

Monitor 2019

April 2024



Macrovereveningsresultaat

Totaal

€ 1.415 miljoen

€ 1.460 miljoen

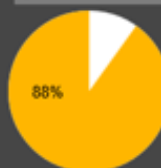
Legenda

2018

2019

Spreidingsreductie

Somatische kosten (DV na FB)



GGZ kosten (DV na FB)



Eigen risico (DV)



Legenda

2018

2019

Vereveningsresultaat somatische kosten



Legenda

2018

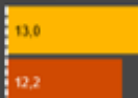
2019

Totaal GGAV in kosten

Somatisch



GGZ



Legenda

OT

Ex ante

Vereveningsresultaat GGZ-kosten



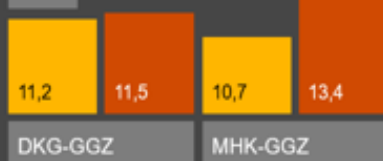
Legenda

2018

2019

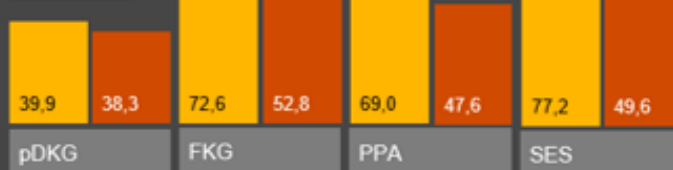
GGAV in kosten

GGZ

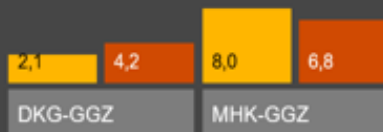


GGAV in kosten

Somatisch



GAV in prevalenties



GAV in prevalenties



Legenda

OT

Ex ante

Legenda

OT

Ex ante

Publiekssamenvatting

Zorgverzekeraars ontvangen elk jaar een bijdrage vanuit het **risicovereveningssysteem**^{1*} om verschillen in de (verwachte) zorgkosten tussen verzekerden te compenseren. Een goed functionerend risicovereveningssysteem draagt bij aan een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars, vermindert financiële prikkels voor **risicoselectie*** en bevordert een efficiënte uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Jaarlijks evalueert het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het risicovereveningssysteem via de "Monitor Risicoverevening", hierna aangeduid als kortweg "Monitor". PricewaterhouseCoopers (PwC) heeft deze Monitor uitgevoerd voor het vereveningsjaar 2019. Deze Monitor evalueert:

- De verevenende werking van het risicovereveningssysteem in 2019. Dit gaat over hoe goed de **vereveningsbijdrage*** overeenkomt met de werkelijke zorgkosten op macroniveau, zorgverzekeraarsniveau, subgroepniveau en verzekerdeniveau.
- De representativiteit van de beslisinformatie voor de werkelijke cijfers van 2019. Dit gaat over hoe goed de geraamde kosten en **prevalenties*** overeenkomen met de werkelijke cijfers tijdens de **Overall Toets*** (OT) en **ex-ante vaststelling***.

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

Situatie in 2019

Voor het **risicovereveningsmodel*** 2019 is ingezet op het verder verbeteren van de verevenende werking van de ex-ante risicovereveningsmodellen. Per 1 januari 2019 zijn er een aantal belangrijke wijzigingen geweest in de vormgeving van het risicovereveningssysteem, waaronder:

- In vergelijking met 2018 zijn er wijzigingen doorgevoerd in het risicovereveningsmodel voor somatische zorgkosten. Het kenmerk Farmaciekostengroep (FKG) is uitgebreid naar aanleiding van grootonderhoud, de kostendefinitie voor Meerjarig Hoge Kosten (MHK) is aangepast met de toevoeging van de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en het kenmerk voor Verpleging & Verzorging (V&V)-gebruikersgroepen (VGG) is gewijzigd naar Meerjarige Kosten van V&V (MVV). Bovendien is het kenmerk voor Regio vernieuwd en geactualiseerd.
- In vergelijking met 2018 bevat het risicovereveningsmodel voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ) 2019 een uitgebreider vereveningskenmerk voor FKG en een doorontwikkeling van de Diagnosekostengroepen (DKG). Het kenmerk voor Regio is geactualiseerd.
- Het risicovereveningsmodel voor het verplichte eigen risico is aangepast door de actualisatie van het kenmerk voor Regio en door de aanpassing binnen de **forfaitaire groep***: het toevoegen van MVV>0, het vernieuwde kenmerk voor FKG en de aanpassing binnen MHK.
- Binnen het somatische model geldt partiële **klassieke criteriumneutraliteit*** voor acht **risicoklassen*** van FKG en twee risicoklassen van MHK, en geldt **klasse criteriumneutraliteit*** voor alle risicoklassen binnen **vereveningskenmerken*** primaire DKG (pDKG), secundaire DKG (sDKG) en klassieke criteriumneutraliteit voor MVV.

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

De verevenende werking van het risicovereveningssysteem

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

Macrovereveningsresultaat

Net als vorig jaar zijn de gerealiseerde zorgkosten onder de Zvw lager uitgevallen dan verwacht in het **Macroprestatiebedrag (MPB)***. Hierdoor is de totale vereveningsbijdrage aan zorgverzekeraars hoger dan de totale gerealiseerde zorgkosten, wat heeft geleid tot een positief macrovereveningsresultaat van € 1.460,2 miljoen². Dit totale resultaat is hoger dan in 2018 (€ 1.414,7 miljoen). Het macrovereveningsresultaat is ook hoger dan in 2016 en 2017 (zie Dashboard voor Macrovereveningsresultaat). Een mogelijke verklaring voor deze stijging is het effect van zorginkoop en andere maatregelen om de zorgkosten te beheersen, naast de effecten van (vertraagde) aanpassingen in het MPB.

Via **flankerend beleid (FB)*** krijgen alle zorgverzekeraars een evenredig deel van het macrovereveningsresultaat toebedeeld op basis van het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder. In 2019 is het absolute effect van het flankerend beleid voor de **somatische kosten*** toegenomen in vergelijking met 2018, 2017, 2016 en 2015. Deze toename is gerelateerd aan het grotere macrovereveningsresultaat. De werking en het effect van flankerend beleid wordt beschreven in Bijlage A.

Drie ex-ante risicovereveningsmodellen

In 2019 wordt de vereveningsbijdrage verdeeld aan de hand van twee ex-ante risicovereveningsmodellen (een model voor de somatische kosten en GGZ-kosten, hierna aangeduid als kortweg het somatische model en GGZ-model). Een derde model, het ex-ante risicovereveningsmodel voor het **verplicht eigen risico***, zorgt voor een correctie op de vereveningsbijdrage in verband met de verwachte opbrengsten uit het verplichte eigen risico. De verevenende werking van de modellen is beoordeeld op zorgverzekeraars-, subgroepniveau en verzekerdeniveau.

Somatische kosten

Het risicovereveningssysteem is verbeterd ten opzichte van eerdere jaren. Het risicovereveningssysteem van 2019 reduceert de **spreiding*** van het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars (de gewogen standaarddeviatie in het

vereveningsresultaat*) meer dan de afgelopen jaren, tevens de laagste spreiding sinds 2014: 89% in 2019 ten opzichte van 88%, 84%, 81% en 83% in de vier jaar daarvoor (zie Dashboard van Spreidingsreductie Somatische kosten). Een analyse van de ontwikkeling in de verwachte zorgvraag in de verschillende portefeuilles en de ontwikkeling van het vereveningsresultaat tussen 2018 en 2019 toont aan dat de modelwijzigingen in 2019 (mede) de oorzaak zijn voor de **spreidingsreductie***.

Over het algemeen is de gemiddelde onder- en overcompensatie afgenomen in het somatische model van 2019 ten opzichte van 2018. Dat is echter niet voor alle groepen het geval, de subgroep met de hoogste 1% somatische kosten wordt namelijk sterker ondergecompenseerd, terwijl de subgroep met de hoogste 3% somatische kosten gemiddeld sterker wordt overgecompenseerd ten opzichte van 2018 (zie Dashboard voor de Somatische kosten). Subgroepen met relatief weinig kosten worden gemiddeld overgecompenseerd. Zie Hoofdstuk 5.1 voor de details per subgroep.

Deze bevindingen zijn grotendeels in lijn met voorgaande jaren (2014 t/m 2018). In deze jaren was er namelijk ook een sterke ondercompensatie bij verzekerden met hoge kosten. Ondanks de modelverbeteringen bestaan er nog wel voorspelbare verliezen voor verzekerden die te maken hebben met meerdere aandoeningen en/of ernstige gezondheidsproblemen.

GGZ-kosten (gGGZ en IGGZ zorgkosten*)

Samenvattend hebben de modelverbeteringen bijgedragen aan een vermindering van de gemiddelde onder- of overcompensatie voor bepaalde subgroepen in het GGZ-model. Binnen het somatische model leidden de modelverbeteringen echter tot toename van over- en ondercompensatie van de groepen met de hoogste kosten. Er blijven voorspelbare verliezen bestaan onder de ex-ante modellen voor verzekerden met ernstige (psychische) gezondheidsproblematiek.

Aangezien er in 2019 net als in 2018 geen **ex post risicoverevening*** van kracht is, ontvangen zorgverzekeraars achteraf geen compensatie voor eventuele (resterende) kostenverschillen tussen verzekerden.

Het risicovereveningssysteem van 2019 vermindert de **spreiding*** van het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars minder sterk dan in 2018 (zie Dashboard voor Spreidingsreductie GGZ-kosten). De reductie van de spreiding als gevolg van het risicovereveningssysteem is voor zowel 2018 als 2019

van de basisverzekering in 2019 en de jaren na 2019. (Bron: jaarverslagen zorgverzekeraars). Zorgverzekeraars maken een schatting van het macrovereveningsresultaat bij de premiestelling.

² Dit is het totale macrovereveningsresultaat, bestaande uit een positief macrovereveningsresultaat voor somatische kosten (€1.494 miljoen) en een negatief macrovereveningsresultaat voor GGZ-kosten (€-34 miljoen). Het macrovereveningsresultaat voor het Eigen Risico (€-68 miljoen) valt hier buiten beschouwing. Zorgverzekeraars hebben positieve behaalde resultaten ingezet voor het verlagen van de premie

wel groter dan in 2017, maar kleiner dan in de voorgaande jaren 2014 tot en met 2016: 67% in 2019 ten opzichte van 70%, 59%, 78%, 83% en 86% in de vijf jaren daarvoor. De verklaring hiervoor is een combinatie van wijzigingen in de portefeuillesamenstelling en/of wijzigingen in het risicovereveningssysteem, waaronder verbetering aan het risicovereveningsmodel en afbouw van **ex-post maatregelen**³.

In 2019 werden verzekerden met (zeer) hoge gGGZ-kosten (hoogste 1%, 3% en 5%) in het voorgaande jaar, gemiddeld licht ondergecompenseerd of zelfs overgecompenseerd (zie Dashboard voor GGZ-kosten). In 2018 was dit nog een forse gemiddelde ondercompensatie, maar was deze gemiddelde ondercompensatie al wel afgenomen ten opzichte van eerdere jaren. Deze opwaartse trend heeft zich dus doorgezet in 2019. Dit is met name het gevolg van de doorontwikkeling van het DKG-GGZ kenmerk. Daarnaast is de samenstelling van subgroepen gewijzigd (subgroepen op basis van geneeskundige GGZ (gGGZ) + langdurige GGZ (IGGZ), in plaats van alleen gGGZ). Zie Hoofdstuk 5.2 voor details per subgroep.

Representativiteit en beslisinformatie

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

Wij stellen vast dat de verschillen in kosten en prevalenties tussen de OT en de ex-ante vaststelling, in vergelijking met de werkelijke cijfers, (deels) kunnen worden toegeschreven aan ontwikkelingen die specifiek zijn voor het betreffende jaar, als gevolg van (beleids)wijzigingen.

Voor de vereveningskenmerken pDKG, FKG, PPA en SES vallen in het somatische model zowel de gewogen gemiddelde absolute verschillen (GGAV) voor de kosten als de gesommeerde absolute verschillen (GAV) voor de prevalenties op. Voor het GGZ-model is dit het geval voor DKG-GGZ en MHK-GGZ (zie Dashboard voor GGAV in

kosten en GAV in prevalenties voor somatisch en GGZ). De gemiddelde GGAV in kosten over alle risicoklassen is voor zowel de somatische als de GGZ-kosten lager bij de ex-ante vaststelling dan bij de OT (zie Dashboard voor totaal GGAV in kosten voor Somatisch en GGZ). De kostenophoging naar het MPB en de weging van de verzekerdenjaren naar de verzekerdenraming bij de ex-ante vaststelling zorgt dus voor een betere aansluiting bij de daadwerkelijke situatie. Voor specifieke leeftijd- en geslachtklassen zorgt de weging naar de verzekerdenraming en de kostenophoging naar het MPB echter voor een verminderde aansluiting met de definitieve vaststelling. Zie voor een analyse op deze leeftijd- en geslachtklassen het bijgevoegde Addendum. Mogelijk reduceert een meer verfijnde manier van kostenophoging naar het MPB de verschillen tussen de ex-ante vaststelling en de daadwerkelijke situatie voor deze leeftijd- en geslachtklassen.

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

Doorkijk naar model 2024

De Monitor analyseert de situatie voor het risicovereveningssysteem in 2019. Sinds 2019 zijn naar aanleiding van verschillende WOR onderzoeken verbeteringen doorgevoerd om het model nog verder te verbeteren. Dit heeft impact gehad op de bevindingen zoals gepresenteerd in deze Monitor. In deze Monitor zijn geen analyses uitgevoerd om de impact van deze wijzigingen te toetsen. Dit is niet in scope van deze Monitor.

Wel komt in deze Monitor een groep verzekerden naar voren met sterke overcompensatie in de enkelvoudige DKG-GGZ klassen. Het is aannemelijk dat voor deze kleine risicoklassen voor DKG-GGZ in het GGZ-model instabiel zijn. Dit geldt voor zowel de prevalenties als gemiddelde kosten, en daarmee de geschatte normbedragen. Door de aanpassing van de bekostiging van de GGZ per 1 januari 2022, is het vereveningskenmerk DKG-GGZ aangepast. Zo zijn onder andere de enkelvoudige risicoklassen DKG-GGZ 16 en DKG-GGZ 17 samengevoegd. Het is aannemelijk dat door de aanpassingen in het GGZ-model in 2023 geconstateerde onder- en overcompensatie niet meer, of in andere mate speelt.

³ Zie bijlage D.

Conclusies en Advies

Aanleiding en Doel

In opdracht van het Ministerie van VWS voert PwC de Monitor Risicoverevening van 2019 uit. Het doel van deze Monitor is tweeledig:

- **Evaluëren van de verevenende werking van het risicovereveningssysteem.**
- **Evaluëren van de representativiteit van de beslisinformatie.**

De Monitor geeft enerzijds inzicht in welke mate het risicovereveningssysteem bijdraagt aan een gelijk speelveld onder zorgverzekeraars en het wegnemen van prikkels tot

risicoselectie en anderzijds inzicht in welke mate de beslisinformatie representatief is. Voor beide doelen analyseert de Monitor de resultaten van 2019 en vergelijkt deze met de voorgaande jaren (Monitor 2014 t/m 2018). Verklaringen worden aangedragen voor de belangrijkste verschuivingen ten opzichte van voorgaande jaren op basis van de beschikbaar gestelde gegevens. Op deze wijze wordt duidelijk in welke mate modelverbeteringen hebben bijgedragen aan verbetering van de werking van het risicovereveningssysteem en/ of de representativiteit van de beslisinformatie.

Conclusies

Samenvatting

Over het algemeen is de verevenende werking van het risicovereveningssysteem 2019 verbeterd ten opzichte van 2018. Dit is op te maken uit twee bevindingen:

- Het somatische model zorgt voor een grotere reductie in de spreiding van de vereveningsresultaten tussen zorgverzekeraars ten opzichte 2018, gegeven de portefeuillesamenstelling in het betreffende jaar.
- De onder- en overcompensaties voor een aantal specifieke onderzochte subgroepen zijn gereduceerd, ten opzichte van voorgaande jaren.

Werking van het risicovereveningssysteem 2019

De ex-ante risicovereveningsmodellen zijn effectief in het verminderen van onder- en overcompensaties voor bepaalde subgroepen, maar ze slagen er niet in om de kosten voor andere subgroepen adequaat te compenseren. Hierdoor blijven er aanzienlijke onder- of overcompensaties bestaan voor specifieke groepen. Het GGZ-model laat in 2019 wel een sterke verbetering zien in de compensatie van de subgroepen met ernstige psychische gezondheidsproblemen. Voor subgroepen met lage kosten en/of zonder aandoeningen is het patroon vergelijkbaar met voorgaande jaren, zij worden nog steeds vaak overgecompenseerd.

Representativiteit van de beslisinformatie bij de OT en ex-ante vaststelling

De verschillen tussen de beslisinformatie bij de OT en ex-ante vaststelling en de werkelijke cijfers worden veroorzaakt door veranderingen in kosten en/of prevalenties tussen de jaren waarin de OT en ex-ante normbedragen zijn geschat en het jaar van realisatie. Als ook door de onderschrijding van de totale kosten ten opzichte van het MPB. Van alle vereveningskenmerken vertonen FKG, s/pDGK FDG, PPA, DKG-GGZ en MHK-GGZ de grootste afwijkingen in kosten en/of prevalenties tussen de OT en ex-ante vaststelling en de werkelijke cijfers. Dit is ook in voorgaande jaren opgemerkt. In het merendeel van de gevallen betreft het risicoklassen met een zeer lage prevalentie en/of hoge kosten, daar speelt natuurlijke variantie een sterke rol. Sommige verschuivingen verklaren zich door wijzigingen in de vereveningskenmerken of risicoklassen, omdat deze veranderingen meer onzekerheid met zich meebrengen. Hoewel het toepassen van **criteriumneutraliteit*** een positief effect kan hebben, leidt dit niet altijd tot een betere aansluiting op de werkelijke cijfers. Met de beschikbare informatie is het niet mogelijk om van tevoren vast te stellen welke verschuivingen te verwachten zijn.

Hieronder staan op hoofdlijnen de conclusies van de Monitor, met enerzijds betrekking op de werking van het risicovereveningssysteem 2019 en anderzijds op de representativiteit van de beslisinformatie bij de OT en ex-ante vaststelling. Verdiepende analyses omtrent de bevindingen zijn terug te vinden in de hoofdstukken.

Werking van het risicovereveningssysteem 2019

- 1. De macrokosten zijn lager uitgevallen dan de macrobijdrage**, wat resulteert in een macrovereveningsresultaat van in totaal € 1.392 miljoen⁴, inclusief het vereveningsresultaat op de opbrengsten voor het verplichte eigen risico (€ - 68 miljoen). Het macrovereveningsresultaat in 2019 is hoger uitgevallen ten opzichte van 2018 (in totaal € 1.211 miljoen) 2017 (in totaal € 814,9 miljoen) en 2016 (€ 474 miljoen), maar lager ten opzichte van 2015 (€ 2.036 miljoen) en 2014 (€ 3.081 miljoen). Aanvullend is door de zorgverzekeraars een Covid-19 continuïteitsbijdragen GGZ betaald van € 23 miljoen.

Macrovereveningsresultaat	2018	2019
Totaal	€ 1.211 miljoen	€ 1.392 miljoen

- 2. De ex-ante risicovereveningsmodellen (voor somatische en GGZ-kosten) leiden tot een significante reductie van de verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat* tussen zorgverzekeraars**, gegeven de portefeuillesamenstellingen in 2019, ten opzichte van een situatie zonder risicovereveningssysteem. Dit draagt bij aan een meer gelijke uitgangspositie tussen zorgverzekeraars op basis van de portefeuillesamenstellingen. Daarnaast verkleinen de risicovereveningsmodellen de absolute verschillen in vereveningsresultaat tussen de portefeuilles van zorgverzekeraars. Het somatische model zorgt voor een grotere reductie in de spreiding van de vereveningsresultaten tussen zorgverzekeraars ten opzichte 2018, gegeven de portefeuillesamenstelling in het betreffende jaar. Voor het GGZ-model neemt de reductie in de spreiding af. Dit wordt volledig verklaard door de afname van het effect van flankerend beleid. Dit is het gevolg van een betere aansluiting tussen verwachte en werkelijk GGZ-kosten op macroniveau.

Spreidingsreductie	2018	2019
Somatische kosten (DV na FB)	88%	89%
GGZ kosten (DV na FB)	70%	67%

- 3. Voor de meerderheid van de onderzochte subgroepen is de onder- en overcompensatie afgenomen** als gevolg van de doorgevoerde modelwijzigingen. Ondanks de ex-ante modellen bestaan er echter, net als de afgelopen 3 jaar, substantiële onder- en overcompensaties voor een aantal onderzochte subgroepen. Bij het somatisch model geldt een gemiddelde ondercompensatie voor subgroepen met hoge kosten in het voorgaande jaar – hoogste 1% en 3% in somatische kosten. Verzekerden met hoge gGGZ kosten in het voorgaande jaar worden in het GGZ-model 2019 beter gecompenseerd dan voorgaande jaren. Voor de verzekerden met de hoogste 1% GGZ-kosten daalt de ondercompensatie van € -5.638 naar € -243 per verzekerde. Dit is het effect van de aanpassing in de vereveningskenmerk DKG-GGZ in 2019. Dit heeft geleid tot te hoog vastgestelde normbedragen voor de DKG-GGZ-14, 15, 16 en 17. Voor de subgroepen op basis van kosten gGGZ + IGGZ in 2018 leidt dit zelfs tot forse overcompensaties voor de hoogste 1%, 3% en 5% in GGZ-kosten.

Gemiddelde vereveningsresultaat van het somatische en GGZ-model voor subgroepen met hoge kosten in het voorgaande jaar, in € per verzekerde	2018	2019
Hoogste 1% somatische kosten	-5.476	-6.420
Hoogste 3% somatische kosten	-260	-194
Hoogste 5% somatische kosten	62	338
Hoogste 15% somatische kosten	-174	-35

⁴ Dit is de som van het macrovereveningsresultaat voor het somatische model, het GGZ-model en het Eigen Risicomodel. Zorgverzekeraars hebben positieve behaalde resultaten ingezet voor het verlagen van de premie van de basisverzekering in 2019 en de jaren na 2019. (Bron: jaarverslagen zorgverzekeraars). Zorgverzekeraars maken een schatting van het macrovereveningsresultaat bij de premiestelling.

Hoogste 1% GGZ-kosten	-5.638	-243
Hoogste 3% GGZ-kosten	-454	60
Hoogste 5% GGZ-kosten	-543	-287
Hoogste 15% GGZ-kosten	16	22

Representativiteit van de beslisinformatie bij de OT en ex-ante vaststelling

4. **Bij de somatische en de GGZ-kosten sluiten de gemiddelde kosten per enkelvoudige risicoklasse bij de ex-ante vaststelling in het algemeen beter aan op gerealiseerde cijfers dan bij de OT-vaststelling.** Dit is in lijn der verwachting. In de ex-ante vaststelling zijn de kosten geschaald naar het MPB, waardoor deze kosten naar verwachting beter aansluiten bij de realisatie. Over het algemeen sluiten de kosten in 2019 beter aan dan in voorgaande jaren.

GGAV in kosten per verzekerde tussen de OT en definitieve vaststelling en tussen de ex ante vaststelling en definitieve vaststelling	OT	Ex Ante
Somatisch	48,2	33,3
GGZ	13,0	12,2

5. **Bij de morbiditeitskenmerken (o.a. FKG, MHK en MVV) en de demografische kenmerken AVI, PPA en SES vinden de grootste verschuivingen plaats in zowel de kosten als prevalenties.** Deze vereveningskenmerken vallen op over meerdere jaren. Mogelijke verklaringen voor de kostenverschuivingen die elk jaar optreden zijn de effecten van zorginkoop en/of tariefsaanpassingen. Gewijzigde vereveningskenmerken en modelwijzigingen kunnen ook voor onzekerheid in het model zorgen en leiden tot over- of ondercompensatie. In 2019 is het vereveningskenmerk MVV geïntroduceerd ter vervanging van het vereveningskenmerk VGG. Dit kan de oorzaak zijn van de grotere verschuivingen bij dit vereveningskenmerken ten opzichte van model 2018 (VGG). Daarnaast blijft er aanvullende onzekerheid voor de schatting van de vereveningskenmerken voor AVI/SES vanwege conjunctuur afhankelijkheid. De totale verschuiving in kosten is afgenomen ten opzichte van vorig jaar, zowel voor het somatische model als het GGZ-model. Voor het somatische en het GGZ-model geldt dit ook voor de prevalenties.

Advies

Hieronder staat op hoofdlijnen het advies van de Monitor, met enerzijds betrekking op de werking van het risicovereveningssysteem 2019 en anderzijds op de representativiteit van de beslisinformatie bij de OT en ex-ante vaststelling.

Werkning van het risicovereveningssysteem 2019

- 1. Aandacht houden voor specifiek de chronische patiëntgroepen door verder onderzoek te doen naar de verevenende werking van de ex-ante modellen voor bepaalde patiëntgroepen en identificatie van de bijhorende kenmerken.** De Monitor toont aan (conclusie 3) dat de verevenende werking in 2019 voor verzekerden met extreem hoge kosten niet toereikend is. Veelal zijn dit verzekerden met ernstige chronische aandoeningen. Dit werd over de afgelopen jaren ook geconstateerd. Het risicovereveningsmodel 2019 is nog onvoldoende in staat om de multi-morbiditeit en ernstige gezondheidsproblematiek van de genoemde verzekerden adequaat te compenseren. Dit resulteert in jaarlijkse ondercompensaties voor verzekerden met hoge kosten (somatisch en/of GGZ) en voor verzekerden onder de 18 jaar met een chronische, somatische aandoening. De Monitor toont aan dat de ondercompensatie voor deze groepen in de laatste jaren wel is afgenomen. Na 2019 zijn aanvullende onderzoeken uitgevoerd naar de verbetering van de verevenende werking van de ex-ante risicovereveningsmodellen. De precieze impact hiervan is in deze Monitor 2019 niet vast te stellen. Zo is onder andere onderzoek gedaan naar patronen in zorgkosten van patiëntgroepen. Daarnaast zijn alternatieve maatregelen genomen, zoals de beperkte (her)introduktie van Hoge Kosten Compensatie (HKC) voor verzekerden met extreem hoge kosten in de GGZ (2020) of somatische kosten (2024) en de toevoeging van Constrained Regression vanaf het risicovereveningsmodel 2024.
- 2. Nader onderzoek naar de verevenende werking van de ex-ante modellen voor 2026,** waarbij wij aandacht vragen voor de patronen in de zorgkosten van patiëntgroepen en empirisch onderzoek naar hun kenmerken. Op basis van dergelijk onderzoek kunnen de ex-ante modellen verbeterd worden. Dit advies ligt in lijn met advies 1, maar focust op de gebruikte methodieken. Wij adviseren om onderzoek te doen naar het gebruik van geavanceerde data-analyse technieken. Via het gebruik van deze technieken zijn nieuwe inzichten in de verevenende werking van het model (voor specifieke patiëntgroepen/kostengroepen) mogelijk. Denk hierbij aan een combinatie van Machine Learning technieken en Ordinary Least Squares (OLS). Machine learning technieken zoals clustering bieden ruimte om homogene groepen te identificeren, waarmee nieuwe risicoklassen aan vereveningskenmerken kunnen worden toegevoegd of de indeling in bestaande risicoklassen kan worden herijkt. Deze homogene groepen dragen mogelijk bij aan een meer nauwkeurige schatting van de kosten.
- 3. Nader onderzoek of voor subgroepen met lage prevalentie met zeer hoge voorspelbare kosten specifieke compensatie passender is.** Wij denken hierbij bijvoorbeeld aan enige vorm van ex-post verevening⁵ of een vorm van gevalsnorming voor verzekerden die ingedeeld zijn in risicoklassen die opvallen door hun vereveningsresultaat, denk hierbij aan de FKG-risicoklassen voor "extreem hoge kosten". Hierbij dient er rekening gehouden te worden met de afweging tussen financiële prikkels tot risicoselectie/gelijk speelveld en prikkels tot doelmatigheid. De Monitor toont aan (conclusie 5) dat onder- en overcompensaties als gevolg van onvoldoende representatieve beslisinformatie risicoklassen betreft met zeer lage prevalentie en/of hoge kosten. Daar speelt natuurlijke variantie een sterke rol. Hoewel het toepassen van **criteriumneutraliteit*** een positief effect kan hebben, leidt dit niet altijd tot een betere aansluiting op de werkelijke cijfers. Met de beschikbare informatie is het niet mogelijk om van tevoren vast te stellen welke verschuivingen te verwachten zijn. Het inzetten van criteriumneutraliteit dient goed overwogen en doordacht te worden.
- 4. Onderzoek naar vereenvoudiging van het risicovereveningsmodel.** Het risicovereveningsmodel is door de jaren heen complexer geworden door toevoeging of uitbreiding van (nieuwe) vereveningskenmerken, risicoklassen, interacties, en/of **ex-post maatregelen***. Deze toevoegingen of uitbreidingen hebben onvoldoende het probleem van de structurele onder- en overcompensaties van bepaalde subgroepen opgelost. In de bovenstaande adviezen staan daarom mogelijke onderzoeksrichtingen ter verdere verbetering van het risicovereveningssysteem. De bovenstaande onderzoeksrichtingen dragen mogelijk bij aan het vereenvoudigen van het risicovereveningsmodel door bijvoorbeeld reductie van het aantal variabelen (e.g. Constrained Regression: de schattingsmethodiek is complexer dan OLS, maar het vereveningskenmerk dat wordt gebruikt voor het zetten van constraints verdwijnt uit de set variabelen in het risicovereveningsmodel). Echter, toevoegingen of uitbreidingen binnen vereveningskenmerken voor specifieke subgroepen in het risicovereveningssysteem dragen ook bij aan de complexiteit. In dat geval is er een duidelijke uitruil tussen de verbetering van het risicovereveningsmodel en de toename van complexiteit.

⁵ N.B. In het vereveningsmodel 2020 en 2024 is voor de duurste verzekerden een ex post verevening geïntroduceerd in de vorm van een Hoge Kosten Compensatie (HKC) in respectievelijk het GGZ en het somatisch model.

Representativiteit van de beslisinformatie bij de OT en ex-ante vaststelling

5. **Verdiepend onderzoek naar de stappen van het representatief maken van de beslisinformatie bij de OT en de ex-ante vaststelling (berekening van de normbedragen), inclusief de verzekerdensraming, en ophoging naar het MPB.** In voorgaande edities van de Monitor adviseren wij ook om nader te onderzoeken of en in welke mate de normbedragen passender zijn als de ophoging naar het MPB verfijnder wordt uitgevoerd. De huidige methode verhoogt de kosten proportioneel op basis van de representatief gemaakte verwachte kosten. Een alternatief is de toedeling van de kostenstijging, gesplitst in een algehele kostenstijging (inflatie) en een kostenstijging door volumeontwikkelingen en veroudering. Een eerste stap hierbij is het inzichtelijk maken van hoe de kosten in voorgaande jaren zijn neergeslagen bij verschillende leeftijdsgroepen en/of kostenniveau van verzekerden. Verschillen tussen de OT en de werkelijke cijfers en tussen de ex-ante vaststelling en de werkelijke cijfers blijven altijd vanwege effecten van zorginkoop en onvoorziene ontwikkelingen. Wij verwachten dat een meer specifieke toedeling van de kostenstijging een mogelijke afwijking reduceert.
6. **Voorkomen van lage prevalenties in combinatie met hoge normbedragen.** Wij adviseren om bij het doorvoeren van modelwijzigingen die leiden tot subgroepen met lage prevalenties en hoge normbedragen, te kijken naar alternatieve mogelijkheden van de modelwijzigingen. De subgroepen bevatten een dermate laag aantal prevalenties dat de verschillende schalingsstappen om te komen tot de ex-ante vaststelling onzekerheid creëren. Een mogelijke onderzoeksrichting is het samenvoegen van subgroepen met lage prevalenties, waardoor de totale omvang toeneemt. Hierdoor bevat de beslisinformatie onderhevig aan de OT en ex-ante vaststelling meer zekerheid, waardoor onder- en overcompensatie als gevolg van afwijkingen in de verwachte beslisinformatie kleiner wordt.

Inhoudsopgave

Inleiding	1
1. Inleiding.....	2
1.1. Achtergrond	2
1.1.1. Belang van de het risicovereveningssysteem	2
1.1.2. Uitvoering van het risicovereveningssysteem	2
1.2. Monitor Risicoverevening 2019	3
1.2.1. Doel Monitor	3
1.2.2. Reikwijdte	3
1.2.3. Wijzigingen ten opzichte van de vorige editie	4
1.3. Leeswijzer	4
Risicoverevenings- systeem 2019	5
2. Risicovereveningssysteem 2019	6
2.1. Macroprestatiebedrag (MPB).....	6
2.1.1. Variabele zorgkosten	6
2.1.2. GGZ-kosten	7
2.1.3. Vaste zorgkosten	7
2.1.4. Opbrengsten verplicht eigen risico	7
2.2. De risicovereveningsmodellen	7
2.2.1. Somatische model	7
2.2.2. GGZ-model	8
2.2.3. Eigenrisicomodel	9
2.3. Flankerend beleid en nacalculatie op vaste kosten	9
Macro-analyse	10
3. Macro-analyse	11
3.1. Macrobijdrage, -kosten en -vereveningsresultaat.....	11
3.1.1. Macrobijdrage	11
3.1.2. Macrokosten	12
3.1.3. Macrovereveningsresultaat	12
3.2. Somatische kosten.....	13
3.3. GGZ-kosten	14

3.4.	Opbrengsten verplicht eigen risico	17
3.5.	Samenvatting Macroniveau	17
	Zorgverzekeraarsanalyse	19
4.	Zorgverzekeraarsanalyse	20
<hr/>		
4.1.	Somatische kosten.....	21
4.1.1.	Landelijk beeld.....	21
4.1.1.1.	Gemiddelde vereveningsresultaat	22
4.1.1.2.	Spreiding	22
4.1.2.	Klein/Middelgroot/Groot.....	23
4.1.2.1.	Gemiddelde vereveningsresultaat	23
4.1.2.2.	Spreiding	24
4.1.3.	Behorend tot concern/ Zelfstandig.....	24
4.1.3.1.	Gemiddelde vereveningsresultaat	24
4.1.3.2.	Spreiding	24
4.1.4.	Gemiddelde resultaatverschuiving (GGARV).....	25
4.1.5.	Nadere analyse verandering in portefeuille samenstelling.....	25
<hr/>		
4.2.	GGZ-kosten	28
4.2.1.	Landelijk beeld.....	28
	Gemiddelde vereveningsresultaat	28
4.2.1.1.	Spreiding	29
4.2.2.	Klein/Middelgroot/Groot.....	30
4.2.2.1.	Gemiddelde vereveningsresultaat	30
4.2.2.2.	Spreiding	30
4.2.3.	Behorend tot concern/zelfstandig	30
4.2.3.1.	Gemiddelde vereveningsresultaat	30
4.2.3.2.	Spreiding	30
4.2.4.	Gemiddelde resultaatverschuiving	31
4.2.5.	Nadere analyse verandering in portefeuillesamenstelling.....	32
<hr/>		
4.3.	Eigen risico	34
4.3.1.	Landelijk beeld.....	34
4.3.1.1.	Gemiddelde vereveningsresultaat	34
4.3.1.2.	Spreiding	34
4.3.2.	Nadere analyse portefeuilleomvang	35
4.3.2.1.	Klein/Middelgroot/Groot	35
4.3.2.2.	Behorend tot een concern/zelfstandige zorgverzekeraars	35
4.3.3.	Gemiddelde resultaatverschuiving	35

	Subgroepenanalyse	36
5.	Subgroepenanalyse	37
5.1.	Somatische kosten.....	39
5.1.1.	Subgroepen op basis van kosten van vorig jaar	39
5.1.2.	Subgroepen samenhang aandoening en leeftijdsgroepen.....	40
5.1.3.	Subgroepen structurele onder- en overcompensaties	42
5.1.4.	Subgroepen meerjarige hoge kosten per leeftijdscategorie	44
5.1.5.	Subgroepen meerjarige kosten verpleging en verzorging per leeftijdscategorie 47	
5.2.	GGZ-kosten	50
5.2.1.	Subgroepen op basis van gGGZ-kosten van vorig jaar	50
5.2.2.	Subgroepen samenhang aandoening en leeftijdsgroepen.....	52
5.2.3.	Subgroepen structurele onder- en overcompensaties	52
	Verzekerdenanalyse.....	55
6.	Verzekerdenanalyse	56
6.1.	Somatische model: Verklaringskracht	56
6.2.	GGZ-model: Verklaringskracht	59
	Representativiteit op enkelvoudige risicoklassen en subgroepen	61
7.	Representativiteit op enkelvoudige risicoklassen en subgroepen	62
7.1.	Somatische kosten.....	64
7.1.1.	Resultaat enkelvoudige risicoklassen.....	64
7.1.2.	GGAV kosten.....	67
7.1.3.	GAV Prevalenties	70
7.1.4.	Subgroepen samenhang aandoening en leeftijd	73
7.2.	GGZ-kosten	75
7.2.1.	Resultaat enkelvoudige risicogroepen.....	75
7.2.2.	GGAV kosten.....	77
7.2.3.	GAV Prevalenties	80
7.2.4.	Subgroepen samenhang aandoening en leeftijd	82
	Representativiteit op individuniveau: herschatting ex-ante modellen op gerealiseerde cijfers.....	84
8.	Representativiteit op individuniveau: herschatting ex-ante modellen op gerealiseerde cijfers 85	
8.1.	Somatische kosten.....	86
8.1.1.	Normbedragen.....	86

8.2.	GGZ-kosten	89
8.2.1.	Normbedragen	89
	Bijlagen.....	91
A.	Flankerend beleid (type 1) en de impact	92
A.1.	Flankerend beleid	92
A.2.	Verdere toelichting vereveningsresultaat	92
A.3.	Impact van flankerend beleid op macroniveau	92
A.3.1.	Somatische kosten	93
A.3.2.	GGZ-kosten	93
A.4.	Impact van flankerende beleid op verzekeraarsniveau	93
A.4.1.	Flankerend beleid toegepast op somatische kosten	93
A.4.2.	Flankerend beleid toegepast op GGZ-kosten	94
A.5.	Impact van flankerende beleid op subgroepniveau	95
B.	Overzicht Risicovereveningssysteem	96
C.	Methode en verantwoording	97
C.1.	Bronbestanden.....	97
C.1.1.	Macro- en zorgverzekeraarsanalyse	97
C.1.2.	Subgroepenanalyse.....	97
C.1.3.	Aanvullende bestanden Deel II.....	98
C.1.4.	Beschrijvende statistieken vaststellingsmomenten na uitgevoerde bewerkingen Deel II	99
C.2.	Deel I: Uitgangspunten en bewerkingen.....	100
C.2.1.	Macroanalyse (Hoofdstuk 3).....	100
C.2.2.	Zorgverzekeraarsanalyse (Hoofdstuk 4)	100
C.2.3.	Subgroepenanalyse (Hoofdstuk 5)	101
C.3.	Deel II: Uitgangspunten en bewerkingen.....	102
C.3.1.	Verzekerdenanalyse (Hoofdstuk 6)	102
C.3.2.	Subgroepen en enkelvoudige risicoklassen (Hoofdstuk 7)	102
C.3.3.	Representativiteit op individuniveau: herschatting ex-ante risicovereveningsmodellen op gerealiseerde cijfers (Hoofdstuk 8)	103
D.	Uitvoering risicovereveningssysteem	104
D.1.	Uitvoering risicovereveningssysteem	104
D.2.	Vaste kosten: onderliggende zorgtypen en bedragen	104
D.3.	Wijzigingen risicovereveningssysteem 2014 – 2019	105
D.3.1.	Somatische kosten	105

D.3.2.	Wijzigingen V&V-kosten	106
D.3.3.	GGZ-kosten	106
D.3.4.	IGGZ-kosten	107
D.3.5.	Opbrengsten voor het verplicht eigen risico	108
D.4.	Risicovereeningsmodellen	108
E.	Drempelbedragen voor subgroepenanalyse	109
E.1.	Somatische kosten: drempelbedragen percentielklassen	109
E.2.	GGZ-kosten: drempelbedragen percentielklassen	109
F.	Uitgebreidere informatie subgroepenanalyse	110
F.1.	Somatische model	110
F.1.1.	Subgroepen op basis van kosten uit het voorgaande jaar	110
F.2.	GGZ model	112
F.2.1.	Subgroepen op basis van kosten uit het voorgaande jaar	112
G.	Nadere analyse op de samenstelling van de subgroepen op basis van gGGZ-kosten in het voorgaande jaar	114
G.1.	Analyse voor subgroepen op basis van gGGZ-kosten in 2018 (excl. IGGZ).....	114
G.2.	Analyse voor subgroepen op basis van totale GGZ-kosten in 2018 (incl. IGGZ).....	115
G.3.	Mogelijke verklaring: onderhoud aan DKG-GGZ.....	115
G.4.	Nadere analyse naar het vereveningskenmerk DKG-GGZ	116
G.5.	Gedetailleerde analyse voor de risicoklassen DKG-GGZ 14 t/m 17	117
G.6.	Nadere analyse naar het vereveningskenmerk FKG-GGZ.....	119
H.	Herschattting van normbedragen voor 2019	120
H.1.	Herschattting van de somatische kosten	120
H.2.	Herschattting van de GGZ-kosten	122
I.	Reproductie ex-ante vaststelling: herweging verzekerdensraming en schaling MPB.....	124
I.1.	Ex-ante model voor somatische kosten.....	124
I.2.	Ex-ante model voor GGZ-kosten	124
J.	Gemiddelde vereveningsresultaat per risicoklasse van de ex-ante modellen bij de definitieve vaststelling	125
J.1.	Somatisch model	125
J.2.	GGZ model	134
K.	Afkortingenlijst.....	140
L.	Begrippenlijst	142
M.	Referenties.....	146





Inleiding

1. Inleiding

1.1. Achtergrond

1.1.1. Belang van de het risicovereveningssysteem

De Zvw – met daarin de **acceptatieplicht**^{6*} en het **verbod op premiedifferentiatie*** – borgt dat iedere burger in Nederland, ongeacht leeftijd, geslacht en gezondheidsrisico, toegang heeft tot medisch noodzakelijke zorg vanuit de basisverzekering. Verschillen in de verwachte zorgkosten tussen verzekerden mogen niet tot uitdrukking komen in de hoogte van de premie voor de basisverzekering.

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

Zonder een risicovereveningssysteem, gegeven een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie, is er een ongelijk speelveld voor zorgverzekeraars. In die situatie dient een doelmatige zorgverzekeraar met een hoog-risico verzekerdenportefeuille immers een hogere premie te vragen dan een ondoelmatige zorgverzekeraar met een gemiddeld-risico verzekerdenportefeuille. Dit maakt **risicoselectie*** lonend. Het risicovereveningssysteem beoogt een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars te creëren en financiële prikkels tot risicoselectie weg te nemen.

1.1.2. Uitvoering van het risicovereveningssysteem

Zorgverzekeraars ontvangen voor elk vereveningsjaar⁷ een **ex-ante bijdrage*** gevolgd door een **ex-post bijdrage***. Op hoofdlijnen bestaat het uitvoeringsproces uit de volgende onderdelen:

- **Vormgeving ex-ante risicovereveningsmodellen***: In de zomer voorafgaand aan het vereveningsjaar wordt een besluit genomen over de vormgeving van de ex-ante risicovereveningsmodellen, die voor het betreffende vereveningsjaar gelden. Dit besluit wordt genomen op basis van de **Overall Toets*** (**OT**).
- **Ex-ante vaststelling**: In het najaar voorafgaand aan het vereveningsjaar worden de **normbedragen*** vastgesteld door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de ex-ante bijdrage per zorgverzekeraar toegekend door het Zorginstituut Nederland (ZIN): de **ex-ante vaststelling***.
- **Definitieve vaststelling**: Vier jaar na het betreffende vereveningsjaar wordt de bijdrage aan zorgverzekeraars definitief vastgesteld op basis van de gerealiseerde zorgkosten en verzekerdenaantallen: de **Definitieve Vaststelling*** (**DV**).

Ex post maatregelen* die voor het betreffende vereveningsjaar gelden, worden uiterlijk ten tijde van de definitieve vaststelling uitgevoerd. Het risicovereveningssysteem in 2019 kent twee type maatregelen die ex post worden uitgevoerd, **criteriumneutraliteit*** en **Flankerend Beleid*** (**FB**). Figuur 1-1 geeft een weergave van de vaststellingsmomenten in de uitvoering van het risicovereveningssysteem (zie Bijlage B voor een uitgebreider overzicht).

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

⁷ Een vereveningsjaar gaat uit van alle zorg die in een kalenderjaar is gestart. Een medische behandeling kan doorlopen in het volgende kalenderjaar terwijl de kosten worden toegerekend aan het jaar waarin de behandeling is gestart (bijvoorbeeld een behandeling in het

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

1.2. Monitor Risicoverevening 2019

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

In opdracht van het Ministerie van VWS voert PricewaterhouseCoopers (PwC) de Monitor voor vereveningsjaar 2019 uit (hierna: Monitor 2019). Onderhavig rapport is het resultaat van deze evaluatie. De uitvoering van deze Monitor is begeleid door een commissie van vertegenwoordigers van het Ministerie van VWS, ZIN, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en individuele zorgverzekeraars.

1.2.1. Doel Monitor

Het doel van deze Monitor is tweeledig:

1. **Evalueren van de werking van het risicovereveningssysteem:** de Monitor 2019 toetst in welke mate het risicovereveningssysteem de zorgverzekeraars compenseert voor de (verwachte) verschillen in de zorgkosten tussen verzekerden in 2019. Wij toetsen dit op vier niveaus: macro, zorgverzekeraars, subgroepen en verzekerden. De analyses worden uitgevoerd op de gerealiseerde kosten en verzekerdenaantallen. De analyses geven inzicht in de aansluiting van de definitieve bijdragen op de gerealiseerde kosten.

2. **Evalueren van de representativiteit van de beslisinformatie bij de OT en de ex-ante vaststelling voor de definitieve vaststelling:** de Monitor 2019 evalueert de representativiteit van de informatie die in 2019 wordt gebruikt tijdens de OT voor besluitvorming over de vormgeving van de ex-ante modellen voor de definitieve vaststelling van de bijdragen. Tijdens de OT wordt informatie van drie en meer voorgaande jaren gebruikt, die representatief is gemaakt voor het vereveningsjaar.

Wij analyseren in welke mate deze informatie aansluit op de gerealiseerde cijfers en trekken op basis daarvan conclusies over de representativiteit. Wij analyseren de informatie van de volgende momenten met elkaar:

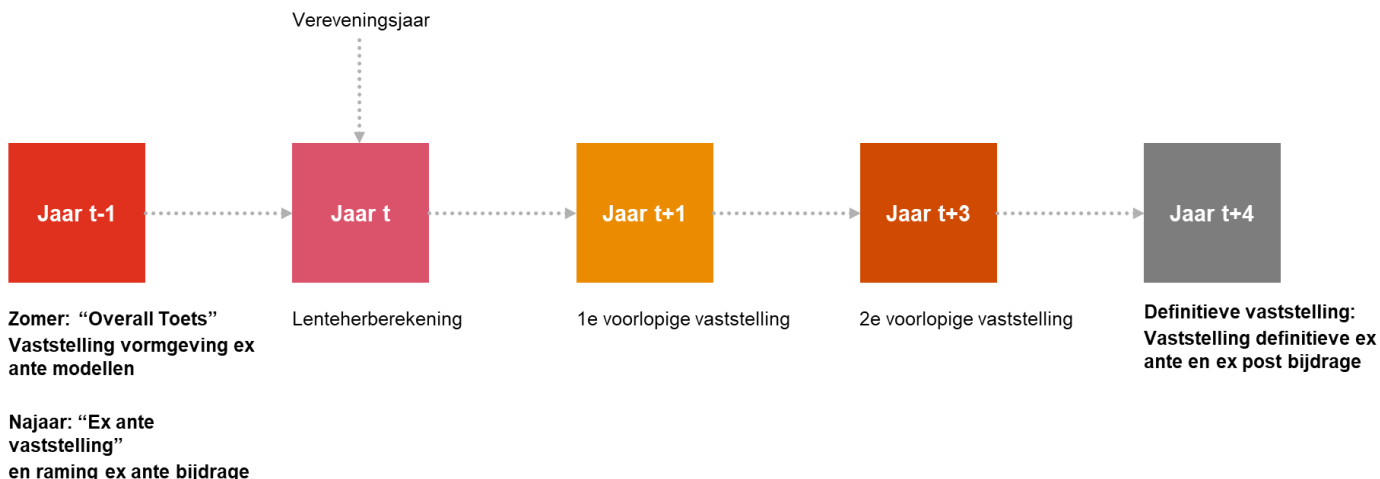
- OT in de zomer 2018;
- Ex-ante vaststelling in het najaar 2018;
- Definitieve vaststelling in 2023.

1.2.2. Reikwijdte

Wij gaan bij de evaluatie van de werking van het risicovereveningssysteem in 2019 uit van de situatie bij de definitieve vaststelling. Bij de evaluatie van de representativiteit van de beslisinformatie vergelijken wij de informatie van de OT, de ex-ante vaststelling en definitieve vaststelling met elkaar.

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

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



De Monitor 2019 richt zich op de **variabele (somatische) zorgkosten*** van alle verzekerden in de Zorgverzekeringswet (Zvw)-bevolking en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) kosten inclusief de langdurige GGZ (IGGZ) van verzekerden van 18 jaar en ouder (18+).

De korting op de vereveningsbijdrage voor de opbrengsten van het **verplicht eigen risico*** is ook onderdeel van deze Monitor. De **vaste (somatische) zorgkosten*** vallen buiten de **reikwijdte*** van de Monitor 2019 (zie Bijlage C). Cijfers van 2014 tot en met 2018 zijn overgenomen uit vorige edities van de Monitor.

Onderhavige Monitor trekt conclusies over de werking van het risicovereveningssysteem 2019 op verschillende analyseniveaus en de representativiteit van de beslisinformatie. Op basis van de uitgevoerde analyses worden in principe alleen conclusies getrokken over subgroepen die onderzocht zijn. Deze Monitor doet dan ook geen uitspraak over, of, en in welke mate de beleidsdoelen van het risicovereveningssysteem zijn bereikt.

Daarnaast doen wij geen uitspraken over, of, en in welke mate het risicovereveningssysteem dient te worden verbeterd. Dergelijke conclusies vallen buiten de doelstelling en reikwijdte van de Monitor. Indien wij opvallende resultaten constateren geven wij (indien mogelijk) een verklaring met een advies om de werking van het risicovereveningssysteem of het representatief maken van de beslisinformatie voor het meest recente vereveningsjaar nader te onderzoeken (i.e. ten tijde van deze Monitor is dit vereveningsjaar 2025).

1.2.3. Wijzigingen ten opzichte van de vorige editie

Op basis van de ervaringen vanuit de voorgaande edities van de Monitor (2017, 2018) zijn wijzigingen doorgevoerd in de Monitor 2019. Dit betreft onder andere:

- Analyses in hoofdstukken 7 en 8 over representativiteit bevatten een aangescherpte grens, rekening houdend met de stijgende zorgkosten;
- Extra nadruk op de aansluiting tussen de conclusies in Deel 1 en Deel 2;
- In onze conclusie en advies betrekken wij ook wijzigingen in het risicovereveningsmodel die na 2019 hebben plaatsgevonden. Hiermee willen wij aangeven dat mogelijke aandachtspunten uit de monitor 2019 al zijn geadresseerd in latere jaren;
- Uitbreiding met aanvullende subgroepanalyses op het nieuwe vereveningskenmerk Meerjarige V&V-kosten (MVV) en subgroepen met meerjarige onder- en overcompensatie.

1.3. Leeswijzer

Hoofdstuk 2 beschrijft de situatie van het risicovereveningssysteem in 2019: de kostendefinities en de vormgeving van de risicovereveningsmodellen. Hoofdstuk 3 t/m 8 beschrijven de toetsing van het risicovereveningssysteem. Hierbij wordt onderscheid gemaakt in twee onderdelen:

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

Deel I evalueert de werking van het risicovereveningssysteem van 2019, zoals beschreven in Hoofdstuk 2. Dit gebeurt achtereenvolgens op macro-, zorgverzekeraars- en subgroepniveau. De evaluatie van de werking van het risicovereveningssysteem op verzekerde niveau wordt meegenomen met Deel II.

Deel II evalueert de representativiteit van de beslisinformatie tijdens de OT (in 2018) voor de uiteindelijke situatie van 2019 (zoals vastgesteld in 2023). Achtereenvolgens wordt ingegaan op de representativiteit van de beslisinformatie voor het risicovereveningsmodel voor de **somatische kosten*** en de GGZ-kosten.

A person wearing blue scrubs is seen from behind, standing on a balcony or in a room with large windows. They are looking out at a cityscape. The text 'Risicoverevenings-systeem 2019' is overlaid in orange. In the top right corner, there is a faint logo consisting of several concentric circles.

Risicoverevenings- systeem 2019

2. Risicovereveningssysteem 2019

Leeswijzer

Het risicovereveningssysteem 2019 bestaat uit drie risicovereveningsmodellen (somatische model, GGZ-model en het eigenrisicomodel) en twee ex post maatregelen: flankerend beleid en criteriumneutraliteit. Dit hoofdstuk gaat in op de verschillende deelbedragen per risicovereveningsmodel (Regeling Risicoverevening 2019), de kostendefinities en de vormgeving van de risicovereveningsmodellen 2019 ten opzichte van 2018. Deze rapportage laat de **vaste kosten** buiten beschouwing, omdat hiervoor een één-op-één kostencompensatie plaatsvindt. Het deelbedrag vaste kosten, als onderdeel van het totale MPB, is voor de volledigheid benoemd in hoofdstuk 2.

Samenvatting

De belangrijkste wijzigingen in de vormgeving van het risicovereveningssysteem 2019 (Regeling Risicoverevening 2019) ten opzichte van 2018:

1. **Somatische model:** Voor het kenmerk FKG heeft grootonderhoud plaatsgevonden wat onder andere resulteerde in het toevoegen van 4 nieuwe risicoklassen. MHK is gewijzigd om rekening te houden met GRZ-kosten in de historische jaren waarop MHK is gebaseerd. Het kenmerk Regio is geactualiseerd. Het VGG-kenmerk is vervangen door MVV (WOR 929).
2. **GGZ-model:** twee nieuwe FKG-klassen, het DKG-kenmerk is doorontwikkeld en het kenmerk Regio is geactualiseerd (WOR 929).
3. **Eigenrisicomodel:** De schatting voor de opbrengst van het verplichte eigen risico kent naast een risicovereveningsmodel voor het eigen risico ook een forfaitaire groep. Voor verzekerden in de forfaitaire groep wordt een vast bedrag aan verwachte opbrengst voor het vrijwillig eigen risico vastgesteld. De groep verzekerden in de forfaitaire groep is uitgebreid met verzekerden in gedeeld in MVV > 0. Daarnaast is het kenmerk Regio binnen het risicovereveningsmodel voor het verplicht eigen risico op dezelfde wijze geactualiseerd als in het somatische model (WOR 929).

2.1. Macroprestatiebedrag (MPB)

Het risicovereveningssysteem verdeelt het **Macroprestatiebedrag*** (MPB) onder de individuele zorgverzekeraars. Het MPB is opgebouwd uit macro-deelbedragen die verschillende typen kosten onder de Zvw omvatten. Het MPB in 2019 hanteert drie macro-deelbedragen:

- Variabele (somatische) zorgkosten;
- Kosten van GGZ voor verzekerden van 18 jaar en ouder (18+);
- Vaste (somatische) zorgkosten.

De definities van de kosten die onder de deelbedragen vallen zijn over de jaren gewijzigd. Zo zijn de **gGGZ en IGGZ-zorgkosten*** met ingang van 2018 samengevoegd. Daarnaast is er door de jaren heen sprake van overhevelingen van kosten naar de Zvw vanuit andere domeinen. Bij vergelijking van de resultaten van de Monitor 2019 met de voorgaande edities, neemt deze rapportage de kostenwijzigingen in acht.

Een deel van de kosten afkomstig uit de Zvw wordt betaald met het verplicht eigen risico. De normatieve (verwachte) opbrengst voor het verplicht eigen risico

wordt in mindering gebracht op de uiteindelijke bijdrage die de individuele zorgverzekeraars ontvangen.

2.1.1. Variabele zorgkosten In MPB totaal € 43.541,6 miljoen

Onder dit deelbedrag vallen de **medisch-specialistische zorg*** (MSZ) (inclusief tweedelijns verloskunde), extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten (ZG), geriatrische revalidatiezorg (GRZ) (inclusief eerstelijnsverblijf (ELV)), eerstelijnsverblijf (ELV), extramurale verpleging en persoonlijke verzorging (V&V), ziekenvervoer, huisartsenzorg (inclusief multidisciplinaire zorg), paramedische zorg, farmaceutische zorg, verloskunde, kraamzorg, hulpmiddelen, tandheelkundige zorg en eerstelijnsdiagnostiek.

Net zoals in 2018 is Vektis voor de berekening van de ziekenhuiskosten op basis van **QZ-informatie*** over 2016 uitgegaan van mediaanbedragen per **Diagnose Behandel Combinatie*** (DBC) en **add-on's***, in plaats van door de NZa bepaalde gemiddelde kostprijzen en tarieven. De verwerking van add-on's is ten opzichte van vereveningsjaar 2018 verbeterd (WOR 930).

Vektis heeft diverse correcties uitgevoerd op ziekenhuiskosten van 2016 om deze representatief te maken voor 2019:

- De ophoging van de kosten vanwege de schadelastdip als gevolg van de per 2015 verkorte DBC-looptijd is komen te vervallen: de DBC-declaraties van 2016 representeren de structurele situatie.
- De V&V-kosten in het onderzoeksbestand (met de kosten afkomstig uit 2016) zijn opgehoogd met 11% vanwege bestuurlijke akkoorden over de wijkverpleging.
- Eerstelijnsverblijf (ELV) is per 2017 risicodragend, na in 2015 en 2016 onder een subsidieregeling te zijn gevallen. Op macroniveau ging dit in 2015 om 180 miljoen euro en in 2016 om 243 miljoen euro (WOR 928).
- Prijsarrangementen voor dure geneesmiddelen tussen VWS en farmaceuten over het jaar 2016 hebben geleid tot kortingen op de kosten van extramuraal en intramuraal verstrekte geneesmiddelen. De kortingen zijn op detailniveau in de kosten gecorrigeerd (WOR 930).

2.1.2. GGZ-kosten

In MPB totaal € 3.946,5 miljoen

De GGZ-kosten omvatten de kosten voor verzekerden van leeftijd 18+ voor de generalistische basis GGZ, de kosten van de tweedelijns GGZ-DBC's en de kosten van IGGZ. De kosten voor IGGZ zijn aangeleverd door APE op kost-/prijsniveau van 2016 en zijn representatief gemaakt voor 2019. Deze werkwijze is gehanteerd omdat de kosten voor IGGZ in **BASIC*** onvolledig zijn door de geleidelijke instroom van patiënten.

2.1.3. Vaste zorgkosten

In MPB totaal € 166,9 miljoen

Net als in voorgaande jaren geldt voor de vaste kosten een 100%-**nacalculatie***. Hierdoor analyseren wij dit deelbedrag niet diepgaand in deze Monitor. Bijlage D.2 geeft een overzicht van de kosten die in 2019 onderdeel zijn van de deelbijdrage vaste kosten.

2.1.4. Opbrengsten verplicht eigen risico

In totaal € 3.114,9 miljoen

Het verplicht eigen risico bedrag in 2019 blijft gelijk aan dat van 2018: € 385 per kalenderjaar voor 18+ verzekerden. Zorgverzekeraars innen de bedragen voor het verplicht eigen risico direct van hun verzekerden.

2.2. De risicovereveningsmodellen

Het risicovereveningssysteem in 2019 kent drie risicovereveningsmodellen:

1. Somatische model;
2. GGZ-model;

3. Normatief model voor verplicht eigen risico (hierna: het eigenrisicomodel).

In 2019 zijn wijzigingen doorgevoerd in de vormgeving van de risicovereveningsmodellen ten opzichte 2018. De belangrijkste modelwijzigingen zijn hieronder toegelicht.

2.2.1. Somatische model

Het somatische model bestaat uit twaalf **vereveningskenmerken*** met in totaal 199 **risicoklassen*** (voor een volledig overzicht van alle vereveningskenmerken en risicoklasse, zie Bijlage D.4). Het somatische model schat voor elk van de risicoklassen het normbedrag voor de variabele kosten (hierna: *somatische kosten*) van alle verzekerden in de Zvw-populatie. Deze normbedragen zijn onderhevig aan het vaststellen van de ex-ante vereveningsbijdragen.

Modelwijzigingen in risicovereveningsmodel 2019 t.o.v. 2018 (zie Regeling Risicoverevening 2019):

- **Vernieuwen Farmaciekostengroep (FKG)**

Het vereveningskenmerk FKG is uitgebreid met vier nieuwe risicoklassen: chronische antistolling, acromegalie, immunoglobuline op basis van add-on en COPD/zware astma op basis van add-on. De risicoklasse voor diabetes type I is gesplitst in de groep met en zonder hypertensie. De risicoklasse van de FKG voor hoog cholesterol is geschrapt. Daarnaast zijn er zekere geneesmiddelen naar een andere FKG-indeling verschoven.

Binnen het vereveningskenmerk FKG is voor 17 risicoklassen de drempelwaarde van Defined Daily Doses (DDD) verlaagd van 180 naar 90. Hierdoor belanden circa 300.000 extra verzekerden in een FKG.

- **Wijzigen Meerjarig Hoge Kosten (MHK)**

Het vereveningskenmerk MHK neemt vanaf 2019 historische GRZ-kosten over de drie jaren waarop MHK zich baseert. Deze aanpassing van het MHK-kenmerk leidt onder andere tot een afname van de prevalentie van met name de twee hoogste MHK-klassen.

- **Vervangen V&V-gebruikersgroepen (VGG) naar Meerjarige Kosten van V&V (MVV)**

Het vereveningskenmerk VGG (ofwel: V&V(t-1)) is per 2019 vervangen door het vereveningskenmerk MVV. Het vereveningskenmerk MVV is gebaseerd op de som van de kosten voor V&V in de afgelopen drie jaar. Het MVV-kenmerk bevat 10 risicoklassen: één afslagklasse en negen positieve risicoklassen.

- **Wijzigen en actualiseren Regio**

Het vereveningskenmerk Regio is vereenvoudigd door het schrappen van het afzonderlijk model waar

residuen per viercijferige postcode werden geregresseerd op zes variabelen: normkosten, het percentage niet-westerse immigranten, het regionaal klantenpotentieel, de mate van luchtvervuiling, het percentage huurwoningen en de omgevingsadressendichtheid (OAD). Van deze zes verklarende variabelen is alleen het percentage niet-westerse immigranten behouden, aangevuld met het percentage westerse immigranten en het percentage bewoners met een laag inkomen.

Indeling MVV

Eerder onderzoek (WOR 905) wijst uit dat het aantal verzekerden met negatieve normkosten stijgt wanneer rekening wordt gehouden met meerjarig V&V-gebruik. De verzekerden met negatieve normkosten zijn geconcentreerd in subgroepen met relatief veel V&V-gebruik in het verleden. Om dit probleem (deels) te verhelpen, worden verzekerden die in jaar t verblijven of instromen in een institutioneel huishouden in de afslagklasse van het MVV-kenmerk geclassificeerd. De positieve risicoklassen van het MVV-kenmerk bevat 67.000 verzekerdenjaren (20%) meer dan het voormalige VGG-kenmerk.

De indeling van verzekerden in een institutioneel huishouden in de afslagklasse van het MVV-kenmerk heeft gevolgen voor de normbedragen van de betreffende PPA-klassen. De normbedragen binnen zes PPA-risicoklassen voor verzekerden in een institutioneel huishouden stijgen in beide jaren, met het gevolg dat het aantal verzekerden met negatieve normkosten afneemt. Vooral voor de “blijvers” zijn de stijgingen van de 2016-data relatief lager dan van de 2015-data, zowel in absolute als in relatieve zin.

Criteriumneutraliteit in het somatische model

Definitie van criteriumneutraliteit

Afwijkingen tussen de voorspelde en gerealiseerde verzekerdenaantallen (**prevalenties***) voor een risicoklasse binnen een vereveningskenmerk leiden tot verandering in de macrobijdrage tussen de ex-ante en definitieve vaststelling. Dit resulteert in onzekerheid bij zorgverzekeraars over hun uiteindelijke bijdrage. Criteriumneutraliteit zorgt voor neutralisatie van dit effect op macroniveau. Dit kan op verscheidene manieren, bijvoorbeeld door het aanpassen of het gelijk houden van het normbedrag.

Door aanpassing van het normbedrag van de risicoklassen, dusdanig dat de definitieve verzekerdenaantallen maal het nieuwe normbedrag in definitieve vaststelling gelijk is aan het ex-ante aantal verzekerden keer het initieel normbedrag in de ex-ante vaststelling (**klasse criteriumneutraliteit***). Dan wel door het initiële normbedrag gelijk te houden en de mutatie in de macrobijdrage te corrigeren op de

afslagklasse van het betreffende vereveningskenmerk (**klassieke criteriumneutraliteit***). Deze optie is toe te passen op alle risicoklassen binnen een vereveningskenmerk, maar ook partieel (een deel van de risicoklassen binnen het vereveningskenmerk). We spreken dan van *partiële klasse of partiële klassieke criteriumneutraliteit*.

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

In het somatische model geldt een vorm van criteriumneutraliteit voor de vereveningskenmerken of risicoklasse binnen vereveningskenmerken. Voor deze vereveningskenmerken of risicoklassen binnen vereveningskenmerken geldt dat ontwikkelingen in prevalentie en/of kosten moeilijk te voorspellen zijn.

Er geldt partiële klassieke criteriumneutraliteit voor **FKG 17** (Groeistoornissen o.b.v. add-on), **FKG 24** (Auto-immuunziekten o.b.v. add-on), **FKG 27** (Immunoglobuline o.b.v. add-on), **FKG 30** (COPD/Zware astma o.b.v. add-on), **FKG 33** (Kanker o.b.v. add-on), **FKG 35** (extreem hoge kosten cluster 1), **FKG 36** (extreem hoge kosten cluster 2), **FKG 37** (extreem hoge kosten cluster 3), **MHK 7** (in 3 voorgaande jaren kosten in top 1,5%), **MHK 8** (in 3 voorgaande jaren kosten in top 0,5%).

Er geldt klasse criteriumneutraliteit voor de primaire Diagnosekostengroep (**pDKG**) en de secundaire DKG (**sDKG**), en klassieke criteriumneutraliteit voor **MVV**.

2.2.2. GGZ-model

Het risicovereveningsmodel voor GGZ-kosten heeft acht vereveningskenmerken, met in totaal 120 risicoklassen. Het GGZ-model is alleen van toepassing op verzekerden van 18 jaar en ouder.

Modelwijzigingen in risicovereveningsmodel 2019 t.o.v. 2018 (zie ook Regeling Risicoverevening 2019):

- **Vernieuwen FKG**

Het vereveningskenmerk FKG heeft twee nieuwe risicoklassen: een afsplitsing van een nieuwe FKG voor chronische stemmingsstoornissen complex van de huidige FKG voor chronische stemmingsstoornissen en uitbreiding met een FKG voor angststoornissen (WOR 899).

- **Doorontwikkeling DKG**

Het vereveningskenmerk psychische DKG's is doorontwikkeld voor klassen 14 tot en met 17 op de normbedragen en verevenende werking (WOR 862).

Deze doorontwikkeling leidt tot aanpassing in de indeling van verzekerden in de psychische DKG's. In de nieuwe indeling blijkt een verschuiving van circa 34.000 verzekerdenjaren van DKG2 naar DKG1.

- **Actualiseren Regio**

Binnen het vereveningskenmerk Regio zijn zes van de acht verklarende variabelen geactualiseerd. Dat geldt niet voor de locaties van intramurale GGZ-instellingen en het aantal GGZ-bedden per 1.000 inwoners binnen een straal van 15 kilometer.

Criteriumneutraliteit in het GGZ-model

In het GGZ-model voor 2019 geldt klassieke criteriumneutraliteit voor het vereveningskenmerk DKG psychische aandoeningen.

2.2.3. Eigenrisicomodel

In 2019 vallen onder het verplicht eigen risico de somatische kosten (inclusief de vaste zorgkosten, GRZ, ELV en extramuraal behandeling van ZG) en de GGZ-kosten (gGGZ en IGGZ). Somatische kosten die niet vallen onder het verplicht eigen risico zijn: huisartsenzorg, eerstelijns- en tweedelijnsverloskunde, kraamzorg, ketenzorg en kosten voor V&V.

De geraamde opbrengst voor het verplicht eigen risico bestaat uit twee delen: Een **forfaitaire groep*** van verzekerden met een vast bedrag aan verwachte opbrengst voor het eigen risico, en het risicovereveningsmodel voor overige verzekerden.

De forfaitaire groep bestaande uit verzekerden die zijn ingedeeld in een positieve risicoklasse van een FKG, HKG, p/s DKG, FDG en MHK>1 of MVV>0. Voor verzekerden in de forfaitaire groep wordt een forfaitair bedrag van € 353,16 ingehouden op de vereveningsbijdrage, gelijk aan de gemiddelde eigen betaling in de gehele groep. Voor de overige verzekerden van 18+ in de Zvw-populatie (de niet-forfaitaire/complementaire groep) wordt het normatieve vereveningsmodel gebruikt om de verwachte opbrengsten van het verplicht eigen risico te schatten.

Het eigen-risicomodel bestaat uit vier vereveningskenmerken: leeftijd/geslacht (LG), Aard van Inkomen (AvI), Regio, en wel/geen somatische Meerjarig Lage Kosten (MLK). Deze kenmerken zijn gelijk aan het eigen-risicomodel van 2019. De nieuwe en aangepaste FKG's, de aangepaste MHK en het nieuwe MVV-kenmerk zijn onderdeel van de begrenzing van de forfaitaire groep. Het model bevat daarmee in totaal 66 risicoklassen. Binnen het eigen-risicomodel geldt op geen enkel vereveningskenmerk criteriumneutraliteit.

Modelwijzigingen in risicovereveningsmodel 2019 t.o.v. 2018 (zie ook Regeling Risicoverevening 2019):

- **Toevoegen MVV>0**

Forfaitaire groep is uitgebreid met MVV>0. Hierdoor is de omvang van forfaitaire groep met ongeveer 64.000 verzekerdenjaren toegenomen.

- **Vernieuwen FKG**

Het vereveningskenmerk FKG is aangepast waardoor het aantal verzekerden in de forfaitaire groep daalt met 500.000 verzekerden. Deze daling is het saldo van de toename wegens de nieuwe FKG's, de verlaagde DDD-drempel voor sommige FKG's en de krimp door het schrappen van FKG hoog cholesterol.

- **Actualiseren Regio**

Zie aanpassingen somatische model.

2.3. Flankerend beleid en nacalculatie op vaste kosten

Net zoals in voorgaande jaren, is in 2019 flankerend beleid van toepassing. Dit is een maatregel om een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars te behouden bij een onderschrijding dan wel overschrijding van het MPB. Flankerend beleid herverdeelt het macrovereveningsresultaat evenredig over alle zorgverzekeraars op basis van een vast bedrag per premiebetaler. Dit gebeurt nadat het macrovereveningsresultaat eerst proportioneel is gecorrigeerd op de vereveningsbijdrage van iedere individuele zorgverzekeraar. Flankerend beleid wordt uitgevoerd op de afzonderlijke deelbedragen voor de somatische en GGZ-kosten.

Op het verplicht eigen risico is geen flankerend beleid van toepassing. Deze regeling is onveranderd sinds de invoering in 2012. Meer gedetailleerde informatie over flankerend beleid is te vinden in Bijlage A.

Er is in 2019 geen **ex post verevening*** van toepassing, net zoals in 2018. Voor 2019 geldt wel, evenals voor voorgaande jaren, volledige nacalculatie op de vaste kosten. Over deze kosten lopen de zorgverzekeraars geen individueel verzekeraarsrisico.

Macro-analyse



3. Macro-analyse

Leeswijzer

Dit hoofdstuk gaat in op de analyses van de verevenende werking van het risicovereveningssysteem 2019 op macroniveau. Dit hoofdstuk beschrijft het verschil tussen macrobijdrage en macrokosten (het macrovereveningsresultaat) in 2019. De analyses zijn uitgevoerd voor de totale Zvw-kosten en de aparte deelbedragen op het moment van de definitieve vaststelling. Ook is er een toets op het effect van nacalculatie op de vaste zorgkosten. Deze analyses geven inzicht in welke mate het risicovereveningssysteem 2019 zorgverzekeraars afdoende compenseert voor de (verwachte) zorgkosten op macroniveau. Een negatief macrovereveningsresultaat betekent dat de compensatie die zorgverzekeraars ontvangen niet voldoende is om de daadwerkelijke zorgkosten op macroniveau te dekken. Bij een positief macrovereveningsresultaat ontvangen zij wel voldoende compensatie om de zorgkosten te dekken.

Samenvatting

Onze bevindingen van de analyse op het macrovereveningsresultaat zijn: Het macrovereveningsresultaat is voor 2019 € 1.460,2 miljoen. Dit bestaat uit: € 1.494,0 miljoen voor de somatische kosten (€ 86 per verzekerde) en € -34 miljoen voor de GGZ-kosten (€ -2 per verzekerde 18+). Met daarnaast een macrovereveningsresultaat op het verplicht eigen risico van € -68 miljoen:

- Het macrovereveningsresultaat voor somatische kosten steeg naar € 1.494,0 miljoen in 2019 (2018: € 1.203 miljoen). Er is een stijging van 4,5% in de macrobijdrage en een minder grote stijging van 3,9% in de gerealiseerde kosten. Doelmatige zorginkoop, maatregelen om de zorgkosten te beheersen, en effecten van (vertraagde) aanpassingen in het MPB zijn mogelijke verklaringen voor de groei in het macrovereveningsresultaat.
- Het macrovereveningsresultaat voor de GGZ-kosten daalde in 2019 naar € -34 miljoen (2018: € 211 miljoen). Een mogelijke verklaring is dat er meer financiële ruimte wordt gegeven voor de gecontracteerde zorg en stijgende kosten voor niet-gecontracteerde zorg⁸ en de effecten van (vertraagde) aanpassingen in het MPB. Dit macrovereveningsresultaat is nog exclusief de kosten van de aan GGZ-instelling betaalde COVID-19 continuïteitsbijdrage 2019⁹. Zorgverzekeraars betaalden hiervoor €23 miljoen¹⁰. Het macrovereveningsresultaat komt daarmee inclusief de COVID-19 compensaties op € -57 miljoen.
- Voor het verplicht eigen risico geldt een macrovereveningsresultaat van € -68 miljoen (€ -5 per verzekerde 18+) (2018: € -204 miljoen).
- De nacalculatie op de vaste kosten zorgt voor een afslag op de macrobijdrage van € 31,6 miljoen.

Onderstaand overzicht geeft een samenvatting van de uitkomsten van de macro-analyse:

Tabel 3: Samenvattende uitkomsten op macroniveau voor het risicovereveningssysteem van 2019

	Totaal (inclusief vaste kosten)	Somatische kosten	GGZ- kosten	Opbrengsten verplicht eigen risico
Definitieve macrobijdrage	€ 47.762 miljoen	€ 43.686 miljoen	€ 3.940 miljoen	€ -3.124 miljoen
Gerealiseerde kosten	€ 46.302 miljoen	€ 42.192 miljoen	€ 3.974 miljoen	€ -3.056 miljoen
Macrovereveningsresultaat	€ 1.460 miljoen	€ 1.494 miljoen	€ -34 miljoen	€ -68 miljoen

3.1. Macrobijdrage, -kosten en -vereveningsresultaat

3.1.1. Macrobijdrage

Het Ministerie van VWS stelt het MPB ex-ante vast. Voor 2019 bedroeg het MPB € 47.655 miljoen. Het MPB wordt

achteraf gecorrigeerd voor de gerealiseerde prevalenties¹¹ (verzekerden-nacalculatie). De werkelijke samenstelling van de Zvw-bevolking pakt namelijk anders uit dan vooraf verwacht tijdens de verzekerdenraming (zie

⁸ Bron: <https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2019/12/19/kosten-van-zorg-blijven-stijgen>. Voor meer informatie zie ook Vektis: Onderzoek naar overschrijding van het ggz-kader 2019, 5 april 2022.

⁹ De COVID-19 pandemie begon pas in maart 2020. De éénjaars-DBC systematiek binnen de GGZ heeft echter tot gevolg dat DBC's gestart in 2019, niet volledig konden doorlopen na maart 2020. Dit heeft een negatief effect gehad op de omzet van de GGZ -instellingen. Zorgverzekeraars hebben GGZ-instellingen hiervoor gecompenseerd via een continuïteitsbijdrage.

¹⁰ Bron: <https://www.zorgcijfersdatabank.nl/>

¹¹ Merk op dat voor vereveningskenmerken/risicoklassen waarvoor criteriumneutraliteit geldt het effect van afwijkingen in de prevalentieschatting wordt geneutraliseerd.

Hoofdstuk 7 en 8). Voor 2019 stijgt daardoor de macrobijdrage naar **€ 47.794 miljoen**.

Door lagere vaste kosten dan verwacht, zorgt de 100% nacalculatie op de vaste kosten voor een afslag op de macrobijdrage van **€ 31,6 miljoen**. De definitieve macrobijdrage (inclusief nacalculatie op de vaste kosten) bedraagt daarmee **€ 47.762 miljoen** (zie Figuur 3-1).

3.1.2. Macrokosten

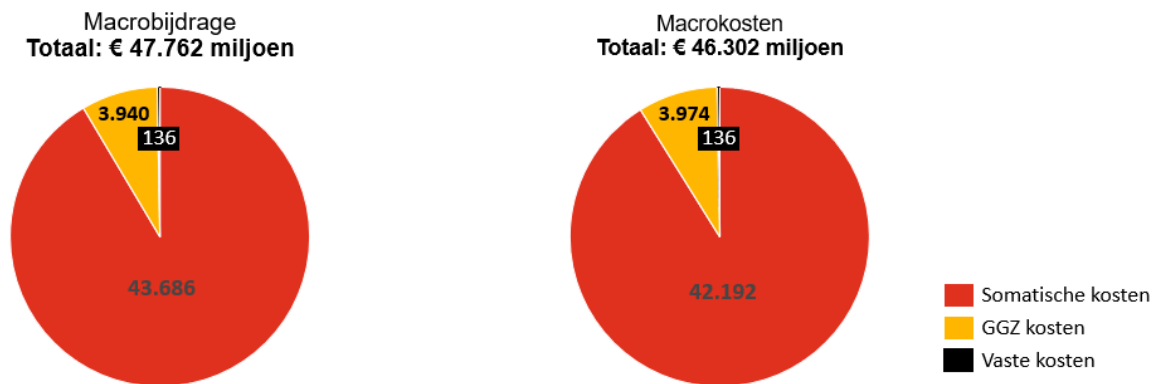
De gerealiseerde macrokosten bedragen **€ 46.302 miljoen**. In 2018 bedroegen de macrokosten € 44.488 miljoen (Monitor 2018). Dit is een stijging van 4%. De kostenstijging van 2019 is in lijn met de stijging van voorgaande jaren. In 2018, 2017 en 2016 is er sprake van een kostenstijgingen van respectievelijk 3,8%, 3,2% en 6,1%, ten opzichte van het jaar ervoor. De kostenstijgingen in deze jaren zijn deels te verklaren door de kostendefinities tussen de jaren waaronder de overhevelingen van ELV, V&V, GRZ en ZG uit de AWBZ

(Monitor 2016). In 2019 vonden geen overhevelingen van risicodragende kosten plaats. De stijging van de macrokosten is toe te schrijven aan de algemene stijging van de Zvw-kosten.

3.1.3. Macrovereveningsresultaat

De gerealiseerde macrokosten zijn lager dan de definitieve macrobijdrage. Dit resulteert in een positief macrovereveningsresultaat van **€ 1.460,2 miljoen**^{12,13}. In de voorgaande jaren was er ook sprake van positieve macrovereveningsresultaten (zie Figuur 3-2). Het totale macrovereveningsresultaat van 2019 is hoger dan in 2018, 2017 en 2016 (zie voetnoot in Figuur 3-2). In vergelijking met de stijging vanaf 2018, is de stijging in 2019 een relatief kleine stijging (3,2%). Mogelijke verklaringen hiervoor zijn de effecten van zorginkoop, en overige maatregelen voor beheersing van de zorgkosten, naast de effecten van (vertraagde) aanpassingen in het MPB.

Figuur 3-1. Overzicht definitieve macrobijdrage en gerealiseerde kosten bij de definitieve vaststelling 2019, uitgedrukt in miljoenen €

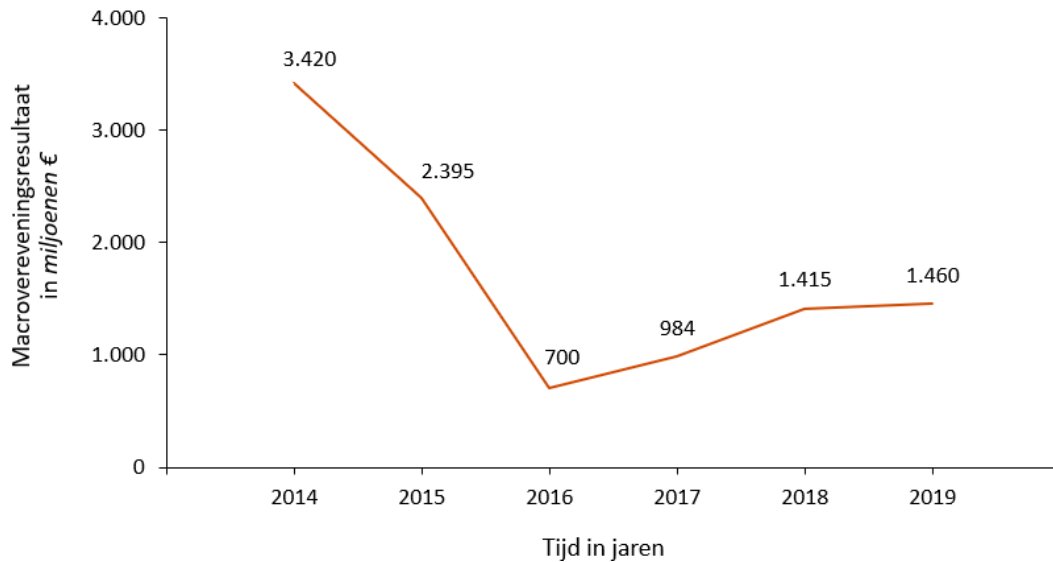


¹² Dit is exclusief het macrovereveningsresultaat voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico van € -68,1 mln. en de betaalde COVID-19 continuïteitsbijdragen GGZ van €23 mln.

¹³ Zorgverzekeraars hebben positieve behaalde resultaten ingezet voor het verlagen van de premie van de basisverzekering in 2019 en de

jaren na 2019. (Bron: jaarverslagen zorgverzekeraars). Zorgverzekeraars maken een schatting van het macrovereveningsresultaat bij de premiestelling.

Figuur 3-2. Overzicht macrovereveningsresultaten somatisch model en GGZ-model in de afgelopen jaren 2014 – 2019, uitgedrukt in miljoenen €



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

3.2. Somatische kosten

De definitieve macrobijdrage voor de somatische kosten bedraagt **€ 43.686 miljoen** (zie Figuur 3-3). De gerealiseerde somatische kosten bedragen **€ 42.192 miljoen**. Dit resulteert in een positief macrovereveningsresultaat voor somatische kosten van **€ 1.494,0 miljoen (€ 86 per verzekerde)**.

Figuur 3-3 geeft de ontwikkeling van de macrobijdrage en de makrokosten over 2014 t/m 2019 weer. Bij het interpreteren van de resultaten houden wij rekening met wijzigingen in de kostendefinities en de vormgeving van het risicovereveningssysteem, zoals het wel of niet toepassen van criteriumneutraliteit.

De macrobijdrage en -kosten ontwikkelden zich als volgt:

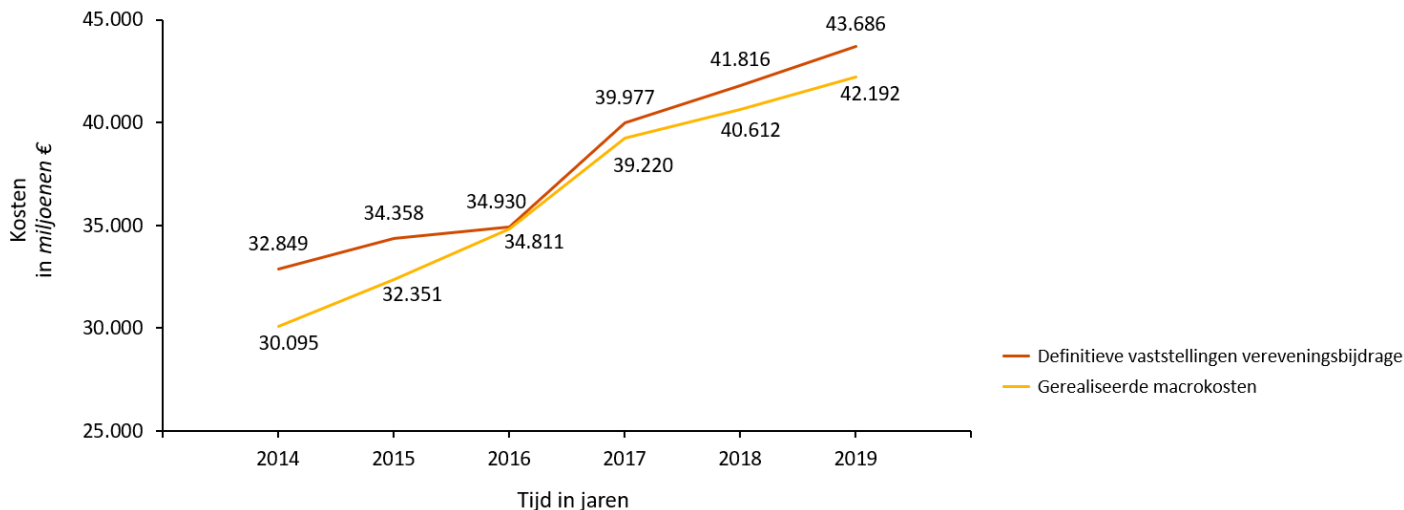
- **Stijging van 4,5% in de macrobijdrage:** De macrobijdrage voor de somatische kosten steeg in 2019 met 4,5% (€ 1.870 miljoen) ten opzichte van 2018. Deze stijging ligt in lijn met de continue stijging van de macrobijdrage voor somatische kosten vanaf 2017 (zie Figuur 3-3). De trendbreuk in de macrobijdrage van 2015 op 2016 (2%) is te wijden aan de afwijkende prevalenties voor de DKG's bij de definitieve vaststelling ten opzichte van de raming. De harde stijging van 2016 op 2017 (14,4%) komt door het samenvoegen van de V&V-kosten bij de somatische kosten.

- **Stijging van 3,9% in de gerealiseerde somatische kosten:** De gerealiseerde somatische kosten voor 2019 zijn met 3,9% (€ 1.579 miljoen) gestegen ten opzichte van 2018. Deze stijging is toe te schrijven aan de algemene kostenstijging van de Zvw. De grotere stijging in 2017 (12,7%) is het gevolg van de samenvoeging van de V&V-kosten bij de somatische kosten. De stijging van 2019 (3,9%) is lager dan de stijging in 2016 (7,6%). Dit komt door de uitbreiding van de risicodragende kosten, zoals de dure geneesmiddelen.
- **Macrovereveningsresultaat somatische kosten € 1.494,0 miljoen:** In 2019 is het macrovereveningsresultaat voor de somatische kosten € 1.494 miljoen (€ 86 per verzekerde). Dit is een stijging van 24,2% ten opzichte van 2018. Voorgaande jaren was er ook sprake van positieve macrovereveningsresultaten (zie Figuur 3-4). In 2019 is het macrovereveningsresultaat toegenomen, omdat de macrobijdrage (4,5%) harder stijgt dan de gerealiseerde kosten (3,9%) voor de somatische zorg. Met de beschikbare informatie is niet in detail te duiden wat hiervoor de verklaring is. Doelmatige zorginkoop en maatregelen om de zorgkosten te beheersen zijn mogelijke verklaringen. Een andere mogelijkheid is het effect van (vertraagde) aanpassingen in de raming van het MPB.

Effect van flankerend beleid

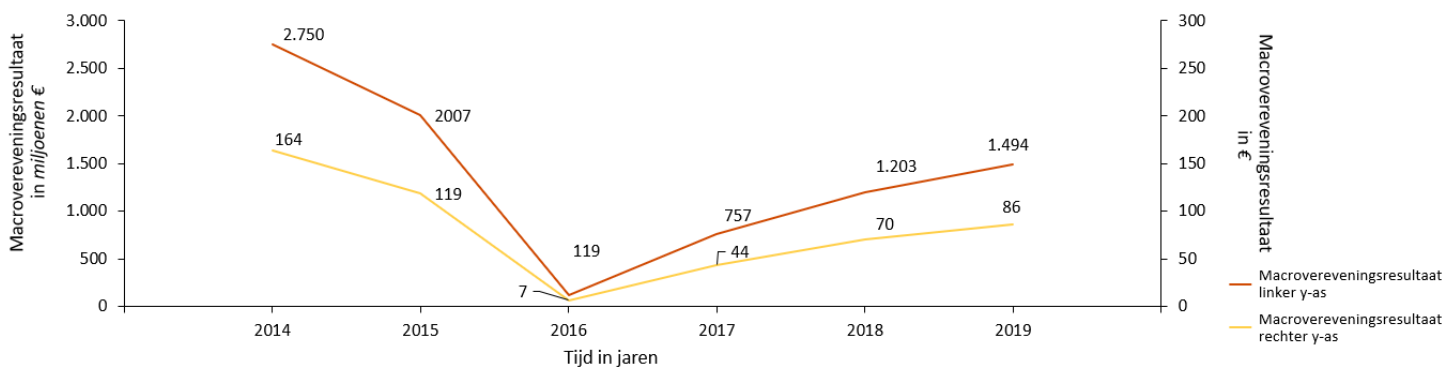
Flankerend beleid heeft geen effect op macroniveau, omdat dit een onderlinge verrekening tussen zorgverzekeraars is. Meer gedetailleerde informatie over flankerend beleid is te vinden in Bijlage A.

Figuur 3-3. Ontwikkeling macrobijdrage en -kosten voor de somatische zorg over 2014 t/m 2019, uitgedrukt in miljoenen €



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

Figuur 3-4. Ontwikkeling macrovereveningsresultaat voor de somatische zorg over 2014 t/m 2019, uitgedrukt in miljoenen € (en per verzekerde in €)



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

3.3. GGZ-kosten

De definitieve macrobijdrage voor de GGZ-kosten als onderdeel van het MPB bedraagt **€ 3.940 miljoen** (zie Figuur 3-5). De gerealiseerde GGZ-kosten bedragen €

3.974 miljoen (zie Figuur 3-5). Dit resulteert in een negatief macrovereveningsresultaat voor GGZ-kosten van **€ 33,9 miljoen (€ -2 per verzekerde 18+)**.

Figuren 3-5 en 3-6 geven de ontwikkeling van de macrobijdrage- en -kosten over tijd weer. Voor 2016 en

2017 is de fictieve situatie toegevoegd waarbij geneeskundige GGZ (gGGZ) en IGGZ bij elkaar opgeteld zijn, ter bevordering van het vergelijk met 2017 en eerder. De ontwikkelingen voor 2019 zijn als volgt:

- **Daling van 0,5% in de macrobijdrage:** De macrobijdrage voor GGZ-kosten is met 0,5% gedaald in 2019 ten opzichte van 2018. In 2018 steeg de macrobijdrage met 11,2% ten opzichte van 2017, waarvan 5,7%-punt te wijten is aan de samenvoeging van de gGGZ met de IGGZ-kosten (Monitor 2018). Ook in 2017 daalde de macrobijdrage met 2,6% ten opzichte van 2016 (Monitor 2017).
- **Stijging van 6,1% in de gerealiseerde macrokosten:** De gerealiseerde macrokosten stegen in 2019 met 6,1% ten opzichte van 2018. Een mogelijke verklaring is dat er meer financiële ruimte is voor de gecontracteerde zorg en stijgende kosten voor niet-gecontracteerde zorg¹⁴. In 2018 zijn de macrokosten met 10,3% gestegen ten opzichte van 2017. Deze hoge toename van 2018 in GGZ-kosten is deels toe te schrijven aan de samenvoeging van de deelbijdragen gGGZ en IGGZ. De macrokosten stegen tussen 2017 en 2016 met 4,1% (Monitor 2017)
- **Macrovereveningsresultaat GGZ-kosten € -33,9 miljoen:** In 2019 is het macrovereveningsresultaat voor de GGZ-kosten € -33,9 miljoen (€ -2 per verzekerde 18+). Dit komt door een daling in de macrobijdrage (-0,5%) en een toename van

gerealiseerde kosten (6,1%). Het negatieve macrovereveningsresultaat is exclusief de COVID-19 continuïteitsbijdragen €23 miljoen. Inclusief de COVID-19 continuïteitsbijdragen

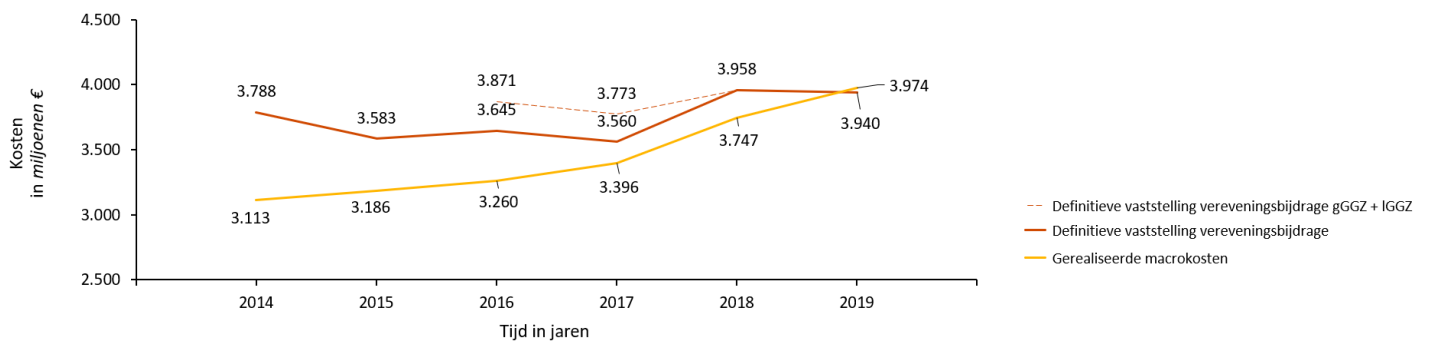
bedraagt het macro-tekort €57 miljoen. In 2018 was er sprake van een positief macrovereveningsresultaat van de

GGZ-kosten, namelijk van € 211 miljoen (€ 15 per verzekerde 18+). In 2017 was het macrovereveningsresultaat € 164 miljoen (€ 12 per verzekerde 18+). In de voorafgaande jaren was het macrovereveningsresultaat aanzienlijk hoger (Monitor 2013 – 2016, zie Figuur 3-6).

Het macrovereveningsresultaat laat zien dat de macrokosten en macrobijdrage beter aansluiten bij de werkelijk gerealiseerde kosten dan in voorgaande jaren. Echter, het macrovereveningsresultaat in 2019 neemt voor het eerst sinds 2013 een negatieve waarde aan. In de afgelopen jaren is een dalende trend van het macrovereveningsresultaat te zien.

Net zoals geldt voor het somatische model, geldt dat de effecten van zorginkoop en beheersings-maatregelen van de zorgkosten mogelijk de verschuivingen in de zorgkosten en het macrovereveningsresultaat verklaren. Bij de zorginkoop hebben zorgverzekeraars in 2019 meer financiële ruimte gegeven voor de gecontracteerde zorg. Daarnaast verklaart de lager vastgestelde MPB-raming de daling van het macrovereveningsresultaat.

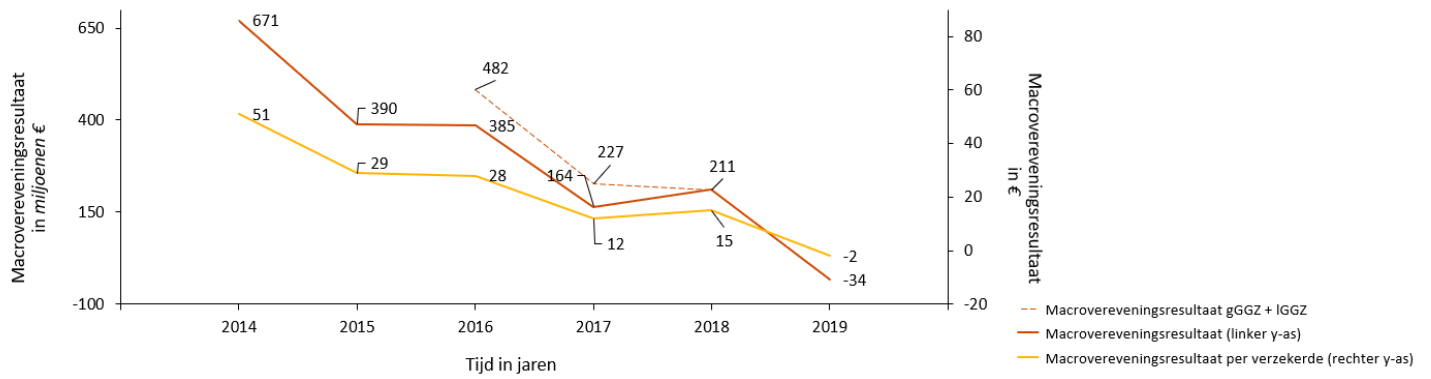
Figuur 3-5. Ontwikkeling van macrobijdrage en -kosten voor de GGZ over 2014 t/m 2019, uitgedrukt in miljoenen €



Voetnoot Figuur 3-5: In 2019 stijgen de gerealiseerde macrokosten zoals verwacht. De vereveningsbijdrage verandert nagenoeg niet.

¹⁴ Bron: <https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2019/12/19/kosten-van-zorg-blijven-stijgen>. Voor meer informatie zie ook Vektis, Onderzoek naar overschrijding van het ggz-kader 2019, 5 april 2022.

Figuur 3-6. Ontwikkeling macrovereveningsresultaat voor de GGZ over 2014 t/m 2019, uitgedrukt in miljoenen € (per verzekerde 18+ in €)



Voetnoot Figuur 3-6: In 2019 is er sprake van een (licht) negatief macrovereveningsresultaat voor de GGZ. Het absolute macrovereveningsresultaat is niet eerder zo klein geweest.

3.4. Opbrengsten verplicht eigen risico

In 2019 is € 3.124 miljoen ingehouden op de macrobijdrage voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico, omgerekend € 223 per verzekerde 18+. Deze afslag, die wordt ingehouden op de vereveningsbijdrage, is over 2014 en 2015 toegenomen vanwege de jaarlijkse verhoging van het bedrag voor het verplicht eigen risico. Vanaf 2016 is het verplicht eigen risico gelijk gebleven aan € 385 per verzekerde 18+. Hierdoor blijft het ingehouden bedrag op de macrobijdrage sindsdien nagenoeg constant.

In 2019 bedragen de totale opbrengsten van het verplicht eigen risico € 3.056 miljoen. De totale opbrengsten in 2019 stegen licht met 1,9% ten opzichte van 2018. In 2018 stegen de totale opbrengsten 1,4% ten opzichte van 2017.

Doordat het verplicht eigen risico met het bedrag van € 385 voor de afgelopen jaren niet is verhoogd, kan de toename in de opbrengsten van het eigen risico voornamelijk worden verklaard door de toename van de kosten voor behandelingen. Deze kosten bleven namelijk voorheen voor een deel van de verzekerden onder de grens van het verplicht eigen risico. Daarnaast is er

sprake van een algemene toename van het aantal behandelingen, onder andere door demografische ontwikkelingen.

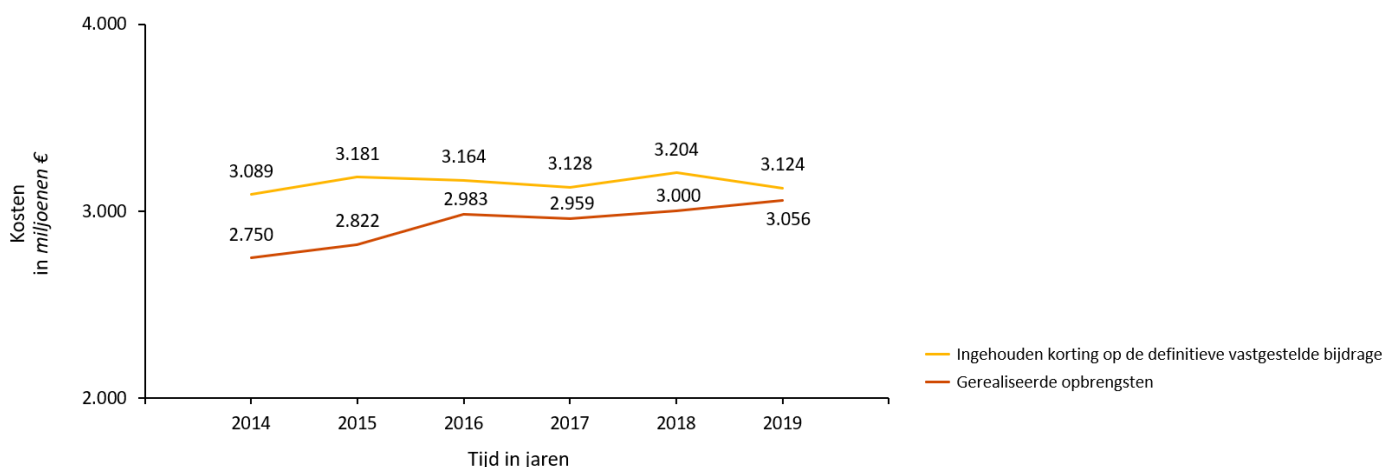
Net zoals in voorgaande jaren, zijn in 2019 de totale opbrengsten lager dan de ingehouden korting op de bijdrage (zie Figuur 3-7). Dit resulteert in een negatief macrovereveningsresultaat van € -68 miljoen (€ -5 per verzekerde 18+). In voorgaande jaren was er eveneens sprake van een negatief macrovereveningsresultaat (zie Figuur 3-8).

Het negatieve macrovereveningsresultaat in 2019 is kleiner vergeleken met voorgaande jaren. De ex-ante inschatting van de te innen opbrengsten (i.e. de vastgestelde korting op de macrobijdrage) sluit derhalve beter aan op de gerealiseerde opbrengsten van het verplicht eigen risico dan in voorgaande jaren¹⁵.

3.5. Samenvatting Macroniveau

Afgezien van een aanzienlijk lager negatief macrovereveningsresultaat voor GGZ-kosten, is het beeld voor 2019 redelijk vergelijkbaar met 2018. Tabel 3 geeft een samenvatting van de analyse op macroniveau.

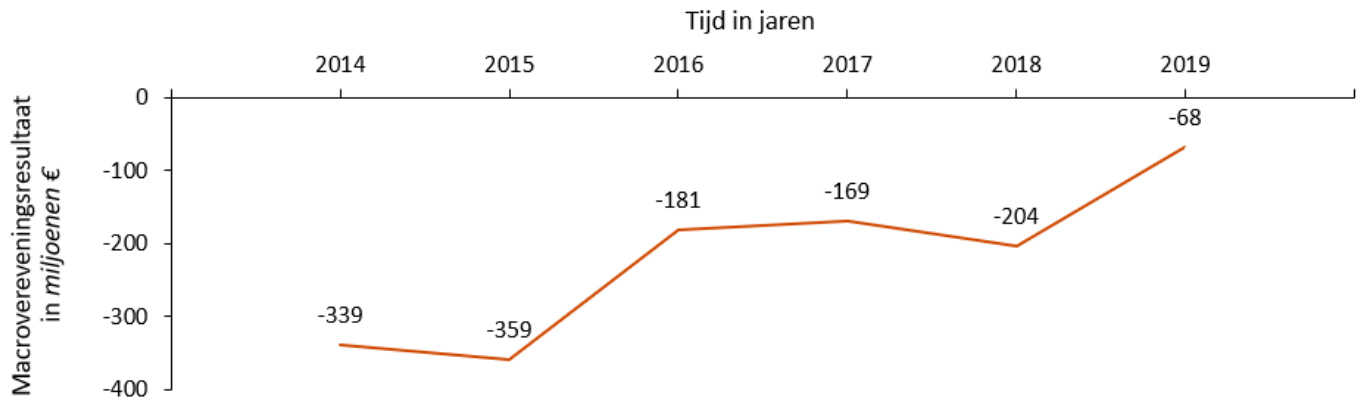
Figuur 3-7. Ontwikkeling van de ingehouden korting op de bijdrage en de gerealiseerde opbrengsten van het verplicht eigen risico over 2014 t/m 2019, uitgedrukt in miljoenen €



¹⁵ Er is geen uitgebreid onderzoek gedaan naar de raming van MPB en/of in welke mate deze raming over de jaren wijzigt. Ook is geen uitgebreid onderzoek gedaan naar de ontwikkeling van de zorgkosten

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

Figuur 3-8. Ontwikkeling macrovereveningsresultaat voor het verplicht eigen risico over 2014 t/m 2019, uitgedrukt per verzekerde 18+, in miljoenen €





Zorgverzekeraarsanalyse

4. Zorgverzekeraarsanalyse

Leeswijzer

In dit hoofdstuk zijn verscheidene analyses uitgevoerd om inzicht te krijgen in welke mate het risicovereveningssysteem 2019 de verschillen in de (verwachte) zorgkosten tussen zorgverzekeraars terugbrengt. De resultaten worden vergeleken met die van voorgaande jaren om een indicatie te krijgen of—en in welke mate—de verevenende werking van het risicovereveningssysteem is verbeterd. Verschillen over de jaren in de mate van de reductie in de vereveningsresultaten tussen zorgverzekeraars worden verklaard door (een combinatie van) wijzigingen in portefeuillesamenstellingen, wijzigingen in kostendefinities en/of wijzigingen in het risicovereveningssysteem en zorginkoop. Om het onderscheid tussen deze effecten beter in kaart te brengen, hebben wij sinds vorig editie van de Monitor (Monitor 2018) een aanvullende analyse uitgevoerd om op portefeuilleniveau te onderzoeken welk effect hiervoor het meest dominant is.

Samenvatting

Somatisch

De verevening naar zorgverzekeraars is verbeterd in 2019 ten opzichte van 2018. De belangrijkste verklaringen hiervoor zijn modelwijzigingen. Het risicovereveningssysteem van 2019 reduceert de spreiding (de gewogen standaarddeviatie in het vereveningsresultaat) met 89%. Dit is een verbetering ten opzichte van het afgelopen jaar (2018: 88%). De uitkomst draagt bij aan een gelijk(er) speelveld tussen zorgverzekeraars. De ontwikkeling in de verwachte zorgvraag in de verschillende portefeuilles en de ontwikkeling van het vereveningsresultaat tussen 2018 en 2019 maakt aannemelijk dat de modelwijziging in 2019 de belangrijkste oorzaak is voor de spreidingsreductie in 2019.

De absolute verschillen tussen de portefeuilles van zorgverzekeraars zijn in 2019 kleiner dan in 2018. Het risicovereveningsmodel in 2019 compenseert hiermee beter voor portefeuilleverschillen dan in 2018. Dit is een effect van de doorgevoerde modelverbeteringen, die op zorgverzekeraarsniveau tot uiting komt.

GGZ

Het risicovereveningssysteem van 2019 reduceert de spreiding in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars met 67%. Dit is een daling ten opzichte van 2018 (70%). Deze daling wordt volledig verklaard doordat het MPB voor GGZ licht is onderschreden in 2019. Flankerend beleid heeft voor het GGZ-model daarom een licht verhogend effect op de spreiding van het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars.

Voor 2019 valt op dat 33% van de zorgverzekeraars (n=8) een vereveningsresultaat hebben dichtbij nul. Dit was in 2018 10% (n=2). Een nadere portefeuille-analyse op de ontwikkelingen van de individuele zorgverzekeraars geven geen uitsluitsel dat een verandering in de portefeuillesamenstelling een prominent effect heeft op de veranderingen van het gemiddelde vereveningsresultaat. Een mogelijke verklaring is dat er meer financiële ruimte is voor de gecontracteerde zorg¹⁶ door een selecte groep zorgverzekeraars waardoor de gerealiseerde kosten beter aansluiten bij de vereveningsbijdrage. De analyse op verzekeraarsniveau is exclusief de kosten van de betaalde COVID-19 continuïteitsbijdrage 2019 aan GGZ-instellingen. Zorgverzekeraars betaalden hiervoor op macroniveau €23 miljoen.

Opbrengsten verplicht eigen risico

Het risicovereveningsmodel reduceert de spreiding met 67% van het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars. Dit is een verbetering ten opzichte van het afgelopen jaar (2018: 64%). Dit draagt bij aan een gelijk(er) speelveld tussen zorgverzekeraars.

Tabel 4: Samenvattende uitkomsten spreidingsreductie somatische en GGZ-kosten risicovereveningssysteem van 2018 en 2019

Spreidingsreductie	2018	2019
Somatische kosten (DV na FB)	88%	89%
GGZ kosten (DV na FB)	70%	67%

¹⁶ Bron: <https://www.zorginstituutnederland.nl/actueel/nieuws/2019/12/19/kosten-van-zorg-blijven-stijgen>. Voor meer informatie zie ook Vektis, Onderzoek naar overschrijding van het ggz-kader 2019, 5 april 2022.

Dit hoofdstuk analyseert de verevenende werking van het risicovereveningssysteem 2019 op zorgverzekeraarsniveau. De analyse toetst in welke mate het risicovereveningssysteem in 2019 het vereveningsresultaat van en tussen zorgverzekeraars reduceert. De verevenende werking van het risicovereveningssysteem wordt afgezet tegen een *fictieve situatie waarin geen risicovereveningssysteem bestaat*. In deze fictieve situatie ontvangen zorgverzekeraars voor elke verzekerde een gelijk bedrag, ongeacht het risicoprofiel van deze verzekerde. De verschillende momenten (situaties) die geanalyseerd en vergeleken zijn:

- **Zonder RV:** Dit is een fictieve situatie, zonder risicovereveningssysteem. Deze situatie houdt geen rekening met verschillen in het risicoprofiel van de portefeuilles van zorgverzekeraars.
- **DV voor FB:** Dit is de situatie inclusief de risicovereveningsmodellen. De vereveningsbijdrage per zorgverzekeraar is hier afhankelijk van het risicoprofiel van de portefeuilles van zorgverzekeraars.
- **DV na FB:** Dit is de situatie inclusief risicovereveningsmodellen plus flankerend beleid.

In 2019 zijn er 24 risicodragende zorgverzekeraars. Deze zorgverzekeraars delen zich op in drie categorieën op basis van grootte: klein (4), middelgroot (12) en groot (8). Ook delen de zorgverzekeraars zich in de groep behorend tot een concern (16) of een zelfstandige zorgverzekeraars (8). Ten opzichte van vorig jaar is er één zorgverzekeraar bijgekomen.

Dit hoofdstuk vergelijkt de vereveningsresultaten van de zorgverzekeraars met 2018. De verschillen in mate van reductie in vereveningsresultaten tussen verzekeraars verklaren zich door wijzigingen in portefeuillesamenstellingen, wijzigingen in kosten-definities en/of wijzigingen in het risicovereveningssysteem en zorginkoop. Om het onderscheid tussen deze effecten beter in kaart te brengen, hebben wij sinds vorig editie van de Monitor (Monitor 2018) een aanvullende analyse gedraaid op de ontwikkeling van de portefeuilles van de zorgverzekeraars. Met de aanvullende analyse op portefeuilleniveau onderzoeken wij welk effect het meest dominant is.

Voor een goede interpretatie van de resultaten in dit hoofdstuk, spelen de volgende punten een significante rol:

- De resultaten op de verschillende momenten zijn niet gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat.

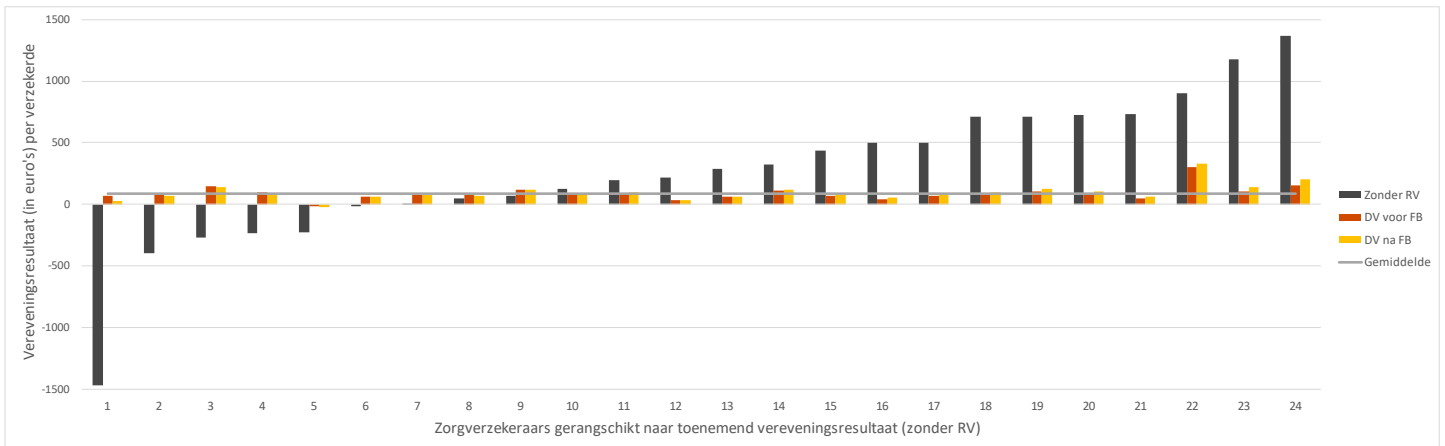
- Er is geen toets voor de mate waarin de geconstateerde verschillen in de (verwachte) kosten tussen zorgverzekeraars statistisch significant zijn.
- De focus ligt op interpretatie van de reductie in de verschillen van en tussen zorgverzekeraars en niet op de absolute verschillen. Er volgt geen waardeoordeel over de absolute verschillen. Het risicovereveningssysteem brengt niet het **gemiddelde vereveningsresultaat*** voor alle zorgverzekeraars gelijk aan het landelijk gemiddelde (ofwel, neemt de **spreiding*** tussen zorgverzekeraars niet volledig weg). Verschillen in de kosten tussen zorgverzekeraars als gevolg van verschillen in de doelmatigheid en zorginkoop leiden mogelijk ook tot verschillen en dienen niet te worden gecompenseerd. Interpretatie van de absolute bedragen – en daarmee een waardeoordeel over hoe goed het risicoverevenings-systeem in zijn totaliteit werkt – is niet mogelijk als kwantificatie van de oorzaken van de verschillen in de (verwachte) kosten ook niet mogelijk is.
- In de vereveningsresultaten op verzekeraarsniveau zijn de kosten voor COVID-19 continuïteitsbijdragen GGZ 2019 niet meegenomen.
- Er is voorzichtigheid geboden met betrekking tot de interpretatie van de spreiding in de vereveningsresultaten op zorgverzekeraarsniveau in relatie tot conclusies over de verevenende werking van het risicovereveningsmodel. Deze maatstaven geven een indicatie van de wijze waarop het risicovereveningssysteem uitpakt voor de bestaande zorgverzekeraars in het betreffende jaar, gegeven de portefeuillesamenstellingen op dat moment. Voor conclusies over de verevenende werking van het risicovereveningsmodel is het meer geschikt om de vereveningsresultaten op subgroepniveau te interpreteren. De resultaten op zorgverzekeraarsniveau geven een indicatie van het gelijk speelveld gegeven de zorgverzekeraars en hun portefeuillesamenstellingen op dat moment.

4.1. Somatische kosten

4.1.1. Landelijk beeld

Figuur 4-1 analyseert het gemiddelde vereveningsresultaat per zorgverzekeraar op de verschillende momenten voor somatische kosten. Tabel 4-1 presenteert daarnaast de spreiding (door middel van de gewogen standaarddeviatie) van de vereveningsresultaten. De zorgverzekeraars zijn geanonimiseerd fictief genummerd. De nummering van zorgverzekeraars verschilt per figuur. Dit wil zeggen dat zorgverzekeraar 1 in Figuur 4-1 niet noodzakelijkerwijs ook zorgverzekeraar 1 is in Figuur 4-2.

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



Voetnoot Figuur 4-1: De zorgverzekeraars zijn fictief oplopend genummerd. Dit wordt voor elke figuur in dit hoofdstuk opnieuw uitgevoerd. Het gemiddelde vereveningsresultaat is gelijk op elk van de drie momenten. Het gemiddelde kostenniveau in 2019 is € 2458. Dit zijn de totaal gerealiseerde kosten.

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

	Gemiddelde in €	Spreiding in €
Zonder RV	86	398
DV voor FB	86	35
DV na FB	86	42

Voetnoot Tabel 4-1: Het gemiddelde vereveningsresultaat is gelijk op elk van de drie momenten. Het gemiddelde kostenniveau in 2019 is € 2458. Dit zijn de totaal gerealiseerde kosten.

4.1.1.1. Gemiddelde vereveningsresultaat

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

Conform verwachting zijn er grote verschillen in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars in de fictieve situatie zonder risicovereveningssysteem ("zonder RV") zichtbaar in Figuur 4-1. Door toepassing van het risicovereveningsmodel nemen de verschillen tussen zorgverzekeraars substantieel af. Het risicovereveningssysteem 2019 is in staat een gelijk spelveld voor zorgverzekeraars te realiseren. Het gemiddelde vereveningsresultaat voor zorgverzekeraars verandert niet tussen de verschillende situaties. De totale 'som' die in de drie situaties wordt verdeeld blijft immers gelijk.

4.1.1.2. Spreiding

Tabel 4-1 geeft de spreiding in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars weer. De toepassing van het risicovereveningssysteem 2019 zorgt voor een afname van de spreiding in het vereveningsresultaat met 89% (van € 398 naar € 42 per verzekerde; zie Tabel 4-1). Dit is het saldo van:

- Reductie van 91% door het ex-ante model (DV voor FB) ten opzichte van de fictieve situatie zonder een risicovereveningssysteem. Door toepassing van het risicovereveningsmodel neemt de spreiding af van € 398 naar € 35 per verzekerde.
- Toename van 2% door flankerend beleid (DV na FB) ten opzichte van de fictieve situatie. De toename in de spreiding wordt verklaard door de werking van flankerend beleid bij een onderschrijding van het MPB (Bijlage A).

In Tabel 4-2 is de spreiding op de drie onderscheiden momenten afgezet tegen de spreiding in voorgaande jaren. De resultaten voor 2019 zijn in lijn met de resultaten uit voorgaande jaren. De spreiding zonder toepassing van het risicovereveningsmodel is in absolute zin gedaald ten opzichte van 2018 (van € 406 naar € 398). Dit beeld is voor het eerst zichtbaar in vergelijking met voorgaande

jaren, waarin de spreiding tussen vereveningsresultaten zonder het risicovereveningssysteem juist steeds verder oploopt. De **spreidingsreductie*** door het risicovereveningsmodel (91%) is groter dan in voorgaande jaren, wat tot gevolg heeft dat 2019 een lagere spreiding heeft (van € 45 in 2018 naar €35 in 2019) —tevens de laagste spreiding sinds 2014. De spreiding is

vergroot door toepassing van flankerend beleid (van € 35 naar € 42). Dit is in lijn met bevindingen in eerdere jaren (2014 t/m 2018). In deze jaren was er eveneens sprake van een onderschrijding van het MPB.

Tabel 4-2. Spreiding in vereveningsresultaat in het somatische model in € over tijd, Monitor 2014 t/m 2019

Jaar	Zonder RV	DV voor FB		DV na FB	
	Spreiding in €	Spreiding in €	Spreidingsreductie	Spreiding in €	Spreidingsreductie
2014	253	31	88%	35	85%
2015	269	38	86%	47	83%
2016	302	56	82%	56	81%
2017	389	57	85%	61	84%
2018	406	45	89%	50	88%
2019	398	35	91%	42	89%

4.1.2. Klein/Middelgroot/Groot

Wij analyseren ter verdieping de verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat van (en tussen) zorgverzekeraars op basis van portefeuilleomvang. Deze analyse geeft inzicht in welke mate het risicovereveningssysteem effectief is voor zorgverzekeraars van verschillende omvang.

De toepassing van het risicovereveningssysteem in 2019 zorgt ervoor dat het gemiddelde vereveningsresultaat voor zorgverzekeraars van verschillende omvang dichter bij elkaar ligt. Het risicovereveningssysteem werkt dus niet selectief voor zorgverzekeraars met een bepaalde omvang, maar compenseert voor verschillen in het risicoprofiel (i.e. verwachte kosten), ongeacht de omvang van de zorgverzekeraar. Wel wordt hoogte van compensatie beïnvloed door de mate waarin de portefeuille afwijkt van het landelijk gemiddelde en de omvang van de portefeuille.

In Tabel 4-3 is het gemiddelde vereveningsresultaat voor zorgverzekeraars weergegeven, ingedeeld op het aantal verzekerden in de portefeuille¹⁷. Zorgverzekeraars met minder dan 150.000 verzekerden vallen onder 'Klein', zorgverzekeraars met 150.000 tot 500.000 verzekerden als 'Middelgroot'. De overige zorgverzekeraars zijn gemerkt als 'Groot'.

4.1.2.1. Gemiddelde vereveningsresultaat

In Tabel 4-3 is zichtbaar dat in de fictieve situatie zonder risicovereveningsmodel het gemiddelde vereveningsresultaat voor kleine en middelgrote zorgverzekeraars (respectievelijk € 180 en € 339) boven het landelijk gemiddelde vereveningsresultaat van € 86 ligt. Kleine zorgverzekeraars hebben een significant hoger vereveningsresultaat dan voorgaande jaren (twee keer zo hoog). Grote zorgverzekeraars hebben dit jaar een positief vereveningsresultaat, in tegenstelling tot voorgaande jaren. Dit positieve vereveningsresultaat is het gevolg van een landelijk gemiddelde vereveningsresultaat van € 86. Ten opzichte van het landelijk gemiddelde vereveningsresultaat worden grote zorgverzekeraars gemiddeld slechter gecompenseerd, dan kleine en middel grote zorgverzekeraars. Verder is het beeld in lijn met de resultaten uit 2018. De toepassing van het risicovereveningsmodel zorgt voor een grote vermindering van de verschillen in vereveningsresultaten tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang. De vereveningsresultaten voor kleine en middelgrote zorgverzekeraars dalen (naar respectievelijk € 54 en € 92). Het vereveningsresultaat voor grote zorgverzekeraars stijgt (naar € 86). De toepassing van flankerend beleid vergroot het verschil in vereveningsresultaten tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang. Het vereveningsresultaat van kleine en middelgrote zorgverzekeraars neemt toe. Het vereveningsresultaat van grote zorgverzekeraars neemt af door de toepassing van flankerend beleid.

¹⁷ Merk op dat slechts vier verzekeraars worden geclassificeerd als klein (< 150.000). Hiermee is aangesloten bij de gangbare definitie en de OT.

4.1.2.2. Spreiding

Het verschil in spreiding in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars van verschillende omvang is zeer groot in de fictieve situatie zonder risicoverevening. De spreiding voor kleine zorgverzekeraars is € 836, terwijl dit voor middelgrote en grote zorgverzekeraars respectievelijk € 394 en € 340 is. Het risicovereveningsmodel vermindert de spreiding tot

respectievelijk €13, €62 en €20. De verschillen in vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars van eenzelfde omvangklasse zijn dus fors vermindert door toepassing van het risicovereveningsmodel. De spreiding wordt vergroot door toepassing van flankerend beleid, naar respectievelijk € 18, € 66 en € 29. Dit is het logische gevolg van een overschrijding van het MPB, zoals in Bijlage A toegelicht.

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

	Gemiddelde vereveningsresultaat in €			Spreiding in €		
	Klein	Middelgroot	Groot	Klein	Middelgroot	Groot
Zonder RV	180	339	2	836	394	340
DV voor FB	54	92	86	13	62	20
DV na FB	56	100	83	18	66	29

4.1.3. Behorend tot concern/ Zelfstandig

Het risicovereveningssysteem in 2019 reduceert een groot deel van de verschillen in het vereveningsresultaat en de spreiding daarvan tussen concern- en zelfstandige zorgverzekeraars, zie Tabel 4-4. De tabel geeft het gemiddelde vereveningsresultaat weer en de spreiding daarvan, opgesplitst voor zorgverzekeraars behorend tot een concern¹⁸ of zelfstandige zorgverzekeraars.

4.1.3.1. Gemiddelde vereveningsresultaat

Op alle momenten is het vereveningsresultaat van zelfstandige zorgverzekeraars groter dan voor concern zorgverzekeraars. In de fictieve situatie zonder risicovereveningsmodel is het grootste verschil in het vereveningsresultaat tussen concerns en zelfstandige zorgverzekeraars zichtbaar (respectievelijk € 33 om € 413). Het risicovereveningssysteem vermindert sterk het verschil naar respectievelijk € 82 om €112. Het vereveningsresultaat van concern zorgverzekeraars neemt toe van € 33 naar € 82. In 2018 nam het vereveningsresultaat toe van € 14 naar € 65. De toename in het vereveningsresultaat is daarmee voor deze twee jaren vergelijkbaar, circa €50.

Het vereveningsresultaat voor zelfstandige zorgverzekeraars neemt af van € 413 naar € 112. In 2018 nam het vereveningsresultaat af van € 427 naar € 105. De afname in het vereveningsresultaat in 2019 is daarmee voor zelfstandig zorgverzekeraar vergelijkbaar

als in 2018. Voor beide soorten zorgverzekeraars is eenzelfde effect in voorgaande edities van de Monitor geconstateerd (Monitor 2014 t/m 2018).

Door flankerend beleid neemt het gemiddelde vereveningsresultaat licht af voor concerns en neemt het toe voor zelfstandige zorgverzekeraars.

4.1.3.2. Spreiding

De spreiding in het vereveningsresultaat neemt voor zowel concern als zelfstandige zorgverzekeraars af door het risicovereveningssysteem: respectievelijk van € 379 naar € 32 (92% daling) en van € 355 naar € 74 (79% daling). Monitor 2018 vertoonde een vergelijkbare daling.

Door flankerend beleid neemt de spreiding in het gemiddelde vereveningsresultaat licht toe. Hiervoor geldt dezelfde verklaring als vermeld in Bijlage A. In voorgaande edities van de Monitor is hetzelfde effect geconstateerd (Monitor 2014 t/m 2018).

¹⁸ Een concern is een groep van twee of meer in deze monitor onderscheiden zorgverzekeraars.

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

	Gemiddelde in €		Spreiding in €	
	Concern	Zelfstandig	Concern	Zelfstandig
Zonder RV	33	413	379	355
DV voor FB	84	101	25	68
DV na FB	82	112	32	74

4.1.4. Gemiddelde resultaatverschuiving (GGARV)

De *gewogen gemiddelde absolute resultaat verschuiving* (GGARV) is een samenvattende maatstaf voor de verschuiving in het gemiddelde vereveningsresultaat voor zorgverzekeraars tussen twee schattingsmomenten. De resultaten na toepassing van het risicovereveningsmodel en flankerend beleid staan in Tabel 4-5.

Conform verwachting, zorgt de toepassing van het risicovereveningsmodel voor de grootste verschuiving in het gemiddelde vereveningsresultaat van zorgverzekeraars. Dit effect is in totaal € 273 in 2019. Dit is een daling van het effect ten opzichte van 2018 (€ 279). Van 2014 t/m 2018 nam de absolute resultaatverschuiving door het risicovereveningsmodel ieder jaar toe. Het beeld van 2019 wijkt af van deze trend. Als gevolg van het risicovereveningsmodel is dit jaar minder geld onderling herverdeeld tussen zorgverzekeraars in vergelijking met voorgaande jaren. Dit is een mogelijk gevolg van wijzigingen in het risicovereveningsmodel en/of portefeuillesamenstellingen. Hoofdstuk 4.1.5. beschrijft een nadere analyse op de samenstelling van de portefeuille. Ondanks deze lagere resultaatverschuiving, reduceert het risicovereveningssysteem in 2019 de spreiding beter dan in 2018.

Flankerend beleid zorgt voor een GGARV van € 9, een stijging van € 1 ten opzichte van 2018. De stijging van het effect van flankerend beleid is het gevolg van een gestegen macrovereveningsresultaat in 2019.

4.1.5. Nadere analyse verandering in portefeuille samenstelling

Het risicovereveningsmodel 2019 neemt bij de definitieve vaststelling niet alle voorspelbare verschillen in het vereveningsresultaat per verzekerde voor zorgverzekeraars weg.

In deze analyse analyseren wij de meest dominante oorzaak van de verschillen in vereveningsresultaten tussen zorgverzekeraars door middel van een

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

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

Variabele $RG_{ZV,t}$ in formule (1) is gelijk aan het aantal verzekerden jaren in de risicogroep per verzekerden jaar in de portefeuille van zorgverzekeraar ZV op tijdstip t (2018 of 2019).¹⁹

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

In formule (2) wordt de variabele $RG_{ZV,t}$ vervolgens afgezet tegen het landelijk gemiddelde $\overline{RG}_{ZV,t}$. Dit levert per zorgverzekeraar ZV de risicofactor $RF_{ZV,t}$ op. Deze risicofactor geeft het relatieve aantal verzekerden jaren in de risicogroep in de portefeuille van een zorgverzekeraar weer, gewogen met het landelijk gemiddelde. Deze manier berekent of een portefeuille van een zorgverzekeraar relatief veel of relatief weinig verzekerden jaren in de risicogroep bevat.

In bovenstaande vergelijkingen geldt: n is het aantal verzekerden in de portefeuille van zorgverzekeraar ZV, gew is de inschrijfduur per kalenderjaar van iedere verzekerde in de portefeuille en t is het jaar (2018 of 2019) waarvoor de risicofactor wordt berekend.

In formule (1) wordt per verzekerde i in de portefeuille van zorgverzekeraar ZV op tijdstip t nagegaan of deze verzekerde behoort tot de risicogroep. Voor 2018 en 2019 is de risicogroep als volgt gedefinieerd:

- 2018: een verzekerde scoort minimaal één positieve FKG, pDKG, sDKG, MHK (excl. MHK-1), HKG, en/of FDG-klasse.
- 2019: een verzekerde scoort minimaal één positieve FKG, pDKG, sDKG, MHK (excl. MHK-1), HKG, FDG, en/of MVV-klasse.

¹⁹ Bij een zorgverzekeraar met 500.000 verzekerden jaren in de portefeuille, waarvan 100.000 verzekerden jaren tot de risicogroep behoren, geldt: $RG_{ZV,t} = \frac{100.000}{500.000} = 0.2$

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

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

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

In Figuur 4-2 wordt de relatieve afwijking van het gemiddelde vereveningsresultaat (dat is berekend over deze subgroep van 22 zorgverzekeraars, en daarmee afwijkend van het gemiddelde vereveningsresultaat in Hoofdstuk 4.1.1.1.) getoond voor de 22 zorgverzekeraars die voorkomen in zowel 2018 als 2019. Deze resultaten zijn geordend op basis van het verschil in de relatieve afwijking van het gemiddelde vereveningsresultaat tussen 2018 en 2019. Zorgverzekeraars links in Figuur

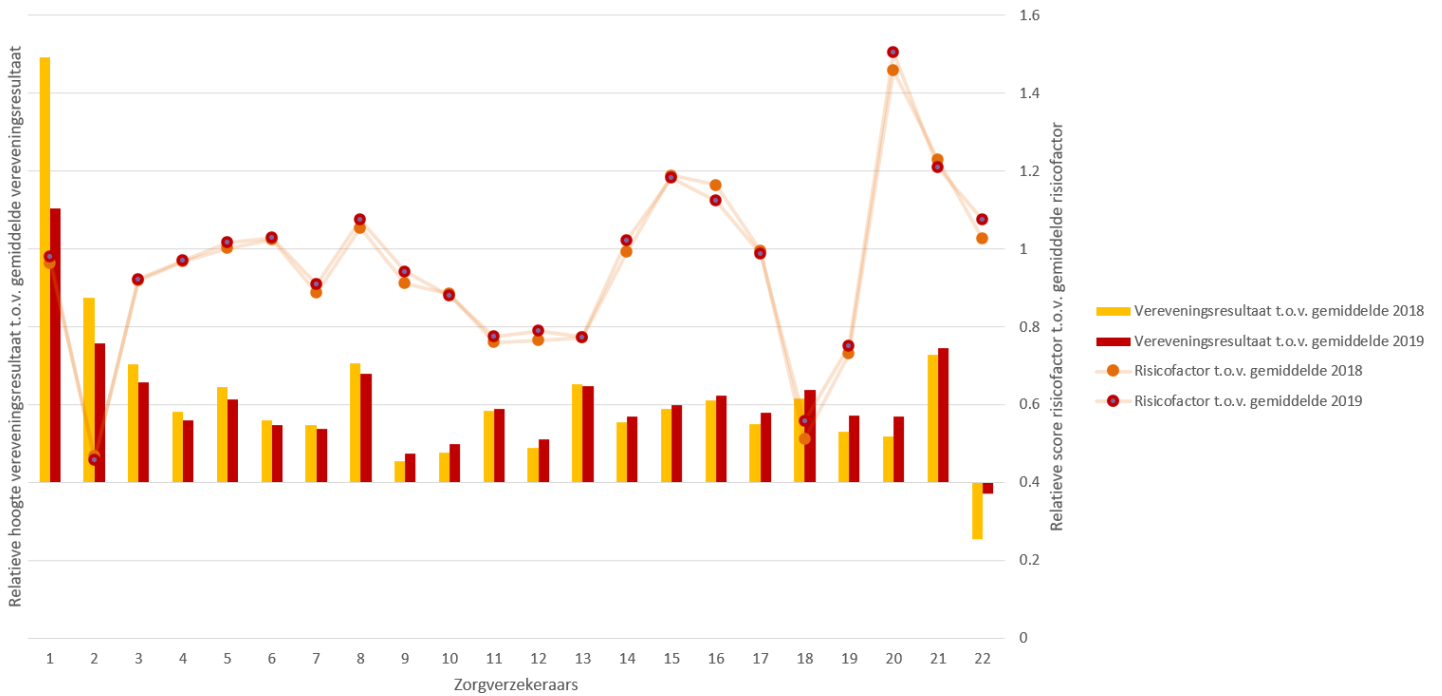
4-2 zien hun verzekeringsresultaat ten opzichte van het landelijk gemiddelde dalen. Dit gaat (meestal) gepaard met een stijging van de risicofactor van hun portefeuille ten opzichte van het gemiddelde in 2019 ten opzichte van 2018. Voor deze zorgverzekeraars heeft een risicoverzwaren van hun portefeuille effect gehad op hun vereveningsresultaat. Het beeld voor zorgverzekeraars die hun vereveningsresultaat ten opzichte van landelijk gemiddeld zien stijgen is minder eenduidig. Een verzwaren van hun risicoprofiel, gemeten naar het relatieve aandeel morbiditeitskenmerken, gaat gepaard met een stijging van hun vereveningsresultaat ten opzichte van het landelijk gemiddelde.

De positieve verandering in de relatieve afwijking van het gemiddelde vereveningsresultaat lijkt daarmee niet overtuigend veroorzaakt door de verandering in het aandeel verzekerden in de risicogroep binnen de portefeuilles. Verzekerden in de risicogroep ontvangen een hogere vereveningsbijdrage op basis van de risicoklassen, maar dit leidt niet direct tot een hoger vereveningsresultaat. Naar verwachting zijn de kosten van deze groep verzekerden ook hoger. Deze uitkomst maakt het minder aannemelijk dat een groot deel van de toegenomen spreidingsreductie in 2019 wordt verklaard door veranderingen in de portefeuillesamenstelling van zorgverzekeraars. De aannemelijkheid dat de verbetering het resultaat is van aanpassingen in het risicovereveningsmodel, bijvoorbeeld door de uitbreiding van het FKG-kenmerk of zorginkoop-initiatieven, neemt hierdoor toe.

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

Resultaten GGARV						
Jaren	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ex-ante model	179	189	205	277	279	273
Flankerend beleid	14	10	1	5	8	9
Bandbreedte regeling	3	-	-	-	-	-

Figuur 4-2. Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat in het somatische model in € per verzekerde per zorgverzekeraar, geschaald naar het gemiddelde over deze 22 zorgverzekeraars, afgezet tegen de risicofactor van zorgverzekeraars relatief ten opzichte van de gemiddelde risicofactor



Voetnoot Figuur 4-2: De verticale as aan de linkerzijde van de figuur, voor de relatieve hoogte van het vereveningsresultaat t.o.v. het gemiddelde vereveningsresultaat (berekend over 22 zorgverzekeraars), is doelbewust weggelaten ter voorkoming van herleidbaarheid van gegevens. De verticale as aan de rechterzijde van de figuur, lopend van 0 tot 1.6, ziet op de relatieve score van de risicofactor t.o.v. de gemiddelde risicofactor. Deze as is **niet** indicatief voor de relatieve hoogte van het vereveningsresultaat t.o.v. het gemiddelde vereveningsresultaat.

4.2. GGZ-kosten

4.2.1. Landelijk beeld

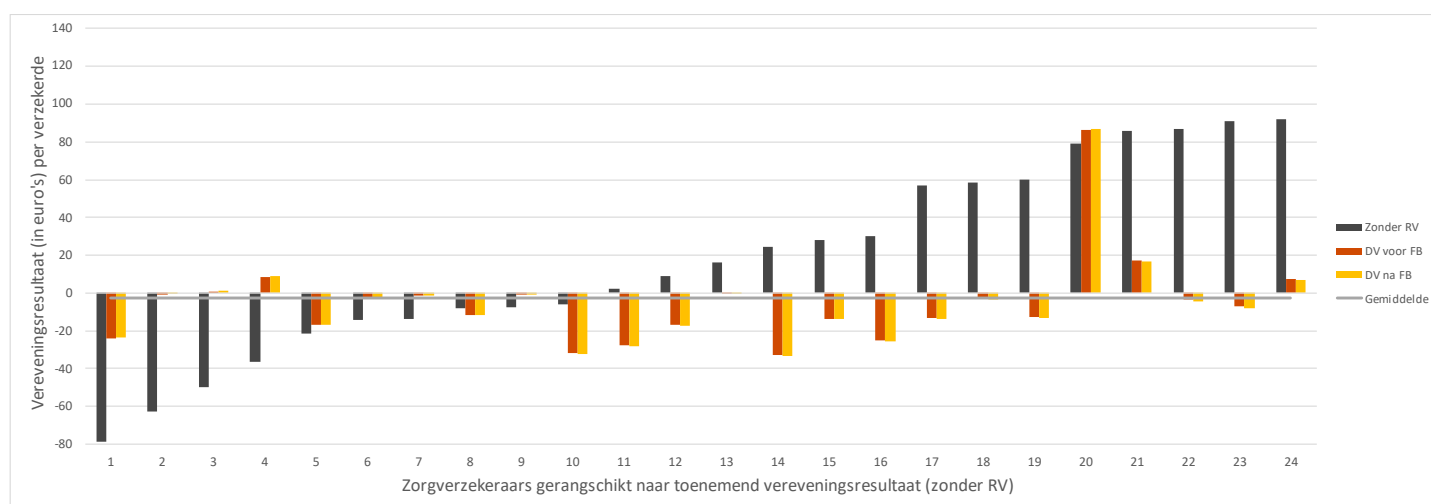
Figuur 4-3 geeft het gemiddelde vereveningsresultaat per zorgverzekeraar weer op de verschillende momenten (situaties) voor GGZ-kosten: 'Zonder RV', 'DV voor FB' en 'DV na FB'. Deze momenten zijn identiek aan de momenten beschreven in Hoofdstuk 4.1. Tabel 4-6 (bijbehorend aan Figuur 4-3) presenteert daarnaast de spreiding (door middel van de gewogen standaarddeviatie).

Gemiddelde vereveningsresultaat

Conform verwachting, zijn er grote verschillen in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars in de fictieve situatie waarin geen sprake is van een risicovereveningsmodel (zie Figuur 4-3). Na het toepassen van het risicovereveningsmodel nemen deze verschillen af. Hierdoor realiseert het

risicovereveningsmodel 2019 een meer gelijk speelveld voor zorgverzekeraars ten opzichte van de fictieve situatie zonder risicovereveningsmodel. Opvallend is dat voor 33% van de zorgverzekeraars het risicovereveningssysteem het vereveningsresultaat dichtbij nul brengt. In 2018 was dit het geval voor slechts 10% van de zorgverzekeraars. Voor de andere zorgverzekeraars treedt het effect niet op, of zijn deze duidelijk minder sterk. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat een selectief aandeel van de zorgverzekeraars meer financiële ruimte heeft gegeven voor de gecontracteerde zorg, waardoor de kosten beter aansluiten bij de vereveningsbijdrage. Daarnaast zijn de kosten voor de COVID-19 continuïteitsbijdrage—op macroniveau €23 miljoen—niet meegenomen in deze analyse. Desalniettemin is de verwachting dat de impact hiervan nihil is. Het gemiddelde vereveningsresultaat verandert derhalve niet tussen de verschillende momenten.

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



Voetnoot Figuur 4-3: De zorgverzekeraars zijn fictief oplopend genummerd op het vereveningsresultaat bij het scenario zonder risicovereveningsmodel.

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

	Gemiddelde in €	Spreiding in €
Zonder RV	-2	43
DV voor FB	-2	14
DV na FB	-2	14

Voetnoot Tabel 4-6: Het gemiddelde vereveningsresultaat is gelijk op elk van de drie momenten. Het gemiddelde kostenniveau in 2019 is € 231. Dit zijn de totale, gerealiseerde kosten.

4.2.1.1. Spreiding

Het risicovereveningsmodel 2019 zorgt voor een afname van de spreiding in het vereveningsresultaat met 67% (van € 43 naar € 14 (Zie Tabel 4-7). Dit is het saldo van:

- Reductie van 67% door het risicovereveningsmodel (DV voor FB) ten opzichte van de fictieve situatie zonder een risicovereveningsmodel. Door toepassing van het risicovereveningsmodel neemt de spreiding af van € 43 naar € 14 per verzekerde 18+.
- Stijging van 0,01% door flankerend beleid (DV na FB) ten opzichte van de fictieve situatie. Flankerend beleid leidt bij GGZ-kosten tot een lage reductie van de spreiding in het vereveningsresultaat. Dit wordt verklaard door de beperkte omvang van het macrovereveningsresultaat (uitgebreidere toelichting in Bijlage A. Merk op dat in dit effect de kosten voor de betaalde COVID-19 continuïteitsbijdragen van €23 miljoen (€1 per verzekerde) niet is meegenomen.
- De spreidingsreductie door het risicovereveningsmodel in 2019 is gelijk gebleven ten

opzichte van 2018 (zie Tabel 4-7). De spreidingsreductie werd in 2018 vergroot door toepassing van flankerend beleid. Door de lage impact van het flankerend beleid in 2019, is de spreidingsreductie na toepassing van het flankerend beleid in 2019 afgenomen ten opzichte van 2018 (van 70% naar 67%).

- De reductie van de spreiding als gevolg van het risicovereveningssysteem is voor zowel 2018 als 2019 groter dan in 2017 (respectievelijk 70% en 67% om 59%), maar kleiner dan in de voorgaande jaren 2014 t/m 2016. De verklaring hiervoor is een combinatie van wijzigingen in de portefeuillesamenstelling en/of wijzigingen in het risicovereveningssysteem, waaronder verbetering aan het risicovereveningsmodel en afbouw van ex-post maatregelen²⁰. Bij vergelijking van de resultaten met voorgaande jaren dienen deze wijzigingen in acht te worden genomen. Wijzigingen in de portefeuillesamenstellingen van zorgverzekeraars worden nader geanalyseerd in Hoofdstuk 4.2.5.

Tabel 4-7. Spreiding en spreidingsreductie van het gemiddelde vereveningsresultaat in €, over 2014 t/m 2019

Jaar	Zonder RV	DV voor FB	Spreidingsreductie	DV na FB	Spreidingsreductie
	Spreiding in €	Spreiding in €		Spreiding in €	
2014	50	11	78%	7	86%
2015	40	9	78%	7	83%
2016	37	12	68%	8	78%
2017	36	16	56%	15	59%
2018	43	14	67%	13	70%
2019	43	14	67%	14	67%

²⁰ Zie bijlage D

4.2.2. Klein/Middelgroot/Groot

Het risicovereveningssysteem 2019 werkt niet selectief voor zorgverzekeraars van een bepaalde omvang. Het brengt de vereveningsresultaten van kleine tot grote zorgverzekeraars dichter bij elkaar, en compenseert dus voor verschillen in het risicoprofiel (i.e. verwachte kosten) in plaats van voor omvang van zorgverzekeraars.

4.2.2.1. Gemiddelde vereveningsresultaat

Tabel 4-8 geeft het gemiddelde vereveningsresultaat voor zorgverzekeraars weer, ingedeeld op het aantal verzekerden in de portefeuille. De indeling van zorgverzekeraars is identiek aan de indeling in Hoofdstuk 4.1.2. In de fictieve situatie zonder risicovereveningssysteem ligt het gemiddelde vereveningsresultaat voor kleine en middelgrote zorgverzekeraars (respectievelijk € 13 en € 35) boven het landelijk gemiddelde vereveningsresultaat van € -2. Het vereveningsresultaat voor grote zorgverzekeraars ligt met € -15 onder het gemiddelde vereveningsresultaat.

Door het risicovereveningsmodel toe te passen, neemt het verschil tussen de groepen af, wat een meer gelijk speelveld creëert. Echter, door toepassing van het risicovereveningsmodel, is de verschuiving van de vereveningsbijdragen zo groot dat het gemiddelde vereveningsresultaat voor deze groep sterk negatief wordt. Voor kleine en middelgrote zorgverzekeraars

neemt het gemiddelde vereveningsresultaat af naar respectievelijk € -20 en € -6, tot onder het landelijk gemiddelde vereveningsresultaat van € -2. Het vereveningsresultaat voor grote zorgverzekeraars stijgt, en ligt met € -1 boven het landelijke gemiddelde.

De verschillen tussen zorgverzekeraars en hun omvang hangen samen met de portefeuillesamenstelling. Dit is zichtbaar in de resultaten voor de fictieve situatie zonder risicovereveningssysteem. De resultaten komen in grote lijn overeen met de Monitor 2018, alhoewel in 2018 sprake was van een gemiddeld vereveningsresultaat van € 15. In lijn met de trend in Hoofdstuk 4.2.1., heeft flankerend beleid weinig impact op het gemiddelde vereveningsresultaat bij de zorgverzekeraars. Bij kleine zorgverzekeraars zorgt het voor een lichte afname in het gemiddelde vereveningsresultaat.

4.2.2.2. Spreiding

De inzet van het risicovereveningssysteem leidt bij de groepen zorgverzekeraars tot een daling van de spreiding. Bij de kleine en middelgrote zorgverzekeraars is er sprake van een grotere spreiding dan bij grote zorgverzekeraars. De spreiding bij alle groepen zorgverzekeraars neemt af dankzij het risicovereveningsmodel. Toepassing van het flankerend beleid heeft een kleine impact op de spreiding. De trend van de spreidingsreductie komt overeen met 2018.

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

	Gemiddelde vereveningsresultaat in €			Spreiding in €		
	Klein	Middelgroot	Groot	Klein	Middelgroot	Groot
Zonder RV	13	35	-15	51	46	34
DV voor FB	-20	-6	-1	13	25	5
DV na FB	-21	-6	-1	12	25	5

4.2.3. Behorend tot concern/zelfstandig

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

4.2.3.1. Gemiddelde vereveningsresultaat

Het gemiddelde vereveningsresultaat voor concern-zorgverzekeraars stijgt licht door de werking van het risicovereveningsmodel en blijft gelijk na flankerend beleid (respectievelijk € -6 naar € -3). Bij zelfstandige zorgverzekeraars daalt het gemiddelde vereveningsresultaat na inzet van het risicovereveningsmodel, en blijft stabiel na flankerend

beleid (respectievelijk € 17 naar € 3). Het gemiddelde vereveningsresultaat voor zelfstandige zorgverzekeraars is op alle momenten hoger dan voor concern-zorgverzekeraars. Dit komt overeen met de resultaten in 2018 en de voorgaande jaren.

4.2.3.2. Spreiding

De inzet van het risicovereveningssysteem leidt zowel voor concern- als zelfstandige zorgverzekeraars tot een daling van de spreiding. Bij de zelfstandige zorgverzekeraars is er als gevolg van een gemiddeld genomen kleinere portefeuille, een grotere spreiding dan bij concern-zorgverzekeraars. De spreiding bij zelfstandige zorgverzekeraars neemt in mindere mate af door het risicovereveningsmodel. De trend van de spreidingsreductie is overeenkomend met 2018.

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

	Gemiddelde vereveningsresultaat in €		Spreiding in €	
	Concern	Zelfstandig	Concern	Zelfstandig
Zonder RV	-6	17	43	39
DV voor FB	-3	3	9	28
DV na FB	-3	3	9	28

4.2.4. Gemiddelde resultaatverschuiving

Het risicovereveningsmodel leidt conform verwachting tot de grootste verschuiving in het gemiddelde vereveningsresultaat van zorgverzekeraars. Dit effect (á € 34 per verzekerde 18+ ten opzichte van de fictieve situatie) is vergelijkbaar met de resultaatverschuiving in voorgaande jaren 2014 t/m 2018, zie Tabel 4-10.

Het effect van flankerend beleid is nihil, en hiermee kleiner dan in voorgaande jaren. Dit wordt verklaard door de beperkte omvang van het negatieve macrovereveningsresultaat. Immers, flankerend beleid herverdeelt dit (beperkte) macrovereveningsresultaat over de verschillende zorgverzekeraars.

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

Resultaten GGARV						
Jaren	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ex-ante model	36	32	33	35	38	34
Flankerend beleid	6	3	4	2	2	0
HKC*	5	-	-	-	-	-
Bandbreedte regeling	1	1	1	-	-	-

4.2.5. Nadere analyse verandering in portefeuillesamenstelling

Op dezelfde manier als in Hoofdstuk 4.1.5 (somatische kosten) onderzoeken wij voor het GGZ-risicovereveningsmodel de meest dominante oorzaak van de verschillen in vereveningsresultaten tussen zorgverzekeraars door middel van een risicofactor die de relatieve morbiditeit van zorgverzekeraarsportefeuilles weergeeft. Deze risicofactor $RF_{ZV,t}$ wordt per zorgverzekeraar berekend met de volgende formule. Zie voor toelichting bij deze formule Hoofdstuk 4.1.5.

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

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

De risicogroepen die voor het GGZ-model voor 2018 en 2019 worden onderscheiden zijn identiek:

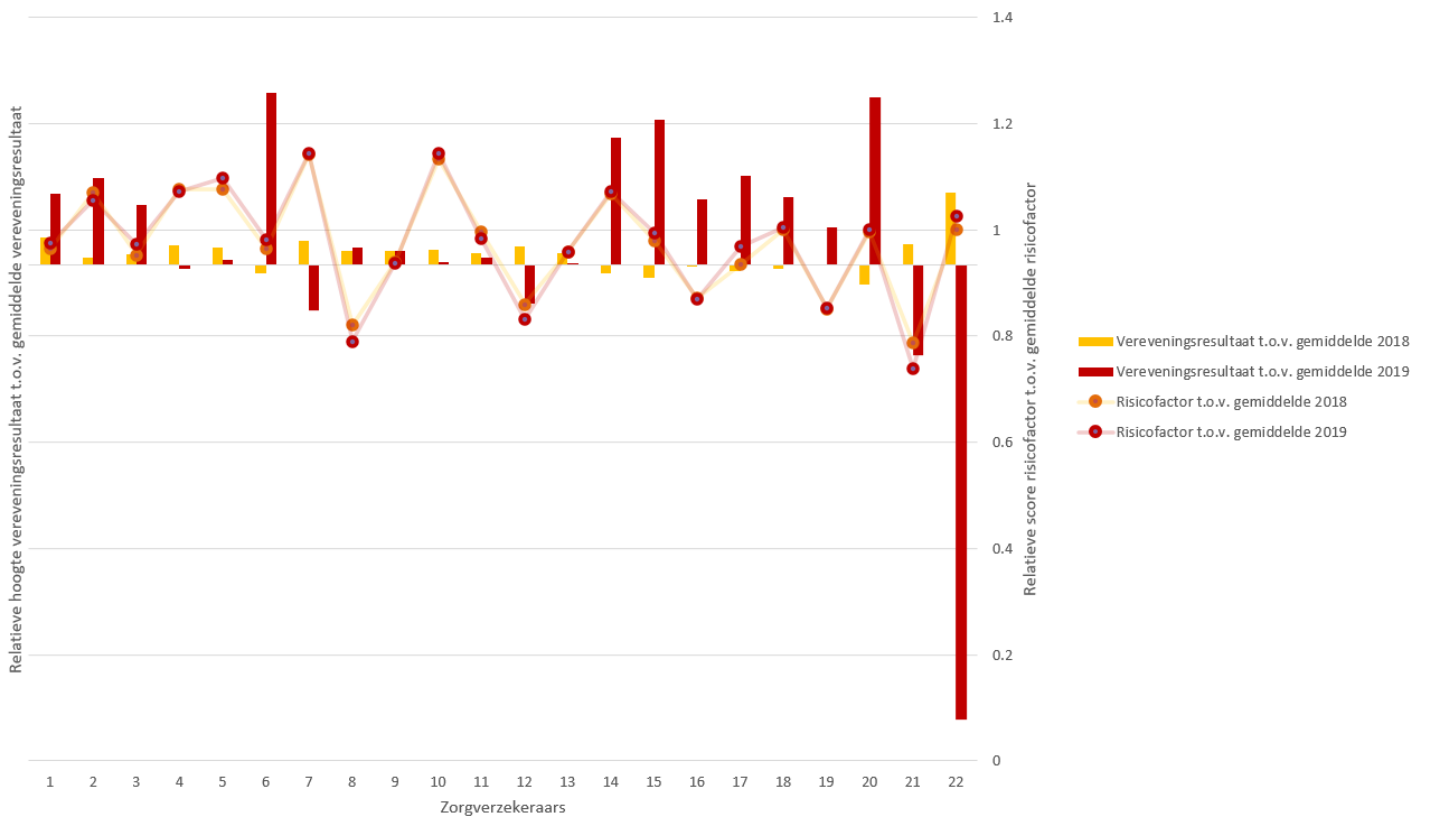
- Een verzekerde scoort minimaal één positieve FKG-GGZ, DKG-GGZ of MHK-GGZ.
- De hypothese die wij met deze analyse onderzoeken is: Het vereveningsresultaat voor zorgverzekeraars met relatief minder dan gemiddeld verzekerdenjaren in de risicogroep, is hoger dan het vereveningsresultaat voor zorgverzekeraars met relatief meer dan gemiddeld verzekerdenjaren in de risicogroep.
- Wanneer voor zorgverzekeraars de factor van het aandeel in de risicogroep in hun portefeuille verandert, zal naar verwachting de relatieve afwijking van hun vereveningsresultaat ten opzichte van het gemiddelde ook veranderen.

Figuur 4-4 weergeeft de relatieve afwijking van het gemiddelde vereveningsresultaat voor 22 zorgverzekeraars die zowel voorkomen in 2018 als in 2019. De relatieve afwijking is berekend over deze subgroep van 22 zorgverzekeraars, en daarmee afwijkend van het gemiddelde vereveningsresultaat in Hoofdstuk 4.2.1.1. Deze resultaten zijn geordend op basis van het verschil in de relatieve afwijking van het gemiddelde vereveningsresultaat tussen 2018 en 2019.

De forse verschillen in de relatieve vereveningsresultaten tussen 2018 en 2019 zijn mogelijk te verklaren door de doorgevoerde modelwijzigingen in het somatische model en het groot onderhoud DKG-GGZ bij het GGZ-model. Zie sectie 5.2 en bijlage G voor verdieping over de sterke verschuiving in de vereveningsresultaten ten opzichte van Monitor 2018 bij het GGZ-model.

Het meest opvallend is de zorgverzekeraar uiterst rechts in de figuur. Zichtbaar is de grote verandering in de relatieve afwijking van het gemiddelde vereveningsresultaat. Dit is in lijn met de toename van de relatieve risicofactor. Voor de meeste zorgverzekeraars is geen duidelijk verband tussen het aandeel verzekerden in de risicogroep binnen de portefeuille van een zorgverzekeraar en de verandering in de relatieve afwijking van het gemiddelde vereveningsresultaat. De verandering in de relatieve afwijking van het gemiddelde vereveningsresultaat lijkt daarmee niet veroorzaakt te zijn door de verandering in het aandeel verzekerden in de risicogroep binnen de portefeuilles. Deze uitkomst maakt het minder aannemelijk dat (een groot deel) van de toegenomen spreidingsreductie in 2019 verklaard wordt door het portefeuille effect van zorgverzekeraars. De aannemelijkheid dat de verbetering het resultaat is van aanpassingen in het risicovereveningsmodel of zorginkoop initiatieven neemt daarmee toe.

Figuur 4-4. Gewogen gemiddelde vereveningsresultaat in € per verzekerde 18+ per zorgverzekeraar, geschaald naar het gemiddelde over de 22 zorgverzekeraars, afgezet tegen de risicofactor van zorgverzekeraars relatief ten opzichte van de gemiddelde risicofactor



Voetnoot Figuur 4-4: De verticale as aan de linkerzijde van de figuur, voor de relatieve hoogte van het vereveningsresultaat t.o.v. het gemiddelde vereveningsresultaat (berekend over 22 zorgverzekeraars), is doelbewust weggelaten ter voorkoming van herleidbaarheid van gegevens. De verticale as aan de rechterzijde van de figuur, lopend van 0 tot 1.4, ziet op de relatieve score van de risicofactor t.o.v. de gemiddelde risicofactor. Deze as is **niet** indicatief voor de relatieve hoogte van het vereveningsresultaat t.o.v. het gemiddelde vereveningsresultaat.

4.3. Eigen risico

4.3.1. Landelijk beeld

Figuur 4-5 en Tabel 4-11 presenteren de resultaten voor de opbrengsten van het eigen risico voor alle zorgverzekeraars op verschillende momenten. Het verplicht eigen risico bedrag is over de periode 2008 tot en met 2016 verhoogd en vanaf 2016 gelijk gebleven. De zorgverzekeraars zijn fictief genummerd. De nummering van zorgverzekeraars verschilt per figuur. Dit wil zeggen dat zorgverzekeraar 1 in Figuur 4-5 niet per definitie zorgverzekeraar 1 is in Figuur 4-4.

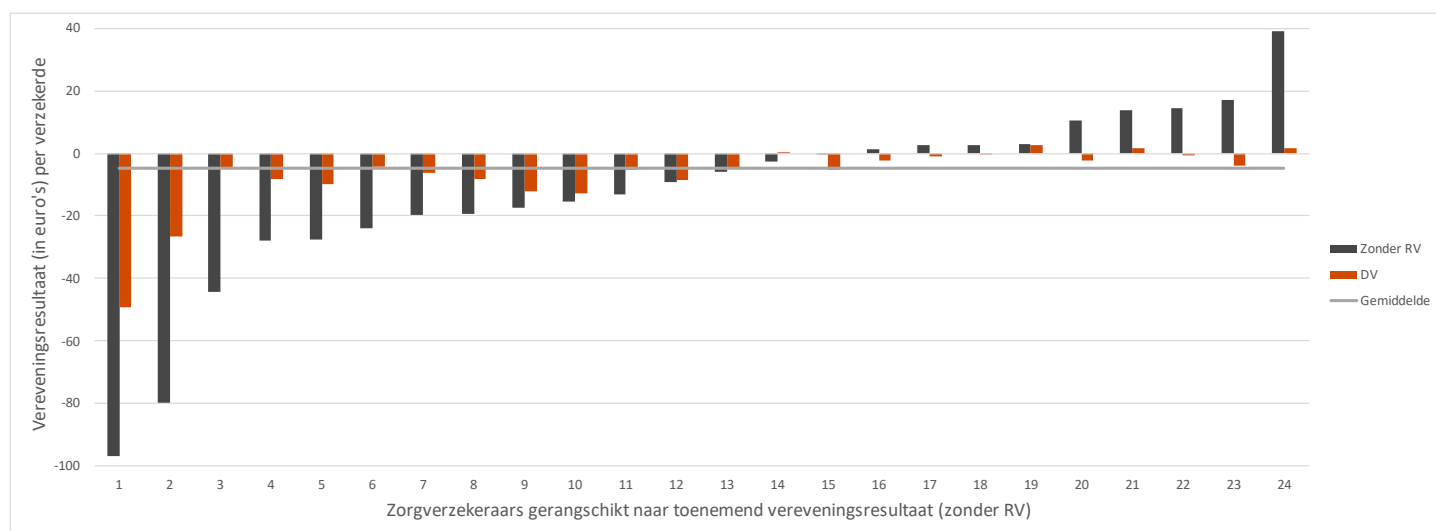
4.3.1.1. Gemiddelde vereveningsresultaat

Het gemiddelde vereveningsresultaat is € -5 per verzekerde 18+ bij de definitieve vaststelling van de vereveningsbijdrage. Dit is minder dan vorig jaar: € -15 per verzekerde 18+ (Monitor 2018). Een verklaring voor een betere aansluiting van de budgetafslag en de werkelijke opbrengst voor het verplicht eigen risico is een verlaging van de verwachte macro opbrengst van het verplicht eigen risico.

4.3.1.2. Spreiding

De spreiding in het vereveningsresultaat neemt door het risicovereveningsmodel af met 67% (van € 21 naar € 7 per verzekerde 18+: Tabel 4-11). Het risicovereveningsmodel draagt bij aan het terugbrengen van verschillen in het gemiddelde vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico. De spreidingsreductie is vergelijkbaar met voorgaande jaren (Tabel 4-12).

Figuur 4-5. Gemiddelde vereveningsresultaat voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico in 2019 per zorgverzekeraar. De tabel geeft de spreiding in het vereveningsresultaat. Beiden is in € per verzekerde 18+



Voetnoot Figuur 4-5: De zorgverzekeraars zijn fictief oplopend genummerd op het vereveningsresultaat bij het scenario zonder risicovereveningsmodel.

Tabel 4-11. Gemiddelde vereveningsresultaat voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico in 2019 per zorgverzekeraar in € per verzekerde 18+

	Gemiddelde vereveningsresultaat in €	Spreiding in €
Zonder RV	-5	21
DV	-5	7

Tabel 4-12. Spreiding en spreidingsreductie van het gemiddelde vereveningsresultaat in € over 2014 t/m 2019

Jaar	Zonder RV	DV	Spreidingsreductie
	Spreiding in €	Spreiding in €	
2014	16	6	63%
2015	17	6	65%
2016	19	7	63%
2017	20	8	61%
2018	21	7	64%
2019	21	7	67%

Voetnoot Tabel 4-12: Cijfers van 2014 t/m 2018 zijn overgenomen uit eerdere edities van de Monitor. Spreidingsreductie ten opzichte van de fictieve situatie zonder een risicovereveningsmodel ('zonder RV').

4.3.2. Nadere analyse portefeuilleomvang

4.3.2.1. Klein/Middelgroot/Groot

De ingehouden korting op de bijdrage en de opbrengsten van het verplicht eigen risico sluiten beter op elkaar aan voor kleine en grote zorgverzekeraars dan voor middelgrote zorgverzekeraars. Het gemiddelde vereveningsresultaat van middelgrote zorgverzekeraars ligt lager dan voor kleine en grote zorgverzekeraars (Tabel 4-13). De aansluiting in 2019 ligt in lijn met 2018.

Het risicovereveningssysteem reduceert verschillen in spreiding (Tabel 4-13). De spreiding is voor middelgrote zorgverzekeraars is het hoogst met € 11. Daarna volgen grote en kleine zorgverzekeraars respectievelijk met € 6 en € 4.

4.3.2.2. Behorend tot een concern/zelfstandige zorgverzekeraars

Door het risicovereveningsmodel komt het gemiddelde vereveningsresultaat voor concern en zelfstandige zorgverzekeraars dicht bij elkaar (Tabel 4-14). Bij

concern-zorgverzekeraars is er een lichte daling in het gemiddelde vereveningsresultaat en bij zelfstandige zorgverzekeraars een stijging, ten opzichte van de fictieve situatie. Een lager gemiddeld vereveningsresultaat, dus gemiddeld meer bij concern-zorgverzekeraars, wil zeggen dat bij deze zorgverzekeraars de korting op de bijdrage beter aansluit op de geïnde opbrengsten voor het verplicht eigen risico.

Bij concern-zorgverzekeraars is de spreiding lager dan bij zelfstandige zorgverzekeraars (Tabel 4-14). Dit is in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2014 t/m 2018).

4.3.3. Gemiddelde resultaatverschuiving

Voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico is de GGARV ten opzichte van de fictieve situatie gelijk aan € 9 per verzekerde 18+. Dit betekent dat het risicovereveningsmodel zorgt voor een verschuiving van gemiddeld € 9 per verzekerde 18+ op het resultaat van zorgverzekeraars. Deze GGARV is vergelijkbaar met die van vorige jaren (Monitor 2014 t/m 2018).

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

	Gemiddelde vereveningsresultaat in €			Spreiding in €		
	Klein	Middelgroot	Groot	Klein	Middelgroot	Groot
Zonder RV	-5	-13	-2	23	26	19
DV	-5	-7	-4	4	11	6

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

	Gemiddelde vereveningsresultaat in €		Spreiding in €	
	Concern	Zelfstandig	Concern	Zelfstandig
Zonder RV	-3	-19	19	29
DV	-4	-8	6	14

A hand holding a red ball in front of a blurred person in a blue shirt. The background is a soft-focus image of a person in a blue shirt, with a white wall and a decorative graphic of concentric circles in the top right corner.

Subgroepenanalyse

5. Subgroepenanalyse

Leeswijzer

Dit hoofdstuk beschrijft de werking van de risicovereveningsmodellen op subgroepniveau. Wij analyseren het gemiddelde vereveningsresultaat van een aantal subgroepen. Een positief vereveningsresultaat staat voor een overcompensatie en een negatief vereveningsresultaat voor een ondercompensatie.

Wij definiëren vijf soorten subgroepen voor somatische kosten:

- Op basis van kosten van vorig jaar;
- Samenhang aandoening(en) en leeftijd. Een somatische aandoening is gedefinieerd als een verzekerde is ingedeeld in minimaal één positieve klasse van FKG, DKG, HKG, MHK >1 , FDG of MVV >0 ;
- Structurele²¹ onder- en overcompensaties;
- MHK per leeftijdscategorie;
- MVV per leeftijdscategorie.

Voor de GGZ-kosten hanteren wij drie soorten subgroepen, op basis van:

- Kosten van het vorige jaar;
- Samenhang aandoening(en) en leeftijd. Een psychische aandoening is gedefinieerd als een verzekerde is ingedeeld in minimaal één positieve klasse van psychische FKG, DKG-GGZ of MHK-GGZ of kosten heeft in de IGGZ;
- Structurele²² onder- en overcompensaties.

Wij analyseren of het patroon in de vereveningsresultaten (en gemiddelde kosten) voor de onderzochte subgroepen in lijn zijn met voorgaande jaren (Monitor 2014 t/m 2018).

Samenvatting

Somatisch

Het risicovereveningsmodel 2019 is ten opzichte van 2018 over het algemeen beter in staat om de onderzochte subgroepen te compenseren. Gemiddelde onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen zijn afgenomen na correctie voor het macrovereveningsresultaat, maar voor toepassing van flankerend beleid (volledig/stap 2):

- Over het algemeen geldt een gemiddelde ondercompensatie voor subgroepen met hoge kosten in het vorige jaar – top 1%, 3% en 15% – en een gemiddelde overcompensatie voor subgroepen met geen tot relatief weinig kosten in het vorige jaar bij een grens van € 50. De subgroep top 5% vormt hierop een uitzondering, met een overcompensatie van € 338.
- De compensatie van verzekerden jonger dan 65 jaar is gemiddeld genomen adequaat (bij een grens van € 50). De compensatie bij verzekerden van 65 jaar en ouder is gemiddeld genomen een overcompensatie (€ 80). Voor beide leeftijdscategorieën bestaan uitzonderingen op deze situatie (zie hoofdstuk voor nadere uitleg).
- Over het algemeen geldt dat de over- en ondercompensaties voor de subgroepen in 2019 zijn afgenomen ten opzichte van 2018. Ook voor specifieke subgroepen, waaronder verzekerden met hoge kosten in voorgaande jaren of verzekerden met een bepaalde (chronische) aandoening, zijn de gemiddelde vereveningsresultaten verbeterd (dichter bij nul). Dit is het directe gevolg van de doorgevoerde modelverbeteringen.
- Verzekerden die structureel in de groep top 5% ondercompensaties vallen tussen 2016 en 2018, zijn ook in 2019 fors ondergecompenseerd. Deze groep heeft zeer hoge gemiddelde kosten. Verzekerden die structureel in de groep top 5% overgecompenseerde vallen tussen 2016 en 2018 zijn ook in 2019 fors overgecompenseerd. Ook deze groep heeft zeer hoge gemiddelde kosten.

GGZ

Onder het GGZ-model 2019 zijn er gemiddelde onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen (na correctie voor het macrovereveningsresultaat):

- Gezien de typerende verdeling van de GGZ-kosten, wordt het overgrote deel van de verzekerden zonder GGZ-kosten gepast gecompenseerd (bij een grens van gemiddeld € 50 per verzekerde in een subgroep). Het is opvallend dat verzekerden met hoge GGZ-kosten in 2018 (top 5%) gemiddeld genomen worden overgecompenseerd, terwijl

²¹ Op basis van de afgelopen 3 jaar.

²² Op basis van de afgelopen 3 jaar.

verzekerden zonder GGZ-kosten in 2018 of verzekerden met relatief lagere GGZ-kosten in 2018 (midden 70%) gemiddeld worden ondergecompenseerd.

- Ten opzichte van het voorgaande jaar is de compensatie van deze subgroepen sterk gewijzigd. In 2018 werden verzekerden met (zeer) hoge gGGZ-kosten in het voorgaande jaar – in de hoogste 1%, 3% en 5% – gemiddeld fors ondergecompenseerd. De trend van voorgaande jaren, een afnemende ondercompensatie, is in 2019 versterkt, dan wel omgeslagen in een lichte overcompensatie. Het is aannemelijk dat deze wijziging het gevolg is van de doorontwikkeling van het DKG-GGZ vereveningskenmerk. Daarnaast is de samenstelling van subgroep gewijzigd. Door de samenvoeging van gGGZ en IGGZ in 2018 (t-1). De subgroep bestaat nu uit verzekerden met hoge gGGZ + IGGZ kosten in t-1. In voorgaande edities waren de hoge kosten alleen gebaseerd op de kosten gGGZ (t-1).
- De subgroep verzekerden die de afgelopen drie jaar (2016 t/m 2018) gemiddeld fors is ondergecompenseerd wordt door het GGZ-risicovereveningsmodel, wordt ook in 2019 gemiddeld ondergecompenseerd. De gemiddelde GGZ-kosten van de verzekerden in deze groep zijn ook in 2019 zeer hoog (€2.033). Opvallend is dat, evenals in 2018, de subgroep verzekerden die historisch gezien fors is overgecompenseerd (top 5% vereveningsresultaten in 2016, 2017 en 2018) ook in 2019 wordt overgecompenseerd, ondanks de hoge gemiddelde kosten van €1.200 van verzekerden in deze subgroep.

Tabel 5: Gemiddelde vereveningsresultaat van het somatische en GGZ-model voor subgroepen met hoge kosten in het voorgaande jaar, in € per verzekerde

	2018	2019
Hoogste 1% somatische kosten	-5.476	-6.420
Hoogste 3% somatische kosten	-260	-194
Hoogste 5% somatische kosten	62	338
Hoogste 15% somatische kosten	-174	-35
Hoogste 1% GGZ-kosten	-5.638	-243
Hoogste 3% GGZ-kosten	-454	60
Hoogste 5% GGZ-kosten	-543	-287
Hoogste 15% GGZ-kosten	16	22

Voor een goede interpretatie van de resultaten in dit hoofdstuk, zijn de volgende punten relevant:

- De indeling van de verzekerden in subgroepen in de Zvw-bevolking verschilt van jaar-op-jaar. De analyse focust niet op het volgen van dezelfde subgroepen over de jaren, maar om het analyseren van de patronen in de resultaten voor de subgroepen met voorgaande jaren (Monitor 2014 t/m 2018).
- Wij analyseren het gemiddelde vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling, voor en na flankerend beleid²³. Bij de resultaten voor flankerend beleid corrigeren wij wel voor het macrovereveningsresultaat. Wij romen het macrovereveningsresultaat af over alle verzekerden in de Zvw-populatie met een procentuele schalingsfactor (stap 1 van flankerend beleid en gelijk aan 100% **macronacalculatie***).
- Met deze analyse geven wij inzicht in het effect van (stap 2 van) flankerend beleid op de onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen. Wij geven geen inzicht in herverdelingseffecten tussen zorgverzekeraars: zie hiervoor Hoofdstuk 4.
- Wij nemen criteriumneutraliteit mee in de analyses.
- Wij nemen alle risicodragende kosten onder de Zvw mee, afzonderlijk voor de somatische zorg en GGZ— met uitzondering van de COVID-19 continuïteitsbijdrage 2019. Wij maken geen onderscheid in kosten waarvoor het risicovereveningsmodel wel of niet dient te compenseren. Voor het realiseren van de beleidsdoelen is het niet nodig dat de gemiddelde onder- en overcompensaties voor alle onderzochte subgroepen gelijk zijn aan nul.
- Het is buiten scope van de Monitor om te onderzoeken welk type kosten zijn gemaakt, en of hier wel of niet voor dient te worden gecompenseerd door het risicovereveningsmodel. Zo kunnen verzekerden kosten hebben die direct gerelateerd zijn aan een (chronische) aandoening(en), of er is sprake van incidenteel zorggebruik. Het risicovereveningsmodel hoeft niet alle typen kosten volledig te compenseren, en het is niet nodig om voor alle onderzochte subgroepen gemiddelde onder- en overcompensaties van nul te hebben. Mogelijk kan een deel van de gepresenteerde onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen worden toegeschreven aan type kosten waarvoor het mogelijk niet nodig is om alles volledig te compenseren. Voor interpretatie van de resultaten is het relevant om de patronen in de hoogte van de onder- en overcompensaties te analyseren, in vergelijking met voorgaande edities van de Monitor. Ingeval er patronen gelden voor dezelfde subgroepen en de onder- en overcompensaties van behoorlijke

²³ Zoals in de Monitor 2018, presenteren wij de resultaten voor 1) correctie van het macrovereveningsresultaat en 2) volledig flankerend beleid.

omvang zijn, is het aannemelijk dat het risicovereveningsmodel deze subgroepen onvoldoende compenseert.

- Wij onderzoeken enkele subgroepen ter indicatie van de werking van de risicovereveningsmodellen. Deze analyses zijn niet toereikend om conclusies te trekken of en in welke mate de risicovereveningsmodellen de beoogde beleidsdoelen volledig bereiken. Daarvoor is het nodig om uitgebreider en diepgaander onderzoek te doen naar de onder- en overcompensaties op onderliggende patiëntgroepen. Ook stellen wij niet voor dat de gedefinieerde subgroepen één-op-één op te nemen als vereveningskenmerk in het risicovereveningsmodel. Deze subgroepen zijn bedoeld om inzicht te krijgen in de verevenende werking van de risicovereveningsmodellen voor een dwarsdoorsnede van de Zvw-bevolking, en daarbij welke (combinaties van) kenmerken ten grondslag liggen aan deze resultaten. Deze analyse kan daarmee aanknopingspunten bieden voor vervolgonderzoek naar de algehele werking van risicovereveningsmodellen.

5.1. Somatische kosten

5.1.1. Subgroepen op basis van kosten van vorig jaar

Wij analyseren het gemiddelde vereveningsresultaat voor subgroepen op basis van de somatische kosten van 2018, ter indicatie van de verevenende werking van het risicovereveningsmodel, zie Figuur 5-1.

Het somatische model resulteert in gemiddelde onder- en overcompensatie voor de onderzochte subgroepen op basis van kosten in het vorige jaar. In 2019 is het risicovereveningsmodel met name niet in staat verzekerden in top 1% gepast te compenseren, net als in 2018. Alsnog is er een samenhang tussen kosten in het vorige jaar en kosten in het huidige jaar. Deze bevindingen zijn in lijn met de volgende punten:

- Gegeven deze subgroepen, wordt het overgrote deel (87,6%) van de Zvw-bevolking gemiddeld overgecompenseerd. Het betreft hier voornamelijk verzekerden met kosten onder het landelijk gemiddelde, verzekerden in de laagste 15% en middelste 70% kosten in t-1. De overcompensatie voor deze subgroepen bedraagt respectievelijk gemiddeld € 144 en € 42 per verzekerde. Deze subgroepen hebben relatief weinig tot geen kosten in het vorige jaar, en kosten minder dan het landelijk gemiddelde in 2019. Dit zijn relatief gezonde verzekerden in de Zvw-bevolking. Vergeleken met

Monitor 2018 is de hoogte van de overcompensatie van deze subgroepen wel afgenomen. Dit algemene patroon van overcompensatie is in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2014 t/m 2018). Opmerkelijk is dat de subgroep met de top 5% hoogste kosten sinds de Monitor 2018 wordt overgecompenseerd. Dit geeft een ander beeld dan in de voorgaande edities Monitor 2013-2017 (Bijlage F). In 2019 is de gemiddelde overcompensatie per verzekerde van deze subgroep zelfs gestegen ten opzichte van 2018 (€ 338 in 2019, € 62 in 2018).

- Verzekerden in de top 1%, 3% en 15% ontvangen een ondercompensatie van gemiddeld € 6.420, € 194 en € 35 per verzekerde, respectievelijk. In voorgaande jaren was er voor de subgroep in de hoogste 1% kosten in t-1 ook een substantiële gemiddelde ondercompensatie (Monitor 2014 t/m 2018). Door modelverbeteringen door de jaren heen en per 2019, zijn met name de vereveningsresultaten van de hoogste 3% kosten en hoogste 15% kosten in het voorgaande jaar sterk verbeterd. Echter, het risicovereveningsmodel van 2019 leidt wederom tot een substantieel hogere gemiddelde ondercompensatie voor verzekerden in de hoogste 1% dan in 2018. In Monitor 2016-2018 was steeds een verbetering in ondercompensatie van deze subgroep zichtbaar. In 2019 keert de hoogte van de ondercompensatie terug naar het niveau van 2016. Het risicovereveningsmodel compenseert 83% van de kosten voor deze subgroep (Monitor 2018: 85%). Daarmee resteert 17% van de kosten van deze subgroep zonder compensatie²⁴. Deze verzekerden hebben (sterk) bovengemiddelde kosten in het huidige jaar: gemiddeld hoger dan 15x het landelijk gemiddelde. Dit geeft de sterke samenhang weer tussen hoge kosten in het vorige jaar en hoge kosten in het huidige jaar. Dit zijn verzekerden met een of meerdere (chronische) aandoeningen (zie nadere beschouwing in Bijlage F).

5.1.2. Subgroepen samenhang aandoening en leeftijdsgroepen

Wij analyseren het gemiddelde vereveningsresultaat en de kosten voor subgroepen op basis van een somatische en/of psychische aandoening in combinatie met leeftijd, zie Tabel 5-1. Deze analyse geeft een andere dwarsdoorsnede van de verevenende werking van het risicovereveningsmodel en het effect van flankerend beleid stap 2.

Het somatische model geeft een adequate compensatie voor het merendeel van de Zvw-bevolking op basis van de onderzochte subgroepen (17,8% bij een grens van € 50) en relatief hoge gemiddelde ondercompensaties voor een aantal andere subgroepen (in totaal 3,4%). Het

percentage van de Zvw-bevolking dat op basis van de onderzochte subgroepen relatief hoge gemiddelde ondercompensaties heeft, is vergelijkbaar met voorgaande twee jaren (2018: 6,0%, 2017: 5,4%) en relatief laag ten opzichte van de jaren daarvoor (11,6% in 2015 en 10,2% in 2016). De afname in de onder- en overcompensaties voor bepaalde subgroepen is het directe gevolg van de doorgevoerde modelverbeteringen. De volgende bevindingen komen voort uit Tabel 5-1:

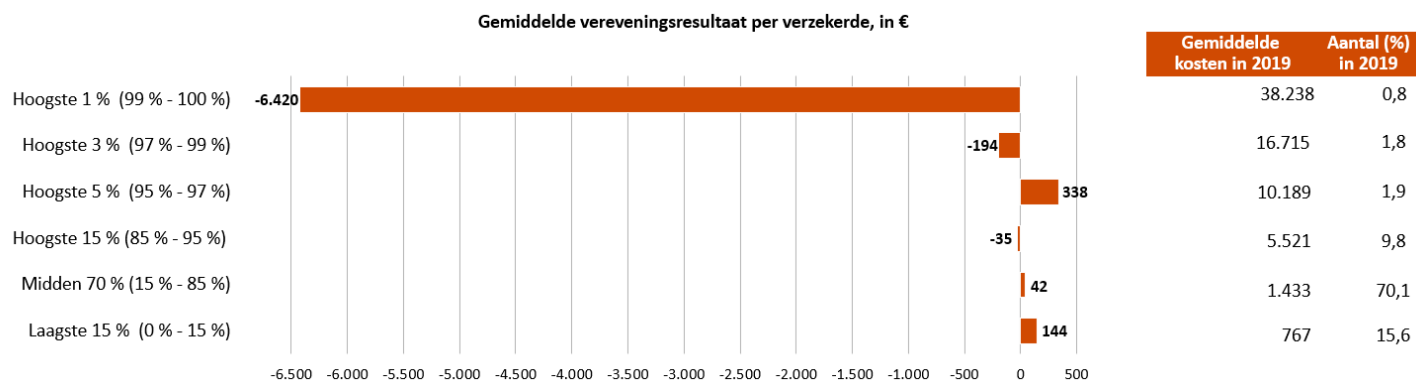
- Het overgrote deel van de Zvw-bevolking heeft geen somatische en psychische aandoening: 73,1% van de totale groep verzekerdenjaren. Deze subgroepen worden licht ondergecompenseerd in iedere leeftijdsklasse. In voorgaande jaren werden deze subgroepen ook gepast gecompenseerd, dan wel matig overgecompenseerd (Monitor 2015 t/m 2018).
- Het aandeel verzekerden jonger dan 18 jaar met een somatische aandoening blijft gelijk ten opzichte van 2018 (1,6%). De gemiddelde kosten voor deze subgroep zijn licht gestegen naar € 4.692 (2018: € 4.587). De ondercompensatie van verzekerden jonger dan 18 jaar met een somatische aandoening is sterk afgenomen in 2019. De gemiddelde ondercompensatie voor deze subgroep bedraagt € 102 per verzekerde (€ 358 in 2018, € 797 in 2017). Het risicovereveningsmodel 2019 compenseert 98% van de gemiddelde kosten van deze subgroep. Vorig jaar werd nog 92% van de gemiddelde kosten van deze subgroep gecompenseerd (Monitor 2018). Uit de huidige analyses kan niet worden afgeleid in welke mate de aanpassingen in het risicovereveningsmodel 2019 hierop van invloed is geweest.
- Voor verzekerden van 65 jaar en ouder en met een somatische aandoening geldt een gemiddelde overcompensatie van € 144 euro. Dit is een stijging ten opzichte van 2018 (€ 110). Voor verzekerden van 65 jaar en ouder zonder somatische aandoening geldt een gemiddelde ondercompensatie van € 4. In 2018 werd deze groep verzekerden nog gemiddeld € 92 overgecompenseerd. Ingeval van een psychische aandoening en geen somatische aandoening, geldt er een gemiddelde ondercompensatie van € -303 (€ -131 in 2018). De gemiddelde overcompensatie van verzekerden van 65 jaar en ouder (€ 80) is afgenomen ten opzichte van de resultaten van vorig jaar (€ 104).
- Ingeval van een psychische aandoening en zonder een somatische aandoening, is er een gemiddelde ondercompensatie (voor iedere leeftijdsgroep). Dit is voorgaande jaren ook geconstateerd. Dit kan ontstaan doordat verzekerden met psychische klachten bij een huisarts of een andere zorgverlener binnen de somatische zorg in eerste instantie zorg ontvangen maar geen somatische aandoening

²⁴ Berekening: $100\% * (1 - 6.420/38.238) = 83\%$

hebben, voordat zij psychische zorgverlening en/of medicatie ontvangen. Deze verzekerden maken dan wel somatische kosten, maar dit leidt niet tot indeling

in een positieve klasse van een morbiditeitskenmerk in het somatische model.

Figuur 5-1. Gemiddelde vereveningsresultaat in 2019 voor subgroepen op basis van somatische kosten in 2018, bij de definitieve vaststelling na correctie voor het macrovereveningsresultaat (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde



Voetnoot Figuur 5-1:

- De subgroepen sluiten elkaar uit: e.g. de hoogste 3% bevat niet de verzekerden in de hoogste 1%.
- Verzekerden die in 2019 zijn geboren of geïmmigreerd, zijn ingedeeld in de subgroep laagste 15%.
- Verzekerden die in 2019 zijn overleden of geëmigreerd zijn niet inbegrepen. Door deze in- en uitstroom is de omvang van de subgroepen in 2019 niet exact gelijk aan de gestelde percentiel klassen op basis van de kosten van 2018. N.B. zie voor de klassengrenzen Bijlage E.

Tabel 5-1. Gemiddelde vereveningsresultaat en de somatische kosten in 2019 voor subgroepen op basis van samenhang voor somatische en/of psychische aandoening in combinatie met leeftijd, bij de definitieve vaststelling na correctie voor het macrovereveningsresultaat en na (volledig) flankerend beleid (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde

Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd ^a	Definitieve vaststelling 2019			
	Aantal (%) ^b	Gemiddelde vereveningsresultaat in € ^c		Gemiddelde kosten in €
		Na stap 1 FB ^d	Na stap 1&2 FB ^e	
Verzekerden onder de 18 jaar				
- Geen somatische aandoening	17,8	-49	-49	961
- Wel somatische aandoening	1,6	-102	-102	4.692
Subtotaal	19,5	-53	-53	1.277
Verzekerden 18 jaar tot en met 64 jaar				
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	46,9	-47	61	933
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	1,7	-304	-196	1.394
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	9,1	218	326	5.143
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	3,2	74	183	4.252
Subtotaal	60,9	-8	100	1.750

Definitieve vaststelling 2019

Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd ^a	Gemiddelde vereveningsresultaat in € ^c			Gemiddelde kosten in €
	Aantal (%) ^b	Na stap 1 FB ^d	Na stap 1&2 FB ^e	
Subtotaal wel somatische aandoening, 18-64 jaar	12,3	180	288	4.909
Subtotaal geen somatische aandoening, 18-64 jaar	48,6	-56	52	949
Verzekerden van 65 jaar en ouder				
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	8,4	-1	107	2.223
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	0,1	-303	-195	3.010
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	9,9	153	261	8.542
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	1,2	72	180	9.125
Subtotaal	19,6	80	188	5.835
Subtotaal wel somatische aandoening, 65+	11,1	144	252	8.605
Subtotaal geen somatische aandoening, 65+	8,5	-4	104	2.231
Totaal	100,0	0	88	2.458

Voetnoot Tabel 5-1:

- De subgroepen sluiten elkaar uit.
- Omvang in verzekerdenjaren, uitgedrukt in het percentage van de totale Zvw-bevolking.
- Het gemiddelde vereveningsresultaat is het verschil tussen de gemiddelde bijdrage en kosten. In de berekening van het vereveningsresultaat nemen wij de partiële klassieke criteriumneutraliteit voor FKG 17, 24, 27, 30, 33, 35, 36 en 37 en MHK 7 en 8 mee en de klasse criteriumneutraliteit voor primaire en secundaire DKG en klassieke criteriumneutraliteit voor MVV. Het gemiddelde vereveningsresultaat wijkt iets afgerond af van hoofdstuk 4. Dit ligt eraan dat de analyses op andere bestanden zijn uitgevoerd en er afrondingsverschillen tussen de berekeningen zijn: zie verantwoording van de methodiek in Bijlage C. Dit heeft geen invloed op de conclusies, omdat wij in de analyse corrigeren voor het macrovereveningsresultaat.
- Na correctie voor het macrovereveningsresultaat: procentuele schalingsfactor is 0,9657.
- Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 0,9567 plus een vast bedrag van € 109 per verzekerde 18+. Dit is het effect van flankerend beleid.

5.1.3. Subgroepen structurele onder- en overcompensaties

Wij analyseren het gemiddelde vereveningsresultaat en de kosten in 2019, voor subgroepen op basis van de meerjarige over- of ondercompensatie (inclusief correctie voor het macrovereveningsresultaat) uit 2016 t/m 2018. Voor het vereveningsresultaat van 2016 is de som van het resultaat van de modellen voor somatische kosten en V&V kosten genomen. Wij onderscheiden drie subgroepen verzekerden:

- Top 5% vereveningsresultaten in elk van de voorgaande drie jaren 2016 t/m 2018 (meerjarige overcompensatie). Dit zijn verzekerden die in elk van de voorgaande drie jaren in de hoogste 5% van de vereveningsresultaten van dat jaar zaten.
- Onderste 5% vereveningsresultaten in elk van de voorgaande drie jaren 2016 t/m 2018 (meerjarige

ondercompensatie). Dit zijn de verzekerden, die in elk van de voorgaande drie jaren in de onderste 5% van de vereveningsresultaten in dat jaar zaten.

- Restgroep met overige verzekerden. Dit is de groep verzekerden, die niet elk van de voorgaande drie jaren is ingedeeld in ofwel de hoogste 5%, ofwel de laagste 5% vereveningsresultaten.

De gepresenteerde resultaten omvat slechts verzekerden, die in elk van de jaren 2016 t/m 2019 in Nederland verzekerd waren. Verzekerden die in minimaal één van de gebruikte databestanden niet voorkomen, zijn weggelaten. Voor de percentiebepaling van de vereveningsresultaten in de afzonderlijke jaren 2016 t/m 2018, zijn deze verzekerden wel meegenomen.

Tabel 5-2 weergeeft het gemiddelde vereveningsresultaat, zowel vóór als na toepassing van flankerend beleid, getoond voor de verzekerden in de

onderscheiden subgroepen. De 5%-groep verzekerden met een meerjarige ondercompensatie ontvangen ook in 2019 een sterke ondercompensatie. Dit bedraagt € -6.894, ten opzichte van het landelijk gemiddelde van € 8 van verzekerden die in 2016 t/m 2019 in Nederland verzekerd zijn. De gemiddelde kosten voor deze subgroep liggen ook fors boven het gemiddelde: € 42.279 ten opzichte van € 2.471. Binnen deze subgroep geldt dat 99,9% van de verzekerden is ingedeeld in een positieve morbiditeitsklasse ten opzichte van 25% in de restgroep met overige verzekerden en het landelijk gemiddelde van 25,7%. Deze subgroep bestaat dus bijna volledig uit verzekerden die zijn ingedeeld in minstens één positieve morbiditeitsklasse. De gemiddelde kosten voor verzekerden in deze subgroep zijn lager dan de gemiddelde vereveningsbijdrage die tot stand komt door de indeling(en) in (een) positieve morbiditeitsklasse(n). Dit leidt tot een structureel gemiddelde overcompensatie van deze verzekerden.

De 5%-groep verzekerden met meerjarige overcompensatie, ontvangt ook in 2019 een sterke ondercompensatie. Dit bedraagt gemiddeld € 2.571, ten opzichte van het landelijk gemiddelde van € 8. Opvallend is, dat ook deze subgroep gemiddeld genomen hoge kosten heeft in 2019: € 10.068. De aan deze verzekerden

toegekende vereveningsbijdrage op basis van de vereveningskenmerken van de personen in deze subgroep is echter dermate hoog, dat deze de hoge kosten overtreft. Dit leidt tot een gemiddelde overcompensatie. Binnen deze subgroep geldt dat 91,9% van de verzekerden is ingedeeld in een positieve morbiditeitsklasse ten opzichte van 25% in de restgroep met overige verzekerden en het landelijk gemiddelde van 25,7%. Voor het relatief kleine aantal verzekerden in deze subgroep geldt dat de vereveningsbijdrage als gevolg van de indeling in de positieve morbiditeitsklasse(n), niet opweegt tegen de gemiddelde kosten. Dit leidt tot een structurele gemiddelde ondercompensatie van deze verzekerden.

Bovenstaande analyse toont aan dat het vereveningsmodel nog niet in staat is verzekerden met meerjarige ondercompensatie gepast te verevenen. Dit is in lijn met de Monitor 2018. Kennelijk is deze subgroep nog onvoldoende specifiek geïdentificeerd in het vereveningsmodel. Daarnaast onderkennen wij een subgroep die meerjarige ondercompensatie ontvangt. Binnen het vereveningsmodel wordt deze subgroep op basis van de huidige kenmerken onterecht of te zwaar geïdentificeerd. Indelen op leeftijdsklasse geeft geen aanvullende informatie over deze subgroepen.

Tabel 5-2. Gemiddelde vereveningsresultaat en de somatische kosten in 2019 voor subgroepen op basis van meerjarige over- en ondercompensaties in het somatische model, bij de definitieve vaststelling na correctie voor het macrovereveningsresultaat en na (volledig) flankerend beleid (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde

Subgroepen op basis van chronisch hoge of lage vereveningsresultaten in 2016 t/m 2018	Definitieve vaststelling 2019				
	Aantal (%) ^b	Gemiddelde vereveningsresultaat in € ^c			
		Na stap 1 FB ^d	Na stap 1&2 FB ^e	Gemiddelde kosten in €	Aantal (%) ^f
Verzekerden aanwezig in databestanden 2016 t/m 2019					
Top 5% vereveningsresultaten in zowel 2016, 2017 als 2018	0,7	2.571	2.677	10.068	99,9
Restgroep met overige verzekerden	99,1	6	96	2.331	25,0
Onderste 5% vereveningsresultaten in zowel 2016, 2017 als 2018	0,2	-6.894	-6.799	42.279	91,9
Totaal (van de groep verzekerden aanwezig in databestanden 2016 t/m 2019)	100	8	98	2.471	25,7

Voetnoot Tabel 5-2:

- De subgroepen sluiten elkaar uit.
- Omvang in verzekerdenjaren, uitgedrukt in het percentage van de totale Zvw-bevolking.
- Het gemiddelde vereveningsresultaat is het verschil tussen de gemiddelde bijdrage en kosten. In de berekening van het vereveningsresultaat nemen wij de partiële klassieke criteriumneutraliteit* voor FKG 17, 24, 27, 30, 33, 35, 36 en 37 en MHK 7 en 8 mee en de klasse criteriumneutraliteit voor primaire en secundaire DKG en klassieke criteriumneutraliteit voor MVV. Het gemiddelde vereveningsresultaat wijkt iets afgerond af van hetgeen in hoofdstuk 4 is gerapporteerd. Dit komt doordat de analyses op andere bestanden zijn uitgevoerd en er afrondingsverschillen tussen de berekeningen zijn: zie verantwoording van de methodiek in Bijlage C. Dit heeft geen invloed op de conclusies, omdat wij in de analyse corrigeren voor het macrovereveningsresultaat.
- Na correctie voor het macrovereveningsresultaat: procentuele schalingsfactor is 0,9657.
- Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 0,9567 plus een vast bedrag van € 109 per verzekerde 18+. Dit is het effect van flankerend beleid.
- Het aantal verzekerden per subgroep dat ingedeeld is in een positieve morbiditeitsklasse.

5.1.4. Subgroepen meerjarige hoge kosten per leeftijdscategorie

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

Werking van risicovereveningsmodel: resultaten na correctie voor macrovereveningsresultaat

Het gemiddelde vereveningsresultaat voor mannelijke verzekerden verschilt tussen de subgroepen MHK 0 en MHK 1, € -27 en € 53, respectievelijk. Mannelijke verzekerden ontvangen in de afslagklasse een ondercompensatie terwijl MHK 1 gelinkt is aan een overcompensatie. In 2018 vond een gemiddelde overcompensatie plaats van mannen in MHK 0 en MHK 1 (beide: € 14). In 2018 ontvingen vrouwelijke verzekerden

in MHK 0 een gemiddelde overcompensatie van € 39. Voor vrouwelijke verzekerden vindt in 2019 gemiddeld genomen een ondercompensatie plaats voor zowel de subgroep MHK 0 als MHK 1, respectievelijk € 6 en €61. Mogelijk dat zwangerschapskosten, die door het risicovereveningsmodel 2019 nog onvoldoende werden gecompenseerd, hiervoor (mede) de oorzaak zijn. Het somatische model geeft gemiddeld genomen de meest adequate compensatie voor verzekerden ingedeeld in MHK 0, onafhankelijk van het geslacht. Verzekerden ingedeeld in MHK 2 t/m MHK 8 ontvangen de minst gepaste compensatie. Bovendien hebben met name vrouwelijke verzekerden in MHK 2 t/m MHK 8 de minst gepaste compensatie, een gemiddelde overcompensatie van € 443. Daarnaast komen onderstaande bevindingen voort uit Tabel 5-3:

- De verdeling van verzekerden ingedeeld in het kenmerk MHK 1 over de verschillende leeftijdscategorieën is voor mannelijke en vrouwelijke verzekerden vergelijkbaar. Hierbij is één uitzondering

op te merken: de groep verzekerden in de leeftijdsklasse 30-44 jaar. Voor deze leeftijdscategorie is de groep vrouwelijke verzekerden die is ingedeeld in deze risicoklasse ruim twee keer zo groot als de groep mannelijke verzekerden. Dit is in lijn met de resultaten uit 2018.

- Het gemiddelde vereveningsresultaat voor mannelijke verzekerden ingedeeld in MHK 0 toont een duidelijk patroon. De mannelijke verzekerden in de subgroepen 0-17 jaar, 18-29 jaar, 30-44 jaar ontvangen gemiddeld gezien een forse ondercompensatie (boven de € 60), terwijl de verzekerden in de hogere leeftijdscategorieën gemiddeld (fors) worden overgecompenseerd.
- Voor mannelijke verzekerden in MHK 1 is ook sprake van een patroon. Verzekerden in subgroepen 0-17 jaar, 18-29 jaar, 30-44 jaar ontvangen gemiddeld gezien een forse overcompensatie (boven de € 90). De subgroep 45-59 jaar wordt ook nog gemiddeld licht overgecompenseerd, terwijl de hogere leeftijdsgroepen gemiddeld een overcompensatie ontvangen.

- Voor vrouwelijke verzekerden ingedeeld in MHK 1 is geen duidelijk patroon in het gemiddelde vereveningsresultaat waarneembaar. Hierbij spelen waarschijnlijk de zwangerschapskosten een rol. Bij vrouwelijke verzekerden ingedeeld in het kenmerk MHK 1 vinden de overcompensaties plaats in de subgroepen 0-17 jaar en 75 jaar en ouder.
- De gemiddelde kosten voor verzekerden ingedeeld in het kenmerk MHK 1 zijn € 2.841. Dit is boven het landelijk gemiddelde (€ 2.458). Gemiddeld genomen worden, binnen het kenmerk MHK 1, hogere kosten gemaakt door vrouwelijke verzekerden dan door mannelijke verzekerden (€ 2.859 om € 2.819). De verschillen in het kostenpatroon treden vooral op in de leeftijdscategorieën 18-29 jaar, 30-44 jaar en 75 jaar en ouder.
- De meest forse ondercompensatie vindt, voor zowel mannelijke als vrouwelijke verzekerden, plaats in de subgroep verzekerden in de leeftijdscategorie 0-17 jaar, ingedeeld in MHK 2 t/m MHK 8. Vrouwelijke verzekerden in hogere leeftijdscategorieën ontvangen echter gemiddeld genomen een forse overcompensatie (boven de € 100).

Tabel 5-3. Gemiddelde vereveningsresultaat en de somatische kosten in 2019 voor subgroepen op basis van de kenmerkindex in MHK, in samenhang met de leeftijds- en geslachts categorie, bij de definitieve vaststelling na correctie voor het macrovereveningsresultaat en na (volledig) flankerend beleid (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen op basis van MHK i.c.m. leeftijd en geslacht ^a	Definitieve vaststelling 2019			
	Aantal (%) ^b	Gemiddelde vereveningsresultaat in € ^c		Gemiddelde kosten in €
		Na stap 1 FB ^d	Na stap 1&2 FB ^e	
Man ingedeeld in MHK 0				
0 tot en met 17 jaar	6,4	-91	-91	915
18 tot en met 29 jaar	5,8	-94	14	429
30 tot en met 44 jaar	6,8	-66	42	488
45 tot en met 59 jaar	6,5	11	120	781
60 tot en met 74 jaar	3,1	174	283	1.464
75 jaar en ouder	0,5	331	440	2.563
Subtotaal	29,1	-27	83	776
Man ingedeeld in MHK 1				
0 tot en met 17 jaar	3,4	95	95	1.474
18 tot en met 29 jaar	1,6	198	306	1.234
30 tot en met 44 jaar	2,1	139	247	1.601
45 tot en met 59 jaar	3,8	23	132	2.440
60 tot en met 74 jaar	4,6	-10	98	3.780
75 jaar en ouder	2,2	-19	90	5.868
Subtotaal	17,6	53	140	2.819

Definitieve vaststelling 2019

Subgroepen op basis van MHK i.c.m. leeftijd en geslacht ^a	Aantal (%) ^b	Gemiddelde vereveningsresultaat in € ^c		Gemiddelde kosten in €
		Na stap 1 FB ^d	Na stap 1&2 FB ^e	
Man ingedeeld in MHK 2 t/m MHK 8				
0 tot en met 17 jaar	0,2	-1.238	-1.238	15.040
18 tot en met 29 jaar	0,1	-501	-392	14.122
30 tot en met 44 jaar	0,2	172	281	13.203
45 tot en met 59 jaar	0,5	122	230	13.313
60 tot en met 74 jaar	1,0	-268	-160	14.662
75 jaar en ouder	0,9	319	428	16.108
Subtotaal	2,8	-61	40	14.788
Vrouw ingedeeld in MHK 0				
0 tot en met 17 jaar	6,5	-96	-96	824
18 tot en met 29 jaar	4,6	41	149	700
30 tot en met 44 jaar	4,3	15	124	875
45 tot en met 59 jaar	5,6	-7	101	824
60 tot en met 74 jaar	3,5	64	172	1.332
75 jaar en ouder	0,4	112	220	2.804
Subtotaal	24,8	-6	74	911
Vrouw ingedeeld in MHK 1				
0 tot en met 17 jaar	2,9	87	87	1.384
18 tot en met 29 jaar	2,6	-195	-86	1.999
30 tot en met 44 jaar	4,4	-176	-67	2.191
45 tot en met 59 jaar	4,6	-6	103	2.430
60 tot en met 74 jaar	6,0	-58	50	3.603
75 jaar en ouder	1,8	17	126	6.673
Subtotaal	22,1	-61	33	2.859
Vrouw ingedeeld in MHK 2 t/m MHK 8				
0 tot en met 17 jaar	0,1	-1.433	-1.433	15.330
18 tot en met 29 jaar	0,2	112	221	9.525
30 tot en met 44 jaar	0,4	601	709	8.860
45 tot en met 59 jaar	0,7	464	572	12.109
60 tot en met 74 jaar	1,4	317	425	13.661
75 jaar en ouder	0,7	990	1.099	15.733
Subtotaal	3,5	443	547	13.076
Totaal ingedeeld in MHK 0	53,9	-18	65	838
Totaal ingedeeld in MHK 1	39,8	-11	81	2.841
Totaal ingedeeld in MHK 2 t/m MHK 8	6,3	218	322	13.836

Definitieve vaststelling 2019

Subgroepen op basis van MHK i.c.m. leeftijd en geslacht ^a	Aantal (%) ^b	Gemiddelde vereveningsresultaat in € ^c		Gemiddelde kosten in €
		Na stap 1 FB ^d	Na stap 1&2 FB ^e	
Totale Zvw-bevolking	100,0	0	88	2.458

Voetnoot Tabel 5-3:

- De subgroepen sluiten elkaar uit.
- Omvang in verzekerdenjaren, uitgedrukt in het percentage van de totale Zvw-bevolking.
- Het gemiddelde vereveningsresultaat is het verschil tussen de gemiddelde bijdrage en kosten. In de berekening van het vereveningsresultaat nemen wij de partiële klassieke criteriumneutraliteit* voor FKG 17, 24, 27, 30, 33, 35, 36 en 37 en MHK 7 en 8 mee en de klasse criteriumneutraliteit voor primaire en secundaire DKG en klassieke criteriumneutraliteit voor MVV. Het gemiddelde vereveningsresultaat wijkt iets afgerond af van hetgeen in Hoofdstuk 4 is gerapporteerd. Dit komt doordat de analyses op andere bestanden zijn uitgevoerd en er afrondingsverschillen tussen de berekeningen zijn: zie verantwoording van de methodiek in Bijlage C. Dit heeft geen invloed op de conclusies, omdat wij in de analyse corrigeren voor het macrovereveningsresultaat.
- Na correctie voor het macrovereveningsresultaat: procentuele schalingsfactor is 0,9657.
- Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 0,9657 plus een vast bedrag van € 109 per verzekerde 18+. Dit is een simulatie van het effect van flankerend beleid.

5.1.5. Subgroepen meerjarige kosten verpleging en verzorging per leeftijdscategorie

Wij analyseren het gemiddelde vereveningsresultaat en de kosten voor subgroepen op basis van de indeling van het kenmerk MVV, per leeftijdscategorie (zie Tabel 5-4). Deze analyse geeft een beeld van de verevenende werking van het risicovereveningsmodel en het effect van flankerend beleid, conditioneel aan de indeling in het kenmerk MVV en de leeftijd- en geslacht categorie.

Werking van risicovereveningsmodel: resultaten na correctie voor macrovereveningsresultaat

Het gemiddelde vereveningsresultaat voor mannelijke verzekerden verschilt sterk tussen de drie subgroepen (MVV 0, MVV 1 t/m 8 en MVV 9). Mannelijke verzekerden die zijn ingedeeld in de afslagklasse ontvangen gemiddeld genomen een ondercompensatie van € 4, terwijl mannelijke verzekerden die zijn ingedeeld in een positieve MVV-klasse (MVV 1 t/m 8) gemiddeld worden overgecompenseerd met € 189. Mannelijke verzekerden in MVV 9 (deze klasse kan alleen worden gescoord door verzekerden 0-17 jaar) ontvangen gemiddeld genomen een sterke ondercompensatie (€ 2.384).

Voor vrouwelijke verzekerden is een ander patroon zichtbaar. Vrouwelijke verzekerden die zijn ingedeeld in de afslagklasse ontvangen gemiddeld een ondercompensatie van € 25. Vrouwelijke verzekerden in MVV 1 t/m MVV 8 hebben gemiddeld genomen een

overcompensatie van € 801. Vrouwelijke verzekerden die zijn ingedeeld in de MVV 9-klasse ontvangen echter, in tegenstelling tot mannelijke verzekerden in deze klasse een overcompensatie van € 375.

Daarnaast komen onderstaande bevindingen voort uit Tabel 5-4:

- In elk van de drie subgroepen ontvangen mannelijke verzekerden van 0-17 jaar een ondercompensatie. In de MVV 0-subgroep geldt deze ondercompensatie ook voor mannelijke verzekerden in de leeftijdsgroepen 18-29 jaar en 30-44 jaar. Daartegenover staat dat mannelijke verzekerden in de leeftijdscategorieën van 45+ jaar, gemiddeld genomen in elke subgroep (fors) een overcompensatie ontvangen.
- De verdeling van verzekerden ingedeeld in de verschillende subgroepen is voor mannelijke en vrouwelijke verzekerden vergelijkbaar. Daarnaast is ook de kostenverdeling over de subgroepen vergelijkbaar tussen de twee geslachten.

Tabel 5-4. Gemiddelde vereveningsresultaat en de somatische kosten in 2019 voor subgroepen op basis van de kenmerkindeling in MVV, in samenhang met de leeftijds- en geslachtscategorie, bij de definitieve vaststelling na

correctie voor het macrovereveningsresultaat en na (volledig) flankerend beleid (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde.

Definitieve vaststelling 2019

Subgroepen op basis van MVV i.c.m. leeftijd en geslacht ^a	Aantal (%) ^b	Gemiddelde vereveningsresultaat in € ^c		
		Na stap 1 FB ^d	Na stap 1&2 FB ^e	Gemiddelde kosten in €
Man ingedeeld in MVV 0				
0 tot en met 17 jaar	10,0	-41	-41	1.254
18 tot en met 29 jaar	7,5	-40	68	738
30 tot en met 44 jaar	9,0	-16	92	944
45 tot en met 59 jaar	10,7	18	126	1.794
60 tot en met 74 jaar	8,5	22	131	3.784
75 jaar en ouder	3,1	89	197	6.292
Subtotaal	48,6	-4	82	1995
Man ingedeeld in MVV 1 t/m MVV 8				
0 tot en met 17 jaar	0,0	-3.037	-3.037	25.772
18 tot en met 29 jaar	0,0	1.828	1.936	15.292
30 tot en met 44 jaar	0,0	495	603	16.487
45 tot en met 59 jaar	0,1	365	473	18.314
60 tot en met 74 jaar	0,3	101	209	19.527
75 jaar en ouder	0,5	283	391	18.302
Subtotaal	0,9	189	294	18.737
Man ingedeeld in MVV 9				
0 tot en met 17 jaar	0,0	-2.384	-2.384	105.162
Subtotaal	0,0	-2.384	-2.384	105.162
Vrouw ingedeeld in MVV 0				
0 tot en met 17 jaar	9,5	-56	-56	1.109
18 tot en met 29 jaar	7,3	-41	67	1.324
30 tot en met 44 jaar	9,0	-54	54	1.816
45 tot en met 59 jaar	10,7	15	123	1.987
60 tot en met 74 jaar	10,3	-12	96	3.496
75 jaar en ouder	2,1	26	135	5.620
Subtotaal	48,9	-25	62	2.160
Vrouw ingedeeld in MVV 1 t/m MVV 8				
0 tot en met 17 jaar	0,0	-1.796	-1.796	22.816
18 tot en met 29 jaar	0,0	591	700	18.724
30 tot en met 44 jaar	0,0	1.003	1.111	16.475
45 tot en met 59 jaar	0,1	575	684	18.009

Definitieve vaststelling 2019

Subgroepen op basis van MVV i.c.m. leeftijd en geslacht ^a	Aantal (%) ^b	Gemiddelde vereveningsresultaat in € ^c		
		Na stap 1 FB ^d	Na stap 1&2 FB ^e	Gemiddelde kosten in €
60 tot en met 74 jaar	0,6	754	862	16.080
75 jaar en ouder	0,8	930	1.039	15.963
Subtotaal	1,6	801	909	16.291
Vrouw ingedeeld in MVV 9				
0 tot en met 17 jaar	0,0	375	375	95.470
Subtotaal	0,0	375	375	95.470
Totaal ingedeeld in MVV 0	97,5	-15	72	2.078
Totaal ingedeeld in MVV 1 t/m MVV 8	2,5	585	692	17.154
Totaal ingedeeld in MVV 9	0,0	-1.141	-1.141	100.795
Totale Zvw-bevolking	100,0	0	88	2.458

Voetnoot Tabel 5-4:

- De subgroepen sluiten elkaar uit.
- Omvang in verzekerdenjaren, uitgedrukt in het percentage van de totale Zvw-bevolking.
- Het gemiddelde vereveningsresultaat is het verschil tussen de gemiddelde bijdrage en kosten. In de berekening van het vereveningsresultaat nemen wij de partiële klassieke criteriumneutraliteit* voor FKG 17, 24, 27, 30, 33, 35, 36 en 37 en MHK 7 en 8 mee en de klasse criteriumneutraliteit voor primaire en secundaire DKG en klassieke criteriumneutraliteit voor MVV. Het gemiddelde vereveningsresultaat wijkt iets afgerond af van hetgeen in Hoofdstuk 4 is gerapporteerd. Dit komt doordat de analyses op andere bestanden zijn uitgevoerd en er afrondingsverschillen tussen de berekeningen zijn: zie verantwoording van de methodiek in Bijlage C. Dit heeft geen invloed op de conclusies, omdat wij in de analyse corrigeren voor het macrovereveningsresultaat.
- Na correctie voor het macrovereveningsresultaat: procentuele schalingsfactor is 0,9657.
- Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 0,9657 plus een vast bedrag van € 109 per verzekerde 18+. Dit is een simulatie van het effect van flankerend beleid.

5.2. GGZ-kosten

5.2.1. Subgroepen op basis van gGGZ-kosten van vorig jaar

Voor inzicht in de verevenende werking van het GGZ-model, analyseren wij het gemiddelde vereveningsresultaat en de totale GGZ-kosten voor subgroepen op basis van de gGGZ-kosten van vorig jaar (zie Figuur 5-2). Voor de indeling van in- en uitstromers hanteren wij dezelfde wijze als voor de somatische kosten. Verzekerden vallen slechts in één subgroep.

De methodiek voor het indelen van subgroepen is identiek aan voorgaande jaren, omdat de subgroepen zijn bepaald op basis van de gGGZ-kosten (excl. IGGZ-kosten) van vorig jaar. De resultaten van deze analyse zijn daarom te vergelijken met de resultaten uit de voorgaande editie(s) van de Monitor, opgenomen in Bijlage F.

Het GGZ-model van 2019 resulteert in gemiddelde onder- en overcompensaties voor de onderzochte subgroepen op basis van gGGZ-kosten in 2018. Opvallend is dat de gemiddelde vereveningsresultaten voor deze subgroepen in 2019 een ander beeld tonen dan in voorgaande jaren. De resultaten zijn opgenomen in Bijlage F. Dit blijkt met name uit een afname van de ondercompensaties van de verzekerden met hoge gGGZ-kosten in 2018:

- De groep verzekerden met de hoogste 1% gGGZ-kosten in 2018 behaalt in 2019 een gemiddeld vereveningsresultaat van € -243 per verzekerde, ten opzichte van € -5.638 per verzekerde in 2018. Dit is een forse verbetering van de verevende werking voor deze subgroep verzekerden, ondanks een stijging van de gemiddelde kosten van deze verzekerden (€38.133 in 2019, €29.098 in 2018).
- De verzekerden in de top 3% gGGZ-kosten in 2018 worden in 2019 per verzekerde gemiddeld € 60 overgecompenseerd, ten opzichte van een negatief gemiddeld vereveningsresultaat van € -454 in 2018.
- Het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde voor verzekerden in de top 5% hoogste gGGZ-kosten in 2018 is € -287, ten opzichte van een gemiddeld resultaat van € -543 per verzekerde in 2018.

Voor de overige verzekerden (midden 70%, laagste 25% en gGGZ-kosten gelijk aan 0 in 2018) zijn de resultaten vergelijkbaar met de resultaten uit 2018.

In Bijlage G voeren wij een verdiepende analyse uit op de forse verbetering van de vereveningsresultaten van de groep verzekerden met hoge gGGZ-kosten in 2018. In deze bijlage zijn ook de resultaten van dezelfde subgroepenanalyse opgenomen, waarbij de subgroepdefiniëring is gebaseerd op de totale GGZ-kosten uit 2018. Deze analyse is uitgevoerd, omdat in 2018 het gGGZ-model en het IGGZ-model zijn samengevoegd tot één GGZ-model.

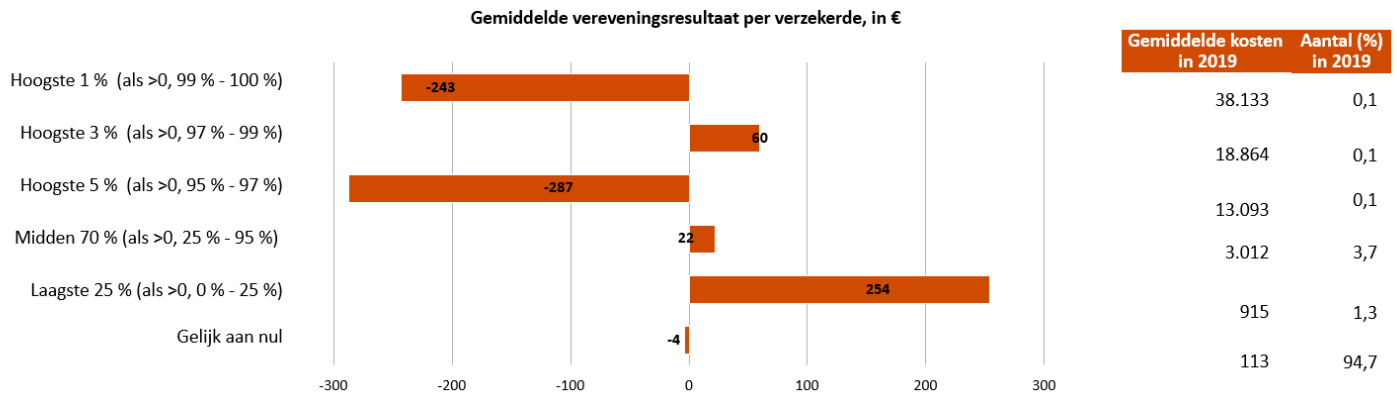
Uitgaande van een absolute grens van €50 als 'gepaste compensatie', wordt 98,4% van de Zvw-bevolking boven de 18 jaar gepast gecompenseerd (94,7% verzekerden zonder gGGZ-kosten in 2018 en 3,7% verzekerden in de 'Midden 70%-groep'). Dit is iets meer dan in voorgaande jaren (Monitor 2014 t/m 2018).

Slechts 1,6% van de Zvw-bevolking boven de 18 jaar wordt dus niet gepast gecompenseerd. Deze groep is klein, vanwege de scheve verdeling van GGZ-kosten over de Zvw-bevolking boven de 18 jaar. Voor verzekerden met hoge GGZ-kosten is het lastig om de kosten adequaat te voorspellen, gegeven de gehanteerde uitgangspunten en modelspecificaties. Het gevolg is een niet gepaste compensatie voor een kleine groep GGZ-gebruikers.

Voor de onderzochte subgroepen zijn de volgende patronen in morbiditeitskenmerken herkenbaar, zie Tabel 5-5:

- De verzekerden in de top 1%, 3% en 5% gGGZ-kosten in 2018 hebben een relatief groot aandeel in een positieve FKG-GGZ, MHK-GGZ klasse >1, een positieve DKG-GGZ en meerdere morbiditeitskenmerken. Dit varieert van (bijna) de helft tot (bijna) het totale aantal verzekerden in deze subgroepen. Dit geeft aan dat deze subgroepen verzekerden met de relatief ernstige psychische gezondheidsproblematiek bevatten.
- Opvallend is dat het aandeel verzekerden met multimorbiditeit in de top 1% iets lager is dan bij de subgroepen top 3% en top 5%. Omdat zowel het percentage verzekerden met een MHK-GGZ indeling en DKG-GGZ (nagenoeg) 100% is, is voor deze subgroepen de FKG-GGZ indeling bepalend voor multimorbiditeit. In de top 1% is het aandeel verzekerden met een FKG-GGZ indeling kleiner dan in de top 3% en top 5%. Eenzelfde beeld was in de Monitor 2018 zichtbaar. De percentages multimorbiditeit waren destijds respectievelijk 48,4%, 53,4% en 50,5% voor de top 1%, top 3% en top 5%.
- In de hoogste 3 subgroepen (top 1%, top 3% en top 5%) hebben alle verzekerden een MHK-GGZ indeling. Dit geldt nagenoeg ook voor een DKG-GGZ indeling. Slechts een zeer klein aandeel verzekerden in deze subgroepen heeft geen DKG-GGZ indeling (respectievelijk 0,3%, 0,2% en 0,2%). Deze percentages zijn vergelijkbaar met de bevindingen in Monitor 2018.
- Alle verzekerden met kosten in het vorige jaar zijn ingedeeld in een positieve MHK-GGZ, zoals verwacht op basis van de definities van de risicoklassen (bijvoorbeeld, '1 keer hoge kosten in drie voorgaande jaren'). Dit is ook de verklaring voor verzekerden die geen kosten hebben in het vorige jaar (2018) maar wel zijn ingedeeld in een positieve MHK-GGZ (bijvoorbeeld kosten in 2016 of 2017).

Figuur 5-2. Gemiddelde vereveningsresultaat van het GGZ-model in 2019 voor subgroepen op basis van gGGZ-kosten in 2018, bij de definitieve vaststelling na correctie voor het macrovereveningsresultaat (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde 18+.



Voetnoot Figuur 5-2:

- De subgroepen sluiten elkaar uit: e.g. de hoogste 3% bevat niet de verzekerden in de hoogste 1%.
- Het gemiddelde vereveningsresultaat is het verschil tussen de bijdrage en kosten.
- Verzekerden die in 2019 zijn geboren of geïmmigreerd, zijn ingedeeld in de subgroep gelijk aan nul. Verzekerden die in 2019 zijn overleden of geëmigreerd zijn niet inbegrepen. Door deze in- en uitstroom is de omvang van de subgroepen in 2019 niet exact gelijk aan de gestelde percentiel klassen op basis van de kosten van 2018. N.B. zie voor de klassengrenzen Bijlage E.

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

Subgroepen op basis van kosten 2018	Percentage (%) in positieve risicoklasse van morbiditeitskenmerk				
	FKG-GGZ > 0	MHK-GGZ > 0	MHK-GGZ > 1	DKG-GGZ > 0	Combinaties
Hoogste 1% (als >0, 99% - 100%)	44,3	99,7	75,6	99,7	36,7
Hoogste 3% (als >0, 97% - 99%)	55,2	99,8	68,5	99,8	41,1
Hoogste 5% (als >0, 95% - 97%)	53,8	100,0	63,3	99,7	38,6
Midden 70% (als >0, 25% - 95%)	33,5	100,0	19,7	79,5	10,7
Laagste 25% (als >0, 0% - 25%)	24,3	97,7	4,3	49,4	2,0
Gelijk aan nul	3,6	4,6	0,3	0,1	0,0

Voetnoot Tabel 5-5:

- De subgroepen sluiten elkaar uit.
- Combinatie is FKG-GGZ>0, MHK-GGZ>1 en DKG-GGZ>0, ter indicatie van multimorbiditeit. Merk op dat alle verzekerden met kosten in het vorige jaar zijn ingedeeld in een positieve MHK-GGZ en daarmee niet onderscheidend is om multimorbiditeit te identificeren.
- Het kan voorkomen dat verzekerden in de subgroep met kosten gelijk aan nul ingedeeld zijn bij een positieve risicoklasse van FKG-GGZ. De GGZ-farmacie kosten worden namelijk in het somatische model meegenomen.

5.2.2. Subgroepen samenhang aandoening en leeftijdsgroepen

Het GGZ-model resulteert in een adequate compensatie voor het overgrote deel van de Zvw-bevolking 18+ (96,3% uitgaande van een grens van € 50, zoals opgenomen in het toetsingskader). Zie hiervoor Tabel 5-7. Deze grens is relatief hoog bij de GGZ-kosten in vergelijking met de grens bij de somatische kosten, om die reden dienen de resultaten met nuance te worden geïnterpreteerd. De belangrijkste bevindingen zijn:

- Het GGZ-model geeft een adequate compensatie voor het overgrote deel van de Zvw-bevolking op basis van deze onderzochte subgroepen. De onder- of overcompensatie is voor de meeste subgroepen beneden de € 50. Voor deze resultaten geldt ook de bevinding die eerder is vermeld over de scheefheid van de verdeling voor de GGZ-kosten, net zoals dit in voorgaande jaren is geconstateerd (Monitor 2013 t/m 2018).
- Voor de verzekerden van 65 jaar en ouder zonder een somatische aandoening en met een psychische aandoening geldt een overcompensatie van gemiddeld € 1.267 (€ 160 in 2018). Voor verzekerden in deze leeftijdscategorie met zowel een somatische als psychische aandoening bedraagt de overcompensatie € 247 (€ 127 in 2018). Ten opzichte van vorig jaar zijn deze overcompensaties dus aanzienlijk gestegen.
- Naast de bovengenoemde groepen overgecompenseerde verzekerden ontvangen verzekerden van 18 tot en met 64 jaar zonder somatische aandoening, maar met een psychische aandoening een overcompensatie van € 416. De groep verzekerden in deze leeftijdscategorie met zowel een somatische als een psychische aandoening wordt overgecompenseerd (€ 38). De overige vier onderzochte subgroepen op basis van aandoening in combinatie met leeftijd ontvangen een ondercompensatie.

5.2.3. Subgroepen structurele onder- en overcompensaties

Op eenzelfde manier als voor het somatische model, zijn subgroepen voor het GGZ-model gecreëerd. De historische vereveningsresultaten uit het gGGZ-model (exclusief IGGZ) van 2016, 2017 en 2018 zijn hiervoor gebruikt. Evenals voor het somatische model, is voor de percentielbepaling van vereveningsresultaten in 2016 t/m 2018 de gehele populatie in deze jaren meegenomen. In de onderstaande resultaten zijn vervolgens slechts de verzekerden meegenomen, die in elk van de afzonderlijke jaren 2016 t/m 2019 in Nederland verzekerd waren.

Tabel 5-6 toont het gemiddelde vereveningsresultaat, zowel vóór als na toepassing van flankerend beleid, voor de verzekerden in de onderscheiden subgroepen.

De 5%-groep verzekerden die over de voorgaande drie jaren een ondercompensatie ontvingen, ontvangen ook in 2019 gemiddeld genomen een ondercompensatie. De ondercompensatie bedraagt gemiddeld € -172. De gemiddelde kosten voor deze groep liggen fors boven het landelijk gemiddelde: € 2.033 om € 281. Binnen deze groep zijn ook bovengemiddeld veel verzekerden ingedeeld in een positieve GGZ-morbiditeitsklasse en/of maken bovengemiddeld veel verzekerden IGGZ-kosten: 25,1% van de verzekerden, ten opzichte van het landelijk gemiddelde van 8,0%.

De groep verzekerden met een meerjarige overcompensatie (in voorgaande jaren voortdurend in de top 5% vereveningsresultaten) ontvangt in 2019 een sterke overcompensatie: € 303, ten opzichte van het landelijk gemiddelde (over de groep verzekerden, aanwezig in de databestanden van 2015 t/m 2018) van € 6. Evenals in de resultaten voor het somatische model, zijn de gemiddelde kosten voor de subgroep met meerjarige overcompensaties fors hoger dan het landelijk gemiddelde: € 1.200 om € 281. Dezelfde verklaring als in het somatische model, is mogelijk voor toepassing op het GGZ-model. Meer dan de helft van de verzekerden in deze subgroep is ingedeeld in een positieve GGZ-morbiditeitsklasse of maakt IGGZ-kosten: 54,8%. Dit is fors hoger dan het landelijk gemiddelde van 8,0%.

De bovenstaande analyse toont dat het GGZ-vereveningsmodel nog niet in staat is verzekerden met een meerjarige ondercompensatie gepast te verevenen. Kennelijk wordt deze subgroep nog onvoldoende specifiek door het vereveningsmodel geclassificeerd. Daarnaast onderkennen wij een subgroep die meerjarig wordt overgecompenseerd. Binnen het vereveningsmodel wordt deze subgroep op basis van de huidige kenmerken onterecht of te zwaar geclassificeerd.

Tabel 5-6. Gemiddelde vereveningsresultaat en de GGZ-kosten in 2019 voor subgroepen op basis van structurele over- en ondercompensaties in het gGGZ-model van 2016 t/m 2018, bij de definitieve vaststelling na correctie voor het macrovereveningsresultaat en na (volledig) flankerend beleid (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde 18+

Subgroepen op basis van chronisch hoge of lage vereveningsresultaten in 2016 t/m 2018	Aantal (%) ^b	Definitieve vaststelling 2019		Gemiddelde kosten in €	Aantal (in %) ^f
		Gemiddelde vereveningsresultaat in € ^c			
		Na stap 1 FB ^d	Na stap 1&2 FB ^e		
Verzekerden aanwezig in databestanden 2016 t/m 2019					
Top 5% vereveningsresultaten in zowel 2016, 2017 als 2018	1,4	303	303	1.200	54,8
Restgroep met overige verzekerden	96,9	5	4	238	7,0
Onderste 5% vereveningsresultaten in zowel 2016, 2017 als 2018	1,7	-171	-172	2.033	25,1
Totaal (van de groep verzekerden aanwezig in databestanden 2016 t/m 2019)	100	6	5	281	8,0

Voetnoot Tabel 5-6:

- De subgroepen sluiten elkaar uit.
- Omvang in verzekerdenjaren, uitgedrukt in het percentage van de totale Zvw-bevolking 18+.
- Het gemiddelde vereveningsresultaat is het verschil tussen de gemiddelde bijdrage en kosten.
- Na correctie voor het macrovereveningsresultaat: procentuele schalingsfactor is 1,002.
- Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 1,002 minus een vast bedrag van € -1 per verzekerde 18+.
- Het aantal verzekerden per subgroep dat ingedeeld is in een positieve GGZ-morbiditeitsklasse of IGGZ-kosten maakte in 2019.

Tabel 5-7. Gemiddelde vereveningsresultaat en de gemiddelde GGZ-kosten van subgroepen op basis van samenhang voor somatische aandoening en psychische aandoening in combinatie met leeftijdsgroepen, op moment van de definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde 18+.

Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd ^a	Aantal (%) ^b	Definitieve vaststelling 2019		Gemiddelde kosten GGZ (incl. IGGZ) in €	Gemiddelde kosten IGGZ in €
		Gemiddelde vereveningsresultaat in € ^c			
		Na stap 1 FB ^d	Na stap 1&2 FB ^e		
Verzekerden 18 jaar tot en met 64 jaar					
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	58,2	-14	-13	108	0
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	2,1	416	417	2.903	284
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	11,3	-42	-41	142	0
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	4,0	38	38	2.736	83
Subtotaal	75,7	-3	-2	331	12

Subtotaal wel psychische aandoening, 18-64 jaar	6,1	169	169	2.794	152
Subtotaal geen psychische aandoening, 18-64 jaar	69,5	-19	-18	114	0
Verzekerden van 65 jaar en ouder					
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	10,5	-8	-7	40	0
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	0,1	1.267	1.268	2.788	655
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	12,3	-15	-14	54	0
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	1,5	247	247	1.349	81
Subtotaal	24,3	10	9	139	8
Subtotaal wel psychische aandoening, 65+	1,6	318	318	1.449	121
Subtotaal geen psychische aandoening, 65+	22,7	-12	-11	48	0
Totaal	100	0	-1	285	11

Voetnoot Tabel 5-7:

- De subgroepen sluiten elkaar uit.
- Omvang in verzekerdenjaren, uitgedrukt in het percentage van de totale Zvw-bevolking 18+.
- Het gemiddelde vereveningsresultaat is het verschil tussen de gemiddelde bijdrage en kosten.
- Na correctie voor het macrovereveningsresultaat: procentuele schalingsfactor is 1,002.
- Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 1,002 minus een vast bedrag van € -1 per verzekerde 18+.

A young man with dark, curly hair is lying in a hospital bed, wearing a blue patterned hospital gown. He is looking up and to the right with a slight smile. A healthcare professional's hands are visible, holding his right hand. The background shows a hospital room with medical equipment and a doorway. The text "Verzekerdenganalyse" is overlaid in orange.

Verzekerdenganalyse

6. Verzekerdenanalyse

Leeswijzer

Dit hoofdstuk analyseert de verevenende werking van het risicovereveningssysteem 2019 op *individueel* niveau. Hiertoe wordt de R^2 en Cummings' Prediction Measure (CPM) voor de verschillende momenten (OT, ex-ante vaststelling en definitieve vaststelling) en bij herschatting van dit model op de gerealiseerde cijfers (prevalenties en kosten) geanalyseerd. Deze analyses zijn uitgevoerd voor het somatische en het GGZ-model (gGGZ + IGGZ).

Samenvatting

- De R^2 van het somatische model in 2019 is lager bij de herschatting dan bij de OT en de ex-ante vaststelling. Voor het datajaar in de OT en ex-ante vaststelling is de samenhang tussen de kenmerken en kosten sterker dan in het gerealiseerde jaar. Voor de CPM is eenzelfde daling van de verklaringskracht bij de herschatting niet zichtbaar. De CPM van de herschatting is hoger dan bij de OT, en slechts 0,3%-punt lager dan bij de ex-ante vaststelling. Een nadere analyse van de onderliggende kostenpatronen voor de vaststellingsmomenten en de herschatting verklaart dit verschil niet direct. De forsere daling in R^2 ten opzichte van de CPM tussen de vaststellingsmomenten en de herschatting is dus niet het gevolg van een beduidend grotere staart van de kostenverdeling tijdens de herschatting.
- De R^2 van het GGZ-model in 2019 is voor de ex-ante vaststelling en de definitieve vaststelling fors lager dan bij de OT en de herschatting. De CPM van de ex-ante vaststelling is echter vergelijkbaar met de OT en de herschatting. De CPM van de definitieve vaststelling is zelfs beduidend hoger dan de andere schattingsmomenten en de herschatting. Uit de diepgaande analyse van de kostenverdeling op de verschillende momenten blijkt dat bij de ex-ante vaststelling een vollere staart van de GGZ-kosten werd verwacht, dan daadwerkelijk is gerealiseerd²⁵. De CPM reageert minder gevoelig op verzekerden met hoge tot extreme GGZ-kosten. Het is daarmee te verklaren dat het verschil in verklaringskracht bij de ex-ante vaststelling ten opzichte van de andere schattingsmomenten en de herschatting, met name zichtbaar is in de R^2 . Eenzelfde verklaring is er voor het verschil in verklaringskracht bij de definitieve vaststelling niet. Bij deze vaststelling is de onderliggende kostenverdeling immers identiek aan de herschatting.

6.1. Somatische model: Verklaringskracht

De R^2 en CPM drukken de verklaringskracht van de modellen uit voor de verschillende vaststellingsmomenten, en bij de herschatting van de modellen op de gerealiseerde cijfers. De R^2 is een maatstaf voor de verklaringskracht, die wordt berekend als het percentage van de verklaarde variantie ten opzichte van de totale variantie in kosten. De CPM is een soortgelijke maatstaf op basis van absolute verschillen. Tabel 6-1 presenteert de R^2 en CPM voor het somatische model 2019 voor verschillende momenten en bij herschatting van dit model op de gerealiseerde cijfers.

Tabel 6-1. R^2 en CPM van het somatische model van 2018 en 2019 op verschillende momenten en de herschatting op realisatiecijfers.

	R^2 in %		CPM in %	
	2018	2019	2018	2019
OT ^a	32,1	23,0	31,9	30,1
Ex-ante vaststelling ^b	33,5	21,0	32,7	29,7
Definitieve vaststelling (geschaald naar nul) ^c	33,1	20,6	33,3	30,8
Herschating ^d	33,5	22,8	33,3	29,9

²⁵ Dit wordt waarschijnlijk verklaard door de coronapandemie en de lockdown begin 2020, waardoor jaar-DBC's gestart in 2019 niet volledig konden worden afgemaakt. Voor de somatische kosten speelt dit veel minder, omdat medisch specialistisch DBC's maximaal 120 dagen lopen.

Voetnoot Tabel 6-1:

- a. Het ex-ante model bij de OT, op geraamde cijfers van 2016, representatief gemaakt voor de kosten van 2019 (komt overeen met WOR 929 Definitieve eindrapportage Overall Toets RV2019).
- b. Het ex-ante model bij de ex-ante vaststelling, op geraamde cijfers van 2016 (gebruikt bij de OT), plus de herweging naar de verzekerdensraming en schaling naar het MPB (WOR 930 Definitieve eindrapportage Normbedragen RV2019).
- c. De ex-ante vastgestelde normbedragen (inclusief criteriumneutraliteit) toegepast op de gerealiseerde cijfers. Het gemiddelde macrovereveningsresultaat is procentueel geschaald naar nul.
- d. Het model geschat op gerealiseerde cijfers.

Verschillen in de R^2 en CPM tussen de schattingsmomenten zijn te verklaren door verschillen in de patronen in de onderliggende data, en niet door de vormgeving van het model. De vormgeving van het model is op alle schattingsmomenten immers hetzelfde. Door de verschillen in de onderliggende data is de interpretatie van de verschillen in de R^2 en de CPM in absolute termen tussen momenten of jaren niet goed mogelijk. Een relatieve beoordeling is wel mogelijk. De relatieve vergelijking tussen de verklaringskracht van het model op de vaststellingsmomenten en de verklaringskracht van het model bij de herschatting geeft weer hoe goed de onderliggende data van de vaststellingsmomenten aansluit bij de onderliggende (werkelijke) data van de herschatting.

De R^2 van het somatische model in 2019 is lager bij de herschatting dan bij de OT en de ex-ante vaststelling. In 2018 gold voor de R^2 het tegenovergestelde: destijds was de R^2 van het model tijdens de herschatting het grootst.

Voor de CPM is eenzelfde daling van de verklaringskracht bij de herschatting niet zichtbaar. De CPM van de herschatting is hoger dan bij de OT, en slechts 0,3%-punt lager dan bij de ex-ante vaststelling.

De verschillen in de R^2 en CPM zijn mogelijk het gevolg van verschillen in de onderliggende kostenpatronen tussen momenten. De CPM is minder gevoelig voor verzekerden met extreme kosten dan de R^2 . De CPM wordt immers berekend op basis van absolute vereveningsresultaten, ten opzichte van gekwadrateerde vereveningsresultaten bij de R^2 . Dat de daling in R^2 bij de herschatting niet in dezelfde mate zichtbaar is bij de CPM,

is mogelijk het gevolg van een vollere staart van de kostenverdeling bij de herschatting.

Een analyse op de onderliggende kostenverdeling in tabel 6-2 laat zien dat de staart van de kostenverdeling voor de ex-ante vaststelling juist voller is dan voor de OT en de herschatting. Deze conclusie volgt uit het hogere drempelbedrag bij het 90^e, 95^e en het 99^e percentiel van de feitelijke, ongewogen zorgkosten in 2019 voor de ex-ante vaststelling ten opzichte van het overige schattingsmoment. Een mogelijke oorzaak van deze dikkere staart van de kostenverdeling bij het ex-ante moment is de kostenophoging naar het MPB, deze ophoging vindt voor iedere verzekerde op dezelfde manier plaats. Dit wijst erop dat bij de ophoging naar het MPB de kosten onterecht worden toegerekend aan de verzekerden met al hoge kosten.

Dit resulteert in een overschatting van de kosten tijdens de ex-ante vaststelling, ten opzichte van de gerealiseerde kosten (gemiddeld €2.547 tijdens de ex-ante ten opzichte van €2.443 tijdens de definitieve vaststelling).

De kostenverdeling van de herschatting heeft echter geen heel volle staart, gegeven de drempelbedragen voor de hoogste percentielen (90^e, 95^e en 99^e percentiel). De maximale zorgkosten tijdens de herschatting zijn ook lager dan bij de OT en ex-ante vaststelling. De forsere daling in R^2 ten opzichte van de CPM tussen de vaststellingsmomenten en de herschatting is dus niet het gevolg van een beduidend grotere staart van de kostenverdeling tijdens de herschatting. Het verschil in verklaringskracht wordt dus niet direct verklaard door een verschil in het patroon van de kostenverdeling.

Tabel 6-2. Nadere analyse op de staartverdeling van de somatische kosten in 2018 en 2019

	OT		Ex-ante		DV / Herschatting ²⁶	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Aantal verzekerdenjaren	16.672.203	16.749.854	17.098.000	17.210.000	16.957.522	17.065.199
Gemiddelde kosten (geannualiseerd, gewogen met inschrijfduur)	2.285	2.304	2.437	2.547	2.380	2.443
Feitelijke zorgkosten >0 (niet gewogen)						
Minimum	0	0	0	0	0	0
Maximum	1.834.548	2.495.409	3.071.588	2.224.739	2.640.562	1.441.164
50^e percentiel	411	434	460	479	459	488
90^e percentiel	4.584	4.773	4.921	5.198	4.956	5.142
95^e percentiel	9.464	9.859	9.968	10.628	10.119	10.331
99^{ste} percentiel	32.187	32.546	34.882	36.224	32.629	33.621

²⁶ Merk op dat het aantal verzekerdenjaren exclusief de buitenlandverzekerden is.

6.2. GGZ-model: Verklaringskracht

Tabel 6-3 geeft de verklaringskracht in termen van R^2 en CPM voor het GGZ-model 2019 op verschillende momenten en bij de herschatting van dit model op de gerealiseerde cijfers.

Tabel 6-3. R^2 en CPM van het GGZ-model van 2018 en 2019 op verschillende momenten en de herschatting op realisatiecijfers.

	R^2 in %		CPM in %	
	2018	2019	2018	2019
OT	22,6	23,0	30,2	30,1
Ex-ante vaststelling	23,9	21,0	30,2	29,7
Definitieve vaststelling (geschaald naar nul)	22,8	20,6	30,1	30,8
Herschating	23,3	22,8	29,6	29,9

Evenals voor het somatische model, geldt voor het GGZ-model dat vanwege de verschillen in de onderliggende data de interpretatie van de verschillen in de R^2 en de CPM in absolute termen tussen momenten of jaren niet goed mogelijk is. Een relatieve beoordeling van de verklaringskracht is wel mogelijk.

De verklaringskracht (R^2 en CPM) van het GGZ-model in 2019 is tussen de OT en de herschatting van vergelijkbare grootte. Voor de ex-ante vaststelling en de definitieve vaststelling geldt daarentegen dat de R^2 fors lager is dan bij de OT en de herschatting. De CPM van de ex-ante vaststelling is vergelijkbaar met de OT en de herschatting. De CPM van de definitieve vaststelling is zelfs beduidend hoger dan de andere schattingsmomenten en de herschatting.

Ter verklaring van deze resultaten hebben wij een nadere analyse op de kostenverdeling van de GGZ-kosten op de verschillende momenten uitgevoerd. De resultaten van deze analyse staan in tabel 6-4. Uit deze tabel blijkt dat bij de ex-ante vaststelling een dikke staart van de GGZ-kosten werd verwacht. Deze kostenverdeling bevat dus

relatief meer verzekerden met hoge tot extreme GGZ-kosten in 2019 dan in werkelijkheid is gerealiseerd. Dit is op te maken uit de hoge drempelbedragen voor het 90^e, 95^e en 99^e percentiel. Hier speelt de coronapandemie die in maart 2020 begon een rol. De GGZ jaar-DBC's die in 2019 zijn begonnen, konden niet volledig worden afgerond in 2020, als gevolg van de lockdown. Hierdoor is het aandeel extreme kosten bij de definitieve vaststelling/herschating waarschijnlijk lager, ten gunste van de lagere kostenniveaus.

De CPM reageert minder gevoelig op verzekerden met hoge tot extreme GGZ-kosten. Het is daarmee te verklaren dat het verschil in verklaringskracht bij de ex-ante vaststelling ten opzichte van de andere schattingsmomenten en de herschatting, met name zichtbaar is in de R^2 .

Eenzelfde verklaring is er niet voor de afwijkende resultaten bij de definitieve vaststelling. De onderliggende kostenverdeling voor dit moment is immers gelijk aan de kostenverdeling voor de herschatting.

Tabel 6-4. Nadere analyse op de staartverdeling van de GGZ-kosten in 2018 en 2019

	OT		Ex-ante		DV / Herschatting ²⁷	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Aantal verzekerdenjaren	13.278.659	13.366.566	13.738.000	13.891.000	13.610.550	13.742.375
Gemiddelde kosten (geannualiseerd, gewogen met inschrijfduur)	260	265	290	284	272	285
Feitelijke zorgkosten >0 (niet gewogen)						
Minimum	3	1	4	1	0	0
Maximum	330.393	325.451	420.455	489.283	391.517	473.506
50^e percentiel	2.194	2.200	2.150	2.195	2.133	2.215
90^e percentiel	8.411	8.350	10.540	10.206	8.569	9.272
95^e percentiel	17.358	17.117	20.740	19.896	16.889	17.581
99^{ste} percentiel	64.107	62.654	74.677	68.804	60.711	62.790

²⁷ Merk op dat het aantal verzekerdenjaren exclusief de buitenlandverzekerden is.



Representativiteit op enkelvoudige risicoklassen en subgroepen

7. Representativiteit op enkelvoudige risicoklassen en subgroepen

Leeswijzer

Hoofdstuk 7 geeft inzicht in de representativiteit van de beslisinformatie voor de definitieve vaststelling op het niveau van enkelvoudige risicoklassen en subgroepen door verscheidene analyses. De analyses van dit hoofdstuk gaan in op het behaalde vereveningsresultaat van enkelvoudige risicoklassen. Hierbij wordt extra aandacht gegeven aan risicoklassen die opvallen door hoge vereveningsresultaten (hoofdstuk 7.1.1. en 7.2.1.). Daarnaast gaan de analyses in op de mate waarin de kosten en verzekerdenaantallen (die worden uitgedrukt in prevalenties), op het niveau van enkelvoudige risicoklassen en subgroepen bij de OT en ex-ante vaststelling, aansluiten op de gerealiseerde cijfers (hoofdstuk 7.1.2. – 7.1.3. en 7.2.2. – 7.2.3.). Deze analyses zijn uitgevoerd voor het somatische en het GGZ-model (gGGZ + IGGZ). De laatste analyse in dit hoofdstuk onderzoekt het patroon in het gemiddelde vereveningsresultaat en de kosten tijdens de OT en de ex-ante vaststelling en vergelijkt deze met het patroon bij de definitieve vaststelling op gerealiseerde cijfers (zie hoofdstuk 7.1.4. en 7.2.4.).

Samenvatting

Somatische kosten

Voor verschillende risicoklassen in het somatische model bestaan forse gemiddelde vereveningsresultaten na de procentuele correctie op de vereveningsbijdrage (stap 1 van het flankerend beleid). Hierbij vallen met name de risicoklassen van sDKG 7, FKG 36, 37, FDG 4 en pDKG 14 op. Voor deze risicoklassen is er sprake van significante over- of onderschatting van de gemiddelde kosten tijdens de OT en/of ex-ante vaststelling ten opzichte van de gerealiseerde kosten. Echter, deze risicoklassen hebben een laag aandeel in de totale GGAV in de kosten ten opzichte van de verzekerdensjaren bij de ex-ante vaststelling. Daardoor is de impact op macroniveau beperkt.

sDKG 1, 3, MVV 8 FKG 24 en FDG 1 hebben daarentegen een significant aandeel in de totale GGAV in de kosten ten opzichte van de verzekerdensjaren bij de ex-ante vaststelling. Zo is pDKG 2 verantwoordelijk voor 34% van de totale GGAV in de kosten, tegenover 0,5% in de verzekerdensjaren bij de ex-ante vaststelling, en MVV 8 voor 29% van de totale GGAV in de kosten ten opzichte van 0,2% in de verzekerdensjaren bij de ex-ante vaststelling. De gemiddelde kosten en prevalenties bij de ex-ante vaststelling sluiten zoals naar verwachting beter aan bij de definitieve vaststelling dan de tijdens de OT-vaststelling. De resultaten voor 2019 zijn grotendeels in lijn met de resultaten voor 2018.

GGZ-kosten

Voor verschillende risicoklassen in het GGZ-model bestaan forse gemiddelde vereveningsresultaten na de procentuele correctie op de vereveningsbijdrage (stap 1 van het flankerend beleid). Hierbij vallen met name de risicoklassen van DKG-GGZ 14 tot en met 17 op. Voor DKG-GGZ 14, 16 en 17 is er sprake van significante overschatting van de gemiddelde kosten tijdens de OT en/of ex-ante vaststelling ten opzichte van de gerealiseerde kosten. Echter, deze risicoklassen hebben een laag aandeel in de totale GGAV in de kosten ten opzichte van de verzekerdensjaren bij de ex-ante vaststelling. Daardoor is de impact op macroniveau beperkt.

DKG-GGZ 7, MHK-GGZ 1 en FKG-GGZ 9 hebben daarentegen een significant aandeel in de totale GGAV in de kosten ten opzichte van de verzekerdensjaren bij de ex-ante vaststelling. Zo is DKG-GGZ 7 verantwoordelijk voor 15% van de totale GGAV in de kosten tegenover 0,1% in de verzekerdensjaren bij de ex-ante vaststelling. De gemiddelde kosten en prevalenties bij de ex-ante vaststelling sluiten zoals verwacht beter aan bij de definitieve vaststelling dan de tijdens de OT-vaststelling. De resultaten voor 2019 zijn grotendeels in lijn met de resultaten voor 2018, behalve bij de extreme vereveningsresultaten van de DKG-GGZ risicoklassen.

De verschuivingen in prevalenties zijn, zowel in het somatische als het GGZ-model, in totaal relatief beperkt. De prevalenties sluiten gemiddeld bij de ex-ante vaststelling beter aan op de gerealiseerde cijfers dan bij de OT.

Analyse op enkelvoudige risicoklassen (hoofdstuk 7.1.1 – 7.1.3. en 7.2.1. – 7.2.3.)

Bij de OT en ex-ante vaststelling is de gemiddelde bijdrage vrijwel²⁸ gelijk aan de verwachte gemiddelde kosten voor iedere risicoklasse in het ex-ante model: 199 risicoklassen voor het somatische model en 120 risicoklassen voor het GGZ-model in 2019. Bij de definitieve vaststelling hoeft de gemiddelde bijdrage niet meer gelijk te zijn aan de werkelijke gemiddelde kosten, vanwege ontwikkelingen in de kosten en prevalenties ten opzichte van de geraamde cijfers. Om dit in beeld te brengen, wordt het gemiddelde vereveningsresultaat per enkelvoudige risicoklasse geanalyseerd. Aangezien het macrovereveningsresultaat invloed heeft op de resultaten zijn de vereveningsresultaten gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat (Bijlage I en J). Dit is gelijk aan stap 1 van flankerend beleid.

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

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

- Sommige vereveningskenmerken hangen onderling samen. Daardoor kan een verschuiving in kosten en/of prevalentie van een vereveningskenmerk invloed uitoefenen op andere vereveningskenmerken. Bij verklaringen voor de effecten van één vereveningskenmerk dient men de effecten bij andere vereveningskenmerken gezamenlijk in ogenschouw te nemen.
- Verschillen tussen de geraamde cijfers—zoals gebruikt bij de OT en ex-ante vaststelling—en de gerealiseerde cijfers zijn onontkoombaar. Het is relevant om uit te wijzen in welke mate dergelijke verschillen voorkomen, en of deze verschillen een structureel patroon vertonen (bij vergelijking van de resultaten met de resultaten van voorgaande jaren: Monitor 2014 t/m 2018) dan wel bijzonderheden van een bepaald vereveningsjaar reflecteren. Wij analyseren de verschillen en dragen hiervoor mogelijke verklaringen aan. Welk deel van de

verschillen vooraf beter ingeschat kon worden is niet aan te geven op basis van de beschikbare gegevens en uitgevoerde analyses. Immers, wij kunnen niet vaststellen wat de verschillen zouden zijn als een bepaalde stap in het uitvoeringsproces (zoals een conversie, een herweging of een schaling) anders zou zijn uitgevoerd. Indien opvallende verschillen bij dezelfde vereveningskenmerken over verschillende jaren terugkomen is dit een aanleiding om nader de stappen voor het representatief maken van de beslisinformatie te onderzoeken (waarbij uiteraard toegang is tot deze aanvullende informatie).

- Wij vergelijken de resultaten en patronen hierin met voorgaande jaren voor zover mogelijk. Het is namelijk niet goed mogelijk om de resultaten een-op-een te vergelijken met die van voorgaande jaren vanwege jaar-specifieke wijzigingen (o.a. kostendefinities en overhevelingen: Bijlage D). Een trendanalyse over de jaren waarbij wordt gecorrigeerd voor wijzigingen, ligt buiten de reikwijdte van deze Monitor.

Onze analyse en beschrijving van de resultaten is niet uitputtend. Wij focussen op de belangrijkste bevindingen om inzicht te krijgen in de representativiteit van de beslisinformatie.

Analyse op patronen voor subgroepen (hoofdstuk 7.1.4. en 7.2.4.)

Naast de enkelvoudige risicoklassen analyseren wij het patroon in het gemiddelde vereveningsresultaat en de kosten van enkele subgroepen die niet expliciet in het ex-ante model zijn opgenomen. Wij definiëren subgroepen op basis van samenhang tussen een somatische en psychische aandoening in combinatie met leeftijd, conform de definities in Hoofdstuk 5 (Bijlage C). Het doel hiervan is om na te gaan in hoeverre het patroon in het gemiddelde vereveningsresultaat en de kosten tijdens de OT en de ex-ante vaststelling vergelijkbaar zijn met het patroon bij de definitieve vaststelling op gerealiseerde cijfers. Het doel is niet om de resultaten in absolute zin te vergelijken. Ten behoeve van vergelijkbaarheid van de resultaten op subgroepen over de verschillende momenten is het gemiddelde vereveningsresultaat bij de definitieve vaststelling procentueel gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat (Bijlage I). De resultaten voor de definitieve vaststelling in Hoofdstuk 7 zijn daarmee gelijk aan die in Hoofdstuk 5. Er dient te worden opgemerkt dat de onderzochte subgroepen 'slechts' een indicatie geven voor de representativiteit op subgroepniveau. Het is buiten de reikwijdte van deze Monitor om andere subgroepen te analyseren.

²⁸ Door meervoudigheid binnen het vereveningskenmerk FKG voor somatische zorg en de gekozen schattingsmode (QP) voor het GGZ-model is bij de OT en ex-ante vaststelling de gemiddelde bijdrage niet

altijd exact gelijk aan de verwachte gemiddelde kosten (vereveningsresultaat van nul). (WOR 930 - Eindrapportage Normbedragen RV2019)

7.1. Somatische kosten

7.1.1. Resultaat enkelvoudige risicoklassen

Tabel 7-1 presenteert de enkelvoudige risicoklassen uit het somatische model 2019 met de vijf grootste absolute (ongecorrigeerde) vereveningsresultaten, op verzekerdenniveau en macroniveau. Het gemiddelde vereveningsresultaat is beoordeeld *na* correctie op het macrovereveningsresultaat (laatste kolom in Tabel 7-1). Een positief vereveningsresultaat duidt op een kostenonderschrijding (c.q. de gerealiseerde kosten zijn lager dan de vereveningsbijdrage) en een negatief vereveningsresultaat duidt op een kostenoverschrijding

(c.q. de gerealiseerde kosten zijn hoger dan de vereveningsbijdrage).

Bijlage J.1 geeft een overzicht van het gemiddelde vereveningsresultaat voor alle 199 risicoklassen van het somatische model, zowel voor als na correctie voor het macrovereveningsresultaat. Figuur J-1 in Bijlage J.1 weergeeft het gehele beeld van somatische model en de werking per enkelvoudige risicoklasse weergegeven.

Tabel 7-1. Enkelvoudige risicoklassen in het somatische model 2019 met een vereveningsresultaat buiten de gekozen grenzen bij de definitieve vaststelling

Enkelvoudige risicoklassen		Aantal, in % ^a	Gemiddelde kosten, in €	Gemiddeld vereveningsresultaat, in € (% t.o.v. gem. kosten) ^b	Normbedrag ex-ante vaststelling	Macro-omvang vereveningsresultaat, in € in mln.	Gemiddeld vereveningsresultaat na correctie, in € ^c
Risicoklassen met de vijf grootste absolute vereveningsresultaten op verzekerdenniveau							
sDKG	sDKG 7	0,002	78.886	51.132 (65%)	71.000	20	46.668
FKG	FKG 36 (Extreem hoge kosten cluster 2)	0,001	247.278	49.786 (20%)	243.004	7	39.588
	FKG 37 (Extreem hoge kosten cluster 3)	0,001	420.260	43.138 (10%)	395.119	6	27.230
FDG	FDG 4	0,006	55.855	-9.734 (-17%)	12.339	-11	-11.318
pDKG	pDKG 14	0,008	65.316	14.011 (21%)	67.547	20	11.288
Risicoklassen met de vijf grootste vereveningsresultaten op macroniveau							
FDG	FDG 0 (geen FDG)	98,0	2.314	77 (3%)	-305	1.285	-5
HKG	HKG 0 (geen HKG)	96,1	2.104	68 (3%)	-53	1.121	-6
sDKG	sDKG 0 (geen sDKG)	96,1	2.020	64 (3%)	-101	1.054	-7
MVV	MVV 0 (geen MVV)	97,5	2.078	59 (3%)	-194	976	-15
AVI	AVI 0 (0-17 en 65+)	39,1	3.563	140 (4%)	0	935	13

Voetnoot Tabel 7-1:

- Omvang in verzekerdenjaren, uitgedrukt in het percentage van de totale Zvw-bevolking.
- Voor alle 199 risicoklassen tezamen geldt een gemiddeld vereveningsresultaat van € 86 per verzekerde. Dit is het macrovereveningsresultaat voor de somatische kosten in 2019.
- Het 'resultaat na correctie' is het vereveningsresultaat na de procentuele correctie op de vereveningsbijdrage, ofwel stap 1 van het flankerend beleid (Bijlage J) en daarmee komt het gemiddeld vereveningsresultaat voor alle 199 risicoklassen tezamen na correctie uit op € 0 per verzekerde.

Top vijf grootste, absolute, gecorrigeerde vereveningsresultaten op verzekerdenniveau

De top vijf van het absolute, gecorrigeerde, gemiddelde vereveningsresultaat binnen enkelvoudige risicoklassen beschreven in Tabel 7-1 loopt sterk uiteen (€46.668 tot -€11.318). Vier van de vijf grootste risicovereveningsresultaten op verzekerdenniveau betreft een overcompensatie. Voor deze risicoklassen zijn de gerealiseerde kosten fors lager uitgevallen dan verwacht. Eén van de vijf enkelvoudige risicoklassen heeft een negatieve waarde, maar vervult door de absolute benadering een plek in de top vijf.

In de Monitor 2019 bestaat de top vijf van het absolute, gecorrigeerde, gemiddelde vereveningsresultaat binnen enkelvoudige risicoklassen respectievelijk uit sDKG 7 (€46.668), FKG Extreem hoge kosten cluster 2 (€39.588), FKG Extreem hoge kosten cluster 3 (€27.230), FDG 4 (-€11.318) en pDKG 14 (€11.288).

In de Monitor 2018 bestond de top vijf van het absolute, gecorrigeerde, gemiddelde vereveningsresultaat binnen enkelvoudige risicoklassen respectievelijk uit FKG Extreem hoge kosten cluster 2 (€23.601), VGG 6 (-€19.008), FDG 4 (-€13.624), FKG Extreem hoge kosten cluster 1 (-€11.174) en sDKG 7 (€9.236).

Wijzigingen in spreiding in 2019 ten opzichte van 2018

Op basis van de uitkomsten constateren wij dat de spreiding van het absolute, gecorrigeerde, gemiddelde vereveningsresultaat binnen de vijf enkelvoudige risicoklassen in 2019 met de hoogste onder en overcompensatie (€46.668 tot -€11.318) is toegenomen ten opzichte van 2018 (€23.601 tot -€19.008). Dit wordt met name veroorzaakt door een significante toename in de enkelvoudige risicoklasse sDKG 7 (€46.668 versus €9.236) en FKG Extreem hoge kosten cluster 2 (€39.588 versus €23.601).

Wijzigingen per vereveningskenmerk in 2019 ten opzichte van 2018:

- **sDKG 7:** sDKG 7 laat in 2019 een significante toename zien ten opzichte van 2018 in het absolute, gecorrigeerde, gemiddelde vereveningsresultaat (€46.668 versus €9.236).
- **FKG Extreem hoge kosten cluster 2:** FKG Extreem hoge kosten cluster 2 laat in 2019 een significante toename zien ten opzichte van 2018 in het absolute, gecorrigeerde, gemiddelde vereveningsresultaat (€39.588 versus €23.601).
- **FKG Extreem hoge kosten cluster 3:** FKG Extreem hoge kosten cluster 2 laat in 2019 een significante toename zien ten opzichte van 2018 in het absolute, gecorrigeerde, gemiddelde vereveningsresultaat (€27.230 versus €2.758).

- FKG Extreem hoge kosten cluster 1 (€244 versus -€11.174) heeft in 2019 een significant betere verevening dan in 2018.

- **FDG 4:** FDG 4 laat in 2019 een afgenomen absoluut, gecorrigeerd, gemiddelde vereveningsresultaat zien ten opzichte van 2018 (-€11.318 versus -€13.624).
- **pDKG 14:** pDKG 14 laat in 2019 een toegenomen absoluut, gecorrigeerd, gemiddelde vereveningsresultaat zien ten opzichte van 2018 (€11.288 versus €8.778).
- **VGG en MVV:** Het vereveningskenmerk VGG is geen onderdeel meer van het risicovereveningsmodel 2019. Vervangend hiervoor is het vereveningskenmerk MVV. MVV komt niet voor in de top vijf van het absolute, gecorrigeerde, gemiddelde vereveningsresultaat binnen enkelvoudige risicoklassen in 2019. Echter, drie enkelvoudige risicoklassen van MVV hebben een absoluut, gecorrigeerd, gemiddeld vereveningsresultaat dat absoluut hoger is dan €1000 (zie bijlage J).

Op basis van de beschikbare gegevens kunnen wij op dit moment geen specifieke en/of onderliggende oorzaken aanwijzen die verantwoordelijk zijn voor deze resultaten. De analyses in hoofdstuk 7.1.2 en 7.1.3. geven inzicht in de GGAV in kosten en de GAV in prevalenties om dieper in te gaan op de verklaringen voor de afwijkingen binnen de enkelvoudige risicoklassen tijdens de OT en de ex-ante vaststelling die wij in dit hoofdstuk constateren.

Top vijf grootste, ongecorrigeerde vereveningsresultaat op macroniveau

In de Monitor 2019 bestaat de top vijf van het absolute, ongecorrigeerde vereveningsresultaat op macroniveau respectievelijk uit FDG 0 (€1.285 miljoen), HKG 0 (€1.121 miljoen), sDKG 0 (€1.054 miljoen), MVV 0 (€976 miljoen) en AVI 0 (€935 miljoen).

In de Monitor 2018 bestond de top vijf van absolute, ongecorrigeerde vereveningsresultaat op macroniveau respectievelijk uit FDG 0 (€1.130 miljoen), HKG 0 (€985 miljoen), sDKG 0 (€946 miljoen), pDKG 0 (€925 miljoen) en AVI 0 (€858 miljoen).

Wijzigingen in spreiding in 2019 ten opzichte van 2018

Op basis van de uitkomsten, constateren wij dat de spreiding van het absolute, ongecorrigeerde vereveningsresultaat op macroniveau in 2019 (€1.285 tot €935 miljoen) is toegenomen ten opzichte van 2018 (€1.130 tot €858 miljoen).

Wijzigingen per vereveningskenmerk in 2019 ten opzichte van 2018

- **FDG 0:** FDG 0 laat in 2019 een toegenomen absoluut, ongecorrigeerd vereveningsresultaat op

macroniveau zien ten opzichte van 2018 (€1.285 versus €1.130 miljoen).

- **HKG 0:** HKG 0 laat in 2019 een significant toegenomen absoluut, ongecorrigeerd vereveningsresultaat op macroniveau zien ten opzichte van 2018 (€1.121 versus €985 miljoen).
- **sDKG 0:** sDKG 0 laat in 2019 een toegenomen absoluut, ongecorrigeerd vereveningsresultaat op macroniveau zien ten opzichte van 2018 (€1.054 versus €946 miljoen).
- **MVV 0:** MVV is een nieuw vereveningskenmerk in het risicovereveningsmodel 2019. MVV is een vervangend vereveningskenmerk voor VGG. MVV 0 laat in 2019 een hoger absoluut, ongecorrigeerd vereveningsresultaat op macroniveau zien ten opzichte van VGG 0 in 2018 (€976 versus €773 miljoen).
- **AVI 0:** AVI 0 laat in 2019 een toegenomen absoluut, ongecorrigeerd vereveningsresultaat op macroniveau zien ten opzichte van 2018 (€935 versus €858 miljoen).

Op basis van de beschikbare gegevens kunnen wij geen specifieke, onderliggende (sub)groepen aanwijzen die verantwoordelijk zijn voor deze resultaten.

Gezien de prevalenties van de afslagklassen is voor FDG, HKG, sDKG en MVV, ligt het voor de hand dat het vereveningsresultaat op macroniveau significant is. De afslagklasse van AVI bevat zowel de verzekerden onder de 18 als verzekerden boven de 65. Dit kan een verklaring zijn voor het significante vereveningsresultaat op macroniveau.

7.1.2. GGAV kosten

De bovenstaande resultaten op niveau van de enkelvoudige risicoklassen zijn (deels) te verklaren door de ontwikkelingen in de kosten tussen de OT en de ex-ante vaststelling ten opzichte van de gerealiseerde kosten. De GGAV in de kosten is per vereveningskenmerk geanalyseerd (Tabel 7-2). Voor vergelijkbaarheid van de resultaten tussen momenten zijn de gemiddelde kosten bij de OT en de ex-ante vaststelling procentueel geschaald naar het gerealiseerde kostenniveau (Bijlage C). Hoe lager de GGAV, des te beter de gemiddelde geraamde kosten aansluiten op de gemiddelde gerealiseerde kosten. De absolute waarde van de GGAV is lastig te beoordelen, omdat niet bekend is welke waarde acceptabel is. Een waarde van nul is niet

waarschijnlijk. (Geringe) afwijkingen tussen schatting en realisatie treden immers altijd op. De GGAV interpreteren wij in relatieve zin om het patroon in de afwijkingen van de gemiddelde kosten te analyseren van de vereveningskenmerken op de momenten en in vergelijking met voorgaande jaren, voor zover dit mogelijk is. De GGAV wordt onderling vergeleken en gerelateerd aan het gemiddelde kostenniveau. Tabel 7-2 toont de GGAV in kosten per verzekerdenjaar tussen de OT en definitieve vaststelling en tussen de ex-ante vaststelling en definitieve vaststelling, gecorrigeerd voor het verschil in gemiddelde kostenniveau tussen de vaststellingsmomenten.

Tabel 7-2 GGAV in kosten per verzekerdenjaar 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 voor het somatische model van 2018 en 2019

	OT versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd		Ex-ante vaststelling versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd	
	2018	2019	2018	2019
Leeftijd/geslacht	88,8	88,9	48,4	63,6
pDKG	79,5	39,9	39,3	38,3
sDKG	54,8	39,5	14,4	19,3
FKG	76,6	72,6	54,0	52,8
HKG	33,5	34,4	14,3	24,0
AVI	30,1	48,1	27,8	28,7
SES	201,4	77,2	234,6	49,6
PPA	274,0	69,0	296,3	47,6
Regio	17,7	17,9	7,3	6,7
MHK	40,8	55,5	53,5	37,8
FDG	22,0	18,4	12,6	8,3
MVV^a	33,7	16,4	39,3	23,3
Totaal	79,4	48,2	70,2	33,3

Voetnoot Tabel 7-2:

GGAV is een afkorting voor gewogen gemiddelde absolute verschillen. Het procentuele verschil kan worden afgeleid door de GGAV te delen door 12 (het aantal risicoklassen in het somatisch model).

a. MVV is een nieuw vereveningskenmerk in het risicovereveningsmodel van 2019. Het risicovereveningsmodel van 2018 bevatte het vereveningskenmerk VGG.

In het somatische model van 2019 wijken de totale kosten bij de OT met gemiddeld € 48,2 per verzekerdenjaren en bij de ex-ante vaststelling met gemiddeld € 33,3 per verzekerdenjaar af van de gerealiseerde kosten tijdens de definitieve vaststelling. De totale GGAV in de kosten bij de ex-ante vaststelling ligt lager dan bij de OT. Een lagere GGAV in de kosten bij de ex-ante vaststelling dan bij de OT betekent dat de gemiddelde kosten bij de ex-ante vaststelling over het algemeen beter aansluiten op de

gerealiseerde kosten dan bij de OT. De aansluiting van de ex-ante vaststelling bij de gerealiseerde kosten voor het somatische model is met name te verklaren door de vereveningskenmerken voor SES, PPA en MHK.

Wijzigingen GGAV in kosten in 2019 ten opzichte van 2018

De GGAV in de kosten voor het somatische model van 2019 ligt fors lager voor zowel de OT als de ex-ante vaststelling ten opzichte van de uitkomsten van 2018. Dit betekent dat het somatische model in 2019 zowel tijdens de OT als tijdens de ex-ante vaststelling beter aansluit bij de gerealiseerde kosten, dan het somatische model van 2018. In het somatische model van 2018 wijken de totale kosten namelijk bij de OT met gemiddeld € 79,4 per verzekerdenjaar en bij de ex-ante vaststelling met gemiddeld € 70,2 per verzekerdenjaar af van de gerealiseerde kosten tijdens de definitieve vaststelling.

Aansluiting van de ex-ante vaststelling bij de gerealiseerde kosten

De aansluiting van de ex-ante vaststelling bij de gerealiseerde kosten voor het somatische model van 2019 als volgt (deels) te verklaren:

Demografische kenmerken

De GGAV in kosten van **Leeftijd en geslacht** is relatief hoog in het somatische model van 2019. De ordegraote is vergelijkbaar over de jaren. De GGAV in de ex-ante vaststelling is gestegen ten opzichte van vorig jaar.

Voor **SES** is de GGAV in kosten gedaald in het somatische model van 2019 ten opzichte van 2018. Voor SES is de GGAV in 2019 € 77,2 versus € 201,4 in 2018 bij de OT en € 49,6 versus € 234,6 bij de ex-ante vaststelling. Voor **PPA** is de GGAV in kosten gedaald in het somatische model van 2019 ten opzichte van 2018. Voor PPA is de GGAV in 2019 € 69,0 versus € 274,0 in 2018 bij de OT en € 47,6 versus € 296,3 bij de ex-ante vaststelling.

In 2018 is de definitie van PPA gewijzigd, wat een verklarende factor is waarom deze vereveningskenmerken lastig te schatten zijn. Hierdoor verandert namelijk ook de indeling van verzekerden in SES. In 2019 is PPA en SES opnieuw geschat waardoor de kosten tijdens de OT en ex-ante vaststelling in het somatische model in 2019 dichterbij de gerealiseerde kosten zitten dan in 2018. In de voorgaande jaren lieten SES en PPA ook relatief grote afwijkingen in de gemiddelde kosten zien (Monitor 2013 t/m 2017).

Voor **AVI** is de GGAV in kosten toegenomen in het somatische model van 2019 (€ 48,1) ten opzichte van 2018 (€ 30,1) bij de OT. Binnen het somatische model van 2019 vallen voor de OT en ex-ante de GGAV in kosten op bij AVI 1 en AVI 2 tot en met AVI 8. AVI 1 heeft relatief hoge GGAV kosten, zowel bij de OT (€ 963) als ex-ante vaststelling (€ 1.397). Er is sprake van een lagere GGAV voor de OT dan voor de ex-ante vaststelling.

Voor AVI 2 tot en met AVI 8 is er sprake van een significant hogere GGAV voor zowel OT als ex-ante vaststelling dan voor andere risicoklassen binnen het vereveningskenmerk AVI. Er is sprake van een hogere GGAV voor de OT dan voor de ex-ante vaststelling.

Morbiditeitskenmerken

Voor **pDKG** is de GGAV in kosten gedaald tijdens de OT in het somatische model van 2019 (€ 39,9) ten opzichte van 2018 (€ 79,5) tijdens de OT. In de ex-ante vaststelling daalde de GGAV in kosten tussen 2019 (€ 38,3) gematigd ten opzichte van 2018 (€ 39,3).

Binnen het somatische model van 2019 vallen voor de OT binnen de GGAV in kosten op bij pDKG 13, 14 en 15. Binnen het somatische model van 2018 vallen voor de OT pDKG 7, 10, 11, 13, 14 en 15 op. Voor elk van deze klassen was de GGAV in kosten fors lager bij de ex-ante vaststelling dan bij de OT.

In het somatische model van 2019 valt met name pDKG 14 significant op met de GGAV in kosten voor de OT met € 31.137 per verzekerdenjaar en voor de ex-ante vaststelling € 23.445 per verzekerdenjaar. De gemiddelde kosten per verzekerdenjaar tijdens de OT en ex-ante vaststelling zijn fors overschat in vergelijking met de gerealiseerde kosten. Echter, pDKG 14 is verantwoordelijk voor 4,2% van de totale GGAV in de kosten maar minder dan 0,01% in de verzekerdenjaren bij de ex-ante vaststelling.

In de analyse van het aandeel in de totale GGAV in kosten versus de verzekerdenjaren valt pDKG 2 op. pDKG 2 is verantwoordelijk voor 17% van de totale GGAV in de kosten tegenover 0,01% in de verzekerdenjaren bij de ex-ante vaststelling. De gemiddelde kosten per verzekerdenjaar zijn tijdens de ex-ante vaststelling fors overschat in vergelijking met de gerealiseerde kosten.

Voor **sDKG** is de GGAV in kosten gedaald tijdens de OT in het somatische model van 2019 (€ 39,9) ten opzichte van 2018 (€ 54,8) bij de OT. Bij de ex-ante vaststelling is er sprake van een gematigde toename van de GGAV in kosten over 2018 (€ 14,4) naar 2019 (€ 19,3).

Binnen het somatische model van 2019 vallen voor de OT en ex-ante vaststelling de GGAV in kosten op bij sDKG 6 en 7. Voor deze risicoklassen zijn de gemiddelde kosten bij de ex-ante vaststelling fors overschat in vergelijking met de gerealiseerde kosten. Binnen het somatische model van 2018 vielen ook sDKG 6 en 7 op voor de OT en ex-ante vaststelling.

In het somatische model van 2019 valt met name sDKG 7 op met de GGAV in kosten tijdens de OT van € 34.591 per verzekerdenjaar en voor de ex-ante vaststelling € 31.092 per verzekerdenjaar. Echter, sDKG 7 is verantwoordelijk voor 4,2% van de totale GGAV in de kosten, maar minder dan 0,01% in de verzekerdenjaren bij de ex-ante vaststelling. Specifiek voor de risicoklasse

sDKG 3 is de GGAV in kosten hoger voor de ex-ante vaststelling (€ 1.257) dan voor de OT (€ 864). In de analyse van het aandeel in de totale GGAV in kosten versus de verzekerdenjaren vallen sDKG 1 en 3 op. sDKG 1 en 3 zijn respectievelijk verantwoordelijk voor 35% en 34% van de totale GGAV in de kosten tegenover 2,7% en 0,5% in de verzekerdenjaren bij de ex-ante vaststelling.

In voorgaande jaren vielen met name de hoge risicoklassen van DKG op. Hierbij hadden bepaalde tariefswijzigingen van behandelingen mogelijk een (vertraagd) effect op de kosten. Zoals in 2016 de sterke effecten van de DBC-doorlooptijd verkorting. Deze lijken in het somatische model 2019 in mindere mate te leiden tot een verschuiving in de GGAV.

Voor **MHK** is de GGAV in kosten toegenomen in het somatische model van 2019 (€ 55,5) ten opzichte van 2018 (€ 40,8) tijdens de OT. Binnen het somatische model van 2019 vallen voor de OT en de ex-ante vaststelling de GGAV in kosten op bij MHK 5, 6, 7 en 8. MHK 7 heeft hoge GGAV in kosten, zowel bij de OT (€ 856) als ex-ante vaststelling (€ 2.082). Voor deze risicoklasse zijn de gemiddelde kosten bij de ex-ante vaststelling onderschat in vergelijking met de gerealiseerde kosten.

Voor MHK 5, 6, en 8 is er sprake van een hogere GGAV voor zowel OT als ex-ante vaststelling dan voor andere risicoklassen. Er is sprake van een hogere GGAV voor de OT dan voor de ex-ante vaststelling. Specifiek voor deze risicoklassen zijn de gemiddelde kosten bij de ex-ante vaststelling overschat in vergelijking met de gerealiseerde kosten. In de analyse van het aandeel van de totale GGAV in kosten versus de verzekerdenjaren vallen MHK 3 tot en met 6 op. Dit geldt met name voor MHK 5; deze risicoklasse is verantwoordelijk voor 22% van de totale GGAV in de kosten tegenover 0,8% in de verzekerdenjaren bij de ex-ante vaststelling.

MVV heeft een hogere GGAV in kosten tijdens de OT dan de ex-ante vaststelling. De GGAV in kosten is bij zowel de OT als ex-ante vaststelling afgenomen in het somatische model tussen 2019 en 2018. Opvallend is dat de GGAV in de OT (€ 16,4) lager is dan tijdens de ex-ante vaststelling (€ 23,3).

Binnen het somatische model van 2019 valt de OT en de ex-ante vaststelling de GGAV in kosten op voor MVV 8. Deze risicoklasse heeft lagere GGAV kosten bij de OT (€ 3.957) dan bij de ex-ante vaststelling (€ 4.160). Voor deze risicoklasse zijn de gemiddelde kosten bij de ex-ante vaststelling overschat in vergelijking met de gerealiseerde kosten.

Daarnaast is MVV 8 verantwoordelijk voor 29% van de totale GGAV in de kosten met minder dan 0,2% in de verzekerdenjaren bij de ex-ante vaststelling.

FKG heeft een relatief hoge GGAV in kosten, zowel bij de OT als de ex-ante vaststelling. Voor FKG is de GGAV in de OT € 72,6 versus € 52,8 tijdens de ex-ante vaststelling. De GGAV in kosten is gematigd afgenomen in het somatische model van 2019 ten opzichte van 2018.

Binnen het somatische model van 2019 vallen voor de OT en de ex-ante vaststelling de GGAV in kosten op bij FKG 36 (Extreem hoge cluster 2) en FKG 37 (Extreem hoge cluster 3). FKG 36 (Extreem hoge cluster 2) heeft relatief hoge GGAV kosten tijdens de OT (€ 75.425) en ex-ante vaststelling (€ 53.592). FKG 37 (Extreem hoge cluster 3) heeft ook relatief hoge GGAV in kosten tijdens de OT (€ 50.327) en de ex-ante vaststelling (€ 33.995).

Echter, FKG 36 en FKG 37 zijn samen verantwoordelijk voor 1,4% van de totale GGAV in kosten en minder dan 0,01% in de verzekerdenjaren bij zowel de OT en de ex-ante vaststelling.

In de analyse van het aandeel in de totale GGAV in kosten versus de verzekerdenjaren vallen FKG 20 (HIV/AIDS), 24 (Auto-immuunziekten add-on) en 33 (Kanker add-on) op. Met name voor FKG 24 waar 23% van de totale GGAV in de kosten staat voor 1,4% in de verzekerdenjaren bij de ex-ante vaststelling. In de Monitor 2018 vielen deze drie kenmerken ook op naast FKG 16 (Cystic Fibrosis).

De hogere risicoklassen omvatten “zwaardere aandoeningen” waarbij er mogelijk meer fluctuaties in de zorgkosten verwacht mogen worden, omdat het om (zeer) hoge kosten gaat bij deze verzekerden.

Uitkomsten binnen overige morbiditeitskenmerken

Een aantal risicoklassen vallen op basis van de analyse van het aandeel in de totale GGAV in kosten versus de verzekerdenjaren en in mindere mate op basis van de absolute getallen van de GGAV in kosten:

- **HKG 4** is verantwoordelijk voor 18% van de totale GGAV in de kosten tegenover 0,1% in de verzekerdenjaren bij de ex-ante vaststelling. De gemiddelde kosten zijn tijdens de ex-ante vaststelling een onderschatting in vergelijking met de gerealiseerde kosten.
- **HKG 5** is verantwoordelijk voor 12% van de totale GGAV in de kosten tegenover 0,5% in de verzekerdenjaren bij de ex-ante vaststelling. De gemiddelde kosten zijn tijdens de ex-ante vaststelling een overschatting in vergelijking met de gerealiseerde kosten.
- **FDG 1** is verantwoordelijk voor 32% van de totale GGAV in de kosten tegenover 1,2% in de verzekerdenjaren bij de ex-ante vaststelling. De gemiddelde kosten zijn tijdens de ex-ante vaststelling een onderschatting in vergelijking met de gerealiseerde kosten.

- **FDG 4** is verantwoordelijk voor 8% van de totale GGAV in de kosten tegenover minder dan 0,1% in de verzekerdenjaren bij de ex-ante vaststelling. Tevens vallen ook tijdens de OT en de ex-ante vaststelling de

GGAV in kosten op bij FDG 4. FDG 4 heeft relatief hoge GGAV kosten tijdens de OT (€ 11.851) en ex-ante vaststelling (€ 9.506). De gemiddelde kosten zijn tijdens de ex-ante vaststelling onderschat in vergelijking met de gerealiseerde kosten.

7.1.3. GAV Prevalenties

Naast verschuivingen in kosten treden ook verschuivingen in prevalenties op tussen de vaststellingsmomenten. Tabel 7-3 toont de GAV in prevalenties per vereveningskenmerk van het somatische model 2019.

Tabel 7-3 GAV in prevalenties tussen de OT en definitieve vaststelling en tussen ex-ante vaststelling en definitieve vaststelling, voor alle verzekerden in de Zvw-bevolking volgens het somatische model 2018 en 2019. Dit zijn aantallen per 1000 verzekerden.

	OT versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd		Ex-ante vaststelling versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd	
	2018	2019	2018	2019
Leeftijd/geslacht	43,2	46,6	7,5	8,4
pDKG	20,2	6,1	7,6	4,6
sDKG	11,6	2,7	2,5	1,0
FKG	17,4	14,6	3,5	6,4
HKG	6,7	7,5	0,8	0,9
AVI	41,7	36,9	26,4	31,0
SES	116,7	20,1	123,8	7,3
PPA	30,5	21,6	6,2	8,5
Regio	4,3	4,1	2,1	1,8
MHK	20,9	20,4	20,6	29,4
FDG	3,1	3,8	2,3	0,3
MVV^a	1,0	1,0	0,5	0,5
Totaal	26,4	15,4	17,0	8,4

Voetnoot Tabel 7-3:

GAV is een afkorting voor gesommeerde absolute verschillen. Het procentuele verschil kan worden afgeleid door de GAV te delen door 12 (het aantal risicoklassen in het somatisch model).

- a. MVV is een nieuw vereveningskenmerk in het risicovereveningsmodel van 2019. Het risicovereveningsmodel van 2018 bevatte het vereveningskenmerk VGG.

In het somatische model van 2019 wijken de totale GAV in prevalenties bij de OT gemiddeld 1,54% af en bij de ex-ante vaststelling gemiddeld 0,83% af van de gerealiseerde prevalenties tijdens de definitieve vaststelling. De totale GAV in de prevalentie bij de ex-ante vaststelling ligt conform verwachting lager dan bij de OT. Een lagere GAV in de prevalentie bij de ex-ante vaststelling dan bij de OT betekent dat de geraamde prevalenties bij de ex-ante vaststelling over het algemeen beter aansluiten op de werkelijke prevalenties dan bij de OT.

Het verschil in de totale GAV in prevalentie tussen OT en ex-ante vaststelling wordt veroorzaakt door de effecten van de verzekerdenraming. De verzekerdenraming levert een positieve bijdrage aan de aansluiting van de

geraamde prevalentie op de werkelijke prevalentie. In vergelijking met voorgaande jaren is de totale GAV bij de ex-ante vaststelling lager: van 0,89% in 2016, naar 1,18% in 2017, naar 1,70% in 2018 naar 0,84% in 2019 (Monitor 2016, 2017 en 2018: Tabel 7-3). Een mogelijke verklaring hiervoor is het lage aantal doorgevoerde modelwijzigingen in 2019. Modelwijzigingen gaan gepaard met een toename van onzekerheid bij de OT en ex-ante vaststelling over de ontwikkeling van nieuwe of aangepaste vereveningskenmerken.

Wijzigingen GAV in prevalentie in 2019 ten opzichte van 2018

De afwijkingen in de prevalenties voor het somatische model van 2019 liggen voor zowel OT als ex-ante vaststelling lager dan de uitkomsten van 2018. Dit

betekent dat het somatische model in 2019 zowel tijdens de OT als ex-ante vaststelling beter aansluit met de gerealiseerde kosten dan het somatische model van 2018. In het somatische model van 2018 wijkt de totale GAV in prevalenties bij de OT met gemiddeld 2,64% versus 1,54% in 2019 af en bij de ex-ante vaststelling met gemiddeld 1,70% versus 0,84% in 2019 af van de gerealiseerde prevalenties tijdens de definitieve vaststelling.

Aansluiting van de ex-ante vaststelling bij de werkelijke prevalenties

De aansluiting van de ex-ante vaststelling bij de gerealiseerde werkelijke prevalenties voor het somatische model van 2019 als volgt (deels) te verklaren:

Demografische kenmerken

Voor **Leeftijd en geslacht** is de GAV in prevalenties van gestegen in het somatische model van 2019 (4,66%) ten opzichte van 2018 (4,32%) tijdens de OT en van 2019 (0,84%) ten opzichte van 2018 (0,75%) tijdens de ex-ante vaststelling. Dit is ook in eerdere jaren geconstateerd. Dit komt door het effect van de verzekerdensraming.

Binnen het somatische model van 2019 vallen voor de OT en de ex-ante vaststelling de GAV in prevalenties geen specifieke risicoklassen op.

In de analyse van het aandeel in de totale GAV in prevalentie versus de verzekerdensraming valt met name de risicoklasse voor mannen tussen 18-24 op. Deze risicoklasse is verantwoordelijk voor 11% van de totale GAV in de prevalentie tegenover 4% in de verzekerdensraming bij de ex-ante vaststelling.

Voor **SES** is de GAV in prevalenties gedaald in het somatische model van 2019 (2,0%) ten opzichte van 2018 (11,7%) tijdens de OT. De GAV in prevalenties daalde ook tijdens de ex-ante vaststelling van 2019 (0,73%) ten opzichte van 2018 (12,4%). In 2018 is er een wijziging geweest voor het vereveningskenmerk SES. In 2018 is de definitie van PPA gewijzigd en hierdoor verandert de indeling van verzekerden in SES. De GAV in prevalentie van SES van 2019 ligt weer in lijn met de GAV in de prevalentie van 2017.

Binnen het somatische model van 2019 vallen voor de OT en de ex-ante vaststelling de GAV in prevalenties geen specifieke risicoklassen op. In de analyse van het aandeel in de totale GAV in prevalentie versus de verzekerdensraming valt met name de risicoklasse SES 2 (Zeer laag 18-64 jaar), 8 (Midden 18-64 jaar) en 11 (Hoog 18-64 jaar) op. Zo is SES 11 risicoklasse verantwoordelijk voor 11% van de totale GAV in de prevalentie tegenover 4% in de verzekerdensraming bij de ex-ante vaststelling.

Voor **AVI** is de GAV in prevalenties gedaald in het somatische model van 2019 (3,7%) ten opzichte van 2018 (4,2%) tijdens de OT en gestegen van 2019 (3,1%) ten opzichte van 2018 (2,6%) tijdens de ex-ante vaststelling.

De prevalenties van AVI worden sterk beïnvloed door de economische omstandigheden en specifieke beleidsmaatregelen met betrekking tot de arbeidsmarkt en sociale zekerheid. Dit is een verklaring voor de hoge GAV in prevalentie voor AVI. Daarnaast is het hierdoor onzeker om een trendfactor voor AVI vast te stellen op basis van recente gegevens. Daarom wordt er geen trendfactor toegepast in de verzekerdensraming voor AVI.

Binnen het somatische model van 2019 vallen voor de ex-ante vaststelling de GAV in prevalenties op bij risicoklassen voor de referentiegroep 18-34 en 35-44 jaar. Met name de referentiegroep van 18-34 jaar heeft een hoge GAV in prevalentie bij de ex-ante vaststelling (0,70% van de 4,66%). Voor deze risicoklasse is de gemiddelde prevalentie bij de ex-ante vaststelling onderschat in vergelijking met de werkelijke prevalentie. Deze bevindingen liggen in lijn met 2018.

In 2018 viel een zelfstandige tussen 25 en 44 jaar op. Deze risicoklasse zorgt voor een minimale impact (0,2% van de 4,66%) op de GAV in prevalenties voor AVI. In de analyse van het aandeel in de totale GAV in prevalentie versus de verzekerdensraming valt ook met name de referentiegroep van 18-34 jaar op. Deze risicoklasse is verantwoordelijk voor 28% van de totale GAV in de prevalentie tegenover 12% in de verzekerdensraming bij de ex-ante vaststelling. Dit is in lijn met de afwijking die is geconstateerd bij de risicoklasse voor mannen tussen 18-24 binnen het vereveningskenmerk Leeftijd en geslacht.

Morbiditeitskenmerken

Voor **pDKG** is de GAV in prevalenties gedaald in het somatische model van 2019 (0,61%) ten opzichte van 2018 (2,0%) tijdens de OT en van 2019 (0,46%) ten opzichte van 2018 (0,76%) tijdens de ex-ante vaststelling.

Binnen het somatische model van 2019 valt voor de OT en de ex-ante vaststelling de GAV in prevalenties specifiek pDKG 2 op. pDKG 2 heeft een hoge GAV in prevalentie bij de ex-ante vaststelling (0,09% van de 0,46%). Voor deze risicoklasse is de gemiddelde prevalentie bij de ex-ante vaststelling onderschat in vergelijking met de werkelijke prevalentie.

Echter, in de analyse van het aandeel in de totale GAV in prevalentie versus de verzekerdensraming is pDKG 2 verantwoordelijk voor 1,1% van de totale GAV in de prevalentie tegenover 2,2% in de verzekerdensraming bij de ex-ante vaststelling. De impact van deze risicoklasse is daarom beperkt op totaalniveau. In 2018 vielen ook pDKG 1 tot en met 5 op. De GAV in prevalenties is in 2019 lager voor deze risicoklassen dan in 2018.

Voor **sDKG** is de GAV in prevalenties gedaald in het somatische model van 2019 (0,27%) ten opzichte van 2018 (1,2%) tijdens de OT en van 2019 (0,1%) ten opzichte van 2018 (0,25%) tijdens de ex-ante vaststelling.

Binnen het somatische model van 2019 vallen voor de OT en de ex-ante vaststelling de GAV in prevalenties geen specifieke risicoklassen op. Echter, in de analyse van het aandeel in de totale GAV in prevalentie versus de verzekerdenjaren is sDKG 1 verantwoordelijk voor 8% van de totale GAV in de prevalentie tegenover 2% in de verzekerdenjaren bij de ex-ante vaststelling.

Voor **FKG** is de GAV in prevalenties gedaald in het somatische model van 2019 (1,46%) ten opzichte van 2018 (1,74%) tijdens de OT en gestegen van 2019 (0,64%) ten opzichte van 2018 (0,35%) tijdens de ex-ante vaststelling. Een verklaring voor de hoge GAV in prevalentie bij OT kan zijn dat de verzekerdenraming beter in staat is om rekening te houden met de meervoudigheid van FKG dan bij de OT. In voorgaande jaren is ditzelfde patroon geconstateerd (Monitor 2014 t/m 2018).

Binnen het somatische model van 2019 vallen voor de OT en de ex-ante vaststelling voor de GAV in prevalenties geen specifieke risicoklassen op. In de analyse van het aandeel in de totale GAV in prevalentie versus de verzekerdenjaren vallen ook geen specifieke risicoklassen op.

Voor **MHK** is de GAV in prevalenties gelijk gebleven in het somatische model van 2019 ten opzichte van 2018 tijdens de OT en gestegen van 2019 (2,9%) ten opzichte van

2018 (2,1%) tijdens de ex-ante vaststelling. Voor 2018 was MHK een kenmerk met een relatief lage GAV in prevalentie. Met name door de toevoeging van MHK 1 is dit sinds 2018 veranderd.

Binnen het somatische model van 2019 valt voor de OT en de ex-ante vaststelling de GAV in prevalenties MHK 1 op. MHK 1 heeft een hoge GAV in prevalentie bij de ex-ante vaststelling (1,4% van de 2,9%). Voor deze risicoklasse zijn de gemiddelde prevalentie bij de ex-ante vaststelling overschat in vergelijking met de werkelijke prevalentie. In de analyse van het aandeel in de totale GAV in prevalentie versus de verzekerdenjaren valt ook met name MHK 1 op. Deze risicoklasse is verantwoordelijk voor 50% van de totale GAV in de prevalentie tegenover 41% in de verzekerdenjaren bij de ex-ante vaststelling.

Uitkomsten binnen overige morbiditeitskenmerken

Overige morbiditeitskenmerken (HKG, FDG en MVV) hebben een lage GAV in prevalentie. De geraamde prevalenties van deze kenmerken wijken relatief niet veel af van de werkelijke prevalenties. In 2018 is dit voor deze vereveningskenmerken ook geconstateerd.

7.1.4. Subgroepen samenhang aandoening en leeftijd

Het gemiddelde vereveningsresultaat is voor een aantal subgroepen geanalyseerd, die niet expliciet zijn opgenomen in het somatische model (Tabel 7-4). Deze analyse geeft inzicht in welke mate verschillen in de kosten en prevalenties bij afzonderlijke vereveningskenmerken doorwerken in deze subgroepen.

Het verschil in kostenniveau tussen de momenten dient te worden meegenomen bij de interpretatie—hiervoor is niet gecorrigeerd (Bijlage C). Bij de definitieve vaststelling is daarentegen wel gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat, zoals ook uitgevoerd in Hoofdstuk 5.1.2.

Tabel 7-4 Gemiddelde vereveningsresultaat en gemiddelde kosten van subgroepen op basis van samenhang voor somatische aandoening en psychische aandoening in combinatie met leeftijd, op moment van de OT, ex-ante vaststelling en definitieve vaststelling, voor de somatische kosten in 2019, uitgedrukt in € per verzekerde.

Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd	Aantal in%	Gemiddeld vereveningsresultaat			Gemiddelde kosten		
	DV ^a	OT	Ex-ante	DV ^b	OT	Ex-ante	DV ^b
Verzekerden onder de 18 jaar							
- Geen somatische aandoening	17,8	8	12	-49	878	935	961
- Wel somatische aandoening	1,6	-92	-134	-104	4.379	4.824	4.688
Subtotaal	19,5	0	0	-54	1.175	1.264	1.276
Verzekerden van 18 tot en met 64 jaar							
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	46,9	-20	-23	-47	912	962	933
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	1,7	-253	-264	-304	1.346	1.412	1.394
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	9,1	166	181	218	5.001	5.314	5.133
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	3,2	-41	-39	74	4.147	4.442	4.251
Subtotaal	60,9	0	0	-8	1.706	1.808	1.748
Subtotaal wel somatische aandoening, 18-64 jaar	12,3	112	123	180	4.777	5.085	4.902
Subtotaal geen somatische aandoening, 18-64 jaar	48,6	-29	-32	-56	927	978	949
Verzekerden van 65 jaar en ouder							
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	8,4	-12	-16	-1	2.201	2.331	2.223
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	0,1	-414	-425	-303	3.218	3.427	3.010
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	9,9	38	45	149	8.459	8.936	8.528
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	1,2	-197	-233	69	9.319	9.876	9.121
Subtotaal	19,6	0	0	77	5.795	6.127	5.826
Subtotaal wel somatische aandoening, 65+ jaar	11,1	13	15	140	8.551	9.037	8.591
Subtotaal geen somatische aandoening, 65+ jaar	8,5	-17	-20	-4	2.211	2.343	2.231
Totaal	100	0	0	0	2.403	2.548	2.455

Voetnoot Tabel 7-4:

a. Aantal verzekerdenjaren bij de definitieve vaststelling.

b. Dit zijn de resultaten na correctie voor het macrovereveningsresultaat. Deze resultaten zijn gelijk aan tabel 5-1.

Het gemiddelde vereveningsresultaat van de subgroepen op basis van de aandoening en leeftijd is in lijn tussen de verschillende momenten. De populatie van verzekerden zonder somatische en psychische aandoeningen heeft gemiddeld genomen een laag vereveningsresultaat. De volgende subgroepen vallen met name op in de resultaten:

- Voor de subgroepen van verzekerden van 18 tot en met 64 jaar en 65 jaar met somatische en psychische aandoeningen is er sprake van een ondercompensatie tijdens de OT en tijdens de ex-ante vaststelling. Bij de definitieve vaststelling is het resultaat voor deze subgroepen een overcompensatie.
- Voor verzekerden onder de 18 zonder somatisch aandoening is er sprake van een verschuiving van een over- naar ondercompensatie tussen de OT en ex-ante vaststelling, naar de definitieve vaststelling. Echter, deze verschuiving is beperkt.
- Voor de verzekerden van 65 jaar en ouder zonder somatische met psychische aandoeningen is er een toename van de ondercompensatie bij de definitieve vaststelling ten opzichte van de OT en ex-ante vaststelling.
- Voor de verzekerden van 65 jaar en ouder met somatische en zonder psychische aandoeningen is er een toename van de overcompensatie bij de definitieve vaststelling ten opzichte van de OT en ex-ante vaststelling.
- De gemiddelde kosten vallen op in de subgroepen van verzekerden met somatische aandoeningen, ongeacht welke leeftijdsklasse en psychische aandoening.

Nadere beschouwing van uitkomsten hoofdstuk 7.1.4.

Hoofdstuk 5.1.2 interpreteert de hoogte van de onder- en overcompensaties voor deze subgroepen voor de verevenende werking van het somatische model 2019.

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 Hoofdstuk 5.1.2., op de momenten over het algemeen vergelijkbaar zijn, met uitzondering van relatief kleine verschillen

7.2. GGZ-kosten

7.2.1. Resultaat enkelvoudige risicogroepen

Tabel 7-5 presenteert de enkelvoudige risicoklassen in het GGZ-model 2019 met de vijf grootste absolute ongecorrigeerde vereveningsresultaten, op verzekerdenniveau en op macroniveau. Het gemiddelde vereveningsresultaat is beoordeeld *na* correctie op het macrovereveningsresultaat (zie laatste kolom in Tabel 7-5). Een positief vereveningsresultaat duidt op een kostenonderschrijding (c.q. de gerealiseerde kosten zijn lager dan de vereveningsbijdrage) en een negatief vereveningsresultaat duidt op een kostenoverschrijding

(c.q. de gerealiseerde kosten zijn hoger dan de vereveningsbijdrage).

Bijlage J.2 geeft een overzicht van het gemiddelde vereveningsresultaat voor alle 120 risicoklassen van het GGZ-model, zowel voor als na correctie voor het macrovereveningsresultaat. Figuur J-2 in Bijlage J.2 weergeeft het gehele beeld van het GGZ-model en de werking per enkelvoudige risicoklasse.

Tabel 7-5 Enkelvoudige risicoklassen in het GGZ-model (gGGZ + IGGZ) van 2019 met de 5 grootste absolute vereveningsresultaten na correctie, op verzekerdenniveau en op macroniveau

Enkelvoudige risicoklassen		Aantal, in % ^a	Gemiddelde kosten, in €	Gemiddeld verevenings- resultaat, in € ^b (% t.o.v. gem. kosten)	Normbedrag ex-ante vaststelling ^d	Macro-omvang vereveningsresultaat, in € in mln.	Gemiddeld vereveningsresultaat na correctie, in € ^c
Risicoklassen met de vijf grootste absolute vereveningsresultaten op verzekerdenniveau							
DKG-GGZ	DKG-GGZ 16	0,005	74.078	55.972 (76%)	119.884	35,3	56.284
	DKG-GGZ 17	0,003	40.776	29.354 (72%)	61.143	12,5	29.523
	DKG-GGZ 15	0,01	42.300	16.485 (39%)	49.229	21,1	16.626
	DKG-GGZ 14	0,01	48.509	11.015 (23%)	51.078	13,3	11.158
MHK	MHK 7	0,01	42.621	7.219 (17%)	28.724	7,6	7.339
Risicoklassen met de vijf grootste absolute vereveningsresultaten op macroniveau							
DKG-GGZ	DKG-GGZ 0	96,07	117	-13 (-11%)	-113	-165,5	-12
MHK	MHK 0	90,32	84	-9 (-11%)	-66	-112,1	-9
REG	REG 1	10,06	507	78 (15%)	101	108,5	80
PPA	PPA 11	65,15	263	-12 (-5%)	-2	-103,1	-11
MHK	MHK 5	0,09	26.199	5.678 (22%)	11.725	67,2	5.754

Voetnoot Tabel 7-5:

- Omvang in verzekerdenjaren, uitgedrukt in het percentage van de totale Zvw-bevolking 18+.
- Voor alle 120 risicoklassen tezamen geldt een gemiddeld vereveningsresultaat van € -1 per verzekerde 18+.
- Het 'resultaat na correctie' is het vereveningsresultaat na correctie van de vereveningsbijdrage voor het macrovereveningsresultaat (Bijlage J), en daarmee komt het gemiddeld vereveningsresultaat voor alle risicoklassen tezamen na correctie uit op € 0 per verzekerde 18+.
- Dit zijn de ex-ante normbedragen zoals opgenomen in WOR 930 Definitief eindrapportage Normbedragen.

Top vijf grootste absolute gecorrigeerde vereveningsresultaten op verzekerdenniveau

De top vijf van het absolute, gecorrigeerde, gemiddelde vereveningsresultaat binnen enkelvoudige risicoklassen beschreven in Tabel 7-5 loopt sterk uiteen (€56.284 tot €7.339). Elk van de vijf grootste absolute gecorrigeerde gemiddelde vereveningsresultaten binnen enkelvoudige risicoklassen betreft een overcompensatie. Voor deze risicoklassen zijn de gerealiseerde kosten fors lager uitgevallen dan verwacht.

In het GGZ-model van 2019 bestaat de top vijf van de absolute, gecorrigeerde vereveningsresultaten binnen enkelvoudige risicoklassen uit respectievelijk: DKG-GGZ 16 (€56.284), DKG-GGZ 17 (€29.523), DKG-GGZ 15 (€16.626), DKG-GGZ 14 (€11.158) en MHK 7 (€7.339).

In het GGZ-model van 2018 bestond de top vijf van absolute, gecorrigeerde gemiddelde vereveningsresultaten binnen de enkelvoudige risicoklassen uit respectievelijk: DKG-GGZ 17 (€20.364), DKG-GGZ 15 (€11.524), DKG-GGZ 16 (€5.542), DKG-GGZ 12 (€-5.129) en MHK 7 (€-2.224).

Wijzigingen in spreiding in 2019 ten opzichte van 2018

Op basis van de uitkomsten, constateren wij dat de spreiding van het absolute, gecorrigeerde, gemiddelde vereveningsresultaat voor de vijf enkelvoudige risicoklassen met de hoogste onder- en overcompensatie in 2019 (€56.284 tot €7.339) is toegenomen ten opzichte van 2018 (€20.364 tot €-5.129). Dit wordt met name veroorzaakt door een significante toename in de enkelvoudige risicoklasse DKG-GGZ 16 (€56.284 versus €5.542).

Wijzigingen per vereveningskenmerk in 2019 ten opzichte van 2018

- **DKG-GGZ 14 t/m 17:** Het gecorrigeerde gemiddelde vereveningsresultaat voor DKG-GGZ 14 t/m 17 in 2019 is voor elk van deze risicoklassen fors gestegen ten opzichte van de gecorrigeerde gemiddelde vereveningsresultaten in het vereveningsmodel van 2018. De grootste stijging vindt plaats bij DKG-GGZ 16 (€56.284 ten opzichte van €5.542).
- **MHK 7:** Het gecorrigeerde gemiddelde vereveningsresultaat voor MHK 7 is veranderd van een gemiddeld negatief vereveningsresultaat in 2018 (€ -2.224) naar een gemiddeld positief vereveningsresultaat in 2019 (€7.339). In 2018 waren de gerealiseerde kosten voor deze risicoklasse gemiddeld nog hoger dan de vereveningsbijdrage. In 2019 is dit omgedraaid.

Het valt op dat vier van de vijf benoemde risicoklassen in 2019 ook in 2018 onderdeel waren van de top vijf van de absolute, gecorrigeerde gemiddelde vereveningsresultaten. Drie van deze risicoklassen zijn onderdeel van het vereveningskenmerk DKG-GGZ, dat in

2018 is uitgebreid van vijf positieve risicoklassen naar 17 positieve risicoklassen. Destijds waren de vereveningsresultaten voor de nieuw gecreëerde klassen ook groot. In 2019 zijn de hoogste risicoklassen van DKG-GGZ (namelijk risicoklassen 14 t/m 17) herijkt. Echter, het gecorrigeerde gemiddelde vereveningsresultaat voor elk van deze herijkte klassen is juist gestegen ten opzichte van 2018.

Op basis van de beschikbare gegevens kunnen wij op dit moment geen specifieke en/of onderliggende oorzaken aanwijzen die verantwoordelijk zijn voor deze resultaten. De analyses in hoofdstuk 7.2.2 en 7.2.3. geven inzicht in de GGAV in kosten en de GAV in prevalenties om dieper in te gaan op de verklaringen voor de afwijkingen binnen de enkelvoudige risicoklassen tijdens de OT en de ex-ante vaststelling die wij in dit hoofdstuk constateren.

Top vijf grootste, ongecorrigeerde vereveningsresultaat op macroniveau

De top vijf van het absolute, ongecorrigeerde vereveningsresultaat op macroniveau bestaat uit respectievelijk de afslagklassen van DKG-GGZ, MHK-GGZ, Regio 1, PPA 11 en MHK-GGZ 5 (€-165,5 tot €67,2 miljoen). Voor het absolute, ongecorrigeerde vereveningsresultaat op macroniveau is er ook sprake van negatieve vereveningsresultaten op macroresultaten met vergelijkbare omvang.

In de Monitor 2019 bestaat de top vijf van het absolute, ongecorrigeerde vereveningsresultaat op macroniveau respectievelijk uit DKG-GGZ 0 (€-165,5 miljoen), MHK-GGZ 0 (€112,1 miljoen), Regio 1 (€108,5 miljoen), PPA 11 (€-103,1 miljoen) en MHK-GGZ 5 (€67,2 miljoen).

In de Monitor 2018 bestond de top vijf van absolute, ongecorrigeerde vereveningsresultaat op macroniveau respectievelijk uit FKG-GGZ (€130,6 miljoen), Regio 1 (€127,2 miljoen) en SES 2 (€138,2 miljoen).

Wijzigingen per vereveningskenmerk in 2019 ten opzichte van 2018

- **Regio 1:** Regio 1 laat in 2019 een afname zien van het absoluut, ongecorrigeerd vereveningsresultaat op macroniveau ten opzichte van 2018 (€108,5 versus €127,2 miljoen).
- **DKG-GGZ 0, MHK-GGZ 0, PPA 11 en MHK-GGZ 5** zijn niet opgevallen in de Monitor 2018. Daarom kan geen vergelijking gemaakt worden tussen de jaren.

Op basis van de beschikbare gegevens kunnen wij geen specifieke en/of onderliggende (sub)groepen aanwijzen die verantwoordelijk zijn voor deze resultaten. Gezien de prevalenties van de afslagklassen is voor DKG-GGZ en MHK ligt het voor de hand dat het vereveningsresultaat op macroniveau significant is.

7.2.2. GGAV kosten

Bovenstaande resultaten zijn (deels) te verklaren door de ontwikkelingen in de kosten tussen de OT en de ex-ante vaststelling ten opzichte van de gerealiseerde kosten. De GGAV in kosten is per vereveningskenmerk geanalyseerd (Tabel 7-6). Voor vergelijkbaarheid van de resultaten tussen de momenten zijn de gemiddelde kosten bij de OT en de ex-ante vaststelling procentueel geschaald naar het gerealiseerde kostenniveau (Bijlage C).

Hoe lager de GGAV, des te beter de gemiddelde geraamde kosten aansluiten op de gemiddelde gerealiseerde kosten per risicoklasse, binnen ieder vereveningskenmerk. Het is niet mogelijk de absolute waarde van de GGAV te beoordelen omdat niet bekend is welke waarde hiervoor acceptabel is. Een waarde van nul is namelijk niet waarschijnlijk; (geringe) afwijkingen tussen schatting en realisatie treden altijd op. Wij interpreteren de GGAV daarom *relatief* ten opzichte van de waarde in 2018.

Tabel 7-6 GGAV in de GGZ-kosten per verzekerde van 18+ tussen de OT en definitieve vaststelling en tussen de ex-ante vaststelling en definitieve vaststelling, gecorrigeerd voor het verschil in kostenniveau tussen de momenten, voor het GGZ-model 2019.

	OT versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd		Ex-ante vaststelling versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd	
	2018	2019	2018	2019
Leeftijd/geslacht	15,1	17,8	15,7	16,4
DKG-GGZ	18,4	11,2	17,4	11,5
AVI	25,3	27,6	29,8	24,9
Regio	13,1	14,5	15,4	11,4
SES	13,8	6,7	14,2	5,1
MHK-GGZ	17,4	10,7	18,8	13,4
FKG-GGZ	5,8	6,6	8,1	9,6
PPA	15,4	8,7	11,9	5,3
Totaal	15,6	13,0	16,4	12,2

Voetnoot Tabel 7-6:

GGAV is een afkorting voor gewogen gemiddelde absolute verschillen. Het procentuele verschil kan worden afgeleid door de GGAV te delen door 8 (het aantal risicoklassen in het somatisch model).

In het GGZ-model van 2019 wijken de totale kosten bij de OT met gemiddeld € 13,0 per verzekerdenjaar en bij de ex-ante vaststelling met gemiddeld € 12,2 per verzekerdenjaar af van de gerealiseerde kosten tijdens de definitieve vaststelling. De totale GGAV in de kosten bij de ex-ante vaststelling ligt lager dan bij de OT. Een lagere GGAV in de kosten bij de ex-ante vaststelling dan bij de OT betekent dat de gemiddelde kosten bij de ex-ante vaststelling over het algemeen beter aansluiten op de gerealiseerde kosten dan bij de OT.

Wijzigingen GGAV in kosten in 2019 ten opzichte van 2018

De GGAV in de kosten voor het GGZ-model van 2019 zijn in lijn met de uitkomsten van 2018. De GGAV voor zowel OT als ex-ante ligt voor het GGZ-model 2019 lager dan voor 2018. Dit betekent dat het GGZ-model in 2019 zowel tijdens de OT als ex-ante vaststelling beter aansluit met de gerealiseerde kosten dan het GGZ-model van 2018. In het GGZ-model van 2018 wijken de totale kosten bij de

OT met gemiddeld € 15,6 per verzekerdenjaar en bij de ex-ante vaststelling met gemiddeld € 16,4 per verzekerdenjaar af van de gerealiseerde kosten tijdens de definitieve vaststelling.

Aansluiting van de ex-ante vaststelling bij de gerealiseerde kosten

De aansluiting van de ex-ante vaststelling bij de gerealiseerde kosten voor het GGZ-model van 2019 als volgt (deels) te verklaren:

Demografische kenmerken

Voor **Leeftijd en geslacht** is de GGAV in kosten toegenomen in het GGZ-model van 2019 (€ 17,8) ten opzichte van 2018 (€ 15,1) bij de OT. Ook tijdens de ex-ante vaststelling is er sprake van een toename tussen 2019 (€ 16,4) en 2018 (€ 15,7). Binnen het GGZ-model van 2019 vallen voor de OT en ex-ante de GGAV in kosten op vrouwen tussen de 18 en 24 jaar. Deze doelgroep heeft relatief hoge GGAV kosten, zowel bij de

OT (€ 87) als ex-ante vaststelling (€ 81). Er is sprake van een lagere GGAV voor de ex-ante vaststelling dan voor de OT.

Ook valt de doelgroep van vrouwen tussen de 18 en 24 jaar op in de analyse van het aandeel in de totale GGAV in kosten versus de verzekerdenjaren. De doelgroep is verantwoordelijk voor 25% van de totale GGAV in de kosten tegenover 5% in de verzekerdenjaren bij de ex-ante vaststelling. De gemiddelde kosten per verzekerdenjaar zijn tijdens de ex-ante vaststelling onderschat in vergelijking met de gerealiseerde kosten.

Voor **AVI** is de GGAV in kosten toegenomen in het GGZ-model van 2019 (€ 27,6) ten opzichte van 2018 (€ 25,3) bij de OT. Tijdens de ex-ante vaststelling is er sprake van een afname tussen 2019 (€ 29,8) en 2018 (€ 24,9). Binnen het GGZ-model van 2019 vallen voor de OT en ex-ante de GGAV in kosten op de doelgroep in de bijstand of arbeidsongeschikt van 18 tot 34 jaar. De doelgroep van arbeidsongeschikt van 18 tot 34 jaar viel in 2018 ook op. Met name de doelgroep in de bijstand heeft relatief hoge GGAV kosten, zowel bij de OT (€ 520) als ex-ante vaststelling (€ 458). Er is sprake van een lagere GGAV voor de ex-ante vaststelling dan voor de OT.

Ook valt de doelgroep in de bijstand op in de analyse van het aandeel in de totale GGAV in kosten versus de verzekerdenjaren. De doelgroep is verantwoordelijk voor 18% van de totale GGAV in de kosten tegenover 1% in de verzekerdenjaren bij de ex-ante vaststelling. De gemiddelde kosten per verzekerdenjaar zijn tijdens de ex-ante vaststelling onderschat in vergelijking met de gerealiseerde kosten.

Voor **PPA** is de GGAV in kosten afgenomen in het GGZ-model van 2019 (€ 8,7) ten opzichte van 2018 (€ 15,3) bij de OT. Tijdens de ex-ante vaststelling is er ook sprake van een afname tussen 2019 (€ 5,3) en 2018 (€ 11,9). Binnen het GGZ-model van 2019 vallen voor de OT en ex-ante de GGAV in kosten de doelgroep instromend in een Wlz-instelling tussen de 18 en 64 jaar op. Deze doelgroep heeft relatief hoge GGAV kosten, zowel bij de OT (€ 3.492) als ex-ante vaststelling (€ 3.589). Er is sprake van een hogere GGAV voor de ex-ante vaststelling dan voor de OT.

Ook valt de doelgroep op in de analyse van het aandeel in de totale GGAV in kosten versus de verzekerdenjaren. De doelgroep is verantwoordelijk voor 14% van de totale GGAV in de kosten tegenover 0,03% in de verzekerdenjaren bij de ex-ante vaststelling. De gemiddelde kosten per verzekerdenjaar zijn tijdens de ex-ante vaststelling onderschat in vergelijking met de gerealiseerde kosten.

Morbiditeitskenmerken

Voor **DKG-GGZ** is de GGAV in kosten gedaald tijdens de OT in het GGZ-model van 2019 (€ 11,2) ten opzichte van 2018 (€ 18,4) tijdens de OT. In de ex-ante vaststelling

daalde de GGAV in kosten ook tussen 2019 (€ 11,5) ten opzichte van 2018 (€ 17,4).

Binnen het GGZ-model van 2019 vallen voor de OT binnen de GGAV in kosten op bij DKG-GGZ 11, 12, 14, 16 en 17. Met name DKG-GGZ 16 valt op met de GGAV in kosten voor de OT met € 12.921 per verzekerdenjaar en voor de ex-ante vaststelling € 17.135 per verzekerdenjaar. De gemiddelde kosten per verzekerdenjaar tijdens de OT en ex-ante vaststelling zijn fors overschat in vergelijking met de gerealiseerde kosten. Echter, DKG-GGZ 15 is verantwoordelijk voor 3,8% van de totale GGAV in de kosten maar minder dan 0,01% in de verzekerdenjaren bij de ex-ante vaststelling.

In de analyse van het aandeel in de totale GGAV in kosten versus de verzekerdenjaren valt DKG-GGZ 7 op. DKG-GGZ is verantwoordelijk voor 15% van de totale GGAV in de kosten tegenover 0,1% in de verzekerdenjaren bij de ex-ante vaststelling. De gemiddelde kosten per verzekerdenjaar zijn tijdens de ex-ante vaststelling onderschat in vergelijking met de gerealiseerde kosten. De hogere risicoklassen omvatten “zwaardere aandoeningen” waarbij er mogelijk meer fluctuaties in de zorgkosten verwacht mogen worden, omdat het om (zeer) hoge kosten gaat bij deze verzekerden. Daarnaast heeft de coronapandemie, die in maart 2020 begon, mogelijk effect gehad op de GGZ-jaar DBC's. De DBC's begonnen in 2019 (kostenjaar 2019) zijn tijdens de lockdown onderbroken of vroegtijdig gestopt. Het is aannemelijk dat dit geleid heeft tot een daling van de kosten voor de hogere DKG-risicoklassen.

Voor **MHK-GGZ** is de GGAV in kosten afgenomen in het GGZ-model van 2019 (€ 10,7) ten opzichte van 2018 (€ 17,4) tijdens de OT. In de ex-ante vaststelling daalde de GGAV in kosten ook tussen 2019 (€ 13,4) ten opzichte van 2018 (€ 18,8). Binnen het GGZ-model van 2019 vallen voor de OT en de ex-ante vaststelling de GGAV in kosten op bij MHK-GGZ 7. MHK-GGZ 7 heeft hoge GGAV in kosten, zowel bij de OT (€ 2.890) als ex-ante vaststelling (€ 3.509). Voor deze risicoklasse zijn de gemiddelde kosten bij de ex-ante vaststelling overschat in vergelijking met de gerealiseerde kosten.

Echter, in de analyse van het aandeel in de totale GGAV in kosten versus de verzekerdenjaren is MHK-GGZ 7 verantwoordelijk voor 1,5% van de totale GGAV in de kosten tegenover minder dan 0,1% in de verzekerdenjaren bij de ex-ante vaststelling. De gemiddelde kosten per verzekerdenjaar zijn tijdens de ex-ante vaststelling onderschat in vergelijking met de gerealiseerde kosten.

In de analyse van het aandeel in de totale GGAV in kosten versus de verzekerdenjaren vallen MHK-GGZ 1 tot en met 4 op. Met name MHK-GGZ 1 is verantwoordelijk voor 42% van de totale GGAV in de kosten tegenover 9% in de verzekerdenjaren bij de ex-ante vaststelling. Dit was ook het geval in 2018. De gemiddelde kosten per

verzekerdendaar zijn tijdens de ex-ante vaststelling onderschat in vergelijking met de gerealiseerde kosten.

Voor **FKG-GGZ** is de GGAV in kosten toegenomen in het GGZ-model van 2019 (€ 6,6) ten opzichte van 2018 (€ 5,8) tijdens de OT. In de ex-ante vaststelling stegen de GGAV in kosten ook tussen 2019 (€ 9,6) ten opzichte van 2018 (€ 8,1).

Binnen het GGZ-model van 2019 vallen voor de OT en de ex-ante vaststelling de GGAV in kosten op bij FKG-GGZ 8 (Chronische stemmingsstoornissen complex). FKG-GGZ 8 heeft hoge GGAV in kosten, zowel bij de OT (€ 906) als ex-ante vaststelling (€ 1236). Voor deze risicoklasse zijn de gemiddelde kosten bij de ex-ante vaststelling overschat in vergelijking met de gerealiseerde kosten. Echter, in de analyse van het aandeel in de totale

GGAV in kosten versus de verzekerdendaar is FKG-GGZ 8 verantwoordelijk voor 3% van de totale GGAV in de kosten tegenover minder dan 0,3% in de verzekerdendaar bij de ex-ante vaststelling.

In de analyse van het aandeel in de totale GGAV in kosten versus de verzekerdendaar valt FKG-GGZ 9 (Psychose depot) op. FKG-GGZ 9 is verantwoordelijk voor 12,5% van de totale GGAV in de kosten tegenover 2% in de verzekerdendaar bij de ex-ante vaststelling. De gemiddelde kosten per verzekerdendaar zijn tijdens de ex-ante vaststelling overschat in vergelijking met de gerealiseerde kosten.

7.2.3. GAV Prevalenties

Naast verschuivingen in kosten, treden ook verschuivingen in prevalenties op tussen de momenten. Tabel 7-7 toont de GAV in prevalenties per vereveningskenmerk van het GGZ-model 2019 voor de OT en ex-ante vaststelling, ten opzichte van de gerealiseerde prevalenties bij de definitieve vaststelling.

Tabel 7-7 GAV in prevalenties tussen de OT en definitieve vaststelling en tussen ex-ante vaststelling en definitieve vaststelling, voor verzekerden van 18+ volgens het GGZ-model 2019. Dit zijn aantallen per 1000 verzekerden.

	OT versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd		Ex-ante vaststelling versus Definitieve vaststelling: geraamd versus gerealiseerd	
	2018	2019	2018	2019
Leeftijd/geslacht	45,0	46,4	6,6	8,2
DKG-GGZ	6,4	2,1	1,1	4,2
AVI	58,1	52,2	31,7	36,5
Regio	4,1	3,7	1,8	1,9
SES	22,3	20,7	4,8	5,6
MHK-GGZ	20,2	8,0	18,6	6,8
FKG-GGZ	2,5	2,5	0,4	2,4
PPA	25,4	20,8	6,2	7,4
Totaal	23,0	19,6	8,9	9,1

Voetnoot Tabel 7-7: GAV is een afkorting voor gesommeerde absolute verschillen. Het procentuele verschil kan worden afgeleid door de GAV te delen door 8 (het aantal risicoklassen in het somatisch model).

In het GGZ-model van 2019 wijken de totale GAV in prevalenties bij de OT met gemiddeld 1,96% af en bij de ex-ante vaststelling met gemiddeld 0,91% af van de gerealiseerde prevalenties tijdens de definitieve vaststelling. De totale GAV in de prevalentie bij de ex-ante vaststelling ligt conform verwachting lager dan bij de OT. Een lagere GAV in de prevalentie bij de ex-ante vaststelling dan bij de OT betekent dat de geraamde prevalenties bij de ex-ante vaststelling over het algemeen beter aansluiten op de werkelijke prevalenties dan bij de OT. Voor alle vereveningskenmerken is de GAV lager bij de ex-ante vaststelling dan bij de OT, behalve voor de DKG-GGZ.

Het verschil in de totale GAV in prevalentie tussen OT en ex-ante vaststelling wordt veroorzaakt door de effecten van de verzekerdenraming. De verzekerdenraming levert een positieve bijdrage aan de aansluiting van de geraamde prevalentie op de werkelijke prevalentie. In vergelijking met voorgaande jaren komt de totale GAV bij de ex-ante vaststelling overeen: van 1,23% in 2017, 0,89% in 2018 met 0,91% in 2019 (Monitor 2017 en 2018: Tabel 6-7 en 7-7).

Wijzigingen GAV in prevalentie in 2019 ten opzichte van 2018

De afwijkingen in de prevalenties voor het GGZ-model van 2019 liggen voor de OT lager en voor de ex-ante vaststelling ongeveer gelijk aan de uitkomsten van 2018.

Dit betekent dat het GGZ-model in 2019 tijdens de OT beter aansluit dan – en tijdens de ex-ante vaststelling gelijk aansluit met—de gerealiseerde kosten als het GGZ-model van 2018. In het GGZ-model van 2018 wijkt de totale GAV in prevalenties bij de OT met gemiddeld 2,30% versus 1,96% in 2019 af en bij de ex-ante vaststelling met gemiddeld 0,89% versus 0,91% in 2019 af van de gerealiseerde prevalenties tijdens de definitieve vaststelling.

Aansluiting van de ex-ante vaststelling bij de werkelijke prevalenties

De aansluiting van de ex-ante vaststelling bij de gerealiseerde werkelijke prevalenties voor het GGZ-model van 2019 als volgt (deels) te verklaren:

Demografische kenmerken

Voor **Leeftijd en geslacht** is de GAV in prevalenties van gestegen in het GGZ-model van 2019 (4,64%) ten opzichte van 2018 (4,50%) tijdens de OT en gedaald tussen 2019 (0,82%) en 2018 (0,66%) tijdens de ex-ante vaststelling. Dit is in eerdere jaren geconstateerd en komt door het effect van de verzekerdenraming. Binnen het GGZ-model van 2019 vallen voor de OT en de ex-ante vaststelling de GAV in prevalenties geen specifieke risicoklassen op. In de analyse van het aandeel in de totale GAV in prevalentie versus de verzekerdenjaren valt met name de risicoklasse voor mannen tussen 18-24 op. Deze risicoklasse is verantwoordelijk voor 12% van de

totale GAV in de prevalentie tegenover 5% in de verzekerdenjaren bij de ex-ante vaststelling. Dit wordt mogelijk verklaard door risicovolgedrag binnen de doelgroep en de hieraan verbonden risico's voor het vaststellen van de prevalentie.

Voor **AVI** is de GAV in prevalenties van gedaald in het GGZ-model van 2019 (5,22%) ten opzichte van 2018 (5,81%) tijdens de OT en gestegen van 2019 (3,65%) ten opzichte van 2018 (3,17%) tijdens de ex-ante vaststelling. De prevalenties van AVI worden sterk beïnvloed door de economische omstandigheden en specifieke beleidsmaatregelen met betrekking tot de arbeidsmarkt en sociale zekerheid. Dit is een verklaring voor de hoge GAV in prevalentie voor AVI.

Binnen het GGZ-model van 2019 vallen voor de ex-ante vaststelling de GAV in prevalenties op bij risicoklassen voor de referentiegroep 18-34 en 35-44 jaar. Met name de referentiegroep van 18-34 jaar heeft een hoge GAV in prevalentie bij de ex-ante vaststelling (0,84% van de 3,65%). Voor deze risicoklasse is de gemiddelde prevalentie bij de ex-ante vaststelling overschat in vergelijking met de werkelijke prevalentie. In 2018 vielen deze groepen ook op.

In de analyse van het aandeel in de totale GAV in prevalentie versus de verzekerdenjaren valt met name de referentiegroep van 18-34 jaar op. Deze risicoklasse is verantwoordelijk voor 41% van de totale GAV in de prevalentie tegenover 14% in de verzekerdenjaren bij de ex-ante vaststelling. AVI is sterk gerelateerd aan de economische conjunctuur. Het is lastig deze prevalenties goed te ramen, omdat onvoorziene ontwikkelingen in de economische conjunctuur een (grote) impact kunnen hebben. Ook kan dit komen doordat de niet-ingezetenen niet zijn inbegrepen in de gerealiseerde cijfers, maar wel in de raming bij de ex-ante vaststelling. Dit is naar verwachting een beperkt(er) effect dan de economische conjunctuur. Daarnaast is de referentiegroep van 18-34 jaar een grensklasse. In de referentiegroep van 18-34 jaar zitten de verzekerden die net 18 jaar zijn geworden en

niet eerder voorkwamen in het GGZ-model. Dit leidt mogelijk tot onzekerheden in het ramen van de prevalenties voor de risicoklasse. Dit is in lijn met de afwijking die is geconstateerd bij de risicoklasse voor mannen tussen 18-24 binnen het vereveningskenmerk Leeftijd en Geslacht.

Morbiditeitskenmerken

Voor **DKG-GGZ** is de GAV in prevalenties gedaald in het GGZ-model van 2019 (0,21%) ten opzichte van 2018 (0,64%) tijdens de OT. Tijdens de ex-ante vaststelling stijgt de GAV tussen 2019 (0,42%) en 2018 (0,11%). Binnen het GGZ-model van 2019 valt tijdens de OT en de ex-ante vaststelling de GAV in prevalenties specifiek op bij DKG-GGZ 2. DKG-GGZ 2 heeft een hoge GAV in prevalentie bij de ex-ante vaststelling (0,10% van de 0,42%). Voor deze risicoklasse is de gemiddelde prevalentie bij de ex-ante vaststelling onderschat in vergelijking met de werkelijke prevalentie.

Echter, in de analyse van het aandeel in de totale GAV in prevalentie versus de verzekerdenjaren is DKG-GGZ 2 verantwoordelijk voor 1,0% van de totale GAV in de prevalentie tegenover 1,8% in de verzekerdenjaren bij de ex-ante vaststelling. De impact van deze risicoklasse is daarmee beperkt op totaalniveau. Binnen het somatische model van 2019 vallen voor de OT en de ex-ante vaststelling de GAV in prevalenties geen andere specifieke risicoklassen op. De prevalenties in de enkelvoudige risicoklassen zijn van dusdanig kleine omvang, dat er op macroniveau beperkte impact is.

Uitkomsten binnen overige vereveningskenmerken

Overige vereveningskenmerken (Regio, FKG-GGZ en MHK-GGZ) hebben een lage GAV in prevalentie en geen uitschieters op niveau van het aandeel in het totale GAV versus verzekerdenjaren. De geraamde prevalenties van deze kenmerken wijken relatief niet veel af van de werkelijke prevalenties. In 2018 is dit ook voor deze vereveningskenmerken geconstateerd.

7.2.4. Subgroepen samenhang aandoening en leeftijd

Het gemiddelde vereveningsresultaat is voor een aantal subgroepen geanalyseerd die niet expliciet zijn opgenomen in het somatische model (Tabel 7-8). Deze analyse geeft inzicht in welke mate verschillen in de kosten en prevalenties bij afzonderlijke vereveningskenmerken doorwerken in deze subgroepen.

Het verschil in kostenniveau tussen de momenten dient te worden meegenomen bij de interpretatie; hiervoor is niet gecorrigeerd (Bijlage C). Bij de definitieve vaststelling is gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat, zoals ook uitgevoerd in Hoofdstuk 5.2.2.

Tabel 7-8 Gemiddelde vereveningsresultaat en gemiddelde kosten van subgroepen op basis van samenhang voor somatische aandoening en psychische aandoening in combinatie met leeftijd, op moment van de OT, ex-ante vaststelling en definitieve vaststelling, voor GGZ-kosten in 2019, uitgedrukt in € per verzekerde 18+.

Subgroepen op basis van aandoening i.c.m. leeftijd	Aantal in%	Gemiddeld vereveningsresultaat				Gemiddelde kosten		
		DV ^a	OT	Ex-ante	DV ^b	OT	Ex-ante	DV
Verzekerden van 18 t/m 64 jaar								
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	58,2	2	0	-14	95	106	108	
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	2,1	167	256	416	2.882	2.975	2.903	
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	11,3	-25	-29	-42	126	139	142	
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	4,0	-50	-71	38	2.579	2.837	2.736	
Subtotaal	75,7	0	-1	-3	310	337	331	
Subtotaal wel psychische aandoening, 18-64 jaar	6,1	25	42	168	2.683	2.885	2.794	
Subtotaal geen psychische aandoening, 18-64 jaar	69,5	-3	-5	-18	100	112	114	
Verzekerden van 65+ jaar								
- Geen somatische – Geen psychische aandoening	10,5	-4	-4	-8	40	45	40	
- Geen somatische – Wel psychische aandoening	0,1	537	860	1.267	2.689	2.772	2.788	
- Wel somatische – Geen psychische aandoening	12,3	-14	-15	-15	56	63	54	
- Wel somatische – Wel psychische aandoening	1,5	149	153	247	1.307	1.399	1.349	
Subtotaal	24,3	3	4	10	137	149	139	
Subtotaal wel psychische aandoening, 65+ jaar	1,6	149	153	247	1.307	1.399	1.349	
Subtotaal geen psychische aandoening, 65+ jaar	22,7	-10	-10	-12	49	55	48	
Totaal	100	0	-1	-2	234	255	251	

Voetnoot Tabel 7-8:

a. Aantal verzekerdenjaren bij de definitieve vaststelling.

b. Dit zijn de resultaten na correctie voor het macrovereveningsresultaat. Deze resultaten zijn gelijk aan Tabel 5-6.

Het gemiddelde vereveningsresultaat van de subgroepen op basis van de aandoening en leeftijd is in lijn tussen de

verschillende momenten. De populatie van verzekerden zonder somatische en psychische aandoeningen heeft

gemiddeld genomen een laag vereveningsresultaat. De volgende subgroepen vallen met name op in de resultaten:

- Voor de verzekerden van 18 tot en met 64 jaar met somatische, zonder psychische aandoeningen is er sprake van een ondercompensatie tijdens de OT en de ex-ante vaststelling. Bij de definitieve vaststelling is het resultaat voor deze subgroepen naar een overcompensatie.
- Voor de verzekerden van 18 tot en met 64 jaar zonder somatische met psychische aandoeningen is er een toename van de overcompensatie bij de definitieve vaststelling ten opzichte van de OT en ex-ante vaststelling.
- Voor de verzekerden van 65 jaar zonder somatische met psychische aandoeningen is er een toename van de overcompensatie bij de definitieve vaststelling ten opzichte van de OT en ex-ante vaststelling.
- Voor de verzekerden van 65 jaar met somatische en met psychische aandoeningen is er een toename van de overcompensatie bij de definitieve vaststelling ten opzichte van de OT en ex-ante vaststelling.
- De gemiddelde kosten vallen op in de subgroepen van verzekerden met psychische aandoeningen, ongeacht voor welke leeftijdsklasse en psychische aandoening. Dit is in lijn met 2018.

Nadere beschouwing van uitkomsten hoofdstuk 7.2.4.

Hoofdstuk 5.2.2 interpreteert de hoogte van de onder- en overcompensaties voor deze subgroepen voor de verevenende werking van het somatische model 2019.

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 Hoofdstuk 5.2.2., op de momenten over het algemeen vergelijkbaar zijn, met uitzondering van relatief kleine verschillen.



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

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

Leeswijzer

Dit hoofdstuk geeft inzicht in welke mate de normbedragen bij de OT (OT-normbedragen) en de normbedragen bij de ex-ante vaststelling (ex-ante normbedragen) aansluiten op de normbedragen van dezelfde ex-ante modellen, die zijn herschat op gerealiseerde cijfers (hierna aangeduid als *realisatienormbedragen*). Met deze analyse toetsen wij impliciet hoe de eerder geconstateerde verschillen in kosten en prevalenties (Hoofdstuk 7) aansluiten op de verschillen tussen kosten en prevalenties in de gerealiseerde situatie. Wij vergelijken de OT- en ex-ante normbedragen, zowel voor en na criteriumneutraliteit, met de realisatienormbedragen. Toepassing van (partieel) klassieke en klasse criteriumneutraliteit leidt tot aanpassing van de normbedragen ten opzichte van de ex-ante vaststelling. Ten behoeve van vergelijkbaarheid schalen wij de OT en ex-ante normbedragen procentueel naar het gerealiseerde kostenniveau (Bijlage C). De verschillen in normbedragen drukken wij uit in de GGAV. Hoe lager de GGAV, hoe kleiner de (absolute) verschillen in normbedragen zijn, hoe beter de OT- dan wel de ex-ante normbedragen dus aansluiten op de realisatienormbedragen. Normbedragen zijn derhalve het eindproduct van kosten en prevalenties.

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

Samenvatting

Somatische kosten

- De ex-ante normbedragen sluiten over het algemeen minder goed aan op de herschatte realisatienormbedragen dan op de normbedragen vastgesteld tijdens de OT. Dit komt met name door de afwijking bij de DKG's, FKG's en MHK. De afwijking van de ex-ante normbedragen en OT-normbedragen op de herschatte normbedragen is lager dan in 2018.
- Bij DKG, FKG, MHK, MVV en Leeftijd en geslacht zijn de afwijkingen in de normbedragen relatief hoog in vergelijking met andere vereveningskenmerken. Dit komt door verschuivingen in de kosten en prevalenties, dan wel (in combinatie met) samenhang met andere vereveningskenmerken. Vorig jaar is dit eveneens geconstateerd voor deze vereveningskenmerken.

GGZ-kosten

- De ex-ante normbedragen sluiten over het algemeen minder goed aan op de herschatte realisatienormbedragen dan op de normbedragen vastgesteld tijdens de OT. De afwijking van de OT op de herschatte normbedragen is afgenomen ten opzichte van 2018. De afwijking van de ex-ante vaststelling op de herschatte normbedragen is afgenomen ten opzichte van vorig jaar, indien er geen rekening wordt gehouden met criteriumneutraliteit.
- Bij DKG-GGZ, MHK-GGZ, Regio en Leeftijd en geslacht zijn de afwijkingen in de normbedragen relatief hoog in vergelijking met andere vereveningskenmerken. Dit komt door verschuivingen in de kosten en prevalenties, dan wel (in combinatie met) samenhang met andere vereveningskenmerken. Vorig jaar is dit ook geconstateerd voor vereveningskenmerken DKG-GGZ, MHK-GGZ en Leeftijd en Geslacht.

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

1. De verschuiving in het normbedrag (onderliggend in de kosten en/of prevalenties) van een risicoklasse van een vereveningskenmerk het normbedrag van een of meerdere andere risicoklassen c.q. vereveningskenmerken (sterk) kan beïnvloeden vanwege de samenhang van de vereveningskenmerken. Verschuivingen in de normbedragen bij de vereveningskenmerken dient men gezamenlijk in ogenschouw te nemen.

2. De realisatienormbedragen zijn geschat voor het uitvoeren van deze evaluatie van de representativiteit van de OT-normbedragen en ex-ante normbedragen. De realisatienormbedragen worden niet gebruikt in de uitvoering van de risicovereeniging. Dat zijn namelijk de ex-ante vastgestelde normbedragen, met indien van toepassing, criteriumneutraliteit. Zie Hoofdstuk 2.2 voor een beschrijving van criteriumneutraliteit in het risicovereveningssysteem 2019.

8.1. Somatische kosten

8.1.1. Normbedragen

Tabel 8-1 presenteert de GGAV in de normbedragen van het somatische model 2019, bij de OT en ex-ante vaststelling ten opzichte van de realisatienormbedragen.

Tabel 8-1. GGAV in normbedragen tussen de OT en de ex-ante vaststelling met de realisatienormbedragen voor het somatische model 2018 en 2019, uitgedrukt in € per verzekerde.

	OT – Herschatting		Ex-ante vaststelling – Herschatting	
	2018	2019	2018	2019
Leeftijd/geslacht	66,8	71,0	55,2	41,9
pDKG	32,0	20,5	45,8 (40,9 ^a)	24,9 (26,0 ^a)
sDKG	19,6	15,9	6,1 (8,1 ^a)	14,2 (13,7 ^a)
FKG	42,0	39,6	61,5 (66,8 ^a)	48,2 (52,3 ^a)
HKG	8,8	11,9	8,3 (8,0 ^a)	7,5
AVI	7,5	10,0	7,8	9,6
SES	10,6	11,1	13,0	11,2
PPA	30,9	11,0	33,7	14,5
Regio	6,0	9,5	6,6	8,7
MHK	81,3	39,1	85,7	47,0 (45,2 ^a)
FDG	4,0	3,9	4,9	7,7
MVV^a	24,0	14,1	28,9	29,9 (27,3 ^a)
Totaal	27,8	21,5	29,8 (30,0^a)	22,1 (22,1^a)

Voetnoot Tabel 8-1:

- a. De ex-ante vastgestelde normbedragen, rekening houdend met criteriumneutraliteit (de definitieve vaststelling).
- b. MVV is een nieuw vereveningskenmerk in het risicovereveningsmodel van 2019. Het risicovereveningsmodel van 2018 bevatte het vereveningskenmerk VGG.

In het somatische model van 2019 wijken de OT-normbedragen met gemiddeld € 21,5 per verzekerde en de ex-ante normbedragen met gemiddeld € 22,1 per verzekerde af van de gerealiseerde normbedragen (€ 22,1 per verzekerde bij de definitieve vaststelling inclusief criteriumneutraliteit). De totale GGAV bij de ex-ante normbedragen ligt hoger dan bij de OT-normbedragen. Een hogere GGAV in de ex-ante normbedragen dan bij de OT-normbedragen betekent dat de ex-ante

normbedragen (met en zonder criteriumneutraliteit) over het algemeen minder goed aansluiten bij de realisatienormbedragen dan de OT-normbedragen. Dit is een gevolg van de herweging naar de verzekerdenraming en de schaling naar het MPB tussen de OT. De aansluiting van de ex-ante normbedragen bij de realisatienormbedragen voor het somatische model is te verklaren door de effecten van pDKG, FKG en MVV.

Wijzigingen GGAV in normbedragen in 2019 ten opzichte van 2018

De GGAV in kosten voor het somatische model van 2019 is in lijn met de uitkomsten van 2018. De GGAV voor zowel OT als ex-ante ligt voor het somatische model 2019 lager dan voor 2018. Dit betekent dat het somatische model in 2019 zowel tijdens de OT als ex-ante vaststelling beter aansluit met de realisatienormbedragen dan het somatische model van 2018. In het somatische model van 2018 wijken de OT-normbedragen met gemiddeld € 27,8 per verzekerde en de ex-ante normbedragen met gemiddeld € 29,8 per verzekerde af van de realisatienormbedragen (€ 30,0 per verzekerde bij de definitieve vaststelling inclusief criteriumneutraliteit).

Aansluiting van de ex-ante vaststelling bij de gerealiseerde kosten

De aansluiting van de ex-ante vaststelling bij de realisatienormbedragen voor het somatische model van 2019 kan als volgt (deels) worden verklaard:

Demografische kenmerken

Voor **Leeftijd en Geslacht** is de GGAV in normbedragen gestegen tijdens de OT in het somatische model van 2019 (€ 71,0) ten opzichte van 2018 (€ 66,8) tijdens de OT en in de ex-ante vaststelling afgenomen tussen 2019 (€ 41,9) ten opzichte van 2018 (€ 55,2). Voor Leeftijd en geslacht is er sprake van een relatief hoge GGAV ten opzichte van andere vereveningskenmerken. Dit is ook in voorgaande jaren geconstateerd (Monitor 2013 t/m 2018). De hoge GGAV van dit normbedrag zijn mogelijk het gevolg van verschuivingen in de kosten en prevalenties bij andere vereveningskenmerken, zoals pDKG, sDKG, FKG, en MHK die (sterk) samenhangen met dit vereveningskenmerk. Bij deze andere vereveningskenmerken is ook sprake van relatief hoge GGAV in normbedragen (eveneens zijn in paragraaf 7.1.2 verschuivingen in kosten en prevalenties geconstateerd). De GGAV in normbedragen van Leeftijd/Geslacht is lager bij de ex-ante vaststelling ten opzichte van de OT.

Morbiditeitskenmerken

Voor **FKG** is de GGAV in normbedragen gedaald tijdens de OT in het somatische model van 2019 (€ 39,6) ten opzichte van 2018 (€ 42,0) tijdens de OT en in de ex-ante vaststelling tussen 2019 (€ 48,2 exclusief en € 52,3 inclusief criteriumneutraliteit) ten opzichte van 2018 (€ 61,5 exclusief en € 66,8 inclusief criteriumneutraliteit).

Binnen het somatische model van 2019 vallen voor de ex-ante vaststelling binnen de GGAV in normbedragen op bij FKG 20 (HIV/AIDS) en 24 (Auto-immuunziekten add-on). Voor beide risicoklassen zijn de normbedragen fors overschat bij de ex-ante vaststelling ten opzichte van de definitieve vaststelling.

Rekening houdend met het aantal verzekerdenjaren dat tijdens de definitieve vaststelling in een risicoklasse is ingedeeld, wordt de GGAV in normbedragen van FKG met name bepaald door de risicoklassen FKG 20 (HIV/AIDS) en 24 (Auto-immuunziekten add-on). FKG 20 (HIV/AIDS) en 24 (Auto-immuunziekten add-on) zijn respectievelijk verantwoordelijk voor 9% en 22% van de totale GGAV in normbedragen.

Er geldt partieel klassieke criteriumneutraliteit voor FKG 17 (Groeistoornissen), 24 (Auto-immuunziekten add-on), 27 (Immuuglobuline add-on), 30 (COPD/Zware Astma add-on), 33 (Kanker add-on) en 35 – 37 (EHK 1-3). Toepassing van partieel klassieke criteriumneutraliteit laat het normbedrag van de afslagklasse van FKG dalen van € -305 naar € -311 per verzekerde. De wijziging van dit normbedrag, in combinatie met het verschil tussen de geraamde en gerealiseerde prevalenties voor FKG (paragraaf 7.1.3), zorgt voor een verhoging van de GGAV in normbedragen bij de definitieve vaststelling ten opzichte van de ex-ante vaststelling.

Voor **pDKG** is de GGAV in normbedragen gedaald tijdens de OT in het somatische model van 2019 (€ 20,5) ten opzichte van 2018 (€ 32,0) tijdens de OT en in de ex-ante vaststelling tussen 2019 (€ 24,9 exclusief en € 26,0 inclusief criteriumneutraliteit) ten opzichte van 2018 (€ 45,8 exclusief en € 40,9 inclusief criteriumneutraliteit).

Binnen het somatische model van 2019 vallen voor de ex-ante vaststelling binnen de GGAV in normbedragen op bij pDKG 7, 9 en 14. Voor pDKG 9 en 14 is de GGAV in normbedragen fors overschat bij de ex-ante vaststelling ten opzichte van de definitieve vaststelling. Voor pDKG 7 is er sprake van een lichte onderschatting in het normbedrag bij de ex-ante vaststelling ten opzichte van de definitieve vaststelling. Rekening houdend met het aantal verzekerdenjaren dat tijdens de definitieve vaststelling in een risicoklasse is ingedeeld, wordt de GGAV in normbedragen van pDKG met name bepaald door de risicoklassen pDKG 7, 9 en 14. pDKG 7, 9 en 14 zijn respectievelijk verantwoordelijk voor 10%, 11% en 8% van de totale GGAV in normbedragen.

Er geldt klasse criteriumneutraliteit voor pDKG. Toepassing van klasse criteriumneutraliteit laat bij pDKG 11, 14 en 15 een forse impact zien, met name bij pDKG 14. Het normbedrag van pDKG 14 daalt van € 67.547 naar € 54.317 per verzekerde (absoluut verschil van € 13.230). Het normbedrag van pDKG 11 daalt met € 5.347 (€ 49.059 naar € 43.712), het normbedrag van pDKG 15 daalt met € 1.217 (€ 11.859 naar € 10.642). De wijzigingen van deze normbedragen in combinatie met het verschil tussen de geraamde en gerealiseerde prevalenties voor pDKG zorgen voor een verhoging van de GGAV in normbedragen bij de definitieve vaststelling ten opzichte van de ex-ante vaststelling.

Voor **sDKG** is de GGAV in normbedragen gedaald tijdens de OT in het somatische model van 2019 (€ 15,9) ten opzichte van 2018 (€ 19,6) tijdens de OT en in de ex-ante vaststelling tussen 2019 (€ 14,2 exclusief en € 13,7 inclusief criteriumneutraliteit) ten opzichte van 2018 (€ 6,1 exclusief en € 8,1 inclusief criteriumneutraliteit).

Binnen het somatische model van 2019 vallen voor de ex-ante vaststelling binnen de GGAV in normbedragen op bij sDKG 1 en 4. Voor pDKG 1 en 4 is de GGAV in normbedragen overschat bij de ex-ante vaststelling ten opzichte van de definitieve vaststelling. Rekening houdend met het aantal verzekerdenjaren dat tijdens de definitieve vaststelling in een risicoklasse is ingedeeld, wordt de GGAV in normbedragen van sDKG met name bepaald door de risicoklassen sDKG 1 en 4. sDKG 1 en 4 zijn respectievelijk verantwoordelijk voor 17% en 21% van de totale GGAV in normbedragen.

Er geldt klasse criteriumneutraliteit voor sDKG. Toepassing van klasse criteriumneutraliteit laat bij sDKG 5 en 7 een forse impact zien. Het normbedrag van sDKG 5 daalt van €15.530 naar €14.408, het normbedrag van sDKG 7 stijgt van €71.000 naar €83.140. De toepassing van criteriumneutraliteit voor deze risicoklassen zorgt voor een lagere GGAV in normbedragen. Dit wordt niet sterk beïnvloed door het verschil in geraamde en gerealiseerde prevalenties. De GAV in prevalenties tussen de ex-ante vaststelling en de definitieve vaststelling is namelijk slechts 1 per 1000 verzekerden (paragraaf 7.1.3).

De GGAV van het normbedrag van sDKG 7 stijgt van € 71.000 naar € 83.140 per verzekerde (absoluut verschil van € 12.140). Klasse criteriumneutraliteit leidt bij de definitieve vaststelling tot een lagere GGAV in normbedragen dan bij de ex-ante vaststelling. De GGAV in normbedragen bij de ex-ante vaststelling ligt lager dan tijdens de OT. Een verklaring hiervoor kan de verschuiving in kosten zijn (paragraaf 7.1.2).

Voor **MHK** is de GGAV in normbedragen gedaald tijdens de OT in het somatische model van 2019 (€ 39,1) ten opzichte van 2018 (€ 81,3) tijdens de OT en in de ex-ante vaststelling tussen 2019 (€ 85,7 exclusief criteriumneutraliteit) ten opzichte van 2018 (€ 47,0 exclusief en € 45,2 inclusief criteriumneutraliteit).

Binnen het somatische model van 2019 valt voor de ex-ante vaststelling binnen de GGAV in normbedragen op bij MHK 6. Voor MHK 6 is de GGAV in normbedragen onderschat bij de ex-ante vaststelling ten opzichte van de definitieve vaststelling. Rekening houdend met het aantal verzekerdenjaren dat tijdens de definitieve vaststelling in

een risicoklasse is ingedeeld, wordt de GGAV in normbedragen van MHK voor een aanzienlijk deel bepaald door de risicoklassen MHK 6. MHK 6 is verantwoordelijk voor 12% van de totale GGAV in de normbedragen.

In 2019 geldt er partieel klassieke criteriumneutraliteit voor MHK 7 en 8. In 2018 was hier geen sprake van. Toepassing van partieel klassieke criteriumneutraliteit laat het normbedrag van de afslagklasse van MHK dalen van € -614 naar € -618 per verzekerde. De wijziging in dit normbedrag, in combinatie met het grote verschil tussen de geraamde en gerealiseerde prevalenties voor MHK (paragraaf 7.1.3) leidt tot een lagere GGAV in normbedragen bij de definitieve vaststelling ten opzichte van de ex-ante vaststelling.

Voor **MVV** is de GGAV in normbedragen gedaald tijdens de OT in het somatische model van 2019 (€ 14,1) ten opzichte van 2018 bij VGG (€ 24,0) tijdens de OT en in de ex-ante vaststelling tussen 2019 (€ 28,9 exclusief criteriumneutraliteit) ten opzichte van 2018 bij VGG (€ 29,9 exclusief en € 27,3 inclusief criteriumneutraliteit).

Binnen het somatische model van 2019 valt voor de ex-ante vaststelling binnen de GGAV in normbedragen op bij MVV 8. Voor MVV 8 is de GGAV in normbedragen fors overschat bij de ex-ante vaststelling ten opzichte van de definitieve vaststelling. Rekening houdend met het aantal verzekerdenjaren dat tijdens de definitieve vaststelling in een risicoklasse is ingedeeld, wordt de GGAV in normbedragen van MVV voor een aanzienlijk deel bepaald door de risicoklassen MVV 8. MVV 8 is verantwoordelijk voor 20% van de totale GGAV in de normbedragen.

In 2019 geldt er klassieke criteriumneutraliteit voor MVV. Toepassing van klassieke criteriumneutraliteit laat het normbedrag van de afslagklasse van MVV stijgen van € -194 naar € -191 per verzekerde. Klassieke criteriumneutraliteit leidt bij de definitieve vaststelling tot een lagere GGAV in normbedragen dan bij de ex-ante vaststelling. Dit wordt niet sterk beïnvloed door de verschillen in geraamde en gerealiseerde prevalenties. Dit verschil is voor MVV slechts 0,5 per 1000 verzekerden (paragraaf 7.1.3).

Overige vereveningskenmerken

Bij de vereveningskenmerken AVI, Regio, HKG en FDG is sprake van een relatief lage GGAV in normbedragen tijdens de OT en ex-ante vaststelling. Dit is in lijn met voorgaande jaren (Monitor 2016, 2017 en 2018).

8.2. GGZ-kosten

8.2.1. Normbedragen

Tabel 8-2 presenteert de GGAV in de normbedragen van het GGZ-model 2019, bij de OT en ex-ante vaststelling²⁹ ten opzichte van de realisatienormbedragen.

Tabel 8-2. GGAV in normbedragen tussen de OT en de ex-ante vaststelling met de realisatienormbedragen voor het GGZ-model 2018 en 2019, uitgedrukt in € per verzekerde.

	OT – Herschatting		Ex-ante vaststelling – Herschatting	
	2018	2019	2018	2019
Leeftijd/geslacht	10,5	11,3	10,3	10,7
DKG-GGZ	22,8	11,7	23,5 (21,3 ^a)	17,1 (25,0 ^a)
AVI	6,2	5,7	7,8	6,3
Regio	9,2	9,7	10,5	11,4
SES	1,7	2,4	2,1	4,0
MHK-GGZ	17,7	8,9	16,2	8,7
FKG-GGZ	2,3	2,8	2,3	5,1
PPA	2,0	1,6	1,7	2,2
Totaal	9,0	6,8	9,3 (9,0^a)	8,2 (9,2^a)

Voetnoot Tabel 8-2:

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

In het GGZ-model van 2019 kijken de OT-normbedragen gemiddeld € 6,8 per verzekerde af van de gerealiseerde normbedragen, ten opzichte van € 8,2 per verzekerde bij de ex-ante vaststelling en € 9,2 per verzekerde bij de definitieve vaststelling inclusief criteriumneutraliteit. De totale GGAV van de normbedragen is dus het hoogst bij de definitieve vaststelling inclusief criteriumneutraliteit. Dit betekent dat de normbedragen van de definitieve vaststelling minder goed aansluiten bij de normbedragen uit de herschatting, dan de normbedragen van het OT- en het ex-ante model.

Deze hoge GGAV van de normbedragen in de definitieve vaststelling wordt met name veroorzaakt door de vereveningskenmerken DKG-GGZ, Regio en FKG-GGZ.

Wijzigingen in GGAV in normbedragen in 2019 ten opzichte van 2018

De GGAV in de normbedragen voor het GGZ-model van 2019 wijkt af ten opzichte van de uitkomsten in 2018. Het OT-moment van 2019 sluit beter aan bij de realisatienormbedragen van 2019, dan in 2018 het geval was (€ 9,0 per verzekerde ten opzichte van € 6,8 per verzekerde). Ditzelfde geldt voor de ex-ante vaststelling (€ 9,3 per verzekerde ten opzichte van € 8,2 per verzekerde). Echter, voor de definitieve vaststelling inclusief criteriumneutraliteit is de GGAV in

normbedragen hoger dan in 2018 (€ 9,0 per verzekerde ten opzichte van € 9,2 per verzekerde).

Waar de OT- en ex-ante normbedragen in 2019 dus beter aansluiten bij de gerealiseerde normbedragen dan in 2018, geldt dit niet voor de definitieve vaststelling inclusief criteriumneutraliteit. Dit komt omdat de toepassing van criteriumneutraliteit op de ex-ante normbedragen van het GGZ-model in 2019 zorgt voor een stijging van de GGAV van de normbedragen: een verhoging van € 1,0 per verzekerde, ten opzichte van een daling van de GGAV in de normbedragen van € 0,3 per verzekerde in 2018.

Aansluiting van de ex-ante vaststelling bij de gerealiseerde kosten

De aansluiting van de ex-ante vaststelling bij de gerealiseerde normbedragen voor het GGZ-model van 2019 is als volgt (deels) te verklaren:

Demografische kenmerken

Voor **Leeftijd en Geslacht** is de GGAV in normbedragen gestegen tijdens de OT in het GGZ-model van 2019 (€ 11,3) ten opzichte van 2018 (€ 10,5) tijdens de OT en in de ex-ante vaststelling tussen 2019 (€ 10,7) ten opzichte van 2018 (€ 10,3).

Binnen het GGZ-model van 2019 vallen bij de ex-ante vaststelling binnen de GGAV in normbedragen de

²⁹ Voor de ex-ante vaststelling gebruiken wij de normbedragen uit WOR 930.

risicoklassen voor vrouwen tussen de 18 en 24 en 25 en 29 jaar op. Rekening houdend met het aantal verzekerdenjaren dat tijdens de definitieve vaststelling in een risicoklasse is ingedeeld, wordt de GGAV in normbedragen van Leeftijd en Geslacht voor een aanzienlijk deel bepaald door deze risicoklassen. Vrouwen tussen de 18 en 24 en 25 en 29 jaar zijn verantwoordelijk voor 32% en 9% van de totale GGAV in de normbedragen tijdens de OT en ex-ante vaststelling.

Voor **Regio** is de GGAV in normbedragen gestegen tijdens de OT in het GGZ-model van 2019 (€ 9,7) ten opzichte van 2018 (€ 9,2) tijdens de OT en in de ex-ante vaststelling tussen 2019 (€ 11,4) ten opzichte van 2018 (€ 10,5).

Binnen het GGZ-model van 2019 valt risicoklasse Regio 1 op bij zowel de OT als de ex-ante vaststelling. De GGAV van deze risicoklasse is voor deze vaststellingsmomenten respectievelijk €86,4 en €101,4. Rekening houdend met het aantal verzekerdenjaren dat tijdens de definitieve vaststelling in een risicoklasse is ingedeeld, wordt de GGAV van de normbedragen van Regio voor een aanzienlijk deel bepaald door deze risicoklasse. Regio 1 is verantwoordelijk voor 50% van de totale GGAV in de normbedragen tijdens de OT en ex-ante vaststelling.

Morbiditeitskenmerken

Voor **FKG-GGZ** is de GGAV in normbedragen gestegen tijdens de OT in het GGZ-model van 2019 (€ 2,8) ten opzichte van 2018 (€ 2,3) tijdens de OT en in de ex-ante vaststelling tussen 2019 (€ 5,1) ten opzichte van 2018 (€ 2,3). Binnen het GGZ-model van 2019 valt voor de ex-ante vaststelling binnen de GGAV in normbedragen op bij FKG-GGZ 7. Rekening houdend met het aantal verzekerdenjaren dat tijdens de definitieve vaststelling in een risicoklasse is ingedeeld, wordt de GGAV in normbedragen van FKG-GGZ voor een aanzienlijk deel bepaald door deze risicoklassen. FKG-GGZ 7 is verantwoordelijk voor 26% en 28% van de totale GGAV in normbedragen tijdens de OT en ex-ante vaststelling.

Voor **DKG-GGZ** is de GGAV in normbedragen gedaald tijdens de OT in het GGZ-model van 2019 (€ 11,7) ten opzichte van 2018 (€ 22,8) tijdens de OT en in de ex-ante vaststelling tussen 2019 (€ 17,1 exclusief en € 25,0 inclusief criteriumneutraliteit) ten opzichte van 2018 (€ 23,5 exclusief en € 21,3 inclusief criteriumneutraliteit). Deze stijging is in absolute zin de grootste van alle vereveningskenmerken uit het GGZ-model van 2019 (€ 5,4). Binnen het somatische model van 2019 vallen voor de ex-ante vaststelling binnen de GGAV geen specifieke kenmerken op, naast de impact op de afslagklasse DKG-GGZ 0.

Rekening houdend met het aantal verzekerdenjaren dat tijdens de definitieve vaststelling in een risicoklasse is ingedeeld, wordt de GGAV in normbedragen van DKG-GGZ voor een aanzienlijk deel bepaald door deze risicoklasse. DKG-GGZ 0 is verantwoordelijk voor 43% en 21% van de totale GGAV in normbedragen tijdens de OT en ex-ante vaststelling. In absolute zin sluit DKG-GGZ 0 beter aan bij het realisatie normbedrag tijdens de definitieve vaststelling (GGAV van € 5,0 tijdens de OT versus € 3,6 tijdens de ex-ante vaststelling).

Toepassing van klassieke criteriumneutraliteit op de afslagklasse van DKG-GGZ doet het normbedrag van DKG-GGZ 0 dalen van €-121 naar €-113 per verzekerde. De wijziging in dit normbedrag, in combinatie met het verschil in geraamde en gerealiseerde prevalenties (paragraaf 7.2.3) zorgt voor een stijging van de GGAV in normbedragen

Overige vereveningskenmerken

Voor de vereveningskenmerken AVI, SES en PPA is sprake van een relatief lage GGAV in normbedragen tijdens zowel de OT- als de ex-ante vaststelling. Dit is in lijn met de Monitor 2018. Binnen MHK-GGZ zijn er geen risicoklassen die opvallen.

Bijlagen



A. Flankerend beleid (type 1) en de impact

A.1. Flankerend beleid

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

Door toepassing van flankerend beleid dragen zorgverzekeraars met een hoog-risico profiel een deel van hun vereveningsbijdrage af aan zorgverzekeraars met een laag-risico profiel, wanneer er sprake is van een onderschrijding van het MPB. Vanzelfsprekend werkt flankerend beleid bij overschrijding van het MPB de andere kant op. Zorgverzekeraars met een hoog-risico profiel behalen voor flankerend beleid een hoger positief vereveningsresultaat in het geval van onderschrijding van het MPB, dan na flankerend beleid. Voor zorgverzekeraars met een laag-risico profiel geldt het tegenovergestelde. In 2019, net als voorgaande jaren (2014 t/m 2018), is er sprake van een onderschrijding van het MPB voor somatisch zorg. In tegenstelling tot voorgaande jaren, is er een lichte overschrijding van het MPB voor GGZ.

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

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

A.2. Verdere toelichting vereveningsresultaat

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

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

A.3. Impact van flankerend beleid op macroniveau

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

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

A.3.1. Somatische kosten

In totaal zorgt flankerend beleid voor een absoluut effect van: € 162,8 miljoen in 2019. In voorgaande jaren was dit absolute effect:

- € 137,7 miljoen in 2018 (Monitor 2018)
- € 88,7 miljoen in 2017 (Monitor 2017)
- € 41,3 miljoen in 2016 (somatische plus V&V-kosten t.b.v. vergelijkbaarheid met Monitor 2016) (Monitor 2017)
- € 176,7 miljoen in 2015 (Monitor 2015)
- € 238,8 miljoen in 2014 (Monitor 2014)

De toename van de absolute verschuiving in de bijdrage tussen zorgverzekeraars in 2019, ten opzichte van 2018, hangt samen met het hogere macrovereveningsresultaat in 2019. Bij een grotere onderschrijding van het MPB moet meer geld onderling worden verrekend om zorgverzekeraars een evenredig aandeel van deze onderschrijding toe te delen.

A.3.2. GGZ-kosten

Flankerend beleid (exclusief het effect van COVID19 continuïteitsbijdragen 2019) zorgt op macroniveau voor een absolute verschuiving in de bijdrage tussen zorgverzekeraars van € 4,1 miljoen in 2019. Tussen 2014 en 2017 was dit exclusief IGGZ In voorgaande jaren was dit absolute effect:

- € 27,7 miljoen in 2018 (Monitor 2018)
- € 22,3 miljoen in 2017 (Monitor 2017)
- € 48,7 miljoen in 2016 (Monitor 2016)
- € 47,0 miljoen in 2015 (Monitor 2015)
- € 86,2 miljoen in 2014 (Monitor 2014)

Het effect in 2019 is daarmee kleiner dan in 2018 en voorgaande jaren. Dit hangt samen met het lagere (negatieve) macrovereveningsresultaat in 2019 ten opzichte van 2018 en voorgaande jaren.

A.4. Impact van flankerende beleid op verzekeraarsniveau

Bij gemiddeld lage vereveningsbijdrage dan landelijk gemiddeld

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

Bij gemiddelde landelijk vereveningsbijdrage

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

Bij gemiddelde hoge vereveningsbijdrage dan landelijk gemiddeld

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

A.4.1. Flankerend beleid toegepast op somatische kosten

Flankerend beleid zorgt voor een evenredige toedeling van de onder- of overschrijding van het MPB tussen zorgverzekeraars. Flankerend beleid zorgt op macroniveau voor een absolute verschuiving in de bijdrage tussen zorgverzekeraars van € 162,8 miljoen (2019). Deze herverdeling van het macrovereveningsresultaat heeft impact op het vereveningsresultaat voor de individuele zorgverzekeraars. Deze impact pakt verschillend uit tussen zorgverzekeraars met een hogere dan landelijk gemiddelde vereveningsbijdragen (boven € 2.528) en zorgverzekeraar met een lagere dan landelijk gemiddelde vereveningsbijdrage (onder € 2.528) (Tabel A-1). Voor de geconstateerde onderschrijding van het MPB in 2019 resulteert dit voor het somatische model in een toename van de spreiding.

Tabel A-1. Gemiddelde vereveningsbijdrage en vereveningsresultaat (voor en na flankerend beleid) voor zorgverzekeraars met een gemiddelde vereveningsbijdrage per verzekerde onder en boven de landelijk gemiddelde vereveningsbijdrage per verzekerde (€ 2.528).

	Gemiddelde vereveningsbijdrage per verzekerde	Vereveningsresultaat per verzekerde voor FB	Vereveningsresultaat per verzekerde na FB
Onder € 2.528	€ 2.030	€ 96	€ 113
Boven € 2.528	€ 2.884	€ 81	€ 69

Zorgverzekeraars met een hoog-risico profiel behalen voor flankerend beleid al een gemiddeld lager vereveningsresultaat (€ 81) dan zorgverzekeraars met een laag-risico profiel (€ 96). Bij overschrijding van het MPB is het inherent aan de werking van het flankerend beleid dat zorgverzekeraars met een hoog-risico profiel een bijdrage afstaan aan zorgverzekeraars met een laag-risico profiel. Immers, alle zorgverzekeraars leveren dezelfde procentuele afslag van de hun toegekende vereveningsbijdrage in, welke daarna evenredig wordt verdeeld over het aantal verzekerden 18+ per zorgverzekeraar.

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

N.B. Daarnaast heeft het aantal kinderen (verzekerden onder de 18 jaar) per zorgverzekeraar effect op het vereveningsresultaat na flankerend beleid bij het somatische model. In tegenstelling tot het GGZ-model, kent het somatische model een procentuele afslag op de bijdrage voor kinderen, welke wordt herverdeeld aan de volwassenen op basis van een gelijk vast bedrag. Zorgverzekeraars met relatief veel kinderen in hun portefeuille staan hierdoor meer van hun toegekende budget af ten opzichte van zorgverzekeraars met relatief weinig kinderen in hun portefeuille. Daarnaast wordt bij het toedelen van het evenredige aandeel van de overschrijding enkel rekening gehouden met verzekerden 18+. Zorgverzekeraars met relatief veel kinderen in hun portefeuille ontvangen daardoor minder bijdrage, terwijl zorgverzekeraars met relatief weinig kinderen in hun portefeuille profiteren van een hogere bijdrage. Het effect hiervan is (voor 2019) echter te klein om de hierboven beschreven impact significant te beïnvloeden.

A.4.2. Flankerend beleid toegepast op GGZ-kosten

In totaal zorgt flankerend beleid voor een absoluut effect van € 4,1 miljoen in 2019 (inclusief IGGZ). Het effect in 2019 is daarmee kleiner dan in 2018 en voorgaande jaren. Dit hangt samen met het lagere macrovereveningsresultaat in 2019 ten opzichte van 2018 en voorgaande jaren.

Ook binnen het GGZ-model heeft de herverdeling van het macro vereveningsresultaat impact op het vereveningsresultaat voor de individuele zorgverzekeraars. Deze impact is tegengesteld aan die bij somatische model. Dit komt omdat het macrovereveningsresultaat voor het GGZ-model in 2019 negatief is. Flankerend beleid pakt verschillend uit tussen zorgverzekeraars met een hoger dan landelijk gemiddelde vereveningsbijdragen en zorgverzekeraars met een lager dan landelijk gemiddelde vereveningsbijdrage (Tabel A-2). Voor de geconstateerde overschrijding van het MPB in 2019 resulteert dit voor het GGZ-model in een toename van de spreiding.

Tabel A-2. Gemiddelde vereveningsbijdrage en vereveningsresultaat (voor en na flankerend beleid) voor zorgverzekeraars met een gemiddelde vereveningsbijdrage per verzekerde onder en boven de landelijk gemiddelde vereveningsbijdrage per verzekerde (€ 283).

	Gemiddelde vereveningsbijdrage per verzekerde	Vereveningsresultaat per verzekerde voor flankerend beleid	Vereveningsresultaat per verzekerde na flankerend beleid
Onder € 283	€ 229	€ -12	€ -12
Boven € 283	€ 311	€ 6	€ 6

Zoals te zien in Tabel A-2 behalen zorgverzekeraars met een hoog-risico profiel (boven € 283) voor flankerend beleid een hoger positief vereveningsresultaat (€ 6) dan zorgverzekeraars met een laag-risico profiel (€ -12). Dit is tegenovergesteld aan de situatie bij het somatische model.

Flankerend beleid verhoogt vervolgens het hogere gemiddelde vereveningsresultaat van de zorgverzekeraar met een hoog-risico profiel, tegelijkertijd verlaagt het flankerend beleid het gemiddelde lagere vereveningsresultaat van zorgverzekeraars met een laag-risico profiel. Flankerend beleid vergroot daarmee de spreiding tussen de risicovereveningsresultaten van zorgverzekeraars met een laag-risicoprofiel en een hoog-risicoprofiel.

A.5. Impact van flankerende beleid op subgroepniveau

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

B. Overzicht Risicovereveningsstelsel

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

¹ Het risicovereveningsstelsel kent in 2019 geen ex post verevening meer

C. Methode en verantwoording

C.1. Bronbestanden

Deze bijlage beschrijft de gebruikte bronbestanden en beschrijvende statistieken. Wij hebben, voor zover mogelijk, de statistieken aangesloten op de gerapporteerde cijfers in de uitvoering (o.a. WOR 928, WOR 929 en WOR 930 en informatie van het ZIN). Wij achten de aangeleverde bronbestanden geschikt voor deze Monitor.

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

C.1.1. Macro- en zorgverzekeraarsanalyse

Voor de macro- en zorgverzekeraarsanalyse heeft het ZIN een bronbestand aangeleverd op zorgverzekeraarsniveau. Dit bestand is gebaseerd op de jaarstaten van zorgverzekeraars. Dit bestand bevat gegevens over zorgkosten en verzekerdenaantallen van de ex-ante vaststelling (najaar 2018) en de definitieve vaststelling van de bijdragen (2019, vastgesteld in 2023). De gegevens van de definitieve vaststelling zijn gebruikt voor Monitor 2019. Het bestand bevat de gerealiseerde cijfers en is inclusief:

- Flankerend beleid;
- Kosten van buitenlandzorg, verwerkt middels een macroboeking;
- Niet-ingezetenen (214.475 verzekerdenjaren), die door het ZIN zijn ingedeeld in risicoklassen van vereveningskenmerken conform de geldende beleidsregels;
- Verzekerden van wie het gepseudonimiseerde Burger Service Nummer (BSN) nummer onbekend is, die door het ZIN zijn ingedeeld in risicoklassen van vereveningskenmerken conform de geldende beleidsregels (circa 101 verzekerdenjaren).

Bovenstaande kosten en verzekerden zijn niet inbegrepen in de bestanden die zijn gebruikt voor de andere analyses in de Monitor 2019 (subgroepenanalyse Deel I en volledig Deel II). De plafondafspraken zijn in het kostenbestand meegenomen.

Aansluiting ZIN-bestand

Beschrijvende statistieken van dit bronbestand zijn geanalyseerd en aangesloten met andere documentatie, onder andere:

- De macrobedragen bij de ex-ante vaststelling sluiten aan met de MPB-bedragen, zoals gerapporteerd bij het Ministerie van VWS.
- De normbedragen in het bestand sluiten aan op de gerapporteerde normbedragen in WOR 930. Wij gaan uit van de gegevens zoals aangeleverd.

C.1.2. Subgroepenanalyse

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

Kosten-Per-Verzekerde bestand (KPV-bestand) en Vereveningskenmerken-per-verzekerde (RBRV-bestand) van 2016 t/m 2019

Het ZIN heeft het KPV-bestand en RBRV-bestand van 2019 aangeleverd. In het KPV-bestand zijn de gerealiseerde kosten van het vereveningsjaar per verzekerde beschikbaar. In het RBRV-bestand zijn de gerealiseerde verzekerdenkenmerken en de inschrijfduur van verzekerden beschikbaar. Deze bestanden zijn gekoppeld aan elkaar op het niveau van verzekerden, op basis van een BSN-pseudoniem.

Daarnaast heeft het ZIN het KPV-bestand en RBRV-bestand van 2016 t/m 2018 aangeleverd. De zorgkosten uit de bestanden voor 2016 t/m 2018 zijn gebruikt voor het definiëren van de subgroepen (Bijlage C.2.3).

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

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

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

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

Aansluiting KPV- en RBRV-bestanden

Tabel C-1 presenteert de beschrijvende statistieken van het gekoppelde KPV- en RBRV-bestand van zowel 2019 als 2018 na de uitgevoerde bewerkingen en selecties. De bewerkingen en selecties zijn:

- Verzekerden die niet voorkomen in het KPV-bestand (en wel in het RBRV-bestand) hebben geen kosten in het vereveningsjaar. De kosten van deze verzekerden zijn gelijk aan nul gezet.
- Niet-ingezetenen en verzekerden van wie een vereveningskenmerk onbekend is – ingedeeld in klasse “onbekend” –, zijn verwijderd: in totaal 214.475 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 C-1. Beschrijvende statistieken van de gekoppelde KPV- en RBRV-bestanden van 2019 en 2018, na uitvoering van de benodigde bewerkingen en selecties

	Gerealiseerde cijfers 2019	Gerealiseerde cijfers 2018
Aantal records	17.437.130	17.329.040
Aantal verzekerdenjaren	17.065.199	16.957.522
Aantal verzekerdenjaren vanaf 18+	13.742.375	13.610.550
Gemiddelde kosten per deelbedrag		
Somatische kosten (totaal)	2.458	2.380
GGZ (totaal)	285	271

C.1.3. Aanvullende bestanden Deel II

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

OT-bestanden voor de somatische zorg en de GGZ van 2019

Deze OT-bestanden bevatten kostengegevens van 2019, die representatief zijn gemaakt voor het vereveningsjaar 2019 (WOR 929 OT-fase). Ook bevatten deze OT-bestanden de inschrijfduur van verzekerden en verzekerdenkenmerken, die zijn gebaseerd op 2016 of meerdere voorgaande jaren (afhankelijk van het vereveningskenmerk). In deze bestanden zijn enkele typen kosten en verzekerden niet aanwezig, die wel in het ZIN- bestand voor de macro- en zorgverzekeraarsanalyse zijn inbegrepen. Deze OT-bestanden zijn exclusief:

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

Ook zijn in de OT-bestanden niet de omzetafspraken van het betreffende jaar verwerkt. De OT-bestanden zijn zo goed als mogelijk representatief gemaakt voor het betreffende vereveningsjaar met betrekking tot de pakketmaatregelen (WOR 928 Gegevensfase).

Aansluiting en plausibiliteitscontroles OT-bestanden

Tabel C-2 presenteert beschrijvende statistieken van de OT-bestanden voor de somatische zorg en de GGZ voor 2019 en 2018. De OT-bestanden sluiten op de gerapporteerde cijfers aan. Voor 2019 sluiten de statistieken aan (op enkele kleine verschillen en afrondingen na) met de gerapporteerde cijfers in WOR 929 (OT-fase). Voor 2018 sluiten de statistieken aan met de gerapporteerde cijfers in WOR 874 en WOR 875 (op enkele kleine verschillen en afrondingen na). Deze kleine (afrondings-) verschillen hebben naar verwachting geen impact op de conclusies in de Monitor 2019.

Tabel C-2. Beschrijvende statistieken van de OT-bestanden van 2019 en 2018 voor somatische zorg en de GGZ (zoals aangeleverd, voor herweging naar de verzekerdensraming en schaling naar het MPB).

	OT-2019: kosten 2019 ^a	OT-2018: kosten 2018 ^b
Somatische zorg		
Aantal records	17.100.415	17.004.648
Aantal verzekerdensramingen	16.749.854	16.672.188
Gemiddelde totale kosten	2.352	2.285
GGZ (gGGZ + IGGZ)		
Aantal records	13.580.444	13.480.570
Aantal verzekerdensramingen	13.366.566	13.278.659
Gemiddelde totale kosten	277	260

Voetnoot Tabel C-2:

- a. Kostengegevens gedefinieerd conform het Zvw-pakket van 2019.
 b. Kostengegevens gedefinieerd conform het Zvw-pakket van 2018.

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

Onderstaande alinea's presenteren de beschrijvende statistieken van de bestanden, die zijn gebruikt voor de analyses in Deel II. Op deze bestanden zijn verscheidene bewerkingen uitgevoerd om de analyses uit te voeren. Bijlage C.3 beschrijft de uitgangspunten en uitgevoerde bewerkingen.

Somatische kosten

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

Tabel C-3. Gemiddelde somatische kosten (uitgedrukt in € per verzekerde) en aantal verzekerden van de totale Zvw-bevolking, op de verschillende vaststellingsmomenten voor 2019.

	Geraamde cijfers		Gerealiseerde cijfers
	OT ^a	Ex-ante vaststelling ^b	Definitieve vaststelling ^c
Totaal gemiddelde kosten	2.352	2.530	2.458
Totaal gemiddelde bijdrage	2.352	2.530	2.546
Macrokosten in € mln.	39.394	43.542	41.952
Macrobijdrage in € mln.	39.394	43.542	43.443
Totaal aantal verzekerden	16.749.854	17.210.000	17.065.199

Voetnoot Tabel C-3:

- a. Gebaseerd op kostengegevens van 2018, die representatief zijn gemaakt voor 2019 (WOR 929 OT-fase). De prevalenties zijn gebaseerd op de Zvw-bevolking van 2016. Dit zijn de cijfers exclusief niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN- nummer onbekend is.
 b. Gebaseerd op dezelfde gegevens van de OT, die zijn herwogen naar de verwachte samenstelling van de Zvw-bevolking van 2019 en geschaald naar het kostenniveau van het MPB van 2019. Dit zijn de cijfers inclusief niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is.
 c. Gebaseerd op de gerealiseerde cijfers, op basis van het aangeleverde KPV- en RBRV-bestand van 2019 exclusief niet- ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is.

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

- Bij de gerealiseerde cijfers zijn de niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is niet inbegrepen. Uit de macroanalyse in Hoofdstuk 3 (die is gebaseerd op het volledige bestand voor uitvoering van het risicovereveningssysteem) volgt bij de definitieve vaststelling een macrobijdrage van € 43.686 miljoen. Het verschil met

de cijfers in bovenstaande tabel wordt (grotendeels) verklaard door het ontbreken van de niet-ingezetenen (214.475 verzekerdenjaren).

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

GGZ-kosten

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

Tabel C-4. Gemiddelde GGZ-kosten (uitgedrukt in € per verzekerde 18+) en aantal verzekerden van de Zvw-bevolking van 18 jaar en ouder, op de verschillende vaststellingsmomenten voor 2019.

	Geraamde cijfers		Gerealiseerde cijfers
	OT ^a	Ex-ante vaststelling ^b	Definitieve vaststelling ^c
Gemiddelde GGZ-kosten in €	265	284	285
Gemiddelde GGZ-bijdrage in €	265	284	284
Macrokosten in € mln.	3.536	3.946	3.912
Macrobudget bijdrage in € mln.	3.536	3.946	3.902
Totaal aantal verzekerdenjaren	13.366.566	13.891.000	13.742.375

Voetnoten Tabel C-4:

- Gebaseerd op kostengegevens van 2018, die representatief zijn gemaakt voor 2019 (WOR 929 OT-fase). De prevalenties zijn gebaseerd op de Zvw-bevolking van 2016. 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 2019 en geschaald naar het kostenniveau van het MPB van 2019. 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 2019 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 214.475 verzekerdenjaren voor niet-ingezetenen.
- Bij de OT zijn, net zoals bij de gerealiseerde cijfers, de niet-ingezetene en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is niet inbegrepen.
- Bij de ex-ante vaststelling zijn de niet-ingezetenen en verzekerden van wie het BSN-nummer onbekend is wel meegenomen via de uitgevoerde herweging van het OT-bestand naar de verzekerdenraming.

C.2. Deel I: Uitgangspunten en bewerkingen

C.2.1. Macroanalyse (Hoofdstuk 3)

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

- De gegevens voor alle 24 individuele zorgverzekeraars zijn gesommeerd om te komen tot het landelijke beeld;
- De nominale rekenpremie, de uitvoeringskosten voor verzekerden jonger dan 18 jaar en het vrijwillig eigen risico blijven buiten beschouwing.

C.2.2. Zorgverzekeraarsanalyse (Hoofdstuk 4)

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

- Voor de analyses is uitgegaan van het aantal verzekerdenjaren;
- Voor de analyses naar de GGZ-kosten is uitgegaan van het aantal verzekerden, exclusief gedetineerden;
- De vaste kosten en het vrijwillig eigen risico zijn geen onderdeel van de analyses;

- Een fictieve situatie zonder risicovereveningssysteem is geconstrueerd om de werking van het risicovereveningssysteem te toetsen. De fictieve situatie gaat uit van een gelijke bijdrage per verzekerde bij de definitieve vaststelling. Het gelijke bedrag per verzekerde is bepaald door de macrobijdrage voor flankerend beleid gelijk te verdelen over alle verzekerdenjaren. Hierbij is uitgegaan van de gerealiseerde verzekerdenaantallen per zorgverzekeraar in 2019, rekening houdend met de inschrijfduur van verzekerden;
- De resultaten van de definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid gebaseerd op de gerealiseerde cijfers in 2019;
- De indeling van zorgverzekeraars op basis van portefeuilleomvang klein/middelgroot/groot is constant gehouden voor alle analyses (i.e. somatische kosten, GGZ-kosten en opbrengsten verplicht eigen risico). De indeling is gebaseerd op het aantal verzekerden in de totale Zvw-bevolking. Een portefeuille is 'klein' wanneer de zorgverzekeraar minder dan 150.000 verzekerden heeft, 'middelgroot' tussen 150.000 en 500.000 verzekerden en 'groot' met meer dan 500.000 verzekerden. In totaal zijn 4 zorgverzekeraars ingedeeld in categorie klein, 12 zorgverzekeraars in categorie middelgroot en 8 zorgverzekeraars in categorie groot. Ook zijn de 24 zorgverzekeraars als aparte analyse ingedeeld in twee groepen: behorend tot een concern (16) en zelfstandige zorgverzekeraars (8);
- De GGARV geeft aan in hoeverre verschuivingen in het vereveningsresultaat tussen zorgverzekeraars optreden bij een volgend vaststellingsmoment: van definitieve vaststelling voor flankerend beleid en van de definitieve vaststelling na flankerend beleid, met het effect per maatregel geanalyseerd. Hoe lager de GGARV, des te minder verschuivingen in absolute bedragen tussen zorgverzekeraars hebben plaatsgevonden als gevolg van toepassing van flankerend beleid.

C.2.3. Subgroepenanalyse (Hoofdstuk 5)

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

Keuze definitie subgroepen

De volgende subgroepen zijn geanalyseerd:

Subgroepen op basis van kosten in het voorgaande jaar

Op basis van kosten in het voorgaande jaar – 2018 in deze Monitor – worden alle verzekerden in 2019 ingedeeld in subgroepen op basis van percentielklassen. Voor de somatische kosten betreft dit de volgende zes subgroepen: hoogste 1%, hoogste 3%, hoogste 5%, hoogste 15%, midden 15% - 85% en de laagste 15%. Deze subgroepen sluiten elkaar uit. Voor de GGZ-kosten betreft dit de subgroepen: hoogste 1%, hoogste 3%, hoogste 5%, midden 25% - 95%, laagste 25% en kosten gelijk aan nul. Ook deze subgroepen sluiten elkaar uit. Verzekerden die in 2019 zijn geboren of geïmmigreerd zijn ingedeeld in de laagste subgroep: laagste 15% voor de somatische, kosten gelijk aan nul voor de GGZ-kosten. De berekende drempelbedragen voor indeling van verzekerden in de subgroepen zijn opgenomen in Bijlage E

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

De Zvw-bevolking is ingedeeld in drie leeftijdsgroepen: verzekerden jonger dan 18 jaar, verzekerden van 18 tot en met 64 jaar en verzekerden van 65 jaar en ouder. Deze groepen zijn opgesplitst op basis van wel/geen somatische aandoening en wel/geen psychische aandoening. Somatische aandoening is aangeduid op basis van specifiek medicijngebruik in het voorgaande jaar, specifiek hulpmiddelengebruik, een specifieke ziekenhuisopname of meerjarige hoge kosten (conform de definities van vereveningskenmerken in het somatische model); oftewel, somatische aandoening is gebaseerd op de vereveningskenmerken FKG, DKG, HKG, MHK, FDG en MVV. Indien een verzekerde is ingedeeld in minimaal één positieve klasse van deze vereveningskenmerken is deze verzekerde aangemerkt als 'wel somatische aandoening' (i.e. $FKG + DKG + HKG + MHK > 1 + FDG + MVV$). Psychische aandoening is aangeduid op basis specifiek medicijngebruik, een specifieke ziekenhuisopname of meerjarige hoge kosten (conform de definities van de vereveningskenmerken in het GGZ-model); oftewel, psychische aandoening is gebaseerd op de vereveningskenmerken psychische FKG, DKG-GGZ, MHK-GGZ en mogelijke IGGZ-kosten. Indien een verzekerde is ingedeeld in minimaal één positieve klasse van deze vereveningskenmerken is deze verzekerde aangemerkt als 'wel psychische aandoening' (i.e. $psychische\ FKG + DKG-GGZ + MHK-GGZ > 0$). Dit levert de volgende 10 subgroepen op:

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

Algemeen

- Voor de analyses is uitgegaan van het aantal verzekerdenjaren;

- Voor de subgroepen op basis van kosten uit het voorgaande jaar is de kostendefinitie gebruikt, zoals aangeleverd in de bestanden;
- De drempelbedragen voor indeling van de verzekerden naar percentielklassen zijn bepaald op basis van de niet-geannualiseerde kosten uit 2018. Het gewicht voor de inschrijfduur van verzekerden is hierbij niet meegenomen;
- De bestanden met kosten van 2018 zijn op verzekerdeniveau gekoppeld aan de bestanden van 2019. Verzekerden die zijn geboren in 2019 of immigranten in 2019 zijn ingedeeld in de laagste subgroep.
- Het bestand voor de somatische kosten is op individuniveau gekoppeld aan het bestand voor de GGZ-kosten. Voor verzekerden jonger dan 18 jaar worden de somatische kosten geanalyseerd voor verzekerden met een somatische aandoening of niet, een combinatie met een psychische aandoening is niet mogelijk (geldt pas voor 18+). Voor de GGZ-kosten zijn alleen verzekerden ouder dan 18 jaar geanalyseerd met daarbij onderscheidt naar somatische aandoening en/of psychische aandoening in combinatie met leeftijdsgroepen onder de 65 jaar en boven de 65 jaar;
- De resultaten zijn niet getoetst op statistische significantie;
- Er is een simulatie van flankerend beleid (ten behoeve van een gelijke uitgangspositie) uitgevoerd. Aangezien flankerend beleid niet goed toe te rekenen is aan subgroepen in de Zvw-bevolking is dit een benadering. Dit betekent dat zorgverzekeraars een op- of afslag ontvangen op de bijdrage, zoals geanalyseerd in dit hoofdstuk;
- De resultaten zijn gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat;
- De kostendefinities veranderen over de jaren en moeten in acht worden genomen bij de interpretatie van de resultaten.

Somatische zorg

- De totale somatische kosten zijn geanalyseerd. De kosten zijn geannualiseerd en worden gewogen met de inschrijfduur in de analyses.
- De bijdrage is berekend door de vastgestelde normbedragen te vermenigvuldigen met de gerealiseerde verzekerdenaantallen in het bestand. Dit zijn de normbedragen die berekend zijn in het najaar 2018, zoals gerapporteerd in WOR 930 (Normbedragenfase), waarbij vervolgens rekening is gehouden met partiële klassieke criteriumneutraliteit voor FKG 17 (Groeistoornissen o.b.v. add-on), FKG 24 (Auto-immuunziekten o.b.v. add-on), FKG 27 (Immunoglobuline o.b.v. add-on), FKG 30 (COPD/Zware astma o.b.v. add-on), FKG 33 (Kanker o.b.v. add-on), FKG 35 (extreem hoge kosten cluster 1), FKG 36 (extreem hoge kosten cluster 2), FKG 37 (extreem hoge kosten cluster 3), MHK 7 (in 3 voorgaande jaren kosten in top 1,5%), MHK 8 (in 3 voorgaande jaren kosten in top 0,5%). Primaire Diagnosekostengroep (pDKG) en secundaire DKG (sDKG) hebben klasse criteriumneutraliteit en MVV klassieke criteriumneutraliteit.
- Het gewicht voor de inschrijfduur is gebruikt in berekening van het gemiddelde vereveningsresultaat.

GGZ

- De GGZ-kosten zijn geanalyseerd. De kosten zijn geannualiseerd in de berekening.
- De bijdrage is berekend door de ex-ante vastgestelde normbedragen te vermenigvuldigen met de verzekerdenaantallen in het bestand. Dit zijn de normbedragen die zijn vastgesteld in het najaar 2018, waarbij klassieke criteriumneutraliteit geldt voor het vereveningskenmerk DKG-GGZ(WOR 930 Normbedragenfase);
- Het gewicht voor de inschrijfduur is gebruikt in berekening van het gemiddelde vereveningsresultaat.

C.3. Deel II: Uitgangspunten en bewerkingen

C.3.1. Verzekerdenanalyse (Hoofdstuk 6)

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

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

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

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

Enkelvoudige risicoklassen

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

Kosten

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

Subgroepen

- De resultaten voor de OT zijn gebaseerd op het OT-bestand, voor herweging naar de verzekerdensraming en de schaling naar het MPB;
- De resultaten voor de ex-ante vaststelling zijn gebaseerd op het OT-bestand, na herweging naar de verzekerdensraming en de schaling naar het MPB (Bijlage I);
- Om de subgroepen te definiëren zijn de OT-bestanden voor de somatische zorg en de GGZ gekoppeld op verzekerdenniveau. Deze bestanden zijn eerst uniek gemaakt op gepseudonimiseerd BSN. Verzekerden met hetzelfde gepseudonimiseerde BSN komen dubbel in de bestanden voor vanwege het overstappen van zorgverzekeraar. Dubbele records zijn samengenomen, waarbij de geannualiseerde zorgkosten van deze verzekerden gewogen zijn opgeteld. Het gewicht voor de inschrijfduur voor deze verzekerden is opgeteld. Indien de waarden van vereveningskenmerken verschillen is de hoogste waarde genomen (in enkele uitzondering het geval);
- De resultaten voor de onderzochte subgroepen zijn gebaseerd op alle verzekerden die zowel in het OT- bestand voor de somatische kosten van 2019 alsmede in het OT-bestand voor de GGZ-kosten van 2019 aanwezig zijn;
- Ten behoeve van vergelijkbaarheid in het patroon in de resultaten op de verschillende momenten is het gemiddelde vereveningsresultaat voor de definitieve vaststelling procentueel gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat. De correctiefactor is gebaseerd op de gemiddeld gerealiseerde kosten gedeeld door de gemiddelde bijdrage bij de definitieve vaststelling. Hiermee wordt het gemiddelde vereveningsresultaat voor de definitieve vaststelling op nul gesteld, net zoals per definitie het geval is bij de OT en de ex-ante vaststelling.

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

De volgende uitgangspunten en bewerkingen zijn gehanteerd en uitgevoerd:

- Het somatische model en het GGZ-model zijn beide herschat op het gekoppelde KPV- en RBRV-bestand van 2019, conform de gehanteerde methodiek bij schatting van deze modellen in de uitvoering. De reproductie van de coëfficiënten bij de OT en ex-ante resulteert in een paar afrondingsverschillen. Dit heeft geen invloed op onze conclusies.
- De schattingsmethodiek voor het GGZ-model is per 2018 gewijzigd van NLIN naar QP. Deze methodiek hebben wij gereproduceerd. Op basis van de coëfficiënten die volgen uit de schatting zijn handmatig schalingen doorgevoerd, zoals ook beschreven in WOR 876. Bij deze reproductie zijn er afrondingsverschillen ontstaan. Dit heeft geen invloed op onze conclusies.
- De realisatienormbedragen worden gebruikt voor de evaluatie in de Monitor 2019, deze normbedragen zijn niet gebruikt bij de uitvoering van de modellen;
- Bij berekening van de GGAV in de normbedragen is uitgegaan van het gerealiseerd aantal verzekerdensjaren (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 R2 en CPM is ten tijde van de definitieve vaststelling een procentuele correctie uitgevoerd voor het macrovereveningsresultaat.

D. Uitvoering risicovereveningssysteem

D.1. Uitvoering risicovereveningssysteem

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

- OT-fase: De uitvoering begint met de OT-fase waarin de vereveningsbijdrage wordt geschat gebaseerd op gegevens van drie of meer voorgaande jaren. Deze gegevens zijn zo goed als mogelijk representatief gemaakt voor het vereveningsjaar, zowel qua kosten als prevalenties. In de OT-fase wordt een besluit genomen over de vormgeving van de ex-ante modellen. Dit vindt plaats in de zomer van het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar.
- Ex-ante vaststelling: Schatting normbedragen: Na besluitvorming van de vormgeving van de ex-ante modellen, worden de normbedragen voor de ex-ante bijdragen bepaald. Voordat deze normbedragen worden geschat, vinden er twee wijzigingen plaats: 1) De prevalenties worden herwogen naar de verwachte samenstelling van de Zvw-bevolking van het vereveningsjaar op basis van de verzekerdensraming en 2) De kosten worden geschaald naar het niveau van het MPB. Na deze twee stappen worden de ex-ante normbedragen bepaald. De som van deze normbedragen zijn de gemiddelde verwachte kosten voor een verzekerde in een risicoklasse van een vereveningskenmerk. Het ZIN stelt op basis van deze normbedragen de ex-ante bijdrage voor elke zorgverzekeraar vast.
- Tussentijdse vaststellingen (buiten beschouwing in deze Monitor): In de uitvoering worden vervolgens herberekeningen gedaan, zodra recentere gegevens beschikbaar zijn. Dit zijn de lenteherberekening, 1^e voorlopige vaststelling en 2^e voorlopige vaststelling. Deze tussentijdse momenten analyseren wij in deze Monitor niet.
- Definitieve vaststelling: Vier jaar na het vereveningsjaar wordt de bijdrage definitief vastgesteld op basis van gerealiseerde kosten en prevalenties. Dit tijdspad is benodigd voor het volledig uit declareren van alle declaraties van het betreffende vereveningsjaar. De kosten en prevalenties (inclusief de samenstelling van de Zvw-bevolking) kunnen anders zijn dan vooraf ingeschat. Zorgverzekeraars krijgen deze wijzigingen mee op basis van de tussentijdse herberekeningen. De normbedragen waarop criteriumneutraliteit geldt worden aangepast. Daarna wordt nog Flankerend Beleid toegepast. Tot 2017 werden ook bandbreedteregelingen (niet voor somatisch) toegepast, maar deze zijn afgeschaft per 2017.

D.2. Vaste kosten: onderliggende zorgtypen en bedragen

Onder de vaste kosten in 2019 vallen onderstaande zorgtypen:

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

D.3. Wijzigingen risicovereveningssysteem 2014 – 2019

Het risicovereveningssysteem is in de periode 2007 tot en met 2019 gewijzigd, zowel de vormgeving van de ex-ante modellen alsmede de inzet van ex post maatregelen. Onderstaand overzicht beschrijft de wijzigingen in het risicovereveningssysteem voor de somatische kosten, V&V-kosten, (g)GGZ-kosten, IGGZ en de opbrengsten voor het verplicht eigen risico gedurende de periode 2014 tot en met 2019. Wijzigingen in 2013 en eerder zijn terug te vinden in voorgaande edities van de Monitor.

D.3.1. Somatische kosten

Jaar	Wijzigingen risicovereveningsmodel
2019	<ul style="list-style-type: none"> • Actualiseren Farmaciekostengroep • Opname van de geriatrische revalidatie kosten in het meerjarige hoge kosten kenmerk • Vervangen van het verzorging & verpleging gebruikers groepen (VGG) door meerjarige kosten verpleging & verzorging • Wijziging en actualisering van het regio kenmerk • Verzekerden die in jaar t verblijven of instromen in een institutioneel huishouden in de afslagklasse van het MVV-kenmerk
2018	<ul style="list-style-type: none"> • Actualiseren Diagnosekostengroep • Introductie secundaire Diagnosekostengroep • Vervallen van vereveningskenmerk voor Geriatrische Revalidatiezorg • Uitbreiding Leeftijd en Geslacht met risicoklasse 0-jarigen geboren in jaar t en 0-jarigen geboren in jaar t-1. • Uitbreiding Meerjarige Hoge Kosten met 1 extra risicoklasse • Uitbreiding Aard en Inkomen • Uitbreiding Verpleging en Verzorging de risicoklasse met de hoogste kosten is opgesplitst in een risicoklasse voor minderjarigen (18-) en een risicoklasse voor meerderjarigen (18+). • Vervallen vereveningskenmerk Generieke Somatische Morbiditeit (GSM) • Wijziging Personen Per Adres • Wijziging Sociaal Economische Status • Actualisatie Regiocriterium
2017	<ul style="list-style-type: none"> • Samenvoeging van variabele kosten en V&V-kosten (in deze Monitor 'somatische kosten' genoemd) • Toevoeging vereveningskenmerk PPA zoals in het gGGZ-model al gebruikt werd met een splitsing van 'institutionele huishoudens' in blijvend en instromend • Vervanging van FGG's met FDG's • Aanpassing van HKG van vier naar tien risicoklassen • Uitbreiding van het vereveningskenmerk FKG's tot 33 risicoklassen • Uitbreiding van het vereveningskenmerk MHK met 1 extra risicoklasse • Aanpassing van het vereveningskenmerk SES • Uitbreiding van het vereveningskenmerk VGG met twee extra risicoklassen
2016	<ul style="list-style-type: none"> • Introductie van FGG, VGG, GGG, GGZ • Uitbreiding van het kenmerk FKG's tot 30 klassen • Uitbreiding van het kenmerk Aard van het Inkomen met de klasse IVA • Splitsing van SES '0' in blijvend en instromend
2015	<ul style="list-style-type: none"> • Introductie van een nieuw vereveningskenmerk GSM • (Her)introductie van de klasse 'FKG-reuma: TNF-alfa-remmers' in FKG • Vervallen macro-deelbedrag kosten van overige prestaties* • Binnen AVI is de peildatum van studenten verschoven van 1 oktober naar 1 juni • Binnen SES zijn de inkomensgrenzen voor de risicoklassen leeftijdsafhankelijk geworden
2014	<ul style="list-style-type: none"> • Introductie van HKG • Aanpassing in AVI • Vervallen van één FKG
Jaar	Wijzigingen flankerend beleid en ex post verevening

Jaar	Wijzigingen risicovereveningsmodel
2019	<ul style="list-style-type: none"> • Geen wijzigingen
2018	<ul style="list-style-type: none"> • Geen wijzigingen
2017	<ul style="list-style-type: none"> • Geen wijzigingen
2016	<ul style="list-style-type: none"> • Geen wijzigingen
2015	<ul style="list-style-type: none"> • Afschaffing van de bandbreedte
2014	<ul style="list-style-type: none"> • Verruiming van de bandbreedte voor variabele kosten van € 25 naar € 40 per verzekerde. Buiten de bandbreedte wordt 90% van het vereveningsresultaat gecompenseerd

D.3.2. Wijzigingen V&V-kosten

Jaar	Wijzigingen risicovereveningsmodel
2017	<ul style="list-style-type: none"> • Afschaffing van V&V-kosten model door samenvoeging van somatische kosten en V&V-kosten
2016	<ul style="list-style-type: none"> • Het deelbedrag kosten van verpleging en verzorging wordt via dezelfde criteria verevend als het deelbedrag variabele kosten • Vervallen van FGG-regio kenmerk • Introductie van FGG, VGG, GGG, GGZ • Uitbreiding van het kenmerk FKG's tot 30 klassen • Uitbreiding van het kenmerk Aard van het Inkomen met de klasse IVA • Splitsing van SES '0' in blijvend en instromend
2015	<ul style="list-style-type: none"> • Introductie macro-deelbedrag 'verpleging en verzorging' • Introductie van ex-ante model, met leeftijd/geslacht, V&V-regio en MHK

Jaar	Wijzigingen flankerend beleid en ex post verevening
2017	<ul style="list-style-type: none"> • Afschaffing van V&V-kosten model door samenvoeging van somatische kosten en V&V-kosten, dus ook deze bandbreedte vervalt
2016	<ul style="list-style-type: none"> • Verruiming van de bandbreedte: 75% met € 15,00 per verzekerde (was € 5,00).
2015	<ul style="list-style-type: none"> • Invoering bandbreedteregeling van 95% en € 5 per verzekerde. • Invoering flankerend beleid.

D.3.3. GGZ-kosten

Jaar	Wijzigingen risicovereveningsmodel
2019	<ul style="list-style-type: none"> • Actualiseren farmaciekostengroepen • Doorontwikkeling diagnosekostengroepen • Actualisering regio kenmerk
2018	<ul style="list-style-type: none"> • Samenvoeging van gGGZ-kosten en IGGZ-kosten (in deze Monitor 'GGZ' genoemd) • Opnieuw samenstellen DKG en incorporeren van het kenmerk iGGZ(t-1) • Vervallen van iGGZ (t-1) als zelfstandig vereveningskenmerk • Herindeling AVI, SES en PPA: De vereveningskenmerken AVI, SES en PPA zijn op identieke wijze als in het somatische model aangepast • Aanscherping kostendrempel MHK

Jaar	Wijzigingen risicovereveningsmodel
	<ul style="list-style-type: none"> • Vervallen van Zorgvraagzwaarte-indicator (ZVZI) als vereveningskenmerk • Actualisatie vereveningskenmerk Regio
2017	<ul style="list-style-type: none"> • Splitsing van PPA 'institutionele huishoudens' in blijvend en instromend • Aanpassing van vereveningskenmerk MHK[MG(1)] • Aanpassing van vereveningskenmerk SES • Toevoeging vereveningskenmerk zorgvraagzwaarte (ZVZ)
2016	<ul style="list-style-type: none"> • Het deelbedrag kosten van IGGZ wordt als apart model behandeld.
2015	<ul style="list-style-type: none"> • Introductie van MHK-GGZ; • Vervallen van LDR. • Binnen AVI is de peildatum van studenten verschoven van 1 oktober naar 1 juni. • Binnen SES zijn de inkomensgrenzen voor de risicoklassen leeftijdsafhankelijk geworden.
2014	<ul style="list-style-type: none"> • Introductie DKG psychische aandoeningen; • Vervallen van HDR; • Aanpassing in het AVI; • Aanpassing LDR.

Jaar	Wijzigingen flankerend beleid en ex post verevening
2019	<ul style="list-style-type: none"> • Geen wijzigingen
2018	<ul style="list-style-type: none"> • Geen wijzigingen
2017	<ul style="list-style-type: none"> • Afschaffing van de bandbreedte
2016	<ul style="list-style-type: none"> • Verruiming van de bandbreedte: 75% met € 17,50 per verzekerde (was € 15,00).
2015	<ul style="list-style-type: none"> • Afschaffing van HKC. • Verruiming van de bandbreedte: 90% met € 15,00 per verzekerde (was € 12,50).
2014	<ul style="list-style-type: none"> • Verruiming van HKC van € 10.000 naar € 25.000 per verzekerde. • Verruiming van de bandbreedte: 90% met € 12,50 per verzekerde (was € 7,50).

D.3.4. IGGZ-kosten

Jaar	Wijzigingen ex-ante model
2018	<ul style="list-style-type: none"> • Afschaffing van IGGZ-kosten model door samenvoeging van gGGZ-kosten en IGGZ-kosten.
2017	<ul style="list-style-type: none"> • Aanpassing vereveningskenmerk IGG.
2016	<ul style="list-style-type: none"> • Introductie van het nieuwe kenmerk IGG. • Het deelbedrag kosten van IGGZ wordt geïntroduceerd. Dit deelbedrag wordt via dezelfde criteria verevenend als het deelbedrag kosten van gGGZ, met daaraan toegevoegd een nieuw criterium.

Jaar	Wijzigingen flankerend beleid en ex post verevening.
2017	<ul style="list-style-type: none"> • Afschaffing van de bandbreedte.
2016	<ul style="list-style-type: none"> • De bandbreedteregeling voor het deelbedrag kosten van IGGZ is gebaseerd op € 5,00 euro en 100%.

D.3.5. Opbrengsten voor het verplicht eigen risico

Jaar	Wijzigingen risicovereveningsmodel
2019	<ul style="list-style-type: none"> • Geen verhoging van het verplicht eigen risico. • Toevoeging van MVV>0 voor de forfaitaire groep. • Actualisering van het regio kenmerk.
2018	<ul style="list-style-type: none"> • Geen verhoging van het verplicht eigen risico. • Toevoeging van wel/ niet MHK(0) aan het risicovereveningsmodel.
2017	<ul style="list-style-type: none"> • Geen verhoging van het verplicht eigen risico. • Toevoeging van FDG's voor de forfaitaire groep.
2016	<ul style="list-style-type: none"> • Verhoging van het verplicht eigen risico van € 375 naar € 385 per verzekerde. • De selectie van verzekerden voor het eigenrisicomodel wordt uitgebreid met HKG's.
2015	<ul style="list-style-type: none"> • Verhoging van het verplicht eigen risico van € 360 naar € 375 per verzekerde. • Geen wijzigingen in de vereveningskenmerken en bepaling van de forfaitaire groep.
2014	<ul style="list-style-type: none"> • Verhoging van het verplicht eigen risico van € 350 naar € 360 per verzekerde. • Aanpassing van het vereveningskenmerk AVI.

D.4. Risicovereveningsmodellen

Het risicovereveningssysteem in 2019 kent drie risicovereveningsmodellen. In 2019 zijn meerdere wijzigingen doorgevoerd in de vormgeving van de ex-ante modellen. Deze belangrijkste modelwijzigingen zijn in Hoofdstuk 2 toegelicht. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de vereveningskenmerken en het aantal risicoklassen binnen deze vereveningskenmerken voor de risicovereveningsmodellen in 2019.

Tabel D 1. Risicovereveningsmodellen in 2019

Somatische kosten (Gehele Zvw-bevolking)		GGZ-kosten (Verzekerden vanaf 18 jaar)		Opbrengsten verplicht eigen risico (Verzekerden vanaf 18 jaar)	
Vereveningskenmerken	#	Vereveningskenmerken	#		
Leeftijd x geslacht	42	Leeftijd x geslacht	30	Forfaitaire groep (in te houden bedrag: € 353):	
AVI x leeftijd	25	AVI x leeftijd	24	Verzekerden in FKG>0, DKG>0, HKG>0, FDG>0, MVV>0 en/of MHK>1.	
SES x leeftijd	12	SES x leeftijd	8	Niet-forfaitaire groep* (in te houden bedrag wordt berekend via model):	
PPA x leeftijd	13	PPA x leeftijd	12		
Regio	10	Regio	10	Vereveningskenmerken	#
FKG	38	FKG	10	Leeftijd x geslacht	30
pDKG	16	DKG	18	Avl x leeftijd	24
sDKG	8	MHK	8	Regio	10
HKG	11			Wel/Niet in top 30% zorgkosten afgelopen drie jaren	2
MHK	9				
FDG	5				
MVV	10				
Totaal # risicoklassen	199	Totaal # risicoklassen	120	Totaal # risicoklassen	66

Voetnoot Tabel D-1: Een gedetailleerde beschrijving van de vereveningskenmerken is te vinden in WOR 929.

E. Drempelbedragen voor subgroepenanalyse

E.1. Somatische kosten: drempelbedragen percentielklassen

Om verzekerden in 2019 in te delen in subgroepen op basis van kosten in 2018 zijn de drempelbedragen voor de percentielklassen bepaald (Tabel E-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 2018.

Tabel E 1. Drempelbedragen van de percentielklassen voor de somatische kosten in 2018

	Somatische kosten, in €
Hoogste 1% (99% - 100%)	32.436
Hoogste 3% (97% - 99%)	15.270
Hoogste 5% (95% - 97%)	10.028
Hoogste 15% (85% - 95%)	3039
Midden 70% (15% - 85%)	111
Laagste 15% (0% - 15%)	<111

E.2. GGZ-kosten: drempelbedragen percentielklassen

De drempelbedragen voor indeling van verzekerden op basis van de gGGZ-kosten in 2018 staan in Tabel E-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 2018.

Tabel E 2. Drempelbedragen van de percentielklassen voor de GGZ-kosten in 2018

	gGGZ-kosten, in €
Hoogste 1% (als >0: 99% - 100%)	60.285
Hoogste 3% (als >0: 97% - 99%)	27.518
Hoogste 5% (als >0: 95% - 97%)	16.794
Midden 70% (als >0: 25% - 95%)	1.080
Laagste 25% (als >0: 0% - 25%)	<1.080

F. Uitgebreidere informatie subgroepenanalyse

F.1. Somatische model

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

Resultaat na flankerend beleid

Voor deze subgroepen zijn dezelfde patronen in het gemiddelde vereveningsresultaat te zien na flankerend beleid als in de situatie na correctie voor het macrovereveningsresultaat. Flankerend beleid zorgt ervoor dat de gemiddelde ondercompensaties voor de subgroepen (1%, 3% en 15%) afnemen en de overcompensaties voor de andere subgroepen toenemen. Het netto-effect van flankerend beleid voor het somatische model in 2019 is gemiddeld € 87 per verzekerde, nadat het macrovereveningsresultaat procentueel is afgeroomd.

Tabel F-1. Gemiddelde vereveningsresultaat en de gemiddelde somatische kosten in 2019 voor subgroepen op basis van de somatische kosten in 2018, bij de definitieve vaststelling na correctie voor het macrovereveningsresultaat en na flankerend beleid (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde.

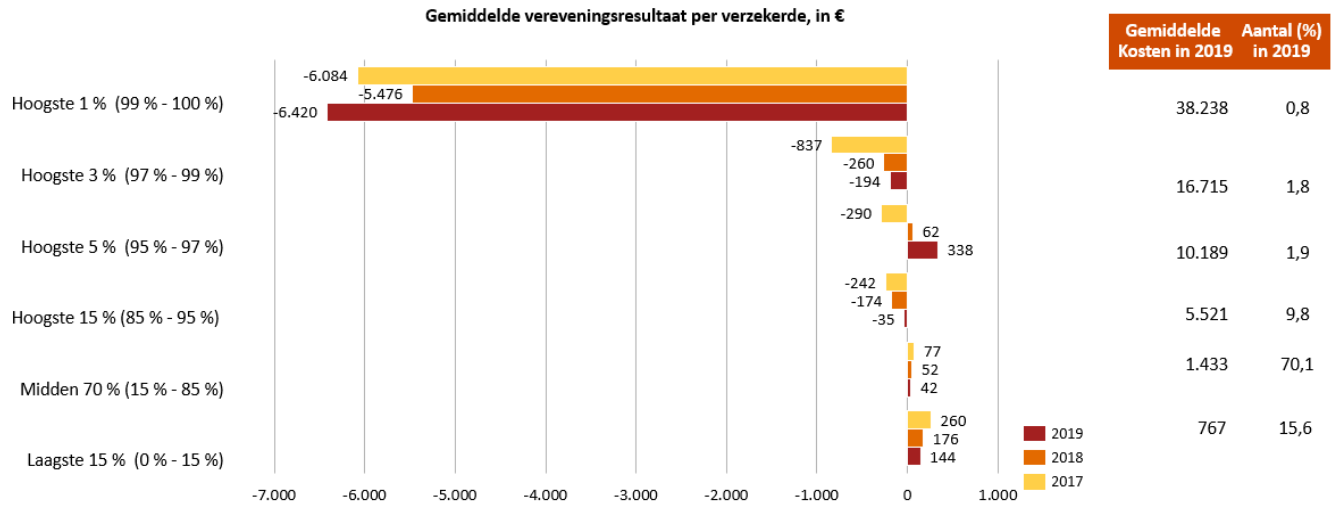
Subgroepen op basis van somatische kosten 2018 ^a	Aantal (%) ^b	Definitieve vaststelling 2019			Gemiddelde somatische kosten in €
		Gemiddelde vereveningsresultaat in € ^c		Gemiddelde somatische kosten in €	
		Voor macrovereveningsresultaat ^d	Na correctie voor flankerend beleid ^e		
Hoogste 1% (99% - 100%)	0,8	-6.420	-6.320	38.238	
Hoogste 3% (97% - 99%)	1,8	-194	-91	16.715	
Hoogste 5% (95% - 97%)	1,9	338	441	10.189	
Hoogste 15% (85% - 95%)	9,8	-35	65	5.521	
Midden 70% (15% - 85%)	70,1	42	125	1.433	
Laagste 15% (0% - 15%) ^f	15,6	144	239	767	
Totaal	100	0	87	2.458	

Voetnoot Tabel F-1:

- De subgroepen sluiten elkaar uit.
- Omvang in verzekerdenjaren, uitgedrukt in het percentage van de totale Zvw-bevolking.
- Het gemiddelde vereveningsresultaat is het verschil tussen de gemiddelde bijdrage en kosten. In de berekening van het vereveningsresultaat nemen wij de partiële criteriumneutraliteit voor FKG 17, 24, 27, 30, 33, 35, 36 en 37 en MHK 7 en 8 mee en de klasse criteriumneutraliteit voor primaire en secundaire DKG en klassieke criteriumneutraliteit voor MVV. Het gemiddelde vereveningsresultaat wijkt iets afgerond af van hoofdstuk 4. Dit ligt eraan dat de analyses op andere bestanden zijn uitgevoerd en er afrondingsverschillen tussen de berekeningen zijn: zie verantwoording van de methodiek in Bijlage C, volgt. Dit heeft geen invloed op de conclusies, omdat wij in de analyse corrigeren voor het macrovereveningsresultaat.
- Na correctie voor het macrovereveningsresultaat: procentuele schalingsfactor is 0,9657.
- Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 0,9567 plus een vast bedrag van € 109 per verzekerde 18+. Dit is het effect van flankerend beleid.
- Deze subgroep bevat ook de instromers in 2018 (geborenen en immigranten). Deze verzekerden wijken over het algemeen qua kosten af van de andere verzekerden in deze subgroep.

Figuur F-1 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat voor dezelfde subgroepen als in Hoofdstuk 5.1.1., met de resultaten van Monitor 2018 en 2017 ingevoegd.

Figuur F-1. Gemiddelde vereveningsresultaat van het somatische model in 2019 voor subgroepen op basis van somatische kosten van 2018 bij de definitieve vaststelling na correctie voor het macrovereveningsresultaat (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde voor de jaren 2019, 2018 en 2017



F.2. GGZ model

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

Resultaten na flankerend beleid

Voor deze subgroepen zijn dezelfde patronen in het gemiddelde vereveningsresultaat te zien na flankerend beleid als in de situatie na correctie voor het macrovereveningsresultaat. Flankerend beleid zorgt ervoor dat de gemiddelde ondercompensaties voor de subgroepen (midden 70% en GGZ-kosten in 2018 gelijk aan 0) toenemen en de gemiddelde overcompensaties voor de andere subgroepen afnemen. Het netto-effect van flankerend beleid voor het GGZ-model in 2019 is gemiddeld € -1 per verzekerde.

Tabel F-2. Gemiddelde vereveningsresultaat en GGZ-kosten voor subgroepen op basis van gGGZ-kosten uit het voorgaande jaar, voor de definitieve vaststelling voor en na flankerend beleid (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde 18+

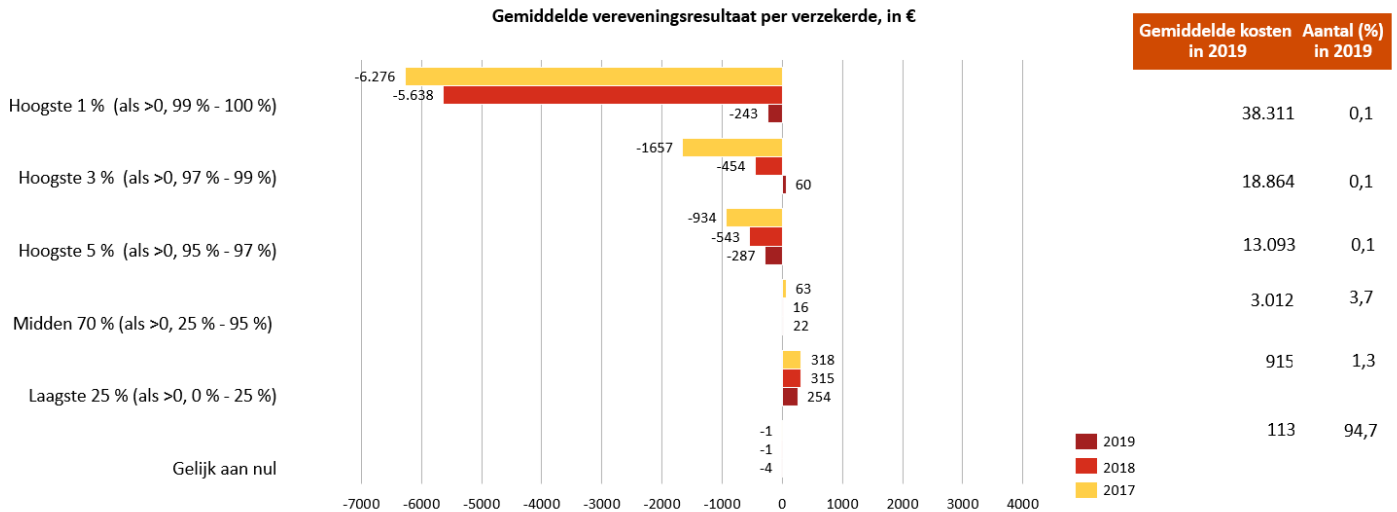
Subgroepen op basis van GGZ-kosten 2018 ^a	Definitieve vaststelling 2019				
	Aantal (%) ^b	Gemiddelde vereveningsresultaat ^c		Gemiddelde kosten GGZ (incl. IGGZ)	Gemiddelde IGGZ-kosten
		Voor macrovereveningsresultaat ^d	FB, na correctie Na FB ^e		
Hoogste 1% (als >0, 99% - 100%)	0,1	-243	-243	38.133	8.036
Hoogste 3% (als >0, 97% - 99%)	0,1	60	60	18.864	857
Hoogste 5% (als >0, 95% - 97%)	0,1	-287	-286	13.093	358
Midden 70% (als >0, 25% - 95%)	3,7	22	23	3.012	30
Laagste 25% (als >0, 0% - 25%)	1,3	254	254	915	14
Gelijk aan nul ^f	94,7	-4	-3	113	5
Totaal	100	0	-1	285	12

Voetnoot Tabel F-2:

- De subgroepen sluiten elkaar uit.
- Omvang in verzekerdenjaren, uitgedrukt in het percentage van de totale Zvw-bevolking 18+.
- Het gemiddelde vereveningsresultaat is het verschil tussen de gemiddelde bijdrage en kosten.
- Na correctie voor het macrovereveningsresultaat: procentuele schalingsfactor is 1,002.
- Na flankerend beleid: procentuele schalingsfactor is 1,002 minus een vast bedrag van € -1 per verzekerde 18+.
- Deze subgroep bevat ook de instromers in 2018 (verzekerden die 18 zijn geworden en immigranten). Deze verzekerden wijken over het algemeen qua kosten af van de andere verzekerden in deze subgroep.

Figuur F-2 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat van de GGZ-kosten voor dezelfde subgroepen als in Hoofdstuk 5.2,1., met de resultaten van Monitor 2018 en 2017 ingevoegd.

Figuur F-2. Gemiddelde vereveningsresultaat van het GGZ-model in 2019 voor subgroepen op basis van gGGZ-kosten in 2018, bij de definitieve vaststelling na correctie voor het macrovereveningsresultaat (inclusief criteriumneutraliteit), uitgedrukt in € per verzekerde 18+ voor de jaren 2019, 2018 en 2017



G. Nadere analyse op de samenstelling van de subgroepen op basis van gGGZ-kosten in het voorgaande jaar

De aanleiding van deze nadere analyse is de forse vermindering van de gemiddelde ondercompensatie van verzekerden in de hoogste 5% (hoogste 5%, hoogste 3% en hoogste 1%) gGGZ-kosten in het voorgaande jaar, zichtbaar in hoofdstuk 5.2.1 van dit rapport.

Allereerst onderzoeken wij of het beeld (t.o.v. Monitor 2018) consistent is met betrekking tot het wel/niet meenemen van IGGZ-kosten in de definiëring van subgroepen. In 2018 zijn het gGGZ- en IGGZ-model samengenomen tot één model, maar in hoofdstuk 5.2.1 zijn de subgroepen gebaseerd op slechts gGGZ-kosten in 2018. Dit is gedaan ter vergelijkbaarheid van de resultaten met de resultaten uit de voorgaande Monitor edities. Het includeren van IGGZ-kosten uit 2018 in de subgroepindeling voor Monitor 2019 vergroot de verschillen echter nog meer.

Vervolgens onderzoeken wij of een mogelijke verklaring voor deze verschillen, ligt bij de morbiditeitskenmerken DKG-GGZ en FKG-GGZ.

G.1. Analyse voor subgroepen op basis van gGGZ-kosten in 2018 (excl. IGGZ)

Tabel G-1. Vergelijking van de gemiddelde kosten en gemiddeld vereveningsresultaat uitgedrukt in € per verzekerde 18+ van de subgroepenanalyse tussen de Monitor 2018 en 2019.

Subgroepen op basis van GGZ-kosten 2018	Monitor 2018		Monitor 2019	
	Gemiddelde kosten	Gemiddeld vereveningsresultaat	Gemiddelde kosten	Gemiddeld vereveningsresultaat
Hoogste 1% (als >0, 99% - 100%)	29.098	-5.638	38.133	-243
Hoogste 3% (als >0, 97% - 99%)	16.941	-454	18.864	60
Hoogste 5% (als >0, 95% - 97%)	12.416	-543	13.093	-287
Midden 70% (als >0, 25% - 95%)	2.862	16	3.012	22
Laagste 25% (als >0, 0% - 25%)	824	315	915	254
Gelijk aan nul ^a	104	-1	113	-4

Voetnoot Tabel G-1:

- a. Deze subgroep bevat ook de instromers in 2018 (verzekerden die 18 zijn geworden en immigranten). Deze verzekerden wijken over het algemeen qua kosten af van de andere verzekerden in deze subgroep.

Zoals benoemd in hoofdstuk 5.2.1 verandert het beeld ten opzichte van de resultaten uit de Monitor 2018 fors. Dit geldt met name voor de verzekerden in de hoogste 5% gGGZ-kosten in 2018. Dit blijkt uit de gemiddelde kosten en het gemiddelde vereveningsresultaat per subgroep. De forse negatieve vereveningsresultaten voor de hoogste 1% (en in mindere mate de hoogste 3% en 5%) nemen sterk af. Voor de hoogste 3% gGGZ-kosten in 2018 is er zelfs sprake van een positief vereveningsresultaat. De verevenende werking is ten opzichte van de Monitor 2018 verbeterd voor deze subgroepen. Het gemiddelde vereveningsresultaat is immers dichterbij 0. Dit gaat ten koste van de verevenende werking voor de subgroepen "Midden 70%" en "Gelijk aan nul". Voor deze subgroepen ligt het vereveningsresultaat in 2019 verder af van 0, dan in 2018.

G.2. Analyse voor subgroepen op basis van totale GGZ-kosten in 2018 (incl. IGGZ)

Tabel G-2 geeft de resultaten voor deze analyse weer, wanneer IGGZ-kosten wel worden meegenomen in de definitie van de subgroepen voor Monitor 2019. Dit leidt tot een nog grotere verschuiving van het vereveningsresultaat voor alle subgroepen, dan zichtbaar in tabel G-1 (excl. IGGZ-kosten).

Ten opzichte van tabel G-1 veranderen ook de vereveningsresultaten voor de hoogste 1% en hoogste 5% naar een positief resultaat. Het gemiddelde resultaat van de verzekerden met de hoogste 3% GGZ-kosten in 2018 wordt daarnaast nog hoger dan in tabel G-1.

Tabel G-2. Vergelijking van de gemiddelde kosten en gemiddeld vereveningsresultaat uitgedrukt in € per verzekerde 18+ van de subgroepenanalyse tussen Monitor 2018 en 2019.

Subgroepen op basis van GGZ-kosten 2018	Monitor 2018		Monitor 2019	
	Gemiddelde kosten	Gemiddeld vereveningsresultaat	Gemiddelde kosten	Gemiddeld vereveningsresultaat
Hoogste 1% (als >0, 99% - 100%)	29.098	-5.638	43.536	3.907
Hoogste 3% (als >0, 97% - 99%)	16.941	-454	20.189	1.208
Hoogste 5% (als >0, 95% - 97%)	12.416	-543	13.422	283
Midden 70% (als >0, 25% - 95%)	2.862	16	3.017	-5
Laagste 25% (als >0, 0% - 25%)	824	315	901	250
Gelijk aan nul ^a	104	-1	108	-7

Voetnoot Tabel G-2:

a. Deze subgroep bevat ook de instromers in 2018 (verzekerden die 18 zijn geworden en immigranten). Deze verzekerden wijken over het algemeen qua kosten af van de andere verzekerden in deze subgroep.

In tabel G-2 valt ook op dat de veranderde subgroepdefinitie in deze tabel (voor Monitor 2019) zorgt voor een verhoging van de gemiddelde kosten in 2019 voor de subgroepen verzekerden met hoge GGZ-kosten in 2018, ten opzichte van tabel G-1. Dit gaat ten koste van de subgroepen 'Laagste 25%' en 'Gelijk aan 0'. Voor deze subgroepen zijn de gemiddelde kosten in 2019 lager, wanneer IGGZ-kosten uit 2018 worden meegenomen in de subgroepenindeling.

G.3. Mogelijke verklaring: onderhoud aan DKG-GGZ

De verandering van de compensatie van verzekerden in de drie hoogste subgroepen is dus fors, ongeacht de subgroepdefinitie in de Monitor 2019. De meest waarschijnlijke verklaring hiervoor ligt bij het vereveningskenmerk DKG-GGZ. Dit is immers het kenmerk dat de grootste verandering heeft ondergaan in 2019 ten opzichte van 2018. Deze verandering betreft een doorontwikkeling van de risicoklassen 14 t/m 17 op de normbedragen en verevenende werking (WOR 862). Dit heeft geleid tot aanpassing in de indeling van verzekerden, met als gevolg een verandering van de normbedragen per risicoklasse.

In tabel G-4 staan de ex-ante normbedragen en definitieve normbedragen (incl. criteriumneutraliteit) van het GGZ-model in 2018 en 2019. Met name het normbedrag voor DKG-GGZ 16 valt op. Het normbedrag is voor deze groep sterk omhoog gegaan: een absolute stijging van €35.826 per verzekerde. Ook het normbedrag voor DKG-GGZ 17 is fors gestegen: met €22.338 naar €61.143.

Tabel G-4: Normbedragen uitgedrukt in € per verzekerde 18+ van het vereveningskenmerk DKG-GGZ in 2018 en 2019.

Normbedragen	Monitor 2018		Monitor 2019	
	Ex-ante	Definitief inclusief criteriumneutraliteit	Ex-ante	Definitief inclusief criteriumneutraliteit
DKG-GGZ 0	-123	-120	-113	-121
DKG-GGZ 1	1.107	1.107	427	427
DKG-GGZ 2	878	878	954	954
DKG-GGZ 3	1.840	1.840	1.706	1.706
DKG-GGZ 4	3.958	3.958	3.782	3.782
DKG-GGZ 5	5.048	5.048	4.444	4.444
DKG-GGZ 6	5.425	5.425	4.851	4.851
DKG-GGZ 7	7.629	7.629	8.574	8.574
DKG-GGZ 8	10.956	10.956	10.498	10.498
DKG-GGZ 9	11.907	11.907	10.773	10.773
DKG-GGZ 10	18.402	18.402	18.088	18.088
DKG-GGZ 11	20.035	20.035	20.246	20.246
DKG-GGZ 12	29.157	29.157	31.962	31.962
DKG-GGZ 13	32.965	32.965	37.385	37.385
DKG-GGZ 14	40.111	40.111	51.078	51.078
DKG-GGZ 15	55.274	55.274	49.229	49.229
DKG-GGZ 16	86.058	86.058	119.884	119.884
DKG-GGZ 17	38.805	38.805	61.143	61.143

Daarnaast valt het effect van **criteriumneutraliteit** op. In 2018 had de toepassing van klassieke criteriumneutraliteit tot gevolg dat het normbedrag in de DKG-GGZ afslagklasse werd opgehoogd met € 2 naar €-120,31. Het in totaal herverdeelde bedrag op basis van de werkelijke kenmerkindelingen (RBRV) in combinatie met de ex-ante normbedragen, was in 2018 dus te laag.

In 2019 heeft de klassieke criteriumneutraliteit een **tegengesteld effect**. In 2019 is het normbedrag voor de DKG-GGZ afslagklasse fors naar beneden bijgesteld, met ruim € 8. Het in totaal herverdeelde bedrag door het vereveningskenmerk DKG-GGZ op basis van de werkelijke kenmerkindelingen (RBRV) in combinatie met de ex-ante normbedragen was in 2019 dus te hoog.

Eerste constatering: De normbedragen voor de positieve risicoklassen van het vereveningskenmerk DKG-GGZ in het GGZ-risicovereveningsmodel zijn in 2019 ex-ante **te hoog geschat**. Dit komt door ofwel een te hoge inschatting van de kosten van de verzekerden met deze kenmerkindeling, ofwel een te lage inschatting van de prevalenties voor deze risicoklassen. De correctie hiervoor is doorgevoerd op de afslagklasse, maar neemt de te hoge compensatie van verzekerden die een positieve DKG-GGZ risicoklasse scoren niet weg.

G.4. Nadere analyse naar het vereveningskenmerk DKG-GGZ

Naar aanleiding van deze eerste constatering voeren wij een nadere analyse uit op de risicoklassen van het vereveningskenmerk DKG-GGZ. Voor elk van de risicoklassen geeft tabel G-5 de gemiddelde gGGZ-kosten, gemiddelde IGGZ-kosten en het vereveningsresultaat weer.

Tabel G-5. Gedetailleerde beschrijvende statistiek per DKG-GGZ risicoklasse in 2019.

Subgroepen	Aantal (N)	Gemiddelde GGZ-kosten	Gemiddelde IGGZ-kosten	Vereveningsresultaat voor FB	Vereveningsresultaat na FB
DKG-GGZ 0	87	24.448	11.963	-19.522	-19.522
DKG-GGZ 1	11	16.863	0	-10.649	-10.650
DKG-GGZ 2	127	9.961	0	-4.743	-4.743
DKG-GGZ 3	787	11.457	464	-7.442	-7.443
DKG-GGZ 4	2.316	16.105	10	-6.648	-6.648
DKG-GGZ 5	849	15.458	0	-5.027	-5.028
DKG-GGZ 6	2.788	13.549	0	-4.298	-4.299
DKG-GGZ 7	6.099	13.674	42	-1.132	-1.133
DKG-GGZ 8	3.140	22.036	144	-3.705	-3.705
DKG-GGZ 9	7.409	15.876	124	701	700
DKG-GGZ 10	6.492	22.810	590	2.610	2.609
DKG-GGZ 11	1.101	28.218	1.465	1.282	1.282
DKG-GGZ 12	478	42.107	8.113	821	820
DKG-GGZ 13	1.672	41.183	5.554	6.237	6.236
DKG-GGZ 14	1.220	48.688	26.959	11.044	11.044
DKG-GGZ 15	1.160	45.007	36.237	14.276	14.275
DKG-GGZ 16	615	76.686	65.585	53.863	53.863
DKG-GGZ 17	431	40.776	35.494	29.523	29.522

In tabel G-5 valt met name het grote positieve vereveningsresultaat voor de groepen verzekerden die zijn ingedeeld in DKG-GGZ 14 t/m 17 op. Hierbij springt de groep verzekerden die is ingedeeld in DKG-GGZ 16 het meest in het oog. Deze groep verzekerden, met hoge gemiddelde IGGZ-kosten, ontvangt de grootste gemiddelde overcompensatie. Dit resultaat is opvallend, met name vanwege de forse stijging van het normbedrag voor deze risicoklasse (van €86.058 naar €119.884).

De forse stijging van het vereveningsresultaat in 2019 van de hoogste 1%, hoogste 3% en hoogste 5% gGGZ-kosten in 2018 wordt waarschijnlijk verklaard door de te hoge schatting van de ex-ante normbedragen voor deze risicoklassen.

G.5. Gedetailleerde analyse voor de risicoklassen DKG-GGZ 14 t/m 17

Naar aanleiding de hoge vereveningsresultaten voor de risicoklassen DKG-GGZ 14 t/m 17 voeren wij een gedetailleerde analyse uit op deze risicoklassen. Zie hiervoor tabel G-6.

In tabel G-5 zijn de aantallen verzekerden per DKG-GGZ risicoklasse weergegeven. In tabel G-6 zijn de aantallen verzekerden per subgroep (hoogste 5%, hoogste 3% en hoogste 1% gGGZ-kosten in 2018) weergegeven voor de risicoklassen DKG-GGZ 14 t/m 17. Zichtbaar is dat **alle verzekerden** in de risicoklassen DKG-GGZ 14 t/m 17, zijn ingedeeld in één van deze subgroepen met hoge gGGZ-kosten in 2018. Het hoge gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde in deze risicoklassen, komt dus volledig in deze hoogste subgroepen terecht.

Daarnaast is in tabel G-6 te zien dat voor elk van de hoogste risicoklassen (DKG-GGZ 14 t/m 17) het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde afneemt naarmate de gGGZ-kosten in 2018 stijgen. Ter illustratie: het gemiddelde vereveningsresultaat voor verzekerden ingedeeld in DKG-GGZ 16 is €81.273 in de hoogste 5%, €70.582 in de hoogste 3% en €46.727 in hoogste 1%. Dit is het gevolg van hogere gemiddelde GGZ-kosten in 2019 in deze klasse, het uitgekeerde normbedrag per verzekerde voor een indeling in deze risicoklasse blijft immers hetzelfde.

Dat het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde in de subgroep 'hoogste 1% gGGZ-kosten in 2018' het hoogst is (€3.907 per verzekerde, tabel G-2) is het gevolg van de samenstelling van deze subgroep.

Tabel G-7 toont deze samenstelling van de subgroepen. De subgroep 'hoogste 1% GGZ-kosten in 2018' bestaat voor een groot deel uit verzekerden mét een indeling in DKG-GGZ 14 t/m 17 (2.603 van de 7.391 verzekerden in deze subgroep). Het aandeel verzekerden met een indeling in DKG-GGZ 14 t/m 17 is lager voor de subgroepen 'hoogste 5%' en 'hoogste 3%'. In deze groepen zijn respectievelijk 14.713 en 14.678 verzekerden ingedeeld, waarvan slechts 206 en 617 een DKG-GGZ 14 t/m 17 indicatie hebben.

Omdat de subgroep 'hoogste 1% GGZ-kosten in 2018' voor een relatief groot deel bestaat uit verzekerden met een indeling in DKG-GGZ 14 t/m 17, beïnvloeden zij het vereveningsresultaat van deze subgroep in de Monitor 2019 sterk. Het effect van verzekerden in DKG-GGZ 14 t/m 17 is minder groot in de risicoklassen 'hoogste 5% GGZ-kosten' en 'hoogste 3% GGZ-kosten in 2018'.

Tabel G-6. Nadere analyse voor de risicoklassen DKG-GGZ 14 t/m 17 in 2019.

Subgroepen		Hoogste 5% (als >0, 95% - 97%)	Hoogste 3% (als >0, 97% - 99%)	Hoogste 1% (als >0, 99% - 100%)
DKG-GGZ 14	N	-	2	1.218
	Gemiddelde kosten	-	24.070	48.729
	Resultaat voor FB	-	33.573	11.007
	Resultaat na FB	-	33.572	11.006
DKG-GGZ 15	N	174	471	515
	Gemiddelde kosten	21.384	35.948	61.173
	Resultaat voor FB	35.943	22.946	-881
	Resultaat na FB	35.942	22.945	-882
DKG-GGZ 16	N	32	135	448
	Gemiddelde kosten	46.264	59.081	84.317
	Resultaat voor FB	81.273	70.582	46.727
	Resultaat na FB	81.272	70.581	46.726
DKG-GGZ 17	N	-	9	422
	Gemiddelde kosten	-	13.922	41.357
	Resultaat voor FB	-	59.701	28.869
	Resultaat na FB	-	59.700	28.869

Tabel G-7. Aantal verzekerden in de hoogste 1%, 3% en 5% i.c.m. een indeling in DKG-GGZ 14 t/m 17

Subgroepen	Hoogste 5% (als >0, 95% - 97%)	Hoogste 3% (als >0, 97% - 99%)	Hoogste 1% (als >0, 99% - 100%)
N	14.713	14.678	7.391
Ingedeeld in DKG-GGZ 14-17	206	617	2.603
Niet ingedeeld in DKG-GGZ 14-17	14.507	14.061	4.788

Conclusie: De forse overcompensatie voor de verzekerden ingedeeld in de hoogste 5%, hoogste 3% en hoogste 1% gGGZ-kosten in 2018, is waarschijnlijk met name het gevolg van de te hoog ingeschatte ex-ante normbedragen voor de risicoklassen in DKG-GGZ 14 t/m 17. Verzekerden die zijn ingedeeld in deze hoge vereveningskenmerken bevinden zich namelijk voornamelijk in de subgroepen met hoge gGGZ-kosten in 2018.

G.6. Nadere analyse naar het vereveningskenmerk FKG-GGZ

Tabel G-8 weergeeft de vereveningsresultaten voor verzekerden geclusterd naar FKG-GGZ indeling (voor de hoogste 5%, 3% en 1% verzekerden met gGGZ-kosten in 2018, N = 36.782). Merk op dat de totalen in kolom 'Aantal (N)' niet optellen tot hetzelfde totaal als bij DKG-GGZ (N = 36.782), omdat FKG-GGZ een meervoudig kenmerk is.

Ten opzichte van het DKG-GGZ kenmerk, heeft de indeling in FKG-GGZ geen groot effect op het vereveningsresultaat van verzekerden in de subgroepen met de hoogste 5%, 3%- en 1% gGGZ-kosten in 2018. Bijna de helft van deze verzekerden is ingedeeld in de afslagklasse van FKG-GGZ. Daarnaast lopen de gemiddelde kosten en het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde ingedeeld in de verschillende FKG-GGZ risicoklassen niet ver uiteen. Dit ondersteunt de conclusie uit hoofdstuk G.5.

Tabel G-8. Gedetailleerde beschrijvende statistiek per FKG-GGZ risicoklasse in 2019

Subgroepen	Aantal (N)	Gemiddelde GGZ-kosten	Gemiddelde IGGZ-kosten	Vereveningsresultaat voor FB	Vereveningsresultaat na FB
FKG-GGZ 0	17.574	21.224	7.385	3.859	3.858
FKG-GGZ 1	1.143	20.844	700	-1.220	-1.221
FKG-GGZ 2	993	21.806	643	-569	-570
FKG-GGZ 3	4.669	27.124	1.315	-2.550	-2.550
FKG-GGZ 4	8.546	17.543	399	-1.379	-1.379
FKG-GGZ 5	169	22.390	285	-4.194	-4.195
FKG-GGZ 6	543	23.205	559	-1.540	-1.541
FKG-GGZ 7	4.901	26.731	1.043	-1.431	-1.431
FKG-GGZ 8	242	26.223	683	415	414
FKG-GGZ 9	2981	33.131	3.647	1.840	1.839

H. Herschatting van normbedragen voor 2019

H.1. Herschatting van de somatische kosten

Tabel H-1 presenteert de herschatting van normbedragen van elke risicoklasse gebaseerd op de gerealiseerde cijfers van 2019.

Tabel H-1. Herschatting van normbedragen voor het somatische model voor 2019

	Risicoklasse	Resultaat	Risicoklasse	Resultaat	Risicoklasse	Resultaat
Leeftijd/geslacht	M, 0 ^b	9700	Geen FKG	-281	Geen DKG	-220
	M, 0 ^c	2740	FKG 1 (Schildklier)	37	DKG 1	655
	M, 1-4	2107	FKG 2 (Glaucoom)	203	DKG 2	1280
	M, 5-9	1955	FKG 3 (Depressie)	132	DKG 3	1441
	M, 10-14	1980			DKG 4	1656
	M, 15-17	2067	FKG 4 (Psychose en verslaving)	341	DKG 5	2787
	M, 18-24	1838	FKG 5 (Epilepsie)	690	DKG 6	2192
	M, 25-29	1835	FKG 6 (Chron. antistolling)	778	DKG 7	4864
	M, 30-34	1842	FKG 7 (Transplantaties)	2154	DKG 8	5678
	M, 35-39	1904	FKG 8 (Parkinson)	2116	DKG 9	5592
	M, 40-44	1954	FKG 9 (Hartaandoening)	1745	DKG 10	7637
	M, 45-49	2077	FKG 10 (Chron. Pijn)	817	DKG 11	9005
	M, 50-54	2215	FKG 11 (Neur. pijn)	1338	DKG 12	12727
	M, 55-59	2477	FKG 12 (Dia II zonder)	363	DKG 13	9559
	M, 60-64	2727	FKG 13 (Dia II met)	794	DKG 14	40054
	M, 65-69	3186	FKG 14 (Dia I zonder)	1738	DKG 15	47561
	M, 70-74	3530	FKG 15 (Dia I met)	1933	0-17 en 65+	0
	M, 75-79	3920	FKG 16 (Cys.F./Panc)	7219	IVA, 18-34	1434
	M, 80-84	4206	FKG 17 (Groeistoornissen add-on)	1331	IVA, 35-44	1127
	M, 85-89	4743	FKG 18 (Hersen/rug.: overig)	3124	IVA, 45-54	873
	M, 90+	5584	FKG 19 (Hersen/rug.: ms)	4521	IVA, 55-64	744
	V, 0 ^b	8657	FKG 20 (HIV/AIDS)	2259	AO, 18-34	354
V, 0 ^c	2479	FKG 21 (Psoriasis)	649	AO, 35-44	500	
V, 1-4	1893	FKG 22 (Ziekte van C/CU)	365	AO, 45-54	436	
V, 5-9	1934			AO, 55-64	338	

sDKG	V, 10-14	1992	FKG ^a	FKG 23 (Reuma)	381	FDG	Bijstand, 18-34	267		
	V, 15-17	2167		FKG 24 (Auto-immuun add-on)	1776		Bijstand, 35-44	286		
	V, 18-24	2062		FKG 25 (Nieraandoening)	9105		Bijstand, 45-54	339		
	V, 25-29	2517		FKG 26 (Acromegalie)	11488		Bijstand, 55-64	307		
	V, 30-34	2680		FKG 27 (Immunoglobuline add-on)	12837		Student	-152		
	V, 35-39	2337		FKG 28 (Astma)	444		Zelfstandig, 18-34	-77		
	V, 40-44	2135		FKG 29 (COPD/ astma)	1505		Zelfstandig, 35-44	-115		
	V, 45-49	2167		FKG 30 (COPD/ astma add-on)	10406		Zelfstandig, 45-54	-151		
	V, 50-54	2240		FKG 31 (Horm. tumor)	710		Zelfstandig, 55-64	-206		
	V, 55-59	2340		FKG 32 (Kanker)	1042		Hoogopgeleiden, 18-34	-10		
	V, 60-64	2506		FKG 33 (Kanker add-on)	12484		Hoogopgeleiden, 35-44	-72		
	V, 65-69	2808		FKG 34 (Pulm. art. hyp.)	13328		Referentie, 18-34	19		
	V, 70-74	3033		FKG 35 (EHK cluster 1)	113838		Referentie, 35-44	-23		
	V, 75-79	3308		FKG 36 (EHK cluster 2)	193486		Referentie, 45-54	-51		
	V, 80-84	3692		FKG 37 (EHK cluster 3)	353024		Referentie, 55-64	-69		
	V, 85-89	4258		Geen HKG	-51		Geen FDG	-20		
	V, 90+	4928		CPAP apparatuur	303		FDG 1	521		
	Geen	-91		Therapeutische elastische kousen	441		FDG 2	1509		
	SES	1		900	MHK ^a		Voorzieningen voor stomapatiënten	1251	FDG 3	1398
		2		2412			Vernevelaar met toebehoren	4089	FDG 4	21696
3		4235	Middelen voor urine-opvang	1735		0-17-jarigen	0			
4		6812	Injectiespuiten met toebehoren (excl. 2117 diabetes)			> 15 bewoners, blijvend 18-64	-627			
5		13710	Zuurstofapparaten met toebehoren	3893		> 15 bewoners, blijvend 65-79	-2423			
6		17380	Voedingshulpmiddelen (excl. zuigelingen)	7284		> 15 bewoners, blijvend 80+	-3709			
7		35130	Slijmuitzuigapparatuur	21757		> 15 bewoners, instromend 18-64	8292			
Zeer laag, 0-17		86	Draagbare infuuspompen	7780		> 15 bewoners, instromend 65-79	10917			
Zeer laag, 18-64		14	Geen MHK	-641		> 15 bewoners, instromend 80+	8160			
Zeer laag, 65+		371	MHK 1	142		Eenpersoons 18-64	-25			
PPA	Laag, 0-17	35	MHK 2	2681	Eenpersoons 65-79	7				
	Laag, 18-64	22	MHK 3	2297	Eenpersoons 80+	136				
	Laag, 65+	41	MHK 4	3706	Overige huish. 18-64	4				
	Midden, 0-17	-29	MHK 5	5576	Overige huish. 65 – 79	-19				
	Midden, 18-64	14	MHK 6	9384	Overige huish. 80+	27				

MVV	Midden, 65+	-111	Regio	MHK 7	19614
	Hoog, 0-17	-51		MHK 8	46992
	Hoog, 18-64	-39		Regio 1	37
	Hoog, 65+	-221		Regio 2	27
	Geen MVV	-172		Regio 3	21
	Top 3.5%	1091		Regio 4	14
	Top 3%	1609		Regio 5	-5
	Top 2.5%	2739		Regio 6	0
	Top 2%	5143		Regio 7	-12
	Top 1.5%	7629		Regio 8	-28
	Top 1%	10788		Regio 9	-22
	Top 0.5%	15123		Regio 10	-32
	Top 0.25%	25925			
Top 0.25%; 0-17	62959				

Voetnoot H-1:

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

H.2. Herschatting van de GGZ-kosten

Tabel H-2. presenteert de herschatting van normbedragen van elke risicoklasse gebaseerd op de gerealiseerde cijfers van 2019.

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

Risicoklasse	Resultaat	Risicoklasse	Resultaat	Risicoklasse	Resultaat			
Geslacht/leeftijd	M, 18-24	347	DKG a	Geen DKG	-109	SES a	Zeer laag, 18-64	1
	M, 25-29	329		DKG 1	351		Zeer laag 65+	12
	M, 30-34	309		DKG 2	828		Laag, 18-64	-11
	M, 35-39	307		DKG 3	1.754		Laag, 65+	-1
	M, 40-44	284		DKG 4	3.711		Midden, 18-64	-11
	M, 45-49	262		DKG 5	4.649		Midden, 65+	-5
	M, 50-54	254		DKG 6	4.704		Hoog, 18-64	17
	M, 55-59	244		DKG 7	7.174		Hoog, 65+	-4
	M, 60-64	244		DKG 8	10.952		65+	0
	M, 65-69	236		DKG 9	10.109		IVA, 18-34	270
	M, 70-74	236		DKG 10	16.090		IVA, 35-44	159
	M, 75-79	236		DKG 11	19.828		IVA, 45-54	-13
	M, 80-84	231		DKG 12	32.793		IVA, 55-64	-3
	M, 85-89	231		DKG 13	32.061		AO, 18-34	410
	M, 90+	231		DKG 14	40.797		AO, 35-44	337
	V, 18-24	449		DKG a	DKG 15		33.683	AVI a
V, 25-29	380	DKG 16	64.953		AO, 55-64	32		

Risicoklasse	Resultaat	Risicoklasse	Resultaat	Risicoklasse	Resultaat			
MHK a	V, 30-34	331	FKG a	DKG 17	32.644	Regio	Bijstand, 18-34	477
	V, 35-39	325		Geen FKG	-28		Bijstand, 35-44	190
	V, 40-44	299		FKG 1 (ADHD)	100		Bijstand, 45-54	75
	V, 45-49	277		FKG 2 (Verslaving)	157		Bijstand, 55-64	-3
	V, 50-54	259		FKG 3 (Angststoornissen)	894		Student	-74
	V, 55-59	244		FKG 4 (Chron.stem)	228		Zelfstandig, 18-34	-61
	V, 60-64	244		FKG 5 (Bipol.reg.)	725		Zelfstandig, 35-44	-49
	V, 65-69	239		FKG 6 (Bipol.complex)	1.688		Zelfstandig, 45-54	-19
	V, 70-74	236		FKG 7 (Psychose)	1.518		Zelfstandig, 55-64	-3
	V, 75-79	236		FKG 8 (Chronische stemmingsstoornissen complex)	1.501		Hoogopgeleiden, 18-34	-58
	V, 80-84	231		FKG 9 (Psychose depot)	4.041	Hoogopgeleiden, 35-44	-43	
	V, 85-89	231		Blijvend ihh. 18-64	-29	Referentie, 18-34	--7	
	V, 90+	231		Blijvend ihh. 65-79	-36	Referentie, 35-44	-19	
	Geen MHK	-68	Blijvend ihh. 80+	-30	Referentie, 45-54	-13		
	MHK 1	283	Instromend ihh.18-64	248	Referentie, 55-64	-3		
	MHK 2	1.265	Instromend ihh.65-79	374	Regio 1	45		
	MHK 3	2.840	Instromend ihh. 80+	31	Regio 2	6		
	MHK 4	4.537	Eenpersoons hh.18-64	73	Regio 3	2		
	MHK 5	10.336	Eenpersoons hh 65-79	33	Regio 4	-6		
	MHK 6	12.904	Eenpersoons hh. 80+	0	Regio 5	-8		
	MHK 7	24.269	PPA a	Overig 18-64	-11	Regio 6	-8	
		Overig 64-79		-12	Regio 7	-8		
		Overig 80+		4	Regio 8	-8		
					Regio 9	-8		
				Regio 10	-8			

Voetnoot H-2:

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

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

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

De schaling naar het MPB bewerkstelligt dat de kosten in het OT-bestand per deelbedrag gelijk zijn aan het verwachte kostenniveau voor 2019, conform hetgeen in het MPB is vastgesteld. Herweging voor de verzekerdenraming was niet nodig omdat het gewicht is meegeleverd in de OT-bestanden.

In Deel II wordt de ex-ante vaststelling, zoals uitgevoerd in het najaar 2018, gebruikt als onderdeel van de evaluatie van de representativiteit van de beslisinformatie. De kosten en het gewicht per verzekerde—dat resulteert na uitvoering van deze stappen—is gebruikt in de analyses naar de representativiteit van de beslisinformatie voor het ex-ante vaststellingsmoment.

I.1. Ex-ante model voor somatische kosten

Aan de hand van de 'hergew' variabel zijn de verzekerdenaantallen in het OT-bestand herwogen naar de verzekerdenaantallen in de verzekerdenraming: in het OT-bestand bevonden zich in totaal 16.749.854 verzekerdenjaren, dat is herwogen naar 17.210.000 verzekerdenjaren, conform de verzekerdenraming.

De kosten in het OT-bestand zijn geschaald naar de MPB-bedragen op basis van ophoogfactoren, zoals gerapporteerd in WOR 930 (Normbedragenfase).

I.2. Ex-ante model voor GGZ-kosten

Aan de hand van de 'hergew' variabele zijn de verzekerdenaantallen in het OT-bestand herwogen naar de verzekerdenaantallen in de verzekerdenraming: in het OT-bestand bevonden zich in totaal 13.366.566 verzekerdenjaren, dat is herwogen naar 13.891.000 verzekerdenjaren, conform de verzekerdenraming.

De kosten in het OT-bestand zijn geschaald naar de MPB-bedragen op basis van ophoogfactoren, zoals gerapporteerd in WOR 930 (Normbedragenfase).

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

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

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

De toegepaste correctiefactoren op alle verzekerden van 18+ zijn:

- 0,9657 op de bijdrage voor de somatische kosten;
- 1,002 op de bijdrage voor de GGZ-kosten.

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

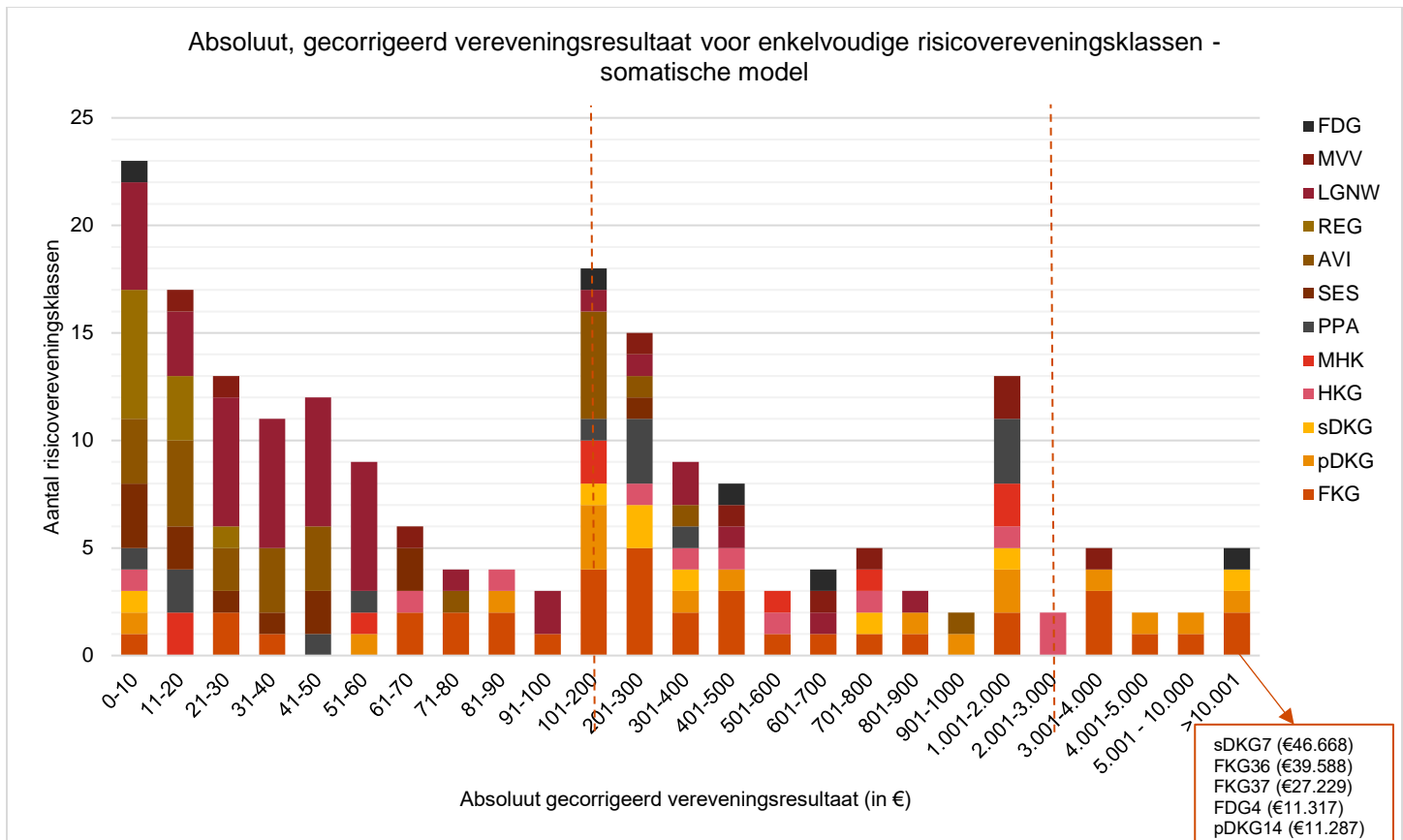
- € 109 per verzekerde van 18+ voor de somatische kosten. Noot – dit is niet gelijk aan het macrovereveningsresultaat omdat de correctie voor het totale macrovereveningsresultaat is verdeeld over alle verzekerden van 18+ in plaats van alle verzekerden in de Zvw-bevolking (inclusief 18-);
- € -1 per verzekerde van 18+ voor de GGZ-kosten; de GGZ-kosten zijn alleen voor verzekerden van 18+, waardoor dit gelijk is aan het macrovereveningsresultaat.

Deze methode is vergelijkbaar met de uitvoering van flankerend beleid.

J.1. Somatisch model

Figuur J-1 presenteert de enkelvoudige risicoklassen uit het somatische model 2019 met een gecorrigeerd vereveningsresultaat van het ex-ante model voor de somatische kosten van 2019, bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2019. Het bredere beeld van het ex-ante model voor de somatische kosten van 2019, bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2019, laat zien dat 29 van de 199 risicoklassen een absoluut gecorrigeerd vereveningsresultaat van meer dan € 1.000 per verzekerde. De overige 170 risicoklassen hebben een absoluut gecorrigeerd vereveningsresultaat onder deze grens van € 1.000 per verzekerde, waarvan 102 risicoklassen een absoluut gecorrigeerd vereveningsresultaat hebben van minder dan € 100 per verzekerde. Inzoomend op de fractie die boven de grens van € 1.000 per verzekerde zit, constateren wij dat de een significant deel van deze risicoklassen afkomstig zijn van de vereveningskenmerken pDKG en FKG (15 van deze 29 risicoklassen). Tabel J-1 geeft meer zicht in het gecorrigeerd vereveningsresultaat van deze 29 risicoklassen.

Figuur J-1. Enkelvoudige risicoklassen in het somatische model 2019 uitgesplitst naar het gecorrigeerde vereveningsresultaat van het ex-ante model per verzekerde bij de definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2019



Tabel J-1 presenteert de enkelvoudige risicoklassen uit het somatische model 2019 met een (ongecorrigeerd) vereveningsresultaat buiten de gekozen grenzen (positief of negatief) van € 1.000 per verzekerde of met een macro-omvang groter dan € 300 miljoen van het ex-ante model voor de somatische kosten van 2019, bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2019.

Tabel J-1. Enkelvoudige risicoklassen in het somatische model 2019 met een vereveningsresultaat buiten een (positief of negatief) van € 1.000 per verzekerde of met een macro-omvang groter dan € 300 miljoen bij de definitieve vaststelling

Enkelvoudige risicoklassen		Aantal, in % ^a	Gemiddelde kosten, in €	Gemiddeld vereveningsresultaat, in € (% t.o.v. gem. kosten) ^b	Normbedrag ex-ante vaststelling	Macro-omvang vereveningsresultaat, in € in mln.	Gemiddeld resultaat na correctie, in € ^c
Buiten een drempel van € -1.000 of 1.000 per verzekerde							
sDKG	sDKG 7	0,002	78.886	51.132 (65%)	71.000	20	46.668
FKG	FKG 36 (Extreem hoge kosten cluster 1)	0,001	247.278	49.786 (20%)	243.004	7	39.588
	FKG 37 (Extreem hoge kosten cluster 2)	0,001	420.260	43.138 (10%)	395.119	6	27.229
pDKG	pDKG 14	0,008	65.316	14.011 (21%)	67.547	20	11.287

Enkelvoudige risicoklassen		Aantal, in % ^a	Gemiddelde kosten, in €	Gemiddeld vereveningsresultaat, in € (% t.o.v. gem. kosten) ^b	Normbedrag ex-ante vaststelling	Macro-omvang vereveningsresultaat, in € in mln.	Gemiddeld resultaat na correctie, in € ^c
FKG	FKG 34 (Pulmonale arteriële hypertensie)	0,01	50.047	9.433 (19%)	22.725	16	7.391
pDKG	pDKG 13	0,03	41.895	6.059 (14%)	12.727	31	4.412
MVV	MVV 8	0,16	40.339	5.285 (143%)	30.851	147	3.719
FKG	FKG 20 (HIV/AIDS)	0,13	13.323	4.000 (30%)	6.302	86	3.405
pDKG	pDKG 12	0,05	35.004	4.575 (13%)	15.192	41	3.216
FKG	FKG 24 (Auto-immuunziekten o.b.v. add-on)	0,31	13.689	3.735 (27%)	5.602	196	3.137
HKG	HKG 10	0,08	32.063	3.125 (10%)	10.196	44	1.917
PPA	PPA 7	0,17	16.726	2.489 (15%)	44	72	1.829
	PPA 6	0,06	20.515	2.324 (11%)	10.240	24	1.540
pDKG	pDKG 9	0,17	23.563	2.317 (10%)	7.415	68	1.429
sDKG	sDKG 6	0,04	42.631	2.901 (7%)	19.138	17	1.338
FKG	FKG 32 (Kanker)	0,05	8.840	1.414 (16%)	1.278	13	1.062
MVV	MVV 7	0,16	27.120	2.048 (8%)	16.837	56	1.047
MHK	MHK 7	0,13	40.965	405 (1%)	18.071	9	-1.015
MVV	MVV 9	0,01	100.794	2.402 (2%)	62.692	4	-1.141
FKG	FKG 33 (Kanker o.b.v. add-on)	0,33	32.510	-155 (0%)	11.561	-9	-1.265
pDKG	pDKG 10	0,06	26.659	-442 (-2%)	7.162	-4	-1.342
PPA	PPA 5	0,03	14.024	-1.196 (-9%)	12.840	-6	-1.637
MHK	MHK 8	0,06	93.271	1.281 (1%)	45.981	14	-1.965
HKG	HKG 4	0,10	17.230	-1.837 (-11%)	1.936	31	-2.366
	HKG 9	0,00	62.722	-501 (-1%)	19.978	-0,4	-2.637
FKG	FKG 25 (Nier-aandoeningen)	0,05	54.789	-1.745 (-3%)	7.778	-16	-3.566
	FKG 16 (CF/Pancreasenzymen)	0,07	24.011	-3.828 (-16%)	3.411	-45	-4.521
pDKG	pDKG 15	0,04	92.677	-3.755 (-4%)	49.059	-23	-6.808
FDG	FDG 4	0,01	55.855	-9.734 (-17%)	12.339	-11	-11.318
Boven een drempel van € 300 mln. op macroniveau							
FKG	FKG 0	98,0	2.314	77 (3%)	-305	1.285	-5
HKG	HKG 0	96,1	2.104	68 (3%)	-53	1.120	-6
sDKG	sDKG 0	96,1	2.020	64 (3%)	-101	1.053	-7
MVV	MVV 0	97,5	2.078	59 (3%)	-194	976	-15
AVI	AVI 0	39,1	3.563	140 (4%)	0	935	13
pDKG	pDKG 0	90,9	1.711	53 (3%)	-223	829	-7
MHK	MHK 1	39,7	2.841	90 (3%)	141	608	-11
SES	SES 3	4,6	7.800	545 (7%)	423	430	259
PPA	PPA 11	52,5	1.672	47 (3%)	-18	425	-12
	PPA 12	11,2	4.670	178 (4%)	-29	340	12

Voetnoot Tabel J-1:

- Omvang in verzekerdenjaren, uitgedrukt in het percentage van de totale Zvw-bevolking.
- Voor alle 199 risicoklassen tezamen geldt een gemiddeld vereveningsresultaat van € 88 per verzekerde. Dit is het macrovereveningsresultaat voor de somatische kosten in 2019.
- Het 'resultaat na correctie' is het vereveningsresultaat na de procentuele correctie op de vereveningsbijdrage, ofwel stap 1 van het flankerend beleid (Bijlage I en J) en daarmee komt het gemiddeld vereveningsresultaat voor alle 199 risicoklassen tezamen na correctie uit op € 0 per verzekerde.

Het absolute, gecorrigeerde vereveningsresultaten op verzekerdeniveau voor het risicovereveningsmodel van 2019

In lijn met de resultaten van Figuur J-1 hebben 29 kenmerken een absoluut gecorrigeerd vereveningsresultaat van meer dan € 1.000 per verzekerde. 15 van de 29 risicoklassen die een absoluut gecorrigeerd vereveningsresultaat van meer dan € 1.000 per verzekerde hebben, zijn risicoklassen van de vereveningskenmerken pDKG en FKG. Hoofdstuk 7.1.1. gaat specifiek in op de enkelvoudige risicoklassen die een absoluut gecorrigeerd vereveningsresultaat heeft van meer dan € 10.000 per verzekerde.

pDKG

In het somatische model valt het absolute gecorrigeerde vereveningsresultaat van meer dan € 1.000 per verzekerde bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2019 ten opzichte van 2018 en 2017 voor pDKG op dat er schommelingen zijn in de risicoklassen over de jaren heen bij:

- pDKG 12 scoort een gecorrigeerd vereveningsresultaat in 2019 van €3.216 ten opzichte van een gecorrigeerd vereveningsresultaat in 2017 van €-2.439. Er is sprake van een toename tussen 2017 en 2019.
- pDKG 13 scoort een gecorrigeerd vereveningsresultaat in 2019 van €4.412, ten opzichte van een gecorrigeerd vereveningsresultaat in 2018 van €3.688 en in 2017 van €-1.962. Er is sprake van een toename tussen 2017 en 2019.
- pDKG 14 scoort een gecorrigeerd vereveningsresultaat in 2019 van €11.287, ten opzichte van een gecorrigeerd vereveningsresultaat in 2018 van €8.778 en in 2017 van €-424. Er is sprake van een toename tussen 2017 en 2019.
- pDKG 15 scoort een gecorrigeerd vereveningsresultaat in 2019 van €-6.808 ten opzichte van een positief gecorrigeerd vereveningsresultaat in 2017 van €15.058. Er is sprake van een afname tussen 2017 en 2019.

Voor de pDKG en sDKG kan het forse vereveningsresultaat mogelijk een gevolg zijn van de splitsing van de DKG in 2018 naar pDKG en sDKG. Deze wijziging in de indeling laat in ieder geval zien dat het gecorrigeerd vereveningsresultaat in 2019 verder afwijkt dan in 2018 en 2017 voor bijna alle bovenstaande risicoklassen van pDKG.

Tabel J-2. Enkelvoudige risicoklassen van pDKG in het somatische model 2017 - 2019 met een vereveningsresultaat buiten een (positief of negatief) van € 1.000 per verzekerde bij de definitieve vaststelling Gemiddeld vereveningsresultaat na correctie, in €

	2017	2018	2019
pDKG8		-1.018	
pDKG9		1.491	1.429
pDKG10	-2.449	-1.497	-1.342
pDKG12	-2.439		3.216
pDKG13	-1.962	3.688	4.412
pDKG14	-424	8.778	11.287
pDKG15	15.058		-6.808

FKG

In het somatische model valt het absolute gecorrigeerde vereveningsresultaat van meer dan € 1.000 per verzekerde bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2019 ten opzichte van 2018 en 2017 voor FKG op dat er schommelingen zijn in de risicoklassen over de jaren heen bij:

- FKG 36 (Extreem hoge kosten 2) scoort een gecorrigeerd vereveningsresultaat in 2019 van €39.558, ten opzichte van een gecorrigeerd vereveningsresultaat in 2018 van €23.601 en in 2017 van €-40.384. Er is sprake van een toename tussen 2017 en 2019.
- FKG 37 (Extreem hoge kosten 3) scoort een gecorrigeerd vereveningsresultaat in 2019 van €27.229, ten opzichte van een gecorrigeerd vereveningsresultaat in 2018 van €2.758 en in 2017 van €-37.770. Er is sprake van een toename tussen 2017 en 2019.

De gemiddelde kosten van deze risicoklassen tijdens de ex-ante vaststelling blijken niet representatief voor de werkelijke kosten van deze risicoklassen. De verwachte kosten zijn hoger ingeschat dan de uiteindelijke realisatie. Bij deze risicoklassen is het risico van afwijkende kosten en prevalentie leidend voor het verschil in het vereveningsresultaat. Een andere mogelijke verklaring kan zijn dat de hogere risicoklassen “zwaardere aandoeningen” omvatten waarbij er mogelijk meer fluctuaties in de zorgkosten verwacht mogen worden, omdat het om (zeer) hoge kosten gaat bij deze verzekerden.

**Tabel J-3. Enkelvoudige risicoklassen van FKG in het somatische model 2017 - 2019 met een vereveningsresultaat buiten een (positief of negatief) van € 1.000 per verzekerde bij de definitieve vaststelling
Gemiddeld vereveningsresultaat na correctie, in €**

	2017	2018	2019
FKG 16 (CF/Pancreasenzymen)	-2.313	-7.289	-4.521
FKG 20 (HIV/AIDS)		3.298	3.405
FKG 24 (Auto-immuunziekten add-on)	2.058	1.828	3.137
FKG 25 (Nieraandoeningen)	4.085		-3.566
FKG 32 (Kanker)		1.299	1.062
FKG 33 (Kanker add-on)		1.729	-1.265
FKG 34 (Pulmonale arteriële hypertensie)	-2.753	1.859	7.391
FKG 35 (Extreem hoge kosten 1)	6.902	-11.174	
FKG 36 (Extreem hoge kosten 2)	-40.384	23.601	39.588
FKG 37 (Extreem hoge kosten 3)	-37.770	2.758	27.229

Overige vereveningskenmerken

Voor HKG, MHK, FDG en MVV vallen de hoge risicoklassen op. Voor deze criteria is het beeld ook vergelijkbaar met 2018. Dit zijn de risicoklassen met een relatief groot aandeel verzekerden dat meerdere chronische aandoeningen heeft dan wel zwaardere vormen van een bepaalde aandoening. Deze risicoklassen, behalve de MVV, vielen vorig jaar ook op. Bij MHK en MVV zijn modelwijzigingen doorgevoerd per 2019 die mogelijk impact hadden op de resultaten van deze risicogroepen. Zo is VGG in 2019 vervangen door MVV dat gebaseerd is op meerjarig V&V-gebruik.

Het absolute, ongecorrigeerde vereveningsresultaat op macroniveau voor het risicovereveningsmodel van 2019

Het aantal risicoklassen boven de grenswaarde op macroniveau komt in 2019 overeen met 2018, maar is aanzienlijk hoger dan modeljaar 2016. Het vereveningsresultaat voor de afslagklassen van FDG, HKG, pDKG, sDKG, MVV heeft een hoog vereveningsresultaat op macroniveau, vanwege de grote omvang in prevalenties van deze afslagklassen. Vorig jaar is dit geconstateerd voor FDG, HKG, pDKG, sDKG, VGG en MHK (afslagklasse en klasse waarin ten minste 1 jaar van de 3 voorafgaande jaren variabele zorgkosten in top 30%) (Monitor 2018) en de jaren daarvoor enkel voor DKG, HKG, MHK, FDG, GGG (Geriatrische revalidatie Groep Gebruikers) en VGG (Monitor 2017) en DKG en MHK (Monitor 2016). De oorzaak hiervoor is gelegen in de hoogte van het macrovereveningsresultaat en de zeer grote omvang van het aantal verzekerden in de afslagklasse. Hierdoor wordt de grenswaarde van € 300 miljoen relatief snel bereikt. In 2016 was het macrovereveningsresultaat beperkt.

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

Tabel J-4 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat van elke risicoklasse van het ex-ante model voor de somatische kosten van 2019, bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2019.

Tabel J-4. Gemiddeld vereveningsresultaat voor het ex-ante model voor somatische kosten voor 2019

Risicoklasse		Resultaat	Risicoklasse	Resultaat	Risicoklassen	Resultaat
Leef tijd/geslacht	M, 0 ^b	-421	Geen FKG	21	Geen pDKG	53
	M, 0 ^c	38	FKG 1 (Schildklier)	262	pDKG 1	409
	M, 1-4	43	FKG 2 (Glaucoom)	407	pDKG 2	445
	M, 5-9	21	FKG 3 (Depressie)	252	pDKG 3	160
	M, 10-14	-12			pDKG 4	262
	M, 15-17	-18	FKG 4 (Psychose en verslaving)	427	pDKG 5	314
	M, 18-24	-15	FKG 5 (Epilepsie)	225	pDKG 6	924
	M, 25-29	-5	FKG 6 (Chron. antistolling)	371	pDKG 7	-163
	M, 30-34	-4	FKG 7 (Transplantaties)	-210	pDKG 8	346
	M, 35-39	20	FKG 8 (Parkinson)	1102	pDKG 9	2317
	M, 40-44	45	FKG 9 (Hartaandoening)	664	pDKG 10	-442
	M, 45-49	60	FKG 10 (Chron. Pijn)	548	pDKG 11	2074
	M, 50-54	92	FKG 11 (Neur. pijn)	971	pDKG 12	4575
	M, 55-59	117	FKG 12 (Dia II zonder)	257	pDKG 13	6059
	M, 60-64	171	FKG 13 (Dia II met)	361	pDKG 14	14011
	M, 65-69	114	FKG 14 (Dia I zonder)	272	pDKG 15	-3755
	M, 70-74	249	FKG 15 (Dia I met)	608	0-17 en 65+	140
	M, 75-79	294	FKG 16 (Cys.F./Panc)	-3828	IVA, 18-34	1320
	M, 80-84	389	FKG 17 (Groeistormnissen add-on)	1201	IVA, 35-44	544
	M, 85-89	617	FKG 18 (Hersen/rug.: overig)	429	IVA, 45-54	665
	M, 90+	731	FKG 19 (Hersen/rug.: ms)	1117	IVA, 55-64	486
	V, 0 ^b	-618	FKG 20 (HIV/AIDS)	4000	AO, 18-34	-13
	V, 0 ^c	-1	FKG 21 (Psoriasis)	271	AO, 35-44	133
	V, 1-4	-16	FKG 22 (Ziekte van C/CU)	484	AO, 45-54	323
	V, 5-9	3			AO, 55-64	383
	V, 10-14	-2	FKG 23 (Reuma)	640	Bijstand, 18-34	44
	V, 15-17	-4	FKG 24 (Auto-immuun add-on)	3735	Bijstand, 35-44	50
	V, 18-24	-1	FKG 25 (Nieraandoening)	-1745	Bijstand, 45-54	185
	V, 25-29	18	FKG 26 (Acromegalie)	1222	Bijstand, 55-64	271
	V, 30-34	2	FKG 27 (Immunoglobuline add-on)	1414	Student	-20
	V, 35-39	16	FKG 28 (Astma)	185	Zelfstandig, 18-34	-17
	V, 40-44	29	FKG 29 (COPD/ astma)	606	Zelfstandig, 35-44	1
	V, 45-49	75	FKG 30 (COPD/ astma add-on)	1710	Zelfstandig, 45-54	29
	V, 50-54	100	FKG 31 (Horm. tumor)	744	Zelfstandig, 55-64	54
	V, 55-59	123	FKG 32 (Kanker)	1414	Hoogopgeleiden, 18-34	0
	V, 60-64	116	FKG 33 (Kanker add-on)	-155	Hoogopgeleiden, 35-44	7
	V, 65-69	117	FKG 34 (Pulm. art. hyp.)	9433	Referentie, 18-34	1
V, 70-74	228	FKG 35 (EHK cluster 1)	6235	Referentie, 35-44	26	
V, 75-79	313	FKG 36 (EHK cluster 2)	49786	Referentie, 45-54	54	
V, 80-84	448	FKG 37 (EHK cluster 3)	43138	Referentie, 55-64	85	
V, 85-89	641	Geen SHKG	68	Geen FDG	77	
V, 90+	852	CPAP apparatuur	115	FDG 1	292	
Geen sDKG	64	Therapeutische elastische kousen	544	FDG 2	1238	
sDKG 1	608	Voorzieningen stomapatiënten	408	FDG 3	1033	
sDKG 2	786	Vernevelaar met toebehoren	-1837	FDG 4	-9734	
sDKG 3	33	Middelen voor urine-opvang	966	0-17-jarigen	-10	
sDKG 4	1412	Injectiespuiten met toebehoren (excl. diabetes)	831	> 15 bewoners, blijvend 18-64	312	
sDKG 5	1242	Zuurstofapparaten met toebehoren	1321	> 15 bewoners, blijvend 65-79	486	
sDKG 6	2901	Voedingshulpmiddelen (excl. zuigelingen)	1922	> 15 bewoners, blijvend 80+	403	

	Risicoklasse	Resultaat		Risicoklasse	Resultaat		Risicoklassen	Resultaat
SES	sDKG 7	51132	MHK	Slijmuitzuigapparatuur	-501	Regio	> 15 bewoners, instromend 18-64	-1196
	Zeer laag, 0-17	5		Draagbare infuuspompen	3125		> 15 bewoners, instromend 65-79	2324
	Zeer laag, 18-64	81		Geen MHK	12		> 15 bewoners, instromend 80+	2489
	Zeer laag, 65+	545		MHK 1	90		Eenpersoons 18-64	86
	Laag, 0-17	-24		MHK 2	427		Eenpersoons 65-79	247
	Laag, 18-64	64		MHK 3	506		Eenpersoons 80+	573
	Laag, 65+	253		MHK 4	639		Overige huish. 18-64	47
	Midden, 0-17	4		MHK 5	1194		Overige huish. 65 – 79	178
	Midden, 18-64	45		MHK 6	1530		Overige Ehuish. 80+	410
	Midden, 65+	237		MHK 7	405			
	Hoog, 0-17	-25		MHK 8	1280			
	Hoog, 18-64	36		Regio 1	117			
Hoog, 65+	157	Regio 2	107					
Geen MVV	59	Regio 3	98					
Top 3.5%	286	Regio 4	86					
Top 3%	406	Regio 5	88					
Top 2.5%	769	Regio 6	73					
Top 2%	1040	Regio 7	77					
Top 1.5%	1475	Regio 8	81					
Top 1%	1424	Regio 9	63					
Top 0.5%	2048	Regio 10	83					
Top 0.25%	5285							
Top 0.25%; 0-17	2402							

Voetnoot J-4:

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

Tabel J-5 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat van elke risicoklasse van het ex-ante model voor de somatische kosten van 2019, bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2019. Hierbij is gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat.

Tabel J-5. Gemiddeld vereveningsresultaat voor het ex-ante model voor somatische kosten voor 2019, na correctie(s) voor het macrovereveningsresultaat

	Risicoklasse	C1 ^d	C2 ^e		Risicoklasse	C1	C2		Risicoklasse	C1	C2	
Leeftijd/geslacht	M, 0 ^b	-689	-689	FKG ^a	Geen FKG	-31	53	pDKG	Geen pDKG	-7	78	
	M, 0 ^c	-28	-28		FKG 1 (Schildklier)	74	181		pDKG 1	195	303	
	M, 1-4	-7	-7		FKG 2 (Glaucoom)	148	256		pDKG 2	194	302	
	M, 5-9	-20	-20		FKG 3 (Depressie)	81	189		pDKG 3	-90	16	
	M, 10-14	-47	-47		FKG 4 (Depressie)	231	337		pDKG 4	-55	49	
	M, 15-17	-54	-54		FKG 5 (Psychose en verslaving)	-63	38		pDKG 5	-103	4	
	M, 18-24	-41	68		FKG 6 (Epilepsie)	85	193		pDKG 6	470	569	
	M, 25-29	-31	77		FKG 7 (Chron. antistolling)	-693	-588		pDKG 7	-813	-718	
	M, 30-34	-33	75		FKG 8 (Transplantaties)	8	600		709	pDKG 8	-329	-235
	M, 35-39	-14	94		FKG 9 (Parkinson)	170	279		pDKG 9	1429	1528	
	M, 40-44	4	113		FKG 10 (Hartaandoening)	10	278		386	pDKG 10	-1342	-1234
	M, 45-49	8	117		FKG 11 (Neur. pijn)	478	587		pDKG 11	973	1082	
M, 50-54	25	134	FKG 12 (Dia II zonder)	76	184	pDKG 12	3216	3305				

Risicoklasse	C1 ^d	C2 ^e	Risicoklasse	C1	C2	Risicoklasse	C1	C2
M, 55-59	28	136	FKG 13 (Dia II met)	95	203	pDKG 13	4412	4512
M, 60-64	52	161	FKG 14 (Dia I zonder)	-23	78	pDKG 14	11288	11364
M, 65-69	-36	72	FKG 15 (Dia I met)	161	269	pDKG 15	-6808	-6699
M, 70-74	57	165	FKG (Cys.F./Panc)	16 -4521	-4417	0-17 en 65+	13	68
M, 75-79	50	158	FKG (Groeistoornissen add-on)	17 724	772	IVA, 18-34	913	1022
M, 80-84	99	208	FKG (Hersen/rug.: overig)	18 -326	-219	IVA, 35-44	213	322
M, 85-89	267	376	FKG (Hersen/rug.: ms)	19 414	522	IVA, 45-54	322	430
M, 90+	322	430	FKG 20 (HIV/AIDS)	3405	3513	IVA, 55-64	150	258
V, 0 ^p	-843	-843	FKG 21 (Psoriasis)	64	171	AO, 18-34	-129	-20
V, 0 ^c	-55	-55	FKG 22 (Ziekte van C/CU)	259	366	AO, 35-44	-7	102
V, 1-4	-52	-52	FKG 23 (Reuma)	370	478	AO, 45-54	151	259
V, 5-9	-30	-30	FKG 24 (Auto-immuun add-on)	3137	3243	AO, 55-64	177	285
V, 10-14	-35	-35	FKG (Nieraandoening)	25 -3566	-3458	Bijstand, 18-34	-24	84
V, 15-17	-44	-44	FKG (Acromegalie)	26 -157	-49	Bijstand, 35-44	-28	81
V, 18-24	-38	70	FKG (Immunoglobuline add-on)	27 -29	71	Bijstand, 45-54	73	181
V, 25-29	-42	66	FKG 28 (Astma)	-2	91	Bijstand, 55-64	113	222
V, 30-34	-73	36	FKG 29 (COPD/astma)	204	312	Student	-44	64
V, 35-39	-47	62	FKG 30 (COPD/astma add-on)	806	913	Zelfstandig, 18-34	-50	59
V, 40-44	-28	80	FKG 31 (Horm. tumor)	403	511	Zelfstandig, 35-44	-32	76
V, 45-49	10	118	FKG 32 (Kanker)	1062	1169	Zelfstandig, 45-54	-14	95
V, 50-54	22	131	FKG 33 (Kanker add-on)	-1265	-1159	Zelfstandig, 55-64	-14	94
V, 55-59	32	140	FKG 34 (Pulm. art. hyp.)	7391	7495	Hoogopgeleid, 18-34	-43	66
V, 60-64	5	114	FKG 35 (EHK cluster 1)	244	341	Hoogopgeleid, 35-44	-33	76
V, 65-69	-17	91	FKG 36 (EHK cluster 2)	39588	39685	Referentie, 18-34	-37	71
V, 70-74	61	169	FKG 37 (EHK cluster 3)	27230	27308	Referentie, 35-44	-17	91
V, 75-79	99	207	Geen HKG	-6	80	Referentie, 45-54	1	110
V, 80-84	180	289	CPAP apparatuur	-83	25	Referentie, 55-64	5	113
V, 85-89	307	415	Therapeutische elastische kousen	211	320	Geen FDG	-5	83
V, 90+	469	577	Voorzieningen voor stomapatiënten	-70	37	FDG 1	120	149
Geen sDKG	-7	79	Vernevelaar toebehoren	-2366	-2277	FDG 2	665	770

AVI

FDG

	Risicoklasse	C1 ^d	C2 ^e		Risicoklasse	C1	C2		Risicoklasse	C1	C2
sDKG	sDKG 1	304	411	MHK	Middelen voor urine-opvang	402	510	PPA	FDG 3	416	522
	sDKG 2	265	373		Injectiespuiten met toebehoren (excl. diabetes)	352	454		FDG 4	-11318	-11248
	sDKG 3	-754	-646		Zuurstofapparaten met toebehoren	597	703		0-17-jarigen	-54	-54
	sDKG 4	244	351		Voedingshulpmiddel en (excl. zuigelingen)	706	781		> 15 bewoners, blijvend 18-64	212	321
	sDKG 5	-112	-16		Slijmuitzuigapparaat	-2637	-2576		> 15 bewoners, blijvend 65-79	341	450
	sDKG 6	1338	1422		Draagbare infuuspompen	1916	2019		> 15 bewoners, blijvend 80+	274	382
	sDKG 7	46668	46703		Geen MHK	-18	65		> 15 bewoners, instromend 18-64	-1637	-1528
	Zeer laag, 0-17	-43	-43		MHK 1	-11	80		> 15 bewoners, instromend 65-79	1540	1648
	Zeer laag, 18-64	6	115		MHK 2	55	155		> 15 bewoners, instromend 80+	1829	1938
	Zeer laag, 65+	259	367		MHK 3	164	269		Eenpersoons 18-64	8	116
	Laag, 0-17	-70	-70		MHK 4	186	291		Eenpersoons 65-79	44	153
	Laag, 18-64	-1	107		MHK 5	595	698		Eenpersoons 80+	217	326
	Laag, 65+	26	134		MHK 6	717	818		Overige huish. 18-64	-12	97
	Midden, 0-17	-40	-40		MHK 7	-1015	-919		Overige huish. 65 – 79	12	120
Midden, 18-64	-15	93	MHK 8	-1965	-1866	Overige huish. 80+	120	228			
Midden, 65+	50	159	Regio 1	26	114						
Hoog, 0-17	-63	-63	Regio 2	14	104						
Hoog, 18-64	-17	92	Regio 3	7	96						
Hoog, 65+	-3	106	Regio 4	-4	84						
Geen MVV	-15	72	Regio 5	-1	88						
Top 3.5%	-62	45	Regio 6	-16	72						
Top 3%	22	129	Regio 7	-8	78						
Top 2.5%	298	404	Regio 8	-3	84						
Top 2%	443	549	Regio 9	-18	68						
Top 1.5%	778	885	Regio 10	1	87						
Top 1%	613	720									
Top 0.5%	1047	1154									
Top 0.25%	3719	3826									
Top 0.25%; 0-17	-1141	-1141									

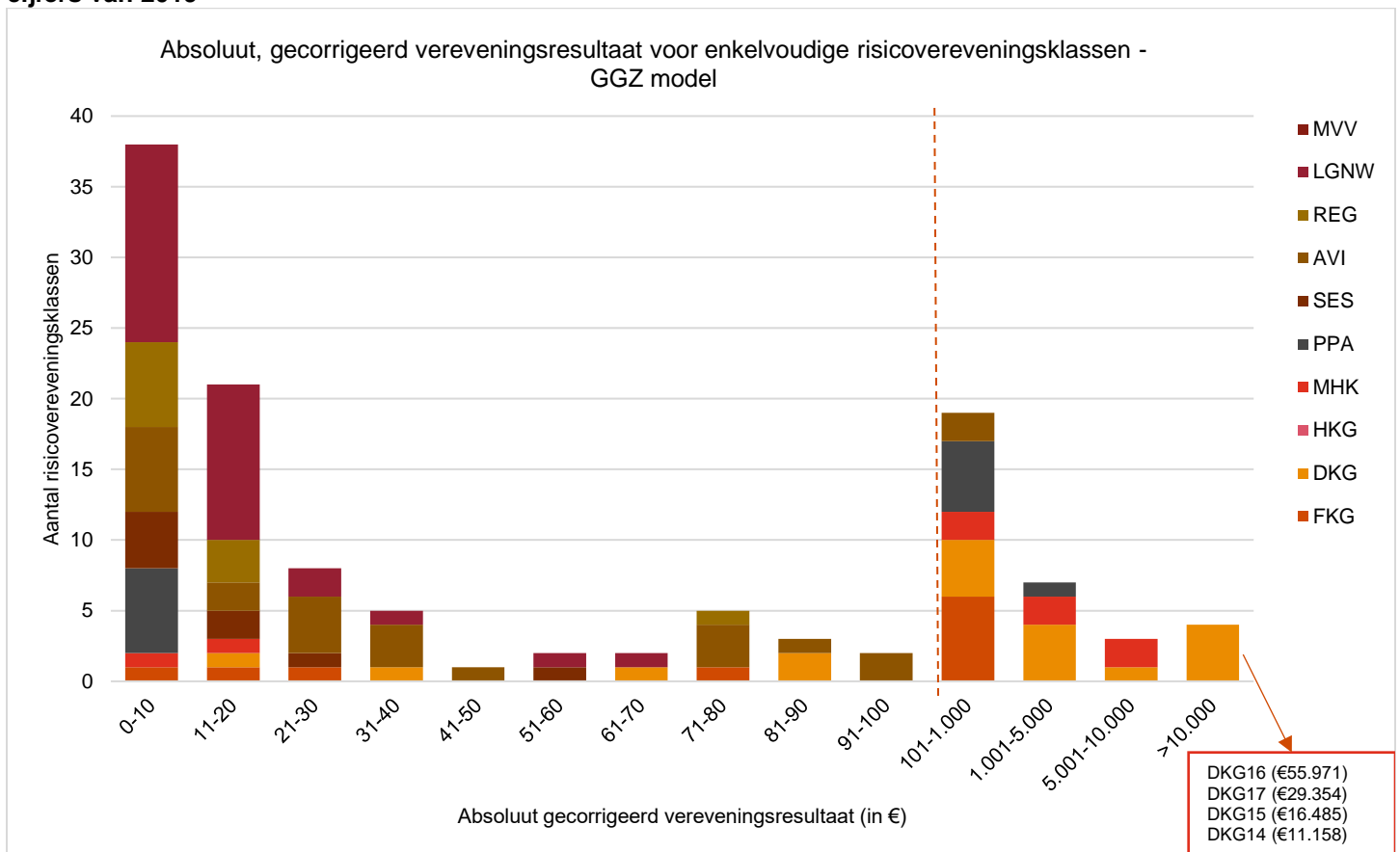
Voetnoot J-5:

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

J.2. GGZ model

Figuur J-2 presenteert de enkelvoudige risicoklassen uit het GGZ-model 2019 met een gecorrigeerd vereveningsresultaat van het ex-ante model voor de somatische kosten van 2019, bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2019. Het bredere beeld van het ex-ante model voor de GGZ-kosten van 2019, bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2019, laat zien dat 14 van de 120 risicoklassen een absoluut gecorrigeerd vereveningsresultaat van meer dan € 1.000 per verzekerde. De overige 106 risicoklassen hebben een absoluut gecorrigeerd vereveningsresultaat onder deze grens van € 1.000 per verzekerde, waarvan 87 risicoklassen een absoluut gecorrigeerd vereveningsresultaat hebben van minder dan € 100 per verzekerde. Inzoomend op de fractie die boven de grens van € 1.000 per verzekerde zit, constateren wij dat de een significant deel van deze risicoklassen afkomstig zijn van het vereveningskenmerk DKG-GGZ (9 van deze 14 risicoklassen). Tabel J-1 geeft meer zicht in het gecorrigeerd vereveningsresultaat van deze 14 risicoklassen.

Figuur J-2. Enkelvoudige risicoklassen in het GGZ-model 2019 uitgesplitst naar het gecorrigeerde vereveningsresultaat van het ex-ante model per verzekerde bij de definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2019



Tabel J-6 presenteert de enkelvoudige risicoklassen uit het GGZ-model 2019 met een (ongecorrigeerd) vereveningsresultaat buiten de gekozen grenzen (positief of negatief) van € 1.000 per verzekerde of met een macro-omvang groter dan € 100 miljoen van het ex-ante model voor de GGZ-kosten van 2019, bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2019.

Tabel J-6. Enkelvoudige risicoklassen in het somatische model 2019 met een vereveningsresultaat buiten een (positief of negatief) van € 1.000 per verzekerde of met een macro-omvang groter dan € 100 miljoen bij de definitieve vaststelling

Enkelvoudige risicoklassen		Aantal, in % ^a	Gemiddelde kosten, in €	Gemiddeld vereveningsresultaat, in € (% t.o.v. gem. kosten) ^b	Normbedrag ex-ante vaststelling	Macro-omvang vereveningsresultaat, in € in mln.	Gemiddeld resultaat na correctie, in € ^c
Buiten een drempel van € -200 of 200 per verzekerde							
DKG-GGZ	DKG-GGZ 16	0,005	74.078	55.972 (76%)	119.884	35,3	56.284
	DKG-GGZ 17	0,003	40.776	29.354 (72%)	61.143	12,5	29.523
	DKG-GGZ 15	0,01	42.300	16.485 (39%)	49.229	21,1	16.626
	DKG-GGZ 14	0,01	48.509	11.015 (23%)	51.078	13,3	11.158
MHK	MHK 7	0,01	42.621	7.219 (17%)	28.724	7,6	7.339
DKG-GGZ	DKG-GGZ 13	0,01	41.209	6.077 (15%)	37.385	9,9	6.191
MHK	MHK 5	0,09	26.199	5.678 (22%)	11.725	67,2	5.754
DKG-GGZ	DKG-GGZ 10	0,05	22.756	2.459 (11%)	18.008	16,2	2.520
PPA	PPA 5	0,04	6.069	2.171 (36%)	650	10,7	2.190
MHK	MHK 6	0,02	25.133	2.110 (8%)	13.683	6,9	2.175
DKG-GGZ	DKG-GGZ 7	0,1	10.409	1.511(15%)	8.574	22,2	1.540
	DKG-GGZ 11	0,01	28.153	1.254 (4%)	20.246	1,3	1.325
MHK	MHK 4	0,16	12.227	1.158 (9%)	4.962	25,9	1.190
DKG-GGZ	DKG-GGZ 9	0,06	15.306	1.028 (7%)	10.773	8,2	1.068
Boven een drempel van €100 mln. op macroniveau							
DKG-GGZ	DKG-GGZ 0	96,07	€117	€-13 (-11%)	€-110	€-165,5	€-12
MHK	MHK 0	90,32	€84	€-9 (-11%)	€-65	€-112,1	€-9
REG	REG 1	10,06	€507	€78 (15%)	€90	€108,5	€80
PPA	PPA 11	65,15	€263	€-12 (-5%)	€-12	€-103,1	€-11

Voetnoot Tabel J-6:

- Omvang in verzekerdenjaren, uitgedrukt in het percentage van de totale Zvw-bevolking 18+.
- Voor alle 120 risicoklassen tezamen geldt een gemiddeld vereveningsresultaat van € -1 per verzekerde 18+.
- Het 'resultaat na correctie' is het vereveningsresultaat na correctie van de vereveningsbijdrage voor het macrovereveningsresultaat (Bijlage J), en daarmee komt het gemiddeld vereveningsresultaat voor alle risicoklassen tezamen na correctie uit op € 0 per verzekerde 18+.

Het absolute, gecorrigeerde vereveningsresultaten op verzekerdeniveau voor het risicovereveningsmodel van 2019

In lijn met de resultaten van Figuur J-2 hebben 14 kenmerken een absoluut gecorrigeerd vereveningsresultaat van meer dan € 1.000 per verzekerde. 9 van de 14 risicoklassen die een absoluut gecorrigeerd vereveningsresultaat van meer dan € 1.000 per verzekerde hebben, zijn risicoklassen van de vereveningskenmerken DKG-GGZ. Hoofdstuk 7.1.1. gaat specifiek in op de enkelvoudige risicoklassen die een absoluut gecorrigeerd vereveningsresultaat heeft van meer dan € 10.000 per verzekerde.

DKG-GGZ

In het GGZ-model valt het absolute gecorrigeerde vereveningsresultaat van meer dan € 1.000 per verzekerde bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2019 ten opzichte van 2018 voor DKG-GGZ op dat er schommelingen zijn in de risicoklassen over de jaren. Deze zijn te zien in Tabel J-7.

DKG-GGZ heeft de grootste verandering heeft ondergaan in 2019 ten opzichte van 2018. Deze verandering betreft een doorontwikkeling van de klassen 14 t/m 17 op de normbedragen en verevenende werking (WOR 862). Dit heeft geleid tot aanpassing in de indeling van verzekerden. Daarnaast geldt voor dit vereveningskenmerk klassieke criteriumneutraliteit, evenals in 2018.

Tabel J-7. Enkelvoudige risicoklassen van DKG-GGZ in het somatische model 2016 - 2019 met een vereveningsresultaat buiten een (positief of negatief) van € 1.000 per verzekerde bij de definitieve vaststelling Gemiddeld vereveningsresultaat na correctie, in €

	2016	2017	2018	2019
DKG-GGZ 4		1.160		
DKG-GGZ 5	-3.006			
DKG-GGZ 6			1.088	
DKG-GGZ 7			213	1.540
DKG-GGZ 8			1.260	
DKG-GGZ 9			1.392	1.068
DKG-GGZ 10			1.475	2.520
DKG-GGZ 11			-2.014	1.325
DKG-GGZ 12			-5.129	
DKG-GGZ 13			-674	6.191
DKG-GGZ 14			-1.073	11.158
DKG-GGZ 15			11.524	16.626
DKG-GGZ 16			5.542	56.284
DKG-GGZ 17			20.364	29.523

Het absolute, ongecorrigeerde vereveningsresultaat op macroniveau voor het risicovereveningsmodel van 2019

Het aantal risicoklassen boven de grenswaarde van € 100 miljoen op macroniveau komt in 2019 overeen met 2018. Het vereveningsresultaat voor de afslagklassen van DKG-GGZ en MHK hebben een hoog vereveningsresultaat op macroniveau, vanwege de grote omvang in prevalenties van deze afslagklassen. Vorig jaar is dit geconstateerd voor de afslagklasse van FKG (Monitor 2018) en de jaren daarvoor enkel voor SES 1 (Monitor 2017). Opvallend is dat in 2016 aanzienlijk meer risicoklassen de grenswaarde overschreden (Monitor 2016). Dit betrof destijds ook met name de afslagklassen van MHK, PPA, FKG en DKG-GGZ. De oorzaak hiervoor is gelegen in de hoogte van het macrovereveningsresultaat en de zeer grote omvang van het aantal verzekerden in de afslagklasse. Hierdoor wordt de grenswaarde van € 100 miljoen relatief snel bereikt.

In 2019 vallen specifiek ook de risicoklassen Regio 1 en PPA 11 op. Regio 1 overschreed in 2018 ook de grenswaarde. Ondanks de relatief kleine omvang van deze risicoklasse in vergelijking met afslagklassen of PPA 11, overstijgt het gemiddelde vereveningsresultaat van deze risicoklassen de gekozen grenswaarde op macroniveau. (afslag)klassen die boven de gekozen grenswaarde op macroniveau uitkomen.

Tabel J-8 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat van elke risicoklasse van het ex-ante model voor de GGZ-kosten van 2019, bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2019.

Tabel J-8. Gemiddeld vereveningsresultaat voor het ex-ante model voor GGZ-kosten voor 2019

	Risicoklasse	Resultaat		Risicoklasse	Resultaat		Risicoklasse	Resultaat
Leeftijd/geslacht	M, 18-24	-8	DKG ^a	Geen DKG	-13	SES	Zeer laag, 18-64	21
	M, 25-29	2		DKG 1	-36		Zeer laag 65+	55
	M, 30-34	14		DKG 2	66		Laag, 18-64	-15
	M, 35-39	3		DKG 3	-89		Laag, 65+	-7
	M, 40-44	13		DKG 4	75		Midden, 18-64	-17
	M, 45-49	1		DKG 5	-171		Midden, 65+	-8
	M, 50-54	20		DKG 6	205		Hoog, 18-64	-1
	M, 55-59	11		DKG 7	1.511		Hoog, 65+	0
	M, 60-64	14		DKG 8	-210		IVA, 18-34	-44
	M, 65-69	9		DKG 9	1.028		IVA, 35-44	-99
	M, 70-74	7		DKG 10	2.459		IVA, 45-54	80
	M, 75-79	8		DKG 11	1.254		IVA, 55-64	74
	M, 80-84	6		DKG 12	132		AO, 18-34	188
	M, 85-89	15		DKG 13	6.077		AO, 35-44	185
	M, 90+	26		DKG 14	11.015		AO, 45-54	73
	V, 18-24	-65		DKG 15	16.485		AO, 55-64	28
	V, 25-29	-36		DKG 16	55.972		Bijstand, 18-34	-43
	V, 30-34	-21	DKG 17	29.354	Bijstand, 35-44	46		
	V, 35-39	-11	Geen FKG	-3	Bijstand, 45-54	90		
	V, 40-44	-13	FKG 1 (ADHD)	68	Bijstand, 55-64	75		
	V, 45-49	2	FKG 2 (Verslaving)	279	Student	-26		
	V, 50-54	-3	FKG 3 (Angststoornissen)	90	Zelfstandig, 18-34	-26		
	V, 55-59	1	FKG 4 (Chron.stem.)	15	Zelfstandig, 35-44	-6		
	V, 60-64	17	FKG 5 (Bipol.reg.)	-148	Zelfstandig, 45-54	9		
	V, 65-69	-3	FKG 6 (bipol.complex)	132	Zelfstandig, 55-64	6		
	V, 70-74	3	FKG 7 (Psychose)	-40	Hoogopgeleiden, 18-34	-34		
	V, 75-79	16	FKG 8 (Chron.stem.complex)	817	Hoogopgeleiden, 35-44	-18		
	V, 80-84	11	FKG 9 (Psychose depot)	869	Referentie, 18-34	-27		
	V, 85-89	27	Blijvend ihh. 18-64	721	Referentie, 35-44	-16		
	V, 90+	56	Blijvend ihh. 65-79	583	Referentie, 45-54	-8		
	Geen MHK	-9	Blijvend ihh. 80+	166	Referentie, 55-64	2		
	MHK 1	-23	Instromend ihh.18-64	2171	Regio 1	78		
	MHK 2	143	Instromend ihh.65-79	619	Regio 2	-10		
MHK 3	215	Instromend ihh. 80+	150	Regio 3	-8			
MHK 4	1158	Eenpersoons hh.18-64	5	Regio 4	-15			
MHK 5	5678	Eenpersoons hh 65-79	-1	Regio 5	-15			
MHK 6	2110	Eenpersoons hh. 80+	0	Regio 6	-12			
MHK 7	7219	Overig 18-64	-12	Regio 7	-8			

Risicoklasse	Resultaat	Risicoklasse	Resultaat	Risicoklasse	Resultaat
		Overig 64-79	-5	Regio 8	-8
		Overig 80+	-4	Regio 9	-7
				Regio 10	-3

Voetnoot J-8:

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

Tabel J-9 presenteert het gemiddelde vereveningsresultaat van elke risicoklasse van het ex-ante model voor de GGZ-kosten van 2019, bij definitieve vaststelling op de gerealiseerde cijfers van 2019. Hierbij is gecorrigeerd voor het macrovereveningsresultaat.

Tabel J-9. Gemiddeld vereveningsresultaat voor het ex-ante model voor GGZ-kosten voor 2019, na correctie(s) voor het macrovereveningsresultaat

Risicoklasse	C1 ^b	C2 ^c	Risicoklasse	C1	C2	Risicoklasse	C1	C2
M, 18-24	-7	-7	Geen DKG	-12	-12	Zeer laag, 18-64	23	23
M, 25-29	3	3	DKG 1	-32	-31	Zeer laag 65+	56	57
M, 30-34	15	16	DKG 2	70	71	Laag, 18-64	-15	-14
M, 35-39	3	4	DKG 3	-83	-82	Laag, 65+	-7	-7
M, 40-44	13	14	DKG 4	91	91	Midden, 18-64	-16	-15
M, 45-49	2	3	DKG 5	-154	-154	Midden, 65+	-8	-7
M, 50-54	21	21	DKG 6	223	224	Hoog, 18-64	0	0
M, 55-59	12	13	DKG 7	1540	1540	Hoog, 65+	0	1
M, 60-64	14	15	DKG 8	-170	-170	65+	10	10
M, 65-69	9	10	DKG 9	1068	1068	IVA, 18-34	-37	-37
M, 70-74	8	8	DKG 10	2520	2521	IVA, 35-44	-94	-93
M, 75-79	8	9	DKG 11	1325	1326	IVA, 45-54	83	83
M, 80-84	6	7	DKG 12	234	234	IVA, 55-64	76	76
M, 85-89	15	16	DKG 13	6191	6192	AO, 18-34	194	195
M, 90+	27	27	DKG 14	11158	11158	AO, 35-44	191	192
V, 18-24	-64	-63	DKG 15	16626	16627	AO, 45-54	77	77
V, 25-29	-35	-34	DKG 16	56284	56285	AO, 55-64	30	31
V, 30-34	-20	-19	DKG 17	29523	29523	Bijstand, 18-34	-38	-37
V, 35-39	-10	-9	Geen FKG	-3	-2	Bijstand, 35-44	49	50
V, 40-44	-12	-12	FKG 1 (ADHD)	73	73	Bijstand, 45-54	93	94
V, 45-49	3	4	FKG 2 (Verslaving)	292	293	Bijstand, 55-64	77	77
V, 50-54	-2	-1	FKG 3 (Angststoornissen)	102	103	Student	-25	-25
V, 55-59	2	3	FKG 4 (Chron.stem.)	18	19	Zelfstandig, 18-34	-26	-26
V, 60-64	18	19	FKG 5 (Bipol.reg.)	-142	-141	Zelfstandig, 35-44	-5	-5
V, 65-69	-2	-2	FKG 6 (bipol.complex)	146	147	Zelfstandig, 45-54	9	10
V, 70-74	3	4	FKG 7 (Psychose)	-25	-25	Zelfstandig, 55-64	6	7
V, 75-79	17	17	FKG (Chron.stem.complex) ⁸	838	838	Hoogopgeleiden, 18-34	-34	-33
V, 80-84	11	12	FKG 9 (Psychose depot)	903	903	Hoogopgeleiden, 35-44	-18	-17
V, 85-89	28	28	Blijvend ihh. 18-64	724	725	Referentie, 18-34	-26	-26
V, 90+	56	57	Blijvend ihh. 65-79	585	586	Referentie, 35-44	-15	-14
Geen MHK	-9	-8	Blijvend ihh. 80+	166	167	Referentie, 45-54	-7	-7
MHK 1	-20	-19	Instromend ihh.18-64	2190	2191	Referentie, 55-64	2	3

Risicoklasse	C1 ^b	C2 ^c	Risicoklasse	C1	C2	Risicoklasse	C1	C2		
MHK	MHK 2	154	155	Instromend ihh.65-79	625	626	Regio	Regio 1	80	81
	MHK 3	234	235	Instromend ihh. 80+	152	152		Regio 2	-9	-9
	MHK 4	1190	1191	Eenpersoons hh.18-64	6	7		Regio 3	-7	-7
	MHK 5	5754	5755	Eenpersoons hh 65-79	0	0		Regio 4	-15	-14
	MHK 6	2175	2176	Eenpersoons hh. 80+	0	1		Regio 5	-14	-14
	MHK 7	7339	7340	Overig 18-64	-11	-10		Regio 6	-11	-10
				Overig 64-79	-5	-4		Regio 7	-7	-7
				Overig 80+	-4	-4		Regio 8	-7	-7
								Regio 9	-7	-6
								Regio 10	-2	-2

Voetnoot Tabel J-9:

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

K. Afkortingenlijst

Afkorting	Betekenis
AO	Arbeidsongeschikt
AVI	Aard van Inkomen (vereveningskenmerk)
BSN	Burgerservicenummer
CPM	Cummings' Prediction Measure (evaluatiemaatstaf)
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DDD	Defined Daily Doses (DDD)
pDKG	Primaire Diagnosekostengroep (vereveningskenmerk)
sDKG	Secundaire Diagnosekostengroep (vereveningskenmerk)
GGG	Geriatrische revalidatie Groep Gebruikers (vereveningskenmerk)
DKG GGZ	Diagnosekostengroep psychische aandoeningen (vereveningskenmerk)
DV	Definitieve Vaststelling
DV voor FB	Definitieve Vaststelling voor Flankerend Beleid
DV na BB	Definitieve Vaststelling na Bandbreedteregeling
DV na FB	Definitieve Vaststelling na Flankerend Beleid
Ex-ante	Ex-ante Vaststelling
FB	Flankerend beleid
FKG	Farmaciekostengroep (vereveningskenmerk)
GAV	Gesommeerde Absolute Verschillen (evaluatiemaatstaf)
GGAV	Gemiddelde Gewogen Absolute Verschillen (evaluatiemaatstaf)
GGARV	Gewogen Gemiddelde Absolute Vereveningsresultaat Verschuiving (evaluatiemaatstaf)
gGGZ	Geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg
GRZ	Geriatrische Revalidatie Zorg
GSM	Generieke Somatische Morbiditeit (vereveningskenmerk)
HKG	Hulpmiddelenkostengroep (vereveningskenmerk)
KPV-bestand	Kosten- Per -Verzekerde -bestand
IGGZ	Langdurige Geestelijke Gezondheidszorg
MHK	Meerjarige hoge kosten (vereveningskenmerk)
MHK-GGZ	GGZ Meerjarige hoge kosten (vereveningskenmerk)
MPB	Macroprestatiebedrag
MSZ	Medisch-specialistische zorg
MVV	Meerjarige kosten verpleging en verzorging (vereveningskenmerk)
OT	Overall Toets
PPA	Personen Per Adres (vereveningskenmerk)

Afkorting	Betekenis
PwC	PriceWaterhouseCoopers
R²	R-kwadraat (evaluatiemaatstaf)
RBRV-bestand	Vereveningskenmerken-per-verzekerde bestand
RV	Risicovereveningssysteem
SES	Sociaaleconomische status (vereveningskenmerk)
V&V	Verpleging en Verzorging
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WOR	Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening
ZIN	Zorginstituut Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZVZi	Zorgvraagzwaarte-indicator (vereveningskenmerk)

L. Begrippenlijst

Acceptatieplicht

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

Add-on

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

BASIC

Databestand met zorgkosten en kenmerken van Zvw-verzekerden.

(Partiële) Criteriumneutraliteit

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

Definitieve vaststelling

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

Diagnose Behandel Combinaties (DBC's)

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

Ex-ante vaststelling (bijdrage)

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

Ex post bijdrage

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

Ex post maatregelen

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

Ex post (verevening)

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

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

In het Regeerakkoord "Bruggen slaan" uit 2012 is opgenomen dat zorgverzekeraars per 2017 volledig risicodragend worden voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet. Per 2017 zijn daarom alle ex post compensaties afgeschaft. Dit moet

bijdragen aan het beheersbaar houden van de zorguitgaven door de doelmatigheidsprikkel voor zorgverzekeraars te versterken. N.B. enige mate van ex post compensatie is in 2020 geïntroduceerd voor de GGZ-kosten.

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

Flankerend beleid

Flankerend beleid is een maatregel om een gelijk speelveld tussen zorgverzekeraars te behouden bij een overschrijding dan wel overschrijding van het MPB. Flankerend beleid herverdeelt het macrovereveningsresultaat evenredig over alle zorgverzekeraars op basis van een vast bedrag per premiebetaler. Dit gebeurt nadat het macrovereveningsresultaat eerst proportioneel is gecorrigeerd op de vereveningsbijdrage van iedere individuele zorgverzekeraar. Flankerend beleid wordt uitgevoerd op de afzonderlijke deelbedragen voor de somatische en GGZ-kosten. Op het verplicht eigen risico is geen flankerend beleid van toepassing.

Forfaitaire groep/niet-forfaitaire groep

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

Gemiddelde vereveningsresultaat

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

gGGZ-kosten

Dit zijn de zorgkosten van geneeskundige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van 18+. Dit gaat per 2015 om de generalistische basis ggz en gespecialiseerde ggz. Per 2018 is het gGGZ-model samengevoegd met het IGGZ-model tot één GGZ-model.

IGGZ-kosten

Dit zijn de zorgkosten van langdurige geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van 18+. Dit deelbedrag is per 2016 geïntroduceerd en kent dezelfde negen vereveningskenmerken als het model voor de gGGZ aangevuld met een kenmerk op basis van gebruik van intramuraal (I)GGZ in het voorgaande jaar.

Klasse criteriumneutraliteit

Afwijkingen tussen de voorspelde en gerealiseerde verzekerdenaantallen (prevalenties) voor een risicoklasse binnen een vereveningskenmerk leiden tot verandering in de macrobijdrage, via dit vereveningskenmerk tussen de ex-ante en definitieve vaststelling. Dit leidt daarmee tot onzekerheid bij zorgverzekeraars over hun uiteindelijke bijdrage. Klasse criteriumneutraliteit zorgt ervoor dat dit effect op macroniveau wordt geneutraliseerd. Door aanpassing van het normbedrag van de risicoklassen, dusdanig dat de definitieve verzekerdenaantallen keer het nieuwe normbedrag in definitieve vaststelling exact gelijk is aan het aantal verzekerden keer het initiële normbedrag in de ex-ante vaststelling³⁰.

Klassieke criteriumneutraliteit

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

Macrona calculatie

Dit is een maatregel waarbij achteraf een overschrijding 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.

³⁰ <https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/publicaties/brochure/2016/03/31/het-risicovereveningssysteem-van-de-zorgverzekeringwet>
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2012/10/29/regeerakkoord>

Macroprestatiebedrag (MPB)

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

Medisch-specialistische zorg (MSZ)

Hieronder vallen alle kosten voor de ziekenhuiszorg.

Nacalculatie

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

Normbedrag(en)

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

Overall Toets (OT)

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

Overige prestaties

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

Prevalenties

Dit staat voor het aantal verzekerdenjaren uitgedrukt per 1000.

QZ-informatie

Declaratiegegevens MSZ conform datastandaardisatie Vektis.

Reikwijdte (van het vereveningsresultaat)

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

Risicoklassen

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

Risicoselectie

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

Risicovereveningsmodel/Ex-ante risicovereveningsmodel

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

Risicovereveningssysteem

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

Somatische kosten

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

Spreiding (van het vereveningsresultaat)

De spreiding in het vereveningsresultaat is de gewogen standaarddeviatie.

Spreidingsreductie

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

Variabele zorgkosten

Dit zijn alle somatische zorgkosten met uitzondering van de GGZ-kosten niet behorende tot de vaste kosten. De variabele kosten omvatten o.a. de kosten voor medisch specialistische zorg, plus de kosten voor ambulancevervoer, huisartsenzorg, paramedische zorg, farmacie, hulpmiddelen, verloskundezorg, kraamzorg, tandartsenzorg, en diagnostiek (de voormalige overige prestaties) en verpleging en verzorging.

Vaste kosten

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

Verbod op premiedifferentiatie

Zorgverzekeraars dienen iedere verzekerde een dezelfde premie te vragen voor dezelfde 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

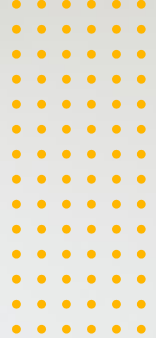
Het vereveningsresultaat is het verschil tussen de bijdrage en de zorgkosten. Een positief vereveningsresultaat betekent dat de bijdrage hoger is dan de zorgkosten. Een negatief vereveningsresultaat betekent dat de bijdrage lager is dan de zorgkosten.

Verplicht eigen risico

Het verplicht eigen risico is het bedrag aan zorgkosten wat de verzekerde zelf moet betalen. In 2019 bedraagt dit € 385. Dit betekent dat de verzekerde de eerste € 385 aan zorgkosten die hij/zij maakt zelf moet betalen. Zorgverzekeraars innen deze bedragen direct van de verzekerden.

M. Referenties

- Monitor 2014. Monitor Risicoverevening 2014. Toetsing van de werking van het risicovereveningssysteem en representativiteit van de beslisinformatie. Publicatiedatum: 11 juni 2019. PwC, Amsterdam.
- Monitor 2015. Monitor Risicoverevening 2015. Toetsing van de werking van het risicovereveningssysteem en representativiteit van de beslisinformatie. Publicatiedatum: 11 september 2020. PwC, Amsterdam.
- Monitor 2016. Monitor Risicoverevening 2016. Toetsing van de werking van het risicovereveningssysteem en representativiteit van de beslisinformatie. Publicatiedatum: 31 augustus 2021. PwC, Amsterdam.
- Monitor 2017. Monitor Risicoverevening 2017. Toetsing van de werking van het risicovereveningssysteem en representativiteit van de beslisinformatie. Publicatiedatum: 29 juni 2022. PwC, Amsterdam.
- Monitor 2018. Monitor Risicoverevening 2018. Toetsing van de werking van het risicovereveningssysteem en representativiteit van de beslisinformatie. Publicatiedatum: 1 juni 2023. PwC, Amsterdam.
- Regeling risicoverevening 2019. Ministerie van VWS, 2018. Publicatiedatum: 28 september 2018. Staatscourant 2018, nr. 54447.
- WOR 874. D. Cattel, F. Eijkenaar, R.C. van Kleef, R.C.J.A. van Vliet en A.A. Withagen-Koster (2017). Onderzoek risicoverevening 2018: Gegevensfase. Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.
- WOR 875. D. Cattel, F. Eijkenaar, R.C. van Kleef, R.C.J.A. van Vliet en A.A. Withagen-Koster (2017). Onderzoek risicoverevening 2018: Overall Toets. Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.
- WOR 876. D. Cattel, F. Eijkenaar, R.C. van Kleef, R.C.J.A. van Vliet en A.A. Withagen-Koster (2017). Onderzoek risicoverevening 2018: Berekening normbedragen. Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management Gezondheidszorg, Rotterdam.
- WOR 871. Toetsingskader 2017. Ministerie van VWS, cluster risicoverevening (2017).
- WOR 928. D. Cattel, F. Eijkenaar, R.C. van Kleef, R.C.J.A. van Vliet en A.A. Withagen-Koster (2018). Onderzoek risicoverevening 2019: Gegevensfase. Erasmus Universiteit Rotterdam, Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM).
- WOR 929. D. Cattel, F. Eijkenaar, R.C. van Kleef, R.C.J.A. van Vliet en A.A. Withagen-Koster (2018). Onderzoek risicoverevening 2019: Overall Toets. Erasmus Universiteit Rotterdam, Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM).
- WOR 930 D. Cattel, F. Eijkenaar, R.C. van Kleef, R.C.J.A. van Vliet en A.A. Withagen-Koster (2018). Onderzoek risicoverevening 2019: Berekening Normbedragen. Erasmus Universiteit Rotterdam, Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM).



Bedankt

