAV in normbedragen van HKG gevonden (Monitor 2014, 2015, 2016, 2017).
- De vereveningskenmerken **AVI**, **regio**, en **FDG** hebben ieder een relatief lage GGAV in normbedragen.

8.2. GGZ kosten

8.2.1. Normbedragen

Tabel 8-2 presenteert de GGAV in de normbedragen van het GGZ-model 2018, bij de OT en ex ante vaststelling ten opzichte van de realisatienormbedragen.

Tabel 8-2 GGAV in normbedragen tussen de OT en de ex ante vaststelling met de realisatienormbedragen voor het GGZ-model, uitgedrukt in € per verzekerde.

	OT – Herschatting	Ex ante vaststelling - Herschatting
Leeftijd/geslacht	10,5	10,3
DKG-GGZ	22,8	23,5 (21,3 ^a)
AVI	6,2	7,8
Regio	9,2	10,5
SES	1,7	2,1
MHK-GGZ	17,7	16,2
FKG-GGZ	2,3	2,3
PPA	2,0	1,7
Totaal	9,0	9,3 (9,0^a)

Voetnoot Tabel 8-2:

a. Dit zijn de ex ante vastgestelde normbedragen, rekening houdend met criteriumneutraliteit (de definitieve vaststelling).

De totale GGAV in normbedragen bedraagt in 2018 voor de OT **€ 9,0** per verzekerde en voor de ex ante vaststelling **€ 9,3** per verzekerde (of **€ 9,0** met criteriumneutraliteit). Hiermee is de totale GGAV bij de OT gelijk aan die bij de ex ante vaststelling met criteriumneutraliteit. In 2017 was de totale GGAV bij de OT hoger dan bij de ex ante vaststelling met criteriumneutraliteit.

Opvallende resultaten zijn:

- Bij **DKG-GGZ** is de GGAV relatief hoog en neemt de GGAV toe tussen de OT (€ 22,8 per verzekerde) en de ex ante vaststelling (€ 23,5 per verzekerde). De GGAV voor de ex ante vaststelling met criteriumneutraliteit is het laagst: € 21,3 per verzekerde. Eerder is ook gevonden dat de kosten en prevalenties bij de ex ante vaststelling met criteriumneutraliteit gemiddeld beter aansluiten op de gerealiseerde cijfers dan de OT. In 2017 nam de GGAV in normbedragen bij DKG-GGZ ook toe tussen de OT en de ex ante vaststelling, maar was er geen criteriumneutraliteit voor DKG-GGZ.
- De GGAV van **leeftijd/geslacht** bij de OT en ex ante vaststelling is relatief hoog (respectievelijk € 10,5 en € 10,3 per verzekerde). De GGAV in normbedragen van leeftijd/geslacht bij deze vereveningskenmerken kan zijn beïnvloed door samenhang met andere vereveningskenmerken.
- Bij **MHK-GGZ** is de GGAV in normbedragen ook relatief hoog. De GGAV neemt af tussen de OT (€ 17,7 per verzekerde) en de ex ante vaststelling (€ 16,2 per verzekerde). De GGAV in normbedragen is fors hoger dan in 2017, destijds was de GGAV voor de OT gelijk aan € 8,4 en voor de ex ante vaststelling € 7,2. Eerder is bij MHK-GGZ ook gevonden dat de prevalenties bij de ex ante vaststelling gemiddeld beter aansluiten op de gerealiseerde cijfers dan bij de ex ante vaststelling. Het tegenovergestelde geldt voor de kosten.
- De vereveningskenmerken AVI, Regio, SES, FKG-GGZ en PPA hebben ieder een relatief lage GGAV in normbedragen.

Bijlagen



A. Flankerend beleid (type 1) en de impact

A.1. Flankerend beleid

Het flankerend beleid is een maatregel om een gelijke uitgangspositie tussen zorgverzekeraars te behouden bij een onder- of overschrijding van het MPB. Zorgverzekeraars zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de ontwikkeling in kosten die niet het gevolg zijn van een verschillend aantal verzekerden in de Zvw-bevolking of een andere bevolkingssamenstelling dan vooraf geraamd. Deze kosten kunnen bijvoorbeeld ontstaan door hogere of lagere tarieven voor zorg, of meer of minder gebruik van zorg. Het flankerend beleid bestaat uit de evenredige verdeling van het verschil tussen de gerealiseerde kosten en de geraamde kosten van de gezamenlijke zorgverzekeraars per premieplichtige verzekerde (verzekerden van 18+, gedetineerden uitgezonderd). Het flankerend beleid wordt toegepast op de afzonderlijke deelbedragen voor de somatische en GGZ kosten.

Door toepassing van flankerend beleid dragen zorgverzekeraars met een hoog-risico profiel een deel van hun vereveningsbijdrage af aan zorgverzekeraars met een laag-risico profiel, wanneer er sprake is van een onderschrijding van het MPB. Vanzelfsprekend werkt flankerend beleid bij overschrijding van het MPB de andere kant op. Zorgverzekeraars met een hoog-risico profiel behalen voor flankerend beleid een hoger positief vereveningsresultaat in het geval van onderschrijding van het MPB, dan na flankerend beleid. Voor zorgverzekeraars met een laag-risico profiel geldt het tegenovergestelde. In 2018, net als voorgaande jaren (2013 t/m 2017), is er sprake van een onderschrijding van het MPB.

Flankerend beleid zorgt voor een evenredige toedeling van de onder- of overschrijding van het MPB. Het flankerend beleid wordt in twee stappen toegepast:

1. Een procentuele schalingsfactor wordt toegepast om het macrovereveningsresultaat af te romen over de verzekerden van de Zvw-bevolking (voor de somatische kosten alle verzekerden en voor de GGZ-kosten alle premieplichtige verzekerden);
2. Iedere premieplichtige verzekerde krijgt een vast bedrag toebedeeld om het macrovereveningsresultaat toe te delen.

A.2. Verdere toelichting vereveningsresultaat

Een positief vereveningsresultaat houdt in dat een zorgverzekeraar een hogere vereveningsbijdrage ontvangt dan de gemaakte kosten. Een negatief vereveningsresultaat houdt logischerwijs in dat een zorgverzekeraar een lagere vereveningsbijdrage dan de gemaakte kosten ontvangt.

Een vereveningsresultaat van 0 euro per verzekerde betekent dus dat de ontvangen vereveningsbijdrage precies gelijk is aan de gemaakte zorgkosten. De spreiding in het vereveningsresultaat geeft een indicatie van de mate waarin zorgverzekeraars zijn onder- of overgecompenseerd. Een hoge spreiding betekent dat relatief veel zorgverzekeraars extremer zijn onder- of overgecompenseerd.

A.3. Impact van flankerend beleid op macroniveau

Flankerend beleid heeft geen effect op macroniveau, omdat dit een onderlinge verrekening tussen zorgverzekeraars is. Flankerend beleid heeft effect op de vereveningsbijdrage van elke zorgverzekeraar afzonderlijk; het zorgt voor een evenredige toedeling van de onder- of overschrijding van het MPB.

Om dit effect in kaart te brengen, zijn de absolute mutaties in het vereveningsresultaat van zorgverzekeraars geanalyseerd. De absolute bedragen die zorgverzekeraars onderling afdragen of ontvangen zijn gesommeerd. Toename van het absolute effect van flankerend beleid gaat parallel met een toename in het macrovereveningsresultaat, hetzelfde geldt voor een afname van beide.

A.3.1. Somatische kosten

In totaal zorgt flankerend beleid voor een absoluut effect van: € 137,7 miljoen in 2018. In voorgaande jaren was dit absolute effect:

- € 88,7 miljoen in 2017 (Monitor 2017)
- € 41,3 miljoen in 2016 (somatische plus V&V-kosten t.b.v. vergelijkbaarheid met Monitor 2016) (Monitor 2017)

- € 176,7 miljoen in 2015 (Monitor 2015)
- € 238,8 miljoen in 2014 (Monitor 2014)
- € 172,1 miljoen in 2013 (Monitor 2013)

De toename van de absolute verschuiving in de bijdrage tussen zorgverzekeraars in 2017, ten opzichte van 2016, hangt samen met het hogere macrovereveningsresultaat in 2017. Bij een grotere onderschrijding van het MPB moet meer geld onderling worden verrekend om zorgverzekeraars een evenredig aandeel van deze onderschrijding toe te delen.

A.3.2. GGZ-kosten

Flankerend beleid zorgt op macroniveau voor een absolute verschuiving in de bijdrage tussen zorgverzekeraars van € 27,7 miljoen. In voorgaande jaren was dit absolute effect:

- € 22,3 miljoen in 2017 (Monitor 2017)
- € 48,7 miljoen in 2016 (Monitor 2016)
- € 47,0 miljoen in 2015 (Monitor 2015)
- € 86,2 miljoen in 2014 (Monitor 2014)
- € 75,1 miljoen in 2013 (Monitor 2013)

Voor de voorgaande jaren was dit exclusief IGGZ.

Het effect in 2018 is daarmee hoger dan in 2017, maar lager dan de jaren ervoor. Dit hangt samen met het hogere macrovereveningsresultaat in 2018 ten opzichte van 2017, maar lager dan de voorgaande jaren (2013 t/m 2016).

A.4. Impact van flankerend beleid op verzekeraarsniveau

Bij gemiddeld lage vereveningsbijdrage dan landelijk gemiddeld

Zorgverzekeraars die een lagere vereveningsbijdrage per verzekerde dan landelijk toegekend hebben gekregen, behalen na flankerend beleid een hoger positief vereveningsresultaat. Flankerend beleid zorgt voor een toename van het gemiddelde vereveningsresultaat. Echter is er een uitzondering mogelijk voor het somatische model, indien zorgverzekeraars een relatief hoog of laag aandeel kinderen in hun portefeuille hebben.

Bij gemiddelde landelijk vereveningsbijdrage

Bij een landelijk gemiddeld vereveningsbijdrage per verzekerde blijft, na flankerend beleid, het vereveningsresultaat in theorie gelijk. Echter hangt dit effect, bij het somatische model nog af van het relatieve aantal kinderen in de portefeuille van de zorgverzekeraar.

Bij gemiddelde hoge vereveningsbijdrage dan landelijk gemiddeld

Zorgverzekeraars met een hoog-risico profiel hebben een hogere vereveningsbijdrage per verzekerde dan landelijk toegekend gekregen. Flankerend beleid zorgt voor een afname van het gemiddelde vereveningsresultaat. Eveneens is het mogelijk dat er relatief veel kinderen in de portefeuille van een zorgverzekeraar met een hoog-risico profiel zitten, wat binnen het somatische model een aanvullend effect kan hebben.

A.4.1. Flankerend beleid toegepast op somatische kosten

Flankerend beleid zorgt voor een evenredige toedeling van de onder- of overschrijding van het MPB tussen zorgverzekeraars. Flankerend beleid zorgt op macroniveau voor een absolute verschuiving in de bijdrage tussen zorgverzekeraars van € 137,7 miljoen (2018). Deze herverdeling van het macro vereveningsresultaat heeft impact op het vereveningsresultaat voor de individuele zorgverzekeraars. Deze impact pakt verschillend uit tussen zorgverzekeraars met een hogere dan landelijk gemiddelde vereveningsbijdragen (boven € 2.436) en zorgverzekeraar met een lagere dan landelijk gemiddelde vereveningsbijdrage (onder € 2.436) (Tabel A-1). Voor de geconstateerde onderschrijding van het MPB in 2018 resulteert dit voor het somatische model in een toename van de spreiding.

Tabel A-1: Gemiddelde vereveningsbijdrage en vereveningsresultaat (voor en na flankerend beleid) voor zorgverzekeraars met een gemiddelde vereveningsbijdrage per verzekerde onder en boven de landelijk gemiddelde vereveningsbijdrage per verzekerde (€ 2.436).

	Gemiddelde vereveningsbijdrage per verzekerde	Vereveningsresultaat per verzekerde voor FB	Vereveningsresultaat per verzekerde na FB
Onder € 2.436	€ 1.953	€ 88	€ 102
Boven € 2.436	€ 2.819	€ 59	€ 48

Zorgverzekeraars met een hoog-risico profiel behalen voor flankerend beleid al een gemiddeld lager vereveningsresultaat (€ 59) dan zorgverzekeraars met een laag-risico profiel. Bij overschrijding van het MPB is het inherent aan de werking van het flankerend beleid dat zorgverzekeraars met een hoog-risico profiel een bijdrage afstaan aan zorgverzekeraars met een laag-risico profiel. Immers, alle zorgverzekeraars leveren dezelfde procentuele afslag van de hun toegekende vereveningsbijdrage in, welke daarna evenredig wordt verdeeld over het aantal verzekerden 18+ per zorgverzekeraar.

Flankerend beleid verlaagt daarmee het toch al lagere gemiddelde vereveningsresultaat van de zorgverzekeraar met een hoog-risico profiel tegelijkertijd verhoogt het flankerend beleid het gemiddelde hogere vereveningsresultaat van zorgverzekeraars met een laag-risico profiel. Flankerend beleid "duwt" daarmee de lage en hoge risicovereveningsresultaten tussen zorgverzekeraars verder uit elkaar, dit vergroot de spreiding.

N.B. Daarnaast heeft het aantal kinderen (verzekerden onder de 18 jaar) per zorgverzekeraar effect op het vereveningsresultaat na flankerend beleid bij het somatische model. In tegenstelling tot het GGZ-model, kent het somatische model een procentuele afslag op de bijdrage voor kinderen, welke wordt herverdeeld aan de volwassenen op basis van een gelijk vast bedrag. Zorgverzekeraars met relatief veel kinderen in hun portefeuille staan hierdoor meer van hun toegekende budget af ten opzichte van zorgverzekeraars met relatief weinig kinderen in hun portefeuille. Daarnaast wordt bij het toedelen van het evenredige aandeel van de overschrijding enkel rekening gehouden met verzekerden 18+. Zorgverzekeraars met relatief veel kinderen in hun portefeuille ontvangen daardoor minder bijdrage, terwijl zorgverzekeraars met relatief weinig kinderen in hun portefeuille profiteren van een hogere bijdrage. Het effect hiervan is (voor 2018) echter te klein om de hierboven beschreven impact significant te beïnvloeden.

A.4.2. Flankerend beleid toegepast op GGZ kosten

In totaal zorgt flankerend beleid voor een absoluut effect van € 27,7 miljoen in 2018 (inclusief IGGZ). Het effect in 2018 is daarmee hoger dan in 2017 (exclusief IGGZ), maar lager dan de jaren ervoor (exclusief IGGZ). Dit hangt samen met het hogere macrovereveningsresultaat in 2018 ten opzichte van 2017, maar lager dan de voorgaande jaren (2013 t/m 2016).

Ook binnen het GGZ-model heeft de herverdeling van het macro vereveningsresultaat impact op het vereveningsresultaat voor de individuele zorgverzekeraars. Deze impact is gelijk aan die bij somatische model. Net als bij het somatische model pakt flankerend beleid verschillend uit tussen zorgverzekeraars met een hogere dan landelijk gemiddelde vereveningsbijdragen en zorgverzekeraar met een lagere dan landelijk gemiddelde vereveningsbijdrage (Tabel A-2). Voor de geconstateerde overschrijding van het MPB in 2018 resulteert dit voor het GGZ-model echter in een afname van de spreiding.

Tabel A-2 Gemiddelde vereveningsbijdrage en vereveningsresultaat (voor en na flankerend beleid) voor zorgverzekeraars met een gemiddelde vereveningsbijdrage per verzekerde onder en boven de landelijk gemiddelde vereveningsbijdrage per verzekerde (€ 287).

	Gemiddelde vereveningsbijdrage per verzekerde	Vereveningsresultaat per verzekerde voor flankerend beleid	Vereveningsresultaat per verzekerde na flankerend beleid
Onder € 287	€ 233	€ 10	€ 16
Boven € 287	€ 320	€ 17	€ 15

Zoals te zien in Tabel A-2 behalen zorgverzekeraars met een hoog-risico profiel (boven € 287) voor flankerend beleid een hoger positief vereveningsresultaat (€ 17) dan zorgverzekeraars met een laag-risico profiel (onder € 287). Dit is tegenovergesteld aan de situatie bij het somatische model. Bij overschrijding van het MPB is het gewoonlijk dat verzekeraars met een hoog-risico profiel (boven € 287) een bijdrage afstaan aan zorgverzekeraars met een laag-risico profiel (onder € 287).

Flankerend beleid verlaagt daarmee het hogere gemiddelde vereveningsresultaat van de zorgverzekeraar met een hoog-risico profiel tegelijkertijd verhoogt het flankerend beleid het gemiddelde lagere vereveningsresultaat van zorgverzekeraars met een laag-risico profiel. Flankerend beleid “trekt” daarmee de lage een hoge risicovereveningsresultaten tussen zorgverzekeraars naar elkaar toe.

A.5. Impact van flankerende beleid op subgroepniveau

Flankerend beleid heeft op subgroepniveau een vergelijkbaar effect als op zorgverzekeraarsniveau. Het vereveningsresultaat (over-/ ondercompensatie) voor subgroepen met een hoger dan landelijk gemiddelde vereveningsbijdrage per verzekerden zal bij een overschrijding van het MPB afnemen (overcompensatie zal afnemen en de ondercompensatie zal toenemen). Merk op, dat, afhankelijk van de subgroep het effect van het aandeel kinderen hierbij significant kan zijn.

B. Overzicht Risicovereveningssysteem

Risicovereveningssysteem 2018

Ex ante	Ex post correctie		Ex post maatregelen			Ex post bijdrage
Ex ante verevening: De bijdrage die de zorgverzekeraar vanuit de risicoverevening ontvangt wordt voorafgaand aan het vereveningsjaar vastgesteld op basis van de verwachte populatiesamenstelling. De kosten worden geschaald naar het macroprestatiebedrag	Verzekerden nacalculatie: het macroprestatiebedrag wordt achteraf gecorrigeerd voor de gerealiseerde verzekerdenaantallen en prevalenties.	Macronacalculatie: achteraf wordt een overschrijding of overschrijding van het macroprestatiebedrag gecompenseerd, opdat er een macrovereveningsresultaat is van nul.	Criteriumneutraliteit: Achteraf worden de normbedragen van alle of enkele vereveningsklassen binnen een vereveningskenmerk opnieuw bepaald, zodanig dat de totale som van de bijdrage van al deze vereveningsklasse, ondanks de wijziging in prevalenties, wordt terug gebracht naar nul.	Ex post verevening¹: na afloop van het jaar worden zorgverzekeraars voor een beperkt deel gecompenseerd voor het verschil tussen de gerealiseerde en de geraamde zorg kosten.	Flankerend beleid (type 1): herverdeelt het macrovereveningsresultaat evenredig over alle zorgverzekeraars op basis van een vast bedrag per premiebetaler, nadat het macrovereveningsresultaat eerst proportioneel is gecorrigeerd op de (normatieve) vereveningsbijdrage	Ex post bijdrage: Definitieve vereveningsbijdrage na toepassing van de ex post maatregelen en correctie op de eerder afgegeven ex ante vaststelling.

Deelbedrag	Vaste kosten	Ex ante bijdrage vaste kosten	Verzekerden nacalculatie	Macronacalculatie	X	X	X	Ex post bijdrage
	Somatisch	Ex ante verevening model	Verzekerden nacalculatie	X	Criteriumneutraliteit	Ex post verevening ¹	Flankerend Beleid type 1	Ex post bijdrage
Model	GGZ	Ex ante verevening model	Verzekerden nacalculatie	X	Criteriumneutraliteit	Ex post verevening ¹	Flankerend Beleid type 1	Ex post bijdrage
	Eigen Risico	Ex ante verevening model	Verzekerden nacalculatie	X	X	X	X	Ex post bijdrage

¹ Het risicovereveningssysteem kent in 2018 geen Ex post verevening meer

C. Methode en verantwoording

C.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 874, WOR 875 en WOR 876 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.

C.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 2017) en de definitieve vaststelling van de bijdragen (2018, vastgesteld in 2022). De gegevens van de definitieve vaststelling zijn gebruikt voor deze Monitor. Het bestand bevat de gerealiseerde cijfers en is inclusief:

- Flankerend beleid;
- Kosten van buitenlandzorg, verwerkt middels een macroboeking;
- Niet-ingezetenen (205.768 verzekerdenjaren), die door het ZIN zijn ingedeeld in risicoklassen van vereveningskenmerken conform de geldende beleidsregels;
- Verzekerden van wie het gepseudonimiseerde Burger Service Nummer (BSN) nummer onbekend is, die door het ZIN zijn ingedeeld in risicoklassen van vereveningskenmerken conform de geldende beleidsregels (circa 150 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). Plafondafspraken zijn in het kosten bestand meegenomen.

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 874. Wij gaan uit van de gegevens zoals aangeleverd.

C.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 2018 en 2017

Het ZIN heeft het KPV-bestand en RBRV-bestand van 2018 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 aan elkaar op het niveau van verzekerden, op basis van een BSN-pseudoniem.

Daarnaast heeft het ZIN het KPV-bestand en RBRV-bestand van 2017 aangeleverd. De zorgkosten uit de bestanden voor 2017 zijn gebruikt voor het definiëren van de subgroepen (Bijlage C.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;
- Kosten van buitenlandzorg;
- Niet-ingezetenen; en

- Verzekerden van wie het gepseudonimiseerde 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 subgroep niveau. 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, en GGZ-kosten.

Aansluiting KPV- en RBRV-bestanden

Tabel 11-1 presenteert de beschrijvende statistieken van het gekoppelde KPV- en RBRV-bestand van zowel 2018 als 2017 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 205.768 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 C-1. Beschrijvende statistieken van de gekoppelde KPV- en RBRV-bestanden van 2018 en 2017, na uitvoering van de benodigde bewerkingen en selecties

	Gerealiseerde cijfers 2018	Gerealiseerde cijfers 2017
Aantal records	17.329.040	17.231.253
Aantal verzekerdjaren	16.957.522	16.865.847
Aantal verzekerdjaren vanaf 18+	13.610.550	13.495.420
Gemiddelde kosten per deelbedrag		
Somatische kosten (totaal)	2.380	2.311
GGZ (totaal)	271	248

C.1.3. Aanvullende bestanden Deel II

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

- OT-bestanden voor de somatische zorg en de GGZ van 2018

Deze OT-bestanden bevatten kostengegevens van 2015, die representatief zijn gemaakt voor het vereveningsjaar 2018 (WOR 875, OT-fase). Ook bevatten deze OT-bestanden de inschrijfduur van verzekerden en verzekerdenkenmerken, die zijn gebaseerd op 2015 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;
- Niet-ingezetenen;
- Verzekerden van wie het gepseudonimiseerde 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 874).

Aansluiting en plausibiliteitscontroles OT-bestanden

Tabel C-2 presenteert beschrijvende statistieken van de OT-bestanden voor de somatische zorg en de GGZ voor 2018 en 2017. De OT-bestanden sluiten op de gerapporteerde cijfers aan. Voor 2018 sluiten de statistieken aan (op enkele kleine verschillen en afrondingen na) met de gerapporteerde cijfers in WOR 875 (OT-fase). Voor 2017 sluiten de statistieken aan met de gerapporteerde cijfers in WOR 813 en WOR 814 (op enkele kleine verschillen en afrondingen na). Deze kleine (afrondings-) verschillen hebben naar verwachting geen impact op de conclusies in deze Monitor.

Tabel C-2 Beschrijvende statistieken van de OT-bestanden van 2018 en 2017 voor somatische zorg en de GGZ (zoals aangeleverd, voor herweging naar de verzekerdensraming en schaling naar het MPB).

	OT-2018: kosten 2018 ^a	OT-2017: Kosten 2017 ^b
Somatische zorg		
Aantal records	17.004.648	16.930.865
Aantal verzekerdenjaren	16.672.188	16.607.620
Gemiddelde totale kosten	2.285	2.227
GGZ (gGGZ + IGGZ)		
Aantal records	13.480.570	13.387.959
Aantal verzekerdenjaren	13.278.659	13.196.029
Gemiddelde totale kosten	260	262

Voetnoot Tabel C-2:

- a. Kostengegevens gedefinieerd conform het Zvw-pakket van 2018.
b. Kostengegevens gedefinieerd conform het Zvw-pakket van 2017.

C.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 C-3 beschrijft de uitgangspunten en uitgevoerde bewerkingen.

Somatische kosten

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

Tabel C-3 Gemiddelde somatische kosten (uitgedrukt in € per verzekerde) en aantal verzekerden van de totale Zvw- bevolking, op de verschillende vaststellingsmomenten voor 2018.

	Geraamde cijfers		Gerealiseerde cijfers
	OT ^a	Ex ante vaststelling ^b	Definitieve vaststelling ^c
Totaal gemiddelde kosten	2285	2437	2380
Totaal gemiddelde bijdrage	2285	2437	2451
Macrokosten in € mln.	38.088	41.668	40.354
Macrobijdrage in € mln.	38.088	41.668	41.567
Totaal aantal verzekerden	16.672.188	17.098.000	16.957.522

Voetnoten Tabel C-3

- a. Gebaseerd op kostengegevens van 2017, die representatief zijn gemaakt voor 2018 (WOR 875, OT-fase). De prevalenties zijn gebaseerd op de Zvw-bevolking van 2015. Dit zijn de cijfers exclusief niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN- nummer onbekend is.
b. Gebaseerd op dezelfde gegevens van de OT, die zijn herwogen naar de verwachte samenstelling van de Zvw-bevolking van 2018 en geschaald naar het kostenniveau van het MPB van 2018. Dit zijn de cijfers inclusief niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is.

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 macrobijdrage van € 41.816 miljoen. Het verschil met de cijfers in bovenstaande tabel wordt (grotendeels) verklaard door het ontbreken van de niet-ingezetenen (205.768 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 verzekerdenraming en schaling naar het MPB zijn de niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is wel meegenomen bij de ex ante vaststelling.

GGZ-kosten

Tabel C-4 presenteert de GGZ-kosten en het aantal verzekerden in de Zvw-bevolking van 18 jaar en ouder op de verschillende vaststellingsmomenten.

Tabel C-4 Gemiddelde GGZ-kosten (uitgedrukt in € per verzekerde 18+) en aantal verzekerden van de Zvw-bevolking van 18 jaar en ouder, op de verschillende vaststellingsmomenten voor 2018.

	Geraamde cijfers		Gerealiseerde cijfers
	OT ^a	Ex ante vaststelling ^b	Definitieve vaststelling ^c
Gemiddelde GGZ-kosten in €	260	290	271
Gemiddelde GGZ-bijdrage in €	260	290	288
Macrokosten in € mln.	3.458	3.980	3.697
Macrobudget bijdrage in € mln.	3.458	3.980	3.926
Totaal aantal verzekerdenjaren	13.278.659	13.378.000	13.610.550

Voetnoten Tabel C-4

- Gebaseerd op kostengegevens van 2017, die representatief zijn gemaakt voor 2018 (WOR 875, OT fase). De prevalenties zijn gebaseerd op de Zvw-bevolking van 2015. 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 2018 en geschaald naar het kostenniveau van het MPB van 2018. 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 2018, 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 205.768 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.

C.2. Deel I: Uitgangspunten en bewerkingen

C.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 23 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.

C.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 GGZ-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 gelijk te verdelen over alle verzekerdenjaren. Hierbij is uitgegaan van de gerealiseerde verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar in 2018, rekening houdend met de inschrijfduur van verzekerden;
- De resultaten van de definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid gebaseerd op de gerealiseerde cijfers in 2018;
- De indeling van zorgverzekeraars op basis van portefeuilleomvang klein/middelgroot/groot is constant gehouden voor alle analyses (i.e. somatische kosten, GGZ-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 3 zorgverzekeraars ingedeeld in categorie klein, 12 zorgverzekeraars in categorie middelgroot en 8 zorgverzekeraars in categorie groot. Ook zijn de 23 zorgverzekeraars als aparte analyse ingedeeld in twee groepen: behorend tot een concern (16) en zelfstandige zorgverzekeraars (7);
- De GGARV geeft aan in hoeverre verschuivingen in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars optreden bij een volgend vaststellingsmoment: van definitieve vaststelling voor flankerend beleid en van de definitieve vaststelling na flankerend beleid, 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 flankerend beleid;

C.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 – 2017 in deze Monitor – worden alle verzekerden in 2018 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 GGZ-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 2018 zijn geboren of geïmmigreerd zijn ingedeeld in de laagste subgroep: laagste 15% voor de somatische, kosten gelijk aan nul voor de GGZ-kosten. De berekende drempelbedragen voor indeling van verzekerden in de subgroepen zijn opgenomen in Bijlage E

Subgroepen op basis van somatische aandoening en psychische aandoening, in combinatie met leeftijd

De Zvw-bevolking is ingedeeld in drie leeftijdsgroepen: verzekerden jonger dan 18 jaar, verzekerden van 18 tot en met 64 jaar en verzekerden van 65 jaar en ouder. Deze groepen zijn opgesplitst op basis van wel/geen somatische aandoening en wel/geen psychische aandoening. Somatische aandoening is aangeduid op basis van specifiek medicijngebruik in het voorgaande jaar, 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 GGZ-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 2017. Het gewicht voor de inschrijfduur van verzekerden is hierbij niet meegenomen;
- De bestanden met kosten van 2017 zijn op verzekerdeniveau gekoppeld aan de bestanden van 2018. Verzekerden die zijn geboren in 2018 of immigranten in 2018 zijn ingedeeld in de laagste subgroep.
- Het bestand voor de somatische kosten is op individuniveau gekoppeld aan het bestand voor de GGZ-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 GGZ-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;
- 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 2017, zoals gerapporteerd in WOR 874 (Normbedragenfase), waarbij vervolgens rekening is gehouden met criteriumneutraliteit voor FKG en DKG.
- Het gewicht voor de inschrijfduur is gebruikt in berekening van het gemiddelde vereveningsresultaat.

GGZ

- De GGZ-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 2017, waarbij criteriumneutraliteit voor ZVZ is toegepast (WOR 874, Normbedragenfase);
- Het gewicht voor de inschrijfduur is gebruikt in berekening van het gemiddelde vereveningsresultaat.

C.3. Deel II: Uitgangspunten en bewerkingen

C.3.1. Verzekerdenanalyse (Hoofdstuk 6)

Voor de verzekerdenanalyse zijn de KPV- en RBRV-bestanden, OT-bestanden en het bronbestand van ZIN gebruikt. Er zijn geen extra bewerkingen gedaan of andere uitgangspunten gehanteerd dan voor andere analyses nodig waren.

We zijn uitgegaan van de maatstaven volgens het toetsingskader (WOR 871), namelijk R^2 en CPM.

C.3.2. Subgroepen en enkelvoudige risicoklassen (Hoofdstuk 7)

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 verzekerdjaren;
- Bij de analyses naar het vereveningsresultaat per risicoklasse van de vereveningskenmerken is een correctie voor het macrovereveningsresultaat uitgevoerd (zie Bijlage I);
- Bij de definitieve vaststelling is uitgegaan van de ex ante vastgestelde normbedragen, inclusief criteriumneutraliteit.

Kosten

- Voor berekening van de GGAV in kosten zijn de kosten van de OT en de ex ante vaststelling procentueel gecorrigeerd naar het kostenniveau van de gerealiseerde kosten.
- De GGAV in kosten van FKG is berekend met een gewicht dat meervoudigheid meetelt.

Subgroepen

- De resultaten voor de OT zijn gebaseerd op het OT-bestand, voor herweging naar de verzekerdraming en de schaling naar het MPB;
- De resultaten voor de ex ante vaststelling zijn gebaseerd op het OT-bestand, na herweging naar de verzekerdraming en de schaling naar het MPB (Bijlage H);
- Om de subgroepen te definiëren zijn de OT-bestanden voor de somatische zorg en de GGZ gekoppeld op verzekerdenniveau. Deze bestanden zijn eerst uniek gemaakt op gepseudonimiseerd BSN. Verzekerden met hetzelfde gepseudonimiseerde 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 2018 alsmede in het OT-bestand voor de GGZ-kosten van 2018 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

C.3.3. Representativiteit op individuniveau: herschatting ex ante risicovereveningsmodellen op gerealiseerde cijfers (Hoofdstuk 8)

De volgende uitgangspunten en bewerkingen zijn gehanteerd en uitgevoerd:

- Het somatische model en het GGZ-model zijn beide herschat op het gekoppelde KPV- en RBRV-bestand van 2018, conform de gehanteerde methodiek bij schatting van deze modellen in de uitvoering. De reproductie van de coëfficiënten bij de OT en ex ante resulteert in een paar afrondingsverschillen. Dit heeft geen invloed op onze conclusies.
- De schattingsmethodiek voor het GGZ-model is per 2018 gewijzigd van NLIN naar QP. Deze methodiek hebben wij gereproduceerd. Op basis van de coëfficiënten die volgen uit de schatting zijn handmatig schalingen doorgevoerd,

zoals ook beschreven in WOR 876. Bij deze reproductie zijn er afrondingsverschillen ontstaan. Dit heeft geen invloed op onze conclusies.

- 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.

D. Uitvoering risicovereveningssysteem

D.1. Uitvoering risicovereveningssysteem

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

- OT-fase
- De uitvoering begint met de OT-fase waarin de vereveningsbijdrage wordt geschat gebaseerd op gegevens van drie of meer voorgaande jaren. Deze gegevens zijn zo goed als mogelijk representatief 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.
- Ex ante vaststelling: Schatting normbedragen
- Na besluitvorming van de vormgeving van de ex ante modellen, worden de normbedragen voor de ex ante bijdragen bepaald. Voordat deze normbedragen worden geschat, vinden er twee wijzingen plaats: 1) De prevalenties worden herwogen naar de verwachte samenstelling van de Zvw-bevolking van het vereveningsjaar op basis van de verzekerdenraming en 2) De kosten worden geschaald naar het niveau van het MPB. Na deze twee stappen worden de ex ante normbedragen bepaald. De som van 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 tijdspad 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 normbedragen waarop criteriumneutraliteit geldt worden aangepast. Daarna wordt nog Flankerend Beleid toegepast. Tot 2017 werden ook bandbreedteregelingen (niet voor somatisch) toegepast, maar deze zijn afgeschaft per 2017.

D.2. Vaste kosten: onderliggende zorgtypen en bedragen

Onder de vaste kosten in 2018 vallen onderstaande zorgtypen:

- 25% van de kosten Stichting Kinderoncologie Nederland
- 25% van de kosten Nederlandse Transplantatiestichting
- De kosten voor de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten
- De kosten voor de Stichting Kwaliteitsontwikkeling GGZ
- De kosten voor de stichting Kwaliteitsgelden Patiënten Consumenten
- De kosten voor de stichting Kwaliteitsgelden wijkverpleging
- Projectgelden zoals benoemd in het Addendum bestuurlijk akkoord huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg 2018
- De kosten van geneesmiddelen met ingang van het tijdstip waarop ze ophouden dure intramurale geneesmiddelen te zijn tot en met 31 december van het daaropvolgende kalenderjaar

D.3. Wijzigingen risicovereveningssysteem 2013 – 2018

Het risicovereveningssysteem is in de periode 2007 tot en met 2018 gewijzigd, zowel de vormgeving van de ex ante modellen alsmede de inzet van ex post maatregelen. Onderstaand overzicht beschrijft de wijzigingen in het risicovereveningssysteem voor de somatische kosten, V&V-kosten, (g)GGZ-kosten, IGGZ en de opbrengsten voor het verplicht eigen risico gedurende de periode 2013 tot en met 2018. Wijzigingen in 2012 en eerder zijn terug te vinden in vorige edities van de Monitor.

D.3.1. Somatische kosten

Jaar	Wijzigingen risicovereveningsmodel
2018	• Actualiseren Diagnosekostengroep • Introductie secundaire Diagnosekostengroep • Vervallen van vereveningskenmerk voor Geriatrische Revalidatiezorg • Uitbreiding Leeftijd en Geslacht met risicoklasse 0-jarigen geboren in jaar t en 0-jarigen geboren in jaar t-1. • Uitbreiding Meerjarige Hoge Kosten met 1 extra risicoklasse • Uitbreiding Aard en Inkomen • Uitbreiding Verpleging en Verzorging de risicoklasse met de hoogste kosten is opgesplitst in een risicoklasse voor minderjarigen (18-) en een risicoklasse voor meerderjarigen (18+). • Vervallen vereveningskenmerk Generieke Somatische Morbiditeit • Wijziging Personen Per Adres • Wijziging Sociaal Economische Status • Actualisatie Regiocriterium
2017	• Samenvoeging van variabele kosten en V&V-kosten (in deze Monitor 'somatische kosten' genoemd) • Toevoeging vereveningskenmerk PPA zoals in het gGGZ-model al gebruikt werd met een splitsing van 'institutionele huishoudens' in blijvend en instromend • Vervanging van FGG's met FDG's • Aanpassing van HKG van vier naar tien risicoklassen • Uitbreiding van het vereveningskenmerk FKG's tot 33 risicoklassen • Uitbreiding van het vereveningskenmerk MHK met 1 extra risicoklasse • Aanpassing van het vereveningskenmerk SES • Uitbreiding van het vereveningskenmerk VGG met twee extra risicoklassen
2016	• Introductie van FGG, VGG, GGG, GGZ • Uitbreiding van het criterium FKG's tot 30 klassen • Uitbreiding van het criterium Aard van het Inkomen met de klasse IVA • Splitsing van SES '0' in blijvend en instromend
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

Jaar	Wijzigingen risicovereveningsmodel
	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 DKG's - Aanpassing in het vereveningskenmerk MHK
Jaar	Wijzigingen flankerend beleid en ex post verevening
2018	Geen wijzigingen
2017	Geen wijzigingen
2016	Geen wijzigingen
2015	Afschaffing van de bandbreedte
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

D.3.2. Wijzigingen V&V-kosten

Jaar	Wijzigingen risicovereveningsmodel
2017	Afschaffing van V&V-kosten model door samenvoeging van somatische kosten en V&V-kosten
2016	- Het deelbedrag kosten van verpleging en verzorging wordt via dezelfde criteria verevenend als het deelbedrag variabele kosten - Vervallen van FGG-regio criterium - Introductie van FGG, VGG, GGG, GGZ - Uitbreiding van het criterium FKG's tot 30 klassen - Uitbreiding van het criterium Aard van het Inkomen met de klasse IVA - Splitsing van SES '0' in blijvend en instromend
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 verevening

2017	Afschaffing van V&V-kosten model door samenvoeging van somatische kosten en V&V-kosten, dus ook deze bandbreedte vervalt
2016	Verruiming van de bandbreedte: 75% met € 15,00 per verzekerde (was € 5,00).
2015	- Invoering bandbreedteregeling van 95% en € 5 per verzekerde. - Invoering flankerend beleid.

D.3.3. (g)GGZ-kosten

Jaar	Wijzigingen risicovereveningsmodel
2018	- Samenvoeging van geneeskundige GGZ kosten en langdurige GGZ kosten (in deze Monitor 'GGZ' genoemd) - Opnieuw samenstellen DKG en incorporeren van het kenmerk iGGZ(t-1) - Vervallen van iGGZ (t-1) als zelfstandig vereveningskenmerk - Herindeling AVI, SES en PPA: De vereveningskenmerken AVI, SES en PPA zijn op identieke wijze als in het somatische model aangepast - Aanscherping kostendrempel MHK - Vervallen van Zorgvraagwaarte-indicator ZVZi als vereveningskenmerk - Actualisatie vereveningskenmerk Regio
2017	- Splitsing van PPA 'institutionele huishoudens' in blijvend en instromend - Aanpassing van vereveningskenmerk MHK[MG(1)] - Aanpassing van vereveningskenmerk SES - Toevoeging vereveningskenmerk zorgvraagwaarte (ZVZ)
2016	Het deelbedrag kosten van langdurige GGZ wordt als apart model behandeld.
2015	- 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	- Introductie DKG psychische aandoeningen; - Vervallen van HDR; - Aanpassing in het AVI; - Aanpassing LDR.
2013	Toevoeging van 2 additionele psychische FKs.
Jaar	Wijzigingen flankerend beleid en ex post verevening
2018	Geen wijzigingen

Jaar	Wijzigingen risicovereveningsmodel
2017	Afschaffing van de bandbreedte
2016	Verruiming van de bandbreedte: 75% met € 17,50 per verzekerde (was € 15,00).
2015	- Afschaffing van HKC. - Verruiming van de bandbreedte: 90% met € 15,00 per verzekerde (was € 12,50).
2014	- 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	Geen wijzigingen.

D.3.4. IGGZ-kosten

Jaar	Wijzigingen ex ante model
2018	Afschaffing van IGGZ-kosten model door samenvoeging van geneeskundige GGZ-kosten en langdurige GGZ-kosten
2017	Aanpassing vereveningskenmerk IGG.
2016	- Introductie van het nieuwe criterium IGG. - Het deelbedrag kosten van langdurige GGZ wordt geïntroduceerd. Dit deelbedrag wordt via dezelfde criteria verevenend als het deelbedrag kosten van geneeskundige GGZ, met daaraan toegevoegd een nieuw criterium.
Jaar	Wijzigingen flankerend beleid en ex post verevening
2017	Afschaffing van de bandbreedte
2016	De bandbreedteregeling voor het deelbedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg is gebaseerd op € 5,00 euro en 100%.

D.3.5. Opbrengsten voor het verplicht eigen risico

Jaar	Wijzigingen risicovereveningsmodel
2018	• Geen verhoging van het verplicht eigen risico • Toevoeging van wel/ niet MHK(0) aan het risicovereveningsmodel
2017	• Geen verhoging van het verplicht eigen risico • Toevoeging van FDG's voor de forfaitaire groep
2016	• Verhoging van het verplicht eigen risico van € 375 naar € 385 per verzekerde. • De selectie van verzekerden voor het eigen risicomodel wordt uitgebreid met HKG's.
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.

D.4. Risicovereveningsmodellen

Het risicovereveningssysteem in 2018 kent drie risicovereveningsmodellen. In 2018 zijn meerdere wijzigingen doorgevoerd in de vormgeving van de ex ante modellen. Deze belangrijkste modelwijzigingen zijn in Hoofdstuk 2 toegelicht. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vereveningskenmerken en het aantal risicoklassen binnen deze vereveningskenmerken voor de risicovereveningsmodellen in 2018.

Tabel D 1. Risicovereveningsmodellen in 2018

Somatische kosten (Gehele Zwv-bevolking)		GGZ-kosten (Verzekerden vanaf 18 jaar)		Opbrengsten verplicht eigen risico (Verzekerden vanaf 18 jaar)	
Vereveningskenmerken	#	Vereveningskenmerken	#		
Leeftijd x geslacht	42	Leeftijd x geslacht	30	Forfaitaire groep (in te houden bedrag: € 348): Verzekerden in FKG>0, DKG>0, HKG>0, FDG>0 en/of MHK>0. Niet-forfaitaire groep (in te houden bedrag wordt berekend via model):	
AVI x leeftijd	25	AVI x leeftijd	24		
SES x leeftijd	12	SES x leeftijd	8		
PPA x leeftijd	13	PPA x leeftijd	12		
Regio	10	Regio	10	Vereveningskenmerken	#
FKG	34	FKG	8	Leeftijd x geslacht	30
pDKG	16	DKG	18	Avl x leeftijd	24
sDKG	8	MHK	8	Regio	10
HKG	11			Wel/Niet in top 30% zorgkosten afgelopen drie jaren	2
MHK	9				
FDG	5				
VGG	8				
Totaal # risicoklassen	193	Totaal # risicoklassen	118	Totaal # risicoklassen	66

Voetnoot Tabel D-1: Een gedetailleerde beschrijving van de vereveningskenmerken is te vinden in WOR 876.

E. Drempelbedragen voor subgroepenanalyse

E.1. Somatische kosten: drempelbedragen percentielklassen

Om verzekerden in 2018 in te delen in subgroepen op basis van kosten in 2017 zijn de drempelbedragen voor de percentielklassen bepaald (Tabel D-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 2017.

Tabel E 1. Drempelbedragen van de percentielklassen voor de somatische kosten in 2017

	Somatische kosten, in €
Hoogste 1% (99% - 100%)	31.670
Hoogste 3% (97% - 99%)	14.919
Hoogste 5% (95% - 97%)	9.778
Hoogste 15% (85% - 95%)	2.953
Midden 70% (15% - 85%)	106
Laagste 15% (0% - 15%)	<106

E.2. GGZ-kosten: drempelbedragen percentielklassen

De drempelbedragen voor indeling van verzekerden op basis van de gGGZ-kosten in 2017 staan in Tabel D-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 2017.

Tabel E 2. Drempelbedragen van de percentielklassen voor de gGGZ-kosten in 2017

	gGGZ-kosten, in €
Hoogste 1% (als >0: 99% - 100%)	53.437
Hoogste 3% (als >0: 97% - 99%)	25.646
Hoogste 5% (als >0: 95% - 97%)	15.886
Midden 70% (als >0: 25% - 95%)	1.033
Laagste 25% (als >0: 0% - 25%)	<1.033

F. Uitgebreidere informatie subgroepenanalyse

F.1. Somatische model

F.1.1. Subgroepen op basis van kosten uit het voorgaande jaar

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 (1,%, 3% en 15%) afnemen en de overcompensaties voor de andere subgroepen toenemen, in dit geval met € 72 per verzekerde.

Tabel F-1. Gemiddelde vereveningsresultaat en de gemiddelde somatische kosten in 2018 voor subgroepen op basis van de somatische kosten in 2017, bij de definitieve vaststelling na correctie voor het macrovereveningsresultaat en na flankerend beleid (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde.

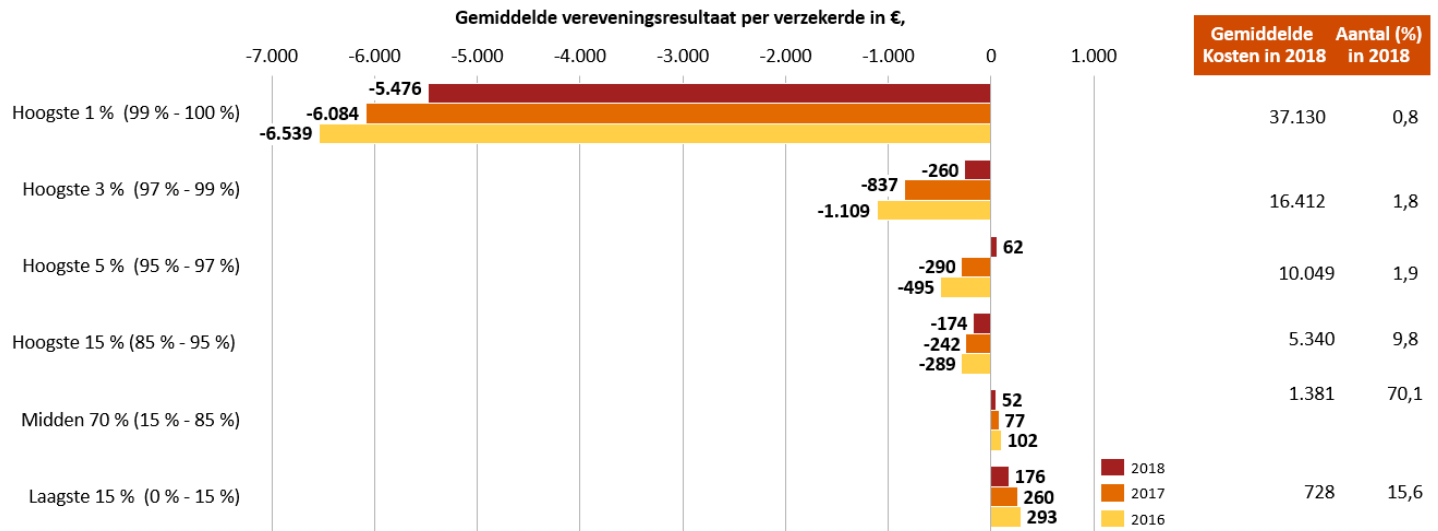
Subgroepen op basis van somatische kosten 2017 ^a	Definitieve vaststelling 2018			
	Aantal (%) ^b	Gemiddelde vereveningsresultaat in € ^c		Gemiddelde kosten in €
		Voor FB, na correctie macrovereveningsresultaat ^d	Na FB ^e	
Hoogste 1% (99% - 100%)	0,8	- 5.476	- 5.393	37.130
Hoogste 3% (97% - 99%)	1,8	- 260	-176	16.412
Hoogste 5% (95% - 97%)	1,9	62	147	10.049
Hoogste 15% (85% - 95%)	9,8	- 174	-92	5.340
Midden 70% (15% - 85%)	70,1	52	120	1.381
Laagste 15% (0% - 15%) ^f	15,6	176	254	728
Totaal	100	0	72	2.380

Voetnoot Tabel F-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 de berekening van het vereveningsresultaat nemen wij de partiële criteriumneutraliteit* voor FKG 15, 29, 30 31, 32 en 33 mee en de klasse criteriumneutraliteit voor primaire en secundaire DKG en risicoklasse HKG 4. Het gemiddelde vereveningsresultaat wijkt iets afgerond af van hetgeen in Hoofdstuk 4 is gerapporteerd. Dit komt doordat de analyses op andere bestanden zijn uitgevoerd en er afrondingsverschillen tussen de berekeningen zijn: zie verantwoording van de methodiek in Bijlage C. Dit heeft geen invloed op de conclusies, omdat wij in de analyse corrigeren voor het macrovereveningsresultaat.
- Na correctie voor het macrovereveningsresultaat: procentuele schalingsfactor is 0.9709.
- Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 0.9709 plus een vast bedrag van € 72 per verzekerde 18+. Dit is een simulatie van het effect van flankerend beleid.
- Deze subgroep bevat ook de instromers in 2017 (geborenen en immigranten). Deze verzekerden wijken over het algemeen qua kosten af van de andere verzekerden in deze subgroep.

Figuur F-1 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat voor dezelfde subgroepen als in Hoofdstuk 5.1.1., met de resultaten van Monitor 2017 en 2016 ingevoegd.

Figuur F 1. Gemiddelde vereveningsresultaat van het somatische model in 2018 voor subgroepen op basis van somatische kosten van jaar t-1 bij de definitieve vaststelling na correctie voor het macrovereveningsresultaat (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde voor de jaren 2018, 2017 en 2016



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% en 15%) licht afnemen en de overcompensaties voor de andere subgroepen (hoogste 5%, midden 70% en laagste 15%) licht toenemen. Zorgverzekeraars krijgen namelijk voor elke verzekerde 18+ een vast bedrag van het macrovereveningsresultaat toebedeeld (€ 72) als onderdeel van flankerend beleid, nadat het macrovereveningsresultaat procentueel is afgeroomd.

Nadere beschouwing - Morbiditeitskenmerken van de subgroepen op basis van de somatische kosten in het vorige jaar

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

Tabel F.2. Morbiditeitskenmerken van de subgroepen op basis van de somatische kosten in het vorige jaar

Subgroepen op basis van kosten 2017	Percentage (%) in positieve risicoklasse van morbiditeitskenmerk						
	FKG>0	MHK>0	PDKG>0	SDKG>0	HKG>0	FDG>0	Combinaties
Hoogste 1% (99% - 100%)	76,0	100,0	81,6	59,9	41,0	12,5	3,9
Hoogste 3% (97% - 99%)	73,2	99,8	66,9	41,4	28,3	8,1	1,3
Hoogste 5% (95% - 97%)	64,7	99,8	57,1	26,6	19,2	5,1	0,5
Hoogste 15% (85% - 95%)	49,6	99,8	31,4	12,4	12,2	3,4	0,1
Midden 70% (15% - 85%)	17,4	43,2	4,2	1,4	1,9	0,2	0,0
Laagste 15% (0% - 15%)	0,1	10,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Voetnoot Tabel F.2:

- a. De subgroepen sluiten elkaar uit.
- b. Combinaties houdt een indicatie van multimorbiditeit in van FKG>0, MHK >0, PDKG>0, SDKG>0, HKG>0 en FDG>0.

Bij subgroepen met hoge kosten in het voorgaande 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 G-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. Het aandeel verzekerden met een combinatie van deze kenmerken is iets afgenomen ten opzichte van vorig jaar. Dit komt waarschijnlijk door het nieuwe criterium om te voldoen aan multimorbiditeit, namelijk dat de verzekerde is ingedeeld in zowel PDKG als SDKG. Naar verwachting worden de ondercompensaties voor de hoogste 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.

In voorgaande edities van de Monitor zijn deze bevindingen ook geconstateerd (Monitor 2014, 2015, 2016, en 2017). De patronen in de prevalenties zijn ook vergelijkbaar. Deze observaties wijzen erop dat de modelverbeteringen in 2018 specifiek deze multi-morbiditeit of meervoudigheid niet voldoende erkennen. Wij adviseren hier nader onderzoek naar te doen.

F.1.2. Subgroepen op basis van wel/geen somatische en/of wel/geen psychische aandoening in combinatie met leeftijd

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 en dat een gemiddelde overcompensatie voor andere subgroepen verder toenemen. Zorgverzekeraars krijgen voor elke verzekerde 18+ een vast bedrag, in dit geval € 72, van het macrovereveningsresultaat toebedeeld, nadat het macrovereveningsresultaat is afgeroomd.

F.2. GGZ model

F.2.1. Subgroepen op basis van kosten uit het voorgaande jaar

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 (1%, 3% en 5%) afnemen en de overcompensaties voor de andere subgroepen toenemen, in dit geval met € 17 per verzekerde.

Tabel F.3. Gemiddelde vereveningsresultaat en GGZ-kosten voor subgroepen op basis van gGGZ-kosten uit het voorgaande jaar, voor de definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde 18+.

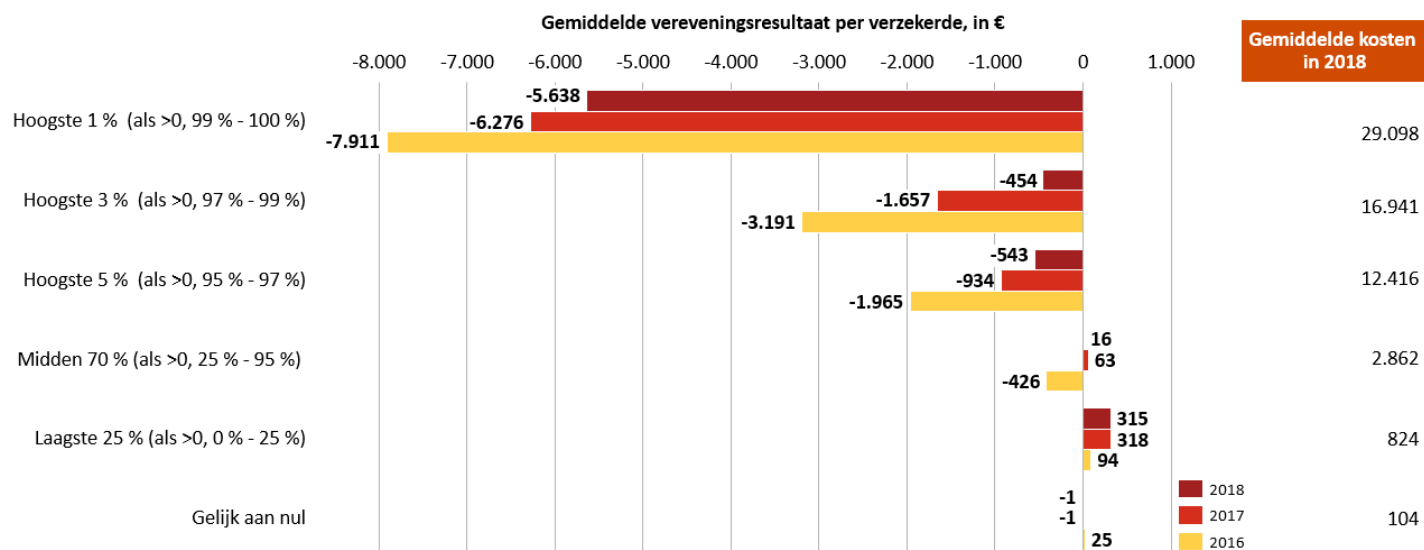
Subgroepen op basis van GGZ kosten 2017 ^a	Definitieve vaststelling 2018				
	Aantal (%) ^b	Gemiddelde vereveningsresultaat ^c		Gemiddelde kosten GGZ (incl. IGGZ)	Gemiddelde IGGZ-kosten
		Voor FB, na correctie macrovereveningsresultaat ^d	Na FB ^e		
Hoogste 1% (als >0, 99% - 100%)	0,1	-5.638	-5.621	37.257	8.158
Hoogste 3% (als >0, 97% - 99%)	0,1	-454	-438	17.755	814
Hoogste 5% (als >0, 95% - 97%)	0,1	-543	-527	12.764	348
Midden 70% (als >0, 25% - 95%)	3,7	16	33	2.891	28
Laagste 25% (als >0, 0% - 25%)	1,3	315	332	839	15
Gelijk aan nul ^f	94,8	-1	16	109	5
Totaal	100	0	17	272	11

Voetnoot Tabel F.3:

- De subgroepen sluiten elkaar uit.
- Omvang in verzekerdenjaren, uitgedrukt in het percentage van de totale Zwv-bevolking 18+.
- Het gemiddelde vereveningsresultaat is het verschil tussen de bijdrage en kosten.
- Na correctie voor het macrovereveningsresultaat: procentuele schalingsfactor is 0,9418.
- Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 0,9418 plus een vast bedrag van € 17 per verzekerde 18+. Dit is een simulatie van het effect van flankerend beleid.
- Deze subgroep bevat ook de instromers in 2017 (verzekerden die 18 zijn geworden en immigranten). Deze verzekerden wijken over het algemeen qua kosten af van de andere verzekerden in deze subgroep.

Figuur F-2 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat van de GGZ-kosten voor dezelfde subgroepen als in Hoofdstuk 5.2.1., met de resultaten van Monitor 2017 en 2016 ingevoegd.

Figuur F-2. Gemiddelde vereveningsresultaat van het GGZ-model in 2018 voor subgroepen op basis van gGGZ-kosten in 2017, bij de definitieve vaststelling na correctie voor het macrovereveningsresultaat (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde 18+ voor de jaren 2018, 2017 en 2016



G. Herschatting van normbedragen voor 2018

G.1. Herschatting van de somatische kosten

Tabel G-1 presenteert de herschatting van normbedragen van elke risicoklasse gebaseerd op de gerealiseerde cijfers van 2018.

Tabel G-1 Herschatting van normbedragen voor het somatische model voor 2018.

Risicoklasse		Resultaat	Risicoklasse		Resultaat	Risicoklasse		Resultaat
Leefijd/geslacht	M, 0 ^b	9153	FKG ^a	Geen FKG	-257	pDKG	Geen DKG	-212
	M, 0 ^c	2787		FKG 1 (Glaucoom)	219		DKG 1	726
	M, 1-4	2029		FKG 2 (Schildklier)	68		DKG 2	1258
	M, 5-9	1885		FKG 3 (Psychose, Alzheimer, verslav.)	141		DKG 3	1353
	M, 10-14	1889		FKG 4 (Depressie)	132		DKG 4	1605
	M, 15-17	1979		FKG 5 (Chron. Pijn)	801		DKG 5	2559
	M, 18-24	1788		FKG 6 (Neur. pijn)	1236		DKG 6	2061
	M, 25-29	1791		FKG 7 (Hoog cholesterol)	57		DKG 7	5361
	M, 30-34	1796		FKG 8 (Dia II zonder)	451		DKG 8	5353
	M, 35-39	1860		FKG 9 (COPD/Astma)	1382		DKG 9	5144
	M, 40-44	1908		FKG 10 (Astma)	423		DKG 10	7869
	M, 45-49	2028		FKG 11 (Dia II met)	822		DKG 11	10830
	M, 50-54	2156		FKG 12 (Epilepsie)	681		DKG 12	12709
	M, 55-59	2439		FKG 13 (Ziekte van C/CU)	664		DKG 13	7496
	M, 60-64	2659		FKG 14 (Hartaandoening)	1575		DKG 14	50269
	M, 65-69	3096		FKG 15 (Auto-immuun)	3596		DKG 15	45847
	M, 70-74	3473		FKG 16 (Reuma)	626	AVI	0-17 en 65+	0
	M, 75-79	3927		FKG 17 (Parkinson)	2136		IVA, 18-34	1550
	M, 80-84	3929		FKG 18 (Dia I)	1792		IVA, 35-44	1309
	M, 85-89	4515		FKG 19 (Transplatie)	2188		IVA, 45-54	1062
	M, 90+	5350		FKG 20 (Cys.F./Panc.)	8612		IVA, 55-64	909
	V, 0 ^b	8468		FKG 21 (Hersen/rug.: ms)	3454		AO, 18-34	400
	V, 0 ^c	2462		FKG 22 (Hersen/rug.: overig)	2796		AO, 35-44	483
	V, 1-4	1817		FKG 23 (Kanker)	1078		AO, 45-54	491
	V, 5-9	1861		FKG 24 (Horm. tumor)	678		AO, 55-64	426
	V, 10-14	1920		FKG 25 (HIV/AIDS)	1322		Bijstand, 18-34	286
	V, 15-17	2092		FKG 26 (Nieraandoening)	8497		Bijstand, 35-44	294
	V, 18-24	2013		FKG 27 (Psoriasis)	631		Bijstand, 45-54	348
	V, 25-29	2446		FKG 28 (Pulm. art. hyp.)	15746		Bijstand, 55-64	383
	V, 30-34	2583		FKG 29 (Kanker add-on)	11620		Student	-159
	V, 35-39	2266		FKG 30 (Groei)	2106		Zelfstandig, 18-34	-75
	V, 40-44	2057		FKG 31 (EHK cluster 1)	135939		Zelfstandig, 35-44	-119
	V, 45-49	2119		FKG 32 (EHK cluster 2)	156433		Zelfstandig, 45-54	-161
	V, 50-54	2180		FKG 33 (EHK cluster 3)	384959		Zelfstandig, 55-64	-227
	V, 55-59	2298		Geen HKG	-49	FDG	Hoogopgeleiden, 18-34	-7
	V, 60-64	2421		CPAP apparatuur	196		Hoogopgeleiden, 35-44	-61
	V, 65-69	2708		Therapeutische elastische kousen	488		Referentie, 18-34	9
	V, 70-74	2960		Voorzieningen voor stomapatiënten	1530		Referentie, 35-44	-30
	V, 75-79	3309		Vernevelaar met toebehoren	3964		Referentie, 45-54	-58
	V, 80-84	3378		Middelen voor urine-opvang	1649		Referentie, 55-64	-90
	V, 85-89	4020		Injectiespuiten met toebehoren (excl. diabetes)	2175		Geen FDG	-19
	V, 90+	4817		Zuurstofapparaten met toebehoren	3667		FDG 1	549
	Geen	-88	sDKG	Voedingshulpmiddelen(excl. zuigelingen)	1530		FDG 2	1521
	1	852		Slijmuitzuigapparatuur	20639		FDG 3	1336
	2	2196					FDG 4	19701

Risicoklasse		Resultaat	Risicoklasse		Resultaat	Risicoklasse		Resultaat
SES	3	4415	MHK	Draagbare infuuspompen	8228	PPA	0-17-jarigen	0
	4	7066		Geen MHK	-642		> 15 bewoners, blijvend 18-64	-794
	5	13292		MHK 1	132		> 15 bewoners, blijvend 65-79	-3153
	6	17133		MHK 2	2637		> 15 bewoners, blijvend 80+	-4904
	7	40179		MHK 3	2392		> 15 bewoners, instromend 18-64	5699
	Zeer laag, 0-17	82		MHK 4	3781		> 15 bewoners, instromend 65-79	5596
	Zeer laag, 18-64	28		MHK 5	5913		> 15 bewoners, instromend 80+	1348
	Zeer laag, 65+	462		MHK 6	9863		Eenpersoons 18-64	-18
	Laag, 0-17	25		MHK 7	19694		Eenpersoons 65-79	40
	Laag, 18-64	10		MHK 8	48161		Eenpersoons 80+	576
	Laag, 65+	-27		Regio 1	71		Overige huish. 18-64	5
	Midden, 0-17	-24		Regio 2	39		Overige huish. 65 – 79	11
	Midden, 18-64	7		Regio 3	8		Overige huish. 80+	404
	Midden, 65+	-140		Regio 4	-8			
	VGG	Hoog, 0-17		-47	Regio 5		-1	
Hoog, 18-64		-33	Regio 6	-8				
Hoog, 65+		-222	Regio 7	-12				
Geen VGG		-173	Regio 8	-31				
Top 2.5%		1769	Regio 9	-29				
Top 2.0%		3050	Regio 10	-28				
Top 1.5%		5717						
Top 1.0%		9462						
Top 0.5%		14342						
Top 0.25% 0-17		68272						
Top 0.25% 18+	26270							

Voetnoot G-1:

- Afkortingen zijn opgenomen in de afkortingenlijst (Bijlage J).
- Geboren in het vereveningsjaar
- Geboren in het voorafgaande jaar, na 30 juni

G.2. Herschatting van de GGZ-kosten

Tabel G-2 presenteert de herschatting van normbedragen van elke risicoklasse gebaseerd op de gerealiseerde cijfers van 2018.

Tabel G-2 Herschatting van normbedragen voor het GGZ-model voor 2018.

Risicoklasse			Resultaat	Risicoklasse			Resultaat	Risicoklasse			Resultaat
Geslacht/leeftijd	M, 18-24	318	DKG a	Geen DKG	-103	SES a	Zeer laag, 18-64	5			
	M, 25-29	309		DKG 1	1158		Zeer laag 65+	13			
	M, 30-34	299		DKG 2	755		Laag, 18-64	-12			
	M, 35-39	286		DKG 3	1798		Laag, 65+	-3			
	M, 40-44	275		DKG 4	3428		Midden, 18-64	-12			
	M, 45-49	250		DKG 5	4238		Midden, 65+	-4			
	M, 50-54	245		DKG 6	3913		Hoog, 18-64	17			
	M, 55-59	237		DKG 7	6815		Hoog, 65+	-5			
	M, 60-64	237		DKG 8	8862		65+	0			
	M, 65-69	230		DKG 9	9540	AVI a	IVA, 18-34	641			
	M, 70-74	230		DKG 10	15471		IVA, 35-44	153			
	M, 75-79	230		DKG 11	20213		IVA, 45-54	-15			
	M, 80-84	233		DKG 12	31698		IVA, 55-64	-7			
	M, 85-89	228		DKG 13	31050		AO, 18-34	342			

Risicoklasse			Resultaat	Risicoklasse			Resultaat	Risicoklasse			Resultaat
MHK a	M, 90+	228	FKG a	DKG 14	38191	Regio	AO, 35-44	331			
	V, 18-24	408		DKG 15	39800		AO, 45-54	139			
	V, 25-29	356		DKG 16	74610		AO, 55-64	52			
	V, 30-34	320		DKG 17	15436		Bijstand, 18-34	373			
	V, 35-39	308		Geen FKG	-22		Bijstand, 35-44	164			
	V, 40-44	281		FKG 1 (Psychose)	1210		Bijstand, 45-54	95			
	V, 45-49	263		FKG 2 (Psychose depot)	3722		Bijstand, 55-64	6			
	V, 50-54	246		FKG 3 (Chron.stem)	229		Student	-63			
	V, 55-59	237		FKG 4 (Verslaving)	596		Zelfstandig, 18-34	-55			
	V, 60-64	237		FKG 5 (Bipol.reg.)	549		Zelfstandig, 35-44	-52			
	V, 65-69	234		FKG 6 (Bipol.complex)	1227		Zelfstandig, 45-54	-22			
	V, 70-74	230		FKG 7 (ADHD)	181		Zelfstandig, 55-64	-7			
	V, 75-79	231		Blijvend ihh. 18-64	-35		Hoogopgeleiden, 18-34	-59			
	V, 80-84	228		Blijvend ihh. 65-79	-44		Hoogopgeleiden, 35-44	-42			
	V, 85-89	228		Blijvend ihh. 80+	-42		Referentie, 18-34	-6			
	V, 90+	228		Instromend ihh.18-64	979		Referentie, 35-44	-17			
	Geen MHK	-68	Instromend ihh.65-79	602	Referentie, 45-54		-15				
	MHK 1	269	Instromend ihh. 80+	107	Referentie, 55-64		-7				
	MHK 2	1412	Eenpersoons hh.18-64	74	Regio 1		36				
	MHK 3	2817	Eenpersoons hh 65-79	36	Regio 2		9				
	MHK 4	4474	Eenpersoons hh. 80+	1	Regio 3		2				
	MHK 5	10123	Overig 18-64	-12	Regio 4		-5				
	MHK 6	14276	Overig 64-79	-14	Regio 5		-7				
	MHK 7	23623	Overig 80+	-1	Regio 6		-7				
					Regio 7		-7				
					Regio 8		-7				
					Regio 9		-7				
					Regio 10		-7				

Voetnoot G-2:

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

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

Voor Deel II zijn de OT-bestanden voor de somatische zorg en GGZ gebruikt. In de uitvoering is op deze OT- bestanden een belangrijke stap uitgevoerd om de ex ante normbedragen in het najaar vast te stellen, namelijk de schaling naar het MPB.

De schaling naar het MPB bewerkstelligt dat de kosten in het OT-bestand per deelbedrag gelijk zijn aan het verwachte kostenniveau voor 2018, conform hetgeen in het MPB is vastgesteld. Herweging voor de verzekerdenraming was niet nodig omdat het gewicht is meegeleverd in de OT-bestanden.

In Deel II wordt de ex ante vaststelling, zoals uitgevoerd in het najaar 2017, gebruikt als onderdeel van de evaluatie van de representativiteit van de beslisinformatie. 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.

H.1. Ex ante model voor somatische kosten

Aan de hand van de 'hergew' variabel zijn de verzekerdenaantallen in het OT-bestand herwogen naar de verzekerdenaantallen in de verzekerdenraming: in het OT-bestand bevonden zich in totaal 16.672.188 verzekerdenjaren, dat is herwogen naar 17.098.000 verzekerdenjaren, zoals opgenomen in de verzekerdenraming.

De kosten in het OT-bestand zijn geschaald naar de MPB-bedragen op basis van ophoogfactoren, zoals gerapporteerd in WOR 876 (Normbedragenfase).

H.2. Ex ante model voor GGZ-kosten

Aan de hand van de 'hergew' variabel zijn de verzekerdenaantallen in het OT-bestand herwogen naar de verzekerdenaantallen in de verzekerdenraming: in het OT-bestand bevonden zich in totaal 13.278.659 verzekerdenjaren, dat is herwogen naar 13.378.000 verzekerdenjaren, zoals opgenomen in de verzekerdenraming.

De kosten in het OT-bestand zijn geschaald naar de MPB-bedragen op basis van ophoogfactoren, zoals gerapporteerd in WOR 876 (Normbedragenfase).

I. 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 en GGZ) 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-minners 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:

- 0,9709 op de bijdrage voor de somatische kosten;
- 0,9418 op de bijdrage voor de GGZ-kosten.

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

- € 89 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-);
- € 17 per verzekerde van 18+ voor de GGZ-kosten; de GGZ-kosten zijn alleen voor verzekerden van 18+, waardoor dit gelijk is aan het macrovereveningsresultaat.

Deze methode is vergelijkbaar met de uitvoering van flankerend beleid.

I.1. Somatisch model

Tabel I-1 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat van elke risicoklasse van het ex ante model voor de somatische kosten van 2018, bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2018.

Tabel I-1 Gemiddeld vereveningsresultaat voor het ex ante model voor somatische kosten voor 2018.

Risicoklasse		Resultaat	Risicoklasse		Resultaat	Risicoklasse		Resultaat
Leeftijd/geslacht	M, 0 ^b	8	FKG ^a	Geen FKG	18	pDKG	Geen DKG	60
	M, 0 ^c	-4		FKG 1 (Glaucoom)	255		DKG 1	220
	M, 1-4	8		FKG 2 (Schildklier)	165		DKG 2	81
	M, 5-9	-42		FKG 3 (Psychose, Alzheimer, verslav.)	420		DKG 3	-11
	M, 10-14	-15					DKG 4	185
	M, 15-17	-31		FKG 4 (Depressie)	241		DKG 5	-19
	M, 18-24	-36		FKG 5 (Chron. Pijn)	344		DKG 6	633
	M, 25-29	-6		FKG 6 (Neur. pijn)	915		DKG 7	31
	M, 30-34	-2		FKG 7 (Hoog cholesterol)	200		DKG 8	-501
	M, 35-39	14		FKG 8 (Dia II zonder)	265		DKG 9	2221
	M, 40-44	59		FKG 9 (COPD/Astma)	440		DKG 10	-770

Risicoklasse		Resultaat	Risicoklasse	Resultaat	Risicoklasse	Resultaat	
sDKG	M, 45-49	43	HKG ^a	FKG 10 (Astma)	98	DKG 11	534
	M, 50-54	72		FKG 11 (Dia II met)	322	DKG 12	1040
	M, 55-59	47		FKG 12 (Epilepsie)	211	DKG 13	5011
	M, 60-64	97		FKG 13 (Ziekte van C/CU)	-108	DKG 14	11318
	M, 65-69	153		FKG 14 (Hartaandoening)	537	DKG 15	3451
	M, 70-74	172		FKG 15 (Auto-immuun)	2370	0-17 en 65+	130
	M, 75-79	175		FKG 16 (Reuma)	173	IVA, 18-34	-71
	M, 80-84	411		FKG 17 (Parkinson)	530	IVA, 35-44	769
	M, 85-89	646		FKG 18 (Dia I)	182	IVA, 45-54	354
	M, 90+	636		FKG 19 (Transplatie)	-500	IVA, 55-64	228
	V, 0 ^b	22		FKG 20 (Cys.F./Panc.)	-6725	AO, 18-34	-78
	V, 0 ^c	53		FKG 21 (Hersen/rug.: ms)	487	AO, 35-44	89
	V, 1-4	-22		FKG 22 (Hersen/rug.: overig)	841	AO, 45-54	152
	V, 5-9	-43				AO, 55-64	140
	V, 10-14	-12		FKG 23 (Kanker)	1609	Bijstand, 18-34	-11
	V, 15-17	-34		FKG 24 (Horm. tumor)	440	Bijstand, 35-44	13
	V, 18-24	5		FKG 25 (HIV/AIDS)	3814	Bijstand, 45-54	89
	V, 25-29	55		FKG 26 (Nieraandoening)	951	Bijstand, 55-64	123
	V, 30-34	48		FKG 27 (Psoriasis)	-49	Student	-26
	V, 35-39	21		FKG 28 (Pulm. art. hyp.)	3488	Zelfstandig, 18-34	-16
	V, 40-44	11		FKG 29 (Kanker add-on)	2675	Zelfstandig, 35-44	-6
	V, 45-49	27		FKG 30 (Groei)	948	Zelfstandig, 45-54	30
	V, 50-54	58		FKG 31 (EHK cluster 1)	-5816	Zelfstandig, 55-64	45
	V, 55-59	48		FKG 32 (EHK cluster 2)	30555	Hoogopgeleiden, 18-34	31
	V, 60-64	73		FKG 33 (EHK cluster 3)	16465	Hoogopgeleiden, 35-44	-4
	V, 65-69	140		Geen HKG	60	Referentie, 18-34	21
	V, 70-74	182		CPAP apparatuur	-15	Referentie, 35-44	34
	V, 75-79	269		Therapeutische elastische kousen	499	Referentie, 45-54	38
	V, 80-84	525		Voorzieningen voor stomapatiënten	37	Referentie, 55-64	48
	V, 85-89	734		Vernevelaar met toebehoren	-1868	Geen FDG	68
	V, 90+	886		Middelen voor urine-opvang	720	FDG 1	54
	Geen	58		Injectiespuiten met toebehoren (excl. diabetes)	382	FDG 2	469
	1	129	Zuurstofapparaten met toebehoren	875	FDG 3	870	
	2	155	Voedingshulpmiddelen (excl. zuigelingen)	-566	FDG 4	-12452	
	3	1013	Slijmuitzuigapparatuur	6067	0-17-jarigen	-16	
	4	2199	Draagbare infuuspompen	1890	> 15 bewoners, blijvend 18-64	388	
	5	450	Geen MHK	50	> 15 bewoners, blijvend 65-79	814	
	6	1486	MHK 1	53	> 15 bewoners, blijvend 80+	751	
	7	11936	MHK 2	343	> 15 bewoners, instromend 18-64	1791	
SES	Zeer laag, 0-17	-14	MHK	MHK 3	304	> 15 bewoners, instromend 65-79	6769
	Zeer laag, 18-64	47		MHK 4	444	> 15 bewoners, instromend 80+	4812
	Zeer laag, 65+	698		MHK 5	478	Eenpersoons 18-64	84

Risicoklasse		Resultaat	Risicoklasse		Resultaat	Risicoklasse		Resultaat
VGG	Laag, 0-17	-1	Regio	MHK 6	649	Eenpersoons 65-79		253
	Laag, 18-64	50		MHK 7	-941	Eenpersoons 80+		592
	Laag, 65+	239		MHK 8	245	Overige huish. 18-64		23
	Midden, 0-17	-17		Regio 1	85	Overige huish. 65 – 79		107
	Midden, 18-64	34		Regio 2	90	Overige huish. 80+		228
	Midden, 65+	149		Regio 3	85			
	Hoog, 0-17	-26		Regio 4	87			
	Hoog, 18-64	15		Regio 5	83			
	Hoog, 65+	89		Regio 6	62			
	Geen VGG	46		Regio 7	66			
	Top 2.5%	670		Regio 8	53			
	Top 2.0%	979		Regio 9	61			
	Top 1.5%	1699		Regio 10	44			
	Top 1.0%	1746						
	Top 0.5%	-1194						
	Top 0.25% 0-17	-16332						
	Top 0.25% 18+	4488						

Voetnoot I-1:

- Afkorting zijn opgenomen in de afkortingenlijst (Bijlage J).
- Geboren in het vereveningsjaar
- Geboren in het voorafgaande jaar, na 30 juni

Tabel I-2 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat van elke risicoklasse van het ex ante model voor de somatische kosten van 2018, bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2018. Hierbij is gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat.

Tabel I-2 Gemiddeld vereveningsresultaat voor het ex ante model voor somatische kosten voor 2018, na correctie(s) voor het macrovereveningsresultaat.

Risicoklasse		C1 ^d	C2 ^e	Risicoklasse		C1	C2	Risicoklasse		C1	C2
Leeftijd/geslacht	M, 0 ^b	273	273	FKG ^a	Geen FKG	-22	45	pDKG	Geen DKG	10	80
	M, 0 ^c	-60	-60		FKG 1 (Glaucoom)	41	129		DKG 1	48	137
	M, 1-4	-32	-32		FKG 2 (Schildklier)	12	100		DKG 2	-120	-32
	M, 5-9	-73	-73		FKG 3 (Psychose, Alzheimer, verslav.)	242	328		DKG 3	-213	-126
	M, 10-14	-43	-43		FKG 4 (Depressie)	100	188		DKG 4	-78	7
	M, 15-17	-60	-60		FKG 5 (Chron. Pijn)	123	212		DKG 5	-355	-267
	M, 18-24	-56	33		FKG 6 (Neur. pijn)	504	593		DKG 6	257	338
	M, 25-29	-28	61		FKG 7 (Hoog cholesterol)	54	143		DKG 7	-521	-443
	M, 30-34	-26	63		FKG 8 (Dia II zonder)	101	190		DKG 8	-1018	-943
	M, 35-39	-14	75		FKG 9 (COPD/Astma)	109	198		DKG 9	1491	1574
	M, 40-44	24	113		FKG 10 (Astma)	-55	22		DKG 10	-1497	-1409
	M, 45-49	0	89		FKG 11 (Dia II met)	100	189		DKG 11	-348	-259
	M, 50-54	18	107		FKG 12 (Epilepsie)	-24	58		DKG 12	0	72
	M, 55-59	-26	63		FKG 13 (Ziekte van C/CU)	-283	-195		DKG 13	3688	3770
	M, 60-64	0	89		FKG 14 (Hartaandoening)	133	222		DKG 14	8778	8841
	M, 65-69	28	117		FKG 15 (Auto-immuun)	1828	1915		DKG 15	691	780
	M, 70-74	14	103		FKG 16 (Reuma)	-45	43	AVI	0-17 en 65+	26	69
	M, 75-79	-25	64		FKG 17 (Parkinson)	94	183		IVA, 18-34	-369	-280
	M, 80-84	166	255		FKG 18 (Dia I)	-137	-50		IVA, 35-44	479	568
	M, 85-89	350	439		FKG 19 (Transplatie)	-909	-822		IVA, 45-54	73	162
	M, 90+	292	381		FKG 20 (Cys.F./Panc.)	-7289	-7205		IVA, 55-64	-48	41
	V, 0 ^b	-183	-183		FKG 21 (Hersen/rug.: ms)	-76	13		AO, 18-34	-170	-81
	V, 0 ^c	5	5		FKG 22 (Hersen/rug.: overig)	222	310		AO, 35-44	-25	64
	V, 1-4	-51	-51		FKG 23 (Kanker)	1299	1387		AO, 45-54	14	103
	V, 5-9	-68	-68		FKG 24 (Horm. tumor)	159	247		AO, 55-64	-26	63
	V, 10-14	-38	-38		FKG 25 (HIV/AIDS)	3298	3386		Bijstand, 18-34	-64	25
	V, 15-17	-66	-66		FKG 26 (Nieraandoening)	-603	-515		Bijstand, 35-44	-48	41

Risicoklasse		C1 ^d	C2 ^e	Risicoklasse		C1	C2	Risicoklasse		C1	C2
sDKG	V, 18-24	-26	63	HKG ^a	FKG 27 (Psoriasis)	-211	-123	FDG	Bijstand, 45-54	0	89
	V, 25-29	5	94		FKG 28 (Pulm. art. hyp.)	1859	1945		Bijstand, 55-64	-4	85
	V, 30-34	-14	75		FKG 29 (Kanker add-on)	1729	1816		Student	-45	44
	V, 35-39	-31	58		FKG 30 (Groeï)	483	510		Zelfstandig, 18-34	-43	46
	V, 40-44	-35	54		FKG 31 (EHK cluster 1)	-11174	-11100		Zelfstandig, 35-44	-32	57
	V, 45-49	-25	64		FKG 32 (EHK cluster 2)	23601	23683		Zelfstandig, 45-54	-6	83
	V, 50-54	-4	85		FKG 33 (EHK cluster 3)	2758	2819		Zelfstandig, 55-64	-11	78
	V, 55-59	-26	63		Geen HKG	-1	70		Hoogopgeleid, 18-34	-5	84
	V, 60-64	-17	72		CPAP apparatuur	-177	-88		Hoogopgeleid, 35-44	-36	53
	V, 65-69	29	118		Therapeutische elastische kousen	224	313		Referentie, 18-34	-12	77
	V, 70-74	44	133		Voorzieningen voor stomapatiënten	-358	-271		Referentie, 35-44	-1	88
	V, 75-79	90	179		Vernevelaar met toebehoren	-2309	-2235		Referentie, 45-54	-5	84
	V, 80-84	298	387		Middelen voor urine-opvang	250	338		Referentie, 55-64	-17	72
	V, 85-89	448	537		Injectiespuiten met toebehoren (excl. diabetes)	-22	62		Geen FDG	1	72
	V, 90+	556	645		Zuurstofapparaten met toebehoren	279	366		FDG 1	-84	-60
SES	Geen	-1	58	MHK	Voedingshulpmiddel en (excl. zuigelingen)	-1491	-1429	PPA	FDG 2	10	96
	1	-113	129		Slijmuitzuigapparatuur	-4064	4115		FDG 3	359	445
	2	-256	155		Draagbare infuuspompen	898	981		FDG 4	-13624	-13572
	3	353	1013		Geen MHK	26	93		0-17-jarigen	-51	-51
	4	1197	2199		MHK 1	-28	47		> 15 bewoners, blijvend 18-64	304	393
	5	-655	450		MHK 2	35	117		> 15 bewoners, blijvend 65-79	680	769
	6	237	1486		MHK 3	26	111		> 15 bewoners, instromend 18-64	632	721
	7	9236	11936		MHK 4	70	156		> 15 bewoners, instromend 65-79	1363	1452
	Zeer laag, 0-17	-52	-52		MHK 5	-13	71		> 15 bewoners, instromend 65-79	5983	6072
	Zeer laag, 18-64	-15	74		MHK 6	-6	77		> 15 bewoners, instromend 80+	4179	4268
	Zeer laag, 65+	450	539		MHK 7	-2016	-1937		Eenpersoons 18-64	20	109
	Laag, 0-17	-38	-38		MHK 8	-2547	-2467		Eenpersoons 65-79	86	175
	Laag, 18-64	-3	86		Regio 1	3	74		Eenpersoons 80+	292	381
	Laag, 65+	54	143		Regio 2	9	81		Overige huish. 18-64	-25	64
	Midden, 0-17	-52	-52		Regio 3	10	82		Overige huish. 65 – 79	-29	60
Midden, 18-64	-14	75	Regio 4	13	84						
Midden, 65+	-3	86	Regio 5	10	82						
Hoog, 0-17	-57	-57	Regio 6	-9	63						

Risicoklasse		C1 ^d	C2 ^e	Risicoklasse		C1	C2	Risicoklasse		C1	C2
VGG	Hoog, 18-64	-28	61		Regio 7	-3	68		Overige huish. 80+	-11	78
	Hoog, 65+	-42	47		Regio 8	-14	57				
	Geen VGG	-14	57		Regio 9	-5	66				
	Top 2.5%	324	411		Regio 10	-14	56				
	Top 2.0%	571	659								
	Top 1.5%	1175	1264								
	Top 1.0%	1097	1186								
	Top 0.5%	-1931	-1843								
	Top 0.25%, 0-17	-19008	-19008								
	Top 0.25%, 18+	3183	3272								

Voetnoot I-2:

- Afkortingen zijn opgenomen in de afkortingenlijst (Bijlage J).
- Geboren in het vereveningsjaar
- Geboren in het voorafgaande jaar, na 30 juni
- Correctiefactor 1; flankerend beleid
- Correctiefactor 2; vast bedrag per verzekerde 18+

I.2. GGZ model

Tabel I-3 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat van elke risicoklasse van het ex ante model voor de GGZ-kosten van 2018, bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2018.

Tabel I-3 Gemiddeld vereveningsresultaat voor het ex ante model voor GGZ-kosten voor 2018.

Risicoklasse		Resultaat	Risicoklasse		Resultaat	Risicoklasse		Resultaat
Leeftijd/geslacht	M, 18-24	4	DKG ^a	Geen DKG	-1	SES ^a	Zeer laag, 18-64	65
	M, 25-29	18		DKG 1	89		Zeer laag 65+	56
	M, 30-34	28		DKG 2	93		Laag, 18-64	11
	M, 35-39	39		DKG 3	23		Laag, 65+	8
	M, 40-44	31		DKG 4	593		Midden, 18-64	3
	M, 45-49	20		DKG 5	849		Midden, 65+	1
	M, 50-54	38		DKG 6	1565		Hoog, 18-64	1
	M, 55-59	29		DKG 7	852		Hoog, 65+	5
	M, 60-64	37		DKG 8	2196	AVI ^a	65+	16
	M, 65-69	16		DKG 9	2377		IVA, 18-34	-498
	M, 70-74	21		DKG 10	2912		IVA, 35-44	161
	M, 75-79	11		DKG 11	-424		IVA, 45-54	195
	M, 80-84	5		DKG 12	-2940		IVA, 55-64	77
	M, 85-89	18		DKG 13	1723		AO, 18-34	271
	M, 90+	37		DKG 14	1684		AO, 35-44	271
	V, 18-24	-48		DKG 15	15219		AO, 45-54	147
	V, 25-29	-1		DKG 16	11060		AO, 55-64	91
	V, 30-34	7		DKG 17	23042		Bijstand, 18-34	53
	V, 35-39	9	FKG ^a	Geen FKG	10		Bijstand, 35-44	183
	V, 40-44	18		FKG 1 (Psychose)	635		Bijstand, 45-54	115
	V, 45-49	19		FKG 2 (Psychose depot)	1153		Bijstand, 55-64	131

Risicoklasse		Resultaat	Risicoklasse		Resultaat	Risicoklasse		Resultaat
MHK ^a	V, 50-54	26	PPA ^a	FKG 3 (Chron.stem)	125	Regio	Student	-13
	V, 55-59	18		FKG 4 (Verslaving)	263		Zelfstandig, 18-34	-19
	V, 60-64	30		FKG 5 (Bipol.reg.)	-18		Zelfstandig, 35-44	9
	V, 65-69	6		FKG 6 (bipol.complex)	500		Zelfstandig, 45-54	18
	V, 70-74	13		FKG 7 (ADHD)	-3		Zelfstandig, 55-64	24
	V, 75-79	12		Blijvend ihh. 18-64	681		Hoogopgeleiden, 18-34	-19
	V, 80-84	18		Blijvend ihh. 65-79	470		Hoogopgeleiden, 35-44	-6
	V, 85-89	36		Blijvend ihh. 80+	175		Referentie, 18-34	-12
	V, 90+	74		Instromend ihh.18-64	703		Referentie, 35-44	1
	Geen MHK	3		Instromend ihh.65-79	629		Referentie, 45-54	8
	MHK 1	34		Instromend ihh. 80+	154		Referentie, 55-64	11
	MHK 2	446		Eenpersoons hh.18-64	59		Regio 1	94
	MHK 3	991		Eenpersoons hh 65-79	17		Regio 2	16
	MHK 4	1812		Eenpersoons hh. 80+	0		Regio 3	13
	MHK 5	2332		Overig 18-64	5		Regio 4	9
	MHK 6	1199		Overig 64-79	1		Regio 5	2
	MHK 7	162		Overig 80+	7		Regio 6	5
							Regio 7	4
							Regio 8	7
							Regio 9	7
							Regio 10	12

Voetnoot I-3: a. Afkortingen zijn opgenomen in de afkortingenlijst (Bijlage J).

Tabel I-4 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat van elke risicoklasse van het ex ante model voor de gGGZ-kosten van 2017, bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2017. Hierbij is gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat.

Tabel I-4 Gemiddeld vereveningsresultaat voor het ex ante model voor gGGZ-kosten voor 2017, na correctie(s) voor het macrovereveningsresultaat.

Risicoklasse		C1	C2	Risicoklasse		C1	C2	Risicoklasse		C1	C2
Leeftijd/geslacht	M, 18-24	-14	2	DKG ^a	Geen DKG	-7	10	SES ^a	Zeer laag, 18-64	24	41
	M, 25-29	-4	13		DKG 1	-115	-99		Zeer laag 65+	40	57
	M, 30-34	5	22		DKG 2	-7	10		Laag, 18-64	-6	11
	M, 35-39	16	33		DKG 3	-143	-126		Laag, 65+	0	17
	M, 40-44	10	27		DKG 4	207	224		Midden, 18-64	-9	8
	M, 45-49	3	19		DKG 5	404	421		Midden, 65+	-5	12
	M, 50-54	21	38		DKG 6	1088	1105		Hoog, 18-64	-12	5
	M, 55-59	14	31		DKG 7	213	230		Hoog, 65+	-2	15
	M, 60-64	24	41		DKG 8	1260	1277		65+	8	24
	M, 65-69	7	24		DKG 9	1392	1409	AVI ^a	IVA, 18-34	-628	-611
	M, 70-74	14	31		DKG 10	1475	1492		IVA, 35-44	34	51
	M, 75-79	5	21		DKG 11	-2014	-1998		IVA, 45-54	125	142
	M, 80-84	-1	16		DKG 12	-5129	-5112		IVA, 55-64	41	58

Risicoklasse		C1	C2	Risicoklasse		C1	C2	Risicoklasse		C1	C2
MHK ^a	M, 85-89	11	28	FKG ^a	DKG 13	-674	-657	Regio	AO, 18-34	131	148
	M, 90+	31	48		DKG 14	-1073	-1056		AO, 35-44	126	142
	V, 18-24	-71	-54		DKG 15	11524	11541		AO, 45-54	55	72
	V, 25-29	-26	-9		DKG 16	5542	5559		AO, 55-64	38	55
	V, 30-34	-17	0		DKG 17	20364	20381		Bijstand, 18-34	-44	-27
	V, 35-39	-13	4		Geen FKG	-1	16		Bijstand, 35-44	106	123
	V, 40-44	-3	14		FKG 1 (Psychose)	251	268		Bijstand, 45-54	51	68
	V, 45-49	0	17		FKG 2 (Psychose depot)	336	353		Bijstand, 55-64	83	100
	V, 50-54	8	25		FKG 3 (Chron.stem)	26	43		Student	-26	-10
	V, 55-59	2	19		FKG 4 (Verslaving)	-60	-43		Zelfstandig, 18-34	-29	-12
	V, 60-64	16	33		FKG 5 (Bipol.reg.)	-158	-141		Zelfstandig, 35-44	1	17
	V, 65-69	-5	12		FKG 6 (Bipol.complex)	51	68		Zelfstandig, 45-54	11	28
	V, 70-74	3	20		FKG 7 (ADHD)	-99	-82		Zelfstandig, 55-64	18	34
	V, 75-79	1	18		Blijvend ihh. 18-64	618	635		Hoogopgeleiden, 18-34	-29	-12
	V, 80-84	8	25		Blijvend ihh. 65-79	431	447		Hoogopgeleiden, 35-44	-16	1
	V, 85-89	28	44		Blijvend ihh. 80+	163	180		Referentie, 18-34	-29	-12
	V, 90+	66	83		Instromend ihh.18-64	339	356		Referentie, 35-44	-11	6
	Geen MHK	-2	15	Instromend ihh.65-79	473	490	Referentie, 45-54		-1	16	
	MHK 1	-37	-20	Instromend ihh. 80+	117	134	Referentie, 55-64		4	21	
	MHK 2	165	181	PPA ^a	Eenpersoons hh.18-64	13	30		Regio 1	60	77
	MHK 3	507	524		Eenpersoons hh 65-79	1	17		Regio 2	-6	11
	MHK 4	1025	1042		Eenpersoons hh. 80+	-7	10		Regio 3	-6	11
	MHK 5	737	754		Overig 18-64	-9	7		Regio 4	-7	10
	MHK 6	-332	-315		Overig 64-79	-4	13		Regio 5	-13	4
	MHK 7	-2224	-2207		Overig 80+	1	18		Regio 6	-9	8
									Regio 7	-9	8
									Regio 8	-6	11
									Regio 9	-5	11
									Regio 10	0	17

Voetnoot Tabel I-4:

- a. Afkortingen zijn opgenomen in de afkortingenlijst (Bijlage J)
- b. Correctiefactor 1; flankerend beleid
- c. Correctiefactor 2; vast bedrag per verzekerde 18+

J. Afkortingenlijst

Afkorting	Betekenis
AO	Arbeidsongeschikt
AVI	Aard van Inkomen (vereveningskenmerk)
BSN	Burger Service Nummer
CPM	Cummings' Prediction Measure (evaluatiemaatstaf)
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
pDKG	Primaire Diagnosekostengroep (vereveningskenmerk)
sDKG	Secundaire Diagnosekostengroep (vereveningskenmerk)
GGG	Geriatrische revalidatie Groep Gebruikers (vereveningskenmerk)
ZVZ	Zorgvraagzwaarte-indicator (vereveningskenmerk)
DKG GGZ	Diagnosekostengroep psychische aandoeningen (vereveningskenmerk)
DV	Definitieve Vaststelling
DV voor FB	Definitieve Vaststelling voor Flankerend Beleid
DV na BB	Definitieve Vaststelling na Bandbreedteregeling
DV na FB	Definitieve Vaststelling na Flankerend Beleid
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)
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)
HKG	Hulpmiddelenkostengroep (vereveningskenmerk)
KPV-bestand	Kosten-per-Verzekerde bestand
MHK	Meerjarige hoge kosten (vereveningskenmerk)
MPB	Macro Prestatie Bedrag
MSZ	Medisch-specialistische zorg
OT	Overall Toets
PPA	Personen per adres (vereveningskenmerk)
PwC	PricewaterhouseCoopers
R²	R-kwadraat (evaluatiemaatstaf)

Afkorting	Betekenis
RBRV- bestand	Vereveningskenmerken per verzekerde-bestand
RV	Risicovereveningssysteem
SES	Sociaaleconomische status (vereveningskenmerk)
V&V	Verpleging en verzorging
VWS	Volksgesondheid, Welzijn en Sport
WOR	Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening
ZIN	Zorginstituut Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet

K. Begrippenlijst

Acceptatieplicht

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

Add-ons geneesmiddelen

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

Klassieke criteriumneutraliteit

Afwijkingen tussen de voorspelde en gerealiseerde verzekerdenaantallen (prevalenties) voor een risicoklasse binnen een vereveningskenmerk leiden tot verandering in de macro bijdrage, via dit vereveningskenmerk tussen de ex ante en definitieve vaststelling, en leiden daarmee tot onzekerheid bij zorgverzekeraars over hun uiteindelijke bijdrage. Criteriumneutraliteit zorgt ervoor dat dit effect op macroniveau wordt geneutraliseerd. Door het initiële normbedrag gelijk te houden en de mutatie in de macrobijdrage te corrigeren op de afslagklasse van het betreffende vereveningskenmerk

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 (bijdrage)

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

Ex post bijdrage

Definitieve vereveningsbijdrage na toepassing van de ex post maatregelen op de eerder afgegeven ex ante vaststelling.

Ex post maatregelen

Ex post maatregelen worden ingezet om onzekerheden voor zorgverzekeraars te reduceren dan wel een gelijke uitgangspositie voor zorgverzekeraars te creëren. Deze maatregelen worden uiterlijk ten tijde van de definitieve vaststelling uitgevoerd en resulteert in een op- of afslag op de ex ante vereveningsbijdrage. Het risicovereveningssysteem 2018 kent twee type ex post maatregelen, criteriumneutraliteit en flankerend beleid. Een derde type ex post maatregel, ex post verevening is met ingang van het vereveningsjaar 2017 niet meer van toepassing.

Ex post (verevening)

In de brochure "Beschrijving van het risicovereveningssysteem van de Zorgverzekeringswet" van maart 2016 verwoordt het Ministerie van VWS de ex post verevening onder paragraaf 3.5 als volgt:

Na afloop van het jaar worden zorgverzekeraars voor een beperkt deel gecompenseerd voor het verschil tussen de gerealiseerde en de geraamde zorgkosten. Omdat deze compensaties na afloop van het jaar plaatsvinden, worden ze ex post compensaties genoemd. Deze ex post compensaties corrigeren voor onvolkomenheden in het risicovereveningsmodel; de samenhang tussen de verzekerdenkenmerken en de zorgkosten is niet perfect. Daarnaast geldt dat zorgverzekeraars beperkte beïnvloedingsmogelijkheden hebben bij bepaalde zorgkosten. De mate waarin de ex post compensaties worden ingezet, wordt voorafgaande aan het betreffende kalenderjaar vastgesteld.

In het Regeerakkoord “Bruggen slaan” uit 2012 is opgenomen dat zorgverzekeraars per 2017 volledig risicodragend worden voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet. Per 2017 zijn daarom alle ex post compensaties afgeschaft. Dit moet bijdragen aan het beheersbaar houden van de zorguitgaven door de doelmatigheidsprikkels voor zorgverzekeraars te versterken. N.B. enige mate van ex post compensatie is in 2020 geïntroduceerd voor de GGZ kosten.

Criteriumneutraliteit ziet op onvolkomenheden in de representativiteit van de beslisinformatie. In deze rapportage, conform de definitie van VWS, wordt criteriumneutraliteit niet gezien als ex post (verevening). Ook flankerend beleid, dat verschillen in de macro verwachte en gerealiseerde kosten eerlijk verdeelt tussen zorgverzekeraars en daarmee dus geen correctie is op modelonvolkomenheden wordt daarom ook niet gezien als ex post (verevening).

Forfaitaire groep/niet-forfaitaire groep

De forfaitaire groep en de 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. Per 2018 is het gGGZ-model samengevoegd met het IGGZ-model tot één GGZ-model.

IGGZ-kosten

Dit zijn de zorgkosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van 18+. Dit deelbedrag is per 2016 geïntroduceerd en kent dezelfde negen vereveningscriteria als het model voor de geneeskundige GGZ aangevuld met een criterium op basis van gebruik van intramurale (L)GGZ in het voorgaande jaar.

Klasse criteriumneutraliteit

Afwijkingen tussen de voorspelde en gerealiseerde verzekerdenaantallen (prevalenties) voor een risicoklasse binnen een vereveningskenmerk leiden tot verandering in de macro bijdrage, via dit vereveningskenmerk tussen de ex ante en definitieve vaststelling, en leiden daarmee tot onzekerheid bij zorgverzekeraars over hun uiteindelijke bijdrage. Klasse criteriumneutraliteit zorgt ervoor dat dit effect op macroniveau wordt geneutraliseerd. Door aanpassing van het normbedrag van de risicoklassen, dusdanig dat de definitieve verzekerdenaantallen keer het nieuwe normbedrag in definitieve vaststelling exact gelijk is aan het aantal verzekerden keer het initieel normbedrag in de ex ante vaststelling²⁰.

Macronacalculatie

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

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. Het definitieve bedrag dat (ex post) wordt verdeeld over verzekeraars wijkt af van het initieel vastgestelde MPB voorafgaand aan het verzekeringsjaar. Dit kan door afwijkingen in prevalentie van de risicoklassen, nacalculatie op de vaste kosten en de uiteindelijke verzekerden aantallen in 2018. In de Monitor 2018 wordt de term MPB gebruikt voor zowel het initieel vastgestelde macrobijdrage voorafgaand aan het vereveningsjaar, als de definitieve vastgestelde macrobijdrage gecorrigeerd voor definitieve prevalentie, verzekerden aantallen en de nacalculatie op de vaste kosten.

Medisch-specialistische zorg (MSZ)

Hieronder vallen alle kosten voor de ziekenhuiszorg.

²⁰ <https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/publicaties/brochure/2016/03/31/het-risicovereveningssysteem-van-de-zorgverzekeringswet>
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2012/10/29/regeerakkoord>

Nacalculatie

Dit is een ex post correctie 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.

(Partiële) Criteriumneutraliteit

Criteriumneutraliteit kan worden toegepast op alle risicoklassen van een vereveningskenmerk of op een deel van de risicoklasse binnen het vereveningskenmerk. In dat laatste geval wordt gesproken over partiële criteriumneutraliteit.

Prevalenties

Dit staat voor het aantal verzekerdenjaren per 1000 uitgedrukt.

QZ-informatie

Declaratiegegevens MSZ conform data standaardisatie Vektis.

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 alle zorgkosten met uitzondering van de GGZ kosten. Somatische kosten worden verdeeld in variabele somatische zorgkosten (variabele kosten) en vaste somatische zorgkosten (vaste kosten).

Spreading (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 alle somatische zorgkosten met uitzondering van de GGZ kosten niet behorende tot de vaste kosten. De variabele kosten omvatten o.a. 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) en verpleging en verzorging.

Vaste kosten

Dit is een deelbedrag voor de vaste kosten van ziekenhuiszorg en kwaliteitsgelden.

Verbod op premiedifferentiatie

Zorgverzekeraars dienen iedere verzekerde een dezelfde premie te vragen voor dezelfde basisverzekeringsspolis. Het is niet toegestaan de premie te differentiëren tussen verzekerden voor dezelfde basisverzekeringsspolis.

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.

Verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico is het bedrag aan zorgkosten wat de verzekerde zelf moet betalen. In 2018 bedraagt dit € 385. Dit betekent dat de verzekerde de eerste € 385 aan zorgkosten die hij/zij maakt zelf moet betalen. Zorgverzekeraars innen deze bedragen direct van de verzekerden.

L. Referenties

- 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.
- Monitor 2015. Monitor Risicoverevening 2015. Toetsing van de werking van het risicovereveningssysteem en representativiteit van de beslisinformatie. Publicatiedatum: 11 september 2020. PwC, Amsterdam.
- Monitor 2016. Monitor Risicoverevening 2016. Toetsing van de werking van het risicovereveningssysteem en representativiteit van de beslisinformatie. Publicatiedatum: 31 augustus 2021. PwC, Amsterdam.
- Monitor 2017. Monitor Risicoverevening 2017. Toetsing van de werking van het risicovereveningssysteem en representativiteit van de beslisinformatie. Publicatiedatum: 29 juni 2022. PwC, Amsterdam.
- Regeling risicoverevening 2018. Ministerie van VWS, 2018. Publicatiedatum: 29 september 2017. Staatscourant 2017, nr. 56601.
- WOR 812. D. Cattel, F. Eijkenaar, R.C. van Kleef en R.C.J.A. van Vliet (2016). Onderzoek risicoverevening 2017: Gegevensfase. Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.
- WOR 813. D. Cattel, F. Eijkenaar, R.C. van Kleef en R.C.J.A. van Vliet (2016). Onderzoek risicoverevening 2017: Overall Toets. Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.
- WOR 814. D. Cattel, F. Eijkenaar, R.C. van Kleef en R.C.J.A. van Vliet (2016). Onderzoek risicoverevening 2017: Berekening normbedragen. Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.
- WOR 871. Toetsingskader 2017. Ministerie van VWS, cluster risicoverevening (2017).
- WOR 874. D. Cattel, F. Eijkenaar, R.C. van Kleef, R.C.J.A. van Vliet en A.A. Withagen-Koster (2017). Onderzoek risicoverevening 2018: Gegevensfase. Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.
- WOR 875. D. Cattel, F. Eijkenaar, R.C. van Kleef, R.C.J.A. van Vliet en A.A. Withagen-Koster (2017). Onderzoek risicoverevening 2017: Overall Toets. Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.
- WOR 876. D. Cattel, F. Eijkenaar, R.C. van Kleef, R.C.J.A. van Vliet en A.A. Withagen-Koster (2017). Onderzoek risicoverevening 2017: Berekening normbedragen. Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.

Bedankt

