# Monitor Risicoverevening 2017

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

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

Definitieve eindrapportage, 29 juni 2022

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 heeft PricewaterhouseCoopers (PwC) de Monitor voor *vereveningsjaar 2017* uitgevoerd. Deze Monitor evalueert:

1. De verevenende werking van het risicovereveningssysteem 2017. Dit is hoe goed de vereveningsbijdrage aansluit op de gerealiseerde zorgkosten op macroniveau, zorgverzekeraarsniveau en subgroepniveau.
2. De representativiteit van de beslisinformatie voor de gerealiseerde cijfers van 2017. Dit is hoe goed de geraamde kosten en prevalenties bij de Overall Toets en ex ante vaststelling aansluiten op de gerealiseerde cijfers.

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

## Situatie in 2017

Voor het risicovereveningsmodel 2017 is ingezet op het verder verbeteren van de verevenende werking van het ex ante risicovereveningsmodel en het vergroten van het risico voor zorgverzekeraars door het afbouwen van ex post maatregelen. Per 1 januari 2017 zijn er een aantal belangrijke wijzigingen geweest in de risicodragende kosten onder de Zvw en de vormgeving van het risicovereveningssysteem, waaronder:

- *Het samenvoegen van de deelbedragen* 'Verpleging en Verzorging'(V&V) en 'variabele zorgkosten', waarbij zorgverzekeraars volledig risico dragen over de V&V-kosten onder de Zvw.
- *Het toevoegen van nieuwe vereveningskenmerken en het verfijnen van bestaande vereveningskenmerken in de ex ante modellen:* toevoegen van personen per adres (PPA), vervangen van fysiotherapiegebruikersgroepen (FGG) door fysiotherapiediagnosegroepen (FDG), vernieuwen van hulpmiddelenkostengroepen (HKG), uitbreiden farmaciekostengroepen (FKG), meerjarig hoge kosten (MHK) en verpleging-gebruikersgroepen (VGG), invoeren van zorgvraagzwaarte (ZVZ) en aanpassen definities SES/PPA en MHK-GGZ.
- *Vervallen criteriumneutraliteit* voor MHK en MHK-GGZ.
- *Invoeren partiële (klassieke) criteriumneutraliteit* voor 5 risicoklassen van FKG en *klassenneutraliteit* voor DKG. Voor het nieuwe vereveningskenmerk ZVZ geldt ook *klassieke criteriumneutraliteit*.
- *Eigen risico-model 2017:* het uitbreiden van de forfaitaire groep met FDG's.
- *Afschaffen ex post maatregelen*: volledig afschaffen van de bandbreedteregelingen voor de V&V-kosten, gGGZ-kosten en LGGZ-kosten. Er is alleen nog nacalculatie op de vaste kosten (dit is < 1 % van de totale Zvw-kosten).

## Verevenende werking van het risicovereveningssysteem

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

*Macrovereveningsresultaat*

De gerealiseerde zorgkosten onder de Zvw zijn lager uitgekomen dan verwacht in het Macro Prestatie Bedrag (MPB). De totale vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars is daarmee hoger dan de totale gerealiseerde zorgkosten. Dit leidt tot een positief macrovereveningsresultaat van € 814,9 miljoen. Dit is meer dan in 2016 (€ 473 miljoen). In 2016 was het macrovereveningsresultaat voor de somatische kosten lager doordat de definitieve vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars met € 404 miljoen lager is uitgekomen dan verwacht. Dit is de impact van de verkorting van de doorlooptijd van DBC's, die achteraf niet goed is inschat. Ten opzichte van eerdere jaren (2012 t/m 2015) is het macrovereveningsresultaat verder afgenomen in 2017.

Flankerend beleid zorgt ervoor dat alle zorgverzekeraars een evenredig deel van het macrovereveningsresultaat krijgen toebedeeld op basis van het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder. De absolute verschuivingen in de vereveningsbijdrage tussen zorgverzekeraars door flankerend beleid in 2017 zijn in lijn met het macrovereveningsresultaat: voor de gGGZ- en LGGZ-kosten zijn de absolute

verschuivingen afgenomen, omdat het macroverevenigsresultaat in 2017 lager is dan in voorgaande jaren. Voor de somatische kosten zijn de absolute verschuivingen toegenomen ten opzichte van 2016 en afgenomen ten opzichte van eerdere jaren (2012 t/m 2015).

*Ex ante risicovereveningsmodellen*

In 2017 wordt de vereveningsbijdrage verdeeld aan de hand van drie ex ante modellen (een model voor de somatische kosten, gGGZ-kosten en LGGZ-kosten, hierna genoemd als het somatische model, gGGZ-model en LGGZ-model). Een vierde model, het ex ante model voor het verplicht eigen risico, zorgt voor een correctie op de vereveningsbijdrage voor de verwachte opbrengsten uit het verplichte eigen risico. De verevenende werking van de modellen zijn beoordeeld op zorgverzekeraars- en subgroepniveau.

- **Somatische model (variabele zorgkosten inclusief V&V-kosten)**

  Op zorgverzekeraarsniveau is de reikwijdte in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars toegenomen ten opzichte van vorig jaar. Dit kan komen doordat de V&V-kosten zijn samengevoegd met de somatische kosten in 2017. De spreiding in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars is toegenomen. Andere verklaringen voor de resultaten zijn wijzigingen in de kostendefinities, wijzigingen in de vormgeving van het risicovereveningssysteem (verbeteringen aan de vereveningskenmerken en afschaffing van de ex post maatregelen) en verschuivingen in de portefeuillesamenstelling van zorgverzekeraars. De verbeteringen aan het ex ante model voor bepaalde groepen verzekerden zijn niet direct zichtbaar in alle analyses op zorgverzekeraarsniveau, omdat op dat evaluatieniveau onder- en overcompensaties op groepen verzekerden zijn tegen elkaar kunnen wegvallen.

  Het effect van het toevoegen en uitbreiden van de vereveningskenmerken van het ex ante model is wel zichtbaar in een afname van de gemiddelde onder- en overcompensatie voor een aantal onderzochte subgroepen ten opzichte van voorgaande jaren. Desondanks zijn er in 2017 voor een aantal subgroepen nog relatief hoge gemiddelde ondercompensaties, waaronder:

  - Verzekerden in de groep met de hoogste 1%, 3%, 5% en 15% van de kosten van het voorgaande jaar.
  - Verzekerden onder de 18 jaar met een somatische aandoening.
  - Verzekerden van 18 jaar en ouder met een psychische aandoening zonder een somatische aandoening.
  - Verzekerden van 18 tot 64 jaar ouder met een psychische aandoening en een somatische aandoening.

  Voor een aantal subgroepen zijn er relatief hoge gemiddelde overcompensaties, waaronder:

  - Verzekerden met geen tot weinig kosten in het voorgaande jaar (de laagste 15 %).
  - Verzekerden van 18 jaar en ouder zonder zowel een somatische als psychische aandoening.
  - Verzekerden van 65 jaar en ouder met een somatische aandoening zonder een psychische aandoening.
  - Verzekerden van 65 jaar en ouder met zowel een somatische als psychische aandoening.

  Deze bevindingen zijn grotendeels in lijn met voorgaande jaren (2012 t/m 2016). Dezelfde subgroepen worden elk jaar onder- of overgecompenseerd. Hierbij valt voor 2017 specifiek op:

  a) De verbetering van de ondercompensatie voor verzekerden onder de 18 jaar.
  b) De omslag van een geringe ondercompensatie naar een relatief hoge overcompensatie voor verzekerden van 65 jaar en ouder met een somatische aandoening, al dan niet in combinatie met een psychische aandoening.

  Dit leidt tot de conclusie dat de modelverbeteringen voor een aantal subgroepen hebben geleid tot een verbetering van de gemiddelde onder- of overcompensatie. Echter, de ex ante modellen zijn nog niet in staat adequaat te compenseren voor verzekerden met multi-morbiditeit en/ of ernstige gezondheidsproblematiek. Aangezien er geen ex post maatregelen meer zijn in 2017 worden zorgverzekeraars achteraf niet meer (deels) gecompenseerd voor (resterende) kostenverschillen tussen verzekerden. Dit pleit voor onderzoek naar de verbetering van het ex-ante model (zie Advies).

- **gGGZ-model voor verzekerden 18+**

  Op zorgverzekeraarsniveau is het effect van het toevoegen van het vereveningskenmerk ZVZ niet nadrukkelijk tot uitdrukking gekomen in een verdere reductie van de verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars ten opzichte van voorgaande jaren. Dat dit effect niet zichtbaar is op zorgverzekeraarsniveau kan te maken hebben met wijzigingen in kostendefinities en wijzigingen in de portefeuillesamenstelling van 2016 naar 2017. Zo is er in 2017 een forse afname van de verschillen in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars als gevolg van

overstapgedrag en/of portefeuillewijzigingen[1], waardoor de invloed van het ex ante model ook kleiner is.

Het effect van het toevoegen en uitbreiden van de vereveningskenmerken van het gGGZ-model is wel zichtbaar in een afname van de gemiddelde onder- en overcompensatie voor een aantal onderzochte subgroepen ten opzichte van voorgaande jaren. Zo is de ondercompensatie voor verzekerden met gGGZ-kosten in de hoogste 1%, 3% en 5% van de kosten in het voorgaande jaren fors afgenomen ten opzichte van de ondercompensaties voor deze groepen in vorig jaar (editie 2016). Dit is waarschijnlijk het effect van het vereveningskenmerk ZVZ en de wijzigingen bij het vereveningskenmerk MHK-GGZ. Desondanks zijn er voor een aantal subgroepen nog steeds relatief hoge gemiddelde ondercompensaties in 2017, waaronder:

- Verzekerden met gGGZ-kosten in de hoogste 1 %, 3 % en 5 % van het voorgaande jaar (dit zijn verzekerden van 18 jaar en ouder met (zeer) hoge gGGZ-kosten).
- Verzekerden met ernstige (complexe) psychische gezondheidsproblematiek.

Voor een aantal subgroepen zijn er relatief hoge gemiddelde overcompensaties, waaronder:

- Verzekerden met gGGZ-kosten in de laagste 25 % en middelste 70 % van het voorgaande jaar (dit zijn verzekerden van 18 jaar en ouder met weinig tot gemiddelde gGGZ-kosten).
- Verzekerden van 18 jaar en ouder met psychische aandoeningen.

Dit leidt tot de conclusie dat de modelverbeteringen voor een aantal subgroepen hebben geleid tot een verbetering van de gemiddelde onder- of overcompensatie. Echter, de ex ante modellen zijn nog niet in staat adequaat te compenseren voor verzekerden met ernstige psychische gezondheidsproblematiek. Aangezien er geen ex post maatregelen meer zijn in 2017 worden zorgverzekeraars achteraf niet meer (deels) gecompenseerd voor (resterende) kostenverschillen tussen verzekerden. Dit pleit voor onderzoek naar de verbetering van het ex-ante model (zie Advies).

- **LGGZ-model voor verzekerden 18+**

  Het ex ante model voor de LGGZ in 2017 zorgt voor een sterke reductie in de verschillen in het gemiddeld vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars. Ten opzichte van 2016, het eerste jaar waarin het LGGZ-model werd gehanteerd, zijn de verschillen in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars afgenomen. Door gebrek aan data over de LGGZ-kosten op verzekerdenniveau (de LGGZ-kosten zijn door het Zorginstituut niet uitgevraagd bij zorgverzekeraars, omdat dit niet nodig was voor de uitvoering van de risicoverevening), konden geen analyses worden uitgevoerd naar de over- en ondercompensaties op subgroepniveau.

## Representativiteit van de beslisinformatie

Deze Monitor evalueert in welke mate de informatie die is gebruikt bij de Overall Toets (i.e. moment van de besluitvorming over de vormgeving van het risicovereveningssysteem) en bij de ex ante vaststelling (i.e. moment van vaststelling van de normbedragen) aansluit op de gerealiseerde cijfers. Bij de Overall Toets 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. Zo doen onvoorziene ontwikkelingen in kosten en prevalenties zich voor en heeft het (zorginkoop)beleid van zorgverzekeraars 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. Opvallende constateringen zijn relatief grote afwijkingen voor risicoklassen met leeftijdsgrenzen (18 jaar en 65 jaar). Mogelijk verklaart dit de positieve vereveningsresultaten die worden behaald voor de hogere leeftijdsklassen. Daarbij zijn er bij bepaalde vereveningskenmerken relatief grotere afwijkingen in de kosten bij de OT en ex ante vaststelling ten opzichte van de gerealiseerde kosten. Mogelijk is de schaling naar het MPB om de kosten van de ex ante vaststelling representatief te maken te grof uitgevoerd en is het nodig om dit mogelijk verfijnder op het niveau van kostenprestaties uit te voeren (zie hoofdstuk Advies). Daarnaast zijn er relatief grotere afwijkingen zichtbaar bij nieuwe vereveningskenmerken, met name bij GSM is dit het geval. Mogelijk zijn de kosten en prevalenties van nieuwe vereveningskenmerken onzeker, waardoor achteraf gezien er grotere afwijkingen zijn. Daarbij is geconstateerd dat de inzet van criteriumneutraliteit achteraf gezien niet altijd leidt tot een betere aansluiting van de geraamde cijfers met de werkelijke cijfers. Deze bevindingen pleiten voor meer inzicht en onderbouwing bij de OT en ex ante vaststelling over de verwachte effecten van een bepaald vereveningskenmerk en de inzet van (een vorm van) criteriumneutraliteit (zie Advies).

[1] Deze effecten van overstapgedrag en portefeuillewijzigingen zijn op basis van de beschikbare gegevens voor deze Monitor niet te onderscheiden.

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 (zie Advies).

# Conclusies & Advies

## Aanleiding en Doel

In opdracht van het Ministerie van VWS voert PwC de Monitor Risicoverevening van *2017* uit. Het doel van deze Monitor is:

- *Evalueren van de verevenende werking van het risicovereveningssysteem*

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

- *Evalueren van de representativiteit van de beslisinformatie*

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

Voor beide doelen worden de resultaten van 2017 geanalyseerd en vergeleken die van voorgaande jaren (edities 2012 t/m 2016). Verklaringen worden aangedragen voor de belangrijkste verschuivingen ten opzichte van voorgaande jaren op basis van de beschikbaar gestelde gegevens.

## Overkoepelende conclusies

**Belangrijkste wijzigingen in risicovereveningssysteem per 2017**
In 2017 is door de overheid het beleid verder ingezet om de risicodragendheid van zorgverzekeraars over de zorgkosten te vergroten om een doelmatige uitvoering van de Zvw te bevorderen. Per 2017 zijn nagenoeg alle kosten onder de Zvw volledig risicodragend voor zorgverzekeraars, met uitzondering van de vaste kosten (dit is <1% van totale Zvw-kosten). De ex post maatregelen die er in 2016 waren, zijn afgeschaft. Daarbij zijn verbeteringen doorgevoerd in de ex ante risicovereveningsmodellen, met het doel om zorgverzekeraars beter te compenseren voor verwachte verschillen in de zorgkosten tussen (groepen van) verzekerden.

**Werking van het risicovereveningssysteem 2017**
Over het algemeen is de verevenende werking van het risicovereveningssysteem 2017 verbeterd ten opzichte van 2016. Dit is op te maken uit twee bevindingen:

- Het somatische model zorgt voor een grotere reductie in de spreiding van de vereveningsresultaten tussen zorgverzekeraars ten opzichte van vorig jaar, gegeven de portefeuillesamenstelling in het betreffende jaar. Voor het gGGZ-model is dit niet het geval: de spreidingsreductie is net iets lager dan vorig jaar. Dit komt mogelijk door wijzigingen (in uitschieters in de) portefeuillesamenstelling van de zorgverzekeraars.
- De onder- en overcompensaties voor een aantal specifieke subgroepen zijn gereduceerd, ten opzichte van voorgaande jaren.

Bij een aantal analyses op zorgverzekeraarsniveau is niet eenduidig zichtbaar dat de verevenende werking van het risicovereveningssysteem van 2017 is verbeterd ten opzichte van vorig jaar. De resultaten van de analyses kunnen beïnvloed worden door wijzigingen in de kostendefinities, wijzigingen in de vormgeving van het risicovereveningssysteem en wijzigingen in portefeuillesamenstellingen.
Net zoals in voorgaande jaren zorgen de ex ante modellen voor de grootste reductie in de verschillen in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars, in vergelijking met flankerend beleid (of in voorgaande jaren de bandbreedteregelingen). Voor de gGGZ en LGGZ-kosten is de reductie in de vereveningsresultaten lager dan vorig jaar. Dit is te verklaren door uitschieters in de portefeuillesamenstellingen in 2017 ten opzichte van eerdere jaren.
De ex ante modellen reduceren de onder- en overcompensaties van een aantal subgroepen. Echter, deze modellen zijn niet in staat om de kosten voor een aantal subgroepen adequaat te compenseren. Zo resteren er nog substantiële onder- of overcompensaties voor bepaalde groepen: subgroepen met hoge kosten in het voorgaande jaar en/of meerdere (chronische) aandoeningen en subgroepen met ernstige psychische gezondheidsproblematiek worden over het algemeen ondergecompenseerd en subgroepen met lage kosten en/of geen aandoeningen worden veelal overgecompenseerd. Dit is over het algemeen vergelijkbaar met voorgaande jaren. Op basis van de verevenende werking van de ex ante modellen in

2017 op het niveau van de subgroepen wordt nog geen adequaat gelijk speelveld voor zorgverzekeraars behaald.

**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 tussen de datajaren die gebruikt zijn voor het schatten van de OT en de ex ante normbedragen en het realisatiejaar en (in combinatie met) de onderschrijding van de totale kosten van het MPB. Een belangrijke verklaring voor de verschuivingen is dat er in 2017 onder- en overschattingen zijn geweest bij met name vereveningskenmerken waarbij de grenzen onder of boven 65 jaar, onder of boven 18 jaar of gezond of ongezond relevant is. Hiervoor kan nog geen duidelijke verklaring worden gegeven op basis van de beschikbare gegevens voor deze Monitor.
De vereveningskenmerken DKG, FKG, GSM, VGG, MHK, DKG-GGZ en MHK-GGZ hebben van alle vereveningskenmerken de grootste verschuivingen in de kosten en/of prevalenties van de OT en ex ante vaststelling ten opzichte van de gerealiseerde cijfers. Deze vereveningskenmerken zijn in voorgaande jaren ook opgevallen. De verschuivingen kunnen (deels) worden verklaard. Zo zijn er bij nieuwe vereveningskenmerken of risicoklassen meer onzekerheden, waardoor er mogelijk achteraf grote(re) verschuivingen verwacht mogen worden. Een vorm van criteriumneutraliteit kan hierbij een positief effect hebben, ook al blijkt dit achteraf niet overal te leiden tot een betere aansluiting op de gerealiseerde cijfers. 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 2017 en de representativiteit van de beslisinformatie van dit jaar.

## Onderbouwing conclusies: werking van het risicovereveningssysteem

**1. De macrokosten zijn lager uitgevallen dan de macrobijdrage, wat resulteert in een macrovereveningsresultaat van in totaal € + 814,9 miljoen, *inclusief* het vereveningsresultaat op de opbrengsten voor het verplichte eigen risico (€ - 169 miljoen). Het macrovereveningsresultaat in 2017 is hoger uitgevallen ten opzichte van 2016 (in totaal € 474 miljoen), maar lager ten opzichte van 2015 (€ 2.036 miljoen), 2014 (€ 3.081 miljoen) en 2013 (€ 2.588 miljoen). In 2016 was er een effect van de verkorting van de DBC-doorlooptijd bij de DKG's waardoor het macrovereveningsresultaat substantieel lager is uitgekomen (impact van dit effect bij DKG: € 404 miljoen). Afgezien van dit effect in 2016 is een daling van het macrovereveningsresultaat zichtbaar over afgelopen jaren. Dit kan komen door effecten van zorginkoop, van andere maatregelen voor beheersing van de zorgkosten en/ of door (vertraagde) effecten van verbeteringen van de raming van het MPB.**

**Bevindingen**
De totale vereveningsbijdrage wordt verdeeld aan de hand van een vereveningsbijdrage voor de somatische kosten, gGGZ kosten en LGGZ-kosten. Op de vereveningsbijdrage wordt een korting ingehouden voor de opbrengsten van het verplichte eigen risico. Het totale vereveningsresultaat (verschil tussen vereveningsbijdrage en de zorgkosten) van *€ 814,9 miljoen* is opgebouwd uit:

- Voor de somatische kosten, gGGZ-kosten en LGGZ-kosten geldt een macrovereveningsresultaat van + *€ 983,9 miljoen.* Dit bestaat uit: € 756,8 miljoen voor somatische kosten (€ 44 per verzekerde), +€ 163,8 miljoen voor de gGGZ-kosten (€ 12 per verzekerde 18+) en + € 63,2 miljoen voor de LGGZ-kosten (€ 5 per verzekerde 18+).
- De toename van het macrovereveningsresultaat in 2017 ten opzichte van 2016 is grotendeels te verklaren doordat er in 2016 sprake was van afwijkende prevalenties voor de DKG's als effect van de verkorting van de DBC-doorlooptijd. Ten opzichte van voorgaande jaren (2012 t/m 2015) is er een daling in het macrovereveningsresultaat.
- Het verplichte eigen risico heeft een macrovereveningsresultaat van *€ - 169 miljoen* (€ - 12 per verzekerde 18+). De ingehouden korting op de vereveningsbijdrage van het eigen risico is hiermee hoger dan de geïnde opbrengsten. Het resultaat van het eigen risico is beter ingeschat ten opzichte van voorgaande jaren.

**2. Door een toename van het macroverevenings resultaat voor de somatische kosten in 2017 wordt via flankerend beleid meer verrekend tussen zorgverzekeraars ten opzichte van vorig jaar. Voor de gGGZ-kosten en de LGGZ-kosten is juist het macroverevenings resultaat afgenomen, waardoor via flankerend beleid minder wordt verrekend tussen zorgverzekeraars ten opzichte van vorig jaar. Dit is nodig om de gerealiseerde macro-onderschrijding evenredig toe te delen aan iedere zorgverzekeraar ten behoeve van het gelijk speelveld.**

**Bevindingen**

- Flankerend beleid verdeelt het macroverevenings resultaat op basis van de afzonderlijke deelbedragen voor de somatische, gGGZ- en LGGZ-kosten, evenredig onder de zorgverzekeraars op basis van het aantal verzekerden (18+).
- In 2017, met een onderschrijding van het MPB, zorgt flankerend beleid voor een lichte 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 kleine toename in reikwijdte/ spreiding tussen zorgverzekeraars was na flankerend beleid, gegeven de portefeuillesamenstellingen in die jaren.
- Flankerend beleid heeft in 2017 voor de somatische kosten geresulteerd in een kleine toename van verschuivingen tussen zorgverzekeraars in vergelijking met vorig jaar. Voor de gGGZ en LGGZ-kosten is dit juist afgenomen ten opzichte van 2016. De effecten van flankerend beleid zijn logisch te verklaren op basis van het macroverevenings resultaat voor het betreffende deelbedrag voor 2017 en in vergelijking met die van voorgaande jaren voor dit deelbedrag.

**3. De ex ante modellen (voor somatische kosten, gGGZ-kosten en LGGZ-kosten) zorgen voor een significante reductie van de verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars, gegeven de portefeuillesamenstellingen in 2017, ten opzichte van een situatie zonder risicovereveningssysteem. Dit draagt bij aan een gelijkere uitgangspositie tussen zorgverzekeraars op basis van de portefeuillesamenstellingen. Voor de gGGZ-kosten en LGGZ-kosten is de reductie in het gemiddelde vereveningsresultaat aanzienlijk lager dan in 2016. Dit komt voor een groot deel door wijzigingen in de portefeuillesamenstellingen van de zorgverzekeraars in 2017 ten opzichte van 2016.**

**Bevindingen**

- Voor de somatische kosten geldt dat het risicovereveningssysteem zorgt voor een reductie van 76% voor de reikwijdte (2016: 77%) ten opzichte van een situatie zonder risicoverevening. Voor de spreiding is de reductie 84% (2016: 81%). De spreiding in de vereveningsresultaten tussen zorgverzekeraars is daarmee iets meer gereduceerd ten opzichte van vorig jaar. De resultaten kunnen verklaard worden door wijzigingen in de kostendefinities, wijzigingen in het risicovereveningssysteem en wijzigingen in portefeuillesamenstellingen.
- Voor de gGGZ-kosten is er een reductie van 13 % voor de reikwijdte (2016: 75 %) en 59 % voor de spreiding (2016: 78 %) van het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars, ten opzichte van een situatie zonder risicoverevening. Dit kan enerzijds verklaard worden doordat het grootst negatieve vereveningsresultaat behaald door de zorgverzekeraars in 2017 flink lager is ten opzichte van vorig jaar. Dit resulteert in een afname in reikwijdte van de portefeuilles en daarmee ook in een kleinere invloed van het ex ante model. Anderzijds wordt dit verklaard door wijzigingen in kostendefinities, wijzigingen in het risicovereveningssysteem en wijzigingen in portefeuillesamenstellingen.
- Voor de LGGZ-kosten is er een reductie van 46% voor de reikwijdte (2016: 41 %) en 61% (2016: 75 %) voor de spreiding van het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars. De reductie in reikwijdte is hoger uitgevallen en de reductie in spreiding lager ten opzichte van vorig jaar. Dit wordt deels verklaard door wijzigingen in de portefeuillesamenstellingen.

4. **Voor een aantal onderzochte subgroepen zijn de onder- en overcompensaties afgenomen als gevolg van de doorgevoerde modelwijzigingen. Echter, de ex ante modellen geven nog steeds substantiële onder- en overcompensaties voor een aantal onderzochte subgroepen. Ondercompensaties gelden voor de hoogste-kosten subgroepen (gebaseerd op de somatische kosten en de gGGZ-kosten van vorig jaar) en overcompensaties gelden voor de laagste-kosten subgroepen (gebaseerd op de somatische kosten en de gGGZ-kosten van vorig jaar). In voorgaande jaren zijn deze onder- en overcompensaties over het algemeen voor dezelfde subgroepen geconstateerd.**

**Bevindingen**

- Onder het somatische model in 2017 zijn er gemiddelde onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen (na correctie macroverevening sresultaat en toepassing flankerend beleid). Over het algemeen geldt: een gemiddelde ondercompensatie voor subgroepen met hoge kosten in het vorige jaar – top 1 %, 3 %, 5 % en 15 % – en een gemiddelde overcompensatie voor subgroepen met geen tot relatief weinig kosten in het vorige jaar. De modelverbeteringen hebben geleid tot verbeterde vereveningsresultaten voor verzekerden met hoge kosten en verzekerden met (chronische) aandoeningen. Echter, worden verzekerden met somatische en psychische aandoeningen ondergecompenseerd. Het ex ante somatische model is daarom voor bepaalde subgroepen niet in staat in voldoende mate de multi-morbiditeit en/ of ernstige gezondheidsproblematiek mee te nemen in de bepaling van de bijdrage.
- Onder het gGGZ-model 2017 zijn er gemiddelde onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen (na correctie macroverevening sresultaat en toepassing flankerend beleid). Verzekerden met weinig kosten (de laagste 25%) worden gemiddeld overgecompenseerd. Verzekerden met (zeer) hoge kosten (de hoogste 1%, 3% en 5%) worden gemiddeld zwaar ondergecompenseerd. Door de modelverbeteringen is deze ondercompensatie licht gedaald ten opzichte van voorgaande jaren. Desondanks is het ex ante gGGZ-model onvoldoende in staat de kosten voor de verzekerden met ernstige psychische problematiek adequaat te compenseren.

## Onderbouwing conclusies: Representativiteit van de beslisinformatie

5. **Bij de somatische kosten sluiten de gemiddelde kosten per enkelvoudige risicoklasse bij de OT in het algemeen beter aan op gerealiseerde cijfers dan bij de ex ante vaststelling. Bij de gGGZ-kosten sluiten juist de gemiddelde kosten bij de ex ante vaststelling beter aan op de gerealiseerde cijfers dan bij de OT. Dit is ook vorig jaar geconstateerd. De resultaten kunnen worden verklaard door zorginkoop-effecten of andere beheersingsmaatregelen waardoor de gerealiseerde kosten lager uitkomen dan verwacht en/of de wijze waarop de kosten bij de OT en ex ante vaststelling representatief worden gemaakt. Achteraf gezien, is dit mogelijk niet volledig passend. Daarbij valt op dat er met name verschuivingen optreden bij nieuwe vereveningskenmerken of risicoklassen, waarbij er mogelijk meer onzekerheid is bij de raming.**

**Bevindingen**

- Verschillen tussen de geraamde cijfers bij de OT, ex ante vaststelling en de gerealiseerde cijfers zijn onontkoombaar. Dit komt door effecten van onvoorziene (markt- en populatie-) ontwikkelingen en het beleid van zorgverzekeraars.
- Bij het somatische model wijken de gemiddelde kosten bij de OT over het algemeen minder af van de gerealiseerde kosten dan bij de ex ante vaststelling. Dit is te verklaren door de effecten bij DKG, FKG, GSM, MHK en HKG. De totale kosten bij de OT wijken met gemiddeld € 47 per verzekerde en bij de ex ante vaststelling met gemiddeld € 64 per verzekerde af van de gerealiseerde kosten. Mogelijk komt dit door de doorgevoerde modelwijzigingen, waarbij er onzekerheden zijn bij de bepaling van de normbedragen (in de kosten en in de prevalenties).
- Bij het GGZ-model wijken de gemiddelde kosten bij de ex ante vaststelling over het algemeen minder af van de gerealiseerde kosten dan bij de OT (conform verwachting). De grootste effecten treden op bij AVI, MHK-GGZ en ZVZ. AVI wordt (sterk) beïnvloed door de economische conjunctuur, waardoor het lastig is om de cijfers goed in te schatten. Voor MHK-GGZ en ZVZ zijn modelwijzingen

doorgevoerd. De totale kosten wijken bij de OT gemiddeld € 12 per verzekerde af en bij de ex ante vaststelling gemiddeld € 11 per verzekerde. Vorig jaar waren de verschuivingen vergelijkbaar.

**6. De verschuivingen in de prevalenties van enkelvoudige risicoklassen zijn relatief fors bij de somatische zorg, met name bij de GSM, DKG en AVI bij de ex ante vaststelling. Bij gGGZ zijn met name verschuivingen bij MHK-GGZ en AVI bij de ex ante vaststelling. De prevalenties bij de ex ante vaststelling sluiten gemiddeld genomen beter aan op de gerealiseerde prevalenties dan bij de OT (bij een aantal individuele vereveningskenmerken is dit niet het geval), door toepassing van de verzekerdenraming. Dit geldt zowel voor het somatische model als het gGGZ-model. De totale verschuiving in prevalenties is toegenomen ten opzichte van vorig jaar, zowel voor het somatische model als het GGZ-model. Dit komt mogelijk door de doorgevoerde modelwijzigingen, waardoor er meer onzekerheid was bij de raming en de berekening van de normbedragen.**

**Bevindingen**

- Voor het somatische model is bij de OT er in totaal een prevalentieverschil van gemiddeld 1,64 % en bij de ex ante 1,18 %. De effecten bij GSM, DKG en AVI vallen bij de ex ante vaststelling op. Voor AVI en GSM kan dit te maken hebben met de afwijkende prevalenties bij 65- en 65+ vanwege de babyboom generatie die deze leeftijdsgrens overgaat (WOR 812). Daarbij zijn er afwijkende prevalenties voor verzekerden die in de afslagklassen van morbiditeitskenmerken vallen en daarmee de grens gezond/ongezond bepalen. Dit kan mogelijk ook gerelateerd zijn aan de doorgevoerde modelwijzigingen.
- Voor het gGGZ-model is er een prevalentieverschil van gemiddeld 2,29 % bij de OT en 1,23 % bij de ex ante vaststelling ten opzichte van de definitieve vaststelling. De effecten voor AVI en MHK-GGZ vallen hierbij op. Deze vereveningskenmerken vielen ook vorig jaar op.

**7. 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 grote verschuivingen plaats in zowel de kosten als prevalenties. Deze vereveningskenmerken vallen op over meerdere jaren. Mogelijke verklaringen voor de verschuivingen die elk jaar optreden kunnen zijn de effecten van zorginkoop (waardoor de gerealiseerde kosten anders uitkomen dan verwacht) en/ of door effecten waarop de gegevens representatief zijn gemaakt (bij modelwijzigingen zijn er mogelijk meer onzekerheden in de kosten en/of prevalenties en effecten van de wijze waarop de OT en de ex ante vaststelling zijn uitgevoerd). De benodigde informatie ontbreekt om te analyseren waarom deze vereveningskenmerken over meerdere jaren opvallen; dit verdient nader onderzoek (zie Advies). Mogelijk kunnen tariefsaanpassingen van behandelingen tussen het moment van de data van de OT en ex ante vaststelling en het vereveningsjaar van invloed zijn.**

**Bevindingen**

- Bij de genoemde vereveningskenmerken vallen de verschuivingen in kosten en/ of prevalenties relatief op in 2017. Dit is ook in voorgaande jaren geconstateerd, ondanks de modelwijzingen die zijn ingevoerd. 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. Daarbij speelt bij een aantal kenmerken de leeftijdsgrens 65-/65+ of 18-/18+ of de grens gezond/ongezond. In 2017 zijn er over- en onderschattingen geweest. Voor de leeftijdsgrens kan het babyboom-effect van invloed zijn geweest.
- De vereveningskenmerken DKG, FKG, GSM, VGG, MHK, DKG-GGZ en MHK-GGZ verdienen aandacht, aangezien zij in voorgaande jaren ook relatief gezien opvielen. Mogelijk worden de verschuivingen niet alleen door jaar-specifieke elementen verklaard. Dit verdient nader onderzoek. Hiervoor is additionele data nodig om de representativiteit van de beslisinformatie nader te onderzoeken( zie Advies 3).

## 8. 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 zowel voor de somatische kosten als voor de gGGZ-kosten.

**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. Hierbij wijkt het vereveningsresultaat op momenten voor specifieke subgroepen af van hetgeen bij de definitieve vaststelling voorkomt. Uitzondering hierbij zijn de verzekerden van 65 jaar en ouder met een somatische aandoening. Deze verzekerden worden binnen het somatische model ondergecompenseerd bij de OT en ex ante vaststelling. Echter resulteert het bij de definitieve vaststelling in een overcompensatie. Daarnaast is de overcompensatie bij het GGZ-model bij de definitieve vaststelling hoger dan bij de OT en ex ante vaststelling was verwacht voor verzekerden met een psychische aandoening. Dit is niet in voorgaande jaren geconstateerd. Dit is zeer waarschijnlijk het gevolg van de doorgevoerde modelwijzigingen per 2017.
- De subgroep verzekerden 18- met een somatische aandoening komt op elk van de drie momenten voor het somatische model naar voren als de subgroep met de grootste ondercompensatie. Verzekerden van 65 jaar en ouder met een somatische aandoening en zonder een psychische aandoening worden bij de definitieve vaststelling overgecompenseerd, zowel vanuit het somatische model als het GGZ-model. Dit is in voorgaande jaren nog niet in deze orde geconstateerd. Dit is zeer waarschijnlijk ook het gevolg van de doorgevoerde modelwijzigingen.

## 9. 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 € 23,6 en bij de ex ante vaststelling € 25,6 (of € 23,8 met criteriumneutraliteit voor DKG en FKG).
- Voor het gGGZ model is de gemiddelde absolute afwijking in de normbedragen bij de OT € 7,5 en bij de ex ante vaststelling € 7,8 (of € 7,2 met criteriumneutraliteit voor ZVZ).
- De verschillen in verklaringskracht van de ex ante modellen op de verschillende momenten hangen samen met de verschillen in de onderliggende data.

# Advies

**1. Onderzoek de verevenende werking van de huidige ex ante modellen (dit is het model voor 2023) voor specifieke patiëntgroepen en identificeer de kenmerken van deze patiëntgroepen. *Voer gericht onderzoek uit naar de onderliggende chronische patiëntgroepen en op welke wijze de ex ante modellen voor deze groepen kunnen worden verbeterd, dan wel of er alternatieve maatregelen nodig zijn.***

Over de afgelopen vijf jaar (Monitor edities 2012 t/m 2017) is geconstateerd dat de ex ante modellen nog niet in staat zijn om multi-morbiditeit en ernstige gezondheidsproblematiek adequaat te compenseren. Zo zijn er jaarlijks substantiële ondercompensaties voor de volgende groepen:

- Verzekerden met (zeer) hoge kosten in voorgaande jaren, zowel somatische kosten (inclusief V&V) als de gGGZ kosten;
- Verzekerden onder de 18 jaar met een (chronische) somatische aandoening, met name met meerdere aandoeningen;
- Verzekerden met (zeer) hoge gGGZ-kosten in voorgaande jaren, dan wel met zeer ernstige psychische gezondheidsproblematiek.

Wij adviseren om de verevenende werking van de huidige ex ante modellen, dit is het ex ante model voor 2023, nader te onderzoeken als onderdeel van het lopende restrisico onderzoeksprogramma. Wij verwachten dat ondanks de modelverbeteringen sinds 2017, waarvan een aantal vereveningskenmerken specifiek gericht zijn op verzekerden met chronische aandoeningen, verzekerden met multi-morbiditeit en ernstige gezondheidsproblematiek nog steeds niet adequaat worden gecompenseerd.

Voor dit nadere onderzoek adviseren wij de volgende punten mee te nemen:

1. Analyseer patronen in de kosten en de vereveningsresultaten van patiëntgroepen over de jaren, in specifiek het structurele karakter van de zorgkosten (waarbij de zorgkosten ook worden uitgesplitst naar onderliggende zorgvormen) en de vereveningsresultaten.
2. Voer empirisch onderzoek uit naar de kenmerken van de geïdentificeerde patiëntgroepen, met specifieke aandacht voor multi-morbiditeit. Dit kan door te analyseren welke combinaties van onderliggende risicofactoren/ patiëntkenmerken/ declaraties de patiëntgroepen definiëren die worden ondergecompenseerd. Er zijn verscheidende geavanceerde data-analyse technieken beschikbaar die ingezet kunnen worden om hier meer inzicht in te krijgen.
3. Op basis van het empirisch onderzoek kan worden afgeleid op welke wijze de ex ante modellen kunnen worden verbeterd. Dit kan zijn het toevoegen nieuwe vereveningskenmerken, het verfijnen van bestaande vereveningskenmerken of het vervangen van bestaande vereveningskenmerken door één of meerdere nieuwe vereveningskenmerken. Bij dit laatste kan gedacht worden aan het ontwikkelen van een ex ante model met aandoening-specifieke vereveningskenmerken.
4. Daarnaast adviseren wij om te onderzoeken of voor een kleine groep verzekerden met een ernstige gezondheidsproblematiek, waaronder ernstige psychische patiënten en verzekerden met zeldzame aandoeningen (met daarbij extreem dure medicatie of dure behandelingen), een adequate ex ante oplossing voorhanden is of dat een alternatieve oplossing passender is (bijvoorbeeld een vorm van een ex post maatregel). Mogelijk verbetert de verevenende werking van het ex ante model voor de resterende verzekerdenpopulatie/ groepen verzekerden als een klein groep verzekerden met zeer hoge voorspelbare zorgkosten apart worden gecompenseerd. Daarbij dient ook aandacht te zijn voor de afweging tussen de financiële prikkels tot risicoselectie/ gelijk speelveld (op basis van de verevenende werking van het ex ante model) en de prikkels tot doelmatigheid.

**2. Nader onderzoek naar de stappen van het representatief maken van de beslisinformatie bij de Overall Toets en de ex ante vaststelling (berekening van de normbedragen).**
***Onderzoek daarbij of de methode voor het representatief maken van de kosten verfijnd kan worden en daardoor onderzoeken of dit leidt tot een betere inschatting van de kosten.***
***Onderzoek daarbij of de methode voor het representatief maken van de prevalenties – de verzekerdenraming – uitgebreid kan worden door meer inzicht te krijgen in de impact van bepaalde keuzes op de normbedragen en of dit leidt tot een betere inschatting van de prevalenties en daaropvolgend de ex ante bijdrage aan zorgverzekeraars.***
***Voer onderzoek uit om bij nieuwe vereveningskenmerken en bij overheveling van kosten meer inzicht te krijgen over de verwachte effecten van dit kenmerk en de onzekerheid over de kosten en prevalenties, omdat bij nieuwe vereveningskenmerken en bij overhevelingen er over het algemeen grotere afwijkingen zichtbaar zijn.***

Op basis van de analyses vallen de verschuivingen bij een aantal vereveningskenmerken, waaronder DKG's en FKG's, op over meerdere jaren (edities Monitor 2012 t/m 2017). Op dit moment kan niet goed worden vastgesteld welke 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 volgende stappen:

1) Het representatief maken van de gegevens voor pakketmaatregelen en conversies;

2) De verzekerdenraming; en

3) Het MPB en de schaling naar het MPB.

De beschikbare informatie voor deze Monitor is te beperkt om onderliggende kostenpatronen en prevalenties te analyseren. Daarbij is deze Monitor gericht op het analyseren van een bepaald vereveningsjaar.

Wij adviseren om nader onderzoek uit te voeren naar de representativiteit van de beslisinformatie, waarbij meerdere jaren tegelijk worden geanalyseerd. Dit biedt de mogelijkheid om goed onderscheid te maken tussen jaar-specifieke effecten en structurele effecten.

In aanvulling hierop adviseren wij om te onderzoeken of het representatief maken van de kosten en van de prevalenties mogelijk kan worden verbeterd:

*1. Onderzoek naar mogelijke verbetering van het representatief maken van de kosten*

Over afgelopen jaren zijn de positieve macrovereveningsresultaten afgenomen (met uitzondering van het effect van de DKG's in 2016). Dit is mogelijk het gevolg van een vertraagd effect van verbeteringen van de raming van het MPB. Het is wenselijk om te analyseren op het niveau van zorgprestaties hoe het MPB is opgebouwd en hoe dit uiteindelijk in realisatie heeft uitgepakt. Dit kan aanleiding geven om de wijze van representatief maken van de OT-data voor de berekening van de normbedragen – dit is de schaling van de OT-kosten naar het MPB – verfijnder uit te voeren, waardoor de geraamde zorgkosten voor berekening van de normbedragen mogelijk achteraf beter aansluiten op de gerealiseerde zorgkosten op het niveau van zorgprestaties. In de analyses zijn er namelijk bij sommige vereveningskenmerken relatief grote verschuivingen in de kosten tussen de OT en de realisatie en tussen de ex ante vaststelling en de realisatie. Mogelijk is de schaling naar het MPB te grof om de kosten voor de berekening van de normbedragen adequaat in te schatten. De normbedragen staan vervolgens vast, afgezien van de vereveningskenmerken waarop criteriumneutraliteit of een andere vorm van toepassing is. Wij adviseren om nader te onderzoeken of en in welke mate de normbedragen passender zijn indien de ophoging naar het MPB verfijnder wordt uitgevoerd. Daarbij geldt dat er verschillen blijven zijn tussen de OT en realisatie en tussen de ex ante vaststelling en realisatie, vanwege zorginkoop-effecten en onvoorziene ontwikkelingen.

*2. Onderzoek of het representatief maken van de prevalenties kan worden uitgebreid*

De verzekerdenraming is een belangrijke input voor de berekening van de normbedragen en daaropvolgend voor de vaststelling van de ex ante vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars. Het is wenselijk dat deze ex

ante vereveningsbijdrage een goede verwachting geeft van de uiteindelijke definitieve vereveningsbijdrage. De verzekerdenraming wordt door ZIN vastgesteld. De normbedragen worden berekend door ESHPM. Vervolgens wordt de ex ante bijdrage weer door ZIN vastgesteld op basis van de normbedragen. Bij de verzekerdenraming dienen bepaalde keuzes te worden gemaakt, bijvoorbeeld over het toepassen van trendfactoren of de inzet van een vorm van criteriumneutraliteit bij vereveningskenmerken waarbij veel onzekerheid is. Om bepaalde keuzes bij de verzekerdenraming beter te onderbouwen, met name de impact op de normbedragen en de ex ante bijdrage voor zorgverzekeraars, adviseren wij om te verkennen of het mogelijk is om bij de verzekerdenraming een doorrekening uit te voeren van de impact op de normbedragen. Deze aanvullende analyse-stap biedt meer inzicht in en onderbouwing over de financiële impact in normbedragen en daarmee de ex ante bijdrage van een bepaalde keuze in de verzekerdenraming of de inzet van (een vorm van) criteriumneutraliteit. Zo wordt inzicht verkregen welke impact de onzekerheid over de prevalenties bij een bepaald vereveningskenmerk heeft op zowel de normbedragen van het vereveningskenmerk zelf als op de normbedragen van andere vereveningskenmerken. Dit geeft meer inzicht in de inzet van een vorm van criteriumneutraliteit en geeft meer onderbouwing voor de verzekerdenraming. Deze doorrekening is momenteel geen onderdeel van het reguliere proces. Dit vergt extra werkzaamheden door ZIN. Dit vraagt daarom om afstemming met ZIN, ook in relatie tot hun reguliere werkzaamheden en lopende onderzoeken naar verbetering van de uitvoering van de risicoverevening. Afhankelijk van de beschikbaarheid van het MPB, kan de doorrekening door ZIN worden uitgevoerd zoals ESHPM doet bij de berekening van de normbedragen of kan de doorrekening worden uitgevoerd als een “tussenvorm” waarbij de kosten in het OT-bestand nog niet zijn geschaald naar het MPB. Wij verwachten dat extra inzicht in de impact van de verzekerdenraming voor de berekening van de normbedragen en het vaststellen van de ex ante vereveningsbijdrage bijdraagt aan een zo goed mogelijke raming voor de uiteindelijke realisatie.

Daarbij geldt dat er altijd onvoorziene ontwikkelingen en verschuivingen zijn die niet vooraf zijn in te schatten of konden worden verwacht. Het streven is om vooraf een zo goed mogelijke verzekerdenraming op te stellen, zodat de prevalenties zo goed mogelijk aansluiten op de gerealiseerde prevalenties en dat de normbedragen die resulteren (en daarmee de ex ante vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars) achteraf gezien zo passend mogelijk zijn.

Bij nieuwe vereveningskenmerken zijn er achteraf relatief grotere afwijkingen zichtbaar in de kosten en de prevalenties dan bij andere vereveningskenmerken. Bij nieuwe vereveningskenmerken of risicoklassen kan er meer onzekerheid zijn, waardoor er mogelijk achteraf grote(re) verschuivingen verwacht mogen worden. Een vorm van criteriumneutraliteit kan een positief effect hebben om dit deels te ondervangen, echter uit deze Monitor volgt dat dit achteraf niet overal leidt tot een betere aansluiting op de gerealiseerde cijfers. Ook bij overhevelingen van deelprestaties zijn relatief grotere afwijkingen zichtbaar in de kosten dan bij andere deelprestaties (bij V&V en LGGZ). Wij adviseren om bij nieuwe vereveningskenmerken en overhevelingen gedegen onderzoek te doen naar de verwachte effecten in de verevenende werking en de verwachte effecten op de kosten en prevalenties om de beslisinformatie zo representatief mogelijk te maken (bijvoorbeeld zijn er verwachte beleidswijzigingen in de tarieven? Of verwachte wijzigingen in om welke patiëntgroepen het gaat?). Mogelijk kan bovenstaand advies ook meer inzicht geven in deze effecten en daardoor meer onderbouwing geven bij het representatief maken van de beslisinformatie en mogelijk de inzet van (een vorm van) criteriumneutraliteit.

# Inhoudsopgave

**Deel 0 – Inleiding en beschrijving risicovereveningssysteem ..... 17**
*1 Inleiding ..... 18*
*2 Risicovereveningssysteem 2017 ..... 21*

**Deel 1 – Toetsing werking risicovereveningssysteem ..... 26**
*3 Macroniveau ..... 27*
Bevindingen ..... 27
3.1 Macrobijdrage, -kosten en -vereveningsresultaat ..... 27
3.2 Somatische kosten ..... 29
3.3 gGGZ-kosten ..... 30
3.4 LGGZ-kosten ..... 32
3.5 Opbrengsten verplicht eigen risico ..... 32
*4 Zorgverzekeraarsniveau ..... 34*
Bevindingen ..... 34
4.1 Somatische kosten ..... 36
4.2 gGGZ-kosten ..... 40
4.3 LGGZ-kosten ..... 44
4.4 Opbrengsten verplicht eigen risico ..... 46
*5 Subgroepniveau ..... 49*
Bevindingen ..... 49
5.1 Somatische kosten ..... 51
5.2 gGGZ-kosten ..... 55
***Deel 2 – Representativiteit van beslisinformatie ..... 60***
*6. Representativiteit op enkelvoudige risicoklassen en subgroepen ..... 61*
6.1 Somatische kosten ..... 63
6.2 gGGZ-kosten ..... 71
*7 Representativiteit op individuniveau: herschatting ex ante modellen op gerealiseerde cijfers ..... 76*
7.1 Somatische kosten ..... 77
7.2 gGGZ-kosten ..... 79
*A. Uitvoering risicovereveningssysteem ..... 82*
A.1. Uitvoering risicovereveningssysteem ..... 82
A.2. Vaste kosten: onderliggende zorgtypen en bedragen ..... 82
A.3. Wijzigingen risicovereveningssysteem 2012 – 2017 ..... 83
*B. Methode en verantwoording ..... 86*
B.1. Bronbestanden ..... 86
B.2. Deel I: Uitgangspunten en bewerkingen ..... 89
B.3. Deel II: Beschrijving uitgangspunten en bewerkingen ..... 91
*C. Drempelbedragen voor subgroepenanalyse ..... 93*
*D. Gemiddelde vereveningsresultaat per risicoklasse bij de definitieve vaststelling ..... 94*
*E. Extra analyse naar subgroepen voor de somatische kosten inclusief V&V-kosten van 2016 ..... 104*
*F. Extra analyse nadere onderbouwing subgroepen ..... 105*

*G. Extra subgroepanalyse met morbiditeit inclusief FDG ..... 108*
*H. Reproductie ex ante vaststelling: herweging verzekerdenraming en schaling MPB ..... 110*
*I. Afkortingenlijst ..... 111*
*J. Begrippenlijst ..... 112*
*K. Referenties ..... 116*

# **Deel 0 –** Inleiding en beschrijving risicovereveningssysteem

# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

### 1.1.1 Belang van het risicovereveningssysteem

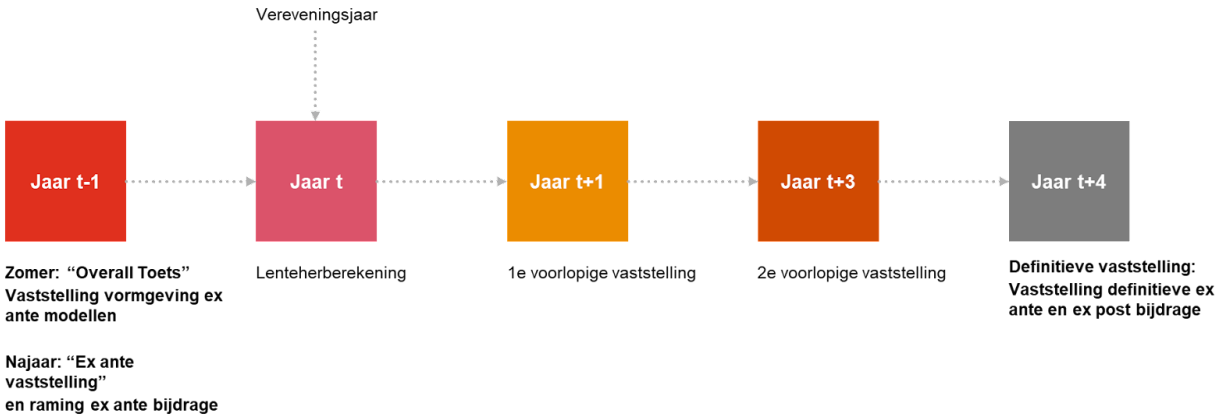
De Zorgverzekeringswet (Zvw) – met daarin de acceptatieplicht*[2] en het verbod op premiedifferentiatie* – borgt dat iedere burger in Nederland, ongeacht leeftijd, geslacht en gezondheid(risico), toegang heeft tot medisch noodzakelijke zorg vanuit de basisverzekering. Verschillen in de verwachte zorgkosten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

Het risicovereveningssysteem[3] 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[4] voor zorgverzekeraars te creëren en financiële prikkels tot risicoselectie weg te nemen.

### 1.1.2 Uitvoering van het risicovereveningssysteem

Zorgverzekeraars ontvangen voor elk vereveningsjaar[5] (dit is gelijk aan een kalenderjaar) een ex ante bijdrage* en een ex post bijdrage. De uitvoering van de risicoverevening bestaat uit op hoofdlijnen uit een aantal stappen: dit is in Figuur 1-1 weergegeven. 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*. Na de ex ante vaststelling volgen in de aankomende vier jaar tussentijdse berekeningen en voorlopige vaststellingen. Vier jaar na het vereveningsjaar wordt de vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars definitief vastgesteld op basis van de gerealiseerde verzekerdenaantallen en zorggebruik/ -kosten: de definitieve vaststelling*. Ex post maatregelen* die voor het vereveningsjaar gelden, worden bij de definitieve vaststelling uitgevoerd.

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




[2] Voor begrippen met een * is een uitleg in de begrippenlijst opgenomen.
[3] Met het risicoverevenings*systeem* wordt bedoeld de ex ante risicovereveningsmodellen, flankerend beleid en eventuele ex post maatregelen.
[4] In 2021 is onderzoek uitgevoerd naar de doelen en uitgangspunten van de risicoverevening (WOR 1019). Hierin is gesteld: het doel van de risicoverevening is het bewerkstelligen dat iedere verzekerde een gelijk verzekeringsrisico voor de zorgverzekeraar vormt. Deze concretisering van het doel van de risicoverevening kan worden gegeven aan het "gelijk speelveld", zoals gebruikt in deze Monitor.
[5] 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 2017

Een goede verevenende 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 2017 uit. Onderhavig rapport beschrijft de resultaten en verantwoording 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.

### 1.1.3 Doel

Het doel van deze Monitor is:

- *Evalueren van de werking van het risicovereveningssysteem*

  Deze Monitor toetst in welke mate het risicovereveningssysteem 2017 zorgverzekeraars compenseert voor de (verwachte) verschillen in de zorgkosten tussen verzekerden. Hiertoe is het vereveningsresultaat*, dit is het verschil tussen de bijdrage en de kosten, geanalyseerd op macroniveau, op het niveau van zorgverzekeraars en op het niveau van 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. Op basis daarvan worden conclusies getrokken over de verevenende werking van het risicovereveningssysteem van 2017 en of/ in welke mate de verevenende werking is verbeterd ten opzichte van voorgaande jaren.

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

  Deze Monitor evalueert in welke mate de informatie die gebruikt is bij de OT (zomer in 2016) en bij de ex ante vaststelling (najaar 2016) achteraf gezien representatief was voor de gerealiseerde cijfers (definitieve vaststelling 2021). Tijdens de OT en de ex ante vaststelling wordt informatie van drie of meer voorgaande jaren gebruikt, die representatief is gemaakt voor het vereveningsjaar. Hiertoe zijn verschuivingen in de kosten en/of verzekerdenaantallen op verschillende niveaus geanalyseerd: risicoklassen*, subgroepen en verzekerden. Op basis hiervan worden conclusies getrokken over de representativiteit van deze informatie, waaronder of/ in welke mate de verschuivingen zijn afgenomen ten opzichte van voorgaande jaren en in welke mate dezelfde vereveningskenmerken* en risicoklassen opvallen over meerdere jaren (op basis van vergelijking met de resultaten van voorgaande Monitoren).

### 1.1.4 Reikwijdte

Bij de toetsing van de verevenende werking van het risicovereveningsysteem wordt uitgegaan van de situatie bij de definitieve vaststelling. Bij de analyse naar de representativiteit van de beslisinformatie wordt de OT, de ex ante vaststelling en definitieve vaststelling met elkaar vergeleken. 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.

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

Deze Monitor gaat over het vereveningsjaar 2017. Cijfers van 2012 tot en met 2016 zijn overgenomen uit voorgaande edities van de Monitor.

Onderhavige Monitor trekt conclusies over de werking van het risicovereveningssysteem 2017 op verschillende analyseniveaus en over 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 deze Monitor. Indien opvallende resultaten worden geconstateerd, leidt dit tot een advies om de werking van het risicovereveningssysteem of het representatief maken van de beslisinformatie voor het meest recente vereveningsjaar nader te onderzoeken (ten tijde van deze Monitor is dit vereveningsjaar 2022).

### 1.1.5 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de situatie van het risicovereveningssysteem in 2017: de kostendefinities en de vormgeving van de ex ante modellen.

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 2017, 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 en de ex ante vaststelling (in 2016) voor de uiteindelijke situatie van 2017 (zoals vastgesteld in 2017). Achtereenvolgens wordt ingegaan op de representativiteit van de beslisinformatie voor het ex ante model voor de somatische kosten en voor de gGGZ-kosten.

# 2 Risicovereveningssysteem 2017

**Samenvatting: de belangrijkste wijzigingen in de vormgeving van het risicovereveningssysteem 2017**

In 2017 is het beleid verder ingezet op het vergroten van de risicodragendheid van de Zvw-kosten onder zorgverzekeraars en het verbeteren van de ex ante risicoverevening. Het risicovereveningsysteem 2017 bestaat uit vier ex ante risicovereveningsmodellen en flankerend beleid.

- Per 2017 zijn alle kosten onder de Zvw volledig risicodragend voor zorgverzekeraars, met uitzondering van de vaste kosten (< 1 % van de totale Zvw-kosten). De bandbreedteregelingen* als ex post maatregel die er in 2016 waren, zijn afgeschaft.
- Er is één risicovereveningsmodel voor de somatische kosten inclusief de Verpleging & Verzorging (V&V)-kosten. Dit ex ante model is uitgebreid met een nieuw vereveningskenmerk (PPA) en bestaande vereveningskenmerken zijn uitgebreid (HKG, FKG, MHK, SES, VGG) of vervangen door een nieuw vereveningskenmerk (FDG).
- Het ex ante model voor de gGGZ-kosten en het ex ante model voor de LGGZ-kosten zijn uitgebreid door nieuwe vereveningskenmerken (ZVZ en voor het LGGZ-model ook IGG) en bestaande vereveningskenmerken zijn uitgebreid (SES, PPA, MHK-GGZ).
- Voor het ex ante model voor het verplichte eigen risico is de definitie van de forfaitaire groep uitgebreid met FDG.

Om de resultaten en conclusies over de werking van het risicovereveningssysteem en de representativiteit van de beslisinformatie in de goede context te plaatsen, is inzicht nodig in hoe het risicovereveningssysteem in 2017 is vormgegeven en welke wijzigingen zijn doorgevoerd ten opzichte van voorgaande jaren.

## 2.1 Deelbedragen

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. In 2017 worden *vier deelbedragen* gehanteerd: de variabele zorgkosten* inclusief de verpleging en verzorging* (V&V) kosten, de kosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (gGGZ) voor verzekerden van 18+, de kosten van langdurige GGZ (LGGZ) voor verzekerden van 18+ en de vaste zorgkosten.

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

**Variabele zorgkosten inclusief de V&V-kosten ('somatische kosten') – in totaal € 39.851,4 miljoen**

Per 2017 is het deelbedrag 'variabele zorgkosten' samengevoegd met het deelbedrag 'Verpleging en Verzorging' (V&V): dit zijn de '*somatische kosten**'. Hieronder vallen de medisch-specialistische zorg* (MSZ), V&V, ziekenvervoer, huisartsenzorg, paramedische zorg, farmaceutische zorg, verloskundezorg, kraamzorg, hulpmiddelen, tandheelkundige zorg, eerstelijnsdiagnostiek, geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten (ZG).

Per 2017 zijn de V&V-kosten volledig risicodragend geworden. In 2016 waren deze kosten deels risicodragend en gold een bandbreedteregeling (Monitor 2016). Ook is per 2017 de definitie van de V&V-kosten gewijzigd ten opzichte van 2016 (WOR 814). Door veranderde inzichten in welke kosten onder dit deelbedrag vallen en de toename van extramurale zorg zijn er verschillen tussen 2016 en 2017 (WOR 814). Per saldo leidt deze wijziging tot een stijging van de kosten van € 127 miljoen op basis van WOR 814. Op basis van de gerealiseerde cijfers is dit niet te achterhalen, omdat in de aangeleverde bestanden van 2017 de V&V-kosten niet uitgesplitst zijn.

Per 2017 is eerstelijnsverblijf (ELV) overgeheveld naar de Zvw. De kosten vallen onder de somatische zorgkosten (dit is € 234 miljoen op basis van WOR 814; op basis van de gerealiseerde cijfers is dit niet te achterhalen, omdat in de aangeleverde bestanden van 2017 de ELV-kosten niet uitgesplitst zijn).

Met betrekking tot de add-ons* voor oncolytica en TNF-alfaremmers, weesgeneesmiddelen en overige dure geneesmiddelen is geen wijziging geweest ten opzichte van 2016, met uitzondering van de prijsarrangementen voor dure geneesmiddelen. Deze prijsarrangementen hebben geleid tot kortingen van in totaal € 13,9 miljoen op de kosten van de extramuraal en intramuraal verstrekte geneesmiddelen op basis van WOR 814. In de aangeleverde bestanden met gerealiseerde cijfers zijn de effecten van prijsonderhandelingen verwerkt in de aangeleverde cijfers als onderdeel van de uitvoering van de risicoverevening; deze informatie is niet apart te onderscheiden.

### gGGZ-kosten verzekerden 18+ – in totaal € 3.662,8 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 € 209,1 miljoen

Dit zijn de kosten voor het tweede en derde jaar verblijf in een GGZ-instelling. De kosten na het derde jaar verblijf in een GGZ-instelling vallen onder de Wet Langdurige Zorg (Wlz). Per 2017 zijn de LGGZ-kosten* volledig risicodragend geworden.

### Vaste kosten – in totaal € 229,6 miljoen

Net zoals in voorgaande jaren geldt voor de vaste kosten* volledige nacalculatie*. Om deze reden wordt dit deelbedrag niet diepgaand geanalyseerd in deze Monitor. Onder de vaste kosten vallen de geneesmiddelen die via de zogenaamde 'Sluis' in het basispakket stromen en enkele kleinere kostenposten, zoals 25 % van de kosten van SKION, de Nederlandse transplantatiestichting en de kosten kwaliteitsgelden (MSZ, NPCF, GGZ en eerstelijnszorg).

### Opbrengsten verplicht eigen risico – in totaal € 3.187,1 miljoen

Het verplicht eigen risico* in 2017 blijft, ondanks de uitbreiding van het basispakket, gelijk aan dat van 2016: € 385 voor verzekerden van 18+. Zorgverzekeraars innen de bedragen voor het verplicht eigen risico direct van hun verzekerden. De verwachte opbrengsten van het verplichte eigen risico worden berekend aan de hand van een ex ante model. Deze verwachte opbrengsten worden ingehouden op de bijdrage aan zorgverzekeraars.

## 2.2 Ex ante risicovereveningsmodellen

Het risicovereveningssysteem in 2017 bestaat uit vier ex ante risicovereveningsmodellen (Tabel 2-1) en het flankerend beleid* (paragraaf 2.3). In 2017 zijn meerdere wijzigingen doorgevoerd in de vormgeving van de ex ante modellen. Deze belangrijkste modelwijzigingen zijn hieronder toegelicht. Bijlage A geeft een overzicht van de modelwijzigingen over de afgelopen jaren.

Tabel 2-1: Ex ante risicovereveningsmodellen in 2017[a]

| **Somatische kosten (Gehele Zvw-bevolking)** | | **gGGZ-kosten (Verzekerden van 18+)** | | **LGGZ-kosten (Verzekerden van 18+)** | | **Opbrengsten verplicht eigen risico (verzekerden van 18+)** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Vereveningskenmerken** | **#** | **Vereveningskenmerken** | **#** | **Vereveningskenmerken** | **#** | | |
| Leeftijd x geslacht | 40 | Leeftijd x geslacht | 30 | Leeftijd x geslacht | 30 | **Forfaitaire groep*** (in te houden bedrag € 349): | |
| AVI x leeftijd[b] | 23 | AVI x leeftijd | 23 | AVI x leeftijd | 23 | | |
| SES x leeftijd | 12 | SES x leeftijd | 8 | SES x leeftijd | 8 | voor verzekerden in FKG>0, DKG>0, HKG>0, MHK>0 of FDG>0. | |
| Regio | 10 | Regio-GGZ | 10 | Regio-GGZ | 10 | | |
| FKG | 34 | FKG- GGZ | 8 | FKG- GGZ | 8 | **Niet-forfaitaire groep*** (in te houden bedrag wordt berekend): | |
| PPA | 13 | PPA | 12 | PPA | 12 | **Vereveningskenmerken[a]:** | # |
| DKG | 16 | DKG-GGZ | 6 | DKG-GGZ | 6 | Leeftijd x geslacht | 30 |
| MHK | 8 | MHK-GGZ | 8 | MHK-GGZ | 8 | AVI x leeftijd | 23 |
| HKG | 11 | ZVZ | 6 | ZVZ | 6 | Regio | 10 |
| GSM | 4 | | | IGGZ | 5 | | |
| FDG | 5 | | | | | | |
| VGG | 7 | | | | | | |
| GGG | 2 | | | | | | |
| **Totaal # risicoklassen:** | **186** | **Totaal # risicoklassen:** | **111** | **Totaal # risicoklassen:** | **116** | **Totaal # risicoklassen:** | **63** |

Voetnoot Tabel 2-1:
a. Een gedetailleerde beschrijving van de vereveningskenmerken is te vinden in WOR 813.
b. De groepen 0-17 en 65 jaar en ouder zijn samengenomen tot één referentiegroep. Dit resulteert in 23 risicoklassen, zoals in WOR 812.

### 2.2.1 Somatische zorgkosten

Het somatische model bestaat uit *dertien vereveningskenmerken* met in totaal 186 risicoklassen (Tabel 2-1). 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 2017 ten opzichte van 2016 zijn:

- De somatische kosten en de V&V-kosten zijn ondergebracht in één ex ante model.
- Het vereveningskenmerk *personen per adres (PPA)* is toegevoegd. Dit vereveningskenmerk deelt de verzekerden in drie risicoklassen: 1) institutionele huishoudens, 2) eenpersoonshuishoudens en 3) overige huishoudens. Binnen de risicoklasse 'institutionele huishoudens' wordt onderscheid gemaakt tussen blijvers en instromers. Daarbij wordt onderscheid gemaakt naar drie leeftijdsgroepen: 18-64, 65-79 en 80+. Er is een aparte risicoklasse voor 0-17-jarigen. Dit zorgt voor een totaal van 13 risicoklassen.
- De fysiotherapiegebruikersgroepen (FGG's) zijn vervangen door de *fysiotherapiediagnosegroepen (FDG)* (WOR 712). Dit vereveningskenmerk onderscheidt vier risicoklassen van diagnosen gebaseerd op de declaraties van fysio- en oefentherapie in het voorgaande jaar.
- De *hulpmiddelenkostengroepen (HKG)* zijn vernieuwd (WOR 776). De risicoklassen zijn uitgebreid van vier naar tien positieve risicoklassen: geen HKG, CPAP-apparatuur, therapeutische elastische kousen, voorzieningen voor stomapatiënten, vernevelaar met toebehoren, middelen voor urine-opvang, injectiespuiten met toebehoren (excl. diabetes), zuurstofapparaten met toebehoren, voedingshulpmiddelen (excl. zuigelingen) en slijmuitzuigapparatuur. Verzekerden die meerdere hulpmiddelen gebruiken die leiden tot indeling in een risicoklasse worden ingedeeld bij de hoogste risicoklasse.
- De *farmaciekostengroepen (FKG)* zijn uitgebreid van 30 FKG's naar 33 FKG's. De volgende risicoklassen zijn toegevoegd: een risicoklasse voor extreem hoge kosten cluster 1, een extreem hoge kosten cluster 2 en een extreem hoge kosten cluster 3.
- Het vereveningskenmerk *meerjarig hoge kosten (MHK)* is uitgebreid met één risicoklassen ten opzichte van 2016, resulterend in acht risicoklassen per 2017. De toegevoegde risicoklasse is voor verzekerden met 3x kosten in de top-0,5% (in jaar t-3, t-2 en t-1). De al bestaande risicoklassen zijn voor verzekerden met 3x kosten in de top-15%, top-10%, top-7%, top-4%, top-1,0% (in jaar t-3, t-2 en t-1) en een risicoklasse voor verzekerden met 2x kosten in de top-10% (in jaar t-2 en t-1). Verzekerden die niet zijn ingedeeld in één van deze zeven risicoklassen komen in een aparte risicoklasse (afslagklasse).
- Het vereveningskenmerk *sociaaleconomische status (SES)* kent in 2017 twaalf risicoklassen. Er zijn twee wijzigingen bij dit vereveningskenmerk per 2017 doorgevoerd. Ten eerste zijn er vijf risicoklassen minder dan in 2016. De verzekerden woonachtig op adressen met meer dan 15 bewoners zijn bij de risicoklassen van 'zeer laag inkomen' ingedeeld in 2017. De indeling van verzekerden gebeurt op basis van het totale adresinkomen (zeer laag, laag, midden en hoog) en de interactie met drie leeftijdsklassen (18-, 18-64 jaar en 65+) is ongewijzigd. Ten tweede zijn per ingang van 2017 de definitieve inkomensgegevens gebaseerd op gegevens van het voorgaande jaar in plaats van het vereveningsjaar.
- Het vereveningskenmerk *verpleging-gebruikersgroepen (VGG)* is uitgebreid met twee risicoklassen, resulterend in zeven risicoklassen. De drempelbedragen voor indeling zijn de top 2,5 %, 2,0 %, 1,5 %, 1,0 %, 0,5 % en 0,25 % van de frequentieverdeling van de V&V-kosten in het voorgaande jaar. De top 2,0 % en top 1,0 % zijn toegevoegd ten opzichte van 2016.

#### Criteriumneutraliteit: FKG en DKG

Criteriumneutraliteit* zorgt ervoor dat de totaal verdeelde vereveningsbijdrage op macroniveau van het betreffende vereveningskenmerk gelijk blijft tussen de ex ante vaststelling en de definitieve vaststelling. Afwijkingen tussen de voorspelde en gerealiseerde verzekerdenaantallen van de risicoklassen binnen het vereveningskenmerk hebben geen effect meer op de totaal verdeelde bijdrage op macroniveau.

In 2017 geldt partiële (klassieke) criteriumneutraliteit voor vijf risicoklassen van FKG: voor FKG Kanker add-on, FKG Auto-immuunziekten add-on en extreem hoge kosten clusters 1, 2 en 3. Deze vorm van criteriumneutraliteit houdt in dat het normbedrag van de afslagklasse zodanig wordt aangepast dat de mutatie tussen ex ante vaststelling en de definitieve vaststelling van de totaal macro verdeelde bijdrage van deze vijf risicoklassen tezamen gelijk is aan de mutatie in de afslagklasse door aanpassing van het normbedrag van de afslagklasse.

Vanwege de gevolgen van de verkorting van de DBC-doorlooptijd* in 2015 is op het vereveningskenmerk DKG een gedetailleerde vorm van neutraliteit gehanteerd, namelijk per risicoklasse (klasseneutraliteit*). Deze vorm van criteriumneutraliteit houdt in dat de totaal macro verdeelde bijdrage per risicoklasse tussen de ex ante vaststelling en

de definitieve vaststelling gelijk blijft. Een verandering in de macro bijdrage door een aanpassing in de voorspelde verzekerdenaantallen per risicoklasse wordt geneutraliseerd door een aanpassing van het normbedrag van de betreffende risicoklasse. Deze vorm van criteriumneutraliteit is ingezet vanwege onzekerheid over de prevalenties* van deze risicoklassen.

In 2016 gold criteriumneutraliteit voor MHK. Dit is per 2017 komen te vervallen.

### 2.2.2 gGGZ-kosten

Het ex ante model voor de gGGZ-kosten heeft *negen vereveningskenmerken*, met in totaal 111 risicoklassen (Tabel 2-1). Het gGGZ-model geldt alleen voor verzekerden van 18+.

#### Modelwijzigingen

Belangrijke wijzigingen in het ex ante model in 2017 ten opzichte van 2016 zijn:

- De *definitie van SES en PPA* zijn aangepast conform de definities van het somatische model. De vereveningskenmerken SES en PPA in het gGGZ-model bevatten alleen de risicoklassen voor verzekerden van 18+.
- Het vereveningskenmerk *MHK-GGZ* is aangepast, resulterend in 8 risicoklassen (WOR 813). De risicoklassen omvatten verzekerden met 1x kosten in de afgelopen drie jaar (jaar t-3, t-2 of t-1), verzekeren in de afgelopen vijf jaar met ten minste twee jaar (voor verzekerden onder de 24 jaar ten minste 1 jaar) in top-1%, top-0,5%, top-0,25%, top-0,1% en verzekerden in de afgelopen vijf jaar elk jaar kosten in de top-0,5% en verzekerden in de afgelopen vijf jaar elk jaar kosten in top-0,25 %. Verzekerden die niet zijn ingedeeld in één van deze zeven risicoklassen komen in een aparte risicoklasse (afslagklasse). In 2016 was MHK-GGZ ingedeeld in drie risicoklassen (1x kosten in drie jaar kosten >0, 3x kosten in de top-1,25 % en 3x kosten in de top-0,5 %) en een afslagklasse.
- Er is een nieuw *vereveningskenmerk zorgvraagzwaarte (ZVZ)* ingevoerd. Verzekerden worden ingedeeld in vijf risicoklassen op basis van de zwaarte van hun zorgvraag in het voorgaande jaar. Dit vereveningskenmerk bestaat uit vijf positieve risicoklassen en een afslagklasse.

#### Criteriumneutraliteit: ZVZ

In het gGGZ-model geldt klassieke criteriumneutraliteit voor ZVZ. Het normbedrag van de afslagklasse wordt achteraf zodanig aangepast dat de totaal verdeelde bijdrage op macroniveau bij de definitieve vaststelling gelijk is aan de totaal verdeelde bijdrage op macroniveau bij de ex ante vaststelling.

In 2016 gold criteriumneutraliteit voor MHK-GGZ. Dit is per 2017 komen te vervallen.

### 2.2.3 LGGZ-kosten

Het ex ante model voor de LGGZ-kosten heeft *tien vereveningskenmerken*, met in totaal 116 risicoklassen (Tabel 2-1). Het LGGZ-model omvat dezelfde negen vereveningskenmerken als het gGGZ-model. Dit is aangevuld met het vereveningskenmerk *intramurale GGZ* (IGG). Dit vereveningskenmerk heeft in totaal vijf risicoklassen: één risicoklasse voor verzekerden die meer dan 252 dagen van het voorafgaande jaar intramurale GGZ-zorg hebben gebruikt, twee risicoklassen met LGGZ-gebruik in 2016 onderscheiden naar verschillende ZZP's, één risicoklasse voor verzekerden die in 2017 uitstromen naar de Wlz en een afslagklasse.

#### Criteriumneutraliteit: ZVZ en IGG

In het LGGZ-model geldt klassieke criteriumneutraliteit voor ZVZ en IGG. Voor IGG was dit in 2016 ook het geval. Voor beide vereveningskenmerken wordt het normbedrag van de afslagklasse achteraf zodanig aangepast dat de totaal verdeelde bijdrage op macroniveau bij de definitieve vaststelling gelijk is aan de totaal verdeelde bijdrage op macroniveau bij de ex ante vaststelling.

In 2016 gold criteriumneutraliteit voor MHK-GGZ. Dit is per 2017 komen te vervallen.

### 2.2.4 Opbrengsten verplicht eigen risico

In 2017 vallen onder het verplicht eigen risico de somatische kosten (inclusief GRZ, ELV en extramurale behandeling van ZG), de gGGZ-kosten en de LGGZ-kosten. Niet alle somatische kosten vallen onder het verplicht eigen risico: voor huisartsenzorg, eerste- en tweedelijnsverloskundige zorg, kraamzorg, ketenzorg en V&V wordt geen eigen risico in rekening gebracht bij de verzekerde.

Een verwachte opbrengst van € 349 per verzekerde wordt ingehouden op de vereveningsbijdrage voor verzekerden in de forfaitaire groep. Ten opzichte van het eigen risico-model van 2016 is de forfaitaire groep uitgebreid met de FDG's. De forfaitaire groep bestaat uit verzekerden die zijn ingedeeld in een positieve risicoklasse van een FKG, DKG, HKG MHK en/of FDG. 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 schatten. Dit is de in te houden

korting op de vereveningsbijdrage voor deze verzekerden. Evenals voorgaande jaren bevat het eigen risico-model van 2017 drie vereveningskenmerken: leeftijd/geslacht, AVI en regio. In het totaal onderscheidt het eigen risico-model 63 risicoklassen. WOR 813 beschrijft de vereveningskenmerken van het eigen risico-model.

## 2.3 Flankerend beleid en nacalculatie op vaste kosten

Net zoals in voorgaande jaren, is in 2017 *flankerend beleid*. Dit is een maatregel om een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars te behouden bij een onderschrijding dan wel overschrijding van het MPB. Flankerend beleid verdeelt het macrovereveningsresultaat evenredig over alle zorgverzekeraars op basis van een vast bedrag per premiebetaler, nadat het macrovereveningsresultaat eerst proportioneel is gecorrigeerd op de vereveningsbijdrage. Flankerend beleid wordt uitgevoerd op de afzonderlijke deelbedragen. Op het verplicht eigen risico is geen flankerend beleid van toepassing. Deze regeling is onveranderd sinds de invoering in 2012.

De ex post maatregelen die in 2016 er nog waren, zijn afgeschaft per 2017, met uitzondering van de nacalculatie op de vaste kosten. De bandbreedteregelingen* zijn daarmee komen te vervallen voor de V&V-kosten, gGGZ-kosten en LGGZ-kosten.

- Voor de somatische kosten was de bandbreedteregeling al in 2015 afgeschaft.
- Voor de V&V-kosten gold in 2015 en 2016 nog een bandbreedteregeling[6]. In 2017 is deze ex post maatregel voor de V&V-kosten afgeschaft en daarmee zijn de V&V-kosten volledig risicodragend geworden als onderdeel van de somatische kosten.
- Ook voor de gGGZ-kosten gold voor 2015 en 2016 nog een bandbreedteregeling[7]. In 2017 is ook deze ex post maatregel afgeschaft.
- LGGZ-kosten zijn per 2015 overgeheveld naar de Zvw. In 2015 waren deze kosten onderdeel van de vaste kosten. In 2016 was dit een apart deelbedrag, waarbij een smalle bandbreedteregeling gold waardoor het risico op deze kosten voor individuele zorgverzekeraars was beperkt[8]. In 2017 is de bandbreedteregeling afgeschaft.

Voor 2017 geldt, evenals voorgaande jaren, volledige *nacalculatie op de vaste kosten*. Over deze kosten lopen de zorgverzekeraars geen individueel verzekeraarsrisico.

[6] De bandbreedteregelingen voor V&V-kosten bedroegen in 2016 75 % met +/- € 15 en in 2015 95 % met +/- € 5.
[7] De bandbreedteregelingen voor gGGZ-kosten bedroegen in 2016 75 % met +/- € 17,50 en in 2015 90 % met +/- € 15.
[8] De bandbreedteregelingen voor LGGZ-kosten bedroegen in 2016 100 % met +/- € 5.

# **Deel 1 –** Toetsing werking risicovereveningssysteem

# 3 Macroniveau

## Bevindingen

- Voor de somatische kosten, gGGZ-kosten en LGGZ-kosten geldt een macroverevening sresultaat van totaal *€ 983,9 miljoen*[9]. Dit bestaat uit: € 756,8 miljoen voor de somatische kosten (€ 44 per verzekerde), € 163,8 miljoen voor de gGGZ-kosten (€ 12 per verzekerde 18+) en € 63,2 miljoen voor de LGGZ-kosten (€ 5 per verzekerde 18+). Het macroverevening sresultaat is voor de somatische kosten gestegen ten opzichte van vorig jaar (in 2016: € 700 miljoen). Dit is te verklaren door de impact van de verkorting van de DBC-doorlooptijd voor 2016 (het macroverevening sresultaat was € 404 miljoen lager dan ex ante ingeschat). Vanaf 2012 tot 2016 is er een continue daling in het positieve macroverevening sresultaat voor de somatische kosten. Voor de gGGZ-kosten en LGGZ-kosten is het macroverevening sresultaat in 2017 lager dan in 2016 (voor de gGGZ fluctueerde het macroverevening sresultaat in de jaren daarvoor). Mogelijke verklaringen voor een daling in het macroverevening sresultaat kunnen zijn de effecten van zorginkoop en andere maatregelen voor beheersing van de zorgkosten en de effecten van (vertraagde) aanpassingen in het MPB.
- Voor het verplicht eigen risico geldt een macroverevening sresultaat van *€ - 169 miljoen* (€ - 12 per verzekerde 18+).
- Het absolute effect van flankerend beleid voor de somatische kosten is toegenomen ten opzichte van vorig jaar en voor de gGGZ-kosten en de LGGZ-kosten is dit afgenomen. Dit hangt samen met het macroverevening sresultaat van de deelbedragen.
- De nacalculatie op de vaste kosten zorgt voor een afslag op de macrobijdrage van *€ 146,2 miljoen*.

Dit hoofdstuk analyseert de verevenende werking van het risicoverevening ssysteem 2017 op *macroniveau*. Hiertoe wordt het macroverevening sresultaat geanalyseerd: dit is het verschil tussen macrobijdrage en macrokosten. Een positief macroverevening sresultaat betekent een onderschrijding van het MPB en een negatief resultaat een overschrijding van het MPB. De analyses worden uitgevoerd voor de totale Zvw-kosten en aparte deelbedragen op het moment van de definitieve vaststelling, zowel voor als na flankerend beleid. Ook wordt het effect van nacalculatie op de vaste zorgkosten geanalyseerd. Deze analyses geven inzicht in welke mate het risicoverevening ssysteem 2017 zorgverzekeraars compenseert voor de (verwachte) verschillen in zorgkosten tussen verzekerden op *macroniveau*.

## 3.1 Macrobijdrage, -kosten en -verevening sresultaat

### Macrobijdrage

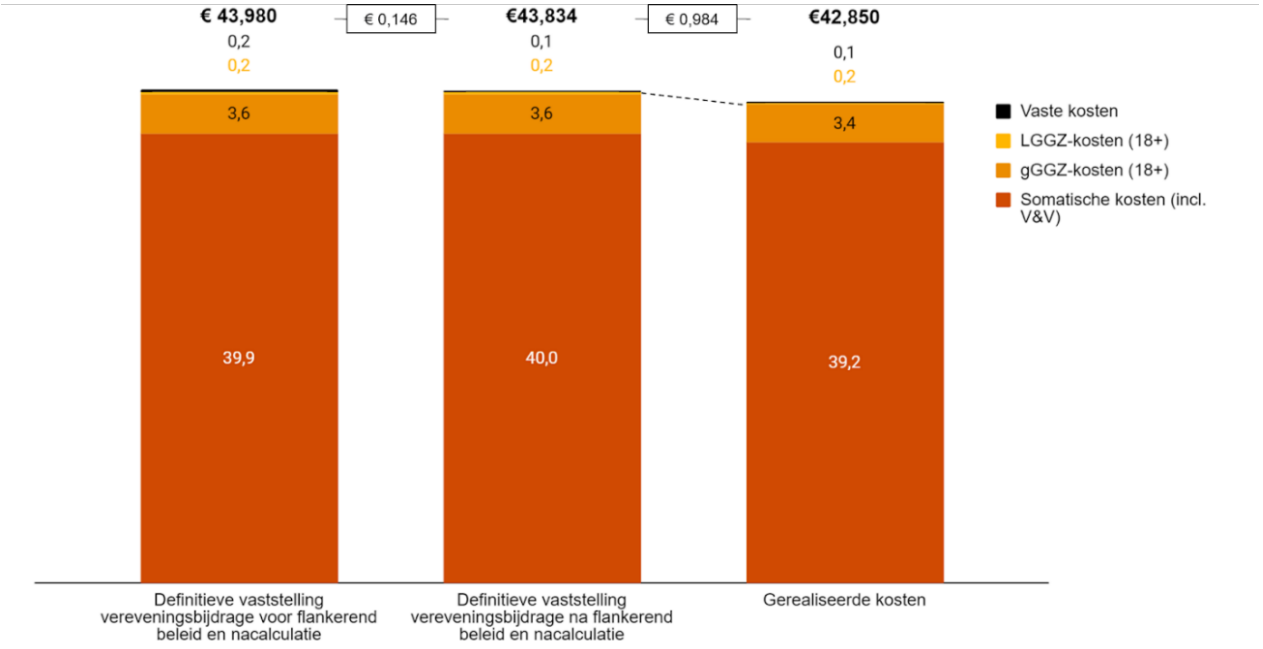
De definitieve macrobijdrage voor flankerend beleid en nacalculatie bedraagt ***€ 43.980 miljoen*** (Figuur 3-1). De macrobijdrage is hoger dan het MPB van € 43.952 miljoen (Ministerie VWS, Bepaling Macro-deelbedragen 2017; niet in Figuur 3-1 vermeld). Het verschil tussen deze bedragen wordt veroorzaakt doordat de werkelijke samenstelling van de Zvw-bevolking anders uitpakt dan verwacht tijdens de verzekerdenraming (Hoofdstuk 6 en 7).

De nacalculatie op de vaste kosten zorgt voor een afslag van de macrobijdrage van ***€ 146,2 miljoen***. Flankerend beleid is macroneutraal.

De definitieve macrobijdrage bedraagt daarmee ***€ 43.834 miljoen*** (Figuur 3-1).

[9] Zorgverzekeraars hebben positieve behaalde resultaten ingezet voor het verlagen van de premie van de basisverzekering in de jaren na 2017 en voor zover van tevoren onderkend (deels) ook al in 2017 (Bron: jaarverslagen zorgverzekeraars). Zorgverzekeraars maken een schatting van het macroverevening sresultaat bij de premiestelling.

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




Voetnoot Figuur 3-1:
a. Totalen zijn dikgedrukt weergeven boven de kolommen.

## Macrokosten

De gerealiseerde macrokosten bedragen ***€ 42.850 miljoen*** (het totaal van de rechterkolom in Figuur 3-1). In 2016 bedroegen de macrokosten *€ 41.505 miljoen* (Monitor 2016). Dit is een stijging van 3,2 %. Hierbij dient rekening te worden gehouden met de wijzigingen in de kostendefinities tussen de jaren, waaronder de uitbreiding van de risicodragende zorgkosten, zoals de overheveling van ELV (Hoofdstuk 2). In 2016 was de kostenstijging 6,1 % en in 2015 was de stijging 6,9 % ten opzichte van 2014. Deze kostenstijgingen kwamen voor een deel door de overhevelingen van V&V, GRZ en ZG (Monitor 2016, 2015). De stijging in de kosten van 2017 ten opzichte van 2016 is deels toe te schrijven aan uitbreiding van de risicodragende kosten (o.a. de wijziging van kostendefinities, zoals bij V&V en de overheveling van ELV). Daarnaast is de stijging van de macrokosten ook deels toe te schrijven aan de algemene stijging van de Zvw-kosten.[10]

## Macrovereveningsresultaat

De gerealiseerde macrokosten zijn lager dan de definitieve macrobijdrage, dit resulteert in een positief macrovereveningsresultaat van ***€ 983,9 miljoen***[11] (verschil tussen middelste en rechterkolom in Figuur 3-1). Voorgaande jaren waren er ook positieve macrovereveningsresultaten:

- € 700,1 miljoen in 2016.
- € 2.395 miljoen in 2015.
- € 3.420 miljoen in 2014.
- € 2.746 miljoen in 2013.
- € 1.452 miljoen in 2012.

Het totale macrovereveningsresultaat in 2017 is hoger dan in 2016, namelijk € 283,8 miljoen. In 2016 was de impact van de verkorting van de doorlooptijd van DBC's achteraf bezien niet goed inschat, waardoor voor de DKG's de definitieve vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars in 2016 € 404 miljoen lager is uitgekomen dan verwacht. Als de impact van de verkorting van de doorlooptijd van DBC's bij de DKG's niet wordt meegerekend, is er een continue daling van de macrovereveningsresultaten sinds 2012. Het is met de beschikbare informatie niet in detail te duiden wat de verklaring(en) is(zijn) dat het macrovereveningsresultaat steeds lager is dan in voorgaande jaren. Zo kunnen

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

[11] Dit is exclusief het macrovereveningsresultaat voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico van € - 169 mln.

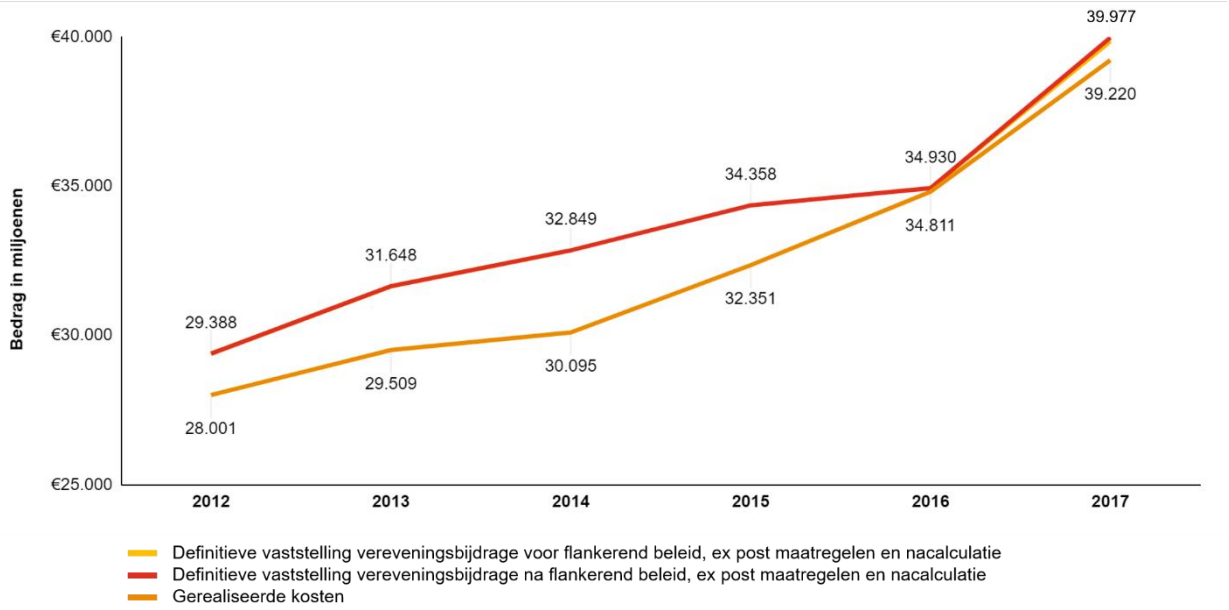
effecten van zorginkoop en andere maatregelen om de zorgkosten te beheersen een mogelijke verklaring zijn. Een andere mogelijke verklaring kan het effect zijn van (vertraagde) aanpassingen in de raming van het MPB.

## 3.2 Somatische kosten

De definitieve macrobijdrage voor de somatische kosten bedraagt ***€ 39.977 miljoen*** (Figuur 3-1). De gerealiseerde somatische kosten bedragen ***€ 39.220 miljoen.*** Dit resulteert in een positief macrovereveningsresultaat van ***€ 756,9 miljoen***, omgerekend € 44 per verzekerde.

Figuur 3-2 geeft de ontwikkeling van de macrobijdrage (voor en na flankerend beleid) en de macrokosten over 2012 t/m 2017 weer. Bij deze resultaten dienen wijzigingen in de kostendefinities en vormgeving van het risicovereveningssysteem, waaronder de afbouw van ex post maatregelen sinds 2012, in acht te worden genomen (Bijlage A).

Figuur 3-2: Ontwikkeling macrobijdrage en -kosten voor de somatische zorg over 2012 t/m 2017, uitgedrukt in miljoenen €.[a,b,c]




Voetnoot Figuur 3-2:

b. Er hebben wijzigingen plaatsgevonden in de inzet van ex post maatregelen over de jaren (Bijlage A).
c. Flankerend beleid heeft op macroniveau geen effect en een bandbreedteregeling geen tot nihil effect in verhouding tot de andere bedragen. Hierdoor vallen de twee lijnen van de definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid en ex post maatregelen (gele en rode lijn) vrijwel samen in deze figuur.
d. Per 2017 vallen onder de somatische kosten ook de V&V-kosten. De toevoeging van V&V-kosten aan de somatische kosten draagt sterk bij aan de stijging in deze figuur tussen 2016 en 2017. In 2016 en de jaren ervoor gaat het om de somatische kosten exclusief de V&V-kosten, conform de definities van die jaren.

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

- De macrobijdrage (voor en na flankerend beleid) in 2017 is met 14,4 % gestegen ten opzichte van 2016, waarvan 10%-punt komt door de samenvoeging van de V&V-kosten bij de somatische kosten in 2017 (Figuur 3-2). De stijging van 4,4%-punt komt door wijzigingen in kostendefinities en de verwachte kostenontwikkeling en beleidsmaatregelen zoals meegenomen in de raming van het MPB. Van 2015-op-2016, dit gaat om de somatische kosten exclusief V&V-kosten, steeg de macrobijdrage met 2 % (Monitor 2016). De trendbreuk in de macrobijdrage in 2016 komt hoofdzakelijk door de afwijkende prevalenties voor de DKG's bij de definitieve vaststelling ten opzichte van hetgeen geraamd was.
- De gerealiseerde somatische kosten voor 2017 zijn met 12,7 % (€ 4.408 miljoen) gestegen ten opzichte van 2016 (Figuur 3-2). Daarvan is 9,8%-punt het gevolg van de samenvoeging van de V&V-kosten (€ 3.405 miljoen). Het overige deel van deze stijging (2,9 %-punt) kan worden toegeschreven aan de algemene kostenstijging van de Zvw. Van 2015-op-2016 stegen de kosten met circa 7,6% (Monitor 2016). Dit was voor een groot deel toe te schrijven aan de uitbreiding van de risicodragende kosten, zoals de dure geneesmiddelen.

In 2017 is het macroverevenings resultaat voor de somatische kosten ***€ 756,8 miljoen*** (€ 44 per verzekerde). Voorgaande jaren waren er ook positieve macroverevenings resultaten:

- € 217,7 miljoen en € 13 per verzekerde in 2016 (somatisch plus V&V-kosten t.b.v. vergelijkbaarheid met Monitor 2016)[12]
- € 2.007 miljoen en € 119 per verzekerde in 2015 (Monitor 2015)
- € 2.750 miljoen en € 164 per verzekerde in 2014 (Monitor 2014)

In 2017 is het macroverevenings resultaat hoger dan in 2016, maar substantieel lager dan in 2015 en 2014. Een groot deel van de stijging in 2017 ten opzichte van 2016 komt doordat het macroverevenings resultaat van 2016 incidenteel lager was door de afwijkende prevalenties voor de DKG's bij de definitieve vaststelling ten opzichte van hetgeen geraamd was. In vergelijking met eerdere jaren is er een dalende trend in het macroverevenings resultaat. Dit kan het gevolg zijn van effecten van zorginkoop en andere maatregelen om de zorgkosten te beheersen en door aanpassingen in de raming van het MPB.

### Effect van flankerend beleid

Flankerend beleid heeft geen effect op macroniveau, omdat dit een onderlinge verrekening tussen zorgverzekeraars is. Flankerend beleid heeft wel effect op de vereveningsbijdrage van elke zorgverzekeraar. Om dit effect in kaart te brengen, zijn de absolute mutaties in het vereveningsresultaat van zorgverzekeraars geanalyseerd. De absolute bedragen die zorgverzekeraars onderling afdragen of ontvangen zijn gesommeerd. In totaal zorgt flankerend beleid voor een absoluut effect van: *€ 88,7 miljoen in 2017*. In voorgaande jaren was dit absolute effect:

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

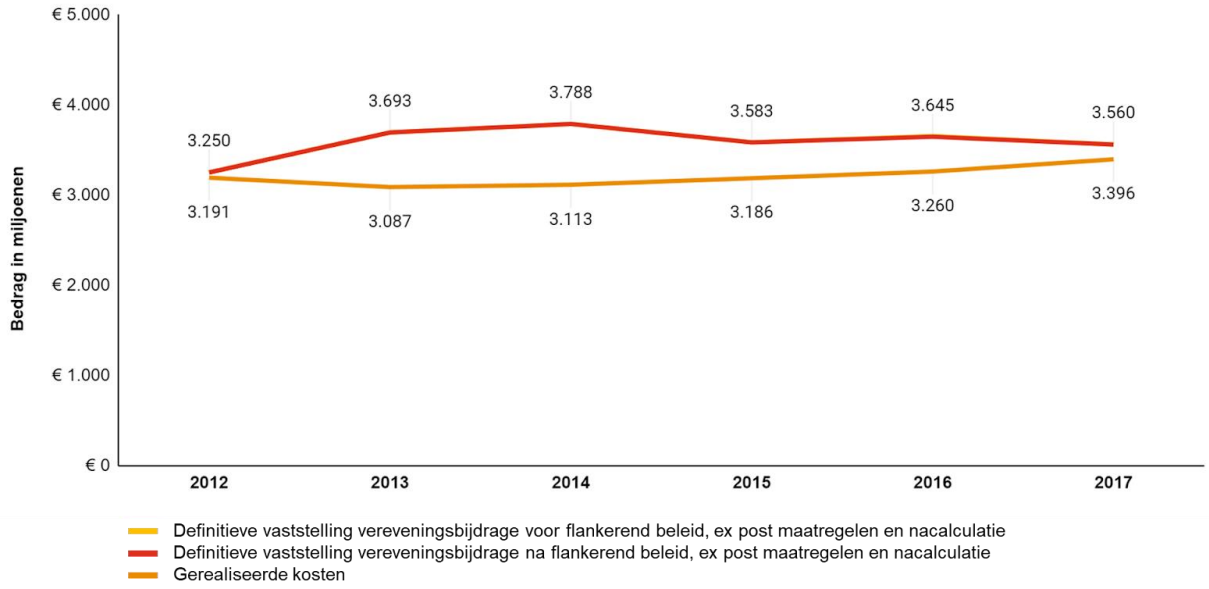
De toename van de absolute verschuiving in de bijdrage tussen zorgverzekeraars in 2017, ten opzichte van 2016, hangt samen met het hogere macroverevenings resultaat in 2017. Bij een grotere onderschrijding van het MPB moet meer geld onderling worden verrekend om zorgverzekeraars een evenredig aandeel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

## 3.3 gGGZ-kosten

De definitieve macrobijdrage voor de gGGZ-kosten bedraagt ***€ 3.560 miljoen*** (Figuur 3-1). De gerealiseerde gGGZ-kosten bedragen ***€ 3.396 miljoen*** (Figuur 3-1). Dit resulteert in een positief macroverevenings resultaat van ***€ 164 miljoen***, afgerond € 12 per verzekerde van 18+.

[12] In Monitor 2016: € 118,7 miljoen en € 7 per verzekerde voor de somatische kosten en € 99 miljoen en € 6 per verzekerde voor de V&V-kosten.

Figuur 3-3: Ontwikkeling van macrobijdrage en -kosten voor de gGGZ over 2012 t/m 2017, uitgedrukt in miljoenen € [a,b]




Voetnoot Figuur 3-3:

a. Er hebben wijzigingen plaatsgevonden in de inzet van ex post maatregelen over de jaren (Bijlage A).
b. Flankerend beleid heeft op macroniveau geen effect en een bandbreedteregeling geen tot nihil effect in verhouding tot de andere bedragen. Hierdoor vallen de twee lijnen van de definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid en ex post maatregelen (gele en rode lijn) vrijwel samen in deze figuur. Per 2017 is de bandbreedteregeling afgeschaft.

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

- De macrobijdrage is met 2,6 % gedaald in 2017 ten opzichte van 2016. In 2016 was de macrobijdrage met 1,7 % gestegen ten opzichte van 2015 (Monitor 2016). In 2015 was de macrobijdrage 5,5 % gedaald ten opzichte van 2014 (Monitor 2015).
- De gerealiseerde macrokosten in 2017 zijn met 4,1 % gestegen ten opzichte van 2016. Van 2015-op-2016 waren de macrokosten gestegen met 2,3 % (Monitor 2016), net als in 2015.
- Het macrovereveningsresultaat in 2017 van ***€ 164 miljoen*** (€ 12 per verzekerde 18+) is significant gedaald in vergelijking met voorgaande jaren: € 385,2 miljoen in 2016 (€ 28 per verzekerde 18+), € 390 miljoen in 2015 (€ 29 per verzekerde 18+), € 671 miljoen in 2014 (€ 51 per verzekerde 18+) en € 605 miljoen in 2013 (€ 46 per verzekerde 18+) (Monitor 2013 t/m 2016).

Bij deze verschuivingen over de jaren dient rekening te worden gehouden met de wijzigingen in de kostendefinities van de gGGZ-kosten; er zijn hierin veel wijzigingen geweest over de afgelopen jaren. Daarbij kunnen effecten van zorginkoop en andere maatregelen om de zorgkosten te beheersen een mogelijke verklaring zijn voor verschuivingen in de kosten en het vereveningsresultaat. Een andere mogelijke verklaring voor verschuivingen in de macrobijdrage en het vereveningsresultaat kan het effect zijn van (vertraagde) aanpassingen in de raming van het MPB.

**Effect flankerend beleid**

Flankerend beleid zorgt op macroniveau voor een absolute verschuiving in de bijdrage tussen zorgverzekeraars van *€ 22,3 miljoen*. In voorgaande jaren was dit absolute effect:

- € 48,7 miljoen in 2016 (Monitor 2016).
- € 47,0 miljoen in 2015 (Monitor 2015).
- € 86,2 miljoen in 2014 (Monitor 2014).
- € 75,1 miljoen in 2013 (Monitor 2013).
- € 7,7 miljoen in 2012 (Monitor 2012).

Het effect in 2017 is daarmee lager dan in de voorgaande jaren, met uitzondering van 2012. Dit hangt samen met het lagere macrovereveningsresultaat in 2017 ten opzichte van voorgaande jaren (2013 t/m 2016).

## 3.4 LGGZ-kosten

De definitieve macrobijdrage voor de LGGZ-kosten bedraagt ***€ 213,3 miljoen*** (Figuur 3-1). De gerealiseerde LGGZ-kosten bedragen ***€ 150,1 miljoen*** (Figuur 3-1). Dit resulteert in een positief macrovereveningsresultaat van ***€ 63,2 miljoen***, afgerond € 5 per verzekerden van 18+.

Per 2016 zijn de LGGZ-kosten overgeheveld. Hierdoor is het niet mogelijk de ontwikkeling in de macrobijdrage en de macrokosten over meerdere jaren te analyseren. De analyse is daardoor beperkt tot een vergelijking met 2016. Hierbij geldt dat per 2017 de LGGZ-kosten volledig risicodragend zijn geworden.

Tabel 3-1: Ontwikkeling van macrobijdrage en -kosten voor de LGGZ over 2016 en 2017, uitgedrukt in miljoenen euro's.

| | 2016 | 2017 | Stijging/daling van 2017 t.o.v. 2016 |
|---|---|---|---|
| **Macrobijdrage** *(in miljoenen €)* | € 226 | € 213 | - 6 % |
| **Gerealiseerde kosten** *(in miljoenen €)* | € 129 | € 150 | + 16 % |
| **Macrovereveningsresultaat** *(in miljoenen €)* | € 97 | € 63 | - 35 % |
| **Macrovereveningsresultaat per verzekerde 18+** *(in €)* | € 7 | € 5 | - 34 % |

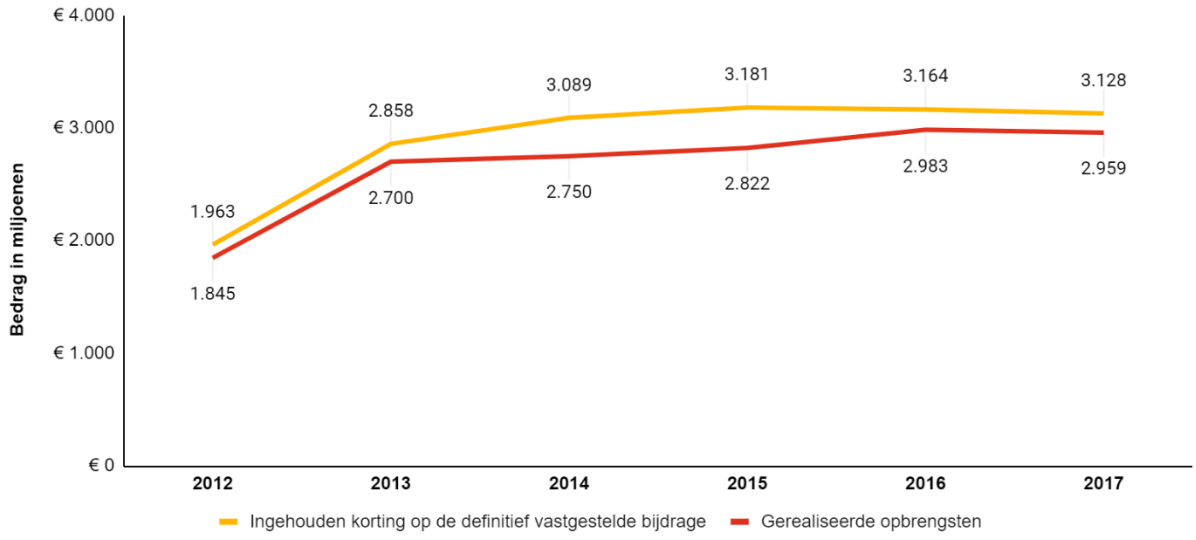
Opvallend is de stijging van de LGGZ-kosten ten opzichte van vorig jaar: 16 %. Op basis van WOR 814 is aangegeven dat de LGGZ-kosten stijgen met 25 % (gebaseerd op de data van 2013 en 2014 ten behoeve van de OT 2017). Hierbij is als verklaring is opgenomen dat deze stijging voor een groot deel verklaard worden door een stijging van het aantal gebruikers (ruim 20 %) als gevolg van de geleidelijke instroom van patiënten van deze zorg. Dit is een mogelijke verklaring voor de werkelijke stijging van de LGGZ-kosten in 2017; ook al is het niet mogelijk om deze verklaring op de gerealiseerde cijfers te verifiëren door gebrek aan data.

Het macrovereveningsresultaat is in 2017 lager dan in 2016. In lijn hiermee is zorgt flankerend beleid op macroniveau voor minder absolute verschuivingen in de bijdrage tussen zorgverzekeraars: in 2017 is het absolute effect € 16,3 miljoen en in 2016 was het absolute effect € 24,5 miljoen (Monitor 2016).

## 3.5 Opbrengsten verplicht eigen risico

In 2017 is ***€ 3.128 miljoen*** ingehouden op de macrobijdrage voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico, omgerekend € 229 per verzekerde van 18+. Deze afslag die wordt ingehouden op de vereveningsbijdrage is over 2012 tot en met 2015 toegenomen en per 2015 is dit licht afgenomen (Figuur 3-4). Dit hangt deels samen met de verhoging van het verplicht eigen risico bedrag: van € 220 in 2012, naar € 350 in 2013, € 360 in 2014, € 375 in 2015 en € 385 in 2016. Het verplicht eigen risico is in 2017 niet meer verhoogd ten opzichte van 2016.

Figuur 3-4: Ontwikkeling van de ingehouden korting op de bijdrage en de gerealiseerde opbrengsten van het verplicht eigen risico over 2012 t/m 2017, uitgedrukt in miljoenen €.




De totale opbrengsten van het verplicht eigen risico bedragen in 2017 ***€ 2,959 miljoen***. Dit is de som van de geïnde opbrengsten die zorgverzekeraars hebben opgegeven aan het ZIN. De totale opbrengsten zijn zeer licht gedaald met 0,01 % ten opzichte van 2016 (Figuur 3-4). Dit kan worden verklaard doordat het verplicht eigen risico bedrag in 2017

niet verder is verhoogd. De opwaartse trend tot 2016 in de gerealiseerde opbrengsten is gerelateerd aan de verhoging van het verplicht eigen risico over deze jaren (Figuur 3-4).

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 macroverevening sresultaat van ***€ - 169 miljoen***, omgerekend € 12 per verzekerde 18+. In voorgaande jaren was er ook een negatief macroverevening sresultaat:

- € - 181 miljoen in 2016: € 17 per verzekerden 18+ (Monitor 2016).
- € - 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 macroverevening sresultaat is in 2017 lager dan in 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 dan in voorgaande jaren.[13] Het macroverevening sresultaat is daardoor minder negatief dan voorgaande jaren. Een mogelijke verklaring kan het effect zijn van (vertraagde) aanpassingen in de raming van het MPB.

[13] 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.

# 4 Zorgverzekeraarsniveau

## Bevindingen

- ***Belangrijk voor de interpretatie***: In dit hoofdstuk zijn verscheidene analyses uitgevoerd om inzicht te krijgen in welke mate het risicovereveningssysteem 2017 de verschillen in de (verwachte) zorgkosten tussen zorgverzekeraars terugbrengt. De resultaten worden vergeleken met die van voorgaande jaren om een indicatie te krijgen of/ in welke mate de verevenende werking van het risicovereveningssysteem is verbeterd. Verschillen over de jaren in de mate van de reductie in de vereveningsresultaten tussen zorgverzekeraars worden verklaard door wijzigingen in portefeuillesamenstellingen, wijzigingen in kostendefinities en/of wijzigingen in het risicovereveningssysteem. De analyses in scope zijn niet geschikt om deze effecten van elkaar te onderscheiden; dat vraagt om ander, diepgaander onderzoek, waarbij andere data nodig zijn dan beschikbaar voor deze Monitor.

***Somatische kosten***

- Het risicovereveningssysteem reduceert de reikwijdte (met 76 %) en spreiding (met 84 %) van het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars. Dit draagt bij aan een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars. De reductie in reikwijdte is vergelijkbaar met vorig jaar (77 %), maar minder dan in voorgaande jaren. Dit wordt verklaard door wijzigingen in portefeuillesamenstellingen van de zorgverzekeraars die de uitersten bepalen (diegene die de uitersten bepalen kan wijzigen en de portefeuillesamenstelling van de betreffende zorgverzekeraars kan wijzigingen). De spreiding in het vereveningsresultaat is door het risicovereveningssysteem meer gereduceerd dan vorig jaar (2016: 81 %). Dit geeft aan dat het risicovereveningssysteem in 2017 in staat is om uitersten c.q. scheefheid in portefeuilles tot een bepaalde mate adequaat te reduceren.
- In lijn met voorgaande jaren wordt de meeste reductie in vereveningsresultaten tussen zorgverzekeraars behaald door het ex ante model: 77 % en 85 % voor de reikwijdte en spreiding respectievelijk. Hierbij reduceert het ex ante model de reikwijdte en de spreiding relatief (iets) meer dan in vorig jaar: in 2016 78 % en 82 % respectievelijk. De absolute verschillen tussen de portefeuilles van zorgverzekeraars zijn in 2017 groter dan in 2016. Het risicovereveningsmodel brengt daarmee de schevere portefeuilleverdelingen in vergelijkbare mate terug als vorig jaar. Dit is een effect van de doorgevoerde modelverbeteringen, die op zorgverzekeraarsniveau tot uiting komt.
- Het ex ante model brengt verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang terug.
- Flankerend beleid zorgt voor een toename in de verschillen in de reikwijdte en spreiding, wat samenhangt met een onderschrijding van het MPB. Dit is ook in eerdere jaren geconstateerd en is logisch verklaarbaar vanuit de technische inhoud hoe flankerend beleid werkt.

***gGGZ-kosten***

- Het risicovereveningssysteem reduceert de reikwijdte (met 13 %) en de spreiding (met 59 %) van het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars. Dit zorgt voor een gelijk(er) speelveld. Dit is fors minder dan vorig jaar: 75 % en 78 %in 2016. Deels wordt dit verklaard doordat het grootste negatieve vereveningsresultaat dat door een zorgverzekeraar wordt behaald in 2017 fors lager is in 2016. Dit geeft een forse afname in de reikwijdte in de portefeuilles, waardoor de invloed van het ex ante model ook kleiner wordt. Aanvullend kan de afname in de reductie van de reikwijdte mogelijk komen door wijzigingen in de kostendefinities en modelwijzigingen[14] in combinatie met wijzigingen in portefeuillesamenstellingen.
- Het ex ante model verkleint verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang.
- Flankerend beleid zorgt voor een minimale daling in de reikwijdte en spreiding. Het macrovereveningsresultaat is ook relatief beperkt.

**LGGZ-kosten**

[14] In OT 2017 (WOR 813) neemt de reikwijdte tussen het verwacht vereveningsresultaat in de OT 2017 toe tussen het risicovereveningsmodel 2016 en 2017.

- Het risicovereveningssysteem reduceert de reikwijdte (met 46 %) en de spreiding (met 61 %) van het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars. In 2016 was de reductie 65 % en 75 % respectievelijk. Ook dit wordt deels verklaard door wijzigingen in portefeuilles.
- Het ex ante model verkleint verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang.
- Flankerend beleid zorgt voor een kleine toename in de reikwijdte en spreiding.

***Opbrengsten verplicht eigen risico***

- Het risicovereveningssysteem reduceert de reikwijdte (met 53 %) en de spreiding (met 61 %) van het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars.
- Deze resultaten zijn redelijk vergelijkbaar met voorgaande jaren, waarbij het ex ante model in 2017 zorgt voor meer reductie in de reikwijdte en spreiding dan vorig jaar. De absolute reikwijdte en spreiding zijn in 2017 lager dan in 2016.

Dit hoofdstuk analyseert de verevenende werking van het risicovereveningssysteem 2017 op zorgverzekeraarsniveau. Hiertoe wordt geanalyseerd in welke mate het risicovereveningssysteem het gemiddelde vereveningsresultaat* van en tussen zorgverzekeraars reduceert. De verevenende werking van het risicovereveningssysteem wordt afgezet tegen een fictieve situatie waarin geen risicovereveningssysteem is. In deze fictieve situatie ontvangen zorgverzekeraars voor elke verzekerde een gelijk bedrag, ongeacht het risicoprofiel van deze verzekerde. De verschillende momenten die worden geanalyseerd en vergeleken zijn:

- ‘Zonder RV’: fictieve situatie zonder risicovereveningssysteem.
- ‘DV voor FB’: definitieve vaststelling voor flankerend beleid (de ex ante modellen).
- ‘DV na FB’: definitieve vaststelling na flankerend beleid (de ex ante modellen plus flankerend beleid).

In 2017 zijn er 24 risicodragende zorgverzekeraars. Deze zorgverzekeraars worden in drie categorieën ingedeeld: klein (5), middelgroot (12) en groot (7). Ook zijn de zorgverzekeraars ingedeeld in behorend tot een concern (18) of zelfstandige zorgverzekeraars (6). Ten opzichte van vorig jaar is er één zorgverzekeraar (behorend tot een concern) minder en niet alle zorgverzekeraars zijn in dezelfde categorie ingedeeld als vorig jaar (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.
- Er wordt niet getoetst in welke mate de geconstateerde verschillen in de (verwachte) kosten tussen zorgverzekeraars statistisch significant zijn.
- De focus ligt op interpretatie van de reductie in de verschillen *van* en *tussen* zorgverzekeraars; niet op de absolute verschillen. Er volgt geen waardeoordeel over deze absolute verschillen. Het 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 – en daarmee een waardeoordeel over hoe goed het risicovereveningssysteem in zijn totaliteit werkt – is niet goed mogelijk als de oorzaken van de verschillen in de (verwachte) kosten niet goed kunnen worden gekwantificeerd.
- Een indicatie van de ontwikkeling over de jaren wordt gegeven door de resultaten te vergelijken met die van voorgaande edities, voor zover mogelijk. Er kunnen geen harde conclusies worden getrokken, omdat een een-op-een vergelijking niet goed mogelijk is vanwege wijzigingen in kostendefinities, vormgeving van het risicovereveningssysteem en wijzigingen in portefeuillesamenstellingen.
- Daarbij is ook voorzichtigheid geboden met interpretatie van de reikwijdte* en spreiding* in de vereveningsresultaten op zorgverzekeraarsniveau in relatie tot conclusies over de verevenende werking van het risicovereveningsmodel. Deze maatstaven geven een indicatie van de wijze waarop het risicovereveningsysteem uitpakt voor de bestaande zorgverzekeraars in het betreffende jaar, gegeven de portefeuillesamenstellingen op dat moment. Daarbij wordt de reikwijdte ook bepaalde door de twee uiterste zorgverzekeraars. Voor conclusies over de verevenende werking van het risicovereveningsmodel is het meer geschikt om de vereveningsresultaten op subgroepniveau te interpreteren. De resultaten op zorgverzekeraarsniveau geven een indicatie van het gelijk speelveld gegeven de portefeuillesamenstellingen op dat moment.

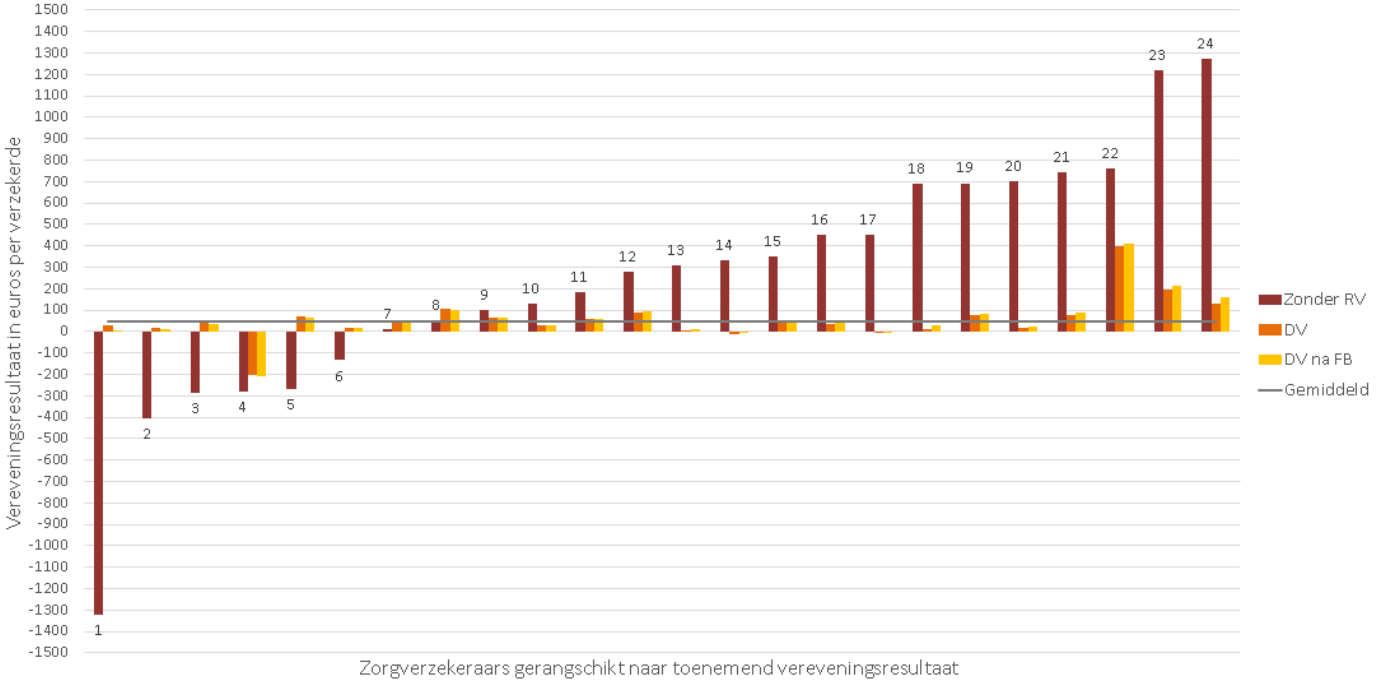
Bijlage B geeft een verantwoording van de gehanteerde uitgangspunten en definities.

## 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 2017 per zorgverzekeraar (oplopend gesorteerd naar het vereveningsresultaat voor de situatie zonder risicovereveningssysteem), de tabel geeft het gemiddelde vereveningsresultaat, de reikwijdte en spreiding hierin, in € per verzekerde.[a]




| | Gemiddelde, in € [b] | Reikwijdte, in € | Spreiding, in € |
|---|---|---|---|
| **Zonder RV** | 44 | 2.597 | 389 |
| **DV voor FB** | 44 | 602 | 57 |
| **DV na FB** | 44 | 617 | 61 |

Voetnoot Figuur en Tabel 4-1:

a. De zorgverzekeraars zijn fictief oplopend genummerd. Dit wordt voor elke figuur in dit hoofdstuk opnieuw uitgevoerd: zorgverzekeraar 1 in bovenstaande figuur hoeft niet per definitie ook zorgverzekeraar 1 te zijn in een andere figuur.

b. Het gemiddelde vereveningsresultaat is gelijk op elk moment. Het gemiddelde kostenniveau in 2016 is € 2.300. Dit zijn de totale gerealiseerde gemiddelde 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 € 2.597 per verzekerde.

Door het risicovereveningssysteem nemen deze verschillen substantieel af: de reikwijdte neemt af met ***76 %*** (van € 2.597 naar € 617 per verzekerde: Tabel 4-1). Het risicovereveningssysteem voor de somatische kosten in 2017 is in staat een meer gelijk speelveld voor zorgverzekeraars te realiseren. Dit is het effect van:

- ***Reductie van 77 %*** door het ex ante model (DV voor FB), ten opzichte van de fictieve situatie. Dit is vergelijkbaar met 2016 (78 %), maar lager dan voorgaande jaren: 87 % in 2015, 89 % in 2014, 86 % in 2013 en 77 % in 2012 (Monitor 2016, 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 2017 ten opzichte voorgaande jaren. Alhoewel de aanpassingen in het risicovereveningsmodel tot verbeteringen leiden in de verevenende werking op subgroepen (Hoofdstuk 5 en eerdere edities) kan de impact voor individuele zorgverzekeraars anders uitpakken. De reikwijdte is gebaseerd op de uiterste waarnemingen en daarmee afhankelijk van de portefeuillesamenstellingen in het vereveningsjaar van deze twee individuele zorgverzekeraars. In 2017 is de linker uitschieter in Figuur 4-1 groter dan de linker uitschieter in 2016. Per saldo heeft dit geleid tot een groter

verschil tussen de uitersten. Het risicovereveningssysteem van 2017 heeft gezorgd voor een vergelijkbare procentuele reductie in de reikwijdte als in 2016 en daarmee is deze uitschieter deels opgevangen.

- ***Toename van 1 %*** door flankerend beleid (DV na FB) ten opzichte van de fictieve situatie. 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[15]. Voorgaande jaren is hetzelfde effect geconstateerd, aangezien er toen ook onderschrijdingen van het MPB waren (Monitor 2012 tot en met 2016). Bij het opzetten van flankerend beleid in 2012 is verwacht dat er jaarlijkse overschrijdingen van het MPB zouden zijn, waardoor flankerend beleid de verschillen in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars terugbrengt. Echter, bij een onderschrijding van het MPB werkt logischerwijs flankerend beleid de andere kant op, zoals ook technisch inhoudelijk juist is. Dit is hetgeen over afgelopen jaren consistent is voorgekomen.

De reikwijdte zonder risicovereveningssysteem neemt sinds 2012 ieder jaar toe. De stijging in de reikwijdte zonder risicovereveningssysteem van 2016 naar 2017 is relatief groot. Dit is mede het gevolg van het samenvoegen van de V&V-kosten met de somatische kosten. In vergelijking met 2016 is de totale reductie in de reikwijdte door het risicovereveningssysteem bijna gelijk gebleven in 2017 (76 % in 2017 en 77 % in 2016). In voorgaande jaren (2013 t/m 2015) is de totale reductie in de reikwijdte door het risicovereveningssysteem hoger dan in 2017: 83 % in 2013, 89 % in 2014 en 83 % in 2015 (Tabel 4-2).

Tabel 4-2: Reikwijdte en reikwijdte reductie van het gemiddelde vereveningsresultaat over 2012 t/m 2017 [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 % |
| **2017** | 2.597 | 602 | 77 % | 617 | 76 % |

Voetnoot Tabel 4-2:

a. Cijfers van 2012 t/m 2016 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. *Voor 2016 zijn dit de somatische kosten exclusief V&V-kosten*. In 2017 zijn het de somatische kosten inclusief V&V-kosten.

## Spreiding

Het risicovereveningssysteem van 2017 zorgt voor een afname van de spreiding[16] in het vereveningsresultaat met 84 % (van € 389 naar € 61 per verzekerde: Tabel 4-1). Dit is het saldo van:

- ***Reductie van 85 %*** door het ex ante model (DV voor FB), ten opzichte van de 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 € 389 naar € 57 per verzekerde.
- ***Toename van 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 2017 is de spreidingsreductie door het ex ante model (85 %) hoger dan

[15] Op basis van de analyses en de 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.

[16] 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.

in 2016 en meer in lijn met eerdere jaren: 82 % in 2016, 86 % in 2015 en 88 % in 2014. De spreiding in absolute bedragen is in 2017 ook hoger dan in eerdere jaren. De spreiding loopt al sinds 2012 elk jaar verder op. De stijging in spreiding zonder het risicovereveningssysteem is relatief groot tussen 2016 en 2017. Deze stijging in de spreiding tussen 2016 en 2017 kan (deels) verklaard worden door de samenvoeging van de V&V-kosten aan de somatische kosten. Ook kan de toename in de absolute spreiding samenhangen met de algemene kostenstijging. Het risicovereveningssysteem brengt desondanks in vergelijkbare mate de spreiding terug als in voorgaande jaren.

Tabel 4-3: Spreiding en spreidingsreductie van het gemiddelde vereveningsresultaat over 2012 t/m 2017 [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 % |
| **2017** | 389 | 57 | 85 % | 61 | 84 % |

Voetnoot Tabel 4-3:
a. Cijfers van 2012 t/m 2016 overgenomen uit eerdere edities van de Monitor.
b. Spreidingsreductie ten opzichte van de fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem (‘zonder RV’).

### 4.1.2 Nadere analyse op portefeuilleomvang

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

#### 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):

- Kleine, middelgrote en grote zorgverzekeraars hebben in 2017 bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid allemaal gemiddeld een positief vereveningsresultaat. Voor kleine en middelgrote zorgverzekeraars zit het vereveningsresultaat boven het landelijk gemiddelde van € 44 per verzekerde. Grote zorgverzekeraars hebben een vereveningsresultaat onder het landelijk gemiddelde. Behalve in 2016, hadden in voorgaande jaren zowel kleine, middelgrote als grote zorgverzekeraars gemiddeld eveneens een positief vereveningsresultaat, waarbij de verzekerden van middelgrote zorgverzekeraars op alle momenten een hoger gemiddeld vereveningsresultaat hadden dan kleine en grote zorgverzekeraars (Monitor 2013 t/m 2016). Hierbij geldt dat er in 2016 een lager macrovereveningsresultaat is geweest in vergelijking met 2017 en in de jaren daarvoor.
- 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 (€ 617 per verzekerde) en het laagst voor grote zorgverzekeraars (€ 82 per verzekerde). Oftewel, het minimale en maximale gemiddelde vereveningsresultaat tussen middelgrote zorgverzekeraars onderling ligt verder uit elkaar dan tussen grote en kleine zorgverzekeraars onderling. In voorgaande jaren is ook voor middelgrote zorgverzekeraars een hogere reikwijdte geconstateerd dan voor grote en kleine zorgverzekeraars. Nadere analyse wijst uit dat er verschillen tussen zorgverzekeraars zijn in de portefeuillesamenstelling, waarbij bij vergelijking over meerdere jaren ook (selectieve) in- en uitstroom ervoor zorgt dat portefeuillesamenstellingen wijzigen.
- Het risicovereveningssysteem zorgt voor de grootste spreidingsreductie bij kleine zorgverzekeraars (93 %), in vergelijking tot grote zorgverzekeraars (88 %) en middelgrote zorgverzekeraars (75 %). Voor middelgrote zorgverzekeraars is de spreidingsreductie minder dan in voorgaande jaren (75 % in 2017 ten opzichte van 79 % in 2016 en 82 % in 2015). Voor kleine en grote zorgverzekeraars is de spreidingsreductie juist groter in 2017 dan in voorgaande jaren: 80 % en 79 % respectievelijk (Monitor 2016), 87 % en 73 % respectievelijk (Monitor 2015), 92 % en 78 % respectievelijk (Monitor 2014). De verschillen tussen de jaren kan worden verklaard door wijzigingen en verschuivingen in de portefeuilles van zorgverzekeraars. Een verbetering van het risicovereveningsmodel in verevenende werking komt daarmee niet altijd direct tot uiting op zorgverzekeraarsniveau (dit is wel zichtbaar op subgroepniveau voor bepaalde subgroepen).

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** | 389 | 412 | -107 | 2.597 | 1502 | 684 | 876 | 417 | 198 |
| **DV voor FB** | 50 | 59 | 39 | 139 | 602 | 71 | 54 | 103 | 21 |
| **DV na FB** | 58 | 66 | 36 | 160 | 617 | 82 | 65 | 106 | 24 |

**Behorend tot concern/zelfstandige zorgverzekeraar**

In lijn met voorgaande bevindingen, reduceert het risicovereveningssysteem een groot deel van de verschillen in het 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 76 % (van € 344 naar € 83). Voor concern-zorgverzekeraars neemt het gemiddelde vereveningsresultaat juist toe van € 4 naar € 39. Dit effect is ook in voorgaande jaren geconstateerd (Monitor 2012, 2013, 2014, 2015, 2016).
- Door het risicovereveningsysteem neemt de reikwijdte substantieel af, zowel voor concern als zelfstandige zorgverzekeraars: respectievelijk met 84 % en 41 % (2016: 81 % en 45 %, 2015: 83 % en 74 %). De reikwijdte voor zelfstandige zorgverzekeraars is zonder risicoverevening en na flankerend beleid kleiner dan voor concern-zorgverzekeraars. De zelfstandige zorgverzekeraars zijn dan ook onderling qua omvang en samenstelling beter vergelijkbaar dan de concern-zorgverzekeraars onderling. In 2016 en 2015 was hier ook al sprake van, eveneens de hogere reikwijdte van de concern-zorgverzekeraars in de situatie zonder een risicovereveningsysteem. Een verklaring hiervoor is de verschillen in de portefeuillesamenstelling. De portefeuillesamenstelling van concern-zorgverzekeraars wijken onderling sterker af dan bij zelfstandige zorgverzekeraars onderling. Het risicovereveningsmodel is in staat het vereveningsresultaat van de uitschieters in concern-zorgverzekeraars dichter bij elkaar te brengen dan bij de zelfstandige zorgverzekeraars.
- De spreiding in het vereveningsresultaat neemt voor zowel concern als zelfstandige zorgverzekeraars af door het risicovereveningssysteem: respectievelijk met 87 % en 61 %. In 2016 nam de spreiding af met 81 % voor concern zorgverzekeraars en met 64 % voor zelfstandige zorgverzekeraars (Monitor 2016). De reductie in spreiding voor concern zorgverzekeraars is toegenomen in 2017. Mogelijk is dit een effect van modelverbeteringen die tot uiting komt.
- 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 t/m 2016).

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** | 4 | 344 | 2.597[a] | 708 | 385 | 260 |
| **DV voor FB** | 40 | 78 | 397 | 411 | 46 | 101 |
| **DV na FB** | 39 | 83 | 422 | 417 | 50 | 102 |

Voetnoot 4-5:

a. De reikwijdte is gelijk aan Tabel 4-4. Kleine zorgverzekeraars zijn veelal onderdeel van een concern. De reikwijdte wordt in dit geval door dezelfde twee uiterste zorgverzekeraars bepaald.

### 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: € 277 per verzekerde ten opzichte van geen risicovereveningssysteem;
- Flankerend beleid: € 5 per verzekerde additionele verschuiving.

De GGARV van het ex ante model is toegenomen over de jaren. Dit betekent dat als gevolg van het ex ante model er meer geld onderling worden herverdeeld. Dit kan komen door de modelverbeteringen en/of portefeuillesamenstellingen zijn sterker van elkaar gaan verschillen. Voor het jaar 2017 is er een toename in de

GGARV, dit kan worden verklaard door de samenvoeging van de V&V-kosten in het somatische model, door portefeuillewijzigingen en door de modelverbeteringen.

Tabel 4-6: GGARV van zorgverzekeraars tussen verschillende tijdsmomenten over de jaren[17].

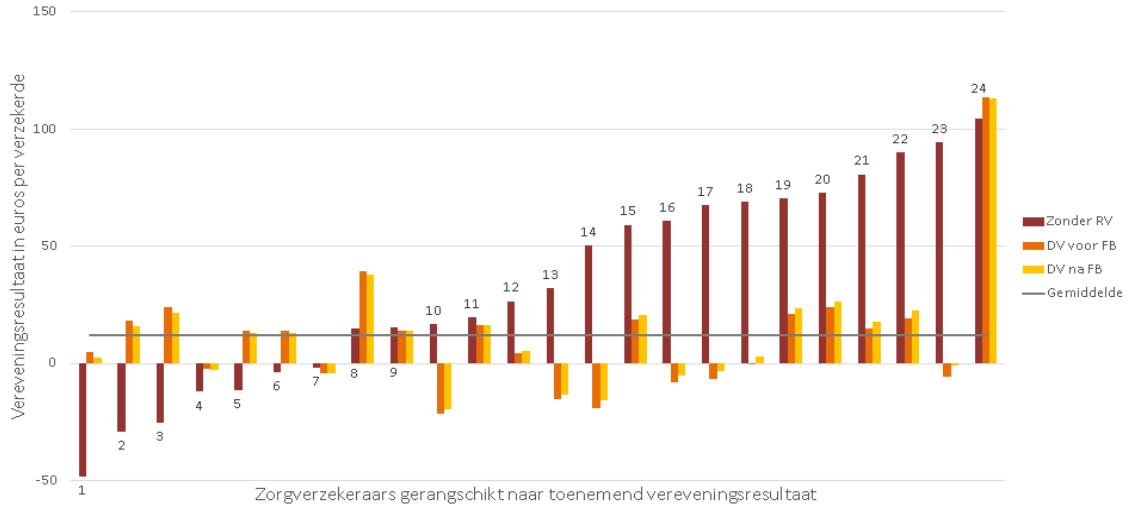
| | Resultaten GGARV | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | *2012* | *2013* | *2014* | *2015* | *2016* | *2017* |
| **Ex ante model** | 166 | 167 | 179 | 189 | 205 | 277 |
| **Flankerend Beleid** | 5 | 10 | 14 | 10 | 1 | 5 |
| **Bandbreedte regeling** | 6 | 9 | 3 | - | - | - |

## 4.2 gGGZ-kosten

### 4.2.1 Landelijk beeld

Figuur 4-7 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat voor alle zorgverzekeraars op verschillende momenten voor de gGGZ-kosten. De bijbehorende tabel presenteert de reikwijdte en de spreiding.

Figuur en Tabel 4-7: Gemiddeld vereveningsresultaat voor de gGGZ-kosten in 2017 per zorgverzekeraar (oplopend gesorteerd naar vereveningsresultaat voor de situatie zonder risicovereveningssysteem), de tabel geeft het gemiddelde, de reikwijdte en de spreiding in € per verzekerde 18+[a].




| | *Gemiddelde, in € [b]* | *Reikwijdte, in €* | *Spreiding, in €* |
|---|---|---|---|
| **Zonder RV** | 12 | 153 | 36 |
| **DV voor FB** | 12 | 135 | 16 |
| **DV na FB** | 12 | 133 | 15 |

Voetnoot Figuur en Tabel 4-7:

a. De zorgverzekeraars zijn fictief oplopend genummerd. Dit wordt voor elke figuur in dit hoofdstuk opnieuw uitgevoerd: zorgverzekeraar 1 in bovenstaande figuur hoeft niet per definitie ook zorgverzekeraar 1 te zijn in een andere figuur.

b. Het gemiddelde vereveningsresultaat is gelijk op elk moment. Het gemiddelde kostenniveau in 2017 is: € 248. 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 13 %[18] (van € 153 naar € 133 per verzekerde 18+: Tabel 4-7). Dit is fors minder dan vorig jaar: 75 % (Monitor 2016). De reductie in de reikwijdte van 13 % is het saldo van:

- ***Reductie van 11 %*** (2016: 62 %, 2015: 75 %) door het ex ante model (DV voor FB), ten opzichte van de fictieve situatie. Een verklaring voor de afname van de reductie in reikwijdte door het ex ante model is dat het grootste negatieve vereveningsresultaat van een zorgverzekeraar in de situatie zonder een risicovereveningssysteem substantieel lager is dan het grootste negatieve vereveningsresultaat van een zorgverzekeraar in 2016. Dit geeft een kleinere reikwijdte in de situatie zonder een risicovereveningsmodel in vergelijking met voorgaande jaren (ofwel de gemiddelde GGZ-kosten voor verzekerden van 18+ van de twee uiterste zorgverzekeraars die de

[17] 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.

[18] Door afronding zorgt de reductie van 11 % door het ex ante model en 1 % door flankerend beleid in totaal tot een reductie van 13 %.

reikwijdte bepalen liggen in 2017 veel dichter bij elkaar dan in 2016). De invloed van het ex ante model wordt daardoor ook kleiner. Dit resultaat toont goed aan dat de reikwijdte sterk wordt beïnvloed door de portefeuillesamenstellingen van het betreffende vereveningsjaar.

- ***Reductie van 1 %*** (vorig jaar 2 %) door flankerend beleid (DV na FB) ten opzichte van de fictieve situatie. Deze afname is conform verwachting over de werking van flankerend beleid bij een onderschrijding van het MPB. De impact is lager dan voorgaande jaren, omdat het macrovereveningsresultaat in 2017 ook lager is.

In Figuur 4-7 vallen zorgverzekeraar 16, 17 en 24 op. Bij zorgverzekeraar 16 en 17 wordt het vereveningsresultaat negatief door het risicovereveningssysteem en bij zorgverzekeraar 24 wordt het vereveningsresultaat nog positiever. Dit kan mogelijk worden verklaard door de portefeuillesamenstelling van deze zorgverzekeraars in relatie tot de vereveningskenmerken. Door gebrek aan de juiste gegevens zijn deze resultaten niet volledig nader te verklaren.

Het patroon van de reductie in reikwijdte door het risicovereveningssysteem was over de afgelopen jaren wisselend. Hierbij is de wijziging van 2016 naar 2017 opvallend: 75 % reductie in 2016 versus 13 % in 2017. Dit komt door een combinatie van wijzigingen in de portefeuillesamenstellingen, wijzigingen in kostendefinities[19] en/of wijzigingen in het risicovereveningssysteem, waaronder verbeteringen aan het ex ante model en afbouw van ex post maatregelen. Door het wegvallen van de bandbreedteregeling per 2017 is de impact op het verder reduceren van de reikwijdte ten tijde van de definitieve vaststelling na flankerend beleid relatief beperkt in verhouding tot eerdere jaren met een bandbreedteregeling. De juiste informatie is niet beschikbaar om de genoemde verklaringen zuiver te onderscheiden en met zekerheid de verschillen over de jaren te duiden.

Tabel 4-8: Reikwijdte en reikwijdte reductie van het gemiddelde vereveningsresultaat over 2012 t/m 2017 [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 % |
| **2017** | 153 | 135 | 11 % | 133 | 13 % |

Voetnoot Tabel 4-8:
a. Cijfers van 2012 t/m 2016 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 risicovereveningssysteem reduceert de spreiding met 59 %, ten opzichte van de fictieve situatie (€ 36 naar € 15 per verzekerde 18+: Tabel 4-9). Dit effect is het saldo van:

- ***Reductie van 56 %*** door het ex ante model (DV voor FB), ten opzichte van de fictieve situatie. Net zoals bij de reikwijdte, zorgt het ex ante model voor een grote reductie van de verschillen tussen zorgverzekeraars (de spreiding neemt af van € 36 naar € 16 per verzekerde).
- ***Reductie van 3 %*** door flankerend beleid (DV na FB) ten opzichte van de fictieve situatie.

Deze resultaten zijn minder in lijn met voorgaande jaren dan het geval in 2016 nog was (Tabel 4-9). In voorgaande jaren droeg het ex ante model zorg voor een grotere spreidingsreductie dan nu in 2017: 59 % in 2017 versus 78 % in 2016, 83 % in 2015 en 86% in 2014. Een verklaring hiervoor kan een combinatie van wijzigingen in de portefeuillesamenstellingen, wijzigingen in kostendefinities[20] en/of wijzigingen in het risicovereveningssysteem, waaronder verbeteringen aan het ex ante model en afbouw van ex post maatregelen zijn. Bij vergelijking van de uitkomsten over de jaren dienen wijzigingen in kostendefinities, in het risicovereveningssysteem en in portefeuillesamenstellingen in acht te worden genomen.

Tabel 4-9: Spreiding en spreidingsreductie van het gemiddelde vereveningsresultaat over 2012 t/m 2017 [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 % |
| **2017** | 36 | 16 | 56 % | 15 | 59 % |

[19] Een voorbeeld van een wijziging in kostendefinitie is de toevoeging van de V&V-kosten en de overheveling van ELV.
[20] Een voorbeeld van een wijziging in kostendefinitie is de toevoeging van de V&V-kosten en de overheveling van ELV.

Voetnoot Tabel 4-9:
a. Cijfers van 2012 t/m 2016 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 per 2017 de bandbreedteregeling. Eerdere jaren zijn zowel de HKC als bandbreedteregeling ingezet.

### 4.2.2 Nadere analyse op portefeuilleomvang

#### Klein/middelgroot/groot

Het risicovereveningssysteem werkt niet selectief voor zorgverzekeraars met een bepaalde omvang. Het risicovereveningssysteem zorgt ervoor 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 4-10). Dit blijkt uit:

- Voor kleine en middelgrote zorgverzekeraars neemt het gemiddelde vereveningsresultaat af door het risicovereveningssysteem, tot onder het landelijk gemiddelde. Zonder een risicovereveningsysteem liggen deze zorgverzekeraars boven het landelijk gemiddelde (€ 25 en € 53 respectievelijk, ten opzichte van € 12 per verzekerde 18+). Voor grote zorgverzekeraars neemt het gemiddelde vereveningsresultaat door het risicovereveningssysteem juist toe. Bij deze zorgverzekeraars ligt het gemiddelde vereveningsresultaat zonder risicovereveningssysteem onder 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. Verschillen in portefeuilles is ook (deels) een verklaring voor de resultaten in 2017 ten opzichte van voorgaande jaren.
- Flankerend beleid zorgt voor een beperkte toename van het gemiddelde vereveningsresultaat bij kleine en middelgrote zorgverzekeraars en juist een afname van het gemiddelde vereveningsresultaat bij grote zorgverzekeraars. Dit effect stemt overeen met de werking van flankerend beleid bij een onderschrijding van het MPB.

Tabel 4-10: 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** | 25 | 53 | -4 | 138 | 116 | 56 | 47 | 32 | 21 |
| **DV voor FB** | 2 | 7 | 14 | 43 | 135 | 20 | 15 | 27 | 7 |
| **DV na FB** | 3 | 9 | 13 | 42 | 133 | 17 | 15 | 26 | 5 |

Voor de reikwijdte van het vereveningsresultaat en de spreiding in het vereveningsresultaat zijn verschillende effecten van de werking van het risicovereveningssysteem waar te nemen (Tabel 4-10):

- Voor kleine en grote zorgverzekeraars neemt de reikwijdte af door het risicovereveningssysteem met 69 % en 64 % respectievelijk (2016: afname van 82 % en 77 %). Bij middelgrote zorgverzekeraars zorgt het risicovereveningssysteem voor een toename in de reikwijdte: 16 % (2016: afname van 62 %). Het effect van het risicovereveningssysteem op de reikwijdte is, behalve de tegengestelde richting, ook groter voor kleine en grote zorgverzekeraars, dan voor middelgrote zorgverzekeraars. De reikwijdte wordt bepaald door de twee uitersten, waardoor deze resultaten aangeven in welke mate de verschillende type zorgverzekeraars onderling met elkaar verschillen. Het risicovereveningssysteem kan een grote impact hebben op het risicovereveningsresultaat van een individuele zorgverzekeraar (Figuur 4-7). Dit kan leiden tot verschillende zorgverzekeraars die de uitersten bepalen, waardoor de reikwijdte tussen zorgverzekeraars toeneemt of afneemt, afhankelijk van de impact.
- Het risicovereveningssysteem reduceert de spreiding voor zowel kleine, middelgrote als grote zorgverzekeraars. Deze reductie is het sterkst onder kleine en grote zorgverzekeraars: 67 % en 75 % respectievelijk (2016: 81 % en 80 % respectievelijk. Doordat de spreidingsmaat gebaseerd is op de gewogen standaarddeviatie hebben kleine zorgverzekeraars minder impact op de spreidingsmaat, dan dat zij kunnen hebben op de reikwijdte die door de twee uitersten wordt bepaald.

Deze resultaten zijn qua patroon minder in lijn met voorgaande jaren, dan het geval was in eerdere jaren (Monitor 2012 t/m 2016). Dat geldt met name voor de middelgrote (patroon van gemiddelde en spreiding wijken af) en grote zorgverzekeraars (alleen patroon van gemiddelde wijkt af). Dit kan worden verklaard door wijzigingen in portefeuillesamenstellingen, wijzigingen in kostendefinities en/of wijzigingen in het risicovereveningssysteem.

#### 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 4-11):

- Het gemiddelde vereveningsresultaat voor concern-zorgverzekeraars stijgt licht door het ex ante model en blijft gelijk na flankerend beleid. Bij zelfstandige zorgverzekeraars zijn er grotere verschillen onderling in het gemiddelde vereveningsresultaat op de verschillende momenten. Het gemiddelde vereveningsresultaat voor zelfstandige zorgverzekeraars is op alle momenten hoger dan voor concern-zorgverzekeraars. Dit komt overeen met de resultaten in voorgaande jaren (Monitor 2016, 2015).
- Door het risicovereveningssysteem neemt de reikwijdte substantieel af voor concern-zorgverzekeraars: 70 % (2016: afname 87 %, 2015: afname 88 %). Voor zelfstandige zorgverzekeraars neemt de reikwijdte dit jaar toe met 30 % (2016: afname 16 %, 2015: afname 74 %). Wijzigingen in portefeuillesamenstellingen, wijzigingen in kostendefinities en/of wijzigingen in het risicovereveningssysteem leiden tot verschuivingen van zorgverzekeraars met het meest positief of meest negatieve vereveningsresultaat, waardoor andere zorgverzekeraars de reikwijdte bepalen. 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 vereveningsresultaat (en daarmee de kosten en portefeuillesamenstelling) ten opzichte van de twee uiterste zelfstandige zorgverzekeraars.
- De spreiding neemt dit jaar niet zo af door inzet van het ex ante model en de ex post maatregelen dan voorgaande jaren het geval is. Bij de zelfstandige zorgverzekeraars is er een grotere spreiding dan bij concern-zorgverzekeraars en deze spreiding wordt ook niet gereduceerd door het risicovereveningssysteem.

Tabel 4-11: Gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding voor concern- en zelfstandige zorgverzekeraars.

| | *Gemiddelde, in €* | | *Reikwijdte, in €* | | *Spreiding, in €* | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Concern* | *Zelfstandig* | *Concern* | *Zelfstandig* | *Concern* | *Zelfstandig* |
| **Geen RV** | 8 | 44 | 143 | 89 | 34 | 30 |
| **DV voor FB** | 10 | 25 | 46 | 120 | 11 | 31 |
| **DV na FB** | 10 | 26 | 43 | 116 | 10 | 30 |

### 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 GGARV is:

- Ex ante model: € 35 per verzekerde 18+ ten opzichte van de fictieve situatie.
- Flankerend beleid: € 2 per verzekerde 18+ additionele verschuiving.

Deze resultaten zijn qua patroon vergelijkbaar met voorgaande jaren (Tabel 4-12).

Tabel 4-12: GGARV van zorgverzekeraars tussen verschillende tijdsmomenten over de jaren[21].

| | *Resultaten GGARV* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | *2012* | *2013* | *2014* | *2015* | *2016* | *2017* |
| **Ex ante model** | 32 | 34 | 36 | 32 | 33 | 35 |
| **Flankerend Beleid** | 1 | 6 | 6 | 3 | 4 | 2 |
| **HKC*** | 8 | 8 | 5 | - | - | - |
| **Bandbreedteregeling** | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | - |

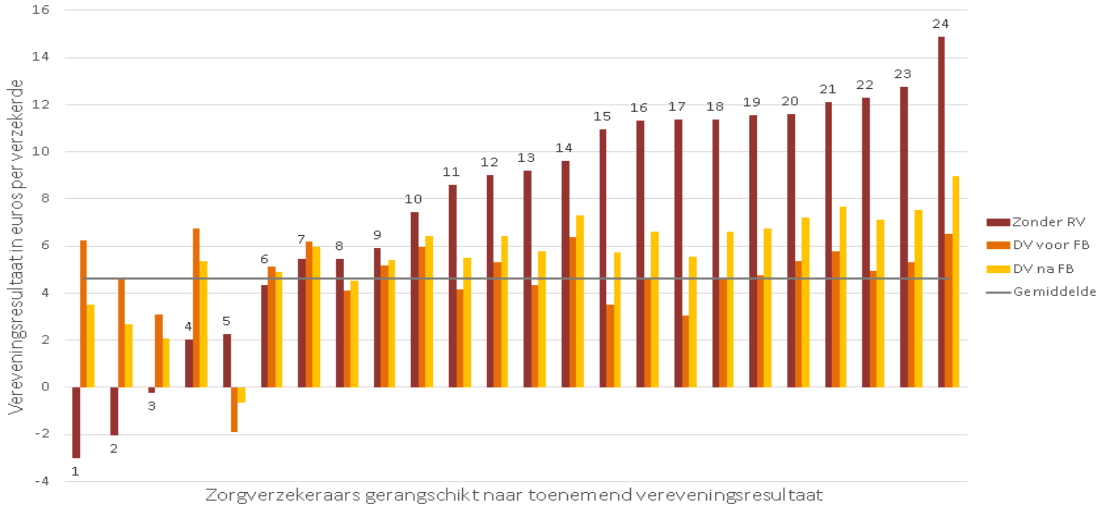
[21] De getallen in de tabel zijn afkomstig uit eerdere edities. Deze getallen zijn niet gecorrigeerd voor verschillen tussen de jaren in kostendefinities, modelwijzigingen, portefeuillesamenstellingen en andere factoren.

## 4.3 LGGZ-kosten

### 4.3.1 Landelijk beeld

Figuur 4-13 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 4-13: Gemiddeld vereveningsresultaat voor de LGGZ-kosten in 2017 per zorgverzekeraar (oplopend gesorteerd naar vereveningsresultaat voor de situatie zonder risicovereveningssysteem), de tabel geeft het gemiddelde, de reikwijdte en de spreiding in € per verzekerde 18+ [a].




| | Gemiddelde, in € [b] | Reikwijdte, in € | Spreiding, in € |
|---|---|---|---|
| **Zonder RV** | 5 | 18 | 5 |
| **DV voor FB** | 5 | 9 | 1 |
| **DV na FB** | 5 | 10 | 2 |

Voetnoot Figuur en Tabel 4-13:

a. De zorgverzekeraars zijn fictief oplopend genummerd. Dit wordt voor elke figuur in dit hoofdstuk opnieuw uitgevoerd: zorgverzekeraar 1 in bovenstaande figuur hoeft niet per definitie ook zorgverzekeraar 1 te zijn in een andere figuur.

b. Het gemiddelde kostenniveau in 2017 is: € 11. 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 46 % (van € 18 naar € 10 per verzekerde 18+: Tabel 4-13). Dit effect is het saldo van:

- ***Reductie van 52 %*** door het ex ante model (DV voor FB), ten opzichte van de fictieve situatie. In vergelijking met 2016 (reductie van 41 %) is de reductie in 2017 iets toegenomen. Er is geen vergelijking met de jaren vóór 2016 mogelijk, omdat de LGGZ-kosten zijn overgeheveld per 2016 (sinds 2016 is er een apart model voor de LGGZ).
- ***Toename van 6 %*** door flankerend beleid (DV na FB) ten opzichte van de fictieve situatie.

#### Spreiding

Het risicovereveningssysteem reduceert de spreiding met 61 %, ten opzichte van de fictieve situatie (€ 5 naar € 2 per verzekerde 18+: Tabel 4-13). Dit effect is het saldo van:

- ***Reductie van 73 %*** door het ex ante model (DV voor FB), ten opzichte van de fictieve situatie. Net zoals bij de reikwijdte, zorgt het ex ante model voor een grote reductie van de verschillen tussen zorgverzekeraars (de spreiding neemt af van € 5 naar € 1 per verzekerde). De reductie door het ex ante model is iets kleiner dan in 2016: 75 %.
- ***Toename van 12 %*** door flankerend beleid (DV na FB), ten opzichte van de fictieve situatie.

### 4.3.2 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 4-14). Het risicovereveningssysteem werkt niet selectief voor zorgverzekeraars met een bepaalde omvang. Dit blijkt uit:

- Voor kleine en middelgrote zorgverzekeraars neemt het gemiddelde vereveningsresultaat af door het risicovereveningssysteem, richting het landelijk gemiddelde. Zonder een risicovereveningsysteem liggen deze zorgverzekeraars boven het landelijk gemiddelde (€ 8 en € 10 respectievelijk, ten opzichte van € 5 per verzekerde 18+). Voor grote zorgverzekeraars ligt het gemiddelde vereveningsresultaat zonder risicoverevening onder het landelijk gemiddelde. 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. De middelgrote en grote zorgverzekeraars nemen daarin hetzelfde patroon aan als in 2016. Het gemiddelde van kleine zorgverzekeraars bleef in 2016 gelijk tussen fictieve situatie, risicoverevening, flankerend beleid en bandbreedteregeling (€ 7).
- Flankerend beleid zorgt voor een kleine afname van het gemiddelde vereveningsresultaat bij grote zorgverzekeraars en een kleine toename van het gemiddelde vereveningsresultaat bij kleine en middelgrote zorgverzekeraars.

Tabel 4-14: Gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding voor zorgverzekeraars ingedeeld naar omvang.

| | *Gemiddelde, in €* | | | *Reikwijdte, in €* | | | *Spreiding, in €* | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | *Klein* | *Middel groot* | *Groot* | *Klein* | *Middel groot* | *Groot* | *Klein* | *Middel groot* | *Groot* |
| **Zonder RV** | 8 | 10 | 2 | 16 | 11 | 12 | 6 | 3 | 3 |
| **DV voor FB** | 4 | 5 | 5 | 8 | 3 | 4 | 3 | 1 | 1 |
| **DV na FB** | 5 | 6 | 4 | 8 | 4 | 5 | 3 | 1 | 2 |

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 4-14):

- De reikwijdte neemt af door het risicovereveningssysteem, ongeacht de portefeuilleomvang, net zoals in 2016. Het ex ante model zorgt in 2017 bij middelgrote zorgverzekeraars voor de grootste afname in de reikwijdte van het vereveningsresultaat: 61 %. Voor kleine en grote zorgverzekeraars is deze afname 47 % en 55 % respectievelijk. In 2016 reduceerde het risicovereveningssysteem de reikwijdte het meest voor de kleine zorgverzekeraars (64 %). Flankerend beleid zorgt in 2017 voor een kleine toename in de reikwijdte voor zowel de middelgrote als grote zorgverzekeraars.
- Het risicovereveningssysteem reduceert de spreiding voor zowel kleine, middelgrote als grote zorgverzekeraars, evenals in 2016. Deze reductie is het sterkst onder middelgrote zorgverzekeraars (64 %). In 2016 was de reductie 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 4-15):

- Het gemiddelde vereveningsresultaat voor zowel zelfstandige als concern-zorgverzekeraars is vrij constant, ongeacht het moment, evenals in 2016.
- Door het risicovereveningssysteem neemt de reikwijdte substantieel af voor zowel concern- als zelfstandige zorgverzekeraars: respectievelijk 62 % en 22 % (2016: 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 vereveningsresultaat en daarmee samenhangend de kosten en de portefeuillesamenstelling, ten opzichte van de twee uiterste zelfstandige zorgverzekeraars.
- De spreiding daalt door het risicovereveningsysteem voor zowel voor concern- als zelfstandige zorgverzekeraars. De initiële spreiding is hoger voor concern-zorgverzekeraars dan voor zelfstandige zorgverzekeraars. In 2016 daalde de spreiding ook zowel voor concern- als zelfstandige zorgverzekeraars en was de initiële spreiding ook hoger voor concern-zorgverzekeraars.

Tabel 4-15: Gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding voor concern- en zelfstandige zorgverzekeraars.

| | Gemiddelde, in € | | Reikwijdte, in € | | Spreiding, in € | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Concern | Zelfstandig | Concern | Zelfstandig | Concern | Zelfstandig |
| **Geen RV** | 4 | 8 | 18 | 10 | 5 | 3 |
| **DV voor FB** | 5 | 5 | 4 | 8 | 1 | 2 |
| **DV na FB** | 4 | 6 | 7 | 8 | 2 | 2 |

### 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:

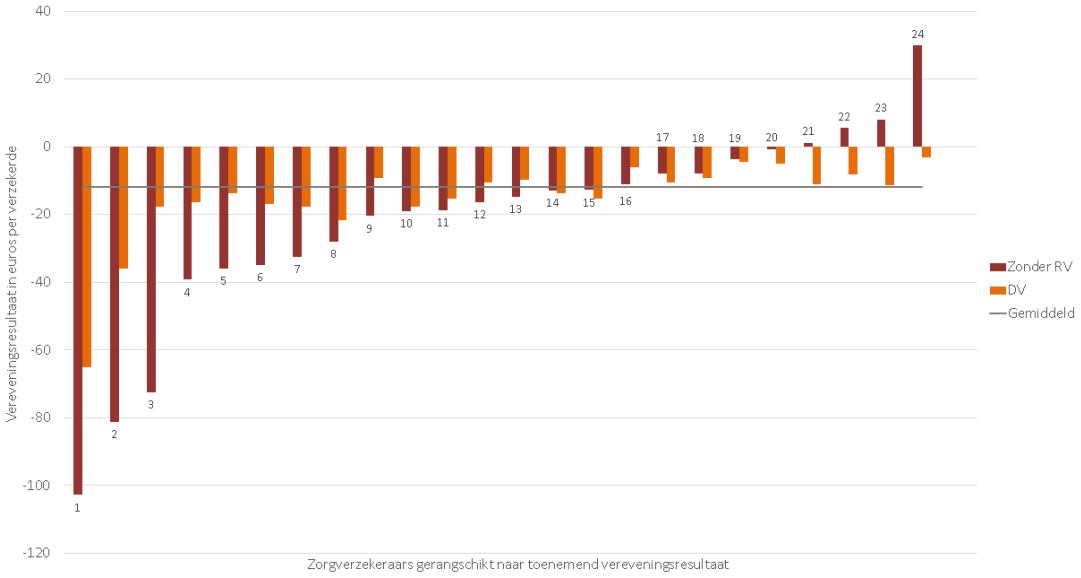
- Ex ante model: € 4 per verzekerde 18+ ten opzichte van de fictieve situatie.
- Flankerend beleid: € 1 per verzekerde 18+ additionele verschuiving.

## 4.4 Opbrengsten verplicht eigen risico

### 4.4.1 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 2017 per zorgverzekeraar (oplopend gesorteerd naar vereveningsresultaat voor de situatie zonder risicovereveningssysteem), de tabel geeft de reikwijdte in vereveningsresultaat en spreiding, in € per verzekerde 18+ [a].




| | Gemiddelde, in € | Reikwijdte, in € | Spreiding, in € |
|---|---|---|---|
| **Geen RV** | -12 | 133 | 20 |
| **DV** | -12 | 62 | 8 |

Voetnoot bij Figuur en Tabel 4-17:

a. De zorgverzekeraars zijn fictief oplopend genummerd. Dit wordt voor elke figuur in dit hoofdstuk opnieuw uitgevoerd: zorgverzekeraar 1 in bovenstaande figuur hoeft niet per definitie ook zorgverzekeraar 1 te zijn in een andere figuur.

#### Gemiddelde vereveningsresultaat en reikwijdte

Het gemiddelde vereveningsresultaat is € - 12 per verzekerde 18+ bij de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage. Dit is lager dan vorig jaar: € - 17 per verzekerde 18+ (Monitor 2016).

De reikwijdte neemt met 53 % af (van € 133 per verzekerde 18+ zonder risicovereveningssysteem naar € 62 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). De reikwijdte zonder een risicovereveningssysteem (ofwel de reikwijdte in de gemiddelde kosten) is toegenomen door de jaren. Deze uitkomst wordt bepaald door de portefeuillesamenstellingen van de uiterste zorgverzekeraars, die over de jaren kunnen wijzigingen (zowel diegene de

uitersten bepalen als de gemiddelde kosten van de portefeuillesamenstelling van de betreffende zorgverzekeraars). Op basis van deze analyse alleen kan dan ook geen zuivere conclusie worden getrokken over de verevenende werking van het risicovereveningssysteem van het vereveningsjaar ten opzichte van voorgaande jaren.

Figuur 4-18: Reikwijdte en reikwijdte reductie van het gemiddelde vereveningsresultaat over 2012 t/m 2017[a, b].

| 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 % |
| **2017** | 133 | 62 | 53 % |

Voetnoot Tabel 4-18:
a. Cijfers van 2012 t/m 2016 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 61 % (van € 20 naar € 8 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 veranderd ten opzichte van 2016. De forfaitaire groep is in 2017 uitgebreid met FDG’s. De forfaitaire groep bestaat uit verzekerden die zijn ingedeeld in een positieve risicoklasse van een FDG, FKG, DKG, HKG en/ of MHK. Het verplicht eigen risico bedrag is over de periode 2008 tot en met 2016 verhoogd en per 2017 gelijk gebleven aan 2016.

Figuur 4-19: Spreiding en spreidingsreductie van het gemiddelde vereveningsresultaat over 2012 t/m 2017[a, b].

| 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 % |
| **2017** | 20 | 8 | 61 % |

Voetnoot Tabel 4-19:
a. Cijfers van 2012 t/m 2016 overgenomen uit eerdere edities van de Monitor.
b. Spreidingsreductie ten opzichte van de fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem (‘zonder RV’).

## 4.4.2 Nadere analyse op basis van portefeuilleomvang

### Klein/middelgroot/groot

De ingehouden korting op de bijdrage en de opbrengsten van het verplicht eigen risico sluiten beter op elkaar aan voor kleine en grote zorgverzekeraars dan voor middelgrote zorgverzekeraars. Dit is te zien doordat het gemiddelde vereveningsresultaat van middelgrote zorgverzekeraars lager is dan voor kleine en grote zorgverzekeraars (Tabel 4-20). In 2016 sloot de ingehouden korting op de bijdrage en de opbrengsten van het verplicht eigen risico beter op elkaar aan voor middelgrote en grote zorgverzekeraars dan voor kleine zorgverzekeraars. De aansluiting in 2017 ligt meer in lijn met de resultaten van 2014 en 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** | -29 | -27 | -6 | 102 | 111 | 34 | 35 | 28 | 9 |
| **DV** | -13 | -17 | -11 | 15 | 60 | 17 | 6 | 13 | 4 |

Het risicovereveningssysteem reduceert verschillen in de reikwijdte en spreiding (Tabel 4-20). De reikwijdte is voor middelgrote zorgverzekeraars het hoogst en bij kleine zorgverzekeraars het laagst. Grote zorgverzekeraars hebben de kleinste spreiding en middelgrote zorgverzekeraars de grootste spreiding.

### 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** | -11 | -24 | 111 | 99 | 18 | 27 |
| **DV** | -12 | -15 | 39 | 61 | 6 | 16 |

Op dezelfde wijze heeft het risicovereveningssysteem in 2017 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. Dit verschil is kleiner geworden in vergelijking met vorig jaar (2016: 116 en 83 respectievelijk). In eerdere jaren was de reikwijdte bij concern-zorgverzekeraars ook hoger dan bij zelfstandige zorgverzekeraars; in 2012 was de reikwijdte in het vereveningsresultaat juist voor zelfstandige zorgverzekeraars hoger (Monitor 2012 t/m 2016). 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 2016).

## 4.4.3 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 vergelijkbaar met die van vorige jaren (Monitor 2014 t/m 2016).

# 5 Subgroepniveau

## Bevindingen

### Somatische kosten

- Onder het somatische model 2017 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 ondercompensatie voor subgroepen met hoge kosten in het vorige jaar – top 1 %, 3 %, 5 % en 15 % – en een gemiddelde overcompensatie voor subgroepen met geen tot relatief weinig kosten in het vorige jaar (bij een grens van € 50).
  - Verzekerden zonder aandoening (zowel somatisch als psychisch) worden gemiddeld adequaat gecompenseerd (bij een grens van € 50). Dit geldt ook voor verzekerden van 18 tot 64 jaar met een somatische aandoening en zonder psychische aandoening. In totaal omvatten deze subgroepen 78,8 % van de Zvw-bevolking. Verzekerden van 65 jaar en ouder met zowel een somatische als een psychische aandoening worden overgecompenseerd (€ 170). Verzekerden van 18- met een somatische aandoening (€ 797) en verzekerden met een psychische aandoening en zonder somatische aandoening (ongeacht leeftijd) worden gemiddeld ondergecompenseerd (verzekerden tussen 18 en 64 jaar: € 254 en verzekerden van 65 jaar en ouder: € 150)
- Over het algemeen gelden voor dezelfde subgroepen onder- en overcompensaties als in voorgaande jaren. Voor aantal specifieke subgroepen, waaronder verzekerden met hoge kosten in voorgaande jaren of verzekerden met een bepaalde (chronische) aandoening, zijn de gemiddelde vereveningsresultaten verbeterd (dichter bij nul). Dit is het directe gevolg van de doorgevoerde modelverbeteringen.
- Echter, voor een aantal specifieke subgroepen resteren nog steeds onder- en overcompensaties, die ook in voorgaande jaren voor deze subgroepen waren geconstateerd. Uit de verdiepende analyses naar de morbiditeitskenmerken van de onderzochte subgroepen, blijkt dat net zoals in voorgaande jaren het ex ante model 2017 (nog) niet in voldoende mate multi-morbiditeit en/of meervoudigheid van gezondheidsproblematiek erkent (ondanks de doorgevoerde modelverbeteringen).

### gGGZ-kosten

- Onder het gGGZ-model 2017 zijn er gemiddelde onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen (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 overgecompenseerd (met € 318). Verzekerden met (zeer) hoge gGGZ-kosten in het vorig jaar – in de hoogste 1 %, 3 % en 5 % – worden gemiddeld zwaar ondergecompenseerd. De ondercompensatie voor deze subgroepen is afgenomen ten opzichte van voorgaande jaren. Dit is het directe gevolg van de doorgevoerde modelverbeteringen. Echter, de ondercompensaties voor deze subgroepen zijn nog steeds substantieel.
  - Bij de subgroepen voor leeftijd en aandoening geldt een adequate compensatie voor alle subgroepen (bij een grens van € 50), met uitzondering van verzekerden tussen de 18 en 64 jaar met een psychische aandoening (ongeacht somatische aandoening). Deze verzekerden worden gemiddeld licht ondergecompenseerd. Deze bevindingen zijn voorgaande jaren ook geconstateerd.
- Uit de verdiepende analyses naar de morbiditeitskenmerken van de onderzochte subgroepen blijkt dat net zoals in voorgaande jaren, het GGZ-model van 2017 (nog) niet voldoende in staat is om de kosten van verzekerden met ernstige en/of meervoudige psychische gezondheidsproblematiek adequaat te compenseren.

Dit hoofdstuk analyseert de verevenende werking van de ex ante modellen op *subgroepniveau*. Hiertoe wordt het gemiddelde vereveningsresultaat van een aantal gedefinieerde subgroepen geanalyseerd. Een positief vereveningsresultaat staat voor een overcompensatie en een negatief vereveningsresultaat voor een ondercompensatie.

Ten behoeve van vergelijkbaarheid, worden dezelfde subgroepen als in vorige edities van de Monitor geanalyseerd, rekening houdend met wijzigingen in de definitie van de vereveningskenmerken die zijn gebruikt om deze subgroepen af te bakenen (Bijlage B). Een somatische aandoening is gedefinieerd als een verzekerde die is ingedeeld in minimaal

één positieve klasse van FKG, DKG, HKG of MHK[22]. Een psychische aandoening is gedefinieerd als een verzekerde die is ingedeeld in minimaal één positieve klasse van psychische FKG, DKG-GGZ en MHK-GGZ. Alle verzekerden in de Zvw-bevolking zijn ingedeeld in één van de gedefinieerde 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 2016).

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

- Het gemiddelde vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling, voor en na flankerend beleid wordt geanalyseerd[23]. Flankerend beleid wordt door ZIN uitgevoerd op zorgverzekeraarsniveau; in onderhavige analyses simuleren wij het effect van flankerend beleid op verzekerdenniveau. Bij de resultaten voor flankerend beleid wordt het macrovereveningsresultaat gecorrigeerd. Flankerend beleid passen wij in twee stappen toe, zoals in de uitvoering door ZIN ook gebeurt:
    1. Een procentuele schalingsfactor toepassen om het macrovereveningsresultaat af te romen over de verzekerden van de Zvw-bevolking (voor de somatische kosten alle verzekerden en voor de GGGZ-kosten de verzekerden van 18+);
    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; dit is geanalyseerd in Hoofdstuk 4.
- Criteriumneutraliteit (of de vormen hiervan die van toepassing zijn) zijn meegenomen in de analyses door uit te gaan van de ex-post normbedragen.
- Alle risicodragende kosten onder de Zvw worden meegenomen, afzonderlijk voor de somatische kosten inclusief V&V-kosten en de gGGZ-kosten. De LGGZ-kosten kunnen niet worden geanalyseerd, omdat deze gegevens niet beschikbaar zijn op verzekerdenniveau in de aangeleverde bestanden (de LGGZ-kosten zijn beperkt, namelijk € 150,1 miljoen. Dit is 0,35 % van de totale macrokosten in 2017).
- 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. Verzekerden kunnen kosten maken die gerelateerd zijn aan een (chronische) aandoening(en) (kosten waarvoor het risicovereveningsmodel wenst te compenseren) en zorggebruik gerelateerd aan factoren waarvoor men niet wenst te compenseren, zoals incidenteel zorggebruik. Het ex ante model kan en hoeft niet alle typen kosten volledig te compenseren. Voor het realiseren van de beleidsdoelen is het niet nodig dat de gemiddelde onder- en overcompensaties voor alle onderzochte subgroepen gelijk zijn aan nul. Mogelijk kan een deel van de gepresenteerde onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen worden toegeschreven aan type kosten waarvoor het mogelijk niet nodig of wenselijk is om de kosten volledig te compenseren. Voor interpretatie van de resultaten is het relevant om de hoogte van de onder- en overcompensaties te analyseren en de patronen in de onder- en overcompensaties in vergelijking met voorgaande jaren. 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. Dat geeft aanknopingspunten voor verbetering van het ex ante model, rekening houdend met het risicovereveningsmodel dat momenteel in de praktijk in uitvoering is ten opzichte van het risicovereveningsmodel dat in deze Monitor wordt geëvalueerd (5 jaar vertraging).
- 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. 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 verevenende 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[24].

[22] Per 2017 is FDG toegevoegd aan het somatische model. Dit vereveningskenmerk hebben wij niet meegenomen in de definitie van een somatische aandoening, ten behoeve van vergelijkbaarheid met vorige edities van de Monitor. De vereveningskenmerken FKG, DKG, HKG en MHK zijn gebruikt zoals aangeleverd in de bestanden (en gebruikt in de uitvoering van 2017). In de bijlage zijn aanvullende analyses opgenomen, waarbij FDG wel is gebruikt voor het definiëren van de somatische aandoening.

[23] Zoals in de Monitor 2016 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).

[24] Afgelopen jaar zijn verscheidende onderzoeken uitgevoerd naar de restproblematiek binnen de risicoverevening, waarin voor specifieke subgroepen de verevenende werking van het risicovereveningsmodel (huidige risicovereveningsmodel 2022) is onderzocht.

## 5.1 Somatische kosten

### 5.1.1 Subgroepen op basis van kosten van vorig jaar

Het gemiddelde vereveningsresultaat en de kosten voor subgroepen op basis van de somatische kosten van 2016 zijn geanalyseerd, ter indicatie van de verevenende 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 2016 zijn overleden of geëmigreerd zijn niet inbegrepen. Door deze in- en uitstroom is de omvang van de subgroepen in 2017 niet exact gelijk aan de gestelde percentielklassen op basis van de kosten van 2016. De subgroepen sluiten elkaar uit: e.g. de hoogste 3 % bevat niet de verzekerden in de hoogste 1 %. De percentielen in tabel 5-1 zijn gebaseerd op de somatische kosten *exclusief V&V-kosten* van 2016. Wij hebben dezelfde analyse ook uitgevoerd op de somatische kosten inclusief V&V-kosten van 2016 (Bijlage F). Deze analyse geeft vergelijkbare resultaten, waarbij de onder- en overcompensaties voor de subgroepen iets wijzigen omdat de grenzen van de kostenpercentielen voor het definiëren van de subgroepen verschillen.

Tabel 5-1: Gemiddelde vereveningsresultaat en de gemiddelde somatische kosten in 2017 voor subgroepen op basis van de somatische kosten (exclusief V&V-kosten) in 2016, bij de definitieve vaststelling na correctie voor het macrovereveningsresultaat en na flankerend beleid (inclusief partiële criteriumneutraliteit en klassenneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde.

| Subgroepen op basis van somatische kosten 2016 [a] | Aantal (%) [b] | Definitieve vaststelling 2017 Gemiddelde vereveningsresultaat in € [c] *Voor* FB, *na* correctie macrovereveningsresultaat [d] | *Na* FB [e] | Gemiddelde kosten in € |
|---|---|---|---|---|
| **Hoogste 1 % (99 % - 100 %)** | 0,8 | - 6.084 | - 6.031 | 31.359 |
| **Hoogste 3 % (97 % - 99 %)** | 1,8 | - 837 | - 782 | 13.982 |
| **Hoogste 5 % (95 % - 97 %)** | 1,9 | - 290 | - 236 | 9.032 |
| **Hoogste 15 % (85 % - 95 %)** | 9,8 | - 242 | - 190 | 5.541 |
| **Midden 70 % (15 % - 85 %)** | 70,1 | 77 | 121 | 1.391 |
| **Laagste 15 % (0 % - 15 %)** [f] | 15,6 | 260 | 310 | 716 |
| **Totaal** | **100** | **0** | **46** | **2.311** |

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 de gemiddelde kosten. In berekening van het vereveningsresultaat nemen wij partiële criteriumneutraliteit voor FKG en klassenneutraliteit voor DKG mee. Het gemiddelde vereveningsresultaat wijkt iets 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 voor het macrovereveningsresultaat wordt gecorrigeerd.
d. Na correctie voor het macrovereveningsresultaat: procentuele schalingsfactor is 0,9804.
e. Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 0,9804 *plus* een vast bedrag van € 46 per verzekerde 18+. Dit is een simulatie van het effect van flankerend beleid.
f. Deze subgroep bevat ook de instromers in 2017 (geborenen en immigranten). Deze verzekerden wijken over het algemeen qua kosten af van de andere verzekerden in deze subgroep.

*Werking van ex ante model: resultaten na correctie voor macrovereveningsresultaat*

Het somatische model resulteert in gemiddelde onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen op basis van de somatische 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 voldoende in staat verzekerden in de top 15 % (met name uitgesplitst naar 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 worden onderbouwd door:

- Gegeven deze subgroepen, wordt het overgrote deel (85,7 %) van de Zvw-bevolking gemiddeld overgecompenseerd: verzekerden in de laagste 15 % met gemiddeld € 260 en verzekerden in de midden 70 % met gemiddeld € 77 per verzekerde. Deze subgroepen hebben kosten onder het landelijk gemiddelde in 2017. Dit zijn de relatief gezonde verzekerden in de Zvw-bevolking, met name de verzekerden in de laagste 15 %. Dit patroon is in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2014 t/m 2016).
- Verzekerden in de top 1 %, 3 %, 5 % en 15 % worden ondergecompenseerd met gemiddeld € 6.084, € 837, € 290 en € 242 per verzekerde, respectievelijk. In voorgaande jaren waren voor deze subgroepen ook substantiële gemiddelde ondercompensaties geconstateerd (Monitor 2012 t/m 2016): € 6.539, € 1.115, € 501, € 295 in 2016. Hieruit volgt dat deze ondercompensaties in 2017 zijn afgenomen ten opzichte van vorig jaar (en de jaren daarvoor). Dit is het directe gevolg van de doorgevoerde modelverbeteringen.
- Echter, deze resultaten geven ook aan dat ondanks de modelverbeteringen het ex ante model (nog) niet in staat is adequaat de somatische kosten inclusief V&V-kosten te compenseren voor deze verzekerden met hoge

somatische kosten in het vorige jaar. Voor de verzekerden in de top 1 % compenseert het ex ante model 81 % van de kosten en voor de top 3 % is dit 94 %; daarmee resteert 19 % en 6 % van de kosten van deze subgroepen die nog niet worden gecompenseerd door het ex ante model[25]. De informatie ontbreekt om te duiden welke aandeel in deze kosten gerelateerd zijn aan gezondheid en welk aandeel door factoren waarvoor het niet wenselijk is om te compenseren. De verzekerden in deze subgroepen hebben (sterk) bovengemiddelde kosten in het huidige jaar: 6 tot 13 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). Ook in voorgaande jaren is dit patroon in de vereveningsresultaten geconstateerd (Monitor 2012 t/m 2016). Dit geeft aan dat het ex ante model, ondanks de modelverbeteringen, nog niet voldoende in staat is om voor deze chronisch zieken adequaat te compenseren.

*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 (midden 70 % en laagste 15 %) licht toenemen. Zorgverzekeraars krijgen namelijk voor elke verzekerde van 18+ een vast bedrag van het macrovereveningsresultaat toebedeeld (€ 46) als onderdeel van flankerend beleid, nadat het macrovereveningsresultaat procentueel is afgeroomd. Merk op dit is een simulatie van flankerend beleid. In hoofdstuk 4 is geanalyseerd hoe flankerend beleid uitwerkt op de werkelijke portefeuilles van zorgverzekeraars in 2017.

### 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.

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

| Subgroepen [a] op basis van kosten 2016 | Percentage (%) in positieve risicoklasse van morbiditeitskenmerk | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | FKG>0 | MHK>0 | DKG>0 | HKG>0 | Combinaties [b] |
| **Hoogste 1 % (99 % - 100 %)** | 74,0 | 64,9 | 86,9 | 34,9 | 19,3 |
| **Hoogste 3 % (97 % - 99 %)** | 71,5 | 63,4 | 75,8 | 23,6 | 12,0 |
| **Hoogste 5 % (95 % - 97 %)** | 58,6 | 52,2 | 61,7 | 18,3 | 7,2 |
| **Hoogste 15 % (85 % - 95 %)** | 50,0 | 35,7 | 33,4 | 13,0 | 2,7 |
| **Midden 70 % (15 % - 85 %)** | 17,4 | 0,1 | 4,9 | 2,0 | 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 voorgaande jaar (top 1 %, 3 %, 5 % en 15 %) is het aandeel verzekerden in een positieve risicoklasse van de morbiditeitskenmerken of combinaties hiervan 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[26]. Het aandeel verzekerden met een combinatie van deze kenmerken is sterk verhoogd ten opzichte van voorgaande jaren. Een mogelijk verklaring is de toevoeging van de V&V-kosten aan de somatische kosten. De verzekerden die vorig jaar zijn ingedeeld in de top-percentielen van de V&V-kosten, zijn nu grotendeels terechtgekomen in de gedefinieerde top-percentielen van 2017. Dit zijn relatief ongezonde verzekerden, ook binnen de subgroep van verzekerden met alleen somatische kosten in deze top-percentielen. Deze subgroepen in de top-percentielen worden daarmee sterk gekenmerkt door een relatief groot aandeel van de V&V-kosten binnen de somatische kosten (en uiteraard andere somatische kosten die samenhangen met verzekerden die veel V&V-zorg nodig hebben). Naar verwachting worden de ondercompensaties voor deze subgroepen in de top-percentielen van de kosten in het vorige jaar (deels) verklaard doordat het ex ante model combinaties van morbiditeitskenmerken, met achterliggend meerdere chronische aandoeningen of meervoudige gezondheidsproblematiek, niet volledig adequaat opneemt. De verzekerden in deze subgroepen zijn de relatief hoog risico verzekerden binnen elke risicoklasse van de morbiditeitskenmerken. De zorgverzekeraar krijgt een opslag in de bijdrage voor deze verzekerden, maar deze opslag is niet voldoende om de kosten van deze

[25] Berekening: 100 % * (31.359 – 6.031)/31.359 = 81 % en 100 % * 6.031/31.359 = 19 %.
[26] Wij definiëren 'multi-morbiditeit' als meerdere morbiditeitskenmerken. Strikt genomen kan een verzekerden met een bepaalde chronische aandoening een FKG en bijvoorbeeld een HKG hebben voor dezelfde aandoening. Dit onderscheid kon met de beschikbare gegevens niet volledig goed gemaakt worden. Op basis van het type combinaties van de risicoklassen die voorkomen gaat het veelal om meerdere chronische aandoeningen die tegelijk optreden zodra verzekerden meerdere morbiditeitskenmerken hebben.

verzekerden volledig te dekken. Bovenstaande bevindingen zijn in voorgaande edities van de Monitor ook geconstateerd (Monitor 2014, 2015, 2016).

In aanvulling op bovenstaande analyse is geanalyseerd in welke mate leeftijd samenhangt met de gedefinieerde percentielgroepen in combinatie met de morbiditeitskenmerken van deze groepen. Deze nadere analyse is opgenomen in Bijlage G. Hieruit volgt dat er een sterke samenhang is tussen de leeftijd van verzekerden en de percentielgroepen: verzekerden die vorig jaar hoge somatische kosten hebben (in de top-percentielen) zijn over het algemeen ouder en hebben een of meerdere chronische aandoeningen; verzekerden die vorig jaar lage somatische kosten hebben zijn over het algemeen jonger en hebben geen of relatief weinig een chronische aandoening.

Daarnaast is een verdiepende analyse uitgevoerd naar de meervoudigheid van FKG's als indicatie van ernst van de gezondheidsproblematiek (Tabel 5-3). Verzekerden in de top-percentielen zijn vaker in meerdere FKG's ingedeeld, waarbij geldt hoe hoger de percentiel-groep hoe hoger het aandeel van verzekerden met meerdere FKG's. Zo heeft 41 % van de verzekerden in de top 1 % één positieve FKG, 32,9 % heeft twee of meer positieve FKG's en 10,3 % heeft drie of meer positieve FKG's. Bij de verzekerden in de laagste 15 % zijn bijna geen verzekerden ingedeeld in een positieve FKG. Bij verzekerden in de midden 70 % is het aandeel verzekerden in meerdere positieve FKG's aanzienlijk beperkter dan bij verzekerden in de hogere top-percentielen. Verzekerden in de top-percentielen worden voor een groot deel gekenmerkt door verzekerden met multi-morbiditeit/ ernstige gezondheidsproblematiek. Voor de top 1 % verzekerden met meerdere FKG's zijn de meest voorkomende FKG's: FKG 14 (Hartaandoeningen, 30%), FKG 7 (Hoog cholesterol, 28%) en FKG 9 (COPD / Zware astma, 19%). Hetzelfde geldt voor de top 3 % verzekerden.

Tabel 5-3: Meervoudige FKG's van de subgroepen op basis van somatische kosten in het vorige jaar

| Subgroepen op basis van kosten 2016 [a] | Aantal (%) in een positieve risicoklasse van FKG | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Aantal FKG's > 0 | FKG = 1 | FKG = 2 | FKG = 3 | FKG ≥ 4 |
| **Hoogste 1 % (99 % - 100 %)** | 74,0 | 41,0 | 22,8 | 8,0 | 2,3 |
| **Hoogste 3 % (97 % - 99 %)** | 71,5 | 42,1 | 21,0 | 6,6 | 1,8 |
| **Hoogste 5 % (95 % - 97 %)** | 58,6 | 36,6 | 16,0 | 4,8 | 1,2 |
| **Hoogste 15 % (85 % - 95 %)** | 50,0 | 32,5 | 13,7 | 3,3 | 0,5 |
| **Midden 70 % (15 % - 85 %)** | 17,4 | 14,9 | 2,2 | 0,2 | 0 |
| **Laagste 15 % (0 % - 15 %)** | 0,1 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Voetnoot Tabel 5-3:
a. De subgroepen sluiten elkaar uit.

Deze resultaten wijzen erop dat de modelverbeteringen in 2017 specifiek deze multi-morbiditeit of meervoudigheid nog niet in voldoende mate erkennen, ondanks de modelverbeteringen. Merk op dat op basis van de beschikbare gegevens het niet goed vast te stellen is welk aandeel van de kosten gerelateerd zijn aan factoren waarvoor men vanuit de risicoverevening wenst te compenseren en voor welk aandeel in de kosten dit niet het geval is.

### 5.1.2 Subgroepen samenhang aandoening en leeftijdsgroepen

Het gemiddelde vereveningsresultaat en de gemiddelde kosten voor subgroepen op basis van een somatische en/of psychische aandoening in combinatie met leeftijd is geanalyseerd (Tabel 5-4). Deze analyse geeft een andere dwarsdoorsnede van de verevenende werking van het ex ante model en het effect van flankerend beleid dan de analyse in voorgaande paragraaf. In Bijlage H is een extra analyse opgenomen waarbij de FDG's zijn meegenomen voor het definiëren van somatische morbiditeit.

Tabel 5-4: Gemiddelde vereveningsresultaat en de somatische kosten in 2017 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 partiële criteriumneutraliteit en klasse neutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde.

| Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd [a] | Definitieve vaststelling 2017 | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 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** | 19,1 | -1 | -1 | 899 |
| **- Wel somatische aandoening** | 0,9 | - 797 | - 797 | 6.617 |
| **Subtotaal** | **20,0** | **-37** | **-37** | **1.162** |
| **Verzekerden 18 jaar tot en met 64 jaar** | | | | |
| **- Geen somatische – Geen psychische aandoening** | 43,6 | 26 | 84 | 859 |
| **- Geen somatische – Wel psychische aandoening** | 4,3 | -254 | -196 | 1.231 |
| **- Wel somatische – Geen psychische aandoening** | 9,3 | -18 | 40 | 4.508 |
| **- Wel somatische – Wel psychische aandoening** | 3,9 | -69 | -11 | 4.252 |
| **Subtotaal** | **61,1** | **-6** | **51** | **1.657** |
| ***Subtotaal wel somatische aandoening, 18-64 jaar*** | ***13,2*** | ***-33*** | ***25*** | ***4.432*** |
| ***Subtotaal geen somatische aandoening, 18-64 jaar*** | ***47,9*** | ***1*** | ***59*** | ***892*** |
| **Verzekerden van 65 jaar en ouder** | | | | |
| **- Geen somatische – Geen psychische aandoening** | 6,9 | 28 | 86 | 2.284 |
| **- Geen somatische – Wel psychische aandoening** | 0,2 | - 150 | -93 | 2.981 |
| **- Wel somatische – Geen psychische aandoening** | 10,5 | 71 | 129 | 7.454 |
| **- Wel somatische – Wel psychische aandoening** | 1,3 | 170 | 228 | 8.934 |
| **Subtotaal** | **18,9** | **60** | **118** | **5.634** |
| ***Subtotaal wel somatische aandoening, 65+*** | ***11,8*** | ***82*** | ***140*** | ***7.622*** |
| ***Subtotaal geen psychische aandoening, 65+*** | ***7,1*** | ***23*** | ***81*** | ***2.305*** |
| **Totaal** | **100** | **0** | **46** | **2.311** |

Voetnoot Tabel 5-4:

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 0,9804.
e. Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 0,9804 plus een vast bedrag van € 46 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 5,4 %). Het percentage van de Zvw-bevolking dat op basis van de onderzochte subgroepen relatief hoge gemiddelde ondercompensaties heeft, is sterk gedaald ten opzichte van voorgaande jaren (11,6 % in 2015 en 10,2 % in 2016). Verzekerden onder de 18 jaar met een somatische aandoening worden substantieel minder ondergecompenseerd ten opzichte van vorig jaar, waarbij nu in 2017 ook de V&V-kosten zijn inbegrepen. De afname in de onder- en overcompensaties voor bepaalde subgroepen is het directe gevolg van de doorgevoerde modelverbeteringen. De volgende bevindingen komen voort uit Tabel 5-4:

- Het overgrote deel van de Zvw-bevolking heeft geen somatische en psychische aandoening (ongeacht leeftijd): 69,8 %. 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, 2015 en 2016).
- Ook verzekerden boven de 18 jaar met een somatische aandoening en zonder psychische aandoening worden gemiddeld genomen adequaat gecompenseerd, bij een grens van € 50, dan wel licht overgecompenseerd.
- Verzekerden jonger dan 18 jaar met een somatische aandoening worden gemiddeld ondergecompenseerd met € 797 per verzekerde. Dit is 0,9 % van de Zvw-bevolking. De gemiddelde kosten van deze verzekerden zijn relatief hoog: € 6.617 per verzekerde. Dit is 3 keer zo hoog als de landelijk gemiddelde kosten. In voorgaande jaren is

voor deze subgroep ook een ondercompensatie geconstateerd (Monitor 2012 t/m 2016). Het ex ante model 2017 is in staat 88,0 % van de kosten van deze subgroep te compenseren en daarmee 12,0 % (nog) niet. Vorig jaar werd 82,2 % van de kosten van deze subgroep gecompenseerd en 17,8% (nog) niet (Monitor 2016). De verevenende werking is daarmee voor deze subgroep verbeterd in 2017 als gevolg van de doorgevoerde modelverbeteringen.

- Voor verzekerden van 65 jaar en ouder met een somatische en psychische aandoening geldt een gemiddelde overcompensatie van € 170 euro. Dit is opvallend ten opzichte van voorgaande jaren, omdat toen veelal sprake was een (lichte) ondercompensatie. Dit gold toen voor alleen de somatische kosten (en niet de V&V-kosten). Voor het V&V-model van 2016 was er een lichte overcompensatie voor de verzekerden van 65 jaar en ouder met een somatische en psychische aandoening (Monitor 2016). De verklaring voor de toename in het vereveningsresultaat in 2017 komt door de modelverbeteringen die zijn doorgevoerd per 2017. Voor deze subgroep kan met name worden gedacht aan het kenmerk VGG in relatie tot de V&V-kosten die bij de somatische kosten zijn toegevoegd. De gemiddelde kosten voor deze subgroep liggen namelijk substantieel boven het landelijk gemiddelde.
- Ingeval een psychische aandoening aanwezig is en geen somatische aandoening is er een gemiddelde ondergecompensatie. Dit is voorgaande jaren ook geconstateerd. Dit kan mogelijk komen doordat verzekerden met psychische klachten bij een huisarts of andere zorgverlener binnen de somatische zorg in eerste instantie worden geholpen (maar geen somatische klachten c.q. aandoening hebben) voordat zij psychische zorgverlening ontvangen. Deze verzekerde maken dan wel somatische kosten, maar dit leidt niet tot indeling in een positieve klasse van een morbiditeitskenmerk in het somatische model.

*Resultaten na flankerend beleid*

Voor deze subgroepen zijn dezelfde patronen in het gemiddelde vereveningsresultaat na flankerend beleid als in de situatie na correctie voor het macrovereveningsresultaat. Flankerend beleid zorgt ervoor dat de gemiddelde onder compensaties 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 € 46, 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 43,5 % ingedeeld in een positieve FKG, 31,7 % in een positieve MHK, 31,8 % in een positieve DKG en 13,2 % 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)[27]. 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 t/m 2016).

## 5.2 gGGZ-kosten

### 5.2.1 Subgroepen op basis van kosten van vorig jaar

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

[27] 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.

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

| Subgroepen op basis van GGZ-kosten 2016 [a] | Aantal (%) [b] | Definitieve vaststelling voor 2017 Gemiddelde vereveningsresultaat in € [c] | | Gemiddelde kosten in € |
|---|---|---|---|---|
| | | *Voor* FB, *na* correctie macrovereveningsresultaat [d] | *Na* FB [e] | |
| **Hoogste 1 % (als >0: 99 % - 100 %)** | 0,1 | - 6.276 | - 6.263 | 27.367 |
| **Hoogste 3 % (als >0: 97 % - 99 %)** | 0,1 | - 1.657 | - 1.644 | 17.075 |
| **Hoogste 5 % (als >0: 95 % - 97 %)** | 0,1 | - 934 | - 921 | 12.125 |
| **Midden 70 % (als >0: 25 % - 95 %)** | 3,7 | 63 | 76 | 2.757 |
| **Laagste 25 % (als >0: 0 % - 25 %)** | 1,3 | 318 | 331 | 770 |
| **Gelijk aan nul [f]** | 94,8 | -1 | 13 | 98 |
| **Totaal** | **100** | **0** | **13** | **248** |

Voetnoot Tabel 5-5:

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 het vereveningskenmerk ZVZ.
d. Na correctie voor het macrovereveningsresultaat: procentuele schalingsfactor is 0,95 (afgerond).
e. Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 0,95 (afgerond) *plus* een vast bedrag van € 13 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). 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 gGGZ-model resulteert in gemiddelde onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen op basis van kosten in het vorige jaar. In het algemeen zijn de gemiddelde onder- en overcompensaties afgenomen ten opzichte van vorig jaar. Uitzondering hierop is de subgroep van de laagste 25 % (als >0: 0 % - 25 %), waarbij de gemiddelde overcompensatie is toegenomen. Daarnaast gelden hoge ondercompensaties 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). Het ex ante model is (nog) niet goed in staat verzekerden met ernstige psychische gezondheidsproblematiek, ofwel: in de top 1 %, 3 % en 5 % van de kosten in het vorige jaar, adequaat te compenseren. Deze bevindingen blijken uit:

- Het overgrote deel van de Zvw-bevolking (94,8%), de verzekerden zonder gGGZ-kosten, wordt adequaat gecompenseerd, uitgaande van een grens van € 50. Dit is in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2014 t/m 2016). Hiervoor geldt dezelfde verklaring als vorig jaar: de gGGZ-kosten zijn erg scheef verdeeld onder de Zvw-bevolking van 18+. Voor verzekerden met hoge gGGZ-kosten is het lastig de kosten adequaat te voorspellen, gegeven de gehanteerde uitgangspunten en modelspecificaties. Het gevolg is dat voor een grote groep een beperkte overcompensatie is, met voor andere kleine(re) subgroepen hoge gemiddelde ondercompensaties.
- Verzekerden in de laagste 25 % worden overgecompenseerd met gemiddeld € 318 per verzekerde 18+. De overcompensatie voor deze verzekerden is sterk toegenomen in 2017 ten opzichte van 2016 (€ 94 per verzekerde 18+). De gemiddelde kosten voor deze groep zijn hoger dan in vorig jaar (€ 770 in 2017 en € 746 in 2016). Daarbij is de kostendrempel van deze groep ook iets toegenomen ten opzichte van vorig jaar. De kostenstijging van deze subgroep kan echter relatief gezien niet de toename van de overcompensatie verklaren. Dit duidt erop dat het gGGZ-model van 2017 met de doorgevoerde modelverbeteringen hiervoor heeft gezorgd. Dit zijn verzekerden met relatief lichte psychische aandoeningen.
- Verzekerden in de top 1 %, 3 % en 5 % worden ondergecompenseerd met gemiddeld € 6.276, € 1.657 en € 934 respectievelijk. In 2016 waren de ondercompensaties voor deze subgroepen hoger: € 7.911, € 3.191, € 1.965 respectievelijk. De ondercompensaties zijn daarmee met 21 %, 48 % en 52 % afgenomen. Dit is het gevolg van de modelverbeteringen per 2017. In deze groepen zijn verzekerden met relatief zware psychische aandoeningen vertegenwoordigt (zie nadere beschouwing).
- Echter, ondanks de modelverbeteringen in 2017, is dit model (nog) niet in staat adequaat te compenseren voor de verzekerden in de top-percentielen van de gGGZ-kosten, ofwel voor de verzekerden met zware psychische aandoeningen. Hierbij komt dat de bandbreedte is afgeschaft per 2017. Voorgaande jaren werden de ondercompensaties van deze verzekerden met hoge kosten (enigszins) beperkt door de bandbreedteregeling. Dit geldt niet voor 2017.

*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 %) afnemen en de overcompensaties voor de andere subgroepen toenemen, in dit geval met € 13 per verzekerde.

### Nadere beschouwing

Wij hebben de (morbiditeits-)kenmerken van deze onderzochte subgroepen geanalyseerd (Tabel 5-6). Dit geeft nader inzicht in de kenmerken van deze subgroepen en geeft mogelijk aanknopingspunten voor modelverbeteringen.

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

| Subgroepen [a] op basis van kosten 2016 | 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 %)** | 53,6 | 100 | 73,1 | 80,2 | 40,5 |
| **Hoogste 3 % (als >0: 97 % - 99 %)** | 47,2 | 100 | 67,1 | 72,9 | 43,3 |
| **Hoogste 5 % (als >0: 95 % - 97 %)** | 47,9 | 100 | 64,4 | 70,4 | 41,6 |
| **Midden 70 % (als >0: 25 % - 95 %)** | 33,9 | 100 | 20,3 | 46 | 22,6 |
| **Laagste 25 % (als >0: 0 % - 25 %)** | 23,3 | 100 | 4 | 2,2 | 0,8 |
| **Gelijk aan nul [c]** | 3,4 | 4,8 | 0,3 | 0 | 0 |

Voetnoot Tabel 5-6:

a. De subgroepen sluiten elkaar uit.
b. Combinatie is FKG-GGZ>0, MHK-GGZ>0 en DKG-GGZ>0, ter indicatie van multi-morbiditeit. Merk op dat alle verzekerden met kosten in het vorige jaar zijn ingedeeld in een positieve MHK-GGZ en daarmee niet onderscheidend is om multi-morbiditeit te identificeren.
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 verzekerden in de top 1 %, 3 % en 5 % hebben een relatief groot aandeel in een positieve FKG-GGZ, MHK-GGZ klasse > 1, een positieve DKG-GGZ en meerdere morbiditeitskenmerken: variërend van (bijna) de helft tot (meer dan) driekwart van de verzekerden in deze subgroepen. Dit geeft aan dat deze subgroepen verzekerden met de relatief ernstige psychische gezondheidsproblematiek bevatten.
- Opvallend is dat het aandeel verzekerden met multi-morbiditeit in de 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: 45 % van deze subgroep is in deze risicoklasse ingedeeld, versus 16 % van de top 3 %, en 2 % 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 analyseren in hoeverre verzekerden zijn ingedeeld in een hogere MHK-risicoklasse dan klasse 1: ongeveer twee derde van de verzekerden in de top 1 %, 3 % en 5 % ten opzichte van 0 % tot 20 % van de verzekerden voor de andere subgroepen (midden 70 %, laagste 25% en gelijk aan nul). Opvallend hierbij is dat het percentage verzekerden in de top 1 %, 3 % en 5 % met een MHK-risicoklasse hoger dan 1 in 2016 ongeveer een derde was en daarmee in 2017 is verdubbeld. Mogelijk spelen de wijzigingen in het vereveningskenmerk MHK hierin een rol.

Deze patronen zijn in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2014 t/m 2016).

Een additionele analyse naar de meervoudige FKG’s toont aan dat de grootste groep verzekerden in alle subgroepen slechts ingedeeld zijn bij één FKG (Tabel 5-7). Echter zijn er ook verzekerden in deze subgroepen die bij meerdere FKG’s zijn ingedeeld, vooral bij de hoge kosten subgroepen komt dit voor. Voor verzekerden in de hoogste 1 %, 3 % en 5 % geldt dat respectievelijk 9,1 %, 11,3 % en 10,6 % van de verzekerden bij twee FKG’s zijn ingedeeld. Voor de verzekerden in de midden 70 % en laagste 25 % ligt het aandeel verzekerden met twee FKG’s veel lager, namelijk 5 % en 2,6 % respectievelijk. Het aandeel verzekerden met meer dan twee psychische FKG’s is in totaliteit gering, waardoor deze aandelen ook beperkt zijn in de onderzochte subgroepen. Daarbij is het aandeel van verzekerden met meer dan twee psychische FKG’s hoger in de top-percentielen (1%, 3% en 5%) ten opzichte van de verzekerden in de midden 70 % of laagste 25 %. Verzekerden met ernstige psychische gezondheidsproblematiek zijn in de top-percentielen vertegenwoordigd.

Tabel 5-7: Analyse naar meervoudige FKG's van de subgroepen op basis van gGGZ-kosten van het vorige jaar

| Subgroepen op basis van kosten 2016 [a] | Aantal positieve risicoklasse (%) van morbiditeitskenmerk | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | FKG-GGZ > 0 | FKG-GGZ = 1 | FKG-GGZ = 2 | FKG-GGZ = 3 | FKG-GGZ = 4 |
| **Hoogste 1 % (als >0: 99 % - 100 %)** | 46,4 | 36,2 | 9,1 | 1,0 | 0,1 |
| **Hoogste 3 % (als >0: 97 % - 99 %)** | 52,8 | 40,1 | 11,3 | 1,4 | 0 |
| **Hoogste 5 % (als >0: 95 % - 97 %)** | 52,1 | 40,0 | 10,6 | 1,5 | 0 |
| **Midden 70 % (als >0: 25 % - 95 %)** | 33,9 | 28,4 | 5,0 | 0,5 | 0 |
| **Laagste 25 % (als >0: 0 % - 25 %)** | 23,3 | 20,6 | 2,6 | 0,2 | 0 |
| **Gelijk aan nul** | 3,4 | 3,3 | 0,1 | 0 | 0 |

Voetnoot Tabel 5-7:
a. De subgroepen sluiten elkaar uit.

### 5.2.2 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 5-8).

Tabel 5-8: Gemiddelde vereveningsresultaat en de gemiddelde gGGZ-kosten van subgroepen op basis van samenhang voor somatische aandoening en psychische aandoening in combinatie met leeftijdsgroepen, op moment van de definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde.

| Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd | Definitieve vaststelling 2017 | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Aantal (%) [b] | 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** | 54,5 | - 3 | 10 | 77 |
| **- Geen somatische – Wel psychische aandoening** | 5,3 | 48 | 61 | 1.274 |
| **- Wel somatische – Geen psychische aandoening** | 11,6 | - 25 | - 12 | 88 |
| **- Wel somatische – Wel psychische aandoening** | 4,9 | 46 | 59 | 2.001 |
| **Subtotaal** | **76,4** | **0** | **13** | **286** |
| ***Subtotaal wel psychische aandoening, 18-64 jaar*** | ***10,3*** | ***47*** | ***60*** | ***1.622*** |
| ***Subtotaal geen psychische aandoening, 18-64 jaar*** | ***66,1*** | ***-7*** | ***6*** | ***79*** |
| ***Verzekerden van 65 jaar en ouder*** | | | | |
| **- Geen somatische – Geen psychische aandoening** | 8,6 | - 4 | 9 | 38 |
| **- Geen somatische – Wel psychische aandoening** | 0,3 | 63 | 77 | 1.145 |
| **- Wel somatische – Geen psychische aandoening** | 13,1 | - 8 | 6 | 42 |
| **- Wel somatische – Wel psychische aandoening** | 1,7 | 71 | 84 | 1.057 |
| **Subtotaal** | **23,6** | **0** | **13** | **125** |
| ***Subtotaal wel psychische aandoening, 65+*** | ***2,0*** | ***70*** | ***83*** | ***1.069*** |
| ***Subtotaal geen psychische aandoening, 65+*** | ***21,7*** | ***-6*** | ***7*** | ***40*** |
| **Totaal** | **100** | **0** | **13** | **248** |

Voetnoot Tabel 5-8:
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 ZVZ.
d. Na correctie voor het macrovereveningsresultaat: procentuele schalingsfactor is 0,94 (afgerond).
e. Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 0,94 (afgerond) plus een vast bedrag van € 13 per verzekerde 18+

*Werking van ex ante model: resultaten na correctie voor macrovereveningsresultaat*

Het gGGZ-model resulteert in een adequate compensatie voor het overgrote deel van de Zvw-bevolking 18+ (uitgaande van een grens van € 50, zoals opgenomen in het toetsingskader. Deze grens is relatief hoog bij de gGGZ-kosten in vergelijking met de grens bij de somatische kosten, om die reden dienen de resultaten in nuance te worden geïnterpreteerd), waarbij voor verzekerden van 65 jaar en ouder met een psychische aandoening een overcompensatie geldt. De belangrijke bevindingen zijn:

- Het GGZ-model geeft een adequate compensatie voor het overgrote deel van de Zvw-bevolking op basis van deze onderzochte subgroepen. De onder- of overcompensatie is voor de meeste subgroepen beneden de € 50. Voor deze resultaten geldt ook de bevinding die eerder is vermeld over de scheefheid van de verdeling voor de gGGZ-kosten, net zoals dit in voorgaande jaren is geconstateerd (Monitor 2012 t/m 2016).
- Voor de verzekerden van 65 jaar en ouder zonder een somatische aandoening en met een psychische aandoening geldt een overcompensatie van gemiddeld € 63 en voor verzekerden met zowel somatische als psychische aandoening € 71. Ten opzichte van vorig jaar is een lichte ondercompensatie overgegaan naar een lichte overcompensatie gegaan. Hierbij dient te worden opgemerkt dat het beperkte onder- en overcompensaties zijn, afhankelijk van de grens die wordt gesteld.
- De modelverbeteringen die zijn doorgevoerd zijn niet direct zichtbaar in een verbetering van de vereveningsresultaten van deze onderzochte subgroepen. Dit is omdat voor deze subgroepen ook in voorgaande jaren er al sprake was van een adequate compensatie voor het overgrote gedeelte van de Zvw-bevolking dan wel er sprake was van lichte onder- of overcompensaties voor deze onderzochte subgroepen.

*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.

### Nadere beschouwing

Voor de onderzochte subgroepen is geen onderscheidend patroon waar te nemen op basis van leeftijd. Daarbij viel op dat de aanwezigheid van een somatische aandoening is gerelateerd aan het aandeel verzekerden die in de hoogste risicoklasse van DKG-GGZ zijn ingedeeld (DKG-GGZ 5): het aandeel van verzekerden in DKG-GGZ 5 is veel hoger voor verzekerden met een psychische aandoening zonder somatische aandoening, dan voor verzekerden met zowel een psychische als somatische aandoening. Dit is mogelijk te verklaren doordat verzekerden die in een intramurale GGZ-instelling zitten geen of minder gemakkelijk somatische kosten maken. Dit zijn vooral de verzekerden met de zwaardere psychische aandoeningen.

# Deel 2 – Representativiteit van beslisinformatie

# 6. Representativiteit op enkelvoudige risicoklassen en subgroepen

## Bevindingen

***Somatische kosten***

- Voor met name risicoklassen van DKG en FKG zijn er forse gemiddelde vereveningsresultaten, zowel negatief als positief. Dit wijkt af van voorgaande jaren, toen er minder risicoklassen met forse gemiddelde vereveningsresultaten waren en veelal negatief waren. Daarbij hebben ook enkele hoge risicoklassen van HKG (8 en 9), PPA (6 en 7), MHK (6 en 7), FDG (4) en VGG (6) forse gemiddelde vereveningsresultaten. Dit zijn vereveningskenmerken waarvoor modelwijzigingen zijn doorgevoerd per 2017. In aanvulling daarop hebben een groot aantal afslagklassen forse vereveningsresultaten in macro-omvang; in tegenstelling tot een beperkt aantal vorig jaar.
- 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. Hier is (nog) geen eenduidige verklaring voor: dit kan effecten van zorginkoop zijn, effecten van wijziging van het risicoprofiel van de groep verzekerden wat niet voorzien was en/of door de wijze waarop de kosten bij de ex ante vaststelling representatief worden gemaakt. 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 voorgaande jaren. Conform verwachting sluiten bij de OT de prevalenties gemiddeld minder goed aan op de gerealiseerde cijfers dan bij de ex ante vaststelling. Dit is het gevolg van de toepassing van de verzekerdenraming. Bij DKG, AVI en GSM zijn er relatief grote verschuivingen. De impact bij DKG werkt indirect ook door bij GSM. Daarbij werkt ook de impact van de babyboom jaarcohort voor de leeftijdgrens 65-min en 65-plus door in 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. Daarbij zijn er in 2017 twee subgroepen (verzekerden van 18 jaar en ouder met een somatische aandoening en verzekerden van 18 jaar en ouder met een somatische en psychische aandoening) waarvoor een negatief vereveningsresultaat werd verwacht, maar uiteindelijk in een positief vereveningsresultaat resulteerde.

***gGGZ-kosten***

- Er zijn bij enkele risicoklassen forse positieve gemiddelde vereveningsresultaten. Dit is met name bij risicoklassen van FKG-GGZ, DKG-GGZ, MHK-GGZ, AVI, PPA en ZVZ. Vorig jaar was dit ook geconstateerd voor FKG-GGZ, DKG-GGZ en MHK-GGZ. Voor MHK-GGZ, PPA en ZVZ zijn modelwijzigingen geweest in 2017.
- 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, MHK-GGZ en ZVZ. DKG-GGZ en MHK-GGZ zijn ook in voorgaande jaren opgevallen. ZVZ is nieuw per 2017. Daarnaast treden er bij leeftijd/ geslacht, AVI, SES 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. Met name bij de AVI en MHK-GGZ treden relatief grotere verschuivingen op.

Dit hoofdstuk geeft inzicht in de representativiteit van de beslisinformatie voor de definitieve vaststelling op het niveau van *enkelvoudige risicoklassen en subgroepen*. Hiertoe wordt geanalyseerd 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. Deze analyses zijn uitgevoerd voor het somatische en het gGGZ-model. Het LGGZ-model blijft buiten beschouwing[28].

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[29]).

### 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: *186* risicoklassen voor het somatische model en *111* risicoklassen voor het gGGZ-model in 2017. Bij de definitieve vaststelling hoeft de gemiddelde bijdrage niet meer gelijk te zijn aan de werkelijke gemiddelde kosten, vanwege ontwikkelingen in de kosten en prevalenties ten opzichte van de geraamde cijfers. Om dit in beeld te brengen, wordt het gemiddelde vereveningsresultaat per risicoklasse geanalyseerd. Aangezien het macrovereveningsresultaat invloed heeft op de resultaten zijn de vereveningsresultaten gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat (Bijlage D). Dit is gelijk aan stap 1 van flankerend beleid.

Om de vereveningsresultaten voor enkelvoudige risicoklassen te verklaren, worden verschuivingen in kosten en prevalenties geanalyseerd, voor zowel de OT als ex ante vaststelling[30] ten opzichte van de gerealiseerde cijfers. Dit zijn de gewogen gemiddelde absolute verschillen (GGAV) in de kosten en de gesommeerde absolute verschillen (GAV) in de prevalenties per (risicoklasse van elk) vereveningskenmerk. Bij de GGAV in kosten zijn de gerealiseerde prevalenties bij de definitieve vaststelling het gewicht in de berekeningen.

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

- Sommige vereveningskenmerken hangen onderling samen. Daardoor kan een verschuiving in kosten en/of prevalenties van het ene vereveningskenmerk invloed uitoefenen op sommige andere vereveningskenmerken. Bij verklaringen voor de effecten van één vereveningskenmerk dienen de effecten bij andere vereveningskenmerken te worden meegenomen.
- Verschillen tussen de geraamde cijfers, zoals gebruikt bij de OT en ex ante vaststelling, en de gerealiseerde cijfers zijn onontkoombaar. Het is relevant uit te wijzen in welke mate dergelijke verschillen voorkomen, en of deze verschillen een structureel patroon vertonen (bij vergelijking van de resultaten met de resultaten van voorgaande jaren: Monitor 2012 t/m 2016), 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).
- 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

[28] De LGGZ-kosten zijn niet beschikbaar op verzekerdenniveau; hierdoor is de analyse is niet uit te voeren. Deze gegevens zijn niet uitgevraagd door Zorginstituut Nederland bij zorgverzekeraars, omdat dit niet nodig was voor de uitvoering van de risicoverevening 2017.
[29] Opgemerkt dat 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).
[30] De OT is gebaseerd op het OT-bestand waarin de kosten representatief zijn gemaakt voor de wijzigingen in het basispakket. De kosten en verzekerdenaantallen zijn gebruikt zoals bij de OT: dit is WOR 813 (voor toepassing van de verzekerdenraming en de schaling naar het MPB). De ex ante vaststelling is gebaseerd op het opgehoogde OT-bestand, zoals gebruikt in WOR 814. Dit is na toepassing van de verzekerdenraming en de schaling naar het MPB.

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*[31] 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 subgroepniveau. 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 2017 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.[32] Dit is het gemiddelde vereveningsresultaat *na* correctie voor het macrovereveningresultaat (laatste kolom in Tabel 6-1). Bijlage D geeft een overzicht van het gemiddelde vereveningsresultaat voor alle 186 risicoklassen van het somatische model, zowel voor als na correctie voor het macrovereveningsresultaat. Een positief vereveningsresultaat duidt op een kosten*onder*schrijding (c.q. de gerealiseerde kosten zijn lager dan de vereveningsbijdrage) en een negatief vereveningsresultaat duidt op een kosten*over*schrijding (c.q. de gerealiseerde kosten zijn hoger dan de vereveningsbijdrage).

Tabel 6-1 Enkelvoudige risicoklassen in het somatische model 2017 met een vereveningsresultaat buiten de gekozen grenzen bij de definitieve vaststelling.

| Enkelvoudige risicoklassen | | Aantal, in % [a] | Gemiddelde kosten, in € | Gemiddeld verevenings-resultaat, in € (% t.o.v. gem. kosten) [b] | Normbedrag ex ante vaststelling | Macro-omvang verevenings-resultaat, in € in mln. | Gemiddeld resultaat na correctie, in € [c] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Buiten een drempel van € -1.000 of 1.000 per verzekerde* | | | | | | | |
| DKG | *DKG 10* | 0,07 | 21.412 | - 2.071 (10%) | 6.768 | - 24,1 | - 2.449 |
| | *DKG 12* | 0,03 | 43.423 | - 1.621 (4 %) | 19.550 | - 8,8 | - 2.439 |
| | *DKG 13* | 0,03 | 40.301 | -1.197 (3 %) | 14.579 | - 5,1 | - 1.962 |
| | *DKG 14* | 0,01 | 91.177 | 1.387 (2 %) | 45.596 | 1,6 | - 424 |
| | *DKG 15* | 0,04 | 84.557 | 17.047 (20 %) | 57.661 | 113,8 | 15.058 |
| HKG | *HKG 8* | 0,07 | 31.204 | -1.238 (4 %) | 8.440 | - 13,6 | - 1.824 |
| | *HKG 9* | 0,00 | 54.682 | -16.003 (29 %) | 8.663 | - 11,5 | - 16.760 |
| FKG | *FKG 15 (Auto-immuunziekten add-ons)* | 0,26 | 16.643 | 2.431 (15 %) | 11.645 | 107,8 | 2.058 |
| | *FKG 20 (C.f. pancreas)* | 0,05 | 20.248 | - 1.955 (10 %) | 2.316 | - 15,7 | - 2.313 |
| | *FKG 23 (Kanker)* | 0,03 | 9.015 | 1.137 (13 %) | 2.241 | 5,3 | 938 |
| | *FKG 26 (Nieraandoeningen)* | 0,05 | 48.876 | 5.142 (11 %) | 7.165 | 47,6 | 4.085 |
| | *FKG 28 (Pulmonale arteriële hypertensie)* | 0,01 | 53.183 | - 1.747 (3 %) | 14.897 | - 2,5 | - 2.753 |
| | *FKG 31 (Extreem hoge kosten cluster 1)* | 0,00 | 176.557 | 10.564 (6 %) | 133.176 | 1,1 | 6.902 |
| | *FKG 32 (Extreem hoge kosten cluster 2)* | 0,00 | 243.767 | - 36.325 (15 %) | 178.016 | - 8,4 | - 40.384 |
| | *FKG 33 (Extreem hoge kosten cluster 3)* | 0,00 | 455.530 | - 29.432 (6 %) | 395.519 | - 4,3 | - 37.770 |
| PPA | *PPA 6 (>15 bewoners, instromend, 65-79)* | 0,03 | 14.014 | 1.490 (11 %) | 1.633 | 7,4 | 1.187 |
| | *PPA 7 (>15 bewoners, instromend, 80+)* | 0,08 | 13.674 | 2.178 (16 %) | 45 | 30,7 | 1.868 |
| MHK | *MHK 6 (3 jaar kosten in top 1,5 %)* | 0,10 | 39.819 | -1.230 (3 %) | 18.185 | - 21,7 | - 1.985 |
| | *MHK 7 (3 jaar kosten in top 0,5 %)* | 0,05 | 87.896 | 5.007 (6 %) | 44.059 | 43,4 | 3.189 |
| FDG | *FDG 4* | 0,01 | 38.384 | -2.804 (7 %) | 6.402 | - 3,1 | - 3.500 |
| VGG | *VGG 6 (Kosten in top 0,5 %)* | 0,20 | 42.117 | 1.907 (5 %) | 14.661 | 64,1 | 1.046 |
| *Boven een drempel van € 300 mln. op macroniveau* | | | | | | | |
| DKG | *DKG 0 (afslagklasse: geen DKG)* | 90,04 | 1.570 | 37 (2 %) | -289 | 565,1 | 6 |
| HKG | *HKG 0 (afslagklasse: geen HKG)* | 96,26 | 1.979 | 36 (2 %) | -56 | 584,5 | - 3 |

[31] Met een procentuele correctie wordt bedoeld dat elke vereveningsbijdrage met hetzelfde percentage is vermenigvuldigd.
[32] De gekozen grens is subjectief. Wij hebben dezelfde grenzen gehanteerd als in de Monitor 2016 en 2015 (Bijlage B; Monitor 2015 en 2016). Deze grenzen zijn gekozen om in de hoofdtekst te focussen op de belangrijkste c.q. grootste verschuivingen. In bijlage D zijn alle resultaten weergegeven.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| MHK | *MHK 0 (afslagklasse: geen MHK)* | 93,80 | 1.592 | 33 (2 %) | -253 | 526,1 | 1 |
| AVI | *AVI 0 (afslagklasse: 0-17 en 65+)* | 38,90 | 3.336 | 77 (2 %) | 0 | 504,1 | 10 |
| SES | *SES 3 (laag inkomen, 65+)* | 4,01 | 7.729 | 609 (8 %) | 776 | 422,0 | 446 |
| GSM | *GSM 4 (wel morbiditeit, 65+)* | 11,87 | 7.616 | 234 (3 %) | 47 | 468,3 | 80 |
| FDG | *FDG 0 (afslagklasse: geen FDG)* | 98,08 | 2.179 | 45 (2 %) | -19 | 749,3 | 2 |
| GGG | *GGG 0 (afslagklasse: geen GGG)* | 99,77 | 2.275 | 44 (2 %) | -5 | 742,5 | -1 |
| VGG | *VGG 0 (afslagklasse: geen VGG)* | 97,95 | 1.969 | 46 (2 %) | -184 | 590,0 | -4 |

Voetnoot Tabel 6-1:

a. Omvang in verzekerdenjaren, uitgedrukt in het percentage van de totale Zvw-bevolking.

b. Voor alle 186 risicoklassen tezamen geldt een gemiddeld vereveningsresultaat van € *44* per verzekerde. Dit is het macrovereveningsresultaat voor de somatische kosten in 2017.

c. Het 'resultaat na correctie' is het vereveningsresultaat na de procentuele correctie op de vereveningsbijdrage, ofwel stap 1 van het flankerend beleid (C1 in Bijlage D) en daarmee komt het gemiddeld vereveningsresultaat voor alle 186 risicoklassen tezamen na correctie uit op € 0 per verzekerde.

Op basis van Tabel 6.1 vallen de volgende bevindingen op. Ten eerste, voor een aantal risicoklassen geldt een fors (lees: hoger dan de gekozen grens) vereveningsresultaat in absoluut bedrag of in macro-omvang, met name bij DKG en FKG. Veel risicoklassen van deze vereveningskenmerken hebben een fors gemiddeld vereveningsresultaat. Bij de DKG kan dit mogelijk nog een gevolg zijn van de verkorting van de DBC-doorlooptijd, waarbij in 2016 er een grote impact was (alhoewel de DKG's over meerdere jaren al opvalt in deze analyse). Voor de FKG kan dit mogelijk te maken hebben met de uitbreiding van het vereveningskenmerk met de extreem hoge kostenclusters, waarbij onzekerheid kan toenemen in de raming voor nieuwe vereveningskenmerken en/ of risicoklassen. Voorgaande jaren waren er ook hoge vereveningsresultaten voor deze vereveningskenmerken.

Ten tweede, valt voor een aantal risicoklassen de hoogte van de gemiddelde vereveningsresultaten op. Er is een fors positief vereveningsresultaat voor DKG 15 en forse negatieve vereveningsresultaten voor de FKG extreem hoge kostenclusters 2 en 3 en voor HKG 9 (slijmuitzuigapparatuur). DKG 15 viel in voorgaande jaren ook op. De extreem hoge clusters voor FKG en HKG 9 zijn nieuwe risicoklassen in het risicovereveningsmodel van 2017. Nieuwe vereveningskenmerken of gewijzigde risicoklassen van een vereveningskenmerk brengen onzekerheden met zich mee tijdens de verzekerdenraming waardoor er een grotere kans is op afwijkingen in de voorspellingen.

Ten derde, vallen een aantal risicoklassen van PPA, MHK, FDG en VGG op. Bij elk van deze vereveningskenmerken zijn modelwijzigingen doorgevoerd per 2017. Evenals bij FKG en HKG 9 geven de gewijzigde vereveningskenmerken onzekerheden in de raming.

Ten vierde, valt op dat een groot aantal afslagklassen een vereveningsresultaat hebben buiten de gestelde grens van de macro-omvang. In voorgaande jaren was dit een beperkt aantal afslagklassen. Uit analyse volgt dat achteraf gezien niet bij elk vereveningskenmerk goed is ingeschat hoeveel verzekerden in de positieve risicoklassen terecht komen.

Deze bevindingen kunnen als volgt nader worden verklaard:

- Voor DKG 15 geldt een fors positief gemiddeld vereveningsresultaat. De gerealiseerde kosten zijn lager uitgekomen dan verwacht (zie GGAV in de kosten hieronder). Voor DKG 14 is het vereveningsresultaat na correctie voor het macrovereveningsresultaat relatief beperkt. Voor DKG 10, 12 en 13 gelden forse gemiddelde negatieve vereveningsresultaten, waarbij met name DKG 10 relatief gezien opvalt (10%). De gerealiseerde kosten zijn voor deze risicoklassen hoger uitgekomen dan verwacht bij de ex ante vaststelling. Voor DKG 12 volgt dit ook duidelijk uit de analyse naar de GGAV in kosten. In voorgaande jaren vielen ook met name de hoge risicoklassen van DKG op. Mogelijk kunnen bepaalde tariefswijzigingen van behandelingen een (vertraagd) effect hebben op de kosten. Daarbij waren er vorig jaar meer risicoklassen met hoge negatieve vereveningsresultaten dan in 2017. Dit was het gevolg van de effecten van de DBC-doorlooptijd verkorting in 2016. Een andere verklaring kan zijn dat de "zwaardere" aandoeningen (de hogere risicoklassen) kleiner zijn in omvang. Hierdoor kan mogelijk de gemiddelde kosten van deze groep minder stabiel zijn over de jaren, alhoewel het bij deze hoge risicoklassen wel om specifieke aandoeningen gaat. Om dit nader te duiden is nader onderzoek nodig, waarbij de onderliggende gegevens naar Dx-groepen ook beschikbaar zijn.
- Voor FKG 15 (auto-immuunziekten add-ons), 23 (kanker), 26 (nieraandoeningen) en 31 (extreem hoge kosten cluster 1) gelden forse positieve vereveningsresultaten. Voor FKG 20 (cystic fibrosis), 28 (pulmonale arteriële hypertensie), 32 en 33 (extreem hoge kosten clusters 1 en 2) gelden forse negatieve vereveningsresultaten. Een aantal van deze risicoklassen vielen vorig jaar ook op: FKG 15, 23, 26 en 28. FKG 31, 32 en 33 (de extreem hoge kostenclusters) hebben de hoogste gemiddelde vereveningsresultaten van alle risicoklassen van FKG. Daarbij is het gemiddelde negatieve vereveningsresultaat voor extreem hoge cluster 2 en 3 zeer hoog, met name bij extreem hoge cluster 2 is de afwijking relatief hoog. De gemiddelde kosten van deze risicoklassen tijdens de ex ante vaststelling zijn achteraf niet representatief voor de werkelijke kosten van deze risicoklassen. Dit kan mogelijk komen door effecten van zorginkoop en/ of de wijze waarop de kosten bij de ex ante vaststelling worden geschaald naar het MPB (dit gebeurt op het totale deelbedrag en niet verder uitgesplitst). Indien er wijzigingen

optreden in de patronen van deze groepen verzekerden dan is deze schaling naar het MPB niet adequaat en kan dit leiden tot positieve en negatieve vereveningsresultaten bij de definitieve vaststelling (i.e. de normbedragen zijn gelijk aan de gemiddelde kosten per risicoklasse bij de ex ante vaststelling).

- Voor HKG, PPA, MHK, FDG en VGG vallen de hoge risicoklassen op. Dit zijn de risicoklassen met een relatief groot aandeel van verzekerden dat meerdere chronische aandoeningen heeft dan wel zwaardere vormen van een bepaalde aandoening(en). Bij deze vereveningskenmerken, specifiek de betreffende risicoklassen, zijn modelwijzigingen doorgevoerd per 2017. In de onderstaande analyses naar de GGAV in kosten en de GAV in prevalenties vallen de betreffende risicoklassen ook op. Mogelijk zijn er meer onzekerheden bij de OT en ex ante vaststelling voor deze nieuwe risicoklassen/vereveningskenmerken, waardoor er achteraf grotere verschuivingen in de kosten en/ of prevalenties kunnen optreden.
- Opvallend zijn de drie risicoklassen AVI 0 (18- en 65+), GSM 4 (wel morbiditeit, 65+) en SES 3 (laag inkomen, 65-). Dit zijn risicoklassen waarbij de grens 65-/65+ van belang is. Het gemiddelde vereveningsresultaat van deze risicoklassen komt boven de gestelde grens uit, ondanks de relatief kleinere omvang van deze risicoklassen dan andere (afslag)klassen die boven de gestelde grens uitkomen. Uit nadere analyse (zie GAV in prevalenties) volgt dat achteraf het aantal 65+ te laag is ingeschat en daarmee het aantal 65- te hoog bij de ex ante vaststelling. Een verklaring is dat in 2014, het jaar waarop de OT en ex ante vaststelling (lees: bij de berekening van de normbedragen) zijn gebaseerd, het vierde jaarcohort van de 'babyboom'-generatie 65 jaar is geworden (WOR 812).
- Het aantal risicoklassen boven de grenswaarde op macroniveau is aanzienlijk toegenomen ten opzichte van voorgaande jaren. Het vereveningsresultaat voor de afslagklassen van DKG, HKG, MHK, FDG, GGG en VGG heeft een hoog vereveningsresultaat op macroniveau, vanwege de grote omvang in prevalenties van deze afslagklassen. Vorig jaar is dit enkel geconstateerd voor DKG en MHK (Monitor 2016). Er is (nog) geen duidelijke inhoudelijke reden waarom deze afslagklassen voor dit jaar opvallen ten opzichte van voorgaande jaren.

### Kosten

Bovenstaande resultaten worden (deels) verklaard door ontwikkelingen in de kosten tussen de OT en de ex ante vaststelling met de gerealiseerde kosten. Hiertoe is de GGAV in de kosten per vereveningskenmerk geanalyseerd (Tabel 6-2). Voor vergelijkbaarheid van de resultaten tussen momenten zijn de gemiddelde kosten bij de OT en de ex ante vaststelling procentueel geschaald naar het gerealiseerde kostenniveau (Bijlage 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 analyseren over de vereveningskenmerken op de momenten en in vergelijking met voorgaande jaren, voor zover mogelijk. De GGAV wordt onderling vergeleken en gerelateerd aan het gemiddelde kostenniveau.

Tabel 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*** | 66,3 | 45,3 |
| ***DKG*** | 91,3 | 143,0 |
| ***AVI*** | 33,5 | 29,9 |
| ***Regio*** | 7,4 | 5,1 |
| ***SES*** | 65,3 | 66,2 |
| ***PPA*** | 52,7 | 34,2 |
| ***MHK*** | 57,9 | 97,8 |
| ***FKG*** | 76,0 | 140,1 |
| ***HKG*** | 51,7 | 93,5 |
| ***GSM*** | 69,6 | 106,8 |
| ***FDG*** | 23,5 | 48,9 |
| ***VGG*** | 8,9 | 11,9 |
| ***GGG*** | 10,2 | 10,4 |
| ***Totaal*** | **46,6** | **64,1** |

De totale kosten bij de OT wijken met gemiddeld **€ 46,6** per verzekerde en bij de ex ante vaststelling met gemiddeld **€ 64,1** per verzekerde af van de gerealiseerde kosten. De totale GGAV in de kosten bij de ex ante vaststelling is daarmee hoger dan bij de OT, terwijl idealiter juist de gemiddelde afwijking bij de ex ante vaststelling lager is dan bij de OT. Een lagere GGAV in de kosten 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 te

verklaren door de effecten bij DKG, FKG, GSM, MHK en HKG. Indien deze vereveningskenmerken buiten beschouwing worden gehouden is de totale GGAV voor de OT € 33,5 per verzekerde en voor de ex ante vaststelling € 31,5 per verzekerde. In Monitor 2016 is ook geconstateerd dat de GGAV in kosten bij de ex ante vaststelling hoger is dan bij de OT: € 38,7 bij de OT en € 48,8 bij de ex ante vaststelling. Ook toen was de GGAV voor een groot deel te verklaren door de effecten bij DKG, FKG, GSM en MHK. De GGAV bij HKG was vorig jaar niet zo hoog als nu in 2017: in 2016 was de GGAV € 8,3 bij de OT en € 13,6 bij de ex ante vaststelling (de gemiddelde kosten waren in 2016 € 2.065). Dit heeft mogelijk te maken met het groot onderhoud van de HKG's per 2017. Ook kunnen hier zorginkoop-effecten een rol spelen, waardoor de gerealiseerde kosten anders zijn uitgekomen dan verwacht.

De resultaten bij DKG, FKG, GSM, MHK en HKG in Tabel 6-2 kunnen als volgt nader worden verklaard:

- Bij de hoogste DKG-klassen vallen vooral de hoge gemiddelde kosten op. Voor DKG 12 en DKG 14 zijn de gemiddelde kosten te laag ingeschat bij zowel de OT als de ex ante vaststelling. Met name de kosten voor DKG 14 zijn fors onderschat (circa 33 %) bij de ex ante vaststelling. Voor DKG 11 zijn de gemiddelde kosten ook zowel bij de OT als de ex ante vaststelling te laag ingeschat, maar in mindere mate dan eerdergenoemde risicoklassen. Bij de OT zijn de gemiddelde kosten voor DKG 13 en DKG 15 fors overschat. DKG 15 valt om die reden eveneens op bij de ex ante vaststelling.

  Van alle vereveningskenmerken is de GGAV in kosten het hoogst voor DKG zowel bij de OT (91,3) als bij de ex ante vaststelling (143,0). Tijdens de OT is de GGAV in kosten opvallend hoog bij DKG 0 en DKG 6. De GGAV in kosten van DKG 0 is, als enige risicoklasse van DKG, lager bij de ex ante vaststelling dan tijdens de OT. Tijdens de ex ante vaststelling vallen DKG 2, 3, 4, 6, en 9 op. De GGAV in kosten van deze risicoklassen zijn bij de ex ante vaststelling veel hoger dan bij de OT, wat heeft geleid tot een veel hogere totale GGAV in kosten van DKG bij de ex ante vaststelling dan bij de OT. Bij deze risicoklassen zijn de gemiddelde kosten bij de ex ante vaststelling te laag ingeschat ten opzichte van de gerealiseerde kosten, circa 12 % ten opzichte van 5 % bij de OT. Deze risicoklassen van DKG (DKG 2, 3, 4, 6, en 9) zijn van behoorlijke omvang waardoor het verschil in gemiddelde kosten bij deze risicoklassen terugkomt in de GGAV in kosten van het vereveningskenmerk.

  Verklaringen voor deze verschuivingen zijn mogelijk nog de effecten van de verkorting van de DBC-doorlooptijd of effecten van zorginkoop. Een andere mogelijke verklaring kan zijn dat de hogere risicoklassen "zwaardere aandoeningen" omvatten waarbij er mogelijk meer fluctuaties in de zorgkosten verwacht mogen worden, omdat het om (zeer) hoge kosten gaat bij deze verzekerden. Een andere mogelijke verklaring kan zijn dat de kosten bij de ex ante vaststelling opgehoogd zijn met een ophoogfactor per deelprestatie, wat achteraf te grof is en niet adequaat het kostenpatroon van de betreffende groep verzekerden weergeeft. De kosten bij de OT zijn niet opgehoogd naar het MPB en zijn gebaseerd op de kosten van jaar t-3 die zijn aangepast voor basispakket-wijzigingen.

- FKG heeft ook een relatief hoge GGAV in kosten, zowel bij de OT als de ex ante vaststelling. Dit komt met name door FKG 0. FKG 0 is verantwoordelijk voor 43 % van de GGAV in de kosten van dit vereveningskenmerk bij de OT en voor 50 % bij de ex ante vaststelling. Het verschil in de GGAV in kosten tussen de OT en de ex ante vaststelling is niet te wijten aan een bepaalde risicoklasse(n): voor 22 risicoklassen is de GGAV bij de ex ante vaststelling hoger dan bij de OT. Een risicoklasse die hierbij opvalt is FKG 7 (hoog cholesterol): deze risicoklasse verklaart 14 % van de GGAV in de kosten van dit vereveningskenmerk bij de ex ante vaststelling. Bij de OT valt deze risicoklasse niet op ten opzichte van de andere risicoklassen: deze risicoklasse verklaart 'slechts' 5 % van de GGAV in de kosten van dit vereveningskenmerk op dit moment.

  Voor FKG 15, 23 en 30 valt het verschil in de gemiddelde kosten tussen de OT en de gerealiseerde kosten en de ex ante vaststelling en de gerealiseerde kosten op. De gemiddelde gerealiseerde kosten 2017 zijn 20 % lager dan de representatief gemaakte kosten van 2014 als gebruikt bij de OT en 15 % lager dan bij de ex ante vaststelling. Voor FKG 15 (auto-immuunziekten o.b.v. add-on) zijn de gemiddelde gerealiseerde kosten 20 % lager bij OT en 15 % lager bij ex ante vaststelling dan de gerealiseerde kosten. Voor FKG 23 (kanker) is dit 16 % en 17 % respectievelijk en voor FKG 30 (groeistoornissen o.b.v. add-on) is het 18 % en 6 % respectievelijk. Bij FKG 20 (cystic fibrosis) zijn de gemiddelde kosten hoger uitgekomen dan verwacht bij de OT en ex ante vaststelling: 5 % en 11% respectievelijk.

  De gemiddelde kosten van FKG 31, 32 en 33 (extreem hoge clusters) zijn hoog. Voor FKG 31 zijn de gemiddelde kosten lager uitgekomen dan verwacht: 5 % bij de OT en 7 % bij de ex ante vaststelling dan de gerealiseerde kosten. Voor FKG 32 zijn bij de OT de gemiddelde kosten 4 % hoger ingeschat dan gerealiseerd en bij de ex ante vaststelling 3 % lager. Voor FKG 33 zijn bij de OT de gemiddelde kosten 8 % hoger ingeschat dan de gerealiseerde kosten. Bij de ex ante vaststelling sluiten de gemiddelde kosten goed aan (< 1 % verschil). Vanwege de kleine omvang van deze drie risicoklassen komen de absoluut gezien grote afwijkingen in de gemiddelde kosten niet overheersend terug in de GGAV van dit vereveningskenmerk. De vereveningsresultaten van deze risicoklassen bij de definitieve vaststelling vallen wel op (Tabel 6.2).

  Mogelijke verklaringen voor deze verschuivingen kunnen zijn dat er meer onzekerheid was bij de nieuwe risicoklassen (met name bij de hoge risicoklassen), zorginkoop-effecten en/ of dat ook hier de wijze waarop de

kosten representatief worden gemaakt bij de OT en de ex ante vaststelling te grof zijn voor de onderliggende groepen.

- GSM heeft ook een relatief hoge GGAV in de kosten, met name bij de ex ante vaststelling. Een groot deel van deze GGAV in de kosten wordt verklaard door risicoklasse 3 (65- en gezond) en risicoklasse 4 (65+ en gezond). Bij de OT wordt de GGAV in de kosten voor 30 % verklaard door risicoklasse 3 en voor 32 % door risicoklasse 4. Bij de ex ante vaststelling wordt de GGAV in de kosten voor zelfs 51 % verklaard door risicoklasse 3 en voor 43 % door risicoklasse 4. Voor beide risicoklassen geldt dat gemiddelde kosten bij de OT beter aansluiten op de gerealiseerde kosten dan bij de ex ante vaststelling. Bij de ex ante vaststelling zijn de gemiddelde kosten te laag ingeschat, ofwel de gerealiseerde kosten zijn hoger uitgekomen dan verwacht: voor risicoklasse 3 is dit 8 % en voor risicoklasse 4 is dit 5 %. GSM is een combinatie van de morbiditeitskenmerken DKG, FKG, MHK, HKG en FDG, met leeftijd. Deze kenmerken hebben per 2017 meerdere wijzigingen ondergaan. Zo was er groot onderhoud voor FKG en HKG, is FGG vervangen door FDG en is MHK uitgebreid in de hoogste klassen. Mogelijk zorgen deze modelwijzigingen voor onzekerheden waardoor er in verhouding grotere verschillen in de gemiddelde kosten bij deze risicoklassen van GSM kunnen ontstaan.
- MHK heeft een relatief hoge GGAV bij zowel de OT als bij de ex ante vaststelling: 57,9 en 97,8 respectievelijk. MHK 0 is verantwoordelijk voor 65 % van de GGAV in kosten van dit vereveningskenmerk bij de OT en voor 56 % bij de ex ante vaststelling. De gerealiseerde kosten zijn lager uitgekomen dan verwacht bij de OT en bij de ex ante vaststelling: 2,5 % bij de OT ten opzichte van de gerealiseerde kosten en 3,7 % bij de ex ante vaststelling. Daarnaast valt risicoklasse 7 op bij de OT (GGAV voor deze risicoklasse is 8,1) en risicoklasse 4 bij de ex ante vaststelling (GGAV voor deze risicoklasse is 7,9). Het verschil in de GGAV in de kosten tussen de OT en de ex ante vaststelling is niet aan een bepaalde risicoklasse(n) te wijten: voor 7 van de 8 risicoklassen is de GGAV bij de ex ante vaststelling hoger dan bij de OT. Alleen bij risicoklasse 7 is de GGAV bij de ex ante vaststelling lager dan bij de OT.

  In voorgaande jaren viel MHK ook in deze analyse (Monitor 2012 t/m 2016). Er hebben echter geen aanpassingen plaatsgevonden in de bepaling van de MHK-indeling. Er is met de beschikbare gegevens van deze Monitor geen diepgaande(re) verklaring voor de verschuivingen bij dit vereveningskenmerk te geven; dat vraagt nader onderzoek met aanvullende gegevens.
- HKG heeft vergelijkbaar met MHK ook een hoge GGAV in kosten bij de OT en de ex ante vaststelling. HKG 0 is verantwoordelijk voor 41 % van de GGAV in kosten van dit vereveningskenmerk en voor 47 % bij de ex ante vaststelling. De gemiddelde kosten zijn lager uitgekomen dan verwacht bij de OT en bij de ex ante vaststelling. Daarnaast valt de GGAV in kosten bij HKG 4 (vernevelaar met toebehoren) op bij de OT en HKG 2 (therapeutische elastische kousen) op bij de ex ante vaststelling. Bij de OT zijn de gemiddelde kosten voor de vernevelaar met toebehoren 59 % hoger dan de gerealiseerde kosten en bij de ex ante vaststelling is dit 43 %. De gemiddelde kosten voor therapeutische elastische kousen zijn bij de ex ante vaststelling 14 % te laag ingeschat ten opzichte van de gerealiseerde kosten, terwijl tijdens de OT deze onderschatting maar 3 % is.

  Naast deze risicoklassen valt HKG 9 (slijmuitzuigapparatuur) op. De gerealiseerde kosten van deze risicoklasse zijn ongeveer twee keer zo hoog uitgevallen dan verwacht bij de OT en ex ante vaststelling. Deze grote afwijking in de gemiddelde kosten komt niet duidelijk naar voren in de GGAV van dit vereveningskenmerk vanwege de kleine omvang van deze risicoklasse (0,01 %).

  Een mogelijk verklaring voor deze verschuivingen bij HKG kan zijn dat dit kenmerk is vernieuwd per 2017, waardoor onzekerheden in de raming kunnen ontstaan. Daarnaast kunnen ook effecten van zorginkoop van invloed zijn of kan de wijze waarop de kosten representatief gemaakt worden tijdens de OT en de ex ante vaststelling te grof zijn achteraf gezien.

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

- Voor SES is de GGAV ook relatief hoog: 65,3 bij de OT en 66,2 bij de ex ante vaststelling. In voorgaande jaren is voor dit vereveningskenmerk ook relatief grote afwijkingen in de gemiddelde kosten geconstateerd (Monitor 2012 t/m 2016). Over de jaren is dit vereveningskenmerk gewijzigd en verbeterd, waaronder door het totale adresinkomen te baseren op gegevens van het voorgaande jaar in plaatst van het vereveningsjaar. Mogelijk hebben de relatief grote verschuivingen bij dit vereveningskenmerk te maken met (sterke) ontwikkelingen in de conjunctuur, waardoor inschattingen achteraf gezien niet volledig goed aansluiten op de gerealiseerde cijfers.
- Verder is de GGAV van leeftijd relatief hoog, net als in voorgaande jaren. De orde van grootte is echter wel vergelijkbaar over de jaren. Er zijn dan ook geen grote opvallende verschuivingen in de gemiddelde kosten bij bepaalde risicoklassen van dit vereveningskenmerk.

### 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 2017.

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 2017. Dit zijn aantallen per 1000 verzekerden.

| | OT versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd | Ex ante vaststelling versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd |
|---|---|---|
| ***Leeftijd/ geslacht*** | 39,3 | 7,7 |
| ***DKG*** | 28,0 | 35,5 |
| ***FKG*** | 21,1 | 5,2 |
| ***HKG*** | 8,7 | 3,1 |
| ***AVI*** | 34,0 | 23,5 |
| ***SES*** | 21,9 | 6,7 |
| ***PPA*** | 24,1 | 13,3 |
| ***Regio*** | 3,5 | 1,1 |
| ***MHK*** | 7,3 | 4,9 |
| ***GSM*** | 21,9 | 49,8 |
| ***FDG*** | 2,8 | 2,1 |
| ***VGG*** | 0,2 | 0,7 |
| ***GGG*** | 0,7 | 0,1 |
| ***Totaal*** | **16,4** | **11,8** |

Conform verwachting is de totale GAV in prevalentie bij de OT hoger dan bij de ex ante vaststelling: een prevalentieverschil van gemiddeld **1,64 %** bij de OT en **1,18 %** bij de ex ante vaststelling. Het verschil in de totale GAV in prevalentie tussen OT en ex ante vaststelling wordt veroorzaakt door de effecten van de verzekerdenraming. De verzekerdenraming levert een positieve bijdrage aan de aansluiting van de geraamde prevalentie op de werkelijke prevalentie. In vergelijking met voorgaande jaren is de totale GAV bij de ex ante vaststelling hoger: van 0,82 % in 2015, naar 0,89 % in 2016, naar 1,18 % in 2017 (Monitor 2015 en 2016: Tabel 6-3). Mogelijk komt dit doordat er in 2017 meer modelwijzigingen zijn doorgevoerd dan in voorgaande jaren, waardoor er mogelijk meer onzekerheid was bij de OT en ex ante vaststelling over de ontwikkeling van deze nieuwe of aangepaste vereveningskenmerken. Hieronder worden de meest opvallende resultaten toegelicht:

- De GAV in prevalentie voor leeftijd en geslacht is opvallend hoog bij OT (3,93 %). De GAV wordt met name veroorzaakt door de leeftijdsgroepen 40 t/m 44 jaar (voor 26 %) en 70 t/m 74 jaar (voor 20 %), mannen en vrouwen bij elkaar opgeteld. Bij de ex ante vaststelling valt de GAV in prevalentie van dit vereveningskenmerk niet meer op (0,77 %). Dit is ook in eerdere jaren geconstateerd. Dit komt door het effect van de verzekerdenraming.
- Voor AVI is de GAV in prevalentie bij de OT relatief hoog in vergelijking met andere vereveningskenmerken. AVI 0 (17- en 65+) is verantwoordelijk voor 16 % van de GAV in prevalentie bij OT en 14 % bij de ex ante vaststelling. De werkelijke prevalentie is hoger dan verwacht bij de ex ante vaststelling. Achteraf zijn meer personen 65 jaar geworden dan van tevoren was ingeschat. Dit komt mogelijk door het 4e jaarcohort van de ‘babyboom’-generatie.

  Voor AVI 8 (55-64 jaar, arbeidsongeschikt) geldt een hogere GAV in prevalentie bij OT dan bij ex ante vaststelling. Dit verschil verklaart niet volledig de verschuiving bij AVI 0, omdat de omvang van de risicoklasse AVI 8 (2 % bij OT en 1 % bij ex ante vaststelling) kleiner is dan de afslagklasse (38 % bij OT en 39 % bij ex ante vaststelling). De andere AVI-klassen van 55-64 jaar hebben een hogere GAV bij de ex ante vaststelling dan bij de OT.

  Daarnaast vallen ook de GAV in prevalentie van risicoklassen AVI 19 en 20 op (referentiegroepen 18 t/m 34 en 35 t/m 44 jaar). Een groot deel van de GAV bij de OT voor AVI wordt verklaard door AVI 20 (27 %), waarbij de gerealiseerde prevalentie lager is uitgevallen dan verwacht bij de OT. Bij de ex ante vaststelling is AVI 19 verantwoordelijk voor 30 % van de GAV voor AVI. Opvallend is dat de prevalentie bij de ex ante vaststelling meer afwijkt van de gerealiseerde prevalentie dan bij de OT.

  De prevalenties voor AVI worden sterk beïnvloed door de economische conjunctuur en gerichte beleidsmaatregelen op de arbeidsmarkt en sociale zekerheid. Dit maakt het vaststellen van een trendfactor voor AVI op basis van het recente verleden onzeker. Voor AVI wordt dan ook geen trendfactor toegepast in de verzekerdenraming.

  De GAV voor dit vereveningskenmerk is over afgelopen jaren consequent relatief hoog (Monitor 2012 t/m 2016). De GAV bij de ex ante vaststelling voor dit vereveningskenmerk is wederom iets lager dan vorige jaren: van 2,75 % (Monitor 2015), naar 2,55 % (Monitor 2016), naar 2,35 % in 2017. Dit heeft mogelijk te maken met de doorgevoerde modelverbeteringen voor dit vereveningskenmerk.
- DKG heeft zowel bij OT als ex ante vaststelling een opvallend hoge GAV in prevalentie, met name bij de ex ante vaststelling. DKG 0 bepaalt uiteindelijk de helft van de GAV in prevalentie van dit vereveningskenmerk (49 % tijdens OT en 50 % bij de ex ante vaststelling). De andere helft van de GAV wordt bepaald door de combinatie

van alle positieve risicoklassen, waarbinnen DKG 1 tot en met 5 opvallen. De prevalenties van de positieve risicoklassen van DKG zijn lager uitgekomen dan geraamd in de verzekerdenraming; ofwel er zijn uiteindelijk minder verzekerden in een positieve risicoklasse ingedeeld dan was verwacht ten tijde van OT en ex ante vaststelling: 1,77 % van alle verzekerden (circa 300.000 verzekerden) zijn in de afslagklasse ingedeeld, terwijl die normaal gesproken in een positieve DKG-klasse zouden zijn ingedeeld. Dit is bijna een verdubbeling ten opzichte van vorig jaar (0,94 %, 160.000 verzekerden). Gezien de omvang van het normbedrag van de DKG 0 leidt deze prevalentie-verschuiving tot een substantiële verschuiving in de kosten van meer dan € 86 miljoen van de positieve DKG-klassen naar de afslagklasse.

- FKG heeft bij de OT ook een relatief hoge GAV in prevalentie (2,11 %). De hoge GAV bij OT wordt veroorzaakt door FKG 0 (voor 30 %) en FKG 7 (voor 26 %, hoog cholesterol). Bij de ex ante vaststelling is de GAV van FKG veel lager en in verhouding tot andere vereveningskenmerken. Een verklaring voor de hoge GAV in prevalentie bij OT kan zijn dat de verzekerdenraming beter in staat is om rekening te houden met de meervoudigheid van FKG dan bij de OT. In voorgaande jaren is ditzelfde patroon geconstateerd (Monitor 2012 t/m 2016).
- Voor GSM zijn de werkelijke prevalenties voor de risicoklassen GSM 1 en 3 (beide risicoklassen voor 65-minners) lager uitgekomen dan geraamd ten tijde van de ex ante vaststelling. Dit wordt veroorzaakt doordat het vierde jaarcohort van de ‘babyboom’-generatie (WOR 812). De gemiddelde kosten tijdens de ex ante vaststelling zijn minder representatief geweest voor de werkelijke zorgkosten van deze risicoklassen dan de gemiddelde kosten tijdens de OT.
- Verder is de GAV het laagst voor regio, FDG, VGG en GGG. De geraamde prevalenties van deze kenmerken wijken relatief niet veel af van de gerealiseerde prevalenties. Voorgaande jaren is dit voor deze vereveningskenmerken ook geconstateerd. MHK en HKG hebben ook een relatief lage GAV, echter beide hoger dan in 2016.

### 6.1.2 Subgroepen samenhang aandoening en leeftijd

Het gemiddelde vereveningsresultaat voor een aantal subgroepen is geanalyseerd, 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). Bij de definitieve vaststelling is 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 2017, 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** | 19,1 | 19 | 12 | -1 | 873 | 902 | 899 |
| **- Wel somatische aandoening** | 0,9 | -436 | -337 | - 797 | 5.833 | 5.663 | 6.617 |
| **Subtotaal** | **20,0** | **-2** | **-4** | **-37** | **1.101** | **1.121** | **1.162** |
| ***Verzekerden van 18 tot en met 64 jaar*** | | | | | | | |
| **- Geen somatische – Geen psychische aandoening** | 43,6 | 14 | 11 | 26 | 856 | 877 | 859 |
| **- Geen somatische – Wel psychische aandoening** | 4,3 | -209 | -218 | -254 | 1.169 | 1.198 | 1.231 |
| **- Wel somatische – Geen psychische aandoening** | 9,3 | 72 | 83 | -18 | 4.196 | 4.195 | 4.508 |
| **- Wel somatische – Wel psychische aandoening** | 3,9 | -24 | -9 | -69 | 4.038 | 4.033 | 4.252 |
| **Subtotaal** | **61,6** | **5** | **4** | **-6** | **1.590** | **1.607** | **1.657** |
| ***Subtotaal wel somatische aandoening, 18-64 jaar*** | ***13,2*** | ***43*** | ***55*** | ***-33*** | ***4.149*** | ***4.147*** | ***4.432*** |
| ***Subtotaal geen somatische aandoening, 18-64 jaar*** | ***47,9*** | ***-6*** | ***-10*** | ***1*** | ***884*** | ***906*** | ***892*** |
| ***Verzekerden van 65 jaar en ouder*** | | | | | | | |
| **- Geen somatische – Geen psychische aandoening** | 6,9 | 91 | 110 | 28 | 2.313 | 2.374 | 2.284 |
| **- Geen somatische – Wel psychische aandoening** | 0,2 | -273 | -279 | - 150 | 3.124 | 3.254 | 2.981 |
| **- Wel somatische – Geen psychische aandoening** | 10,5 | -35 | -32 | 71 | 7.326 | 7.125 | 7.454 |
| **- Wel somatische – Wel psychische aandoening** | 1,3 | -111 | -129 | 170 | 8.976 | 8.788 | 8.934 |
| **Subtotaal** | **18,9** | **2** | **18** | **60** | **5.578** | **5.476** | **5.634** |
| ***Subtotaal wel somatische aandoening, 65+*** | ***11,8*** | ***-44*** | ***-43*** | ***82*** | ***7.514*** | ***7.313*** | ***7.622*** |
| ***Subtotaal geen somatische aandoening, 65+*** | ***7,1*** | ***80*** | ***98*** | ***23*** | ***2.338*** | ***2.400*** | ***2.305*** |
| ***Totaal*** | **100** | **0** | | **0** | **2.227** | **2.340** | **2.311** |

Voetnoot Tabel 6-4:

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

Voor sommige subgroepen is het patroon in het gemiddelde vereveningsresultaat niet in lijn op de verschillende momenten. Verzekerden van 65 jaar en ouder met een somatische aandoening worden bij OT en ex ante vaststelling ondergecompenseerd. Bij de definitieve vaststelling is het resultaat voor deze subgroep omgeslagen naar een forse overcompensatie. Ook voor verzekerden van 18 tot en met 64 jaar met een somatisch aandoening en een psychische aandoening vindt een verschuiving plaats van een onder- naar overcompensatie, echter dit is een zeer beperkte onder- en overcompensatie (beneden de € 50 en daarmee kan worden verondersteld dat het adequaat is).

Naast dat het patroon voor een subgroep kan veranderen, zijn er ook verschuivingen in de hoogte van de onder- of overcompensatie tussen de verschillende momenten. Zo is de ondercompensatie voor verzekerden onder de 18 jaar met een somatische aandoening sterk toegenomen bij de definitieve vaststelling ten opzichte van de OT en ex ante vaststelling. Ook de ondercompensatie voor verzekerden 18 tot en met 64 jaar zonder somatische aandoening maar met psychische aandoening is toegenomen, maar in beperkte omvang. De ondercompensatie voor verzekerden van 65 jaar en ouder zonder somatische aandoening maar met psychische aandoening is daarentegen afgenomen. Verder is de overcompensatie voor verzekerden van 18 tot en met 64 jaar zonder somatische of psychische aandoening licht toegenomen en voor de leeftijd 65 jaar en ouder licht gedaald.

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

*Noot* – Paragraaf 5.1.2 interpreteert de hoogte van de onder- en overcompensaties voor deze subgroepen voor de verevenende werking van het somatische model 2017.

### 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 gGGZ-kosten

### 6.2.1 Resultaat enkelvoudige risicogroepen

Tabel 6-5 presenteert de enkelvoudige risicoklassen in het gGGZ-model 2017 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 111 risicoklassen van dit model, zowel voor als na correctie voor het macrovereveningsresultaat.

Tabel 6-5 Enkelvoudige risicoklassen in het gGGZ-model van 2017 met een vereveningsresultaat buiten de gekozen grenzen, bij de definitieve vaststelling.

| Enkelvoudige risicoklassen | | Aantal, in % [a] | Gemiddelde kosten, in € | Gemiddeld verevenings-resultaat, in € [b] (% t.o.v. gem. kosten) | Normbedrag ex ante vaststelling | Macro-omvang verevenings-resultaat, in € in mln. | Gemiddeld resultaat na correctie, in € [c] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *Buiten een drempel van € -200 of 200 per verzekerde* | | | | | | | |
| DKG-GGZ | *DKG-GGZ 1* | 1,24 | 2.577 | 608 (24 %) | 570 | 101,5 | 447 |
| | *DKG-GGZ 2* | 0,46 | 7.565 | 1.009 (13 %) | 4.042 | 62,8 | 574 |
| | *DKG-GGZ 3* | 0,09 | 12.907 | 1.676 (13 %) | 8.151 | 19,5 | 936 |
| | *DKG-GGZ 4* | 0,08 | 18.899 | 2.234 (12 %) | 13.584 | 23,7 | 1.160 |
| FKG-GGZ | *FKG 1 (psychose)* | 0,46 | 5.849 | 653 (11 %) | 1.323 | 40,1 | 323 |
| | *FKG 2 (psychose depot)* | 0,08 | 11.465 | 1.052 (9 %) | 3.433 | 11,8 | 416 |
| | *FKG 4 (verslaving)* | 0,10 | 5.047 | 1.212 (24 %) | 1.302 | 16,0 | 894 |
| | *FKG 6 (FKG bipolair complex)* | 0,09 | 6.859 | 626 (9 %) | 1.102 | 7,2 | 246 |
| AVI | *AVI 1 (IVA, 18-34 jaar)* | 0,02 | 2.079 | 707 (34 %) | 605 | 1,8 | 565 |
| | *AVI 2 (IVA, 35-44 jaar)* | 0,07 | 1.635 | 202 (12 %) | -44 | 1,9 | 108 |
| | *AVI 5 (Arbeidsongeschikt, 18-34 jaar)* | 1,08 | 1.864 | 307 (16 %) | 251 | 44,6 | 197 |
| PPA | *PPA 2 (>15 bewoners, blijvend 65-79)* | 0,11 | 513 | 293 (57 %) | -27 | 4,2 | 252 |
| | *PPA 4 (>15 bewoners, instromen 65-79)* | 0,12 | 4.431 | 1.857 (42 %) | 3.872 | 28,9 | 1.538 |
| MHK-GGZ | *MHK-GGZ 2 (≥2x in 5 jr. kosten in top-10‰)* | 0,63 | 4.111 | 583 (14 %) | 1.266 | 49,4 | 344 |
| | *MHK-GGZ 3 (≥2x in 5 jr. kosten in top-5‰)* | 0,30 | 6.972 | 914 (13 %) | 2.735 | 37,6 | 513 |
| | *MHK-GGZ 4 (≥2x in 5 jr. kosten in top-2,5‰)* | 0,16 | 10.528 | 1.315 (12 %) | 4.243 | 29,1 | 714 |
| | *MHK-GGZ 6 (5x in 5 jr. kosten in top-5‰)* | 0,02 | 20.554 | 1.701 (8 %) | 9.671 | 5,7 | 571 |
| | *MHK-GGZ 7 (5x in 5 jr. kosten in top-2,5‰)* | 0,01 | 33.625 | 1.424 (4 %) | 16.334 | 1,4 | -357 |
| ZVZ | *ZVZ 4-5* | 2,15 | 3.409 | 385 (11 %) | 1.169 | 111,8 | 193 |
| | *ZVZ 6* | 0,54 | 7.095 | 735 (10 %) | 2.305 | 53,9 | 337 |
| | *ZVZ 7* | 0,10 | 11.916 | 1.172 (10 %) | 3.948 | 16,4 | 507 |
| | *ZVZ Crisis* | 0,08 | 3.817 | 583 (15 %) | 1.877 | 6,1 | 360 |
| *Boven een drempel € 100 mln. op macroniveau* | | | | | | | |
| SES | *SES 1 (Zeer laag 18-64 jaar)* | 15,58 | 646 | 58 (9 %) | 14 | 122,6 | 22 |

Voetnoot Tabel 6-5

a. Omvang in verzekerdenjaren, uitgedrukt in het percentage van de totale Zvw-bevolking 18+.

b. Voor alle 111 risicoklassen tezamen geldt een gemiddeld vereveningsresultaat van € 12 per verzekerde.

c. 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 gestelde grens hebben een gemiddeld positief vereveningsresultaat zowel voor, als na correctie voor het macrovereveningsresultaat, met uitzondering van MHK 7. De gerealiseerde kosten zijn lager uitgekomen dan verwacht. Dit zijn met name risicoklassen met verzekerden met relatief hoge kosten. Het macrovereveningsresultaat wordt over het algemeen behaald op deze verzekerden. Op basis van de beschikbare gegevens kunnen wij geen specifieke, onderliggende (sub)groepen aanwijzen die verantwoordelijk zijn voor deze resultaten.

Opvallende resultaten op afzonderlijke vereveningskenmerken zijn:

- Voor DKG-GGZ 1, 2, 3 en 4 worden forse (positieve) vereveningsresultaten behaald. Opvallend is dat het vereveningresultaat voor DKG-GGZ 5 in 2017 niet buiten de gestelde grenzen valt, terwijl dit in voorgaande jaren wel het geval was (Monitor 2015, 2016). Er heeft geen substantiële verschuiving in de kosten voor DKG-GGZ 5 plaatsgevonden. Daarnaast hebben de vier DKG-risicoklassen na correctie voor het macrovereveningsresultaat

een positief vereveningsresultaat, in tegenstelling tot voorgaande jaren. Dit betekent dat de kosten voor deze DKG-risicoklassen lager zijn uitgekomen dan verwacht.

- Voor FKG-GGZ 1 (psychose), 2 (psychose depot), 4 (verslaving) en 6 (bipolair complex) gelden forse positieve vereveningsresultaten. De gerealiseerde kosten zijn lager uitgekomen dan verwacht. Voor FKG-GGZ 2 en 4 was dit in 2016 ook het geval; dit waren in 2016 de enige FKG-risicoklassen die buiten de gestelde grenzen vielen. In 2015 waren meer FKG's met forse vereveningsresultaten buiten de gekozen grens (FKG 1, 2, 4, 6 en 7).
- Opvallend zijn de drie risicoklassen van AVI: AVI 1 (IVA, 18-34 jaar), 2 (IVA, 35-44 jaar) en 5 (arbeidsongeschikt, 18-34 jaar). Voor deze risicoklassen gelden positieve vereveningsresultaten. Voor deze risicoklassen zijn de kosten en de prevalenties te hoog ingeschat.
- Voor PPA 2 (>15 bewoners blijvend 65+) en 4 (>15 bewoners instromend 65+) gelden ook positieve vereveningsresultaten. Mogelijk heeft bij deze risicoklassen de effecten van de leeftijdsgrens van 65-/65+ in relatie tot afwijkende prevalenties voor de babyboom invloed gehad.
- Voor MHK-GGZ 2, 3, 4, 6 en 7 gelden forse positieve vereveningsresultaten. Voor MHK-GGZ 2 en 3-GGZ was dit in 2015 en voor MHK-GGZ 2 in 2016 ook het geval. Opvallend is dat het macrovereveningsresultaat voor MHK 0 en 1, in tegenstelling met 2015 en 2016 niet boven de drempel van het macrovereveningresultaat komen. Dit terwijl er behoorlijke verschuivingen zijn in de prevalenties tussen momenten, waarbij er geen criteriumneutraliteit meer geldt. MHK-GGZ 7 is de enige risicoklasse met een hoog positief vereveningsresultaat voor correctie, maar een negatief resultaat na correctie. Hier is (nog) geen goede verklaring voor.
- Het aantal risicoklassen boven de grenswaarde op macroniveau is aanzienlijk afgenomen. In tegenstelling tot voorgaande jaren komt het vereveningsresultaat voor geen enkele afslagklasse buiten geselecteerde grens. Voorgaande jaren is dit geconstateerd voor meerdere afslagklassen (Monitor 2012 t/m 2016).

### Kosten

De GGAV in kosten per vereveningskenmerk is geanalyseerd om bovenstaande resultaten (deels) te verklaren (Tabel 6-6). Vergelijkbaar met voorgaande analyses, worden de gemiddelde kosten bij de OT en de ex ante vaststelling naar het niveau van de gerealiseerde kosten geschaald (Bijlage B).

Tabel 6-6 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 2017.

| | OT versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd | Ex ante vaststelling versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd |
|---|---|---|
| ***Leeftijd/geslacht*** | 13,4 | 13,6 |
| ***DKG-GGZ*** | 4,4 | 4,0 |
| ***AVI*** | 18,6 | 18,8 |
| ***Regio*** | 7,8 | 7,2 |
| ***SES*** | 10,1 | 11,3 |
| ***MHK-GGZ*** | 22,9 | 20,4 |
| ***FKG-GGZ*** | 5,3 | 3,2 |
| ***PPA*** | 6,8 | 5,0 |
| ***ZVZ*** | 18,1 | 18,5 |
| ***Totaal*** | **11,9** | **11,3** |

De totale kosten bij de OT wijken gemiddeld **€ 11,9** per verzekerde af van de gerealiseerde kosten en bij de ex ante vaststelling gemiddeld **€ 11,3** per verzekerde. Dat betekent dat de gemiddelde totale kosten minder afwijken tijdens de ex ante vaststelling dan bij de OT, zoals gewenst. De GGAV in kosten is bij leeftijd/geslacht, AVI, SES, en ZVZ hoger bij de ex ante vaststelling dan bij de OT. De gemiddelde kosten van deze kenmerken bij de ex ante vaststelling sluiten gemiddeld minder goed aan op de gerealiseerde kosten dan bij de OT. Vorig jaar waren de verschillen van vergelijkbare omvang: € 10,6 voor de OT en € 9,9 voor de ex ante vaststelling (Monitor 2016).

Bij afzonderlijke vereveningskenmerken valt op:

- AVI heeft een relatief hoge GGAV bij zowel de OT als bij de ex ante vaststelling: 18,6 en 18,8 respectievelijk. De risicoklassen AVI 5 (arbeidsongeschikt, 18-34 jaar) en AVI 25 (referentiegroep, 18-34) bepalen het grootste deel van de totale GGAV van AVI: AVI 5 18 % bij de OT en 22 % bij de ex ante vaststelling en AVI 25 17 % en 14 % respectievelijk. De GGAV in kosten van AVI 5 sluit beter bij de OT aan op de gerealiseerde kosten dan bij de ex ante vaststelling. AVI heeft een hogere GGAV in kosten 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.

- De GGAV van MHK-GGZ valt hoog uit, zowel bij de OT (22,9) als bij de ex ante vaststelling (20,4). Binnen MHK is MHK 1 (≥ 1x in 3 jaar kosten > 0) voor 67 % verantwoordelijk voor de totale GGAV in kosten tijdens de OT en 66 % bij de ex ante vaststelling. De nieuwe indeling van MHK kan van invloed zijn geweest vanwege onzekerheden in de te verwachten kosten en prevalenties voor de verzekerden in deze risicoklasse. In voorgaande jaren is ook een hoge GGAV voor MHK geconstateerd, alhoewel vorig jaar de GGAV in kosten van MHK-GGZ lager was (Monitor 2015, 2016).
- Het nieuwe vereveningskenmerk ZVZ heeft ook een hoge GGAV in kosten. ZVZ 1 (ZVZ 1-3/ onbekend) bepaalt het grootste deel van de totale GGAV van ZVZ (58 % bij de OT en 65 % bij de ex ante vaststelling).
- Voor DKG-GGZ is de GGAV bij de OT (4,4 %) en de ex ante vaststelling (4,0 %) dit jaar aanzienlijk lager dan in 2016 (15,2 % en 13,1 % respectievelijk).

### Prevalenties

Tabel 6-7 toont de GAV in prevalenties per vereveningskenmerk van het gGGZ-model 2017 voor de OT en ex ante vaststelling, ten opzichte van de gerealiseerde prevalenties bij de definitieve vaststelling.

Tabel 6-7 GAV in prevalenties tussen de OT en definitieve vaststelling en tussen ex ante vaststelling en definitieve vaststelling, voor verzekerden voor het gGGZ-model van 2017.

| | OT versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd | Ex ante versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd |
|---|---|---|
| ***Leeftijd/ geslacht*** | 40,1 | 7,4 |
| ***FKG-GGZ*** | 4,6 | 1,4 |
| ***AVI*** | 49,3 | 27,2 |
| ***SES*** | 24,3 | 5,3 |
| ***Regio*** | 3,5 | 2,0 |
| ***DKG-GGZ*** | 3,1 | 1,4 |
| ***PPA*** | 27,0 | 13,8 |
| ***MHK-GGZ*** | 46,9 | 44,8 |
| ***ZVZ*** | 6,9 | 7,4 |
| ***Totaal*** | **22,9** | **12,3** |

Conform verwachting is de totale GAV bij de OT hoger dan bij de ex ante vaststelling: een prevalentieverschil van gemiddeld **2,29 %** bij de OT en **1,23 %** bij de ex ante vaststelling. In vergelijking met vorig jaar is de totale GAV bij de OT lager en bij de ex ante vaststelling hoger: 2,48 % en 1,07 % respectievelijk (Monitor 2016, tabel 6-11). Voor alle vereveningskenmerken is de GAV lager bij de ex ante vaststelling dan bij de OT. In voorgaande jaren was de totale GAV bij de OT ook hoger dan bij de ex ante vaststelling (Monitor 2012 t/m 2016). Door de herweging naar de verzekerdenraming sluiten de prevalenties gemiddeld beter aan op de gerealiseerde prevalenties dan de geraamde cijfers bij de OT.

Opvallend is dat voor de vereveningskenmerken AVI, FKG, SES, DKG en ZVZ de prevalenties in de afslagklassen bij de OT zijn overschat. Tijdens de OT is het aantal verzekerden ingedeeld in een positieve klasse onderschat en daardoor is de vereveningsbijdrage te hoog vastgesteld. Dit is zichtbaar in de herschatting van de normbedragen. Dit verklaart het hoge vereveningsresultaat voor meerdere risicoklassen.

Voor ZVZ geldt klassieke criteriumneutraliteit en een overschatting van de afslagklasse bij de OT. Het positieve vereveningsresultaat voor deze risicoklassen had mogelijk voorkomen kunnen worden als niet voor een klassieke maar voor klasse criteriumneutraliteit was gekozen (onzekerheid in de prevalenties).

De volgende resultaten bij afzonderlijke vereveningskenmerken vallen op:

- Bij AVI is de GAV in prevalenties relatief hoog, met name bij de OT. AVI 25 (referentiegroep 18-34) draagt meer dan 30% bij aan de totale GAV in prevalenties voor AVI. AVI is sterk gerelateerd aan de economische situatie/conjunctuur. Zoals ook besproken bij het somatische model is het lastig deze prevalenties goed te ramen, omdat onvoorziene ontwikkelingen in de economische situatie een (grote) impact kunnen hebben. Dit lijkt met name het geval voor de leeftijdsklasse 18-34 jaar. Ook kan dit (deels) komen doordat de niet-ingezetenen niet zijn inbegrepen in de gerealiseerde cijfers, maar wel in de raming bij de ex ante vaststelling. Dit is naar verwachting een beperkt(er) effect dan de economische situatie/conjunctuur. Opvallend is wel dat de grootste afwijking voorkomen op “grensklassen”. In de risicoklasse 18-34 zitten de verzekerden die net 18 jaar zijn geworden en eerder niet voorkwamen in het GGZ-model. In de risicoklasse 65+ zitten de verzekerden die net hun gespecificeerde AVI indeling “verliezen” en in een andere risicoklasse komen.
- MHK-GGZ heeft een relatief hoge GAV in prevalenties, zowel bij de OT als de ex ante vaststelling. MHK 0 (geen MHK) en MHK 1 (≥ 1 keer in 3 jaar kosten > 0) bepalen beide bijna 50 % van de totale GAV in prevalenties van MHK. Daarbij volgt uit de analyses dat de prevalentie van MHK 1 sterk is overschat tijdens de OT. De

overschatting ging “ten koste” van de geschatte prevalentie in de afslagklasse (MHK is daarmee het enige kenmerk met een onderschatting van de afslagklasse). In figuur 3.3 was al zichtbaar dat de macrobijdrage tussen 2016 en 2017 daalde. Deze daling is (grotendeels) te verklaren uit de overschatting van de risicoklasse MHK 1. Door de lagere gerealiseerde prevalentie van MHK 1 ten gunste van de afslagklasse en het ontbreken van criteriumneutraliteit valt een deel van de vereveningsbijdrage voor risicoklasse MHK 1 weg (ca. € 100 mln.). Dit verklaart een deel van de verschuivingen die optreden. Dit vereveningskenmerk is nieuw sinds 2015. Mogelijk is het (nog steeds) lastig de prevalenties goed te ramen voor dit kenmerk.

- Bij Regio, FKG-GGZ en DKG-GGZ is de GAV laag bij de OT en de ex ante vaststelling. Dit is in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2012 t/m 2016).

### 6.2.2 Subgroepen samenhang aandoening en leeftijd

Tabel 6-8 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat op basis van het gGGZ-model 2017 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 6-8 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 2017, 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** | 54,5 | 3 | 4 | - 3 | 75 | 81 | 77 |
| **- Geen somatische - Wel psychische aandoening** | 5,3 | 28 | 31 | 48 | 1.093 | 1.178 | 1.392 |
| **- Wel somatische - Geen psychische aandoening** | 11,6 | -16 | -19 | - 25 | 67 | 71 | 66 |
| **- Wel somatische - Wel psychische aandoening** | 4,9 | -34 | -35 | 46 | 1.819 | 1.960 | 2.156 |
| **Subtotaal** | **76,4** | **0** | **0** | **0** | **257** | **278** | **286** |
| **Subtotaal wel psychische aandoening, 18-64 jaar** | **10,3** | **-2** | **-1** | ***47*** | **1.443** | **1.553** | **1.622** |
| **Subtotaal geen psychische aandoening, 18-64 jaar** | **66,1** | **0** | **0** | ***-7*** | **73** | **80** | **79** |
| ***Verzekerden van 65 jaar en ouder*** | | | | | | | |
| **- Geen somatische - Geen psychische aandoening** | 8,6 | -2 | -2 | - 4 | 38 | 41 | 35 |
| **- Geen somatische - Wel psychische aandoening** | 0,3 | 64 | 65 | 63 | 1.025 | 1.109 | 1.272 |
| **- Wel somatische - Geen psychische aandoening** | 13,1 | -6 | -7 | - 8 | 39 | 42 | 36 |
| **- Wel somatische - Wel psychische aandoening** | 1,7 | 47 | 44 | 71 | 1.049 | 1.139 | 1.188 |
| **Subtotaal** | **23,6** | **0** | **0** | **0** | **121** | **132** | **125** |
| **Subtotaal wel psychische aandoening, 65+** | **1,9** | **49** | **47** | ***70*** | **996** | **1.087** | **1.069** |
| **Subtotaal geen psychische aandoening, 65+** | **21,7** | **-5** | **-5** | ***-6*** | **43** | **47** | **40** |
| ***Totaal*** | **100** | **0** | **0** | **0** | **248** | **268** | **261** |

Voetnoot Tabel 6-8:

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

b. Dit zijn de resultaten na correctie voor het macrovereveningsresultaat. Deze resultaten zijn gelijk aan tabel 5-8.

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 definitieve vaststelling; 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 lichte ondercompensatie ten tijde van de OT en ex ante vaststelling. Dit is in lijn met voorgaande jaar (2016). Bij de definitieve vaststelling is er een lichte overcompensatie voor deze subgroep, terwijl de gemiddelde kosten zijn gestegen ten opzichte van de OT en ex ante vaststelling. Dit is in lijn met de positieve resultaten die zichtbaar waren bij de verschillende positieve risicoklassen. Opvallend is dat zowel voor de 18 tot 64-jarigen als de 65+ zonder somatische en psychische aandoening (gezonde verzekerden) het vereveningsresultaat zeer beperkt is. Dit is afwijkend ten opzichte van voorgaande jaren. Subgroepen met psychische aandoeningen hebben een positief vereveningsresultaat, wat in lijn is met de voorgaande analyses, maar niet met voorgaande jaren. Een verklaring voor het verschil met vorig jaar kan het effect van de het aangepaste vereveningskenmerk MHK en het toegevoegde vereveningskenmerk ZVZ. Beide vereveningskenmerken zijn toegespitst op de zwaardere GGZ-gebruikers. Uit een nadere analyse blijkt dat er uiteindelijk meer verzekerden zijn met een lichtere GGZ-aandoening (lagere ZVZ en MHK-klassen) dan verwacht bij de OT en ex ante vaststelling, wat tot een positief vereveningsresultaat leidt: 89,6 % van de verzekerden met een GGZ-aandoening (conform de gestelde definitie) valt in de MHK-klasse 1, 2, 3, 4 of 5 en 62 %

van de verzekerden valt in ZVZ-klasse 4, 5 of 6. De verzekerden met zware MHK-klassen (6 en 7) worden gemiddeld ondergecompenseerd.

Daarnaast zijn de gemiddelde kosten van de subgroepen op de verschillende momenten qua patroon vergelijkbaar, 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 12 % 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. Dit is in lijn met bovenstaande constatering dat over het algemeen een onderschatting heeft plaatsgevonden van de positieve risicoklassen in de OT en ex ante.

Tabel 6-9 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 2017, uitgedrukt in € per verzekerde.

| | OT | Ex ante | DV |
|---|---|---|---|
| ***Prevalentie van subgroepen met een psychische aandoening*** | 14,18% | 14,19% | 12,2% |

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

## Bevindingen

***Somatische kosten***

- De ex ante normbedragen sluiten over het algemeen minder goed aan op de herschatte realisatienormbedragen dan de OT-normbedragen. Dit komt met name door de afwijking bij de DKG's. De afwijking van de ex ante normbedragen en OT-normbedragen op de herschatte normbedragen is groter dan in 2016. Mogelijk kan dit komen doordat de somatische kosten en V&V-kosten samen zijn ondergebracht in één model, waardoor er grotere afwijkingen verwacht mogen worden.
- Bij DKG, FKG, GSM, MHK, SES en leeftijd/geslacht zijn de afwijkingen in de normbedragen relatief hoog in vergelijking met andere vereveningskenmerken. Dit komt door verschuivingen in de kosten en prevalenties, dan wel (in combinatie met) samenhang met andere vereveningskenmerken. Vorig jaar is dit ook geconstateerd voor leeftijd/geslacht en SES.
- Verschillen in de verklaringskracht van het somatische model op de verschillende momenten komen door verschillen in de onderliggende data. Bij de gerealiseerde cijfers is de staart van de kostenverdeling kleiner (minder extremen).

***gGGZ-kosten***

- De ex ante normbedragen sluiten over het algemeen net iets beter aan op de herschatte realisatienormbedragen dan de OT-normbedragen, als rekening wordt gehouden met criteriumneutraliteit. Indien geen rekening wordt gehouden met criteriumneutraliteit is dit niet het geval. De afwijking van zowel de OT als de ex ante normbedragen op de herschatte normbedragen zijn beide toegenomen ten opzichte van vorig jaar.
- Verschillen in de verklaringskracht van het GGZ-model op de verschillende momenten komen door verschillen in de onderliggende data. Bij de gerealiseerde cijfers is de staart van de kostenverdeling kleiner (minder extremen).

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*). De OT- en ex ante normbedragen (voor en na criteriumneutraliteit) worden vergeleken met de realisatienormbedragen. Ten behoeve van vergelijkbaarheid worden de OT en ex ante normbedragen procentueel geschaald naar het gerealiseerde kostenniveau (Bijlage B). De verschillen in normbedragen worden uitgedrukt in de GGAV. Hoe lager de GGAV, hoe kleiner de (absolute) verschillen in normbedragen zijn en daarmee hoe beter de 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 blijft flankerend beleid (indien van toepassing) buiten beschouwing. Dit is niet relevant in het kader van vergelijkende analyses naar normbedragen en de verklaringskracht van ex ante modellen.

De normbedragen per risicoklassen voor somatische kosten en gGGZ-kosten zijn te vinden in Bijlage E.

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 worden uitgedrukt in de $R^2$ en CPM voor verschillende momenten en bij herschatting van de modellen op de gerealiseerde cijfers. De $R^2$ is een maatstaf voor de verklaringskracht, berekend als het percentage van de verklaarde variantie van de totale variantie in kosten. De CPM is een soortgelijke maatstaf op basis van absolute verschillen. 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 2017, bij de OT, ex ante en definitieve vaststelling ten opzichte van de realisatienormbedragen.

Tabel 7-1 GGAV in normbedragen tussen de OT, ex ante en definitieve vaststelling met de realisatienormbedragen voor het somatische model 2017, uitgedrukt in € per verzekerde.

| Vereveningskenmerk | OT – Herschatting | Ex ante vaststelling – Herschatting |
|---|---|---|
| ***Leeftijd/ geslacht*** | 39,3 | 37,9 |
| ***DKG*** | 43,3 | 57,4 (30,3[a]) |
| ***FKG*** | 42,6 | 53,6 (58,0[a]) |
| ***HKG*** | 13,9 | 16,8 |
| ***AVI*** | 10,0 | 9,4 |
| ***SES*** | 35,8 | 35,9 |
| ***PPA*** | 16,8 | 15,1 |
| ***Regio*** | 6,8 | 6,8 |
| ***MHK*** | 40,0 | 36,6 |
| ***GSM*** | 42,7 | 47,2 |
| ***FDG*** | 2,0 | 4,7 |
| ***VGG*** | 12,0 | 9,3 |
| ***GGG*** | 1,0 | 2,1 |
| **Totaal** | **23,6** | **25,6 (23,8[a])** |

Voetnoot Tabel 7-1:
a. Dit zijn de ex ante vastgestelde normbedragen, rekening houdend met criteriumneutraliteit (de definitieve vaststelling).

De totale GGAV in normbedragen bedraagt in 2017 voor de OT **€ 23,6** per verzekerde en voor de ex ante vaststelling **€ 25,6** per verzekerde (**€ 23,8** per verzekerde bij de definitieve vaststelling inclusief criteriumneutraliteit). De totale GGAV is idealiter bij de ex ante vaststelling lager dan bij de OT-normbedragen. Echter, de normbedragen bij de ex ante vaststelling (met en zonder criteriumneutraliteit) sluiten minder goed aan op de realisatienormbedragen dan de OT-normbedragen. Herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB zorgen gemiddeld genomen voor een minder goede aansluiting van de normbedragen op de realisatienormbedragen dan bij de OT. Opvallende resultaten zijn:

- DKG heeft een relatief hoge GGAV in normbedragen, ten opzichte van andere vereveningskenmerken, zowel bij de OT (€ 43,3 per verzekerde) als bij de ex ante vaststelling (€ 57,4 per verzekerde). Criteriumneutraliteit zorgt er uiteindelijk voor dat de GGAV in normbedragen € 30,3 per verzekerde bedraagt. De verschuivingen in kosten en prevalenties hebben per saldo geleid tot verschuivingen in de normbedragen indien het somatische model wordt herschat op gerealiseerde cijfers. Ook kunnen deze verschuivingen in deze normbedragen zijn beïnvloed door samenhang met andere vereveningskenmerken. Voorgaande jaren is er ook een hoge GGAV in normbedragen voor DKG geconstateerd. In tegenstelling tot dit jaar, was vorig jaar wel de GGAV in normbedragen bij ex ante vaststelling lager dan de OT, zoals wenselijk.

- Ook de GGAV in normbedragen van FKG is hoog: € 42,6 bij OT en € 53,6 bij ex ante vaststelling. Opvallend is de hoge GGAV in normbedragen bij de definitieve vaststelling. Criteriumneutraliteit resulteert hier in een hogere GGAV in normbedragen dan bij de ex ante vaststelling. Dit kan gerelateerd zijn aan de verschuivingen in prevalenties, waar bij de OT FKG 0 nog verantwoordelijk is voor de hoge GAV en bij de ex ante vaststelling niet meer (paragraaf 6.1.1). Deze verschuiving kan hebben geleid tot een hoger normbedrag bij de ex ante vaststelling. De hoge GGAV in normbedragen bij definitieve vaststelling kan ook gerelateerd zijn aan verschuivingen in de kosten (paragraaf 6.1.1). In 2016 was de GGAV in normbedragen bij ex ante vaststelling ook hoger dan bij de OT, maar in mindere mate.
- Bij SES is de GGAV in normbedragen relatief hoog zowel bij OT (€ 35,8) als bij ex ante vaststelling (€ 35,9). Dit kan verklaard worden door de verschuivingen in de kosten (paragraaf 6.1.1). De GGAV voor SES viel niet op in voorgaande jaren in vergelijking met de andere vereveningskenmerken.
- MHK heeft een relatief hoge GGAV: € 40,0 bij de OT en € 36,6 bij de ex ante vaststelling. De hoge GGAV heeft te maken met de verschuivingen in kosten (paragraaf 6.1.1). Voorgaande jaren had MHK ook een relatief hoge GGAV (Monitor 2012 t/m 2016).
- De GGAV in normbedragen voor GSM zijn eveneens hoog zowel voor OT als ex ante vaststelling. Ook is de GGAV in normbedragen hoger bij de ex ante vaststelling dan bij de OT mede door de mogelijke invloed van andere vereveningskenmerken. In 2016 viel de GGAV in normbedragen van GSM ook al op.
- 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). De hoge GGAV is mogelijk het gevolg van verschuivingen in de kosten en prevalenties bij andere vereveningskenmerken, zoals DKG, FKG, MHK en GSM 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 is lager bij de ex ante vaststelling ten opzichte van de OT.
- Bij HKG is sprake van een relatief lage GGAV in normbedragen. De hogere GGAV in normbedragen bij de ex ante vaststelling in vergelijking met OT is echter opvallend. Een verklaring hiervoor kan de verschuiving in kosten zijn bij de ex ante vaststelling (paragraaf 6.1.1). Voorgaande jaren is ook een relatief lage GGAV in normbedragen van HKG gevonden (Monitor 2014, 2015, 2016).
- De vereveningskenmerken regio, FDG en GGG hebben ieder een relatief lage GGAV in normbedragen.

### 7.1.2 Verklaringskracht

Tabel 7-2 presenteert de $R^2$ en CPM voor het somatische model 2017 voor verschillende momenten en bij herschatting van dit model op de gerealiseerde cijfers.

Tabel 7-2 $R^2$ en CPM van het somatische model van 2017 op verschillende momenten en de herschatting op realisatiecijfers.

| | *$R^2$ (in%)* | *CPM (in%)* |
|---|---|---|
| **OT[a]** | 31,5 | 31,0 |
| **Ex ante vaststelling[b]** | 32,5 | 31,5 |
| **Definitieve vaststelling (geschaald naar nul)[c]** | 33,0 | 31,9 |
| **Herschatting[d]** | 33,3 | 31,9 |

Voetnoot Tabel 7-2

a. Het ex ante model bij de OT, op geraamde cijfers van 2014, representatief gemaakt voor de kosten van 2017 (komt overeen met WOR 813, OT-fase).
b. Het ex ante model bij de ex ante vaststelling, op geraamde cijfers van 2014 (gebruikt bij de OT), plus de herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB (WOR 814 Normbedragen fase).
c. De ex ante vastgestelde normbedragen (inclusief criteriumneutraliteit) toegepast op de gerealiseerde cijfers. Het gemiddelde macrovereveningsresultaat is procentueel geschaald naar nul.
d. 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 met zelfs grotere verschillen dan Tabel 7-2 (Monitor 2012 t/m 2016). De verschillen in de $R^2$ en CPM tussen de momenten en de herschatting worden verklaard door verschillen in patronen in de onderliggende data en niet door vormgeving van het ex ante model (dit is op alle momenten hetzelfde). Interpretatie van de verschillen in $R^2$ en CPM in absolute termen tussen de momenten of over de jaren is hierdoor niet goed mogelijk. Opvallend is dat $R^2$ in verhouding meer toeneemt met de momenten dan de CPM. Uit analyse op de onderliggende kostenverdeling op elk moment (Tabel 7-3) volgt dat de staart van de kostenverdeling bij de definitieve vaststelling en herschatting niet beduidend smaller is dan bij de OT en ex ante vaststelling. Dit kan in dit geval niet direct het verschil in verklaringskracht verklaren; blijkbaar sluit de vereveningsbijdrage bij de definitieve vaststelling over het algemeen beter aan op de werkelijke kosten dan de

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

Tabel 7-3 Nadere analyse op de staartverdeling van de somatische kosten

| | *OT* | *Ex ante* | *DV* | *Herschatting* |
|---|---|---|---|---|
| **Aantal verzekerdenjaren** | 16.930.767 | 16.930.767 | 17.231.253 | 17.231.253 |
| **Gemiddelde (geannualiseerd, gewogen met inschrijfduur)** | 2.227 | 2.340 | 2.311 | 2.311 |
| ***Feitelijke zorgkosten > 0 (niet gewogen)*** | | | | |
| **Minimum** | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Maximum** | 1.697.855 | 1.628.713 | 1.672.941 | 1.672.941 |
| **50e percentiel** | 412 | 445 | 441 | 441 |
| **90$^{e}$ percentiel** | 4.624 | 4.879 | 4.808 | 4.808 |
| **95$^{ste}$ percentiel** | 9.201 | 9.637 | 9.858 | 9.858 |
| **99$^{ste}$ percentiel** | 30.109 | 32.779 | 31.840 | 31.840 |

## 7.2 gGGZ-kosten

### 7.2.1 Normbedragen

Tabel 7-4 toont de GGAV in normbedragen van het gGGZ-model 2017, zowel voor de OT alsmede de ex ante vaststelling ten opzichte van de herschatting.

Tabel 7-4 GGAV in normbedragen van de OT en de ex ante vaststelling met de realisatienormbedragen voor het gGGZ-model van 2017, uitgedrukt in € per verzekerde.

| Vereveningskenmerk | OT – Herschatting | Ex ante vaststelling – Herschatting |
|---|---|---|
| **Leeftijd/geslacht** | 10,5 | 10,6 |
| **FKG-GGZ** | 2,3 | 1,4 |
| **Regio** | 5,1 | 4,9 |
| **DKG-GGZ** | 18,0 | 20,2 |
| **AVI** | 7,0 | 6,8 |
| **SES** | 2,6 | 2,7 |
| **PPA** | 3,2 | 3,0 |
| **MHK-GGZ** | 8,4 | 7,2 |
| **ZVZ** | 10,6 | 13,0/ 7,6* |
| **Totaal** | **7,5** | **7,8/ 7,2*** |

Voetnoot Tabel 7-4:

* Dit zijn de ex ante vastgestelde normbedragen, met criteriumneutraliteit bij de definitieve vaststelling

De totale GGAV in normbedragen bedraagt in 2017 voor de OT **€ 7,5** per verzekerde en voor de ex ante vaststelling **€ 7,8** per verzekerde (of **€ 7,2** met criteriumneutraliteit). Hiermee is de totale GGAV bij de OT hoger dan bij de ex ante vaststelling met criteriumneutraliteit. In 2016 was de totale GGAV in de normbedragen lager bij de OT dan bij de ex ante vaststelling.

Opvallende resultaten zijn:

- Bij DKG-GGZ is de GGAV relatief hoog en neemt de GGAV toe tussen de OT (€ 18,0 per verzekerde) en ex ante vaststelling (€ 20,2 per verzekerde). Eerder is bij DKG-GGZ ook gevonden dat de kosten en prevalenties bij de OT gemiddeld beter aansluiten op de gerealiseerde cijfers dan bij de ex ante vaststelling (paragraaf 6.2.1). In 2016 nam de GGAV in normbedragen bij DKG-GGZ af tussen de OT en ex ante vaststelling, omdat de prevalenties bij de ex ante vaststelling gemiddeld beter op de gerealiseerde cijfers aansluiten dan bij de OT.
- De GGAV van leeftijd/geslacht bij de OT en de ex ante vaststelling is relatief hoog (respectievelijk € 10,5 en € 10,6 per verzekerde). De GGAV in normbedragen van leeftijd geslacht bij deze vereveningskenmerken kan zijn beïnvloed door samenhang met andere vereveningskenmerken.
- Bij en ZVZ is de GGAV ook relatief hoog en neemt de GGAV toe tussen de OT en ex ante vaststelling (voor criteriumneutraliteit voor ZVZ). Eerder is bij ZVZ ook gevonden dat de prevalenties bij de OT gemiddeld beter aansluiten op de gerealiseerde cijfers dan bij de ex ante vaststelling (paragraaf 6.2.1). Hetzelfde geldt voor de kosten, maar in mindere mate.

- De vereveningskenmerken regio, SES en PPA hebben ieder een relatief lage GGAV in normbedragen.
- Bij FKG-GGZ en MHK is de GGAV relatief laag en neemt de GGAV af tussen de OT en ex ante vaststelling, in tegenstelling tot de GGAV voor deze kenmerken in Monitor 2016.

### 7.2.2 Verklaringskracht

Tabel 7-5 geeft de verklaringskracht in termen van $R^2$ en CPM voor het gGGZ-model 2017 op 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 gGGZ-kosten van verzekerden van 18+ op verschillende momenten en de herschatting op realisatiecijfers.

| | *$R^2$ (in%)* | *CPM (in%)* |
|---|---|---|
| **OT[a]** | 16,6 | 27,6 |
| **Ex ante vaststelling[b]** | 16,6 | 27,8 |
| **Definitieve vaststelling (geschaald naar nul)[c]** | 17,7 | 28,7 |
| **Herschatting[d]** | 17,9 | 28,1 |

Voetnoot Tabel 7-5

a. Het ex ante model bij de OT, op geraamde cijfers van 2014, representatief gemaakt voor de kosten van 2017 (komt overeen met WOR 813 tabel 3.23, OT-fase).
b. Het ex ante model bij de ex ante vaststelling, op geraamde cijfers van 2014 (gebruikt bij de OT), plus de herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB (WOR 814 Normbedragen fase).
c. De ex ante vastgestelde normbedragen (inclusief criteriumneutraliteit) toegepast op de gerealiseerde cijfers. Het gemiddelde macrovereveningsresultaat is procentueel geschaald naar nul.
d. Het ex ante model geschat op gerealiseerde cijfers.

De verklaringskracht van het gGGZ-model 2017 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 2016). 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 risicovereveningsmodel. 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.

Uit een extra analyse op de onderliggende kostenverdeling op elk moment (Tabel 7-6) volgt dat de staart van de kostenverdeling korter is bij de definitieve vaststelling dan bij de OT en ex ante vaststelling. Dit resulteert in een hogere $R^2$, omdat de $R^2$ gevoeliger is voor extreme resultaten (de staart van de kostenverdeling is veelal lastig te voorspellen; verzekerden in de staart hebben veelal hoge(re) vereveningsresultaten). Daarbij is de kostenverdeling bij de definitieve vaststelling 'geconcentreerder' dan bij de OT en ex ante vaststelling, waardoor ook de absolute aansluiting tussen de bijdrage en kosten beter is en de CPM toeneemt.

Tabel 7-6 $R^2$ en CPM van het ex ante model voor de gGGZ-kosten van verzekerden van 18+ op verschillende momenten en de herschatting op realisatiecijfers.

| | *OT* | *Ex ante* | *DV* | *Herschatting* |
|---|---|---|---|---|
| **Aantal verzekerdenjaren** | 13.387.959 | 13.387.959 | 13.722.994 | 13.722.994 |
| **Gemiddelde (geannualiseerd, gewogen met inschrijfduur)** | 248 | 268 | 248 | 248 |
| ***Feitelijke zorgkosten > 0 (niet gewogen)*** | | | | |
| **Minimum** | 0 | 0 | 8 | 8 |
| **Maximum** | 268.551 | 659.116 | 329.652 | 329.652 |
| **50e percentiel** | 2.144 | 2.193 | 1.950 | 1.950 |
| **90e percentiel** | 8.294 | 9.890 | 8.133 | 8.133 |
| **95ste percentiel** | 16.777 | 19.050 | 15.885 | 15.885 |
| **99ste percentiel** | 57.420 | 64.605 | 53.434 | 53.434 |

# 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:

- *OT-fase:*

  De uitvoering begint met de OT-fase waarin de vereveningsbijdrage wordt geschat gebaseerd op gegevens van drie of meer voorgaande jaren. Deze gegevens zijn zo goed als mogelijk representatief gemaakt voor het vereveningsjaar, zowel qua kosten als prevalenties. In de OT-fase wordt een besluit genomen over de vormgeving van de ex ante modellen. Dit vindt plaats in de zomer van het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar.

- *Ex ante vaststelling: Schatting normbedragen*

  Na besluitvorming van de vormgeving van de ex ante modellen, worden de normbedragen voor de ex ante bijdragen bepaald. Voordat deze normbedragen worden geschat, vinden er twee wijzingen plaats: 1) De prevalenties worden herwogen naar de verwachte samenstelling van de Zvw-bevolking van het vereveningsjaar op basis van de verzekerdenraming en 2) De kosten worden geschaald naar het niveau van het MPB. Na deze twee stappen worden de ex ante normbedragen bepaald. De som van deze normbedragen zijn de gemiddelde verwachte kosten voor een verzekerde in een risicoklasse van een vereveningskenmerk. Het ZIN stelt op basis van deze normbedragen de ex ante bijdrage voor elke zorgverzekeraar vast.

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

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

- *Definitieve vaststelling*

  Vier jaar na het vereveningsjaar wordt de bijdrage definitief vastgesteld op basis van gerealiseerde kosten en prevalenties. Dit tijdspad is benodigd voor het volledig uit declareren van alle declaraties van het betreffende vereveningsjaar. De kosten en prevalenties (inclusief de samenstelling van de Zvw-bevolking) kunnen anders zijn dan vooraf ingeschat. Zorgverzekeraars krijgen deze wijzigingen mee op basis van de tussentijdse herberekeningen. De normbedragen voor de afslagklasse(n) van vereveningskenmerken waarop criteriumneutraliteit geldt worden aangepast. Daarna wordt nog Flankerend Beleid toegepast. Tot 2017 werden ook bandbreedteregelingen (niet voor somatisch) toegepast, maar deze zijn afgeschaft per 2017.

## A.2. Vaste kosten: onderliggende zorgtypen en bedragen

Onder de vaste kosten in 2017 vallen onderstaande zorgtypen. De bedragen zijn de gerealiseerde kosten.

| Zorgtypen | Omvang in € mln. |
|---|---|
| **25 % van de kosten van Nederlandse transplantatiestichting (610)**<br>**25 % van de kosten van Stichting Kinderoncologie Nederland (SKION) (610)** | 7,0 |
| **De kosten voor Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) (730)**<br>**Kosten voor de Stichting Kwaliteitsontwikkeling GGZ (730)**<br>**De kosten voor de Stichting kwaliteitsgelden Patiënten Consumenten (SKPC) (730)** | 21,1 |
| **Add-ons dure geneesmiddelen (612)** | 55,6 |
| **Totaal** | **83,7** |

## A.3. Wijzigingen risicovereveningssysteem 2012 – 2017

Het risicovereveningssysteem is in de periode 2007 tot en met 2017 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 2017. 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 |
|---|---|
| **2017** | • Samenvoeging van variabele kosten en V&V-kosten (in deze Monitor 'somatische kosten' genoemd).<br>• Toevoeging vereveningskenmerk PPA zoals in het gGGZ-model al gebruikt werd met een splitsing van 'institutionele huishoudens' in blijvend en instromend.<br>• Vervanging van FGG's met FDG's.<br>• Aanpassing van HKG van vier naar tien risicoklassen.<br>• Uitbreiding van het vereveningskenmerk FKG's tot 33 risicoklassen.<br>• Uitbreiding van het vereveningskenmerk MHK met 1 extra risicoklasse.<br>• Aanpassing van het vereveningskenmerk SES.<br>• Uitbreiding van het vereveningskenmerk VGG met twee extra risicoklassen. |
| **2016** | • Introductie van FGG, VGG, GGG, GGZ.<br>• Uitbreiding van het criterium FKG's tot 30 klassen.<br>• Uitbreiding van het criterium Aard van het Inkomen met de klasse IVA.<br>• Splitsing van SES '0' in blijvend en instromend. |
| **2015** | • Introductie van een nieuw vereveningskenmerk GSM.<br>• (Her)introductie van de klasse 'FKG-reuma: TNF-alfa-remmers' in FKG.<br>• Vervallen macro-deelbedrag kosten van overige prestaties*.<br>• Binnen AVI is de peildatum van studenten verschoven van 1 oktober naar 1 juni.<br>• Binnen SES zijn de inkomensgrenzen voor de risicoklassen leeftijdsafhankelijk geworden. |
| **2014** | • Introductie van HKG;<br>• Aanpassing in AVI;<br>• Vervallen van één FKG. |
| **2013** | • Aanpassing van 25 naar 24 FKGs;<br>• Toevoeging van 2 additionele DKG's;<br>• Aanpassing in het vereveningskenmerk MHK. |
| **2012** | • Toevoegen van het vereveningskenmerk MHK;<br>• Toevoeging van 2 additionele FKGs en groot onderhoud aan indeling van FKGs. |
| **Jaar** | **Wijzigingen flankerend beleid en ex post maatregelen** |
| **2017** | • Geen wijzigingen |
| **2016** | • Geen wijzigingen |
| **2015** | • Afschaffing van de bandbreedte. |
| **2014** | • Verruiming van de bandbreedte voor variabele kosten van € 25 naar € 40 per verzekerde. Buiten de bandbreedte wordt 90 % van het vereveningsresultaat gecompenseerd. |
| **2013** | • Verruiming van de bandbreedte voor variabele kosten van € 22,5 naar € 25 per verzekerde. Buiten de bandbreedte wordt 90 % van het vereveningsresultaat gecompenseerd. |

| | |
|---|---|
| **2012** | • Invoering flankerend beleid - afschaffing macronacalculatie;<br>• Afschaffing nacalculatie op variabele kosten van ziekenhuiszorg (30 %);<br>• Afschaffing HKC. |

## A.3.2. Wijzigingen V&V-kosten

| Jaar | Wijzigingen ex ante model |
|---|---|
| **2017** | • Afschaffing van V&V-kosten model door samenvoeging van somatische kosten en V&V-kosten |
| **2016** | • Het deelbedrag kosten van verpleging en verzorging wordt via dezelfde criteria verevend als het deelbedrag variabele kosten<br>• Vervallen van FGG-regio criterium<br>• Introductie van FGG, VGG, GGG, GGZ<br>• Uitbreiding van het criterium FKG's tot 30 klassen<br>• Uitbreiding van het criterium Aard van het Inkomen met de klasse IVA<br>• Splitsing van SES '0' in blijvend en instromend |
| **2015** | • Introductie macro-deelbedrag 'verpleging en verzorging'.<br>• Introductie van ex ante model, met leeftijd/geslacht, V&V-regio en MHK. |
| **Jaar** | **Wijzigingen flankerend beleid en ex post maatregelen** |
| **2017** | • Afschaffing van V&V-kosten model door samenvoeging van somatische kosten en V&V-kosten, dus ook deze bandbreedte vervalt |
| **2016** | • Verruiming van de bandbreedte: 75 % met € 15,00 per verzekerde (was € 5,00). |
| **2015** | • Invoering bandbreedteregeling van 95 % en € 5 per verzekerde.<br>• Invoering flankerend beleid. |

## A.3.3. gGGZ-kosten

| Jaar | Wijzigingen ex ante model |
|---|---|
| 2017 | • Splitsing van PPA 'institutionele huishoudens' in blijvend en instromend<br>• Aanpassing van vereveningskenmerk MHK<br>• Aanpassing van vereveningskenmerk SES<br>• Toevoeging vereveningskenmerk zorgvraagzwaarte (ZVZ) |
| 2016 | • Het deelbedrag kosten van langdurige GGZ wordt als apart model behandeld. |
| **2015** | • Introductie van GGZ-MHK;<br>• Vervallen van LDR.<br>• Binnen AVI is de peildatum van studenten verschoven van 1 oktober naar 1 juni.<br>• Binnen SES zijn de inkomensgrenzen voor de risicoklassen leeftijdsafhankelijk geworden. |
| **2014** | • Introductie DKG psychische aandoeningen;<br>• Vervallen van HDR;<br>• Aanpassing in het AVI;<br>• Aanpassing LDR. |
| **2013** | • Toevoeging van 2 additionele psychische FKGs. |
| **2012** | • Opsplitsing van het vereveningskenmerk psychische FKG in meerdere risicoklassen. |

| Jaar | Wijzigingen ex ante model |
|---|---|
| 2017 | • Splitsing van PPA 'institutionele huishoudens' in blijvend en instromend<br>• Aanpassing van vereveningskenmerk MHK<br>• Aanpassing van vereveningskenmerk SES<br>• Toevoeging vereveningskenmerk zorgvraagzwaarte (ZVZ) |
| **Jaar** | **Wijzigingen flankerend beleid en ex post maatregelen** |
| **2017** | • Afschaffing van de bandbreedte |
| **2016** | • Verruiming van de bandbreedte: 75 % met € 17,50 per verzekerde (was € 15,00). |
| **2015** | • Afschaffing van HKC.<br>• 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.<br>• Verruiming van de bandbreedte: 90 % met € 12,50 per verzekerde (was € 7,50). |
| **2013** | • Geen wijzigingen. |

### A.3.4. LGGZ-kosten

| Jaar | Wijzigingen ex ante model |
|---|---|
| **2017** | • Aanpassing vereveningskenmerk IGG. |
| **2016** | • Introductie van het nieuwe criterium IGG.<br>• 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** |
| **2017** | • Afschaffing van de bandbreedte |
| **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 |
|---|---|
| **2017** | • Geen verhoging van het verplicht eigen risico.<br>• Toevoeging van FDG's voor de forfaitaire groep. |
| **2016** | • Verhoging van het verplicht eigen risico van € 375 naar € 385 per verzekerde.<br>• 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.<br>• Geen wijzigingen in de vereveningskenmerken en bepaling van de forfaitaire groep. |
| **2014** | • Verhoging van het verplicht eigen risico van € 350 naar € 360 per verzekerde.<br>• Aanpassing van het vereveningskenmerk AVI. |
| **2013** | • Verhoging van het verplicht eigen risico van € 220 naar € 350 per verzekerde.<br>• Wijziging van de definitie van de forfaitaire groep. |
| **2012** | • Verhoging van het verplicht eigen risico van € 170 naar € 220 per verzekerde.<br>• 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 812, WOR 813 en WOR 814 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 2016) en de definitieve vaststelling van de bijdragen (2017, vastgesteld in 2021). De gegevens van de definitieve vaststelling zijn gebruikt voor deze Monitor. Het bestand bevat de gerealiseerde cijfers en is inclusief*:*

- Flankerend beleid;
- Kosten van buitenlandzorg, verwerkt middels een macroboeking;
- Niet-ingezetenen (189.865 verzekerdenjaren), die door het ZIN zijn ingedeeld in risicoklassen van vereveningskenmerken conform de geldende beleidsregels;
- Verzekerden van wie het gepseudonimiseerde Burger Service Nummer (BSN) nummer onbekend is, die door het ZIN zijn ingedeeld in risicoklassen van vereveningskenmerken conform de geldende beleidsregels (circa 150 verzekerdenjaren).

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

#### Aansluiting ZIN-bestand

Beschrijvende statistieken van dit bronbestand zijn geanalyseerd en aangesloten met andere documentatie, onder andere: 1) de macrobedragen bij de ex ante vaststelling sluiten aan met de MPB-bedragen, zoals gerapporteerd bij het Ministerie van VWS, en 2) de normbedragen in het bestand sluiten aan op de gerapporteerde normbedragen in WOR 814. 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 2017 en 2016*

  Het ZIN heeft het KPV-bestand en RBRV-bestand van 2017 aangeleverd. In het KPV-bestand zijn de gerealiseerde kosten van het vereveningsjaar per verzekerde beschikbaar. In het RBRV-bestand zijn de gerealiseerde verzekerdenkenmerken en de inschrijfduur van verzekerden beschikbaar. Deze bestanden zijn gekoppeld aan elkaar op het niveau van verzekerden, op basis van een BSN-pseudoniem.

  Daarnaast heeft het ZIN het KPV-bestand en RBRV-bestand van 2016 aangeleverd. De zorgkosten uit de bestanden voor 2016 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;
- Kosten van buitenlandzorg;
- Niet-ingezetenen; *en*
- Verzekerden van wie het gepseudonimiseerde BSN-nummer onbekend is.

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

Het ex ante model voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico kan niet worden geanalyseerd op subgroep niveau. De benodigde gedetailleerde kostengegevens (i.e. kosten uitgesplitst naar type zorgsoort in plaats van deelbedrag) zijn niet beschikbaar in de aangeleverde bestanden. De subgroepenanalyse richt zich dan ook op de werking van het ex ante model voor de somatische kosten (incl. 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 2017 als 2016 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 189.865 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 2017 en 2016, na uitvoering van de benodigde bewerkingen en selecties.

| | Gerealiseerde cijfers 2017 | Gerealiseerde cijfers 2016 |
|---|---|---|
| **Aantal records** | 17.231.253 | 17.136.983 |
| **Aantal verzekerdenjaren** | 16.865.847 | 16.775.992 |
| **Aantal verzekerdenjaren vanaf 18+** | 13.495.420 | 13.387.874 |
| **Gemiddelde kosten per deelbedrag** | | |
| • **Somatische kosten (incl. vv-kosten)** | 2.311 | - |
| • **Somatische kosten** | 2.109 | 2255 |
| • **V&V** | 202 | 233 |
| • **gGGZ (totaal)** | 248 | 240 |
| **Totaal gemiddelde kosten** | **2.559** | **2.779** |

## 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 en de gGGZ van 2017*

Deze OT-bestanden bevatten kostengegevens van 2014, die representatief zijn gemaakt voor het vereveningsjaar 2017 (WOR 813, OT-fase). Ook bevatten deze OT-bestanden de inschrijfduur van verzekerden en verzekerdenkenmerken, die zijn gebaseerd op 2014 of meerdere voorgaande jaren (afhankelijk van het vereveningskenmerk). In deze bestanden zijn enkele typen kosten en verzekerden niet aanwezig, die wel in het ZIN- bestand voor de macro- en zorgverzekeraarsanalyse zijn inbegrepen. Deze OT-bestanden zijn exclusief:

- Flankerend beleid;
- Niet-ingezetenen;
- Verzekerden van wie het gepseudonimiseerde BSN-nummer onbekend is.

Ook zijn in de OT-bestanden niet plafondafspraken van het betreffende jaar verwerkt. De OT-bestanden zijn zo goed als mogelijk representatief gemaakt voor het betreffende vereveningsjaar met betrekking tot de pakketmaatregelen (WOR 812).

### Aansluiting en plausibiliteitscontroles OT-bestanden

Tabel B-2 presenteert beschrijvende statistieken van de OT-bestanden voor de somatische zorg en de gGGZ voor 2017 en 2016. De OT-bestanden sluiten op de gerapporteerde cijfers aan. Voor 2017 sluiten de statistieken aan (op enkele kleine verschillen en afrondingen na) met de gerapporteerde cijfers in WOR 813 (OT-fase). Voor 2016 sluiten de statistieken aan met de gerapporteerde cijfers in WOR 747 en WOR 748 (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 2017 en 2016 voor somatische zorg, V&V en de gGGZ (zoals aangeleverd, voor herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB).

| | OT-2017: kosten 2017 [a] | OT-2016: Kosten 2016 [b] |
|---|---|---|
| **Somatische zorg** | | |
| Aantal records | 16.930.865 | 16.884.955 |
| Aantal verzekerdenjaren | 16.607.620 | 16.567.003 |
| **Gemiddelde totale kosten** | **2.227** | **1.940 (+ 191 V&V)** |
| **gGGZ** | | |
| Aantal records | 13.387.959 | 13.326.029 |
| Aantal verzekerdenjaren | 13.196.029 | 13.136.331 |
| **Gemiddelde totale kosten** | **248** | **238** |

Voetnoot Tabel B-2
a. Kostengegevens gedefinieerd conform het Zvw-pakket van 2017.
b. Kostengegevens gedefinieerd conform het Zvw-pakket van 2016.

## 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 I 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 2017.

| | *Geraamde cijfers* | | *Gerealiseerde cijfers* |
|---|---|---|---|
| | OT [a] | Ex ante vaststelling [b] | Definitieve vaststelling [c] |
| Totaal gemiddelde kosten | 2.227 | 2.340 | 2.311 |
| Totaal gemiddelde bijdrage | 2.227 | 2.340 | 2.357 |
| Macrokosten in € mln. | 36.952 | 39.851 | 38.969 |
| Macrobijdrage in € mln. | 36.952 | 39.852 | 39.747 |
| **Totaal aantal verzekerden** | **16.607.620** | **17.033.000** | **16.865.847** |

Voetnoten Tabel B-3:
a. Gebaseerd op kostengegevens van 2016, die representatief zijn gemaakt voor 2017 (WOR 813, OT-fase). De prevalenties zijn gebaseerd op de Zvw-bevolking van 2014. 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 2016 en geschaald naar het kostenniveau van het MPB van 2017. 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 2017, *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 macrobijdrage van € 39.747 miljoen. Het verschil met de cijfers in bovenstaande tabel wordt (grotendeels) verklaard door het ontbreken van de niet-ingezetenen (189.865 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-4 presenteert de gGGZ-kosten en het aantal verzekerden in de Zvw-bevolking van 18 jaar en ouder op de verschillende vaststellingsmomenten.

Tabel B-4 Gemiddelde gGGZ-kosten (uitgedrukt in € per verzekerde) en aantal verzekerden van de Zvw-bevolking van 18 jaar en ouder, op de verschillende vaststellingsmomenten voor 2017.

| | *Geraamde cijfers* | | *Gerealiseerde cijfers* |
|---|---|---|---|
| | OT [a] | Ex ante vaststelling [b] | Definitieve vaststelling [c] |
| Gemiddelde gGGZ-kosten in € | 248 | 268 | 248 |
| Gemiddelde gGGZ-bijdrage in € | 248 | 268 | 263 |
| Macrokosten in € mln. | 3.277 | 3.663 | 3.348 |
| Macrobudget bijdrage in € mln. | 3.277 | 3.663 | 3.556 |
| **Totaal aantal verzekerden** | **13.196.029** | **13.656.000** | **13.495.420** |

Voetnoten Tabel B-4:

a. Gebaseerd op kostengegevens van 2016, die representatief zijn gemaakt voor 2017 (WOR 813, OT fase). De prevalenties zijn gebaseerd op de Zvw-bevolking van 2014. 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 2016 en geschaald naar het kostenniveau van het MPB van 2017. 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 2017, *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 189.865 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 24 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 2017, 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 2017;
- De indeling van zorgverzekeraars op basis van portefeuilleomvang klein/middelgroot/groot is constant gehouden voor alle analyses (i.e. somatische 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 5 zorgverzekeraars ingedeeld in categorie klein, 12 zorgverzekeraars in categorie middelgroot en 7 zorgverzekeraars in categorie groot. Ook zijn de 24 zorgverzekeraars als aparte analyse ingedeeld in twee groepen: behorend tot een concern (18) 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 van de definitieve vaststelling na flankerend beleid, met het effect per maatregel geanalyseerd. Hoe lager de GGARV, des te minder verschuivingen in absolute bedragen tussen zorgverzekeraars hebben plaatsgevonden als gevolg van toepassing van flankerend beleid;

### 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 – 2016 in deze Monitor – worden alle verzekerden in 2017 ingedeeld in subgroepen op basis van percentielklassen. Voor de somatische kosten betreft dit de volgende zes subgroepen: hoogste 1 %, hoogste 3 %, hoogste 5 %, hoogste 15 %, midden 15 % - 85 % en de laagste 15 %. Deze subgroepen sluiten elkaar uit. Voor de gGGZ-kosten betreft dit de subgroepen: hoogste 1 %, hoogste 3 %, hoogste 5 %, midden 25 % - 95 %, laagste 25 % en kosten gelijk aan nul. Ook deze subgroepen sluiten elkaar uit. Verzekerden die in 2017 zijn geboren of geïmmigreerd zijn ingedeeld in de laagste subgroep: laagste 15 % voor de somatische, 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

- Het GSM kenmerk is afgeleid op basis van de morbiditeitskenmerken. Dit gecreëerde kenmerk is gebruikt voor de analyses. Het aangeleverde GSM kenmerk in het RBRV-bestand is niet gebruikt vanwege 12 foutieve records.
- 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 2016. Het gewicht voor de inschrijfduur van verzekerden is hierbij niet meegenomen;
- De bestanden met kosten van 2016 zijn op verzekerdenniveau gekoppeld aan de bestanden van 2017. Verzekerden die zijn geboren in 2017 of immigranten in 2017 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;
- 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 2016, zoals gerapporteerd in WOR 814 (Normbedragenfase), waarbij vervolgens rekening is gehouden met criteriumneutraliteit voor FKG en DKG.
- Het gewicht voor de inschrijfduur is gebruikt in berekening van het gemiddelde vereveningsresultaat.

### 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 2016, waarbij criteriumneutraliteit voor ZVZ is toegepast (WOR 814, 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.

**Kosten**

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

**Subgroepen**

- De resultaten voor de OT zijn gebaseerd op het OT-bestand, voor herweging naar de 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 I);
- 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 gepseudonimiseerde BSN komen dubbel in de bestanden voor vanwege het overstappen van zorgverzekeraar. Dubbele records zijn samengenomen, waarbij de geannualiseerde zorgkosten van deze verzekerden gewogen zijn opgeteld. Het gewicht voor de inschrijfduur voor deze verzekerden is opgeteld. Indien de waarden van vereveningskenmerken verschillen is de hoogste waarde genomen (in enkele uitzondering het geval);
- De resultaten voor de onderzochte subgroepen zijn gebaseerd op alle verzekerden die zowel in het OT-bestand voor de somatische kosten van 2017 alsmede in het OT-bestand voor de gGGZ-kosten van 2017 aanwezig zijn;

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

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

De volgende uitgangspunten en bewerkingen zijn gehanteerd en uitgevoerd:

- De ex ante modellen zijn herschat op het gekoppelde KPV- en RBRV-bestand van 2017, conform de gehanteerde methodiek bij schatting van deze modellen in de uitvoering. De reproductie van de coëfficiënten bij de OT en ex ante resulteert in een paar afrondingsverschillen. Dit heeft geen invloed op onze conclusies.
- De schattingsmethodiek voor het gGGZ-model is per 2017 gewijzigd van QP naar NLIN. Deze methodiek hebben wij gereproduceerd. Op basis van de coëfficiënten die volgen uit de schatting zijn handmatig schalingen doorgevoerd, zoals ook beschreven in WOR 814. Bij deze reproductie zijn er afrondingsverschillen ontstaan. Dit was met name bij leeftijd en geslacht (bij dat vereveningskenmerk wordt ook het totale budget verdeeld). Wij hebben in de analyses de coëfficiënten van WOR 814 gebruikt waar dit mogelijk was. Bij de herschatting hebben wij de door ons gereproduceerde schattingsmethodiek toegepast.
- 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 2017 in te delen in subgroepen op basis van kosten in 2016 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 2016.

Tabel C-1 Drempelbedragen van de percentielklassen voor de somatische kosten in 2016

| | Somatische kosten, in € |
|---|---|
| **Hoogste 1 % (als >0: 99 % - 100 %)** | 26.589 |
| **Hoogste 3 % (als >0: 97 % - 99 %)** | 12.583 |
| **Hoogste 5 % (als >0: 95 % - 97 %)** | 8.352 |
| **Hoogste 15 % (als >0: 85 % - 95 %)** | 2.803 |
| **Midden 70 % (als >0: 15 % - 85 %)** | 105 |
| **Laagste 15 % (als >0: 0 % - 15 %)** | <105 |

## C.2. gGGZ-kosten: drempelbedragen percentielklassen

De drempelbedragen voor indeling van verzekerden op basis van de gGGZ-kosten in 2016 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 2016.

Tabel C-2 Drempelbedragen van de percentielklassen voor de gGGZ-kosten in 2016

| | gGGZ-kosten, in € |
|---|---|
| **Hoogste 1 % (als >0: 99 % - 100 %)** | 52.950 |
| **Hoogste 3 % (als >0: 97 % - 99 %)** | 25.198 |
| **Hoogste 5 % (als >0: 95 % - 97 %)** | 15.657 |
| **Midden 70 % (als >0: 25 % - 95 %)** | 973 |
| **Laagste 25 % (als >0: 0 % - 25 %)** | <973 |

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

De toegepaste correctiefactoren op alle verzekerden van 18+ zijn:

- 0,997 op de bijdrage voor de somatische 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 macrovereveningresultaat omdat de correctie voor het totale macrovereveningsresultaat is verdeeld over alle verzekerden van 18+ in plaats van alle verzekerden in de Zvw-bevolking (inclusief 18-);
- € 28 per verzekerde van 18+ voor de gGGZ-kosten; de gGGZ-kosten zijn alleen voor verzekerden van 18+, waardoor dit gelijk is aan het macrovereveningsresultaat.

Deze methode is vergelijkbaar met de uitvoering van flankerend beleid.

## D.1. Somatische model

Tabel D-1 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat van elke risicoklasse van het ex ante model voor de somatische kosten van 2017, bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2017.

Tabel D-1 Gemiddeld vereveningsresultaat voor het ex ante model voor somatische kosten voor 2017.

| Risicoklasse | | Resultaat | Risicoklasse | | Resultaat | | Risicoklasse | Resultaat |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Leeftijd/geslacht | M, 0 | -12 | FKG[a] | Geen FKG | 19 | DKG | Geen DKG | 37 |
| | M, 1-4 | -68 | | FKG 1 (Glaucoom) | 177 | | DKG 1 | 42 |
| | M, 5-9 | 5 | | FKG 2 (Schildklier) | 100 | | DKG 2 | 181 |
| | M, 10-14 | 7 | | FKG 3 (Psychose, | 223 | | DKG 3 | 46 |
| | M, 15-17 | -26 | | Alzheimer, verslav.) | | | DKG 4 | 2 |
| | M, 18-24 | 0 | | FKG 4 (Depressie) | 178 | | DKG 5 | 249 |
| | M, 25-29 | 24 | | FKG 5 (Chron. Pijn) | 244 | | DKG 6 | -54 |
| | M, 30-34 | 18 | | FKG 6 (Neur. pijn) | 666 | | DKG 7 | -272 |
| | M, 35-39 | 37 | | FKG 7 (Hoog cholesterol) | 102 | | DKG 8 | -426 |
| | M, 40-44 | 50 | | FKG 8 (Dia II zonder) | 182 | | DKG 9 | 995 |
| | M, 45-49 | 50 | | FKG 9 (COPD/Astma) | 336 | | DKG 10 | -2.071 |
| | M, 50-54 | 37 | | FKG 10 (Astma) | 94 | | DKG 11 | -968 |
| | M, 55-59 | 36 | | FKG 11 (Dia II met) | 188 | | DKG 12 | -1.621 |
| | M, 60-64 | 37 | | FKG 12 (Epilepsie) | 182 | | DKG 13 | -1.197 |
| | M, 65-69 | 60 | | FKG 13 (Ziekte van C/CU) | -37 | | DKG 14 | 1.387 |
| | M, 70-74 | 69 | | FKG 14 (Hartaandoening) | 436 | | DKG 15 | 17.047 |
| | M, 75-79 | 218 | | FKG 15 (Auto-immuun) | 2.431 | AVI | 0-17 en 65+ | 77 |
| | M, 80-84 | 242 | | FKG 16 (Reuma) | 81 | | IVA, 18-34 | 126 |
| | M, 85-89 | 410 | | FKG 17 (Parkinson) | -98 | | IVA, 35-44 | 401 |
| | M, 90+ | 783 | | FKG 18 (Dia I) | 162 | | IVA, 45-54 | 374 |
| | V, 0 | 57 | | FKG 19 (Transplatie) | 25 | | IVA, 55-64 | 210 |
| | V, 1-4 | -26 | | FKG 20 (Cys.F./Panc.) | -1.955 | | AO, 18-34 | 47 |
| | V, 5-9 | -6 | | FKG 21 (Hersen/rug.: ms) | 961 | | AO, 35-44 | 90 |
| | V, 10-14 | -21 | | FKG 22 (Hersen/rug.: | 177 | | AO, 45-54 | 34 |
| | V, 15-17 | -22 | | overig) | | | AO, 55-64 | 40 |
| | V, 18-24 | 10 | | FKG 23 (Kanker) | 1137 | | Bijstand, 18-34 | -64 |
| | V, 25-29 | 58 | | FKG 24 (Horm. tumor) | 590 | | Bijstand, 35-44 | -38 |
| | V, 30-34 | -16 | | FKG 25 (HIV/AIDS) | 370 | | Bijstand, 45-54 | -50 |
| | V, 35-39 | -29 | | FKG 26 (Nieraandoening) | 5142 | | Bijstand, 55-64 | -17 |
| | V, 40-44 | 4 | | FKG 27 (Psoriasis) | -24 | | Student | -2 |
| | V, 45-49 | 21 | | FKG 28 (Pulm. art. hyp.) | -1747 | | Zelfstandig, 18-34 | -3 |
| | V, 50-54 | 30 | | FKG 29 (Kanker add-on) | -546 | | Zelfstandig, 35-44 | 10 |
| | V, 55-59 | 57 | | FKG 30 (Groei) | 53 | | Zelfstandig, 45-54 | 37 |
| | V, 60-64 | 54 | | FKG 31 (EHK cluster 1) | 10.564 | | Zelfstandig, 55-64 | 4 |
| | V, 65-69 | 81 | | FKG 32 (EHK cluster 2) | -36.325 | | Hoogopgeleiden | 25 |
| | V, 70-74 | 56 | | FKG 33 (EHK cluster 3) | -29.432 | | Referentie, 18-34 | 22 |
| | V, 75-79 | 178 | HKG[a] | Geen HKG | 36 | | Referentie, 35-44 | 13 |
| | V, 80-84 | 293 | | CPAP apparatuur | 299 | | Referentie, 45-54 | 36 |
| | V, 85-89 | 446 | | Therapeutische elastische | 227 | | Referentie, 55-64 | 51 |
| | V, 90+ | 860 | | kousen | | VGG | VGG 0 | 36 |
| GSM[a] | Geen morbiditeit 65- | 18 | | Voorzieningen voor stomapatiënten | 368 | | VGG 1 | 269 |
| | Wel morbiditeit 65- | 73 | | Vernevelaar met toebehoren | 811 | | VGG 2 | 288 |
| | Geen morbiditeit 65+ | 9 | | Middelen voor urine-opvang | 618 | | VGG 3 | 596 |
| | Wel morbiditeit 65+ | 234 | | Injectiespuiten met toebehoren (excl. diabetes) | 197 | | VGG 4 | 552 |
| FDG | Geen FDG | 45 | | Zuurstofapparaten met toebehoren | 507 | | VGG 5 | 178 |
| | FDG 1 | -67 | | Voedingshulpmiddelen (excl. zuigelingen) | -1.238 | | VGG 6 | 1.907 |
| | FDG 2 | 139 | | Slijmuitzuigapparatuur | -16.003 | PPA | 0-17-jarigen | -15 |
| | FDG 3 | 592 | | Draagbare infuuspompen | 566 | | > 15 bewoners, blijvend 18-64 | 27 |
| | FDG 4 | -2.804 | MHK | Geen MHK | 33 | | > 15 bewoners, blijvend 65-79 | 263 |
| GGG | GGG 0 | 44 | | MHK 1 | 336 | | > 15 bewoners, blijvend 80+ | 862 |
| | GGG 1 | 912 | | MHK 2 | 274 | | > 15 bewoners, instromend 18-64 | 102 |
| | Zeer laag, 0-17 | -25 | | MHK 3 | 221 | | > 15 bewoners, instromend 65-79 | 1.490 |
| | Zeer laag, 18-64 | 21 | | MHK 4 | 66 | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SES | Zeer laag, 65+ | 609 | | MHK 5 | 3 | | > 15 bewoners, instromend 80+ | 2.178 |
| | Laag, 0-17 | -27 | | MHK 6 | -1.230 | | | |
| | Laag, 18-64 | 23 | | MHK 7 | 5.007 | | Eenpersoons 18-64 | 45 |
| | Laag, 65+ | 160 | Regio | Regio 1 | 50 | | Eenpersoons 65-79 | 122 |
| | Midden, 0-17 | -8 | | Regio 2 | 38 | | Eenpersoons 80+ | 454 |
| | Midden, 18-64 | 28 | | Regio 3 | 54 | | Overige huishoudens 18-64 | 24 |
| | Midden, 65+ | 8 | | Regio 4 | 53 | | | |
| | Hoog, 0-17 | -8 | | Regio 5 | 47 | | Overige huishoudens 65-79 | 86 |
| | Hoog, 18-64 | 31 | | Regio 6 | 56 | | | |
| | Hoog, 65+ | 28 | | Regio 7 | 53 | | Overige huishoudens 80+ | 262 |
| | | | | Regio 8 | 44 | | | |
| | | | | Regio 9 | 37 | | | |
| | | | | Regio 10 | 29 | | | |

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

Tabel D-2 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat van elke risicoklasse van het ex ante model voor de somatische kosten van 2017, bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2017. Hierbij is gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat.

Tabel D-2 Gemiddeld vereveningsresultaat voor het ex ante model voor somatische kosten voor 2017, na correctie(s) voor het macrovereveningsresultaat.

| Risicoklasse | | C1 | C2 | Risicoklasse | | C1 | C2 | Risicoklasse | | C1 | C2 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Leeftijd/geslacht | M, 0 | -104 | -104 | FKG[a] | Geen FKG | -8 | 36 | DKG | Geen DKG | 6 | 51 |
| | M, 1-4 | -92 | -92 | | FKG 1 (Glaucoom) | 38 | 96 | | DKG 1 | -72 | -15 |
| | M, 5-9 | -16 | -16 | | FKG 2 (Schildklier) | 2 | 59 | | DKG 2 | 70 | 127 |
| | M, 10-14 | -11 | -11 | | FKG 3 (Psychose, | 108 | 164 | | DKG 3 | -81 | -23 |
| | M, 15-17 | -45 | -45 | | Alzheimer, verslav.) | | | | DKG 4 | -162 | -107 |
| | M, 18-24 | -14 | 44 | | FKG 4 (Depressie) | 87 | 144 | | DKG 5 | 56 | 111 |
| | M, 25-29 | 9 | 67 | | FKG 5 (Chron. Pijn) | 100 | 157 | | DKG 6 | -286 | -231 |
| | M, 30-34 | 2 | 59 | | FKG 6 (Neur. pijn) | 397 | 455 | | DKG 7 | -538 | -482 |
| | M, 35-39 | 18 | 76 | | FKG 7 (Hoog cholesterol) | 8 | 66 | | DKG 8 | -749 | -711 |
| | M, 40-44 | 28 | 85 | | FKG 8 (Dia II zonder) | 77 | 134 | | DKG 9 | 552 | 602 |
| | M, 45-49 | 22 | 80 | | FKG 9 (COPD/Astma) | 120 | 178 | | DKG 10 | -2.449 | -2.396 |
| | M, 50-54 | 2 | 59 | | FKG 10 (Astma) | -4 | 45 | | DKG 11 | -1.580 | -1.525 |
| | M, 55-59 | -12 | 46 | | FKG 11 (Dia II met) | 44 | 102 | | DKG 12 | -2.439 | -2.386 |
| | M, 60-64 | -25 | 32 | | FKG 12 (Epilepsie) | 29 | 82 | | DKG 13 | -1.962 | -1.910 |
| | M, 65-69 | -20 | 38 | | FKG 13 (Ziekte van C/CU) | -153 | -96 | | DKG 14 | -424 | -384 |
| | M, 70-74 | -34 | 24 | | FKG 14 (Hartaandoening) | 172 | 230 | | DKG 15 | 15.058 | 15.116 |
| | M, 75-79 | 86 | 144 | | FKG 15 (Auto-immuun) | 2.058 | 2.115 | AVI | 0-17 en 65+ | 10 | 38 |
| | M, 80-84 | 83 | 141 | | FKG 16 (Reuma) | -62 | -4 | | IVA, 18-34 | -74 | -16 |
| | M, 85-89 | 219 | 277 | | FKG 17 (Parkinson) | -375 | -318 | | IVA, 35-44 | 222 | 279 |
| | M, 90+ | 553 | 611 | | FKG 18 (Dia I) | -46 | 10 | | IVA, 45-54 | 187 | 244 |
| | V, 0 | -22 | -22 | | FKG 19 (Transplatie) | -234 | -178 | | IVA, 55-64 | 29 | 87 |
| | V, 1-4 | -44 | -44 | | FKG 20 (Cys.F./Panc.) | -2.313 | -2.259 | | AO, 18-34 | -14 | 43 |
| | V, 5-9 | -23 | -23 | | FKG 21 (Hersen/rug.: ms) | 590 | 648 | | AO, 35-44 | 14 | 71 |
| | V, 10-14 | -37 | -37 | | FKG 22 (Hersen/rug.: | -204 | -147 | | AO, 45-54 | -56 | 2 |
| | V, 15-17 | -43 | -43 | | overig) | | | | AO, 55-64 | -67 | -9 |
| | V, 18-24 | -9 | 48 | | FKG 23 (Kanker) | 938 | 995 | | Bijstand, 18-34 | -96 | -39 |
| | V, 25-29 | 25 | 83 | | FKG 24 (Horm. tumor) | 402 | 459 | | Bijstand, 35-44 | -78 | -20 |
| | V, 30-34 | -55 | 3 | | FKG 25 (HIV/AIDS) | 63 | 120 | | Bijstand, 45-54 | -105 | -47 |
| | V, 35-39 | -63 | -5 | | FKG 26 (Nieraandoening) | 4.085 | 4.142 | | Bijstand, 55-64 | -96 | -38 |
| | V, 40-44 | -26 | 32 | | FKG 27 (Psoriasis) | -126 | -69 | | Student | -15 | 43 |
| | V, 45-49 | -13 | 44 | | FKG 28 (Pulm. art. hyp.) | -2.753 | -2.697 | | Zelfstandig, 18-34 | -20 | 37 |
| | V, 50-54 | -11 | 46 | | FKG 29 (Kanker add on) | -1.115 | -1.059 | | Zelfstandig, 35-44 | -8 | 50 |
| | V, 55-59 | 8 | 66 | | FKG 30 (Groei) | -236 | -220 | | Zelfstandig, 45-54 | 13 | 71 |
| | V, 60-64 | -5 | 52 | | FKG 31 (EHK cluster 1) | 6.902 | 6.951 | | Zelfstandig, 55-64 | -31 | 26 |
| | V, 65-69 | 9 | 67 | | FKG 32 (EHK cluster 2) | -40.384 | -40.331 | | Hoogopgeleiden | 2 | 60 |
| | V, 70-74 | -33 | 24 | | FKG 33 (EHK cluster 3) | -37.770 | -37.731 | | Referentie, 18-34 | 1 | 59 |
| | V, 75-79 | 63 | 120 | HKG[a] | Geen HKG | -3 | 42 | | Referentie, 35-44 | -9 | 49 |
| | V, 80-84 | 145 | 203 | | CPAP apparatuur | 184 | 242 | | Referentie, 45-54 | 8 | 66 |
| | V, 85-89 | 262 | 319 | | Therapeutische elastische | 52 | 110 | | Referentie, 55-64 | 8 | 66 |
| | V, 90+ | 641 | 699 | | kousen | | | VGG | VGG 0 | -4 | 42 |
| GSM | Geen morbiditeit 65- | 0 | 42 | | Voorzieningen voor | 102 | 159 | | VGG 1 | 55 | 112 |
| | | | | | stomapatiënten | | | | VGG 2 | 36 | 93 |
| | Wel morbiditeit 65- | 27 | 84 | | Vernevelaar met toebehoren | 622 | 666 | | VGG 3 | 273 | 330 |
| | | | | | Middelen voor urine-opvang | 309 | 366 | | VGG 4 | 144 | 201 |
| | Geen morbiditeit 65+ | -78 | -26 | | Injectiespuiten met | -64 | -11 | | VGG 5 | -342 | -285 |
| | | | | | toebehoren (excl. diabetes) | | | | VGG 6 | 1.046 | 1.101 |
| | Wel morbiditeit 65+ | 80 | 138 | | Zuurstofapparaten met | 115 | 172 | PPA | 0-17-jarigen | -38 | -38 |
| | | | | | toebehoren | | | | > 15 bewoners, | -17 | 40 |
| FDG | Geen FDG | 2 | 48 | | Voedingshulpmiddelen | -1.824 | -1.784 | | blijvend 18-64 | | |
| | FDG 1 | -156 | -140 | | (excl. zuigelingen) | | | | > 15 bewoners, | 181 | 239 |
| | FDG 2 | -159 | -103 | | Slijmuitzuigapparatuur | -16.760 | -16.725 | | blijvend 65-79 | | |
| | FDG 3 | 262 | 318 | | Draagbare infuuspompen | -81 | -28 | | > 15 bewoners, | 777 | 834 |
| | FDG 4 | -3.500 | -3.467 | MHK[a] | Geen MHK | 1 | 47 | | blijvend 80+ | | |
| GGG | GGG 0 | -1 | 45 | | MHK 1 | 133 | 186 | | > 15 bewoners, | 41 | 98 |
| | GGG 1 | 543 | 601 | | MHK 2 | 90 | 146 | | instromend 18-64 | | |
| SES[a] | Zeer laag, 0-17 | -49 | -49 | | MHK 3 | -25 | 31 | | > 15 bewoners, | 1.187 | 1.245 |
| | Zeer laag, 18-64 | -19 | 39 | | MHK 4 | -263 | -208 | | instromend 65-79 | | |
| | Zeer laag, 65+ | 446 | 504 | | MHK 5 | -452 | -399 | | > 15 bewoners, | 1.868 | 1.926 |
| | Laag, 0-17 | -51 | -51 | | MHK 6 | -1.985 | -1.936 | | instromend 80+ | | |
| | Laag, 18-64 | -11 | 46 | | MHK 7 | 3.189 | 3.241 | | Eenpersoons 18-64 | 3 | 61 |
| | Laag, 65+ | 37 | 94 | | Regio 1 | -7 | 40 | | Eenpersoons 65-79 | 12 | 70 |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Midden, 0-17 | -30 | -30 | Regio | Regio 2 | -13 | 34 | | Eenpersoons 80+ | 258 | 315 |
| | Midden, 18-64 | -4 | 54 | | Regio 3 | 4 | 51 | | Overige huishoudens | -8 | 50 |
| | Midden, 65+ | -92 | -34 | | Regio 4 | 5 | 51 | | 18-64 | | |
| | Hoog, 0-17 | -28 | -28 | | Regio 5 | 1 | 47 | | Overige huishoudens | -4 | 54 |
| | Hoog, 18-64 | 3 | 60 | | Regio 6 | 11 | 57 | | 65-79 | | |
| | Hoog, 65+ | -57 | 1 | | Regio 7 | 9 | 55 | | Overige huishoudens | 106 | 164 |
| | | | | | Regio 8 | 2 | 47 | | 80+ | | |
| | | | | | Regio 9 | -3 | 42 | | | | |
| | | | | | Regio 10 | -8 | 37 | | | | |

Voetnoot D-2:

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

## D.2. gGGZ model

Tabel D-3 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat van elke risicoklasse van het ex ante model voor de gGGZ-kosten van 2017, bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2017.

Tabel D-3 Gemiddeld vereveningsresultaat voor het ex ante model voor gGGZ-kosten voor 2017.

| Risicoklasse | | Resultaat | Risicoklasse | | Resultaat | Risicoklasse | | Resultaat |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Geslacht/leeftijd | M, 18-24 | 31 | DKG [a] | Geen DKG | -2 | SES [a] | Zeer laag, 18-64 | 58 |
| | M, 25-29 | 40 | | DKG 1 | 608 | | Zeer laag 65+ | 14 |
| | M, 30-34 | 35 | | DKG 2 | 1.009 | | Laag, 18-64 | 12 |
| | M, 35-39 | 37 | | DKG 3 | 1.676 | | Laag, 65+ | 9 |
| | M, 40-44 | 26 | | DKG 4 | 2.234 | | Midden, 18-64 | 3 |
| | M, 45-49 | 20 | | DKG 5 | 103 | | Midden, 65+ | -2 |
| | M, 50-54 | 29 | FKG [a] | Geen FKG | 5 | | Hoog, 18-64 | 0 |
| | M, 55-59 | 21 | | FKG 1 (Psychose) | 653 | | Hoog, 65+ | 8 |
| | M, 60-64 | 20 | | FKG 2 (Psychose depot) | 1.052 | AVI [a] | 65+ | 7 |
| | M, 65-69 | 20 | | FKG 3 (Chron.stem) | 138 | | IVA, 18-34 | 707 |
| | M, 70-74 | 0 | | FKG 4 (Verslaving) | 1.212 | | IVA, 35-44 | 202 |
| | M, 75-79 | -1 | | FKG 5 (Bipol.reg.) | 192 | | IVA, 45-54 | 176 |
| | M, 80-84 | -2 | | FKG 6 (bipol.complex) | 626 | | IVA, 55-64 | 119 |
| | M, 85-89 | 0 | | FKG 7 (ADHD) | 153 | | AO, 18-34 | 307 |
| | M, 90+ | -5 | PPA [a] | Blijvend ihh. 18-64 | 21 | | AO, 35-44 | 178 |
| | V, 18-24 | -22 | | Blijvend ihh. 65-79 | 293 | | AO, 45-54 | 129 |
| | V, 25-29 | -1 | | Blijvend ihh. 80+ | 144 | | AO, 55-64 | 76 |
| | V, 30-34 | 5 | | Instromend ihh.18-64 | 1.857 | | Bijstand, 18-34 | 139 |
| | V, 35-39 | -4 | | Instromend ihh.65-79 | 136 | | Bijstand, 35-44 | 174 |
| | V, 40-44 | 1 | | Instromend ihh. 80+ | 53 | | Bijstand, 45-54 | 127 |
| | V, 45-49 | 6 | | Eenpersoons hh.18-64 | 57 | | Bijstand, 55-64 | 90 |
| | V, 50-54 | 10 | | Eenpersoons hh 65-79 | 23 | | Student | -14 |
| | V, 55-59 | 12 | | Eenpersoons hh. 80+ | -3 | | Zelfstandig, 18-34 | -12 |
| | V, 60-64 | 15 | | Overig 18-64 | 6 | | Zelfstandig, 35-44 | 6 |
| | V, 65-69 | 7 | | Overig 64-79 | 0 | | Zelfstandig, 45-54 | 3 |
| | V, 70-74 | 4 | | Overig 80+ | -4 | | Zelfstandig, 55-64 | 13 |
| | V, 75-79 | 8 | Regio | Regio 1 | 44 | | Hoogopgeleiden | -21 |
| | V, 80-84 | -2 | | Regio 2 | 24 | | Referentie, 18-34 | 3 |
| | V, 85-89 | 13 | | Regio 3 | 19 | | Referentie, 35-44 | -6 |
| | V, 90+ | 27 | | Regio 4 | 14 | | Referentie, 45-54 | -2 |
| MHK [a] | Geen MHK | -1 | | Regio 5 | 11 | | Referentie, 55-64 | 1 |
| | MHK 1 | 60 | | Regio 6 | -1 | ZVZ [a] | Geen ZVZ | -1 |
| | MHK 2 | 583 | | Regio 7 | 2 | | ZVZ 1,2,3, onbekend | 64 |
| | MHK 3 | 914 | | Regio 8 | 2 | | ZVZ 4,5 | 385 |
| | MHK 4 | 1.315 | | Regio 9 | 7 | | ZVZ 6 | 735 |
| | MHK 5 | 76 | | Regio 10 | 9 | | ZVZ 7 | 1.172 |
| | MHK 6 | 1.701 | | | | | Crisis | 583 |
| | MHK 7 | 1.424 | | | | | | |

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

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

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

| Risicoklasse | | C1 | C2 | Risicoklasse | | C1 | C2 | Risicoklasse | | C1 | C2 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Geslacht/leeftijd | M, 18-24 | 14 | 28 | DKG [a] | Geen DKG | -9 | 4 | SES [a] | Zeer laag, 18-64 | 22 | 36 |
| | M, 25-29 | 22 | 36 | | DKG 1 | 447 | 460 | | Zeer laag 65+ | 2 | 16 |
| | M, 30-34 | 17 | 31 | | DKG 2 | 574 | 587 | | Laag, 18-64 | -2 | 12 |
| | M, 35-39 | 19 | 33 | | DKG 3 | 936 | 949 | | Laag, 65+ | 2 | 15 |
| | M, 40-44 | 10 | 23 | | DKG 4 | 1.160 | 1.173 | | Midden, 18-64 | -7 | 7 |
| | M, 45-49 | 6 | 19 | | DKG 5 | -1.436 | -1.423 | | Midden, 65+ | -7 | 6 |
| | M, 50-54 | 15 | 29 | FKG [a] | Geen FKG | -4 | 10 | | Hoog, 18-64 | -7 | 6 |
| | M, 55-59 | 9 | 22 | | FKG 1 (Psychose) | 323 | 336 | | Hoog, 65+ | 4 | 17 |
| | M, 60-64 | 10 | 23 | | FKG 2 (Psychose depot) | 416 | 429 | AVI [a] | 65+ | 0 | 13 |
| | M, 65-69 | 14 | 27 | | FKG 3 (Chron.stem) | 54 | 67 | | IVA, 18-34 | 565 | 579 |
| | M, 70-74 | -5 | 8 | | FKG 4 (Verslaving) | 894 | 907 | | IVA, 35-44 | 108 | 122 |
| | M, 75-79 | -6 | 7 | | FKG 5 (Bipol.reg.) | 65 | 79 | | IVA, 45-54 | 116 | 129 |
| | M, 80-84 | -6 | 7 | | FKG 6 (bipol.complex) | 246 | 259 | | IVA, 55-64 | 89 | 102 |
| | M, 85-89 | -5 | 9 | | FKG 7 (ADHD) | 65 | 78 | | AO, 18-34 | 197 | 210 |
| | M, 90+ | -9 | 5 | PPA [a] | Blijvend ihh. 18-64 | -84 | -71 | | AO, 35-44 | 67 | 80 |
| | V, 18-24 | -41 | -27 | | Blijvend ihh. 65-79 | 252 | 265 | | AO, 45-54 | 56 | 69 |
| | V, 25-29 | -21 | -8 | | Blijvend ihh. 80+ | 133 | 146 | | AO, 55-64 | 35 | 49 |
| | V, 30-34 | -13 | 0 | | Instromend ihh.18-64 | 1.538 | 1.551 | | Bijstand, 18-34 | 65 | 78 |
| | V, 35-39 | -21 | -8 | | Instromend ihh.65-79 | 37 | 50 | | Bijstand, 35-44 | 113 | 126 |
| | V, 40-44 | -15 | -1 | | Instromend ihh. 80+ | 32 | 45 | | Bijstand, 45-54 | 75 | 88 |
| | V, 45-49 | -8 | 5 | | Eenpersoons hh.18-64 | 21 | 34 | | Bijstand, 55-64 | 53 | 67 |
| | V, 50-54 | -4 | 10 | | Eenpersoons hh 65-79 | 10 | 23 | | Student | -24 | -11 |
| | V, 55-59 | 0 | 13 | | Eenpersoons hh. 80+ | -8 | 5 | | Zelfstandig, 18-34 | -19 | -6 |
| | V, 60-64 | 5 | 18 | | Overig 18-64 | -6 | 8 | | Zelfstandig, 35-44 | 0 | 13 |
| | V, 65-69 | -1 | 12 | | Overig 64-79 | -5 | 9 | | Zelfstandig, 45-54 | -2 | 12 |
| | V, 70-74 | -4 | 9 | | Overig 80+ | -8 | 5 | | Zelfstandig, 55-64 | 9 | 22 |
| | V, 75-79 | 0 | 13 | Regio | Regio 1 | 21 | 34 | | Hoogopgeleiden | -28 | -15 |
| | V, 80-84 | -9 | 4 | | Regio 2 | 6 | 20 | | Referentie, 18-34 | -11 | 3 |
| | V, 85-89 | 7 | 20 | | Regio 3 | 3 | 17 | | Referentie, 35-44 | -15 | -2 |
| | V, 90+ | 22 | 35 | | Regio 4 | 0 | 14 | | Referentie, 45-54 | -9 | 5 |
| MHK [a] | Geen MHK | -5 | 8 | | Regio 5 | -2 | 12 | | Referentie, 55-64 | -4 | 9 |
| | MHK 1 | 2 | 15 | | Regio 6 | -12 | 2 | ZVZ [a] | Geen ZVZ | -7 | 6 |
| | MHK 2 | 344 | 358 | | Regio 7 | -8 | 6 | | ZVZ 1,2,3, onbekend | -29 | -16 |
| | MHK 3 | 513 | 526 | | Regio 8 | -8 | 5 | | ZVZ 4,5 | 193 | 206 |
| | MHK 4 | 714 | 727 | | Regio 9 | -3 | 11 | | ZVZ 6 | 337 | 351 |
| | MHK 5 | -807 | -794 | | Regio 10 | 0 | 14 | | ZVZ 7 | 507 | 520 |
| | MHK 6 | 571 | 584 | | | | | | Crisis | 360 | 373 |
| | MHK 7 | -357 | -343 | | | | | | | | |

Voetnoot D-4

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

## D.3. Totale impact per vereveningskenmerk

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

Tabel D-5 Totale impact (in € miljoenen) voor alle vereveningskenmerken voor somatische kosten inclusief criteriumneutraliteit.

| Vereveningskenmerk | Somatische kosten |
|---|---|
| **Leeftijd/ geslacht** | 39.515,3 |
| **FKG** | 29,6 |
| **Regio** | -0,5 |
| **DKG** | 27,0 |
| **MHK** | 151,1 |
| **AVI** | -9,9 |
| **HKG** | 36,0 |
| **SES** | -6,8 |
| **PPA** | 31,5 |
| **GSM** | -16,1 |
| **FGG** | 14,3 |
| **VGG** | -25,9 |
| **GGG** | 1,3 |
| **Totaal** | **39.747,0** |

Tabel D-6 Totale impact (in € miljoenen) voor alle vereveningskenmerken voor gGGZ-kosten inclusief criteriumneutraliteit.

| Vereveningskenmerk | gGGZ-kosten |
|---|---|
| **Leeftijd/ geslacht** | 3.616,3 |
| **FKG** | -1,6 |
| **Regio** | -0,4 |
| **DKG** | -9,1 |
| **AVI** | 0,5 |
| **SES** | 0,1 |
| **MHK** | -98,0 |
| **PPA** | 18,6 |
| **ZVZ** | 0,0 |
| **Totaal** | **3.526,4** |

# E. Herschatting van normbedragen voor 2017

## E.1. Herschatting van de somatische kosten

Tabel E-1 presenteert de herschatting van normbedragen van elke risicoklasse gebaseerd op de gerealiseerde cijfers van 2017.

Tabel E-1 Herschatting van normbedragen voor het somatische model voor 2017.

| Risicoklasse | | Normbedrag | Risicoklasse | | Normbedrag | | Risicoklasse | Normbedrag |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Leeftijd/geslacht | M, 0 | 5.756 | FKG[a] | Geen FKG | -288 | DKG | Geen DKG | -275 |
| | M, 1-4 | 2.082 | | FKG 1 (Glaucoom) | 250 | | DKG 1 | 950 |
| | M, 5-9 | 1.802 | | FKG 2 (Schildklier) | 69 | | DKG 2 | 656 |
| | M, 10-14 | 1.750 | | FKG 3 (Psychose, | 101 | | DKG 3 | 1.322 |
| | M, 15-17 | 1.830 | | Alzheimer, verslav.) | | | DKG 4 | 2.405 |
| | M, 18-24 | 1.597 | | FKG 4 (Depressie) | 103 | | DKG 5 | 2.251 |
| | M, 25-29 | 1.575 | | FKG 5 (Chron. Pijn) | 853 | | DKG 6 | 3.551 |
| | M, 30-34 | 1.586 | | FKG 6 (Neur. pijn) | 1.223 | | DKG 7 | 5.557 |
| | M, 35-39 | 1.672 | | FKG 7 (Hoog cholesterol) | 129 | | DKG 8 | 6.032 |
| | M, 40-44 | 1.749 | | FKG 8 (Dia II zonder) | 485 | | DKG 9 | 7.673 |
| | M, 45-49 | 1.889 | | FKG 9 (COPD/Astma) | 1.549 | | DKG 10 | 8.406 |
| | M, 50-54 | 2.066 | | FKG 10 (Astma) | 528 | | DKG 11 | 15.188 |
| | M, 55-59 | 2.363 | | FKG 11 (Dia II met) | 902 | | DKG 12 | 25.373 |
| | M, 60-64 | 2.648 | | FKG 12 (Epilepsie) | 792 | | DKG 13 | 14.841 |
| | M, 65-69 | 3.205 | | FKG 13 (Ziekte van C/CU) | 1.258 | | DKG 14 | 66.908 |
| | M, 70-74 | 3.651 | | FKG 14 (Hartaandoening) | 1.762 | | DKG 15 | 44.365 |
| | M, 75-79 | 4.063 | | FKG 15 (Auto-immuun) | 9.051 | AVI | 0-17 en 65+ | 0 |
| | M, 80-84 | 4.372 | | FKG 16 (Reuma) | 928 | | IVA, 18-34 | 1.260 |
| | M, 85-89 | 4.730 | | FKG 17 (Parkinson) | 1.885 | | IVA, 35-44 | 1.138 |
| | M, 90+ | 5.239 | | FKG 18 (Dia I) | 1.809 | | IVA, 45-54 | 1.239 |
| | V, 0 | 5.030 | | FKG 19 (Transplatie) | 779 | | IVA, 55-64 | 910 |
| | V, 1-4 | 1.794 | | FKG 20 (Cys.F./Panc.) | 3.944 | | AO, 18-34 | 411 |
| | V, 5-9 | 1.728 | | FKG 21 (Hersen/rug.: ms) | 686 | | AO, 35-44 | 581 |
| | V, 10-14 | 1.746 | | FKG 22 (Hersen/rug.: | 1.673 | | AO, 45-54 | 602 |
| | V, 15-17 | 1.947 | | overig) | | | AO, 55-64 | 496 |
| | V, 18-24 | 1.889 | | FKG 23 (Kanker) | 1.504 | | Bijstand, 18-34 | 331 |
| | V, 25-29 | 2.385 | | FKG 24 (Horm. tumor) | 785 | | Bijstand, 35-44 | 346 |
| | V, 30-34 | 2.608 | | FKG 25 (HIV/AIDS) | 2.820 | | Bijstand, 45-54 | 428 |
| | V, 35-39 | 2.269 | | FKG 26 (Nieraandoening) | 7.688 | | Bijstand, 55-64 | 382 |
| | V, 40-44 | 1.985 | | FKG 27 (Psoriasis) | 487 | | Student | -200 |
| | V, 45-49 | 2.024 | | FKG 28 (Pulm. art. hyp.) | 16.188 | | Zelfstandig, 18-34 | -86 |
| | V, 50-54 | 2.116 | | FKG 29 (Kanker add-on) | 12.293 | | Zelfstandig, 35-44 | -148 |
| | V, 55-59 | 2.230 | | FKG 30 (Groei) | 1.593 | | Zelfstandig, 45-54 | -211 |
| | V, 60-64 | 2.398 | | FKG 31 (EHK cluster 1) | 120.870 | | Zelfstandig, 55-64 | -241 |
| | V, 65-69 | 2.774 | | FKG 32 (EHK cluster 2) | 214.933 | | Hoogopgeleiden | -35 |
| | V, 70-74 | 3.072 | | FKG 33 (EHK cluster 3) | 423.985 | | Referentie, 18-34 | 25 |
| | V, 75-79 | 3.358 | HKG[a] | Geen HKG | -49 | | Referentie, 35-44 | -48 |
| | V, 80-84 | 3.572 | | CPAP apparatuur | 371 | | Referentie, 45-54 | -69 |
| | V, 85-89 | 3.899 | | Therapeutische elastische | 405 | | Referentie, 55-64 | -99 |
| | V, 90+ | 4.227 | | kousen | | VGG | VGG 0 | -179 |
| GSM[a] | Geen morbiditeit 65- | -23 | | Voorzieningen voor stomapatiënten | 1.646 | | VGG 1 | 2.092 |
| | Wel morbiditeit 65- | -122 | | Vernevelaar met toebehoren | 1.274 | | VGG 2 | 3.467 |
| | Geen morbiditeit 65+ | 103 | | Middelen voor urine-opvang | 1.675 | | VGG 3 | 6.076 |
| | Wel morbiditeit 65+ | 73 | | Injectiespuiten met toebehoren (excl. diabetes) | 2.167 | | VGG 4 | 9.956 |
| | | | | Zuurstofapparaten met toebehoren | 3.658 | | VGG 5 | 14.972 |
| | | | | | | | VGG 6 | 27.786 |
| | Geen FDG | -17 | | Voedingshulpmiddelen (excl. zuigelingen) | 9.254 | PPA | 0-17-jarigen | 0 |
| | FDG 1 | 591 | | | | | > 15 bewoners, blijvend 18-64 | -192 |
| | | | | | | | > 15 bewoners, | -2.038 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | FDG 2 | 1.498 | | Slijmuitzuigapparatuur | 24.136 | | blijvend 65-79 | |
| | FDG 3 | 879 | | Draagbare infuuspompen | 8.731 | | > 15 bewoners, | -3.625 |
| | FDG 4 | 7.638 | MHK | Geen MHK | -276 | | blijvend 80+ | |
| GGG | GGG 0 | -4 | | MHK 1 | 2.222 | | > 15 bewoners, | 742 |
| | GGG 1 | 1.616 | | MHK 2 | 2.121 | | instromend 18-64 | |
| SES | Zeer laag, 0-17 | 119 | | MHK 3 | 3.610 | | > 15 bewoners, | 849 |
| | Zeer laag, 18-64 | 39 | | MHK 4 | 5.795 | | instromend 65-79 | |
| | Zeer laag, 65+ | 387 | | MHK 5 | 9.879 | | > 15 bewoners, | -1.232 |
| | Laag, 0-17 | 40 | | MHK 6 | 20.338 | | instromend 80+ | |
| | Laag, 18-64 | 32 | | MHK 7 | 46.845 | | Eenpersoons 18-64 | -62 |
| | Laag, 65+ | 5 | Regio | Regio 1 | 67 | | Eenpersoons 65-79 | 76 |
| | Midden, 0-17 | -32 | | Regio 2 | 49 | | Eenpersoons 80+ | 367 |
| | Midden, 18-64 | 14 | | Regio 3 | 16 | | Overige huishoudens | 9 |
| | Midden, 65+ | -56 | | Regio 4 | 4 | | 18-64 | |
| | Hoog, 0-17 | -74 | | Regio 5 | -9 | | Overige huishoudens | -10 |
| | Hoog, 18-64 | -62 | | Regio 6 | -6 | | 65-79 | |
| | Hoog, 65+ | -234 | | Regio 7 | -25 | | Overige huishoudens | 37 |
| | | | | Regio 8 | -29 | | 80+ | |
| | | | | Regio 9 | -28 | | | |
| | | | | Regio 10 | -38 | | | |

Voetnoot E-1:

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

## E.2. Herschatting van de gGGZ-kosten

Tabel E-2 presenteert de herschatting van normbedragen van elke risicoklasse gebaseerd op de gerealiseerde cijfers van 2017.

Tabel E-2 Herschatting van normbedragen voor het gGGZ-model voor 2017.

| Risicoklasse | | Normbedrag | Risicoklasse | | Normbedrag | Risicoklasse | | Normbedrag |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Geslacht/leeftijd | M, 18-24 | 295 | DKG [a] | Geen DKG | -40 | SES [a] | Zeer laag, 18-64 | 20 |
| | M, 25-29 | 280 | | DKG 1 | 15 | | Zeer laag 65+ | -1 |
| | M, 30-34 | 268 | | DKG 2 | 3277 | | Laag, 18-64 | -5 |
| | M, 35-39 | 263 | | DKG 3 | 6816 | | Laag, 65+ | 3 |
| | M, 40-44 | 250 | | DKG 4 | 11661 | | Midden, 18-64 | -5 |
| | M, 45-49 | 232 | | DKG 5 | 21092 | | Midden, 65+ | 0 |
| | M, 50-54 | 227 | FKG [a] | Geen FKG | -22 | | Hoog, 18-64 | -5 |
| | M, 55-59 | 215 | | FKG 1 (Psychose) | 1217 | | Hoog, 65+ | -2 |
| | M, 60-64 | 210 | | FKG 2 (Psychose depot) | 3213 | AVI [a] | 65+ | 0 |
| | M, 65-69 | 208 | | FKG 3 (Chron.stem) | 246 | | IVA, 18-34 | 83 |
| | M, 70-74 | 215 | | FKG 4 (Verslaving) | 595 | | IVA, 35-44 | -44 |
| | M, 75-79 | 217 | | FKG 5 (Bipol.reg.) | 579 | | IVA, 45-54 | -23 |
| | M, 80-84 | 207 | | FKG 6 (bipol.complex) | 1051 | | IVA, 55-64 | -6 |
| | M, 85-89 | 201 | | FKG 7 (ADHD) | 117 | | AO, 18-34 | 221 |
| | M, 90+ | 195 | PPA [a] | Blijvend ihh. 18-64 | 314 | | AO, 35-44 | 242 |
| | V, 18-24 | 361 | | Blijvend ihh. 65-79 | -21 | | AO, 45-54 | 88 |
| | V, 25-29 | 323 | | Blijvend ihh. 80+ | -12 | | AO, 55-64 | 32 |
| | V, 30-34 | 289 | | Instromend ihh.18-64 | 2183 | | Bijstand, 18-34 | 295 |
| | V, 35-39 | 281 | | Instromend ihh.65-79 | 689 | | Bijstand, 35-44 | 121 |
| | V, 40-44 | 265 | | Instromend ihh. 80+ | 65 | | Bijstand, 45-54 | 57 |
| | V, 45-49 | 243 | | Eenpersoons hh.18-64 | 62 | | Bijstand, 55-64 | 12 |
| | V, 50-54 | 237 | | Eenpersoons hh 65-79 | 36 | | Student | -53 |
| | V, 55-59 | 212 | | Eenpersoons hh. 80+ | 4 | | Zelfstandig, 18-34 | -49 |
| | V, 60-64 | 210 | | Overig 18-64 | -15 | | Zelfstandig, 35-44 | -44 |
| | V, 65-69 | 214 | | Overig 64-79 | -13 | | Zelfstandig, 45-54 | -23 |
| | V, 70-74 | 217 | | Overig 80+ | -6 | | Zelfstandig, 55-64 | -6 |
| | V, 75-79 | 218 | Regio | Regio 1 | 35 | | Hoogopgeleiden | -47 |
| | V, 80-84 | 212 | | Regio 2 | 12 | | Referentie, 18-34 | -3 |
| | V, 85-89 | 194 | | Regio 3 | 3 | | Referentie, 35-44 | -18 |
| | V, 90+ | 194 | | Regio 4 | -1 | | Referentie, 45-54 | -8 |
| MHK [a] | Geen MHK | -66 | | Regio 5 | -4 | | Referentie, 55-64 | -5 |
| | MHK 1 | 323 | | Regio 6 | -5 | ZVZ [a] | Geen ZVZ | -47 |
| | MHK 2 | 1.188 | | Regio 7 | -10 | | ZVZ 1,2,3, onbekend | 607 |
| | MHK 3 | 2.513 | | Regio 8 | -10 | | ZVZ 4,5 | 1185 |
| | MHK 4 | 3.801 | | Regio 9 | -10 | | ZVZ 6 | 2232 |
| | MHK 5 | 7.901 | | Regio 10 | -10 | | ZVZ 7 | 3626 |
| | MHK 6 | 9.227 | | | | | Crisis | 1577 |
| | MHK 7 | 16.197 | | | | | | |

Voetnoot E-2:

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

# F. Extra analyse naar subgroepen voor de somatische kosten inclusief V&V-kosten van 2016

Tabel F-1 presenteert de subgroepenanalyse gebaseerd op de somatische kosten inclusief V&V-kosten van 2016. Dit is relevant voor de vergelijking met volgend jaar, waarin de kosten van jaar t-1 ook somatische kosten inclusief V&V-kosten zijn.

Tabel F-1: Gemiddelde vereveningsresultaat en de gemiddelde somatische kosten in 2017 voor subgroepen op basis van de somatische kosten (inclusief V&V-kosten) in 2016, bij de definitieve vaststelling na correctie voor het macrovereveningsresultaat en na flankerend beleid (inclusief partiële criteriumneutraliteit en klasseneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde.

| Subgroepen op basis van somatische kosten 2016 [a] | Aantal (%) [b] | Definitieve vaststelling 2017 Gemiddelde vereveningsresultaat in € [c] *Voor* FB, *na* correctie macrovereveningsresultaat [d] | *Na* FB [e] | Gemiddelde kosten in € |
|---|---|---|---|---|
| **Hoogste 1 % (99 % - 100 %)** | 0,8 | -6.026 | -5.973 | 35.623 |
| **Hoogste 3 % (97 % - 99 %)** | 1,8 | -536 | -481 | 16.001 |
| **Hoogste 5 % (95 % - 97 %)** | 1,9 | -214 | -159 | 9.737 |
| **Hoogste 15 % (85 % - 95 %)** | 9,8 | -293 | -240 | 5.169 |
| **Midden 70 % (15 % - 85 %)** | 70,1 | 71 | 115 | 1.342 |
| **Laagste 15 % (0 % - 15 %)** [f] | 15,6 | 260 | 310 | 716 |
| **Totaal** | **100** | **0** | **46** | **2.311** |

Voetnoot Tabel F-1:

f. De subgroepen sluiten elkaar uit.

g. Omvang in verzekerdenjaren, uitgedrukt in het percentage van de totale Zvw-bevolking.

h. Het gemiddelde vereveningsresultaat is het verschil tussen de gemiddelde bijdrage en de gemiddelde kosten. In berekening van het vereveningsresultaat nemen wij partiële criteriumneutraliteit voor FKG en klasseneutraliteit voor DKG mee. Het gemiddelde vereveningsresultaat wijkt iets 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 voor het macrovereveningsresultaat wordt gecorrigeerd.

i. Na correctie voor het macrovereveningsresultaat: procentuele schalingsfactor is 0,9804.

j. Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 0,9804 *plus* een vast bedrag van € 46 per verzekerde 18+. Dit is een simulatie van het effect van flankerend beleid.

k. Deze subgroep bevat ook de instromers in 2017 (geborenen en immigranten). Deze verzekerden wijken over het algemeen qua kosten af van de andere verzekerden in deze subgroep.

# G. Extra analyse nadere onderbouwing subgroepen

Een aanvullende analyse is uitgevoerd bij de nadere onderbouwing van de gedefinieerde subgroepen in paragraaf 5.1.1 en 5.2.1. Er is verfijning aangebracht door een uitsplitsing te maken naar leeftijdsgroepen.

## G.1. Nadere beschouwing voor de somatische kosten

Tabel G-1 geeft de resultaten weer van de aanvullende analyse voor de somatische kosten. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de hogere leeftijdsgroepen een groter aandeel hebben in de hogere top-percentielgroepen en dat de lagere leeftijdsgroepen een groter aandeel hebben in de lagere percentielgroepen. Verzekerden die het vorige jaar bovengemiddelde zorgkosten hebben (in de top-percentielen) zijn over het algemeen ouder en hebben een of meerdere chronische aandoeningen. Verzekerden die het vorige jaar relatief lage zorgkosten hebben zijn over het algemeen jonger en hebben geen of weinig een positieve risicoklasse van de morbiditeitskenmerken.

Tabel G-1 Morbiditeitskenmerken van de subgroepen in combinatie met leeftijdscategorieën op basis van de somatische kosten in het vorige jaar.

| Subgroepen [a] op basis van kosten 2016 | Leeftijd | Percentage (%) in positieve risicoklasse van morbiditeitskenmerk FKG>0 | MHK>0 | DKG>0 | HKG>0 | Combinaties [b] |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Hoogste 1 % (99 % - 100 %)** | 0-17 | 2,2 | 4,6 | 4,6 | 3,1 | 0,9 |
| | 18-34 | 2,8 | 3,3 | 3,5 | 1,4 | 0,7 |
| | 35-44 | 3,5 | 3,3 | 4,0 | 1,3 | 1,0 |
| | 45-54 | 8,6 | 7,1 | 9,6 | 3,2 | 2,4 |
| | 55-64 | 14,6 | 11,6 | 16,6 | 6,1 | 4,7 |
| | 65-74 | 21,0 | 16,6 | 23,4 | 9,2 | 5,9 |
| | 75-84 | 16,3 | 13,7 | 18,6 | 7,6 | 3,3 |
| | 85+ | 5,0 | 4,6 | 6,5 | 3,0 | 0,4 |
| | Totaal | 74,0 | 64,9 | 86,9 | 34,9 | 19,3 |
| **Hoogste 3 % (97 % - 99 %)** | 0-17 | 1,8 | 3,4 | 2,3 | 0,9 | 0,2 |
| | 18-34 | 3,8 | 4,4 | 3,2 | 0,8 | 0,3 |
| | 35-44 | 4,5 | 4,6 | 4,0 | 0,9 | 0,5 |
| | 45-54 | 9,1 | 8,1 | 9,1 | 2,0 | 1,4 |
| | 55-64 | 13,6 | 11,2 | 14,3 | 3,9 | 2,8 |
| | 65-74 | 18,2 | 14,5 | 20,0 | 6,2 | 3,7 |
| | 75-84 | 14,7 | 12,2 | 16,4 | 5,8 | 2,7 |
| | 85+ | 5,7 | 5,1 | 6,5 | 3,0 | 0,5 |
| | Totaal | 71,5 | 63,4 | 75,8 | 23,6 | 12,0 |
| **Hoogste 5 % (95 % - 97 %)** | 0-17 | 1,6 | 2,9 | 1,5 | 0,5 | 0,1 |
| | 18-34 | 2,9 | 4,1 | 2,9 | 0,7 | 0,1 |
| | 35-44 | 3,3 | 3,8 | 3,4 | 0,8 | 0,3 |
| | 45-54 | 6,9 | 6,0 | 7,4 | 1,6 | 0,8 |
| | 55-64 | 11,0 | 8,7 | 12,0 | 2,9 | 1,6 |
| | 65-74 | 15,2 | 11,7 | 16,8 | 4,6 | 2,3 |
| | 75-84 | 12,7 | 10,3 | 12,9 | 4,6 | 1,7 |
| | 85+ | 5,1 | 4,6 | 4,8 | 2,6 | 0,3 |
| | Totaal | 58,6 | 52,2 | 61,7 | 18,3 | 7,2 |
| **Hoogste 15 % (85 % - 95 %)** | 0-17 | 1,0 | 1,4 | 0,9 | 0,2 | 0,0 |
| | 18-34 | 2,1 | 2,5 | 1,7 | 0,5 | 0,0 |
| | 35-44 | 2,4 | 2,2 | 1,9 | 0,5 | 0,1 |
| | 45-54 | 5,5 | 3,6 | 4,2 | 1,2 | 0,3 |
| | 55-64 | 9,5 | 5,9 | 6,6 | 2,2 | 0,6 |
| | 65-74 | 13,3 | 8,4 | 8,8 | 3,2 | 0,9 |
| | 75-84 | 11,3 | 7,8 | 7,0 | 3,1 | 0,6 |
| | 85+ | 4,9 | 3,9 | 2,3 | 2,0 | 0,1 |
| | Totaal | 50,0 | 35,7 | 33,4 | 13,0 | 2,7 |
| **Midden 70 % (15 % - 85 %)** | 0-17 | 0,5 | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,0 |
| | 18-34 | 1,1 | 0,0 | 0,4 | 0,1 | 0,0 |
| | 35-44 | 1,4 | 0,0 | 0,4 | 0,2 | 0,0 |
| | 45-54 | 2,9 | 0,0 | 0,9 | 0,3 | 0,0 |
| | 55-64 | 4,1 | 0,0 | 1,1 | 0,4 | 0,0 |
| | 65-74 | 4,4 | 0,0 | 1,1 | 0,4 | 0,0 |
| | 75-84 | 2,3 | 0,0 | 0,6 | 0,3 | 0,0 |
| | 85+ | 0,7 | 0,0 | 0,2 | 0,2 | 0,0 |
| | Totaal | 17,4 | 0,1 | 4,9 | 2,0 | 0,0 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Laagste 15 % (0 % - 15 %)** | 0-17 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | 18-34 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | 35-44 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | 45-54 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | 55-64 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | 65-74 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | 75-84 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | 85+ | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Totaal | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

Voetnoot Tabel G-1:
a. De subgroepen sluiten elkaar uit.
b. Combinatie van FKG>0, MHK >0, DKG>0, HKG>0, ter indicatie van multi-morbiditeit.

## G.2. Nadere beschouwing voor de gGGZ-kosten

Tabel G-2 geeft de resultaten weer van de aanvullende analyse voor de gGGZ-kosten. Hieruit kan worden geconcludeerd dat de samenhang tussen de leeftijd in combinatie met de morbiditeitskenmerken met de gedefinieerde percentielgroepen op basis van gGGZ-kosten in het vorige jaar een minder sterk patroon laat zien dan bij de somatische kosten. Dit geeft aan dat de groep GGZ-gebruikers meer diffuus/ heterogeen is en de kosten mogelijk ook minder structureel van karakter zijn. Om deze bevinding verder te verifiëren zijn aanvullende analyses naar de patronen in de GGZ-kosten nodig.

Tabel G-2 Morbiditeitskenmerken van de subgroepen in combinatie met leeftijdscategorieën op basis van de gGGZ-kosten in het vorige jaar.

| **Subgroepen a** | | **Percentage (%) in positieve risicoklasse van morbiditeitskenmerk** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **op basis van kosten 2016** | **Leeftijd** | **FKG-GGZ > 0** | **MHK-GGZ > 0** | **MHK-GGZ > 1** | **DKG-GGZ > 0** | **Combinaties [b]** |
| Hoogste 1 % (als >0: 99 % - 100 %) | 18-34 | 14,2 | 33,7 | 28,6 | 27,9 | 12,7 |
| | 35-44 | 8,3 | 16,9 | 12,9 | 14,6 | 7,6 |
| | 45-54 | 9,2 | 16,8 | 12,3 | 14,6 | 8,4 |
| | 55-64 | 7,4 | 13,9 | 9,6 | 11,1 | 6,4 |
| | 65-74 | 5,1 | 11,7 | 6,7 | 8,2 | 3,8 |
| | 75-84 | 1,9 | 5,8 | 2,5 | 3,3 | 1,3 |
| | 85+ | 0,3 | 1,2 | 0,4 | 0,7 | 0,2 |
| | Totaal | 46,4 | 100,0 | 73,0 | 80,2 | 40,5 |
| Hoogste 3 % (als >0: 97 % - 99 %) | 18-34 | 14,1 | 33,1 | 25,6 | 24,3 | 12,0 |
| | 35-44 | 10,3 | 18,0 | 12,0 | 13,9 | 8,8 |
| | 45-54 | 12,7 | 20,7 | 14,1 | 15,9 | 10,7 |
| | 55-64 | 8,5 | 14,0 | 8,7 | 10,4 | 6,8 |
| | 65-74 | 4,7 | 8,2 | 4,3 | 5,4 | 3,5 |
| | 75-84 | 2,2 | 4,7 | 1,9 | 2,4 | 1,3 |
| | 85+ | 0,4 | 1,4 | 0,5 | 0,6 | 0,2 |
| | Totaal | 52,8 | 100,0 | 67,1 | 72,8 | 43,3 |
| Hoogste 5 % (als >0: 95 % - 97 %) | 18-34 | 14,1 | 32,7 | 23,6 | 22,7 | 10,9 |
| | 35-44 | 10,3 | 19,7 | 12,8 | 14,6 | 9,1 |
| | 45-54 | 12,7 | 22,0 | 13,9 | 16,0 | 10,6 |
| | 55-64 | 8,5 | 14,5 | 8,7 | 10,3 | 6,8 |
| | 65-74 | 4,7 | 7,1 | 3,9 | 4,6 | 3,0 |
| | 75-84 | 2,2 | 3,1 | 1,4 | 1,8 | 1,1 |
| | 85+ | 0,4 | 0,9 | 0,2 | 0,3 | 0,2 |
| | Totaal | 52,1 | 100,0 | 64,4 | 70,4 | 41,6 |
| Midden 70 % (als >0: 25 % - 95 %) | 18-34 | 7,0 | 32,2 | 7,1 | 13,0 | 4,7 |
| | 35-44 | 7,0 | 20,7 | 4,1 | 9,9 | 4,8 |
| | 45-54 | 8,8 | 21,6 | 4,4 | 10,7 | 6,0 |
| | 55-64 | 6,7 | 14,9 | 3,0 | 7,5 | 4,4 |
| | 65-74 | 2,8 | 6,1 | 1,1 | 3,1 | 1,8 |
| | 75-84 | 1,2 | 3,2 | 0,5 | 1,4 | 0,8 |
| | 85+ | 0,3 | 1,3 | 0,1 | 0,4 | 0,2 |
| | Totaal | 33,9 | 100,0 | 20,3 | 46,0 | 22,6 |
| Laagste 25 % (als >0: 0 % - 25 %) | 18-34 | 4,2 | 32,0 | 1,6 | 0,6 | 0,2 |
| | 35-44 | 4,0 | 18,8 | 0,7 | 0,5 | 0,2 |
| | 45-54 | 5,5 | 20,0 | 0,7 | 0,5 | 0,2 |
| | 55-64 | 5,2 | 15,6 | 0,5 | 0,4 | 0,2 |
| | 65-74 | 2,9 | 7,9 | 0,3 | 0,1 | 0,1 |
| | 75-84 | 1,2 | 4,1 | 0,1 | 0,1 | 0 |
| | 85+ | 0,3 | 1,7 | 0 | 0 | 0 |
| | Totaal | 23,3 | 100,0 | 4,0 | 2,2 | 0,8 |
| Gelijk aan nul [c] | 18-34 | 0,4 | 1,5 | 0,1 | 0 | 0 |
| | 35-44 | 0,4 | 1,0 | 0 | 0 | 0 |
| | 45-54 | 0,8 | 1,0 | 0 | 0 | 0 |
| | 55-64 | 0,8 | 0,7 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 65-74 | 0,6 | 0,3 | 0 | 0 | 0 |
| | 75-84 | 0,3 | 0,2 | 0 | 0 | 0 |
| | 85+ | 0,1 | 0,1 | 0 | 0 | 0 |
| | Totaal | 3,4 | 4,8 | 0,3 | 0 | 0 |

Voetnoot Tabel G-2:

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

# H. Extra subgroepanalyse met morbiditeit inclusief FDG

## H.1. Somatische kosten

In Tabel H-1 zijn de resultaten van de subgroepenanalyse weergegeven voor somatische kosten gebaseerd op morbiditeitskenmerken *inclusief FDG*.

Tabel H-1: Gemiddelde vereveningsresultaat en de somatische kosten in 2017 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 partiële criteriumneutraliteit en klasseneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde.

| Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd [a] | Aantal (%) [b] | Definitieve vaststelling 2017 Gemiddelde vereveningsresultaat in € [c] *Voor* FB, *na* correctie macrovereveningsresultaat [d] | *Na* FB [e] | Gemiddelde kosten in € |
|---|---|---|---|---|
| ***Verzekerden onder de 18 jaar*** | | | | |
| **- Geen somatische aandoening** | 18,3 | -4 | -4 | 880 |
| **- Wel somatische aandoening** | 1,7 | - 406 | - 406 | 4.278 |
| **Subtotaal** | **20,0** | **-37** | **-37** | **1.162** |
| **Verzekerden 18 jaar tot en met 64 jaar** | | | | |
| **- Geen somatische – Geen psychische aandoening** | 43,6 | 27 | 84 | 856 |
| **- Geen somatische – Wel psychische aandoening** | 4,3 | - 252 | - 195 | 1.227 |
| **- Wel somatische – Geen psychische aandoening** | 9,3 | - 22 | 36 | 4.498 |
| **- Wel somatische – Wel psychische aandoening** | 3,9 | - 71 | - 13 | 4.250 |
| **Subtotaal** | **61,1** | **-6** | **51** | **1.657** |
| **Verzekerden van 65 jaar en ouder** | | | | |
| **- Geen somatische – Geen psychische aandoening** | 6,8 | 32 | 90 | 2.272 |
| **- Geen somatische – Wel psychische aandoening** | 0,2 | - 147 | -90 | 2.957 |
| **- Wel somatische – Geen psychische aandoening** | 10,5 | 69 | 127 | 7.448 |
| **- Wel somatische – Wel psychische aandoening** | 1,3 | 170 | 227 | 8.930 |
| **Subtotaal** | **18,9** | **60** | **118** | **5.634** |
| **Totaal** | **100** | **0** | **46** | **2.311** |

Voetnoot Tabel H-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 0,9804.
e. Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 0,9804 plus een vast bedrag van € 46 per verzekerde 18+. Dit is een simulatie van het effect van flankerend beleid.

## H.2. gGGZ-kosten

In Tabel H-2 zijn de resultaten van de subgroepenanalyse weergegeven voor gGGZ-kosten gebaseerd op morbiditeitskenmerken *inclusief FDG*.

Tabel H-2: Gemiddelde vereveningsresultaat en de gemiddelde gGGZ-kosten van subgroepen op basis van samenhang voor somatische aandoening en psychische aandoening in combinatie met leeftijdsgroepen, op moment van de definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde.

| **Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd** | **Definitieve vaststelling 2017** | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Aantal (%) [b] | 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** | 54,5 | - 3 | 10 | 77 |
| **- Geen somatische – Wel psychische aandoening** | 5,3 | 48 | 61 | 1.274 |
| **- Wel somatische – Geen psychische aandoening** | 11,6 | - 25 | - 12 | 88 |
| **- Wel somatische – Wel psychische aandoening** | 4,9 | 46 | 59 | 2.001 |
| **Subtotaal** | **76,4** | **0** | **13** | **286** |
| ***Verzekerden van 65 jaar en ouder*** | | | | |
| **- Geen somatische – Geen psychische aandoening** | 8,6 | - 4 | 9 | 38 |
| **- Geen somatische – Wel psychische aandoening** | 0,3 | 62 | 76 | 1.145 |
| **- Wel somatische – Geen psychische aandoening** | 13,1 | - 8 | 6 | 42 |
| **- Wel somatische – Wel psychische aandoening** | 1,7 | 71 | 84 | 1.057 |
| **Subtotaal** | **23,6** | **0** | **13** | **125** |
| **Totaal** | **100** | **0** | **13** | **248** |

Voetnoot Tabel H-2:

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 ZVZ.
d. Na correctie voor het macrovereveningsresultaat: procentuele schalingsfactor is 0,94 (afgerond).
e. Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 0,94 (afgerond) *plus* een vast bedrag van € 13 per verzekerde 18+.

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

Voor Deel II zijn de OT-bestanden voor de somatische zorg 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 2017, conform hetgeen in het MPB is vastgesteld. Herweging voor de verzekerdenraming was niet nodig omdat het gewicht is meegeleverd in de OT-bestanden.

In Deel II wordt de ex ante vaststelling, zoals uitgevoerd in het najaar 2016, 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.

## I.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 16.607.620 verzekerdenjaren, dat is herwogen naar 17.033.000 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 814 (Normbedragenfase).

## I.2. 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 13.196.029 verzekerdenjaren, dat is herwogen naar 13.656.000 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 814 (Normbedragenfase).

# J. 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) |
| **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) |
| **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) |
| **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 |
| **Zvw** | Zorgverzekeringswet |

# K. Begrippenlijst

*Acceptatieplicht*

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

*Add-ons geneesmiddelen*

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

*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).

*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.

*Klasseneutraliteit*

Maatregel om bij de definitieve vaststelling het ex ante vastgestelde normbedrag voor alle risicoklassen 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 (een meer gedetailleerde vorm van neutraliteit dan criteriumneutraliteit).

*Macronacalculatie*

Dit is een maatregel waarbij achteraf een onderschrijding of overschrijding van het MPB wordt gecompenseerd. Dit betekent dat er een macroverevening sresultaat is van nul (macroverevening sbijdrage 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 variabele zorgkosten en de voormalige V&V kosten.

*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.

# L. Referenties


- Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2017. Ministerie van VWS, 2017. Publicatiedatum: 16 Augustus 2017. Staatscourant 2017, nr. 46637.
- 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.
- Monitor 2016. Monitor Risicoverevening 2016. Toetsing van de werking van het risicovereveningssysteem en representativiteit van de beslisinformatie. Publicatiedatum: 31 augustus 2021. PwC, Amsterdam.
- Regeling risicoverevening 2017. Ministerie van VWS, 2017. Publicatiedatum: 9 oktober 2017. Staatscourant 2017, nr. 56601.
- WOR 712, iBMG-projectteam Risicoverevening (2014), Vervolgonderzoek risicoverevening 2015: voorspellende waarde van het gebruik van fysiotherapie voor de zorgkosten; eindrapportage, Rotterdam, iBMG, Erasmus Universiteit.
- 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 812, D. Cattel, F. Eijkenaar, R.C. van Kleef en R.C.J.A. van Vliet (2016). Onderzoek risicoverevening 2017: Gegevensfase. Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.
- WOR 813, D. Cattel, F. Eijkenaar, R.C. van Kleef en R.C.J.A. van Vliet (2016). Onderzoek risicoverevening 2017: Overall Toets. Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.
- WOR 814, D. Cattel, F. Eijkenaar, R.C. van Kleef en R.C.J.A. van Vliet (2016). Onderzoek risicovereveningsmodel 2017: berekening normbedragen. Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.

© 2022 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.