

11 juni 2019

Monitor Risicoverevening 2014

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

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

'PwC' is het merk waaronder PricewaterhouseCoopers Accountants N.V. (KvK 34180285), PricewaterhouseCoopers Belastingadviseurs N.V. (KvK 34180284), PricewaterhouseCoopers Advisory N.V. (KvK 34180287), PricewaterhouseCoopers Compliance Services B.V. (KvK 51414406), PricewaterhouseCoopers Pensions, Actuarial & Insurance Services B.V. (KvK 54226368), PricewaterhouseCoopers B.V. (KvK 34180289) en andere vennootschappen handelen en diensten verlenen. Op www.pwc.nl treft u meer informatie over deze vennootschappen

Dit rapport is door PricewaterhouseCoopers Pensions, Actuarial and Insurance Services B.V. (PwC) opgesteld in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Ministerie van VWS). De informatie die door PwC is gebruikt in het kader van het opstellen van dit rapport is afkomstig uit (openbare) bronnen en PwC heeft geen werkzaamheden uitgevoerd die het karakter dragen van een accountantscontrole. Er wordt door PwC geen enkele expliciete of impliciete verklaring verstrekt of garantie geboden ten aanzien van de juistheid of de volledigheid van de in dit rapport vervatte informatie en PwC aanvaardt om die reden geen enkele aansprakelijkheid (contractueel, op basis van onrechtmatige daad (inclusief nalatigheid) of anderszins) richting derde partijen.

Samenvatting

Zorgverzekeraars ontvangen jaarlijks vanuit het risicovereveningssysteem een bijdrage voor de verwachte verschillen in de zorgkosten tussen verzekerden. Een goede werking van het risicovereveningssysteem draagt bij aan een gelijke uitgangspositie van zorgverzekeraars, reduceert financiële prikkels tot risicoselectie en bevordert een doelmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw). De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) evalueert jaarlijks de werking van het risicovereveningssysteem: de “*Monitor Risicoverevening*” (hierna: Monitor). In opdracht van het Ministerie van VWS voert PricewaterhouseCoopers (PwC) de Monitor voor vereveningsjaar 2014 uit. Deze Monitor evalueert:

1. de werking van het risicovereveningssysteem; en
2. de representativiteit van de beslisinformatie voor de gerealiseerde cijfers.

De werking van het risicovereveningssysteem van 2014

Deze Monitor toetst in welke mate de bijdragen aan zorgverzekeraars aansluiten op de gerealiseerde kosten.

In 2014 blijken de gerealiseerde kosten lager uit te zijn gekomen dan verwacht in het Macro Prestatie Bedrag (MPB). De totale bijdrage aan zorgverzekeraars is hierdoor hoger dan de totale kosten. Dit geeft een positief macrovereveningsresultaat (inclusief de korting op de bijdrage voor de opbrengsten voor het verplicht eigen risico, waarvoor een negatief macrovereveningsresultaat geldt). De kostenonderschrijding blijkt over het algemeen te zijn behaald op verzekerden met relatief veel zorggebruik.

Door een toename van het macrovereveningsresultaat in 2014, is het effect van flankerend beleid toegenomen ten opzichte van voorgaande jaren (Monitor 2012, Monitor 2013). Flankerend beleid zorgt ervoor dat alle zorgverzekeraars een evenredig deel krijgen toebedeeld van de kostenonderschrijding.

In 2014 zijn de ex post maatregelen deels afgebouwd: verruiming van de bandbreedteregeling voor zowel de somatische zorg alsmede voor de geneeskundige en langdurige geestelijke gezondheidszorg (gGGZ) en verhoging van de kostendrempel voor de Hoge Kosten Compensatie (HKC) voor de gGGZ. Dit heeft ertoe geleid dat deze maatregelen in 2014 minder effect hebben op het reduceren van de resterende (absolute) verschillen in het vereveningsresultaat (verschil tussen bijdrage en kosten) tussen zorgverzekeraars dan in voorgaande jaren. Deze ex post maatregelen zijn een aanvulling op verdeling van de bijdrage via de ex ante risicovereveningsmodellen: een model voor kosten voor de somatische zorg en een model voor de kosten voor de gGGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder.

Het ex ante model voor de somatische kosten is per 2014 uitgebreid met een vereveningskenmerk Hulpmiddelen Kostengroepen (HKG) en een risicoklasse voor studenten bij het vereveningskenmerk aard-van-inkomen. Deze modelverbeteringen hebben gezorgd voor een toename van het reduceren van de verschillen in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars ten opzichte van voorgaande jaren. Dit draagt bij aan een gelijke uitgangspositie van zorgverzekeraars. Voor een aantal subgroepen op basis van kosten in het voorgaande jaar zijn de gemiddelde onder- en overcompensaties afgenomen ten opzichte van voorgaande jaren. Desondanks zijn er voor een aantal subgroepen relatief hoge ondercompensaties in 2014: o.a. voor verzekerden met kosten in de hoogste 1 % en 3 % van het voorgaande jaar, verzekerden onder de 18 jaar met een somatische aandoening en verzekerden van 18 jaar en ouder met een psychische aandoening zonder somatische aandoening. Deze bevindingen zijn in lijn met voorgaande jaren (2012 en 2013).

Het ex ante model voor de gGGZ-kosten is per 2014 uitgebreid met een vereveningskenmerk voor psychische diagnosekostengroepen (DKG-GGZ) en een risicoklasse voor studenten. Het effect van deze modelverbeteringen is in de analyses niet nadrukkelijk tot uitdrukking gekomen in een toename van het reduceren van de verschillen in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars ten opzichte van voorgaande jaren. Dit kan komen door: 1) verschillen in de kostendefinities over de jaren, als gevolg van de invoering van de generalistische basis-GGZ per 2014; 2) wijzigingen in de portefeuillesamenstelling van zorgverzekeraars over jaren. Het effect van deze modelverbeteringen is wel waargenomen in een afname van de gemiddelde overcompensatie voor de groep verzekerden met middelhoge kosten in het voorgaande jaar (midden 70 % van de totale bevolking). Desondanks zijn voor andere subgroepen relatief hoge gemiddelde onder- en overcompensaties in 2014; bijvoorbeeld verzekerden met hoge gGGZ-kosten in het voorgaande jaar (hoogste 1

%, 3 % en 5 %) dan wel (complexe) psychische gezondheidsproblematiek. De ondercompensaties voor de verzekerden met hoge gGGZ-kosten worden deels teruggebracht door de compensatie vanuit de HKC in 2014.

De representativiteit van de beslisinformatie

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

Deze Monitor geeft aan dat verschillen in de kosten en prevalenties tussen de OT en ex ante vaststelling met de gerealiseerde cijfers deels zijn gerelateerd aan jaar-specifieke ontwikkelingen. Echter, bij een aantal vereveningskenmerken zijn opvallende verschuivingen geconstateerd, die ook in voorgaande jaren (in bepaalde mate) zijn geconstateerd (Monitor 2012, Monitor 2013). De analyses en beschikbare gegevens van onderhavige Monitor zijn te beperkt om te concluderen welke verschuivingen (achteraf bezien) beter hadden kunnen worden ingeschat en daarmee in welke mate/ hoe het proces voor het representatief maken van de gegevens kan worden verbeterd. Aanvullende analyses en gedetailleerdere gegevens zijn hiervoor nodig.

Conclusies & Advies

Aanleiding en Doel

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Ministerie van VWS) evalueert jaarlijks de werking van het risicovereveningssysteem: de *Monitor Risicoverevening*. Deze evaluatie is gebaseerd op de gerealiseerde cijfers van het betreffende vereveningsjaar. In opdracht van het Ministerie van VWS heeft PricewaterhouseCoopers (PwC) de evaluatie van het risicovereveningssysteem van 2014 uitgevoerd. Deze Monitor is begeleid door een commissie van vertegenwoordigers van het Ministerie van VWS, het Zorginstituut Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en individuele zorgverzekeraars.

Het doel van de Monitor is het evalueren van de:

- *werking van het risicovereveningssysteem*
Dit deel geeft inzicht in welke mate de bijdrage die zorgverzekeraars ontvangen aansluiten op de gerealiseerde kosten van 2014. Het verschil tussen bijdrage en kosten, genaamd: *vereveningsresultaat*, is geanalyseerd op macroniveau, zorgverzekeraarsniveau en subgroepen.
- *representativiteit van de beslisinformatie bij de Overall Toets en de ex ante vaststelling voor de definitieve vaststelling*
Bij de OT en ex ante vaststelling wordt informatie van drie of meer voorgaande jaren gebruikt, die representatief is gemaakt voor het vereveningsjaar. Dit deel geeft inzicht in welke mate deze informatie aansluit op de gerealiseerde cijfers.

Conclusies

Werking van het risicovereveningssysteem

Deze Monitor leidt tot de volgende conclusies over de werking van het risicovereveningssysteem van 2014:

1. In 2014 zijn de kosten lager uitgekomen dan verwacht in het Macro Prestatie Bedrag (MPB). Het macrovereveningsresultaat is verder toegenomen ten opzichte van voorgaande jaren (2012 en 2013), naar in totaal € 3.081 miljoen. De kostenoverschrijding is in het algemeen behaald bij verzekerden met hoge kosten c.q. relatief veel zorggebruik (deze verklaring is gebaseerd op de analyses naar de representativiteit van de beslisinformatie).

Bevindingen:

- In 2014 is er een overschrijding van het MPB gerealiseerd; de kosten zijn minder sterk gestegen van 2013-op-2014 dan werd verwacht in het MPB. Voor de somatische kosten is er een positief macrovereveningsresultaat van € 2.749 miljoen (€ 164 per verzekerde) en voor de gGGZ-kosten € 671 miljoen (€ 51 per verzekerde van 18+) in 2014.
- De opbrengsten van het verplicht eigen risico kennen een negatief macrovereveningsresultaat van € 339 miljoen (€ 25 per verzekerde van 18+) in 2014. Door de gerealiseerde kostenoverschrijding hebben zorgverzekeraars minder opbrengsten van het verplicht eigen risico dan verwacht. De ingehouden korting op de bijdrage aan zorgverzekeraars is hoger dan de geïnde opbrengsten voor het verplicht eigen risico.
- Uit analyses naar de representativiteit van de beslisinformatie (Deel II) blijkt dat er een hoog gemiddeld positief macrovereveningsresultaat is op risicoklassen dan wel subgroepen die verzekerden vertegenwoordigen met een relatief hoge kosten c.q. zorggebruik. Dit is zowel voor de totale somatische kosten alsmede GGZ-kosten het geval. Dit geeft aan dat de kostenoverschrijding (c.q. achteraf te hoge schatting van het MPB) met name heeft plaatsgevonden bij deze verzekerden.

2. Het absolute effect van flankerend beleid (op macro- en zorgverzekeraarsniveau) is in 2014 toegenomen ten opzichte van voorgaande jaren (2012 en 2013). Dit komt door de toename van het macrovereveningsresultaat. Flankerend beleid zorgt ervoor dat iedere zorgverzekeraar een evenredig deel van de gerealiseerde kostenbesparing krijgt toebedeeld ten behoeve van een gelijke uitgangspositie.

Bevindingen:

- Door een toename van de kostenonderschrijding in 2014 wordt er via flankerend beleid meer verrekend tussen zorgverzekeraars ten opzichte van voorgaande jaren.
- Flankerend beleid zorgt bij een kostenonderschrijding voor een toename in de reikwijdte/ spreiding van het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars: zorgverzekeraars met een gemiddeld hoog-risico portefeuille dragen af aan zorgverzekeraars met een laag-risico portefeuille, omdat zorgverzekeraars met een hoog-risico portefeuille naar verwachting meer profiteren van de gerealiseerde kostenonderschrijding. Dit effect is voorgaande jaren ook geconstateerd.

3. Het (absolute) effect van de ex post maatregelen (op macro- en zorgverzekeraarsniveau) in 2014 is afgenomen ten opzichte van vorig jaar. Dit is het resultaat van de afbouw van ex post maatregelen per 2014: verruiming van de bandbreedteregeling en verhoging van de HKC-drempel.

Bevindingen:

- Door afbouw van de ex post maatregelen per 2014 hebben deze maatregelen minder effect op het reduceren van resterende (absolute) verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars. De ex post maatregelen zijn een aanvulling op de werking van de ex ante modellen (en flankerend beleid).

4. De ex ante modellen van 2014 voor de somatische kosten en de gGGZ-kosten zorgen voor een reductie van de verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars (circa 89 % bij de somatische kosten, 64,5 % bij de GGZ-kosten, ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem). Dit draagt bij aan een gelijk speelveld.

Bevindingen:

- Het somatische model van 2014 zorgt voor een reductie van 89 % van de verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars, ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem. Deze werking van het model op zorgverzekeraarsniveau is toegenomen ten opzichte van voorgaande jaren: 86 % voor 2013 en 77 % voor 2012. Dit kan komen door verbetering van het model per 2014, door o.a. uitbreiding met de hulpmiddelen kostengroepen (HKG). Wijzigingen in de portefeuillesamenstelling kunnen ook een rol spelen (zowel positief als negatief).
- Het gGGZ-model van 2014 zorgt voor een reductie van 64,5 % van de verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars, ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem. Het gGGZ-model is verbeterd per 2014, o.a. door uitbreiding met psychische diagnosekostengroepen (DKG-GGZ). Een toename in de werking van dit model op zorgverzekeraarsniveau ten opzichte van vorig jaar is niet bevestigd door de analyses. Dit kan komen door wijzigingen in de kostendefinities van 2014-op-2013, zoals de invoering van de generalistische basis-GGZ per 2014 en/ of wijzigingen in de portefeuillesamenstelling.

5. Door de uitbreiding van de ex ante modellen per 2014 zijn de onder- en overcompensaties voor een aantal subgroepen afgenomen ten opzichte van voorgaande jaren (exclusief toepassing van flankerend beleid en de ex post maatregelen). Echter, de ex ante modellen van 2014 zijn niet in staat om de kosten voor een aantal onderzochte subgroepen (i.e. op basis van kosten in het vorige jaar en op basis van samenhang tussen een somatische en psychische aandoening in combinatie met leeftijd) in voldoende mate te compenseren. Dit leidt tot relatief hoge gemiddelde onder- en overcompensaties voor deze subgroepen in 2014.

Bevindingen:

- Voor de meeste onderzochte subgroepen geldt een positief gemiddeld vereveningsresultaat, als gevolg van het macrovereveningsresultaat. Door flankerend beleid en de ex post maatregelen – die niet zijn opgenomen in de analyses – kan dit vereveningsresultaat voor zorgverzekeraars (en daar onderliggend subgroepen) anders uitpakken.
- Het somatische model van 2014 geeft een gemiddelde ondercompensatie voor verzekerden met hoge kosten in het vorig jaar van € 3.123 voor top 1 % en € 258 voor de top 3 %, en voor verzekerden onder de 18 jaar met een somatische aandoening en verzekerden met een psychische aandoening (zonder somatische

aandoening, ongeacht leeftijd) van € 753. Het ex ante model van 2014 is niet in staat om combinaties van morbiditeitskenmerken, met achterliggend meerdere chronische aandoeningen c.q. complexe gezondheidsproblematiek volledig juist op te nemen.

- Het merendeel van de Zvw-bevolking van 18+ heeft geen GGZ kosten: 93,6 %. Voor deze verzekerden is de gemiddelde overcompensatie relatief laag: € 45. Het gGGZ-model 2014 geeft een gemiddelde ondercompensaties voor subgroepen met verzekerden met hoge kosten in het vorige jaar van € 3.390 voor top 1 % en € 284 voor top 3 %. De ondercompensatie voor deze subgroepen is afgenomen ten opzichte van vorig jaar, mogelijk als gevolg van uitbreiding met DKG-GGZ. Daarbij geldt dat de ondercompensatie voor een deel van de verzekerden in de top 1 % deels wordt teruggebracht via de HKC in 2014 (dit effect is niet opgenomen in deze resultaten c.q. niet gekwantificeerd).

Representativiteit van de beslisinformatie

Deze Monitor leidt tot de volgende conclusies en bevindingen over de representativiteit van de beslisinformatie van 2014:

6. De kosten en prevalenties bij de ex ante vaststelling sluiten in het algemeen gemiddeld beter aan op gerealiseerde cijfers dan bij de OT, zowel voor de somatische zorg alsmede de gGGZ (met uitzondering van de gGGZ-kosten). Dit is het saldo van de herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB. Uitzondering hierop zijn de verschuivingen in de gGGZ-kosten, waarbij in totaal de afwijking in de kosten bij de OT met de gerealiseerde kosten even groot is als bij de ex ante vaststelling.

Bevindingen:

- De totale somatische kosten bij de OT wijken gemiddeld € 38,4 per verzekerde af en bij de ex ante vaststelling € 27,0 per verzekerde. De kosten bij de ex ante vaststelling sluiten gemiddeld beter aan de gerealiseerde kosten dan bij de OT. Bij de ex ante vaststelling is er in totaal een prevalentieverschil van gemiddeld 1,04 % en bij de OT van 2,83 %.
- Voor de gGGZ wijken de totale kosten bij de OT gemiddeld evenveel af van de gerealiseerde kosten dan bij de ex ante vaststelling: € 14 per verzekerde van 18+. Dit is het saldo van verschuivingen over alle vereveningskenmerken: voor de meeste vereveningskenmerken sluiten de kosten bij de ex ante vaststelling gemiddeld beter aan, dit geldt niet voor FKG-GGZ, LDR en regio. Bij de ex ante vaststelling is er in totaal een prevalentieverschil van gemiddeld 1,26 % en bij de OT van 2,5 %.
- De gemiddelde onder- of overcompensatie voor de onderzochte subgroepen die bij de OT en ex ante vaststelling worden verwacht, komen voor in de uiteindelijke situatie, waarbij de hoogte van deze onder- of overcompensatie varieert. Dit geldt zowel voor de somatische zorg als gGGZ.

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

Bevindingen:

- Verschillen tussen de geraamde cijfers bij de OT en ex ante vaststelling en de gerealiseerde cijfers zijn onontkoombaar. Dit komt door onvoorziene (markt)ontwikkelingen en door beleid van zorgverzekeraars.
- Er treden relatief grote verschuivingen op in de somatische kosten bij DKG, AVI, SES, MHK en leeftijd/geslacht. De verschuivingen in prevalenties van vereveningskenmerken in het somatische model zijn relatief beperkt. De prevalenties bij de ex ante vaststelling sluiten gemiddeld beter aan de gerealiseerde cijfers dan bij de OT. Opvallende verschuivingen in de prevalenties treden met name op bij AVI en SES.
- Voor de gGGZ-kosten treden opvallende verschuivingen op bij FKG-GGZ en LDR. Verschuivingen in de prevalenties van vereveningskenmerken in het gGGZ-model zijn over het algemeen relatief beperkt. Opvallende verschuivingen in de prevalenties treden op bij AVI, SES en LDR.
- AVI en SES zijn sterk gerelateerd aan de economische situatie/ conjunctuur. Door onvoorziene marktontwikkelingen kunnen relatief grote verschuivingen in de kosten en/ of prevalenties optreden. In

2015 en 2016 is de methodiek voor het definiëren van SES aangepast in de uitvoering, om de stabiliteit van dit vereveningskenmerk te verbeteren.

8. De afwijking van de ex ante normbedragen op de herschatte realisatienormbedragen is beperkt, zowel voor de somatische kosten als gGGZ-kosten. *Bij de somatische kosten sluiten de ex ante normbedragen gemiddeld beter aan op de realisatienormbedragen dan bij de OT. Bij de gGGZ-kosten is de afwijking van de OT en ex ante normbedragen op de realisatienormbedragen even groot. De verklaringskracht van de ex ante modellen op de verschillende momenten is vergelijkbaar.*

Bevindingen:

- Voor het somatische model is de gemiddelde absolute afwijking in de normbedragen bij de OT € 24,1 en bij de ex ante vaststelling € 20,5 (of € 19,9 met criteriumneutraliteit voor DKG, HKG en MHK). Opvallende verschuivingen treden op bij leeftijd/ geslacht, DKG, MHK en FKG. Criteriumneutraliteit bij DKG heeft een grote impact op het terugbrengen van de verschuivingen.
- Voor het gGGZ-model is de gemiddelde absolute afwijking in de normbedragen bij de OT en ex ante vaststelling € 6,1 (of € 5,9 bij de ex ante vaststelling met criteriumneutraliteit voor DKG-GGZ en LDR). Opvallende verschuivingen vinden plaats bij leeftijd/ geslacht, regio, LDR, AVI en EPH. Dit kan komen door verschuivingen in de kosten en/ of prevalenties, dan wel door samenhang met verschuivingen in andere vereveningskenmerken.
- De verklaringskracht van de ex ante modellen op verschillende momenten is vergelijkbaar. Verschillen in de verklaringskracht komen door verschillende in de onderliggende kostendefinities c.q. data.

Advies

Op basis van de resultaten van deze Monitor Risicoverevening 2014 adviseren wij:

1. Verbeter de raming van de uitgaven van de Zvw, waardoor het MPB beter aansluit op de werkelijke kosten. Hierdoor wordt het macrovereveningsresultaat beperkt en verbetert de representativiteit van de beslisinformatie bij de ex ante vaststelling.

Wij adviseren de raming van de uitgaven van de Zvw te verbeteren, zodat het MPB beter aansluit bij de werkelijke kosten. Hierdoor neemt het macrovereveningsresultaat, dat achteraf wordt vastgesteld, af. Een betere raming zorgt ervoor dat het effect van flankerend beleid op de vereveningsresultaten van zorgverzekeraars vermindert. Bij een kostenoverschrijding – zoals afgelopen jaren (2012 tot en met 2014) het geval was – leidt flankerend beleid tot een toename in de spreiding van het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars. Het is wenselijk de uitgaven van de Zvw zo goed als mogelijk te ramen. Ook leidt een betere raming tot verbetering van de representativiteit van de informatie bij de ex ante vaststelling.

2. Onderzoek de verevende werking voor de huidige ex ante modellen (i.e. 2019 ten tijde van deze Monitor) voor de onderzochte subgroepen. *Bijvoorbeeld de samenhang tussen een somatische aandoening en psychische aandoening in combinatie met leeftijd. Dit onderzoek geeft inzicht in welke mate de geconstateerde onder- en overcompensaties voor de subgroepen gelden onder de huidige ex ante modellen, gezien de modelverbeteringen die in de periode 2014 – 2019 zijn doorgevoerd.*

In 2014 en voorgaande jaren (2012 en 2013) zijn voor subgroepen op basis van de samenhang tussen een somatische en psychische aandoening relatief hoge gemiddelde onder- en overcompensaties geconstateerd. Hetzelfde geldt voor subgroepen van verzekerden met hoge kosten in het voorgaande jaar. Het model van 2014 (en voorgaande jaren) is niet goed in staat in voldoende mate rekening te houden met meerdere (chronische) aandoeningen c.q. complexe gezondheidsproblematiek. Sinds 2014 zijn de ex ante modellen verder verbeterd. Nader onderzoek kan uitwijzen of de resultaten van deze Monitor (en voorgaande edities) nog gelden onder de huidige ex ante modellen en daarmee of/ in welke verbetering van de huidige ex ante modellen nodig is.

3. Nader onderzoek en in gesprek met de betrokken partijen over de stappen van het proces van het representatief maken van de beslisinformatie. *Dit nadere onderzoek geeft inzicht in welke mate lering kan worden getrokken uit de geconstateerde verschuivingen in 2014 (of een ander jaar dan wel jaren) om het huidige proces te verbeteren. Ook is het relevant de verschuivingen in toekomstige jaren te blijven monitoren.*

Vanwege gebrek aan de benodigde, gedetailleerde informatie kunnen wij op basis van de uitgevoerde analyses niet vaststellen in welke mate de stappen in het uitvoeringsproces voor het representatief maken van de beslisinformatie adequaat zijn (achteraf bezien) en welke ontwikkelingen vooraf beter hadden kunnen worden ingeschat. Dit gaat om de stappen in het uitvoeringsproces: 1) het representatief maken van de gegevens voor pakketmaatregelen, 2) de verzekerdensraming en 3) het MPB en de schaling naar het MPB. Wij adviseren nader te onderzoeken in welke mate de geconstateerde verschuivingen jaar-specifiek zijn en in welke mate ze structureel voorkomen. Uit dit onderzoek kan lering worden getrokken uit de verschuivingen die in het verleden zijn opgetreden, om het huidige proces voor het representatief maken van de beslisinformatie te verbeteren. Wij adviseren de volgende acties te ondernemen:

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

Inhoudsopgave

Deel O. Inleiding en beschrijving risicovereveningssysteem		
1.	<i>Inleiding</i>	13
1.1.	Achtergrond	13
1.2.	Monitor Risicoverevening 2014	13
1.3.	Leeswijzer	15
2.	<i>Beschrijving Risicovereveningssysteem 2014</i>	16
2.1.	Deelbedragen	16
2.2.	Ex ante risicovereveningsmodellen	17
2.3.	Flankerend beleid, ex post maatregelen en nacalculatie op vaste kosten	19
Deel I. Toetsing werking risicovereveningssysteem		21
3.	<i>Resultaten op macroniveau</i>	22
	Samenvatting	22
3.1.	Doel en definitie begrippen voor interpretatie resultaten	22
3.2.	Macrobijdrage, -kosten en -vereveningsresultaat	22
3.3.	Somatische kosten	23
3.4.	gGGZ-kosten	25
3.5.	Opbrengsten verplicht eigen risico	27
4.	<i>Resultaten op zorgverzekeraarsniveau</i>	29
	Samenvatting	29
4.1.	Doel en definities voor interpretatie resultaten	29
4.2.	Somatische kosten	30
4.3.	gGGZ-kosten	35
4.4.	Opbrengsten verplicht eigen risico	39
5.	<i>Resultaten op subgroepniveau</i>	43
	Samenvatting	43
5.1.	Doel en definitie begrippen voor interpretatie resultaten	44
5.2.	Somatische kosten	44
5.3.	gGGZ-kosten	48
Deel II. Representativiteit van beslisinformatie		51
6.	<i>Representativiteit op enkelvoudige risicoklassen en subgroepen</i>	52
	Samenvatting	52
6.1.	Doel en definitie begrippen voor interpretatie resultaten	52
6.2.	Somatische kosten	53
6.3.	gGGZ-kosten	58
7.	<i>Representativiteit op individuniveau: herschatting ex ante risicovereveningsmodellen op gerealiseerde cijfers</i>	63
	Samenvatting	63
7.1.	Doel en definitie begrippen voor interpretatie resultaten	63
7.2.	Somatische kosten	64
7.3.	gGGZ-kosten	65
Bijlagen		
A.	Achtergrond Risicovereveningssysteem	69
B.	Methode en verantwoording	72
C.	Aanvullende resultaten zorgverzekeraarsanalyse (Deel I): op niveau van deelbedragen	80

D.	Drempelbedragen voor subgroepenanalyse	82
E.	Gemiddelde vereveningsresultaat per risicoklasse van de ex ante modellen bij de definitieve vaststelling	83
F.	Reproductie ex ante vaststelling: herweging verzekerdensraming en schaling MPB	85
G.	Afkortingenlijst	87
H.	Begrippenlijst	88
I.	Referenties	91



***Inleiding en beschrijving
risicovereveningssysteem***

1. Inleiding

1.1. Achtergrond

1.1.1. Belang van het risicovereveningssysteem

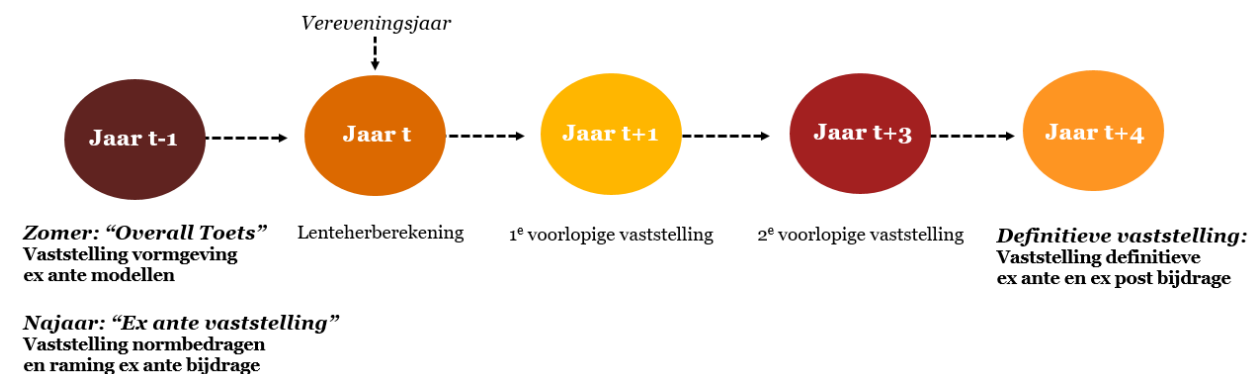
De Zorgverzekeringswet (Zvw) – met daarin de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie – borgt dat iedere burger in Nederland, ongeacht leeftijd, geslacht en gezondheid(risico), toegang heeft tot medisch noodzakelijke zorg vanuit de basisverzekering. Verschillen in zorgkosten tussen verzekerden, als gevolg van verschillen in behoefte aan medische zorg, zouden niet tot uitdrukking moeten komen in de hoogte van de premie voor de basisverzekering.

Het *risicovereveningssysteem*¹ compenseert zorgverzekeraars voor (verwachte) verschillen in zorgkosten tussen verzekerden. Een zorgverzekeraar met een hoog-risico verzekerdenportefeuille – bijvoorbeeld een bovengemiddeld percentage ouderen en/ of chronisch zieken – ontvangt een hogere vereveningsbijdrage (afgekort: bijdrage) dan een zorgverzekeraar met een laag-risico verzekerdenportefeuille – bijvoorbeeld een bovengemiddeld percentage gezonde verzekerden –. Zonder een risicovereveningssysteem, gegeven een acceptatieplicht* en een verbod op premiedifferentiatie*, is er een ongelijke uitgangspositie voor zorgverzekeraars. Een doelmatige zorgverzekeraar met een hoog-risico verzekerdenportefeuille dient immers een hogere premie te vragen dan een ondoelmatige zorgverzekeraar met een laag-risico verzekerdenportefeuille. Tevens is in deze situatie risicoselectie* lonend. Het risicovereveningssysteem beoogt een doelmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars te bevorderen door een gelijke uitgangspositie voor zorgverzekeraars te creëren en financiële prikkels tot risicoselectie weg te nemen.

1.1.2. Uitvoering risicovereveningssysteem

Zorgverzekeraars ontvangen voor elk vereveningsjaar – dit is gelijk aan een kalenderjaar – een bijdrage. Dit is een *ex ante* bijdrage en een *ex post* bijdrage. In de zomer voorafgaand aan het vereveningsjaar wordt een besluit genomen over de vormgeving van de *ex ante* risicovereveningsmodellen* (afgekort: *ex ante* model), die voor het betreffende vereveningsjaar gelden. Deze fase wordt de *Overall Toets** (OT) genoemd. In het najaar voorafgaand aan het vereveningsjaar worden de normbedragen* vastgesteld en de *ex ante* bijdrage per zorgverzekeraar geraamd door het Zorginstituut Nederland (ZIN): de *ex ante* vaststelling*. Vier jaar na het betreffende vereveningsjaar wordt de bijdrage aan zorgverzekeraars definitief vastgesteld op basis van de gerealiseerde zorgkosten en verzekerdenaantallen: de *definitieve vaststelling**. *Ex post* maatregelen die voor het betreffende vereveningsjaar van toepassing zijn, worden ten tijde van de *definitieve vaststelling* uitgevoerd. Figuur 1-1 geeft een weergave van de vaststellingsmomenten in de uitvoering van het risicovereveningssysteem.

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



1.2. Monitor Risicoverevening 2014

Een goede werking van het risicovereveningssysteem is belangrijk voor het functioneren van het zorgverzekeringsstelsel. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in haar brief aan de Tweede Kamer van 6 maart 2012 aangekondigd dat zij jaarlijks de werking van het risicovereveningssysteem

¹ Voor begrippen met een * is een uitleg in de begrippenlijst opgenomen.

evalueert op basis van de gerealiseerde cijfers. Deze evaluatie wordt de “*Monitor Risicoverevening*” genoemd (hierna: Monitor).

In opdracht van het Ministerie van VWS voert PricewaterhouseCoopers (PwC) de Monitor voor vereveningsjaar 2014 uit. Onderhavig rapport beschrijft het resultaat van deze evaluatie. De uitvoering van deze Monitor is begeleid door een commissie van vertegenwoordigers van het Ministerie van VWS, het ZIN, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en individuele zorgverzekeraars.

1.2.1. Doel

Het doel van deze Monitor is:

I. *Evalueren van de werking van het risicovereveningssysteem*

Deze Monitor toetst in welke mate het risicovereveningssysteem zorgverzekeraars in 2014 compenseert voor (verwachte) verschillen in de zorgkosten tussen verzekerden. Dit wordt getoetst op drie niveaus: macro, zorgverzekeraars en subgroepen. De analyses worden uitgevoerd op de *gerealiseerde* zorgkosten en verzekerdenaantallen. De analyses verschaffen inzicht in de aansluiting van de definitief vastgestelde bijdrage op de gerealiseerde zorgkosten, en geven daarmee aan hoe het risicovereveningssysteem werkt.

II. *Evalueren van de representativiteit van de beslisinformatie bij de Overall Toets en de ex ante vaststelling voor de definitieve vaststelling van de bijdrage*

Deze Monitor evalueert de representativiteit van de informatie die wordt gebruikt tijdens de OT voor besluitvorming over de vormgeving van de ex ante modellen voor de definitieve vaststelling van de bijdrage. Tijdens de OT wordt informatie van drie of meer voorgaande jaren gebruikt, die representatief is gemaakt voor het vereveningsjaar (i.e. voor 2014 wordt informatie uit 2011 en voorgaande jaren gebruikt). Dit deel van de Monitor analyseert in welke mate deze informatie aansluit op de gerealiseerde cijfers van 2014 en trekt op basis daarvan conclusies over de representativiteit van deze informatie. Informatie op de volgende momenten wordt met elkaar vergeleken: OT voor 2014 in de zomer 2013, de ex ante vaststelling voor 2014 in het najaar 2013 en de definitieve vaststelling van 2014 in 2018.

1.2.2. Reikwijdte

Deze Monitor gaat bij de toetsing van de werking van het risicovereveningssysteem uit van de situatie bij de definitieve vaststelling. Bij de analyse naar de representativiteit van de beslisinformatie worden de OT, de ex ante vaststelling en definitieve vaststelling met elkaar vergeleken. Analyse van de tussentijdse momenten (lenteherberekening, 1^e voorlopige vaststelling en 2^e voorlopige vaststelling – zie Figuur 1-1) maken geen onderdeel uit van deze Monitor. Deze Monitor gaat niet in op de kwaliteit van het uitvoeringsproces van deze tussentijdse momenten.

Deze Monitor richt zich op de somatische kosten van alle verzekerden in de Zvw-bevolking en de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (gGGZ) kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder (18+). Ook zijn de opbrengsten van het verplicht eigen risico onderdeel van deze Monitor.² De vaste zorgkosten (waaronder de gGGZ-kosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar) vallen buiten de reikwijdte van deze Monitor.

Deze Monitor heeft betrekking op 2014. Cijfers van 2012 en 2013 zijn overgenomen uit vorige edities van de Monitor (Monitor 2012; Monitor 2013). Cijfers van 2011 en de jaren daarvoor zijn overgenomen uit de Monitor van 2011 (Monitor 2011).³

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

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

³ Op de cijfers van de Monitor 2011 zijn geen controles of nadere analyses uitgevoerd door PwC.

beslisinformatie voor het *meest recente* vereveningsjaar nader te onderzoeken (i.e. ten tijde van deze Monitor is dit het vereveningsjaar 2019).

1.3. Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de situatie van het risicovereveningssysteem in 2014. De vormgeving van de ex ante modellen en de inzet van ex post maatregelen* worden in dit hoofdstuk toegelicht.

Vervolgens is de rapportage opgebouwd 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 2014, zoals beschreven in Hoofdstuk 2. Dit gebeurt achtereenvolgens op macro-, zorgverzekeraars- en subgroepniveau.

Deel II van deze Monitor gaat in op de representativiteit van de beslisinformatie tijdens de OT (in 2013) voor de uiteindelijke situatie van 2014 (zoals vastgesteld in 2018, vier jaar na dit vereveningsjaar gerealiseerd).

Achtereenvolgens wordt ingegaan op de representativiteit van de beslisinformatie voor het ex ante model voor de somatische kosten en het ex ante model voor de gGGZ kosten.

Bijlage G en H bevatten een afkortingen- en begrippenlijst.

2. *Beschrijving* *Risicovereveningssysteem 2014*

Dit hoofdstuk beschrijft het risicovereveningssysteem in 2014. 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. Deelbedragen worden onderscheiden, omdat verschillende ex ante modellen en ex post maatregelen van toepassing zijn.

Het risicovereveningssysteem in 2014 bestaat uit drie ex ante modellen, flankerend beleid en een aantal ex post maatregelen. De ex ante modellen worden gebruikt voor vaststelling van de *ex ante* bijdrage. Flankerend beleid en de ex post maatregelen worden gebruikt voor vaststelling van de *ex post* bijdrage door een op- of afslag op de ex ante bijdrage. De ex ante bijdrage plus de ex post bijdrage vormt de definitieve bijdrage aan zorgverzekeraars.

2.1. *Deelbedragen*

In 2014 zijn de deelbedragen die worden onderscheiden in te delen in: de variabele kosten van medisch specialistische zorg* (MSZ) en de overige prestaties* (tezamen de somatische kosten*), de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (gGGZ) kosten* van verzekerden van 18+ en de vaste kosten*. Daarnaast worden de opbrengsten van het verplicht eigen risico* onderscheiden.

Noot – De kostendefinities van de deelbedragen zijn vanaf 2012 gewijzigd. Dit dient in acht te worden genomen bij het vergelijken van de resultaten van onderhavige Monitor met die van voorgaande edities.

Somatische kosten – totaal € 30.095 miljoen in 2014

De somatische kosten omvatten de variabele kosten van MSZ en overige prestaties. In 2014 zijn dit twee aparte deelbedragen:

- *Variabele kosten van medisch specialistische zorg (MSZ)*: de variabele kosten MSZ zijn de kosten voor ziekenhuiszorg. Per 2013 zijn de add-ons voor groeihormonen overgeheveld van de vaste zorgkosten naar de variabele kosten MSZ. Per 2014 vallen ook de add-ons voor fertiliteitshormonen onder de variabele kosten MSZ, als gevolg van overheveling vanuit de vaste kosten. Net zoals in 2013, wordt 75 % van de kostencomponent van de DBC-zorgproducten vanuit het gereguleerde segment (met maximumtarieven) toebedeeld aan de variabele kosten van MSZ.
- *Overige prestaties*: de overige prestaties zijn de kosten van alle type somatische zorg onder de Zvw, die niet tot de MSZ behoren. Dit zijn de kosten voor ambulancevervoer, huisartsenzorg, paramedische zorg, farmacie, hulpmiddelen, verloskundezorg, kraamzorg, tandartsenzorg en extramurale diagnostiek. Per 2014 zijn de kosten voor paramedische behandeling en onderzoek in een instelling overgeheveld van de vaste kosten naar de overige prestaties.

gGGZ-kosten van verzekerden van 18 jaar en ouder – totaal € 3.113 miljoen in 2014

Voor de kosten van gGGZ van verzekerden van 18+ (hierna: gGGZ-kosten) dragen zorgverzekeraars financieel risico. Dit betreft de geneeskundige GGZ.

Een belangrijke beleidsmaatregel in 2014 is de invoering van de generalistische basis GGZ. Dit gaat gepaard met versterking van de huisartsenzorg en praktijkondersteuning huisartsenzorg-GGZ. Er geldt geen eigen bijdrage voor de gGGZ in 2014.

Vaste kosten – totaal € 3.791 miljoen in 2014

In lijn met het beleid om de risicodragendheid van zorgverzekeraars te vergroten zijn per 2014 een aantal typen kosten van de vaste kosten naar de variabele kosten MSZ of overige prestaties overgeheveld. In 2014 vallen onder de vaste kosten onder andere de kosten van geriatrische revalidatiezorg (per 2013 overgeheveld naar de Zvw), add-ons geneesmiddelen (o.a. TNF-alfa remmers en dure oncolytica) en de gGGZ voor verzekerden tot 18 jaar. Bijlage A bevat een lijst met alle onderliggende zorgtypen onder de vaste kosten in 2014. Deze kosten worden achteraf volledig vergoed. Zorgverzekeraars dragen dan ook geen financieel risico over deze kosten.

Opbrengsten verplicht eigen risico – totaal € 2.750 in 2014

In 2014 geldt een verplicht eigen risico van € 360 voor verzekerden van 18+. Dit is een verhoging van € 10 ten opzichte van 2013. Zorgverzekeraars innen de bedragen voor het verplicht eigen risico direct van hun verzekerden. Deze opbrengsten worden dan ook ingehouden op de bijdrage aan zorgverzekeraars. De in te houden korting wordt berekend aan de hand van een ex ante model (paragraaf 2.2).

2.2. Ex ante risicovereveningsmodellen

In 2014 zijn drie ex ante modellen van toepassing:

- model voor de somatische kosten
- model voor de gGGZ-kosten
- model voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico

Tabel 2-1 geeft een overzicht van deze modellen, die in de volgende paragrafen (2.2.1 t/m 2.2.3) worden beschreven, met de belangrijkste modelwijzigingen ten opzichte van 2013. Bijlage A geeft een overzicht van de modelwijzigingen over afgelopen jaren.

Tabel 2-1 Overzicht ex ante risicovereveningsmodellen voor 2014.

Somatische kosten (alle verzekerden in de Zvw-bevolking)		gGGZ-kosten (verzekerden van 18+)		Opbrengsten verplicht eigen risico (verzekerden van 18+)	
Vereveningskenmerken ^{a, b} :	#	Vereveningskenmerken ^{a, b} :	#	Forfaitaire groep ^b	
Leeftijd/geslacht	40	Leeftijd/geslacht	30	(in te houden bedrag van € 338,48):	
Aard van Inkomen	18	Aard van Inkomen	18	Verzekerden ingedeeld in een positieve risicoklasse van de Farmacie	
Sociaal Economische Status	12	Sociaal Economische Status	8	Kostengroepen, Diagnose Kostengroepen of Meerjarig Hoge Kosten voor de somatische kosten.	
Regio	10	Regio voor gGGZ	10		
Farmaciekostengroepen	24	Psychische farmaciekostengroepen	8		
Diagnosekostengroepen	16	Wel/niet éénpersoonsadres	2		
Meerjarig Hoge Kosten	7	Lage Kostendrempel	3		
Hulpmiddelenkostengroep	5	Psychische diagnosekostengroepen	6	Niet-forfaitaire groep ^b	
				(in te houden bedrag wordt berekend)	
				Vereveningskenmerken ^a :	
				Leeftijd/geslacht	30
				Aard van Inkomen	18
				Regio	10
Totaal # risicoklassen^b:	132	Totaal # risicoklassen^b:	85	Totaal # risicoklassen^b:	58

Voetnoot Tabel 2-1

a. Een gedetailleerde beschrijving van de vereveningskenmerken is te vinden in WOR 649.

b. Definitie is opgenomen in de Begrippenlijst (Bijlage F).

2.2.1. Somatische kosten

Het ex ante model voor de somatische kosten van 2014 bestaat uit acht vereveningskenmerken* met in totaal 132 risicoklassen* (Tabel 2-1). WOR 649 beschrijft deze vereveningskenmerken. Met dit model worden de somatische kosten van alle verzekerden in de totale Zvw-bevolking geschat. Dit leidt tot een normbedrag voor elke risicoklasse in het ex ante model. De normbedragen worden gebruikt voor vaststelling van de ex ante bijdrage.

Modelwijzigingen in 2014 ten opzichte van 2013

Drie belangrijke wijzigingen in het ex ante model in 2014 ten opzichte van 2013 zijn:

- Een nieuw vereveningskenmerk Hulpmiddelen kostengroepen (HKG) is toegevoegd aan het ex ante model van 2014. Dit vereveningskenmerk is gebaseerd op gebruik van hulpmiddelen in het vorige jaar. Dit vereveningskenmerk onderscheidt de risicoklassen: geen HKG (afslagklasse), insuline infuuspompen, katheters/urine-opvangzakken, stoma's en tracheo-stoma's.
- Het vereveningskenmerk Aard van Inkomen (AVI) is uitgebreid met een risicoklasse voor studenten. Onder studenten wordt verstaan: verzekerden tussen 18 en 34 jaar, die zijn ingeschreven bij een studie hoger onderwijs of wetenschappelijk onderwijs.
- De risicoklasse groeihormonen van het vereveningskenmerk Farmacie Kostengroep (FKG) is vervallen (FKG 14). Dit is vanwege de overheveling van deze geneesmiddelen naar het ziekenhuiskader

(intramurale verstrekking), waardoor deze geneesmiddelen niet meer aansluiten bij het kader voor de FKGs (extramurale verstrekking).

Criterionneutraliteit: DKG, HKG, MHK

In 2014 is criteriumneutraliteit van toepassing op de vereveningskenmerken Diagnosekostengroepen (DKG), HKG en Meerjarig Hoge Kosten (MHK). Dit houdt in dat bij de definitieve vaststelling het normbedrag van de afslagklasse van deze vereveningskenmerken (geen DKG, geen HKG, geen MHK) wordt aangepast, zodat de macrobijdrage die met dit vereveningskenmerk – inclusief afslagklasse – wordt verdeeld gelijk is aan nul (ofwel, bijdrage neutraal). Criterionneutraliteit is ingezet vanwege onzekerheid over de prevalenties van de positieve risicoklassen van deze vereveningskenmerken.

2.2.2. gGGZ-kosten

Het ex ante model voor de gGGZ-kosten voor 2014 schat de normbedragen voor de gGGZ-kosten en bestaat uit acht vereveningskenmerken met in totaal 85 risicoklassen (Tabel 2-1). WOR 649 beschrijft deze vereveningskenmerken.

Modelwijzigingen in 2014 ten opzichte van 2013

Vier belangrijke wijzigingen in het ex ante model in 2014 ten opzichte van 2013 zijn:

- Een nieuw vereveningskenmerk Psychische Diagnose Kostengroepen (DKG-GGZ) is toegevoegd aan het ex ante model van 2014. Dit vereveningskenmerk bestaat uit zes risicoklassen, inclusief afslagklasse. Voor de vereveningskenmerken DKG-GGZ en Lage Kostendrempel (LDR) geldt een restrictie op samenloop. Als een verzekerde in een DKG-GGZ 1 tot en met 5 is ingedeeld, wordt deze verzekerde niet een positieve LDR-klasse ingedeeld.
- Van het vereveningskenmerk LDR is de kostendrempel verhoogd van € 400 per verzekerde in 2013 naar € 550 per verzekerde in 2014.
- Het vereveningskenmerk Hoge Kostendrempel (HDR) vervalt per 2014.
- Het vereveningskenmerk AVI is uitgebreid met een risicoklasse voor studenten.

Criterionneutraliteit: DKG-GGZ en LDR

Op de vereveningskenmerken DKG-GGZ en LDR is criteriumneutraliteit van toepassing. Het normbedrag van de afslagklassen van deze vereveningskenmerken (Geen DKG en Geen LDR) wordt bij de definitieve vaststelling aangepast.

2.2.3. Opbrengsten verplicht eigen risico

Net zoals in 2013 vallen in 2014 de kosten voor de huisartsenzorg, verloskundige zorg en kraamzorg niet onder het verplicht eigen risico. De somatische kosten (met uitzondering van huisartsenzorg, verloskundige zorg en kraamzorg) en de gGGZ-kosten tezamen vormen de kosten die worden meegenomen in berekening van de opbrengsten van het verplicht eigen risico.

In 2014 is uitgegaan van een bedrag van € 338,48 aan verplicht eigen risico per verzekerde dat wordt ingehouden op de bijdrage voor verzekerden in de forfaitaire groep*. De forfaitaire groep zijn verzekerden die zijn ingedeeld in een positieve risicoklasse van een van de vereveningskenmerken FKG, DKG of MHK.

Voor de overige verzekerden in de Zvw-bevolking van 18+ (i.e. niet forfaitaire groep*) wordt een ex ante model gebruikt om de verwachte opbrengsten van het verplicht eigen risico te berekenen. Dit is de in te houden korting op de bijdrage voor deze verzekerden. Het eigen risico model van 2014 bestaat uit drie vereveningskenmerken met in totaal 58 risicoklassen (Tabel 2-1). WOR 649 beschrijft deze vereveningskenmerken.

De vormgeving van dit model is niet gewijzigd ten opzichte van 2013, met uitzondering van de uitbreiding van het vereveningskenmerk AVI met de risicoklasse voor studenten en een (jaarlijkse) update van het regiokenmerk.

2.3. Flankerend beleid, ex post maatregelen en nacalculatie op vaste kosten

In 2014 zijn flankerend beleid* (FB)⁴ en een aantal ex post maatregelen* ingezet voor de somatische kosten en de gGGZ-kosten (Tabel 2-2). Op het verplicht eigen risico zijn geen flankerend beleid en ex post maatregelen van toepassing. Voor de vaste kosten geldt 100 % nacalculatie. Het Ministerie van VWS heeft in 2012 beleid ingezet om ex post maatregelen af te bouwen ter bevordering van een doelmatige uitvoering van de Zvw. In deze context betreft het alle ex post maatregelen voor de somatische kosten en gGGZ-kosten, maar *niet* flankerend beleid en de nacalculatie op de vaste kosten. Deze Monitor behandelt flankerend beleid dan ook apart naast de ex post maatregelen. De vaste kosten worden bij de macroanalyse geanalyseerd, maar blijven verder buiten beschouwing in deze Monitor.

Tabel 2-2 Overzicht flankerend beleid en ex post maatregelen voor de somatische kosten en gGGZ-kosten, en nacalculatie voor de vaste kosten in 2014.

Somatische kosten (alle verzekerden in de Zvw-bevolking)	gGGZ-kosten (verzekerden van 18+)	Vaste kosten
Flankerend beleid Bandbreedteregeling: 90 % met € +/- 40 – dit is alleen van toepassing de variabele kosten MSZ; niet overige prestaties.	Flankerend beleid Hoge Kosten Compensatie: 90 % met € 25.000 Bandbreedteregeling: 90 % met +/- € 12,50	Nacalculatie 100 %

2.3.1. Somatische kosten

Voor de somatische kosten geldt flankerend beleid en één ex post maatregel in 2014:

- Flankerend beleid*
- Bandbreedteregeling* (BB)

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 MBP.

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

Bandbreedteregeling

Net zoals in 2013, geldt in 2014 een bandbreedteregeling voor de variabele kosten MSZ. De bandbreedteregeling is in 2014 verruimd van 90 % met een grensbedrag van € +/- 25 per verzekerde van 18+ naar 90 % met een grensbedrag van € +/- 40 per verzekerde van 18+. De bandbreedteregeling vergelijkt per verzekerde het (positieve of negatieve) vereveningsresultaat* van de zorgverzekeraar met het gemiddelde vereveningsresultaat over alle zorgverzekeraars. Indien het vereveningsresultaat meer afwijkt dan het grensbedrag van € 40 per verzekerde van 18+ (positief dan wel negatief) ten opzichte van het landelijk gemiddelde, wordt 90 % van de kosten boven het grensbedrag verevend. De bandbreedteregeling beoogt het risico van zorgverzekeraars op uitschieters in het vereveningsresultaat in te perken.

2.3.2. gGGZ-kosten

Voor de gGGZ-kosten van verzekerden 18+ gelden flankerend beleid en twee ex post maatregelen in 2014:

⁴ Dit is flankerend beleid Type I ten behoeve van een gelijke uitgangspositie voor zorgverzekeraars; *niet* flankerend beleid Type II waarmee wijzigingen in het basispakket en catastrofes kunnen worden gecompenseerd na vaststelling van de overheidsbegroting.

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

Flankerend Beleid

Net zoals voor de somatische kosten, geldt flankerend beleid voor de gGGZ-kosten van verzekerden van 18+.

Hoge Kosten Compensatie (HKC)

Net zoals voorgaande jaren (vanaf 2010), geldt een HKC voor de gGGZ-kosten van verzekerden van 18+. De HKC is in 2014 verruimd van 90 % met een grensbedrag van € 10.000 naar 90 % met een grensbedrag van € 25.000. Zorgverzekeraars dragen gezamenlijk de verantwoordelijkheid voor verzekerden met hoge gGGZ-kosten. Verzekerden met kosten van meer dan € 25.000 per jaar komen in de risicopool terecht. De kosten van deze verzekerden worden boven de drempelwaarde voor 90 % gecompenseerd met de inbreng vanuit alle zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars met een bovengemiddeld aandeel in deze verzekerden ontvangen per saldo een compensatie vanuit de risicopool. De overige zorgverzekeraars dragen per saldo af aan de risicopool.

Bandbreedteregeling

De bandbreedteregeling is in 2014 verruimd van 90 % met een grensbedrag van € +/- 7,50 per verzekerde van 18+ naar 90 % met een grensbedrag van € +/- 12,50 per verzekerde van 18+. Zorgverzekeraars worden voor 90 % van de kosten boven het grensbedrag verevend, indien het vereveningsresultaat meer afwijkt dan het grensbedrag van € 12,50 (positief dan wel negatief) per verzekerde van 18+, ten opzichte van het landelijk gemiddelde. Deze bandbreedteregeling wordt uitgevoerd na toepassing van het flankerend beleid en de HKC.



***Toetsing werking
risicovereveningssysteem***

3. Resultaten op macroniveau

Samenvatting

Somatische kosten en gGGZ-kosten

- In 2014 is er een positief macrovereveningsresultaat van € 2.749 miljoen voor de somatische kosten (€ 164 per verzekerde) en € 671 miljoen voor de gGGZ-kosten (€ 51 per verzekerde van 18+). De kosten zijn lager uitgekomen dan verwacht.
- Het absolute effect van flankerend beleid is toegenomen ten opzichte van voorgaande jaren, als gevolg van de toename in het macrovereveningsresultaat. Zorgverzekeraars krijgen een evenredig aandeel toegedeeld van de gerealiseerde kostenoverschrijding in 2014.
- De bandbreedteregeling voor de somatische en gGGZ-kosten tezamen zorgt voor een afslag van € 8,8 miljoen op de definitieve bijdrage. Als gevolg van verruiming van de bandbreedteregeling is in 2014 het absolute effect van deze maatregel afgenomen ten opzichte van vorig jaar; ofwel er wordt minder gecompenseerd via deze maatregel.
- Nacalculatie van de vaste zorgkosten zorgt voor een opslag op de definitieve bijdrage op macroniveau in 2014 van € 496,3 miljoen. Dit heeft geen effect op het macrovereveningsresultaat, omdat de gerealiseerde vaste kosten volledig worden vergoed.

Opbrengsten verplicht eigen risico

- De ingehouden korting op de bijdrage aan zorgverzekeraars voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico is in 2014 hoger dan de werkelijke opbrengsten van het verplicht eigen risico. Dit resulteert in een negatief macrovereveningsresultaat van € 339 miljoen (€ 25 per verzekerde van 18+).⁵

3.1. Doel en definitie begrippen voor interpretatie resultaten

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de toetsing van de werking van het risicovereveningssysteem op *macroniveau* voor 2014. Om inzicht te verkrijgen in de aansluiting van de macrobijdrage op de gerealiseerde macrokosten is het *macrovereveningsresultaat*^{*} geanalyseerd. Dit is het verschil tussen de macrobijdrage en de macrokosten. Een positief macrovereveningsresultaat betekent dat de totale bijdrage hoger is dan de gerealiseerde macrokosten: een onderschrijding van het MPB. Een negatief macrovereveningsresultaat betekent dat de totale bijdrage lager is dan de gerealiseerde macrokosten: een overschrijding van het MPB.

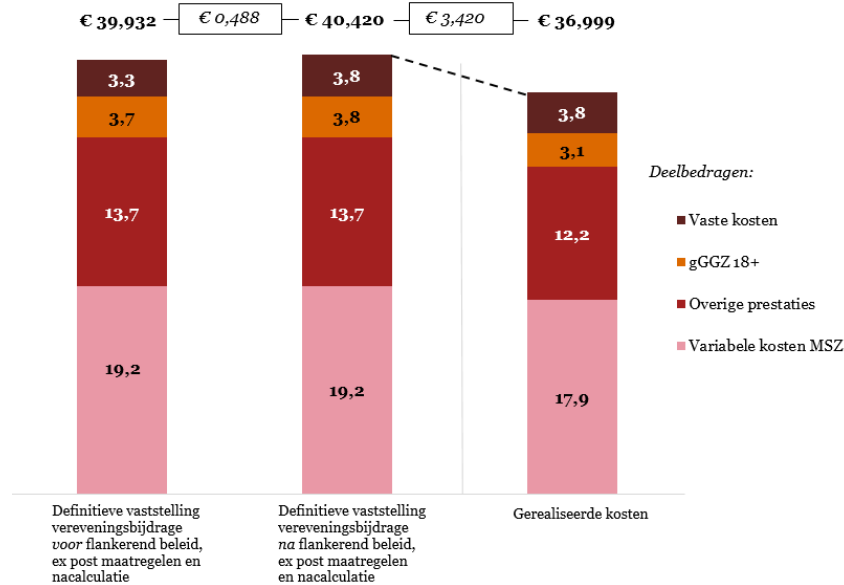
Het macrovereveningsresultaat is geanalyseerd voor de totale kosten onder de Zvw (somatische kosten en gGGZ-kosten tezamen) op verschillende momenten: de definitieve vaststelling *voor* en *na* flankerend beleid en ex post maatregelen. Ook is het macrovereveningsresultaat van de somatische kosten en de gGGZ-kosten separaat geanalyseerd, waarbij het effect van flankerend beleid en elke ex post maatregel apart inzichtelijk is gemaakt. Tevens is het effect van nacalculatie op de vaste kosten geanalyseerd. Vervolgens is het macrovereveningsresultaat voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico geanalyseerd.

3.2. Macrobijdrage, -kosten en -vereveningsresultaat

Figuur 3-1 toont de macrobijdrage op het moment van de definitieve vaststelling (voor en na flankerend beleid en ex post maatregelen) en de gerealiseerde kosten van 2014 (vastgesteld in 2018).

⁵ Op basis van navraag bij het ZIN zijn deze cijfers over de opbrengsten van het verplicht eigen risico gebaseerd op de jaarstaat 2015 (in plaats van jaarstaat 2016), in verband met de kwaliteit van de aanlevering van deze gegevens door één zorgverzekeraar bij de jaarstaat 2016. Deze aanlevering heeft verder geen impact gehad op de vaststelling van de bijdrage, omdat deze opgave gaat over de opbrengsten door zorgverzekeraars, terwijl voor de vaststelling van de bijdrage 'enkel' de in te houden korting voor het verplicht eigen risico relevant is.

Figuur 3-1 Macrobijdrage voor 2014 in deelbedragen bij de definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid, ex post maatregelen en nacalculatie, en de gerealiseerde macrokosten, uitgedrukt in *miljarden €*.



Voetnoot Figuur 3-1:

- De kostendefinities van de deelbedragen zijn opgenomen in paragraaf 2.1.

Macrobijdrage

De macrobijdrage bij de definitieve vaststelling voor toepassing van flankerend beleid en ex post maatregelen bedraagt voor 2014 € 39.932 miljoen. Deze bijdrage is hoger dan het MPB, zoals geraamd in 2013 bij de ex ante vaststelling voor 2014: € 39.834 miljoen (niet gepresenteerd in Figuur 3-1). Het verschil tussen deze bedragen wordt verklaard doordat de gerealiseerde verzekerdenaantallen en samenstelling van de Zvw-bevolking afwijken van de geraamde aantallen in 2013 voor 2014 (zie Deel II voor analyse van de representativiteit van de geraamde cijfers).

Nacalculatie van de vaste kosten en de ex post maatregelen zorgen voor een opslag op de macrobijdrage op macroniveau van afgerond € 488 miljoen. Dit is het saldo-effect van de nacalculatie op de vaste kosten (opslag van € 496 miljoen) en de bandbreedteregeling voor de somatische kosten en gGGZ-kosten (afslag van € 8,8 miljoen).

Dit leidt ertoe dat de macrobijdrage bij de definitieve vaststelling na toepassing van flankerend beleid, ex post maatregelen en nacalculatie € 40.420 miljoen bedraagt.

Macrokosten

De gerealiseerde macrokosten voor 2014 bedragen € 36.999 miljoen. In 2013 bedroegen de macrokosten € 36.594 miljoen (Monitor 2013). De macrokosten zijn met 1,1 % gestegen van 2013-op-2014; dit is inclusief de vaste kosten. Dit is een lagere stijging dan van 2012-op-2013: een stijging van 4,0 % (Monitor 2013).

Macrovereveningsresultaat

In 2014 zijn de gerealiseerde macrokosten lager dan de definitief vastgestelde macrobijdrage, hetgeen resulteert in een positief macrovereveningsresultaat van € 3.420 miljoen. Net zoals in 2012 en 2013, is in 2014 sprake van een positief macrovereveningsresultaat. In 2013 was er een positief macrovereveningsresultaat van € 2.746 miljoen en in 2012 een positief resultaat van € 1.452 miljoen (Monitor 2012; Monitor 2013). Het macrovereveningsresultaat is in 2014 hoger dan in de voorgaande twee jaren. Deze toename in 2014 komt door de relatief grotere stijging van het MPB (c.q. de ramingen) dan de stijging in de kosten ten opzichte van 2013; ofwel de gerealiseerde kosten zijn lager dan verwacht (figuren 3-2 en 3-3 geven nader inzicht).

3.3. Somatische kosten

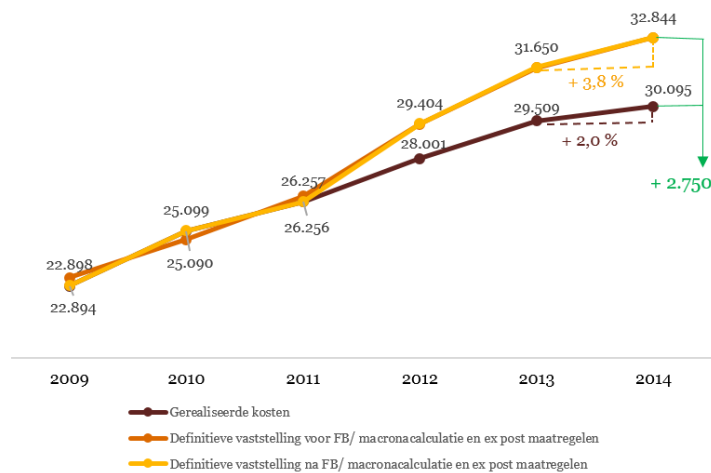
De macrobijdrage na flankerend beleid en ex post maatregelen voor de totale somatische kosten bedraagt € 32.844 miljoen in 2014. Daarvan bedragen de variabele kosten MSZ € 19.172 miljoen en de overige prestaties € 13.672 miljoen.

De totale gerealiseerde somatische kosten bedragen in 2014 € 30.095 miljoen, waarvan € 17.857 miljoen voor de variabele kosten MSZ en € 12.238 miljoen voor de overige prestaties.

Dit resulteert in een positief macrovereveningsresultaat van € 2.750 miljoen voor de totale somatische kosten. Daarvan is € 1.315 miljoen (i.e. € 19.172 - € 17.857 miljoen) voor de variabele kosten MSZ en € 1.435 miljoen (i.e. € 13.672 - € 12.238 miljoen) voor de overige prestaties. Het totale macrovereveningsresultaat komt neer op € 164 per verzekerde van de totale Zvw-bevolking.

Figuur 3-2 geeft inzicht in de ontwikkeling van de macrobijdrage (voor en na flankerend beleid en ex post maatregelen) en de macrokosten over de periode 2009 tot en met 2014. *Noot* - Bij interpretatie van de resultaten dient rekening te worden gehouden met wijzigingen in de vormgeving van het risicovereveningssysteem, waaronder de inzet van macrona calculatie tot en met 2011, flankerend beleid vanaf 2012 en de afbouw van ex post maatregelen sinds 2012 (Hoofdstuk 2 en Bijlage A).

Figuur 3-2 Ontwikkeling van de macrobijdrage (voor en na flankerend beleid/ macrona calculatie en ex post maatregelen) en de gerealiseerde macrokosten voor de somatische zorg over de periode 2009 t/m 2014, uitgedrukt in miljoenen €.



Voetnoot Figuur 3-2

- Cijfers van 2009 t/m 2011 zijn overgenomen uit de Monitor 2011, cijfers van 2012 uit de Monitor 2012 en cijfers van 2013 uit de Monitor 2013.
- * Inclusief voor en na de inzet van macrona calculatie tot en met 2011 en flankerend beleid vanaf 2012. Daarnaast hebben wijzigingen plaatsgevonden in de inzet van ex post maatregelen (Hoofdstuk 2 en Bijlage A). *Noot* - Door inzet van macrona calculatie (tot en met 2011) is de definitieve vaststelling na macrona calculatie en ex post maatregelen gelijk aan de gerealiseerde kosten, met uitzondering van kleine verschillen. Door inzet van flankerend beleid vanaf 2012 wordt het niveau van de bijdrage achteraf niet meer gecorrigeerd naar het niveau van de gerealiseerde kosten, waardoor sprake kan zijn van een positief/ negatief macrovereveningsresultaat.
- * Flankerend beleid en de ex post maatregelen hebben geen tot een nihil effect op macroniveau, waardoor de twee lijnen van de definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid en ex post maatregelen (gele en oranje lijn) samenvallen in deze figuur.

De macrobijdrage is in 2014 (voor en na flankerend beleid en ex post maatregelen) met circa 3,8 % gestegen ten opzichte van 2013. Deze stijging is gerelateerd aan de algemene kostenstijging van de Zvw, zoals meegenomen in het MPB. Van 2013-op-2012 was er een stijging van 7,6 % (Monitor 2013). De gerealiseerde kosten voor de somatische zorg in 2014 zijn met circa 2,0 % gestegen ten opzichte van 2013. Van 2013-op-2012 stegen de kosten met circa 5,4 %. Dit betekent dat de kostenstijging in 2014 licht is gedaald. Zoals eerder vermeld, resulteert een positief macrovereveningsresultaat in 2014. In vergelijking met 2012 en 2013 is het macrovereveningsresultaat toegenomen: € 1.402 miljoen in 2012 en € 2.141 miljoen in 2013 (Monitor 2012; Monitor 2013). In 2011 en voorgaande jaren was er geen macrovereveningsresultaat in verband met de macrona calculatie. De verklaring voor de toename in het macrovereveningsresultaat in 2014 is dat het MPB (c.q. de ramingen) relatief meer is gestegen dan de kosten, zoals ook in de vorige paragraaf is benoemd.

Effect flankerend beleid en ex post maatregel

Flankerend beleid en de bandbreedteregeling hebben de volgende effecten gehad op de bijdrage voor de somatische kosten in 2014:

- *Flankerend beleid*

Op macroniveau heeft flankerend beleid geen effect, omdat dit een onderlinge verrekening tussen zorgverzekeraars is. Het effect van flankerend beleid op de bijdrage is inzichtelijk gemaakt door absolute mutaties tussen zorgverzekeraars onderling te analyseren. De absolute bedragen die zorgverzekeraars

onderling afdragen, dan wel ontvangen, zijn gesommeerd. Op macroniveau vindt een absolute verschuiving in de bijdrage tussen zorgverzekeraars plaats van:

- € 238,8 miljoen in 2014.

Dit was:

- € 172,1 miljoen in 2013 (Monitor 2013);
- € 135,5 miljoen in 2012 (Monitor 2012).

Flankerend beleid heeft dan ook wel degelijk effect op de bijdrage van een individuele zorgverzekeraar. De stijging van de absolute verschuiving in bijdrage tussen zorgverzekeraars in 2014 ten opzichte van voorgaande jaren komt door de stijging van het macrovereveningsresultaat. Bij een hogere kostenonderschrijding (of overschrijding) van het MPB wordt meer onderling verrekend, om zorgverzekeraars een evenredig aandeel van de kostenonderschrijding (of overschrijding) toe te delen.

- **Bandbreedteregeling**

De bandbreedteregeling heeft voor de somatische kosten op macroniveau een:

- *negatief effect van € 4,6 miljoen in 2014.*

Dit was:

- een positief effect van € 1,9 miljoen in 2013 (Monitor 2013);
- een positief effect van € 15,6 miljoen in 2012 (Monitor 2012).

Het effect in 2014 is het saldo van een totaal vereveningsresultaat van € 31,3 miljoen boven de bovengrens en een totaal vereveningsresultaat van € 26,2 miljoen onder de ondergrens, waarvan 90 % wordt gecompenseerd (respectievelijk € 28,2 miljoen en € 23,6 miljoen).

Het verschil in het effect van de bandbreedteregeling in 2014 ten opzichte van 2013 wordt verklaard door de verruiming van de bandbreedteregeling in 2014 en het verschil in het effect van flankerend beleid tussen beide jaren, aangezien de bandbreedteregeling wordt uitgevoerd nadat flankerend beleid is toegepast.

Toepassing van de bandbreedteregeling leidt tot een absolute verschuiving in de bijdrage tussen zorgverzekeraars van:

- € 51,7 miljoen in 2014.

Dit was:

- € 144,7 miljoen in 2013 (Monitor 2013);
- € 88 miljoen in 2012 (Monitor 2012).

In vergelijking met voorgaande jaren is het absolute effect van de bandbreedteregeling eerst flink toegenomen, en nu in 2014 weer afgenomen. De daling in het absolute effect in 2014 ten opzichte van 2013 is gerelateerd aan het aantal zorgverzekeraars die het grensbedrag van de bandbreedteregeling overschrijden in combinatie met de portefeuilleomvang van deze zorgverzekeraars. In 2014 zijn er 11 zorgverzekeraars waar de bandbreedteregeling op is toegepast, terwijl dit in 2013 13 zorgverzekeraars waren. De gemiddelde afwijking buiten het grensbedrag is in 2014 € 20 per verzekerde, terwijl dit in 2013 € 59 per verzekerde bedroeg. Per saldo resulteert dit in 2014 in een absoluut lager bedrag dat met de bandbreedteregeling wordt verschoven dan in 2013. Dit is het gevolg van het effect van met name verruiming van de bandbreedteregeling, en het effect van flankerend beleid.

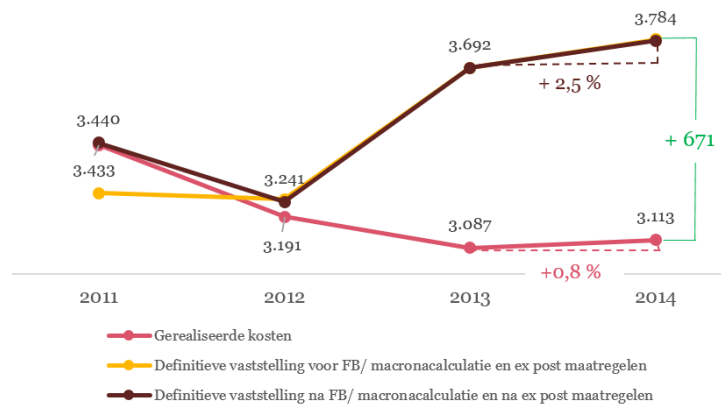
3.4. gGGZ-kosten

De macrobijdrage na flankerend beleid en de ex post maatregelen voor de gGGZ-kosten bedraagt in 2014 € 3.784 miljoen. De totaal gerealiseerde gGGZ-kosten bedragen in 2014 € 3.113 miljoen. Dit resulteert in een positief macrovereveningsresultaat van € 671 miljoen voor de gGGZ-kosten in 2014: € 50 per verzekerde van 18+.

Figuur 3-3 presenteert de ontwikkeling van de bijdrage voor en na flankerend beleid en ex post maatregelen en de gerealiseerde macrokosten over de periode 2011 tot en met 2014. Voor 2011 was sprake van volledige

nacalculatie van de gGGZ-kosten. Om deze reden zijn de resultaten van 2010 en voorgaande jaren niet opgenomen in Figuur 3-3.

Figuur 3-3 Ontwikkeling van de macrobijdrage (voor en na flankerend beleid/ macronacalculatie en ex post maatregelen) en de gerealiseerde macrokosten voor de gGGZ van verzekeren over de periode 2011 t/m 2014, uitgedrukt in miljoenen €.



Voetnoot Figuur 3-3

- Cijfers van 2011 zijn overgenomen uit de Monitor 2011, cijfers van 2012 uit de Monitor 2012 en cijfers 2013 uit de Monitor 2013.
- * Inclusief voor en na de inzet van macronacalculatie tot en met 2011 en flankerend beleid vanaf 2012. Daarnaast hebben wijzigingen plaatsgevonden in de inzet van ex post maatregelen (zie Hoofdstuk 2 en Bijlage A). *Noot* - Door inzet van macronacalculatie (tot en met 2011) is de definitieve vaststelling na macronacalculatie en ex post maatregelen gelijk aan de gerealiseerde kosten, met uitzondering van kleine verschillen. Door inzet van flankerend beleid vanaf 2012 wordt het niveau van de bijdrage achteraf niet meer gecorrigeerd naar het niveau van de gerealiseerde kosten, waardoor sprake kan zijn van een positief/ negatief macrovereveningsresultaat.

De macrobijdrage (voor en na flankerend beleid en ex post maatregelen) is met circa 2,5 % gestegen in 2014 ten opzichte van 2013. Van 2013-op-2012 was sprake van een 13,9 % stijging (Monitor 2013). De gerealiseerde macrokosten zijn met 0,8 % gestegen in 2014 ten opzichte van 2013. In 2013 was er een daling van de gerealiseerde kosten van 3,3 % (Monitor 2013). Zoals eerder vermeld, kent 2014 een positief macrovereveningsresultaat van € 671 miljoen. Dit macrovereveningsresultaat is hoger dan voorgaande jaren: € 605 miljoen in 2013 en € 50 miljoen in 2012 (Monitor 2012; Monitor 2013). Deze toename in 2014 komt doordat het MPB relatief meer is gestegen dan de kosten, ten opzichte van 2013.

Effect flankerend beleid en ex post maatregelen

Flankerend beleid en de twee ex post maatregelen die van toepassing zijn in 2014 hebben de volgende effecten gehad op de bijdrage voor de gGGZ-kosten:

- *Flankerend beleid en HKC*

Flankerend beleid en HKC hebben op macroniveau geen effect. Beide maatregelen hebben wel een (behoorlijk) effect op de bijdrage voor individuele zorgverzekeraars. Op macroniveau vindt door flankerend beleid een absolute verschuiving in de bijdrage tussen zorgverzekeraars plaats van:

- € 86,2 miljoen in 2014.

Dit was:

- € 75,1 miljoen in 2013 (Monitor 2013);
- € 7,7 miljoen in 2012 (Monitor 2012).

Deze stijging van de absolute verschuiving in de bijdrage tussen zorgverzekeraars ten opzichte van voorgaande jaren hangt samen met de stijging van het macrovereveningsresultaat over deze jaren.

De HKC zorgt voor een absolute verschuiving in de bijdrage tussen zorgverzekeraars van:

- € 42,2 miljoen in 2014.

Dit was:

- € 53,6 miljoen in 2013 (Monitor 2013);
- € 47,9 miljoen in 2012 (Monitor 2012).

De daling in het absolute effect van de HKC ten opzichte van 2013 wordt (deels) verklaard door de verhoging van de HKC-drempel in 2014, waardoor minder wordt gecompenseerd via de HKC en daardoor minder verschuivingen optreden tussen zorgverzekeraars.

- **Bandbreedteregeling**

De bandbreedteregeling voor de gGGZ-kosten zorgt voor:

- een negatief effect van € 4,2 miljoen.

Dit was:

- een negatief effect van € 1,1 miljoen in 2013 (Monitor 2013);
- een negatief effect van € 8,6 miljoen in 2012 (Monitor 2012).

Het effect in 2014 is het saldo van een totaal vereveningsresultaat van € 5,9 miljoen boven de bovengrens en € 1,2 miljoen onder de ondergrens, waarvan 90 % van deze bedragen wordt gecompenseerd (respectievelijk € 5,3 miljoen en € 1,1 miljoen).

De toename in het negatieve effect van de bandbreedteregeling in 2014 ten opzichte van 2013 wordt verklaard doordat de resultaten onder en boven het grensbedrag in 2014 verder van elkaar liggen dan in 2013, waarbij het vereveningsresultaat onder de ondergrens in 2014 lager is (vereveningsresultaat boven de bovengrens is gelijk). Dit is het gevolg van de verruiming van de bandbreedteregeling in 2014, maar ook van verschillen in de effecten van flankerend beleid en de HKC tussen beide jaren, aangezien de bandbreedteregeling wordt toegepast nadat deze maatregelen zijn uitgevoerd.

Op macroniveau vindt door toepassing van de bandbreedteregeling een absolute verschuiving plaats in de bijdrage tussen zorgverzekeraars van:

- € 6,4 miljoen in 2014.

Dit was:

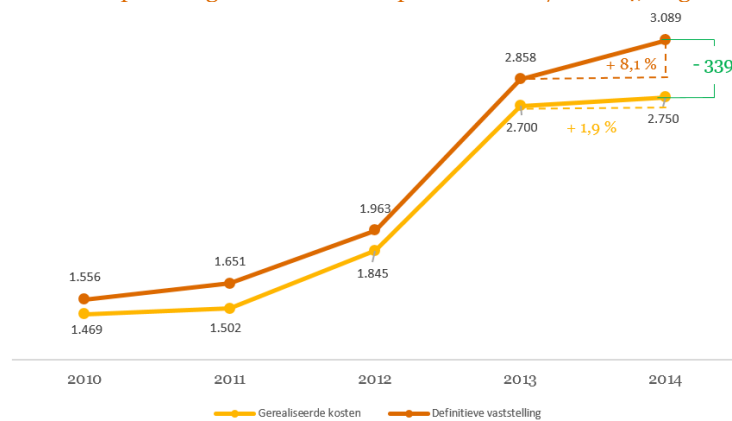
- € 9,5 miljoen in 2013 (Monitor 2013);
- € 21 miljoen in 2012 (Monitor 2012).

Het absolute effect van de bandbreedteregeling is over de afgelopen jaren gedaald. Dit komt door verruiming van de bandbreedteregeling en verschillen in de effecten van flankerend beleid en de HKC. In 2014 is de bandbreedteregeling van toepassing op 3 zorgverzekeraars, met een gemiddelde afwijking buiten het grensbedrag van afgerond € 16 per verzekerde.

3.5. Opbrengsten verplicht eigen risico

Figuur 3-4 brengt de ontwikkeling in kaart van de ingehouden korting op de bijdrage bij de definitieve vaststelling en de totale opbrengsten van het verplicht eigen risico over de periode 2010 tot en met 2014.

Figuur 3-4 Ontwikkeling van de ingehouden korting op de bijdrage voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico en de gerealiseerde opbrengsten van het verplicht eigen risico over de periode 2011 t/m 2014, uitgedrukt in miljoenen €.



Voetnoot Figuur 3-4

- Cijfers van 2011 zijn overgenomen uit de Monitor 2011, cijfers van 2012 uit de Monitor 2012 en cijfers 2013 uit de Monitor 2013.

In 2014 is in totaal € 3.089 miljoen ingehouden op de definitieve bijdrage voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico (dit sluit aan bij het MPB).

Dit was:

- een korting van € 2.858 miljoen in 2013 (Monitor 2013);
- een korting van € 1.963 miljoen in 2012 (Monitor 2012).

Deze korting is over de afgelopen jaren toegenomen, door met name de verhoging van het verplicht eigen risico bedrag: van € 220 in 2012, naar € 350 in 2013 en € 360 in 2014.

De totale opbrengsten van het verplicht eigen risico bedragen in 2014 € 2.750 miljoen.⁶ Dit is de som van de geïnde opbrengsten die zorgverzekeraars hebben opgegeven aan het ZIN. Dit bedrag is lager dan de ingehouden korting op de bijdrage. Dit is een stijging van 1,9 % ten opzichte van 2013.

De korting en opbrengsten van het verplicht eigen risico resulteren in een negatief macrovereveningsresultaat van: € 339 miljoen in 2014. Dit is afgerond € 25 per verzekerde van 18+. In voorgaande jaren was ook sprake van een negatief macrovereveningsresultaat voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico:

- € 158 miljoen in 2013 (Monitor 2013);
- € 118 miljoen in 2012 (Monitor 2012).

In 2014 is het negatieve macrovereveningsresultaat verder toegenomen ten opzichte van voorgaande jaren. Dit hangt samen met het gegeven dat de kosten lager zijn uitgekomen dan verwacht; bijvoorbeeld als gevolg van de uitvoering van het preferentiebeleid voor generieke geneesmiddelen. Doordat de kosten lager zijn uitgekomen, zijn ook de opbrengsten voor het verplicht eigen risico lager uitgekomen, waardoor het negatief macrovereveningsresultaat toeneemt.

⁶ Zoals eerder vermeld, is deze opgave van de opbrengsten gebaseerd op de jaarstaat 2015.

4. Resultaten op zorgverzekeraarsniveau

Samenvatting

Somatische kosten

- De reikwijdte van het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars neemt, ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem, met 89 % substantieel af door het risicovereveningssysteem van 2014. Het ex ante model zorgt voor deze reductie; flankerend beleid en de bandbreedteregeling tezamen zorgen per saldo voor 0 % reductie.
- De spreiding in het gemiddelde vereveningsresultaat neemt, ten opzichte van een situatie zonder risicovereveningssysteem, met 86 % af door het risicovereveningssysteem van 2014. Het ex ante model zorgt de grootste reductie: 88 %. Flankerend beleid zorgt voor een toename van 4 %, waarbij de bandbreedteregeling de spreiding reduceert met 2 %.
- Het risicovereveningssysteem van 2014 (ex ante model, flankerend beleid en bandbreedteregeling) heeft in verschillende mate effect op het vereveningsresultaat van zorgverzekeraars met verschillende omvang (klein/middelgroot/groot of concern/zelfstandig), waarbij verschillen tussen zorgverzekeraars worden teruggebracht.

gGGZ-kosten

- De reikwijdte in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars neemt, ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem, substantieel af door het risicovereveningssysteem van 2014: 88 %. Het ex ante model zorgt voor de grootste reductie met 64,5 %. Flankerend beleid en de ex post maatregelen (HKC en bandbreedteregeling) tezamen zorgen per saldo voor de resterende 24 %.
- Het risicovereveningssysteem in 2014 reduceert de spreiding van het vereveningsresultaat van de gGGZ-kosten met 86 %. Het ex ante model zorgt voor de grootste spreidingsreductie: 78 %. Flankerend beleid en de ex post maatregelen tezamen zorgen voor de resterende 8 % spreidingsreductie.
- Net zoals bij de somatische kosten, zorgt het risicovereveningssysteem 2014 voor het terugbrengen van verschillen in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars met verschillende omvang (klein/middelgroot/ groot, concern/ zelfstandig).

Opbrengsten verplicht eigen risico

- De reikwijdte in het gemiddelde vereveningsresultaat neemt door toepassing van het ex ante model af tussen zorgverzekeraars in 2014. Hetzelfde geldt voor de spreiding in het vereveningsresultaat.

4.1. Doel en definities voor interpretatie resultaten

Dit hoofdstuk toetst de werking van het risicovereveningssysteem op *zorgverzekeraarsniveau* voor 2014. De resultaten geven inzicht in de mate waarin het risicovereveningssysteem het gemiddelde vereveningsresultaat in 2014 *van* en *tussen* zorgverzekeraars reduceert. De werking van het risicovereveningssysteem bij de definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid en ex post maatregelen wordt afgezet tegen een fictieve situatie waarin geen risicovereveningssysteem van toepassing is. Bijlage B beschrijft de uitgangspunten van de analyses. De resultaten in dit hoofdstuk worden uitgedrukt in:

- *Gemiddelde vereveningsresultaat en reikwijdte in het vereveningsresultaat*: het gemiddelde vereveningsresultaat is het verschil tussen de bijdrage en de gerealiseerde kosten per zorgverzekeraar, uitgedrukt in € per verzekerde. De reikwijdte is het verschil tussen het hoogste en laagste gemiddelde vereveningsresultaat van alle zorgverzekeraars. Deze waarde wordt bepaald door de buitenste twee gemiddelden: de zorgverzekeraar met het laagste gemiddelde vereveningsresultaat en de zorgverzekeraar met het hoogste gemiddelde vereveningsresultaat.
- *Spreiding en spreidingsreductie*: de spreiding in het vereveningsresultaat is de gewogen standaarddeviatie. 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.

De Gewogen Gemiddelde Absolute Resultaat Verschuiving (GGARV) geeft inzicht in de verschuivingen tussen twee momenten in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars (Bijlage B).

Er zijn in 2014 26 zorgverzekeraars. Ten behoeve van aanvullend inzicht over het effect van de portefeuilleomvang van zorgverzekeraars, zijn de 26 zorgverzekeraars ingedeeld in 3 categorieën: klein (6), middelgroot (12) en groot (8). Deze indeling is gelijk aan de indeling van de Monitor 2013: dezelfde grenzen leiden tot een dezelfde indeling van zorgverzekeraars. Ook zijn de zorgverzekeraars ingedeeld in 2 categorieën: behorend tot een concern (20) of zelfstandige zorgverzekeraars (6).

Dit hoofdstuk presenteert de waargenomen resultaten op zorgverzekeraarsniveau, niet gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat. De focus van de analyses ligt op verschillen *van* en *tussen* zorgverzekeraars op verschillende momenten en niet op de absolute bedragen. Er wordt geen statistische toetsing uitgevoerd om te bepalen in welke mate de geconstateerde verschillen statistisch significant zijn.

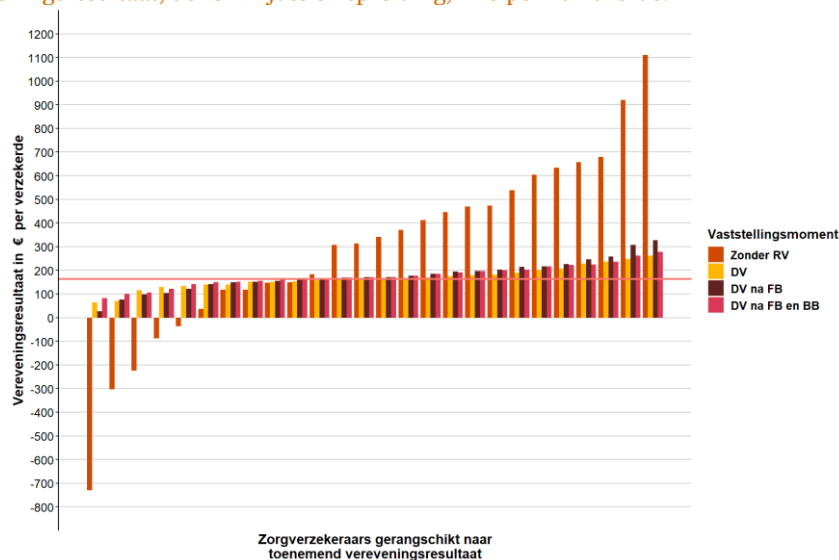
Noot - Het risicovereveningssysteem beoogt niet het gemiddelde vereveningsresultaat voor alle zorgverzekeraars gelijk aan landelijke gemiddelde te krijgen (ofwel, de spreiding volledig weg te nemen). Verschillen in de kosten tussen zorgverzekeraars als gevolg van verschillen in de doelmatigheid van de uitvoering van de Zvw dienen namelijk niet te worden gecompenseerd. Om de werking van het risicovereveningssysteem te toetsen, wordt gemeten in welke mate de verschillen van en tussen zorgverzekeraars worden teruggebracht, zonder een waardeoordeel te geven over het absolute verschil tussen zorgverzekeraars.

4.2. Somatische kosten

4.2.1. Gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding voor alle 26 zorgverzekeraars

Figuur 4-1 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat en de reikwijdte hiervan voor de totale somatische kosten voor alle 26 zorgverzekeraars. Dit is in figuur 4-1 weergegeven voor de situatie zonder risicovereveningssysteem en de definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid en bandbreedteregeling. De zorgverzekeraars zijn voor elk moment apart gerangschikt naar toenemend vereveningsresultaat (deze werkwijze is bij alle figuren in dit hoofdstuk uitgevoerd). De bijbehorende tabel presenteert de reikwijdte van het vereveningsresultaat en de spreiding.

Figuur en Tabel 4-1 Gemiddelde vereveningsresultaat voor de totale somatische kosten in 2014 voor 26 zorgverzekeraars, uitgedrukt in € per verzekerde en per moment opnieuw gerangschikt naar toenemend vereveningsresultaat. De tabel geeft het gemiddelde vereveningsresultaat, de reikwijdte en spreiding, in € per verzekerde.



	<i>Gemiddelde, in € *</i>	<i>Reikwijdte, in € (Min. – Max.)</i>	<i>Spreiding, in € (Standaarddeviatie)</i>
Zonder RV	164	1.840	253
DV voor FB en BB	164	198	31
DV na FB	164	300	42
DV na FB en BB	164	197	35

Voetnoot Figuur en Tabel 4-1

- Zonder RV betekent een fictieve situatie waarin geen risicovereveningssysteem van toepassing is. Zorgverzekeraars ontvangen voor elke verzekerde een gelijk bedrag, ongeacht het risicoprofiel van deze verzekerde.
- DV voor FB en BB: Definitieve vaststelling voor flankerend beleid en bandbreedteregeling.
- DV na FB: Definitieve vaststelling na flankerend beleid.
- DV na FB en BB: Definitieve vaststelling na flankerend beleid en bandbreedteregeling.
- * Het gemiddelde is gelijk aan elkaar op elk moment: het macrovereveningsresultaat, uitgedrukt in € per verzekerde. Het gemiddelde kostenniveau in 2014 is: € 1.954. Dit zijn de totale gerealiseerde kosten, op het volledige bestand zoals gebruikt bij de uitvoering (inclusief een macro-boeking voor buitenlandkosten). Het gemiddelde macrovereveningsresultaat bedraagt daarmee 8,4 % van de gemiddelde totale kosten.

Gemiddelde vereveningsresultaat en reikwijdte

Conform verwachting is het verschil in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars voor de fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem in 2014 (veel) groter dan bij toepassing van het risicovereveningssysteem (voor en na flankerend beleid en bandbreedteregeling). De reikwijdte in deze fictieve situatie bedraagt € 1.840 per verzekerde. In deze situatie is de reikwijdte substantieel, omdat er geen rekening wordt gehouden met verschillen in het risicoprofiel van de portefeuilles tussen zorgverzekeraars.

Het verschil in gemiddelde vereveningsresultaat *van* en *tussen* zorgverzekeraars neemt met 89 % substantieel af door het risicovereveningssysteem in 2014: van € 1.840 per verzekerde zonder risicovereveningssysteem naar € 197 per verzekerde bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en bandbreedteregeling. Dit betekent dat het risicovereveningssysteem voor de totale somatische kosten in 2014 in staat is een meer gelijke uitgangspositie voor zorgverzekeraars te realiseren dan in een situatie waarin zorgverzekeraars niet worden gecompenseerd op basis van het risicoprofiel van de portefeuille. Dit effect van het risicovereveningssysteem is het saldo van een:

- reductie van 89 % door het ex ante model. Het ex ante model zorgt voor de grootste reductie in de reikwijdte van het gemiddelde vereveningsresultaat, wat gelijk is aan de totale reductie door het risicovereveningssysteem 2014 (dus inclusief de werking van flankerend beleid en bandbreedteregeling). Een dergelijke substantiële reductie in de reikwijdte als gevolg van het ex ante model is in lijn met de resultaten van voorgaande jaren: 86 % in 2013 en 77 % in 2012 (Monitor 2012; Monitor 2013). Het effect van het ex ante model is zelfs toegenomen in 2014, (deels) verklaard door de uitbreiding c.q. verbetering van het ex ante model met de HKGs (Hoofdstuk 2). De reden waardoor het effect van het ex ante model in 2014 gelijk is aan het totale effect van het risicovereveningssysteem, heeft te maken met de werking van flankerend beleid.
- toename van 5,5 % door flankerend beleid. De reikwijdte van het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars neemt door flankerend beleid toe ten opzichte van de definitieve vaststelling voor flankerend beleid: met 5,5 % (van € 198 naar € 300 per verzekerde). Dit komt doordat zorgverzekeraars met een gemiddeld hoog-risico portefeuille – bijvoorbeeld een bovengemiddeld percentage ouderen of chronisch zieken – een bijdrage afdragen aan zorgverzekeraars met een gemiddeld laag-risico portefeuille – bijvoorbeeld een bovengemiddeld percentage gezonde verzekerden –, omdat deze zorgverzekeraars met een hoog-risico portefeuille naar verwachting meer profiteren van de gerealiseerde kostenonderschrijding. Hierdoor neemt de reikwijdte van het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars toe. In de voorgaande jaren (2012 en 2013) was hetzelfde effect geconstateerd, aangezien in deze jaren er ook een kostenonderschrijding was (Monitor 2012; Monitor 2013). In 2014 is de kostenonderschrijding hoger dan in 2012 en 2013, waardoor het effect van flankerend beleid op de reikwijdte ook groter is.
- reductie van 5,5 % door de bandbreedteregeling. Conform verwachting reduceert de bandbreedteregeling de reikwijdte van het gemiddelde vereveningsresultaat. De bandbreedteregeling heeft effect op de zorgverzekeraars met een gemiddeld vereveningsresultaat boven/ onder het grensbedrag van € 40, ten opzichte het landelijk gemiddelde, waardoor de buitenste waarnemingen dichter bij elkaar komen te liggen. In 2014 is het effect van de bandbreedteregeling op het reduceren van de reikwijdte lager dan in voorgaande jaren, vanwege de verruiming van deze maatregel in 2014: in 2013 was het effect een reductie

van 7,3 % en in 2012 een reductie van 12,8 % (in 2013 was het grensbedrag € 25 en in 2012 € 22,5, met beide 90 % compensatie).

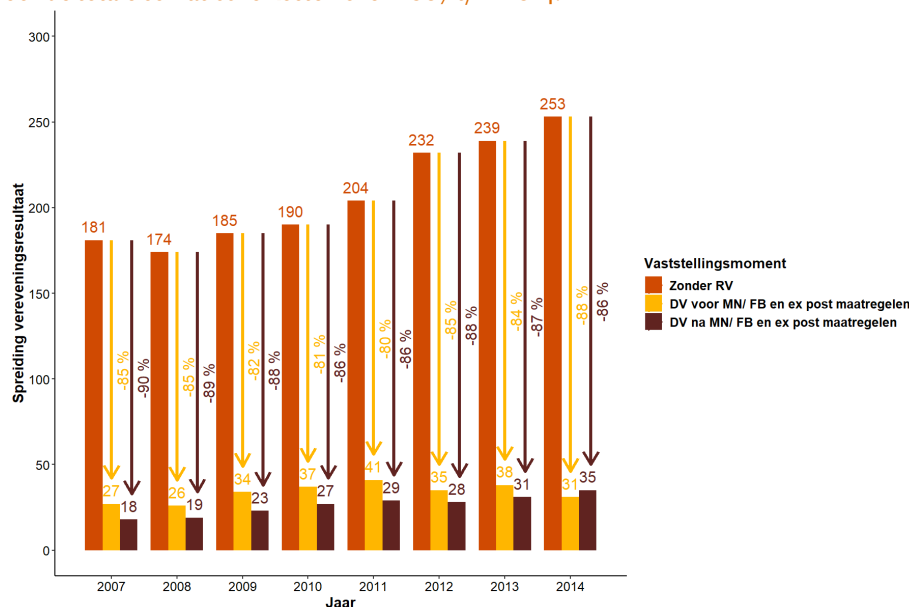
Spreiding

Door het risicovereveningssysteem 2014 neemt de spreiding in het gemiddelde vereveningsresultaat met 86 % af, ten opzichte van een situatie zonder risicovereveningssysteem: van € 253 naar € 35 per verzekerde (Tabel 4-1). Dit is het saldo van een:

- reductie van 88 % door het ex ante model. Net zoals bij de reikwijdte, zorgt het ex ante model voor de grootste spreidingsreductie in het gemiddelde vereveningsresultaat, ten opzichte van een situatie zonder risicovereveningssysteem.
- toename van 4 % door flankerend beleid, als gevolg van het effect van het macrovereveningsresultaat.
- resterende reductie van 2 % door de bandbreedteregeling, die de spreiding terugbrengt, zoals wordt verwacht van de werking van een bandbreedteregeling.

Figuur 4-2 geeft inzicht in de ontwikkeling in de absolute spreiding en de spreidingsreductie over de periode van 2009 tot en met 2014.

Figuur 4-2 Spreiding (gewogen standaarddeviatie) en spreidingsreductie in het gemiddelde vereveningsresultaat van alle zorgverzekeraars voor de totale somatische kosten over 2007 t/m 2014.



Voetnoot Figuur 4-2

- Cijfers van 2009 tot en met 2011 zijn overgenomen uit de Monitor 2011.
- Cijfers van 2012 zijn overgenomen uit de Monitor 2012.
- Cijfers van 2013 zijn overgenomen uit de Monitor 2013.
- Voor 2009 tot en met 2011 is sprake van macronacalculatie en per 2012 van flankerend beleid.

De substantiële spreidingsreductie door het ex ante model van 2014 is in lijn met die van het ex ante model in voorgaande jaren: 88 % in 2014, 84 % in 2013 en 85 % in 2012. In 2014 is de spreidingsreductie door het ex ante model zelfs iets hoger, mogelijk als gevolg van uitbreiding c.q. verbetering van dit model met HKGs. Daarnaast is een lichte stijging zichtbaar in de absolute spreiding na de toepassing van flankerend beleid en ex post maatregelen ten opzichte van voorgaande jaren (hetzelfde geldt voor de absolute spreiding zonder risicovereveningssysteem). Mogelijk is sprake van een grotere spreiding bij een hoger macrovereveningsresultaat, dan wel bij een hoger kostenniveau.

Aanvullende analyses op deelbedragen

De werking van het risicovereveningssysteem is ook getoetst op de deelbedragen: variabele kosten MSZ en overige prestaties (Bijlage D). De bevindingen van deze analyses zijn:

- Voor de variabele kosten MSZ is een gemiddeld vereveningsresultaat van € 79 per verzekerde en voor de overige prestaties van € 85 per verzekerde: bij beide deelbedragen een kostenonderschrijding.

- De reikwijdte van het gemiddelde vereveningsresultaat voor de variabele kosten MSZ neemt, ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem met 92 % substantieel af door het risicovereveningssysteem 2014. Ook bij de overige prestaties neemt de reikwijdte van het gemiddelde vereveningsresultaat substantieel af met 82 % door het risicovereveningssysteem 2014. De verklaring voor het verschil tussen deze deelbedragen op de reikwijdte is het effect van de bandbreedteregeling, die alleen van toepassing is op de variabele kosten MSZ.
- De spreiding in het gemiddelde vereveningsresultaat voor de variabele kosten MSZ daalt, ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem, met 86 % door het risicovereveningssysteem 2014. Voor de overige prestaties is dit een spreidingsreductie van 83 %. De spreidingsreductie voor de variabele kosten MSZ is hoger dan de spreidingsreductie voor de overige prestaties, vanwege de bandbreedteregeling voor de variabele kosten MSZ.

De werking van het risicovereveningssysteem 2014 is in lijn met voorgaande jaren, waarbij de effecten te zien zijn van de toename in het macrovereveningsresultaat (sterker effect van flankerend beleid), verbetering van het ex ante model en de verruiming van de bandbreedteregeling in 2014 (Monitor 2012; Monitor 2013).

4.2.2. Gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding op basis van portefeuilleomvang

Portefeuilleomvang: Klein/ middelgroot/ groot

Tabel 4-3 presenteert de resultaten voor de somatische kosten, waarbij de zorgverzekeraars zijn ingedeeld op basis van de portefeuilleomvang: klein, middelgroot en groot (zie Bijlage B voor de aantallen bij deze indeling). De resultaten zijn niet grafisch weergegeven (zoals Figuur 4-1) ter bescherming van de anonimiteit van zorgverzekeraars. Dit geldt ook voor de andere analyses op basis van portefeuilleomvang (paragraaf 4.3.2 en 4.4.2).

Tabel 4-3 Gemiddelde vereveningsresultaat, de reikwijdte en spreiding voor alle 26 zorgverzekeraars ingedeeld in klein/ middelgroot/ groot voor de totale somatische kosten in 2014, uitgedrukt in gehele € per verzekerde.

	Gemiddelde, in €			Reikwijdte, in € (Min. – Max.)			Spreiding, in € (Standaarddeviatie)		
	Klein	Middel groot	Groot	Klein	Middel groot	Groot	Klein	Middel groot	Groot
Zonder RV	221	439	71	1.840	801	566	639	213	143
DV voor FB en BB	150	165	164	173	190	118	55	38	27
DV na FB	158	186	157	281	252	129	93	49	23
DV na FB en BB	175	181	157	163	197	116	54	38	31

Het risicovereveningssysteem is in 2014 in staat verschillen tussen zorgverzekeraars met verschillende omvang deels te compenseren, wat bijdraagt aan een gelijke uitgangspositie tussen zorgverzekeraars:

- Kleine, middelgrote en grote zorgverzekeraars hebben allen een positief gemiddeld vereveningsresultaat in 2014. Middelgrote zorgverzekeraars hebben op alle momenten een hoger gemiddeld vereveningsresultaat dan kleine en grote zorgverzekeraars. In 2013 was dit ook geconstateerd (Monitor 2013).
- Het effect van het risicovereveningssysteem op het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde verschilt in 2014 tussen zorgverzekeraars van verschillende portefeuilleomvang: 9 % reductie bij grote zorgverzekeraars (van € 171 naar € 157) tot 59 % reductie bij middelgrote zorgverzekeraars (van € 439 naar € 181). Het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang is door het risicovereveningssysteem 2014 veel dichter bij elkaar komen te liggen, dan in een situatie zonder een risicovereveningssysteem. Dit geeft aan dat het risicovereveningssysteem 2014 verschillen in het risicoprofiel tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang grotendeels compenseert. Het ex ante model zorgt voor de grootste reductie in het gemiddelde vereveningsresultaat. Flankerend beleid en de bandbreedteregeling in mindere mate (zoals eerder geconstateerd).
- In lijn hiermee neemt de reikwijdte van het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang substantieel af door het risicovereveningssysteem 2014. De reikwijdte bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en bandbreedteregeling is het grootst bij middelgrote zorgverzekeraars en het meest gering bij grote zorgverzekeraars: € 197 versus € 116 per verzekerde, respectievelijk. Dit betekent dat het gemiddelde vereveningsresultaat tussen middelgrote

zorgverzekeraars onderling verder uit elkaar ligt dan het gemiddelde vereveningsresultaat tussen kleine en grote zorgverzekeraars. In 2013 hadden middelgrote zorgverzekeraars ook een grotere reikwijdte dan kleine en grote zorgverzekeraars (Monitor 2013). Daarnaast valt op dat in 2014 met name bij kleine zorgverzekeraars de reikwijdte en de spreiding is toegenomen in absolute zin ten opzichte van vorig jaar, in verhouding tot bij middelgrote en grote zorgverzekeraars.

- Het risicovereveningssysteem 2014 heeft het grootste effect op spreidingsreductie voor kleine zorgverzekeraars ten opzichte van middelgrote en grote zorgverzekeraars: 92 %, 82 % en 78 %, respectievelijk. Dit is vergelijkbaar met 2013: 94 %, 81 % en 83 %, respectievelijk (Monitor 2013). Door het risicovereveningssysteem 2014 neemt de spreiding van zorgverzekeraars met verschillende omvang substantieel af, wat duidt op het terugbrengen van verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars.

Portefeuilleomvang: concern-zorgverzekeraars/ zelfstandige zorgverzekeraars

Tabel 4-4 presenteert de resultaten voor zorgverzekeraars ingedeeld in zelfstandige zorgverzekeraars en zorgverzekeraars behorend tot een concern.

Tabel 4-4 Gemiddelde vereveningsresultaat, de reikwijdte en spreiding voor alle 26 zorgverzekeraars, ingedeeld in zorgverzekeraars behorend tot een concern en zelfstandige zorgverzekeraars, voor de totale somatische kosten in 2014, uitgedrukt in € per verzekerde.

	Gemiddelde, in €		Reikwijdte, in € (Min. – Max.)		Spreiding, in € (Standaarddeviatie)	
	Concern	Zelfstandig	Concern	Zelfstandig	Concern	Zelfstandig
Zonder RV	143	339	1840	486	252	183
DV voor FB en BB	164	164	198	113	32	24
DV na FB	162	176	300	116	43	29
DV na FB en BB	162	174	197	95	36	24

In lijn met eerdere bevindingen, compenseert het risicovereveningssysteem in 2014 een deel van de verschillen tussen concern-zorgverzekeraars en zelfstandige zorgverzekeraars:

- Het gemiddelde vereveningsresultaat in 2014 voor zelfstandige zorgverzekeraars en concern-zorgverzekeraars is na toepassing van het ex ante model (voor flankerend beleid en bandbreedteregeling) gelijk. Op de andere momenten is het gemiddelde vereveningsresultaat hoger voor zelfstandige zorgverzekeraars dan voor concern-zorgverzekeraars. Het effect van het risicovereveningssysteem op het gemiddelde vereveningsresultaat voor concern-zorgverzekeraars en zelfstandige zorgverzekeraars in 2014 is verschillend: het gemiddelde vereveningsresultaat voor zelfstandige zorgverzekeraars neemt af met 49 % (van € 339 naar € 174), terwijl het gemiddelde vereveningsresultaat voor concern-zorgverzekeraars juist toeneemt met 13 % (van € 143 naar € 162), ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem. Dit effect is vergelijkbaar met voorgaande jaren (Monitor 2012; Monitor 2013). Uiteindelijk zorgt het risicovereveningssysteem van 2014 ervoor dat verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen concern- en zelfstandige zorgverzekeraars worden teruggebracht.
- De reikwijdte neemt substantieel af voor zowel concern als zelfstandige zorgverzekeraars door het risicovereveningssysteem: respectievelijk 89 % en 80 %. De reikwijdte voor zelfstandige zorgverzekeraars is kleiner dan voor concern-zorgverzekeraars op alle momenten. Dit kan deels worden verklaard door: 1) er zijn meer concern-zorgverzekeraars (20) dan zelfstandige zorgverzekeraars (6), waardoor er meer uitschieters bij concern-zorgverzekeraars kunnen zijn. *Noot* – de reikwijdte kan bepaald worden door zorgverzekeraars die behoren tot een ander concern. Alle concern-zorgverzekeraars zijn namelijk samengenomen; 2) verschillen in de portefeuillesamenstelling van zorgverzekeraars spelen een rol. De portefeuillesamenstelling van zorgverzekeraars die behoren tot een concern kunnen onderling sterker van elkaar afwijken, dan bij zelfstandige zorgverzekeraars onderling. Dit resulteert in verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat en daarmee in de reikwijdte van het vereveningsresultaat (die wordt bepaald door de buitenste waarnemingen).
- De verschillen in de spreiding in het vereveningsresultaat tussen concern-zorgverzekeraars en zelfstandige zorgverzekeraars nemen af door het risicovereveningssysteem van 2014. Dit effect is ook in voorgaande jaren geconstateerd (Monitor 2012; Monitor 2013). De spreiding in het gemiddelde vereveningsresultaat is lager voor zelfstandige zorgverzekeraars dan voor concern-zorgverzekeraars op

alle momenten. In 2013 was de spreiding in het vereveningsresultaat voor zelfstandige zorgverzekeraars en voor concern-zorgverzekeraars nagenoeg gelijk aan elkaar bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en bandbreedteregeling: € 29 en € 30 per verzekerde (Monitor 2013).

4.2.3. Gemiddelde resultaatverschuiving

Om inzicht te krijgen in de verschuivingen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars voor de totale somatische kosten is het GGARV geanalyseerd.

Conform verwachting, zorgt het ex ante model voor de grootste verschuivingen in het gemiddelde vereveningsresultaat van zorgverzekeraars in 2014, in vergelijking met flankerend beleid en de bandbreedteregeling. Het effect in de GGARV is:

- voor het ex ante model € 179 per verzekerde ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem;
- voor flankerend beleid € 14 per verzekerde, als een additionele verschuiving in het vereveningsresultaat nadat het ex ante model is toegepast;
- voor de bandbreedteregeling € 3 per verzekerde, als een volgende relatief kleine verschuiving nadat flankerend beleid is toegepast.

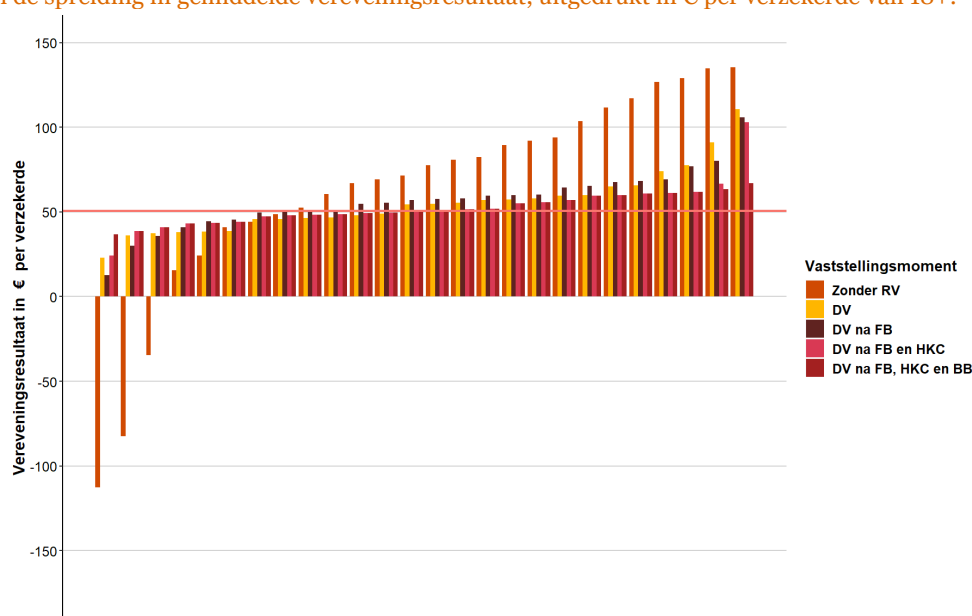
Deze resultaten zijn qua patroon vergelijkbaar met voorgaande jaren, waarbij het ex ante model – conform verwachting – zorgt voor de grootste verschuivingen in het vereveningsresultaat, gevolgd door flankerend beleid en dan de bandbreedteregeling (Monitor 2012; Monitor 2013).

4.3. gGGZ-kosten

4.3.1. Gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding voor alle 26 zorgverzekeraars

Figuur en Tabel 4-5 presenteren de resultaten voor alle zorgverzekeraars voor de gGGZ-kosten.

Figuur en Tabel 4-5 Gemiddelde vereveningsresultaat voor 26 zorgverzekeraars voor de gGGZ-kosten in 2014, uitgedrukt in € per verzekerde van 18+ en per moment gerangschikt naar toenemend vereveningsresultaat. De tabel geeft het gemiddelde, de reikwijdte en de spreiding in gemiddelde vereveningsresultaat, uitgedrukt in € per verzekerde van 18+.



	Gemiddelde, in € *	Reikwijdte, in € (Min. – Max.)	Spreiding, in € (Standaarddeviatie)
Zonder RV	50	248	50
DV voor FB en ex post	50	88	11
DV na FB	50	93	13
DV na FB en HKC	50	79	9
DV na FB en HKC en BB	50	30	7

Voetnoot Figuur en Tabel 4-5

- Zonder RV betekent een fictieve situatie waarin geen risicovereveningssysteem van toepassing is. Zorgverzekeraars ontvangen voor elke verzekerde een gelijk bedrag, ongeacht het risicoprofiel van deze verzekerde.
- DV voor FB en ex post: Definitieve vaststelling voor flankerend beleid en de ex post maatregelen.
- DV na FB: Definitieve vaststelling na flankerend beleid.
- DV na FB en HKC: Definitieve vaststelling na flankerend beleid en hoge kosten compensatie.
- DV na FB en HKC en BB: Definitieve vaststelling na flankerend beleid en hoge kosten compensatie en bandbreedteregeling.
- * Het gemiddelde is gelijk aan elkaar op elk moment: het macrovereveningsresultaat, uitgedrukt in € per verzekerde van 18+. Het gemiddelde kostenniveau in 2014 is: € 283. Dit zijn de totale gerealiseerde kosten, op het volledige bestand zoals gebruikt bij de uitvoering (inclusief een macro-boeking voor buitenlandkosten). Daarmee is het macrovereveningsresultaat circa 17,7 % van de totale gerealiseerde kosten.

Gemiddelde vereveningsresultaat en reikwijdte

De reikwijdte van het vereveningsresultaat wordt, ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem door het risicovereveningssysteem in 2014 met 88 % gereduceerd: van € 248 naar € 30 per verzekerde van 18+. Dit houdt in dat (uiterste) verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars fors worden ingeperkt door het risicovereveningssysteem van 2014. Dit effect is opgebouwd uit:

- Het ex ante model dat zorgt voor de grootste reductie: 64,5 % (van € 248 naar € 88).
- Toepassing van flankerend beleid dat, net zoals bij de somatische kosten, zorgt voor een stijging in de reikwijdte van het vereveningsresultaat: met 2 % (van € 88 naar € 93). Dit is de werking van flankerend beleid bij een kostenonderschrijding.
- De HKC en bandbreedteregeling die voor een verdere afname in de reikwijdte van het vereveningsresultaat zorgen: met 5,6 % en 19,8 % respectievelijk. Dit is conform verwachting, aangezien de HKC en bandbreedteregeling beide maatregelen zijn om (uiterste) risico's in te perken.

Het patroon in deze effecten komt overeen met de effecten die in voorgaande jaren zijn geconstateerd; alhoewel de hoogte van deze effecten niet goed overeenkomen c.q. vergelijkbaar zijn (Monitor 2012; Monitor 2013). Bijvoorbeeld in 2013 zorgde het ex ante model voor een reductie in de reikwijdte van 85,1 %, flankerend beleid voor een toename van 12,4 %, de HKC voor een reductie van 11,7 % en de bandbreedteregeling voor de resterende 9,2 %, met in totaal: 93,6 % (Monitor 2013). Op basis van de effecten in 2014 is niet direct terug te zien dat het ex ante model is verbeterd met uitbreiding van de DKG-GGZ en dat de ex post maatregelen zijn afgebouwd. Deze resultaten zijn afhankelijk van de portefeuillesamenstelling van zorgverzekeraars in het betreffende jaar, wat kan verschillen over de jaren. Een betere werking van het risicovereveningssysteem op bepaalde subgroepen kan op zorgverzekeraarsniveau (deels) uitmiddelen, waardoor dit effect op dit niveau niet direct zichtbaar hoeft te zijn. Ook dienen wijzigingen in kostendefinities en –niveaus in acht te worden genomen bij vergelijking met voorgaande jaren, waaronder de invoering van de basis-GGZ per 2014.

Spreiding

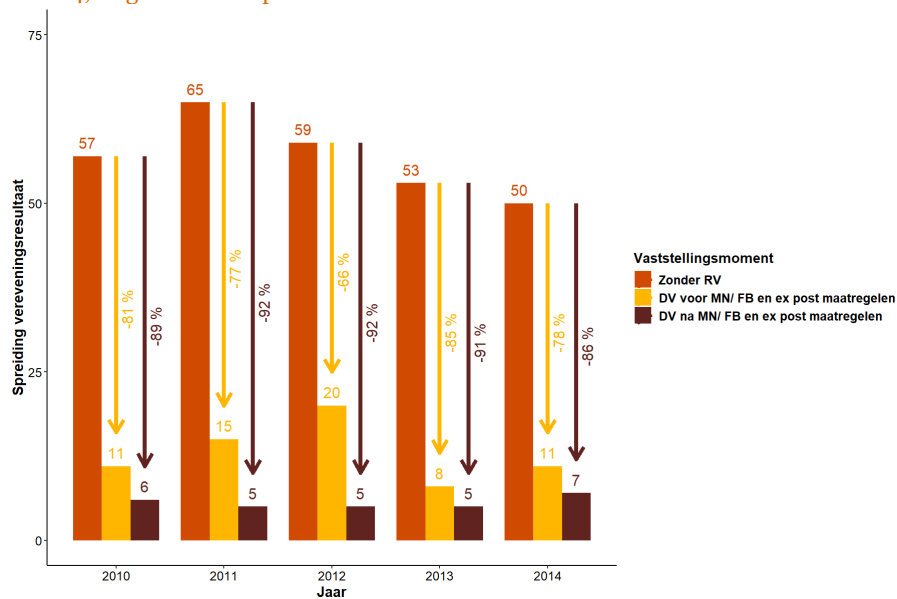
Voor de spreiding in het vereveningsresultaat zijn dezelfde effecten waar te nemen. De spreiding in het vereveningsresultaat neemt door het risicovereveningssysteem in 2014 flink af met 86 %: van € 50 naar € 7 per verzekerde van 18+. Deze totale spreidingsreductie is het saldo van:

- een reductie van 78 % door toepassing van het ex ante model (van € 50 naar € 11 per verzekerde).
- een toename van 4 % door toepassing van flankerend beleid (van € 11 naar € 13 per verzekerde).
- een reductie van 12 % door toepassing van de HKC en bandbreedteregeling (van € 13 naar € 7 per verzekerde, ten opzichte van € 50 per verzekerde).

In 2013 resulteerde flankerend beleid in een stijging van de spreiding met 11 %. Het verschil met 2014 wordt verklaard doordat de spreiding in 2014 bij het ex ante model hoger is dan in 2013, waardoor het effect van flankerend beleid in 2014 lager is (absolute spreiding in 2013 zonder risicovereveningssysteem is hoger dan in 2014, en absolute spreiding op dit moment na flankerend beleid is in beide jaren nagenoeg gelijk). In 2014 is het kostenniveau (iets) hoger dan in 2013, waardoor mogelijk ook de spreiding (iets) hoger is. *Noot* – rekening dient te worden gehouden met verschillen in de kostendefinities tussen jaren.

Figuur 4-6 geeft inzicht in de ontwikkeling in de spreiding en spreidingsreductie over de periode van 2010 tot en met 2014. De cijfers van voor 2010 zijn niet meegenomen, vanwege de volledige nacalculatie voor de gGGZ-kosten in die periode.

Figuur 4-6 Spreiding en spreidingsreductie in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars voor de gGGZ-kosten over 2010 t/m 2014, uitgedrukt in € per verzekerde van 18+.



Voetnoot Figuur 4-6

- Cijfers van 2010 en 2011 zijn overgenomen uit Monitor 2011, cijfers van 2012 uit Monitor 2012 en cijfers van 2013 uit Monitor 2013.
- Voor 2010 en 2011 geldt macronacalculatie. Per 2012 geldt flankerend beleid.

De totale spreidingsreductie is in 2014 lager dan in voorgaande jaren: 86 % ten opzichte van 89 % - 92 %. De spreidingsreductie door toepassing van het ex ante model fluctueert over de jaren: 78 % in 2014, ten opzichte van 85 % in 2013, 66 % in 2012, 77 % in 2011 en 81 % in 2010. Daarbij is te zien dat de absolute spreiding bij toepassing van ex ante model hoger is dan in 2013, terwijl in 2013 juist een daling van de absolute spreiding is waargenomen ten opzichte van de voorgaande jaren. Per 2014 is het ex ante model voor de gGGZ-kosten aangepast c.q. verbeterd ten opzichte van 2013 (Hoofdstuk 2). Dit is niet eenduidig terug te zien in een hogere spreidingsreductie in 2014. Mogelijk wordt dit verklaard door verschillen in de kostendefinities c.q. onderliggende gegevens over de jaren, bijvoorbeeld als gevolg van invoering van de basis-GGZ per 2014. Het is niet goed mogelijk de resultaten van 2014 een-op-een te vergelijken met voorgaande jaren.

4.3.2. Gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding op basis van portefeuilleomvang

Portefeuilleomvang: klein/ middelgroot/ groot

Tabel 4-7 presenteert de resultaten voor de GGZ-kosten voor de 26 zorgverzekeraars, ingedeeld in klein, middelgroot en groot (conform dezelfde indeling als bij de somatische kosten).

Tabel 4-7 Gemiddelde vereveningsresultaat, de reikwijdte en spreiding in het vereveningsresultaat voor zorgverzekeraars ingedeeld in klein/ middelgroot/ groot voor de gGGZ-kosten in 2014, uitgedrukt in € per verzekerde van 18+.

	Gemiddelde, in €			Reikwijdte, in € (Min. - Max.)			Spreiding, in € (Standaarddeviatie)		
	Klein	Middel groot	Groot	Klein	Middel groot	Groot	Klein	Middel groot	Groot
Zonder RV	35	84	40	248	88	217	93	29	48
DV voor FB en ex post	59	55	49	68	75	22	23	17	7
DV na FB	55	60	47	68	61	29	22	13	10
DV na FB en HKC	48	54	49	37	64	17	13	13	6
DV na FB en HKC en BB	51	52	49	25	28	17	8	8	6

Een groot deel van de verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat – en daarmee ook in de reikwijdte en spreiding – tussen zorgverzekeraars met verschillende omvang, die er zijn in een situatie zonder een risicovereveningssysteem, worden door het risicovereveningssysteem in 2014 teruggebracht. Het effect van het risicovereveningssysteem verschilt tussen zorgverzekeraars met een verschillende omvang:

- Voor kleine en grote zorgverzekeraars ligt het gemiddelde vereveningsresultaat zonder risicovereveningssysteem onder het marktgemiddelde: € 35 en € 40 per verzekerde respectievelijk, ten opzichte van € 50. Door het risicovereveningssysteem neemt het gemiddelde vereveningsresultaat voor de

kleine en grote zorgverzekeraars toe in 2014, richting het marktgemiddelde. Voor middelgrote zorgverzekeraars neemt het gemiddelde vereveningsresultaat door het risicovereveningssysteem in 2014 juist substantieel af; bij deze zorgverzekeraars ligt het gemiddelde vereveningsresultaat zonder risicovereveningssysteem ver boven het marktgemiddelde. Uiteindelijk komt het gemiddelde vereveningsresultaat van zorgverzekeraars met verschillende omvang dicht bij elkaar door het risicovereveningssysteem in 2014, wat zorgt voor een gelijke(re) uitgangspositie tussen zorgverzekeraars.

- Flankerend beleid zorgt voor een afname van het gemiddelde vereveningsresultaat bij kleine en grote zorgverzekeraars en een toename van het gemiddelde vereveningsresultaat bij middelgrote zorgverzekeraars. Dit is tegengesteld aan het effect van het ex ante model, de HKC en bandbreedteregeling. Dit stemt overeen met de werking van flankerend beleid bij een kostenonderschrijding.
- De HKC zorgt bij middelgrote zorgverzekeraars voor een toename in het gemiddelde vereveningsresultaten en bij kleine en grote zorgverzekeraars voor een afname. De bandbreedteregeling zorgt er vervolgens voor dat de verschillen tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang verder dicht bij elkaar komen.

Voor de reikwijdte van het vereveningsresultaat en de spreiding in het vereveningsresultaat zijn dezelfde effecten van de werking van het risicovereveningssysteem in 2014 waar te nemen:

- De reikwijdte van het vereveningsresultaat neemt flink af door het risicovereveningssysteem 2014, ongeacht de portefeuilleomvang. Toepassing van het ex ante model zorgt bij kleine en grote zorgverzekeraars voor de grootste afname in de reikwijdte van het vereveningsresultaat: 73 % en 90 % respectievelijk. Bij middelgrote zorgverzekeraars zorgt de bandbreedteregeling voor (relatief gezien) de grootste afname in de reikwijdte in het vereveningsresultaat: 41 %.
- Bij kleine en grote zorgverzekeraars heeft het risicovereveningssysteem in 2014 een sterker effect op de reductie van de reikwijdte van het vereveningsresultaat dan bij middelgrote zorgverzekeraars. Dit komt doordat de reikwijdte bij middelgrote zorgverzekeraars in de situatie zonder risicovereveningssysteem al veel lager is dan bij kleine en grote zorgverzekeraars. Dit duidt erop dat het verschil in gemiddelde vereveningsresultaat tussen middelgrote zorgverzekeraars onderling kleiner is dan bij kleine en grote zorgverzekeraars.
- De spreiding in het vereveningsresultaat neemt af voor zowel kleine, middelgrote als grote zorgverzekeraars door het risicovereveningssysteem in 2014, ten opzichte van de situatie zonder risicovereveningssysteem. De reductie is het sterkst onder grote zorgverzekeraars (87 %) en de absolute spreiding na toepassing van het risicovereveningssysteem in 2014 is het meest gering: € 6 per verzekerde versus € 8 per verzekerde.

Deze resultaten zijn qua patroon in lijn met voorgaande jaren, waarbij de hoogte van de effecten – zoals eerder geconstateerd – niet goed vergelijkbaar zijn (Monitor 2013, Monitor 2012).

Portefeuilleomvang: concern-zorgverzekeraars/ zelfstandige zorgverzekeraars

Tabel 4-9 presenteert de resultaten voor zelfstandige zorgverzekeraars en zorgverzekeraars behorend tot een concern.

Tabel 4-9 Gemiddelde vereveningsresultaat, de reikwijdte en spreiding in het vereveningsresultaat voor de 26 zorgverzekeraars, ingedeeld in concern en zelfstandige zorgverzekeraars, voor de *gGGZ-kosten* in 2014, uitgedrukt in € per verzekerde van 18+.

	Gemiddelde, in €		Reikwijdte, in € (Min. – Max.)		Spreiding, in € (Standaarddeviatie)	
	Concern	Zelfstandig	Concern	Zelfstandig	Concern	Zelfstandig
Geen RV	48	73	248	86	51	34
DV voor FB en ex post	49	62	68	65	9	19
DV na FB	49	64	68	56	11	15
DV na FB en HKC	50	59	42	54	7	15
DV na FB en HKC en BB	50	56	27	18	7	6

Het risicovereveningssysteem van 2014 compenseert een groot deel van de verschillen tussen concern-zorgverzekeraars en zelfstandige zorgverzekeraars, waardoor het gemiddelde vereveningsresultaat tussen deze typen zorgverzekeraars dicht bij elkaar komen te liggen:

- In lijn met de resultaten van de voorgaande jaren is het gemiddelde vereveningsresultaat in 2014 voor concern-zorgverzekeraars vrij constant, ongeacht het moment. Bij zelfstandige zorgverzekeraars zijn (kleine) verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat zichtbaar op de verschillende momenten in 2014. Het gemiddelde vereveningsresultaat voor zelfstandige zorgverzekeraars is op alle momenten hoger dan voor concern-zorgverzekeraars.
- De reikwijdte van het vereveningsresultaat neemt flink af door het risicovereveningssysteem van 2014, waarbij een grotere reductie zichtbaar is voor concern-zorgverzekeraars (89 %) dan voor zelfstandige zorgverzekeraars (79 %). Dit verschil wordt verklaard doordat de reikwijdte bij concern-zorgverzekeraars in een situatie zonder risicovereveningssysteem hoog is, wat bepaald wordt door de twee uiterste zorgverzekeraars. Door het risicovereveningssysteem 2014 wordt het gemiddelde vereveningsresultaat van deze zorgverzekeraars teruggebracht. In vergelijking met 2013, ligt het gemiddelde vereveningsresultaat voor concern-zorgverzekeraars en zelfstandige zorgverzekeraars in 2014 iets verder van elkaar vandaan: € 27 en € 18 per verzekerde in 2014 versus € 17 en € 15 per verzekerde in 2013 (Monitor 2013).
- De spreiding in het gemiddelde vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregelen is in 2014 nagenoeg gelijk voor concern-zorgverzekeraars en zelfstandige-zorgverzekeraars, zoals ook voor voorgaande jaren is geconstateerd (Monitor 2012; Monitor 2013).

4.3.3. Gemiddelde resultaatverschuiving

De GGARV is geanalyseerd om inzicht te krijgen in de verschuivingen die optreden tussen zorgverzekeraars in 2014 voor de gGGZ-kosten op verschillende momenten.

Toepassing van het ex ante model, flankerend beleid en de ex post maatregelen zorgen in 2014 elk voor verschuivingen in het gemiddelde vereveningsresultaat van zorgverzekeraars. Conform verwachting vindt de relatief grootste verschuiving in het gemiddelde vereveningsresultaat van zorgverzekeraars plaats door het ex ante model ten opzichte van de situatie zonder een risicovereveningssysteem. Het effect in GGARV is:

- voor het ex ante model € 36 per verzekerde van 18+, ten opzichte van een situatie zonder risicovereveningssysteem;
- voor flankerend beleid € 6 per verzekerde van 18+, nadat het ex ante model is toegepast;
- voor de HKC € 5 per verzekerde van 18+, nadat flankerend beleid is toegepast;
- voor de bandbandbreedteregeling een beperkte additionele verschuiving van € 1 per verzekerde van 18+, nadat HKC is toegepast.

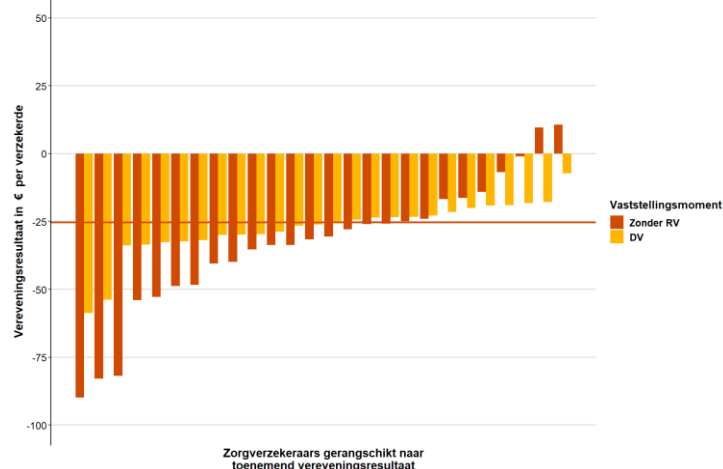
Deze resultaten zijn qua patroon vergelijkbaar met voorgaande jaren (Monitor 2012, Monitor 2013).

4.4. Opbrengsten verplicht eigen risico

4.4.1. Gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding voor 26 zorgverzekeraars

Figuur en Tabel 4-10 presenteert de resultaten voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico in 2014 voor alle zorgverzekeraars. Zoals in Hoofdstuk 2 vermeld, zijn flankerend beleid en ex post maatregelen niet van toepassing op de opbrengsten van het verplicht eigen risico.

Figuur en Tabel 4-10 Gemiddelde vereveningsresultaat voor 26 zorgverzekeraars voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico in 2014, uitgedrukt in € per verzekerde van 18+ en per moment gerangschikt naar toenemend vereveningsresultaat. De tabel geeft de reikwijdte in vereveningsresultaat en spreiding, in € per verzekerde van 18+.



	<i>Gemiddelde, in €</i>	<i>Reikwijdte, in €</i> (Min. – Max.)	<i>Spreiding, in €</i> (Standaarddeviatie)
Geen RV	- 25	101	16
DV	- 25	51	6

Gemiddelde vereveningsresultaat en reikwijdte

In 2014 is het gemiddelde vereveningsresultaat voor alle 26 zorgverzekeraars € - 25 per verzekerde van 18+ bij de definitieve vaststelling van de bijdrage. Ten opzichte van 2013 is het gemiddelde vereveningsresultaat meer dan verdubbeld: in 2013 € - 12 per verzekerde van 18+ (Monitor 2013).

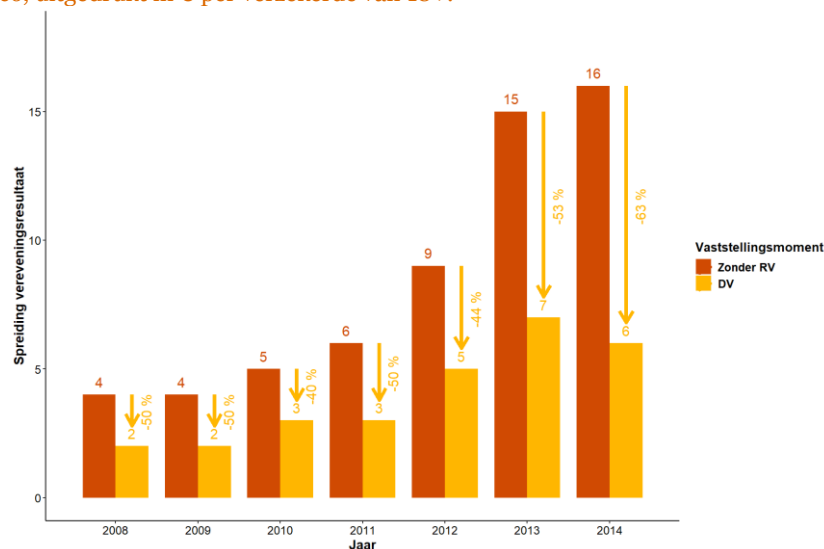
De reikwijdte van het gemiddelde vereveningsresultaat neemt af door toepassing van het risicovereveningssysteem in 2014 (in dit geval alleen een ex ante model): met 50 % (van € 101 naar € 51 per verzekerde van 18+). Het ex ante model verkleint het verschil in het gemiddelde vereveningsresultaat van de twee uiterste zorgverzekeraars, ten opzichte van een situatie zonder een ex ante model. Dit is in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2012; Monitor 2013).

Spreiding

De spreiding in het vereveningsresultaat neemt door het ex ante model met 63 % af (van € 16 naar € 6 per verzekerde), wat aangeeft dat het risicovereveningssysteem in 2014 bijdraagt aan het terugbrengen van verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico, ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem.

De ontwikkeling in de spreiding en spreidingsreductie over de periode 2008 tot en met 2014 is in Figuur 4-11 gepresenteerd. Deze figuur toont aan dat de spreidingsreductie is toegenomen ten opzichte van voorgaande jaren. De definitie van de forfaitaire groep is niet gewijzigd in 2014 ten opzichte van 2013 (in 2013 is de definitie gewijzigd ten opzichte van 2012), waardoor deze toename niet kan worden verklaard. Wel hebben kleine wijzigingen plaatsgevonden in het ex ante model van 2014: toevoeging van student bij AVI en actualisatie van het regiocriterium. Mogelijk wordt de toename in de spreidingsreductie ook (deels) verklaard door de verhoging van het verplicht eigen risico bedrag over de periode 2008 tot en met 2014. Er is namelijk ook een toename in de absolute spreiding in de situatie zonder een risicovereveningssysteem (en ook na toepassing van het risicovereveningssysteem, met uitzondering van klein verschil tussen 2013 en 2014). Het is aannemelijk dat bij een hoger verplicht eigen risico bedrag, de spreiding in het vereveningsresultaat toeneemt.

Figuur 4-11 Spreiding en spreidingsreductie in het vereveningsresultaat tussen 26 zorgverzekeraars voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico, uitgedrukt in € per verzekerde van 18+.



Voetnoot Figuur 4-11

- Cijfers van 2010 en 2011 zijn overgenomen uit Monitor 2011, cijfers van 2012 uit Monitor 2012 en cijfers van 2013 uit Monitor 2013.

4.4.2. Gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding op basis van portefeuilleomvang

Portefeuilleomvang: klein/ middelgroot/ groot

Tabel 4-12 presenteert de resultaten voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico in 2014 voor alle zorgverzekeraars ingedeeld in kleine, middelgrote en grote zorgverzekeraars.

Tabel 4-12 Gemiddelde vereveningsresultaat, reikwijdte en spreiding voor alle zorgverzekeraars, ingedeeld in klein/ middelgroot/ groot voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico in 2014, uitgedrukt in € per verzekerde van 18+.

	Gemiddelde, in €			Reikwijdte, in € (Min. – Max.)			Spreiding, in € (Standaarddeviatie)		
	Klein	Middelgroot	Groot	Klein	Middelgroot	Groot	Klein	Middelgroot	Groot
Geen RV	- 29	- 40	- 21	93	74	40	35	20	9
DV	- 24	- 29	- 24	26	41	15	10	10	4

Het gemiddelde vereveningsresultaat voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico is negatief voor kleine, middelgrote en grote zorgverzekeraars in 2014. Het gemiddelde vereveningsresultaat is voor middelgrote zorgverzekeraars lager dan voor kleine en grote zorgverzekeraars. Dit betekent dat de ingehouden korting op de bijdrage en de opbrengsten van het verplicht eigen risico beter op elkaar aansluiten voor kleine en grote zorgverzekeraars dan voor middelgrote zorgverzekeraars. In 2013 was het gemiddelde vereveningsresultaat voor kleine zorgverzekeraars hoger dan voor middelgrote en grote zorgverzekeraars (Monitor 2013).

Verschillen in de reikwijdte van het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars van verschillende portefeuilleomvang nemen af door het risicovereveningssysteem in 2014. Bij middelgrote zorgverzekeraars is de reikwijdte van het vereveningsresultaat het grootst en bij grote zorgverzekeraars het meest gering. Dit kan worden verklaard doordat er meer middelgrote zorgverzekeraars zijn dan kleine en grote zorgverzekeraars, waardoor de verwachting op uitschieters groter is voor middelgrote zorgverzekeraars.

De spreiding in het vereveningsresultaat is onder kleine en middelgrote zorgverzekeraars groter dan voor grote zorgverzekeraars. Dit betekent dat tussen kleine en middelgrote zorgverzekeraars onderling de verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat groter zijn dan bij grote zorgverzekeraars in 2014. Dit is in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2012, Monitor 2013).

Portefeuilleomvang: concern-zorgverzekeraars/ zelfstandige zorgverzekeraars

Tabel 4-13 presenteert de resultaten voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico voor alle zorgverzekeraars, ingedeeld in concern-zorgverzekeraars en zelfstandige zorgverzekeraars.

Tabel 4-13 Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat, de reikwijdte en spreiding in het vereveningsresultaat voor zorgverzekeraars, ingedeeld in zorgverzekeraars behorend tot een concern en zelfstandige zorgverzekeraars, voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico in 2014, uitgedrukt in € per verzekerde.

	Gemiddelde, in €		Reikwijdte, in € (Min. – Max.)		Spreiding, in € (Standaarddeviatie)	
	Concern	Zelfstandig	Concern	Zelfstandig	Concern	Zelfstandig
Geen RV	- 24	- 34	101	66	16	19
DV	- 25	- 27	47	41	6	11

Door toepassing van het risicovereveningssysteem (i.e. ex ante model) in 2014 komt het gemiddelde vereveningsresultaat voor concern-zorgverzekeraars en zelfstandige zorgverzekeraars veel dichterbij elkaar c.q. zijn ze nagenoeg gelijk aan elkaar. Bij concern-zorgverzekeraars ontstaat een lichte daling in het gemiddelde vereveningsresultaat en bij zelfstandige zorgverzekeraars een stijging, ten opzichte van de situatie zonder een risicovereveningssysteem. Een daling van het gemiddelde vereveningsresultaat betekent dat bij deze zorgverzekeraars de korting op de bijdrage toeneemt, in relatie tot de geïnde opbrengsten voor het verplicht eigen risico.

Op dezelfde wijze heeft het risicovereveningssysteem in 2014 effect op de reikwijdte in het vereveningsresultaat (en is hetzelfde te zien bij de spreiding). De reikwijdte in het vereveningsresultaat is bij concern-zorgverzekeraars (iets) hoger dan bij zelfstandige zorgverzekeraars. In 2013 was dit ook het geval (Monitor 2013). In de voorgaande jaren was de reikwijdte in het vereveningsresultaat juist voor zelfstandige zorgverzekeraars hoger (Monitor 2012; Monitor 2011). Dit komt mogelijk door de stijging van het verplicht eigen risico over de jaren in combinatie met wijzigingen in de portefeuillesamenstelling van zorgverzekeraars. Bij concern-zorgverzekeraars is de spreiding in 2014 lager dan bij zelfstandige zorgverzekeraars. Dit is in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2012; Monitor 2013).

4.4.3. Gemiddelde resultaatverschuiving

Voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico is de GGARV ten opzichte van een situatie zonder een risicovereveningssysteem gelijk aan € 4 per verzekerde van 18+. Dit is de gemiddelde verschuiving die optreedt in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars als gevolg van toepassing van het ex ante model om de korting op de bijdrage voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico in te houden. De GGARV is in 2014 lager dan in 2013 en 2012: beide € 6 per verzekerde (Monitor 2012; Monitor 2013).

5. Resultaten op subgroepniveau

Samenvatting

Voor interpretatie van de resultaten: Het gemiddelde vereveningsresultaat voor enkele subgroepen in de Zvw-bevolking is geanalyseerd ter indicatie van de werking van de ex ante modellen voor de somatische kosten en gGGZ-kosten. Dit is het gemiddelde vereveningsresultaat (i.e. onder- en overcompensatie) voor toepassing van flankerend beleid en ex post maatregelen, *niet* gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat. Voor zorgverzekeraars kan de daadwerkelijke onder- en overcompensatie voor de subgroepen anders uitpakken, door flankerend beleid en de ex post bijdrage die zij ontvangen. In onderstaande analyses geldt een gemiddeld positief vereveningsresultaat van € 164 per verzekerde voor de somatische kosten en € 51 per verzekerde van 18+ voor de gGGZ-kosten, als gevolg van de makrokostenonderschrijding.

Somatische kosten

- Het merendeel van de Zvw-bevolking (97,3 %) wordt in 2014 voor subgroepen op basis van kosten in het vorige jaar gemiddeld overgecompenseerd: van € 111 tot € 368 per verzekerde.
- Verzekerden met kosten in de hoogste 1 % en 3 % worden in 2014 gemiddeld ondergecompenseerd met respectievelijk € 3.123 en € 258 per verzekerde (tezamen 2,8 % van de Zvw-bevolking). De ondercompensatie voor deze subgroepen is afgenomen ten opzichte van voorgaande jaren, mogelijk door de uitbreiding van het ex ante model met de HKGs in 2014. Het merendeel van de verzekerden in deze subgroepen zijn ingedeeld in de positieve risicoklassen van een FKG, DKG, MHK en/ of HKG; desondanks resteert een gemiddelde ondercompensatie.
- Verzekerden onder de 18 jaar met een somatische aandoening worden in 2014 gemiddeld ondergecompenseerd met € 753 per verzekerde (0,5 % van de totale Zvw-bevolking). Ook worden verzekerden met een psychische aandoening zonder somatische aandoening gemiddeld ondergecompenseerd: € 158 voor verzekerden van 18 tot 64 jaar en € 367 voor verzekerden van 65+.
- Andere subgroepen worden in 2014 gemiddeld overgecompenseerd: van € 47 tot € 390 per verzekerde.
- Deze bevindingen zijn qua patroon in lijn met voorgaande jaren (2012 en 2013).

gGGZ-kosten

- De meeste verzekerden van 18+ in 2014 hebben geen gGGZ-kosten in het vorige jaar (93,6 %) en worden gemiddeld licht overgecompenseerd in 2014: onder- of overcompensatie is € 45 per verzekerde van 18+.
- Verzekerden in de subgroepen met (zeer) hoge gGGZ-kosten in het vorig jaar – hoogste 1 %, 3 % en 5 % – worden in 2014 gemiddeld ondergecompenseerd met € 541 tot € 3.390 per verzekerde (elk subgroep 0,1 % van de totale Zvw-bevolking van 18+). Voor een deel van deze verzekerden in de hoogste 1 % krijgen zorgverzekeraars een ex-post bijdrage (vanuit de HKC), die niet is inbegrepen in deze resultaten. Voor de subgroep laagste 25 % is ook een ondercompensatie: gemiddeld € 233 per verzekerde (1,6 % van de Zvw-bevolking van 18+).
- Verzekerden in de midden 70 % worden gemiddeld overgecompenseerd met € 368 per verzekerde (4,5 % van de Zvw-bevolking van 18+). Deze ondercompensatie is afgenomen ten opzichte van voorgaande jaren; mogelijk als gevolg van de uitbreiding van het ex ante model met de DKG-GGZ in 2014.
- Het merendeel van de verzekerden van 18+ (92,7 %) hebben geen somatische en psychische aandoening. Deze verzekerden worden gemiddeld adequaat gecompenseerd in 2014.
- Voor de resterende 7,3 % van de Zvw-bevolking van 18+ geldt in 2014 een gemiddeld overcompensatie van € 239 tot € 434 per verzekerde, waarbij deze overcompensatie lager is als zowel een somatische als een psychische aandoening aanwezig is (ten opzichte van alleen een psychische aandoening) en als de verzekerde 65+ is (ten opzichte van 18 tot 64 jaar).
- Opvallend in relatie tot de resultaten voor de somatische kosten is dat het ex ante model voor de gGGZ voor subgroepen die geen psychische aandoening hebben (i.e. merendeel van de verzekerden) de gemiddelde kosten adequaat compenseren, terwijl dit patroon niet is waar te nemen bij het ex ante model voor de

somatische kosten voor verzekerden die geen somatische aandoening hebben. Mogelijk heeft dit te maken met somatische kosten voor verzekerden met een psychische aandoening (zonder somatische aandoening).

5.1. Doel en definitie begrippen voor interpretatie resultaten

Dit hoofdstuk toetst de werking van de ex ante modellen voor de somatische kosten en de gGGZ-kosten op *subgroepniveau* voor 2014. Deze analyses geven inzicht in de aansluiting van de ex ante bijdrage ten tijde van de definitieve vaststelling (voor toepassing van flankerend beleid en ex post maatregelen) met de gerealiseerde kosten van enkele subgroepen in de Zvw-bevolking. Per subgroep is het gewogen gemiddelde vereveningsresultaat geanalyseerd: het verschil tussen de gemiddelde bijdrage en de gemiddelde kosten. Een positief vereveningsresultaat staat voor een *overcompensatie* en een negatief vereveningsresultaat voor een *ondercompensatie*.

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

- De resultaten tonen aan in welke mate het ex ante model uiteindelijk op basis van gerealiseerde cijfers, die vier jaar na het betreffende vereveningsjaar bekend zijn, verschillen in kosten tussen subgroepen compenseert in 2014. De effecten van flankerend beleid en ex post maatregelen zijn niet inbegrepen (deze maatregelen worden niet volledig uitgevoerd op verzekerdeniveau). Ook is geen correctie uitgevoerd voor het macrovereveningsresultaat. In hoofdstuk 6 zijn de resultaten gepresenteerd op subgroepen na correctie voor het macrovereveningsresultaat.
- Voor het realiseren van de beleidsdoelen van het ex ante model is het niet nodig dat de gemiddelde onder- en overcompensaties voor alle subgroepen gelijk zijn aan nul. Ook is een gemiddelde onder- of overcompensatie niet voor elke subgroep van even groot belang. In de analyses zijn alle risicodragende kosten onder de Zvw meegenomen, afzonderlijk voor de somatische zorg en de gGGZ. Er is geen onderscheid gemaakt in kosten waarvoor het ex ante model dient te compenseren en voor welke kosten niet, zoals onnodige of ondoelmatige zorg.
- Onderhavige Monitor onderzoekt 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 van het risicovereveningssysteem in 2014 bereiken.

Keuze definitie subgroepen

In deze Monitor is dezelfde definitie van de subgroepen gehanteerd als in de vorige edities, rekening houdend met wijzigingen in de definitie van vereveningskenmerken (Bijlage B). Een belangrijk verschil met voorgaande jaren is dat in 2014 de HKGs zijn meegenomen bij het definiëren van subgroepen voor een somatische aandoening (naast de DKGs, FKGs en MHK). Bijlage D presenteert de drempelbedragen voor indeling van de subgroepen op basis van kosten van het vorige jaar (2013). Alle verzekerden in de Zvw-bevolking van 2014 zijn ingedeeld in subgroepen. Dit betekent dat de indeling van verzekerden in de subgroepen van jaar-op-jaar kunnen verschillen. 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 (2012 en 2013).

5.2. Somatische kosten

5.2.1. Subgroepen op basis van kosten van vorig jaar

Tabel 5-1 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat en de kosten in 2014 voor de onderzochte subgroepen op basis van de somatische kosten uit 2013, voor de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en de bandbreedteregeling. De omvang van de subgroep is uitgedrukt als percentage van de totale Zvw-bevolking in 2014. Verzekerden die in 2014 zijn geboren of geïmmigreerd, zijn ingedeeld in de subgroep laagste 15 %. Verzekerden die in 2013 zijn overleden of geëmigreerd zijn niet inbegrepen. Door deze in- en uitstroom is de omvang van de subgroepen in 2014 niet exact gelijk aan de gestelde percentielklassen op basis van de kosten van 2013. De subgroepen sluiten elkaar uit: de hoogste 3 % bevat niet de verzekerden in de hoogste 1 %.

Tabel 5-1 Gemiddelde vereveningsresultaat en gemiddelde kosten voor de somatische zorg in 2014 voor subgroepen op basis van somatische kosten in 2013, op moment van de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en bandbreedteregeling, uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen ^a op basis van kosten 2013	Definitieve vaststelling voor 2014 (voor flankerend beleid en bandbreedteregeling)		
	Aantal (%)	Gemiddelde vereveningsresultaat in € ^{b, c} Macrovereveningsresultaat: € 165	Gemiddelde kosten in € ^c
Hoogste 1 % (99 % - 100 %)	0,9	- 3.123	17.771
Hoogste 3 % (97 % - 99 %)	1,9	- 258	8.883
Hoogste 5 % (95 % - 97 %)	1,9	112	6.084
Hoogste 15 % (85 % - 95 %)	9,8	111	3.912
Midden 70 % (15 % - 85 %)	70,1	183	1.244
Laagste 15 % (0 % - 15 %) ^d	15,4	368	648

Voetnoot Tabel 5-1

a. De subgroepen sluiten elkaar uit.

b. Het gemiddelde vereveningsresultaat is het verschil tussen de gemiddelde bijdrage en de gemiddelde kosten. In berekening van het vereveningsresultaat is rekening gehouden met criteriumneutraliteit voor de vereveningskenmerken MHK, HKG en DKG.

c. De gemiddelde kosten in het aangeleverde bestand bedragen € 1.798 per verzekerde. In deze analyse resulteert een macrovereveningsresultaat van € 165 per verzekerde; geen correctie is uitgevoerd (Bijlage B voor nadere toelichting).

d. Deze subgroep bevat ook de instromers in 2014 (i.e. geboren en immigranten), dit betreft 1,0 % van de totale Zvw-bevolking.

Verzekerden in de subgroepen met kosten tot de hoogte 3 % in het vorige jaar - ofwel de subgroepen laagste 15 %, midden 70 %, hoogste 15 % en hoogste 5 % - worden gemiddeld overgecompenseerd in 2014. Deze subgroepen omvatten tezamen 97,3 % van de totale Zvw-bevolking in 2014. Voor de grootste subgroep - midden 70 % - is sprake van een gemiddelde overcompensatie van € 183 per verzekerde. Voor de subgroepen hoogste 15 % en hoogste 5 % is de overcompensatie € 111 en € 112 per verzekerde, respectievelijk. Vorig jaar werden deze subgroepen licht ondergecompenseerd. Voor de subgroep hoogste 15 % kan de stijging van het macrovereveningsresultaat van 2014-op-2013 (grotendeels) worden verklaard door een daling van de kosten: verschil van gemiddeld € 97. Voor de hoogste 5 % kan dit (deels) worden verklaard door een daling van de kosten, een toename in het macrovereveningsresultaat van € 130 in 2013 naar € 165 per verzekerde in 2014 en het positieve effect van uitbreiding van het ex ante model met de HKGs in 2014.

Voor de subgroep laagste 15 % - dit is 15,4 % van de totale Zvw-bevolking - is sprake van een behoorlijke gemiddelde overcompensatie in 2014: € 368 per verzekerde. In voorgaande jaren was deze overcompensatie voor deze subgroep van dezelfde orde van grootte: € 383 in 2013 en € 397 in 2012, ondanks de verschillen in de kostenniveaus tussen de jaren (Monitor 2012; Monitor 2013). De verzekerden in deze subgroep hebben zeer weinig tot geen kosten in het vorige jaar. In 2014 hebben deze verzekerde ook relatief lage kosten: gemiddeld € 648 per verzekerde. Deze subgroep en de subgroep midden 70 % hebben kosten lager dan de gemiddelde kosten van de totale Zvw-bevolking (€ 1.798 per verzekerde), wat aangeeft dat deze subgroepen relatief gezonde verzekerden bevatten. *Noot* - in de subgroep laagste 15 % zijn de instromers van 2014 inbegrepen (1,0 % van de Zvw-bevolking). Deze verzekerden kijken over het algemeen af qua kosten van de andere verzekerden in de subgroep laagste 15 %.

De subgroepen hoogste 1 % en hoogste 3 % worden gemiddeld ondergecompenseerd in 2014 met € 3.123 en € 258 per verzekerde respectievelijk. Deze subgroepen zijn relatief klein: 0,9 % tot 1,9 % van de totale Zvw-populatie. De gemiddelde kosten van deze subgroepen liggen ver boven het gemiddelde van de Zvw-bevolking: 5 tot 10 keer. Voor de subgroep hoogste 1 % is sprake van de hoogste gemiddelde ondercompensatie in 2014. In voorgaande jaren was er voor deze subgroep ook een fors gemiddelde ondercompensatie: € 4.055 en € 2.231 per verzekerde respectievelijk (Monitor 2012; Monitor 2013). Ten opzichte van 2013 is de ondercompensatie afgenomen, wat met name wordt verklaard door een daling in de kosten: circa 8 %. Voor de hoogste 3 % is de ondercompensatie ten opzichte van 2013 ook afgenomen: van € 608 in 2013 naar € 258 in 2014 (Monitor 2013). De gemiddelde kosten voor deze subgroep zijn in dezelfde orde van grootte. De afname van de ondercompensatie kan komen door het effect van de invoering van de HKGs per 2014, waardoor verzekerden met een somatische aandoening(en), die ook hulpmiddelen gebruiken, nu beter worden gecompenseerd dan in voorgaande jaren.

Nadere beschouwing

Om meer inzicht te krijgen in de (morbiditeits-)kenmerken van de subgroepen zijn aanvullende analyses uitgevoerd. Mogelijk leiden deze analyses tot een nadere verklaring voor de geconstateerde onder- en overcompensaties voor deze subgroepen.

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

Subgroepen ^a op basis van kosten 2013	Percentage (%) in positieve risicoklasse van morbiditeitskenmerk				
	FKG>0	MHK>0	DKG>0	HKG>0	Combinaties ^b
Hoogste 1 % (99 % - 100 %)	62,9	53,2	70,4	14,7	7,0
Hoogste 3 % (97 % - 99 %)	63,3	55,2	65,5	10,1	4,2
Hoogste 5 % (95 % - 97 %)	53,9	47,3	50,8	7,5	2,4
Hoogste 15 % (85 % - 95 %)	45,6	33,4	29,7	3,4	0,6
Midden 70 % (15 % - 85 %)	16,0	0,5	5,1	0,1	0,0
Laagste 15 % (0 % - 15 %)	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0

Voetnoot Tabel 5-2

a. De subgroepen sluiten elkaar uit.

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

Bij subgroepen met hoge kosten – hoogste 1 %, 3 %, 5 % en 15 % – is het aandeel verzekerden ingedeeld in een positieve DKG, FKG, HKG en MHK hoger, dan bij subgroepen met lage(re) kosten, waaronder de laagste 15 % en midden 70 %. Verzekerden in de subgroepen hoogste 1 % en hoogste 3 % zijn relatief vaak ingedeeld in de positieve risicoklassen van deze morbiditeitskenmerken. Hierbij valt ook op dat het aandeel verzekerden dat is ingedeeld in een positieve risicoklasse in elk van deze morbiditeitskenmerken – de combinaties ter indicatie van multi-morbiditeit – toeneemt: naar 4,2 % of 7,0 % voor deze subgroepen. Elke positieve risicoklasse van deze morbiditeitskenmerken zorgt voor een opslag in de bijdrage. Desondanks resteert voor deze subgroepen een forse gemiddelde ondercompensatie. Het ex ante model is in staat 82,4 % en 97,0 % van de kosten van deze twee subgroepen hoogste 1 % en 3 % respectievelijk te compenseren in 2014; en daarmee resteert 17,6 % en 3,0 % van de kosten van deze subgroepen die niet worden gecompenseerd.⁷ Mogelijk wordt de ondercompensatie (deels) verklaard doordat het ex ante model combinaties van morbiditeitskenmerken, met achterliggend meerdere chronische aandoeningen c.q. meervoudige gezondheidsproblematiek, niet volledig goed opnemen. Deze verzekerden zijn de relatief hoog risico-verzekerden binnen de risicoklasse van de morbiditeitskenmerken.

Verzekerden in de subgroep hoogste 5 % zijn ook relatief vaak ingedeeld in een positieve risicoklasse van deze morbiditeitskenmerken. Voor deze subgroep is sprake van een gemiddelde overcompensatie. Dit kan (deels) worden verklaard voor de macrokostenonderschrijding. Mogelijk zijn deze verzekerden binnen elke positieve risicoklasse van de morbiditeitskenmerken de relatief laag-risico (i.e. de relatief gezondere) verzekerden binnen deze subgroep, in vergelijking met de verzekerden in de hoogte 1 % en 3 %. Deze verzekerden worden gemiddeld genomen goed opgevangen met de (morbiditeits-)kenmerken van het ex ante model 2014.

Noot - In deze Monitor is niet nader onderzocht welk deel van de kosten van een subgroep kunnen worden voorspeld en welk deel van de zorgkosten wenselijk zijn om te compenseren via het ex-ante model. Tevens is niet onderzocht voor welke type zorgverlening kosten zijn gemaakt. Zo kunnen verzekerden kosten maken die niet direct gerelateerd zijn aan een (chronische) aandoening(en) of is sprake van incidenteel zorggebruik. Het ex ante model kan en hoeft deze kosten niet volledig te compenseren. Mogelijk kan een deel van de onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen hierdoor worden verklaard.

5.2.2. Subgroepen samenhang aandoening en leeftijdsgroepen

Tabel 5-3 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat en kosten voor de onderzochte subgroepen van 2014 op basis van een somatische/ psychische aandoening in combinatie met leeftijdsgroepen, voor de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en bandbreedteregeling. De omvang van de subgroep is wederom uitgedrukt als percentage van het totaal aantal verzekerden.

Noot – bij het definiëren van de somatische aandoening zijn de HKGs meegenomen. Dit is een belangrijk verschil met voorgaande jaren (Monitor 2012; Monitor 2013).

⁷ Voorbeeldberekening: $100 \% * (17.771 - 3.123) / 17.771 = 82,4 \%$ en $100 \% * 3.123 / 17.771 = 17,6 \%$.

Tabel 5-3 Gemiddelde vereveningsresultaat en de gemiddelde somatische kosten in 2014 voor subgroepen op basis van samenhang voor somatische aandoening en psychische aandoening in combinatie met leeftijdsgroepen, op moment van de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen, uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd	Definitieve vaststelling voor 2014 (voor flankerend beleid en bandbreedteregeling)		
	Aantal (%)	Gemiddelde vereveningsresultaat in € ^{a, b} Macrovereveningsresultaat: € 165	Gemiddelde kosten in € ^b
Verzekerden onder de 18 jaar			
- Geen somatische aandoening	20,0	47	782
- Wel somatische aandoening	0,5	- 753	5.752
Verzekerden 18 jaar tot en met 64 jaar			
- Geen somatische - Geen psychische aandoening	47,7	108	865
- Geen somatische - Wel psychische aandoening	1,7	- 158	1.261
- Wel somatische - Geen psychische aandoening	9,3	314	3.766
- Wel somatische - Wel psychische aandoening	3,0	285	3.251
Verzekerden van 65 jaar en ouder			
- Geen somatische - Geen psychische aandoening	7,1	256	1.956
- Geen somatische - Wel psychische aandoening	0,1	- 367	2.629
- Wel somatische - Geen psychische aandoening	9,6	538	5.498
- Wel somatische - Wel psychische aandoening	1,0	390	5.930

Voetnoot Tabel 5-3:

- Het gemiddelde vereveningsresultaat is het verschil tussen de gemiddelde bijdrage en de gemiddelde kosten. In berekening van het vereveningsresultaat is rekening gehouden met criteriumneutraliteit voor de vereveningskenmerken MHK, HKG en DKG.
- De gemiddelde kosten in het aangeleverde bestand bedragen € 1.798 per verzekerde. In deze analyse resulteert een macrovereveningsresultaat van € 165 per verzekerde; geen correctie is uitgevoerd (Bijlage B voor nadere toelichting).

Van de verzekerden jonger dan 18 jaar hebben de meeste verzekerden geen somatische aandoening (op basis van de morbiditeitskenmerken). In totaal omvat deze subgroep 20 % van de totale Zvw-bevolking in 2014. Voor deze subgroep is de overcompensatie beperkt tot € 47 per verzekerde. *Noot* - In 2013 is voor deze subgroep een lichte gemiddelde overcompensatie geconstateerd: € 82 per verzekerde (Monitor 2013). In 2012 was dit € 95 (Monitor 2012). De gemiddelde kosten van deze subgroep is licht toegenomen over de jaren, wat de afname in het gemiddelde vereveningsresultaat over de jaren (deels) verklaart.

Voor de subgroep van verzekerden jonger dan 18 jaar met een somatische aandoening is sprake van een gemiddelde ondercompensatie met € 753 per verzekerde in 2014. Dit is een relatief kleine subgroep: 0,5 % van de totale Zvw-bevolking in 2014. De gemiddelde kosten van deze subgroep zijn relatief hoog: € 5.752 per verzekerde, in verhouding tot € 1.798 per verzekerde voor de totale Zvw-bevolking. Dit is in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2012; Monitor 2013). Het ex ante model 2014 is in staat een deel van de kosten van deze subgroep te voorspellen: circa 87 % wel en 13 % niet.

De subgroepen van verzekerden zonder een somatische aandoening maar met een psychische aandoening worden gemiddeld ondergecompenseerd in 2014 (ongeacht leeftijdsgroep). De ondercompensatie is hoger voor verzekerden van 65 jaar en ouder dan voor verzekerden van 18 jaar tot en met 64 jaar: respectievelijk € 367 en € 158 per verzekerde. De gemiddelde kosten van de verzekerden van 65 jaar en ouder zijn ook hoger dan van verzekerden van 18 jaar tot en met 64 jaar: respectievelijk € 2.629 en € 1.261 per verzekerde. Beide subgroepen zijn relatief klein: respectievelijk 0,1 % en 1,7 % van de totale Zvw-bevolking in 2014. In voorgaande jaren was hetzelfde patroon in de resultaten zichtbaar (Monitor 2012; Monitor 2013). Mogelijk kunnen deze resultaten worden verklaard doordat deze verzekerden somatische kosten maken vanwege hun psychische aandoening, zoals voor de huisarts, ziekenhuis en/ of medicatie. Doordat zij geen somatische aandoening hebben conform de gehanteerde definitie (geen FKG, DKG, HKG of MHK) komen zij niet in een positieve risicoklasse van deze morbiditeitskenmerken terecht. Dit resulteert in een afslag op de bijdrage. Hierdoor is de gemiddelde bijdrage lager dan de gemiddelde kosten voor deze subgroepen. De verzekerden van 65 jaar en ouder hebben kosten die hoger zijn dan de gemiddelde kosten in de Zvw-bevolking, wat duidt op verzekerden met bovengemiddeld gebruik van de somatische zorg (zonder de aanwezigheid van een somatische aandoening op basis van de gehanteerde definitie). Verzekerden van 18 jaar tot 64 jaar hebben kosten die lager zijn dan de gemiddelde kosten in de Zvw-bevolking, wat duidt op een subgroep verzekerden met ondergemiddeld gebruik van de somatische zorg.

Nadere beschouwing

Ongeveer de helft van de verzekerden onder de 18 jaar met een somatische aandoening is ingedeeld in een positieve FKG, ongeveer de helft van de verzekerden is ingedeeld in een positieve MHK en ongeveer 8 % in een positieve HKG. Daarnaast is ongeveer driekwart van de verzekerden ingedeeld in de afslagklasse van de DKGs.

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. Het aandeel verzekerden in een positieve risicoklasse neemt wel (iets) toe bij verzekerden die zowel een somatische als een psychische aandoening hebben.

Net zoals in de voorgaande analyse in paragraaf 5.2.1 is niet onderzocht voor welke type zorgverlening kosten zijn gemaakt en welk deel van de kosten gerelateerd zijn aan een of meerdere (chronische) aandoeningen. Dit is niet mogelijk op basis van de beschikbare gegevens. Mogelijk kan een deel van de onder- en overcompensaties worden verklaard door kosten die niet zijn gerelateerd aan een of meerdere (chronische) aandoeningen.

Analyse van patronen in de onderliggende declaraties op het niveau van type zorgverlening kan waardevolle inzichten opleveren om te achterhalen waarom bepaalde subgroepen worden onder- of overgecompenseerd.

5.3. gGGZ-kosten

5.3.1. Subgroepen op basis van kosten van vorig jaar

Tabel 5-4 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat en de gemiddelde gGGZ-kosten voor de onderzochte subgroepen op basis van de gGGZ-kosten uit 2013, voor de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen in 2014. De omvang van de subgroep is uitgedrukt als percentage van de Zvw-bevolking van 18+. Verzekerden die 18 jaar zijn geworden of zijn geïmmigreerd in 2014 worden ingedeeld in de subgroep gelijk aan nul (de instromers in 2014). Verzekerden die zijn overleden of geïmmigreerd in 2013 zijn niet inbegrepen. De percentielklassen: laagste 25 % tot en met hoogste 1 %, zijn bepaald op verzekerden, die gGGZ-kosten hebben gehad in 2013 (6,4 % van de verzekerden in 2014). De subgroepen sluiten elkaar uit.

Tabel 5-4 Gemiddelde vereveningsresultaat en gemiddelde gGGZ-kosten voor subgroepen op basis van gGGZ-kosten uit het voorgaande jaar, op moment van de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen, voor de totale gGGZ-kosten, uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen ^a op basis van kosten 2013	Definitieve vaststelling voor 2014 (voor flankerend beleid en ex post maatregelen)		
	Aantal (%)	Gemiddelde vereveningsresultaat in € ^b <i>Macrovereveningsresultaat: € 51</i>	Gemiddelde kosten in € ^c
Hoogste 1 % (als >0: 99 % - 100 %)	0,1	- 3.390	23.471
Hoogste 3 % (als >0: 97 % - 99 %)	0,1	- 284	15.616
Hoogste 5 % (als >0: 95 % - 97 %)	0,1	- 541	10.866
Midden 70 % (als >0: 25 % - 95 %)	4,5	368	2.161
Laagste 25 % (als >0: 0 % - 25 %)	1,6	- 233	486
Gelijk aan nul	93,6	45	85

Voetnoot Tabel 5-4

- De subgroepen sluiten elkaar uit.
- Het gemiddelde vereveningsresultaat is het verschil tussen de gemiddelde bijdrage en de gemiddelde kosten. In berekening van het vereveningsresultaat is rekening gehouden met criteriumneutraliteit voor de vereveningskenmerken LDR en DKG-GGZ. De gebruikte normbedragen voor bepaling van de bijdrage zijn niet gecorrigeerd voor de HKC.
- De gemiddelde kosten in het aangeleverde bestand bedragen € 232 per verzekerde. In deze analyse resulteert een macrovereveningsresultaat van € 51 per verzekerde; geen correctie wordt uitgevoerd (Bijlage B voor nadere toelichting).

Het overgrote deel van de verzekerden in 2014 had geen gGGZ-kosten in 2013: 93,6 % van de Zvw-bevolking (inclusief de verzekerden die 18 jaar worden of zijn geïmmigreerd in 2014: circa 1 %). Voor deze subgroep is sprake van een beperkte gemiddelde overcompensatie van € 45 per verzekerde. Vanwege de grote omvang van deze subgroep gaat het op macroniveau wel om een behoorlijk bedrag: € 1.055 miljoen. Deze bevinding is in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2012; Monitor 2013). *Noot* – de gGGZ-kosten zijn erg scheef verdeeld onder de Zvw-bevolking van 18+. Voor GGZ-cliënten met hoge kosten is het lastig de kosten adequaat te voorspellen, gegeven de gehanteerde uitgangspunten en modelspecificaties. Het gevolg is dat voor een grote groep sprake is van een beperkte overcompensatie met voor andere kleine subgroepen hoge gemiddelde ondercompensaties.

De subgroep midden 70 % wordt gemiddeld overgecompenseerd met € 368 per verzekerde in 2014. Deze subgroep omvat 4,5 % van de Zvw-bevolking van 18+. In 2013 was voor deze subgroep ook een behoorlijke gemiddelde overcompensatie geconstateerd, met een soortgelijke omvang in verzekerden: € 897 per verzekerde voor 4,6 % van de Zvw-bevolking van 18+ (Monitor 2013). In 2012 was eenzelfde bevinding geconstateerd: €

703 per verzekerde voor 5,2 % van de Zvw-bevolking van 18+ (Monitor 2012). Hier is uit op te maken dat de ondercompensatie in 2014 is afgenomen. De kosten van deze subgroep zijn juist gestegen. Het vereveningsresultaat voor deze subgroep is verbeterd in 2014, wat het gevolg kan zijn van de uitbreiding van het ex ante model met DKG-GGZ.

De subgroepen van verzekerden met (zeer) hoge gGGZ-kosten – de hoogste 1 %, 3 % en 5 % – worden gemiddeld fors ondergecompenseerd in 2014 (voor toepassing van flankerend beleid en ex post maatregelen). De gemiddelde ondercompensatie bedraagt € 284 tot € 3.390 per verzekerde. Deze subgroepen zijn elk circa 0,1 % van de Zvw-bevolking van 18+. De gemiddelde kosten van deze subgroepen zijn relatief hoog: € 10.866 per verzekerde voor de hoogste 5 % tot € 23.471 per verzekerde voor de hoogste 1 %. Een groot deel van de verzekerden in de hoogste 1 % komen terecht in de HKC-risicopool. De kosten van de verzekerden boven € 25.000 worden voor 90 % tussen zorgverzekeraars onderling gecompenseerd. Dit effect is niet meegenomen in bovenstaande resultaten. De ondercompensatie voor verzekerden in de hoogste 1 % kan lager zijn voor zorgverzekeraars dan hier gepresenteerd. Deze resultaten zijn qua patroon in lijn met voorgaande jaren; ook toen was sprake van een forse ondercompensatie (Monitor 2012; Monitor 2013). Hierbij valt op dat de ondercompensatie flink is afgenomen in 2014 ten opzichte van voorgaande jaren, terwijl dat de kosten juist zijn gestegen. Dit geeft dat het vereveningsresultaat voor deze subgroepen is verbeterd in 2014, wat komt door de uitbreiding van het ex ante model met DKG-GGZ.

De subgroep laagste 25 % wordt gemiddeld ondergecompenseerd met € 233 per verzekerde in 2014. Deze subgroep omslaat circa 1,6 % van de totale Zvw-bevolking van 18+. Deze resultaten zijn in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2012; Monitor 2013). Mogelijk omvat deze subgroep nieuwe gGGZ-gebruikers, waarvan de gGGZ-kosten in het daaropvolgende jaar moeilijk te voorspellen zijn. Ook kunnen in deze subgroep gGGZ-gebruikers voorkomen met lichte psychische aandoeningen, die incidenteel gebruik maken van de gGGZ-zorg. Voor deze verzekerden zijn de kosten moeilijk te voorspellen in het daaropvolgende jaar.

Nadere beschouwing

Tabel 5-5 geeft inzicht in de morbiditeitskenmerken van de onderzochte subgroepen op basis van de gGGZ-kosten in het vorige jaar.

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

Subgroepen ^a op basis van kosten 2013	Percentage (%) in positieve risicoklasse van morbiditeitskenmerk		
	FKG-GGZ > 0	DKG-GGZ > 0	Combinaties ^b
Hoogste 1 % (als >0: 99 % - 100 %)	42,3	80,1	37,3
Hoogste 3 % (als >0: 97 % - 99 %)	51,1	74,7	42,5
Hoogste 5 % (als >0: 95 % - 97 %)	51,1	73,1	42,6
Midden 70 % (als >0: 25 % - 95 %)	31,4	42,6	19,8
Laagste 25 % (als >0: 0 % - 25 %)	15,7	0,0	0,0
Gelijk aan nul	3,1	0,0	0,0

Voetnoot Tabel 5-3

a. De subgroepen sluiten elkaar uit.

b. Combinatie is FKG-GGZ > 0 en DKG-GGZ > 0, ter indicatie van multi-morbiditeit.

De subgroepen hoogste 1 %, hoogste 3 % en hoogste 5 % hebben een relatief groot aandeel in de positieve FKG-GGZ en DKG-GGZ: meer dan de helft van de subgroep. Ook is het aandeel verzekerden dat in de positieve risicoklassen van beide morbiditeitskenmerken is ingedeeld relatief hoog. Voor deze subgroepen is de bijdrage, ondanks de opslag op de bijdrage door indeling in deze positieve risicoklassen, niet voldoende. Opvallend is dat het aandeel verzekerden voor met een positieve FKG-GGZ en het aandeel met de combinatie van een positieve FKG-GGZ en DKG-GGZ in de subgroep hoogste 1 % iets lager is dan bij de subgroepen hoogste 3 % en hoogste 5 %. Het aandeel in een DKG-GGZ is wel hoger voor de hoogste 1 %. Met name het aandeel van de topklasse van DKG-GGZ (DKG 5) is bij de subgroep hoogste 1 % veel hoger dan bij de andere subgroepen: 40 % van deze subgroep is in DKG 5 ingedeeld, versus bijvoorbeeld 13 % van de subgroep hoogste 3 % of 1 % van de subgroep hoogste 5 %. DKG 5 duidt op intramuraal verblijf voor (ernstige) psychische aandoeningen als een bipolaire stoornis, schizofrenie, of een ernstige depressie, delirium, alcoholverslaving of eetstoornis.

5.3.2. Subgroepen samenhang aandoening en leeftijdsgroepen

Tabel 5-6 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat en kosten in 2014 voor subgroepen op basis van een somatische/ psychische aandoening in combinatie met leeftijdsgroepen, op het moment van de definitieve

vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen. Ook is de omvang van de subgroep weergegeven als percentage van de totale Zvw-bevolking van 18+.

Tabel 5-6 Gemiddelde vereveningsresultaat en de gemiddelde gGGZ-kosten van subgroepen op basis van samenhang voor somatische aandoening en psychische aandoening in combinatie met leeftijdsgroepen, op moment van de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen, uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd	Definitieve vaststelling voor 2014 (voor flankerend beleid en ex post maatregelen)		
	Aantal (%)	Gemiddelde vereveningsresultaat in € ^b Macrovereveningsresultaat: € 51	Gemiddelde kosten in € ^c
Verzekerden 18 jaar tot en met 64 jaar			
- Geen somatisch - Geen psychische aandoening	60,0	38	90
- Geen somatisch - Wel psychische aandoening	2,1	434	2.502
- Wel somatisch - Geen psychische aandoening	11,7	9	103
- Wel somatisch - Wel psychische aandoening	3,8	271	2.241
Verzekerden van 65 jaar en ouder			
- Geen somatisch - Geen psychische aandoening	8,9	21	47
- Geen somatisch - Wel psychische aandoening	0,1	303	2.501
- Wel somatisch - Geen psychische aandoening	12,1	20	52
- Wel somatisch - Wel psychische aandoening	1,3	239	1.181

Voetnoot Tabel 5-6

- Het gemiddelde vereveningsresultaat is het verschil tussen de gemiddelde bijdrage en de gemiddelde kosten. In berekening van het vereveningsresultaat is rekening gehouden met criteriumneutraliteit voor de vereveningskenmerk LDR en DKG GGZ. De gebruikte normbedragen voor bepaling van de bijdrage zijn niet gecorrigeerd voor de HKC.
- De gemiddelde kosten in het aangeleverde bestand bedragen € 232 per verzekerde. In deze analyse resulteert een macrovereveningsresultaat van € 51 per verzekerde; geen correctie is uitgevoerd (Bijlage B voor nadere toelichting).

Het merendeel van de verzekerden heeft geen psychische aandoening (op basis van de vereveningskenmerken psychische FKG, psychische DKG of LDR): in totaal 92,7 % van de Zvw-bevolking van 18+. Voor deze vier subgroepen van verzekerden zonder een psychische aandoening – ongeacht de aanwezigheid van een somatische aandoening – is de overcompensatie beperkt. Het ex ante model compenseert gemiddeld adequaat de kosten voor deze subgroepen. Dit is in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2012; Monitor 2013).

Verzekerden met een psychische aandoening worden in alle leeftijdsklassen gemiddeld overgecompenseerd in 2014. Voor de verzekerden met alleen een psychische aandoening en geen somatische aandoening (ongeacht de leeftijdsgroep) is de gemiddelde overcompensatie hoger dan voor verzekerden met zowel een psychische aandoening als een somatische aandoening. Voor verzekerden met alleen een psychische aandoening is de gemiddelde overcompensatie € 303 voor verzekerden van 65 jaar en ouder en € 434 voor verzekerden van 18 tot 64 jaar. Voor verzekerden met zowel een psychische aandoening als een somatische aandoening is de gemiddelde overcompensatie € 239 voor verzekerden van 65 jaar en ouder en € 271 voor verzekerden van 18 tot 64 jaar. Deze subgroepen zijn relatief klein: van 0,1 % tot 3,8 % van de totale Zvw-bevolking van 18+. Ten opzichte van 2013 is de overcompensatie voor deze subgroepen afgenomen, wat niet volledig kan worden verklaard door een daling van de kosten in 2014 (integendeel: voor de verzekerden van 65+ met alleen een psychische aandoening en geen somatische aandoening zijn de kosten juist toegenomen in 2014). Deze verbetering van het vereveningsresultaat is het gevolg van de uitbreiding van het ex ante model met het DKG-GGZ in 2014.

Nadere beschouwing

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



***Representativiteit van
beslisinformatie***

6. *Representativiteit op enkelvoudige risicoklassen en subgroepen*

Samenvatting

Somatische kosten

- Voor enkele risicoklassen van het ex ante model van 2014 gelden forse gemiddelde overcompensaties, omdat de gerealiseerde kosten lager zijn uitgekomen dan verwacht. Met name vallen de hoge positieve risicoklassen van DKG, FKG, HKG en MHK op.
- De geraamde kosten wijken af van de gerealiseerde kosten, door (voorziene en onvoorziene) verschuivingen. Dit gebeurt met name bij DKG, MHK, AVI, SES en leeftijd/geslacht. In 2012 en 2013 is dit voor DKG, AVI, SES en leeftijd/ geslacht ook geconstateerd.
- De verschuivingen in prevalenties zijn in totaal relatief beperkt. Bij AVI en SES zijn er relatief grotere verschuivingen. In 2012 en 2013 is dit voor deze vereveningskenmerken ook geconstateerd.
- De onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen die bij de OT en ex ante vaststelling worden verwacht, komen ook voor op de gerealiseerde cijfers, waarbij de hoogte varieert.

gGGZ-kosten

- Net zoals bij de somatische kosten, zijn er op basis van de gerealiseerde cijfers bij enkele risicoklassen forse gemiddelde overcompensaties, met name bij de hoge positieve risicoklassen van FKG-GGZ en DKG-GGZ en bij de risicoklassen van AVI.
- Er treden (voorziene en onvoorziene) verschuivingen op in de kosten, met name bij LDR, AVI, SES en leeftijd/geslacht. Dit is in 2012 en 2013 ook geconstateerd.
- De verschuivingen in prevalenties zijn in totaal relatief beperkt. Bij AVI, SES, LDR en EPH treden relatief grotere verschuivingen op. Voor AVI, SES en EPH is dit in 2012 en 2013 ook geconstateerd.
- Net zoals bij de somatische kosten, komen de onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen op de gerealiseerde cijfers ook voor, zoals verwacht is bij de OT en ex ante vaststelling. De hoogte van de onder- en overcompensatie varieert.

6.1. Doel en definitie begrippen voor interpretatie resultaten

Dit hoofdstuk analyseert in welke mate de kosten en verzekerdenaantallen (uitgedrukt in prevalenties*) op het niveau van enkelvoudige risicoklassen en subgroepen ten tijde van de OT en ex ante vaststelling aansluiten op de gerealiseerde cijfers. Deze analyse geeft inzicht in de representativiteit van de beslisinformatie voor de definitieve vaststelling.

De analyses in dit hoofdstuk zijn niet uitputtend. De resultaten geven een indicatie van de representativiteit van de beslisinformatie voor 2014. Dit kan aanleiding geven tot, of aanknopingspunten bieden om onderzoek te doen naar de stappen voor het representatief maken van de gegevens bij het meest recente vereveningsjaar dat wordt uitgevoerd (ten tijde van deze Monitor 2019/ 2020).

Een vergelijking van de resultaten met voorgaande edities wordt gemaakt, voor zover dit mogelijk is. Op basis van de uitgevoerde analyses en beschikbare gegevens is het niet goed mogelijk om de resultaten van verschillende edities van de Monitor direct te vergelijken en hieruit conclusies te trekken. Een trendanalyse over de jaren ligt buiten de reikwijdte van onderhavige Monitor.

Analyse op enkelvoudige risicoklassen

Bij de OT en ex ante vaststelling is de gemiddelde bijdrage gelijk aan de gemiddelde kosten voor elke risicoklasse in het ex ante model: 132 risicoklassen voor het somatische model en 85 risicoklassen voor het gGGZ-model in 2014. Bij de definitieve vaststelling hoeft dit niet meer op te gaan, vanwege ontwikkelingen in de kosten en prevalenties ten opzichte van de geraamde cijfers. Om dit in beeld te brengen wordt het gemiddelde vereveningsresultaat per risicoklasse geanalyseerd. Hierbij wordt uitgegaan van het

vereveningsresultaat zoals waargenomen in 2014 bij vaststelling van de bijdrage voor flankerend beleid en ex post maatregelen. Ofwel, er is niet gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat (Hoofdstuk 3)⁸. Flankerend beleid en de ex post maatregelen komen niet aan bod in dit hoofdstuk, omdat het gaat om de representativiteit van de beslisinformatie bij de OT en ex ante vaststelling.

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

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

- Door samenhang tussen vereveningskenmerken kan een verschuiving in kosten en/ of prevalenties van het ene vereveningskenmerk invloed uitoefenen op andere vereveningskenmerken. Bij verklaringen voor de effecten van één vereveningskenmerk dienen de effecten bij andere vereveningskenmerken in ogenschouw te worden genomen.
- Verschillen tussen de geraamde cijfers, zoals gebruikt bij de OT en ex ante vaststelling, en de gerealiseerde cijfers zijn onontkoombaar. Het is relevant uit te wijzen in welke mate dergelijke verschillen voorkomen, en of deze verschillen een structureel patroon vertonen, dan wel bijzonderheden van een bepaald vereveningsjaar reflecteren. Wij beogen deze verschillen te duiden en (mogelijke) verklaringen aan te dragen. Of/ welk deel van deze verschillen vooraf beter had kunnen worden ingeschat, is niet aan te geven op basis van de uitgevoerde analyses met de beschikbare gegevens. Immers, wij kunnen niet vaststellen wat de verschillen zouden zijn als een bepaalde stap in het uitvoeringsproces (e.g. een conversie, een herweging of schaling) anders zou zijn uitgevoerd. Indien opvallende verschillen bij dezelfde vereveningskenmerken over verschillende jaren terugkomen, is dit aanleiding om nader de stappen voor het representatief maken van de beslisinformatie te onderzoeken.
- De resultaten worden vergeleken met voorgaande jaren, voor zover mogelijk (Monitor 2012; Monitor 2013). Wijzigingen in kostendefinities, vormgeving van het ex ante model in 2012, 2013 en 2014, en het macrovereveningsresultaat per jaar dienen in acht te worden genomen (Bijlage A).

Analyse op patronen voor subgroepen

Naast de enkelvoudige risicoklassen wordt *het patroon* in het gemiddelde vereveningsresultaat en de kosten van enkele subgroepen die *niet* expliciet in dit ex ante model zijn opgenomen geanalyseerd. Er zijn subgroepen gedefinieerd op basis van samenhang tussen een somatische en psychische aandoening in combinatie met leeftijdsgroepen, conform de gehanteerde definitie in Hoofdstuk 5 (Bijlage B). Het doel is nagaan 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 basis van gerealiseerde cijfers. Het doel is *niet* het vergelijken van de resultaten in absolute zin. De werking van de ex ante modellen is in Hoofdstuk 5 beschreven. Deze analyse geeft inzicht in welke mate verschillen in de kosten en prevalenties bij afzonderlijke vereveningskenmerken doorwerken in deze subgroepen in de Zvw-bevolking.

Ten behoeve van de vergelijkbaarheid van het patroon in het gemiddelde vereveningsresultaat voor deze subgroepen over vaststellingsmomenten is bij de definitieve vaststelling het gemiddelde vereveningsresultaat *procentueel gecorrigeerd* voor het macrovereveningsresultaat, afzonderlijk voor de somatische kosten en de gGGZ-kosten (Bijlage B). Het macrovereveningsresultaat is in dit geval bij de definitieve vaststelling op nul gesteld, net zoals per definitie het geval is bij de OT en ex ante vaststelling. Hierdoor verschillen de resultaten in dit hoofdstuk met de resultaten in Hoofdstuk 5.

6.2. Somatische kosten

6.2.1. Resultaat enkelvoudige risicogroepen

Tabel 6-1 presenteert de enkelvoudige risicoklassen in het ex ante model voor de somatische kosten van 2014 met een vereveningsresultaat boven de gekozen grenzen van € 1.000 per verzekerde of een macro-omvang van € 300 miljoen.⁹ Dit betreft het vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en

⁸ Het macrovereveningsresultaat heeft impact op de resultaten. In een nadere analyse zijn de resultaten gecorrigeerd voor (herverdeling van) het macrovereveningsresultaat, vergelijkbaar met de uitvoering van flankerend beleid. De resultaten zijn niet in onderhavige Monitor gerapporteerd (buiten scope). Deze nadere analyse is bedoeld voor vergelijking met de resultaten van toekomstige edities van de Monitor.

⁹ Dit zijn dezelfde grenzen als in de Monitor 2013 (Bijlage B; Monitor 2013).

bandbreedteregeling. Bijlage E geeft een overzicht van het gemiddelde vereveningsresultaat voor alle 132 risicoklassen van dit ex ante model.

Tabel 6-1 Enkelvoudige risicoklassen in het ex ante model voor de somatische kosten van 2014 met een vereveningsresultaat boven de gestelde grenzen, bij de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en de bandbreedteregeling.

Enkelvoudige risicoklassen		Aantal, in %	Gemiddelde kosten in €	Gemiddeld vereveningsresultaat, in € ^a	Macro-omvang vereveningsresultaat, in € mln.
Bovendrempel € 1.000 per verzekerde					
	<i>DKG 14</i>	0,04	78.829	14.259	96,8
DKG	<i>DKG 13</i>	0,06	21.206	4.785	46,8
	<i>DKG 12</i>	0,11	14.429	3.438	65,7
	<i>DKG 10</i>	0,45	11.765	1.814	137,0
HKG	<i>HKG 4 (Tracheo-stoma)</i>	0,02	18.479	2.757	9,7
	<i>HKG 3 (Stoma)</i>	0,34	12.100	1.029	58,7
	<i>FKG 24 (Nieraandoeningen)</i>	0,07	37.674	5.718	62,2
FKG *	<i>FKG 22 (Hormoongevoelige tumoren)</i>	0,37	7.091	2.618	160,8
	<i>FKG 23 (HIV/AIDS)</i>	0,09	15.018	1.790	27,8
	<i>FKG 19 (Cystic fibrosis/pancreas)</i>	0,04	15.088	1.577	10,4
MHK	<i>FKG 21 (Kanker)</i>	0,10	11.916	1.309	22,8
	<i>MHK 6 (3x kosten in top 1,5 %)</i>	0,16	38.593	5.058	133,1
	<i>MHK 5 (3x kosten in top 4 %)</i>	0,48	15.873	1.136	91,1
Bovendrempel € 300 mln. op macroniveau					
MHK	<i>MHK 0 (afslagklasse: geen MHK)</i>	93,95	1.336	123	1.923,4
DKG	<i>DKG 0 (afslagklasse: geen DKG)</i>	90,72	1.312	121	1.826,4
HKG	<i>HKG 0 (afslagklasse: geen HKG)</i>	99,11	1.718	158	2.607,8
FKG	<i>FKG 0 (afslagklasse: geen FKG)</i>	81,53	1.186	102	1.377,9
	<i>FKG 6 (Hoog cholesterol)</i>	5,84	3.628	415	403,2
AVI	<i>AVI 0 (Referentie 0-17 en 65+)</i>	38,34	2.391	206	1.314,4
	<i>AVI 17 (Referentie 55-64)</i>	9,68	1.884	215	346,1
	<i>SES 8 (Midden inkomen 18-64)</i>	23,26	1.527	154	595,8
SES	<i>SES 9 (Midden inkomen 65+)</i>	9,16	4.171	373	567,2
	<i>SES 11 (Hoog inkomen 18-64)</i>	21,45	1.385	137	489,3
	<i>SES 5 (Laag inkomen 18-64)</i>	16,58	1.339	124	342,2
	<i>SES 12 (Hoog inkomen 65+)</i>	5,44	3.593	355	321,0
Regio	<i>Regio 1</i>	9,93	2.040	204	336,3
	<i>Regio 2</i>	9,86	1.990	196	321,4
	<i>Regio 3</i>	9,90	1.919	187	307,3

Voetnoot Tabel 6-1:

- Voor alle 132 risicoklassen tezamen geldt een gemiddeld vereveningsresultaat van € 165 per verzekerde.

* In 2014 is FKG 14 geschrapt. De nummering van de FKG's is doorgetrokken (FKG 14 is leeg – nummering gaat van FKG 13 naar FKG 15). Zo is de nummering gelijk gehouden met vorige editie(s) en bijvoorbeeld met WOR 649.

Voor een aantal risicoklassen is er een fors positief vereveningsresultaat in absolute bedragen of macro-omvang, met name bij DKG, HKG, FKG, HKG en MHK (Tabel 6-1). Dit wijst er op dat het macrovereveningsresultaat (c.q. de kostenonderschrijding) over het algemeen is behaald bij verzekerden met relatief hoge kosten; alhoewel op basis van de gebruikte gegevens geen specifieke subgroep is aan te wijzen die hiervoor verantwoordelijk is.¹⁰ Dit is ook op te maken uit de resultaten van paragraaf 6.2.2, waarbij de gerealiseerde kosten lager zijn voor verzekerden van 18 jaar en ouder met een somatische aandoening, al dan niet in combinatie met een psychische aandoening, dan de verwachte kosten bij de OT en ex ante vaststelling. Opvallende resultaten in tabel 6-1 zijn:

- Bij DKG 10, 12, 13 en met name DKG 14 is er een fors positief vereveningsresultaat. Vorig jaar is dit voor DKG 12, 13 en 14 ook geconstateerd (Monitor 2013), waarbij in 2014 het vereveningsresultaat is toegenomen (Noot – het macrovereveningsresultaat is in 2014 ook hoger).

De toename van het vereveningsresultaat bij DKG 14 (nierdialyse) ten opzichte van vorig jaar kan worden verklaard door het doorzetten van de kostendaling door wijzigingen in de tarieven van de behandelingen (i.e. thuisdialyse), dan wel (in combinatie met) een totale overschatting van alle kosten in het MPB. WOR 648 geeft aan dat DKG 14 een kostendaling van 2013-op-2014 kent voor overige prestaties maar juist een

¹⁰ Gedetailleerde gegevens over typen kosten zijn niet voorhanden om te duiden bij welke type zorgverlening en daarmee bij welke specifieke subgroepen het positieve macrovereveningsresultaat is behaald.

stijging voor variabele kosten van MSZ. Dit laatste had zeer waarschijnlijk te maken met een conversie in 2014 voor de kosten van dialysecentra, voor de toedeling van de ziekenhuiskosten van 2011 naar 2014 (WOR 648); op deze gegevens zijn de normbedragen bepaald en zijn daarmee van invloed op het vereveningsresultaat dat volgt.

DKG 13 had in 2013 een fors negatief vereveningsresultaat, in tegenstelling tot een fors positief vereveningsresultaat in 2012 en 2014 (Monitor 2012; Monitor 2013). Dit kan mogelijk (deels) worden verklaard door: 1) een kostendaling als gevolg van de toegenomen inzet van het preferentiebeleid; 2) gevolg van wijzigingen in de tariefstelling, dan wel de uitgevoerde conversie in 2014 voor de kosten van dialysecentra omdat in deze DKG shuntchirurgie bij nierlijden is inbegrepen; en/ of 3) een totale overschatting van alle kosten in het MPB.

- FKG 19, 21, 22, 23, 24 kennen in 2014 een fors positief vereveningsresultaat in absolute zin, met name FKG 24 (nieraandoeningen), met € 5.718 per verzekerde. In 2013 kenden FKG 19, 22 en 24 en in 2012 ook FKG 23 en FKG 24 een flink positief vereveningsresultaat (Monitor 2012; Monitor 2013). In WOR 648 zijn bij FKG 21 en FKG 22 kostendalingen geconstateerd. De toename in het vereveningsresultaat kan zijn veroorzaakt door een daling van de kosten voor deze geneesmiddelen (i.e. als gevolg van het preferentiebeleid generieke geneesmiddelen), dan wel een totale overschatting van alle kosten in het MPB. Voor FKG 25 (groeihormonen) was in 2012 en 2013 ook een fors resultaat geconstateerd, echter deze FKG komt in 2014 niet meer voor vanwege de overheveling (paragraaf 2.2.1).
- Van de HKGs, die per 2014 zijn ingevoerd, vallen HKG 3 en HKG 4 op met een fors positief vereveningsresultaat in absolute zin. Dit zijn de risicoklassen voor gebruik van (trachea) stoma.
- Het vereveningsresultaat voor de afslagklasse van DKG, FKG, HKG, AVI en MHK heeft een grote macro-omvang vanwege de grote omvang in prevalenties van deze risicoklassen. Voorgaande jaren is dit ook geconstateerd (Monitor 2012; Monitor 2013).

Kosten

Bovenstaande resultaten worden (deels) verklaard door ontwikkelingen in de kosten tussen de OT en de ex ante vaststelling met de gerealiseerde kosten bij de definitieve vaststelling. Voor nader inzicht 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 gecorrigeerd naar het niveau van de gemiddelde gerealiseerde kosten (Bijlage B). Hoe lager de GGAV, des te beter de gemiddelde geraamde kosten aansluiten op de gemiddelde gerealiseerde kosten.

Noot – De absolute waarde van de GGAV is lastig te beoordelen, omdat niet bekend is welke waarde acceptabel is in de praktijk (een waarde van 0 lijkt niet haalbaar). De GGAV wordt relatief geïnterpreteerd om het patroon in afwijkingen van de gemiddelde kosten te monitoren over de vereveningskenmerken op verschillende momenten en in vergelijking met voorgaande jaren, voor zover mogelijk (Monitor 2012; Monitor 2013). In dit geval wordt de GGAV onderling vergeleken en indien nodig 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	59,6	35,7
DKG	61,7	45,7
FKG	40,9	19,2
HKG	10,4	10,4
AVI	53,8	38,6
SES	52,3	40,2
Regio	11,3	6,3
MHK	28,9	31,2
Totaal	38,4	27,0

De totale kosten bij de OT wijken, met gemiddeld € 38,4 per verzekerde en bij de ex ante vaststelling met € 27,0 per verzekerde, af van de gerealiseerde kosten bij de definitieve vaststelling. In totaal is bij de ex ante vaststelling de GGAV lager dan bij de OT. Hetzelfde geldt voor alle vereveningskenmerken, met uitzondering van MHK (en bij HKG: een gelijke GGAV). Dit betekent dat de gemiddelde kosten bij de ex ante vaststelling over het algemeen beter aansluiten op de gerealiseerde kosten dan bij de OT. Dit komt door het saldo van het

uitvoeren van de verzekerdraming en de schaling naar het MPB. Voorgaande jaren is dit effect van de verzekerdraming en schaling naar het MPB ook geconstateerd, met uitzondering van enkele vereveningskenmerken, zoals MHK in 2013 en AVI en SES in 2012 (Monitor 2012; Monitor 2013). De totale GGAV in absolute waarde is (iets) afgenomen in 2014, wat duidt op een betere aansluiting van de gemiddelde kosten over het algemeen; dit geldt niet voor elk specifiek vereveningskenmerk afzonderlijk.

Op afzonderlijke vereveningskenmerken valt op bij de GGAV:

- De DKG heeft een relatief hoge GGAV, zowel bij de OT als bij de ex ante vaststelling. Dit kan (deels) samenhangen met de conversie die sinds 2013 is toegepast voor het representatief maken van de DBC-informatie en de toevoeging van niet-klinische behandelingen: van DBCs naar DBC-zorgproducten/DOTs, op de kosten van MSZ van 2011 voor vereveningsjaar 2014.
- Voor AVI en SES is de GGAV ook relatief hoog, zowel bij de OT als bij de ex ante vaststelling. In 2012 en 2013 zijn voor dit vereveningskenmerk ook relatief grote verschuivingen in de kosten geconstateerd (Monitor 2012; Monitor 2013). SES en AVI hangen (deels) met elkaar samen. Mogelijk heeft dit te maken met (sterke) ontwikkelingen in de conjunctuur, waardoor inschattingen achteraf bezien niet goed aansluiten op de werkelijke cijfers.
- Voor leeftijd/ geslacht is de GGAV ook relatief hoog. Dit komt door samenhang met andere vereveningskenmerken, waardoor verschuivingen in kosten (bij onderliggende typen zorgsoorten) tot uitdrukking komen bij dit vereveningskenmerk. Dit kan met name het geval zijn bij morbiditeitskenmerken, zoals DKG, MHK en FKG.
- Voor MHK is de GGAV hoger bij de ex ante vaststelling dan bij de OT; ook is de GGAV relatief hoog. In voorgaande jaren is ook een relatief hoge GGAV geconstateerd (Monitor 2012; Monitor 2013). Dit was reeds eerder geconstateerd bij de uitvoering en leidde tot aanpassing van de methodiek voor de verzekerdraming MHK in 2014 (ZIN, 2013): de prevalenties worden afgestemd op de prevalenties in de OT om zodoende rekening te houden met pakketmaatregelen en kostenoverhevelingen; de gerealiseerde kostenbestanden op zichzelf worden niet gecorrigeerd voor pakketmaatregelen en kostenoverhevelingen. De relatief hoge GGAV bij MHK en dan met name bij de ex ante vaststelling is niet goed nader te verklaren.

Prevalenties

Naast verschuivingen in kosten, treden er ook verschuivingen in prevalenties op tussen de momenten. Tabel 6-3 toont de GAV in prevalenties per vereveningskenmerk van het ex ante model voor de somatische kosten van 2014.

Tabel 6-3 GAV in prevalenties tussen de OT en definitieve vaststelling en tussen ex ante vaststelling en definitieve vaststelling, voor verzekerden van de totale Zvw-bevolking voor het ex ante model voor de somatische kosten van 2014.

	OT versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd	Ex ante vaststelling versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd
Leeftijd/ geslacht	45,9	8,7
DKG	15,7	9,6
FKG	31,6	3,0
HKG	1,7	0,9
AVI	45,2	30,7
SES	57,9	24,1
Regio	4,7	1,8
MHK	5,6	2,6
Totaal	28,3	10,4

Conform verwachting is de totale GAV bij de ex ante vaststelling lager dan bij de OT: 10,4 bij de ex ante vaststelling en 28,3 bij de OT, ofwel een prevalentieverschil van gemiddeld 1,04 % en 2,83 %. Deze bevinding geldt voor alle vereveningskenmerken. De herweging naar de verzekerdraming, dat bij de ex ante vaststelling is uitgevoerd, draagt bij aan een betere aansluiting van de prevalenties.

De GAV in prevalenties tussen de ex ante vaststelling en de gerealiseerde cijfers tonen de verschuivingen in de samenstelling van de Zvw-bevolking die niet meegenomen zijn bij de bepaling van de normbedragen. De resultaten die opvallen zijn:

- Voor AVI en SES is de GAV relatief hoog. Dit is in voorgaande jaren ook geconstateerd (Monitor 2012; Monitor 2013). Dit betekent dat de werkelijke prevalenties van de samenstelling van de Zvw-bevolking voor deze vereveningskenmerken relatief veel afwijken van de geraamde prevalenties (en van de prevalenties in 2011 bij de OT). Mogelijk wordt deze relatief hoge GAV (deels) verklaard door de sterke relatie van SES met de economische situatie, waarbij (onverwachte) wijzigingen in de economische situatie, zoals het aantal uitkeringen of aantal zelfstandigen, kunnen leiden tot grote verschillen in de prevalenties bij dit vereveningskenmerk. De periode 2012 – 2014 had nog te maken met de (gevolgen van de) economische recessie. AVI hangt (sterk) samen met de economische situatie, waardoor de ontwikkelingen die hier optreden de prevalenties van dit vereveningskenmerk beïnvloeden. In 2015 en 2016 is in de uitvoering de methodiek voor het definiëren van SES aangepast om de stabiliteit van dit vereveningskenmerk te verbeteren (ZIN, 2014; ZIN, 2015). Ook zijn de niet-ingezetenen (in totaal 176.586) niet inbegrepen in de gerealiseerde cijfers en bij de OT, maar wel in de verzekerdenraming bij de ex ante vaststelling. Dit heeft (beperkte) impact op de resultaten.
- Voor FKG is de GAV ook relatief hoog bij de OT (31,6). Bij de ex ante vaststelling is dit niet meer het geval (3,0). In voorgaande jaren was ditzelfde patroon geconstateerd, waarbij de GAV bij de ex ante vaststelling in 2012 7,5 en in 2013 2,8 was (Monitor 2012; Monitor 2013). Uit nadere analyse blijkt dat er in 2014 uiteindelijk relatief minder verzekerden zijn met een FKG en van diegene die een FKG hebben zijn er minder verzekerden die meerdere FKGs hebben dan verwacht bij de ex ante vaststelling; ten opzichte van de OT zijn er uiteindelijk juist meer verzekerden met een FKG en meer verzekerden met meerdere FKGs dan verwacht bij de OT.
- De GAV is relatief laag bij HKG, Regio en MHK. De geraamde prevalenties van deze vereveningskenmerken wijken relatief niet veel af van de gerealiseerde prevalenties. Voorgaande jaren is dit ook geconstateerd voor Regio en MHK (Monitor 2012; Monitor 2013). Per 2014 is HKG ingevoerd.

6.2.2. Subgroepen samenhang aandoening en leeftijd

Om inzicht te krijgen in welke mate verschillen in de kosten en prevalenties bij afzonderlijke vereveningskenmerken doorwerken in subgroepen in de Zvw-bevolking, is het gemiddelde vereveningsresultaat voor een aantal subgroepen, die niet zijn opgenomen in het ex ante model, geanalyseerd (Tabel 6-4). Het verschil in kostenniveau tussen de vaststellingsmomenten dient in acht te worden genomen; hiervoor is niet gecorrigeerd (Bijlage B). Wel is bij de definitieve vaststelling gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat, zodat het gemiddelde vereveningsresultaat gelijk is aan nul.

Tabel 6-4 Gemiddelde vereveningsresultaat en gemiddelde kosten van subgroepen op basis van samenhang voor somatische aandoening en psychische aandoening in combinatie met leeftijdsgroepen, op moment van de OT, ex ante vaststelling en definitieve vaststelling, voor de totale somatische kosten in 2014, 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, c, d}	OT	Ex ante	DV ^e
Verzekerden onder de 18 jaar							
- Geen somatische aandoening	20,0	28	31	-23	799	855	782
- Wel somatische aandoening	0,5	-1.024	-1.101	-1.174	4.351	4.590	5.752
Verzekerden van 18 tot en met 64 jaar							
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	47,7	22	23	26	932	995	865
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	1,7	-257	-272	-251	1.043	1.115	1.261
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	9,3	-48	-48	-30	3.784	3.998	3.766
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	3,0	-40	-34	-13	3.277	3.563	3.251
Verzekerden van 65 jaar en ouder							
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	7,1	39	40	70	2.129	2.243	1.956
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	0,1	-583	-619	-557	2.175	2.300	2.629
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	9,6	-10	-9	29	5.684	5.930	5.498
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	1,0	-116	-136	-143	5.928	6.297	5.930
Totaal	100	0	0	0	1.785	1.953	1.798

Voetnoot Tabel 6-4:

- Aantal verzekerdenjaren bij de definitieve vaststelling. De aantallen op de andere momenten zijn vergelijkbaar met deze aantallen.
- Procentueel gecorrigeerd voor het positieve macrovereveningsresultaat van gemiddeld € 165 per verzekerde; het gemiddeld vereveningsresultaat voor de totale Zvw-bevolking komt in deze analyse dan ook uit op nul. In Hoofdstuk 5 zijn de gerealiseerde resultaten *zonder* correctie gepresenteerd bij de analyse naar de werking op subgroepen.
- Definitieve vaststelling voor flankerend beleid en bandbreedteregeling.
- In de berekening van het vereveningsresultaat is criteriumneutraliteit voor de MHK, HKG en DKG meegenomen.

e. Zie ook tabel 5-3.

Op de verschillende momenten is het patroon in het gemiddelde vereveningsresultaat over deze subgroepen in lijn met elkaar (met uitzondering van twee subgroepen met een beperkte onder- of overcompensatie): een ondercompensatie bij de OT is ook een ondercompensatie bij de ex ante vaststelling en definitieve vaststelling. Hetzelfde geldt voor een overcompensatie. Dit effect is voorgaande jaren ook waargenomen (Monitor 2012; Monitor 2013). De eerder geconstateerde verschuivingen in de kosten en prevalenties leiden per saldo niet tot een ander patroon voor deze onderzochte subgroepen bij definitieve vaststelling.

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

Kortom, de gemiddelde onder- of overcompensatie voor deze subgroepen die ten tijde van de OT en de ex ante vaststelling worden verwacht, blijken ook in de uiteindelijke situatie voor te komen, waarbij de hoogte van de onder- of overcompensatie varieert.

Noot – Interpretatie van de hoogte van de onder- en overcompensaties in het kader van de werking van het ex ante model is opgenomen in paragraaf 5.2.2.

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 5.2.2., op de verschillende vaststellingsmomenten over het algemeen vergelijkbaar zijn, met uitzondering van relatief kleine verschillen. Eén opvallende bevinding is de prevalentie voor een positieve DKG-GGZ bij de subgroep voor verzekerden met een psychische aandoening maar zonder somatische aandoening (ongeacht leeftijd). Bij de OT en ex ante vaststelling heeft circa 29 % á 30 % een positieve DKG-GGZ, terwijl dit bij de definitieve vaststelling circa 40 % is. Binnen deze subgroep blijken verzekerden veel vaker een positieve DKG-GGZ te hebben, dan ingeschat. De gerealiseerde kosten voor deze subgroep blijken hoger te zijn, waarbij het gemiddelde vereveningsresultaat is verbeterd ten opzichte van de OT en ex ante vaststelling.

6.3. gGGZ-kosten

6.3.1. Resultaat enkelvoudige risicogroepen

Tabel 6-5 presenteert de enkelvoudige risicoklassen in het ex ante model voor de gGGZ-kosten van 2014 met een vereveningsresultaat boven de gestelde grenzen van € 200 per verzekerde of een macro-omvang van € 100 miljoen.¹¹ Dit is het vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en de ex post maatregelen (HKC en bandbreedteregeling). Bijlage E geeft een overzicht van het gemiddelde vereveningsresultaat voor alle 85 risicoklassen van dit ex ante model.

¹¹ Dit zijn dezelfde grenzen als in de Monitor 2013 (Bijlage B; Monitor 2013).

Tabel 6-5 Enkelvoudige risicoklassen in het ex ante model voor de gGGZ-kosten van 2014 met een vereveningsresultaat boven de gestelde grenzen, ten tijde van de definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen.

Enkelvoudige risicoklassen		Aantal, in %	Gemiddelde kosten in € per verzekerde	Gemiddeld vereveningsresultaat, in € per verzekerde ^a	Macro-omvang vereveningsresultaat, in € mln.
Boven drempel € 200 per verzekerde					
	<i>FKG 4 (verslaving)</i>	0,08	4.912	1.171	12,2
	<i>FKG 2 (psychose depot)</i>	0,08	11.078	984	10,4
FKG-GGZ	<i>FKG 1 (psychose)</i>	0,44	5.884	669	38,6
	<i>FKG 6 (bipolair complex)</i>	0,09	6.543	608	7,0
	<i>FKG 7 (ADHD)</i>	0,32	1.565	333	14,0
	<i>FKG 3 (chron. stemmingsst.)</i>	3,95	1.443	215	112,3
	<i>DKG-GGZ 4</i>	0,09	18.086	4.019	46,3
DKG-GGZ	<i>DKG-GGZ 5</i>	0,04	26.242	2.719	15,8
	<i>DKG-GGZ 3</i>	0,11	12.408	2.173	30,7
	<i>DKG-GGZ 2</i>	0,48	7.033	1.125	71,0
SES	<i>DKG-GGZ 1</i>	1,46	2.270	400	76,9
	<i>SES 2 (> 15 bewoners 18-64)</i>	0,46	2.550	644	39,3
AVI	<i>AVI 5 (bijstand 18-34)</i>	0,88	1.184	427	49,7
	<i>AVI 1 (arbeidsongeschikt 18-34)</i>	1,27	1.993	349	58,7
	<i>AVI 6 (bijstand 35-44)</i>	0,77	1.107	254	26,0
	<i>AVI 7 (bijstand 45-54)</i>	0,85	990	212	24,0
	<i>AVI 2 (arbeidsongeschikt 35-44)</i>	0,95	1.686	202	25,3
Boven drempel € 100 mln. op macroniveau					
FKG-GGZ	<i>FKG 0 (afslagklasse: geen FKG)</i>	95,34	152	42	522,8
	<i>EPH 0 (afslagklasse: geen eenpersoonshuishouden)</i>	82,52	183	45	495,1
EPH	<i>EPH 1 (wel eenpersoonshuishouden)</i>	17,48	464	79	182,1
	<i>SES 8 (midden 18-64)</i>	29,27	313	55	212,8
SES	<i>SES 5 (laag 18-64)</i>	20,87	287	66	182,5
	<i>SES 11 (hoog 18-64)</i>	27,00	152	40	141,6
DKG-GGZ	<i>0 (afslagklasse: geen DKG-GGZ)</i>	97,83	128	34	436,6
LDR	<i>LDR 0 (afslagklasse: kosten < drempel)</i>	98,16	201	54	701,1
AVI	<i>AVI 14 (referentie 18-34)</i>	18,26	198	59	143,5
	<i>AVI 0 (referentie, 65+)</i>	22,40	125	34	101,1
Regio	<i>Regio 1</i>	10,08	397	96	127,8

Voetnoot Tabel 6-5

a. Voor alle 85 risicoklassen tezamen geldt een gemiddeld vereveningsresultaat van € 51 per verzekerde.

Met uitzondering van één risicoklasse (LDR, opgenomen in tabel E.2) hebben alle risicoklassen een gemiddeld positief vereveningsresultaat; ook diegene die niet in bovenstaande tabel zijn opgenomen. Bij een aantal risicoklassen is er een forse overcompensatie, waaronder de DKG-GGZ, FKG-GGZ en AVI en SES. Dit is een indicatie dat het macrovereveningsresultaat (c.q. kostenonderschrijding) is behaald bij verzekerden met relatief hoge gGGZ-kosten, met name vanwege de DKG-GGZ. Net zoals bij de somatische kosten kan geen specifieke subgroep(en) worden aangewezen die hiervoor verantwoordelijk is, vanwege het ontbreken van meer gedetailleerde (kosten)gegevens. Opvallende resultaten in tabel 6.5 zijn:

- Voor alle risicoklassen van DKG-GGZ, behalve de afslagklasse, geldt een relatief hoog gemiddeld positief vereveningsresultaat, variërend van € 400 tot € 4.019 per verzekerde. De kosten van de behandelingen van deze DKG-GGZ zijn lager dan verwacht. Voor de afslagklasse is de macro-omvang van het vereveningsresultaat hoog, vanwege de omvang van deze risicoklasse. DKG-GGZ is per 2014 ingevoerd, waardoor vergelijking met voorgaande jaren niet mogelijk is. In 2014 is een conversie (c.q. omzetting van de gegevens) uitgevoerd om de gegevens van 2010 representatief te maken voor de situatie in 2014 met de generalistische basis-GGZ en specialistische GGZ. Het uitvoeren van een conversie gaat altijd gepaard met enige onzekerheid, wat (deels) de relatief grote verschillen voor de DKG-GGZ in 2014 kan verklaren.
- Ook voor alle FKG-GGZ, behalve FKG 5 en de afslagklasse, geldt een fors positief vereveningsresultaat. De kosten voor deze FKG-GGZ zijn lager dan verwacht. Mogelijk komt dit (deels) door de uitvoering van het preferentiebeleid voor generieke geneesmiddelen, dan wel (in combinatie met) een overschatting van alle kosten in het MPB. In voorgaande jaren is dit effect ook geconstateerd (Monitor 2012; Monitor 2013).

Voor de afslagklasse is sprake van een forse macro-omvang van het positieve vereveningsresultaat, vanwege de omvang van deze risicoklasse.

- Voor AVI zijn meerdere risicoklassen met een relatief hoog positief vereveningsresultaat: 1, 2, 5, 6 en 7. Dit zijn risicoklassen voor bijstandsgerechtigden en arbeidsongeschikten. De SES-klasse voor verzekerden van 18 – 64 jaar, woonachtig op een adres met meer dan 15 bewoners (e.g. verpleeghuizen/ institutioneel huishouden) heeft ook een relatief fors positief vereveningsresultaat. De afslagklasse van LDR en EPH vallen op vanwege de macro-omvang. Voorgaande jaren is hetzelfde effect geconstateerd voor dezelfde AVI-klassen en de afslagklassen van LDR en EPH (Monitor 2012; Monitor 2013).

Kosten

Tabel 6-6 presenteert de GGAV in kosten per vereveningskenmerk van het ex ante model voor de gGGZ-kosten van 2014. De gemiddelde kosten bij de OT en de ex ante vaststelling zijn procentueel gecorrigeerd naar het niveau van de gerealiseerde kosten (Bijlage B).

Tabel 6-6 GGAV in kosten per verzekerde van 18+ tussen de OT en definitieve vaststelling en tussen de ex ante vaststelling en definitieve vaststelling, gecorrigeerd voor het verschil in kostenniveau tussen de vaststellingsmomenten, voor het ex ante model voor de gGGZ-kosten van 2014.

	OT versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd	Ex ante vaststelling versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd
Leeftijd/geslacht	18,8	16,3
FKG-GGZ	4,8	10,5
AVI	18,2	17,4
SES	19,0	15,2
Regio	11,3	11,4
DKG-GGZ	6,3	6,9
LDR	24,2	25,0
EPH	9,0	9,0
Totaal	14,0	14,0

De totale GGAV is in 2014 bij de OT gelijk aan de GGAV bij de ex ante vaststelling: € 14 per verzekerde. Bij de meeste vereveningskenmerken is de GGAV bij de ex ante vaststelling lager dan bij de OT. De kosten van deze vereveningskenmerken bij de ex ante vaststelling sluiten gemiddeld beter aan op de gerealiseerde kosten dan bij de OT. Dit is het gevolg van het saldo van de herweging naar de verzekerdenraming en de schaling naar het MPB. Voor FKG-GGZ, LDR en Regio gaat dit niet op. Vorig jaar is dit voor LDR en Regio ook geconstateerd (Monitor 2013), en in 2012 ook voor regio (Monitor 2012). Het verschil in de GGAV voor regio in 2014 is zeer beperkt.

Bij de FKG-GGZ is een forse toename te zien van OT naar ex ante vaststelling: van € 4,8 naar € 10,5. Mogelijke oorzaken zijn: 1) de samenhang met de psychische DKGs en daarmee de conversie naar de generalistische basis-GGZ, 2) (in combinatie met) een overschatting van alle kosten in het MPB en 3) de uitvoering van het preferentiebeleid voor generieke geneesmiddelen. Daarnaast valt de relatief hoge GGAV bij LDR op, zowel bij de OT alsmede bij de ex ante vaststelling. Er is geen duidelijke verklaring voor dit resultaat. Mogelijk is dit gerelateerd aan de kostenoverschrijding, waardoor er een minder goede aansluiting is op de kosten bij een vereveningskenmerk dat gebaseerd is op kosten uit het vorige jaar. De GGAV bij SES is hoog in verhouding tot de GGAV in vorig jaar (Monitor 2013). SES is een vereveningskenmerk die in de analyses meerdere keren opvallen door de relatief grote verschuivingen. Zoals eerder genoemd, kan dit komen door de (sterke) invloed van marktontwikkelingen, waardoor het lastig(er) is de cijfers goed in te schatten.

De GGAV, in totaal en voor de afzonderlijke vereveningskenmerken, is in 2014 hoger dan in voorgaande jaren (Monitor 2012; Monitor 2013). Het kostenniveau is in 2014 ook hoger, waardoor een hogere GGAV mag worden verwacht. Echter, de toename in de GGAV is relatief hoger dan de toename in het kostenniveau. Mogelijk heeft deze toename (deels) te maken met de conversie in 2014 voor de invoering van de basis-GGZ, waarbij, zoals bij elke conversie, enige onzekerheid gepaard gaat.

Prevalenties

Tabel 6-7 toont de GAV in prevalenties per vereveningskenmerk van het ex ante model voor de gGGZ-kosten van 2014 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 ex ante model voor de gGGZ-kosten van 2014.

	OT versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd	Ex ante versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd
Leeftijd/ geslacht	51,0	8,9
FKG-GGZ	6,8	0,3
AVI	47,0	36,0
SES	49,8	15,7
Regio	4,9	1,9
DKG-GGZ	4,3	1,5
LDR	20,1	22,1
EPH	15,9	14,9
Totaal	25,0	12,6

De totale GAV is in 2014 bij de ex ante vaststelling substantieel lager dan bij de OT: 12,6 versus 25,0. Een prevalentieverschil van in totaal 1,26 % is relatief beperkt. Voor alle vereveningskenmerken, behalve voor LDR, is de GAV lager bij de ex ante vaststelling dan bij de OT. In 2012 en 2013 was de totale GAV bij de ex ante vaststelling ook substantieel lager dan bij de OT (Monitor 2012; Monitor 2013). Door de herweging naar de verzekerdenraming en de schaling naar het MPB sluiten de prevalenties gemiddeld beter aan op de gerealiseerde prevalenties, dan de geraamde cijfers bij de OT. De volgende resultaten vallen op:

- Bij FKG-GGZ, DKG-GGZ en Regio is de GAV laag bij de ex ante vaststelling. De geraamde verzekerdenaantallen wijken gemiddeld niet veel af van de gerealiseerde verzekerdenaantallen.
- Bij AVI, SES en LDR is de GAV relatief hoog bij de ex ante vaststelling. Net zoals bij het ex ante model voor de somatische kosten komt dit voor bij AVI en SES. Dezelfde verklaringen gaan hier op: deze vereveningskenmerken zijn sterk gerelateerd aan de economische situatie/ conjunctuur. Het is lastig deze prevalenties goed te ramen, omdat onvoorziene ontwikkelingen in de economische situatie een (grote) impact spelen. Zoals ook eerder vermeld, is in 2015 en 2016 de uitvoering de methodiek voor het definiëren van SES aangepast om de stabiliteit van dit vereveningskenmerk te verbeteren (ZIN, 2014; ZIN, 2015). Ook kan dit (deels) worden verklaard 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.

6.3.2. Subgroepen samenhang aandoening en leeftijd

Tabel 6-8 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat en de gemiddelde kosten van subgroepen op basis van samenhang tussen somatische en psychische aandoening in combinatie met leeftijdsgroepen. Het verschil in kostenniveau tussen de vaststellingsmomenten dient in acht te worden genomen bij interpretatie van deze resultaten (Bijlage B). Bij de definitieve vaststelling is gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat: het gemiddelde vereveningsresultaat is gelijk aan nul gesteld (net zoals het geval is bij de OT en ex ante vaststelling).

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 2014, 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, c, d}	OT	Ex ante	DV ^e
Verzekerden van 18 tot en met 64 jaar							
- Geen somatische - Geen psychische aandoening	60,0	0,4	1	15	99	111	90
- Geen somatische - Wel psychische aandoening	2,1	95	91	-97	2.390	2.597	2.502
- Wel somatische - Geen psychische aandoening	11,7	-20	-24	-11	89	95	103
- Wel somatische - Wel psychische aandoening	3,8	-18	-19	-183	2.266	2.483	2.241
Verzekerden van 65 jaar en ouder							
- Geen somatische - Geen psychische aandoening	8,9	2	0,4	9	56	56	47
- Geen somatische - Wel psychische aandoening	0,1	-51	-32	-204	2.328	2.462	2.501
- Wel somatische - Geen psychische aandoening	12,1	-4	-5	7	58	60	52
- Wel somatische - Wel psychische aandoening	1,3	53	61	-18	1.355	1.437	1.181
Totaal	100	0	0	0	249	280	232

Voetnoot Tabel 6-8:

- Aantal verzekerdenjaren bij de definitieve vaststelling. De aantallen op de andere momenten zijn vergelijkbaar met deze aantallen.
- Procentueel gecorrigeerd voor het positieve macrovereveningsresultaat van gemiddeld € 51 per verzekerde. In Hoofdstuk 5 zijn de gerealiseerde resultaten *zonder* correctie gepresenteerd bij de analyse naar de werking op subgroepen.

- c. Definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen.
- d. In de berekening van het vereveningsresultaat is criteriumneutraliteit voor de vereveningskenmerken LDR en DKG GGZ meegenomen.
- e. Zie ook tabel 5-6.

Het patroon in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen de momenten ligt over het algemeen in lijn met elkaar. Deze bevinding was ook in 2012 en 2013 geconstateerd (Monitor 2012; Monitor 2013). Vier subgroepen die hier een uitzondering op vormen zijn:

- Voor de subgroepen met een psychische aandoening (ongeacht de aanwezigheid van een somatische aandoening en de leeftijdsgroep) neemt het gemiddelde vereveningsresultaat sterk af bij de definitieve vaststelling. Bij de definitieve vaststelling is er een gemiddelde ondercompensatie, wat niet geldt voor al deze subgroepen bij de OT en ex ante vaststelling. Voor deze subgroepen is de hoogte van het gemiddelde vereveningsresultaat en het effect tussen de momenten verschillend: het vereveningsresultaat neemt wel (verder) af bij deze subgroepen. Dit is de uitwerking van de eerder geconstateerde verschillen in kosten en prevalenties voor onder andere DKG-GGZ en FKG-GGZ, welke beide zijn gebruikt om een psychische aandoening te definiëren.

Nadere beschouwing

Hetgeen in paragraaf 6.2.2 is vermeld, geldt hier ook: alle prevalenties zijn vergelijkbaar op de verschillende momenten, met uitzondering van de prevalenties van een positieve DKG-GGZ bij de subgroepen voor verzekerden met een psychische aandoening maar zonder somatische aandoening (ongeacht leeftijd). Voor deze subgroepen is bij de definitieve vaststelling sprake van een hogere prevalentie van een positieve DKG-GGZ: circa 40 %. De indeling van meer verzekerden in een positieve DKG-GGZ heeft niet geleid tot een gemiddeld beter vereveningsresultaat. Er is geen duidelijke verklaring voor de hogere prevalenties van een positieve DKG-GGZ in deze subgroep.

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

Samenvatting

Somatische kosten

- De ex ante normbedragen sluiten over het algemeen beter aan op de herschatte realisatienormbedragen dan de OT-normbedragen. De afwijking van de ex ante normbedragen op de herschatte normbedragen is gemiddeld genomen beperkt.
- Bij leeftijd/ geslacht, FKG, DKG en MHK 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.
- De verklaringskracht in R^2 en CPM van het herschatte ex ante model op gerealiseerde cijfers is vergelijkbaar met de verklaringskracht van dit ex ante model op de verschillende momenten (OT, ex ante vaststelling en definitieve vaststelling). Verschillen in de verklaringskracht komen door verschillen in de onderliggende data.

gGGZ-kosten

- De afwijking van de OT- en ex ante normbedragen op de herschatte normbedragen is even groot. De verzekerdenraming en schaling naar het MPB hebben per saldo niet geleid tot een betere aansluiting van de normbedragen. De afwijking van de OT- en ex ante normbedragen op de herschatte realisatienormbedragen is gemiddeld genomen beperkt.
- Bij leeftijd/ geslacht, Regio, LDR, AVI en EPH is de aansluiting van de ex ante vastgestelde normbedragen op de realisatienormbedragen (licht) groter dan bij de OT-normbedragen. Bij leeftijd/ geslacht zijn er relatief grote afwijkingen, als saldo-effect van verschuivingen bij andere vereveningskenmerken.
- De verklaringskracht in R^2 en CPM van het herschatte ex ante model op gerealiseerde cijfers is vergelijkbaar met de verklaringskracht van het ex ante model op de verschillende momenten (OT, ex ante vaststelling en definitieve vaststelling).

7.1. Doel en definitie begrippen voor interpretatie resultaten

Dit hoofdstuk geeft inzicht in welke mate de normbedragen bij de OT (OT-normbedragen) en de normbedragen bij de ex ante vaststelling (ex ante normbedragen) aansluiten op de normbedragen van dezelfde ex ante modellen, die zijn herschat op gerealiseerde cijfers (hierna aangeduid als *realisatienormbedragen*). Normbedragen zijn het eindproduct van kosten en prevalenties. Deze analyse toetst hoe de verbanden tussen de eerder geconstateerde verschillen in kosten en prevalenties (Hoofdstuk 6) aansluiten op de verbanden tussen kosten en prevalenties in de gerealiseerde situatie. De OT- en ex ante normbedragen worden vergeleken met de realisatienormbedragen. Ten behoeve van vergelijkbaarheid zijn de OT- en ex ante normbedragen procentueel geschaald naar het niveau van de gerealiseerde kosten (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.

Bij de herschatting van het ex ante model voor de gGGZ wordt de HKC niet meegenomen (ex post maatregelen blijven buiten beschouwing). Dit is bij de OT en de ex ante vaststelling ook het geval.

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

- Verschuivingen 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 deze vereveningskenmerken. Verschuivingen in de normbedragen bij vereveningskenmerken dienen gezamenlijk in ogenschouw te worden genomen.
- De realisatienormbedragen zijn geschat voor het uitvoeren van onderhavige 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 bij de definitieve vaststelling.

7.2. Somatische kosten

7.2.1. Normbedragen

Tabel 7-1 presenteert de GGAV in de normbedragen van het ex ante model voor de somatische kosten van 2014, ten tijde van de OT en ex ante vaststelling ten opzichte van de realisatienormbedragen. De onderste regel presenteert de totale GGAV.

Tabel 7-1 GGAV in normbedragen tussen de OT en de ex ante vaststelling met de realisatienormbedragen voor het ex ante model voor de somatische kosten van 2014, uitgedrukt in € per verzekerde.

Vereveningskenmerk	OT – herschatting	Ex ante vaststelling – herschatting
Leeftijd/ geslacht	58,8	39,6
FKG	26,1	25,9
Regio	8,3	8,3
DKG	52,0	47,9/ 27,8*
MHK	23,9	20,8/ 17,7*
AVI	5,9	7,5
HKG	5,3	2,0/ 1,1*
SES	12,3	12,3
Totaal	24,1	20,5/ 19,9*

Voetnoot Tabel 7-1:

* Bij de ex ante vaststelling rekening houdend met criteriumneutraliteit voor de vereveningskenmerken DKG, HKG en MHK.

De totale GGAV bedraagt in 2014 voor de OT 24,1 en voor de ex ante vaststelling 20,5 (of 19,9 met criteriumneutraliteit voor DKG, HKG en MHK). Conform verwachting is de totale GGAV bij de ex ante vaststelling lager dan bij de OT. De herweging naar de verzekerdenraming en de schaling naar het MPB hebben tezamen er, over het algemeen, voor gezorgd dat de normbedragen bij de ex ante vaststelling gemiddeld genomen beter aansluiten op de realisatienormbedragen dan bij de OT. In 2012 en 2013 was GGAV bij de ex ante vaststelling ook lager dan bij de OT: respectievelijk 25,3 ten opzichte van 26,4 (Monitor 2012) en 35,6 ten opzichte van 29,4 (Monitor 2013). Tevens volgt hieruit dat de GGAV in 2014 lager is dan in 2013, wat aangeeft dat de aansluiting op de realisatienormbedragen is verbeterd. Opvallende resultaten zijn:

- Bij leeftijd/ geslacht is de GGAV relatief hoog ten opzichte van andere vereveningskenmerken. Dit was ook in 2012 en 2013 geconstateerd (Monitor 2012; Monitor 2013). Deze verschuivingen zijn het gevolg van verschuivingen in de kosten en prevalenties bij andere vereveningskenmerken, zoals DKG, FKG en MHK, die (sterk) samenhangen met dit vereveningskenmerk. Bij deze andere vereveningskenmerken is ook sprake van een relatief hoge GGAV in normbedragen (eveneens zijn in paragraaf 6.2.1 verschuivingen in kosten en prevalenties bij deze vereveningskenmerken geconstateerd). De GGAV in normbedragen van leeftijd/geslacht neemt fors af bij de ex ante vaststelling ten opzichte van de OT. Dit komt door het saldo van de verzekerdenraming en de schaling naar het MPB, in combinatie met wijzigingen in de patronen van andere vereveningskenmerken die (sterk) samenhangen met dit vereveningskenmerk.
- Bij DKG is de GGAV relatief hoog ten opzichte van andere vereveningskenmerken: 52,0 bij de OT en 47,9 bij de ex ante vaststelling. Rekening houdend met criteriumneutraliteit bedraagt de GGAV 27,8. Criteriumneutraliteit heeft daarmee een behoorlijke impact op de GGAV. Dit is vorig jaar ook geconstateerd (Monitor 2013). Bij dit vereveningskenmerk zijn ook relatief forse verschuivingen in de kosten geconstateerd en (in mindere mate) in de prevalenties; zie paragraaf 6.2.1. Dit heeft per saldo geleid tot verschuivingen in de normbedragen. Ook kunnen deze verschuivingen in normbedragen zijn beïnvloed door samenhang met andere vereveningskenmerken.

- De GGAV bij FKG is relatief hoog: 26,1 bij de OT en 25,9 bij de ex ante vaststelling. Dit kan gerelateerd zijn aan de verschuivingen in de kosten (paragraaf 6.2.1), dan wel in combinatie met samenhang door andere vereveningskenmerken.
- MHK heeft een relatief hoge GGAV: 23,9 bij de OT en 20,8 bij de ex ante vaststelling (of 17,7 indien criteriumneutraliteit wordt meegenomen). In 2012 en 2013 is dit ook geconstateerd (Monitor 2012; Monitor 2013).
- Bij HKG is sprake van een relatief lage GGAV in normbedragen. Dit vereveningskenmerk is per 2014 toegevoegd aan het ex ante model.

7.2.2. Verklaringskracht

Tabel 7-2 presenteert de R^2 en CPM voor het ex ante model voor de somatische kosten van 2014 voor de verschillende momenten en bij herschatting van het model op de gerealiseerde cijfers. De R^2 is een maatstaf voor de verklaringskracht, berekend als het percentage van de verklaarde variantie van de totale variantie in kosten. De CPM is een soortgelijke maatstaf op basis van absolute verschillen.

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

	R^2 (in%)	CPM (in%)
OT	24,5	25,0
Ex ante vaststelling	24,5	25,4
Definitieve vaststelling (geschaald naar nul)	22,3	25,2
Herschating	22,4	25,2

Voetnoot Tabel 7-2

- Bij de definitieve vaststelling is het gemiddelde macrovereveningsresultaat procentueel geschaald naar nul.
- OT: het ex ante model ten tijde van de OT, op geraamde cijfers van een databestand van 2011, representatief gemaakt voor de kosten van 2014 (WOR 648).
- Ex ante vaststelling: het ex ante model ten tijde van de ex ante vaststelling, op geraamde cijfers van het databestand van 2011 (gebruikt bij de OT), plus de herweging naar de verzekerdensraming en schaling naar het MPB (WOR 649). Criteriumneutraliteit is (nog) niet van toepassing.
- Definitieve vaststelling: de ex ante vastgestelde normbedragen (inclusief criteriumneutraliteit) toegepast op de gerealiseerde cijfers.
- Herschatting: het ex ante model geschat op de gerealiseerde cijfers.

De verklaringskracht van het ex ante model – in de R^2 en de CPM – zijn op de momenten alsmede bij de herschatting van vergelijkbare orde van grootte. Voorgaande jaren is hetzelfde geconstateerd (Monitor 2012; Monitor 2013). De verschillen in de R^2 en CPM tussen de momenten en de herschatting worden verklaard door verschillen in patronen in de onderliggende data; niet door vormgeving van het ex ante model (dit is op alle momenten hetzelfde). Bijvoorbeeld de wijziging in de tarieven van nierdialyse kunnen impact hebben gehad op de verklaringskracht van het ex ante model bij de definitieve vaststelling. *Noot* – interpretatie van de R^2 en CPM in absolute termen door vergelijking over de momenten of over de jaren is hierdoor niet goed mogelijk.

7.3. gGGZ-kosten

7.3.1. Normbedragen

Tabel 7-3 toont de GGAV voor de normbedragen van het ex ante model voor de gGGZ-kosten van 2014, zowel voor de OT alsmede de ex ante vaststelling ten opzichte van de herschatting. De onderste regel geeft de totale GGAV.

Tabel 7-3 GGAV in normbedragen van de OT en de ex ante vaststelling met de realisatienormbedragen voor het ex ante model voor de gGGZ-kosten van 2014, uitgedrukt in € per verzekerde.

Vereveningskenmerk	OT – herschatting	Ex ante vaststelling – herschatting
Leeftijd/geslacht	5,2	8,2
FKG-GGZ	5,3	3,9
Regio	4,5	5,3
LDR	12,4	13,7/ 13,9*
DKG-GGZ	9,1	5,4/ 2,8*
AVI	7,3	7,7
SES	3,9	3,8
EPH	0,8	0,9
Totaal	6,1	6,1/ 5,9*

Voetnoot Tabel 7-3:

* Bij de ex ante vaststelling rekening houdend met criteriumneutraliteit voor DKG-GGZ en LDR.

De totale GGAV voor de OT en ex ante vaststelling is gelijk: 6,1 (of 5,9 indien criteriumneutraliteit voor DKG-GGZ en LDR wordt meegenomen). Dit geeft aan dat de OT-normbedragen over het algemeen in dezelfde mate aansluiten op de realisatienormbedragen dan de ex ante vastgestelde normbedragen in 2014; herweging naar de verzekerdenraming en de schaling naar het MPB hebben in dit geval in totaal niet geleid tot een betere aansluiting van de normbedragen. Ten opzichte van 2013 is de totale GGAV in normbedragen in absolute termen iets toegenomen: in 2013 was dit 5,2 en 5,3 voor de OT en ex ante vaststelling respectievelijk (Monitor 2013). Resultaten die opvallen in tabel 7-3 zijn:

- Voor leeftijd/ geslacht, Regio, LDR, AVI en EPH is de GGAV bij de ex ante vaststelling (licht) hoger dan bij de OT. Bij leeftijd/geslacht stijgt de GGAV van 5,2 bij de OT naar 8,2 bij de ex ante vaststelling. Dit is het saldo van verschuivingen bij andere vereveningskenmerken, waarmee dit vereveningskenmerk (sterk) samenhangt. Bij deze vereveningskenmerken zijn eerder ook verschuivingen in de kosten en prevalenties geconstateerd (paragraaf 6.3.1). Tevens kan de stijging van de GGAV in normbedragen bij deze vereveningskenmerken zijn beïnvloed door samenhang met andere vereveningskenmerken. Bijvoorbeeld voor LDR geldt een restrictie op de samenloop met DKG-GGZ.
- Bij FKG-GGZ, DKG-GGZ en SES is de GGAV lager bij de ex ante vaststelling dan bij de OT. Noemenswaardig is de verlaging die optreedt in de GGAV bij DKG-GGZ: de GGAV van 9,1 bij de OT daalt tot 5,4 bij de ex ante vaststelling (of zelfs tot 2,8 indien criteriumneutraliteit wordt meegenomen). Eerder is bij DKG-GGZ geconstateerd dat de prevalenties bij de ex ante vaststelling gemiddeld beter aansluiten op de gerealiseerde cijfers dan bij de OT (paragraaf 6.3.1). Dit vereveningskenmerk is nieuw per 2014. Deze bevinding betekent dat de herschatte normbedragen voor dit vereveningskenmerk gemiddeld genomen niet substantieel anders zijn dan de ex ante vastgestelde normbedragen.

7.3.2. Verklaringskracht

Tabel 7-4 geeft de verklaringskracht in termen van R^2 en CPM voor het ex ante model voor de gGGZ-kosten van verzekerden van 18+ in 2014 op verschillende momenten en bij herschatting van het ex ante model op de gerealiseerde cijfers.

Tabel 7-4 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	14,7	25,5
Ex ante vaststelling	14,8	25,4
Definitieve vaststelling (geschaald naar nul)	16,3	25,9
Herschating	16,4	27,6

Voetnoot Tabel 7-4

- Bij de definitieve vaststelling is het gemiddelde vereveningsresultaat procentueel geschaald naar nul (Bijlage B).
- OT: het ex ante model ten tijde van de OT, op geraamde cijfers van een databestand van 2011, representatief gemaakt voor de kosten van 2014 (WOR 648).
- Ex ante vaststelling: het ex ante model ten tijde van de ex ante vaststelling, op geraamde cijfers van het databestand van 2011 (gebruikt bij de OT), plus de herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB (WOR 649). Hierbij is (nog) geen criteriumneutraliteit van toepassing.
- Definitieve vaststelling: de ex ante vastgestelde normbedragen (inclusief criteriumneutraliteit) toegepast op de gerealiseerde cijfers.
- Herschatting: het ex ante model geschat op de gerealiseerde cijfers.

De R^2 en CPM van het ex ante model voor de gGGZ-kosten van 2014 is van vergelijkbare grootte op de verschillende momenten alsmede de herschatting. De verklaringskracht van het ex ante model bij de definitieve vaststelling (en bij herschatting) is iets hoger dan bij de OT en ex ante vaststelling wordt verwacht. Dit is in lijn met de bevindingen van 2012 en 2013 (Monitor 2012; Monitor 2013). De totale variantie van de gerealiseerde kosten is lager dan de kosten van de OT en ex ante vaststelling. Hierdoor is de verklaringskracht van het ex ante model op de gerealiseerde cijfers iets hoger dan bij de OT en ex ante vaststelling. Net zoals aangegeven in paragraaf 7.2.2, worden de verschillen in R^2 en CPM tussen de momenten en de herschatting verklaard door verschillen in patronen in de onderliggende data.

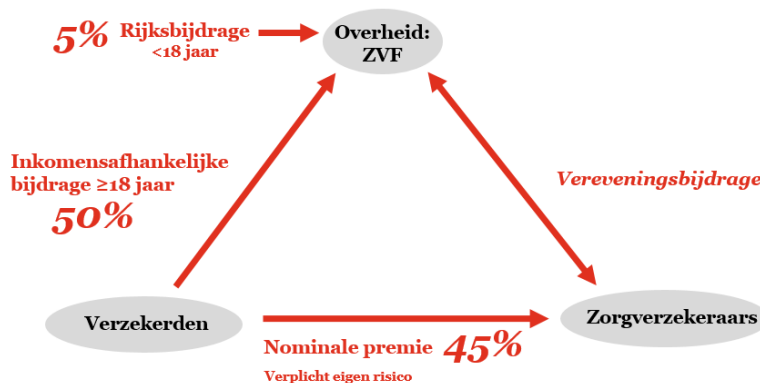
Bijlagen

A. Achtergrond Risicovereveningssysteem

A.1. Financiering Zvw

De Zvw worden gefinancierd uit drie geldstromen: 50 % van de totale uitgaven wordt gefinancierd uit de premie die verzekerden betalen aan hun zorgverzekeraar, 45 % uit een inkomensafhankelijke bijdrage en 5% uit een rijksbijdrage voor kinderen en adolescenten (<18 jaar) (Figuur A-1). De inkomensafhankelijke bijdrage en rijksbijdrage worden gestort in het Zorgverzekeringsfonds (ZVF). Dit fonds wordt beheerd door het ZIN.

Figuur A-1 Financieringsstromen Zvw



Het ZIN verdeelt jaarlijks het MPB, dat door het Ministerie van VWS is vastgesteld, onder alle zorgverzekeraars. De hoogte van de bijdrage hangt af van het risicoprofiel van de verzekerdenportefeuille van de zorgverzekeraar. De bijdrage die het ZIN aan een zorgverzekeraar feitelijk uitkeert is de vastgestelde bijdrage *minus* de nominale rekenpremie en het in te houden verplicht eigen risico bedrag *plus* een rijksbijdrage voor de uitvoering van de basisverzekering voor verzekerden onder de 18 jaar.

- De rekenpremie is de gemiddelde (verwachte) premie voor de basisverzekering in de markt. In 2014 was dit € 1.121 euro per verzekerde van 18 jaar of ouder. Dit bedrag is door het Ministerie van VWS vastgesteld. Elke zorgverzekeraar is vrij de hoogte van de premie van de basisverzekering te bepalen: dit kan hoger of lager zijn dan de rekenpremie.
- Het verplicht eigen risico bedrag in 2014 was € 360 euro per verzekerde van 18 jaar of ouder.¹² Dit bedrag wordt door het Ministerie van VWS vastgesteld. Het in te houden eigen risico bedrag wordt door het ZIN op basis van een ex ante model bepaald (paragraaf 2.2). De werkelijk geïnde opbrengsten voor het verplicht eigen risico door een zorgverzekeraar kan afwijken van de ingehouden korting op de bijdrage voor deze opbrengsten van het verplicht eigen risico.
- Een zorgverzekeraar ontvangt een rijksbijdrage voor de uitvoering van de basisverzekering voor verzekerden onder de 18 jaar, omdat voor deze verzekerden geen premie wordt ontvangen. In 2014 was dit € 50 euro per verzekerde. Dit bedrag is door het Ministerie van VWS vastgesteld.

De Monitor richt zich op evaluatie van de *vereveningsbijdrage*. De nominale rekenpremie en de uitvoeringskosten voor verzekerden onder de 18 jaar blijven buiten beschouwing. Aangezien het in te houden eigen risico bedrag wordt bepaald aan de hand van een ex ante model is dit onderdeel van deze Monitor.

A.2. Uitvoering risicovereveningssysteem

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

Ex ante vaststelling: OT-fase en schatting normbedragen

¹² Verzekerden kunnen ook een vrijwillig eigen risico afsluiten bovenop het verplicht eigen risico bedrag. Het vrijwillig eigen risico bedrag valt buiten de scope van deze Monitor.

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

Voordat de normbedragen worden geschat, worden de kosten geschaald naar het niveau van het MPB in 2014. Tevens worden de prevalenties van de risicoklassen van de vereveningskenmerken herwogen naar de verwachte samenstelling van de Nederlandse bevolking in 2014. Na deze twee stappen wordt de set van ex ante normbedragen bepaald. De normbedragen zijn de gemiddelde verwachte zorgkosten voor een verzekerde per risicoklasse van een vereveningskenmerk. Het ZIN stelt op basis van de vastgestelde normbedragen de ex ante bijdrage per zorgverzekeraar vast.

Definitieve vaststelling

De uiteindelijke situatie in het vereveningsjaar met betrekking tot kosten, prevalenties, samenstelling van de Zvw-bevolking en de samenstelling van de verzekerdenportefeuille van zorgverzekeraars kunnen anders zijn dan waarvan is uitgegaan bij de ex ante vaststelling. In de daaropvolgende drie jaar vinden herberekeningen plaats door het ZIN. De ex ante vastgestelde normbedragen wijzigen hierbij niet (met uitzondering van het vereveningskenmerk c.q. de risicoklasse waarop criteriumneutraliteit van toepassing is). Vier na het vereveningsjaar wordt de bijdrage definitief vastgesteld op basis van gerealiseerde kosten en prevalenties. Dit tijdsplan is benodigd voor het volledig uitdeclaren van alle declaraties van het betreffende vereveningsjaar.

A.3. Vaste kosten – Onderliggende zorgtypen

Onder de vaste kosten in 2014 vallen de volgende zorgtypen:

Zorgtypen	Omvang in € mln.
Add-ons m.u.v. groeihormonen en IC (612)	1.456,2
Geriatrische revalidatiezorg (670)	675,6
GGZ-kosten verzekerden 18- (660+661+662+664)	559,1
25% van de kostencomponent gereguleerde segment niet expertproducten (613)	521,7
Kostencomponent DBC gereguleerde segment expertproducten (613)	306,5
Kostencomponent DBC vrije segment expertproducten (615)	142,7
Honoraria DBC gereguleerde segment expertproducten (614)	38,9
25 % van de overige kosten ziekenhuiszorg en curatieve zorg, niet eerstelijnsdiagnostiek (610)	22,1
Honoraria DBC vrije segment expertproducten (616)	20,8
10% van kosten grensoverschrijdende zorg ziekenhuisverpl. en spec.zorg via zorgverzekeraar (720)	20,3
Kosten Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (730)	12,8
5% van grensoverschrijdende zorg via het Zorginstituut (720)	5,8
Kosten projectgelden GGZ (730)	5,0
Kosten patiëntparticipatie NPCF (730)	2,9
25% van kostencomponent DBC gereguleerde segment extramuraal werk.spec., niet expertproduct (619)	0,3
Kosten van expertproducten (619)	0,2
Kosten grensoverschrijdende zorg GGZ 18- via zorgverzekeraar (720)	0,2
Totaal	3.791,2

A.4. Overzicht wijzigingen risicovereveningssysteem 2007 – 2014

Het risicovereveningssysteem is in de periode 2007 tot en met 2014 gewijzigd, zowel de vormgeving van de ex ante modellen alsmede de inzet van flankerend beleid/ macroncalculatie en ex post maatregelen. Onderstaand overzicht beschrijft de wijzigingen in het risicovereveningssysteem voor de somatische kosten, de gGGZ-kosten en de opbrengsten voor het verplicht eigen risico gedurende de periode 2012 tot en met 2014. Wijzigingen voor 2012 zijn terug te vinden in vorige edities van de Monitor (o.a. Monitor 2013).

A.4.1. Wijzigingen somatische kosten

Jaar	Wijzigingen ex ante model somatische kosten per jaar ten opzichte van het voorgaande jaar
2014	<ul style="list-style-type: none"> • Introductie van het vereveningskenmerk HKG; • Aanpassing in het vereveningskenmerk aard van inkomen; • Vervallen van één FKG.
2013	<ul style="list-style-type: none"> • Aanpassing van 25 naar 24 FKGs; • Toevoeging van 2 additionele DKGs; • Aanpassing in het vereveningskenmerk MHK.
2012	<ul style="list-style-type: none"> • Toevoegen van het vereveningskenmerk MHK; • Toevoeging van 2 additionele FKGs en groot onderhoud aan indeling van FKGs.

Jaar	Wijzigingen flankerend beleid en ex post maatregelen per jaar ten opzichte van het voorgaande jaar voor de somatische kosten
2014	<ul style="list-style-type: none"> • Verruiming van de bandbreedte voor variabele kosten van MSZ van € 25 naar € 40 per verzekerde. Buiten de bandbreedte wordt 90 % van het vereveningsresultaat gecompenseerd.
2013	<ul style="list-style-type: none"> • Verruiming van de bandbreedte voor variabele kosten van MSZ van € 22,5 naar € 25 per verzekerde. Buiten de bandbreedte wordt 90 % van het vereveningsresultaat gecompenseerd.
2012	<ul style="list-style-type: none"> • Invoering flankerend beleid - afschaffing macronacalculatie; • Afschaffing nacalculatie op variabele kosten van ziekenhuiszorg (30 %); • Afschaffing HKC.

A.4.2. Wijzigingen gGGZ-kosten

Jaar	Wijzigingen ex ante model voor de gGGZ-kosten per jaar ten opzichte van het voorgaande jaar
2014	<ul style="list-style-type: none"> • Introductie vereveningskenmerk DKG psychische aandoeningen; • Vervallen van vereveningskenmerk HDR; • Aanpassing in het vereveningskenmerk aard van inkomen; • Aanpassing vereveningskenmerk LDR.
2013	<ul style="list-style-type: none"> • Toevoeging van 2 additionele psychische FKGs.
2012	<ul style="list-style-type: none"> • Opsplitsing van het vereveningskenmerk psychische FKG in meerdere risicoklassen.

Jaar	Wijzigingen flankerend beleid en ex post maatregelen ten opzichte van het voorgaande jaar voor de gGGZ-kosten
2014	<ul style="list-style-type: none"> • Verruiming van de HKC voor gGGZ-kosten van verzekerden van 18+ van € 10.000 naar € 25.000 per verzekerde. Buiten de bandbreedte wordt 90 % van het vereveningsresultaat gecompenseerd. • Verruiming van de bandbreedte voor gGGZ-kosten van verzekerden van 18+ van € 7,50 naar € 12,50 per verzekerde. Buiten de bandbreedte wordt 90 % van het vereveningsresultaat gecompenseerd.
2013	<ul style="list-style-type: none"> • Geen wijzigingen.
2012	<ul style="list-style-type: none"> • Invoering flankerend beleid - afschaffing macronacalculatie; • Afbouwen van HKC van 100 % naar 90 % met een grens van € 10.000 per verzekerde; • Afbouwen van bandbreedteregeling van 100 % naar 90 % met € 7,50 per verzekerde.

A.4.3. Wijzigingen opbrengsten voor het verplicht eigen risico

Jaar	Wijzigingen ex ante model voor opbrengsten van het verplicht eigen risico per jaar ten opzichte van het voorgaande jaar
2014	<ul style="list-style-type: none"> • Verhoging van het verplicht eigen risico van € 350 naar € 360 per verzekerde. • Aanpassing van het vereveningskenmerk aard van inkomen.
2013	<ul style="list-style-type: none"> • Verhoging van het verplicht eigen risico van € 220 naar € 350 per verzekerde. • Wijziging van de definitie van de forfaitaire groep.
2012	<ul style="list-style-type: none"> • Verhoging van het verplicht eigen risico van € 170 naar € 220 per verzekerde. • Geen wijzigingen in de vereveningskenmerken en bepaling van de forfaitaire groep.

B. Methode en verantwoording

B.1. Gebruikte bronbestanden

Voor de analyses naar de werking van het risicovereveningssysteem op de drie analyseniveaus (macro, zorgverzekeraars en subgroepen) zijn verschillende bronbestanden aangeleverd. Dit deel van de bijlage beschrijft de aangeleverde bronbestanden. Ook zijn een aantal beschrijvende statistieken gerapporteerd om de bronbestanden aan te sluiten met de cijfers die gerapporteerd zijn bij de uitvoering van het risicovereveningssysteem (o.a. WOR 648, WOR 649 en WOR 659). Belangrijke verschillen tussen bestanden voor het doel van onderhavige Monitor worden waar mogelijk in kaart gebracht.

Op basis van deze statistieken acht PwC de bronbestanden volledig en geschikt voor uitvoering van de analyses in deze Monitor.

B.1.1. Macro- en zorgverzekeraarsanalyse

Voor de *macro- en zorgverzekeraarsanalyse* heeft het ZIN een bronbestand aangeleverd op zorgverzekeraarsniveau. Dit bestand bevat gegevens over zorgkosten en verzekerdenaantallen van de ex ante vaststelling (najaar 2013) en de definitieve vaststelling van de bijdragen (2014, vastgesteld in 2018). De gegevens van de definitieve vaststelling zijn gebruikt voor deze Monitor. Het bestand bevat de gerealiseerde cijfers en is *inclusief*:

- flankerend beleid en alle ex post maatregelen;
- kosten van buitenlandzorg, verwerkt middels een macroboeking;
- niet-ingezetenen (176.586 verzekerdenjaren), die door het ZIN zijn ingedeeld in risicoklassen van vereveningskenmerken conform de geldende beleidsregels;
- verzekerden van wie het gepseudonimiseerd Burger Service Nummer (BSN) nummer onbekend is, die door het ZIN zijn ingedeeld in risicoklassen van vereveningskenmerken conform de geldende beleidsregels (circa 200 verzekerdenjaren).

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

Aansluiting ZIN-bestand

Enkele beschrijvende statistieken van het aangeleverde bestand zijn geanalyseerd. De macrobedragen bij de ex ante vaststelling sluiten aan met de MPB-bedragen. Ook sluiten de normbedragen in het bestand aan met de gerapporteerde normbedragen in WOR 658. Op basis van hiervan acht PwC het bestand plausibel voor deze Monitor. PwC gaat 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 2014 en 2013*

Het ZIN heeft het KPV-bestand en RBRV-bestand van 2014 aangeleverd. In het KPV-bestand zijn de gerealiseerde kosten van het vereveningsjaar per verzekerde beschikbaar. In het RBRV-bestand zijn de gerealiseerde verzekerdenkenmerken en de inschrijfduur van verzekerden beschikbaar. Deze bestanden zijn gekoppeld een elkaar op het niveau van verzekerden, op basis van een BSN-pseudoniem.

Daarnaast heeft het ZIN het KPV-bestand en RBRV-bestand van 2013 aangeleverd. De zorgkosten uit de bestanden voor 2013 zijn gebruikt voor het definiëren van de subgroepen (Bijlage B.2.3).

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

- flankerend beleid en alle ex post maatregelen;
- kosten van buitenlandzorg;

- niet-ingezetenen; *en*
- verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is.

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

Het ex ante model voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico kan niet worden geanalyseerd op subgroepniveau. De benodigde gedetailleerde kostengegevens (i.e. kosten uitgesplitst naar type zorgsoort in plaats van deelbedrag) zijn niet beschikbaar in de aangeleverde bestanden. De subgroepenanalyse richt zich dan ook op de werking van het ex ante model voor de somatische kosten en voor de gGGZ-kosten.

Aansluiting KPV- en RBRV-bestanden

Tabel B-1 presenteert de beschrijvende statistieken van het gekoppelde KPV- en RBRV-bestand van zowel 2014 als 2013 *na* de uitgevoerde bewerkingen c.q. selecties. Bij de koppeling zijn een aantal bewerkingen c.q. selecties uitgevoerd:

- verzekerden die niet voorkomen in het KPV-bestand (en wel in het RBRV-bestand) hebben geen kosten in het vereveningsjaar. Deze verzekerden worden op kosten gelijk aan nul gezet;
- buitenlanders en verzekerden van wie een vereveningskenmerk onbekend is of in de aparte risicoklasse hiervoor zijn ingedeeld, zijn verwijderd (176.586 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 2014 en 2013, na uitvoering van de bewerkingen c.q. selecties die benodigd zijn voor de analyses in deze Monitor.

	Gerealiseerde cijfers 2014	Gerealiseerde cijfers 2013
Aantal records	16.955.712	16.895.809
Aantal verzekerdenjaren	16.628.127	16.577.860
Aantal verzekerdenjaren vanaf 18+	13.212.457	13.144.911
Gemiddelde kosten per deelbedrag		
• Overige prestaties	731	707
• Variabele kosten van MSZ	1.067	1.060
• Totaal somatische kosten	1.798	1.767
• gGGZ (totaal)	232	237
Totaal gemiddelde kosten	2.030	2.004

B.1.3. Aanvullende bestanden Deel II

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

- *OT-bestanden voor de somatische zorg en de gGGZ van 2014*

Deze OT-bestanden bevatten kostengegevens van 2011, die representatief zijn gemaakt voor het vereveningsjaar 2014 (WOR 648, WOR 649, WOR 658). Ook bevatten deze OT-bestanden de inschrijfduur van verzekerden en verzekerdenkenmerken, die zijn gebaseerd op 2011 of meerdere voorgaande jaren (afhankelijk van het vereveningskenmerk). In deze bestanden zijn enkele typen kosten en verzekerden niet aanwezig, die wel in het ZIN-bestand voor de macro- en zorgverzekeraarsanalyse zijn inbegrepen. Deze OT-bestanden zijn exclusief:

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

Aansluiting en plausibiliteitscontroles OT-bestanden

Tabel B-2 presenteert beschrijvende statistieken van de OT-bestanden voor de somatische zorg en de gGGZ voor 2014 en 2013. De OT-bestanden sluiten op de gerapporteerde cijfers aan. Voor 2014 sluiten de statistieken aan (op enkele kleine verschillen en afrondingen na) met de gerapporteerde cijfers in WOR 649 tabel 2.1 (somatische zorg) en tabel 3.1 (gGGZ). Voor 2013 sluiten de statistieken aan met de gerapporteerde cijfers in WOR 624 tabel 3.1 en WOR 625 tabel 2.4 (op enkele kleine verschillen en afrondingen na). 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 2014 en 2013 voor somatische zorg en de gGGZ (zoals aangeleverd, voor herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB).

	OT-2014: kosten 2011 ^a	OT-2013: Kosten 2010 ^b
Somatische zorg		
Aantal records	16.753.162	16.426.880
Aantal verzekerdenjaren	16.438.960	16.375.746
Gemiddelde kosten:		
Overige prestaties	722	687
Variabele kosten	1.063	1.016
Totaal	1.785	1.704
gGGZ (verzekerden)		
Aantal records	13.148.861	13.007.504
Aantal verzekerdenjaren	12.967.849	12.891.244
Gemiddelde totale kosten	249	239

Voetnoot Tabel B-2

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

b. Kostengegevens gedefinieerd conform het Zvw-pakket van 2013.

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

Hieronder zijn de beschrijvende statistieken van de verschillende bestanden beschreven, die zijn gebruikt voor de analyses in Deel II. Op deze bestanden zijn verscheidene bewerkingen uitgevoerd om de analyses uit te voeren. Bijlage B en Bijlage F 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 2014.

	Geraamde cijfers		Gerealiseerde cijfers	
	OT ^a	Ex ante vaststelling ^b	Definitieve vaststelling ^c	
Variabele kosten van MSZ	1.063	1.139	1.067	
Overige prestaties	722	814	731	
Totaal gemiddelde kosten	1.785	1.953	1.798	
Totaal gemiddelde bijdrage	1.785	1.953	1.963	
Macrokosten in € mln.	29.341	32.800	29.892	
Macrobijdrage in € mln.	29.341	32.800	32.643	
Totaal aantal verzekerden	16.438.961	16.793.981	16.628.127	

Voetnoten Tabel B-3:

- Gebaseerd op kostengegevens van 2010, die representatief zijn gemaakt voor 2014 (WOR 649). De prevalenties zijn gebaseerd op de Zvw-bevolking van 2011. Dit zijn de cijfers *exclusief* niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is.
- Gebaseerd op dezelfde gegevens van de OT, die zijn herwogen naar de verwachte samenstelling van de Zvw-bevolking van 2014 en geschaald naar het kostenniveau van het MPB van 2014. Dit zijn de cijfers *inclusief* niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is.
- Gebaseerd op de gerealiseerde cijfers, op basis van het aangeleverde KPV- en RBRV-bestand van 2014, *exclusief* niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is.

Bij deze beschrijvende statistieken dient te worden vermeld:

- Bij de definitieve vaststelling is sprake van een gemiddeld vereveningsresultaat van € 165 per verzekerde. Dit wijkt iets af van de € 164 per verzekerde op basis van de resultaten in Hoofdstuk 3. Dit komt door kleine verschillen tussen de onderliggende bestanden.

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

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

Bij de gerealiseerde cijfers zijn de niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is niet inbegrepen. Uit de macroanalyse in Hoofdstuk 3 (die is gebaseerd op het volledige bestand voor uitvoering van het risicovereveningssysteem) volgt bij de definitieve vaststelling een macrobudget van € 32.844. Het verschil met de cijfers in bovenstaande tabel wordt (grotendeels) verklaard door het ontbreken van de niet-ingezetenen (176.586 verzekerdenjaren).

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

Via de herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB zijn de niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is wel meegenomen bij de ex ante vaststelling.

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 2014.

	OT ^a	Ex ante vaststelling ^b	Gerealiseerde kosten ^c
Gemiddelde gGGZ-kosten in €	249	280	232
Gemiddelde gGGZ-bijdrage in €	249	280	283
Macrokosten in € mln.	3.229	3.739	3.068
Macrobudget bijdrage in € mln.	3.229	3.739	3.745
Totaal aantal verzekerden	12.967.849	13.371.000	13.212.457

Voetnoten Tabel B-4:

- Gebaseerd op kostengegevens van 2011, die representatief zijn gemaakt voor vereveningsjaar 2014 (WOR 649). De prevalenties zijn gebaseerd op de Zvw-bevolking van 2011. Dit zijn de cijfers *exclusief* niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is.
- Gebaseerd op dezelfde gegevens van de OT, die zijn herwogen naar de verwachte samenstelling van de Zvw-bevolking van 2014 en geschaald naar het kostenniveau van het MPB van 2014. Dit zijn de cijfers *inclusief* niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is.
- Gebaseerd op de gerealiseerde cijfers, op basis van het aangeleverde KPV- en RBRV-bestand van 2014, *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 176.586 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: Beschrijving 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 26 individuele zorgverzekeraars zijn gesommeerd om te komen tot het landelijke beeld;
- de totale somatische kosten zijn de optelsom van de variabele kosten van medisch specialistische zorg en de overige prestaties;
- de nominale rekenpremie, de uitvoeringskosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar en het vrijwillig eigen risico blijven buiten beschouwing;

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;
- de totale somatische kosten zijn de optelsom van de variabele kosten van medisch specialistische zorg en de overige prestaties;
- voor de analyses naar de gGGZ-kosten is uitgegaan van het aantal verzekerden, exclusief gedetineerden;
- de vaste kosten, kosten van gGGZ van verzekerden jonger dan 18 jaar en het vrijwillig eigen risico zijn geen onderdeel van de analyses;

- een fictieve situatie zonder risicovereveningssysteem is geconstrueerd om de werking van het risicovereveningssysteem te toetsen. De fictieve situatie gaat uit van 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 2014, 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 2014;
- de indeling van zorgverzekeraars op basis van portefeuilleomvang klein/ middelgroot/ groot is constant gehouden voor alle analyses (i.e. somatische kosten, gGGZ-kosten en opbrengsten verplicht eigen risico). De indeling is gebaseerd op het aantal verzekerden in de totale Zvw-bevolking. Een portefeuille is 'klein' wanneer de zorgverzekeraar minder dan 150.000 verzekerden heeft, 'middelgroot' tussen 150.000 en 500.000 verzekerden en 'groot' met meer dan 500.000 verzekerden. In totaal zijn 6 zorgverzekeraars ingedeeld in categorie klein, 12 zorgverzekeraars in categorie middelgroot en 8 zorgverzekeraars in categorie groot. Ook zijn de 26 zorgverzekeraars als aparte analyse ingedeeld in twee groepen: behorend tot een concern (20) en zelfstandige zorgverzekeraars (6);
- de GGARV geeft aan in hoeverre verschuivingen in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars optreden bij een volgend vaststellingsmoment: van definitieve vaststelling voor flankerend beleid en ex post maatregelen naar definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregelen, met het effect per maatregel geanalyseerd. Hoe lager de GGARV, des te minder verschuivingen in absolute bedragen tussen zorgverzekeraars hebben plaatsgevonden als gevolg van toepassing van de maatregel;

B.2.3. Subgroepenanalyse (Hoofdstuk 5)

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

Keuze definitie subgroepen

De volgende subgroepen zijn geanalyseerd:

- *Subgroepen op basis van kosten in het voorgaande jaar*
Op basis van kosten in het voorgaande jaar – 2013 in deze Monitor– worden alle verzekerden in 2014 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 2014 zijn geboren of geïmmigreerd zijn ingedeeld in de laagste subgroep: laagste 15 % voor de somatische kosten, kosten gelijk aan nul voor de gGGZ-kosten. De berekende drempelbedragen voor indeling van verzekerden in de subgroepen zijn opgenomen in Bijlage E.
- *Subgroepen op basis van somatische aandoening en psychische aandoening, in combinatie met leeftijd*
De Zvw-bevolking is ingedeeld in drie leeftijdsgroepen: verzekerden jonger dan 18 jaar, verzekerden van 18 tot en met 64 jaar en verzekerden van 65 jaar en ouder. Deze groepen zijn opgesplitst op basis van wel/ geen somatische aandoening en wel/ geen psychische aandoening. Somatische aandoening is aangeduid op basis van specifiek medicijngebruik in het voorgaande jaar, een specifieke ziekenhuisopname of meerjarige hoge kosten (conform de definities van vereveningskenmerken in het somatische 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 of kosten in het voorgaande jaar boven de € 400 en onder € 2.750 (conform de definities van de vereveningskenmerken in het gGGZ-model); oftewel, psychische aandoening is gebaseerd op de vereveningskenmerken psychische FKG, DKG GGZ en LDR. Indien een verzekerde is ingedeeld in minimaal één positieve klasse van deze vereveningskenmerken is deze

verzekerde aangemerkt als ‘wel psychische aandoening’ (i.e. psychische FKG + DKG GGZ + LDR > 0). Dit levert de volgende 10 subgroepen op:

- verzekerden jonger dan 18 jaar, in combinatie met wel/ geen somatische aandoening (2 subgroepen);
- verzekerden tussen de 18 tot en met 64 jaar, in combinatie met wel/geen somatische aandoening én wel/geen psychische aandoening (4 subgroepen); *en*
- verzekerden tussen van 65 jaar en ouder, in combinatie met wel/geen somatische aandoening én wel/geen psychische aandoening (4 subgroepen).

Algemeen

- voor de analyses is uitgegaan van het aantal verzekerdenjaren;
- voor de subgroepen op basis van kosten uit het voorgaande jaar is de kostendefinitie gebruikt, zoals aangeleverd in de bestanden;
- de drempelbedragen voor indeling van de verzekerden naar percentielklassen zijn bepaald op basis van de niet-geannualiseerde kosten uit 2013. Het gewicht voor de inschrijfduur van verzekerden is hierbij niet meegenomen;
- de bestanden met kosten van 2013 zijn op verzekerdeniveau gekoppeld aan de bestanden van 2013. Verzekerden die zijn geboren in 2014 of immigranten in 2014 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 geanalyseerd met daarbij onderscheid naar somatische aandoening en/ of psychische aandoening in combinatie met leeftijdsgroepen onder de 65 jaar en boven de 65 jaar (verzekerden jonger dan 18 jaar worden niet meegenomen in deze analyse);
- de resultaten zijn niet getoetst op statistische significantie;
- flankerend beleid (ten behoeve van een gelijke uitgangspositie) en de ex post maatregelen zijn niet meegenomen. De effecten van deze maatregelen zijn niet goed toe te rekenen aan subgroepen in de Zwv-bevolking. Dit betekent dat zorgverzekeraars een op- of afslag ontvangen op de bijdrage, zoals geanalyseerd in dit hoofdstuk;
- de resultaten zijn niet gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat;

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 2013, zoals gerapporteerd in WOR 658, waarbij vervolgens rekening is gehouden met criteriumneutraliteit voor MHK, HKG en DKG.
- het gewicht voor de inschrijfduur is gebruikt in berekening van het gemiddelde vereveningsresultaat;

gGGZ van verzekerden

- de gGGZ-kosten zijn geanalyseerd. De kosten zijn geannualiseerd in de berekening;
- de bijdrage is berekend door de ex ante vastgestelde normbedragen te vermenigvuldigen met de verzekerdenaantallen in het bestand. Dit zijn de normbedragen die zijn vastgesteld in het najaar 2013, waarbij criteriumneutraliteit voor LDR en DKG GGZ zijn toegepast (WOR 658). Deze normbedragen zijn niet gecorrigeerd voor de HKC.
- 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 wordt geen correctie voor het macrovereveningsresultaat uitgevoerd;
- bij de definitieve vaststelling is uitgegaan van de ex ante vastgestelde normbedragen, inclusief criteriumneutraliteit. Voor het ex ante model voor de somatische kosten is dit bij MHK, HKG en DKG. Voor het ex ante model voor de gGGZ is dit bij LDR en DKG-GGZ. De normbedragen voor de gGGZ zonder correctie voor HKC worden gebruikt.
- voor berekening van de GGAV zijn de kosten van de OT en de ex ante vaststelling procentueel gecorrigeerd naar het kostenniveau van de gerealiseerde kosten.

Subgroepen

- de resultaten voor de OT zijn gebaseerd op het OT-bestand, voor herweging naar de verzekerdenraming en de schaling naar het MPB;
- de resultaten voor de ex ante vaststelling zijn gebaseerd op het OT-bestand, na herweging naar de verzekerdenraming en de schaling naar het MPB (bijlage E);
- om de subgroepen te definiëren zijn de OT-bestanden voor de somatische zorg en de gGGZ gekoppeld op verzekerdeniveau. Deze bestanden zijn eerst uniek gemaakt op gepseudonimiseerd BSN. Verzekerden met hetzelfde gepseudonimiseerd BSN komen dubbel in de bestanden voor vanwege het overstappen van zorgverzekeraar. Dubbele records zijn samengenomen, waarbij de geannualiseerde zorgkosten van deze verzekerden gewogen zijn opgeteld. Het gewicht voor de inschrijfduur voor deze verzekerden is opgeteld. Indien de waarden van vereveningskenmerken verschillen is de hoogste waarde genomen (in enkele uitzondering het geval);
- de resultaten voor de onderzochte subgroepen zijn gebaseerd op alle verzekerden die zowel in het OT-bestand voor de somatische kosten van 2014 alsmede in het OT-bestand voor de gGGZ-kosten van 2014 aanwezig zijn;
- ten behoeve van vergelijkbaarheid in het patroon in de resultaten op de verschillende momenten is het gemiddelde vereveningsresultaat voor de definitieve vaststelling procentueel gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat. De correctiefactor is gebaseerd op de gemiddeld gerealiseerde kosten gedeeld door de gemiddelde bijdrage bij de definitieve vaststelling. Hiermee wordt het gemiddelde vereveningsresultaat voor de definitieve vaststelling op nul gesteld, net zoals per definitie het geval is bij de OT en de ex ante vaststelling.

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

De volgende uitgangspunten en bewerkingen zijn gehanteerd en uitgevoerd:

- de ex ante modellen voor de somatische kosten en de gGGZ-kosten zijn herschat op het gekoppelde KPV- en RBRV-bestand van 2014, conform de gehanteerde methodiek bij schatting van deze modellen in de uitvoering;
- de realisatienormbedragen worden gebruikt voor de evaluatie in deze Monitor, deze normbedragen zijn niet gebruikt bij de uitvoering van de modellen;
- voor de gGGZ-kosten is geen rekening gehouden met de correctie voor de HKC;

- bij berekening van de GGAV in de normbedragen is uitgegaan van het gerealiseerd aantal 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.

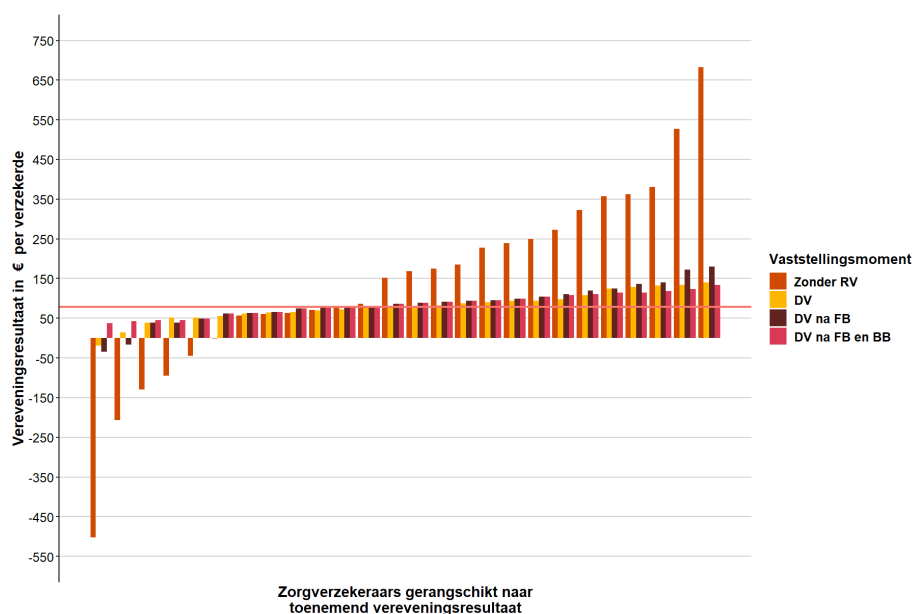
C. Aanvullende resultaten zorgverzekeraarsanalyse (Deel I): op niveau van deelbedragen

Deze bijlage bevat aanvullende resultaten van de zorgverzekeraarsanalyse in Deel I (Hoofdstuk 4). De analyses zijn uitgevoerd voor apart de deelbedragen: variabele kosten van MSZ en overige prestaties, om extra inzicht te krijgen in de werking van het risicovereveningssysteem voor deze deelbedragen afzonderlijk.

C.1. Variabele kosten van MSZ

Figuur C-1 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat voor elk van de 26 zorgverzekeraars voor de kosten van variabele kosten van MSZ. Voor elk moment zijn de zorgverzekeraars opnieuw gerangschikt naar toenemend vereveningsresultaat. In de bijbehorende tabel is het gemiddelde, de reikwijdte van het vereveningsresultaat en de spreiding gepresenteerd.

Figuur en Tabel C-1 Gemiddelde vereveningsresultaat voor 26 zorgverzekeraars voor de *variabele kosten van MSZ* in 2014, uitgedrukt in € per verzekerde en per moment gerangschikt naar toenemend vereveningsresultaat. De bijbehorende tabel geeft de reikwijdte in het vereveningsresultaat en de spreiding, uitgedrukt in € per verzekerde.



	Gemiddelde, in €	Reikwijdte, in €	Spreiding, in €
Geen RV	79	1.183	151
DV voor FB en BB	79	159	23
DV na FB	79	214	28
DV na BB	79	96	21

Het gemiddelde vereveningsresultaat bedraagt € 79 per verzekerde voor de variabele kosten van MSZ in 2014, wat duidt op een *onderschrijding* van de macrokosten voor dit deelbedrag.

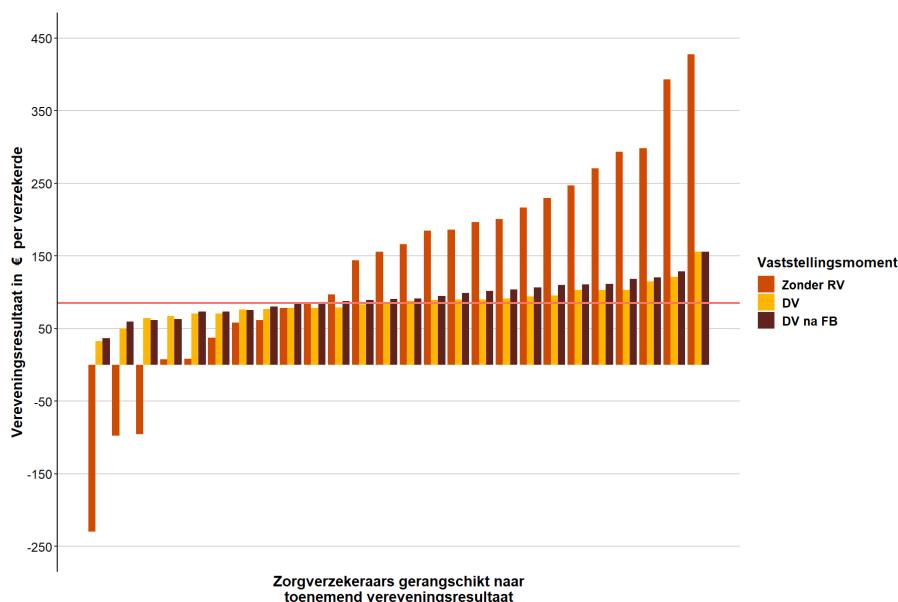
De reikwijdte van het vereveningsresultaat neemt substantieel af door het risicovereveningssysteem: van € 1.183 naar € 96 per verzekerde. Conform verwachting zorgt het ex ante model en de bandbreedteregeling voor een reductie van de reikwijdte, waarbij het ex ante model zorgt voor de grootste reductie.

In lijn hiermee, zorgt het risicovereveningssysteem in 2014 voor een substantiële reductie in de spreiding in vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars ten opzichte van een situatie zonder risicoverevening: 86 % (van € 151 per verzekerde voor de situatie zonder een risicovereveningssysteem naar € 21 per verzekerde voor de definitieve vaststelling na flankerend beleid en ex post maatregel). Dit is in lijn met de resultaten in 2013: 88 %.

C.2. Overige prestaties

Figuur en Tabel C-2 presenteren de resultaten voor de kosten van overige prestaties. Net zoals voorgaande analyses, zijn de resultaten voor elk moment *opnieuw* gerangschikt naar toenemend vereveningsresultaat. De bijdrage na flankerend beleid omvat de definitieve bijdrage voor de kosten van overige prestaties, aangezien geen ex post maatregel van toepassing is op de overige prestaties.

Figuur en Tabel C-2 Gemiddelde vereveningsresultaat voor 26 zorgverzekeraars voor *overige prestaties* in 2014, uitgedrukt in € per verzekerde en per moment gerangschikt naar toenemend vereveningsresultaat. De bijbehorende tabel geeft de reikwijdte in het vereveningsresultaat en de spreiding, uitgedrukt in € per verzekerde.



	Gemiddelde, in €	Reikwijdte, in €	Spreiding, in €
Geen RV	85	657	103
DV	85	123	14
DV na FB	85	119	17

Het gemiddelde vereveningsresultaat bedraagt € 85 per verzekerde in 2014. Voor de overige prestaties is dan ook sprake van een *onderschrijding* van de kosten. Het vereveningsresultaat is gedaald ten opzichte van 2013, toen het gelijk was aan € 103 per verzekerde.

Het risicovereveningssysteem brengt het gemiddelde vereveningsresultaat van en tussen zorgverzekeraars substantieel terug ten opzichte van een situatie zonder risicovereveningssysteem. De reikwijdte neemt in 2014 af met 82 % (van € 657 naar € 119 per verzekerde). In vergelijking tot de variabele kosten van MSZ, neemt de reikwijdte relatief minder af bij overige prestaties (92 % voor variabele kosten van MSZ). Dit is omdat voor de overige prestaties geen bandbreedteregeling van toepassing is, die zorgt voor een inperking van verschillen in vereveningsresultaat tussen de 'buitenste' zorgverzekeraars.

Door het risicovereveningssysteem van 2014 neemt de spreiding in vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars voor overige prestaties flink af: 83 % (van € 103 per verzekerde voor een situatie zonder risicovereveningssysteem naar € 17 per verzekerde voor de definitieve vaststelling na flankerend beleid). Dit is in lijn met 2013: 81 %.

D. Drempelbedragen voor subgroepenanalyse

D.1. Somatische kosten: drempelbedragen percentielklassen

Om verzekerden in 2014 in te delen in subgroepen op basis van kosten in 2013 zijn de drempelbedragen voor de percentielklassen bepaald (Tabel D.1). Een verzekerde met kosten hoger dan het gepresenteerde drempelbedrag (en met kosten onder het drempelbedrag van de volgende percentielklasse) wordt ingedeeld in de betreffende percentielklasse. De percentielklassen zijn bepaald op de gerealiseerde kosten in 2013.

Tabel D.1 Drempelbedragen van de percentielklassen voor de somatische kosten in 2013

Somatische kosten, in €	
Hoogste 1 % (99 % - 100 %)	22.776
Hoogste 3 % (97 % - 99 %)	11.410
Hoogste 5 % (95 % - 97 %)	7.881
Hoogste 15 % (85 % - 95 %)	2.968
Midden 70 % (15 % - 85 %)	95
Laagste 15 % (0 % - 15 %)	< = 95

D.2. gGGZ-kosten: drempelbedragen percentielklassen

De drempelbedragen voor indeling van verzekerden op basis van de gGGZ-kosten in 2013 staan in Tabel D.2. Een verzekerde met kosten hoger dan het gepresenteerde drempelbedrag (en met kosten onder het drempelbedrag van de volgende percentielklasse) wordt ingedeeld in de betreffende percentielklasse. De percentielklassen zijn bepaald op de gerealiseerde kosten in 2013.

Tabel D.2 Drempelbedragen van de percentielklassen voor de gGGZ-kosten in 2013

gGGZ-kosten, in €	
Hoogste 1 % (als >0: 99 % - 100 %)	49.488
Hoogste 3 % (als >0: 97 % - 99 %)	22.196
Hoogste 5 % (als >0: 95 % - 97 %)	13.249
Midden 70 % (als >0: 25 % - 95 %)	309
Laagste 25 % (als >0: 0 % - 25 %)	0
Gelijk aan nul	0

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

E.1. Ex ante model voor de somatische kosten

Tabel E-1 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat van elke risicoklasse van het ex ante model voor de somatische kosten van 2014, bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2014.

Tabel E-1 Gemiddeld vereveningsresultaat voor het ex ante model voor somatische kosten voor 2014.

Risicoklasse	Resultaat	Risicoklasse	Resultaat	Risicoklasse	Resultaat	
Geslacht/leeftijd	M, 0	-202	Geen FKG	102	Geen DKG	121
	M, 1-4	65	FKG 1 (Glaucoom)	512	DKG 1	260
	M, 5-9	61	FKG 2 (Schildklier)	377	DKG 2	366
	M, 10-14	14	FKG 3 (Psychose, Alzheimer, verslav.)	575	DKG 3	325
	M, 15-17	24	FKG 4 (Depressie)	306	DKG 4	379
	M, 18-24	73	FKG 5 (Neurop.pijn)	517	DKG 5	500
	M, 25-29	56	FKG 6 (Hoog Chol.)	415	DKG 6	572
	M, 30-34	75	FKG 7 (Dia II zonder)	445	DKG 7	172
	M, 35-39	77	FKG 8 (COPD/astma)	673	DKG 8	203
	M, 40-44	84	FKG 9 (Astma)	363	DKG 9	888
	M, 45-49	119	FKG 10 (Dia II met)	559	DKG 10	1.814
	M, 50-54	147	FKG 11 (Epilepsie)	502	DKG 11	54
	M, 55-59	241	FKG 12 (Chron/C.U.)	476	DKG 12	3.438
	M, 60-64	230	FKG 13 (Hartaand.)	745	DKG 13	4.785
	M, 65-69	338	FKG 15 (Reuma)	417	DKG 14	14.259
	M, 70-74	465	FKG 16 (Parkinson)	492	DKG 15	-996
	M, 75-79	532	FKG 17 (Dia I)	684	0-17 en 65+	206
	M, 80-84	634	FKG 18 (Transplant.)	204	AO, 18-34	293
	M, 85-89	524	FKG 19 (Cys.F./Panc.)	1.577	AO, 35-44	246
	M, 90+	413	FKG 20 (Hersen/rug.)	332	AO, 45-54	342
	V, 0	-117	FKG 21 (Kanker)	1.309	AO, 55-64	409
	V, 1-4	55	FKG 22 (Horm.tumor)	2.618	Bijstand, 18-34	122
	V, 5-9	38	FKG 23 (HIV/AIDS)	1.790	Bijstand, 35-44	174
	V, 10-14	10	FKG 24 (Nier)	5.718	Bijstand, 45-54	352
	V, 15-17	36	Geen HKG	158	Bijstand, 55-64	349
	V, 18-24	126	Insuline infuus pomp	813	Student, 18-34	36
	V, 25-29	109	Katheters/urine-opvangzakken	875	Zelfstandige, 18-34	39
	V, 30-34	79	Stoma	1.029	Zelfstandige, 35-44	40
	V, 35-39	84	Tracheo-stoma	2.757	Zelfstandige, 45-54	81
	V, 40-44	104	Geen MHK	123	Zelfstandige, 55-64	166
	V, 45-49	164	MHK 1	731	Referentie, 18-34	87
	V, 50-54	226	MHK 2	577	Referentie, 35-44	77
	V, 55-59	258	MHK 3	667	Referentie, 45-54	144
	V, 60-64	256	MHK 4	876	Referentie, 55-64	215
	V, 65-69	319	MHK 5	1.136	>15 inwoners, 0-17	-309
	V, 70-74	406	MHK 6	5.058	>15 inwoners, 18-64	163
	V, 75-79	440	Regio 1	204	>15 inwoners, 65+	820
	V, 80-84	431	Regio 2	196	Laag, 0-17	26
	V, 85-89	384	Regio 3	187	Laag, 18-64	124
	V, 90+	318	Regio 4	168	Laag, 65+	596
			Regio 5	171	Midden, 0-17	28
			Regio 6	172	Midden, 18-64	154
			Regio 7	159	Midden, 65+	373
		Regio 8	140	Hoog, 0-17	31	
		Regio 9	136	Hoog, 18-64	137	
		Regio 10	126	Hoog, 65+	355	

Voetnoot E-1

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

* FKG's zijn doorgenummerd, FKG 14 is in 2014 komen te vervallen.

E.2. Ex ante model voor de gGGZ-kosten

Tabel E-2 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat van elke risicoklasse van het ex ante model voor de gGGZ-kosten van 2014, bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2014.

Tabel E-2 Gemiddeld vereveningsresultaat voor het ex ante model voor gGGZ-kosten voor 2014.

Risicoklasse		Resultaat	Risicoklasse		Resultaat	Risicoklasse		Resultaat
Geslacht /leeftijd	M, 18-24	84	DKG ^a	Geen DKG	34	SES ^a	>15 inwoners, 18-64	644
	M, 25-29	73		DKG 1	400		>15 inwoners, 65+	90
	M, 30-34	92		DKG 2	1.125		Laag, 18-64	66
	M, 35-39	51		DKG 3	2.173		Laag, 65+	36
	M, 40-44	54		DKG 4	4.019		Midden, 18-64	55
	M, 45-49	50	DKG 5	2.719	Midden, 65+	30		
	M, 50-54	45	FKG ^a	Geen FKG	42	Hoog, 18-64	40	
	M, 55-59	35		FKG 1 (Psychose)	669	Hoog, 65+	36	
	M, 60-64	34		FKG 2 (Psychose depot)	984	AO, 18-34	349	
	M, 65-69	9		FKG 3 (Chron.stem)	215	AO, 35-44	202	
	M, 70-74	27		FKG 4 (Verslaving)	1.171	AO, 45-54	131	
	M, 75-79	24		FKG 5 (Bipol.reg.)	90	AO, 55-64	54	
	M, 80-84	36		FKG 6 (bipol.complex)	608	Bijstand, 18-34	427	
	M, 85-89	42	FKG 7 (ADHD)	333	Bijstand, 35-44	254		
	M, 90+	64	EPH ^a	Niet	45	Bijstand, 45-54	212	
	V, 18-24	95		Wel	79	Bijstand, 55-64	125	
	V, 25-29	64	LDR ^a	Niet	54	Student	55	
	V, 30-34	94		Wel	-98	Zelfstandig, 18-34	19	
	V, 35-39	40	Regio	Regio 1	96	Zelfstandig, 35-44	30	
	V, 40-44	45		Regio 2	71	Zelfstandig, 45-54	36	
	V, 45-49	46		Regio 3	45	Zelfstandig, 55-64	38	
	V, 50-54	39		Regio 4	43	Referentie, 18-34	59	
	V, 55-59	29		Regio 5	41	Referentie, 35-44	27	
	V, 60-64	37		Regio 6	40	Referentie, 45-54	27	
	V, 65-69	27		Regio 7	40	Referentie, 55-64	25	
	V, 70-74	38		Regio 8	42	Referentie, 65+	34	
	V, 75-79	29		Regio 9	46			
	V, 80-84	54		Regio 10	47			
	V, 85-89	91						
	V, 90+	114						

Voetnoot E-2

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

F. *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 zijn op deze OT-bestanden twee belangrijke stappen uitgevoerd om de ex ante normbedragen in het najaar vast te stellen. Dit zijn:

1. *herweging voor de verzekerdenraming; en*
2. *schaling naar het MPB.*

Herweging voor de verzekerdenraming zorgt ervoor dat de prevalenties in het OT-bestand representatief worden gemaakt voor de verwachte omvang en samenstelling van de Zvw-bevolking in 2014. De schaling naar het MPB bewerkstelligt dat de kosten in het OT-bestand per deelbedrag gelijk zijn aan het verwachte kostenniveau voor 2014, conform hetgeen in het MPB is vastgesteld.

In Deel II wordt de ex ante vaststelling, zoals uitgevoerd in het najaar 2013, gebruikt als onderdeel van de evaluatie van de representativiteit van de beslisinformatie. Om deze analyses uit te voeren, zijn de twee uitvoeringsstappen van herweging naar de verzekerdenraming en schaling naar het MPB gereproduceerd op de aangeleverde OT-bestanden. De kosten en het gewicht per verzekerde dat resulteert na uitvoering van deze stappen is gebruikt in de analyses naar de representativiteit van de beslisinformatie voor het ex ante vaststellingsmoment.

F.1. *Ex ante model voor somatische kosten*

- ZIN heeft de verzekerdenraming voor het ex ante model voor de somatische kosten van 2014 aangeleverd. In dit bestand zijn de geraamde verzekerdenaantallen (uitgedrukt in het aantal verzekerdenjaren) opgenomen van alle vereveningskenmerken van het ex ante model voor de somatische kosten van 2014. Met de gebruikelijke RAS-methode zijn deze verzekerdenaantallen in het OT-bestand herwogen naar de verzekerdenaantallen in de verzekerdenraming: in het OT-bestand bevonden zich in totaal 16.753.162 verzekerdenjaren, dat is herwogen naar 16.794.000 verzekerdenjaren, zoals opgenomen in de verzekerdenraming. Op het OT-bestand is één handmatige aanpassing doorgevoerd, zodat alle 831.538 unieke combinaties van de risicoklassen van de vereveningskenmerken die zijn opgenomen in de verzekerdenraming ook minimaal één keer voorkomen in het aangeleverde OT-bestand. De RAS-procedure heeft na 127 iteraties tot een convergentie geleid.
- na convergentie van de RAS-methode resulteert een nieuw gewicht (i.e. gewicht voor de inschrijfduur plus de herweging voor de verzekerdenraming). Voor de verzekerde waarbij een handmatige aanpassing is uitgevoerd ten behoeve van de RAS-methode, is het nieuwe gewicht overgenomen dat voor het aangepaste record volgt na toepassing van de verzekerdenraming;
- de kosten in het OT-bestand zijn geschaald naar de MPB-bedragen op basis van ophoogfactoren, zoals gerapporteerd in WOR 658;
- na beide stappen resulteert een nieuw gewicht, die wordt gebruikt bij de uit te voeren analyses voor de ex ante vaststelling.

F.2. *Ex ante model voor gGGZ-kosten*

- ZIN heeft de verzekerdenraming voor het ex ante model voor de gGGZ-kosten van 2014 aangeleverd. Dit bestand bevat de geraamde verzekerdenaantallen voor de vereveningskenmerken van het ex ante model. Met de RAS-methode zijn de prevalenties in het OT-bestand herwogen naar de verzekerdenaantallen in de verzekerdenraming: in het OT-bestand bevonden zich in totaal 12.967.849 verzekerdenjaren, dat is herwogen naar 13.371.000 verzekerdenjaren, zoals in de verzekerdenraming opgenomen. Deze aantallen zijn verdeeld over 106.155 unieke combinaties. Net zoals bij de procedure voor het ex ante model voor de

somatische kosten, dienen in het OT-bestand alle unieke combinaties van de verzekerenraming minimaal één keer voor te komen. De RAS-procedure heeft na ongeveer 1.400 iteraties tot een convergentie geleid.

- de kosten in het OT-bestand zijn geschaald naar de MPB-bedragen op basis van de ophoogfactoren, zoals gerapporteerd in WOR 658.
- na beide stappen resulteert een nieuw gewicht, die wordt gebruikt bij de uit te voeren analyses voor de ex ante vaststelling.

G. Afkortingenlijst

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

H. *Begrippenlijst*

Acceptatieplicht

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

Bandbreedteregeling

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

Criteriumneutraliteit

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

Definitieve vaststelling

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

Diagnose Behandel Combinaties (DBC's)

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

Ex ante vaststelling

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

Expertproducten en add-ons geneesmiddelen

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

Ex post maatregel(en)

Ex post maatregelen worden ingezet om het risico van zorgverzekeraars op de zorgkosten te reduceren dan wel m een gelijke uitgangspositie van zorgverzekeraars te creëren. Verschillende ex post maatregelen zijn ingezet in 014. Deze maatregelen worden ten tijde van de definitieve vaststelling uitgevoerd en resulteren in een op- of afslag op de ex ante vereveningsbijdrage.

Flankerend beleid

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

Forfaitaire groep/ niet-forfaitaire groep

De forfaitaire groep en niet-forfaitaire groep worden gebruikt bij vaststelling van de korting op de vereveningsbijdrage voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico. De forfaitaire groep zijn verzekerden waarvoor wordt verondersteld dat de zorgkosten hoger zijn dan het verplicht eigen risico bedrag. De niet-forfaitaire groep zijn verzekerden waarvoor de korting wordt geschat aan de hand van een ex ante model.

gGGZ-kosten

Dit zijn de zorgkosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van 18+. Dit gaat per 2014 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 apart risicopool terecht. De HKC betreft een onderlinge verrekening tussen zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars die minder verzekerden met hoge kosten

hebben dan gemiddeld dragen per saldo af aan de risicopool en zorgverzekeraars die meer verzekerden met hoge kosten hebben dan gemiddeld ontvangen per saldo een bedrag vanuit de risicopool.

Macronacalculatie

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

Macro Prestatie Bedrag (MPB)

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

Medisch specialistische zorg (MSZ)

Dit is een deelbedrag, waaronder alle kosten voor de ziekenhuiszorg vallen.

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 is een deelbedrag, met een verzamelnaam voor de kosten van ambulancevervoer, huisartsenzorg, paramedische zorg, farmacie, hulpmiddelen, verloskundezorg, kraamzorg, tandartsenzorg en extramurale diagnostiek.

Prevalenties

Dit staat voor het aantal verzekerdenjaren per 1000 uitgedrukt.

Risicoklassen

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

Risicoselectie

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

(Ex ante) Risicovereveningsmodel/ Ex ante model

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

Risicovereveningssysteem

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

Somatische kosten

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

Variabele kosten van MSZ

Dit zijn de kosten voor medisch specialistische zorg.

Vaste kosten

Dit is een deelbedrag voor de vaste kosten van ziekenhuiszorg.

Verbod op premiedifferentiatie

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

Vereveningsbijdrage/ Bijdrage (ex ante en ex post)

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

Vereveningskenmerk

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

Vereveningsresultaat

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

Verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico is het bedrag aan zorgkosten wat de verzekerde zelf moet betalen. In 2014 bedraagt dit € 360. Dit betekent dat de verzekerde de eerste € 360 aan zorgkosten die hij/ zij maakt zelf moet betalen. Zorgverzekeraars innen deze bedragen direct van de verzekerden.

I. *Referenties*

- Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2014. Ministerie van VWS, 2014. Publicatiedatum: 15 oktober 2013. Staatscourant 2013, nr. 28572.
- Besluit Zorgverzekering. Geldend van 01-01-2019 t/m heden. Bereikbaar op: <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018492/2019-01-01>.
- Monitor 2011. *Kwantitatieve analyse van het risicovereveningssysteem*. Somatische zorg, gGGZ en Eigen risico. Publicatiedatum: 24 februari 2017. KPMG, Amstelveen.
- Monitor 2012. *Monitor Risicoverevening 2012*. Toetsing van de werking van het risicovereveningssysteem en representativiteit van de beslisinformatie. Publicatiedatum: 18 mei 2018. PwC, Amsterdam.
- Monitor 2013. *Monitor Risicoverevening 2013*. Toetsing van de werking van het risicovereveningssysteem en representativiteit van de beslisinformatie. Publicatiedatum: 17 augustus 2018. PwC, Amsterdam.
- *Regeling risicoverevening 2014*. Ministerie van VWS, 2013. Publicatiedatum: 30 september 2013. Staatscourant 2013, nr. 26839.
- WOR 648, F. Eijkenaar, R.C. van Kleef, S.H.C.M. van Veen en R.C.J.A. van Vliet (2013). *Onderzoek risicoverevening 2014: Gegevensfase*. Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.
- WOR 649, F. Eijkenaar, R.C. van Kleef, S.H.C.M. van Veen en R.C.J.A. van Vliet (2013). *Onderzoek risicoverevening 2014: Overall Toets*. Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.
- WOR 658, F. Eijkenaar, R.C. van Kleef, S.H.C.M. van Veen, R.C.J.A. van Vliet (2013). *Onderzoek risicovereveningsmodel 2014: berekening normbedragen*. Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.
- Zorginstituut Nederland (ZIN), 2013. *Verantwoording verzekerdraming 2014*. Zorginstituut Nederland, Diemen.
- Zorginstituut Nederland (ZIN), 2014. *Verantwoording verzekerdraming 2015*. Zorginstituut Nederland, Diemen.

