



Monitor Risicoverevening 2016

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

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



31 augustus 2021

pwc



Publiekssamenvatting

Zorgverzekeraars ontvangen jaarlijks vanuit het risicovereveningssysteem een bijdrage voor de verschillen in de (verwachte) zorgkosten tussen verzekerden. Een goede werking van het risicovereveningssysteem draagt bij aan een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars, reduceert financiële prikkels tot risicoselectie en bevordert een doelmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) evalueert jaarlijks de werking van het risicovereveningssysteem: de "Monitor Risicoverevening" (hierna: Monitor). In opdracht van het Ministerie van VWS voert PricewaterhouseCoopers (PwC) de Monitor voor vereveningsjaar 2016 uit. Deze Monitor evalueert:

1. De werking van het risicovereveningssysteem 2016[1].
2. De representativiteit van de beslisinformatie voor de gerealiseerde cijfers van 2016.

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

Situatie in 2016

Voor het risicovereveningsmodel 2016 is ingezet op verdere verbetering van de werking van het ex ante risicovereveningsmodel en de vergroting van risicodragendheid van de zorgverzekeraars door afbouw van de ex post mechanismen. Per 1 januari 2016 zijn er een aantal belangrijke wijzigingen opgetreden in de risicodragende kosten onder de Zvw en de vormgeving van het risicovereveningssysteem, waaronder:

- *Uitbreiding van het risicovereveningsmodel voor de kosten van verpleging en verzorging,* bestaande uit dezelfde vereveningscriteria als het model voor de variabele zorgkosten. Het verval van het aparte vereveningscriterium 'V&V-regio'.
- *Verbetering ex-ante risicovereveningsmodellen als gevolg van groot onderhoud.*
- *De invoering van een aantal nieuwe vereveningscriteria*: gebaseerd op het gebruik van fysiotherapie (FGG), op het gebruik van verpleging en verzorging (VGG), het gebruik van geriatrische revalidatiezorg (GGG) en het gebruik van intramurale GGZ (IGG) in het voorgaande jaar.
- *Introductie van het ex-ante risicovereveningsmodel voor langdurige geestelijke gezondheidszorg (LGGZ), betreffende de zorg in het kader van langdurige GGZ die per 2015 overgeheveld is van de AWBZ naar de Zvw. Langdurige GGZ maakt deel uit van de te verzekeren prestaties onder de Zvw.*
- *Afbouw ex post maatregelen:* Voor V&V en gGGZ is de bandbreedteregeling ingeperkt.

Werking van het Risicovereveningssysteem

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

Macrovereveningsresultaat
Over alle kosten onder de Zvw tezamen, zijn de gerealiseerde kosten op macroniveau lager dan verwacht in het Macro Prestatie Bedrag (MPB). De totale bijdrage aan zorgverzekeraars is daarmee hoger dan de totale gerealiseerde kosten. Dit leidt tot een positief macrovereveningsresultaat van € 473 miljoen. Flankerend beleid[2] zorgt ervoor dat alle zorgverzekeraars een evenredig deel van het macrovereveningsresultaat krijgen toebedeeld op basis van het aantal verzekerden. De absolute verschuivingen in de vereveningsbijdrage tussen zorgverzekeraars door flankerend beleid in 2016 zijn afgenomen ten opzichte van voorgaande jaren, omdat het macrovereveningsresultaat in 2016 substantieel lager is dan in voorgaande jaren (2015: € 2.036 miljoen). Zorgverzekeraars hebben het positieve macrovereveningsresultaat ingezet voor verlaging van de premie van de basisverzekering in de jaren na 2016 en voor zover van tevoren onderkend, deels ook al in 2016[3].

Ex post maatregelen
De ex post maatregelen zijn een correctie op de bijdrage vanuit de ex ante modellen. Het effect van het verder afbouwen van de ex post maatregelen in 2016 is zichtbaar in de mate waarin verschillen in de bijdrage

[1] Met werking wordt bedoeld dat de zorgverzekeraars zo precies mogelijk gecompenseerd worden voor de verschillen in (verwachte) zorgkosten tussen hun verzekerden. Als de verschillen te klein zijn om financiële prikkels tot risicoselectie uit te lokken, dan noemen we de werking "adequaat" of "voldoende".
[2] Flankerend beleid is een maatregel ten behoeve van een gelijke uitgangspositie van zorgverzekeraars bij een (positief of negatief) macrovereveningsresultaat.
[3] Bron: jaarverslagen zorgverzekeraars

van zorgverzekeraars achteraf worden gecompenseerd. Voor de somatische zorg is er in 2016 geen ex post maatregel (net zoals in 2015).

Ex ante risicovereveningsmodellen
In 2016 zijn er vier ex ante modellen die het MPB verdelen (het ex ante model voor het verplicht eigen risico zorgt voor een korting op de bijdrage). Van deze modellen is inzicht in werking op subgroepen waardevol.

- **Somatische zorg**
  Het effect van de modelwijzigingen en toevoegingen aan het somatische model is deels zichtbaar in de uitgevoerde analyses. De modelverbeteringen hebben niet nadrukkelijk geleid tot een grotere reductie van de verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars ten opzichte van voorgaande jaren. Aangezien hier ook wijzigingen in de portefeuillesamenstelling van zorgverzekeraars van invloed zijn, is geen zuivere vergelijking over jaren mogelijk. Daarentegen, het effect van de modelverbeteringen is zichtbaar in een afname van de gemiddelde onder- en overcompensatie voor een aantal onderzochte subgroepen[4], ten opzichte van voorgaande jaren (Monitor 2012, 2013, 2014 en 2015). Desondanks zijn er voor een aantal subgroepen relatief hoge gemiddelde ondercompensaties onder het model van 2016 ten opzichte van andere subgroepen. Een gemiddelde ondercompensatie geldt onder andere voor:
  a) Verzekerden met kosten in de hoogste 1 %, 3 % en 5 % van het voorgaande jaar.
  b) Verzekerden onder de 18 jaar met een somatische aandoening.
  c) Verzekerden van 18 jaar en ouder met een psychische aandoening zonder een somatische aandoening.
  d) Verzekerden van 18 tot 64 jaar ouder met een psychische aandoening en een somatische aandoening.

  En, een gemiddelde overcompensatie geldt onder andere voor:
  a) Verzekerden met geen tot relatief weinig kosten in het voorgaande jaar.

  Deze bevindingen zijn grotendeels in lijn met voorgaande jaren. Blijkbaar hebben de modelverbeteringen voor deze subgroepen niet geleid tot een (voldoende) afname van de gemiddelde onder- en overcompensaties. Waarschijnlijk houdt het model onvoldoende rekening met multi-morbiditeit en/of meervoudigheid van gezondheidsproblematiek, en de interactie tussen een somatische en psychische aandoening. Aangezien er geen ex post maatregelen meer zijn, worden zorgverzekeraars achteraf niet (deels) gecompenseerd voor (resterende) kostenverschillen.
- **V&V-kosten**
  Voor een enkele subgroep is er gemiddelde ondercompensatie op basis van het ex ante model, namelijk de groep verzekerden onder de 18 jaar met somatische aandoening. Voor andere subgroepen worden slechts kleine over- en ondercompensaties gerealiseerd. Dit is een forse verbetering ten opzichte van vorig jaar als gevolg van de uitbreiding van het model. De geconstateerde over- en ondercompensaties kunnen voor zorgverzekeraars anders uitpakken door de bandbreedteregeling die nog van toepassing is.
- **gGGZ verzekerden 18+**
  Het effect van de uitbreiding van het gGGZ-model is niet nadrukkelijk tot uitdrukking gekomen in een grotere reductie van de verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars ten opzichte van voorgaande jaren. Hierbij spelen wijzigingen in de portefeuillesamenstelling van zorgverzekeraars mee, waardoor geen zuivere vergelijking mogelijk is. Ondanks de modelverbeteringen, zijn er voor een aantal subgroepen nog steeds relatief hoge gemiddelde onder- en overcompensaties ten opzichte van andere subgroepen. Een gemiddelde ondercompensatie geldt onder andere voor:
  a) Verzekerden met hoge gGGZ-kosten in het voorgaande jaar (hoogste 1 %, 3 % en 5 %).
  b) Verzekerden met gemiddelde gGGZ-kosten in het voorgaande jaar (in de middelste 70 %).
  c) Verzekerden met (complexe) psychische gezondheidsproblematiek.
  d) Verzekerden tussen de 18 en 64 jaar met zowel een somatische als een psychische aandoening

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

  Deze bevindingen zijn in lijn met voorgaande jaren. De combinatie van psychische en somatische aandoeningen lijkt een relevante factor, maar is geen risicoklasse in het gGGZ-model. Een andere verklaring kan zijn dat er interactie is tussen verschillende risicofactoren, maar ook dat zit (nog) niet in het gGGZ-model. Dat betekent dat het ex-ante GGZ-model van 2016 niet voldoende in staat is om de

[4] Met een gemiddelde over of ondercompensatie wordt bedoeld dat voor de subgroep als geheel het verschil tussen de vereveningsbijdrage die wordt ontvangen en de zorgkosten die voor deze subgroep worden gemaakt meer dan € 50 per verzekerde bedraagt.

kosten van verzekerden met ernstige en/of meervoudige psychische gezondheidsproblematiek adequaat te compenseren.
In 2016 is een bandbreedteregeling van toepassing, die niet is meegenomen in onze analyses naar de onder- en overcompensatie voor subgroepen omdat de effecten van de bandbreedteregeling niet goed zijn toe te rekenen aan individuele verzekerden. De geconstateerde onder- en overcompensaties kunnen voor zorgverzekeraars dan ook anders uitpakken.

- **LGGZ verzekerden 18+**
  De introductie van het nieuwe deelbedrag LGGZ betreft langdurige GGZ die per 2015 overgeheveld is van de AWBZ naar de Zvw. Het risicovereveningssysteem zorgt voor een sterke reductie in de reikwijdte en de spreiding van het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars. De bandbreedteregeling heeft geen impact op de bijdrage van zorgverzekeraars, omdat alle zorgverzekeraars dit jaar buiten de bandbreedte vallen. Omdat het LGGZ-model in 2016 voor het eerst wordt gehanteerd, kunnen wij de ontwikkeling van het LGGZ niet analyseren. In verband met beperkte beschikbare data op verzekerdenniveau, kunnen wij geen analyse doen naar over- en ondercompensaties van subgroepen.

Representativiteit van de beslisinformatie

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

Wij constateren dat verschillen in de kosten en prevalenties tussen de OT en ex ante vaststelling met de gerealiseerde cijfers (deels) te relateren zijn aan jaar-specifieke ontwikkelingen, vanwege (beleids-) wijzigingen. De belangrijkste verklaring voor de verschillen is dat er bij de definitieve vaststelling in 2016 achteraf gezien een onverwachte dip is in de aantallen positieve DKG's voor de somatische kosten ten opzichte van de geraamde aantallen ten tijde van de verzekerdenraming. Dit verstoorde de bepaling van de ex ante normbedragen, waardoor de totale ex ante bijdrage lager is uitgevallen dan de bedoeling was. Met ingang van 2015 is de regelgeving over het registeren en declareren van DBC's voor ziekenhuiszorg gewijzigd, namelijk de duur van een DBC is verkort van 365 naar 120 dagen. Voor een grote groep verzekerden is hierdoor de DKG-score anders geworden dan het geval zou zijn geweest in de oude situatie met een langere doorlooptijd van de DBC. Deze verzekerden hadden in 2015 een diagnose die normaal gesproken tot een DKG-score leidt. Door de wijziging in de regelgeving van de DBC's hebben zij geen DKG-score gekregen of een lagere DKG-score. Echter, deze verzekerden hebben in 2016 wel de daarbij behorende hoge zorgkosten gehad. Bij de verzekerdenraming is er achteraf gezien niet voldoende rekening gehouden met de ontwikkeling in de prevalenties als gevolg van de verkorting van de DBC-doorlooptijd. Achteraf heeft de verkorting van de DBC-doorlooptijd wel degelijk invloed gehad op de prevalenties. Daarmee samenhangend is het normbedrag (te) laag vastgesteld in vergelijking met de gerealiseerde kosten van de risicoklassen van dit vereveningskenmerk. Dit werkt ook door in de verschillen die wij bij andere vereveningskenmerken zien. De verkorting van de duur van de DBC's geldt niet voor de GGZ en LGGZ.
De beschikbare gegevens voor deze Monitor zijn te beperkt om vast te stellen welke kosten en/ of prevalenties achteraf bezien beter hadden kunnen worden ingeschat en daarmee in welke mate/ hoe het proces voor het representatief maken van de gegevens van het huidige proces vooraf gericht kan worden verbeterd. Aanvullende analyses en gedetailleerdere gegevens zijn hiervoor nodig (Advies 3).

Conclusies & Advies

Aanleiding en Doel

In opdracht van het Ministerie van VWS voert PwC de Monitor Risicoverevening van *2016* uit.
Het doel van deze Monitor is:

- *Evalueren van de werking van het risicovereveningssysteem*

  Wij geven inzicht in welke mate de bijdrage aan zorgverzekeraars aansluiten op de gerealiseerde kosten. Wij analyseren hiertoe het vereveningsresultaat: dit is het verschil tussen de vereveningsbijdrage en de gerealiseerde kosten op macro-, zorgverzekeraars en subgroep-niveau.

- *Evalueren van de representativiteit van de beslisinformatie*

  Wij geven inzicht in welke mate de informatie die is gebruikt bij besluitvorming over de vormgeving van de ex ante modellen (Overall Toets) en bepaling van de normbedragen (ex ante vaststelling) aansluit op de gerealiseerde cijfers. Bij de OT en ex ante vaststelling is informatie van drie of meer voorgaande jaren gebruikt, die representatief is gemaakt voor het vereveningsjaar.

Conclusies

Werking van het risicovereveningssysteem 2016
De werking van het risicovereveningssysteem 2016 op de data van 2016 is over het algemeen minder goed dan in voorgaande jaren op de data van die jaren. Dit is te zien aan 1) een mindere reductie van de verschillen in de vereveningsresultaten tussen zorgverzekeraars en 2) de onder- en overcompensaties op de onderzochte subgroepen.
Net zoals in voorgaande jaren, zorgen de ex ante modellen voor de grootste reductie in de verschillen in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars. Daarbij is het effect van de verdere afbouw van ex post maatregelen zichtbaar in een lagere additionele reductie van de verschillen in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars ten opzichte van vorig jaar. Alhoewel de ex ante modellen per 2016 zijn verder zijn verbeterd, is dit niet een-op-een terug te zien in de toename van de reductie in de verschillen in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars. Dit kan komen door wijzigingen in de kostendefinities (onder andere uitbreiding van de risicodragende kosten onder de Zvw) en wijzigingen in de portefeuillesamenstellingen van zorgverzekeraars.
De verbeteringen van de ex ante modellen zijn zichtbaar in een verbetering van de onder- en ondercompensaties voor een aantal onderzochte subgroepen. Echter, de ex ante modellen van 2016 zijn niet in staat om verschillen in de verwachte kosten tussen specifieke groepen weg te nemen (er resteren subgroepen met onder- of overcompensaties). Dit zijn over het algemeen dezelfde subgroepen als in voorgaande jaren: subgroepen met hoge kosten in het voorgaande jaar en/of een of meerdere (chronische) aandoeningen en subgroepen onder de 18 jaar met een of meerdere (chronische) aandoeningen. Op basis van deze verevende werking van de ex ante modellen in 2016 op het niveau van subgroepen wordt een gelijke uitgangspositie voor zorgverzekeraars niet volledig behaald, mede omdat deze subgroepen scheef verdeeld zijn over de zorgverzekeraars.

Representativiteit van de beslisinformatie bij de OT en ex ante vaststelling
Verschillen in de beslisinformatie bij de OT en ex ante vaststelling met de gerealiseerde cijfers komen door verschuivingen in de kosten en/of prevalenties, en (in combinatie met) de overschatting van de totale kosten in het MPB. Een belangrijke verklaring voor de verschillen is dat er bij de DKG's in 2016 achteraf gezien een misschatting is geweest bij het ramen van de verzekerdenaantallen en daarmee samenhangend de vaststelling van de hoogte van de ex ante normbedragen. Bij de raming was er achteraf gezien niet voldoende rekening gehouden met de ontwikkeling in de prevalenties als gevolg van de DBC-doorlooptijdverkorting. Achteraf is gebleken dat de verkorting van de DBC-doorlooptijd wel degelijk invloed heeft gehad op de prevalenties, en daarmee samenhangend is het normbedrag (te) laag vastgesteld in vergelijking met de gerealiseerde kosten van de risicoklassen van dit vereveningskenmerk. Dit zorgt ervoor dat er in totaal € 404 miljoen minder vereveningsbijdrage is uitgekeerd voor de somatische kosten dan verwacht.
Naast de verschuivingen bij DKG zijn er ook verschuivingen bij andere vereveningskenmerken geconstateerd, waaronder bij FKG, AVI, SES en GSM. Deze verschuivingen kunnen (deels) worden verklaard, dan wel zijn ook in eerdere jaren geconstateerd. Met de beschikbare informatie is niet goed vast te stellen welke verschuivingen van tevoren kunnen worden voorzien en welke niet.

Deze hoofdconclusies worden onderbouwd door onderstaande conclusies en bevindingen over de werking van het risicovereveningssysteem 2016 en de representativiteit van de beslisinformatie van dit jaar.

Werking van het risicovereveningssysteem

1. De macrokosten zijn lager uitgevallen dan de macrobijdrage, wat resulteert in een macrovereveningsresultaat van in totaal € + 473 miljoen. Dit resultaat is inclusief het vereveningsresultaat op de opbrengsten voor het verplicht eigen risico (€ - 226 miljoen) en de impact van de misraming bij de DKG's op de vereveningsbijdrage (de definitieve vereveningsbijdrage is € 404 miljoen lager dan verwacht).

Bevindingen

De totale vereveningsbijdrage wordt verdeeld aan de hand van een vereveningsbijdrage voor de somatische kosten, V&V-kosten, gGGZ kosten en LGGZ-kosten. Op de vereveningsbijdrage wordt een korting ingehouden voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico. Het totale vereveningsresultaat (verschil tussen vereveningsbijdrage en de zorgkosten) van *€ 473 miljoen* is opgebouwd uit:

- Voor de somatische kosten, V&V-kosten, gGGZ-kosten en LGGZ-kosten geldt een macrovereveningsresultaat van totaal € + 700 *miljoen.* Dit bestaat uit: € + 118,7 miljoen voor somatische kosten (€ 7 per verzekerde), € + 99,3 miljoen voor de V&V-kosten (€ 6 per verzekerde), € + 385,2 miljoen voor gGGZ-kosten (€ 28 per verzekerde 18+) en € + 96,9 miljoen voor LGGZ-kosten (€ 7 per verzekerde 18+)[5].
- Voor het verplicht eigen risico geldt een macrovereveningsresultaat van *€ - 226 miljoen* (€ - 17 per verzekerde 18+). Dit betekent dat de ingehouden korting op de vereveningsbijdrage vanwege het verplicht eigen risico hoger is dan de geïnde opbrengsten door de zorgverzekeraars uit hoofde van het verplicht eigen risico. Doordat de zorgkosten lager zijn uitgekomen dan verwacht zijn de opbrengsten die zorgverzekeraars innen voor het verplicht eigen risico mogelijk ook lager dan verwacht.

Het macrovereveningsresultaat is in 2016 substantieel lager dan in voorgaande drie voorgaande jaren: € 2.036 in 2015, € 3.081 miljoen in 2014 en € 2.588 miljoen in 2013.

Het macrovereveningsresultaat van € 473 miljoen is inclusief de impact van de misschatting bij de DKG's (en de effecten bij andere vereveningskenmerken). Bij de vaststelling van de verzekerdenraming en daaropvolgende de bepaling van de ex ante normbedragen is achteraf gezien niet voldoende rekening gehouden met de effecten van de verkorting van de DBC-doorlooptijd. Uiteindelijk zijn er minder verzekerden in een positieve DKG ingedeeld dan verwacht (zie conclusies en bevindingen van Deel II). Op de DKG's was in 2016 geen criteriumneutraliteit van toepassing. Gevolg hiervan is dat de vereveningsbijdrage € 404 miljoen lager is vastgesteld dan verwacht; anders had het macrovereveningsresultaat met dit bedrag hoger geweest.

2. Door een afname van het macrovereveningsresultaat wordt via flankerend beleid minder verrekend tussen zorgverzekeraars ten opzichte van voorgaande drie jaar.

Bevindingen

- Flankerend beleid verdeelt het macrovereveningsresultaat, afzonderlijk voor de somatische, V&V-, gGGZ, LGGZ-kosten, evenredig toe aan iedere zorgverzekeraar op basis van het aantal verzekerden 18+. Bij een onderschrijding van het MPB, zoals in 2016, zorgt flankerend beleid voor een toename in de reikwijdte/spreiding van het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars, gegeven de portefeuillesamenstellingen in dit jaar. Zorgverzekeraars met een hoog-risico portefeuille dragen in dit geval af aan zorgverzekeraars met een laag-risico portefeuille, omdat zorgverzekeraars met een hoog-risico portefeuille naar verwachting meer profiteren van de onderschrijding. Voorgaande jaren was er ook een onderschrijding van het MPB, waarbij er ook een toename in reikwijdte/ spreiding tussen zorgverzekeraars was na flankerend beleid, gegeven de portefeuillesamenstellingen in die jaren.
- Flankerend beleid heeft in 2016 gezorgd voor minder verschuivingen in de bijdrage aan zorgverzekeraars dan vorig jaar, omdat er minder geld onderling verrekend hoefden te worden.

[5] Zorgverzekeraars hebben positieve behaalde resultaten ingezet voor het verlagen van de premie van de basisverzekering in de jaren na 2016 en voor zover van tevoren onderkend, deels ook al in 2016 (Bron: jaarverslagen zorgverzekeraars).

3. Door de afbouw van ex post maatregelen is de reductie in de reikwijdte/ spreiding van het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars door het risicovereveningssysteem voor de somatische kosten afgenomen en voor de gGGZ-kosten juist toegenomen, ondanks de verbeteringen van de ex ante modellen.

Bevindingen

- Voor somatische kosten is geen enkele ex-post maatregel meer van toepassing.
- Voor V&V-, gGGZ- en LGGZ-kosten gelden zowel flankerend beleid als een bandbreedteregeling. De verruiming van de bandbreedteregeling voor de V&V-kosten zorgt voor afname van het effect van de bandbreedteregeling ten opzichte van vorig jaar. Bij de gGGZ-kosten is het effect van de bandbreedteregeling juist toegenomen ten opzichte van vorig jaar, ondanks de verruiming van deze regeling. Dit kan te maken hebben met de uitbreiding van het ex ante model en/ of wijzigingen in de portefeuillesamenstellingen van zorgverzekeraars. De LGGZ-kosten zijn overgeheveld per 2016, waardoor vergelijk met vorig jaar niet mogelijk is.

4. De ex ante modellen (voor somatische kosten, V&V-kosten, gGGZ-kosten en LGGZ-kosten) zorgen voor een significante reductie van de verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars, gegeven de portefeuillesamenstellingen in 2016, ten opzichte van een situatie zonder risicovereveningssysteem. Dit draagt bij aan een gelijkere uitgangspositie tussen zorgverzekeraars op basis van de portefeuillesamenstellingen. Voor de somatische kosten en gGGZ-kosten is de reductie echter minder dan in 2015.

Bevindingen

- Het somatische model reduceert het verschil in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars (de reikwijdte) met 78 % (vorig jaar 87 %), ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem. De spreiding wordt gereduceerd met 82 % (vorig jaar 86 %). Ten opzichte van vorig jaar wordt er minder van de verschillen in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars gereduceerd. Dit kan komen doordat de absolute verschillen tussen de portefeuilles van zorgverzekeraars zijn toegenomen ten opzichte van vorig jaar. Ook kan dit te maken hebben met de misschatting bij de DKG's.
- Het V&V-model reduceert het verschil in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars (de reikwijdte) met 82 % (vorig jaar 79 %), ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem. Ten opzichte van vorig jaar is deze reductie toegenomen. De bandbreedteregeling zorgt voor een additionele reductie. De ex ante reductie in de spreiding is flink toegenomen, waar het vorig jaar 62 % was is het dit jaar 89 %. De oorzaak is dat het V&V-model in 2016 sterk is uitgebreid ten opzichte van 2015.
- Het gGGZ-model reduceert het verschil in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars (de reikwijdte) met 62 %, ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem. Deze werking van het ex-ante model is fors afgenomen ten opzichte van vorig jaar (reductie van 75 %). Het ex ante model reduceert de spreiding met 68 % (vorig jaar 78 %). De bandbreedteregeling zorgt voor een additionele reductie. Mogelijk hangt de afname in de reductie samen met verschuivingen in de portefeuillesamenstellingen in 2016 ten opzichte van 2015.
- Het LGGZ-model reduceert de reikwijdte (41 %) en de spreiding (75 %) van het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars. Het flankerend beleid reduceert de reikwijdte met een additionele 24 %, maar heeft geen verdere impact op de spreiding. De bandbreedteregeling heeft hierbij geen impact. Wij kunnen LGGZ niet met afgelopen jaren vergelijken, omdat LGGZ nieuw is in 2016.

5. De ex ante modellen geven substantiële onder- en overcompensaties[6] voor een aantal onderzochte subgroepen. In voorgaande jaren zijn deze onder- en overcompensaties over het algemeen voor dezelfde subgroepen geconstateerd.

Bevindingen

- Onder het somatische model 2016 zijn er gemiddelde onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen (na correctie voor het macroverevenings resultaat). Over het algemeen geldt: een gemiddelde *onder*compensatie voor subgroepen met hoge kosten in het vorige jaar – top 1 %, 3 %, 5 % en 15 % - en gemiddelde *over*compensatie voor subgroepen met geen tot relatief weinig kosten in het vorige jaar. De gemiddelde kosten van verzekerden met hoge kosten in het vorige jaar (=2015) zijn relatief sterk gestegen in 2016 ten opzichte van 2015. Zoals ook in voorgaande jaren is vermeld, wijst dit erop dat het ex ante model 2016 niet in voldoende mate rekening houdt met multi-morbiditeit en/of meervoudigheid van gezondheidsproblematiek, en de interactie tussen een somatische en psychische aandoening.
- Onder het V&V-model 2016 zijn er gemiddelde onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen (na correctie voor het macroverevenings resultaat). Een gemiddelde *onder*compensatie voor subgroepen met de hoogste kosten in het vorige jaar – top 1 % en top 3 % maar ook voor de middelste 70 %. Gemiddelde *over*compensatie voor subgroepen in de top 5 % en top 15% en verzekerden met weinig of geen kosten in het vorige jaar. Verzekerden in de top 1 % hoogste kosten hebben een hoge ondercompensatie, waarschijnlijk omdat dit verzekerden zijn met meerdere aandoeningen die een veel V&V-zorg nodig hebben. Verder is er een gemiddelde ondercompensatie voor verzekerden onder de 18 jaar met een somatische aandoening. De effecten van de bandbreedteregeling zijn niet meegenomen in de onder- en overcompensaties per subgroep, omdat deze niet goed aan de subgroepen zijn toe te rekenen. In de praktijk betekent dit dat, voor zover deze onder- en overcompensaties niet binnen de portefeuille van een zorgverzekeraar worden gecompenseerd, dat resterende effecten op portefeuilleniveau, buiten de bandbreedte, worden gecompenseerd.
- Onder het gGGZ-model 2016 zijn er gemiddelde onder- en overcompensaties (na correctie voor het macroverevenings resultaat). Verzekerden met geen tot weinig GGZ-kosten in het vorige jaar – in de laagste 25 % - worden gemiddeld *over*gecompenseerd. Verzekerden met (zeer) hoge gGGZ-kosten in het vorig jaar – in de hoogste 1 %, 3 % en 5 % – worden gemiddeld *onder*gecompenseerd. Deze ondercompensatie is iets verminderd ten opzichte van vorig jaar als gevolg van verbeteringen aan het model. Het ex-ante GGZ-model van 2016 is niet voldoende in staat om de kosten van verzekerden met ernstige en/of meervoudige psychische gezondheidsproblematiek adequaat te compenseren. Deze onder- en overcompensaties pakken anders uit voor zorgverzekeraars in de praktijk, vanwege de bandbreedteregeling, die *niet* is inbegrepen in bovenstaande resultaten.

Representativiteit van de beslisinformatie

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

Bevindingen

- Verschillen tussen de geraamde cijfers bij de OT en ex ante vaststelling en de gerealiseerde cijfers zijn onontkoombaar. Dit komt door effecten van onvoorziene (markt)ontwikkelingen en beleid van zorgverzekeraars.
- Bij zowel het somatische model als het V&V-model wijken de gemiddelde kosten bij de OT over het algemeen minder af van de gerealiseerde kosten dan bij de ex ante vaststelling. DKG valt daarbij op, mogelijk vanwege verschuivingen teweeggebracht door verkorting van de DBC-doorlooptijd. Bij de somatische zorg is dit bij de OT gemiddeld € 38,7 per verzekerde af en bij de ex ante vaststelling € 48,8 per verzekerde. Bij de V&V-kosten is dit bij de OT gemiddeld € 8,5 per verzekerde af en bij de ex ante vaststelling € 11,0 per verzekerde. Bij de gGGZ is de gemiddelde afwijking bij de OT gemiddeld € 10,6 per verzekerde en bij de ex ante vaststelling € 9,9 per verzekerde.

[6] Wij beschouwen een over- of ondercompensatie als substantieel als deze meer bedraagt dan € 50 per verzekerde of verzekerde 18+.

7. De verschuivingen in de prevalenties van enkelvoudige risicoklassen zijn relatief fors bij de somatische zorg en V&V, met name bij de DKG en GSM bij de ex ante vaststelling. Bij gGGZ zijn de verschuivingen beperkt. De prevalenties bij de ex ante vaststelling sluiten gemiddeld genomen beter aan op de gerealiseerde prevalenties dan bij de OT (ondanks andere effecten bij individuele vereveningskenmerken), door toepassing van de verzekerdenraming.

Bevindingen

- Voor het somatische model is bij de OT er in totaal een prevalentieverschil van gemiddeld 1,53 % en bij de ex ante van 0,89 %. Voor het V&V-model worden dezelfde vereveningskenmerken gebruikt. In de resultaten vallen de effecten bij de DKG's bij de ex ante vaststelling op, als gevolg van de misschatting van de verkorting van de DBC-doorlooptijd. Daarmee samenhangend zijn er ook grote effecten bij GSM zichtbaar.
- Voor het gGGZ-model is er een prevalentieverschil van gemiddeld 2,48 % bij de OT en 1,07 % bij de ex ante vaststelling ten opzichte van de definitieve vaststelling. Voor het gGGZ-model is er een betere aansluiting van de prevalenties dan vorig jaar (2,52 % bij de OT en 1,26 % bij de ex ante vaststelling).

8. **Bij de morbiditeitskenmerken (o.a. DKG, FKG, GSM, VGG, MHK, DKG-GGZ en MHK-GGZ) en de sociaal demografische kenmerken AVI en SES vinden relatief opvallende verschuivingen plaats in zowel de kosten als prevalenties. De verschuivingen zijn niet zuiver te verklaren met de beschikbare informatie.**

Bevindingen

- Bij de genoemde vereveningskenmerken vallen de verschuivingen in kosten en/ of prevalenties relatief op in 2016. Voor de DKG's hangen de verschuivingen samen met de misschatting in de verzekerdenraming vanwege de verkorting van de DBC-doorlooptijd. Voor AVI en SES kunnen de verschuivingen samenhangen met de economische situatie/conjunctuur in het betreffende jaar, waarbij het lastig(er) is om de kosten en prevalenties goed te ramen. Dit is in voorgaande jaren ook geconstateerd.
- De vereveningskenmerken DKG, FKG, GSM, VGG, MHK, DKG-GGZ en MHK-GGZ verdienen aandacht, omdat zij in voorgaande jaren ook relatief gezien opvielen. Mogelijk worden de verschuivingen niet alleen door jaar-specifieke elementen verklaard. Er zou onderzoek kunnen worden gedaan naar de overeenkomsten in de verschuivingen over de jaren heen (waarbij de jaren zoveel als mogelijk zijn gecorrigeerd voor jaar-specifieke elementen) en naar de mogelijke oorzaken daarvan.
- Additionele data zijn nodig om de representativiteit van de beslisinformatie nader te onderzoeken: zie Advies 3.

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

Bevindingen

- Het patroon in de onder- en overcompensaties voor subgroepen op basis van een somatische aandoening en/of psychische aandoening, in combinatie met leeftijd, is voor de verschillende momenten redelijk vergelijkbaar, waarbij het vereveningsresultaat op momenten voor specifieke subgroepen afwijkt van hetgeen bij de definitieve vaststelling voorkomt. Dit is in tegenstelling met 2015, toen het patroon veelal wel vergelijkbaar was c.q. meer in lijn met elkaar. Ook varieert de hoogte van de onder- of overcompensatie over de momenten. Dit geldt voor de somatische kosten, V&V-kosten en gGGZ-kosten.
- De subgroep verzekerden 18- met een somatische aandoening komt op elk van de drie momenten voor zowel somatisch als V&V naar voren als de subgroep met de grootste ondercompensatie.

10. De afwijking van de ex ante normbedragen op de herschatte realisatienormbedragen is beperkt.

Bevindingen

- Voor het somatische model is de gemiddelde absolute afwijking in de normbedragen bij de OT € 20,1 en bij de ex ante vaststelling € 20,2 (of € 19,9 met criteriumneutraliteit voor MHK).
- Voor het V&V model is de gemiddelde absolute afwijking in de normbedragen bij de OT € 9,6 en bij de ex ante vaststelling € 9,1 (of € 9,1 met criteriumneutraliteit voor MHK).
- Voor het gGGZ model is de gemiddelde absolute afwijking in de normbedragen bij de OT € 6,4 en bij de ex ante vaststelling € 6,5 (of € 7,3 met criteriumneutraliteit voor MHK-GGZ).
- De verschillen in verklaringskracht van de ex ante modellen op de verschillende momenten hangen samen met de verschillen in de onderliggende kostendefinities c.q. data.

Advies

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

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

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

2. Analyseer de verevende werking van de huidige ex ante modellen voor specifieke patiëntgroepen en identificeer de kenmerken van deze patiëntgroepen. *Voer gericht onderzoek uit naar de onderliggende chronische patiëntengroepen en op welke wijze de ex ante modellen voor deze groepen kan worden verbeterd, dan wel of er alternatieve maatregelen nodig zijn.*

Uit de analyses in deze Monitor, en die van voorgaande edities, blijkt dat over het algemeen dezelfde subgroepen worden onder- en overgecompenseerd. Hieruit maken wij op dat de ex ante modellen niet in staat zijn in voldoende mate multi-morbiditeit en/ of ernstige gezondheidsproblematiek volledig juist op te nemen. Wij adviseren de verevende werking van de huidige ex ante modellen te onderzoeken, aangezien de ex ante modellen sinds 2016 verder zijn uitgebreid en de kostenpatronen zijn veranderd. Wij adviseren subgroepen met structurele onder- of overcompensaties te identificeren en specifiek aandacht te geven aan het identificeren en monitoren van patiëntgroepen. Uit deze Monitor volgen onder andere de volgende interessante subgroepen:

- Verzekerden met (zeer) hoge kosten in voorgaand(e) jaar/ jaren, zowel somatische kosten (inclusief V&V) als gGGZ kosten;
- Verzekerden onder de 18 jaar met een (chronische) aandoening;
- Interactie tussen somatische en psychische aandoening(en), zoals verzekerden met een psychische aandoening (ongeacht somatische aandoening) voor de somatische kosten.[7]

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

[7] Deze laatste subgroep is onderzoek in een recent onderzoek (WOR 988). Hieruit volgt dat er een (beperkte) ondercompensatie voor deze subgroep resteert. Naar onzes inziens is dit een signaal dat er een onderliggende kerngroep is, die niet goed wordt geïdentificeerd met de ex ante modellen. Dit vraagt om toepassing van (innovatieve) geavanceerde data-analyses, met nieuwe/ aanvullende databronnen, om deze subgroep in meer diepgang te verkennen; en vervolgens op basis van die uitkomsten te bepalen of en op welke wijze er een oplossing kan worden gevonden voor deze subgroep.

In de afgelopen jaren heeft het Ministerie van VWS onderzoek laten uitvoeren naar de restrisico's op basis van de huidige ex ante risicovereveningsmodellen. Wij bevelen aan om vervolgonderzoeken te doen die gericht zijn op de identificatie van patiëntengroepen die worden onder- en overgecompenseerd en de verbetering van de compensatie hiervan. Neem daarbij de aandachtspunten en bevindingen die voortkomen uit deze Monitor mee.

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

Bevindingen
Op basis van de beschikbare gegevens en de uitgevoerde analyses in deze Monitor, en in lijn met voorgaande edities, kunnen wij niet vaststellen in welke mate de stappen in het uitvoeringsproces voor het representatief maken van de beslisinformatie achteraf bezien adequaat zijn en welke stappen vooraf beter konden worden ingeschat. Dit gaat om de stappen in het uitvoeringsproces: 1) het representatief maken van de gegevens voor pakketmaatregelen en conversies, 2) de verzekerdenraming en 3) het MPB en de schaling naar het MPB. Wij adviseren te onderzoeken in welke mate de geconstateerde verschuivingen jaar-specifiek zijn en in welke mate ze structureel voorkomen. Uit dit onderzoek kan lering worden getrokken uit de verschuivingen die in het verleden zijn opgetreden, om het huidige proces voor het representatief maken van de beslisinformatie te verbeteren. Wij adviseren de volgende acties te ondernemen:

- In gesprek met alle betrokken partijen over de stappen in het uitvoeringsproces voor het representatief maken van de gegevens. Deze gesprekken leveren een duidelijk overzicht van alle stappen c.q. uitgevoerde activiteiten op de gegevens ten behoeve van transparantie van het proces;
- Uiteenzetten en bijhouden van jaar-specifieke ontwikkelingen en wijzigingen. Dit is bedoeld voor analyse van toekomstige jaren, om de effecten van deze ontwikkelingen in kaart te brengen en te kunnen onderscheiden van structurele patronen; bijvoorbeeld een jaar-specifieke wijziging zoals de invoering van een nieuwe bekostiging of een overheveling van kosten naar de Zvw;
- Additionele informatie is vereist om deze (gewenste) analyses uit te kunnen voeren. Wij adviseren met betrokken partijen voorafgaand aan uitvoering van de Monitor voor een toekomstig vereveningsjaar of in een apart onderzoek in gesprek te gaan over welke informatie beschikbaar is, om de gewenste analyses uit te kunnen voeren. Bijvoorbeeld over het niveau van de kosten (deelbedragen of type kosten) en of gegevens voor de Gegevensfase, dit gegevens voordat beleidsmaatregelen zijn gecorrigeerd, beschikbaar is.
- Ga na welke effecten (actuele) veranderingen (i.e. Covid-19) hebben, en of de effecten betrouwbaar in te schatten zijn. Daar waar de effecten niet goed in te schatten zijn kunnen wel de onzekerheden worden geïdentificeerd en deels gekwantificeerd. Verder dient de mogelijkheid voor maatregelen die de impact kunnen dempen te worden overwogen (bijvoorbeeld criteriumneutraliteit en/of bandbreedteregelingen of andere ex post maatregelen).

Inhoudsopgave

Deel 0 – Inleiding en beschrijving risicovereveningssysteem 15
1 Inleiding 16
1.1 Achtergrond 16
1.1.1 Belang van het risicovereveningssysteem 16
1.1.2 Uitvoering van het risicovereveningssysteem 16
1.2 Monitor Risicoverevening 2016 17
1.2.1 Doel 17
1.2.2 Reikwijdte 17
1.3 Leeswijzer 18
2 Risicovereveningssysteem 2016 19
2.1 Deelbedragen 19
2.2 Ex ante risicovereveningsmodellen 20
2.2.1 Somatische kosten 20
2.2.2 V&V-kosten 21
2.2.3 gGGZ-kosten 21
2.2.4 LGGZ-kosten 22
2.2.5 Opbrengsten verplicht eigen risico 22
2.3 Flankerend beleid, ex post maatregel en nacalculatie op vaste kosten 22
2.3.1 Somatische kosten 22
2.3.2 V&V-kosten 23
2.3.3 gGGZ-kosten 23
2.3.4 LGGZ-kosten 23
Deel 1 – Toetsing werking risicovereveningssysteem 24
3 Macroniveau 25
Bevindingen 25
3.1 Macrobijdrage, -kosten en -vereveningsresultaat 25
3.2 Somatische kosten 27
3.3 V&V-kosten 28
3.4 gGGZ-kosten 28
3.5 LGGZ-kosten 30
3.6 Opbrengsten verplicht eigen risico 30
4 Zorgverzekeraarsniveau 31
Bevindingen 31
Somatische kosten 31
4.1 Somatische kosten 32
4.1.1 Landelijk beeld 32
4.1.2 Nadere analyse op portefeuilleomvang 35
4.1.3 Gemiddelde resultaatverschuiving 36
4.2 V&V-kosten 37
4.2.1 Landelijk beeld 37
4.2.2 Nadere analyse op portefeuilleomvang 38
4.2.3 Gemiddelde resultaatverschuiving 39
4.3 gGGZ-kosten 40
4.3.1 Landelijk beeld 40
4.3.2 Nadere analyse op portefeuilleomvang 42
4.3.3 Gemiddelde resultaatverschuiving 43
4.4 LGGZ-kosten 44
4.4.1 Landelijk beeld 44

4.4.2 Nadere analyse op portefeuilleomvang 45
4.4.3 Gemiddelde resultaatverschuiving 46
4.5 Opbrengsten verplicht eigen risico 46
4.5.1 Landelijk beeld 46
4.5.2 Nadere analyse op basis van portefeuilleomvang 47
4.5.3 Gemiddelde resultaatverschuiving 48
5 Subgroepniveau 49
Bevindingen 49
Somatische kosten 49
V&V-kosten 49
gGGZ-kosten 49
5.1 Somatische kosten 51
5.1.1 Subgroepen op basis van kosten van vorig jaar 51
5.1.2 Subgroepen samenhang aandoening en leeftijdsgroepen 53
5.2 V&V-kosten 55
5.2.1 Subgroepen samenhang aandoening en leeftijdsgroepen 57
5.3 gGGZ-kosten 58
5.3.1 Subgroepen op basis van kosten van vorig jaar 58
5.3.2 Subgroepen samenhang aandoening en leeftijdsgroepen 59
Deel 2 – Representativiteit van beslisinformatie 61
6 Representativiteit op enkelvoudige risicoklassen en subgroepen 62
6.1 Somatische kosten 64
6.1.1 Resultaat enkelvoudige risicogroepen 64
6.1.2 Subgroepen samenhang aandoening en leeftijd 69
6.2 V&V-kosten 70
6.2.1 Resultaat enkelvoudige risicogroepen 70
6.2.2 Subgroepen samenhang aandoening en leeftijd 72
6.3 gGGZ-kosten 73
6.3.1 Resultaat enkelvoudige risicogroepen 73
6.3.2 Subgroepen samenhang aandoening en leeftijd 75
7 Representativiteit op individuniveau: herschatting ex ante modellen op gerealiseerde cijfers 77
7.1 Somatische kosten 78
7.1.1 Normbedragen 78
7.1.2 Verklaringskracht 79
7.2 V&V-kosten 80
7.2.1 Normbedragen 80
7.2.2 Verklaringskracht 80
7.3 gGGZ-kosten 81
7.3.1 Normbedragen 81
7.3.2 Verklaringskracht 82
..... 83
A. Uitvoering risicovereveningssysteem 84
A.1. Uitvoering risicovereveningssysteem 84
A.2. Vaste kosten: onderliggende zorgtypen en bedragen 84
A.3. Wijzigingen risicovereveningssysteem 2012 – 2016 84
A.3.1. Somatische kosten 85
A.3.2. Wijzigingen V&V-kosten 85
A.3.3. gGGZ-kosten 86
A.3.4. LGGZ-kosten 86
A.3.5. Opbrengsten voor het verplicht eigen risico 86
B. Methode en verantwoording 88

B.1. Bronbestanden 88
B.1.1. Macro- en zorgverzekeraarsanalyse 88
B.1.2. Subgroepenanalyse 88
B.1.3. Aanvullende bestanden Deel II 89
B.1.4. Beschrijvende statistieken vaststellingsmomenten na uitgevoerde bewerkingen Deel II 90
B.2. Deel I: Uitgangspunten en bewerkingen 92
B.2.1. Macroanalyse (Hoofdstuk 3) 92
B.2.2. Zorgverzekeraarsanalyse (Hoofdstuk 4) 92
B.2.3. Subgroepenanalyse (Hoofdstuk 5) 92
B.3. Deel II: Beschrijving uitgangspunten en bewerkingen 94
B.3.1. Subgroepen en enkelvoudige risicoklassen (Hoofdstuk 6) 94
C. Drempelbedragen voor subgroepenanalyse 96
C.1. Somatische kosten: drempelbedragen percentielklassen 96
C.2. V&V-kosten: drempelbedragen percentielklassen 96
C.3. gGGZ-kosten: drempelbedragen percentielklassen 96
D. Gemiddelde vereveningsresultaat per risicoklasse van de ex ante modellen bij de definitieve vaststelling 97
D.1. Somatische model 98
D.2. V&V model 100
D.3. gGGZ model 102
D.4. Totale impact per vereveningskenmerk 104
E. Reproductie ex ante vaststelling: herweging verzekerdenraming en schaling MPB 105
Ex ante model voor somatische kosten 105
Ex ante model voor V&V-kosten 105
Ex ante model voor gGGZ-kosten 105
F. Afkortingenlijst 106
G. Begrippenlijst 107
H. Referenties 111



Deel 0 – Inleiding en beschrijving risicovereveningssysteem

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

1.1.1 Belang van het risicovereveningssysteem

De Zorgverzekeringswet (Zvw) – met daarin de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie[*8] – borgt dat iedere burger in Nederland, ongeacht leeftijd, geslacht en gezondheid(risico), 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 bovengemiddeld percentage ouderen en/of chronisch zieken – ontvangt een hogere vereveningsbijdrage (afgekort: bijdrage) dan een zorgverzekeraar met een laag-risico verzekerdenportefeuille – bijvoorbeeld een bovengemiddeld percentage gezonde verzekerden –. Zonder een risicovereveningssysteem, gegeven een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie, is er een 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 laag-risico verzekerdenportefeuille. Ook is in deze situatie 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 vereveningsjaar – dit is gelijk aan een kalenderjaar[9] – een *ex ante*[*] bijdrage en een *ex post*[*] bijdrage. Op hoofdlijnen bestaat het uitvoeringsproces uit de volgende onderdelen: in de zomer voorafgaand aan het vereveningsjaar wordt een besluit genomen over de vormgeving van de ex ante risicovereveningsmodellen[*] (afgekort: ex ante model), die voor het betreffende vereveningsjaar gelden. Dit besluit wordt genomen op basis van de Overall Toets[*] (OT). In het najaar voorafgaand aan het vereveningsjaar worden de normbedragen[*] vastgesteld en de ex ante bijdrage per zorgverzekeraar toegekend door het Zorginstituut Nederland (ZIN): de ex ante vaststelling[*]. Vier jaar na het betreffende vereveningsjaar wordt de bijdrage aan zorgverzekeraars definitief vastgesteld op basis van de gerealiseerde zorgkosten en verzekerdenaantallen: de definitieve vaststelling[*]. Ex post maatregelen die voor het betreffende vereveningsjaar gelden, worden ten tijde van de definitieve vaststelling uitgevoerd. Figuur 1-1 geeft een weergave van de vaststellingsmomenten in de uitvoering van het risicovereveningssysteem.

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



[8] Voor begrippen met een * is een uitleg in de begrippenlijst opgenomen.
[9] Een vereveningsjaar gaat uit van alle zorg die in een kalenderjaar is gebruikt. Een medische behandeling kan na afloop van het kalenderjaar nog doorgaan (bijvoorbeeld een behandeling in het ziekenhuis die over de jaargrens heen gaat) en de betaling van de rekening van deze behandeling kan ook plaatsvinden na afloop van het kalenderjaar.

1.2 Monitor Risicoverevening 2016

Een goede werking van het risicovereveningssysteem is belangrijk voor het functioneren van de zorgverzekeringsmarkt. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in haar brief aan de Tweede Kamer van 6 maart 2012 een jaarlijkse evaluatie aangekondigd van de werking van het risicovereveningssysteem, 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 *2016* uit. Onderhavig rapport is het resultaat van deze evaluatie. De uitvoering van deze Monitor is begeleid door een commissie van vertegenwoordigers van het Ministerie van VWS, het ZIN, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en individuele zorgverzekeraars.

1.2.1 Doel

Doel van deze Monitor is:

- *Evalueren van de werking van het risicovereveningssysteem*

  Deze Monitor toetst in welke mate het risicovereveningssysteem 2016 zorgverzekeraars compenseert voor de (verwachte) verschillen in de zorgkosten tussen verzekerden. Wij toetsen dit op drie niveaus: macro, zorgverzekeraars en subgroepen. De analyses worden uitgevoerd op de gerealiseerde kosten en verzekerdenaantallen. De analyses geven inzicht in de aansluiting van de definitieve bijdrage op de gerealiseerde kosten.
- *Evalueren van de representativiteit van de beslisinformatie bij de Overall Toets en de ex ante vaststelling voor de definitieve vaststelling*

  Deze Monitor evalueert de representativiteit van de informatie die wordt gebruikt tijdens de OT voor besluitvorming over de vormgeving van de ex ante modellen voor de definitieve vaststelling van de bijdrage. Tijdens de OT wordt informatie van drie of meer voorgaande jaren gebruikt, die representatief is gemaakt voor het vereveningsjaar. Wij analyseren in welke mate deze informatie aansluit op de gerealiseerde cijfers en trekken op basis daarvan conclusies over de representativiteit van deze informatie. Wij analyseren de informatie op de volgende momenten met elkaar: de *OT* in de zomer 2015, de *ex ante vaststelling* in het najaar 2015 en de *definitieve vaststelling* in 2020.

1.2.2 Reikwijdte

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

Deze Monitor richt zich op de somatische kosten en de kosten voor verpleging en verzorging (V&V) van alle verzekerden in de Zvw-bevolking en de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (gGGZ) kosten en langdurige geestelijke gezondheidszorg (LGGZ)[10] van verzekerden van 18 jaar en ouder (18+). Ook is de korting op de vereveningsbijdrage voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico onderdeel van deze Monitor. De vaste zorgkosten* vallen buiten de reikwijdte van deze Monitor (zie Bijlage A).

Deze Monitor gaat over 2016. Cijfers van 2012 tot en met 2015 zijn overgenomen uit vorige edities van de Monitor.

Onderhavige Monitor trekt conclusies over de werking van het risicovereveningssysteem 2016 op verschillende analyseniveaus en de representativiteit van de beslisinformatie. Op basis van de uitgevoerde analyses kunnen geen conclusies worden getrokken over de werking van het risicovereveningssysteem voor andere subgroepen dan de onderzochte subgroepen. Deze Monitor doet dan ook geen uitspraak over, of, en in welke mate de beleidsdoelen van het risicovereveningssysteem worden gerealiseerd. Daarnaast doen wij geen uitspraken over of, in welke mate en hoe het risicovereveningssysteem dient te worden verbeterd. Dergelijke conclusies vallen buiten de doelstelling en reikwijdte van de Monitor. Indien opvallende resultaten worden geconstateerd, leidt dit tot een advies om de werking van het risicovereveningssysteem of het

[10] Niet alle analyses konden worden uitgevoerd om het LGGZ-model te evalueren, vanwege het ontbreken van de benodigde informatie in de aangeleverde bestanden. De LGGZ-kosten zijn niet op verzekerdenniveau uitgevraagd bij zorgverzekeraars in 2016. Deze informatie op verzekerdenniveau was voor de uitvoering van de risicoverevening 2016 door ZIN niet nodig.

representatief maken van de beslisinformatie voor het meest recente vereveningsjaar nader te onderzoeken (i.e. ten tijde van deze Monitor is dit vereveningsjaar 2022).

1.3 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de situatie van het risicovereveningssysteem in 2016: de kostendefinities, de vormgeving van de ex ante modellen en de inzet van ex post maatregelen*.

Deze rapportage bestaat uit twee onderdelen:

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

Deel I toetst de werking van het risicovereveningssysteem van 2016, 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 2015) voor de uiteindelijke situatie van 2016 (zoals vastgesteld in 2020). Achtereenvolgens wordt ingegaan op de representativiteit van de beslisinformatie voor het ex ante model voor de somatische kosten, de V&V- kosten, de gGGZ-kosten en de LGGZ-kosten.

2 Risicovereveningssysteem 2016

Dit hoofdstuk beschrijft het risicovereveningssysteem in 2016. Het risicovereveningssysteem verdeelt het totale Macro Prestatie Bedrag* (MPB) onder zorgverzekeraars. Het MPB is opgebouwd uit deelbedragen die verschillende typen kosten onder de Zvw omvatten. Verschillende ex ante modellen en ex post maatregelen zijn van toepassing op deze deelbedragen.

Het risicovereveningssysteem in 2016 bestaat uit vijf ex ante modellen, flankerend beleid en één ex post maatregel. Vier ex ante modellen worden gebruikt voor vaststelling van de *ex ante vereveningsbijdrage* en één model voor vaststelling van de korting op de vereveningsbijdrage voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico. Flankerend beleid en de ex post maatregel worden gebruikt voor vaststelling van de *ex post vereveningsbijdrage*. Dit is een op- of afslag op de ex ante bijdrage. Dit resulteert in de totale definitieve vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars.

2.1 Deelbedragen

De deelbedragen zijn: de variabele zorgkosten (ofwel de somatische kosten*), de kosten van verpleging en verzorging* (V&V), de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg* (gGGZ) voor verzekerden van 18+, de vaste zorgkosten*, de opbrengsten van het verplicht eigen risico* en een nieuw deelbedrag per 2016: de kosten van langdurige GGZ (LGGZ).

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

Voor de vaste zorgkosten geldt volledige nacalculatie in 2016. Om deze reden wordt dit deelbedrag niet diepgaand geanalyseerd in deze Monitor.

Somatische kosten – in totaal € 34.931 miljoen[11]

De somatische zorgkosten bestaan uit één deelbedrag, namelijk de variabele zorgkosten. Het deelbedrag ‘overige prestaties’ valt sinds 2015 onder de variabele zorgkosten. Onder de variabele kosten vallen nu alle medisch-specialistische zorg (MSZ), ambulancevervoer, huisartsenzorg, paramedische zorg, farmacie, hulpmiddelen, verloskundezorg, kraamzorg, tandartsenzorg, diagnostiek, geriatrische revalidatiezorg en extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten. Ook add-ons voor oncolytica en TNF- alfaremmers, weesgeneesmiddelen en overige dure geneesmiddelen die in 2015 nog onder de vaste kosten vielen, vallen in 2016 onder de variabele zorgkosten. Kosten van Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION) en de Nederlandse Transplantatiestichting (NTS) vallen in 2016, net als in 2015, voor 75 % onder de variabele zorgkosten. De andere 25 % van deze kosten valt onder de vaste kosten.

V&V-kosten – in totaal € 3.354 miljoen

Per 1 januari 2015 is de AWBZ komen te vervallen en zijn kosten hieruit overgeheveld naar andere domeinen (Zvw, Wmo en Wlz). Bij de transitie van AWBZ naar deze andere domeinen is een overgangsregeling gehanteerd. Verzekerden met een ABWZ-indicatie die tot 2016 doorloopt en die vallen onder de Wmo of Wlz komen direct onder deze andere domeinen te vallen. De vormen van Verpleging en Verzorging (V&V) die per 1 januari 2015 zijn overgeheveld naar de Zvw zijn volledig risicodragend per 2016.

gGGZ-kosten verzekerden 18+ – in totaal € 3.653 miljoen

Dit zijn de kosten van de generalistische basis GGZ en de specialistische GGZ voor verzekerden van 18+, inclusief het eerste jaar verblijf in een GGZ-instelling. De gGGZ-kosten van verzekerden van 18- vallen onder de jeugdwet.

LGGZ-kosten verzekerden 18+ – in totaal € 226 miljoen

Het deelbedrag kosten van langdurige GGZ is per 2016 overgeheveld naar de Zvw. De kosten voor het tweede en derde jaar verblijf in een GGZ-instelling vallen onder de LGGZ (Regeling risicoverevening, 2016). De kosten na het derde jaar verblijf in een GGZ-instelling vallen onder de Wlz.

[11] De genoemde bedragen in deze paragraaf zijn de gerealiseerde kosten bij de definitieve vaststelling.

Opbrengsten verplicht eigen risico – in totaal € 3.165 miljoen

In 2016 geldt een verplicht eigen risico van € 385 voor verzekerden van 18+. Dit is een verhoging van € 10 ten opzichte van 2015. Zorgverzekeraars innen de bedragen voor het verplicht eigen risico direct van hun verzekerden. De verwachte opbrengsten van het verplichte eigen risico worden ingehouden op de vereveningsbijdrage. De in te houden korting wordt berekend aan de hand van een ex ante model.

2.2 Ex ante risicovereveningsmodellen

In 2016 zijn er vijf ex ante modellen (Tabel 2-1). Bijlage A geeft een overzicht van de modelwijzigingen over afgelopen jaren.

Tabel 2-1: Ex ante risicovereveningsmodellen in 2016[a, b]

Somatische kosten V&V-kosten (gehele Zvw-bevolking)		**gGGZ-kosten (verzekerden van 18+)**		**LGGZ-kosten (verzekerden van 18+)**		**Opbrengsten verplicht eigen risico (verzekerden van 18+)**	
Vereveningskenmerken:	#	Vereveningskenmerken:	#	Vereveningskenmerken:	#	**Forfaitaire groep** (in te houden bedrag € 355,10): voor verzekerden in FKG>0, DKG>0, HKG>0 of MHK>0. **Niet-forfaitaire groep** (in te houden bedrag wordt berekend):	
Leeftijd x geslacht	40	Leeftijd x geslacht	30	Leeftijd x geslacht	30	Vereveningskenmerken [a]:	#
AVI x leeftijd	24	AVI x leeftijd	23	AVI x leeftijd	23	Leeftijd x geslacht	30
SES x leeftijd	17	SES x leeftijd	12	SES x leeftijd	12	AVI x leeftijd	23
Regio	10	Regio-GGZ	10	Regio-GGZ	10	Regio	10
FKG	31	FKG-GGZ	8	FKG-GGZ	8		
DKG	16	PPA	2	PPA	2		
MHK	7	DKG-GGZ	6	DKG-GGZ	6		
HKG	5	MHK-GGZ	4	MHK-GGZ	4		
GSM	4			IGG	3		
FGG	2						
VGG	5						
GGG	2						
Totaal # risicoklassen [b]:	**163**	**Totaal # risicoklassen [b]:**	**95**	**Totaal # risicoklassen [b]:**	**98**	**Totaal # risicoklassen [b]:**	**63**

Voetnoot Tabel 2-1

a. Een gedetailleerde beschrijving van de vereveningskenmerken is te vinden in WOR 748.
b. De afkortingen zijn opgenomen in Bijlage F en de definities in Bijlage G.

2.2.1 Somatische kosten

Het somatische model bestaat uit twaalf vereveningskenmerken* met in totaal 163 risicoklassen* (Tabel 2-1). WOR 748 beschrijft deze vereveningskenmerken. Dit model schat de normbedragen voor de somatische kosten van alle verzekerden in de Zvw-bevolking. Deze normbedragen worden gebruikt voor het vaststellen van de ex ante vereveningsbijdrage.

Modelwijzigingen

Belangrijke wijzigingen in het ex-ante model in 2016 ten opzichte van 2015 zijn:

- Een nieuw vereveningskenmerk: Fysiotherapiegebruikersgroepen (FGG). Dit kenmerk heeft twee risicoklassen gebaseerd op kosten in het voorgaande jaar voor fysiotherapie. Wanneer een verzekerde in de hoogste 2,0 % van fysiotherapie kosten valt in het voorgaande jaar, wordt de verzekerde ingedeeld in de positieve FGG-klasse. Enkel verzekerden van 20 jaar en ouder worden ingedeeld in het FGG-kenmerk.
- Een nieuw vereveningskenmerk: Verpleging en verzorging in het voorgaande jaar (VGG). Dit kenmerk heeft vijf risicoklassen is gebaseerd op de kosten in het voorgaande jaar voor verpleging en verzorging. Verzekerden worden ingedeeld in de afslagklasse wanneer zij geen verpleging en verzorging kosten hebben in het afgelopen jaar. De positieve risicoklassen van het VGG-kenmerk zijn gebaseerd op de hoogste 2,5 %, 1,5 %, 0,5 % en 0,25 % van de verpleging en verzorging kosten in het voorgaande jaar.
- Een nieuw vereveningskenmerk: Geriatrische revalidatiezorg in het voorgaande jaar (GGG). Dit kenmerk is gebaseerd op de kosten in het voorgaande jaar voor geriatrische revalidatiezorg. Er worden twee risicoklassen onderscheiden: of een verzekerde wel of geen kosten voor deze zorgprestatie heeft gehad.
- Bij de FKG's heeft groot onderhoud plaatsgevonden. Dit vereveningskenmerk is uitgebreid met vier risicoklassen, naar in totaal 31 risicoklassen. Ten opzichte van vorige jaar is de FKG-klasse "Neuropathische pijn" opgesplitst in "Chronische pijn exclusief opioïden" en het "Neuropatische pijn

complex". Reuma gerelateerd medicijngebruik is samengevoegd tot een klasse waarin zowel TNF alfaremmers als overige middelen vallen. Ook aandoening van de hersenen/ruggenmerg zijn samengevoegd tot een klasse waarin zowel multiple sclerosis medicatie als overige medicatie onder vallen. Nieuwe risicoklassen bevat medicijngebruik voor Psoriasis, Pulmonale arteriële hypertensie, Kanker o.b.v. add-ons en Groeistoornissen o.b.v. add-ons. Daarnaast is bij een vijftal FKG's is de 'defined daily dose' (DDD)-drempel voor verzekerden 18- verlaagd van 180 DDD naar 90 DDD. Daarnaast zijn nog een aantal kleine wijzigingen doorgevoerd (WOR 716).

- Bij de DKG's heeft ook een groot onderhoud plaatsgevonden (WOR 728).
- Bij AVI zijn nieuwe 5 risicoklassen toegevoegd voor volledig arbeidsongeschikten en voor hoogopgeleiden. De risicoklasse voor hoogopgeleiden heeft alleen betrekking op verzekerden van 18 tot 34 jaar. In totaal zijn er nu voor dit vereveningskenmerk 22 risicoklassen.
- SES is aangepast in de definitie: in 2016 wordt de indeling van verzekerden naar de risicoklassen bepaald op basis van het totale adresinkomen. Voorheen gebeurde dit op basis van het gemiddelde adresinkomen. De indeling van verzekerden naar de risicoklassen op basis van het totale adresinkomen leidt tot minder instabiliteit in het vastgestelde inkomen, omdat wijzigingen in de gezinssamenstelling minder invloed hebben op de indeling in SES (WOR 743). Daarnaast is er een extra inkomenskwantiel onderscheiden, namelijk "Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten". Ook worden verzekerden van 18+ in SES 0 nu opgesplitst in 'blijvers' en 'instromers'. De groep instromers zijn de verzekerden die in het voorgaande jaar nog niet bij deze risicoklasse waren ingedeeld.
- Bij GSM is de definitie om morbiditeit (in termen van 'gezond'/ 'ongezond') te bepalen, uitgebreid. Per 2016 is het nieuwe vereveningskenmerk FGG meegenomen om te bepalen of een verzekerde wel of geen morbiditeit heeft, naast de al gebruikte vereveningskenmerken FKG, DKG, MHK en HKG. Bij GSM wordt daarnaast een combinatie gemaakt met leeftijd (65-/ 65+).

Criteriumneutraliteit: MHK

Voor MHK geldt criteriumneutraliteit in 2016. Het normbedrag van de afslagklasse wordt bij de definitieve vaststelling zodanig aangepast dat de macrobijdrage, die met dit vereveningskenmerk (inclusief afslagklasse) wordt verdeeld, gelijk is aan nul. Criteriumneutraliteit is ingezet vanwege onzekerheid over de prevalenties van de positieve risicoklassen van dit vereveningskenmerk. In 2015 was er naast MHK ook criteriumneutraliteit voor HKG, DKG en GSM. Criteriumneutraliteit is voor deze andere vereveningskenmerken is komen te vervallen per 2016.

2.2.2 V&V-kosten

Het ex ante model voor de V&V-kosten is gewijzigd ten opzichte van 2015. Het V&V-model bevat nu dezelfde vereveningskenmerken als het somatische model. In 2015 werden er veel minder vereveningskenmerken gebruikt in het V&V-model: zie Monitor 2015. Dit had er ook mee te maken dat er in 2015 een smalle bandbreedteregeling van toepassing was op de V&V-kosten, omdat deze kosten net waren overgeheveld (ofwel, een ruime ex-post maatregel waardoor het risico voor zorgverzekeraars op deze kosten werd gedempt). In 2016 is de bandbreedteregeling voor de V&V-kosten gewijzigd: zie paragraaf 2.3.2. Ondanks dat de vereveningskenmerken exact hetzelfde zijn als het somatische model, wordt het V&V-model apart geschat op alleen de V&V-kosten. Het V&V-model bestaat uit negen vereveningskenmerken, met in totaal 163 risicoklassen (Tabel 2.1). WOR 748 beschrijft deze vereveningskenmerken.

Criteriumneutraliteit: MHK

In het V&V-model geldt, net zoals bij het somatische model, criteriumneutraliteit voor MHK. Het normbedrag van de afslagklasse wordt bij de definitieve vaststelling zodanig aangepast dat de macrobijdrage, die wordt verdeeld met het vereveningskenmerk (inclusief afslagklasse), gelijk is aan nul.

2.2.3 gGGZ-kosten

Het ex ante model voor de gGGZ-kosten heeft acht vereveningskenmerken, met in totaal 95 risicoklassen. WOR 748 beschrijft deze vereveningskenmerken. Het gGGZ-model is alleen van toepassing op verzekerden van 18+.

Modelwijzigingen

Belangrijke wijzigingen in het ex-ante model in 2016 ten opzichte van 2015 zijn de aanpassingen bij AVI en SES, zoals beschreven bij het somatische model.

Criteriumneutraliteit: MHK-GGZ

Voor MHK-GGZ geldt criteriumneutraliteit. Het normbedrag van de afslagklasse wordt bij de definitieve vaststelling zodanig aangepast dat de macrobijdrage, die wordt verdeeld met het vereveningskenmerk (inclusief afslagklasse), gelijk is aan nul. Criteriumneutraliteit voor DKG-GGZ is komen te vervallen per 2016.

2.2.4 LGGZ-kosten

Voor vereveningsjaar 2016 is een apart ex ante model voor de LGGZ-kosten toegevoegd. Dit model heeft dezelfde vereveningskenmerken als het model voor de gGGZ-kosten, aangevuld met een nieuw vereveningskenmerk voor intramurale GGZ-zorg: ook wel “IGG” genoemd. Dit vereveningskenmerk heeft in totaal 3 risicoklassen: namelijk een klasse voor verzekerden die intramurale GGZ-zorg hebben gebruikt, een klasse voor verzekerden die meer dan 252 dagen van het jaar intramurale GGZ-zorg hebben gebruikt en een afslagklasse. De risicoklassen zijn exclusief (ofwel, een verzekerde kan slechts in één risicoklasse worden ingedeeld).

De negen vereveningskenmerken, met in totaal 98 risicoklassen, van het LGGZ-model zijn nader omschreven in WOR 748.

Criteriumneutraliteit: MHK-GGZ en IGG

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

2.2.5 Opbrengsten verplicht eigen risico

In 2016 vallen onder het verplicht eigen risico de somatische kosten (inclusief GRZ en ZG, met uitzondering van huisartsenzorg, verloskundige zorg en kraamzorg), de gGGZ-kosten en de LGGZ-kosten. De V&V-kosten zijn uitgesloten van het verplicht eigen risico.

Een verwachte opbrengst van € 355,10 per verzekerde wordt ingehouden op de vereveningsbijdrage voor verzekerden in de forfaitaire groep*. Ten opzichte van het eigenrisico-model van 2015 is de forfaitaire groep uitgebreid met HKG’s. De forfaitaire groep bestaat uit verzekerden die zijn ingedeeld in een positieve risicoklasse van een FKG, DKG, HKG *of* MHK.

Voor de overige verzekerden in de Zvw-bevolking van 18+ (de niet forfaitaire groep*) wordt een ex ante model gebruikt om de verwachte opbrengsten van het verplicht eigen risico te berekenen. Dit is de in te houden korting op de vereveningsbijdrage voor deze verzekerden. Het eigenrisico-model van 2016 bestaat uit drie vereveningskenmerken, met in totaal 63 risicoklassen (Tabel 2-1). Ten opzichte van het eigenrisico-model van 2015 zijn er vijf risicoklassen toegevoegd, vanwege de uitbreiding van AVI. WOR 748 beschrijft de vereveningskenmerken van het eigenrisico-model. De verdere vormgeving van dit model is niet gewijzigd ten opzichte van 2015.

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

In 2016 is flankerend beleid (FB) en één type ex post maatregel* ingezet (Tabel 2-2). Op het verplicht eigen risico is geen flankerend beleid of een ex post maatregel van toepassing. Voor de vaste kosten geldt volledige nacalculatie. Het Ministerie van VWS heeft in 2012 beleid ingezet om de ex post maatregelen af te bouwen ter bevordering van een doelmatige uitvoering van de Zvw, met uitzondering van flankerend beleid en nacalculatie op de vaste kosten. Deze Monitor behandelt flankerend beleid dan ook apart naast de geldende ex post maatregel. De vaste kosten komen enkel aan bod in de macroanalyse (Hoofdstuk 3).

Tabel 2-2: Flankerend beleid, ex post maatregel en nacalculatie op vaste kosten in 2016.

Somatische kosten (gehele Zvw-bevolking)	V&V-kosten (gehele Zvw-bevolking)	gGGZ-kosten (verzekerden van 18+)	LGGZ-kosten (verzekerden van 18+)	Vaste kosten
Flankerend beleid	Flankerend beleid Bandbreedteregeling: 75 % met +/- € 15	Flankerend beleid Bandbreedteregeling: 75 % met € +/- 17,50	Flankerend beleid Bandbreedteregeling: 100 % met € +/- 5,00	Nacalculatie 100 %

2.3.1 Somatische kosten

Voor somatische kosten is geen ex post maatregel meer van toepassing, net zoals in 2015. Daarbij geldt enkel nog *flankerend beleid*. Dit is een maatregel om een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars te bewerkstelligen bij een onderschrijding dan wel overschrijding van het MPB. Flankerend beleid wordt ten tijde van de definitieve vaststelling uitgevoerd.

2.3.2 V&V-kosten

Voor de V&V-kosten geldt flankerend beleid en een bandbreedteregeling. De bandbreedteregeling wordt uitgevoerd nadat flankerend beleid is uitgevoerd. Met de bandbreedteregeling worden zorgverzekeraars voor 75 % van de kosten die buiten het grensbedrag vallen, gecompenseerd, ingeval het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde van 18+ meer dan € +/- 15 afwijkt van het landelijk gemiddelde. In vergelijking met de bandbreedteregeling voor de V&V-kosten in 2015 wordt er een bredere bandbreedte regeling gehanteerd. Daarmee is de regeling voor V&V-kosten substantieel minder ruim dan vorig jaar. Zorgverzekeraars worden bij een grotere afwijking van het landelijke gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde pas gecompenseerd, dan het geval was in 2015 voor de V&V-kosten. Dit betekent dat individuele zorgverzekeraars zelf meer financieel risico dragen voor een groter deel van de V&V-kosten in 2016 ten opzichte van 2015.

2.3.3 gGGZ-kosten

Voor de gGGZ-kosten is er flankerend beleid en een bandbreedteregeling, net zoals in 2015. Per 1 januari 2015 is de HKC afgeschaft. Per 2016 is de bandbreedteregeling verruimd van € +/- 15 naar € +/- 17,50 per verzekerde van 18+ (dit betekent een verkleining van deze regeling, zorgverzekeraars dragen zelf meer financieel risico over de gGGZ-kosten). Zorgverzekeraars worden voor 75 % van de kosten die buiten het grensbedrag vallen, gecompenseerd, indien het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde van 18+ meer dan € +/- 17,50 afwijkt van het landelijk gemiddelde. Deze bandbreedteregeling wordt uitgevoerd nadat flankerend beleid is uitgevoerd.

2.3.4 LGGZ-kosten

Voor de LGGZ-kosten geldt flankerend beleid en een bandbreedteregeling. De bandbreedteregeling heeft een bandbreedte van € +/- 5 per verzekerde van 18+. Zorgverzekeraars worden voor 100 % van de kosten die buiten het grensbedrag vallen, gecompenseerd, indien het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde van 18+ meer dan € +/- 5 afwijkt van het landelijk gemiddelde. Deze bandbreedteregeling wordt uitgevoerd nadat flankerend beleid is uitgevoerd.



Deel 1 – Toetsing werking risicovereveningssysteem

3 Macroniveau

Bevindingen

- Voor de somatische kosten, V&V-kosten, gGGZ-kosten en lGGZ-kosten geldt een macroverevening sresultaat van totaal € + 700 *miljoen.* Dit bestaat uit: € + 118,7 miljoen voor somatische kosten (€ 7 per verzekerde), € + 99,3 miljoen voor de V&V-kosten (€ 6 per verzekerde), € + 385,2 miljoen voor gGGZ-kosten (€ 28 per verzekerde 18+), € + 96,9 miljoen voor LGGZ-kosten (€ 7 per verzekerde 18+)[12].
- Voor het verplicht eigen risico geldt een macroverevening sresultaat van *€ - 226 miljoen* (€ 17 per verzekerde 18+)
- Het absolute effect van flankerend beleid voor de somatische kosten is afgenomen ten opzichte van voorgaande jaren, terwijl dit voor de V&V-kosten en de gGGZ-kosten is toegenomen. Dit hangt samen met het macroverevening sresultaat voor de deelbedragen. De LGGZ-kosten zijn per 2016 overgeheveld, waardoor geen vergelijking met vorig jaar mogelijk is.
- Het absolute effect van de bandbreedteregeling[13] voor de V&V-kosten is afgenomen als gevolg van de verruiming van deze regeling. Voor de gGGZ-kosten is het absolute effect juist toegenomen, ondanks de verruiming van deze regeling voor dit deelbedrag. Dit heeft mogelijk te maken met het effect van de wijzigingen aan het ex ante model in combinatie met de portefeuillesamenstellingen in 2016 ten opzichte van 2015.
- De bandbreedteregeling (in totaal € - 11,1 miljoen voor de V&V- en gGGZ-kosten tezamen) en nacalculatie op de vaste kosten (afgerond € - 118,5 miljoen) zorgen tezamen voor een afslag op de macrobijdrage van € 129,6 miljoen. Flankerend beleid is macroneutraal.

Dit hoofdstuk analyseert de werking van het risicoverevening ssysteem 2016 op *macroniveau*. Wij analyseren het *macroverevening sresultaat**: het verschil tussen macrobijdrage en macrokosten. Een positief macroverevening sresultaat betekent een *onder*schrijding van het MPB en een negatief resultaat een *over*schrijding van het MPB. Wij analyseren de totale Zvw-kosten en aparte deelbedragen op moment van de definitieve vaststelling, zowel voor als na flankerend beleid en bandbreedteregeling (indien van toepassing). Ook analyseren wij het effect van nacalculatie op de vaste zorgkosten.

3.1 Macrobijdrage, -kosten en -vereveningsresultaat

Macrobijdrage

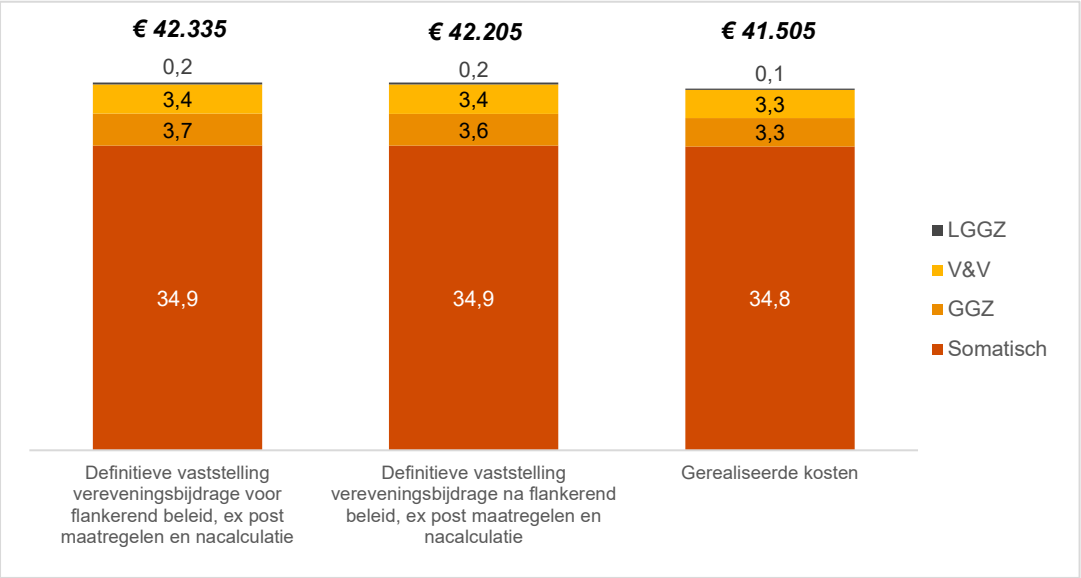
De definitieve macrobijdrage *voor* flankerend beleid, bandbreedteregeling en nacalculatie bedraagt ***€ 42.335 miljoen*** (Figuur 3-1). De macrobijdrage is lager dan het MPB van € *42.804* miljoen (Ministerie VWS, Bepaling Macro-deelbedragen 2016; niet in Figuur 3-1 vermeld). Het verschil tussen deze bedragen komt voornamelijk doordat de werkelijke samenstelling Zvw-bevolking anders uitpakt dan verwacht tijdens de verzekerdenraming (Hoofdstuk 6 en 7). Vooral de misschatting bij de DKG's draagt met € 404 miljoen fors bij aan dit verschil (zie bijlage D.4 voor een volledig overzicht).

De ex-post maatregelen (i.e. een bandbreedteregeling voor de V&V-kosten en de gGGZ-kosten en nacalculatie op de vaste kosten) zorgen gezamenlijk voor een afslag van *€ 129,6 miljoen* op de macrobijdrage. De bandbreedteregeling zorgt voor een afslag op de macrobijdrage van € 11,1 miljoen (voor de V&V- en gGGZ-kosten tezamen). De nacalculatie op de vaste kosten zorgt voor een afslag van de macrobijdrage van € 118,5 miljoen. Flankerend beleid is macroneutraal.

De definitieve macrobijdrage bedraagt daarmee ***€ 42.205 miljoen*** (Figuur 3-1).

[12] Zorgverzekeraars hebben positieve behaalde resultaten ingezet voor het verlagen van de premie van de basisverzekering in de jaren na 2016 en voor zover van tevoren onderkend (deels) ook al in 2016 (Bron: jaarverslagen zorgverzekeraars).
[13] Een bandbreedteregeling is van toepassing op het vereveningsresultaat van een zorgverzekeraar. Het effect hiervan kan niet goed worden toegewezen aan de zorgkosten van individuele verzekerden. Dat betekent dat in de macroanalyse en de zorgverzekeraars-analyse (hoofdstuk 3 en 4) de effecten van de bandbreedteregeling worden meegenomen, maar niet in subgroep-analyses (hoofdstuk 5). Aangezien er voor de somatische kosten geen bandbreedteregeling van toepassing is, maakt het voor dit deelbedrag geen verschil.

Figuur 3-1: Overzicht macrobijdrage en gerealiseerde kosten bij de definitieve vaststelling 2016, uitgedrukt in *miljarden* €.



Voetnoot Figuur 3-1:
∗ Vaste kosten staan niet in bovenstaande figuur. Totalen zijn dikgedrukt weergeven boven de kolommen.

Macrokosten

De gerealiseerde macrokosten bedragen ***€ 41.505 miljoen*** (het totaal van de rechterkolom in Figuur 3-1). In 2015 bedroegen de macrokosten *€ 39.559 miljoen* (Monitor 2015). Dit is een stijging van 6,1 %. Hierbij dient rekening te worden gehouden met de wijzigingen in de kostendefinities tussen de jaren, waaronder de overhevelingen en uitbreiding van de risicodragende zorgkosten (zie hoofdstuk 2). In 2015 was de stijging 6,9 % als de overgehevelde kosten – V&V, GRZ en ZG – worden meegenomen ten opzichte van 2014 en de stijging was de 3,9 % als deze overgehevelde kosten buiten beschouwing worden gehouden (Monitor 2015). In 2014 was de stijging 1,1 % (Monitor 2014). De stijging in kosten van 2016 ten opzichte van 2015 is deels toe te schrijven aan uitbreiding van de risicodragende kosten en deels aan de algemene stijging van de Zvw-kosten[14].

Macrovereveningsresultaat

De gerealiseerde macrokosten zijn lager dan de definitieve macrobijdrage, hetgeen resulteert in een positief macrovereveningsresultaat van ***€ 700,1 miljoen***[15] (verschil tussen middelste en rechterkolom in Figuur 3-1). Voorgaande jaren waren er ook positieve macrovereveningsresultaten:

- € 2.395 miljoen in 2015.
- € 3.420 miljoen in 2014.
- € 2.746 miljoen in 2013.
- € 1.452 miljoen in 2012.

Het macrovereveningsresultaat in 2016 is substantieel lager dan in de voorgaande jaren. Dit is het resultaat inclusief een misschatting bij de DKG's voor de somatische kosten en de resultaten bij andere vereveningskenmerken: zie Deel II. Door de misschatting bij de DKG is de definitieve vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars lager uitgekomen dan verwacht (in totaal € 404 miljoen). Het MPB[16] sluit achteraf beter aan op de gerealiseerde kosten dan in voorgaande jaren. Het is met de beschikbare informatie niet in detail te duiden wat de verklaring(en) is(zijn) dat het vereveningsresultaat lager is dan in voorgaande jaren: dit kan komen door aanpassingen in de raming van het MPB en door ontwikkelingen in de zorgkosten, waaronder effecten van zorginkoop en effecten van substitutie in de zorg[17].

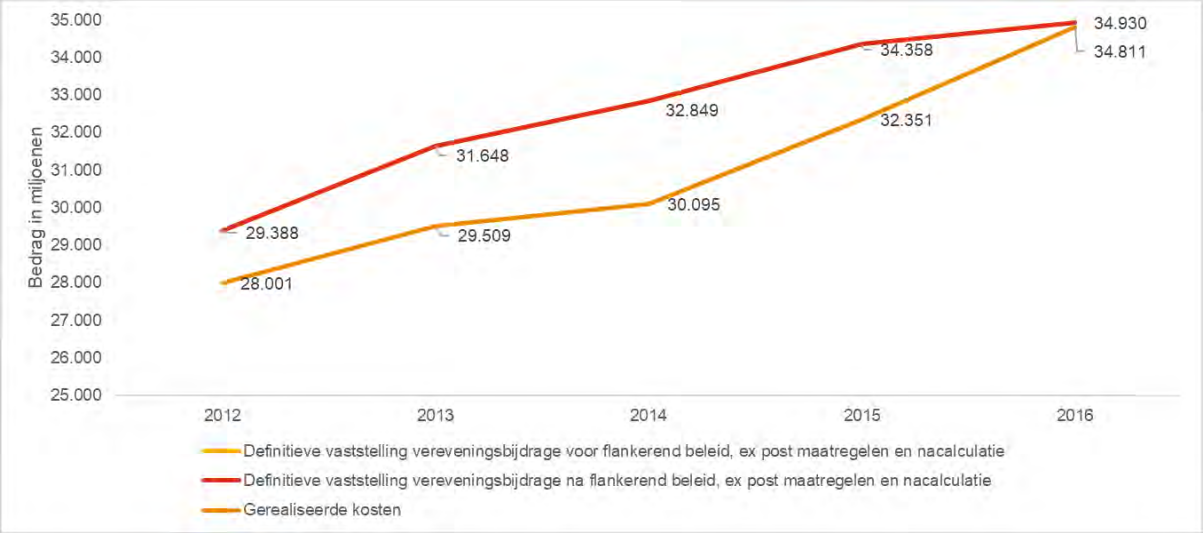
[14] De gerealiseerde zorgkosten opgesplitst naar zorgprestaties (o.a. V&V, GRZ, ZG en andere kosten die zijn overgeheveld naar de variabele zorgkosten ten opzichte van vorig jaar, waaronder de add-ons) waren niet beschikbaar om de stijging in de zorgkosten te berekenen waarbij gecorrigeerd is voor wijzigingen in de kostendefinities tussen jaren.
[15] Dit is exclusief het macrovereveningsresultaat voor de opbrengsten van het verplicht Eigen Risico van € -227 mln. Het saldo is € 473 mln.
[16] In dit geval de totale vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars.
[17] 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.

3.2 Somatische kosten

De definitieve macrobijdrage voor de somatische kosten bedraagt ***€ 34.930 miljoen*** (Figuur 3-1). De gerealiseerde somatische kosten bedragen ***€ 34.811 miljoen.*** Dit resulteert in een positief macrovereveningsresultaat van ***€ 118,7 miljoen***, omgerekend € 7 per verzekerde.

Figuur 3-2 geeft de ontwikkeling van de macrobijdrage (voor en na flankerend beleid en ex post maatregelen) en de macrokosten over 2012 t/m 2016 weer. Bij deze resultaten dienen wijzigingen in de kostendefinities en vormgeving van het risicovereveningssysteem, waaronder de inzet van flankerend beleid per 2012 en de afbouw van ex post maatregelen sinds 2012, in acht te worden genomen (Hoofdstuk 2 en Bijlage A).

Figuur 3-2: Ontwikkeling macrobijdrage en -kosten voor de somatische zorg over 2012 t/m 2016, uitgedrukt in miljoenen €.[a,b]



Voetnoot Figuur 3-2:
a. Er hebben wijzigingen plaatsgevonden in de inzet van ex post maatregelen over de jaren (Hoofdstuk 2 en Bijlage A).
b. Flankerend beleid heeft geen effect op macroniveau. De ex-post maatregelen, zoals een bandbreedteregeling, kunnen wel een effect hebben op macroniveau. Echter, dit is in verhouding tot de totale bedragen een klein bedrag. Hierdoor vallen de twee lijnen van de definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid en ex post maatregelen (gele en oranje lijn) vrijwel samen in deze figuur.

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

- De macrobijdrage (voor en na flankerend beleid en ex-post maatregelen) in 2016 is met circa 2 % gestegen ten opzichte van 2015 (Figuur 3-2). Deze stijging hangt samen met de wijzigingen in de kostendefinities, waaronder de uitbreiding van de risicodragende kosten en de algemene kostenstijging van de Zvw. Van 2014-op-2015 steeg de macrobijdrage met 4,6 % (Monitor 2015).
- De gerealiseerde somatische kosten voor 2016 zijn met circa 7,6 % gestegen ten opzichte van 2015 (Figuur 3-2). Van 2014-op-2015 stegen de kosten met circa 7,5 %. De stijging van 2016 deels worden toegeschreven aan de uitbreiding van de risicodragende kosten, zoals de dure geneesmiddelen (add-ons oncolytica en weesgeneesmiddelen). Daarnaast kan de stijging worden toegeschreven aan de algemene kostenstijging van de Zvw.
- In 2016 is het macrovereveningsresultaat substantieel lager dan in voorgaande twee jaren. In 2015 was het resultaat € 2.007 miljoen (€ 119 per verzekerde) en in 2014 € 2.750 miljoen (€ 164 per verzekerde) (Monitor 2014, 2015). De macrovereveningsbijdrage sluit in 2016 achteraf nauwer aan op de gerealiseerde kosten dan in de voorgaande twee jaren. Dit is voor een groot deel toe te schrijven aan de misschatting bij de DKG's doordat de vereveningsbijdrage lager is uitgevallen dan het MPB (zie Deel II).

Effect van flankerend beleid (geen ex post maatregelen)

Flankerend beleid heeft geen effect op macroniveau, omdat dit een onderlinge verrekening tussen zorgverzekeraars is. Echter, flankerend beleid heeft wel effect op de vereveningsbijdrage van elke zorgverzekeraar. Om dit effect in kaart te brengen, analyseren wij de absolute mutaties tussen zorgverzekeraars. Wij sommeren de absolute bedragen die zorgverzekeraars onderling afdragen of ontvangen. In totaal zorgt flankerend beleid voor een absoluut effect van: *€ 11,4 miljoen* in 2016. In voorgaande jaren was dit absolute effect:

- *€ 176,7 miljoen* in 2015 (Monitor 2015).
- € 238,8 miljoen in 2014 (Monitor 2014).
- € 172,1 miljoen in 2013 (Monitor 2013).
- € 135,5 miljoen in 2012 (Monitor 2012).

De afname van de absolute verschuiving in de bijdrage tussen zorgverzekeraars in 2016, ten opzichte van 2015, hangt samen met de sterke daling van het macroverevereningsresultaat in 2016. Bij een kleinere onderschrijding van het MPB hoeft minder geld onderling te worden verrekend om zorgverzekeraars een evenredig aandeel van deze onderschrijding toe te delen.

3.3 V&V-kosten

De definitieve macrobijdrage voor de V&V-kosten bedraagt ***€ 3.352 miljoen*** (Figuur 3-1). De gerealiseerde V&V-kosten bedragen ***€ 3.252 miljoen*** (Figuur 3-1). Dit resulteert in een macroverevereningsresultaat van afgerond ***€ 99 miljoen***, omgerekend € 6 per verzekerde.

Zowel de definitieve macrobijdrage en de gerealiseerde kosten voor V&V zijn gestegen ten opzichte van 2015: met 7% en 4 % respectievelijk. Daarnaast is het macroverevereningsresultaat voor de V&V-kosten in 2016 substantieel hoger dan in 2015. In 2015 was er een negatief macroverevereningsresultaat van afgerond € 3 miljoen (Monitor 2015). Het is met de beschikbare informatie niet volledig te duiden wat de verklaring(en) is(zijn) voor de sterke toename in het macroverevereningsresultaat voor V&V in 2016 ten opzichte van vorig jaar: aanpassingen in de raming van het MPB voor dit deelbedrag en/of ontwikkelingen in de zorgkosten, waaronder effecten van zorginkoop. De verruiming van de bandbreedteregeling in 2016 ten opzichte van 2015 verklaart 'slechts' een deel van dit verschil (zie effect van bandbreedteregeling hieronder).

Effect van flankerend beleid en bandbreedteregeling

Op macroniveau vindt door flankerend beleid een absolute verschuiving in de bijdrage tussen zorgverzekeraars plaats van *€ 29,9 miljoen.* Dit is vrij fors in relatie tot het macroverevereningsresultaat, ten opzichte van de verschuivingen die bij de somatische kosten optreden door flankerend beleid in relatie tot het macroverevereningsresultaat voor dit deelbedrag.

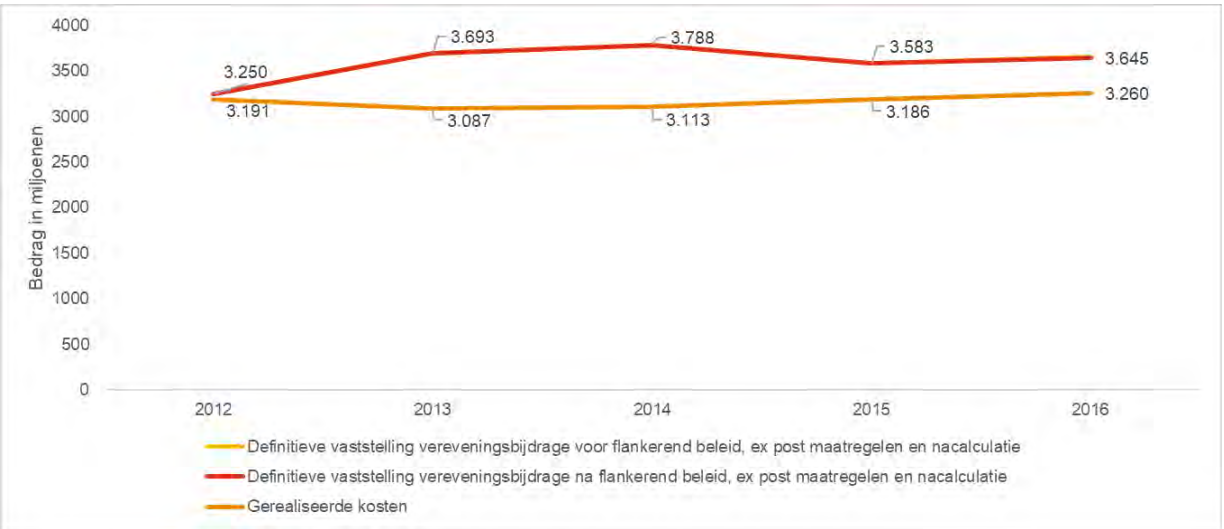
De bandbreedteregeling zorgt voor een negatief effect van *€ 2,5 miljoen*. Dit is het saldo van een vereveningsresultaat van € 5,2 miljoen boven de bovengrens van deze maatregel en € 1,9 miljoen onder de ondergrens, waarvan 75 % van de kosten buiten deze grenzen wordt gecompenseerd. Dit levert een verrekening op van € + 3,9 miljoen met € - 1,4 miljoen. Deze bandbreedteregeling is van toepassing op een drietal zorgverzekeraars, waarvan 1 zorgverzekeraar afdraagt aan het fonds (een negatief effect) en twee zorgverzekeraars ontvangen vanuit het fonds (een positief effect). Net zoals flankerend beleid, heeft de bandbreedteregeling effect op de bijdrage van (enkele) zorgverzekeraars. Dit blijkt uit de absolute verschuiving in de vereveningsbijdrage tussen zorgverzekeraars van in totaal € 5,3 miljoen. Deze absolute verschuiving in de vereveningsbijdrage tussen zorgverzekeraars van € 5,3 miljoen is substantieel minder dan vorig jaar (€ 273,7 miljoen: Monitor 2015). Dit hangt samen met de verruiming van de bandbreedteregeling voor de V&V-kosten per 2016. Bij verruiming van de bandbreedteregeling mag verwacht worden dat er minder verschuivingen in de bijdrage aan zorgverzekeraars plaatsvinden (nadat het ex ante model en flankerend beleid is toegepast)[18].

3.4 gGGZ-kosten

De definitieve macrobijdrage voor de gGGZ-kosten bedraagt ***€ 3.645 miljoen*** (Figuur 3-1). De gerealiseerde gGGZ-kosten bedragen ***€ 3.260 miljoen*** (Figuur 3-1). Dit resulteert in een positief macroverevereningsresultaat van ***€ 385 miljoen***, afgerond € 28 per verzekerde van 18+.

[18] Het V&V-model is per 2016 uitgebreid ten opzichte van 2015, waarbij de bandbreedteregeling juist is verruimd. Dit is gedaan ter bevordering van de risicodragendheid van de V&V-kosten voor individuele zorgverzekeraars.

Figuur 3-3: Ontwikkeling van macrobijdrage en -kosten voor de gGGZ over 2012 t/m 2016, uitgedrukt in miljoenen € [a,b]



Voetnoot Figuur 3-3:
a. Er hebben wijzigingen plaatsgevonden in de inzet van ex post maatregelen (zie Hoofdstuk 2 en Bijlage A).
b. Flankerend beleid heeft geen effect op macroniveau, andere ex-post maatregelen wel. Daardoor vallen de twee lijnen van de definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid en ex post maatregelen (rood en oranje lijn) vrijwel samen in deze figuur.

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

- De macrobijdrage is met circa 1,7 % gestegen ten opzichte van 2015. Van 2015-op-2014 was er juist een daling van 5,5 % (Monitor 2015). De onderliggende verklaring(en) voor deze ontwikkeling over de tijd is niet goed te duiden met de tot ons beschikbare informatie. Mogelijk heeft dit nog te maken met gevolgen van de invoering van de generalistische basis-GGZ per 2014 en de wijzigingen die als gevolg hiervan optreden over de risicodragende kosten onder de Zvw en daarmee samenhangend de raming van dit deelbedrag voor het MPB.
- De gerealiseerde macrokosten zijn met 2,3 % gestegen ten opzichte van 2015. Van 2015-op-2014 was er ook een stijging van de gerealiseerde macrokosten met 2,3 % (Monitor 2015).
- Het macrovereveningsresultaat in 2016 is vrijwel gelijk aan vorig jaar: € 390 miljoen in 2015 (€ 29 per verzekerde 18+). Dit is fors lager dan eerdere jaren: € 671 miljoen in 2014 (€ 51 per verzekerde 18+) en € 605 miljoen in 2013 (€ 46 per verzekerde 18+) (Monitor 2013, 2014).

Effect flankerend beleid en bandbreedteregeling

Flankerend beleid zorgt op macroniveau voor een absolute verschuiving in de bijdrage tussen zorgverzekeraars van *€ 48,7 miljoen*. In voorgaande jaren was dit absolute effect:

- € 47,0 miljoen in 2015 (Monitor 2015).
- € 86,2 miljoen in 2014 (Monitor 2014).
- € 75,1 miljoen in 2013 (Monitor 2013).
- € 7,7 miljoen in 2012 (Monitor 2012).

Het effect in 2016 en 2015 is daarmee lager dan in voorgaande twee jaren. Dit hangt samen met het lagere macrovereveningsresultaat in 2016 en 2015 ten opzichte van deze jaren.

De bandbreedteregeling zorgt voor een negatief effect van *€ 8,6 miljoen*. Dit is het saldo van een vereveningsresultaat van € 12 miljoen boven de bovengrens van deze maatregel en een vereveningsresultaat van € 0,5 miljoen onder de ondergrens, waarvan 75 % wordt gecompenseerd. Ofwel, de regeling is een verrekening van € + 9,0 miljoen en € - 0,4 miljoen. Deze maatregel heeft effect op 4 zorgverzekeraars, waarvan 1 zorgverzekeraar afdraagt aan het fonds (een negatief effect) en 3 zorgverzekeraars ontvangen vanuit het fonds (een positief effect). Het effect van de bandbreedteregeling is toegenomen ten opzichte van afgelopen drie jaar: € - 7,4 miljoen in 2015 (Monitor 2015), € - 4,2 miljoen in 2014 (Monitor 2014) en € - 1,1 miljoen in 2013 (Monitor 2013). De toename kan te maken hebben met het afschaffen van HKC sinds 2015. In 2013 en 2014 werd eerst de HKC toegepast, voordat de bandbreedteregeling werd uitgevoerd. Per 2016 is de bandbreedteregeling verruimd en het ex ante model uitgebreid. Beide hebben ook effect op de verschuivingen die optreden in de bijdrage tussen zorgverzekeraars door de bandbreedteregeling.

3.5 LGGZ-kosten

De definitieve macrobijdrage voor de LGGZ-kosten bedraagt ***€ 225,8 miljoen*** (Figuur 3-1). De gerealiseerde LGGZ-kosten bedragen ***€ 129,0 miljoen*** (Figuur 3-1). Dit resulteert in een positief macrovereveningsresultaat van ***€ 96,9 miljoen***, afgerond € 7 per verzekerde van 18+.

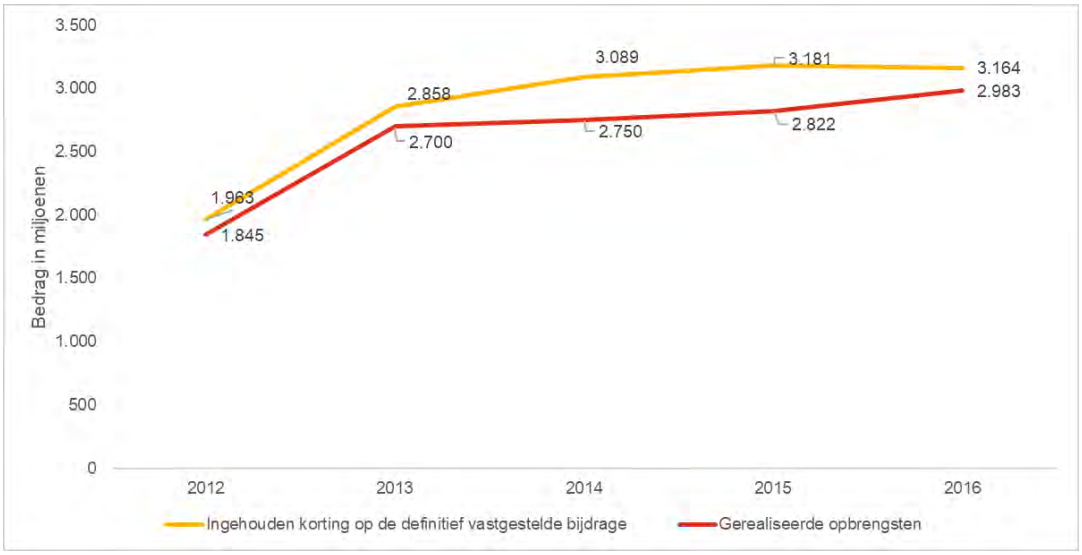
Flankerend beleid zorgt op macroniveau voor een absolute verschuiving in de bijdrage tussen zorgverzekeraars van € 24,5 miljoen. De bandbreedteregeling van € +/- 5 per verzekerde van 18+ had geen effect op de vereveningsbijdrage, omdat alle zorgverzekeraars binnen deze gestelde bandbreedte zaten.

De LGGZ kosten zijn per 2016 overgeheveld. Hierdoor is nog geen vergelijking met voorgaande jaren mogelijk.

3.6 Opbrengsten verplicht eigen risico

In 2016 is ***€ 3.165 miljoen*** ingehouden op de macrobijdrage voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico, omgerekend € 233 per verzekerde van 18+. Deze korting die wordt ingehouden op de vereveningsbijdrage is over 2012 tot en met 2015 toegenomen (Figuur 3-4). Dit hangt samen met de verhoging van het eigen risico bedrag: van € 220 in 2012, naar € 350 in 2013, € 360 in 2014, € 375 in 2015 en € 385 in 2016. Ondanks de toename in het verplicht eigen risico bedrag in 2016 ten opzichte van 2015, is niet de korting die wordt ingehouden op de macrobijdrage verder toegenomen. In 2016 sluit de korting die wordt ingehouden achteraf beter aan op de geinde opbrengsten dan in 2015.

Figuur 3-4: Ontwikkeling van de ingehouden korting op de bijdrage en de gerealiseerde opbrengsten van het verplicht eigen risico over 2011 t/m 2016, uitgedrukt in miljoenen €.



De totale opbrengsten van het verplicht eigen risico bedragen in 2016 ***€ 2.938 miljoen***. Dit is de som van de geïnde opbrengsten die zorgverzekeraars hebben opgegeven aan het ZIN. De totale opbrengsten zijn gestegen met 4,1 % ten opzichte van 2015 (Figuur 3-4). De opwaartse trend in de totale opbrengsten komt waarschijnlijk door de verhoging van het verplicht eigen risico bedrag over de jaren en de toevoeging van de LGGZ aan de kosten die onder het eigen risico vallen, waardoor er meer eigen risico kan worden geïnd door zorgverzekeraars.

Net zoals voorgaande jaren, zijn in 2016 de totale opbrengsten lager dan de ingehouden korting op de bijdrage (Figuur 3-4). Dit resulteert in een macrovereveningsresultaat van ***€ - 226 miljoen***, omgerekend € 17 per verzekerde 18+. In voorgaande jaren was er ook een negatief macrovereveningsresultaat:

- € - 359 miljoen in 2015: € 25 per verzekerde 18+ (Monitor 2015).
- € - 339 miljoen in 2014: € 25 per verzekerde 18+ (Monitor 2014).
- € - 158 miljoen in 2013: € 12 per verzekerde 18+ (Monitor 2013).
- € - 118 miljoen in 2012: € 9 per verzekerde 18 + (Monitor 2012).

Het negatieve macrovereveningsresultaat is in 2016 verkleind ten opzichte van voorgaande jaren. De ex-ante inschatting van de te innen opbrengsten (i.e. de vastgestelde korting op de macrobijdrage) sluit daarmee achteraf nauwer aan op de gerealiseerde opbrengsten van het verplicht eigen risico.

4 Zorgverzekeraarsniveau

Bevindingen

Somatische kosten

- Het risicovereveningssysteem reduceert de reikwijdte en spreiding van het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars met 77 % en 81 % respectievelijk. Dit zorgt voor een gelijk(er) speelveld. Deze reductie is minder dan vorig jaar: toen beide 83 %. Deels komt dit doordat de absolute verschillen in de reikwijdte en spreiding tussen de portefeuilles van zorgverzekeraars zijn toegenomen ten opzichte van vorig jaar.
- In lijn met voorgaande jaren wordt de meeste reductie behaald door het ex-ante model: 78 % en 82 % voor de reikwijdte en spreiding respectievelijk. Hierbij reduceert het ex ante model de reikwijdte en de spreiding relatief (iets) minder dan in vorig jaar: toen 87 % en 86 % respectievelijk. De absolute verschillen tussen de portefeuilles van zorgverzekeraars zijn in 2016 ook hoger.
- Het ex ante model brengt verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang terug.
- Flankerend beleid zorgt voor een lichte toename in de verschillen in de reikwijdte en spreiding, wat samenhangt met een onderschrijding van het MPB. Dit is ook eerdere jaren geconstateerd.

V&V-kosten

- Het risicovereveningssysteem reduceert de reikwijdte (met 91 %) en de spreiding (met 93 %) van het gemiddelde vereveningsresultaat. Dit zorgt voor een gelijk(er) speelveld. De reductie in de reikwijdte is lager dan vorig jaar (97%), waarbij de absolute reikwijdte in 2016 ook hoger is. De reductie in de spreiding is hetzelfde als vorig jaar.
- In lijn met vorig jaar zorgt het ex ante model voor de grootste reductie in de reikwijdte en spreiding: 82 % en 89 % respectievelijk.
- Het ex ante model verkleint de verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang.
- Flankerend beleid zorgt voor een lichte toename in de reikwijdte en een reductie in de spreiding, wat overeenkomst met een onderschrijding van het MPB.
- De bandbreedteregeling zorgt nog voor additionele reductie in de reikwijdte en spreiding: 9 % en 3 % respectievelijk.

gGGZ-kosten

- Het risicovereveningssysteem reduceert de reikwijdte (met 75 %) en de spreiding (met 78 %) van het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars. Dit zorgt voor een gelijk(er) speelveld. Dit is minder dan vorig jaar: toen 88 % en 83 %. Dit kan mogelijk komen door wijzigingen in de kostendefinities in combinatie met portefeuillesamenstellingen.
- In lijn met voorgaande jaren zorgt het ex ante model voor de grootste reductie in de reikwijdte en spreiding: 62 % en 68 % respectievelijk.
- Het ex ante model verkleint verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang.
- Flankerend beleid zorgt voor een lichte toename in de reikwijdte en een lichte daling in de spreiding.
- De bandbreedteregeling zorgt voor additionele reductie in de reikwijdte en spreiding: 13 % en 8 % respectievelijk. Dit is vergelijkbaar met vorig jaar.

LGGZ-kosten

- Het risicovereveningssysteem reduceert de reikwijdte (met 65 %) en de spreiding (met 75 %) van het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars.
- Het ex ante model zorgt voor de grootste reductie in de reikwijdte en spreiding: 41 % en 75 % respectievelijk.
- Flankerend beleid zorgt voor een additionele reductie in de reikwijdte (c.q. dit is invloed op alleen de zorgverzekeraar met hoogte resultaat en de zorgverzekeraar met het laagste resultaat).

- De bandbreedteregeling heeft geen effect, omdat alle zorgverzekeraars binnen de bandbreedte vallen.
- Het ex ante model verkleint verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang.
- Vergelijking met voorgaande jaren is (nog) niet mogelijk, omdat de LGGZ-kosten per 2016 zijn overgeheveld.

Opbrengsten verplicht eigen risico

- Het risicovereveningssysteem reduceert de reikwijdte (met 44 %) en de spreiding (met 63 %) van het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars.
- Deze resultaten zijn redelijk vergelijkbaar met voorgaande jaren, waarbij opvalt dat het ex ante model in 2016 zorgt voor minder reductie in de reikwijdte en spreiding dan vorig jaar (ondanks de wijziging van de forfaitaire groep). De absolute reikwijdte en spreiding zijn in 2016 ook hoger dan in 2015.

Dit hoofdstuk toetst de werking van het risicovereveningssysteem 2016 op *zorgverzekeraarsniveau*. Wij analyseren de mate waarin het risicovereveningssysteem het gemiddelde vereveningsresultaat *van* en *tussen* zorgverzekeraars reduceert. Wij zetten de werking van het risicovereveningssysteem op verschillende momenten af tegen een fictieve situatie waarin geen risicovereveningssysteem is. In deze fictieve situatie ontvangen zorgverzekeraars voor elke verzekerde een gelijk bedrag, ongeacht het risicoprofiel van deze verzekerde. De verschillende momenten die wij met elkaar vergelijken zijn:

- ‘Zonder RV’: fictieve situatie zonder risicovereveningssysteem.
- ‘DV voor FB’: definitieve vaststelling voor flankerend beleid.
- ‘DV na FB’: definitieve vaststelling na flankerend beleid (zonder bandbreedteregeling).
- ‘DV na FB en BB’: definitieve vaststelling na flankerend beleid en bandbreedteregeling (indien van toepassing).

In 2016 zijn er *25 risicodragende* zorgverzekeraars. Deze zorgverzekeraars delen wij in 3 categorieën in: klein (7), middelgroot (12) en groot (6). Ook delen wij de zorgverzekeraars in: behorend tot een concern (19) of zelfstandige zorgverzekeraars (6). Ten opzichte van vorig jaar zijn de zorgverzekeraars in dezelfde categorieën ingedeeld (zie Bijlage B voor de grenzen voor bepaling van de categorieën).

Voor een goede interpretatie van de resultaten in dit hoofdstuk dient in acht te worden genomen:

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

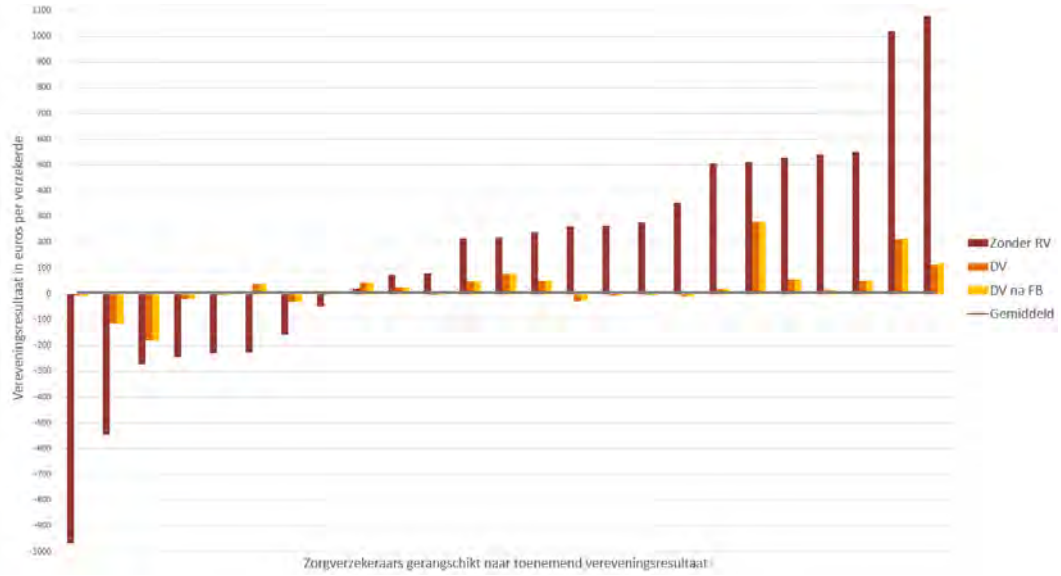
Bijlage B geeft een verantwoording van de gehanteerde uitgangspunten en definities.

4.1 Somatische kosten

4.1.1 Landelijk beeld

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

Figuur en Tabel 4-1: Gemiddeld vereveningsresultaat voor de somatische kosten in 2016 per zorgverzekeraar (*aflopend* gesorteerd naar kosten-per-verzekerde voor de situatie zonder risicovereveningssysteem), de tabel geeft het gemiddelde vereveningsresultaat, de reikwijdte en spreiding hierin, in € per verzekerde.



	Gemiddelde, in € [a]	Reikwijdte, in €	Spreiding, in €
Zonder RV	7	2.046	302
DV voor FB	7	460	56
DV na FB	7	462	56

Voetnoot Figuur en Tabel 4-1:
a. Het gemiddelde vereveningsresultaat is gelijk op elk moment. Het gemiddelde kostenniveau in 2016 is € 2.065. Dit zijn de totale gerealiseerde kosten.

Gemiddelde vereveningsresultaat en reikwijdte

Conform verwachting zijn er grote verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars in de fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem. In deze situatie wordt geen rekening gehouden met verschillen in het risicoprofiel van de portefeuilles. De reikwijdte in deze situatie bedraagt € 2.046 per verzekerde.

Door het risicovereveningssysteem nemen deze verschillen substantieel af: de reikwijdte neemt af met ***77 %*** (van € 2.046 naar € 462 per verzekerde: Tabel 4-1). Het risicovereveningssysteem voor de somatische kosten in 2016 is in staat een meer gelijk speelveld voor zorgverzekeraars te realiseren. Dit effect is het saldo van:

- ***Reductie van 78 %*** door het ex ante model (DV voor FB). Dit is fors lager dan voorgaande jaren: 87 % in 2015, 89 % in 2014, 86 % in 2013 en 77 % in 2012 (Monitor 2015, 2014, 2013, 2012). De uitbreiding van het ex ante model komt hier niet tot uitdrukking in een grotere reductie in de reikwijdte van het gemiddelde vereveningsresultaat in 2016 ten opzichte van 2015. De reikwijdte is gebaseerd op de uiterste waarnemingen en daarmee afhankelijk van de portefeuillesamenstellingen in het vereveningsjaar van deze zorgverzekeraars. Ten opzichte van 2015 zijn dezelfde zorgverzekeraars de uitschieters, waarbij de zorgverzekeraar met het minimum resultaat nog verder onder het marktgemiddelde is gekomen dan in 2015 en de zorgverzekeraar met het maximum resultaat is minder ver boven het marktgemiddelde uitgekomen. Per saldo heeft dit geleid tot een groter verschil tussen de uitersten, waardoor de reductie in de reikwijdte in 2016 door het risicovereveningssysteem minder is dan in 2015.
- ***Toename van 0,4 %*** (als percentage van de reikwijdte zonder risicoverevening) door flankerend beleid (DV na FB ten opzichte van DV voor FB). De toename in de reikwijdte wordt verklaard door de werking van flankerend beleid bij een onderschrijding van het MPB. Bij een onderschrijding dragen zorgverzekeraars met een hoog-risico portefeuille (bijvoorbeeld een bovengemiddeld percentage ouderen of chronisch zieken) een bijdrage af aan zorgverzekeraars met een gemiddeld laag-risico portefeuille (bijvoorbeeld een bovengemiddeld percentage gezonde verzekerden). Zorgverzekeraars met een hoog-risico portefeuille profiteren naar verwachting meer van de gerealiseerde onderschrijding dan zorgverzekeraars met een laag-risico portefeuille. Flankerend beleid zorgt ervoor dat iedere zorgverzekeraar een evenredig aandeel krijgt toebedeeld van de onderschrijding (op basis van het aantal premie equivalenten). Veelal hebben zorgverzekeraars met een hoog-risico portefeuille een negatief

vereveningsresultaat en zorgverzekeraars met een laag-risico portefeuille een positief vereveningsresultaat[19]. Als gevolg van de onderlinge verrekening van flankerend beleid neemt de reikwijdte in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars toe. Voorgaande jaren is hetzelfde effect geconstateerd, aangezien er toen ook onderschrijdingen van het MPB waren (Monitor 2012, 2013, 2014, 2015). In voorgaande jaren was het effect van flankerend beleid groter, omdat het macrovereveningsresultaat ook groter was.

In vergelijking met voorgaande jaren (2013 t/m 2015) is de totale reductie in de reikwijdte door het risicovereveningssysteem afgenomen: 77 % in 2016 versus 83 % in 2015 (Tabel 4-2).

Tabel 4-2: Reikwijdte en reikwijdte reductie van het gemiddelde vereveningsresultaat over 2012 t/m 2016 [a, b, c]

Jaar	Zonder RV	DV voor FB		DV na FB	
	Reikwijdte, in €	Reikwijdte, in €	Reikwijdte reductie	Reikwijdte, in €	Reikwijdte reductie
2012	1.471	344	77 %	377	74 %
2013	1.691	223	86 %	277	83 %
2014	1.840	198	89 %	300	89 %
2015	1.962	256	87 %	336	83 %
2016	2.046	460	78 %	462	77 %

Voetnoot Tabel 4-2:
a. Cijfers van 2012 t/m 2015 overgenomen uit eerdere edities van de Monitor.
b. Reikwijdte reductie ten opzichte van de fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem (‘zonder RV’).
c. Er dient rekening te worden gehouden met wijzigingen over de jaren in het risicovereveningssysteem (het ex ante model en de inzet van ex post maatregelen), de kostendefinities en portefeuillesamenstellingen van zorgverzekeraars. Er is niet gecorrigeerd voor deze wijzigingen over de jaren; de cijfers zijn sec de uitkomsten per jaar.

Spreiding

Het risicovereveningssysteem van 2016 zorgt voor een afname van de spreiding[20] in het vereveningsresultaat met ***81 %*** (van € 302 naar € 56 per verzekerde: Tabel 4-1). Dit is het saldo van:

- ***Reductie van 82 %*** door het ex ante model (DV voor FB, ten opzichte van een fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem). Net zoals bij de reikwijdte, zorgt het ex ante model voor een relatief grote reductie van de verschillen tussen zorgverzekeraars: de spreiding neemt af van € 302 naar € 56 per verzekerde.
- ***Toename van 1,1 %*** door flankerend beleid (DV na FB), ten opzichte van de fictieve situatie. Hiervoor geldt dezelfde verklaring als die is gegeven bij de reikwijdte.

Deze resultaten liggen in lijn met voorgaande jaren (Tabel 4-3). In voorgaande jaren zorgde het ex ante model ook voor een substantiële spreidingsreductie. In 2016 is de spreidingsreductie door het ex ante model lager dan in eerdere jaren: 82 % in 2016, 86 % in 2015 en 88 % in 2014. De spreiding in absolute bedragen is in 2016 ook hoger dan in 2015 en 2014. De spreiding loopt al sinds 2012 elk jaar verder op.

Tabel 4-3: Spreiding en spreidingsreductie van het gemiddelde vereveningsresultaat over 2012 t/m 2016 [a, b]

Jaar	Zonder RV	DV voor FB		DV na FB	
	Spreiding, in €	Spreiding, in €	Spreidingsreductie	Spreiding, in €	Spreidingsreductie
2012	232	35	85 %	28	88 %
2013	239	38	84 %	31	87 %
2014	253	31	88 %	35	85 %
2015	269	38	86 %	47	83 %
2016	302	56	82 %	56	81 %

Voetnoot Tabel 4-3:
a. Cijfers van 2012 t/m 2015 overgenomen uit eerdere edities van de Monitor.
b. Spreidingsreductie ten opzichte van de fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem (‘zonder RV’).

[19] Op basis van de analyses en de tot ons beschikbare gegevens voor deze Monitor hebben wij dit verband waargenomen op basis van het percentage verzekerden dat is ingedeeld in een DKG, FKG, HKG en/of MHK en het vereveningsresultaat van de zorgverzekeraar.
[20] Dit is de gewogen standaarddeviatie. De standaarddeviatie geeft de spreiding van het gemiddelde vereveningsresultaat van zorgverzekeraars rondom het landelijk gemiddelde vereveningresultaat weer. Hoe groter de spreidingsreductie, hoe beter het risicovereveningssysteem werkt (i.e. het gemiddelde vereveningsresultaat van zorgverzekeraars komt dichter bij het landelijke gemiddelde). In tegenstelling tot de reikwijdte, die slechts afhankelijk is van de twee meest extreme vereveningsresultaten van zorgverzekeraars, is de spreiding gebaseerd op de vereveningsresultaten van alle zorgverzekeraars. Zowel de spreiding als de reikwijdte zijn afhankelijk van de portefeuillesamenstelling van zorgverzekeraars. Verschillen in de portefeuillesamenstelling over de jaren kan invloed hebben op de reductie in de reikwijdte en spreiding. Daarmee moet rekening worden gehouden als met voorgaande jaren wordt vergeleken. In bovenstaande tabel is niet gecorrigeerd voor wijzigingen in de portefeuillesamenstelling.

4.1.2 Nadere analyse op portefeuilleomvang

Om verdieping aan te brengen, analyseren wij verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat van en tussen zorgverzekeraars op basis van de portefeuilleomvang.[21] Deze analyse geeft inzicht in de vragen of en in welke mate het risicovereveningssysteem werkt voor zorgverzekeraars van verschillende omvang.

Klein/middelgroot/groot

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

- Grote zorgverzekeraars hebben in 2016 gemiddeld een negatief vereveningsresultaat. Voor zowel kleine als middelgrote zorgverzekeraars geldt dat zij gemiddeld een positief vereveningsresultaat hebben. Voor grote zorgverzekeraars zit het resultaat onder het landelijk gemiddelde; voor de kleine en middelgrote zorgverzekeraars zitten de resultaten boven het landelijk gemiddelde van € 7 per verzekerde. In voorgaande jaren hadden zowel kleine, middelgrote als grote zorgverzekeraars gemiddeld een positief vereveningsresultaat, waarbij de verzekerden van middelgrote zorgverzekeraars op alle momenten een hoger gemiddeld vereveningsresultaat hadden dan kleine en grote zorgverzekeraars (Monitor 2015, 2014, 2013). Hierbij geldt dat er in voorgaande jaren een groter macrovereveningsresultaat is geweest dan in 2016.
- Het effect van het risicovereveningssysteem op het gemiddelde vereveningsresultaat verschilt tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang: grote zorgverzekeraars zitten onder het gemiddelde vereveningsresultaat, terwijl middelgrote en kleine zorgverzekeraars boven het gemiddelde vereveningsresultaat zitten. Het risicovereveningssysteem zorgt ervoor dat de zorgverzekeraars dichter bij het landelijk gemiddelde komen.
- In lijn met voorgaande bevinding, neemt de reikwijdte tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang substantieel af. De reikwijdte bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid is het hoogst voor middelgrote en kleine zorgverzekeraars (€ 397 respectievelijk € 396 per verzekerde) en het laagst voor grote zorgverzekeraars (€ 110 per verzekerde). Oftewel, het minimale en maximale gemiddelde vereveningsresultaat tussen kleine en middelgrote zorgverzekeraars onderling ligt verder uit elkaar dan tussen grote zorgverzekeraars onderling. In voorgaande jaren is deze constatering ook gemaakt voor middelgrote zorgverzekeraars.
- Het risicovereveningssysteem zorgt voor de grootste spreidingsreductie bij kleine zorgverzekeraars (80 %), in vergelijking met middelgrote (77 %) en grote zorgverzekeraars (79 %). Voor kleine en middelgrote zorgverzekeraars is de spreidingsreductie minder dan in 2015. Voor grote zorgverzekeraars is de spreidingsreductie juist groter in 2016 dan in voorgaande jaren: 87 %, 79 %, 73 % respectievelijk (Monitor 2015) en 92 %, 82 % en 78 % respectievelijk (Monitor 2014). Ten opzichte van 2015 zijn de uitersten minder extreem voor kleine en middelgrote zorgverzekeraars. Dit leidt tot een lagere spreidingsreductie van het gemiddelde vereveningsresultaat in 2016 dan in 2015. De grootste uitschieters vallen bij de zorgverzekeraars van grote omvang.

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

	Gemiddelde, in €			*Reikwijdte, in €*			*Spreiding, in €*		
	Klein	*Middel groot*	*Groot*	*Klein*	*Middel groot*	*Groot*	*Klein*	*Middel groot*	*Groot*
Zonder RV	190	267	-110	2.046	1.290	465	644	329	145
DV voor FB	58	25	-4	393	393	108	126	75	30
DV na FB	58	26	-4	396	397	110	127	76	30

Behorend tot concern/zelfstandige zorgverzekeraar

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

- Door het risicovereveningssysteem komen de resultaten van zelfstandige zorgverzekeraars en zorgverzekeraars die onderdeel zijn van een concern dichter bij elkaar. Op alle momenten is het gemiddelde vereveningsresultaat voor zelfstandige zorgverzekeraars hoger dan voor concern-zorgverzekeraars. Door het risicovereveningssysteem neemt het gemiddelde vereveningsresultaat voor zelfstandige zorgverzekeraars af met 85 % (van € 233 naar €

[21] Geen grafische weergave van de resultaten in deze paragraaf ter bescherming van de anonimiteit van zorgverzekeraars.

36). Voor concern-zorgverzekeraars neemt het gemiddelde vereveningsresultaat juist toe van € -23 naar € +3. Dit effect is ook in voorgaande jaren geconstateerd (Monitor 2012, 2013, 2014, 2015).

- Door het risicovereveningsysteem neemt de reikwijdte substantieel af, zowel voor concern als zelfstandige zorgverzekeraars: respectievelijk met 81 % en 45 %. De reikwijdte voor zelfstandige zorgverzekeraars is kleiner dan voor concern-zorgverzekeraars op alle momenten. Dit komt (deels) doordat er meer concern-zorgverzekeraars (19) zijn dan zelfstandige zorgverzekeraars (6), waardoor de kans op een uitschieter groter is. Een andere verklaring is verschillen in de portefeuillesamenstelling. Bij de vereveningsresultaten voor concern-zorgverzekeraars zijn er grotere onderlinge verschillen tussen de zorgverzekeraars dan bij de zelfstandige zorgverzekeraars. Dit zou er op kunnen duiden dat de portefeuillesamenstelling van concern-zorgverzekeraars onderling sterker afwijkt dan bij zelfstandige zorgverzekeraars.
- De spreiding in het vereveningsresultaat neemt voor zowel concern als zelfstandige-zorgverzekeraars af door het risicovereveningssysteem: respectievelijk met 82 % en 64 %. Door flankerend beleid neemt de spreiding in het gemiddelde vereveningsresultaat licht toe. Hiervoor geldt dezelfde verklaring als vermeld in paragraaf 4.1.1. Voorgaande jaren is dit ook geconstateerd (Monitor 2012, 2013, 2014, 2015).

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

	Gemiddelde, in €		*Reikwijdte, in €*		*Spreiding, in €*	
	Concern	*Zelfstandig*	*Concern*	*Zelfstandig*	*Concern*	*Zelfstandig*
Zonder RV	-23	233	2.046	530	300	199
DV voor FB	3	35	393	289	52	71
DV na FB	3	36	397	290	53	71

4.1.3 Gemiddelde resultaatverschuiving

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

- Ex ante model: € 205 per verzekerde ten opzichte van geen risicovereveningssysteem;
- Flankerend beleid: € 0,67 per verzekerde additionele verschuiving.

Deze resultaten zijn qua patroon vergelijkbaar met voorgaande jaren (Monitor 2012 t/m 2015). Echter is het effect van flankerend beleid van kleinere omvang dan in voorgaande jaren, omdat het macrovereveningsresultaat lager is.

Tabel 4-6a: GGARV van zorgverzekeraars tussen verschillende tijdsmomenten over de jaren[22].

	Resultaten GGARV				
	2012	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*
Ex ante model	166	167	179	189	205
Flankerend Beleid	5	10	14	10	1
Bandbreedte regeling	6	9	3	-	-

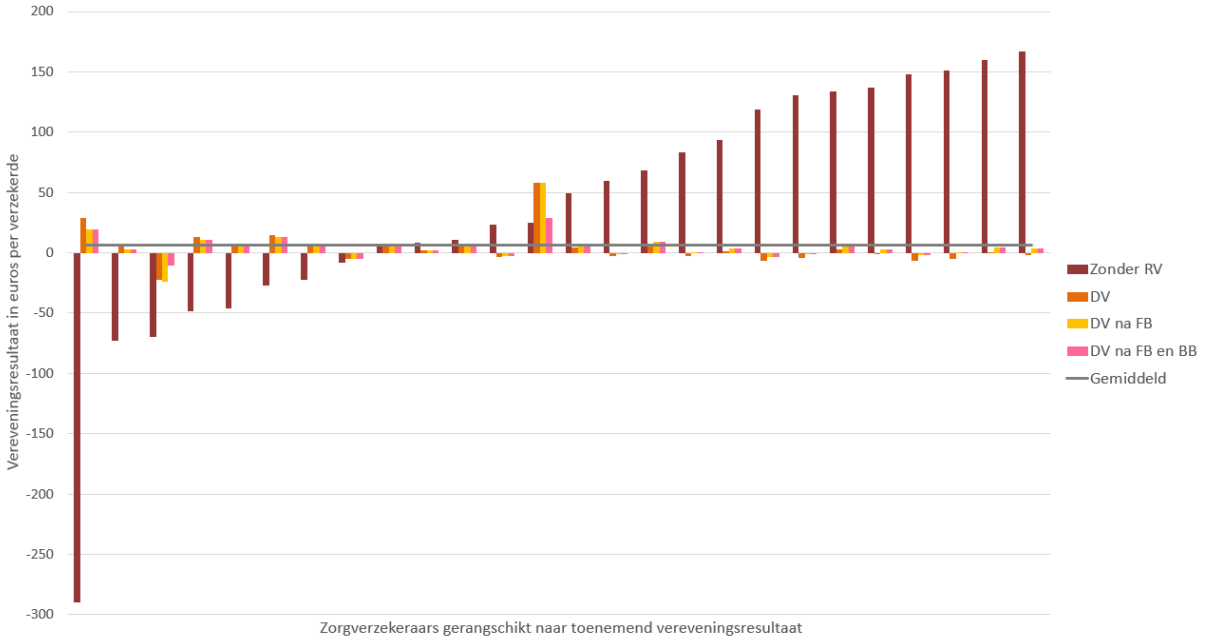
[22] De getallen in de tabel zijn afkomstig uit eerdere edities van de Monitor. De getallen zijn niet gecorrigeerd voor verschillen tussen de jaren in kostendefinities, modelwijzigingen, portefeuillesamenstellingen of andere factoren.

4.2 V&V-kosten

4.2.1 Landelijk beeld

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

Figuur en Tabel 4-6: Gemiddeld vereveningsresultaat voor de V&V-kosten in 2016 (*aflopend* gesorteerd naar kosten-per-verzekerde voor de situatie zonder risicovereveningssysteem), de tabel geeft het gemiddelde, de reikwijdte en de spreiding in gemiddelde vereveningsresultaat, in € per verzekerde.



	*Gemiddelde, in € **	*Reikwijdte, in €*	*Spreiding, in €*
Zonder RV	6	456	71
DV voor FB en BB	6	81	8
DV na FB	6	82	7
DV na FB en BB	6	40	5

Voetnoot Figuur en Tabel 4-6:
Er is een zeer klein verschil in het gemiddelde macrovereveningsresultaat tussen het moment met en zonder bandbreedteregeling. De bandbreedteregeling is niet budgetneutraal, echter is dit een beperkt bedrag, dat in deze figuur niet zichtbaar is. Het gemiddelde kostenniveau in 2016 is € 191 per verzekerde. Dit zijn de totale gerealiseerde kosten.

Gemiddelde vereveningsresultaat en reikwijdte

Het risicovereveningsysteem reduceert de reikwijdte van het vereveningsresultaat met ***91 %*** (van € 456 naar € 40 per verzekerde: Tabel 4-6). De uiterste verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars worden fors teruggebracht. Dit effect is het saldo van:

- ***Reductie van 82*** % door het ex ante model (DV voor FB en BB), ten opzichte van een fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem. Daarmee brengt het ex ante model een groot deel terug van de uiterste verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars, die door verschillen in portefeuillesamenstelling worden veroorzaakt.
- ***Toename van 1 %*** door flankerend beleid (DV na FB), ten opzichte van een fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem. Doordat het macrovereveningsresultaat beperkt is, leidt flankerend beleid niet tot substantiële verschuivingen in de vereveningsbijdrage tussen zorgverzekeraars. Zie paragraaf 4.1.1 voor een toelichting op de manier waarop flankerend beleid werkt bij een onderschrijding van het MPB.
- ***Reductie van 9 %*** door de bandbreedteregeling (DV na FB en BB), ten opzichte van de fictieve situatie zonder risicoverevening. In 2015 was de reductie in de reikwijdte twee keer zo groot, namelijk 18 %. Conform verwachting is er een kleinere reductie in de reikwijdte als de bandbreedteregeling wordt verruimd.

Spreiding

Het risicovereveningssysteem reduceert de spreiding met ***93 %*** (van € 71 naar € 5 per verzekerde: Tabel 4-6). Dit is het saldo van:

- ***Reductie van 89 %*** door het ex ante model (DV voor FB en ex post) ten opzichte van een fictieve situatie. Net als bij de reikwijdte wordt bij spreiding de grootste reductie gerealiseerd door het ex ante model.
- ***Reductie van 1 %*** door flankerend beleid (DV na FB) ten opzichte van een fictieve situatie. In 2015 was er überhaupt geen effect door flankerend beleid in verband met een beperkt macrovereveningsresultaat. Ook dit jaar is het effect van flankerend beleid beperkt.
- ***Reductie van 3 %*** door de bandbreedteregeling (DV na FB en BB), ten opzichte van de fictieve situatie. Conform verwachting zorgt deze regeling voor een kleine additionele spreidingsreductie. Echter is het effect van de bandbreedteregeling kleiner dan in 2015 (toen 29 %). Dit hangt samen met de verruiming van deze bandbreedteregeling. In 2016 vielen minder zorgverzekeraars dan ook buiten de bandbreedte dan in 2015.

4.2.2 Nadere analyse op portefeuilleomvang

Klein/middelgroot/groot

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

- Het risicovereveningssysteem reduceert het gemiddelde vereveningsresultaat voor kleine en middelgrote zorgverzekeraars, richting het landelijk gemiddelde van € 6 per verzekerde (voor kleine zorgverzekeraars) en tot onder het landelijk gemiddelde (voor middelgrote zorgverzekeraars - in de fictieve situatie zitten zij boven het landelijk gemiddelde). Het tegenovergestelde gebeurt voor grote zorgverzekeraars: het risicovereveningssysteem zorgt voor toename van het gemiddelde vereveningsresultaat, tot boven het landelijk gemiddelde (in de fictieve situatie zitten zij onder het landelijk gemiddelde). Omdat voor vrijwel alle zorgverzekeraars, ongeacht hun omvang, geldt dat het risicovereveningssysteem het vereveningsresultaat richting het landelijk gemiddelde reduceert, kan geconcludeerd worden dat het niet selectief werkt voor zorgverzekeraars van een bepaalde omvang.

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

	Gemiddelde, in €			*Reikwijdte, in €*			*Spreiding, in €*		
	Klein	*Middel groot*	*Groot*	*Klein*	*Middel groot*	*Groot*	*Klein*	*Middel groot*	*Groot*
Zonder RV	24	78	-24	449	215	122	145	67	35
DV voor FB en ex post	10	1	8	81	19	19	28	6	4
DV na FB	11	4	7	82	13	18	26	4	4
DV na FB en BB	7	4	7	40	13	18	14	4	4

Voor de reikwijdte en de spreiding zijn dezelfde effecten waar te nemen als voor het gemiddelde vereveningsresultaat (Tabel 4-7):

- De reikwijdte van het vereveningsresultaat neemt af door het risicovereveningssysteem, met verschillen naar portefeuilleomvang, namelijk 91 % voor kleine zorgverzekeraars, 94 % voor middelgrote verzekeraars en 85 % voor grote zorgverzekeraars. Deze resultaten zijn in lijn met voorgaande jaren.
- Het risicovereveningssysteem zorgt voor de grootste spreidingsreductie bij middelgrote zorgverzekeraars (94 %), in vergelijking met kleine zorgverzekeraars (90 %) en grote zorgverzekeraars (89 %). In 2015 zorgde het risicovereveningssysteem juist voor de grootste spreidingsreductie bij kleine zorgverzekeraars. Deze verschuiving kan zowel samenhangen met verschuivingen in de portefeuillesamenstelling van zorgverzekeraars als met de verbetering van het ex ante model.

Behorend tot concern/zelfstandige zorgverzekeraar

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

- Het gemiddelde vereveningsresultaat van concern-zorgverzekeraars is vrij constant voor elk moment en lager dan voor zelfstandige zorgverzekeraars. Door het risicovereveningssysteem neemt bij zelfstandige zorgverzekeraars

het gemiddelde vereveningsresultaat fors af, richting het landelijk gemiddelde. De forse afname duidt erop dat portefeuillesamenstelling voor zelfstandige zorgverzekeraars sterk uiteenlopend is. Dit is ook in eerdere edities van de Monitor geconstateerd (Monitor 2015). Het gemiddelde vereveningsresultaat van concern- en zelfstandige zorgverzekeraars wordt gelijk.

- De reikwijdte neemt af door het risicovereveningssysteem, waarbij de reductie voor concern-zorgverzekeraars groter is dan voor zelfstandige zorgverzekeraars: 94 % versus 79 %. Dit komt doordat bij concern-zorgverzekeraars de initiële reikwijdte groter is dan bij zelfstandige zorgverzekeraars. Dit wijst erop dat de portefeuillesamenstelling van uiterste concern-zorgverzekeraars onderling meer verschillen dan bij zelfstandige zorgverzekeraars onderling.
- De spreiding neemt eveneens flink af door het risicovereveningssysteem, ten opzichte van een fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem: 94 % voor concern-zorgverzekeraars en 85 % voor zelfstandige zorgverzekeraars. De spreiding bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en de bandbreedteregeling is vergelijkbaar tussen concern- en zelfstandige zorgverzekeraars. De spreidingsreductie wordt in 2016 voornamelijk behaald door het ex ante model. In 2015 werd nog een fors deel van de spreidingsreductie behaald door de bandbreedteregeling. Dit is te verklaren door een ruime bandbreedte in 2015, omdat V&V-kosten dat jaar waren overgeheveld naar de Zvw. Dat de spreidingsreductie door de bandbreedteregeling in 2016 lager is dan in 2015 is daarmee conform verwachting.

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

	Gemiddelde, in €		*Reikwijdte, in €*		*Spreiding, in €*	
	Concern	*Zelfstandig*	*Concern*	*Zelfstandig*	*Concern*	*Zelfstandig*
Geen RV	-1	62	456	153	69	53
DV voor FB en ex post	6	6	51	65	6	15
DV na FB	6	7	43	61	5	14
DV na FB en BB	6	6	30	32	5	8

4.2.3 Gemiddelde resultaatverschuiving

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

- Ex ante model: € 58 per verzekerde ten opzichte van geen risicovereveningssysteem
- Flankerend beleid: € 2 per verzekerde additionele verschuiving
- Bandbandbreedteregeling: € 0,3 per verzekerde additionele verschuiving.

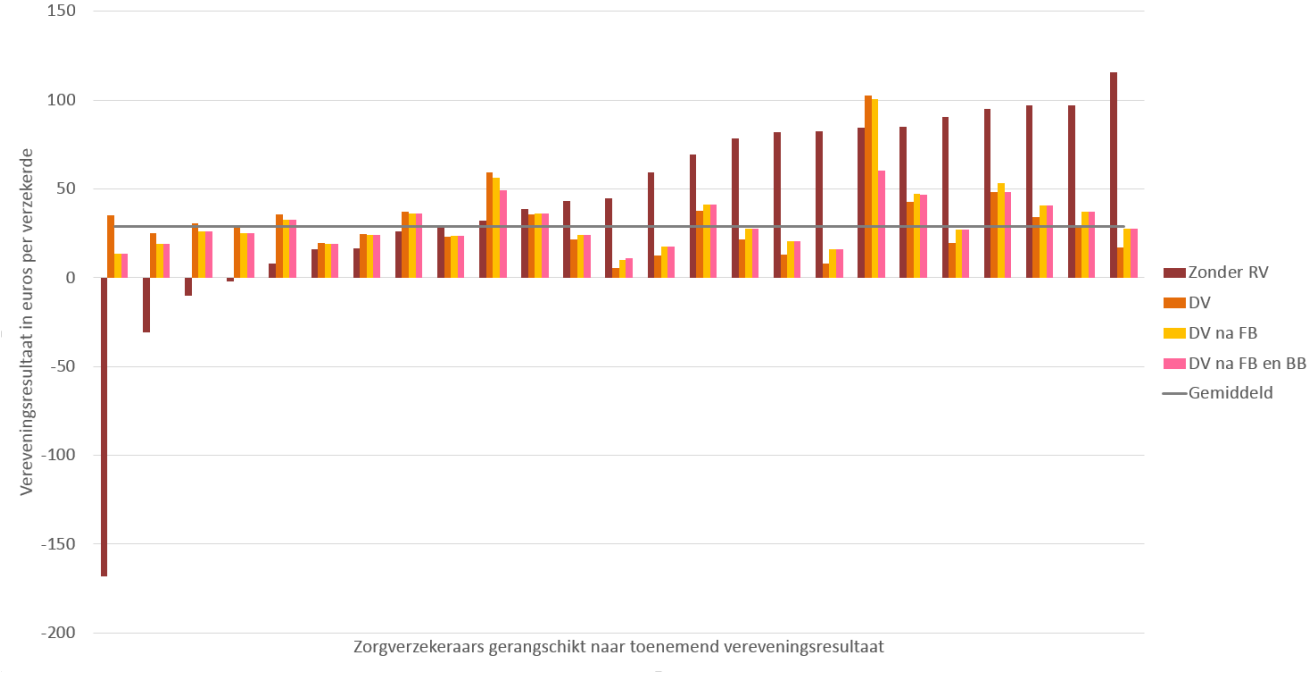
In 2015 zorgde het ex ante model ook voor de grootste verschuivingen in het gemiddeld vereveningsresultaat, namelijk € 36 per verzekerde ten opzichte van geen risicovereveningssysteem. Het flankerend beleid verzorgde voor een additionele verschuiving van € 0,03 per verzekerde. De bandbreedteregeling had een behoorlijk effect; het leidde tot een additionele verschuiving van € 16 per verzekerde. Voor eerdere jaren dan 2015 is geen vergelijking mogelijk, omdat de V&V-kosten per 2015 zijn overgeheveld.

4.3 gGGZ-kosten

4.3.1 Landelijk beeld

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

Figuur[23] en Tabel 4-9: Gemiddeld vereveningsresultaat voor de gGGZ-kosten in 2016 per zorgverzekeraar (*aflopend* gesorteerd naar kosten-per-verzekerde voor de situatie zonder risicovereveningssysteem), de tabel geeft het gemiddelde, de reikwijdte en de spreiding in € per verzekerde 18+.



	*Gemiddelde, in € **	*Reikwijdte, in €*	*Spreiding, in €*
Zonder RV	29	284	37
DV voor FB en BB	29	108	12
DV na FB	29	110	11
DV na FB en BB	28	72	8

Voetnoot Figuur en Tabel 4-9:
* Er is een zeer klein verschil in het gemiddelde macrovereveningsresultaat tussen het moment met en zonder bandbreedteregeling. De bandbreedteregeling is niet budgetneutraal. Het gemiddelde kostenniveau in 2016 is: € 240. Dit zijn de totale gerealiseerde kosten.

Gemiddelde vereveningsresultaat en reikwijdte

Verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars worden ingeperkt door het risicovereveningssysteem: de reikwijdte neemt af met ***75 %*** (van € 284 naar € 72 per verzekerde 18+: Tabel 4-9). Dit is minder dan vorig jaar: 88 % (Monitor 2015). De reductie in de reikwijdte van 75 % is het saldo van:

- ***Reductie van 62 %*** (vorig jaar 75 %) door het ex ante model (DV voor FB en BB), ten opzichte van de fictieve situatie. Een verklaring voor de forse afname van de reductie in de reikwijdte door het ex ante model is niet volledig vast te stellen, omdat het ex ante model relatief beperkt is gewijzigd en de reikwijdte in de situatie zonder risicovereveningssysteem is vergelijkbaar tussen beide jaren. Mogelijk kan een verklaring worden gevonden in de portefeuillesamenstelling van de uiterste zorgverzekeraars die de reikwijdte bepalen[24].
- ***Toename van 1 %*** (vorig jaar 2 %) door flankerend beleid (DV na FB), ten opzichte van de fictieve situatie. Deze toename is conform verwachting over de werking van flankerend beleid bij een onderschrijding van het MPB.

[23] Interpretatie grafiek: De 7e zorgverzekeraar van rechts heeft relatief weinig GGZ-kosten per verzekerde. Het ex ante model kent hem een relatief gemiddeld hogere vereveningsbijdrage toe op basis van de vereveningskenmerken van zijn verzekerden dan aan andere zorgverzekeraars. Het flankerend beleid laat zorgt ervoor dat deze zorgverzekeraar weer een klein bedrag afdraagt. De bandbreedteregeling nivelleert vervolgens zijn vereveningsresultaat uiteindelijk naar een niveau dat nog steeds fors boven het gemiddelde vereveningsresultaat zit.
[24] Om dit punt goed uit te zoeken zijn diepgaande(re) analyse(s) nodig dan in deze Monitor is en kan worden uitgevoerd.

- ***Reductie van 13 %*** (vorig jaar 14 %) door de bandbreedteregeling (DV na FB en BB), ten opzichte van de fictieve situatie. De bandbreedteregeling werkt zoals bedoeld om de uiterste risico's in te perken.

Het patroon in deze effecten komt overeen met voorgaande jaren, alhoewel de reductie in de reikwijdte in 2016 lager is dan in voorgaande jaren (Tabel 4-10). Opvallend hierin is de lagere reductie in de reikwijdte door het ex ante model. Over afgelopen jaren zijn er afwisselend verbeteringen en verslechteringen in de reductie door het ex ante model (in 2015 nam de reikwijdte met 75 % af door het ex ante model, ten opzichte van 65 % in 2014). In 2016 is de verbetering in de reductie van de reikwijdte die het ex ante model in 2015 liet zien, weer tenietgedaan. Een aandachtspunt hierbij is dat deze resultaten afhankelijk zijn van de portefeuillesamenstelling van zorgverzekeraars in het betreffende jaar, en deze portefeuillesamenstelling verandert over de jaren. Ook dienen wijzigingen in kostendefinities en –niveaus in acht te worden genomen bij vergelijking met voorgaande jaren. Hierdoor kunnen wij dergelijke verklaringen niet met zekerheid stellen.

Tabel 4-10: Reikwijdte en reikwijdte reductie van het gemiddelde vereveningsresultaat over 2012 t/m 2016 [a, b, c]

Jaar	*Zonder RV*	*DV voor FB en BB*		*DV na FB en BB*	
	Reikwijdte, in €	*Reikwijdte, in €*	*Reikwijdte reductie*	*Reikwijdte, in €*	*Reikwijdte reductie*
2012	332	126	62 %	23	93 %
2013	282	42	85 %	18	94 %
2014	248	88	65 %	30	88 %
2015	285	70	75 %	35	88 %
2016	284	108	62 %	72	75 %

Voetnoot Tabel 4-10:
a. Cijfers van 2012 t/m 2015 overgenomen uit eerdere edities van de Monitor.
b. Reikwijdte reductie ten opzichte van de fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem ('zonder RV').
c. Per 2015 is de HKC afgeschaft en geldt alleen de bandbreedteregeling. Eerdere jaren zijn zowel de HKC als bandbreedteregeling ingezet.

Spreiding

Het risicovereveningsysteem reduceert de spreiding met ***78 %***, ten opzichte van de fictieve situatie (€ 37 naar € 8 per verzekerde 18+: Tabel 4-9). Dit effect is het saldo van:

- ***Reductie van 68 %*** door het ex ante model (DV voor FB en ex post). Net zoals bij de reikwijdte, zorgt het ex ante model voor een grote reductie van de verschillen tussen zorgverzekeraars (de spreiding neemt af van € 37 naar € 12 per verzekerde).
- ***Reductie van 3 %*** door flankerend beleid (DV na FB), ten opzichte van de fictieve situatie.
- ***Reductie van 8 %*** door de bandbreedteregeling (DV na FB en BB), ten opzichte van de fictieve situatie.

Deze resultaten zijn in lijn met voorgaande jaren (Tabel 4-11). In voorgaande jaren zorgde het ex ante model ook voor een substantiële spreidingsreductie. In absolute termen is de spreiding zonder risicovereveningssysteem licht lager dan in 2015. Dit kan komen door wijzigingen in de kostendefinities in combinatie met wijzigingen in portefeuillesamenstellingen. Daarbij is in 2016 de spreidingsreductie door het risicovereveningssysteem lager dan in 2015: 83 % in 2015 versus 78 % in 2016. Hierin is net zoals bij de reductie in de reikwijdte te zien dat het ex ante model zorgt voor minder reductie in de spreiding dan in voorgaande drie jaren het geval is. Een eenduidige verklaring(en) is hiervoor niet te stellen. Bij vergelijking van de uitkomsten over de jaren dient hetzelfde in acht te worden genomen als hierboven vermeld.

Tabel 4-11: Spreiding en spreidingsreductie van het gemiddelde vereveningsresultaat over 2012 t/m 2016 [a, b, c]

Jaar	*Zonder RV*	*DV voor FB en BB*		*DV na FB en BB*	
	Spreiding, in €	*Spreiding, in €*	*Spreidingsreductie*	*Spreiding, in €*	*Spreidingsreductie*
2012	59	20	66 %	5	92 %
2013	53	8	85 %	5	91 %
2014	50	11	78 %	7	86 %
2015	40	9	78 %	7	83 %
2016	37	12	68 %	8	78 %

Voetnoot Tabel 4-11:
a. Cijfers van 2012 t/m 2015 overgenomen uit eerdere edities van de Monitor.
b. Spreidingsreductie ten opzichte van de fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem ('zonder RV').
c. Per 2015 is de HKC afgeschaft en geldt alleen de bandbreedteregeling. Eerdere jaren zijn zowel de HKC als bandbreedteregeling ingezet.

4.3.2 Nadere analyse op portefeuilleomvang

Klein/middelgroot/groot

Het risicovereveningssysteem werkt niet selectief voor zorgverzekeraars met een bepaalde omvang. Het risicovereveningssysteem zorgt er voor dat het gemiddelde vereveningsresultaat van zorgverzekeraars van verschillende omvang dichter bij het landelijk gemiddelde komen en daarmee dat de verschillen tussen zorgverzekeraars kleiner worden (Tabel 4-12). Dit blijkt uit:

- Voor kleine en grote zorgverzekeraars neemt het gemiddelde vereveningsresultaat toe door het risicovereveningssysteem, richting (grote zorgverzekeraars) of voorbij (kleine zorgverzekeraars) het landelijk gemiddelde. Zonder een risicovereveningsysteem liggen deze zorgverzekeraars onder het landelijk gemiddelde (€ 24 en € 16 respectievelijk, ten opzichte van € 29 per verzekerde 18+). Voor middelgrote zorgverzekeraars neemt het gemiddelde vereveningsresultaat door het risicovereveningssysteem juist af. Bij deze zorgverzekeraars ligt het gemiddelde vereveningsresultaat zonder risicovereveningssysteem boven het landelijk gemiddelde. De verschillen tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang hangt samen met de portefeuillesamenstelling; dit is zichtbaar in de resultaten bij de fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem.
- Flankerend beleid zorgt voor een beperkte afname van het gemiddelde vereveningsresultaat bij kleine en grote zorgverzekeraars en juist een toename van het gemiddelde vereveningsresultaat bij middelgrote zorgverzekeraars. Dit effect stemt overeen met de werking van flankerend beleid bij een onderschrijding van het MPB.
- De bandbreedteregeling zorgt ervoor dat de verschillen tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang verder afnemen richting het landelijk gemiddelde, met name bij kleine zorgverzekeraars heeft deze regeling effect om de onderlinge verschillen tussen deze zorgverzekeraars te reduceren.

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

	Gemiddelde, in €			*Reikwijdte, in €*			*Spreiding, in €*		
	Klein	*Middel groot*	*Groot*	*Klein*	*Middel groot*	*Groot*	*Klein*	*Middel groot*	*Groot*
Zonder RV	24	67	16	265	100	54	89	29	20
DV voor FB en BB	44	26	29	83	54	16	31	17	6
DV na FB	42	31	28	88	46	12	31	15	4
DV na FB en BB	34	30	28	47	38	12	17	13	4

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

- De reikwijdte neemt af door het risicovereveningssysteem, ongeacht de portefeuilleomvang. Het ex ante model zorgt bij kleine en grote zorgverzekeraars voor de grootste afname in de reikwijdte van het vereveningsresultaat: 82 % en 77 % respectievelijk. Bij middelgrote zorgverzekeraars zorgt het ex ante model voor een kleinere afname in de reikwijdte: 62 %.
- Het effect van het risicovereveningssysteem op de reikwijdte is groter voor kleine en grote zorgverzekeraars, dan voor middelgrote zorgverzekeraars.
- Het risicovereveningssysteem reduceert de spreiding voor zowel kleine, middelgrote als grote zorgverzekeraars. Deze reductie is het sterkst onder kleine en grote zorgverzekeraars (81 en 80 % respectievelijk).

Deze resultaten zijn qua patroon in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2012, 2013, 2014, 2015).

Behorend tot een concern/zelfstandige zorgverzekeraar

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 4-13):

- Het gemiddelde vereveningsresultaat voor concern-zorgverzekeraars stijgt licht door het ex ante model, flankerend beleid en de bandbreedteregeling. Bij zelfstandige zorgverzekeraars zijn er grotere verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat op de verschillende momenten. Het gemiddelde vereveningsresultaat voor zelfstandige zorgverzekeraars is op alle momenten hoger dan voor concern-zorgverzekeraars.
- Door het risicovereveningssysteem neemt de reikwijdte substantieel af voor concern zorgverzekeraars: 87 %, en in mindere mate voor zelfstandige zorgverzekeraars: 16 %. De initiële reikwijdte (in fictieve situatie) bij concern-zorgverzekeraars is veel hoger dan bij zelfstandige zorgverzekeraars. Dit geeft aan dat de twee uiterste concern-

zorgverzekeraars onderling sterker verschillen in resultaat en daarmee samenhangend de kosten en de portefeuillesamenstelling, ten opzichte van de twee uiterste zelfstandige zorgverzekeraars.

- De spreiding bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregelen is licht hoger voor zelfstandige-zorgverzekeraars dan voor concern-verzekeraars.

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

	Gemiddelde, in €		*Reikwijdte, in €*		*Spreiding, in €*	
	Concern	*Zelfstandig*	*Concern*	*Zelfstandig*	*Concern*	*Zelfstandig*
Geen RV	25	58	284	53	37	22
DV voor FB en ex post	28	41	42	95	8	25
DV na FB	27	42	43	85	7	22
DV na FB en BB	27	38	37	44	7	13

4.3.3 Gemiddelde resultaatverschuiving

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

- Ex ante model: € 33 per verzekerde 18+ ten opzichte van de fictieve situatie.
- Flankerend beleid: € 4 per verzekerde 18+ additionele verschuiving.
- Bandbandbreedteregeling: € 1 per verzekerde 18+ additionele verschuiving.

Deze resultaten zijn qua patroon vergelijkbaar met voorgaande jaren.

Tabel 4-13a: GGARV van zorgverzekeraars tussen verschillende tijdsmomenten over de jaren[25].

	Resultaten GGARV				
	2012	*2013*	*2014*	*2015*	*2016*
Ex ante model	32	34	36	32	33
Flankerend Beleid	1	6	6	3	4
HKC	8	8	5	-	-
Bandbreedte regeling	2	1	1	1	1

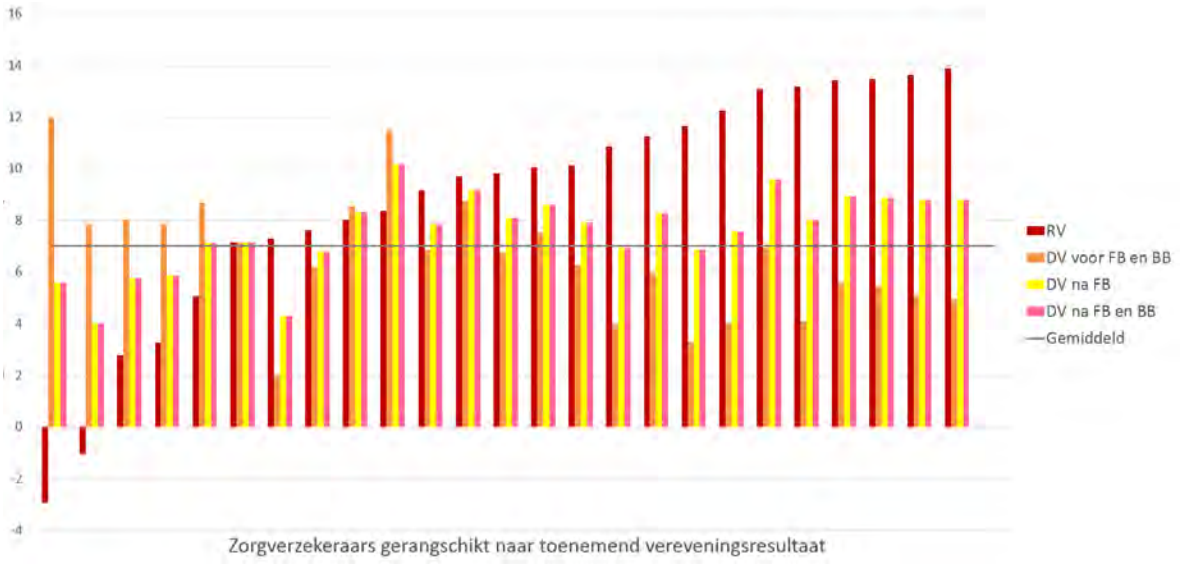
[25] De getallen in de tabel zijn afkomstig uit eerdere edities. Deze getallen zijn niet gecorrigeerd voor verschillen tussen de jaren in kostendefinities, modelwijzigingen, portefeuillesamenstellingen en andere factoren.

4.4 LGGZ-kosten

4.4.1 Landelijk beeld

Figuur 4-14 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat voor alle zorgverzekeraars op verschillende momenten voor de LGGZ-kosten. De bijbehorende tabel presenteert de reikwijdte en de spreiding.

Figuur en Tabel 4-14: Gemiddeld vereveningsresultaat voor de LGGZ-kosten in 2016 per zorgverzekeraar (*aflopend* gesorteerd naar kosten-per-verzekerde voor de situatie zonder risicovereveningssysteem), de tabel geeft het gemiddelde, de reikwijdte en de spreiding in € per verzekerde 18+.



	Gemiddelde, in € [a]	*Reikwijdte, in €*	*Spreiding, in €*
Zonder RV	7	17	4
DV voor FB en BB	7	10	1
DV na FB	7	6	1
DV na FB en BB	7	6	1

Voetnoot Figuur en Tabel 4-14:

a. Er is een zeer klein verschil in het gemiddelde macrovereveningsresultaat tussen het moment met en zonder bandbreedteregeling. De bandbreedteregeling is niet budgetneutraal. Het gemiddelde kostenniveau in 2016 is: € 19. Dit zijn de totale gerealiseerde kosten.

Gemiddelde vereveningsresultaat en reikwijdte

Verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars worden fors ingeperkt door het risicovereveningssysteem. De reikwijdte neemt af met ***65 %*** (van € 17 naar € 6 per verzekerde 18+: Tabel 4-9). Dit effect is het saldo van:

- ***Reductie van 41 %*** door het ex ante model (DV voor FB en BB). Dat is in vergelijking tot de andere ex ante modellen laag. Daarbij is de reikwijdte in absolute termen überhaupt laag. Er is (nog) geen vergelijking met voorgaande jaren mogelijk, omdat de LGGZ-kosten zijn overgeheveld per 2016.
- ***Afname van 24 %*** door flankerend beleid (DV na FB), ten opzichte van de fictieve situatie.
- ***Geen impact*** van de bandbreedteregeling (DV na FB en BB), ten opzichte van de fictieve situatie. Er zijn geen zorgverzekeraars geweest die buiten de bandbreedte vielen, waardoor deze regeling geen effect heeft gehad op de reductie in de reikwijdte van het vereveningsresultaat.

Spreiding

Het risicovereveningsysteem reduceert de spreiding met ***75 %***, ten opzichte van de fictieve situatie (€ 4 naar € 1 per verzekerde 18+: Tabel 4-14). Dit effect is het saldo van:

- ***Reductie van 75 %*** door het ex ante model (DV voor FB en BB). Net zoals bij de reikwijdte, zorgt het ex ante model voor een grote reductie van de verschillen tussen zorgverzekeraars (de spreiding neemt af van € 4 naar € 1 per verzekerde).

- ***Geen impact*** door flankerend beleid en bandbreedteregeling (DV na FB en BB), ten opzichte van de fictieve situatie.

Deze resultaten kunnen niet worden vergeleken met vorige jaren, omdat de LGGZ-kosten in 2016 zijn overgeheveld.

4.4.2 Nadere analyse op portefeuilleomvang

Klein/middelgroot/groot

Het risicovereveningssysteem zorgt ervoor dat het gemiddelde vereveningsresultaat van zorgverzekeraars van verschillende omvang dichter bij het landelijk gemiddelde komen (Tabel 4-15). Het risicovereveningssysteem werkt niet selectief voor zorgverzekeraars met een bepaalde omvang. Dit blijkt uit:

- Voor middelgrote zorgverzekeraars neemt het gemiddelde vereveningsresultaat af door het risicovereveningssysteem, richting het landelijk gemiddelde. Zonder een risicovereveningsysteem liggen deze zorgverzekeraars boven het landelijk gemiddelde (€ 12 ten opzichte van € 7 per verzekerde 18+). Voor kleine zorgverzekeraars ligt het gemiddelde vereveningsresultaat gelijk aan het landelijk gemiddelde voor de risicoverevening en grote zorgverzekeraars zitten net onder het landelijk gemiddelde zonder een risicovereveningssysteem. De verschillen tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang hangt samen met de portefeuillesamenstelling, echter deze verschillen lijken relatief beperkt op basis van de resultaten bij de fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem.
- Flankerend beleid zorgt voor een afname van het gemiddelde vereveningsresultaat bij grote zorgverzekeraars en juist een toename van het gemiddelde vereveningsresultaat bij middelgrote zorgverzekeraars. Dit effect stemt overeen met de werking van flankerend beleid bij een onderschrijding van het MPB. Bij kleine zorgverzekeraars heeft flankerend beleid geen impact op het gemiddelde vereveningsresultaat.
- De bandbreedteregeling heeft geen impact op de zorgverzekeraars van verschillende omvang.

Tabel 4-15: Gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding voor zorgverzekeraars ingedeeld naar omvang.

	Gemiddelde, in €			*Reikwijdte, in €*			*Spreiding, in €*		
	Klein	*Middel groot*	*Groot*	*Klein*	*Middel groot*	*Groot*	*Klein*	*Middel groot*	*Groot*
Zonder RV	7	12	5	17	6	7	6	2	3
DV voor FB en BB	7	6	8	10	5	3	4	1	1
DV na FB	7	8	7	6	3	3	2	1	1
DV na FB en BB	7	8	7	6	3	3	2	1	1

Voor de reikwijdte van het vereveningsresultaat en de spreiding in het vereveningsresultaat zijn dezelfde effecten van de werking van het risicovereveningssysteem waar te nemen (Tabel 4-15):

- De reikwijdte neemt af door het risicovereveningssysteem, ongeacht de portefeuilleomvang. Het ex ante model zorgt bij kleine zorgverzekeraars voor de grootste afname in de reikwijdte van het vereveningsresultaat: 64 %. Voor middelgrote en grote zorgverzekeraars is deze afname 55 % en 53 % respectievelijk. Flankerend beleid en bandbreedteregeling hebben geen impact op de reikwijdte.
- Het effect van het risicovereveningssysteem op de reikwijdte is groter voor kleine en grote zorgverzekeraars, dan voor middelgrote zorgverzekeraars. Met name geldt dit voor de kleine zorgverzekeraars. Dit komt doordat de reikwijdte bij middelgrote zorgverzekeraars in de fictieve situatie al lager is dan bij kleine en grote zorgverzekeraars.
- Het risicovereveningssysteem reduceert de spreiding voor zowel kleine, middelgrote als grote zorgverzekeraars. Deze reductie is het sterkst onder kleine en grote zorgverzekeraars (beiden 67 %).

Behorend tot een concern/zelfstandige zorgverzekeraar

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 is (Tabel 4-16):

- Het gemiddelde vereveningsresultaat voor zowel zelfstandige als concern-zorgverzekeraars is vrij constant, ongeacht het moment.
- Door het risicovereveningssysteem neemt de reikwijdte substantieel af voor zowel concern- als zelfstandige zorgverzekeraars: respectievelijk 64 % en 10 %. De initiële reikwijdte (in fictieve situatie) bij concern-zorgverzekeraars is hoger dan bij zelfstandige zorgverzekeraars. Dit geeft aan dat de twee uiterste concern-

zorgverzekeraars onderling sterker verschillen in resultaat en daarmee samenhangend de kosten en de portefeuillesamenstelling, ten opzichte van de twee uiterste zelfstandige zorgverzekeraars.

- De spreiding bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregelen daalt voor zowel voor concern- als zelfstandige zorgverzekeraars. De spreiding is hoger voor concern zorgverzekeraars.

Tabel 4-16: Gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding voor concern- en zelfstandige zorgverzekeraars.

	Gemiddelde, in €		*Reikwijdte, in €*		*Spreiding, in €*	
	Concern	*Zelfstandig*	*Concern*	*Zelfstandig*	*Concern*	*Zelfstandig*
Geen RV	7	10	17	7	4	2
DV voor FB en ex post	7	7	9	10	1	2
DV na FB	7	8	6	6	1	1
DV na FB en BB	7	8	6	6	1	1

4.4.3 Gemiddelde resultaatverschuiving

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

- Ex ante model: € 253 per verzekerde 18+ ten opzichte van de fictieve situatie.
- Flankerend beleid: € 2 per verzekerde 18+ additionele verschuiving.
- Bandbandbreedteregeling: € 0 per verzekerde 18+ additionele verschuiving.

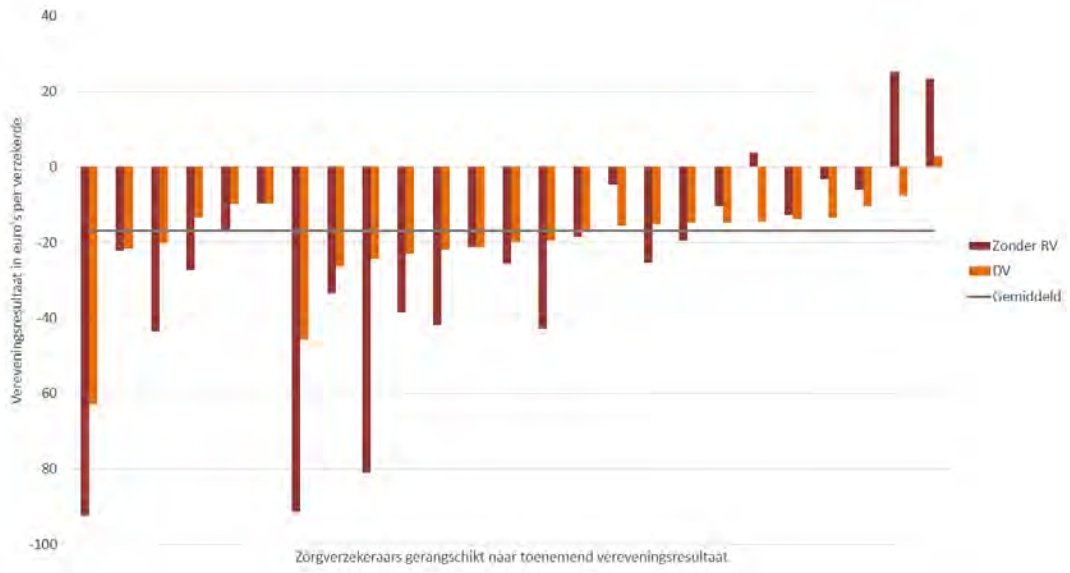
Er is (nog) geen vergelijking met voorgaande jaren mogelijk.

4.5 Opbrengsten verplicht eigen risico

4.5.1 Landelijk beeld

Figuur 4-17 presenteert de resultaten voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico voor alle zorgverzekeraars op verschillende momenten. De bijbehorende tabel presenteert de reikwijdte en de spreiding.

Figuur en Tabel 4-17 Gemiddelde vereveningsresultaat voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico in 2016 per zorgverzekeraar (*aflopend* gesorteerd naar kosten-per-verzekerde voor de situatie zonder risicovereveningssysteem), de tabel geeft de reikwijdte in vereveningsresultaat en spreiding, in € per verzekerde 18+.



	Gemiddelde, in €	*Reikwijdte, in €*	*Spreiding, in €*
Geen RV	-17	117	19
DV	-17	66	7

Gemiddelde vereveningsresultaat en reikwijdte

Het gemiddelde vereveningsresultaat is € - 17 per verzekerde 18+ bij de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage. Dit is lager dan vorig jaar: € - 27 per verzekerde 18+ (Monitor 2015).

De reikwijdte neemt met ***44 %*** af (van € 117 per verzekerde 18+ zonder risicovereveningssysteem naar € 66 per verzekerde 18+ na toepassing van het ex ante model – Tabel 4-17). Het ex ante model verkleint het verschil in het gemiddelde vereveningsresultaat van de twee uiterste zorgverzekeraars, ten opzichte van een situatie zonder een ex ante model. Dit is in lijn met voorgaande jaren (Tabel 4-18).

Figuur 4-18: Reikwijdte en reikwijdte reductie van het gemiddelde vereveningsresultaat over 2012 t/m 2016.

Jaar	*Zonder RV*	*DV*	
	Reikwijdte, in €	*Reikwijdte, in €*	*Reikwijdte reductie*
2012	62	41	34 %
2013	91	51	44 %
2014	101	51	50 %
2015	114	52	54 %
2016	117	66	44 %

Voetnoot Tabel 4-18:
a. Cijfers van 2012 t/m 2015 overgenomen uit eerdere edities van de Monitor.
b. Spreidingsreductie ten opzichte van de fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem (‘zonder RV’).

Spreiding

De spreiding in het vereveningsresultaat neemt door het ex ante model af met ***63 %*** (van € 19 naar € 7 per verzekerde: Tabel 4-17). Het risicovereveningssysteem draagt bij aan het terugbrengen van verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico.

De spreidingsreductie is vergelijkbaar met voorgaande jaren (Tabel 4-19). De definitie van de forfaitaire groep is gewijzigd ten opzichte van 2015. De forfaitaire groep is uitgebreid met HKG’s. De forfaitaire groep bestaat uit verzekerden die zijn ingedeeld in een positieve risicoklasse van een FKG, DKG, HKG en/ of MHK. Het verplicht eigen risico bedrag is over de periode 2008 tot en met 2016 verhoogd. De absolute spreiding in de situatie zonder een risicovereveningssysteem is toegenomen over de jaren. Het is aannemelijk dat de spreiding toeneemt bij een hoger eigen risico bedrag.

Figuur 4-19: Spreiding en spreidingsreductie van het gemiddelde vereveningsresultaat over 2012 t/m 2016.

Jaar	*Zonder RV*	*DV*	
	Spreiding, in €	*Spreiding, in €*	*Spreidingsreductie*
2012	9	5	44 %
2013	15	7	53 %
2014	16	6	63 %
2015	17	6	65 %
2016	19	7	63 %

Voetnoot Tabel 4-19:
a. Cijfers van 2012 t/m 2015 overgenomen uit eerdere edities van de Monitor.
b. Spreidingsreductie ten opzichte van de fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem (‘zonder RV’).

4.5.2 Nadere analyse op basis van portefeuilleomvang

Klein/middelgroot/groot

De ingehouden korting op de bijdrage en de opbrengsten van het verplicht eigen risico sluiten beter op elkaar aan voor middelgrote en grote zorgverzekeraars dan voor kleine zorgverzekeraars. Dit is te zien doordat het gemiddelde vereveningsresultaat van kleine zorgverzekeraars lager is dan voor middelgrote en grote zorgverzekeraars (Tabel 4-20). In voorgaande jaren sloten de ingehouden korting op de bijdrage en de opbrengsten van het verplicht eigen risico beter op elkaar aan voor kleine en grote zorgverzekeraars dan voor middelgrote zorgverzekeraars (Monitor 2014, 2015). Hiervoor kan geen eenduidige verklaring worden aangedragen op basis van de uitgevoerde analyses.

Tabel 4-20: Gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding voor zorgverzekeraars ingedeeld naar omvang.

	Gemiddelde, in €			*Reikwijdte, in €*			*Spreiding, in €*		
	Klein	*Middelgroot*	*Groot*	*Klein*	*Middelgroot*	*Groot*	*Klein*	*Middelgroot*	*Groot*
Geen RV	-36	-27	-15	117	96	30	45	24	8
DV	-24	-18	-17	66	36	13	22	9	3

Het risicovereveningssysteem reduceert verschillen in de reikwijdte en spreiding (Tabel 4-20). Bij kleine zorgverzekeraars zijn de reikwijdte en spreiding van het vereveningsresultaat het hoogst en bij grote zorgverzekeraars het laagst.

Behorend tot een concern/zelfstandige zorgverzekeraars

Door het risicovereveningssysteem (ex ante model) komt het gemiddelde vereveningsresultaat voor concern en zelfstandige zorgverzekeraars dichter bij elkaar (Tabel 4-21). 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.

Tabel 4-21: Gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding voor concern- en zelfstandige zorgverzekeraars.

	Gemiddelde, in €		*Reikwijdte, in €*		*Spreiding, in €*	
	Concern	*Zelfstandig*	*Concern*	*Zelfstandig*	*Concern*	*Zelfstandig*
Geen RV	-15	-27	116	83	18	22
DV	-17	-18	49	53	6	14

Op dezelfde wijze heeft het risicovereveningsysteem in 2016 effect op de reikwijdte in het gemiddelde vereveningsresultaat (Tabel 4-21). De reikwijdte is bij concern-zorgverzekeraars hoger dan bij zelfstandige zorgverzekeraars in geval er geen risicovereveningssysteem is. In 2013, 2014 en 2015 was dit ook het geval, in 2012 was de reikwijdte in het vereveningsresultaat juist voor zelfstandige zorgverzekeraars hoger (Monitor 2012 t/m 2015). Deze omslag komt mogelijk door de stijging van het verplicht eigen risico over de jaren in combinatie met wijzigingen in de portefeuillesamenstellingen.

Bij concern-zorgverzekeraars is de spreiding lager dan bij zelfstandige zorgverzekeraars (Tabel 4-21). Dit is in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2012 t/m 2015).

4.5.3 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 ex ante model zorgt voor een verschuiving van gemiddeld € 9 per verzekerde 18+ op het resultaat van zorgverzekeraars. Deze GGARV is ongeveer gelijk aan die van vorige jaren (Monitor 2014 en 2015).

5 Subgroepniveau

Bevindingen

Somatische kosten

- Onder het somatische model 2016 zijn er gemiddelde onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen (na correctie voor het macroverevenings resultaat en na toepassing van flankerend beleid):
  - Over het algemeen geldt: een gemiddelde *onder*compensatie voor subgroepen met hoge kosten in het vorige jaar – top 1 %, 3 %, 5 % en 15 % - en gemiddelde *over*compensatie voor subgroepen met geen tot relatief weinig kosten in het vorige jaar. De gemiddelde kosten van verzekerden met hoge kosten in het vorige jaar zijn relatief sterk gestegen ten opzichte van vorig jaar, mogelijk als gevolg van de overheveling van dure geneesmiddelen.
  - Er is een adequate compensatie of een lichte ondercompensatie (€ 54 en € 64) voor verzekerden zonder een somatische en psychische aandoening en verzekerden 18 jaar en ouder met alleen een somatische aandoening, bij een grens van € 50 (in totaal 89,8 % van de Zvw-bevolking). Voor de resterende 10,2 % van de Zvw-bevolking gelden relatief hoge gemiddelde ondercompensaties; dit zijn verzekerden onder de 18 jaar met een somatische aandoening, verzekerden van 18 jaar tot en met 64 jaar met een psychische aandoening (ongeacht somatische aandoening) en verzekerden van 65 jaar en ouder met een psychische aandoening en zonder een somatische aandoening.
- Over het algemeen gelden voor dezelfde subgroepen onder- en overcompensaties als in voorgaande jaren.
- Zoals voorgaande jaren erkent het ex ante model 2016 niet in voldoende mate multi-morbiditeit en/of meervoudigheid van gezondheidsproblematiek, en de interactie tussen een somatische en psychische aandoening.

V&V-kosten

- Onder het V&V-model 2016 zijn er gemiddelde onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen (na correctie voor het macroverevenings resultaat en na toepassing van flankerend beleid):
  - Er is een gemiddelde *onder*compensatie voor subgroepen met de hoogste kosten in het vorige jaar – top 1 % en 3 % - maar ook voor de laagste 25 %. De verzekerden in de top 1 % en 3 % van de V&V-kosten zijn verzekerden met meerdere (chronische) aandoeningen, die bovengemiddelde kosten hebben in het vorige jaar en in het huidige jaar. Het ex ante model is niet in staat om in voldoende mate deze verzekerden met meerdere (chronische) aandoeningen en veel V&V-zorg adequaat te compenseren.
  - Er is een gemiddelde *over*compensatie voor subgroepen in de top 5 % en 15 %. Dit zijn subgroepen met bovengemiddelde V&V-kosten, waarbij er ook verzekerden zijn met meerdere (chronische) aandoeningen. Dit zijn echter de relatief gezondere verzekerden van de V&V-gebruikers ten opzichte van de verzekerden in de top 1% en 3%.
  - Er geldt een gemiddelde ondercompensatie voor verzekerden onder de 18 jaar met een somatische aandoening bij een grens van € 50.
  - De onder- en overcompensaties voor subgroepen op basis van combinatie van morbiditeit met leeftijd zijn verbeterd ten opzichte van vorig jaar als gevolg van de modelverbeteringen.
- Deze onder- en overcompensaties pakken anders uit voor zorgverzekeraars in de praktijk, vanwege de bandbreedteregeling, die *niet* is inbegrepen in bovenstaande resultaten.

gGGZ-kosten

- Onder het gGGZ-model 2016 zijn er gemiddelde onder- en overcompensaties (na correctie voor het macroverevenings resultaat en na toepassing van flankerend beleid):
  - Gezien de typerende verdeling van de gGGZ-kosten, wordt het overgrote deel van de verzekerden zonder gGGZ-kosten adequaat gecompenseerd (bij een grens van € 50). Verzekerden met weinig GGZ-kosten in het vorige jaar – in de laagste 25 % - worden gemiddeld *over*gecompenseerd. Verzekerden met (zeer) hoge gGGZ-kosten in het vorig jaar – in de hoogste 1 %, 3 % en 5 % – worden gemiddeld *onder*gecompenseerd. Deze ondercompensatie is afgenomen ten opzichte van vorig jaar als gevolg van de modelverbeteringen. Echter, de ondercompensaties 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 zowel een somatische als psychische aandoening. Deze verzekerden worden gemiddeld ondergecompenseerd; net zoals in vorig jaar.

- Over het algemeen zijn voor dezelfde subgroepen de bevindingen in lijn met voorgaande jaren.
- Het GGZ-model van 2016 is niet voldoende in staat om de kosten van verzekerden met ernstige en/of meervoudige psychische gezondheidsproblematiek adequaat te compenseren.
- Deze onder- en overcompensaties pakken anders uit voor zorgverzekeraars in de praktijk, vanwege de bandbreedteregeling, die *niet* is inbegrepen in bovenstaande resultaten.

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

Wij definiëren dezelfde subgroepen als in vorige edities, rekening houdend met wijzigingen in de definitie van vereveningskenmerken (Bijlage B)[26]. Een somatische aandoening is gedefinieerd als een verzekerde is ingedeeld in minimaal één positieve klasse van FKG, DKG, HKG of MHK. Een psychische aandoening is gedefinieerd als een verzekerde is ingedeeld in minimaal één positieve klasse van psychische FKG, DKG-GGZ en MHK-GGZ. Alle verzekerden in de Zvw-bevolking zijn ingedeeld in subgroepen. De indeling van verzekerden naar de subgroepen verschilt van jaar-op-jaar. Het gaat bij deze analyse *niet* om het opvolgen van dezelfde verzekerden over de jaren, maar om te analyseren of het patroon in de resultaten voor de onderzochte subgroepen in lijn is met voorgaande jaren (Monitor 2012 t/m 2015).

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

- Wij analyseren het gemiddelde vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling, *voor* en *na* flankerend beleid.[27] Bij de resultaten voor flankerend beleid corrigeren wij wel voor het macrovereveningsresultaat. Wij romen het macrovereveningsresultaat af over alle verzekerden in de Zvw-populatie met een procentuele schalingsfactor (vergelijkbaar met stap 1 van flankerend beleid). Flankerend beleid wordt door ZIN uitgevoerd op zorgverzekeraarsniveau; in onderhavige analyses simuleren wij het effect van flankerend beleid op verzekerdenniveau. Flankerend beleid passen wij in twee stappen toe, zoals in de uitvoering:
  1. Wij passen een procentuele schalingsfactor toe om het macrovereveningsresultaat af te romen;
  2. Iedere verzekerde van 18+ krijgt een vast bedrag toebedeeld om het macrovereveningsresultaat evenredig toe te delen.

  Met deze simulatie van flankerend beleid geven wij inzicht in het effect van flankerend beleid op de onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen; wij geven in dit hoofdstuk geen inzicht in herverdelingseffecten tussen zorgverzekeraars; zie hiervoor Hoofdstuk 4.
- De bandbreedteregeling voor de V&V- en gGGZ-kosten nemen wij *niet* mee in deze analyses op subgroepen. Deze regeling wordt op zorgverzekeraarsniveau uitgevoerd en kan daarmee niet volledig worden uitgevoerd op subgroepniveau. Voor zorgverzekeraars kan de daadwerkelijke onder- en overcompensatie voor de subgroepen voor de V&V- en gGGZ-kosten anders uitpakken door de bandbreedteregeling. Criteriumneutraliteit nemen wij wel mee in de analyses.
- Wij nemen alle risicodragende kosten onder de Zvw mee, afzonderlijk voor de somatische zorg, V&V en gGGZ. Wij maken geen onderscheid in kosten waarvoor het ex ante model dient te compenseren en voor welke kosten niet. Voor het realiseren van de beleidsdoelen is het niet nodig dat de gemiddelde onder- en overcompensaties voor alle onderzochte subgroepen gelijk zijn aan nul.
- Het is de 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 ex ante model. Zo kunnen verzekerden kosten hebben die direct gerelateerd zijn aan een (chronische) aandoening(en) of is er incidenteel zorggebruik. Het ex ante model kan en hoeft niet alle 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

[26] Wij nemen het FGG-kenmerk niet mee in de definitie van een somatische aandoening, ten behoeve van vergelijkbaarheid met vorige edities van de Monitor. Wij houden rekening met wijzigingen van vereveningskenmerken in 2016, zoals het groot onderhoud voor FKG en DKG. De vereveningskenmerken FKG, DKG, HKG en MHK zijn gebruikt zoals aangeleverd in de bestanden (en gebruikt in de uitvoering van 2016).
[27] Zoals in de Monitor 2015 editie, presenteren wij: 1) de resultaten *na* correctie voor het macrovereveningsresultaat, en 2) de resultaten *na* flankerend beleid (zowel stap 1 als stap 2 van dit beleid).

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, kan worden geconcludeerd dat het ex ante model voor deze subgroepen de kosten niet in voldoende mate compenseert.

- Wij onderzoeken enkele subgroepen ter indicatie van de werking van de ex ante modellen. Deze analyses zijn niet toereikend om conclusies te trekken of en in welke mate de ex ante modellen de beoogde beleidsdoelen volledig bereiken. Daarvoor is het nodig om veel uitgebreider en diepgaander onderzoek te doen naar de onder- en overcompensaties op onderliggende patiëntgroepen (zie hiervoor het advies op pagina 5). Ook stellen wij niet dat de gedefinieerde subgroepen een-op-een opgenomen zouden moeten worden als vereveningskenmerk in het ex ante model. Deze subgroepen zijn bedoeld om een dwarsdoorsnede van de Zvw-bevolking te krijgen van de verevende werking van de ex ante modellen 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 ex ante modellen.

5.1 Somatische kosten

5.1.1 Subgroepen op basis van kosten van vorig jaar

Wij analyseren het gemiddelde vereveningsresultaat en de kosten voor subgroepen op basis van de somatische kosten van 2015, ter indicatie van de verevende werking van het ex ante model en het effect van flankerend beleid (Tabel 5-1). Verzekerden die in 2016 zijn geboren of geïmmigreerd, zijn ingedeeld in de subgroep laagste 15 %. Verzekerden die in 2015 zijn overleden of geëmigreerd zijn niet inbegrepen. Door deze in- en uitstroom is de omvang van de subgroepen in 2016 niet exact gelijk aan de gestelde percentielklassen op basis van de kosten van 2015. De subgroepen sluiten elkaar uit: e.g. de hoogste 3 % bevat niet de verzekerden in de hoogste 1 %.

Tabel 5-1: Gemiddelde vereveningsresultaat en somatische kosten in 2016 voor subgroepen op basis van kosten in 2015, 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 2015 [a]	Aantal (%) [b]	Definitieve vaststelling 2016 Gemiddelde vereveningsresultaat in € [c] *Voor* FB, *na* correctie macrovereveningsresultaat [d]	*Na* FB [e]	Gemiddelde kosten in €
Hoogste 1 % (99 % - 100 %)	0,8	- 6.539	- 6.533	25.410
Hoogste 3 % (97 % - 99 %)	1,8	-1.115	- 1.109	12.134
Hoogste 5 % (95 % - 97 %)	1,9	- 501	- 495	7.726
Hoogste 15 % (85 % - 95 %)	9,8	- 295	- 289	4.740
Midden 70 % (15 % - 85 %)	70,1	97	102	1.308
Laagste 15 % (0 % - 15 %) [f]	15,6	287	293	699
Totaal	100	0	5	2.065

Voetnoot Tabel 5-1:

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 berekening van het vereveningsresultaat nemen wij criteriumneutraliteit mee voor MHK. 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 B. 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 0,997 (afgerond).
e. Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 0,997 *plus* een vast bedrag van € 6,5 per verzekerde 18+. Dit is een simulatie van het effect van flankerend beleid.
f. Deze subgroep bevat ook de instromers in 2016 (geborenen en immigranten). Dit is 1,0 % van de totale Zvw-bevolking. Deze verzekerden wijken over het algemeen qua kosten af van de andere verzekerden in deze subgroep.

Werking van ex ante model: resultaten na correctie voor macrovereveningsresultaat

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

- Gegeven deze subgroepen, wordt het overgrote deel van de Zvw-bevolking gemiddeld overgecompenseerd: verzekerden in de laagste 15 % met gemiddeld € 287 en verzekerden in de midden 70 % met gemiddeld € 97 per verzekerde. Dit patroon is in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2014 en 2015). De gemiddelde kosten van deze subgroepen zijn vergelijkbaar met vorig jaar, rekening houdend met de stijging van de somatische kosten in 2016, ten opzichte van 2015. Deze subgroepen hebben relatief weinig tot geen kosten in het vorige jaar en kosten onder het landelijk gemiddelde in 2016. Dit zijn de relatief gezonde verzekerden in de Zvw-bevolking.
- In opvolging hierop, de kosten van verzekerden in de top 15 %, met name in de top 1 %, zijn gestegen ten opzichte van vorig jaar (en voorgaande jaren). Het betreft een stijging van 14 %, 22 %, 14 % en 6 % voor de top 1 %, 3 %, 5 % en 15 %, respectievelijk (landelijke stijging is 7 %). Dit hangt mogelijk (deels) samen met de overhevelingen per 2016 voor de dure geneesmiddelen.
- Verzekerden in de top 1 %, 3 %, 5 % en 15 % worden ondergecompenseerd met gemiddeld € 6.539, € 1.115, € 501 en € 295 per verzekerde, respectievelijk. In voorgaande jaren waren er voor de subgroepen in de hoogste 1 % en 3 % ook substantiële gemiddelde ondercompensaties (Monitor 2012 t/m 2015). Ondanks de modelverbeteringen per 2016, is het ex ante model niet in staat adequaat te compenseren voor deze verzekerden met hoge kosten in het vorige jaar. Mogelijk wordt dit in 2016 ook deels beïnvloed door de misschatting bij de DKG's: zie Deel II. Voor de subgroep top 1 % compenseert het ex ante model 74 % van de kosten en voor de top 3 % voor 91 %; daarmee resteert 26 % en 1 % van de kosten van deze subgroepen die niet worden gecompenseerd.[28] Deze verzekerden hebben (sterk) bovengemiddelde kosten in het huidige jaar: 5 tot 12 keer boven het landelijk gemiddelde. Dit geeft de sterke samenhang weer tussen kosten in het vorige jaar en kosten in het huidige jaar. Dit zijn verzekerden met een of meerdere (chronische) aandoeningen (zie nadere beschouwing).

Resultaten na flankerend beleid

Voor deze subgroepen zijn dezelfde patronen in het gemiddelde vereveningsresultaat te zien na flankerend beleid als in de situatie na correctie voor het macrovereveningsresultaat. Flankerend beleid zorgt er in dit geval voor dat de gemiddelde ondercompensaties voor de subgroepen (hoogste 1 %, 3 %, 5 % en 15 %) licht afnemen en de overcompensaties voor de andere subgroepen licht toenemen. Zorgverzekeraars krijgen namelijk voor elke verzekerde 18+ een vast bedrag van het macrovereveningsresultaat toebedeeld (€ 6,5) als onderdeel van flankerend beleid, nadat het macrovereveningsresultaat procentueel is afgeroomd.

Nadere beschouwing

Om meer inzicht te krijgen in bovenstaande resultaten, is een nadere analyse uitgevoerd naar de (morbiditeits-)kenmerken van deze onderzochte subgroepen. Dit kan leiden tot een verklaring voor de geconstateerde onder- en overcompensaties voor deze subgroepen en mogelijk aanknopingspunten voor modelverbeteringen. De misschatting van de prevalenties bij de DKG's kan het beeld beïnvloeden.

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

Subgroepen [a] op basis van kosten 2015	Percentage (%) in positieve risicoklasse van morbiditeitskenmerk				
	FKG>0	MHK>0	DKG>0	HKG>0	Combinaties [b]
Hoogste 1 % (99 % - 100 %)	70	61,5	84,4	16,1	8,1
Hoogste 3 % (97 % - 99 %)	70,6	57,6	73,3	10,8	4,2
Hoogste 5 % (95 % - 97 %)	57	49,9	56,9	8,1	2,1
Hoogste 15 % (85 % - 95 %)	49,8	35,4	30,8	3,7	0,4
Midden 70 % (15 % - 85 %)	17,2	0,1	4,4	0,1	0
Laagste 15 % (0 % - 15 %)	0,1	0	0	0	0

Voetnoot Tabel 5-2:
a. De subgroepen sluiten elkaar uit.
b. Combinatie van FKG>0, MHK >0, DKG>0, HKG>0, ter indicatie van multi-morbiditeit.

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

[28] Berekening: 100 % * (25.410 – 6.539)/25.410 = 74 % en 100 % * 6.539/25.410 = 26 %.

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 en 2015). De patronen in de prevalenties zijn ook vergelijkbaar. Deze observaties wijzen erop dat de modelverbeteringen in 2016 specifiek deze multi-morbiditeit of meervoudigheid niet voldoende erkend hebben, waardoor wij dezelfde constateringen doen als in voorgaande edities van de Monitor. Het kenmerk GSM is te heterogeen om deze problematiek te ondervangen. Wij adviseren hier nader onderzoek naar te doen.

5.1.2 Subgroepen samenhang aandoening en leeftijdsgroepen

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

Tabel 5-3: Gemiddelde vereveningsresultaat en de somatische kosten in 2016 voor subgroepen op basis van samenhang voor somatische en/of psychische aandoening in combinatie met leeftijd, bij de definitieve vaststelling *voor* en *na* flankerend beleid (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd [a]	Aantal (%) [b]	Definitieve vaststelling 2016 Gemiddelde vereveningsresultaat in € [c]		Gemiddelde kosten in €
		Voor FB, *na* correctie macrovereveningsresultaat [d]	*Na* FB [e]	
Verzekerden onder de 18 jaar				
- Geen somatische aandoening	19,3	8	8	880
- Wel somatische aandoening	0,9	- 1.107	- 1.107	6.160
Verzekerden 18 jaar tot en met 64 jaar				
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	43,6	54	60	864
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	5	-192	- 185	1.191
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	8,6	-35	-29	4.468
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	4	- 93	-86	4.033
Verzekerden van 65 jaar en ouder				
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	7,1	64	71	2.084
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	0,3	- 152	-145	2.386
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	9,9	- 28	- 22	6.218
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	1,3	- 44	- 37	6.756
Totaal	**100**	**0**	**5**	**2.065**

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 berekening van het vereveningsresultaat nemen wij criteriumneutraliteit mee voor MHK. 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 B. 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 0,997 (afgerond).
e. Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 0,997 (afgerond) *plus* een vast bedrag van € 6,5 per verzekerde 18+. Dit is een simulatie van het effect van flankerend beleid.

Werking van ex ante model: resultaten na correctie voor macrovereveningsresultaat

Het somatische model geeft een adequate compensatie voor het merendeel van de Zvw-bevolking op basis van de onderzochte subgroepen (bij een grens van € 50) en relatief hoge gemiddelde ondercompensaties voor een aantal andere subgroepen (in totaal 10,2 %). Het percentage van de Zvw-bevolking dat op basis van de onderzochte subgroepen relatief hoge gemiddelde ondercompensaties heeft is gedaald ten opzichte van vorig jaar (11,6 % in 2015). Opvallend is dat verzekerden van 18 jaar en ouder met enkel een somatische aandoening (zonder psychische aandoening) adequaat worden gecompenseerd, echter dit is niet het geval bij aanwezigheid van een psychische aandoening. De introductie van het vereveningskenmerk GSM levert geen bijdrage op het gebied van de samenhang tussen een somatische en psychische aandoening, aangezien dit kenmerk alleen is gericht op somatische

aandoeningen. Het onderkennen van de interactie tussen somatische en psychische aandoeningen is voorgaande jaren ook geconstateerd (Monitor 2012 t/m 2015)[29]. Deze bevindingen worden onderbouwd door:

- Het overgrote deel van de Zvw-bevolking heeft geen somatische en psychische aandoening (ongeacht leeftijd): 70 %. Deze subgroepen worden adequaat gecompenseerd of licht overgecompenseerd bij een grens van € 50. In voorgaande jaren werden deze subgroepen ook adequaat gecompenseerd, dan wel licht overgecompenseerd (Monitor 2014 en 2015). De gemiddelde kosten van deze subgroepen zijn vergelijkbaar (c.q. lichte toename maar minder dan landelijk gemiddelde stijging) met die van vorig jaar.
- Ook verzekerden boven de 18 jaar met een somatische aandoening en zonder psychische aandoening worden gemiddeld genomen adequaat gecompenseerd, bij een grens van € 50.
- Verzekerden jonger dan 18 jaar met een somatische aandoening worden gemiddeld ondergecompenseerd met € 1.107 per verzekerde. Dit is 0,9 % van de Zvw-bevolking. De gemiddelde kosten van deze verzekerden zijn relatief hoog: € 6.160 per verzekerde. Dit is 3 keer zo hoog als de landelijk gemiddelde kosten. In voorgaande jaren is voor deze subgroep ook ondercompensaties geconstateerd (Monitor 2012 t/m 2015). Echter is de ondercompensatie absoluut gezien bijna gehalveerd ten opzichte van vorig jaar. Dat wordt vooral verklaard door een daling van de gemiddelde kosten van deze groep met meer dan € 1.000 per verzekerde. Het ex ante model 2016 is in staat 82,2 % van de kosten van deze subgroep te voorspellen en daarmee 17,8 % (nog) niet. Vorig jaar werd 71 % van de kosten van deze subgroep voorspelt en 29 % (nog) niet (Monitor 2015). De verevende werking is daarmee voor deze subgroep verbeterd in 2016.
- Voor verzekerden vanaf 18 jaar met een psychische aandoening (ongeacht een somatische aandoening) geldt een gemiddelde ondercompensatie: gemiddeld tussen de € 93 en € 192.

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 € 6,5, van het macrovereveningsresultaat toebedeeld, nadat het macrovereveningsresultaat is afgeroomd.

Nadere beschouwing

Op basis van nadere analyse van de morbiditeitskenmerken van de onderzochte subgroepen, valt één subgroep op: verzekerden onder de 18 jaar met een somatische aandoening. Van deze verzekerden is 38,1 % ingedeeld in een positieve FKG, 29,9 % in een positieve MHK, 32,5 % in een positieve DKG en 4,5 % in een positieve HKG. Voor verzekerden onder de 18 jaar zijn dit vrij hoge percentages, in verhouding tot het landelijk gemiddelde.

Voor de andere subgroepen met een somatische aandoening en/ of psychische aandoening is geen onderscheidend patroon waar te nemen in het aandeel verzekerden in de positieve risicoklassen van de morbiditeitskenmerken (afgezien van de expliciete indeling in wel/geen aandoening).[30] Het aandeel verzekerden in een positieve risicoklasse neemt wel (iets) toe bij verzekerden die zowel een somatische als een psychische aandoening hebben.

Deze bevindingen zijn in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2014 en 2015).

[29] WOR 988 heeft de samenhang tussen somatische en psychische aandoening geanalyseerd voor het risicovereveningsmodel 2020 ten behoeve van het groot onderhoud DKG. De onderzoekers concluderen dat er per saldo (het somatische model, het GGZ model en het eigen risico model) een beperkte ondercompensatie resteert (minder dan € 70) voor het model-2020.

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

5.2 V&V-kosten

Wij analyseren het gemiddelde vereveningsresultaat en kosten voor subgroepen op basis van de V&V-kosten van 2015, ter indicatie van de verevende werking van het ex ante model en het effect van flankerend beleid in 2016 (Tabel 5-4). Verzekerden die in 2016 zijn geboren of geïmmigreerd, zijn ingedeeld in de subgroep laagste 15 %. Verzekerden die in 2015 zijn overleden of geëmigreerd zijn niet inbegrepen. Door deze in- en uitstroom is de omvang van de subgroepen in 2016 niet exact gelijk aan de gestelde percentielklassen op basis van de kosten van 2015. De subgroepen sluiten elkaar uit: de hoogste 3 % bevat niet de verzekerden in de hoogste 1 %.

Tabel 5-4: Gemiddelde vereveningsresultaat en V&V kosten in 2016 voor subgroepen op basis van de V&V-kosten in 2015, bij de definitieve vaststelling na correctie voor het macrovereveningsresultaat en na flankerend beleid (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen op basis van V&V kosten 2015 [a]	Aantal (%) [b]	Definitieve vaststelling 2016 Gemiddelde vereveningsresultaat in € [c] *Voor* FB, *na* correctie macrovereveningsresultaat [d]	*Na* FB [e]	Gemiddelde kosten in €
Hoogste 1 % (als >0: 99 % - 100 %)	0,02	- 26.568	- 26.561	52.527
Hoogste 3 % (als >0: 97 % - 99 %)	0,1	-3.365	- 3.357	28.736
Hoogste 5 % (als >0: 95 % - 97 %)	0,1	3.582	3.590	21.608
Hoogste 15 % (als >0: 85 % - 95 %)	0,3	836	845	14.739
Midden 70 % (als >0: 15 % - 85 %)	1,91	-174	-166	3991
Laagste 15 % (als >0: 0 % - 15 %) Plus subgroep kosten = 0 [f]	97,7	7	14	38
Totaal	100	0	7	191

Voetnoot Tabel 5-4:

a. De subgroepen sluiten elkaar uit, de grenzen zijn bepaald, exclusief de verzekerden zonder V&V-kosten.
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 berekening van het vereveningsresultaat nemen wij criteriumneutraliteit mee voor MHK.
d. Na correctie voor het macrovereveningsresultaat: procentuele schalingsfactor is 0,97 (afgerond).
e. Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 0,97 (afgerond) *plus* een vast bedrag van € 8,71 per verzekerde 18+. Dit is een simulatie van het effect van flankerend beleid.
f. Deze subgroep bevat ook de instromers in 2016 (geborenen en immigranten). Dit is 1,0 % van de totale Zvw-bevolking. Deze verzekerden wijken over het algemeen qua kosten af van de andere verzekerden in deze subgroep.

Werking van ex ante model: resultaten na correctie voor macrovereveningsresultaat

Het V&V-model resulteert in gemiddelde onder- en overcompensaties voor deze onderzochte subgroepen op basis van kosten in het vorige jaar. Over het algemeen geldt een ondercompensatie voor subgroepen met hoge kosten in het vorige jaar. Met name is het ex ante model niet goed in staat verzekerden in de top 5 % (dit is inclusief de top 1 en 3 %) adequaat te compenseren. Deze bevindingen wordt onderbouwd door:

- Gegeven deze subgroepen kan worden geconcludeerd dat het overgrote deel van de Zvw-bevolking gemiddeld adequaat gecompenseerd wordt: verzekerden zonder kosten plus verzekerden in de laagste 15 % worden overgecompenseerd met gemiddeld slechts € 7 (beneden de € 50). Echter, omdat dit een zeer grote groep betreft, betekent dit ook dat de kleine groep verzekerden die wel kosten maakt (maar in beperkte mate) relatief fors wordt ondergecompenseerd met meer dan € 300 gemiddeld per verzekerde. Verzekerden in de midden 70 % worden bijvoorbeeld ondergecompenseerd met gemiddeld - € 174 per verzekerde.
- Verzekerden in de top 1 % en 3 % worden ondergecompenseerd met gemiddeld € 26.568 en € 3.365 per verzekerde, respectievelijk. Voor de subgroep top 1 % compenseert het ex ante model 51 % van de kosten en voor de top 3 % voor 91 %; daarmee resteert 49 % en 9 % van de kosten van deze subgroepen die niet worden gecompenseerd.[31] Deze verzekerden hebben sterk bovengemiddelde kosten in het huidige jaar. Dit geeft de sterke samenhang weer tussen kosten in het vorige jaar en kosten in het huidige jaar. Dit zijn verzekerden met een of meerdere (chronische) aandoeningen, die relatief veel V&V-zorg nodig hebben en blijven houden in het daaropvolgende jaar(en) (zie nadere beschouwing hieronder). Dit gaat om 0,02 % van alle verzekerden in het vereveningsjaar, die vallen in de top 1 % van de hoogste V&V-kosten in het vorige jaar.

Een vergelijking met vorig jaar voor deze subgroepen is nog niet mogelijk, omdat per 2015 de V&V-kosten zijn overgeheveld.

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 % en 3 %) licht afnemen en de overcompensaties voor de andere subgroepen licht toenemen. Zorgverzekeraars krijgen namelijk voor elke verzekerde 18+ een vast bedrag van het macrovereveningsresultaat toebedeeld (€ 7) als onderdeel van flankerend beleid, nadat het macrovereveningsresultaat procentueel is afgeroomd.

Nadere beschouwing

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

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

Subgroepen [a] op basis van kosten 2015	**Percentage (%) in positieve risicoklasse van morbiditeitskenmerk**				
	FKG>0	MHK>0	DKG>0	HKG>0	Combinaties [b]
Hoogste 1 % (99 % - 100 %)	73,6	87,4	44,4	42,6	15,7
Hoogste 3 % (97 % - 99 %)	78,5	78,6	42,2	28,2	10,5
Hoogste 5 % (95 % - 97 %)	80,4	74,4	42,2	21,4	8,8
Hoogste 15 % (85 % - 95 %)	79,3	66,0	43,0	14,7	6,0
Midden 70 % (15 % - 85 %)	69,0	45,2	47,0	10,1	3,5
Laagste 15 % (0 % - 15 %)	18,7	5	8,3	0,7	0,1

Voetnoot Tabel 5-5:
a. De subgroepen sluiten elkaar uit.
b. Combinatie van FKG>0, MHK >0, DKG>0, HKG>0, ter indicatie van multi-morbiditeit.

Bij subgroepen met hoge kosten in het vorige jaar (top 1 %, 3 %, 5 % en 15 %) is het aandeel verzekerden in een positieve risicoklasse van de morbiditeitskenmerken of combinaties substantieel hoger dan bij subgroepen met lage(re) kosten (Tabel 5-5). Zo heeft 73,6 % van de verzekerden in de subgroep van hoogste 1 % V&V-kosten in 2015, een indeling bij een positieve risicoklasse voor FKG. Voor 87,4 % van de verzekerden in de subgroep van hoogste 1 % V&V-kosten, geldt een indeling bij een positieve risicoklasse voor MHK. 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. De relatie tussen hoge kosten in het V&V model in het voorgaande jaar en indeling in één (of combinaties) van de morbiditeitskenmerken is sterk. De relatie die hier beschreven wordt is sterker dan dezelfde relatie voor de somatische kosten. Dit heeft deels te maken met het type kosten: V&V wordt gebruikt door verzekerden die een of meerdere (chronische) aandoeningen hebben, waardoor zij deze zorg nodig hebben (veelal structureel). Mogelijk worden de ondercompensaties voor deze subgroepen (deels) verklaard doordat het ex ante model combinaties van morbiditeitskenmerken, met achterliggend meerdere chronische aandoeningen of meervoudige gezondheidsproblematiek, niet volledig goed opneemt. De verzekerden in deze subgroepen zijn de relatief hoog risico verzekerden binnen elke risicoklasse van de morbiditeitskenmerken. De zorgverzekeraar krijgt een opslag in de bijdrage voor deze verzekerden op basis van de kenmerken die het risicovereveningssysteem gebruikt, maar deze opslag is niet voldoende om de kosten van deze subgroep verzekerden (top 1 % en 3 %) volledig te dekken.

5.2.1 Subgroepen samenhang aandoening en leeftijdsgroepen

Wij analyseren het gemiddelde vereveningsresultaat van het V&V-model en de V&V-kosten voor subgroepen op basis van een somatische en/of psychische aandoening in combinatie met leeftijd (Tabel 5-6).

Tabel 5-6: Gemiddelde vereveningsresultaat en V&V-kosten in 2016 voor subgroepen op basis van samenhang voor somatische en psychische aandoening in combinatie met leeftijd, voor definitieve vaststelling *voor* en *na* flankerend beleid en bandbreedteregeling, uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd [a]	Definitieve vaststelling 2016 (voor bandbreedteregeling)			
	Aantal (%) [b]	Gemiddelde vereveningsresultaat in € [c]		Gemiddelde kosten in €
		Voor FB, *na* correctie macrovereveningsresultaat [d]	*Na* FB [e]	
Verzekerden onder de 18 jaar				
- Geen somatische aandoening	19,3	17	17	3
- Wel somatische aandoening	0,9	-116	- 116	603
Verzekerden 18 jaar tot en met 64 jaar				
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	43,6	-11	-2	6
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	5,0	- 28	-20	12
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	8,6	- 3	- 6	163
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	4,0	- 41	- 32	233
Verzekerden van 65 jaar en ouder				
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	7,1	12	12	243
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	0,3	33	42	643
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	9,9	44	53	1.152
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	1,3	23	32	1.962
Totaal	100	0	7	191

Voetnoot Tabel 5-6:
a. Subgroepen sluiten elkaar uit.
b. Omvang in verzekerdenjaren, uitgedrukt in het percentage van de totale Zvw-bevolking.
c. Het gemiddelde vereveningsresultaat is het verschil tussen de gemiddelde bijdrage en de gemiddelde kosten. In berekening van het vereveningsresultaat is rekening gehouden met criteriumneutraliteit voor vereveningskenmerk MHK.
d. Na correctie voor het macrovereveningsresultaat: procentuele schalingsfactor is 0,97 (afgerond).
e. Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 0,97 (afgerond) *plus* een vast bedrag van € 7 per verzekerde 18+. Dit is een simulatie van het effect van flankerend beleid.

Werking van ex ante model: resultaten na correctie voor macrovereveningsresultaat

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

- Gegeven deze subgroepen, wordt het overgrote deel van de Zvw-bevolking gemiddeld adequaat gecompenseerd (ingeval een grens van € 50). Dit zijn alle onderzochte subgroepen, met uitzondering van verzekerden onder de 18 jaar met een somatische aandoening. Deze subgroep wordt gemiddeld ondergecompenseerd met € 116 per verzekerde. Dit is een beperkte groep van de Zvw-bevolking, namelijk 0,9 %. Daarnaast is er een lichte overcompensatie voor verzekerden van 65 jaar en ouder met een somatische aandoening en zonder psychische aandoening (overcompensatie van € 53 per verzekerde). De V&V-kosten van deze subgroep zijn ver boven landelijk gemiddeld en worden daarmee voor een groot deel gecompenseerd via het ex ante model. Dit geldt ook voor verzekerden van 65 jaar en ouder (alle vier de subgroepen) en verzekerden van 18 jaar en ouder met een somatische aandoening (ongeacht psychische aandoening).
- Ten opzichte van vorig jaar zijn de onder- en overcompensaties voor deze onderzochte subgroepen afgenomen (directer bij nul), als gevolg van de modelverbeteringen die zijn doorgevoerd per 2016.

Resultaten na flankerend beleid

Voor deze subgroepen zijn dezelfde patronen in het gemiddelde vereveningsresultaat te zien na flankerend beleid als in de situatie voor flankerend beleid na correctie voor het macrovereveningsresultaat. Flankerend beleid zorgt er voor dat elke verzekerde 18+ een vast bedrag, in dit geval € 7, van het macrovereveningsresultaat krijgt toebedeeld.

Nadere beschouwing

Voor deze onderzochte subgroepen is geen onderscheidend patroon waar te nemen op basis van (combinaties van) morbiditeitskenmerken. Het aandeel in een positieve risicoklasse van de morbiditeitskenmerken is niet sterk afwijkend

voor de verschillende leeftijdsgroepen of het aandeel in een positieve risicoklasse is niet (altijd) hoger zodra zowel een somatische als een psychische aandoening optreedt. Gedetailleerde(re) analyses en onderliggende (declaratie)gegevens zijn nodig om patiëntprofielen voor deze subgroepen te identificeren.

5.3 gGGZ-kosten

5.3.1 Subgroepen op basis van kosten van vorig jaar

Voor inzicht in de verevende werking van het GGZ-model, analyseren wij het gemiddelde vereveningsresultaat en de gGGZ-kosten voor subgroepen op basis van de gGGZ-kosten van vorig jaar (Tabel 5-7). De in- en uitstromers hebben wij op dezelfde wijze ingedeeld als in voorgaande analyses (paragrafen 5.1.1 en 5.2.1). Ook sluiten de subgroepen elkaar uit.

Tabel 5-7: Gemiddelde vereveningsresultaat en gGGZ-kosten voor subgroepen op basis van gGGZ-kosten uit het vorige jaar, voor de definitieve vaststelling *voor* en *na* flankerend beleid (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen op basis van GGZ-kosten 2015 [a]	Definitieve vaststelling voor 2016 (voor bandbreedteregeling)			
	Aantal (%) [b]	Gemiddelde vereveningsresultaat in € [c]		Gemiddelde kosten in €
		Voor FB, *na* correctie macrovereveningsresultaat [d]	*Na* FB [e]	
Hoogste 1 % (als >0: 99 % - 100 %)	0,1	- 7.911	-7.879	25.880
Hoogste 3 % (als >0: 97 % - 99 %)	0,1	- 3.191	- 3.159	16.958
Hoogste 5 % (als >0: 95 % - 97 %)	0,1	- 1.965	- 1.934	12.053
Midden 70 % (als >0: 25 % - 95 %)	3,6	- 426	- 395	2.753
Laagste 25 % (als >0: 0 % - 25 %)	1,3	94	125	746
Gelijk aan nul [f]	94,9	25	56	93
Totaal	**100**	**0**	**31**	**240**

Voetnoot Tabel 5-7:

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 bijdrage en kosten. In berekening van het resultaat is rekening gehouden met criteriumneutraliteit voor de vereveningskenmerken MHK-GGZ.
d. Na correctie voor het macrovereveningsresultaat: procentuele schalingsfactor is 0,89 (afgerond).
e. Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 0,89 (afgerond) *plus* een vast bedrag van € 31 per verzekerde 18+. Dit is een simulatie van het effect van flankerend beleid.
f. Deze subgroep bevat ook de instromers in 2016 (verzekerden die 18 zijn geworden en immigranten). Dit is 2,0 % van de totale Zvw-bevolking (18+). Deze verzekerden wijken over het algemeen qua kosten af van de andere verzekerden in deze subgroep.

Werking van ex ante model: resultaten na correctie voor macrovereveningsresultaat

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

- Het overgrote deel van de Zvw-bevolking (94,9%), de verzekerden zonder GGZ-kosten, wordt adequaat gecompenseerd, uitgaande van een grens van € 50 onder- en overcompensatie. Vanwege de grote omvang van deze subgroep gaat het op macroniveau wel om een behoorlijk bedrag: € 321 miljoen. Dit is in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2014 en 2015). Hiervoor geldt dezelfde verklaring als van vorig jaar: de gGGZ-kosten zijn erg scheef verdeeld onder de Zvw-bevolking van 18+. Voor GGZ-cliënten met hoge kosten is het lastig de kosten adequaat te voorspellen, gegeven de gehanteerde uitgangspunten en modelspecificaties. Het gevolg is dat voor een grote groep er een beperkte overcompensatie is, met voor andere kleine(re) subgroepen hoge gemiddelde ondercompensaties.
- Verzekerden in de laagste 25 % worden overgecompenseerd met gemiddeld € 94. De overcompensatie voor deze verzekerden is licht afgenomen in 2016 ten opzichte van 2015, terwijl de gemiddelde kosten voor deze groep in 2016 zijn toegenomen.
- Verzekerden in de top 1 %, 3 % en 5 % worden ondergecompenseerd met gemiddeld € 7.911, € 3.191 en € 1.965 respectievelijk. Voorgaande jaren waren er voor deze subgroepen ook relatief hoge ondercompensaties (Monitor 2012 t/m 2015). Door de verbetering van het model zijn de ondercompensatie voor deze subgroepen in 2016 wel

afgenomen ten opzichte van vorig jaar. Echter, ondanks de verbeteringen van het model in 2016, is dit model (nog) niet in staat adequaat te compenseren voor deze verzekerden met hoge kosten in het vorig jaar, en bovengemiddelde kosten in het huidige jaar. Hierbij komt bij dat de HKC is afgeschaft in 2015 en de bandbreedte verder is verruimd per 2016 (niet inbegrepen in deze analyses). Voorgaande jaren werden de ondercompensaties van deze verzekerden met hoge kosten (enigszins) beperkt door de HKC en bandbreedteregeling. De herintroductie van de HKC in 2020 zorgt hier (vanaf 2020) wellicht voor verbetering. Sinds 2015 is dit nog alleen de bandbreedteregeling.

Resultaten na flankerend beleid

Voor deze subgroepen zijn dezelfde patronen in het gemiddelde vereveningsresultaat te zien na flankerend beleid als in de situatie na correctie voor het macrovereveningsresultaat. Flankerend beleid zorgt ervoor dat de gemiddelde ondercompensaties voor de subgroepen (hoogste 1 %, 3 %, 5 % en midden 70 %) afnemen en de overcompensaties voor de andere subgroepen toenemen, in dit geval met € 31 per verzekerde.

Nadere beschouwing

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

Tabel 5-8: Morbiditeitskenmerken van de subgroepen op basis van de gGGZ-kosten van het vorige jaar.

Subgroepen [a] op basis van kosten 2015	Percentage (%) in positieve risicoklasse van morbiditeitskenmerk				
	FKG-GGZ>0	MHK-GGZ>0	MHK-GGZ>1	DKG-GGZ>0	Combinaties [b]
Hoogste 1 % (als >0: 99 % - 100 %)	43,9	100	38,1	81,1	38,8
Hoogste 3 % (als >0: 97 % - 99 %)	53,9	100	33,2	75,4	44,7
Hoogste 5 % (als >0: 95 % - 97 %)	53,2	100	31,2	72,4	43,5
Midden 70 % (als >0: 25 % - 95 %)	34,7	100	7,0	48,4	23,8
Laagste 25 % (als >0: 0 % - 25 %)	24,7	100	0,0	1,8	0,6
Gelijk aan nul	3,3	6,0	6,0	0,0	0,0

Voetnoot Tabel 5-8:

a. De subgroepen sluiten elkaar uit.

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

c. 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.

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

- De subgroepen top 1 %, 3 % en 5 % hebben een relatief groot aandeel in een positieve FKG-GGZ en DKG-GGZ: variërend van de helft tot driekwart.
- Opvallend is dat het aandeel verzekerden met een positieve FKG-GGZ en de combinatie van alle morbiditeitskenmerken in de subgroep top 1 % iets lager is dan bij de subgroepen top 3 % en 5 %. Het aandeel in een DKG-GGZ is wel hoger voor de top 1 %: meer dan 80 %. Met name het aandeel van DKG 5 is bij de subgroep top 1 % veel hoger dan bij de andere subgroepen: 47 % van deze subgroep is in deze risicoklasse ingedeeld, versus 17 % van de top 3 %, en 2,4 % van de top 5 %. DKG 5 duidt op intramuraal verblijf voor (ernstige) psychische aandoeningen.
- Alle verzekerden met kosten in het vorige jaar zijn ingedeeld in een positieve MHK-GGZ, zoals verwacht op basis van de definities van de risicoklassen. Bijvoorbeeld, ‘1 keer kosten in drie voorgaande jaren’. Dit is ook de verklaring voor verzekerden die geen kosten hebben in het vorige jaar maar wel zijn ingedeeld in een positieve MHK-GGZ (zij hebben bijvoorbeeld kosten gehad in 2014 of 2013). Een verdiepingsslag is aangebracht om te kijken in hoeverre verzekerden zijn ingedeeld in een hogere MHK-risicoklasse dan klasse 1: ongeveer een derde van de verzekerden van de subgroepen top 1 %, 3 % en 5 % ten opzichte van 0 % tot 7 % van de verzekerden voor de andere subgroepen (midden 70 %, laagste 25% en gelijk aan nul).
- Een relatief groot aandeel van de verzekerden in de midden 70 % en de top-subgroepen (1 %, 3 % en 5 %) zijn zowel ingedeeld in een positieve FKG-GGZ, MHK-GGZ en DKG-GGZ. De combinatie van een FKG-GGZ en DKG-GGZ is indicatief van een hoge ziektelast: relatief ernstige(re) psychische aandoeningen.

Deze patronen zijn in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2014 en 2015).

5.3.2 Subgroepen samenhang aandoening en leeftijdsgroepen

Wij analyseren het gemiddelde vereveningsresultaat en de kosten voor subgroepen op basis van een somatische en/of psychische aandoening in combinatie met leeftijd (Tabel 5-9).

Tabel 5-9: Gemiddelde vereveningsresultaat en de gemiddelde gGGZ-kosten van subgroepen op basis van samenhang voor somatische aandoening en psychische aandoening in combinatie met leeftijdsgroepen, op moment van de definitieve vaststelling *voor* en *na* flankerend beleid (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd	Aantal (%) [b]	**Definitieve vaststelling 2016 (voor bandbreedteregeling)** Gemiddelde vereveningsresultaat in € [c] *Voor* FB, *na* correctie macrovereveningsresultaat [d]	*Na* FB [e]	Gemiddelde kosten in €
Verzekerden 18 jaar tot en met 64 jaar				
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	54,7	12	43	67
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	6,3	-23	9	1.122
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	10,8	- 7	24	78
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	5,0	- 89	- 58	1.920
Verzekerden van 65 jaar en ouder				
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	8,9	3	34	37
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	0,3	-42	-11	1047
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	12,4	1	32	43
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	1,7	-4	27	1021
Totaal	**100**	**0**	**31**	**240**

Voetnoot Tabel 5-9:
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 bijdrage en de kosten. In berekening van het resultaat is rekening gehouden met criteriumneutraliteit voor de vereveningskenmerk MHK-GGZ.
d. Na correctie voor het macrovereveningsresultaat: procentuele schalingsfactor is 0,89 (afgerond).
e. Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 0,89 (afgerond) *plus* een vast bedrag van € 28,41 per verzekerde 18+.

Werking van ex ante model: resultaten na correctie voor macrovereveningsresultaat

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

- Het GGZ-model geeft een adequate compensatie voor het overgrote deel van de Zvw-bevolking op basis van deze onderzochte subgroepen: in totaal 95 %. De onder- of overcompensatie is voor de meeste subgroepen beneden de € 50. Voor deze resultaten geldt ook de bevinding die eerder is vermeld over de scheefheid van de verdeling voor de GGZ, net zoals dit in voorgaande jaren is geconstateerd (Monitor 2012 t/m 2015).
- Gegeven deze onderzochte subgroepen, is de enige subgroep met een onder- of overcompensatie boven de € 50 de verzekerden van 18 tot en met 64 jaar met zowel een somatische als psychische aandoening. Deze subgroep wordt ondergecompenseerd met gemiddeld € 89. Ten opzichte van vorig jaar, is deze ondercompensatie licht toegenomen, in lijn met de stijging van de kosten voor deze subgroep (Monitor 2015: Tabel 5-7).

Resultaten na flankerend beleid

Voor deze subgroepen zijn dezelfde patronen in het gemiddelde vereveningsresultaat te zien na flankerend beleid als in de situatie voor flankerend beleid na correctie voor het macrovereveningsresultaat. In de uitvoering is na flankerend beleid nog de bandbreedteregeling toegepast, die niet in deze analyse is meegenomen.

Nadere beschouwing

Voor de onderzochte subgroepen is geen onderscheidend patroon waar te nemen op basis van (combinaties van) alle morbiditeitskenmerken. Het aandeel in een positieve risicoklasse van de morbiditeitskenmerken is niet heel afwijkend voor de verschillende leeftijdsgroepen of het aandeel in een positieve risicoklasse is niet (altijd) hoger zodra zowel een somatische als een psychische aandoening optreedt. Dit is vorig jaar ook geconstateerd (Monitor 2015).



Deel 2 – Representativiteit van beslisinformatie

6 Representativiteit op enkelvoudige risicoklassen en subgroepen

Samenvatting

Somatische kosten

- Voor met name risicoklassen van DKG en FKG zijn er forse gemiddelde vereveningsresultaten, veelal negatief. Voor deze risicoklassen zijn de gerealiseerde kosten lager uitgekomen dan verwacht. Dit wijkt af van voorgaande jaren, toen er minder risicoklassen met forse gemiddelde vereveningsresultaten waren en veelal positief waren. Een waarschijnlijke verklaring voor de DKG's is een misschatting bij de raming van de verzekerdenaantallen doordat de impact van de verkorte doorlooptijd van de DBC's achteraf gezien niet goed was ingeschat. Bij de FKG's is er ook een aanpassing geweest bij de definitieve vaststelling, om de verzekerden juist in te delen.
- De geraamde kosten per risicoklasse wijken af van de gerealiseerde kosten door (voorziene en onvoorziene) verschuivingen. De gemiddelde kosten bij de OT sluiten gemiddeld beter aan dan bij de ex ante vaststelling. Met name de verschuivingen in de kosten vallen op bij DKG, FKG, AVI, SES, GSM en MHK; dit is in lijn met voorgaande jaren.
- De verschuivingen in prevalenties zijn in totaal relatief beperkt ten opzichte van 2015. Conform verwachting sluiten bij de OT de prevalenties gemiddeld minder goed aan op de gerealiseerde cijfers dan bij de ex ante vaststelling. Bij DKG, AVI en GSM zijn er relatief grote verschuivingen. Voor DKG komt dat waarschijnlijk doordat bij de raming onvoldoende rekening is gehouden met de impact van de verkorting van de DBC-doorlooptijd. Dit werkt indirect ook door bij GSM.
- De onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen die bij de OT en ex ante vaststelling worden verwacht, komen ook voor in de gerealiseerde cijfers, waarbij de hoogte van de onder- of overcompensatie varieert. Dit is voorgaande jaren ook geconstateerd.

V&V-kosten

- Het aantal risicoklassen van het V&V-model 2016 met forse gemiddelde vereveningsresultaten is fors toegenomen ten opzichte van vorig jaar. Daarbij dient opgemerkt te worden dat het V&V-model per 2016 is uitgebreid met een groot aantal risicoklassen. De misschatting bij de raming van de verzekerdenaantallen van de DKG's speelt net zoals bij het somatische model ook hier een rol.
- De geraamde kosten wijken af van de gerealiseerde kosten door (voorziene en onvoorziene) verschuivingen. De gemiddelde kosten bij de OT sluiten gemiddeld beter aan op de gerealiseerde kosten dan bij de ex ante vaststelling. Dit is met name terug te voeren tot de effecten bij leeftijd/geslacht, FKG, GSM en VGG.
- De verschuivingen in de prevalenties zijn hetzelfde als voor de somatische kosten, aangezien het V&V-model dezelfde vereveningskenmerken gebruikt.
- De onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen die bij de OT en ex ante vaststelling worden verwacht, komen ook voor in de gerealiseerde cijfers, waarbij de hoogte varieert. Dit is ook vorig jaar geconstateerd.

gGGZ-kosten

- Er zijn bij enkele risicoklassen forse gemiddelde vereveningsresultaten. Dit is met name bij de hoge risicoklassen van FKG-GGZ, DKG-GGZ en MHK-GGZ.
- Er treden verschuivingen op in de kosten tussen momenten. De gemiddelde kosten bij de OT sluiten gemiddeld minder goed aan dan bij de ex ante vaststelling. Met name treden er verschuivingen op bij DKG-GGZ en MHK-GGZ. Daarnaast treden er bij leeftijd/ geslacht, AVI, SES, regio en PPA 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. Voor al bij AVI en MHK-GGZ treden relatief grotere verschuivingen op.
- Net zoals bij de somatische en V&V-kosten, komen de onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen op de gerealiseerde cijfers ook voor, zoals verwacht is bij de OT en ex ante vaststelling. De hoogte van de onder- en overcompensatie is veelal beperkt.

Dit hoofdstuk geeft inzicht in de representativiteit van de beslisinformatie voor de definitieve vaststelling op het niveau van *enkelvoudige risicoklassen en subgroepen*. Wij analyseren in welke mate de kosten en verzekerdenaantallen (uitgedrukt in prevalenties*) op het niveau van enkelvoudige risicoklassen en subgroepen bij de OT en ex ante vaststelling aansluiten op de gerealiseerde cijfers. Wij voeren deze analyses uit voor het somatische, V&V en gGGZ-model. Het LGGZ-model wordt buiten beschouwing gehouden, omdat de LGGZ kosten niet op verzekerdenniveau beschikbaar zijn[32].

De resultaten in dit hoofdstuk geven aanleiding tot, of aanknopingspunten om, onderzoek te doen naar de stappen voor het representatief maken van de gegevens bij het meest recente vereveningsjaar dat momenteel wordt uitgevoerd (ten tijde van deze Monitor is dit vereveningsjaar 2022[33]).

Analyse op enkelvoudige risicoklassen

Bij de OT en ex ante vaststelling is de gemiddelde bijdrage gelijk aan de verwachte gemiddelde kosten voor elke risicoklasse in het ex ante model: *163* risicoklassen voor het somatische model en het V&V-model en 98 risicoklassen voor het gGGZ-model in 2016. Bij de definitieve vaststelling vergelijken wij de gemiddelde bijdrage met de werkelijke gemiddelde kosten en hoeven ze niet meer aan elkaar gelijk te zijn, vanwege ontwikkelingen in de kosten en prevalenties ten opzichte van de geraamde cijfers. Om dit in beeld te brengen, analyseren wij het gemiddelde vereveningsresultaat per risicoklasse. Wij gaan uit van het vereveningsresultaat, *voor* flankerend beleid en bandbreedteregeling (indien van toepassing). Aangezien het macrovereveningsresultaat invloed heeft op de resultaten, analyseren wij ook vereveningsresultaten die zijn gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat (Bijlage D). Flankerend beleid en de bandbreedteregeling komen verder niet aan bod in dit hoofdstuk, omdat het gaat om de representativiteit van de beslisinformatie bij de OT en ex ante vaststelling. Dit zijn beide momenten waarop flankerend beleid en de bandbreedteregeling niet van toepassing zijn. Criteriumneutraliteit nemen we mee bij analyse naar verschuiving in de normbedragen.

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

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

- Sommige vereveningskenmerken zijn onderling gerelateerd. 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 2012 t/m 2015), dan wel bijzonderheden van een bepaald vereveningsjaar reflecteren. Wij analyseren de verschillen en dragen (mogelijke) verklaringen aan. Of/welk deel van de verschillen vooraf beter had kunnen worden ingeschat, is niet aan te geven op basis van de beschikbare gegevens en uitgevoerde analyses. Immers, wij kunnen niet vaststellen wat de verschillen zouden zijn als een bepaalde stap in het uitvoeringsproces (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).

[32] Deze gegevens zijn niet uitgevraagd bij zorgverzekeraars, omdat dit niet nodig was voor de uitvoering van de risicoverevening 2016.
[33] Hierbij dient opgemerkt te worden dat voor dit vereveningsjaar er effecten van Covid-19 zijn, die patronen in prevalenties en kosten kunnen wijzigen ten opzichte van eerdere jaren zonder Covid-19 (2019 en eerder).

- Wij vergelijken (het patroon in) de resultaten met voorgaande jaren, voor zover mogelijk. Het is niet goed mogelijk om de resultaten een-op-een te vergelijken met die van voorgaande jaren, vanwege jaar-specifieke wijzigingen (o.a. kostendefinities en overhevelingen: Bijlage A). Een trendanalyse over jaren (waarbij wordt gecorrigeerd voor wijzigingen) ligt buiten de reikwijdte van deze Monitor. De daartoe benodigde databestanden zijn niet tot onze beschikking voor uitvoering van deze Monitor.
- Onze analyse en beschrijving van de resultaten is niet uitputtend. Wij focussen op de belangrijkste bevindingen om inzicht te krijgen in de representativiteit van de beslisinformatie.

Analyse op patronen voor subgroepen

Naast de enkelvoudige risicoklassen analyseren wij *het patroon* in het gemiddelde vereveningsresultaat en de kosten van enkele subgroepen die *niet* expliciet in dit ex ante model zijn opgenomen. Wij definiëren subgroepen op basis van samenhang tussen een somatische en psychische aandoening in combinatie met leeftijd, conform de definities in Hoofdstuk 5 (Bijlage B). Het doel is na te gaan in hoeverre het patroon in het gemiddelde vereveningsresultaat en de kosten tijdens de OT en de ex ante vaststelling vergelijkbaar is met *het patroon* bij de definitieve vaststelling op gerealiseerde cijfers. Het doel is *niet* het vergelijken van de resultaten in absolute zin. De werking van de ex ante modellen komt in Hoofdstuk 5 aan bod. Ten behoeve van vergelijkbaarheid van de resultaten op subgroepen over de verschillende momenten is het gemiddelde vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling *procentueel gecorrigeerd*[34] voor het macrovereveningsresultaat (Bijlage B). De resultaten voor de definitieve vaststelling in Hoofdstuk 6 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 subgroep-niveau. Het is buiten de reikwijdte van deze Monitor om andere subgroepen te analyseren.

6.1 Somatische kosten

6.1.1 Resultaat enkelvoudige risicogroepen

Tabel 6-1 presenteert de enkelvoudige risicoklassen in het somatische model 2016 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.[35] Ook geven wij het gemiddelde vereveningsresultaat *na* correctie voor het macrovereveningresultaat (laatste kolom in Tabel 6-1). Deze resultaten vallen op zowel na de eerste correctie (een procentuele correctie voor het macrovereveningsresultaat dat behaald is over de totale Zvw-bevolking) als na de tweede correctie (voor het toebedeelde gelijke bedrag dat de zorgverzekeraar krijgt per verzekerde van 18+ van het behaalde macrovereveningsresultaat). Bijlage D geeft een overzicht van het gemiddelde vereveningsresultaat voor alle 163 risicoklassen van het somatische model, zowel voor als na correctie voor het macrovereveningsresultaat. In bijlage D.4 is een overzicht opgenomen van het saldo effect van de op en afslagen per risicokenmerk.

[34] Met een procentuele correctie bedoelen we dat elke vereveningsbijdrage met hetzelfde percentage wordt vermenigvuldigd.
[35] De gekozen grens is subjectief. Wij hebben dezelfde grenzen gehanteerd als in de Monitor 2015 (Bijlage B; Monitor 2015). Deze grenzen zijn gekozen om in de hoofdtekst te focussen op de belangrijkste c.q. grootste verschuivingen. In bijlage D zijn alle resultaten weergegeven.

Tabel 6-1 Enkelvoudige risicoklassen in het somatische model 2016 met een vereveningsresultaat buiten de gekozen grenzen bij de definitieve vaststelling.

Enkelvoudige risicoklassen		Aantal, in %	Gemiddelde kosten, in €	Gemiddeld verevenings-resultaat, in €	Macro-omvang vereveningsresultaat, in € in mln.	Gemiddeld resultaat na correctie, in €
Buiten een drempel van € -1.000 of 1.000 per verzekerde						
DKG	*DKG 15*	0,04	81.076	13.252	89,9	13.016
	DKG 13	0,02	30.757	8.847	34,1	8.748
	DKG 12	0,03	39.733	- 6.317	-33,3	-6.401
	DKG 14	0,01	65.975	- 5.824	-9,4	-5.974
	DKG 11	0,10	29.762	- 3.686	- 60,9	-3.752
	DKG 8	0,14	14.628	- 2.517	- 60,2	-2.547
	DKG 7	0,23	12.223	-1.063	- 41,4	-1.091
FKG	*FKG 26 (Nieraandoeningen)*	0,06	43.953	3.985	38,7	3.865
	FKG 15 (Auto-immuunziekten add-ons)	0,25	17.270	1.290	54,0	1.244
	FKG 28 (Pulmonale arteriële hypertensie)	0,01	51.136	- 4.488	- 6,2	- 4.605
	FKG 29 (Kanker add-ons)	0,17	29.944	- 2.823	- 81,2	-2.891
	FKG 25 (HIV/AIDS)	0,11	16.483	- 1.159	- 20,9	- 1.197
	FKG 23 (Kanker)	0,03	10.813	- 1.175	- 5,8	-1.199
	FKG 21 (Aandoening hersenen/ ruggenmerg: MS)	0,04	17.756	- 1.141	8,3	-1.183
GGG	*GGG 1 (GRZ-kosten t-1 in top 0,3%)*	0,23	12.047	- 1.218	- 46,7	-1.245
Boven een drempel van € 300 mln. op macroniveau						
DKG	*DKG 0 (afslagklasse: geen DKG)*	90,8	1.457	34	526	31
MHK	*MHK 0 (afslagklasse: geen MHK)*	94,0	1.494	20	308	16

Voetnoot Tabel 6-1:

a. Voor alle 163 risicoklassen tezamen geldt een gemiddeld vereveningsresultaat van € 7 per verzekerde. Dit is het macrovereveningsresultaat voor de somatische kosten in 2016.

b. Het 'resultaat na correctie' is het vereveningsresultaat na de procentuele correctie op de vereveningsbijdrage (C1 in Bijlage D) en daarmee komt het gemiddeld vereveningsresultaat voor alle 163 risicoklassen tezamen na correctie uit op € 0 per verzekerde.

Voor een aantal risicoklassen van het somatische model is er een fors (lees: hoger dan de gekozen grens) vereveningsresultaat in absolute bedragen of in macro-omvang, met name bij DKG en FKG (Tabel 6-1). Een positief vereveningsresultaat na correctie duidt op een kosten*onder*schrijding (c.q. de gerealiseerde kosten zijn lager dan de vereveningsbijdrage) en een negatief vereveningsresultaat na correctie duidt op een kosten*over*schrijding (c.q. de gerealiseerde kosten zijn hoger dan de vereveningsbijdrage). In Tabel 6.1 valt – naast de hoogte van de bedragen in absolute zin - het aantal risicoklassen met negatieve vereveningsresultaten op, in tegenstelling tot voorgaande jaren waarbij er veelal positieve vereveningsresultaten voor risicoklassen met verzekerden met relatief hoge kosten waren. In dat geval werd het macrovereveningsresultaat over het algemeen behaald op verzekerden met relatief hoge kosten. In 2016 wordt dit beeld niet bevestigd. Op basis van de beschikbare gegevens, kunnen wij geen specifieke, onderliggende subgroep(en) aanwijzen die verantwoordelijk is/ zijn voor deze resultaten.[36] Een belangrijke verklaring voor bovenstaande resultaten is, dat er bij de DKG's in 2016 achteraf gezien een misschatting is geweest bij het ramen van de verzekerdenaantallen en daarmee samenhangend de vaststelling van de hoogte van de ex ante normbedragen, waarbij er ook geen criteriumneutraliteit was op dit vereveningskenmerk. Bij de raming was er achteraf gezien onvoldoende rekening gehouden met de ontwikkeling in de prevalenties als gevolg van de verkorting van de DBC-doorlooptijd. Achteraf heeft de verkorting van de DBC-doorlooptijd wel degelijk invloed gehad op de prevalenties, en daarmee samenhangend is het normbedrag (te) laag vastgesteld in vergelijking met de gerealiseerde kosten van de risicoklassen van dit vereveningskenmerk. Het resultaat voor DKG is per saldo fors negatief met € 404 miljoen (Bijlage D.4).

De resultaten in Tabel 6-1 kunnen als volgt worden verklaard:

- Voor DKG 15 en 13 gelden forse positieve vereveningsresultaat en voor DKG 12, 14, 11, 8 en 7 gelden forse negatieve vereveningsresultaten. Doordat groot onderhoud is uitgevoerd op de DKG is een-op-een vergelijking van de resultaten voor deze risicoklassen met de Monitor 2015 niet mogelijk. Wel valt in vergelijking met vorig jaar op

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

dat het aantal DKG's waarop forse positieve en negatieve vereveningsresultaten zijn gerealiseerd, sterk is uitgebreid. Deze resultaten zijn met name veroorzaakt door de effecten van de verkorting van de DBC-doorlooptijd (zie resultaten GAV in prevalenties), waar onvoldoende rekening mee is gehouden bij de ex-ante raming. Ook de gemiddelde kosten van de DKG's zijn over het algemeen hoger uitgevallen dan verwacht, behalve voor DKG 15 en 13 (zie resultaten GGAV in kosten).

- Voor FKG 26 en 15 gelden forse positieve vereveningsresultaten en voor FKG 29, 25, 23 en 21 gelden forse negatieve vereveningsresultaten. Vorig jaar werd op slechts twee risicoklassen van de FKG's een fors (positief) vereveningsresultaat gerealiseerd: FKG 21 (kanker) en FKG 22 (hormoongevoelige tumoren). Door het groot onderhoud zijn de resultaten voor de risicoklassen van 2016 niet een-op-een te vergelijken met die van 2015. In 2016 is het aantal risicoklassen van de FKG's met een fors vereveningsresultaat in absolute bedragen sterk uitgebreid. De totale prevalentie van FKG's met een fors vereveningsresultaat is in 2016 kleiner dan in 2015. De forse positieve en negatieve vereveningsresultaten hangen grotendeels samen met de afwijking van de gerealiseerde gemiddelde kosten voor de FKG's (Tabel 6-2), waarbij onder andere de toename van het gebruik van oncolytica (FKG 29) en auto-immuun medicatie een rol speelt (FKG 15). Specifiek voor FKG 29 geldt dat ten tijde van de definitieve vaststelling er een wijziging is geweest in de referentietabel: de werkzame stof aflibercept is bij de definitieve vaststelling niet meer meegenomen voor indeling in deze FKG, omdat deze stof ten onrechte was opgenomen bij de FKG Kanker add-on (Brief FKG ATC-Referentiebestand, 2017).
- Voor de positieve risicoklasse van het GGG-kenmerk geldt een fors negatief vereveningsresultaat. Het GGG-kenmerk is nieuw per 2016. Het negatieve vereveningsresultaat hangt waarschijnlijk samen met de substantiële afwijking in de gerealiseerde kosten van de positieve GGG-klasse ten opzichte van de geraamde kosten, zoals beschreven in Tabel 6-2.
- Het vereveningsresultaat voor de afslagklassen van DKG en MHK heeft een grote macro omvang, vanwege de grote omvang in prevalenties van deze afslagklassen. Voorgaande jaren is dit ook geconstateerd voor DKG en MHK (Monitor 2012, 2013, 2014, 2015).

Kosten

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

Tabel 6-2 GGAV in kosten per verzekerde tussen de OT en definitieve vaststelling en tussen de ex ante vaststelling en definitieve vaststelling, gecorrigeerd voor het verschil in gemiddelde kostenniveau tussen de vaststellingsmomenten.

	OT versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd	Ex ante vaststelling versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd
Leeftijd/geslacht	61,3	44,2
DKG	66,6	105,7
FKG	48,4	99,9
HKG	8,3	13,6
AVI	60,4	42,7
SES	62,5	52,1
Regio	10,9	8,2
MHK	48,9	76,6
GSM	58,3	73,2
FGG	16,4	39,6
VGG	10,7	18,4
GGG	12,3	12,1
Totaal	**38,7**	**48,8**

De totale kosten bij de OT wijken met gemiddeld **€ 38,7** en bij de ex ante vaststelling met **€ 48,8** per verzekerde af van de gerealiseerde kosten. De totale GGAV bij de ex ante vaststelling is daarmee hoger dan bij de OT, dit terwijl idealiter juist de gemiddelde afwijking bij de OT hoger zouden moeten zijn dan bij de ex ante vaststelling. Een lagere GGAV bij de OT dan bij de ex ante vaststelling betekent dat de gemiddelde kosten bij de OT over het algemeen beter aansluiten op de gerealiseerde kosten dan bij de ex ante vaststelling. Dit is met name terug te voeren op de effecten bij DKG, FKG, MHK en GSM. De GGAV in de kosten bij de ex ante vaststelling zijn voor deze vier vereveningskenmerken erg hoog in verhouding tot de GGAV bij de andere vereveningskenmerken. Dit duidt erop dat de geraamde gemiddelde kosten voor de risicoklassen van deze vereveningskenmerken sterk afwijken van de gerealiseerde kosten. Dit kan als volgt worden verklaard:

- Voor de DKG's hangt de hoge GGAV bij de ex ante vaststelling zeer waarschijnlijk samen met de effecten van de verkorting van de DBC-doorlooptijd. Voor DKG 15 en 13 vallen de onderliggende gerealiseerde kosten substantieel lager dan in de geraamde kosten. Dit zorgt voor een grote gewogen absolute verschuiving. Voor andere DKG's waaronder DKG 7, 8, 11, 14 en 12 vallen de onderliggende gerealiseerde kosten juist substantieel hoger uit.
- Bij de FKG is ook een relatief hoge GGAV, met name bij de ex ante vaststelling. Voornamelijk de kosten van FKG 29, 25, 23, 21, 26 en 15 sluiten bij de OT beter aan op de gerealiseerde kosten, in vergelijking met de ex ante vaststelling. De onderliggende gerealiseerde kosten van onder andere FKG 29, 25, 23 en 21 vallen substantieel hoger uit. De onderliggende gerealiseerde kosten van onder andere FKG 15 en 30 vallen juist substantieel lager uit. Deze risicoklassen vallen ook op in Tabel 6-1.
- Ook voor MHK is de GGAV relatief hoog, met name bij de ex ante vaststelling die ook hoger is dan bij de OT. In voorgaande jaren is deze bevinding ook geconstateerd (Monitor 2012 t/m 2015). Er hebben geen aanpassingen plaats gevonden in de methodiek van de raming van de MHK ten opzichte van vorig jaar (Verantwoording Verzekerdenraming 2015, 2016). Het is bekend onder betrokken partijen dat de huidige ramingsmethodiek meer dan gemiddeld ruimte laat voor verschillen tussen de raming en de uiteindelijke verzekerdenbepaling. Er is met de beschikbare gegevens voor deze Monitor geen diepgaande(re) verklaring hiervoor te geven; dat vraagt nader onderzoek met aanvullende gegevens.
- GSM heeft een relatief hoge GGAV, met name bij de ex ante vaststelling. De gerealiseerde kosten voor GSM 4 (65 + en ongezond), maar ook in iets lichtere mate 2 (65- en ongezond) en 3 (65+ en gezond), zijn hoog uitgevallen ten opzichte van de geraamde kosten. Dit duidt erop dat de effecten die zijn opgetreden bij de morbiditeitskenmerken, in het specifiek DKG en FKG, invloed hebben op de GGAV bij GSM. Bij de DKG's en FKG's zijn namelijk grote verschillen opgetreden, die daarmee ook tot uiting komen bij GSM.

Opvallende resultaten voor andere vereveningskenmerken dan DKG, FKG, MHK en GSM zijn:

- Voor AVI en SES is de GGAV ook relatief hoog, zowel bij de OT als bij de ex ante vaststelling. In voorgaande jaren zijn voor deze kenmerken ook relatief grote verschuivingen in de kosten geconstateerd (Monitor 2012 t/m 2015). SES en AVI hangen (deels) met elkaar samen. Mogelijk hebben de relatief grote verschuivingen te maken met (sterke) ontwikkelingen in de conjunctuur, waardoor inschattingen achteraf bezien niet volledig goed aansluiten op de gerealiseerde cijfers. Verder is de GGAV van leeftijd hoog, net als vorig jaar (Monitor 2015).

Prevalenties

Naast verschuivingen in kosten, treden ook verschuivingen in prevalenties op tussen de momenten. Tabel 6-3 toont de GAV in prevalenties per vereveningskenmerk van het somatische model 2016 (en het V&V-model 2016).

Tabel 6-3 GAV in prevalenties tussen de OT en definitieve vaststelling en tussen ex ante vaststelling en definitieve vaststelling, voor alle verzekerden in de Zvw-bevolking volgens het somatische model 2016. Dit zijn aantallen per 1000 verzekerden. *Deze resultaten gelden ook voor het V&V-model 2016.

	OT versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd	Ex ante vaststelling versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd
Leeftijd/ geslacht	41,4	8,3
DKG	7,0	18,8
FKG	22,9	3,2
HKG	1,2	0,5
AVI	45,8	25,5
SES	28,0	7,9
Regio	3,2	1,4
MHK	6,0	3,5
GSM	25,4	32,4
FGG	2,0	2,5
VGG	0,2	2,0
GGG	0,6	0,1
Totaal	**15,3**	**8,9**

Conform verwachting is de totale GAV bij de OT hoger dan bij de ex ante: een prevalentieverschil van gemiddeld **0,89 %** bij de ex ante vaststelling en **1,53 %** bij de OT. In vergelijking met vorig jaar is de totale GAV bij de ex ante vaststelling hoger: van 0,82 % naar 0,89 % (Monitor 2015: Tabel 6-3). Dit is met name veroorzaakt door de GAV voor ***DKG*** en ***GSM***. Deze resultaten zijn als volgt te verklaren:

- Voor DKG is de hoge GAV in prevalenties bij de ex ante vaststelling te relateren aan de gevolgen van de verkorting van de DBC-doorlooptijd. De prevalenties van de positieve risicoklassen zijn lager uitgekomen dan geraamd in de verzekerdenraming; ofwel er zijn uiteindelijk minder verzekerden in een positieve risicoklasse ingedeeld dan was verwacht: 0,94% van alle verzekerden (circa 160.000 verzekerden) zijn in de afslagklasse ingedeeld, terwijl die normaal gesproken in een positieve DKG-klasse zouden zijn ingedeeld. Gezien de omvang van de normbedragen van de DKG's leidt deze prevalentie-verschuiving tot een substantiële verschuiving in de kosten van bijna € 1 mrd van de positieve DKG-klassen naar de afslagklasse.
- GSM is een samenloop van morbiditeitskenmerken en leeftijd, waardoor verschuivingen in de prevalenties van de morbiditeitskenmerken samen tot uiting komen. Voor GSM zijn de prevalenties voor de twee risicoklassen met een morbiditeit (ongeacht leeftijd) lager uitkomen dan geraamd in de verzekerdenraming, en de prevalenties voor de twee risicoklassen zonder een morbiditeit (ongeacht leeftijd) zijn hoger uitgekomen dan geraamd. Dit komt met name door de prevalentie-verschuiving bij de DKG's. Voor de FKG's en FGG's zijn er iets minder verzekerden ingedeeld in een positieve risicoklasse dan verwacht: 0,04 % en 0,126 % respectievelijk. Voor de HKG's en MHK zijn er juist iets meer verzekerden ingedeeld in een positieve risicoklasse dan verwacht: <0,01 % en 0,135 % respectievelijk.

De misschatting van de prevalenties voor DKG en GSM en daarmee de gevolgen in de hoogte van de vereveningsbijdrage zijn eerder geconstateerd door het ZIN bij de definitieve vaststelling voor 2016. Wij kunnen met de tot ons beschikbare gegevens voor deze Monitor niet in meer diepgang analyseren welke verschillen tussen de geraamde prevalenties en de gerealiseerde prevalenties konden worden voorzien en welke niet.

Andere opvallende resultaten in tabel 6-3 zijn:

- Voor AVI is de GAV in prevalentie relatief hoog in vergelijking met de GAV voor andere vereveningskenmerken. De GAV voor dit vereveningskenmerk is over afgelopen jaren consequent relatief hoog (Monitor 2012 t/m 2015). De GAV bij de ex ante vaststelling voor dit vereveningskenmerk is nu wel iets lager dan vorig jaar: van 2,75 % naar 2,55 % (Monitor 2015). AVI is sterk gerelateerd aan de economische situatie/conjunctuur. Het is lastig(er) deze prevalentie goed te ramen, omdat onvoorziene ontwikkelingen in de economische situatie een (grote) impact hebben. Ook wordt dit (deels) verklaard doordat de niet-ingezetenen (in totaal 175.576 verzekerdenjaren) niet zijn inbegrepen in de analyse van de gerealiseerde cijfers en bij de analyse van de OT, maar wel in de raming bij de ex ante vaststelling. Dit heeft naar verwachting een beperkt(er) effect dan de economische situatie/conjunctuur.
- De GAV voor SES is bij de ex ante vaststelling hoger dan vorig jaar: 0,63 % naar 0,79 % (Monitor 2015). Bij de OT is de GAV voor SES lager dan vorig jaar: van 3,96 % naar 2,8 % (Monitor 2015). In voorgaande jaren viel de GAV in prevalenties voor SES ook op (Monitor 2015). In 2015 en 2016 is de uitvoering van de methodiek voor het

definiëren van SES aangepast om de stabiliteit van dit vereveningskenmerk te verbeteren (ZIN, 2015; ZIN, 2016). Bij het ramen van dit vereveningskenmerk spelen ook ontwikkelingen in de economische situatie/conjunctuur mee.

- Voor FKG is de GAV relatief hoog bij de OT (2,29 %), maar bij de ex ante vaststelling is dit niet meer het geval (0,32 %). In voorgaande jaren was ditzelfde patroon te zien (Monitor 2012 t/m 2015). Bij de FKG's zijn er geen extreem grote verschuivingen in de prevalenties bij de ex ante vaststelling te zien; in tegenstelling tot de kosten van deze FKG's (zie tabel 6-2). Dat duidt erop dat er vooral verschuivingen (tussen OT en DV) zijn geweest in de kosten zelf en niet in de prevalenties.
- De GAV voor MHK is hoger dan de GAV van dit vereveningskenmerk vorig jaar: van 0,54 % naar 0,6 % bij de OT en van 0,27 % naar 0,35 % bij de ex ante vaststelling. Mogelijk werkt de misschatting bij de DKG's hier ook door.
- De GAV is relatief laag voor HKG, Regio en FGG, VGG en GGG. De geraamde prevalenties van deze kenmerken wijken relatief niet veel af van de gerealiseerde prevalenties. Voorgaande jaren is dit voor HKG en Regio ook geconstateerd (Monitor 2012 t/m 2015). FGG, VGG en GGG zijn nieuwe vereveningskenmerken per 2016.

6.1.2 Subgroepen samenhang aandoening en leeftijd

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

Tabel 6-4 Gemiddelde vereveningsresultaat en gemiddelde kosten van subgroepen op basis van samenhang voor somatische aandoening en psychische aandoening in combinatie met leeftijd, op moment van de OT, ex ante vaststelling en definitieve vaststelling, voor de somatische kosten in 2016, uitgedrukt in € per verzekerde

Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd	Aantal in %	Gemiddeld vereveningsresultaat			Gemiddelde kosten		
	DV [a]	OT	Ex ante	DV [b]	OT	Ex ante	DV [b]
Verzekerden onder de 18 jaar							
- Geen somatische aandoening	19,3	21	26	8	821	864	880
- Wel somatische aandoening	0,9	- 444	- 485	- 1.107	5.020	5.495	6.160
Verzekerden van 18 tot en met 64 jaar							
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	43,6	15	14	54	863	900	864
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	5,0	- 190	- 201	-192	1.167	1.218	1.191
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	8,6	68	71	- 35	4.139	4.287	4.468
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	4,0	- 36	- 30	- 93	3.844	3.980	4.033
Verzekerden van 65 jaar en ouder							
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	7,1	3	2	64	2.064	2.158	2.084
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	0,3	- 217	- 246	- 152	2.339	2.457	2.386
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	9,9	9	10	- 28	5.936	6.024	6.218
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	1,3	- 23	- 27	- 44	6.466	6.540	6.756
Totaal	100	0	0	0	1.940	2.091	2.065

Voetnoot Tabel 6-4:

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

Op de verschillende momenten is het patroon in het gemiddelde vereveningsresultaat over deze subgroepen in lijn met elkaar (met uitzondering van twee subgroepen met een beperkte ondercompensatie bij de definitieve vaststelling): een ondercompensatie bij de OT en ex ante vaststelling is ook een ondercompensatie bij de definitieve vaststelling. Hetzelfde geldt voor een overcompensatie. Dit effect is voorgaande jaren ook waargenomen (Monitor 2012 t/m 2015). De eerder geconstateerde verschuivingen in de kosten en prevalenties leiden per saldo niet tot een volledig ander patroon in de onder- of overcompensatie voor deze onderzochte subgroepen bij definitieve vaststelling.

Ondanks dat het patroon niet anders is tussen momenten, neemt wel de hoogte van de onder- of overcompensatie toe dan wel af tussen de momenten. Zo is de ondercompensatie voor verzekerden onder de 18 jaar met een somatische aandoening sterk toegenomen bij de definitieve vaststelling ten opzichte van de OT en ex ante vaststelling. Verder is de overcompensatie van verzekerden zonder somatische of psychische aandoening van zowel 18-64 jaar als van 65 jaar en ouder toegenomen bij de definitieve vaststelling ten opzichte van de ex ante vaststelling (waarbij de overcompensatie beperkt is).

Noot – Paragraaf 5.1.2 interpreteert de hoogte van de onder- en overcompensaties voor deze subgroepen voor de verevenende werking van het somatische model 2016.

Nadere beschouwing

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

6.2 V&V-kosten

6.2.1 Resultaat enkelvoudige risicogroepen

Tabel 6-5 presenteert de enkelvoudige risicoklassen in het V&V-model 2016 met een vereveningsresultaat buiten de gekozen grens (positief of negatief) van € 200 per verzekerde of een macro-omvang van € 100 miljoen. Bijlage D geeft een overzicht van het gemiddelde vereveningsresultaat voor alle 163 risicoklassen van het V&V-model, zowel voor als na correctie voor het macrovereveningsresultaat.

Tabel 6-5 Enkelvoudige risicoklassen in het V&V-model van 2016 met een vereveningsresultaat buiten de gestelde grenzen, bij de definitieve vaststelling.

Enkelvoudige risicoklassen		Aantal, in %	Gemiddelde kosten, in €	Gemiddeld verevenings-resultaat, in €	Macro-omvang verevenings-resultaat, in € mln.	Gemiddeld resultaat na correctie, in €
Buiten een drempel van € -200 of 200 per verzekerde						
DKG	*DKG 13*	0,02	9.926	2.566	9,8	2.131
	DKG 11	0,10	2.819	749	12,4	625
	DKG 10	0,06	4.041	-650	6,7	-768
FKG	*FKG 29 (Kanker add ons)*	*0,17*	*1.728*	*345*	*9,9*	*273*
	FKG 28 (Pulmonale arteriële hyp.)	*0,01*	*2.800*	*-173*	*-2,3*	*-264*
	FKG 22 (hers./rug.: overig	*0,04*	*6.006*	*-686*	*-50,5*	*-871*
GGG	*GGG 1 (Kosten GRZ t-1 in top 3 %)*	0,23	4.953	624	24,0	430
HKG	*4 (Tracheo-stoma's)*	0,01	8.512	475	1,0	163
Leeftijd/geslacht	*40 (Vrouw, 90+)*	0,53	4.453	874	78,0	689
	20 (Man, 90+)	0,19	3.807	629	19,8	475
	39 (Vrouw, 85-89)	0,91	3.012	335	51,4	219
MHK	*6 (3 jaar kosten in de top 1,5%)*	0,15	5.579	742	19,0	522
SES	*5 (> 15 bewoners Instromend 65+)*	0,11	2.703	1.520	27,8	1.363
	3 (> 15 bewoners Blijvend 65+)	0,31	250	702	36,2	669
VGG	*1(V&V-kosten t-1 in top 2,5%)*	0,82	1.993	217	30,0	140
	4 (V&V-kosten t-1 in top 0,25%)	0,20	26.214	566	-18,9	- 346
	2 (V&V-kosten t-1 in top 1,5%)	0,82	6.686	-175	-23,9	- 408
	3 (V&V-kosten t-1 in top 0,5%)	0,21	13.523	-964	-33,9	-1.401
Boven een drempel van € 100 mln. op macroniveau						
AVI	*0 (0-17 en 65+)*	38,76	425	37	237,5	20
GSM	*4 (65+, morbiditeit)*	11,33	1.244	88	166,9	41
VGG	*0 (afslagklasse: geen VGG)*	97,95	40	8	124,7	6
FGG	*0 (afslagklasse: geen FGG)*	98,13	161	7	117,0	1

Voetnoot Tabel 6-5:

- Voor alle 163 risicoklassen tezamen geldt een gemiddeld vereveningsresultaat van € *5,86* per verzekerde.
- Het 'resultaat na correctie' is het vereveningsresultaat waarbij de vereveningsbijdrage procentueel gecorrigeerd is voor het macrovereveningsresultaat (C1 in Bijlage D), en daarmee komt het gemiddeld vereveningsresultaat voor alle 163 risicoklassen tezamen na correctie uit op € 0 per verzekerde.

Voor een aantal risicoklassen van het V&V-model geldt een fors (lees: hoger dan de gekozen grens) positief gemiddeld vereveningsresultaat of in macro-omvang zowel voor als na correctie voor het macrovereveningsresultaat, met name bij DKG, FKG, GGG, HKG, Leeftijd/geslacht, MHK, SES en VGG (Tabel 6-5). Deze resultaten kunnen niet goed een-op-een worden vergeleken met vorig jaar in verband met de aanpassingen van het V&V-model in 2016. Op

basis van de beschikbare gegevens, kunnen wij geen specifieke, onderliggende subgroep(en) aanwijzen die verantwoordelijk is/ zijn voor deze resultaten.

Opvallende resultaten in tabel 6-5 zijn:

- Bij DKG 13 en 11 is er een fors positief vereveningsresultaat. Voor DKG 10 is er juist een fors negatief vereveningsresultaat behaald. Bij de V&V-kosten is er een minder sterke directe relatie tussen DBC's (ziekenhuiszorg) en de V&V-kosten dan bij de somatische kosten het geval is. Toch kunnen ook deze resultaten niet los worden gezien van de effecten van de verkorting van de DBC-doorlooptijd. Zoals eerder is toegelicht zijn er bij de DKG's opvallende verschuivingen door een misschatting van de verzekerdenaantallen en daarmee samenhangend de vaststelling van de hoogte van de normbedragen, waarbij er geen criteriumneutraliteit was op dit vereveningskenmerk in 2016.
- Voor FKG 29 is er een positief vereveningresultaat. Bij FKG 29 speelt de verwijdering van de werkzame stof aflibercept ten tijde van de definitieve vaststelling ook mee in de afwijking van zowel de kosten en prevalenties van deze risicoklasse (Brief FKG ATC-Referentiebestand, 2017). Opvallend is dat FKG 29 voor de somatische kosten een negatief vereveningsresultaat geeft, maar voor de V&V-kosten juist een positief vereveningsresultaat. Voor FKG 22 en 28 zijn positieve vereveningsresultaten behaald.
- Voor HKG 4 is er ook een substantieel positief vereveningsresultaat. Dit is een risicoklasse voor gebruik van een (trachea) stoma. De gerealiseerde kosten zijn voor deze risicoklasse substantieel lager dan de geraamde cijfers bij de OT en ex ante vaststelling.
- Voor het VGG-kenmerk zijn alle risicoklassen opgenomen in bovenstaande tabel. Het vereveningsresultaat voor de afslagklasse van VGG heeft een grote macro-omvang, vanwege de grote omvang in prevalenties van deze risicoklasse. Voor de positieve indeling bij VGG is op iedere risicoklasse een (substantieel) negatief vereveningsresultaat behaald.
- Het vereveningsresultaat voor de afslagklasse van FGG heeft ook een grote macro-omvang, samenhangend met de grote omvang in prevalenties van deze afslagklasse.
- Bij GSM 4 (65+ en ongezond) wordt een redelijk gemiddeld positief vereveningsresultaat behaald. Deze groep is omvat 11,3 % van de verzekerden, waardoor ook op macroniveau een fors resultaat wordt behaald.

Kosten

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

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

	OT versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd	Ex ante vaststelling versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd
Leeftijd/geslacht	15,5	14,1
DKG	9,3	16,6
AVI	8,3	7,6
SES	12,9	16,2
Regio	2,8	3,1
MHK	5,9	11,0
FKG	10,6	20,6
HKG	3,5	2,8
GSM	12,4	9,1
FGG	4,3	10,5
VGG	12,1	16,8
GGG	4,6	4,2
Totaal	**8,5**	**11,0**

De totale kosten bij de OT wijken met gemiddeld **€ 8,5** en bij ex ante vaststelling **€ 11,0** per verzekerde af van de gerealiseerde kosten. De totale GGAV bij de OT is daarmee lager dan bij de ex ante vaststelling, wat betekent dat de gemiddelde kosten bij de OT gemiddeld over alle vereveningskenmerken beter aansluiten op de gerealiseerde kosten dan bij de ex ante vaststelling. Dit is met name terug te voeren op een hoge GGAV bij de ex ante vaststelling voor leeftijd/geslacht, SES, FKG, GSM en VGG. Deze tabel wijkt af van de GGAV in de somatische kosten (Tabel 6-2). Het

verschil in de GGAV in kosten per verzekerde in beide modellen duidt erop dat de gemiddelde kosten bij de OT en de ex ante vaststelling in verhouding beter worden geschat voor het V&V-model dan voor het somatische model.

Op afzonderlijke vereveningskenmerken valt op:

- De GGAV bij leeftijd/geslacht is relatief hoog ten opzichte van de gemiddelde GGAV bij zowel de OT als de ex ante vaststelling. Dit kan komen door de samenhang met andere vereveningskenmerken, waardoor verschuivingen in de onderliggende kosten van deze andere vereveningskenmerken ook tot uitdrukking komen bij dit vereveningskenmerk. Voor GSM is dit ook het geval.
- De GGAV van SES is relatief hoog, vooral voor de ex ante vaststelling. Mogelijk heeft de relatief grote verschuiving te maken met (sterke) ontwikkelingen in de conjunctuur, waardoor inschattingen achteraf bezien niet volledig goed aansluiten op de gerealiseerde cijfers.
- Bij FKG is de GGAV relatief hoog voor de ex ante vaststelling. Dit duidt erop dat de geraamde kosten in de normbedragen fase (sterk) afwijken van de gerealiseerde kosten. Voornamelijk de kosten van FKG 30, 29 en 23 sluiten bij de ex ante vaststelling minder goed aan op de gerealiseerde kosten, in vergelijking met de OT. Risicoklasse FKG 29 viel ook op in Tabel 6-5.
- De GGAV in kosten van DKG, SES, MHK, FKG, FGG en VGG is bij de OT vaststelling lager dan bij de ex ante. Dit duidt erop dat bij de OT vaststelling de geraamde kosten beter aansluiten op de gerealiseerde kosten, dan bij de ex ante vaststelling.
- De GGAV voor regio en HKG zijn relatief laag. De geraamde kosten van deze vereveningskenmerken wijken relatief niet veel af van de gerealiseerde kosten. Ook in de Monitor 2015 is geconstateerd dat de GGAV voor het regio en HKG laag zijn.

Prevalenties

De vereveningskenmerken van het V&V-model zijn identiek aan het somatische model. Daarmee zijn de resultaten voor de GAV in prevalenties voor het V&V-model gelijk aan die in Tabel 6-3.

6.2.2 Subgroepen samenhang aandoening en leeftijd

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

Tabel 6-8 Gemiddelde vereveningsresultaat en gemiddelde kosten van subgroepen op basis van samenhang voor somatische aandoening en psychische aandoening in combinatie met leeftijd, op moment van de OT, ex ante vaststelling en definitieve vaststelling, voor de V&V-kosten in 2016, uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd	Aantal in % DV [a]	Gemiddeld vereveningsresultaat			Gemiddelde kosten		
		OT	Ex ante	DV [b]	OT	Ex ante	DV [b]
Verzekerden onder de 18 jaar							
- Geen somatische aandoening	19,3	15	19	17	2	2	3
- Wel somatische aandoening	0,9	-321	-353	-116	792	890	603
Verzekerden van 18 tot en met 64 jaar							
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	43,6	-6	-7	-11	5	5	6
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	5	-16	-19	-28	8	9	12
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	8,6	26	31	-3	163	163	163
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	4	25	28	-41	195	195	233
Verzekerden van 65 jaar en ouder							
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	7,1	1	1	12	272	282	243
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	0,3	-5	-9	33	687	719	643
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	9,9	5	5	44	1.214	1.167	1.152
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	1,3	-34	-35	23	2.065	2.018	1.962
Totaal	100	0	0	0	191	204	191

Voetnoot Tabel 6-8:

a. Aantal verzekerdenjaren bij de definitieve vaststelling. De aantallen op de andere momenten zijn vergelijkbaar met deze aantallen.
b. Deze resultaten zijn gelijk aan tabel 5-6.

De hoogte van de onder- of overcompensatie varieert tussen de momenten. De eerder geconstateerde verschuivingen in de kosten en prevalenties op de vereveningskenmerken leiden per saldo niet tot een ander patroon in vereveningsresultaten voor deze onderzochte subgroepen bij de definitieve vaststelling. Ook de patronen in de kosten zijn over het algemeen vergelijkbaar over de verschillende momenten. Interpretatie van de hoogte van de resultaten in opgenomen in Hoofdstuk 5.

Nadere beschouwing

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

6.3 gGGZ-kosten

6.3.1 Resultaat enkelvoudige risicogroepen

Tabel 6-9 presenteert de enkelvoudige risicoklassen in het gGGZ-model 2016 met een vereveningsresultaat buiten de gekozen grens (positief of negatief) van € 200 per verzekerde of een macro-omvang van € 100 miljoen. Bijlage D geeft een overzicht van het gemiddelde vereveningsresultaat voor alle 95 risicoklassen van dit model, zowel voor als na correctie voor het macrovereveningsresultaat.

Tabel 6-9 Enkelvoudige risicoklassen in het gGGZ-model van 2016 met een vereveningsresultaat buiten de gekozen grenzen, bij de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en bandbreedteregeling.

Enkelvoudige risicoklassen		Aantal, in %	Gemiddelde kosten, in €	Gemiddeld verevenings-resultaat, in €	Macro-omvang verevenings-resultaat, in € mln.	Gemiddeld resultaat na correctie, in €
Buiten een drempel van € -200 of 200 per verzekerde						
DKG-*GGZ*	*DKG-GGZ 5*	0,04	28.362	283	1,7	- 3.006
	DKG-GGZ 2	0,47	7.487	569	35,9	- 356
	DKG-GGZ 3	0,09	12.620	1.262	15,4	- 332
MHK	*MHK 3 (3x kosten in top 0,5%)*	0,09	20.621	1.404	17,4	-1.125
FKG-GGZ	*FKG 4 (verslaving)*	0,09	4.869	860	10,2	202
	FKG 2 (psychose depot)	0,08	11.334	1.586	17,4	102
AVI	*AVI 1 (IVA 18-34)*	0,02	1.884	701	1,6	404
PPA	*PPA 3 (Meerpers. M, 65-79)*	0,00	17	252	0,0	221
SES	*SES 4 (>15, instromend, 65+)*	0,12	4.467	1.638	25,4	936
	SES 5 (Zeer laag 18-64)	0,14	780	251	4,6	133
Boven een drempel € 100 mln. op macroniveau						
MHK	*MHK 0 (afslag)*	89,1	68	22	258,3	11
	MHK 1 (1x in 3 jaar kosten >0)	10,5	1.312	83	117,0	-77
SES	*SES 7 (laag 18-64)*	15,3	589	61	125,3	-13
PPA	*PPA 0 (Referentie 18-)*	82,1	190	26	283,7	1
	PPA 1 (Meerpers. M, 65-79)	17,9	466	55	132,6	- 5
FKG-GGZ	*FKG 0 (afslag)*	95,1	155	23	287,4	2
DKG-GGZ	*DKG-GGZ 0 (afslag)*	98,0	136	21	280,0	3

Voetnoot Tabel 6-9
a. Voor alle 95 risicoklassen tezamen geldt een gemiddeld vereveningsresultaat van € 28,41 per verzekerde.
b. Het 'resultaat na correctie' is het vereveningsresultaat na correctie van de vereveningsbijdrage voor het macrovereveningsresultaat (C1 in Bijlage D), en daarmee komt het gemiddeld vereveningsresultaat voor alle risicoklassen tezamen na correctie uit op € 0 per verzekerde.

Alle risicoklassen buiten de geselecteerde drempel hebben een gemiddeld positief vereveningsresultaat voor correctie voor het macrovereveningsresultaat, ook de risicoklassen die niet in bovenstaande tabel zijn opgenomen. Vanwege gebrek aan meer gedetailleerde (kosten)gegevens, kunnen wij – net zoals bij de somatische kosten en V&V-kosten – geen specifieke subgroep(en) aanwijzen die voor de gerealiseerde kostenonderschrijding verantwoordelijk is.

Voor een aantal risicoklassen is er ook een (positief of negatief) vereveningsresultaat in absolute bedragen of in macro-omvang na correctie voor het macrovereveningsresultaat, met name DKG-GGZ 5, 2, 3, MHK 3 en AVI vallen op (Tabel 6-9). De DBC-verkorting geldt niet voor de GGZ. Opvallende resultaten op afzonderlijke vereveningskenmerken zijn:

- Voor bijna alle risicoklassen van DKG-GGZ, geldt een relatief hoog gemiddeld positief vereveningsresultaat voor correctie en een negatief resultaat na correctie. Dit betekent dat de totale overschatting van de totale kosten in het MPB met name hier neerslaat en verzekerden betreft dit (veel) zorg gebruiken.
- Voor alle FKG-GGZ klassen geldt een positief gemiddeld vereveningsresultaat, zowel voor als na correctie. Mogelijk komt dit door het preferentiebeleid voor generieke geneesmiddelen waardoor de kosten lager zijn dan verwacht, dan wel (in combinatie met) een overschatting van de totale kosten in het MPB. De positieve vereveningsresultaten hangen naar verwachting ook samen met de grote absolute verschuiving in kosten die wij zien voor dit kenmerk. Voor de afslagklasse van FKG-GGZ is er een forse macro-omvang van het vereveningsresultaat, vanwege de omvang van deze risicoklasse.
- MHK 3 valt op vanwege het relatief hoge gemiddelde vereveningsresultaat. Voor MHK 3 worden zowel grote verschuivingen in kosten als prevalenties geconstateerd. MHK 0 en MHK 1 vallen op door de macro-omvang. Deze risicoklassen lieten in 2015 vergelijkbare resultaten zien (Monitor 2015).

Kosten

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

Tabel 6-10 GGAV in de gGGZ-kosten per verzekerde van 18+ tussen de OT en definitieve vaststelling en tussen de ex ante vaststelling en definitieve vaststelling, gecorrigeerd voor het verschil in kostenniveau tussen de momenten, voor het gGGZ-model 2016.

	OT versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd	Ex ante vaststelling versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd
Leeftijd/geslacht	7,3	8,0
FKG-GGZ	8,9	4,5
AVI	13,1	14,1
SES	12,4	13,1
Regio	4,2	5,5
DKG-GGZ	15,2	13,1
PPA	2,3	3,0
MHK-GGZ	21,6	17,7
Totaal	**10,6**	**9,9**

De totale kosten bij de OT wijken gemiddeld **€ 10,6** per verzekerde en bij de ex ante vaststelling **€ 9,9** per verzekerde af van de gerealiseerde kosten. Bij een aantal vereveningskenmerken is de GGAV bij de ex ante vaststelling hoger dan bij de OT, waaronder leeftijd/geslacht, AVI, SES, Regio en PPA. De gemiddelde kosten van deze kenmerken bij de ex ante vaststelling sluiten gemiddeld minder goed aan op de gerealiseerde kosten dan bij de OT. Vorig jaar waren de verschillen van vergelijkbare omvang € 11,0 voor de OT en € 11,8 voor de ex ante vaststelling (Monitor 2015).

Bij afzonderlijke vereveningskenmerken valt op:

- Voor DKG-GGZ is de GGAV relatief hoog, zowel bij de OT als de ex ante vaststelling. Echter, de GGAV is lager dan vorig jaar in absolute zin (Monitor 2015). Voor DKG-GGZ 0 tot 4 vallen de gerealiseerde kosten (substantieel) lager uit dan geraamd.
- De GGAV van MHK-GGZ valt hoog uit, zowel in de OT als bij de ex ante vaststelling. In voorgaande jaren is dit ook geconstateerd (Monitor 2015). Er hebben geen aanpassingen plaatsgevonden in de raming van de MHK ten opzichte van vorig jaar (Verantwoording Verzekerdenraming 2015, 2016). De huidige ramingsmethodiek laat ruimte voor verschil tussen de raming en de uiteindelijke verzekerdenbepaling.
- De GGAV van AVI en SES liggen op vergelijkbaar niveau als voorgaande jaren (Monitor 2012 t/m 2015). Echter valt de GGAV van AVI iets lager uit dan vorig jaar. AVI is een kenmerk dat in meerdere analyses opvalt. Zoals eerder genoemd, kan dit komen door de (sterke) invloed van economische situatie/conjunctuur, waardoor het lastig(er) is de cijfers goed in te schatten. Dit geldt ook voor SES.

Prevalenties

Tabel 6-11 toont de GAV in prevalenties per vereveningskenmerk van het gGGZ-model 2016 voor de OT en ex ante vaststelling, ten opzichte van de gerealiseerde prevalenties bij de definitieve vaststelling.

Tabel 6-11 GAV in prevalenties tussen de OT en definitieve vaststelling en tussen ex ante vaststelling en definitieve vaststelling, voor verzekerden voor het gGGZ-model van 2016.

	OT versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd	Ex ante versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd
Leeftijd/ geslacht	40,7	8,0
FKG-GGZ	5,8	0,6
AVI	64,1	30,2
SES	32,3	7,1
Regio	4,6	1,6
DKG-GGZ	5,7	4,4
EPH	12,5	7,2
MHK-GGZ	32,8	26,4
Totaal	**24,8**	**10,7**

Conform verwachting is de totale GAV bij de OT hoger dan bij de ex ante vaststelling: een prevalentieverschil van gemiddeld **2,48 %** bij de OT en **1,07 %** bij de ex ante vaststelling. In vergelijking met vorig jaar is de totale GAV bij de OT en de ex ante vaststelling lager: 2,52 % en 1,26 % respectievelijk (Monitor 2015, tabel 6-11). Voor alle vereveningskenmerken is de GAV hoger bij de OT dan bij de ex ante vaststelling. In voorgaande jaren was de totale GAV bij de OT ook hoger dan bij de ex ante vaststelling (Monitor 2012 t/m 2015). Door de herweging naar de verzekerdenraming sluiten de prevalenties gemiddeld beter aan op de gerealiseerde prevalenties, dan de geraamde cijfers bij de OT.

De volgende resultaten bij afzonderlijke vereveningskenmerken vallen op:

- Bij AVI is de GAV relatief hoog, zowel bij de OT als ex ante vaststelling. AVI is sterk gerelateerd aan de economische situatie/conjunctuur. Het is lastig(er) deze prevalentie goed te ramen, omdat onvoorziene ontwikkelingen in de economische situatie een (grote) impact spelen. Ook kan dit (deels) komen doordat de niet-ingezetenen niet zijn inbegrepen in de gerealiseerde cijfers, maar wel in de raming bij de ex ante vaststelling. Dit is naar verwachting een beperkt(er) effect dan de economische situatie/conjunctuur.
- MHK-GGZ heeft een relatief hoge GAV, met name bij de OT. Dit kenmerk is nieuw sinds 2015, waardoor het lastig is de prevalenties goed te ramen. Bij de verzekerdenraming is een correctie uitgevoerd om op totaalniveau op de prevalenties van de OT aan te sluiten (Verantwoording Verzekerdenraming, 2016).
- Bij Regio en DKG-GGZ is de GAV laag bij de ex ante vaststelling. Dit is in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2012 t/m 2015).

6.3.2 Subgroepen samenhang aandoening en leeftijd

Tabel 6-12 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat op basis van het gGGZ-model 2016 en de gemiddelde kosten van subgroepen op basis van samenhang tussen aandoening in combinatie met leeftijd. Het verschil in kostenniveau tussen de vaststellingsmomenten dient in acht te worden genomen bij interpretatie van deze resultaten (Bijlage B). Bij de definitieve vaststelling is gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat; deze resultaten zijn gelijk aan de resultaten in Hoofdstuk 5.

Tabel 6-12 Gemiddelde vereveningsresultaat en kosten van subgroepen op basis van samenhang voor een somatische aandoening en psychische aandoening, in combinatie met leeftijd, bij de OT, ex ante vaststelling en definitieve vaststelling, voor de gGGZ-kosten in 2016, uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd	Aantal in % DV [a]	Gemiddeld vereveningsresultaat			Gemiddelde kosten		
		OT	Ex ante	DV [b]	OT	Ex ante	DV [b]
Verzekerden van 18 tot en met 64 jaar							
- Geen somatische - Geen psychische aandoening	54,7	1	2	12	72	81	67
- Geen somatische - Wel psychische aandoening	6,3	41	48	-23	981	1.120	1.122
- Wel somatische - Geen psychische aandoening	10,8	-18	-20	-7	84	93	78
- Wel somatische - Wel psychische aandoening	5,0	-35	-37	-89	1.754	1.992	1.920
Verzekerden van 65 jaar en ouder							
- Geen somatische - Geen psychische aandoening	8,9	-4	-6	3	38	43	37
- Geen somatische - Wel psychische aandoening	0,3	75	72	-42	849	972	1.047
- Wel somatische - Geen psychische aandoening	12,4	-6	-7	1	44	48	43
- Wel somatische - Wel psychische aandoening	1,7	48	54	-4	930	1.056	1.021
Totaal	**100**	**0**	**0**	**0**	**238**	**267**	**240**

Voetnoot Tabel 6-12:

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

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

Het patroon in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen de OT en ex ante vaststelling ligt in lijn met elkaar, waarbij beide momenten bij bepaalde subgroepen afwijkt van de DV; veelal is dit verschil beperkt. Zo is er bij de subgroep van verzekerden van 18 tot en met 64 jaar met zowel een somatische als een psychische aandoening een ondercompensatie ten tijde van de OT en ex ante vaststelling. Bij de definitieve vaststelling wordt de ondercompensatie voor deze subgroep groter, terwijl de kosten lager zijn bij de definitieve vaststelling dan tijdens de ex ante vaststelling. De oorzaak ligt daarmee in de vereveningsbijdrage voor deze subgroep bij de definitieve vaststelling, waarbij de effecten van onderliggende vereveningskenmerken hier tot uiting komen.

Daarnaast is te zien dat de gemiddelde kosten van de subgroepen op de verschillende momenten qua patroon vergelijkbaar zijn, met uitzondering van enkele wijzigingen (rekening houdend met de kostenverschillen tussen momenten). Dit was ook in voorgaande jaren geconstateerd.

Nadere beschouwing

Op basis van een nadere analyses naar de onderliggende prevalenties van kenmerken van de subgroepen, is af te leiden dat de prevalenties niet helemaal vergelijkbaar zijn op de verschillende momenten. De subgroepen die psychische aandoeningen hebben zijn samen circa 10 % kleiner tijdens de definitieve vaststelling dan bij de OT en ex ante vaststelling. Dit is het saldo effect van alle onderliggende effecten op de vereveningskenmerken die bij deze subgroep tot uiting komen.

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

Samenvatting

Somatische kosten

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

V&V-kosten

- De ex ante normbedragen sluiten over het algemeen beter aan op de herschatte realisatienormbedragen dan de OT-normbedragen. Bij leeftijd/geslacht zijn er relatief grote afwijkingen bij de OT in vergelijking met de ex ante vaststelling. Dit is het saldo-effect van verschuivingen in kosten en prevalenties van dit kenmerk en samenhang met andere vereveningskenmerken.
- De verklaringskracht van het V&V-model is sterk toegenomen ten opzichte van 2015. Dit hangt samen met de grote veranderingen in het V&V-model per 2016.

gGGZ-kosten

- De OT-normbedragen sluiten over het algemeen beter aan op de herschatte realisatienormbedragen dan de ex ante normbedragen. De afwijking van zowel de OT als de ex ante normbedragen op de herschatte normbedragen zijn gemiddeld genomen beperkt.
- De verklaringskracht van het GGZ-model in 2016 is vergelijkbaar met 2015.

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*). Wij vergelijken de OT- en ex ante normbedragen (voor en na criteriumneutraliteit) met de realisatienormbedragen. Ten behoeve van vergelijkbaarheid schalen wij de OT en ex ante normbedragen procentueel naar het gerealiseerde kostenniveau (Bijlage B). De verschillen in normbedragen drukken wij uit in de GGAV. Hoe lager de GGAV, hoe kleiner de (absolute) verschillen in normbedragen zijn en daarmee hoe beter de OT dan wel ex ante normbedragen aansluiten op de realisatienormbedragen. Normbedragen zijn het eindproduct van kosten en prevalenties. Dat betekent dat deze analyse impliciet toetst hoe de eerder geconstateerde verschillen in kosten en prevalenties (Hoofdstuk 6) aansluiten op de verschillen tussen kosten en prevalenties in de gerealiseerde situatie.

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

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

- Verschuiving in het normbedrag (onderliggend in de kosten en/of prevalenties) van een risicoklasse van een vereveningskenmerk kan het normbedrag van een of meerdere andere risicoklassen c.q. vereveningskenmerken (sterk) beïnvloeden, vanwege samenhang tussen de vereveningskenmerken. Verschuivingen in de normbedragen bij vereveningskenmerken dienen gezamenlijk in ogenschouw te worden genomen.
- De realisatienormbedragen zijn geschat voor het uitvoeren van deze evaluatie van de representativiteit van de OT-normbedragen en ex ante normbedragen. De realisatienormbedragen worden *niet* gebruikt in de uitvoering van de risicoverevening. Dat zijn namelijk de ex ante vastgestelde normbedragen, met indien van toepassing criteriumneutraliteit.
- De verklaringskracht van de modellen drukken wij uit 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. Omdat hetzelfde model op verschillende data wordt toegepast, zeggen de verschillen in uitkomsten niet zoveel over de kwaliteit van de modellen. De verschillen zeggen wel iets over de verschillen in de data. Als de uitkomsten sterk verschillen, dan lijkt de kostenverdeling van de OT en ex ante vaststelling niet veel op de kostenverdeling van de definitieve vaststelling. Andersom, als de verschillen klein zijn, dan betekent het niet dat de data wel representatief is, maar dan is er op grond van de verschillen in verklaringskracht geen aanwijzing dat de data niet representatief is.

7.1 Somatische kosten

7.1.1 Normbedragen

Tabel 7-1 presenteert de GGAV in de normbedragen van het somatische model 2016, bij de OT en ex ante vaststelling ten opzichte van de realisatienormbedragen.

Tabel 7-1 GGAV in normbedragen tussen de OT en de ex ante vaststelling met de realisatienormbedragen voor het somatische model 2016, uitgedrukt in € per verzekerde.

Vereveningskenmerk	OT – Herschatting	Ex ante vaststelling – Herschatting
Leeftijd/ geslacht	35,2	35,8
FKG	36,9	39,4
Regio	6,1	6,0
DKG	51,6	41,6
MHK	41,5	41,0/ 37,6*
AVI	7,1	8,4
HKG	5,0	7,8
SES	15,0	15,9
GSM	29,0	31,4
FGG	4,9	7,5
VGG	4,4	3,1
GGG	4,1	4,6
Totaal	**20,1**	**20,2/ 19,9***

Voetnoot Tabel 7-1:

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

De totale GGAV in normbedragen bedraagt in 2016 voor de OT **€ 20,1** per verzekerde en voor de ex ante vaststelling **€ 20,2** (of **€ 19,9** met criteriumneutraliteit). De totale GGAV bij de ex ante vaststelling (met en zonder criteriumneutraliteit) is vergelijkbaar met de OT. Herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB dragen, gemiddeld genomen, niet veel bij aan een betere aansluiting van de ex ante normbedragen op de realisatienormbedragen dan bij de OT-normbedragen. Opvallende resultaten zijn:

- Leeftijd/geslacht heeft ook een relatief hoge GGAV, ten opzichte van andere vereveningskenmerken. Dit was ook in voorgaande jaren geconstateerd (Monitor 2012 t/m 2015). Deze verschuivingen zijn mogelijk het gevolg van verschuivingen in de kosten en prevalenties bij andere vereveningskenmerken, zoals DKG, FKG en MHK, die (sterk) samenhangen met dit vereveningskenmerk. Bij deze andere vereveningskenmerken is ook sprake van een relatief hoge GGAV in normbedragen (eveneens zijn in paragraaf 6.2.1 verschuivingen in kosten en prevalenties geconstateerd). De GGAV in normbedragen van leeftijd/geslacht verandert nauwelijks bij de ex ante vaststelling ten opzichte van de OT.

- De GGAV bij FKG is relatief hoog: € 36,9 bij de OT en € 39,4 bij de ex ante vaststelling. Dit kan gerelateerd zijn aan verschuivingen in de kosten (paragraaf 6.2.1), dan wel in combinatie met samenhang door andere vereveningskenmerken. Bij de prevalenties waren ook verschuivingen bij dit vereveningskenmerk te zien (paragraaf 6.2.1).
- Bij DKG is de GGAV in normbedragen relatief hoog ten opzichte van andere vereveningskenmerken: € 51,6 bij de OT en € 41,6 bij de ex ante vaststelling. Bij dit vereveningskenmerk zijn ook relatief forse verschuivingen in prevalenties en kosten geconstateerd; zie paragraaf 6.1 voor de misschatting op DKG's. De verschuivingen in kosten hebben per saldo geleid tot verschuivingen in de normbedragen indien het somatische model wordt herschat op gerealiseerde cijfers. Ook kunnen deze verschuivingen in deze normbedragen zijn beïnvloed door samenhang met andere vereveningskenmerken. In voorgaande jaren is ook een forse GGAV van vergelijkbare omvang in de normbedragen van DKG geconstateerd (Monitor 2015). Mogelijk zou dit te maken kunnen hebben met de verkorting van de DBC-doorlooptijd.
- MHK heeft een relatief hoge GGAV: € 41,5 bij de OT en € 41,0 bij de ex ante vaststelling, of € 37,6 met criteriumneutraliteit. Voorgaande jaren had MHK ook een relatief hoge GGAV (Monitor 2012 t/m 2015).
- Bij HKG is sprake van een relatief lage GGAV in normbedragen. Dit vereveningskenmerk is per 2014 toegevoegd aan het model. Voorgaande jaren is ook een relatief lage GGAV in normbedragen van HKG gevonden (Monitor 2014, 2015).
- Bij GSM zijn de GGAV in normbedragen tussen de OT en de ex ante vaststelling met de realisatienormbedragen relatief hoog.
- Ook de vereveningskenmerken FGG, VGG, GGG hebben ieder een relatief lage GGAV in normbedragen. Deze vereveningskenmerken zijn per 2016 aan het model toegevoegd.

7.1.2 Verklaringskracht

Tabel 7-2 presenteert de R^2 en CPM voor het somatische model 2016 voor verschillende momenten en bij herschatting van dit model 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 7-2 R^2 en CPM van het somatische model van 2016 op verschillende momenten en de herschatting op realisatiecijfers.

	R^2 (in%)	*CPM (in%)*
OT	22,7	25,6
Ex ante vaststelling	23,0	26,0
Definitieve vaststelling (geschaald naar nul)	23,0	26,6
Herschatting	23,3	26,8

Voetnoot Tabel 7-2
- OT: het ex ante model bij de OT, op geraamde cijfers van 2013, representatief gemaakt voor de kosten van 2016 (WOR 748, OT-fase).
- Ex ante vaststelling: het ex ante model bij de ex ante vaststelling, op geraamde cijfers van 2013 (gebruikt bij de OT), plus de herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB (WOR 749 Normbedragen fase).
- Definitieve vaststelling: de ex ante vastgestelde normbedragen (inclusief criteriumneutraliteit) toegepast op de gerealiseerde cijfers. Het gemiddelde macrovereveningsresultaat is procentueel geschaald naar nul.
- Herschatting: 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 2012 t/m 2015). De verschillen in de R^2 en CPM tussen de momenten en de herschatting worden verklaard door verschillen in patronen in de onderliggende data; niet door vormgeving van het ex ante model (dit is op alle momenten hetzelfde). Interpretatie van de verschillen in R^2 en CPM in absolute termen tussen de momenten of over de jaren is hierdoor niet goed mogelijk. Uit analyse op de onderliggende kostenverdeling op elk moment volgt dat de staart van de verdeling smaller is dan bij de OT en ex ante vaststelling, waardoor het bereik van het ex ante model groter is op deze data: dit is met name te zien in een hogere CPM.

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

Overall zijn de R^2 en de CPM redelijk vergelijkbaar op de verschillende momenten. Dat betekent dat er op grond van de verklaringskracht geen indicaties zijn dat de data die voor de OT en de ex ante is gebruikt, niet representatief is.

7.2 V&V-kosten

7.2.1 Normbedragen

Tabel 7-4 presenteert de GGAV in de normbedragen van het V&V-model van 2016, bij de OT en ex ante vaststelling ten opzichte van de realisatienormbedragen.

Tabel 7-4 GGAV in normbedragen tussen de OT en de ex ante vaststelling met de realisatienormbedragen voor het ex ante model voor de V&V-kosten van 2016, uitgedrukt in € per verzekerde.

Vereveningskenmerk	OT – Herschatting	Ex ante vaststelling – Herschatting
Leeftijd/ geslacht	27,7	25,4
FKG	8,3	9,3
Regio	3,5	3,3
DKG	7,6	5,7
MHK	8,4	9,0/ 9,2 *
AVI	10,0	11,0
HKG	1,8	1,9
SES	10,9	11,7
GSM	8,1	8,9
FGG	1,6	1,9
VGG	25,3	18,9
GGG	1,7	2,2
Totaal	**9,6**	**9,1/ 9,1***

Voetnoot Tabel 7-4:

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

De totale GGAV in normbedragen bedraagt voor de OT **€ 9,6** en voor de ex ante vaststelling **€ 9,1** zowel met en zonder criteriumneutraliteit. In lijn der verwachting zijn de totale GGAV in normbedragen bij de OT daarmee hoger dan bij de ex ante vaststelling. Herweging naar de verzekerdenraming en de schaling naar het MPB tezamen zorgen per saldo dat de normbedragen bij de ex ante vaststelling beter aansluiten op de realisatienormbedragen dan bij de OT. Opvallende resultaten zijn:

- De relatief hoge GGAV bij leeftijd/geslacht ten opzichte van de andere vereveningskenmerken. Deze verschuivingen zijn waarschijnlijk het gevolg van verschuivingen in de kosten en prevalenties bij andere vereveningskenmerken die (sterk) samenhangen met deze vereveningskenmerken.
- De GGAV bij VGG is ook relatief hoog ten opzichte van andere kenmerken. Het VGG-kenmerk is nieuwe toegevoegd aan het V&V-model per 2016. Hierdoor kunnen wij geen vergelijking maken met voorgaande jaren.

7.2.2 Verklaringskracht

Tabel 7-5 presenteert de R^2 en CPM voor het V&V-model 2016 voor verschillende momenten en bij herschatting van dit model op de gerealiseerde cijfers.

Tabel 7-5 R^2 en CPM van het ex ante model voor de V&V-kosten op verschillende momenten en de herschatting op realisatiecijfers.

	R^2 (in%)	*CPM (in%)*
OT	37,6	44,7
Ex ante vaststelling	36,6	44,2
Definitieve vaststelling (geschaald naar nul)	44,7	45,4
Herschatting	45,2	50,4

Voetnoot Tabel 7-5

- OT: het ex ante model bij de OT, op geraamde cijfers van 2013, representatief gemaakt voor de kosten van 2016 (WOR 748 – OT-fase).
- Ex ante vaststelling: het ex ante model bij de ex ante vaststelling, op geraamde cijfers van 2013 (gebruikt bij de OT), plus de herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB (WOR 749, Normbedragen fase).
- Definitieve vaststelling: de ex ante vastgestelde normbedragen (inclusief criteriumneutraliteit) toegepast op de gerealiseerde cijfers. Het gemiddelde macrovereveningsresultaat is procentueel geschaald naar nul.
- Herschatting: het ex ante model geschat op gerealiseerde cijfers.

De verklaringskracht van het V&V-model in termen van de CPM zijn van vergelijkbare orde van grootte op de verschillende momenten, met uitzondering van de herschatting. Bij de herschatting is de R^2 en CPM het hoogst, wat

duidt op een betere absolute aansluiting van verschillen tussen de kosten en voorspelde kosten op dit moment. Ook hier hebben wij een nadere analyse gedaan naar de verdeling van de kosten en voorspelde kosten. De verschillen in de R^2 en CPM tussen de momenten en de herschatting kunnen worden verklaard door verschillen in patronen in de onderliggende data; niet door vormgeving van het model (dit is op elk moment gelijk).

Ten opzichte van 2015 zijn de R^2 en de CPM voor alle vier de momenten fors hoger in 2016 (bijvoorbeeld was de R^2 9,0 en de CPM 17,5 in de definitieve vaststelling van 2015). Dit geeft aan dat het V&V-model van 2016 beter bij de gebruikte data van past dan dat het V&V-model van 2015 bij de gebruikte data van 2015. Dit is het gevolg van de uitbreiding van de vereveningskenmerken.

7.3 gGGZ-kosten

7.3.1 Normbedragen

Tabel 7-6 toont de GGAV in normbedragen van het gGGZ-model 2016, zowel voor de OT alsmede de ex ante vaststelling ten opzichte van de herschatting.

Tabel 7-6 GGAV in normbedragen van de OT en de ex ante vaststelling met de realisatienormbedragen voor het gGGZ-model van 2016, uitgedrukt in € per verzekerde.

Vereveningskenmerk	OT – Herschatting	Ex ante vaststelling – Herschatting
Leeftijd/geslacht	8,5	8,1
FKG-GGZ	4,4	5,2
Regio	2,9	3,3
DKG-GGZ	9,9	7,2
AVI	6,8	6,6
SES	3,3	4,0
EPH	3,8	2,8
MHK-GGZ	11,7	14,9/ 20,9*
Totaal	**6,4**	**6,5/ 7,3***

Voetnoot Tabel 7-6:
* Dit zijn de ex-ante vastgestelde normbedragen, met criteriumneutraliteit bij de definitieve vaststelling

De totale GGAV in normbedragen bedraagt in 2016 voor de OT **€ 6,4** en voor de ex ante vaststelling **€ 6,5** (of **€ 7,3** met criteriumneutraliteit voor MHK-GGZ). Hiermee is de totale GGAV bij de OT lager dan bij de ex ante vaststelling. Herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB zorgen, gemiddeld genomen, tezamen niet voor een betere aansluiting van de ex ante normbedragen op de realisatienormbedragen dan bij de OT-normbedragen.

Opvallende resultaten zijn:

- De GGAV van leeftijd/geslacht bij de OT en de ex ante vaststelling is relatief hoog. De GGAV in normbedragen van leeftijd geslacht bij deze vereveningskenmerken kan zijn beïnvloed door samenhang met andere vereveningskenmerken.
- Bij DKG-GGZ neemt de GGAV af tussen de OT en ex ante vaststelling. Eerder is bij DKG-GGZ ook gevonden dat de prevalenties bij de ex ante vaststelling gemiddeld beter aansluiten op de gerealiseerde cijfers dan bij de OT (paragraaf 6.3.1).
- De GGAV van MHK-GGZ neemt toe tussen de OT en de ex ante vaststelling (criteriumneutraliteit zorgt zelfs voor een nog grotere sprong tussen de OT en de ex ante vaststelling). Bij MHK-GGZ zijn ook verschuivingen in de kosten en vooral de prevalenties geconstateerd (paragraaf 6.3.1). Ook kan de GGAV in normbedragen van MHK-GGZ bij deze vereveningskenmerken zijn beïnvloed door samenhang met andere vereveningskenmerken.

7.3.2 Verklaringskracht

Tabel 7-7 geeft de verklaringskracht in termen van R^2 en CPM voor het gGGZ-model 2016 op verschillende momenten en bij herschatting van dit model op de gerealiseerde cijfers.

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

	R^2 (in%)	*CPM (in%)*
OT	15,2	25,7
Ex ante vaststelling	15,5	26,2
Definitieve vaststelling (geschaald naar nul)	16,8	26,9
Herschatting	17,0	27,7

Voetnoot Tabel 7-7
- OT: het ex ante model bij de OT, op geraamde cijfers van 2013, representatief gemaakt voor de kosten van 2016 (WOR 748 – OT-fase).
- Ex ante vaststelling: het ex ante model bij de ex ante vaststelling, op geraamde cijfers van 2013 (gebruikt bij de OT), plus de herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB (WOR 749, Normbedragen fase).
- Definitieve vaststelling: de ex ante vastgestelde normbedragen (inclusief criteriumneutraliteit) toegepast op de gerealiseerde cijfers. Het gemiddelde macrovereveningsresultaat is procentueel geschaald naar nul.
- Herschatting: het ex ante model geschat op gerealiseerde cijfers.

De verklaringskracht van het gGGZ-model 2016 is bij de definitieve vaststelling en herschatting hoger dan bij de OT en ex ante vaststelling. Dit is in lijn met bevindingen van voorgaande jaren (Monitor 2012 t/m 2015). Net zoals aangegeven in paragraaf 7.1.2, worden de verschillen in R^2 en CPM tussen de momenten en de herschatting verklaard door verschillen in patronen in de onderliggende data; en niet door de vormgeving van het model. De toename in R^2 bij de definitieve vaststelling en herschatting is gerelateerd aan een betere aansluiting in de staart van de kostenverdeling; tegelijkertijd is er op deze momenten ook een hogere CPM dan bij de OT en ex ante vaststelling, waardoor er sprake is van een betere absolute aansluiting tussen kosten en voorspelde kosten.

De verevende werking van het herschatte model is licht hoger in termen van R^2 en CPM dan hetzelfde model op moment van de definitieve vaststelling. Beide momenten zijn gebaseerd op dezelfde kostenverdeling (afgezien van de procentuele schaling bij de definitieve vaststelling voor het macrovereveningsresultaat). De hogere verklaringskracht komt door het herschatten van de normbedragen op de gerealiseerde kosten en prevalenties.



A. Uitvoering risicovereveningssysteem

A.1. Uitvoering risicovereveningssysteem

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

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

  De uitvoering begint met de ex ante vaststelling in het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar. Voor de ex ante bijdragen worden gegevens van drie of meer voorgaande jaren gebruikt, die zo goed als mogelijk representatief zijn gemaakt voor het vereveningsjaar, zowel qua kosten als prevalenties. In de OT-fase wordt een besluit genomen over de vormgeving van de ex ante modellen. Dit vindt plaats in de zomer van het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar. Na besluitvorming van de vormgeving van de ex ante modellen, worden de normbedragen voor bepaling van de ex ante bijdragen bepaald.
- Voordat deze normbedragen worden geschat, worden de prevalenties herwogen naar de verwachte samenstelling van de Zvw-bevolking van het vereveningsjaar en daarna worden de kosten 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 voor de afslagklasse(n) van vereveningskenmerken waarop criteriumneutraliteit geldt worden aangepast. Daarna worden nog Flankerend Beleid (alle segmenten) en bandbreedteregelingen (niet voor somatisch) toegepast.

A.2. Vaste kosten: onderliggende zorgtypen en bedragen

Onder de vaste kosten in 2016 vallen onderstaande zorgtypen. De bedragen zijn de gerealiseerde kosten.

Zorgtypen	Omvang in € mln.
25 % van de kosten van Nederlandse transplantatiestichting (610) **25 % van de kosten van Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION) (610)**	8,2
De kosten voor Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) (730) **Kosten voor de Stichting Kwaliteitsontwikkeling GGZ (730)**	21,4
De kosten voor de Stichting kwaliteitsgelden Patiënten Consumenten (SKPC) (730) **Add-ons dure geneesmiddelen (612)**	22,4
Totaal	**52,0**

Kosten LGGZ zijn niet in de vaste kosten opgenomen, deze worden als een apart model geschat in 2016.

A.3. Wijzigingen risicovereveningssysteem 2012 – 2016

Het risicovereveningssysteem is in de periode 2007 tot en met 2016 gewijzigd, zowel de vormgeving van de ex ante modellen alsmede de inzet van flankerend beleid/macronacalculatie en ex post maatregelen. Onderstaand overzicht beschrijft de wijzigingen in het risicovereveningssysteem voor de somatische kosten, V&V-kosten, gGGZ-kosten, LGGZ en de opbrengsten voor het verplicht eigen risico gedurende de periode 2012 tot en met 2016. Wijzigingen in 2011 en eerder zijn terug te vinden in vorige edities van de Monitor.

A.3.1. Somatische kosten

Jaar	Wijzigingen ex ante model
2016	• Introductie van FGG, VGG, GGG, GGZ • Uitbreiding van het criterium FKGs 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. • Binnen SES zijn de inkomensgrenzen voor de risicoklassen leeftijdsafhankelijk geworden.
2014	• Introductie van HKG; • Aanpassing in AVI; • Vervallen van één FKG.
2013	• Aanpassing van 25 naar 24 FKGs; • Toevoeging van 2 additionele DKGs; • Aanpassing in het vereveningskenmerk MHK.
2012	• Toevoegen van het vereveningskenmerk MHK; • Toevoeging van 2 additionele FKGs en groot onderhoud aan indeling van FKGs.
Jaar	**Wijzigingen flankerend beleid en ex post maatregelen**
2015	• Afschaffing van de bandbreedteregeling
2014	• Verruiming van de bandbreedte voor variabele kosten van € 25 naar € 40 per verzekerde. Buiten de bandbreedte wordt 90 % van het vereveningsresultaat gecompenseerd.
2013	• Verruiming van de bandbreedte voor variabele kosten van € 22,5 naar € 25 per verzekerde. Buiten de bandbreedte wordt 90 % van het vereveningsresultaat gecompenseerd.
2012	• Invoering flankerend beleid - afschaffing macronacalculatie; • Afschaffing nacalculatie op variabele kosten van ziekenhuiszorg (30 %); • Afschaffing HKC.

A.3.2. Wijzigingen V&V-kosten

Jaar	Wijzigingen ex ante model
2016	• Het deelbedrag kosten van verpleging en verzorging wordt via dezelfde criteria verevend 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 maatregelen**

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.

A.3.3. gGGZ-kosten

Jaar	Wijzigingen ex ante model
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 FKGs.
2012	• Opsplitsing van het vereveningskenmerk psychische FKG in meerdere risicoklassen.
Jaar	**Wijzigingen flankerend beleid en ex post maatregelen**
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.
2012	• Invoering flankerend beleid - afschaffing macronacalculatie; • Afbouwen van HKC van 100 % naar 90 % met een grens van € 10.000 per verzekerde; • Afbouwen van bandbreedteregeling van 100 % naar 90 % met € 7,50 per verzekerde.

A.3.4. LGGZ-kosten

Jaar	Wijzigingen ex ante model
2016	• Introductie van het nieuwe criterium IGG. • Het deelbedrag kosten van langdurige GGZ wordt geïntroduceerd. Dit deelbedrag wordt via dezelfde criteria verevend als het deelbedrag kosten van geneeskundige GGZ, met daaraan toegevoegd een nieuw criterium.
Jaar	**Wijzigingen flankerend beleid en ex post maatregelen**
2016	• De bandbreedteregeling voor het deelbedrag kosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg is gebaseerd op € 5,00 euro en 100%.

A.3.5. Opbrengsten voor het verplicht eigen risico

Jaar	Wijzigingen ex ante model

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.
2012	• Verhoging van het verplicht eigen risico van € 170 naar € 220 per verzekerde. • Geen wijzigingen in de vereveningskenmerken en bepaling van de forfaitaire groep.

B. Methode en verantwoording

B.1. Bronbestanden

Deze bijlage beschrijft de gebruikte bronbestanden en beschrijvende statistieken. Wij hebben, voor zover mogelijk, de statistieken aangesloten op de gerapporteerde cijfers in de uitvoering (o.a. WOR 747, WOR 748 en WOR 749 en informatie van het ZIN). Wij achten de aangeleverde bronbestanden geschikt voor deze Monitor.

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

B.1.1. Macro- en zorgverzekeraarsanalyse

Voor de macro- *en zorgverzekeraarsanalyse* heeft het ZIN een bronbestand aangeleverd op zorgverzekeraarsniveau. Dit bestand is gebaseerd op de jaarstaten van zorgverzekeraars. Dit bestand bevat gegevens over zorgkosten en verzekerdenaantallen van de ex ante vaststelling (najaar 2015) en de definitieve vaststelling van de bijdragen (2016, vastgesteld in 2020). De gegevens van de definitieve vaststelling zijn gebruikt voor deze Monitor. Het bestand bevat de gerealiseerde cijfers en is *inclusief:*

- Flankerend beleid en alle ex post maatregelen;
- Kosten van buitenlandzorg, verwerkt middels een macroboeking;
- Niet-ingezetenen (175.576 verzekerdenjaren), die door het ZIN zijn ingedeeld in risicoklassen van vereveningskenmerken conform de geldende beleidsregels;
- Verzekerden van wie het gepseudonimiseerd Burger Service Nummer (BSN) nummer onbekend is, die door het ZIN zijn ingedeeld in risicoklassen van vereveningskenmerken conform de geldende beleidsregels (circa 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 749. Wij gaan uit van de gegevens zoals aangeleverd.

B.1.2. Subgroepenanalyse

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

- *Kosten-Per-Verzekerde bestand (KPV-bestand) en Vereveningskenmerken-per-verzekerde (RBRV-bestand) van 2016 en 2015*

  Het ZIN heeft het KPV-bestand en RBRV-bestand van 2016 aangeleverd. In het KPV-bestand zijn de gerealiseerde kosten van het vereveningsjaar per verzekerde beschikbaar. In het RBRV-bestand zijn de gerealiseerde verzekerdenkenmerken en de inschrijfduur van verzekerden beschikbaar. Deze bestanden zijn gekoppeld een elkaar op het niveau van verzekerden, op basis van een BSN-pseudoniem.

  Daarnaast heeft het ZIN het KPV-bestand en RBRV-bestand van 2015 aangeleverd. De zorgkosten uit de bestanden voor 2015 zijn gebruikt voor het definiëren van de subgroepen (Bijlage B.2.3).

In het KPV- en het RBRV-bestand zijn enkele kostenposten en verzekerden niet aanwezig, die wel in het ZIN-bestand voor de macro- en zorgverzekeraarsanalyse zijn inbegrepen. Deze bestanden zijn exclusief:

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

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

Het ex ante model voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico kan niet worden geanalyseerd op 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, V&V-kosten en gGGZ-kosten.

Aansluiting KPV- en RBRV-bestanden

Tabel B-1 presenteert de beschrijvende statistieken van het gekoppelde KPV- en RBRV-bestand van zowel 2016 als 2015 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 175.576 verzekerdenjaren.

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

Tabel B-1 Beschrijvende statistieken van de gekoppelde KPV- en RBRV-bestanden van 2016 en 2015, na uitvoering van de benodigde bewerkingen en selecties.

	Gerealiseerde cijfers 2016	Gerealiseerde cijfers 2015
Aantal records	17.136.983	17.035.407
Aantal verzekerdenjaren	16.775.992	16.694.050
Aantal verzekerdenjaren vanaf 18+	13.560.448	13.295.901
Gemiddelde kosten per deelbedrag		
• **Somatische kosten**	2255	1.923
• **V&V**	233	184
• **gGGZ (totaal)**	240	237
Totaal gemiddelde kosten	**2.779**	**2.297**

B.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, V&V en de gGGZ van 2016*

Deze OT-bestanden bevatten kostengegevens van 2013, die representatief zijn gemaakt voor het vereveningsjaar 2016 (WOR 748, OT-fase). Ook bevatten deze OT-bestanden de inschrijfduur van verzekerden en verzekerdenkenmerken, die zijn gebaseerd op 2013 of meerdere voorgaande jaren (afhankelijk van het vereveningskenmerk). In deze bestanden zijn enkele typen kosten en verzekerden niet aanwezig, die wel in het ZIN- bestand voor de macro- en zorgverzekeraarsanalyse zijn inbegrepen. Deze OT-bestanden zijn exclusief:

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

Ook zijn in de OT-bestanden niet plafondafspraken van het betreffende jaar verwerkt. De OT-bestanden zijn zo goed als mogelijk representatief gemaakt voor het betreffende vereveningsjaar met betrekking tot de pakketmaatregelen (WOR 747).

Aansluiting en plausibiliteitscontroles OT-bestanden

Tabel B-2 presenteert beschrijvende statistieken van de OT-bestanden voor de somatische zorg, V&V en de gGGZ voor 2016 en 2015. De OT-bestanden sluiten op de gerapporteerde cijfers aan. Voor 2016 sluiten de statistieken aan (op enkele kleine verschillen en afrondingen na) met de gerapporteerde cijfers in WOR 748 (OT-fase). Voor 2015 sluiten de statistieken aan met de gerapporteerde cijfers in WOR 709 en WOR 710 (op enkele kleine verschillen en afrondingen na). Deze kleine (afrondings-) verschillen hebben naar verwachting geen impact op de conclusies in deze Monitor.

Tabel B-2 Beschrijvende statistieken van de OT-bestanden van 2016 en 2015 voor somatische zorg, V&V en de gGGZ (zoals aangeleverd, voor herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB).

	OT-2016: kosten 2016 [a]	OT-2015: Kosten 2015 [b]
Somatische zorg		
Aantal records	16.884955	16.832.231
Aantal verzekerdenjaren	16.567.003	16.504.593
Gemiddelde totale kosten	**1.940**	**1.848**
V&V		
Aantal records	16.884955	16.832.231
Aantal verzekerdenjaren	16.567.003	16.504.593
Gemiddelde totale kosten	**191**	**165**
gGGZ		
Aantal records	13.326.029	13.212.860
Aantal verzekerdenjaren	13.136.331	13.054.064
Gemiddelde totale kosten	**238**	**216**

Voetnoot Tabel B-2
a. Kostengegevens gedefinieerd conform het Zvw-pakket van 2016.
b. Kostengegevens gedefinieerd conform het Zvw-pakket van 2015.

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

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

Somatische kosten

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

Tabel B-3 Gemiddelde somatische kosten (uitgedrukt in € per verzekerde) en aantal verzekerden van de totale Zvw- bevolking, op de verschillende vaststellingsmomenten voor 2016.

	Geraamde cijfers		*Gerealiseerde cijfers*
	OT [a]	Ex ante vaststelling [b]	Definitieve vaststelling [c]
Totaal gemiddelde kosten	1.940	1.940	2.091
Totaal gemiddelde bijdrage	1.940	1.940	2.091
Macrokosten in € mln.	32.144	34.173	34.722
Macrobijdrage in € mln.	32.144	34.173	34.722
Totaalaantal verzekerden	**16.567.003**	**17.228.294**	**16.910.000**

Voetnoten Tabel B-3:
a. Gebaseerd op kostengegevens van 2015, die representatief zijn gemaakt voor 2016 (WOR 748, OT-fase). De prevalenties zijn gebaseerd op de Zvw-bevolking van 2013. 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 2015 en geschaald naar het kostenniveau van het MPB van 2016. Dit zijn de cijfers *inclusief* niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is.
c. Gebaseerd op de gerealiseerde cijfers, op basis van het aangeleverde KPV- en RBRV-bestand van 2016, *exclusief* 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 macrobudget van € 34.931 miljoen. Het verschil met de cijfers in bovenstaande tabel wordt (grotendeels) verklaard door het ontbreken van de niet-ingezetenen (175.576 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.

V&V kosten

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

Tabel B-4 Gemiddelde V&V kosten (uitgedrukt in € per verzekerde) en aantal verzekerden van de totale Zvw- bevolking, op de verschillende vaststellingsmomenten voor 2016.

	Geraamde cijfers		*Gerealiseerde cijfers*
	OT [a]	Ex ante vaststelling [b]	Definitieve vaststelling [c]
Totaal gemiddelde kosten	191	205	198
Totaal gemiddelde bijdrage	191	205	198
Macrokosten in € mln.	3.162	3.470	3.327
Macrobijdrage in € mln.	3.162	3.470	3.327
Totaalaantal verzekerden	**16.567.003**	**17.228.294**	**16.910.000**

Voetnoten Tabel B-4:

a. Gebaseerd op kostengegevens van 2015, die representatief zijn gemaakt voor 2016 (WOR 748, OT-fase). De prevalenties zijn gebaseerd op de Zvw-bevolking van 2013. 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 2015 en geschaald naar het kostenniveau van het MPB van 2016. Dit zijn de cijfers *inclusief* niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is.
c. Gebaseerd op de gerealiseerde cijfers, op basis van het aangeleverde KPV- en RBRV-bestand van 2016, *exclusief* 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 macrobudget van € 3.354 miljoen. Het verschil met de cijfers in bovenstaande tabel wordt (grotendeels) verklaard door het ontbreken van de niet-ingezetenen (175.576 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.

gGGZ-kosten

Tabel B-6 presenteert de gGGZ-kosten en het aantal verzekerden in de Zvw-bevolking van 18 jaar en ouder op de verschillende vaststellingsmomenten.

Tabel B-6 Gemiddelde gGGZ-kosten (uitgedrukt in € per verzekerde) en aantal verzekerden van de Zvw-bevolking van 18 jaar en ouder, op de verschillende vaststellingsmomenten voor 2016.

	OT [a]	Ex ante vaststelling [b]	Gerealiseerde kosten [c]
Gemiddelde gGGZ-kosten in €	238	267	239
Gemiddelde gGGZ-bijdrage in €	238	267	239
Macrokosten in € mln.	3.125	3.612	3.625
Macrobudget bijdrage in € mln.	3.125	3.612	3.625
Totaal aantal verzekerden	**13.136.331**	**13.511.000**	**13.387.874**

Voetnoten Tabel B-6:

a. Gebaseerd op kostengegevens van 2015, die representatief zijn gemaakt voor 2016 (WOR 748, OT fase). De prevalenties zijn gebaseerd op de Zvw-bevolking van 2013. 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 2015 en geschaald naar het kostenniveau van het MPB van 2016. Dit zijn de cijfers *inclusief* niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is.
c. Gebaseerd op de gerealiseerde cijfers, op basis van het aangeleverde KPV- en RBRV-bestand van 2016, *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 175.576 niet-ingezetenen.

- Bij de OT zijn, net zoals bij de gerealiseerde cijfers, de niet-ingezetene en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is niet inbegrepen.
- Bij de ex ante vaststelling zijn de niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is wel meegenomen via de uitgevoerde herweging van het OT-bestand naar de verzekerdenraming.

B.2. Deel I: Uitgangspunten en bewerkingen

B.2.1. Macroanalyse (Hoofdstuk 3)

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

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

B.2.2. Zorgverzekeraarsanalyse (Hoofdstuk 4)

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

- Voor de analyses is uitgegaan van het aantal verzekerdenjaren;
- Voor de analyses naar de gGGZ-kosten en LGGZ-kosten is uitgegaan van het aantal verzekerden, exclusief gedetineerden;
- De vaste kosten en het vrijwillig eigen risico zijn geen onderdeel van de analyses;
- Een fictieve situatie zonder risicovereveningssysteem is geconstrueerd om de werking van het risicovereveningssysteem te toetsen. De fictieve situatie gaat uit van een gelijke bijdrage per verzekerde bij de definitieve vaststelling. Het gelijke bedrag per verzekerde is bepaald door de macrobijdrage voor flankerend beleid en ex post maatregelen gelijk te verdelen over alle verzekerdenjaren. Hierbij is uitgegaan van de gerealiseerde verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar in 2016, rekening houdend met de inschrijfduur van verzekerden;
- De resultaten van de definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid en ex post maatregelen zijn gebaseerd op de gerealiseerde cijfers in 2016;
- De indeling van zorgverzekeraars op basis van portefeuilleomvang klein/middelgroot/groot is constant gehouden voor alle analyses (i.e. somatische kosten, V&V-kosten, gGGZ-kosten, LGGZ 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 7 zorgverzekeraars ingedeeld in categorie klein, 12 zorgverzekeraars in categorie middelgroot en 6 zorgverzekeraars in categorie groot. Ook zijn de 25 zorgverzekeraars als aparte analyse ingedeeld in twee groepen: behorend tot een concern (19) en zelfstandige zorgverzekeraars (6);
- De *GGARV* geeft aan in hoeverre verschuivingen in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars optreden bij een volgend vaststellingsmoment: van definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen naar definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregelen, met het effect per maatregel geanalyseerd. Hoe lager de GGARV, des te minder verschuivingen in absolute bedragen tussen zorgverzekeraars hebben plaatsgevonden als gevolg van toepassing van de maatregel;

B.2.3. Subgroepenanalyse (Hoofdstuk 5)

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

Keuze definitie subgroepen

De volgende subgroepen zijn geanalyseerd:

- *Subgroepen op basis van kosten in het voorgaande jaar*

  Op basis van kosten in het voorgaande jaar – *2015* in deze Monitor– worden alle verzekerden in 2016 ingedeeld in subgroepen op basis van percentielklassen. Voor de somatische en V&V kosten betreft dit de volgende zes

subgroepen: hoogste 1 %, hoogste 3 %, hoogste 5 %, hoogste 15 %, midden 15 % - 85 % en de laagste 15 %. Deze subgroepen sluiten elkaar uit. Voor de gGGZ-kosten betreft dit de subgroepen: hoogste 1 %, hoogste 3 %, hoogste 5 %, midden 25 % - 95 %, laagste 25 % en kosten gelijk aan nul. Ook deze subgroepen sluiten elkaar uit. Verzekerden die in 2016 zijn geboren of geïmmigreerd zijn ingedeeld in de laagste subgroep: laagste 15 % voor de somatische en V&V kosten, kosten gelijk aan nul voor de gGGZ-kosten. De berekende drempelbedragen voor indeling van verzekerden in de subgroepen zijn opgenomen in Bijlage C.

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

  De Zvw-bevolking is ingedeeld in drie leeftijdsgroepen: verzekerden jonger dan 18 jaar, verzekerden van 18 tot en met 64 jaar en verzekerden van 65 jaar en ouder. Deze groepen zijn opgesplitst op basis van wel/geen somatische aandoening en wel/geen psychische aandoening. Somatische aandoening is aangeduid op basis van specifiek medicijngebruik in het voorgaande jaar, specifiek hulpmiddelengebruik, een specifieke ziekenhuisopname of meerjarige hoge kosten (conform de definities van vereveningskenmerken in het somatische model); oftewel, somatische aandoening is gebaseerd op de vereveningskenmerken FKG, DKG, HKG en MHK. Indien een verzekerde is ingedeeld in minimaal één positieve klasse van deze vereveningskenmerken is deze verzekerde aangemerkt als ‘wel somatische aandoening’ (i.e. FKG + DKG + HKG + MHK>0). Psychische aandoening is aangeduid op basis specifiek medicijngebruik, een specifieke ziekenhuisopname of meerjarige hoge kosten (conform de definities van de vereveningskenmerken in het gGGZ-model); oftewel, psychische aandoening is gebaseerd op de vereveningskenmerken psychische FKG, DKG-GGZ en MHK-GGZ. Indien een verzekerde is ingedeeld in minimaal één positieve klasse van deze vereveningskenmerken is deze verzekerde aangemerkt als ‘wel psychische aandoening’ (i.e. psychische FKG + DKG-GGZ + MHK-GGZ > 0). Dit levert de volgende 10 subgroepen op:
  - Verzekerden jonger dan 18 jaar, in combinatie met wel/geen somatische aandoening (2 subgroepen);
  - Verzekerden tussen de 18 tot en met 64 jaar, in combinatie met wel/geen somatische aandoening én wel/geen psychische aandoening (4 subgroepen); *en*
  - Verzekerden tussen van 65 jaar en ouder, in combinatie met wel/geen somatische aandoening én wel/geen psychische aandoening (4 subgroepen).

Algemeen

- Voor de analyses is uitgegaan van het aantal verzekerdenjaren;
- Voor de subgroepen op basis van kosten uit het voorgaande jaar is de kostendefinitie gebruikt, zoals aangeleverd in de bestanden;
- De drempelbedragen voor indeling van de verzekerden naar percentielklassen zijn bepaald op basis van de niet-geannualiseerde kosten uit 2015. Het gewicht voor de inschrijfduur van verzekerden is hierbij niet meegenomen;
- De bestanden met kosten van 2015 zijn op verzekerdenniveau gekoppeld aan de bestanden van 2016. Verzekerden die zijn geboren in 2016 of immigranten in 2016 zijn ingedeeld in de laagste subgroep.
- Het bestand voor de somatische kosten is op individuniveau gekoppeld aan het bestand voor de gGGZ-kosten. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar worden de somatische kosten geanalyseerd voor verzekerden met een somatische aandoening of niet, een combinatie met een psychische aandoening is niet mogelijk (geldt pas voor 18+). Voor de gGGZ-kosten zijn alleen verzekerden ouder dan 18 jaar geanalyseerd met daarbij onderscheidt naar somatische aandoening en/of psychische aandoening in combinatie met leeftijdsgroepen onder de 65 jaar en boven de 65 jaar;
- De resultaten zijn niet getoetst op statistische significantie;
- De bandbreedteregeling is niet meegenomen. De effecten van deze maatregel zijn niet goed toe te rekenen aan subgroepen in de Zvw-bevolking. Dit betekent dat zorgverzekeraars een op- of afslag ontvangen op de bijdrage, zoals geanalyseerd in dit hoofdstuk;
- Er is een simulatie van flankerend beleid (ten behoeve van een gelijke uitgangspositie) uitgevoerd. Aangezien flankerend beleid niet goed toe te rekenen is aan subgroepen in de Zvw-bevolking is dit een benadering. Dit betekent dat zorgverzekeraars een op- of afslag ontvangen op de bijdrage, zoals geanalyseerd in dit hoofdstuk;
- De resultaten zijn gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat;
- De kostendefinities veranderen over de jaren en moeten in acht worden genomen bij de interpretatie van de resultaten.

Somatische zorg

- De totale somatische kosten zijn geanalyseerd. De kosten zijn geannualiseerd en worden gewogen met de inschrijfduur in de analyses.
- De bijdrage is berekend door de vastgestelde normbedragen te vermenigvuldigen met de gerealiseerde verzekerdenaantallen in het bestand. Dit zijn de normbedragen die berekend zijn in het najaar 2015, zoals gerapporteerd in WOR 749 (Normbedragenfase), waarbij vervolgens rekening is gehouden met criteriumneutraliteit voor MHK.
- Het gewicht voor de inschrijfduur is gebruikt in berekening van het gemiddelde vereveningsresultaat.

V&V

- 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 2015, zoals gerapporteerd in WOR 749 (Normbedragenfase), waarbij vervolgens rekening is gehouden met criteriumneutraliteit voor MHK.

gGGZ

- De gGGZ-kosten zijn geanalyseerd. De kosten zijn geannualiseerd in de berekening.
- De bijdrage is berekend door de ex ante vastgestelde normbedragen te vermenigvuldigen met de verzekerdenaantallen in het bestand. Dit zijn de normbedragen die zijn vastgesteld in het najaar 2015, waarbij criteriumneutraliteit voor MHK-GGZ is toegepast (WOR 749, Normbedragenfase).
- Het gewicht voor de inschrijfduur is gebruikt in berekening van het gemiddelde vereveningsresultaat.

B.3. Deel II: Beschrijving uitgangspunten en bewerkingen

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

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

Enkelvoudige risicoklassen

- Voor de analyses is uitgegaan van het aantal verzekerdenjaren;
- Bij de analyses naar het vereveningsresultaat per risicoklasse van de vereveningskenmerken is een correctie voor het macrovereveningsresultaat uitgevoerd (zie Bijlage D);
- Bij de definitieve vaststelling is uitgegaan van de ex ante vastgestelde normbedragen, inclusief criteriumneutraliteit. Voor alle ex ante modellen is dit bij MHK (somatisch, V&V, gGGZ)
- Voor berekening van de GGAV zijn de kosten van de OT en de ex ante vaststelling procentueel gecorrigeerd naar het kostenniveau van de gerealiseerde kosten.

Subgroepen

- De resultaten voor de OT zijn gebaseerd op het OT-bestand, voor herweging naar de verzekerdenraming en de schaling naar het MPB;
- De resultaten voor de ex ante vaststelling zijn gebaseerd op het OT-bestand, na herweging naar de verzekerdenraming en de schaling naar het MPB (bijlage E);
- Om de subgroepen te definiëren zijn de OT-bestanden voor de somatische zorg en de gGGZ gekoppeld op verzekerdenniveau. Deze bestanden zijn eerst uniek gemaakt op gepseudonimiseerd BSN. Verzekerden met hetzelfde gepseudonimiseerd BSN komen dubbel in de bestanden voor vanwege het overstappen van zorgverzekeraar. Dubbele records zijn samengenomen, waarbij de geannualiseerde zorgkosten van deze verzekerden gewogen zijn opgeteld. Het gewicht voor de inschrijfduur voor deze verzekerden is opgeteld. Indien de waarden van vereveningskenmerken verschillen is de hoogste waarde genomen (in enkele uitzondering het geval);
- De resultaten voor de onderzochte subgroepen zijn gebaseerd op alle verzekerden die zowel in het OT-bestand voor de somatische kosten van 2016 alsmede in het OT-bestand voor de gGGZ-kosten van 2016 aanwezig zijn;

- Ten behoeve van vergelijkbaarheid in het patroon in de resultaten op de verschillende momenten is het gemiddelde vereveningsresultaat voor de definitieve vaststelling procentueel gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat. De correctiefactor is gebaseerd op de gemiddeld gerealiseerde kosten gedeeld door de gemiddelde bijdrage bij de definitieve vaststelling. Hiermee wordt het gemiddelde vereveningsresultaat voor de definitieve vaststelling op nul gesteld, net zoals per definitie het geval is bij de OT en de ex ante vaststelling.

B.3.1. Representativiteit op individuniveau: herschatting ex ante risicovereveningsmodellen op gerealiseerde cijfers (Hoofdstuk 7)

De volgende uitgangspunten en bewerkingen zijn gehanteerd en uitgevoerd:

- De ex ante modellen voor de somatische kosten en de gGGZ-kosten zijn herschat op het gekoppelde KPV- en RBRV-bestand van 2016, conform de gehanteerde methodiek bij schatting van deze modellen in de uitvoering;
- De realisatienormbedragen worden gebruikt voor de evaluatie in deze Monitor, deze normbedragen zijn niet gebruikt bij de uitvoering van de modellen;
- Bij berekening van de GGAV in de normbedragen is uitgegaan van het gerealiseerd aantal verzekerdenjaren (prevalenties) ten tijde van de definitieve vaststelling;
- De OT- en ex ante normbedragen zijn geschaald naar gerealiseerd kostenniveau;
- In berekening van de verklaringskracht op individuniveau in termen van R^2 en CPM is ten tijde van de definitieve vaststelling een procentuele correctie uitgevoerd voor het macrovereveningsresultaat.

C. Drempelbedragen voor subgroepenanalyse

C.1. Somatische kosten: drempelbedragen percentielklassen

Om verzekerden in 2016 in te delen in subgroepen op basis van kosten in 2015 zijn de drempelbedragen voor de percentielklassen bepaald (Tabel C.1). Een verzekerde met kosten hoger dan het gepresenteerde drempelbedrag (en met kosten onder het drempelbedrag van de volgende percentielklasse) wordt ingedeeld in de betreffende percentielklasse. De percentielklassen zijn bepaald op de gerealiseerde kosten in 2015.

Tabel C.1 Drempelbedragen van de percentielklassen voor de somatische kosten in 2015

	Somatische kosten, in €
Hoogste 1 % (als >0: 99 % - 100 %)	24.058
Hoogste 3 % (als >0: 97 % - 99 %)	11.713
Hoogste 5 % (als >0: 95 % - 97 %)	7.791
Hoogste 15 % (als >0: 85 % - 95 %)	2.637
Midden 70 % (als >0: 15 % - 85 %)	103
Laagste 15 % (als >0: 0 % - 15 %)	<103

C.2. V&V-kosten: drempelbedragen percentielklassen

De drempelbedragen voor indeling van verzekerden op basis van de V&V-kosten in 2015 staan in Tabel C.2. Een verzekerde met kosten hoger dan het gepresenteerde drempelbedrag (en met kosten onder het drempelbedrag van de volgende percentielklasse) wordt ingedeeld in de betreffende percentielklasse. De percentielklassen zijn bepaald op de gerealiseerde kosten in 2015.

Tabel C.2 Drempelbedragen van de percentielklassen voor de VV-kosten in 2015

	V&V kosten, in €
Hoogste 1 % (als >0: 99 % - 100 %)	40.551
Hoogste 3 % (als >0: 97 % - 99 %)	26.864
Hoogste 5 % (als >0: 95 % - 97 %)	21.456
Hoogste 15 % (als >0: 85 % - 95 %)	11.385
Midden 70 % (als >0: 15 % - 85 %)	126
Laagste 15 % (als > 0 % - 15 %)	<126

C.3. gGGZ-kosten: drempelbedragen percentielklassen

De drempelbedragen voor indeling van verzekerden op basis van de gGGZ-kosten in 2015 staan in Tabel C.3. 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 2015.

Tabel C.2 Drempelbedragen van de percentielklassen voor de gGGZ-kosten in 2015

	gGGZ-kosten, in €
Hoogste 1 % (als >0: 99 % - 100 %)	54.527
Hoogste 3 % (als >0: 97 % - 99 %)	25.816
Hoogste 5 % (als >0: 95 % - 97 %)	15.841
Midden 70 % (als >0: 25 % - 95 %)	922
Laagste 25 % (als >0: 0 % - 25 %)	<922

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

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

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

De toegepaste correctiefactoren op alle verzekerden van 18+ zijn:

- 0,997 op de bijdrage voor de somatische kosten;
- 0,97 op de bijdrage voor de V&V-kosten;
- 0,89 op de bijdrage voor de gGGZ-kosten.

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

- € 6 per verzekerde van 18+ voor de somatische kosten. Noot – dit is niet gelijk aan het macroverevening sresultaat omdat de correctie voor het totale macroverevening sresultaat is verdeeld over alle verzekerden van 18+ in plaats van alle verzekerden in de Zvw-bevolking (inclusief 18-);
- € 7 per verzekerde van 18+ voor V&V-kosten. Noot – dit is niet gelijk aan het macroverevening sresultaat omdat de correctie voor het totale macroverevening sresultaat is verdeeld over alle verzekerden van 18+ in plaats van alle verzekerden in de Zvw-bevolking (inclusief 18-);
- € 28 per verzekerde van 18+ voor de gGGZ-kosten; de gGGZ-kosten zijn alleen voor verzekerden van 18+, waardoor dit gelijk is aan het macroverevening sresultaat.

Deze methode is vergelijkbaar met de uitvoering van flankerend beleid.

D.1. Somatische model

Tabel D-1 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat van elke risicoklasse van het ex ante model voor de somatische kosten van 2016, bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2016.

Tabel D-1 Gemiddeld vereveningsresultaat voor het ex ante model voor somatische kosten voor 2016.

Risicoklasse		Resultaat	Risicoklasse		Resultaat	Risicoklasse		Resultaat
Leeftijd/geslacht	M, 0	-260	FKG[a]	Geen FKG	8	DKG	Geen DKG	34
	M, 1-4	-70		FKG 1 (Glaucoom)	38		DKG 1	-250
	M, 5-9	-11		FKG 2 (Schildklier)	7		DKG 2	-20
	M, 10-14	-24		FKG 3 (Psychose, Alzheimer, verslav.)	-109		DKG 3	-154
	M, 15-17	-42					DKG 4	-335
	M, 18-24	2		FKG 4 (Depressie)	41		DKG 5	-359
	M, 25-29	20		FKG 5 (Chron. Pijn)	-27		DKG 6	-677
	M, 30-34	23		FKG 6 (Neur. pijn)	14		DKG 7	-1064
	M, 35-39	23		FKG 7 (Hoog cholesterol)	7		DKG 8	-2517
	M, 40-44	29		FKG 8 (Dia II zonder)	91		DKG 9	-470
	M, 45-49	11		FKG 9 (COPD/Astma)	28		DKG 10	-712
	M, 50-54	21		FKG 10 (Astma)	-38		DKG 11	-3686
	M, 55-59	37		FKG 11 (Dia II met)	31		DKG 12	-6317
	M, 60-64	-48		FKG 12 (Epilepsie)	-48		DKG 13	8847
	M, 65-69	18		FKG 13 (Ziekte van C/CU)	-252		DKG 14	-5824
	M, 70-74	-59		FKG 14 (Hartaandoening)	33		DKG 15	13252
	M, 75-79	-12		FKG 15 (Auto-immuun)	1290	AVI	65+	-12
	M, 80-84	76		FKG 16 (Reuma)	-194		IVA, 18-34	-544
	M, 85-89	55		FKG 17 (Parkinson)	-426		IVA, 35-44	56
	M, 90+	137		FKG 18 (Dia I)	-60		IVA, 45-54	15
	V, 0	-93		FKG 19 (Transplatie)	-109		IVA, 55-64	-223
	V, 1-4	-31		FKG 20 (Cys.F./Panc.)	-629		AO, 18-34	-16
	V, 5-9	-18		FKG 21 (Hersen/rug.: ms)	-1.141		AO, 35-44	16
	V, 10-14	-25		FKG 22 (Hersen/rug.: overig)	304		AO, 45-54	-45
	V, 15-17	-27		FKG 23 (Kanker)	-1.175		AO, 55-64	-65
	V, 18-24	52		FKG 24 (Horm. tumor)	-172		Bijstand, 18-34	0
	V, 25-29	75		FKG 25 (HIV/AIDS)	-1.158		Bijstand, 35-44	-7
	V, 30-34	13		FKG 26 (Nieraandoening)	3.985		Bijstand, 45-54	-16
	V, 35-39	19		FKG 27 (Psoriasis)	-297		Bijstand, 55-64	-89
	V, 40-44	-7		FKG 28 (Pulm. art. hyp.)	-4.488		Student	10
	V, 45-49	-1		FKG 29 (Kanker add on)	-2.823		Zelfstandig, 18-34	19
	V, 50-54	12		FKG 30 (Groei)	48		Zelfstandig, 35-44	-5
	V, 55-59	11	HKG[a]	Geen HKG	5		Zelfstandig, 45-54	-38
	V, 60-64	-9		Insuline infuuspomp	-444		Zelfstandig, 55-64	-47
	V, 65-69	24		Katheters/urine-opvangzakken	99		Hoogopgeleiden	46
	V, 70-74	-36					Referentie, 18-34	40
	V, 75-79	30		Stoma	-7		Referentie, 35-44	19
	V, 80-84	64		Tracheo-stoma	-129		Referentie, 45-54	24
	V, 85-89	81	MHK	Geen MHK	20		Referentie, 55-64	25
	V, 90+	109		MHK 1	-240	SES	>15 inw, blijvend, 0-17	24
GSM[a]	Geen morbiditeit 65-	25		MHK 2	-52		>15 inw, blijvend, 18-64	-109
	Wel morbiditeit 65-	68		MHK 3	-151		>15 inw, blijvend, 65+	352
	Geen morbiditeit 65+	-108		MHK 4	-413		>15 inw, instroom,18-64	121
	Wel morbiditeit 65+	-17		MHK 5	-859		>15 inw, instroom, 65+	652
				MHK 6	-304		Zeer laag, 0-17	-66
FGG	FGG 0	7	Regio	Regio 1	10		Zeer laag, 18-64	-6
	FGG 1	-67		Regio 2	14		Zeer laag, 65+	86
GGG	GGG 0	8		Regio 3	-2		Laag, 0-17	-42
	GGG 1	-1218		Regio 4	6		Laag, 18-64	10
VGG	VGG 0	7		Regio 5	12		Laag, 65+	8
	VGG 1	-191		Regio 6	9		Midden, 0-17	-27
	VGG 2	-74		Regio 7	-3		Midden, 18-64	27
	VGG 3	-189		Regio 8	7		Midden, 65+	-17
	VGG 4	328		Regio 9	-4		Hoog, 0-17	-24
				Regio 10	3		Hoog, 18-64	24
							Hoog, 65+	-24

Voetnoot D-1: a) Afkortingen zijn opgenomen in de afkortingenlijst (Bijlage G).

Tabel D-2 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat van elke risicoklasse van het ex ante model voor de somatische kosten van 2016, bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2016. Hierbij is gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat.

Tabel D-2 Gemiddeld vereveningsresultaat voor het ex ante model voor somatische kosten voor 2016, na correctie(s) voor het macrovereveningsresultaat.

Risicoklasse		C1	C2	Risicoklasse		C1	C2	Risicoklasse		C1	C2
Leeftijd/geslacht	M, 0	-270	-270	FKG [a]	Geen FKG	4	9	DKG	Geen DKG	31	36
	M, 1-4	-73	-73		FKG 1 (Glaucoom)	-51	-45		DKG 1	-263	-257
	M, 5-9	-13	-13		FKG 2 (Schildklier)	-17	-11		DKG 2	-32	-26
	M, 10-14	-26	-26		FKG 3 (Psychose,	-120	-114		DKG 3	-168	-162
	M, 15-17	-45	-45		Alzheimer, verslav.)				DKG 4	-353	-346
	M, 18-24	0	7		FKG 4 (Depressie)	31	37		DKG 5	-378	-371
	M, 25-29	18	25		FKG 5 (Chron. Pijn)	-42	-36		DKG 6	-699	-693
	M, 30-34	21	27		FKG 6 (Neur. pijn)	-13	-7		DKG 7	-1092	-1085
	M, 35-39	20	27		FKG 7 (Hoog cholesterol)	-3	3		DKG 8	-2547	-2542
	M, 40-44	26	32		FKG 8 (Dia II zonder)	80	86		DKG 9	-518	-512
	M, 45-49	8	14		FKG 9 (COPD/Astma)	5	12		DKG 10	-754	-748
	M, 50-54	17	23		FKG 10 (Astma)	-48	-43		DKG 11	-3752	-3746
	M, 55-59	31	38		FKG 11 (Dia II met)	16	22		DKG 12	-6401	-6394
	M, 60-64	-55	-49		FKG 12 (Epilepsie)	-63	-57		DKG 13	8748	8754
	M, 65-69	8	15		FKG 13 (Ziekte van C/CU)	-265	-259		DKG 14	-5974	-5970
	M, 70-74	-71	-64		FKG 14 (Hartaandoening)	8	14		DKG 15	13016	13022
	M, 75-79	-26	-20		FKG 15 (Auto-immuun)	1245	1250	AVI	65+	-19	-15
	M, 80-84	60	66		FKG 16 (Reuma)	-210	-203		IVA, 18-34	-568	-561
	M, 85-89	38	45		FKG 17 (Parkinson)	-451	-445		IVA, 35-44	34	41
	M, 90+	120	127		FKG 18 (Dia I)	-82	-75		IVA, 45-54	-7	0
	V, 0	-102	-102		FKG 19 (Transplatie)	-140	-134		IVA, 55-64	-243	-237
	V, 1-4	-33	-33		FKG 20 (Cys.F./Panc.)	-672	-666		AO, 18-34	-24	-17
	V, 5-9	-20	-20		FKG 21 (Hersen/rug.: ms)	-1183	-1176		AO, 35-44	7	13
	V, 10-14	-27	-27		FKG 22 (Hersen/rug.: overig)	271	277		AO, 45-54	-56	-49
	V, 15-17	-30	-30		FKG 23 (Kanker)	-1.199	-1.193		AO, 55-64	-77	-71
	V, 18-24	49	56		FKG 24 (Horm. tumor)	-191	-184		Bijstand, 18-34	-4	2
	V, 25-29	70	77		FKG 25 (HIV/AIDS)	-1.196	-1.190		Bijstand, 35-44	-12	-5
	V, 30-34	8	15		FKG 26 (Nieraandoening)	-3.865	3.872		Bijstand, 45-54	-23	-16
	V, 35-39	15	21		FKG 27 (Psoriasis)	-308	-302		Bijstand, 55-64	-98	-92
	V, 40-44	-11	-5		FKG 28 (Pulm. art. hyp.)	-4.605	-4.599		Student	9	15
	V, 45-49	-5	2		FKG 29 (Kanker add on)	-2.891	-2.884		Zelfstandig, 18-34	17	23
	V, 50-54	7	14		FKG 30 (Groei)	12	14		Zelfstandig, 35-44	-7	0
	V, 55-59	5	11	HKG [a]	Geen HKG	1	6		Zelfstandig, 45-54	-40	-34
	V, 60-64	-16	-10		Insuline infuuspomp	-467	-461		Zelfstandig, 55-64	-51	-45
	V, 65-69	16	22		Katheters/urine-	71	77		Hoogopgeleiden	43	50
	V, 70-74	-47	-40		opvangzakken				Referentie, 18-34	37	44
	V, 75-79	18	24		Stoma	-41	-34		Referentie, 35-44	16	23
	V, 80-84	50	57		Tracheo-stoma	-183	-177		Referentie, 45-54	21	27
	V, 85-89	67	74	MHK	Geen MHK	16	21		Referentie, 55-64	19	26
	V, 90+	96	102		MHK 1	-261	-255	SES	>15 inw, blijvend, 0-17	20	20
GSM [a]	Geen morbiditeit 65-	23	28		MHK 2	-71	-65		>15 inw, blijvend, 18-64	-115	-108
	Wel morbiditeit 65-	63	69		MHK 3	-176	-170		>15 inw, blijvend, 65+	343	350
	Geen morbiditeit 65+	-119	-113		MHK 4	-446	-440		>15 inw, instroom,18-64	114	121
	Wel morbiditeit 65+	-33	-26		MHK 5	-906	-900		>15 inw, instroom, 65+	627	633
FGG	FGG 0	2	7		MHK 6	-426	-420		Zeer laag, 0-17	-69	-69
	FGG 1	-87	-80	Regio	Regio 1	4	9		Zeer laag, 18-64	-11	-5
GGG	GGG 0	3	8		Regio 2	8	13		Zeer laag, 65+	72	78
	GGG 1	-1245	-1238		Regio 3	-7	-2		Laag, 0-17	-45	-45
VGG	VGG 0	2	8		Regio 4	1	6		Laag, 18-64	6	12
	VGG 1	-213	-207		Regio 5	7	12		Laag, 65+	-5	2
	VGG 2	-100	-93		Regio 6	4	9		Midden, 0-17	-30	-30
	VGG 3	-218	-211		Regio 7	-8	-3		Midden, 18-64	23	29
	VGG 4	291	298		Regio 8	2	7		Midden, 65+	-28	-22
					Regio 9	-9	-4		Hoog, 0-17	-27	-27
					Regio 10	-1	4		Hoog, 18-64	21	27
									Hoog, 65+	-33	-27

D.2. V&V model

Tabel D-3 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat van elke risicoklasse van het ex ante model voor de V&V kosten van 2016, bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2016.

Tabel D-3 Gemiddeld vereveningsresultaat voor het ex ante model voor V&V kosten voor 2016.

Risicoklasse		Resultaat	Risicoklasse		Resultaat	Risicoklasse		Resultaat
Leeftijd/geslacht	M, 0	-7	FKG [a]	Geen FKG	1	DKG	Geen DKG	3
	M, 1-4	25		FKG 1 (Glaucoom)	52		DKG 1	5
	M, 5-9	24		FKG 2 (Schildklier)	16		DKG 2	2
	M, 10-14	15		FKG 3 (Psychose, Alzheimer, verslav.)	-46		DKG 3	18
	M, 15-17	-2		FKG 4 (Depressie)	6		DKG 4	-20
	M, 18-24	-17		FKG 5 (Chron. Pijn)	-30		DKG 5	190
	M, 25-29	-13		FKG 6 (Neur. pijn)	-56		DKG 6	65
	M, 30-34	-8		FKG 7 (Hoog cholesterol)	10		DKG 7	91
	M, 35-39	-10		FKG 8 (Dia II zonder)	14		DKG 8	120
	M, 40-44	-9		FKG 9 (COPD/Astma)	75		DKG 9	95
	M, 45-49	-10		FKG 10 (Astma)	22		DKG 10	-650
	M, 50-54	-11		FKG 11 (Dia II met)	29		DKG 11	749
	M, 55-59	-10		FKG 12 (Epilepsie)	-115		DKG 12	176
	M, 60-64	-10		FKG 13 (Ziekte van C/CU)	29		DKG 13	2566
	M, 65-69	-20		FKG 14 (Hartaandoening)	-198		DKG 14	111
	M, 70-74	-1		FKG 15 (Auto-immuun)	-25		DKG 15	-35
	M, 75-79	12		FKG 16 (Reuma)	-8	AVI	65+	37
	M, 80-84	85		FKG 17 (Parkinson)	90		IVA, 18-34	-246
	M, 85-89	184		FKG 18 (Dia I)	42		IVA, 35-44	-313
	M, 90+	629		FKG 19 (Transplatie)	-60		IVA, 45-54	-72
	V, 0	-14		FKG 20 (Cys.F./Panc.)	42		IVA, 55-64	-44
	V, 1-4	19		FKG 21 (Hersen/rug.: ms)	-160		AO, 18-34	-244
	V, 5-9	14		FKG 22 (Hersen/rug.: overig)	-686		AO, 35-44	-103
	V, 10-14	13		FKG 23 (Kanker)	64		AO, 45-54	-99
	V, 15-17	-2		FKG 24 (Horm. tumor)	-119		AO, 55-64	-76
	V, 18-24	-14		FKG 25 (HIV/AIDS)	-26		Bijstand, 18-34	-17
	V, 25-29	-12		FKG 26 (Nieraandoening)	157		Bijstand, 35-44	-26
	V, 30-34	-10		FKG 27 (Psoriasis)	7		Bijstand, 45-54	-47
	V, 35-39	-8		FKG 28 (Pulm. art. hyp.)	-173		Bijstand, 55-64	-56
	V, 40-44	-10		FKG 29 (Kanker add on)	345		Student	-1
	V, 45-49	-9		FKG 30 (Groei)	-100		Zelfstandig, 18-34	-3
	V, 50-54	-15	HKG [a]	Geen HKG	5		Zelfstandig, 35-44	-4
	V, 55-59	-18		Insuline infuuspomp	170		Zelfstandig, 45-54	-3
	V, 60-64	-18		Katheters/urine-opvangzakken	180		Zelfstandig, 55-64	-5
	V, 65-69	-21		Stoma	144		Hoogopgeleiden	-1
	V, 70-74	-21		Tracheo-stoma	475		Referentie, 18-34	-1
	V, 75-79	28	MHK	Geen MHK	1		Referentie, 35-44	-2
	V, 80-84	142		MHK 1	84		Referentie, 45-54	-1
	V, 85-89	335		MHK 2	67		Referentie, 55-64	-2
	V, 90+	874		MHK 3	101	SES	>15 inw, blijvend, 0-17	-6
GSM [a]	Geen morbiditeit 65-	-3		MHK 4	83		>15 inw, blijvend, 18-64	-23
	Wel morbiditeit 65-	22		MHK 5	76		>15 inw, blijvend, 65+	702
	Geen morbiditeit 65+	-17		MHK 6	742		>15 inw, instroom,18-64	-14
	Wel morbiditeit 65+	88	Regio	Regio 1	-2		>15 inw, instroom, 65+	1510
FGG	FGG 0	7		Regio 2	6		Zeer laag, 0-17	5
	FGG 1	-4		Regio 3	4		Zeer laag, 18-64	-22
GGG	GGG 0	5		Regio 4	4		Zeer laag, 65+	130
	GGG 1	624		Regio 5	9		Laag, 0-17	7
VGG	VGG 0	8		Regio 6	11		Laag, 18-64	-10
	VGG 1	217		Regio 7	10		Laag, 65+	52
	VGG 2	-175		Regio 8	12		Midden, 0-17	3
	VGG 3	-964		Regio 9	9		Midden, 18-64	-8
	VGG 4	566		Regio 10	7		Midden, 65+	17
							Hoog, 0-17	32
							Hoog, 18-64	-10
							Hoog, 65+	3

Voetnoot D-3: a) Afkortingen zijn opgenomen in de afkortingenlijst (Bijlage G).

Tabel D-4 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat van elke risicoklasse van het ex ante model voor de V&V kosten van 2016, bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2016. Hierbij is gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat.

Tabel D-4 Gemiddeld vereveningsresultaat voor het ex ante model voor V&V kosten voor 2016, na correctie(s) voor het macrovereveningsresultaat.

	Risicoklasse	C1	C2		Risicoklasse	C1	C2		Risicoklasse	C1	C2
Leeftijd/geslacht	M, 0	-8	-1	FKG [a]	Geen FKG	-1	6	DKG	Geen DKG	-1	6
	M, 1-4	22	29		FKG 1 (Glaucoom)	8	15		DKG 1	-10	-3
	M, 5-9	22	29		FKG 2 (Schildklier)	-5	2		DKG 2	-13	-6
	M, 10-14	14	21		FKG 3 (Psychose,	-79	-72		DKG 3	-4	3
	M, 15-17	-2	5		Alzheimer, verslav.)				DKG 4	-48	-41
	M, 18-24	-17	-10		FKG 4 (Depressie)	-14	-7		DKG 5	121	128
	M, 25-29	-13	-6		FKG 5 (Chron. Pijn)	-58	-52		DKG 6	3	10
	M, 30-34	-8	-1		FKG 6 (Neur. pijn)	-137	-130		DKG 7	28	35
	M, 35-39	-10	-3		FKG 7 (Hoog cholesterol)	-5	1		DKG 8	22	29
	M, 40-44	-9	-2		FKG 8 (Dia II zonder)	-10	-3,2		DKG 9	33	40
	M, 45-49	-10	-4		FKG 9 (COPD/Astma)	19	26		DKG 10	-768	-761
	M, 50-54	-12	-5		FKG 10 (Astma)	4	11		DKG 11	625	632
	M, 55-59	-12	-5		FKG 11 (Dia II met)	-8	-1		DKG 12	95	102
	M, 60-64	-14	-7		FKG 12 (Epilepsie)	-148	-141		DKG 13	2131	2138
	M, 65-69	-26	-19		FKG 13 (Ziekte van C/CU)	14	21		DKG 14	93	100
	M, 70-74	-11	-5		FKG 14 (Hartaandoening)	100	107		DKG 15	-137	-130
	M, 75-79	-9	-2		FKG 15 (Auto-immuun)	-39	-32	AVI	65+	20	27
	M, 80-84	41	48		FKG 16 (Reuma)	-32	-25		IVA, 18-34	-268	-262
	M, 85-89	99	105		FKG 17 (Parkinson)	-29	-22		IVA, 35-44	-333	-326
	M, 90+	475	482		FKG 18 (Dia I)	-18	-11		IVA, 45-54	-99	-93
	V, 0	-15	-8		FKG 19 (Transplatie)	-80	-73		IVA, 55-64	-70	-63
	V, 1-4	16	23		FKG 20 (Cys.F./Panc.)	-22	-16		AO, 18-34	-240	-233
	V, 5-9	13	20		FKG 21 (Hersen/rug.: ms)	-185	-178		AO, 35-44	-106	-99
	V, 10-14	12	19		FKG 22 (Hersen/rug.: overig)	-871	-865		AO, 45-54	-106	-99
	V, 15-17	-3	4		FKG 23 (Kanker)	51	58		AO, 55-64	-88	-81
	V, 18-24	-14	-7		FKG 24 (Horm. tumor)	72	79		Bijstand, 18-34	-17	-10
	V, 25-29	-12	-5		FKG 25 (HIV/AIDS)	-32	-25		Bijstand, 35-44	-27	-20
	V, 30-34	-10	-3		FKG 26 (Nieraandoening)	42	49		Bijstand, 45-54	-51	-44
	V, 35-39	-9	-2		FKG 27 (Psoriasis)	-11	-4		Bijstand, 55-64	-66	-59
	V, 40-44	-11	-4		FKG 28 (Pulm. art. hyp.)	-264	-257		Student	-1	6
	V, 45-49	-10	-3		FKG 29 (Kanker add on)	273	280		Zelfstandig, 18-34	-3	4
	V, 50-54	-17	-10		FKG 30 (Groei)	-122	-115		Zelfstandig, 35-44	-4	3
	V, 55-59	-21	-14	HKG [a]	Geen HKG	-1	6		Zelfstandig, 45-54	-3	3
	V, 60-64	-23	-16		Insuline infuuspomp	149	156		Zelfstandig, 55-64	-6	1
	V, 65-69	-29	-22		Katheters/urine-	38	45		Hoogopgeleiden	-1	6
	V, 70-74	-35	-28		opvangzakken				Referentie, 18-34	-1	6
	V, 75-79	-3	4		Stoma	29	36		Referentie, 35-44	-2	5
	V, 80-84	78	85		Tracheo-stoma	163	170		Referentie, 45-54	-2	5
	V, 85-89	219	226	MHK	Geen MHK	-2	5		Referentie, 55-64	-4	3
	V, 90+	689	696		MHK 1	44	51	SES	>15 inw, blijvend, 0-17	-6	1
GSM [a]	Geen morbiditeit 65-	-3	3		MHK 2	19	26		>15 inw, blijvend, 18-64	-24	-17
	Wel morbiditeit 65-	13	19		MHK 3	31	38		>15 inw, blijvend, 65+	669	676
	Geen morbiditeit 65+	-24	-17		MHK 4	-16	-9		>15 inw, instroom,18-64	-18	-11
	Wel morbiditeit 65+	41	48		MHK 5	-49	-42		>15 inw, instroom, 65+	1363	1370
FGG	FGG 0	1	8		MHK 6	523	529		Zeer laag, 0-17	4	11
	FGG 1	-65	-58	Regio	Regio 1	-11	-5		Zeer laag, 18-64	-25	-18
GGG	GGG 0	1	6		Regio 2	-2	5		Zeer laag, 65+	60	67
	GGG 1	430	437		Regio 3	-3	3		Laag, 0-17	6	13
VGG	VGG 0	6	13		Regio 4	-2	4		Laag, 18-64	-11	-4
	VGG 1	140	147		Regio 5	2	9		Laag, 65+	18	25
	VGG 2	-408	-401		Regio 6	4	11		Midden, 0-17	2	9
	VGG 3	-1401	-1394		Regio 7	3	10		Midden, 18-64	-8	-2
	VGG 4	-346	-339		Regio 8	5	12		Midden, 65+	-3	4
					Regio 9	3	10		Hoog, 0-17	29	36
					Regio 10	2	9		Hoog, 18-64	-11	-4
									Hoog, 65+	-12	-5

D.3. gGGZ model

Tabel D-5 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat van elke risicoklasse van het ex ante model voor de gGGZ-kosten van 2016, bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2016.

Tabel D-5 Gemiddeld vereveningsresultaat voor het ex ante model voor gGGZ-kosten voor 2016.

Risicoklasse		Resultaat	Risicoklasse		Resultaat	Risicoklasse		Resultaat
Geslacht/leeftijd	M, 18-24	55	DKG [a]	Geen DKG	21	SES [a]	>15 inw, blijvend, 18-64	345
	M, 25-29	34		DKG 1	339		>15 inw, blijvend, 65+	105
	M, 30-34	45		DKG 2	569		>15 inw, instroom, 18-64	1638
	M, 35-39	48		DKG 3	1262		>15 inw, instroom, 65+	251
	M, 40-44	33		DKG 4	2335		Zeer laag, 18-64	61
	M, 45-49	32		DKG 5	283		Zeer laag 65+	20
	M, 50-54	22	FKG [a]	Geen FKG	23		Laag, 18-64	28
	M, 55-59	35		FKG 1 (Psychose)	780		Laag, 65+	19
	M, 60-64	33		FKG 2 (Psychose depot)	1.586		Midden, 18-64	22
	M, 65-69	10		FKG 3 (Chron.stem)	143		Midden, 65+	9
	M, 70-74	13		FKG 4 (Verslaving)	860		Hoog, 18-64	24
	M, 75-79	10		FKG 5 (Bipol.reg.)	366		Hoog, 65+	12
	M, 80-84	21		FKG 6 (bipol.complex)	909	AVI	65+	17
	M, 85-89	13		FKG 7 (ADHD)	252		IVA, 18-34	701
	M, 90+	57	EPH [a]	Niet	26		IVA, 35-44	266
	V, 18-24	59		Wel	55		IVA, 45-54	131
	V, 25-29	28	MHK [a]	Geen MHK	22		IVA, 55-64	142
	V, 30-34	53		MHK 1	83		AO, 18-34	352
	V, 35-39	12		MHK 2	721		AO, 35-44	199
	V, 40-44	33		MHK 3	1404		AO, 45-54	128
	V, 45-49	11	Regio	Regio 1	60		AO, 55-64	88
	V, 50-54	27		Regio 2	32		Bijstand, 18-34	133
	V, 55-59	31		Regio 3	27		Bijstand, 35-44	181
	V, 60-64	41		Regio 4	26		Bijstand, 45-54	120
	V, 65-69	14		Regio 5	21		Bijstand, 55-64	82
	V, 70-74	8		Regio 6	26		Student	37
	V, 75-79	4		Regio 7	30		Zelfstandig, 18-34	17
	V, 80-84	23		Regio 8	28		Zelfstandig, 35-44	37
	V, 85-89	58		Regio 9	28		Zelfstandig, 45-54	30
	V, 90+	101		Regio 10	32		Zelfstandig, 55-64	39
							Hoogopgeleiden	8
							Referentie, 18-34	33
							Referentie, 35-44	9
							Referentie, 45-54	5
							Referentie, 55-64	21

Voetnoot D-5

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

Tabel D-6 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat van elke risicoklasse van het ex ante model voor de gGGZ-kosten kosten van 2016, bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2016. Hierbij is gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat.

Tabel D-6 Gemiddeld vereveningsresultaat voor het ex ante model voor gGGZ-kosten kosten voor 2016, na correctie(s) voor het macrovereveningsresultaat.

Risicoklasse	C1 [33]	C2 [34]	Risicoklasse		C1 [33]	C2 [34]	Risicoklasse		C1 [33]	C2 [34]
M, 18-24	16	47	DKG [a]	Geen DKG	3	34	SES [a]	>15 inw, blijvend, 18-64	70	101
M, 25-29	-5	26		DKG 1	12	43		>15 inw, blijvend, 65+	69	100
M, 30-34	4	35		DKG 2	-356	-325		>15 inw, instroom, 18-64	937	968
M, 35-39	7	38		DKG 3	-332	-301		>15 inw, instroom, 65+	133	164
M, 40-44	-3	28		DKG 4	-40	-9		Zeer laag, 18-64	-13	18
M, 45-49	-1	30		DKG 5	-3006	-2975		Zeer laag 65+	-5	26
M, 50-54	-8	23	FKG [a]	Geen FKG	2	33		Laag, 18-64	-4	27
M, 55-59	8	40		FKG 1 (Psychose)	-28	59		Laag, 65+	3	34
M, 60-64	11	42		FKG 2 (Psychose depot)	102	133		Midden, 18-64	0	31
M, 65-69	-4	27		FKG 3 (Chron.stem)	-44	-13		Midden, 65+	-4	27
M, 70-74	0	31		FKG 4 (Verslaving)	202	233		Hoog, 18-64	5	36
M, 75-79	-2	29		FKG 5 (Bipol.reg.)	77	108		Hoog, 65+	1	33
M, 80-84	8	39		FKG 6 (bipol.complex)	35	66	AVI	65+	1	32
M, 85-89	0	31		FKG 7 (ADHD)	38	69		IVA, 18-34	404	435
M, 90+	42	74	EPH [a]	Niet	1	32		IVA, 35-44	59	90
V, 18-24	11	42		Wel	-5	27		IVA, 45-54	13	45
V, 25-29	-16	15	MHK [a]	Geen MHK	11	43		IVA, 55-64	78	109
V, 30-34	8	39		MHK 1	-77	-46		AO, 18-34	91	122
V, 35-39	-27	5		MHK 2	-403	-372		AO, 35-44	-49	-18
V, 40-44	-4	27		MHK 3	-1125	-1094		AO, 45-54	-36	-5
V, 45-49	-22	9	Regio	Regio 1	9	41		AO, 55-64	2	33
V, 50-54	-5	26		Regio 2	-8	23		Bijstand, 18-34	-23	8
V, 55-59	2	33		Regio 3	-11	20		Bijstand, 35-44	42	73
V, 60-64	16	47		Regio 4	-6	25		Bijstand, 45-54	0	32
V, 65-69	-5	26		Regio 5	-8	23		Bijstand, 55-64	0	31
V, 70-74	-11	21		Regio 6	-1	30		Student	11	42
V, 75-79	-15	16		Regio 7	4	35		Zelfstandig, 18-34	-1	30
V, 80-84	3	35		Regio 8	5	36		Zelfstandig, 35-44	20	51
V, 85-89	38	69		Regio 9	5	36		Zelfstandig, 45-54	16	47
V, 90+	82	113		Regio 10	11	42		Zelfstandig, 55-64	27	58
								Hoogopgeleiden	-10	21
								Referentie, 18-34	1	32
								Referentie, 35-44	-11	20
								Referentie, 45-54	-11	20
								Referentie, 55-64	7	38

Voetnoot D-6
a. Afkortingen zijn opgenomen in de afkortingenlijst (Bijlage G).

D.4. Totale impact per vereveningskenmerk

Totale impact (in € miljoenen) voor alle vereveningskenmerken inclusief criteriumneutraliteit.

Vereveningskenmerk	Somatische kosten	V&V-kosten
Leeftijd/ geslacht	35.118	3.442
FKG	95,7	0,5
Regio	-0,2	0,0
DKG	-403,8	-11,5
MHK	38,3	2,0
AVI	-5,8	-0,2
HKG	-16,3	-11,2
SES	16,3	10,5
GSM	-86,0	4,8
FGG	-11,6	1,4
VGG	-23,0	-109,2
GGG	0,5	-1,2
Totaal	**34.723**	**3.327**

Vereveningskenmerk	gGGZ-kosten
Leeftijd/ geslacht	3.574
FKG	-1,5
Regio	-0,1
DKG	42,9
AVI	3,7
SES	-8,4
MHK	11,0
PPA	4,0
Totaal	**3.625**

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

Voor Deel II zijn de OT-bestanden voor de somatische zorg, V&V en gGGZ gebruikt. In de uitvoering 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 2016, conform hetgeen in het MPB is vastgesteld. Herweging voor de verzekerdenraming was niet nodig omdat de hergewogen variabel is meegeleverd in de OT-bestanden.

In Deel II wordt de ex ante vaststelling, zoals uitgevoerd in het najaar 2015, 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.

E.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 16.567.003 verzekerdenjaren, dat is herwogen naar 16.901.000 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 749 (Normbedragenfase).

E.2. Ex ante model voor V&V-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 16.567.003 verzekerdenjaren, dat is herwogen naar 16.901.000 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 749 (Normbedragenfase).

E.3. Ex ante model voor gGGZ-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 13.136.331 verzekerdenjaren, dat is herwogen 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 749 (Normbedragenfase).

F. Afkortingenlijst

Afkorting	Betekenis
AO	Arbeidsongeschikt
AVI	Aard van Inkomen (vereveningskenmerk)
BB	Bandbreedteregeling (ex post maatregel)
BSN	Burger Service Nummer
CPM	Cummings' Prediction Measure (evaluatiemaatstaf)
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DKG	Diagnosekostengroep (vereveningskenmerk)
DKG GGZ	Diagnosekostengroep psychische aandoeningen (vereveningskenmerk)
DOT	DBC op Weg Naar Transparantie
DV	Definitieve Vaststelling
DV voor FB en ex post	Definitieve Vaststelling voor Flankerend Beleid en ex post maatregelen
DV na BB	Definitieve Vaststelling na Bandbreedteregeling
DV na FB	Definitieve Vaststelling na Flankerend Beleid
DV na FB en BB	Definitieve Vaststelling na Flankerend Beleid en Bandbreedteregeling
Ex ante	Ex ante Vaststelling
FB	Flankerend Beleid – maatregel ten behoeve van gelijke uitgangspositie van zorgverzekeraars bij een (positief of negatief) macrovereveningsresultaat
FKG	Farmaciekostengroep (vereveningskenmerk)
GAV	Gesommeerde Absolute Verschillen (evaluatiemaatstaf)
GGAA	Gewogen Gemiddelde Absolute Afwijking (evaluatiemaatstaf)
GGAV	Gemiddelde Gewogen Absolute Verschillen (evaluatiemaatstaf)
GGARV	Gewogen Gemiddelde Absolute Vereveningsresultaat Verschuiving (evaluatiemaatstaf)
gGGZ	Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg
GSM	Generieke Somatische Morbiditeit (vereveningskenmerk)
GGZ-MHK	GGZ Meerjarige hoge kosten (vereveningskenmerk)
HKC	Hoge Kosten Compensatie (ex post maatregel)
HKG	Hulpmiddelenkostengroep (vereveningskenmerk)
HDR	Hoge Kostendrempel (vereveningskenmerk)
KPV-bestand	Kosten-per-Verzekerde bestand
LDR	Lage Kostendrempel (vereveningskenmerk)
MHK	Meerjarige hoge kosten (vereveningskenmerk)
MN	Macronacalculatie
MPB	Macro Prestatie Bedrag
MSZ	Medisch-specialistische zorg
OT	Overall Toets
PPA	Personen per adres (vereveningskenmerk)
PwC	PricewaterhouseCoopers
R^2	R-kwadraat (evaluatiemaatstaf)
RBRV-bestand	Vereveningskenmerken per verzekerde-bestand
RV	Risicovereveningssysteem
SES	Sociaaleconomische status (vereveningskenmerk)
V&V	Verpleging en verzorging
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WOR	Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening
ZIN	Zorginstituut Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZVF	Zorgverzekeringsfonds
Zvw	Zorgverzekeringswet

G. Begrippenlijst

Acceptatieplicht

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

Bandbreedteregeling

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

Criteriumneutraliteit

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

Definitieve vaststelling

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

Diagnose Behandel Combinaties (DBCs)

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

Ex ante vaststelling

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

Expertproducten en add-ons geneesmiddelen

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

Ex post maatregel(en)
Ex post maatregelen worden ingezet om het risico van zorgverzekeraars op de zorgkosten te reduceren dan wel m een gelijke uitgangspositie van zorgverzekeraars te creëren. Eén ex post maatregel is ingezet in 2016 (brandbreedteregeling). Deze maatregel wordt ten tijde van de definitieve vaststelling uitgevoerd en resulteert in een op- of afslag op de ex ante vereveningsbijdrage.

Flankerend beleid

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

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

Forfaitaire groep/niet-forfaitaire groep

De forfaitaire groep en 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.

Hoge Kosten Compensatie (HKC)

De HKC is een ex post maatregel. Deze maatregel compenseert zorgverzekeraars voor hoge kosten. Verzekerden met kosten boven een vooraf vastgestelde grens komen in een aparte risicopool terecht. De HKC betreft een onderlinge verrekening tussen zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars die minder verzekerden met hoge kosten hebben dan gemiddeld dragen per saldo af aan de risicopool en zorgverzekeraars die meer verzekerden met hoge kosten hebben dan gemiddeld ontvangen per saldo een bedrag vanuit de risicopool. De HKC voor gGGZ is per 2015 afgeschaft.

lGGZ-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.

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.

Medisch-specialistische zorg (MSZ)

Hieronder vallen alle kosten voor de ziekenhuiszorg.

Nacalculatie

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

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

Overall Toets (OT)

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

Overige prestaties

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

Prevalenties

Dit staat voor het aantal verzekerdenjaren per 1000 uitgedrukt.

Reikwijdte (van het vereveningsresultaat)

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

Risicoklassen

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

Risicoselectie

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

(Ex ante) Risicovereveningsmodel/Ex ante model

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

Risicovereveningssysteem

Het risicovereveningssysteem compenseert zorgverzekeraars voor verschillen in (verwachte) zorgkosten. Het risicovereveningssysteem bestaat uit ex ante modellen en ex post maatregelen. Het doel van de risicoverevening is het creëren van een gelijke uitgangspositie voor zorgverzekeraars en het reduceren van financiële prikkels tot risicoselectie, en daarmee bevorderen van een doelmatige uitvoering van de Zvw.

Somatische kosten

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

Spreiding (van het vereveningsresultaat)

De spreiding in het vereveningsresultaat is de gewogen standaarddeviatie.

Spreidingsreductie

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

Variabele zorgkosten

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

Vaste kosten

Dit is een deelbedrag voor de vaste kosten van ziekenhuiszorg.

Verbod op premiedifferentiatie

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

Vereveningsbijdrage/Bijdrage (ex ante en ex post)

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

Vereveningskenmerk

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

Vereveningsresultaat

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

Verpleging en verzorging kosten

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

Verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico is het bedrag aan zorgkosten wat de verzekerde zelf moet betalen. In 2016 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.

H. Referenties

- Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2016. Ministerie van VWS, 2016. Publicatiedatum: 17 februari 2016. Staatscourant 2016, nr. 8944.
- Besluit Zorgverzekering. Geldend van 01-01-2021 t/m heden. Bereikbaar op: https://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2021-01-01.
- Monitor 2011. Kwantitatieve analyse van het risicovereveningssysteem. Somatische zorg, gGGZ en Eigen risico. Publicatiedatum: 24 februari 2017. KPMG, Amstelveen.
- Monitor 2012. Monitor Risicoverevening 2012. Toetsing van de werking van het risicovereveningssysteem en representativiteit van de beslisinformatie. Publicatiedatum: 18 mei 2018. PwC, Amsterdam.
- Monitor 2013. Monitor Risicoverevening 2013. Toetsing van de werking van het risicovereveningssysteem en representativiteit van de beslisinformatie. Publicatiedatum: 17 augustus 2018. PwC, Amsterdam.
- Monitor 2014. Monitor Risicoverevening 2014. Toetsing van de werking van het risicovereveningssysteem en representativiteit van de beslisinformatie. Publicatiedatum: 11 juni 2019. PwC, Amsterdam.
- Monitor 2015. Monitor Risicoverevening 2015. Toetsing van de werking van het risicovereveningssysteem en representativiteit van de beslisinformatie. Publicatiedatum: 11 september 2020. PwC, Amsterdam.
- Regeling risicoverevening 2016. Ministerie van VWS, 2016. Publicatiedatum: 4 december 2015. Staatscourant 2015, nr. 39697.
- WOR 709, F. Eijkenaar, R.C. van Kleef, S.H.C.M. van Veen en R.C.J.A. van Vliet (2014). Onderzoek risicoverevening 2015: Gegevensfase. Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.
- WOR 710, F. Eijkenaar, R.C. van Kleef, S.H.C.M. van Veen en R.C.J.A. van Vliet (2014). Onderzoek risicoverevening 2015: Overall Toets. Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.
- WOR 728, F. Eijkenaar, R.C. van Kleef, E.M. van Rooijen, R.C.J.A. van Vliet (2015). Groot onderhoud van de diagnosekostengroepen (DKG's) in het risicovereveningsmodel voor de somatische zorgkosten. Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.
- WOR 747, F. Eijkenaar, R.C. van Kleef, S.H.C.M. van Veen en R.C.J.A. van Vliet (2015). Onderzoek risicoverevening 2016: Gegevensfase. Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.
- WOR 748, F. Eijkenaar, R.C. van Kleef, S.H.C.M. van Veen en R.C.J.A. van Vliet (2015). Onderzoek risicoverevening 2016: Overall Toets. Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.
- WOR 749, F. Eijkenaar, R.C. van Kleef, S.H.C.M. van Veen, R.C.J.A. van Vliet (2015). Onderzoek risicovereveningsmodel 2016: berekening normbedragen. Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.
- WOR 988. ESHPM (2020). Groot onderhoud DKG's t.b.v. somatisch model 2021. Erasmus Universiteit Rotterdam, ESHPM, Rotterdam.
- Zorginstituut Nederland (ZIN), 2014. Verantwoording verzekerdenraming 2015. Zorginstituut Nederland, Diemen.
- Zorginstituut Nederland (ZIN), 2015. Verantwoording verzekerdenraming 2016. Zorginstituut Nederland, Diemen.
- Zorginstituut Nederland (ZIN), 2016. Verantwoording verzekerdenraming 2017. Zorginstituut Nederland, Diemen.
- Zorginstituut Nederland (ZIN), 2017. Verantwoording verzekerdenraming 2018. Zorginstituut Nederland, Diemen.





© 2020 PwC. All rights reserved. PwC refers to the US member firm or one of its subsidiaries or affiliates, and may sometimes refer to the PwC network. Each member firm is a separate legal entity. Please see www.pwc.com/structure for further details.