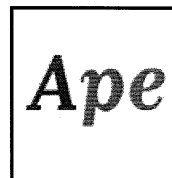


WOR 626



Berekening normbedragen risicovereveningsmodel 2013

Normbedragen voor de somatische zorg
en de geneeskundige GGZ

R.C.J.A. van Vliet
M.M. van Asselt
G.J. Mazzola
R. Goudriaan
T.P. Everhardt

Onderzoek voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in
het kader van de Werkgroep Onderzoek Risicoverevening (WOR)

© Aarts De Jong Wilms Goudriaan Public Economics bv (APE)

Den Haag, september 2012

*Berekening normbedragen risicovereveningsmodel 2013: Normbedragen
voor de somatische zorg en de geneeskundige GGZ*

R.C.J.A. van Vliet, M.M. van Asselt, G.J. Mazzola, R. Goudriaan en
T.P. Everhardt

Ape rapport nr. 972d

© 2012 **Aarts De Jong Wilms Goudriaan Public Economics** bv (APE)

Website: www.ape.nl

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door druk, fotokopie of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

INHOUD

VOORAF	3
DEEL I: BEREKENING NORMBEDRAGEN 2013 VOOR DE SOMATISCHE ZORG EN HET VERPLICHT EIGEN RISICO	5
1 INLEIDING	5
2 GEBRUIKTE GEGEVENS	9
2.1 Verschillen 2010-data ten opzichte van 2009-data	9
2.2 Beschikbare gegevens	9
2.3 Selecties	11
3 BEWERKING VAN DE KOSTEN	15
3.1 Bewerkingen van BASIC 2010	15
3.2 Overige bewerkingen van de kosten	16
3.3 Kosten van ziekenhuiszorg	19
4 BEPALING VAN VEREVENINGSKENMERKEN	23
4.1 Leeftijd en geslacht	23
4.2 Farmaciekostengroepen (FKG's)	23
4.3 Diagnosekostengroepen (DKG's)	26
4.4 Aard van het inkomen (AVI)	30
4.5 Regio	31
4.6 Sociaal-economische status (SES)	32
4.7 Meerjarig hoge kosten (MHK)	33
5 HERWEGING EN SCHALING	39
5.1 Inleiding	39
5.2 Herweging naar CVZ-verzekerdenraming 2013	40
5.3 Schaling naar MacroPrestatieBedragen 2013	43
5.4 Samenhang MHK, FKG, DKG en leeftijd/geslacht	45
6 NORMBEDRAGEN RISICOVEREVENINGSMODELLEN SOMATISCHE ZORG	49
6.1 Structuur risicovereveningsmodel	49
6.2 Restricties op normbedragen	50
6.3 Schatting van het risicovereveningsmodel 2013	52
6.4 Normering eigen betalingen vanwege verplicht eigen risico	52

DEEL II: NORMBEDRAGEN 2013 VOOR DE GENEESKUNDIGE GGZ	57
1 INLEIDING	57
2 GEGEVENS EN BEWERKINGEN	59
2.1 Inleiding	59
2.2 Vereveningskenmerken	59
2.3 Kostengegevens en analysebestand 2010	61
3 HERWEGING, SCHALING EN HKV-POOL	65
3.1 Inleiding	65
3.2 Herweging naar de CVZ-verzekerdenraming 2013	66
3.3 Schaling naar het MacroPrestatieBedrag 2013	68
3.4 HKV-Pool	68
4 NORMBEDRAGEN GENEESKUNDIGE GGZ 2013	71
4.1 Inleiding	71
4.2 Restricties, schattingsmethode en HKV-correctie	71
4.3 Normbedragen voor verzekerden tot en met 17 jaar	73
DEEL III: NORMBEDRAGEN 2013	75
BIJLAGE 1, BEHORENDE BIJ ARTIKELEN 5 EN 10, EERSTE LID VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2013 (VEREVENINGSMODEL SOMATISCHE ZORG)	77
BIJLAGE 2, BEHORENDE BIJ ARTIKEL 5 EN, WAT BETREFT TABEL B2.1, BIJ ARTIKEL 10, TWEDE LID VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2013 (EX-ANTE VEREVENINGSMODEL GENEESKUNDIGE GGZ)	83
BIJLAGE 3, BEHORENDE BIJ ARTIKEL 10, TWEDE LID VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2013 (EX-POST VEREVENINGSMODEL GGZ; ALLEEN VOLWASSENEN)	88
BIJLAGE 4, BEHORENDE BIJ ARTIKELEN 8, TWEDE LID, EN 21, TWEDE LID VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2013 (NORMATIEVE MODEL VOOR EIGEN BETALINGEN T.G.V. HET VERPLICHT EIGEN RISICO; ALLEEN VOLWASSENEN ZONDER FKG/DKG/MHK)	93
LITERATUUR	95

VOORAF

Evenals voorgaande jaren is gekozen voor een afzonderlijke, zelfstandig leesbare rapportage over de berekening van de normbedragen 2013 voor het risicovereveningsmodel van de Zorgverzekeringswet. De onderliggende onderzoeksresultaten zijn gebundeld in de afzonderlijke publicaties *Overall toets risicovereveningsmodel geneeskundige GGZ 2013: Eindrapportage* (WOR 624) en *Overall toets risicovereveningsmodel somatische zorg 2013: Eindrapportage* (WOR 625).

De voorliggende rapportage beschrijft de berekening van de normbedragen voor het risicovereveningsmodel 2013. De rapportage bevat achtereenvolgens een toelichting op de uiteindelijk berekende normbedragen voor:

- het risicovereveningsmodel voor de somatische zorg (deel I);
- het normatieve model voor de eigen betalingen ten gevolge van het verplicht eigen risico (deel I, paragraaf 6.4);
- het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ (deel II).

Deel III bevat de bijlagen met alle berekende normbedragen. De nummering van de bijlagen en de daarin weergegeven tabellen corresponderen in principe met de bijlagen die behoren bij de Regeling Risicoverevening 2013.

Onze dank gaat uit naar de leden van de Werkgroep Beleid Risicoverevening (WBR) en de Werkgroep Onderzoek Risicoverevening (WOR) voor hun commentaar op de onderliggende rapportages en onderzoeksresultaten (in het bijzonder WBR 408/A, WBR 409, WOR 624 en WOR 625).

DEEL I: BEREKENING NORMBEDRAGEN 2013 VOOR DE SOMATISCHE ZORG EN HET VERPLICHT EIGEN RISICO

1 INLEIDING

Deze deelrapportage beschrijft de berekening van de normbedragen voor het risicovereveningsmodel 2013 voor de somatische zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet (Zvw) inclusief de normering van de eigen betalingen vanwege het verplicht eigen risico. In dit deel is vooral gebruikgemaakt van de bevindingen en uitkomsten van WOR 615 (het Herijkings- en stabiliteitsonderzoek van het somatische model 2012) en WOR 625 (de Overall Toets van het risicovereveningsmodel somatische zorg 2013), alsmede van de besluiten over de vormgeving van het model die mede op basis daarvan in de geëigende gremia zijn genomen. Daarnaast zijn de kosten in het analysebestand – van 2010 – aangepast aan de meest recente informatie over de dekking van het Zvw-basispakket per 2013 en over de toewijzing van zorgcomponenten aan deelprestaties per 2013.

Uitgangspunt van de berekeningen vormen de databestanden met verzekerden- en schade-informatie op individuniveau over 2010 die alle 26 zorgverzekeraars en 14 van de 15 volmachten hebben aangeleverd aan Vektis in het kader van het onderzoek voor de WOR. Deze bestanden zijn – na eerste controle, correctie en ophoging vanwege balansposten – vervolgens doorgeleverd aan de onderzoeksbureaus. Aan deze bestanden hebben wij informatie gekoppeld over de opsplitsing van ziekenhuiskosten, over farmaciekostengroepen (FKG's), diagnosekostengroepen (DKG's), meerjarig hoge kosten (MHK), aard van het inkomen (AVI), sociaal-economische status (SES) en het regiocriterium voor de somatische zorg, alsmede gegevens over de geneeskundige GGZ en over geriatrische revalidatiezorg (de twee laatstgenoemd gegevensbronnen zijn nodig in verband met het normatieve model voor de eigen betalingen vanwege verplicht eigen risico). Het geheel van deze gegevens, kortweg aangeduid met 'het WOR-bestand 2010', is in drie stappen geschikt gemaakt voor berekening van de normbedragen van het risicovereveningsmodel 2013 voor de somatische zorg:

1. Er zijn eerst nog diverse correcties, bewerkingen en aanvullingen aangebracht.
2. Daarna is het resulterende databestand herwogen naar de verzekerdenraming van het CVZ voor 2013.

3. Vervolgens zijn in het databestand van stap (2) de kosten voor 14 zorgcomponenten afzonderlijk geschaald naar het (verwachte) niveau van 2013. Dit is gebeurd door de gewogen gemiddelden van deze kosten over 2010 uit stap (2) te vergelijken met de overeenkomstige gemiddelden van de MacroPrestatieBedragen (MPB) voor 2013, vastgesteld door het ministerie van VWS.

Een afzonderlijk onderdeel van deze deelrapportage betreft de normering van de eigen betalingen als gevolg van het verplicht eigen risico voor volwassenen (ouder dan 17 jaar), ook wel aangeduid met 'eigenrisicomodel'.

Bij vergelijking van de hier gepresenteerde normbedragen voor het risico-vereveningsmodel 2013 met de vorig najaar berekende normbedragen voor het model 2012 (WOR 581), dient men met een aantal wijzigingen rekening te houden. De belangrijkste daarvan zijn:

1. Wijzigingen in het model:
 - a. de nee-ja-ja-groep binnen het MHK-vereveningskenmerk is beperkt tot verzekerden die in t-1 en t-2 met hun kosten tot de top-10% hebben behoord (in plaats van de top-15%);
 - b. de DKG's zijn uitgebreid met enerzijds vier nieuwe diagnosegroepen – de bouwstenen van DKG's – en anderzijds met de diagnosen van niet-klinische behandelingen (exclusief 'Lichte behandeling op de polikliniek'). Na clustering van de diagnosegroepen stijgt het aantal DKG's van 13 naar 15 (plus nog één voor degenen zonder DKG);
 - c. de FKG voor reuma met TNF-alfa-remmers is geschrapt, waardoor het aantal FKG's daalt van 25 naar 24 (plus nog één voor degenen zonder FKG);
 - d. de 10 regioclusters voor de somatische zorg zijn – zoals gebruikelijk – opnieuw samengesteld;
 - e. het verplicht eigen risico is voor 2013 opgetrokken van 220 naar 350 euro, wat consequenties heeft voor het eigenrisicomodel;
 - f. het eigenrisicomodel is per 2013 alleen van toepassing op volwassenen met FKG = DKG = MHK = 0 (dat was: FKG = 0);
 - g. voor de groep volwassenen met FKG ≠ DKG ≠ MHK ≠ 0 geldt een forfaitair bedrag, gelijk aan de gemiddelde eigen betaling in deze groep (dat was: het eigenrisicobedrag, dus 220 euro in 2012).
2. Wijzigingen in de kosten (alle genoemde bedragen zijn op kosten/prijsniveau van 2010 en gelden voor het onderzoeksbestand, opgehoogd naar de Zvw-populatie in Nederland, medio 2010):
 - a. de vergoeding voor dieetadvisering is uitgebreid naar maximaal 3 uur (macro –4 miljoen euro ten opzichte van de maximaal 4 uur in

- het datajaar 2010; merk op dat dieetadvisering per 2012 geheel was geschrapt uit het Zvw-pakket);
- b. eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen zijn geschrapt (macro -11 miljoen euro);
 - c. de vergoeding van IVF- en andere vruchtbaarheidsbehandelingen (IUI en ICSI) is geschrapt voor vrouwen van 43 jaar en ouder (in het onderzoeksbestand is hiervan 1 miljoen euro op individuniveau verwerkt);
 - d. de kosten van dure oncolytica en groeihormonen zijn overgeheveld van farmacie naar de vaste respectievelijk variabele kosten (macro gaat dit om 109 en 56 miljoen euro);
 - e. de kosten van intensive care (IC) zijn verschoven van de vaste naar de variabele kosten (macro 933 miljoen euro).
3. Wijzigingen in de onderzoeksdata:
- a. de dekkingsgraad is gestegen van 93,8 naar 98,5% van de in Nederland woonachtige Zvw-populatie doordat nu alle verzekeraars en op één na alle volmachten in de analyses kunnen meedoen;
 - b. de ziekenhuiskosten zijn modelmatig gesplitst voor een klein deel van de volmachtverzekerden plus een groep nuljarigen (vorig jaar was dit niet aan de orde; macro gaat het nu om 138 miljoen euro, of wel minder dan 1% van de ziekenhuiskosten);
 - c. simulatie van het MHK-vereveningskenmerk was nu niet nodig (in de Overall Toets 2012 is simulatie toegepast voor 6% van de verzekerden in verband met – deels – onbekende kostenhistories).

Voor het overige zijn de kostendefinities en vereveningskenmerken van het somatische risicovereveningsmodel 2013 gelijk aan die van 2012.

Bij vergelijking met de uitkomsten voor de uitgangsvariant van het risicovereveningsmodel 2013 in WOR 625 (deel I, hoofdstuk 4) dient men verder op het volgende bedacht te zijn:

1. In de voorliggende rapportage zijn de meeste uitkomsten verkregen na gedetailleerde herweging van het analysebestand van 2010 naar de CVZ-verzekerdenraming van 2013 [in WOR 625 is per leeftijd x geslacht x postcode (vier cijfers) herwogen naar de Nederlandse Zvw-populatie van medio 2010], en na schaling van de kosten naar het MPB van 2013 (de resultaten in WOR 625 zijn op het kostenniveau van 2010).
2. Het regiocriterium is opnieuw vastgesteld: in deel I van WOR 625 betrof het nog de clustering van het risicovereveningsmodel 2012, gebaseerd op 2009-data; nu is de clustering van deel II van WOR 625 gebruikt, gebaseerd op 2010-data bij toepassing van het model 2013.

3. De kosten van epilepsieklinieken waren in WOR 625 nog voor 75%/25% verdeeld over de variabele en vaste kosten. Inmiddels heeft het ministerie van VWS besloten dat epilepsie voor 100% als 'variabel' dient te worden aangemerkt.

Daarnaast geldt specifiek voor het eigenrisicomodel ook nog dat geriatrische revalidatiezorg vanaf 2013 meetelt voor het volmaken van het verplicht eigen risico. Dit heeft te maken met de overheveling van deze zorg van de AWBZ naar de Zvw per 2013. In WOR 625 (deel I, hoofdstuk 5) is het eigenrisicomodel doorgerekend zonder geriatrische revalidatiezorg. (Deze overheveling heeft geen gevolgen voor het reguliere vereveningsmodel voor de somatische zorg omdat de betreffende kosten in 2013 nog voor 100% als 'vast' worden aangemerkt.)

Het vervolg van deze deelrapportage beschrijft eerst kort welke selecties, correcties en aanvullingen wij op de oorspronkelijke, door diverse organisaties aangeleverde databestanden hebben toegepast (hoofdstuk 2). Dan komen de bewerking van kosten (hoofdstuk 3) en van vereveningskenmerken (hoofdstuk 4) aan bod, waarna in hoofdstuk 5 een beschrijving volgt van de herweging naar de verzekerdenraming van 2013 en de schaling naar het MPB van 2013. De deelrapportage besluit met een toelichting op de uiteindelijk berekende normbedragen, zowel die voor het risico-vereveningsmodel zelf als die voor het eigenrisicomodel (hoofdstuk 6). De berekende normbedragen zijn weergegeven in de bijlagen (deel III).

Merk op dat de teksten van hoofdstukken 2, 3 en 4 ten dele overlappen met WOR 615 en WOR 625; dit is met opzet gedaan zodat de voorliggende deelrapportage in principe het *gehele* traject beschrijft waarlangs we vanuit de aangeleverde gegevensbestanden zijn gekomen tot het uiteindelijke analysebestand waarop de normbedragen voor 2013 van het vereveningsmodel voor de somatische zorg en van het eigenrisicomodel zijn berekend.

2 GEBRUIKTE GEGEVENS

2.1 Verschillen 2010-data ten opzichte van 2009-data

Najaar 2011 is het risicovereveningsmodel somatische zorg 2012 geschat op het WOR-bestand 2009. Het WOR-bestand 2010, waarop we nu de analyses voor het risicovereveningsmodel somatische zorg 2013 hebben uitgevoerd, bevat op twee punten duidelijke verbeteringen:

1. Doordat nu van alle verzekeraars en van op één na alle volmachten adequate gegevens beschikbaar zijn, is de dekkinggraad ten opzichte van vorig jaar gestegen van 93,8 naar 98,5% van alle in Nederland woonachtige Zvw-verzekerden.
2. De simulatie van het MHK-vereveningskenmerk die in de Overall Toets 2012 voor 6% van de verzekerden moest worden uitgevoerd in verband met – deels – ontbrekende kostenhistories, is nu niet nodig geweest.

Daar staat tegenover dat de kosten van ziekenhuiszorg voor een klein deel van de volmachtverzekerden plus een groep nuljarigen modelmatig diende te worden gesplitst in de vier samenstellende componenten. In de Overall Toets 2012 was dit niet aan de orde. Macro gaat het nu om 138 miljoen euro, of wel minder dan 1% van alle ziekenhuiskosten. Het effect van de hiermee geïntroduceerde onnauwkeurigheid zal dan ook marginaal zijn.

Geconcludeerd kan worden dat de data van 2010, na alle selecties, correcties en bewerkingen die in het vervolg worden beschreven, (weer) wat betrouwbaarder zijn dan die van een jaar eerder. Vooral het feit dat nu vrijwel alle volmachtverzekerden in de analyses kunnen meelopen is van belang, omdat dit een heel specifieke groep van in het algemeen jonge en gezonde verzekerden betreft. Datzelfde geldt ook voor de laatste (ex-particuliere) verzekeraar die vorig jaar nog afviel vanwege ontbrekende kostenhistories waardoor het MHK-vereveningskenmerk niet goed te definiëren was, en die nu ook in de analyses meedoet.

2.2 Beschikbare gegevens

In de loop van dit jaar hebben wij ruim 100 databestanden ontvangen - waar nodig gepseudonimiseerd door de ZorgTTP - van Vektis, het UWV,

het CVZ en de Belastingdienst. Deze zijn gebruikt voor de opbouw van het analysebestand. Het betreft globaal de volgende data:

1. Verzekerden- en schadegegevens op transactiebasis over 2010 uit BASIC (het registratiesysteem van Vektis voor de Zvw) van bijna alle circa 16,5 miljoen Zvw-verzekerden (zeven kaskwartalen Zvw, schades door Vektis opgehoogd voor uitloop schade conform de opgave van verzekeraars). De hier gebruikte variabelen uit het BASIC-bestand van 2010 zijn: leeftijd (op 30 juni 2010),¹ geslacht, viercijferige postcode, inschrijfduur in 2010 (aantal dagen), en schades op transactiebasis (onderscheiden naar negen zorgcomponenten).
2. Een databestand met een opsplitsing van de kosten van ziekenhuiszorg in een vast en een variabel deel, en in kosten van het vrije segment en eerstelijnsdiagnostiek (definitie 2013) voor de circa 9,5 miljoen Zvw-verzekerden die in een ziekenhuis zijn behandeld in 2010. Vektis heeft dit bestand gecreëerd uit IZIZ, het registratiesysteem met informatie over alle behandelingen in Nederlandse ziekenhuizen. De schades betreffen acht kaskwartalen en zijn door Vektis opgehoogd voor balansposten. Bij de indeling naar vast – variabel – vrije segment – eerstelijnsdiagnostiek heeft Vektis ernaar gestreefd het *structurele* kostenpatroon van 2013 te construeren (zie WOR 617 voor een toelichting).
3. FKG's op basis van farmacierecepten in 2009 voor alle Zvw-verzekerden, uitgaande van het referentiebestand met ATC-codes en DDD-waarden van het risicovereveningsmodel 2013. Dit bestand met FKG's is aangeleverd door het CVZ.
4. Twee gegevensbestanden met informatie over DBC's afkomstig van ziekenhuisbehandelingen in 2009 ten behoeve van de definitie van DKG's. Vektis heeft de DBC-prestatielcodes van 2009 in deze bestanden geconverteerd naar DOT-zorgproducten van 2012.
5. Informatie van het UWV over arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en mensen in loondienst in 2010, met peildatum 30 juni, aangeleverd via het CVZ.
6. Informatie van de Belastingdienst over zelfstandigen in 2010, aangeleverd via het CVZ.
7. Inkomensgegevens over 2010, 2009 en 2008 van de Belastingdienst, inclusief een gepseudonimiseerde versie van het woonadres (6-posities postcode plus huisnummer plus eventuele toevoeging) ten behoeve van de definitie van SES.

¹ De leeftijd van kinderen geboren in de tweede helft van 2010 is op 0 gezet.

In alle genoemde databestanden is tevens het (unieke) BSN-pseudoniem van elke verzekerde opgenomen, waardoor koppeling van de databestanden op individuniveau mogelijk is.²

Daarnaast zijn de volgende databestanden gebruikt:

8. Een databestand met de kosten in 2010 voor de geneeskundige GGZ van ongeveer 0,9 miljoen volwassen verzekerden, verzameld in het kader van het GGZ-onderzoek (WOR 624) en met het BSN-pseudoniem als identificatievariabele. Deze kostengegevens zijn nodig in verband met het normatieve model voor de eigen betalingen ten gevolge van het verplicht eigen risico, waar de geneeskundige GGZ ook onder valt.
9. Een databestand met kostengegevens over geriatrische revalidatiezorg in 2010, gecreëerd door APE op basis van cijfers van het CAK. Deze kosten vallen per 2013 onder het verplicht eigen risico en zijn derhalve betrokken bij de schatting van het eigenrisicomodel.
10. Een spreadsheet met postcodes en regioclusters voor het risicovereveningsmodel somatische zorg 2013, gebaseerd op de analyses in deel II van WOR 625.
11. Een databestand waarin voor elke postcode de RAV-regio is aangegeven (RAV = Regionale Ambulance Voorziening). Met dit van ZN verkregen bestand kon een regiospecifieke correctie van de kosten voor ziekenvervoer worden uitgevoerd in verband met de FLO (functioneel leeftijdsontslag). Op macroniveau is hiermee ongeveer 43 miljoen euro overgeheveld van overige prestaties naar de vaste zorgkosten.
12. Een spreadsheet met de verzekerdenraming voor 2013 opgesteld door het CVZ en bestaande uit zes tabellen met uitsplitsingen naar leeftijd/geslacht van elk van de andere (zes) vereveningskenmerken. Met deze spreadsheet hebben we het analysebestand via herweging representatief gemaakt voor de – verwachte – samenstelling van de Zvw-populatie per medio 2013 (zie paragraaf 5.2).
13. Ten slotte nog een spreadsheet met de verzekerdenraming voor 2013 afzonderlijk voor volwassenen met FKG = DKG = MHK = 0; dit, voor de schatting van het eigenrisicomodel (zie paragraaf 6.4).

2.3 Selecties

In de loop van 2012 hebben wij vanuit het BASIC-informatiesysteem van Vektis afzonderlijke databestanden ontvangen met verzekerden- en schadegegevens over 2010 voor alle 26 zorgverzekeraars plus op één na alle

² Het BSN-pseudoniem betreft een door de ZorgTTP bepaalde, gepseudonimiseerde versie van het BurgerServiceNummer (BSN).

15 volmachten. De 26 zorgverzekeraars zijn precies de risicodragers die CVZ onderscheidt in het kader van de risicoverevening in 2012.

Het volledige BASIC-bestand van 2010 bevat circa 16,8 miljoen records, goed voor 16,3 miljoen verzekerdenjaren.³ Om diverse redenen blijven echter ongeveer 335.000 records buiten beschouwing, die niet geschikt zijn voor de analyses (zie tabel 2.1). Het gaat hierbij om:

1. records met een onbekend BSN-pseudoniem dan wel een BSN dat de ZorgTTP niet kon pseudonimiseren (bijna 3.200);
2. afgekeurde records vanwege extreem hoge kosten, extreem negatieve kosten of problemen met de verzekerdenkenmerken (ruim 6.000);
3. records van Zvw-verzekerden die woonachtig zijn in het buitenland (dan is de regioclustering niet te koppelen, zijn FKG's en DKG's veelal onbekend, is de SES niet vast te stellen en komen de gemiddelde ziektekosten onwaarschijnlijk laag uit; ruim 235.000);
4. door ons afgekeurde records die betrekking hebben op alleenwonende kinderen (jonger dan 15 jaar) of ziekenhuiskosten beneden de -50 euro (ongeveer 800 respectievelijk 400);
5. ongeveer 88.000 records waarvoor geen SES-informatie was te achterhalen.

Tabel 2.1: Selectie van records uit BASIC 2010 die geschikt zijn voor de analyses

Selectievolgorde	# records verwijderd	# records overgebleven
BASIC 2010		16.761.989 ^a
1 Onbekend of ongeldig BSN	3.198	16.758.791
2 Door Vektis afgekeurde records ^b	6.468	16.752.323
3 Zvw-verzekerden woonachtig in buitenland	235.859	16.516.464
4 Door ons afgekeurde records	1.257	16.515.207
5 Geen SES-informatie beschikbaar	88.327	16.426.880

a Na de in de tekst beschreven samenvoeging van (een deel van de) records van verzekerden die twee of meer keer in de originele databestanden van BASIC 2010 voorkomen.

b Inclusief records met kosten (per deelprestatie) onder -50 euro.

³ Aantal verzekerdenjaren = het aantal verzekerden (dat ten minste één dag van het betreffende kalenderjaar staat ingeschreven bij een verzekeraar) gewogen met de inschrijfduur in dagen (dus maximaal 365 dagen in 2010). Waar in het vervolg van deze rapportage de term 'verzekerden' valt, zal het steeds gaan om 'verzekerdenjaren', tenzij expliciet anders wordt aangegeven.

Voor de uiteindelijke analyses op de 2010-data blijven zodoende ruim 16,4 miljoen records over, die samen ongeveer 16,1 miljoen verzekerdenjaren vertegenwoordigen. Dit betekent een dekkingsgraad 98,5% (uitgaande van de in Nederland woonachtige Zvw-verzekerden); dit is duidelijk boven de 93,8% voor 2009 en de 93,9% voor 2008. De hogere dekkingsgraad ten opzichte van 2009 komt doordat één extra verzekeraar bij de analyses kan worden betrokken plus ruim 650.000 volmachtverzekerden. Merk op dat er – uiteraard – overlap bestaat tussen selectiecategorieën (1) tot en met (5). Zo is van relatief veel verzekerden woonachtig in het buitenland het BSN onbekend, evenals de postcode en de SES. De in tabel 2.1 genoemde aantallen hebben betrekking op de aangegeven volgorde waarin de selecties zijn toegepast.

Een belangrijk voordeel van het gebruik van het BSN-pseudoniem is dat het in principe unieke identificatie op individuniveau mogelijk maakt. Dat vereenvoudigt onder meer de koppeling van databestanden aanzienlijk zonder de privacybescherming geweld aan te doen. Bijna 90.000 BSN-pseudoniemen blijken echter twee keer of zelfs vaker in het BASIC-bestand van 2010 voor te komen (in BASIC 2009 waren dat er ook ongeveer 90.000). Dit betreft verzekerden die in de loop van het jaar toch nog – ondanks de vaste, jaarlijkse overstapperiode – naar een andere verzekeraar switchen of verzekerden die wel bij dezelfde verzekeraar blijven maar van wie het (administratieve) verzekerdennummer – dat de verzekeraars intern hanteren – om wat voor reden dan ook, is omgezet.⁴

Voor de meerderheid van eerstgenoemde groep bleek de som van de inschrijfduren bij de verschillende verzekeraars boven de 365 dagen uit te komen. Conform de procedure bij de uitvoering van de risicoverevening door CVZ zijn de inschrijfduren van de verzekerden in kwestie naar rato verlaagd zodanig dat de som op 365 dagen uitkwam. Dit reduceert het aantal verzekerdenjaren in BASIC 2010 met bijna 9.000 (ter vergelijking: in BASIC 2009 was dit ruim 9.000).

Voor de meervoudig voorkomende verzekerden bij dezelfde verzekeraar zou deze procedure ook kunnen worden toegepast, doch vanwege mogelijke koppelingsproblemen (one-to-many, many-to-one en many-to-many koppelingen die kunnen leiden tot schijnbaar onverklaarbare toename van de aantallen records in te analyseren databestanden) zijn de betreffende records samengenomen, en de kosten per deelprestatie bij elkaar opgeteld evenals de inschrijfduren (met maximale inschrijfduur van 365 dagen, ui-

⁴ Bij ongeveer een kwart van de genoemde 90.000 gaat het om verzekerden die in de loop van 2010 18 jaar zijn geworden.

tergaard). Het samenvoegen van deze records reduceert het totaal aantal records met ruim 12.000 (in BASIC 2009 betrof dit eveneens ruim 12.000 records).

3 BEWERKING VAN DE KOSTEN

3.1 Bewerkingen van BASIC 2010

Het risicovereveningsmodel 2013 voor de somatische zorg maakt onderscheid tussen enerzijds de kosten van overige prestaties en anderzijds de variabele kosten van medisch-specialistische zorg (voorheen: ziekenhuiszorg-variabel en vrije segment).⁵ Voor de berekeningen in deze rapportage zijn de overige prestaties verder opgesplitst in de volgende deelprestaties (of wel: zorgcomponenten):

1. ziekenvervoer (in BASIC 2010 nog verder opgesplitst in liggend- en zittend ziekenvervoer);
2. huisartsenzorg (in BASIC opgesplitst in: inschrijftarief, consulten en overig);
3. paramedische zorg (in BASIC: fysiotherapie en overig paramedisch);
4. farmaceutische zorg;
5. verloskunde;
6. kraamzorg;
7. hulpmiddelen;
8. tandheelkundige zorg;
9. eerstelijnsdiagnostiek (per 2012; informatie afkomstig uit IZiZ en dus in eerste instantie onderdeel uitmakend van ziekenhuiskosten).

Daarnaast bevat het BASIC-bestand 2010 drie extra schadevariabelen: 'kosten buitenland', 'kosten eerstelijnssteuning' en 'overige onbekende kosten'.

Mede naar aanleiding van diverse controles en in overleg met Vektis en het ministerie van VWS, hebben wij de volgende bijstellingen van kosten uitgevoerd in het door Vektis aangeleverde BASIC-bestand 2010:⁶

⁵ Daarnaast is sprake van de vaste zorgkosten, waarvoor echter 100% nacalculatie geldt. Daarom blijven deze kosten hier buiten beschouwing, behalve bij het normatieve model voor de eigen betalingen ten gevolge van het verplicht eigen risico.

⁶ De opslagen op de inschrijftarieven voor huisartsen in achterstandswijken zijn niet bijgesteld ondanks de wijzigingen per 01-01-2013 van de set van postcodegebieden die tot deze wijken worden gerekend. De benodigde informatie was helaas niet op tijd gereed. In het verleden is echter gebleken dat de consequenties van dit soort wijzigingen beperkt zijn. Zo werd voor huisartsenzorg in de 2008-data (macro) 1,1 miljoen euro extra toegewezen aan sommige wijken terwijl andere wijken met (macro) 0,7 miljoen euro werden gekort.

- De kosten buitenland van één verzekeraar zijn met ruim 50% verlaagd ter correctie van de extreem grote balanspost die daarin was verwerkt (eenzelfde correctie is in de Overall Toets 2012 voor deze verzekeraar toegepast, om dezelfde reden).
- Bij één verzekeraar zijn de negatieve kosten voor paramedische zorg van 1.800 verzekerden op 0 gesteld, omdat bij navraag bleek dat bij dieetadvisering kosten met een wettelijk eigen risico ten onrechte in BASIC als creditpost waren opgenomen. Dit betekende tegelijk dat 1.200 records extra bij de analyse betrokken konden worden omdat de betreffende verzekerden oorspronkelijk kosten voor paramedische zorg van minder dan -50 euro hadden en daarom door Vektis waren afgekeurd.
- De 'overige kosten van huisartsenzorg' van alle verzekeraars zijn naar beneden bijgesteld ter correctie van te grote ophoogfactoren die Vektis in de vanuit BASIC aangeleverde data bleek te hebben verwerkt (macro gaat dit om bijna 9 miljoen euro).
- Voor de verzekerden van één volmacht zijn de kosten van tandheelkundige zorg op individuniveau gesimuleerd omdat deze kosten voor elke verzekerde in BASIC 2010 afwezig waren, terwijl wel de macrokosten bekend waren (ruim 1 miljoen euro).
- De extra macrokosten van ruim 23 miljoen euro voor eerstelijns ondersteuning (CVZ-rubriek 730), die Vektis in een afzonderlijk spreadsheet heeft aangeleverd, zijn per verzekeraar hoofdelijk omgeslagen en in het BASIC-bestand opgeteld bij de variabele 'kosten van eerstelijns ondersteuning'. (Circa 1,5 miljoen euro was al op individuniveau geregistreerd in BASIC.)
- Van de 245 miljoen euro aan macrokosten voor de post 'overige kosten' (CVZ-rubriek 700) uit hetzelfde spreadsheet was ruim 235 miljoen al in BASIC 2010 aanwezig. De resterende 10 miljoen hebben wij per verzekeraar naar rato verdeeld op basis van de totale kosten van elke verzekerde (en vervolgens opgeteld bij de BASIC-variabele 'overige onbekende kosten').
- De 282 miljoen euro aan macrokosten voor de post 'grensoverschrijdende zorg' uit het spreadsheet was al volledig in BASIC 2010 aanwezig, in de variabele 'kosten buitenland' (die uiteindelijk is opgeteld bij ziekenhuiszorg).

3.2 Overige bewerkingen van de kosten

Op het hiervoor beschreven databestand dienden nog vier sets van bewerkingen van de kosten te worden uitgevoerd voordat het risicovereven-

ningsmodel 2013 kon worden doorgekend. In de eerste plaats gaat het om:

- Verlaging van de kosten voor liggend ziekenvervoer met ongeveer 43 miljoen euro vanwege FLO (functioneel leeftijdsontslag). Regiospecifieke fracties van deze kosten zijn als vast aangemerkt, uitgaande van FLO-informatie voor elk van de 25 RAV-regio's⁷ aangeleverd door het ministerie van VWS.

Daarnaast zijn de kosten in het analysebestand aangepast vanwege de volgende pakket- en beleidsmaatregelen per 2013:

- De kosten voor paramedische zorg zijn verlaagd vanwege de beperking per 2013 van de vergoeding voor dieetadvies van maximaal 4 naar maximaal 3 uur. Vektis heeft hiervoor een extra databestand met deze kosten aangeleverd. [Merk op: voor 2012 was deze vergoeding – ter waarde van (macro) 51 miljoen euro – volledig geschrapt, en zo was dit ook verwerkt in het Herijkingsonderzoek van dit voorjaar; nu gaat het macro nog maar om 4 miljoen euro die wordt geschrapt uit het databestand van 2010].
- De kosten voor hulpmiddelen zijn verlaagd vanwege het schrappen van eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen per 2013. Deze pakketmaatregel is in het analysebestand verwerkt via leeftijd/geslachtspecifieke kortingspercentages op de kosten van hulpmiddelen, afgeleid uit het GIP (macro: 11 miljoen).
- De kosten van ziekenhuiszorg en van farmacie zijn verlaagd vanwege het schrappen van de vergoeding van IVF- en andere vruchtbaarheidsbehandelingen (IUI en ICSI) voor vrouwen van 43 jaar en ouder. Vektis heeft de betreffende ziekenhuiskosten afzonderlijk aangemerkt in het aan ons geleverde IZIZ-bestand. De farmaciekosten komen uit FIS (het Farmacie Informatiesysteem) en zijn afzonderlijk door Vektis aangeleverd (1 miljoen euro).
- De kosten van groeihormonen en dure oncolytica zijn overgeheveld van farmacie naar de variabele respectievelijk vaste kosten vanwege de betreffende beleidsmaatregelen van het ministerie van VWS. Hiervoor heeft Vektis uit FIS een extra databestand aangeleverd. Macro gaat dit om 110 respectievelijk 56 miljoen euro.⁸

⁷ Nederland is opgedeeld in 25 regio's voor – onder meer – de Regionale Ambulance Voorzieningen, afgekort RAV.

⁸ Voor wat betreft groeihormonen worden per 2013 middelen met ATC-codes H01AC01 en H01AC03 overgeheveld. Bij dure oncolytica gaat het om: L01XA01, L01XB01, L01XD04, L01XE01, L01XE02, L01XE03, L01XE04, L01XE05, L01XE06, L01XE07, L01XE08, L01XE10, L01XE11, L01XX23, L01XX25, L02BX03 en L04AX04.

- De kosten van intensive care zijn voor 100% opgeteld bij de variabele kosten van medisch-specialistische zorg. Speciaal met dit oogmerk heeft Vektis in het aangeleverde IZiZ-bestand de betreffende kosten apart gehouden (zie paragraaf 3.3). Macro gaat dit om 933 miljoen euro. Voor de risicoverevening van 2012 waren deze kosten nog voor 100% als 'vast' aangemerkt.

De volgende pakketmaatregelen per 2011 en 2012 zijn ook in het analysebestand van 2010 verwerkt [zie de rapportage van vorig jaar (WOR 581) voor de wijze waarop dit is gedaan]:

- verlaging van de kosten voor tandheelkundige zorg omdat deze zorg per 2011 voor de groep van 18- tot en met 21-jarigen bijna volledig uit het basispakket is geschrapt (op kosten/prijsniveau 2010 gaat dit macro om 117 miljoen euro);
- verlaging van de farmaciekosten omdat de anticonceptiepil per 2011 uit het basispakket is verdwenen voor vrouwen van 21 jaar en ouder (macro: 37 miljoen euro);
- verlaging van de kosten voor paramedische zorg omdat per 2012 de eerste 20 zittingen van fysiotherapie en oefentherapie voor eigen rekening van de patiënt komen (tot en met 2010 betrof dit de eerste negen zittingen; macro: 126 miljoen euro);
- verlaging van de kosten voor paramedische zorg vanwege het schrappen per 2012 van fysiotherapie voor verzekerden met hartaandoeningen en reuma [patiënten geïdentificeerd op basis van de (oude) FKG's voor deze aandoeningen; 54 miljoen euro];
- verschuiving van de (farmacie-)kosten van TNF-alfa-remmers naar de vaste zorgkosten vanwege de overheveling per 2012 naar ziekenhuiszorg (354 miljoen euro);
- verlaging van de farmaciekosten vanwege het schrappen per 2012 van de vergoeding van maagzuurremmers voor verzekerden die geen chronische aandoening hebben (71 miljoen euro).

Bovengenoemde aanpassingen leiden per saldo tot een daling met 984 miljoen euro van de kosten voor overige prestaties in het analysebestand; 421 miljoen daarvan komt door pakketmaatregelen, de rest betreft de overheveling van kosten naar de variabele (56 miljoen euro) en de vaste (507 miljoen euro) kosten. Daarnaast treedt een verschuiving van 933 miljoen euro van vast naar variabel op vanwege de overheveling van de kosten van intensive care.

Ten slotte zijn nog drie kostenvariabelen uit BASIC 2010 over de deelprestaties verdeeld:

- 'kosten buitenland' (macro ongeveer 282 miljoen euro): ervan uitgaande dat dit voor het overgrote deel om ziekenhuiskosten gaat, is deze variabele verdeeld over ziekenhuiszorg-vast, ziekenhuiszorg-variabel en het vrije segment in de (macro-) verhoudingen zoals die zich in het analysebestand voordoen: 7 : 15 : 78;
- 'overige onbekende kosten' (ongeveer 245 miljoen euro): voor 40% naar rato verdeeld over alle deelprestaties die vallen onder de overige prestaties, met uitzondering van kraamzorg, verloskunde en eerstelijnsdiagnostiek, en voor 60% over de kosten van ziekenhuiszorg, in de zojuist genoemde verhoudingen;
- 'kosten van eerstelijns ondersteuning' (ongeveer 25 miljoen euro): naar rato verdeeld over de deelprestaties die vallen onder de overige prestaties, met uitzondering van kraamzorg, verloskunde en eerstelijnsdiagnostiek.

Merk op dat de verdeling van de twee laatstgenoemde kostenvariabelen over de zorgcomponenten binnen de overige prestaties alleen van belang is voor de *schaling* naar de afzonderlijke bedragen binnen het MPB: in de normbedragen wordt met ingang van het vereveningsjaar 2012 geen onderscheid meer gemaakt binnen de overige prestaties. Dit geldt ook voor de verdeling van de 'kosten buitenland' over ziekenhuiszorg-variabel en het vrije segment.

3.3 Kosten van ziekenhuiszorg

In het analysebestand hebben de ziekenhuiskosten 2010 betrekking op acht kaskwartalen, inclusief balansposten. Macro bedraagt de balanspost nog 3%, tegenover 8% in het databestand over zeven kwartalen dat eerder in het Herijkingsonderzoek somatische zorg (WOR 615) is gebruikt. In het vanuit IZiZ aangeleverde databestand heeft Vektis de ziekenhuiskosten opgesplitst in acht componenten:

- variabele kosten (13% van alle gesplitste ziekenhuiskosten);
- vaste kosten (3%);
- kosten van het vrije segment (74%);
- kosten van eerstelijnsdiagnostiek (4%);
- kosten intensive care (5%);
- kosten hemostatica (0,8%);
- kosten epilepsieklinieken (0,1%);
- kosten long/astmaklinieken (0,1%).

De reden voor het onderscheiden van de vier laatstgenoemde kostencomponenten is dat bij aanvang van de Overall Toets 2013 nog niet vaststond aan welk van de drie eerstgenoemde componenten zij zouden worden toegewezen. Inmiddels is dat wel bekend: intensive care, hemostatica en epilepsieklinieken zijn voor 100% aan de variabele kosten toegewezen, terwijl long/astmaklinieken voor 75% bij de variabele kosten komen en voor 25% bij de vaste zorgkosten.⁹ De genoemde kostencomponenten zijn conform deze toewijzingen in het analysebestand verwerkt.

De kosten van eerstelijnsdiagnostiek bedragen ongeveer 734 miljoen euro, welke toegerekend worden aan de overige prestaties. Terwijl dus de beleidsmaatregelen van de vorige paragraaf de omvang van overige prestaties met 984 miljoen doen *dalen, stijgen* die nu weer met 734 miljoen; per saldo een daling met 250 miljoen euro.

Opgemerkt dient te worden dat bovenstaande cijfers over ziekenhuiskosten *inclusief* twee correcties zijn die wij op het vanuit IZiZ aanleverde databestand moesten uitvoeren: voor een deel van de verzekerden was een modelmatige conversie nodig – van kosten van DBC-prestaties van 2010 naar kosten van DOT-zorgproducten van 2013 –, en voor thuisbeademing bleken de kosten ruim een factor 10 te hoog te zijn.

Modelmatige splitsing was nodig voor een deel van de verzekerden van alle volmachten alsmede voor een deel van de nuljarigen van één verzekeraarsconcern vanwege de onvolledigheid van IZiZ, onder meer blijkende uit gebrekkige aansluiting van de ziekenhuiskosten in IZiZ op die in BASIC. Voor de aangegeven verzekerden van wie de geboekte kosten in IZiZ meer dan 1 euro en meer dan 1% afweken van die in BASIC, zijn de BASIC-kosten modelmatig gesplitst. Dezelfde procedure als in WOR 518 is daarbij toegepast, met dien verstande dat naast leeftijd, geslacht en postcode (gedeeld op 3-cijferniveau) nu ook rekening is gehouden met het kosten-niveau, in vijf klassen opgedeeld. Dit is gedaan voor 120.000 verzekerden en betrof, inclusief ophoging voor balansposten, 138 miljoen euro aan kosten, waarvan 40% voor de aangeduide groep van nuljarigen. In het Herijkingsonderzoek somatische zorg van dit voorjaar (WOR 615) ging dit nog om ongeveer 535 miljoen euro, waarvan 16% voor nuljarigen.

Een tweede correctie die wij op het aangeleverde IZiZ-bestand hebben uitgevoerd, betreft thuisbeademing: bij vergelijking met de eerder aange-

⁹ Merk op: voor epilepsie is dit een wijziging ten opzichte van de eerdere OT-analyses in WOR 625, waar de betreffende kosten voor 75% bij variabel zijn opgeteld en voor 25% bij vast.

leverde IZiZ-data over zeven kaskwartalen, bleken de ziekenhuiskosten voor een flinke groep verzekerden zeer aanzienlijk te zijn gestegen. Koppeling met de vereveningskenmerken en met de diagnosegroepen – de bouwstenen van de DKG's – bracht aan het licht dat dit om patiënten met thuisbeademing ging: voor hen waren de kosten met meer dan een factor 10 gestegen, van rond de 15.000 naar rond de 150.000 euro gemiddeld per verzekerde. Macro kwamen hierdoor de kosten ongeveer 150 miljoen euro te hoog uit. Voor deze groep patiënten heeft Vektis verbeterde kostencijfers aangeleverd die wij in het analysebestand 2010 hebben verwerkt.

4 BEPALING VAN VEREVENINGSKENMERKEN

4.1 Leeftijd en geslacht

Vanaf het begin van het normuitkeringenmodel voor de ziekenfondssector is leeftijd x geslacht in principe op dezelfde manier gedefinieerd: 19 x 2 vijfjaarsgroepen, met leeftijd bepaald op 31 december van het datajaar, en met een open leeftijdsklasse vanaf 90 jaar. Om verschillende redenen zijn daarin in de loop der tijd drie wijzigingen aangebracht:

- Met ingang van het risicovereveningsmodel 2009 bepalen we de leeftijd per 30 juni van het datajaar. De leeftijd van kinderen die in de tweede helft van het datajaar zijn geboren, wordt in deze systematiek op 0 gezet. Dit zorgt ervoor dat de gesommeerde *inschrijfduur* van de zo gedefinieerde groep 0-jarigen (landelijk) op ongeveer 180.000 verzekerdenjaren uitkomt; nagenoeg gelijk aan het aantal kinderen dat jaarlijks in Nederland ter wereld komt. Deze systematiek sluit daarmee precies aan bij de CBS-bevolkingscijfers, de verzekerdenraming van het CVZ en de uitvoeringspraktijk van het CVZ.
- Eveneens per 2009 zijn de leeftijdsgroepen van 15–19 en 20–24 jaar gewijzigd in 15–17 en 18–24 jaar. Dit geeft een directe aansluiting op de verzekerdenraming van het CVZ, waarin de leeftijdsgrens van 17-naar-18 jaar een belangrijke rol speelt vanwege de bepaling van het aantal premie-equivalenten (tot 18 jaar is geen nominale premie verschuldigd, daarna wel).
- Het risicovereveningsmodel voor de somatische zorg onderscheidt per 2010 aparte leeftijdsgroepen voor 0-jarigen, zodat het model nu 20x2 = 40 groepen voor leeftijd/geslacht telt. De reden om 0-jarigen te onderscheiden is het sterk afwijkende kostenpatroon van deze groep.

4.2 Farmaciekostengroepen (FKG's)

Met ingang van 2012 spelen in het risicovereveningsmodel voor de somatische zorg 25 FKG's een rol. Deze zijn afgeleid uit specifieke soorten medicijnen die verzekerden in het voorafgaande jaar voor meer dan 180 dagen hebben voorgeschreven gekregen (bij de FKG voor kanker: meer dan twee recepten). De FKG's vormen een indicator voor de aanwezigheid van chronische aandoeningen.

Tabel 4.1 presenteert de FKG-prevalenties per 1.000 verzekerdenjaren in het analysebestand van 2010, zowel volgens de definitie van 2012 als volgens die van 2013.

Tabel 4.1: Prevalenties van FKG's per 1.000 verzekerdenjaren in analysebestand 2010, volgens definities van 2012 en 2013 (N = 16,1 miljoen, herwogen naar de bevolking) ^a

FKG	Omschrijving	Prevalenties per 1.000		Verschil 2013 ^b t.o.v. 2012 (%)
		2012	2013	
0	Geen FKG	831,6	832,0	0,1
1	Glaucoom	8,2	8,2	0,0
2	Schildklierandoeningen	15,1	15,1	0,0
3	Psychose/Alzheimer/verslaving	4,8	4,8	0,0
4	Depressie	25,6	25,6	0,0
5	Neuropathische pijn	3,3	3,3	0,0
6	Hoog cholesterol	46,0	45,9	-0,2
7	Diabetes type IIb (zonder hypertensie)	6,0	6,1	1,6
8	COPD/zware astma	10,5	10,5	0,0
9	Astma	20,8	20,9	0,3
10	Diabetes type IIa (met hypertensie)	12,9	13,1	1,4
11	Epilepsie	4,7	4,7	0,0
12	Ziekte van Crohn/Colitus Ulcerosa	1,9	1,9	0,0
13	Hartaandoeningen	22,4	22,4	0,0
14	Reuma (TNF-alfa-remmers)	1,1	0,0	-100,0
15	Reuma (overige middelen)	2,7	2,9	10,8
16	Parkinson	1,3	1,3	0,0
17	Diabetes type I	12,5	12,5	0,0
18	Transplantaties	1,4	1,4	-0,1
19	Cystic fibrosis / pancreasenzymen	0,3	0,3	0,0
20	Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg	0,7	0,7	0,0
21	Kanker	1,0	1,0	0,0
22	Hormoongevoelige tumoren	3,2	3,2	0,0
23	HIV / AIDS	0,7	0,7	0,0
24	Nieraandoeningen	0,7	0,7	-0,4
25	Groeihormonen	0,2	0,2	0,0
Gesommeerd: FKG1 t/m FKG25 ^c		207,7	207,1	-0,3

a De 16,1 miljoen verzekerdenjaren in het analysebestand van 2010 zijn voor deze tabel herwogen naar de Zvw-populatie in Nederland van medio 2010. Zie paragraaf 2.3 van WOR 615 voor de toegepaste herweging.

b De verschilpercentages zijn berekend op basis van de exacte aantallen (herwogen) verzekerdenjaren. Bij gelijkheid van de kolommen voor 2012 en 2013 kunnen er daarom toch percentages ongelijk aan 0 in de verschilkolom staan.

c De onderste regel geeft de gesommeerde prevalentie per 1.000 verzekerdenjaren; daarbij zijn verzekerden met meerdere FKG's evenzo vaak meegeteld. Ook hiervoor geldt dat de sommatie is uitgevoerd op exacte aantallen (herwogen) verzekerdenjaren, waardoor de feitelijk gepresenteerde prevalenties niet precies optellen tot de cijfers op de onderste regel.

De belangrijkste wijziging betreft het vervallen van de FKG van TNF-alfa-remmers voor reuma. De reden hiervoor is de overheveling per 2012 van

de kosten van deze geneesmiddelen naar ziekenhuiszorg, waardoor geen extramurale receptgegevens meer beschikbaar zullen komen en definitie van de betreffende FKG op basis van het FIS niet meer mogelijk is. Daarmee vervalt tevens de restrictie op de FKG van overige medicijnen voor reuma, wat leidt tot een hogere prevalentie van die FKG. Bovendien stijgt de prevalentie van 'Geen FKG' omdat een deel van de gebruikers van TNF-alfa-remmers bij geen enkele andere FKG is ingedeeld.

Uit tabel 4.1 komen verder bij enkele FKG's nog kleine wijzigingen in de prevalentie naar voren, voornamelijk bij FKG7 en FKG10, voor diabetes type IIb en IIa. Dit heeft te maken met het regulier onderhoud dat CVZ uitvoert op de lijst met werkzame stoffen/ATC-codes welke leiden tot de FKG-indeling.

Op de indeling van individuele verzekerden bij de – nu resterende – 24 FKG's zijn de volgende restricties van toepassing:

- indien ingedeeld bij COPD/zware astma dan niet bij astma;
- indien ingedeeld bij psychose/Alzheimer/verslaving dan niet bij depressie;
- indien ingedeeld bij diabetes type I dan niet bij diabetes type II (met of zonder hypertensie);
- indien ingedeeld bij hartaandoeningen of bij diabetes types I/II (met of zonder hypertensie) dan niet bij hoog cholesterol.

Laatstgenoemde restrictie is gebaseerd op het uitgangspunt dat deze patiënten altijd cholesterolverlagers dienen te krijgen voorgeschreven. De opsplitsing van diabetes II vindt plaats op grond van het al dan niet voorgeschreven hebben gekregen van meer dan 180 DDD's voor hypertensie.

De onderste regel van de tabel geeft aan dat bovengenoemde wijzigingen de overall prevalentie met 0,3% doen dalen; daarbij zijn verzekerden met twee of meer FKG's evenzo vaak meegeteld. In totaal blijkt nu 16,80% van de verzekerden(jaren) bij ten minste één FKG te worden ingedeeld; dat was 16,84% (zie bovenste regel van de tabel).

Omdat de FKG's sinds 2007 meervoudig meetellen in het risicovereveningsmodel, zou een verzekerde *in theorie* bij 24 FKG's kunnen zijn ingedeeld; het werkelijke maximum in het analysebestand van 2010 bedraagt echter 8. Dit komt 1 keer voor; 7 FKG's komt bij 3 verzekerden voor. Overigens ligt het theoretisch maximum feitelijk op 19 vanwege bovengenoemde restricties en omdat 'diabetes type II met hypertensie' en 'diabetes type II zonder hypertensie' elkaar per definitie uitsluiten.

De FKG's in het analysebestand 2010 berusten op farmacierecepten van 2009 en zijn afkomstig van het CVZ, die de betreffende gegevens gebruikt voor de uitvoering van de risicoverevening. In principe geeft dit een 100% dekking van de Zvw-verzekerden woonachtig in Nederland. Het CVZ heeft de gegevens aangeleverd in de vorm van de indeling naar FKG's voor elk BSN-pseudoniem. Koppeling van de FKG's aan BASIC 2009 bracht circa 1.000 personen (= 0,04%) aan het licht zonder farmaciekosten in 2009 doch met een FKG op basis van farmacierecepten uit 2009. Gezien de geringe omvang hebben we geen correcties aangebracht voor deze kennelijke inconsistenties. (De belangrijkste verklaring zal waarschijnlijk gelegen zijn in een verschil in peildata.)

Na koppeling van het databestand met de FKG's aan het analysebestand 2010 via het BSN-pseudoniem, is 16,8% van de verzekerden bij ten minste één FKG te zijn ingedeeld. Over de verzekeraars (de 14 volmachten als afzonderlijke verzekeraars geteld) varieert dit cijfer tussen de 8% – voor een relatief jonge portefeuille – tot 24% – voor een relatief oude portefeuille. Op één na alle volmachten liggen met hun FKG-prevalenties binnen dit interval. Merk op dat het ontbreken van een succesvolle koppeling van het analysebestand van 2010 aan de FKG-gegevens gebaseerd op farmacierecepten van 2009, automatisch impliceert dat de verzekerde in kwestie bij 'Geen FKG' wordt ingedeeld.

4.3 Diagnosekostengroepen (DKG's)

Dit voorjaar is een onderzoek uitgevoerd naar de vormgeving van DKG's in het DOT-tijdperk, dat in 2012 is ingegaan (WOR 584). In dat 'Groot onderhoud DKG's' is tevens gekeken naar de gevolgen van een uitbreiding van DKG's naar diagnoses uit niet-klinische settings. Op grond van de uitkomsten van dat onderzoek, de bespreking in de WOR-vergadering van maart jl. en de daarop volgende BOR-vergadering, is besloten dat het DKG-vereveningskenmerk per 2013 uitgebreid zal worden. De nieuwe definitie verschilt op de volgende punten van die van het risicovereveningsmodel 2012:

1. er zijn vier nieuwe diagnosegroepen – de (143) bouwstenen van de DKG's – onderscheiden: hemofilie, slaapapneu, nierziekten bij kinderen, en shuntchirurgie ten behoeve van nierlijden;
2. de drie nevenverrichtingen – chemotherapie, radiotherapie en thuisbeademing – die nu nog zijn gebaseerd op combinaties van DBC-behandelcode en specialisme, worden met ingang van het risicoverevenings-

- ningsmodel van 2013 gedefinieerd op specifieke sets van DOT-zorgproductcodes;
3. het onderscheid klinisch versus niet-klinisch vervalt, zodat in principe ook poliklinisch of in dagopname gestelde diagnoses meetellen voor indeling in een DKG, behalve als het gaat om DOT-zorgproducten die betrekking hebben op 'Lichte behandeling op de polikliniek';
 4. het aantal DKG's waarin de 143 diagnosegroepen zijn geclusterd, stijgt van 13 naar 15 (plus nog één voor degenen zonder DKG).

Merk op dat er voor de diagnosegroepen die tot nu toe waren gebaseerd op combinaties van DBC-diagnosecode en specialisme in principe niets verandert, met dien verstande dat nu ook de niet-klinische behandelingen meetellen, tenzij het bijbehorende zorgproduct een 'Lichte behandeling op de polikliniek' betreft.^{10, 11}

In hoofdstuk 6 van het rapport van het Herijkingsonderzoek somatische zorg (WOR 615) is een verkennende analyse uitgevoerd van het risicovereveningsmodel 2012 met de nieuwe DKG's. De conclusie is dat doorrekening van dit model op de 2010-data stabiele uitkomsten geeft ten opzichte van de 2009-data. Wel bleek een – beperkt – negatief normbedrag te resulteren van de FKG voor hormoongevoelige tumoren. Bij bespreking van de rapportage in de WOR-vergadering van juni jl. (WOR 611) is besloten om niet voor deze anomalie te corrigeren. Overigens blijkt uit de normbedragen van het risicovereveningsmodel 2013 (zie Bijlage) dat dit probleem zich niet meer voordoet nadat is herwogen naar de verzekeringen van 2013 en geschaald naar het MPB van 2013.

Voor het onderhavige onderzoek heeft Vektis twee databestanden geleverd met informatie van alle behandelingen in Nederlandse ziekenhuizen in 2009. Het eerste databestand met ongeveer 15 miljoen records bevatte onder meer gegevens over DBC-diagnosecode en behandelend specialisme. In het tweede databestand heeft Vektis voor deze 15 miljoen records een vertaalslag gemaakt naar DOT-zorgproductcodes, gebruikmakend van een conversietabel opgesteld door DBC-onderhoud. Dit leverde een databestand op met ruim 90 miljoen records, omdat elke DBC via de zogenaamde trajectaandelen is omgezet naar – gemiddeld – zes zorgpro-

¹⁰ Uitzondering hierop vormen hemofilie, (thuis)dialyse, predialyse/ acuut nierfalen en shuntchirurgie ten behoeve van nierlijden: daarbij telt ook de 'Lichte behandeling op de polikliniek' mee.

¹¹ De spreadsheet "Samenstelling DKG's 2013.xls" bevat de informatie – afkomstig uit het 'Groot onderhoud DKG's' (WOR 584) – die nodig is om uitgaande van DBC-diagnosecode, behandelend specialisme en DOT-zorgproductcode eerst de diagnosegroep af te leiden en vervolgens de DKG.

ducten. Vervolgens hebben wij voor elk van de oorspronkelijke 15 miljoen records een zorgproduct uitgekozen, met in beginsel de trajectaandelen als trekkingskansen (zie WOR 584 voor details). Op deze manier ontstond een databestand met daarin naast informatie over de DBC-diagnose en het behandeld specialisme ook een DOT-zorgproductcode. Hieruit zijn de nieuwe diagnosegroepen afgeleid en daaruit de 15 nieuwe DKG's. Vervolgens is voor verzekerden die bij meer DKG's waren ingedeeld het maximum genomen.

Voor zeven volmachten bleek de prevalentie van de nieuwe DKG's zeer gering te zijn. De oorzaak is dat deze volmachten geen (bruikbare) DBC-informatie hebben aangeleverd voor het IZiZ-bestand 2009. Het gaat om ongeveer 450.000 verzekerden. Omdat voor deze verzekerden verder wel alle informatie beschikbaar is over kosten en vereveningskenmerken, is een simulatie toegepast. Van de 16,0 miljoen verzekerden in het analysebestand voor wie de DKG-indeling – gebaseerd op DBC's van 2009 – wél correct kon worden vastgesteld, is de relatieve DKG-prevalentie berekend voor subgroepen gedefinieerd door alle vereveningskenmerken van het huidige vereveningsmodel (in gecondenseerde vorm) gecombineerd met een indeling van ziekenhuiskosten van het jaar 2009 in zeven klassen. Deze 9-dimensionale tabel, die ruim 25.000 niet-lege cellen bleek te bevatten, is gekoppeld aan de 450.000 betrokken volmachtverzekerden en vervolgens is voor elke volmachtverzekerde een random trekking gedaan met trekkingskansen gelijk aan de gekoppelde relatieve DKG-prevalenties.

Voor nierdialyse (de oude DKG13) was simulatie niet nodig omdat deze DKG één op één is overgegaan naar DKG14. Simulatie van de nieuwe DKG15, voor hemofiliepatiënten, bleek aanvankelijk lastig: in eerste instantie kwamen de kosten in 2010 van de ruim 30 volmachtverzekerden die als zodanig werden aangewezen, 75% lager uit ten opzichte van niet-gesimuleerde hemofiliepatiënten. Om deze reden hebben we het IZiZ-bestand over acht kaskwartalen (zie paragraaf 3.3) gebruikt om DKG15 voor deze verzekerden te definiëren. In dit databestand heeft Vektis namelijk de kosten van hemostatica in 2010 afzonderlijk gedefinieerd. Aan de hand daarvan konden binnen de groep van 450.000 volmachtverzekerden ruim 30 gebruikers van hemostatica worden geïdentificeerd, met kosten in 2010 die goed overeenkomen met die van niet-gesimuleerde hemofiliepatiënten.

Het uiteindelijke DKG-bestand, geheel gebaseerd op informatie over ziekenhuisbehandelingen in 2009, bevatte ruim 1,4 miljoen unieke BSN-pseudoniemen. Dit is ruim drie keer zoveel als vorig jaar. Dat komt door-

dat niet-klinische diagnoses nu ook meetellen – met één uitzondering – en doordat vier nieuwe diagnosegroepen worden onderscheiden.

Ongeveer 4,7% van de verzekerden in de DKG-data van 2009 bleek niet te koppelen aan het analysebestand van 2010. Dat is veel minder dan de 10 tot 15% die we in voorgaande jaren zagen. Belangrijkste reden is dat de groep DKG-verzekerden nu gemiddeld genomen minder ernstige gezondheidsproblemen heeft waardoor de kans op overlijden is gedaald, en daarmee is de kans op koppeling van 2009 met 2010 gestegen. Merk op dat het ontbreken van een succesvolle koppeling van het analysebestand 2010 met de DKG-data gebaseerd op ziekenhuisinformatie van 2009, automatisch impliceert dat de verzekerde in kwestie in DKG0 terechtkomt.

Tabel 4.2: Prevalenties per 1.000 verzekerdenjaren van nieuwe DKG's in analysebestand 2010 (N = 16,1 miljoen, herwogen naar de bevolking) ^a

DKG	Omschrijving ^b	Zonder simulatie	Met simulatie
0	Geen DKG	920,46	919,11
1	Diversen	6,04	6,16
2	Diversen	13,26	13,49
3	Diversen	9,10	9,28
4	Diversen (w.o. slaapapneu)	15,68	15,97
5	Diversen	10,50	10,66
6	Diversen (w.o. radiotherapie)	11,16	11,32
7	Diversen	5,04	5,11
8	Diversen	1,10	1,11
9	Diversen (w.o. nierziekten bij kinderen)	2,66	2,70
10	Diversen (w.o. chemotherapie)	3,15	3,20
11	Diversen	0,36	0,36
12	Diversen	0,60	0,61
13	Diversen [w.o. thuisbeademing; shuntchirurgie t.b.v. nierlijden]]	0,40	0,40
14	Nierdialyse	0,39	0,39
15	Hemofilie	0,10	0,10
Totaal	- - -	1.000	1.000

a De 16,1 miljoen verzekerdenjaren in het analysebestand van 2010 zijn voor deze tabel herwogen naar de Zvw-populatie in Nederland van medio 2010. Zie paragraaf 2.3 van WOR 615 voor de toegepaste herweging.

b De meeste DKG's betreffen clusters van medisch gezien ongerelateerde diagnosegroepen. De plaatsing van de nevenverrichtingen en de nieuw gedefinieerde diagnosegroepen staat tussen haakjes aangegeven. DKG15 bevat uitsluitend de nieuwe diagnosegroep voor hemofilie en DKG14 de – oude – diagnosegroep voor nierdialyse.

In het analysebestand 2010 blijken ongeveer 81 verzekerden(jaren) per 1.000 te zijn ingedeeld bij een DKG (zie tabel 4.2). Dit cijfer varieert van 32 voor een relatief jonge portefeuille tot 120 per 1.000 voor een relatief

oude portefeuille. Hierbij zijn de portefeuilles van de 14 volmachten afzonderlijk meegeteld. De cijfers van tabel 4.2 laten zien dat de simulatie leidt tot een kleine stijging van het percentage verzekerden ingedeeld bij DKG>0; om precies te zijn: +0,2%. In aantallen gemeten gaat dit om ongeveer 22.000 verzekerdenjaren.

Ten opzichte van het 'Groot onderhoud DKG's' (WOR 584) – gebaseerd op het analysebestand 2009 – zijn de prevalenties van alle nieuwe DKG's gestegen. Overall bedraagt de stijging 7,8%. Voor het analysebestand van 2009 was dat +5,3% ten opzichte van 2008 (WOR 581), en het jaar daarvoor +4,5% (WOR 537). Het relatief hoge stijgingspercentage dat we nu zien, blijkt deels te maken te hebben met veranderingen in de conversietabel van DBC-onderhoud, waarin vooral de prevalentie van chemotherapie bijna is verdubbeld. Gegevens van de verzekerdenraming voor 2013 wijzen op een omgekeerde beweging.

4.4 Aard van het inkomen (AVI)

De aard van het inkomen (AVI) is met ingang van het risicovereveningsmodel 2006 gebaseerd op gegevens van het UWV voor wat betreft arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en verzekerden in loondienst. Voor zelfstandigen zijn de gegevens afkomstig van de belastingdienst. De peildatum is in principe 30 juni van het datajaar; dezelfde datum als voor de bepaling van de leeftijd van de verzekerden.

Analyse van de UWV-data per 30-06-2010 wijst uit dat daarin, in tegenstelling tot eerdere jaren, naar alle waarschijnlijkheid voor geen enkele grote gemeente bewoners met een bijstandsuitkering ontbreken. Evenals vorig jaar hoeven we daarvoor dus geen correctie uit te voeren.

Uit de data van de belastingdienst zijn de 1,4 miljoen personen geselecteerd die op 30-06-2010 als zelfstandige dan wel directeur/groootaandeelhouder werkzaam waren. Dit spoort goed met de 1,3 miljoen in het analysebestand 2009, dat is gebruikt voor de berekening van de normbedragen van het risicovereveningsmodel 2012. Na koppeling met het analysebestand 2010 blijven er van de 1,4 miljoen zelfstandigen nog ongeveer 1,2 miljoen over. Het schrappen van degenen die tevens in loondienst werken dan wel een WW- of andere uitkering hebben, levert uiteindelijk ruim 690.000 verzekerdenjaren op. Dat komt goed overeen met de bijna 660.000 in het analysebestand 2009 (WOR 581).

Voor de bepaling van de aard van het inkomen geldt als volgorde:

1. verzekerden jonger dan 18 jaar of ouder dan 64 jaar;
2. arbeidsongeschikten;
3. bijstandsgerechtigden;
4. zelfstandigen (exclusief degenen die tevens in loondienst zijn dan wel een WW- of andere uitkering hebben);
5. werknemers, WW'ers en overigen van 18 tot en met 64 jaar.

Categorie 5 vormt de referentiegroep. Merk op dat deze volgorde inhoudt dat (de beperkte aantallen) arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden en zelfstandigen jonger dan 18 jaar of ouder dan 64 jaar allemaal in categorie (1) terechtkomen.

In vergelijking met het CBS-cijfer voor het gemiddeld aantal bijstandsgerechtigden jonger dan 65 jaar over 2010 komt het zo bepaalde aantal (opgehoogd naar de bevolking) ongeveer 30.000 te hoog uit. Bij afwezigheid van voor de hand liggende oplossingen voor dit verschil, is er voor gekozen om dit niet te corrigeren. Voorafgaande aan de schatting van het risicovereveningsmodel 2013 wordt het analysebestand immers nog herwogen naar de verzekerdenraming van het CVZ voor 2013 (zie volgende hoofdstuk). Ervan uitgaande dat die is gebaseerd op het correcte aantal bijstandsgerechtigden, lost het probleem zich dan vanzelf op. Om dezelfde reden is het – circa 30.000 te lage – aantal arbeidsongeschikten in het analysebestand niet gecorrigeerd.

4.5 Regio

Op basis van de naar viercijferige postcodes geaggregeerde gegevens over kosten en normatieve kosten in 2010 is een nieuwe clustering van postcodes in 10 groepen gemaakt (zie deel II van WOR 625). De normatieve kosten zijn daarbij in principe berekend met het risicovereveningsmodel 2013 – dus met de veranderingen in FKG's, DKG's en in MHK, met alle bijstellingen van kosten genoemd in hoofdstuk 3, en met de conversie van ziekenhuiskosten naar schades volgens de DOT-zorgproducten van 2013 maar *exclusief* de regioclustering. Deze nieuwe regioclustering voor somatische zorg wordt bij de schatting van het risicovereveningsmodel 2013 gebruikt, en ook bij de schatting van het eigenrisicomodel. Deze regioclustering bleek overigens maar in zeer geringe mate af te wijken van die van het risicovereveningsmodel 2012. Merk op dat de regioclustering met ingang van het risicovereveningsmodel 2010 uitgaat van 10 clusters van ge-

lijke omvang, elk dus met 10% van het totaal aantal verzekerdenjaren op macroniveau.

4.6 Sociaal-economische status (SES)

Voor het analysebestand van 2010 is het SES-vereveningskenmerk in principe gebaseerd op fiscale inkomensgegevens van – eveneens – 2010. Daarbij is, uitgaande van het van de belastingdienst ontvangen databestand met 16,9 miljoen records (identificeerbaar met het BSN-pseudoniem), als volgt te werk gegaan:¹²

1. Voor de 3,6 miljoen records met (verzamel-)inkomen = 999999999 is het inkomen op 0 gezet, onder de veronderstelling dat dit personen betreft zonder (eigen) inkomen, zoals (schoolgaande) kinderen en huisvrouwen (zonder – betaalde – baan).¹³
2. Voor ruim 750.000 records met inkomen = 0 is het inkomen op 'onbekend' gezet, onder de veronderstelling dat dit deels personen betreft van wie het inkomen nog niet (definitief) is vastgesteld door de belastingdienst, en deels ook personen van wie het (verzamel-)inkomen werkelijk op 0 uitkwam.
3. De groep met onbekend inkomen uit stap (2) is gekoppeld met het overeenkomstige databestand met inkomens van 2009 (koppelsucces: 98%). Daarmee kan ongeveer 74% van deze groep van een inkomen worden voorzien; de overblijvende 26% heeft nog steeds een onbekend inkomen. In eerder onderzoek is al gebleken dat dit voor ruim 90% om gehuwde vrouwen gaat, zodat is aangenomen dat deze personen daadwerkelijk geen inkomen hadden in beide jaren (WOR 393). Dezelfde aanname hanteren we hier ook.
4. Vervolgens is de bekende definitie toegepast:
 - degenen woonachtig op een adres met meer dan 15 bewoners komen in SES-categorie 0 (zeer waarschijnlijk institutionele huishoudens);

¹² Het belastingdienstbestand 2010 bevatte feitelijk nog ruim 150.000 records meer, allemaal met een onbekend adres (ter vergelijking: in voorgaande jaren kwamen gemiddeld 100 records met een onbekend adres voor). Gedetailleerde analyse leidde tot de conclusie dat dit waarschijnlijk grotendeels gaat om een groep mensen die gedurende 2010 is verhuisd en van wie op de peildatum van 31-12-2010 het nieuwe adres (nog) niet bekend was in het GBA. Voor deze mensen is het beter de SES-indeling van het voorgaande jaar te gebruiken, zoals we ook feitelijk doen [zie stap (5) van de beschreven procedure]. Daarom zijn de betreffende records hier verder buiten beschouwing gelaten.

¹³ Het verzamelinkomen omvat het inkomen in box 1 plus het inkomen in box 2 plus het belastbaar inkomen in box 3. Het houdt rekening met persoonsgebonden aftrek, zowel van het belastingjaar zelf als het nog niet verrekende deel en met vrijgesteld salaris.

- de 30% met de laagste adresinkomens per hoofd vormen SES-categorie 1;
 - de 40% met middeninkomens komen in SES-categorie 2;
 - en de overblijvende 30% – met de hoogste adresinkomens per hoofd – worden ingedeeld in SES-categorie 3.
5. Voor ruim 40% van de ongeveer 190.000 records in het analysebestand van 2010 waarvoor SES dan nog onbekend was, konden we het analoog gedefinieerde SES-vereveningskenmerk gebaseerd op inkomens van 2009 invullen en voor nog eens ruim 10% dat van 2008.
 6. Uiteindelijk blijven er dan nog ruim 88.000 records over met een onbekende SES-klasse. Omdat deze verzekerden niet blijken te zijn geconcentreerd bij bepaalde verzekeraars, lijkt het niet bezwaarlijk om ze in de analyses buiten beschouwing te laten; dit is dan ook gedaan.¹⁴
 7. Ten slotte is de interactie van de vier SES-klassen met drie leeftijdsgroepen bepaald: 0–17 jaar, 18–64, en 65+, zodat het SES-vereveningskenmerk 12 risicogroepen onderscheidt.

Uit stap (4) blijkt dat twee van de basiscategorieën in principe elk 30% van de populatie omvatten voor zover niet woonachtig op adressen met veel bewoners, terwijl de overige 40% in de middencategorie terecht komt. De categorie personen op een adres met meer dan 15 bewoners blijkt in het analysebestand rond de 190.000 personen te bevatten; circa 70.000 minder dan het aantal mensen dat volgens het CBS in instellingen woonachtig is.¹⁵

4.7 Meerjarig hoge kosten (MHK)

Het vereveningskenmerk MHK onderscheidt zeven klassen (*let op de nummering*):

2. de verzekerde heeft 3x kosten (voor overige prestaties plus ziekenhuiszorg-variabel plus vrije segment) in de top-15% in de jaren t-3, t-2 en t-1;
3. 3x kosten in de top-10%;

¹⁴ De records met onbekende SES betreffen hoofdzakelijk verzekerden die relatief kort zijn ingeschreven, met ongeveer 65% minder FKG's dan gemiddeld en ongeveer 50% minder DKG's, met relatief lage kosten (ook na correctie voor de korte inschrijfduur), terwijl 75% tussen 20 en 65 jaar oud is (landelijk: ruim 60%), 60% een bedrag van 0 euro voor het inschrijftarief bij de huisarts heeft, en het gemiddeld vrijwillig eigen risico 170 euro bedraagt (landelijk: 12 euro). Dit zijn globaal ook de karakteristieken van Zvw-verzekerden woonachtig in het buitenland, die we eveneens niet meenemen in de analyses.

¹⁵ CBS (2010): "Rijke mensen leven lang en gezond", *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 88-1.

4. 3x kosten in de top 7%;
5. 3x kosten in de top-4%;
6. 3x kosten in de top-1,5%;
1. kosten van jaar t-3 niet in de top-15%, maar jaren t-2 en t-1 wel in de top-10%;
0. de verzekerde is niet ingedeeld bij klassen 1 tot en met 6.

Merk op dat de definitie van klasse 1 is gewijzigd ten opzichte van het risicovereveningsmodel 2012: daarin geldt de grens van de top-15% nog voor alle drie de jaren. Door voor t-2 en t-1 nu naar de top-10% te kijken, wordt deze klasse selectiever. Uit WOR 625 blijkt dat de omvang hierdoor ongeveer halveert.

Omdat de analyses in deze rapportage uitgaan van kostengegevens over 2010, hebben de jaren t-3, t-2 en t-1 betrekking op 2007, 2008 respectievelijk 2009. Bij de ex-post afrekening van het vereveningsjaar 2013 betreft het de jaren 2010 – 2012. Omdat in de OT's van de afgelopen drie jaar de kostengegevens over 2007 - 2009 al zijn omgezet naar de kosten-definities van 2010 – 2012 sluit de definitie van het MHK-vereveningskenmerk in onderhavige rapportage precies aan op de uitvoering van de risicoverevening door het CVZ.

Bij de definitie van het MHK-vereveningskenmerk gelden de volgende 'spelregels':

- de vaste kosten van ziekenhuiszorg tellen *niet* mee voor indeling bij MHK, en ook niet bij de bepaling van de percentielgrenzen;
- voor de vaststelling van de percentielgrenzen van jaar t-x ($x = 1, 2, 3$) tellen *wel* mee:
 - kinderen geboren in t-x;
 - verzekerden overleden in t-x;
 - (andere) verzekerden die niet het gehele jaar t-x zijn ingeschreven geweest;
- de kosten in t-x van verzekerden met een inschrijfduur korter dan een jaar in t-x worden *niet* opgehoogd naar jaarbasis;
- eerst wordt nagegaan of een verzekerde in elk van de drie jaren met zijn/haar kosten tot de top-15% heeft behoord; is dat *niet* het geval, *dan pas* wordt vastgesteld of men in t-1 en t-2 kosten in de top-10% heeft gehad (ongeacht of er kosten zijn gemaakt in t-3);
- een verzekerde wordt slechts in één van de klassen 0 tot en met 6 ingedeeld (de hoogste waarvoor hij/zij in aanmerking komt);
- kinderen geboren in jaar t-1 of t komen automatisch in klasse 0 terecht;

- kinderen geboren in jaar t-2 kunnen eventueel in klasse 1 terechtkomen, namelijk als hun kosten in t-2 én t-1 tot de top-10% behoren;
- verzekerden die met hun kosten in de jaren t-2 en t-1 tot de top-10% behoren, maar van wie geen kostengegevens bekend zijn over jaar t-3, komen in klasse 1;
- de zeven klassen van MHK waren in eerste instantie zodanig genummerd dat de normbedragen naar verwachting zouden oplopen met het klassennummer. Door de herdefinitie per 2013 komt klasse 1 nu waarschijnlijk boven klasse 2 uit.

Voor de bepaling van MHK heeft CVZ extra gegevens aangeleverd, omdat de bij ons beschikbare bestanden met kostengegevens over 2007, 2008 en 2009 onvolledig zijn door het ontbreken in één of meerdere jaren van enkele verzekeraars en alle volmachtverzekerden. De benodigde kostengegevens zijn op BSN-niveau aangeleverd. Bij controle bleken de kosten van één (grote) volmacht over 2007 ongeveer een factor 10 te hoog; wij hebben dit bijgesteld, onder de veronderstelling dat het om een aanleverfout ging (de komma één plaats verschoven).

De door CVZ geleverde gegevens hebben betrekking op de definities van zorgkosten zoals die golden voor de jaren 2007 – 2009 en waren dus niet omgezet naar kostendefinities van 2010, 2011 en 2012, wat wel noodzakelijk is voor onderhavige Overall Toets omdat we MHK voor de doorrekening van het vereveningsmodel 2013 dienen te baseren op kosten van laatstgenoemde periode. Omdat een flinke groep verzekerden in de door CVZ extra aangeleverde bestanden ook aanwezig bleek te zijn in de al bij ons beschikbare bestanden, was het mogelijk de verschillen in kostendefinities te kwantificeren en daaruit, per jaar en per deelprestatie, een simpel lineair regressiemodel te schatten zodat kosten met definities van 2007 – 2009 omgezet konden worden naar kosten met definities van respectievelijk de jaren 2010 – 2012. Vervolgens is voor alle verzekerden in het analysebestand van 2010 het MHK-vereveningskenmerk gedefinieerd.

Afgezien van kinderen geboren in 2008 – 2010 bleek uiteindelijk voor ongeveer 145.000 verzekerden in het analysebestand van 2010 in het geheel geen kostenhistorie beschikbaar. Deze instroom in de Zvw per 2010 bestaat uit immigranten, onverzekerden, ex-pats, seizoensarbeiders (met woonland = Nederland in BASIC 2010), et cetera.¹⁶ Deze nieuwe Zvw-verzekerden zijn ingedeeld bij MHK=0. Daarnaast waren er nog bijna 300.000 verzekerden voor wie slechts één of twee jaar kostenhistorie be-

¹⁶ Het aantal van 145.000 correspondeert redelijk met de 154.000 immigranten die zich in 2010 Nederland hebben gevestigd volgens het CBS.

kend was. Ook zij zijn automatisch bij MHK=0 ingedeeld, tenzij het mensen betrof met onbekende kosten in 2007 terwijl hun in kosten 2008 én in 2009 tot de top-10% behoren: deze groep is ingedeeld bij de klasse voor nee-ja-ja, of wel MHK-klasse 1.

Tabel 4.3 meldt de percentielgrenzen voor de kosten in de jaren 2007 – 2009 welke we hier gebruikt hebben voor de indeling van verzekerden in de MHK-klassen. Het zal geen verbazing wekken dat deze grenzen van jaar-op-jaar stijgen. De relatief grote stijging van 2008-op-2009 heeft te maken met de forse uitbreiding van het vrije segment per 2012, welke al in de data van 2009 – gebruikt voor de schatting van het risicovereveningsmodel 2012 – is aangebracht.

Tabel 4.3: Percentielgrenzen voor indeling bij MHK: kostendata over 2007 – 2009 zoals gebruikt in Overall Toetsen van voorgaande jaren, dus representatief gemaakt voor vereveningsjaren 2010 – 2012

	2007	2008	2009
top-15%	2.108	2.194	2.407
top-10%	3.192	3.326	3.635
top-7%	4.418	4.583	4.925
top-4%	6.898	7.096	7.523
top-1,5%	13.472	13.694	13.987

Tabel 4.4 toont de verdeling van de verzekerden in het analysebestand over de klassen van het MHK-vereveningskenmerk, vergeleken met de verdeling op de data van 2009 zoals gehanteerd in de Overall Toets 2012 (die mede was gebaseerd op random trekkingen om te compenseren voor de 6% verzekerden met deels onbekende kostenhistories).

Afgezien van klasse 1 komen de verdelingen goed met elkaar overeen. Alleen MHK-klasse 6, met 3x kosten in de top-1,5% blijkt nu 12,4% kleiner te zijn. Oorzaak is de verschuiving van TNF-alfaremmers van farmacie naar de vaste kosten per 2012, welke in het OT-bestand 2012 (gebaseerd op data van 2009) is aangebracht: een deel van de betreffende reumapatiënten die jaren achtereen kosten in de top-1,5% hebben gehad, is daarvoor uit de hoogste MHK-klasse gevallen. Klasse 1 is gehalveerd vanwege het optrekken van de grenzen van de hoogste 15% naar de hoogste 10%. Dit maakt deze groep kleiner en selectiever, met hogere normbedragen tot gevolg.

Tabel 4.4: Prevalenties van MHK-groepen per 1.000 verzekerdenjaren (16,1 miljoen verzekerdenjaren voor 2010 en 15,3 miljoen voor 2009, beide herwogen naar de Zvw-populatie van de betreffende jaren) ^a

Kosten in top-X% in t-3, t-2 en t-1	Prevalenties per 1.000		Verschil 2010 t.o.v. 2009 (%)
	2009	2010	
0 Niet ingedeeld	929,0	940,9	1,3
1 t-3 niet in top-10/15%, t-2 en t-1 wel in top-10/15% ^b	21,5	9,8	-54,3
2 3x kosten in top-15%	23,6	23,5	-0,5
3 3x kosten in top-10%	11,4	11,2	-1,9
4 3x kosten in top-7%	8,1	8,2	2,0
5 3x kosten in top-4%	4,6	4,7	2,5
6 3x kosten in top-1,5%	1,9	1,7	-12,4
Totaal	1.000	1.000^a	100,0

a De 16,1 miljoen verzekerdenjaren in het analysebestand 2010 zijn voor deze tabel herwogen naar de Zvw-populatie in Nederland van medio 2010. Zie paragraaf 2.3 van WOR 615 voor de toegepaste herweging.

b Voor 2009 gaat het om de top-15%; voor 2010 om de top-10%.

5 HERWEGING EN SCHALING

5.1 Inleiding

Het risicovereveningsmodel 2013 voor de somatische zorg onderscheidt de volgende 127 risicogroepen:

- Leeftijd x geslacht: ingedeeld in 18 leeftijdsgroepen van 5 jaar elk, plus een open categorie voor 90 jaar en ouder, plus een afzonderlijke categorie voor 0-jarigen [in totaal $(18+1+1) \times 2 = 40$ risicogroepen]. Vanaf 2009 kent de groep van 15 tot 25 jaar een gewijzigde indeling: 15–17 en 18–24 jaar. Leeftijd wordt bepaald per 30 juni van het (data)jaar t ; voor kinderen geboren na die datum wordt de leeftijd op 0 gezet.
- FKG's: 24 FKG's, gebaseerd op farmacierecepten van jaar $t-1$, aangevuld met de groep van verzekerden die bij geen enkele FKG zijn ingedeeld (dus 25 risicogroepen). Verzekerden kunnen in meer FKG's tegelijk zijn ingedeeld, behoudens een aantal restricties.
- DKG's: 15 DKG's, gebaseerd op DBC's, specialismen en DOT-zorgproducten van ziekenhuisbehandelingen in jaar $t-1$, aangevuld met de groep verzekerden die niet zijn ingedeeld in een DKG (16 risicogroepen in totaal). Van verzekerden die in eerste instantie in meer DKG's zijn ingedeeld, telt alleen de zwaarste mee; dat is de DKG met de hoogste gemiddelde meerkosten in jaar t .
- AVI x leeftijd: arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden, zelfstandigen en overigen (mensen in loondienst, WW'ers et cetera en medeverzekerden van 18 tot 65 jaar), onderscheiden naar vier leeftijdsgroepen (18–34, 35–44, 45–54 en 55–64 jaar); plus degenen jonger dan 18 jaar dan wel ouder dan 64, op de peildatum van 30 juni van jaar t (17 risicogroepen).¹⁷
- SES x leeftijd: indeling van verzekerden in drie groepen op basis van het gemiddeld adresinkomen in jaar t plus een aparte groep voor verzekerden woonachtig op adressen met meer dan 15 bewoners. Het risicovereveningsmodel 2013 houdt rekening met deze vier groepen in interactie met drie leeftijdscategorieën: 0–17 jaar, 18–64, en 65+ (dus: $4 \times 3 = 12$ risicogroepen).

¹⁷ Wanneer men verzekerden jonger dan 18 jaar en degenen ouder dan 64 jaar als afzonderlijke groepen beschouwd, komen we voor AVI op 18 in plaats van 17 risicogroepen. Omdat de normbedragen voor de twee genoemde groepen toch gelijk zijn – aan 0 – heeft het al dan niet apart houden geen enkele consequentie voor het risicovereveningsmodel.

- Regio: 10 regioclusters vastgesteld in deel II van WOR 625.
- MHK: vijf klassen voor verzekerden met 3x kosten in de top-15%, top-10%, top-7%, top-4% dan wel top-1,5% (in t-3, t-2, t-1); plus één klasse voor degenen met 2x kosten in de top-10% (t-2 en t-1) en 1x niet in de top-15% (in t-3). Verzekerden die niet zijn ingedeeld in deze zes klassen komen in een aparte klasse (7 risicogroepen).

In totaal betreft het 127 = 40 + 25 + 16 + 17 + 12 + 10 + 7 risicogroepen (of 128, als we bij de aard van het inkomen de 0-17-jarigen en de 65+'ers als afzonderlijke risicogroepen tellen).

De rest van dit hoofdstuk gaat achtereenvolgens in op de herweging van het analysebestand 2010 naar de (verwachte) samenstelling van de Zvw-populatie in 2013 (paragraaf 5.2); de schaling van kosten van het datajaar 2010 naar het vereveningsjaar 2013 (paragraaf 5.3); en op de samenhang tussen MHK, FKG, DKG en leeftijd/geslacht (paragraaf 5.4).

5.2 Herweging naar CVZ-verzekerdenraming 2013

Hoewel in 2010 96% van de verzekerden 365 dagen van het jaar stond ingeschreven bij dezelfde verzekeraar, is het toch van belang in de analyses rekening te houden met de inschrijfduur van verzekerden die niet het volledige jaar stonden ingeschreven bij dezelfde verzekeraar. Zoals gebruikelijk hebben we dit gedaan door voor verzekerden met een inschrijfduur van minder dan 365 dagen de kosten op te hogen naar jaarbasis en in de analyses een gewicht te hanteren dat gelijk is aan de inschrijfduur gedeeld door 365. Voor iemand die bijvoorbeeld alleen de eerste 6 dagen van januari 2010 stond ingeschreven en in die periode 2.000 euro aan ziektekosten had, komt dit uit op een gewicht van $6/365 \approx 1/61$, en kosten op jaarbasis van $61 \times 2.000 = 122.000$ euro. In WOR 393 bleek dat deze gewijzigde procedure – voorheen werd de inschrijfduur berekend in naar boven afgeronde, gehele maanden (dat geeft in dit voorbeeld een gewicht van $1/12$ en kosten op jaarbasis van 24.000 euro) – vrijwel geen gevolgen had voor de essentiële uitkomsten. De invloed van extreme doch zeldzame gevallen als in het voorbeeld is dus verwaarloosbaar. Bij de schatting van de modellen wordt steeds gewogen met het hier beschreven gewicht.

Uiteraard zal de (verwachte) samenstelling van de Zvw-populatie in 2013 voor de boven opgesomde 127 risicogroepen niet (precies) gelijk zijn aan die van 2010 zoals waargenomen in het analysebestand van 2010, gewo-

gen met inschrijfduur en opgehoogd naar de bevolking van medio 2010. Dit komt enerzijds door het ontbreken van één volmacht in het analysebestand en selecties vanwege onbruikbare data – hieronder vallen ook Zwv-verzekerden woonachtig in het buitenland – (conform paragraaf 2.3), en anderzijds door de bevolkingsontwikkeling. Het CVZ heeft daarom voor de Zwv-populatie 2013 een naar leeftijd/geslacht uitgesplitste verzekerdenraming gemaakt [gebaseerd op onder meer de bevolkingsprognoses voor 2013 van het CBS en het PersoonsKenmerkenBestand (PKB) van het CVZ d.d. juni 2012]. Hiermee hebben wij het analysebestand herwogen, per record ook rekening houdend met de zojuist beschreven weging voor de inschrijfduur. Deze herweging naar de verzekerdenraming van 2013 vervangt de oorspronkelijke herweging van het analysebestand naar de bevolking van medio 2010 zoals gebruikt in het Herijkingsonderzoek (WOR 615) en in de Overall Toets (WOR 625).

Voor de herweging heeft het CVZ een spreadsheet aangeleverd met de verzekerdenraming 2013, bestaande uit zes tabellen met uitsplitsingen naar leeftijd/geslacht van elk van de andere (zes) vereveningskenmerken. Hieruit hebben wij de volgende 30 tabellen afgeleid:

1. FKG's naar leeftijd – in klassen van 15 jaar – en geslacht: 25 tabellen met in totaal $25 \times 6 \times 2 \times 2 = 600$ subgroepen;¹⁸
2. DKG's naar leeftijd – in klassen van 15 jaar – en geslacht: 1 tabel met $16 \times 6 \times 2 = 192$ subgroepen;¹⁹
3. AVI uitgesplitst naar leeftijd en geslacht: 1 tabel met in totaal 94 subgroepen (< 18 jaar: $5 \times 1 \times 2 = 10$; $18 \leq$ leeftijd ≤ 64 : $9 \times 4 \times 2 = 72$; > 65 : $6 \times 1 \times 2 = 12$ subgroepen);
4. 10 regioclusters uitgesplitst naar leeftijd en geslacht: 1 tabel met $10 \times 20 \times 2 = 400$ subgroepen;
5. SES naar leeftijd en geslacht: 1 tabel met $4 \times 20 \times 2 = 160$ subgroepen;
6. 7 MHK-klassen naar leeftijd en geslacht: 1 tabel met $7 \times 20 \times 2 = 280$, waarvan de 12 subgroepen met 0-jarigen per definitie leeg zijn, ergo: 268 subgroepen.

¹⁸ Per combinatie van FKG x leeftijd x geslacht zijn twee groepen van verzekerden te onderscheiden: degenen die wél bij de betreffende FKG zijn ingedeeld, en degenen die juist niet daarbij zijn ingedeeld. Dit levert voor FKG1 tot en met FKG24 in totaal 24 tabellen op, plus nog één voor FKG0 (degenen die bij geen enkele FKG zijn ingedeeld).

¹⁹ Voor indelingen (3) tot en met (6) is leeftijd opgesplitst in dezelfde 20 klassen die het vereveningsmodel onderscheidt. Daarentegen zijn voor indelingen (1) en (2) zes groepen van in principe 15 jaar gebruikt omdat anders de aantallen verzekerden per subgroep te klein zouden worden. Vanwege de opgeschoven leeftijdsgrens in de groep 15–24 jaar, bestaan de twee jongste leeftijdsgroepen uit 0–17 jarigen respectievelijk 18–29 jarigen. Dit sluit aan bij de wijze waarop CVZ de verzekerdenraming heeft opgesteld.

Dit levert $25 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 = 30$ tabellen op.

Voor de herweging van het analysebestand 2010 naar de CVZ-verzekerenraming 2013 is gebruikgemaakt van de RAS-methode. Deze methode, meer in detail beschreven in WOVN 519 (deel III), combineert bovengenoemde 30 tabellen tot één 30-dimensionale matrix (met *in theorie* ongeveer 11 miljoen cellen). Combinatie met de overeenkomstige matrix berekend op het analysebestand zelf, geeft vervolgens de benodigde gewichten per subgroep. Als we ten slotte de afzonderlijke waarnemingen in het analysebestand wegen met deze gewichten, dan leidt dat tot gewogen aantallen verzekerden die, uitgesplitst naar elke combinatie met leeftijd/geslacht van de acht vereveningskenmerken, *exact* overeenkomen met de verzekerdenramingen.

Ongeveer 95% van de subgroepen uit het analysebestand die in theorie zijn te onderscheiden in de 30-dimensionale wegingsmatrix, blijkt geen enkele waarneming te bevatten. Voor de ruim 747.000 niet-lege subgroepen in de wegingsmatrix blijkt 98% van de gewichten tussen de 0,74 en 1,54 te liggen, en 90% tussen 0,86 en 1,33 (gewogen met de omvang van de subgroepen). Deze marges zijn enigszins smaller dan die gevonden bij de schatting van de normbedragen voor het risicovereveningsmodel 2012 (WOR 581). Vanwege de forse toename van het aantal niet-lege subgroepen als gevolg van de uitbreiding en verbreding van het DKG-kenmerk, zou men juist *meer* spreiding in de gewichten verwachten. De desondanks gevonden *kleinere* spreiding duidt erop dat het analysebestand 2010 een betere afspiegeling is van de Nederlandse Zvw-populatie. De reden is dat nu bijna alle volmachtverzekerden in het analysebestand zijn opgenomen.²⁰

Voor het eigenrisicomodel heeft het CVZ aanvullende informatie geleverd over de verzekerdenraming (van volwassenen met FKG = DKG = MHK = 0) naar – afzonderlijk – leeftijd/geslacht, regio en AVI. Deze verdelingen combineren we met de normbedragen van het eigenrisicomodel geschat op het herwogen en opgehoogde analysebestand (beperkt tot volwassenen

²⁰ In de oorspronkelijke verzekerdenraming 2013 van CVZ komen bijna 170.000 verzekerdenjaren voor waarvan het regiocluster en de SES onbekend zijn. Dit betreft vrijwel uitsluitend Zvw-verzekerden woonachtig in het buitenland. Ten behoeve van de onderhavige analyses heeft CVZ deze verzekerden naar rato verdeeld over de 10 regioclusters en de 12 SES-klassen in de raming, rekening houdend met leeftijd/geslacht. Omdat voor deze groep ook de FKG- en DKG-prevalenties onbekend zijn, heeft CVZ een procedure gehanteerd die ervan uitgaat dat het *gemiddelde* normbedrag voor FKG'ers in deze groep op 45% uitkomt van het normbedrag voor FKG0, en het *gemiddelde* normbedrag voor DKG'ers op 55% van het normbedrag voor DKG0.

met FKG = DKG = MHK = 0). Dit levert de *geschatte* macro-opbrengst van het verplichte eigen risico. Vergelijking met de *officiële* macro-opbrengst uit het MPB 2013 levert vervolgens een schalingsfactor waarmee de geschatte normbedragen worden bijgesteld om ervoor te zorgen dat de combinatie van normbedragen en verzekerdensraming precies op het MPB uitkomt.²¹

5.3 Schaling naar MacroPrestatieBedragen 2013

Na koppeling van de gewichten uit de 30-dimensionale wegingsmatrix aan het analysebestand 2010, zijn de gewogen gemiddelde kosten per verzekerdenjaar berekend voor de 14 onderscheiden zorgcomponenten. De verhoudingen ten opzichte van de overeenkomstige cijfers van de MacroPrestatieBedragen (MPB) geven in principe 14 ophoogfactoren. Tabel 5.1 geeft een overzicht van de ophoogfactoren, waarbij – op verzoek van het ministerie van VWS – de informatie over de negen componenten van overige prestaties is samengevat. Hetzelfde geldt voor ziekenhuiszorg-variabel en het vrije segment, welke per 2013 vallen onder de term 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg'.

Het MPB 2013 is door het ministerie vastgelegd in de Regeling Risicoverevening 2013, uitgaande van de VWS-begroting voor 2013. Hierin is ook de macro-opbrengst van het verplicht eigen risico opgenomen: 2,8652 miljard euro.²²

Tabel 5.1 laat een ophoogfactor van 1,130 zien voor overige prestaties. (Benadrukt zij dat bij de databewerkingen feitelijk is gewerkt met negen ophoogfactoren voor de negen afzonderlijke componenten van overige prestaties.) Bij deze forse ophoging dient men te bedenken dat er drie ja-

²¹ Merk op dat dit afwijkt van de procedure van voorgaande jaren, waarbij een afzonderlijk door CVZ opgestelde verzekerdensraming naar – tegelijkertijd – leeftijd, geslacht, regio en AVI werd gebruikt voor herweging van de groep volwassenen in het eigenrisicomodel. Nu gebruiken we bij de schatting van dit model dezelfde herweging (en dus: verzekerdensraming) als bij de schatting van het 'reguliere' vereveningsmodel voor de somatische zorg.

²² Bij de databewerkingen bleek de ophoogfactor voor ziekenhuiszorg-variabel veel hoger uit te vallen dan die voor het vrije segment. Doordat de – extreem scheef verdeelde – IC-kosten in de analysedata aan ziekenhuiszorg-variabel zijn toegewezen evenals de kosten van groeihormonen, leidde dit ertoe dat het aantal verzekerden met zeer hoge kosten (>200.000 euro) die een vol jaar zijn ingeschreven geweest, sterk steeg ten opzichte van de Overall Toets 2012. Omdat deze toewijzingen redelijk arbitrair zijn, is voor de modelschattingen uiteindelijk een gezamenlijke ophoogfactor berekend voor ziekenhuiszorg-variabel en het vrije segment.

ren liggen tussen de gegevens waarop we het model schatten – 2010 – en het jaar waarop het geschatte model van toepassing is – 2013. Daar staat tegenover dat het kostenniveau, zoals waargenomen in het – bewerkte – WOR-bestand 2010, al is gestegen door de herweging naar de verzekerdenraming 2013. Een nadere analyse wijst uit dat de herweging *zelf* al zorgt voor een overall stijging van de gemiddelde kosten met 3,3%.

Tabel 5.1: MPB 2013 en ophoogfactoren van WOR-bestand 2010 (na alle bovengenoemde selecties, correcties en bewerkingen, en herwogen naar de CVZ-verzekerdenraming) naar het MPB ^a

	Bedragen in mln. euro's		Bedragen in euro's, per verzekerdenjaar		Ophoogfactoren
	MPB 2013	MPB 2013	MPB 2013	WOR 2010	
Overige prestaties	13.537,6	807,44	714,40	1,130	
Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	18.078,3	1.078,27	1.042,87	1,034	
Vaste zorgkosten ^b	1.899,4	113,29	65,82	1,721	
Geneeskundige GGZ ^{b,c}	3.483,1	207,75	182,19	1,140	
Geriatrische revalidatiezorg ^b	943,6	56,28	34,80	1,617	

- a De gemiddelde bedragen van het MPB 2013 zijn berekend door de macrobedragen te delen door het aantal verzekerdenjaren voor 2013 uit de verzekerdenraming van het CVZ: 16.766.000.
- b De kosten van ziekenhuiszorg-vast, geneeskundige GGZ en geriatrische revalidatiezorg worden hier ook opgehoogd omdat deze kosten meetellen voor het verplicht eigen risico en daarmee van belang zijn in het eigenrisicomodel. De tabel vermeldt alleen de GGZ-kosten van volwassenen (doch wel gedeeld door het *totaal* aantal geraamde verzekerdenjaren van 16.766.000).
- c Tabel 3.2 van deel II meldt een ophoogfactor van 1,206 voor de kosten van de geneeskundige GGZ. Het verschil met de 1,140 uit deze tabel wordt veroorzaakt doordat in deel II een andere, specifiek op de GGZ toegesneden verzekerdenraming is gebruikt.

De grote ophoogfactor voor vaste kosten heeft te maken met het ontbreken van add-ons en expertproducten in de analysedata. Ook voor geriatrische revalidatiezorg geldt dat het analysebestand – met kosten van 2010 – niet geheel volledig is, terwijl bovendien de invoering van een DBC-systematiek per 2013 leidt tot een eenmalige, forse kostenstijging. Overigens blijken deze kosten nauwelijks van belang voor het verplicht eigen risico: vrijwel iedereen met geriatrische revalidatie heeft andere zorgkosten – vooral ziekenhuiskosten – die ruimschoots over het eigen risico heen gaan.

5.4 Samenhang MHK, FKG, DKG en leeftijd/geslacht

Op deze plaats werd in voorgaande jaren ingegaan op de omvang van de HKV-pool en op de groep verzekerden van wie de kosten deels in die pool terechtkomen. Per 2012 is de HKV echter vervallen. Daarvoor in de plaats is het nieuwe vereveningskenmerk meerjarig hoge kosten (MHK) gekomen. Interessant is nu om de overlap tussen FKG'ers en DKG'ers enerzijds en MHK'ers anderzijds te bekijken. Tabel 5.2 geeft daarvan een beeld.

Tabel 5.2: Per FKG en DKG het percentage verzekerden dat bij MHK>0 is ingedeeld, WOR-bestand 2010, herwogen naar verzekerdenraming 2013

FKG	Omschrijving	% met MHK>0	DKG	% met MHK>0
0	Geen FKG	1,9	0	3,4
1	Glaucoom	27,7	1	43,9
2	Schildklierandoeningen	21,1	2	25,8
3	Psychose / Alzheimer / verslaving	39,3	3	23,7
4	Depressie	18,1	4	29,8
5	Neuropathische pijn	49,8	5	35,5
6	Hoog cholesterol	16,5	6	45,1
7	Diabetes type II zonder hypertensie	16,2	7	44,8
8	COPD/zware astma	51,7	8	50,3
9	Astma	21,3	9	46,4
10	Diabetes type II met hypertensie	28,4	10	55,4
11	Epilepsie	36,1	11	40,9
12	Ziekte van Crohn / Colitis Ulcerosa	37,1	12	63,2
13	Hartaandoeningen	49,9	13	68,9
15	Reuma	35,9	14	94,2
16	Ziekte van Parkinson	67,8	15	57,1
17	Diabetes type I	68,3	---	---
18	Transplantaties	66,5	---	---
19	Cystic fibrosis / Pancreas enzymen	84,9	---	---
20	Hersenen / ruggenmerg aandoeningen	85,9	---	---
21	Kanker	57,0	---	---
22	Hormoongevoelige tumoren	64,0	---	---
23	HIV / AIDS	90,8	---	---
24	Nieraandoeningen	86,8	---	---
25	Groeihormonen	94,9	---	---
Totaal: alleen voor FKG>0 c.q. DKG>0		24,9	Totaal	35,7

Zoals mag worden verwacht, zijn de percentages MHK'ers in FKG0 en DKG0 het laagst, en lopen ze vervolgens min of meer geleidelijk naar beneden in de tabel op. De hoogste percentages vinden we bij de FKG voor groeihormonen en bij DKG14 – voor nierdialyse. Dit duidt erop dat de betreffende groepen verzekerden 'chronisch' hoge kosten hebben, wat geen verbazing wekt gezien het type aandoeningen. Enigszins opmerkelijk zijn de lage percentages bij de FKG's voor hoog cholesterol en diabetes type II zonder hypertensie (wat overigens overeenkomt met de bevindingen van de Overall Toets 2012). Een verklaring is dat deze patiënten, naast de relevante medicijnen, niet continu andere dure zorgconsumptie hebben. Bij hoog cholesterol kan ook de substantiële prijsverlaging van cholesterolremmers per 2008 een rol spelen: men komt nog wel in de FKG terecht, maar de farmaciekosten zijn te laag om met de (totale) ziektekosten de top-15% te bereiken.

De onderste regel van tabel 5.2 meldt dat bij 24,9% van de FKG'ers sprake is van meerjarig hoge kosten (volgens de MHK-definities) en bij 35,7% van de DKG'ers. Kennelijk is laatstgenoemde groep selectiever qua (on)gezondheid. Van alle verzekerden blijkt 6,1% meerjarige hoge kosten (volgens de MHK-definities) te hebben; dat is duidelijk lager dan de 7,3% in de Overall Toets van vorig jaar.²³ Oorzaak is dat de groep met twee jaar hoge kosten ongeveer is gehalveerd vanwege het optrekken van de kostendrempel van twee jaar in de top-15% naar 2 jaar in de top-10%.

Uit tabel 5.2 blijkt dat er een behoorlijke overlap is tussen MHK en FKG/DKG, zeker bij de meer ernstige FKG's en DKG's. Een andere manier om deze overlap te kwantificeren is door na te gaan hoeveel procent van de verzekerden met meerjarig hoge kosten – volgens de MHK-definities – bij een FKG en/of DKG is ingedeeld. Dit blijkt 83% te zijn. Andersom geldt dat van de verzekerden die geen meerjarig hoge kosten hebben – volgens de MHK-definities – 82% is ingedeeld bij noch FKG's, noch DKG's.

Analoog aan WOR 581 geeft tabel 5.3 een beeld van het percentage verzekerden per leeftijd- en geslachtsgroep dat in een FKG>0 dan wel een DKG>0 terechtkomt.²⁴ Conform de verwachtingen neemt de FKG- en DKG-prevalentie toe met leeftijd, zowel bij mannen als bij vrouwen.

²³ Het cijfer van 6,1% wijkt af van tabel 4.4 omdat nu is herwogen naar de verzekerdenraming 2013; tabel 4.4 betreft de Nederlandse Zwv-populatie van medio 2010.

²⁴ Merk op dat de percentages verzekerden met FKG>0 of DKG>0 directe afgeleiden zijn van de verzekerdenraming van het CVZ: het analysebestand speelt hierbij feitelijk geen rol.

Tabel 5.3: Per leeftijd en geslacht het percentage verzekerden dat is ingedeeld bij een FKG of DKG, WOR-bestand 2010, herwogen naar verzekerdenraming 2013

Leeftijd	% met FKG>0		% met DKG>0	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
0	0,0	0,0	0,2	0,2
1 - 4	0,8	0,5	0,7	0,6
5 - 9	1,7	1,1	0,6	0,5
10 - 14	2,3	1,8	0,6	0,5
15 - 17	2,6	2,6	0,9	1,1
18 - 24	3,0	4,2	1,9	2,7
25 - 29	4,6	6,5	2,4	3,3
30 - 34	6,2	8,5	2,9	3,8
35 - 39	8,3	11,4	3,7	4,8
40 - 44	11,2	14,5	4,9	6,0
45 - 49	14,8	18,0	6,2	7,7
50 - 54	20,5	23,1	8,5	10,4
55 - 59	27,6	28,3	11,9	13,1
60 - 64	35,9	34,1	15,7	15,7
65 - 69	42,8	40,0	20,0	18,4
70 - 74	49,8	46,7	25,6	22,4
75 - 79	57,5	52,9	32,0	26,0
80 - 84	60,5	55,0	34,0	26,1
85 - 89	58,9	53,9	31,6	23,7
>= 90	54,7	50,3	23,8	15,9
Totaal	17,3	19,3	8,2	8,8

Afgezien van de twee oudste leeftijdsgroepen is sprake van monotoon stijgende prevalenties. In de leeftijdsgroepen tussen 15 en 59 jaar blijken vrouwen vaker bij een FKG te zijn ingedeeld dan mannen; onder de 15 en boven de 59 jaar geldt het omgekeerde. Per saldo is 17,3% van de mannen en 19,3% van de vrouwen bij een FKG ingedeeld. Deze percentages liggen 0,7 respectievelijk 0,6 procentpunt hoger dan vorig jaar (zie tabel 5.3 van WOR 581). Het wegvallen van de reuma-FKG voor TNF-alfaremmers per 2013 heeft dus niet tot een daling van de overall FKG-prevalentie geleid. Dat komt enerzijds omdat maar 0,1% van de hele populatie in deze FKG was ingedeeld en anderzijds omdat ruim de helft van deze patiënten (nu) in een andere FKG is ingedeeld, waaronder vooral de overblijvende reuma-FKG.

De uitbreiding per 2013 van DKG's met vier nieuwe diagnosegroepen en de verbreding met niet-klinische diagnoses leidt ertoe dat de DKG-prevalenties zowel voor mannen als voor vrouwen meer dan verdrievoudigd zijn, van 2,6 naar 8,5%. Evenals in voorgaande jaren zien we dat mannen in de leeftijdsgroepen vanaf 65 jaar een grotere kans hebben om in een DKG terecht te komen dan vrouwen; tussen 15 en 60 jaar geldt het omgekeerde. Overall is de DKG-prevalentie voor mannen nu kleiner dan voor vrouwen, terwijl dat tot nu toe altijd andersom was. Dit komt vooral door een veel sterkere toename bij vrouwen in de leeftijdsgroepen van 18 tot en met 64 jaar. Zoals we in het verleden ook hebben gezien, neemt de DKG-prevalentie in de oudste leeftijdsgroepen (> 85 jaar) weer af. Dat hangt samen met afnemende medische consumptie binnen de curatieve sector, waarschijnlijk gecombineerd met toenemend zorggebruik in de care sector (AWBZ). Ditzelfde fenomeen is ook waarneembaar bij de FKG-prevalenties.

6 NORMBEDRAGEN RISICOVEREVENINGSMODELLEN SOMATISCHE ZORG

6.1 Structuur risicovereveningsmodel

Tot en met het vereveningsjaar 2011 baseerde het CVZ de *ex-ante* toekenning van de vereveningsbijdrage voor de somatische zorg aan een individuele zorgverzekeraar voor een bepaald jaar op de verwachte *totale* kosten – dus ongecorrigeerd voor HKV. Bij de *ex-post* vaststelling van de uiteindelijke vereveningsbijdrage ging het daarentegen om de *risicodragende* (norm-)kosten, dus wél gecorrigeerd voor HKV. Dit betekende dat er twee sets van normbedragen voor de somatische zorg moesten worden geschat.

Door de afschaffing van de HKV per 2012 is het onderscheid vervallen tussen de *ex-ante* en de *ex-post* te hanteren normbedragen voor de somatische zorg (in tegenstelling tot de geneeskundige GGZ; zie deel II). Daarom bevat bijlage 1 in deel III van deze rapportage nog maar één set van normbedragen voor de somatische zorg. Het betreft:

- normbedragen voor leeftijd x geslacht, FKG's, DKG's, AVI x leeftijd, regio, SES x leeftijd en MHK's (in totaal 127 risicogroepen);
- uitgesplitst naar twee deelbedragen:
 1. overige prestaties (inclusief eerstelijnsdiagnostiek);
 2. variabele kosten van medisch-specialistische zorg (voorheen: ziekenhuiszorg-variabel plus het vrije segment);²⁵
- geschat met de kleinstekwadratenmethode, dat wil zeggen: de naar het MPB 2013 opgehoogde kosten zijn met de kleinstekwadratenmethode (multivariaat) geregresseerd op de genoemde vereveningskenmerken (analyseniveau: de 16,4 miljoen afzonderlijke records in het analysebestand 2010, goed voor 16,1 miljoen verzekerdenjaren en herwogen naar de CVZ-verzekerdenraming voor 2013 op de in paragraaf 5.2 beschreven manier);
- diverse restricties (zie paragraaf 6.2) zorgen er voor dat het totale MPB per deelbedrag in eerste instantie wordt verdeeld op basis van leeftijd en geslacht, waarna de som van de normbedragen van elk van de andere vereveningskenmerken afzonderlijk, op macroniveau optelt tot nul.

²⁵ De bepaling van de vereveningsbijdrage voor de vaste zorgkosten per verzekeraar blijft hier buiten beschouwing.

Merk op dat door de afronding van de normbedragen op eurocenten, de som van de normbedragen op macroniveau zeer beperkt kan afwijken van (de deelbedragen van) het MPB. Evenals voorgaande jaren vindt hiervoor *geen* correctie plaats: als gevolg van de verzekerdennacalculatie zal achteraf toch al niet precies op het MPB worden uitgekomen. Voor 2012 bedroeg de afwijking per saldo rond de 85.000 euro en voor 2013 is dat nu 18.000 euro; dit is verwaarloosbaar op het totale MPB van ongeveer 35 miljard euro voor de risicoverevening van de somatische zorg.

6.2 Restricties op normbedragen

Naast de (twee) modellen voor overige prestaties en variabele kosten van medisch-specialistische zorg worden nog 11 modellen geschat:

- 2 modellen voor ziekenhuiskosten: vrije segment en ziekenhuiszorg-variabel;
- 9 modellen voor de 9 zorgcomponenten binnen overige prestaties: vervoer, huisarts, paramedisch, farmacie, verloskunde, kraamzorg, hulpmiddelen, tandarts en eerstelijnsdiagnostiek.

Deze modellen worden uitsluitend geschat ter controle; bijlage 1 vermeldt alleen de normbedragen voor de som van de zorgcomponenten binnen de overige prestaties en voor de som van het vrije segment en ziekenhuiszorg-variabel.

De modellen zijn geschat met restricties op de normbedragen van de 17 risicogroepen voor AVI x leeftijd. Deze restricties zorgen ervoor dat per leeftijdsgroep (17-34, 35-44, 45-54 en 55-64 jaar) de normbedragen voor de vier AVI-klassen (arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden, zelfstandigen en overigen) op macroniveau optellen tot nul. Dit voorkomt dat een deel van de leeftijdseffecten 'weglekt' via de interacties tussen AVI en leeftijd. Voor SES x leeftijd is hetzelfde type restricties ingebouwd, om dezelfde reden. Voor de 16 DKG's zijn restricties gehanteerd die ervoor zorgen dat de som van de betreffende normbedragen op macroniveau uitkomt op nul. Hetzelfde is gedaan – afzonderlijk – voor de 7 MHK-klassen en de 10 regioclusters.

Benadrukt zij dat deze restricties *geen enkele invloed* hebben op de normatieve kosten die voor een individuele verzekerde met de modellen kunnen worden berekend. Dat wil zeggen: als we *deze* restricties zouden weglaten, leveren de modellen voor elke individuele verzekerde *exact* dezelfde

waarde van de normatieve kosten op. De reden om deze restricties toch toe te passen, heeft te maken met transparantie van de resulterende sets van normbedragen en met de uitvoering van de risicoverevening door het CVZ in de praktijk.

Verder zijn in de modellen zodanige restricties ingebouwd voor de FKG-risicogroepen – inclusief FKG0 (voor degenen die bij geen enkele FKG zijn ingedeeld) – dat op macroniveau de normbedragen voor alle FKG's optellen tot nul. Soortgelijke restricties zijn in de risicovereveningsmodellen van 2007 tot en met 2012 ook gehanteerd; deze zijn bedoeld voor transparantie en ter vereenvoudiging van de uitvoeringspraktijk. De eigenschappen van de multivariate kleinstekwadratenmethode, waarmee de normbedragen worden geschat, en de definitie van *enkelvoudige* FKG's zorgden er in het verleden (tot 2007) voor dat deze restricties niets om het lijf hadden; dat wil zeggen, voor elke individuele verzekerde waren de normatieve kosten berekend via een model mét restricties *exact* gelijk aan die van het overeenkomstige model zónder restricties. Dit gaat echter niet meer op wanneer verzekerden bij meer FKG's tegelijk kunnen zijn ingedeeld, zoals met ingang van het risicovereveningsmodel 2007 het geval is. Daarom is het vereveningsmodel van 2007 in een verkennende analyse zowel mét, als zónder restricties geschat (WOR 230a, deel I).²⁶ De bevindingen lieten zien dat de restricties geen noemenswaardige gevolgen hebben voor de uitkomsten van het risicovereveningsmodel, noch voor de normbedragen, noch voor de financiële resultaten per verzekeraar. Een aanvullende analyse in het kader van de Overall Toets 2012 bevestigde deze conclusie voor het risicovereveningsmodel 2012 geschat op het analysebestand van het jaar 2009.

Ten slotte zijn restricties opgelegd op de normbedragen voor de groep 0-17 jarigen in SES-klasse 0, i.e. woonachtig op adressen met meer dan 15 bewoners. Vanwege mogelijk instabiele uitkomsten zijn voor deze zeer kleine groep – minder dan 10.000 kinderen – de normbedragen gelijk verondersteld aan die van de 0 tot en met 17-jarigen in SES-klasse 1. Ook deze restrictie zal enige invloed hebben, maar ook daarvoor geldt dat die invloed uiterst gering is, gezien de geringe omvang van de betrokken groep.

Merk op dat de restricties bij verloskunde en kraamzorg met ingang van het vereveningsmodel 2012 zijn geschrapt. Deze restricties zorgden er in het verleden voor dat geen implausibele normbedragen voor verloskunde

²⁶ De appendix van deelrapportage II van WOR 229 geeft een meer technische toelichting op beide modellen.

en kraamzorg resulteerden voor risicogroepen buiten de relevante leeftijd/geslachtsgroepen. Omdat binnen de overige prestaties geen afzonderlijke zorgcomponenten meer worden onderscheiden, zijn de restricties overbodig geworden. Overigens was de invloed ervan uiterst gering (WOR 537).

6.3 Schatting van het risicovereveningsmodel 2013

De multivariate kleinstekwadratenmethode die we gebruiken om de modellen te schatten, zorgt er voor dat de gemiddelde normatieve kosten voor *elk* van de 127 risicogroepen die het risicovereveningsmodel 2013 expliciet onderscheidt, precies gelijk zijn aan de gemiddelde werkelijke kosten (hier zien we even af van de – geringe – invloed van bovengenoemde restricties). Als een verzekeraar dus bijvoorbeeld een *representatieve* steekproef van alle Nederlanders met – zeg – DKG10 in zijn portefeuille heeft, dan mag hij verwachten dat de normatieve kosten voor die groep gelijk zullen zijn aan de werkelijke kosten. Hetzelfde geldt voor de andere 126 risicogroepen in het risicovereveningsmodel somatische zorg 2013.

6.4 Normering eigen betalingen vanwege verplicht eigen risico

De normering van de eigen betalingen berust in principe op dezelfde vereveningskenmerken met dezelfde definities als het risicovereveningsmodel voor de somatische zorg zelf, met dien verstaande dat het normatieve model sec zich per 2013 beperkt tot volwassenen met $FKG = DKG = MHK = 0$.²⁷ Dit impliceert automatisch dat FKG, DKG en MHK niet als vereveningskenmerken in het normatieve model kunnen voorkomen. Daarnaast is in het verleden gebleken dat SES niet/nauwelijks van invloed is op de eigen betalingen onder het eigen risico. Daarom bevat het normatieve deel van het eigenrisicomodel alleen leeftijd/geslacht, regio en AVI als vereveningskenmerken. Voor volwassenen met $FKG \neq DKG \neq MHK \neq 0$ wordt uitgegaan van een forfaitair bedrag aan eigen betalingen ten gevolge van

²⁷ Wellicht ten overvloede zij hier opgemerkt dat bij de schatting van het *risicovereveningsmodel* voor de somatische zorg zelf, wordt uitgegaan van *alle* ziektekosten die onder de Zvw vallen, dus *inclusief* de kosten die verzekerden feitelijk zelf betalen vanwege verplichte of vrijwillige eigen risico's (maar natuurlijk zonder de geneeskundige GGZ en geriatrische revalidatiezorg, en ook *exclusief* de vaste zorgkosten).

het verplichte eigen risico ter waarde van de gemiddelde eigen betaling zoals die in het onderzoek wordt berekend voor deze groep.

Merk op dat het normatieve model tot en met vorig jaar nog werd geschat op de groep met $FKG = 0$. De inperking van deze groep tot degenen met $DKG = MHK = 0$, is het resultaat van het onderzoek dat dit voorjaar naar dit onderwerp is gedaan (WOR 616). De achtergrond is dat volwassenen die bij een FKG of DKG zijn ingedeeld en/of meerjarig hoge kosten hebben ($MHK > 0$) met een zeer grote kans het eigen risico zullen volmaken. Enerzijds is het daarom onnodig voor deze groep een expliciet normatief model te schatten. Anderzijds zou men – als men deze groep *toch* in een normatief model zou willen opnemen –, rekening willen houden met hun (slechte) gezondheid, bijvoorbeeld door FKG, DKG en/of MHK als vereveningskenmerken in zo'n model op te nemen; in welk geval de verwachte eigen betalingen voor een groot deel boven het feitelijke maximum zouden uitkomen, zo is in het verleden gebleken. Deze twee argumenten vormen de onderbouwing van de huidige vormgeving van het eigenrisicomodel.

In plaats van de 127 risicogroepen van het 'reguliere' risicovereveningsmodel voor de somatische zorg onderscheidt het eigenrisicomodel er uiteindelijk ongeveer de helft:

- 30 voor leeftijd x geslacht (geen 40 want alleen volwassenen, ouder dan 17 jaar);
- 10 voor de regioclusters;
- 17 voor de aard van het inkomen x leeftijd.

Evenals voorgaande jaren tellen huisartsenzorg, verloskunde en kraamzorg niet mee voor het verplichte eigen risico in 2013. Daar staat tegenover dat de kosten van de per 2008 naar de Zvw overgehevelde onderdelen van de geneeskundige GGZ er wél onder vallen. Om deze reden is het tot hier toe beschreven analysebestand van 2010 uitgebreid met de GGZ-kosten 2010 uit WOR 624. Ook zijn de kosten van geriatrische revalidatiezorg op individuniveau aan het analysebestand gekoppeld: deze kosten worden per 2013 overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw en vallen daarmee eveneens onder het verplichte eigen risico (voor het somatische vereveningsmodel tellen deze kosten niet mee omdat ze voornamelijk als 'vast' zijn aangemerkt).

Voor verzekerden die korter dan een jaar staan ingeschreven wordt het eigenrisicobedrag naar rato van de inschrijfduur verlaagd. De (relevante) zorgkosten zijn met dat verlaagde bedrag vergeleken om de eigen betaling

vast te stellen. Dit is de in de verzekeringswereld gebruikelijke procedure, welke als zodanig ook in de Zvw wordt gevolgd.

Bij het eigen risico van 350 euro blijkt de gemiddelde eigen betaling in het – herwogen en opgehoogde – analysebestand van 2010 227,16 euro te bedragen (tabel 6.1); voor degenen met FKG = DKG = MHK = 0 is dat 185,17 euro, en voor de complementaire groep 330,80 euro. In de Overall Toets 2013 (hoofdstuk 5 van WOR 625) waren deze bedragen – op kosten/prijsniveau 2012 – respectievelijk: 224, 186 en 331 euro. De verschillen zijn vooral veroorzaakt door de herweging naar de verzekerdenraming en het hogere kosten/prijsniveau.

Tabel 6.1: Eigen betalingen t.g.v. verplicht eigen risico van 350 euro, WOR-bestand 2010, herwogen en opgehoogd naar 2013, alleen verzekerden ouder dan 17 jaar ^a

	Aantal verzekerden- jaren	Bedragen in euro's, per verzekerdenjaar		Schalings- factor
	CVZ raming 2013 ^a	WOR 2010	Model 2013	
FKG=DKG=MHK=0	9.471.978	185,17	175,49 ^c	- - -
FKG≠DKG≠MHK≠0	3.837.022	330,80	313,51 ^c	- - -
Totaal	13.309.000	227,16	215,28 ^b	0,948 ^c

- a In de verzekerdenraming 2013 zijn 11.000 gedetineerden verwerkt, die – tijdelijk – geen verplicht eigen risico hebben. Het totaal aantal verzekerden(jaren) in de verzekerdenraming is daarom: 13.320.000 volwassenen minus 11.000 = 13.309.000.
- b Het MPB meldt 2.865,2 miljoen euro als macro-opbrengst aan eigen betalingen. Gecombineerd met het totaal aantal mensen dat onder het verplicht eigen risico valt volgens de verzekerdenraming, geeft dit de geraamde gemiddelde eigen betaling. De macro-opbrengst komt – in het naar 2013 herwogen en opgehoogde WOR-bestand 2010 – uit op 3.011,7 miljoen euro.
- c De schalingsfactor is het quotiënt van enerzijds de *geraamde* gemiddelde eigen betaling die volgt uit de combinatie van MPB en verzekerdenraming, en anderzijds de gemiddelde eigen betaling die uit het herwogen en opgehoogde analysebestand rolt. De schalingsfactor is in de tabel gebruikt voor de bepaling van de gecursiveerde bedragen.

De gemiddelde eigen betaling die we hier berekenen in het herwogen en opgehoogde analysebestand dient gelijk te worden gesteld aan de geraamde eigen betaling volgens MPB en verzekerdenraming. Dit betekent schaling met een factor 0,948, zodat het forfaitaire bedrag voor de groep met FKG ≠ DKG ≠ MHK ≠ 0 op 313,51 euro uitkomt en de gemiddelde eigen betaling van de complementaire groep op 175,49 euro.

Tabel 6.2 geeft een beeld van de frequentieverdeling van de eigen betalingen, bepaald op basis van het WOR-bestand 2010, herwogen naar de ver-

zekerdenraming 2013 en opgehoogd naar het MPB 2013. De eerste regel van de tabel laat zien dat 28,8% van de volwassen verzekerden bij de schatting van het normatieve model buiten beschouwing blijven, omdat voor hen geldt $FKG > 0$ en/of $DKG > 0$ en/of $MHK > 0$. Voor het risico-vereveningsmodel 2012 is dit cijfer 21,7%, voor $FKG > 0$. Naar verwachting ruim 40% van de volwassenen zonder $FKG/DKG/MHK$ zal in 2013 het maximum van 350 euro aan eigen betalingen halen; voor de complementaire groep is dit bijna 90%.

Tabel 6.2: Frequentieverdeling van eigen betalingen t.g.v. verplicht eigen risico van 350 euro, WOR-bestand 2010, herwogen en opgehoogd naar 2013, alleen verzekerden ouder dan 17 jaar ^a

	FKG = DKG = MHK = 0	FKG ≠ DKG ≠ MHK ≠ 0
% verzekerden	71,2%	28,8%
Interval, in euro's		
0 - 24,99	26,3	1,0
25,00 - 49,99	8,0	0,7
50,00 - 74,99	5,1	0,8
75,00 - 99,99	3,6	0,8
100,00 - 124,99	2,8	0,8
125,00 - 149,99	2,3	0,8
150,00 - 174,99	2,1	0,7
175,00 - 199,99	1,8	0,7
200,00 - 224,99	1,6	0,7
225,00 - 249,99	1,4	0,7
250,00 - 274,99	1,3	0,7
275,00 - 299,99	1,2	0,7
300,00 - 324,99	1,2	0,7
325,00 - 349,99	1,2	0,7
350	40,2	89,7
Totaal	100,0	100,0

a Exclusief schalingsfactor.

Ten slotte kan worden opgemerkt dat het niet opnemen van FKG 's, DKG 's en MHK in het normatieve model en de beperking van het model tot degenen met $FKG = DKG = MHK = 0$ ertoe leidt dat de verwachte eigen betalingen voor geen enkele verzekerde onmogelijke waarden – buiten het interval van 0 tot en met 350 euro – oplevert: minimum en maximum komen uit op 107 respectievelijk 299 euro voor de groep met $FKG = DKG = MHK = 0$ (exclusief schalingsfactor).

DEEL II: NORMBEDRAGEN 2013 VOOR DE GENEESKUNDIGE GGZ

1 INLEIDING

Het voorliggende deel II beschrijft de berekening van de normbedragen voor het risicovereveningsmodel geneeskundige GGZ 2013. Het deel borduurt voort op de resultaten van de Overall Toets geneeskundige GGZ 2013 (WOR 624) en op de besluitvorming naar aanleiding van deze resultaten. Alleen voor de kosten van de geneeskundige GGZ is nog een regeling voor hogekostenverevening (HKV) van toepassing. Het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ heeft betrekking *op verzekerden van 18 jaar en ouder*. Zorgverzekeraars zijn bij de geneeskundige GGZ niet risicodragend zijn voor verzekerden tot en met 17 jaar.

De berekening van de normbedragen geschiedt in een aantal stappen, veelal vergelijkbaar met de stappen in de somatische zorg. Eerst wordt het analysebestand gemaakt. De gegevens, bewerkingen en koppelingen zijn vergelijkbaar met die bij de somatische zorg (zie deel I) en met de bewerkingen voor het risicovereveningsmodel geneeskundige GGZ 2012 (zie WOR 581).

Voor de schatting van het risicovereveningsmodel maken we gebruik van kostengegevens over het schadejaar 2010. Bij de kosten blijft de opbrengstverrekening buiten beschouwing. Voor de bepaling van de kosten van DBC's gebruiken we DBC-informatie van verzekerden (prestatiecodes) over 2010 en de *landelijke* DBC-tarieven 2010 (zie WOR 624). De kosten van DBC's worden op basis van BASIC 2010 aangevuld met schadegegevens over de eerstelijns psychologische zorg en overige GGZ-kosten. Vervolgens corrigeren we de kosten voor de eigen bijdragen uit de pakketmaatregelen voor de geneeskundige GGZ in 2012 - resulterend in de *netto* kosten. Daarna worden de aantallen verzekerdenjaren per categorie in het analysebestand herwogen naar de verzekerdenraming 2013 van CVZ en worden de kosten van de geneeskundige GGZ opgehoogd naar het MacroPrestatieBedrag 2013 (MPB 2013), dat is vastgelegd in de Regeling Risicoverevening 2013. Ten slotte vindt de schatting van het risicovereveningsmodel 2013 voor de geneeskundige GGZ plaats.

We schatten twee risicovereveningsmodellen:

- een model voor de ex-ante toekenning van de vereveningsbijdrage aan de afzonderlijke zorgverzekeraars gebaseerd op de verwachte *totale* (netto) kosten van de geneeskundige GGZ (= niet gecorrigeerd voor HKV, maar wel voor eigen bijdragen);
- een model voor de ex-post vaststelling van de uiteindelijke vereveningsbijdrage gebaseerd op de *risicodragende* (norm)kosten (= gecorrigeerd voor HKV en eigen bijdragen).

In het voorliggende deel komen de genoemde stappen aan de orde. Gedurende de Overall Toets risicovereveningsmodel geneeskundige GGZ 2013 (WOR 624) hebben wij het risicovereveningsmodel doorgerekend met gegevens over 2010 en is het GGZ-specifieke regiocriterium geactualiseerd. Daar zijn ook de gebruikte gegevens uitgebreid besproken. Daarom volstaan we hier met een korte bespreking.

Het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ 2013 is ten opzichte van 2012 op twee punten gewijzigd:

1. De FKG's psychose en bipolaire stoornis zijn naar aanleiding van het groot onderhoud van de FKG's voor de geneeskundige GGZ (WOR 586) verder uitgesplitst in respectievelijk psychose en psychose depot, en in bipolair regulier en bipolair complex.
2. De lage (kosten)drempel is verlaagd van 550 euro naar 400 euro in verband met de eigen bijdragen uit de pakketmaatregelen geneeskundige GGZ 2012 (zie ook WOR 624, blz. 87-88).

De indeling van de voorliggende deelrapportage is als volgt. Hoofdstuk 2 beschrijft de onderliggende gegevens en de daarop uitgevoerde bewerkingen. Hoofdstuk 3 behandelt de herweging van het analysebestand 2010 naar de CVZ-verzekerdenraming 2013, de ophoging van de GGZ-kosten naar het niveau van het MPB 2013 en de omvang van de HKV-pool. In hoofdstuk 4 komt de berekening van de normbedragen 2013 voor de geneeskundige GGZ aan de orde. De berekende normbedragen worden gepresenteerd in de bijlagen (deel III).

2 GEGEVENS EN BEWERKINGEN

2.1 Inleiding

Als basis voor het analysebestand gebruiken we het bestand met de verzekerdenskenmerken (BASIC 2010) en de kostengegevens voor de geneeskundige GGZ over 2010. De kostengegevens berusten op het GGZ-declaratiebestand van het CVZ met DBC-informatie van verzekerden (prestatiecodes) over 2010. De GGZ-declaraties berusten op negen kaskwartalen. Na vermenigvuldiging van de geleverde prestaties met de bijbehorende landelijke DBC-tarieven verkrijgen we vervolgens de kosten van DBC's. De kosten van DBC's worden aangevuld met schadegegevens over de eerstelijns psychologische zorg en overige GGZ-kosten op basis van BASIC 2010 berustend op negen kaskwartalen. Aan dit bestand wordt vervolgens informatie over de vereveningskenmerken gekoppeld. Het gegevensbestand dat de basis vormt voor de schatting van de normbedragen 2013 is - afgezien van de herweging van de verzekerden naar de CVZ-verzekerdenraming 2013 en de schaling van de kosten naar het MPB 2013 - gelijk aan het analysebestand voor de Overall Toets geneeskundige GGZ 2013. Dit analysebestand berust op de gegevens van alle zorgverzekeraars (zie WOR 624).

2.2 Vereveningskenmerken

De vereveningskenmerken in het risicovereveningsmodel model 2013 voor de geneeskundige GGZ komen voor een belangrijk deel overeen met die in het risicovereveningsmodel voor de somatische zorg. De vereveningskenmerken leeftijd/geslacht, sociaal-economische status (SES) en aard van het inkomen zijn hetzelfde in beide risicovereveningsmodellen, zij het dat de toepassing ervan in het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ beperkt blijft tot verzekerden van 18 jaar en ouder. Voor deze vereveningskenmerken verwijzen we naar Deel I van het voorliggende rapport. De overige vereveningskenmerken voor de geneeskundige GGZ worden hier kort besproken.

Eenpersoonsadres

Personen uit eenpersoonshuishoudens ('alleenstaanden') doen een groter beroep op de geneeskundige GGZ dan personen die deel uitmaken van een meerpersoonshuishouden. Daarom is eenpersoonsadres (wel/niet) als be-

nadering van eenpersoonshuishouden in het risicovereveningsmodel als vereveningskenmerk opgenomen. Informatie over het aantal eenpersoonsadressen in 2010 is afkomstig uit het bestand van de Belastingdienst, waarmee ook het SES-vereveningskenmerk wordt bepaald.

FKG psychische aandoeningen

Het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ bevat acht categorieën voor de FKG psychische aandoeningen. Vanaf 2013 worden naar aanleiding van het Groot Onderhoud (WOR 586) zeven verschillende FKG's onderscheiden: psychose, psychose depot, chronische stemmingsstoornissen, verslaving, bipolair regulier, bipolair complex en ADHD. De achtste categorie betreft verzekerden die in geen enkele van de zeven FKG-categorieën vallen. De gegevens hebben betrekking op 2009 en zijn afkomstig van het CVZ.

GGZ-regio

Het GGZ-regiocriterium 2013 bestaat uit een indeling van postcodegebieden in tien regioclusters. Voor de somatische zorg en de geneeskundige GGZ zijn afzonderlijke regiocriteria ontwikkeld in verband met de uiteenlopende regionale kostenpatronen. Evenals bij de somatische zorg is het regiocriterium voor de geneeskundige GGZ conform WOR 439 gebaseerd op postcodes met meer dan 500 verzekerdenjaren en op regioclusters van gelijke grootte (met 10% van de verzekerdenjaren). Kleinere postcodegebieden worden achteraf ingedeeld op basis van de regiocluster van de gemeente. Het GGZ-specifieke regiocriterium is herijkt met gegevens van 2010 (zie WOR 624). De herijking leidt tot verschuivingen in de regio-indeling ten opzichte van het GGZ-regiocriterium 2012.

Lage en hoge drempel t-1

Het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ bevat twee dummyvariabelen (wel/niet) voor de (kosten)drempels in het voorafgaande jaar (2012): kosten van geneeskundige GGZ in het voorafgaande jaar (t-1) groter dan 400 euro (wel/niet) en kosten van geneeskundige GGZ in het voorafgaande jaar (t-1) groter dan 2.750 euro (wel/ niet). Informatie over de GGZ-kosten in het voorafgaande jaar is afkomstig uit het kosten per verzekerde bestand 2009 van het CVZ, dat vervolgens is bewerkt in het kader van de Overall Toets geneeskundige GGZ 2013. Ter compensatie van de eigen bijdrage eerstelijns psychologische zorg in 2012, zijn de kosten 2009 geschoond voor verzekerden (ruim 45.000) die uitsluitend op basis van de kosten van eerstelijns psychologische zorg in 2009 de lage drempel zouden passeren (zie WOR 624, blz. 12). Daarnaast is de lage drempel bijgesteld van 550 euro naar 400 euro vanwege de invoering van

de eigen bijdrage voor de tweedelijns geneeskundige GGZ in 2012. Door de verlaging van de lage kostendrempel naar 400 euro is de groep GGZ-gebruikers in de tweede lijn die aan de lage drempel voldoet na de invoering van de eigen bijdrage ongeveer even groot als de groep GGZ-gebruikers in de tweede lijn die zonder de eigen bijdrage de drempel van 550 euro zou passeren (zie WOR 624, blz. 87-88).

2.3 Kostengegevens en analysebestand 2010

In de Overall Toets geneeskundige GGZ 2013 (WOR 624) is voor de geneeskundige GGZ gebruik gemaakt van kostengegevens over 2010 waarin de opbrengstverrekening niet is verwerkt. De DBC-kosten berusten op ruim negen kwartalen declaratiegegevens met DBC-informatie (prestatiecodes) die de zorgverzekeraars aan het CVZ hebben geleverd en die worden vermenigvuldigd met de landelijke DBC-tarieven. Regionale prijsverschillen blijven daardoor buiten beeld. De DBC-kosten zijn aangevuld met de kosten van eerstelijns psychologische zorg en overige GGZ-zorg uit BASIC 2010 over negen kwartalen. Het *CVZ-declaratiebestand* 2010 is een (vrijwel) uitgedeclareerd declaratiebestand. Het CVZ-declaratiebestand bevat de gegevens van *alle* zorgverzekeraars (inclusief volmachten). Het analysebestand uit de Overall Toets geneeskundige GGZ 2013 vormt de basis voor de schatting van de normbedragen 2013 (na herweging van de verzekerden naar de verzekerdenraming 2013 en na schaling van de kosten naar het MPB 2013).

Na vermenigvuldiging van de DBC-prestaties met de landelijke tarieven in 2010 bedragen de totale bruto GGZ-kosten in het CVZ-declaratiebestand 2010 circa 3,7 mld. euro (inclusief de kosten van de jeugd-GGZ). Deze kosten zijn aangevuld met 0,1 mld. euro eerstelijns psychologische zorg (inclusief overige zorg) uit BASIC 2010.

De analyse berust op de gegevens van alle zorgverzekeraars, maar bij de aanmaak van het analysebestand vinden echter diverse koppelstappen plaats, die tot gevolg hebben dat sommige verzekerden en hun GGZ-kosten uit de gegevens wegvallen. Om toch op het niveau van het totaal verzekerden in Nederland te komen, hebben we in de Overall Toets geneeskundige GGZ 2013 de aantallen verzekerden in het resterende bestand opgehoogd. Verzekerden tot en met 17 jaar en hun GGZ-kosten zijn vervolgens uit het analysebestand verwijderd, omdat het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ alleen betrekking heeft op verzekerden vanaf 18 jaar.

Ten slotte worden de volgende pakketmaatregelen voor de geneeskundige GGZ in 2012 in de kostencijfers verwerkt:

1. De kosten voor eerstelijns psychologische zorg kunnen per persoon maximaal 325 euro bedragen, aangezien vanaf 2012 maximaal vijf zittingen vergoed worden met een eigen bijdrage van 20 euro (uitgaande van een tarief van 85 euro).
2. Per DBC met behandeling worden vanwege de eigen bijdrage de kosten met 200 euro verminderd, met uitzondering van DBC's met een behandelduur korter dan 100 minuten, waarvoor een eigen bijdrage geldt van 100 euro, en de behandelgroepen indirecte tijd en crisis, die zijn uitgesloten van de eigen bijdrage.
3. Voor DBC's met verblijf geldt vanaf de tweede maand een eigen bijdrage van 145 euro per maand.

Tabel 2.1 (afkomstig uit WOR 624) vat de resultaten van de uitgevoerde bewerkingen samen. De tabel toont de aantallen verzekerden(jaren) en de kosten, alsmede de aantallen en de kosten die in de verschillende koppelingen uit het gegevensbestand worden verwijderd (in de tabel aangegeven met een negatief teken). Voor details over de uitgevoerde bewerkingen wordt verwezen naar WOR 624 (blz. 9-16). Na ophoging bevat het analysebestand de gegevens van 16,3 mln. verzekerden met bijna 3,9 mld. euro aan bruto kosten. Op één uitzondering na (zie paragraaf 4.3) nemen we in de verdere berekeningen *uitsluitend* verzekerden van 18 jaar en ouder in beschouwing. Het betreft 12,9 mln. verzekerden van 18 jaar en ouder met bijna 3,1 mld. euro aan bruto kosten. Na de correcties voor eigen bijdragen bedragende *netto* kosten 2,9 mld. euro.

In het volgende hoofdstuk komt de herweging van het analysebestand naar de verzekerdenraming 2013 en de ophoging van de kostengegevens naar het MPB 2013 aan de orde.

Tabel 2.1: Kosten van de geneeskundige GGZ en aantallen verzekerdenjaren in het analysebestand, 2010

	Aantal records	Aantal verzekerdenjaren	Kosten (x 1 mln. euro)
Kostenbestanden			
DBC met verblijf			1.771
DBC zonder verblijf			1.977
Eerstelijnszorg (inclusief overig)			110
Koppeling BASIC GGZ aan BASIC verzekerden			-0
Koppeling DBC-bestand aan BASIC			-3
Verzekerdenbestand	16.937.442	16.517.901	3.855
Buitenland	-248.080	-156.680	-9
Onbekende of ontbrekende postcode	-4.011	-3.460	-2
Ontbrekende SES	-66.711	-43.005	-12
Onbekende waarden	-4	-4	-0
Analysebestand	16.618.636	16.314.752	3.833
Opgehoogd naar verzekerdenaantallen CVZ ^a	16.618.636	16.375.577	3.851
Af: verzekerden 0 t/m 17 jaar	-3.611.132	-3.484.334	-773
Verzekerden 18+	13.007.504	12.891.244	3.078
Netto kosten na eigen bijdragen	13.007.504	12.891.244	2.911

a Dit betreft de ophoging per postcode en per leeftijds/geslachtsgroep van het aantal verzekerden in BASIC naar het aantal verzekerden in het Persoonskenmerken Bestand (PKB) 2010 van het CVZ.

3 HERWEGING, SCHALING EN HKV-POOL

3.1 Inleiding

Het risicovereveningsmodel geneeskundige GGZ 2013 onderscheidt voor verzekerden van 18 jaar en ouder de volgende 79 risicogroepen:

- Leeftijd x geslacht: per geslachtsgroep een indeling in leeftijdsgroep 18 t/m 24 jaar, 13 leeftijdsgroepen van 5 jaar elk, plus een open leeftijdscategorie voor verzekerden van 90 jaar en ouder (in totaal $15 \times 2 = 30$ risicogroepen).
- 7 verschillende FKG's voor psychische aandoeningen en een restgroep voor verzekerden die in geen enkele psychische FKG worden ingedeeld (in totaal $7 + 1 = 8$ risicogroepen).
- Regio: 10 geactualiseerde GGZ-specifieke regioclusters, gebaseerd op Deel II van WOR 624.
- Aard van het inkomen x leeftijd: arbeidsongeschiktheid, bijstand, zelfstandig en overig van 18 tot en met 64 jaar, gesplitst in vier leeftijdsgroepen, plus een risicogroep voor verzekerden van 65 jaar en ouder ($4 \times 4 + 1 = 17$ risicogroepen).
- Sociaal-economische status x leeftijd: indeling van verzekerden in drie SES-groepen op basis van het gemiddelde adresinkomen en een afzonderlijke SES-groep voor verzekerden woonachtig op adressen met meer dan 15 bewoners. Het risicovereveningsmodel geneeskundige GGZ 2012 houdt rekening met deze vier groepen in interactie met twee leeftijdscategorieën: 18 t/m 64 jaar en 65 jaar en ouder (dus: $4 \times 2 = 8$ risicogroepen).
- Eenpersoonsadres: wel of geen eenpersoonsadres (2 risicogroepen).
- Kosten in jaar t-1 (2012): een lage drempel voor GGZ-kosten t-1 > 400 euro (wel/niet, 2 risicogroepen) en een hoge drempel voor GGZ-kosten t-1 > 2.750 euro (wel/niet, 2 risicogroepen).

Het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ wordt na herweging en ophoging geschat op het analysebestand 2010 uit de Overall Toets geneeskundige GGZ 2013. In paragraaf 3.2 gaan we in op de herweging van het analysebestand naar de verzekerdenraming 2013 van het CVZ. Paragraaf 3.3 behandelt de schaling van de kosten naar het MacroPrestatieBudget 2013. Paragraaf 3.4 schenkt aandacht aan de omvang van de HKV-pool.

3.2 Herweging naar de CVZ-verzekerdenraming 2013

Vanzelfsprekend komt het aantal verzekerdenjaren in het GGZ-analysebestand 2010 door veranderingen in de omvang en samenstelling van de verzekerdenpopulatie niet exact overeen met de verzekerdenraming 2013 van het CVZ. Daarom wordt het analysebestand herwogen naar het niveau van de verzekerdenraming 2013 van het CVZ. Voor de herweging heeft het CVZ 7 afzonderlijke indelingen van het (verwachte) aantal verzekerden van 18 jaar en ouder ter beschikking gesteld:

1. FKG's psychische aandoeningen naar leeftijd en geslacht (1 tabel met $15 \times 2 \times 8 = 240$ subgroepen);
2. aard van het inkomen naar leeftijd en geslacht (1 tabel met in totaal 84 subgroepen);
3. SES naar leeftijd en geslacht (1 tabel met $4 \times 15 \times 2 = 120$ subgroepen);
4. 10 GGZ-regioclusters uitgesplitst naar leeftijd en geslacht (1 tabel met $10 \times 15 \times 2 = 300$ subgroepen);
5. eenpersoonsadressen uitgesplitst naar leeftijd en geslacht (1 tabel met $2 \times 15 \times 2 = 60$ subgroepen);
6. lage drempel (GGZ-kosten t-1 > 400 euro) uitgesplitst naar leeftijd en geslacht (1 tabel met $2 \times 15 \times 2 = 60$ subgroepen);
7. hoge drempel (GGZ-kosten t-1 > 2.750 euro) uitgesplitst naar leeftijd en geslacht (1 tabel met $2 \times 15 \times 2 = 60$ subgroepen).

Voor de herweging van het GGZ-analysebestand 2010 naar de CVZ-verzekerdenraming 2013 wordt gebruikgemaakt van de RAS-methode (zie WOVN 519 deel III). Deze methode combineert bovengenoemde 7 tabellen tot één 7-dimensionale matrix. Deze matrix bevat veel lege cellen, die op inhoudelijke of logische gronden zijn uitgesloten. Als we het GGZ-analysebestand indelen volgens deze 7-dimensionale matrix dan blijven 76.125 cellen met waarnemingen over. Met het RAS-programma dat ook in deel I is gebruikt, worden dan de nieuwe gewichten per subgroep berekend. Als we vervolgens de afzonderlijke waarnemingen in het GGZ-analysebestand wegen met deze gewichten, leidt dat tot gewogen aantallen verzekerden die uitgesplitst naar elke combinatie met leeftijd/geslacht van de zeven vereveningscriteria *exact* overeenkomen met de ramingen.

Voor de 76.125 cellen met waarnemingen zijn nieuwe gewichten berekend. Als we kijken naar het verschil met de oorspronkelijke gewichten dan blijkt dat dit voor 90% van de cellen tussen de 0,81 en 1,63 ligt. Het totaal aantal verzekerden van 18 jaar en ouder neemt tussen 2010 en 2013 toe. Tabel 3.1 onthult dat de ophoogfactor voor de verzekerdenaantallen onge-

veer 3,3% bedraagt ten opzichte van WOR 624.²⁸ Daarnaast treden veranderingen op in de verhouding tussen de verschillende categorieën verzekerden, waardoor de kosten na de herweging afnemen (zie tabel 3.1).

Tabel 3.1: Totaal aantal verzekerdenjaren en (totale) netto kosten van de groep 18 jaar en ouder: Overall Toets geneeskundige GGZ 2013 versus raming CVZ 2013

	Overall Toets 2013	Raming CVZ 2013	Ophoogfactor
Verzekerdenjaren 18+ (x 1.000)	12.891	13.320	1,033
Totale kosten 18+ (x 1 mln. euro)	2.910,9	2.887,4	0,992
Kosten per verzekerdenjaar 18+	225,8	216,8	0,960

De totale kosten in het analysebestand 2010 dalen na de herweging licht: van 2.910,9 mln. euro naar 2.887,4 mln. euro (-0,8%). Dit is het resultaat van twee tegengestelde bewegingen.

1. Ten eerste neemt het aantal verzekerdenjaren ten opzichte van de Overall geneeskundige GGZ 2013 toe met 3,3%. Vooral de groepen geen FKG, SES 1, aard van het inkomen 65+ en aard van het inkomen zelfstandige zorgen voor een toename van het aantal verzekerdenjaren. De toename van het aantal verzekerdenjaren heeft een stijgend effect op de kosten van de geneeskundige GGZ.
2. Ten tweede dalen de kosten per verzekerdenjaar ten opzichte van de Overall geneeskundige GGZ 2013 met 4,0% door veranderingen in de samenstelling van de verzekerdenpopulatie in de verzekerdenramingen 2013. De kosten per verzekerdenjaar nemen af doordat binnen bepaalde groepen vereveningskenmerken het aandeel van de groep met lagere kosten in het totaal toeneemt (c.q. het aandeel van de groep met hogere kosten afneemt). De grootste daling is te zien bij de bijstandsontvangers -15% (ruim 55.000 verzekerdenjaren). Bijstandsontvangers hebben doorgaans relatief hoge GGZ-kosten. De daling van de relatief dure groep SES meer dan 15 bewoners, met vooral institu-

²⁸ De RAS-procedure is toegepast op het GGZ-analysebestand 2010 vóór ophoging naar het PersoonsKenmerkenBestand 2010 van het CVZ. Ten opzichte van het niet-opgehoogde GGZ-analysebestand 2010 neemt het aantal verzekerdenjaren na herweging met 3,7% toe tegen 3,3% in het opgehoogde GGZ-analysebestand waarop de normbedragen in de Overall Toets geneeskundige GGZ 2013 zijn gebaseerd. Vanwege de vergelijkbaarheid met de Overall Toets geneeskundige GGZ 2013 vergelijken we de resultaten verder uitsluitend met het opgehoogde GGZ-analysebestand 2010.

tionele huishoudens (-8%), de toename van de relatief goedkope groep aard van het inkomen 65+ (12%), en de toename van de groep zonder FKG psychische aandoeningen (13%), dragen eveneens bij aan de daling van de GGZ-kosten per verzekerdenjaar ten opzichte van WOR 624. Deze daling heeft een negatief effect op de GGZ-kosten, dat uiteindelijk iets groter is dan het positieve effect van de toename van het aantal verzekerden.

3.3 Schaling naar het MacroPrestatieBedrag 2013

Vervolgens schalen we de kosten naar het MacroPrestatieBedrag (MPB) 2013. Vóór de schaling naar het MPB 2013 bedragen de GGZ-kosten in het naar de verzekerdenraming 2013 herwogen analysebestand 2.887,4 mln. euro. Het MPB 2013 voor de geneeskundige GGZ voor volwassenen bedraagt 3.483,1 mln. euro. Dat betekent dat de kosten van de geneeskundige GGZ in het herwogen analysebestand met een factor 1,206 moeten worden opgeschaald om op het niveau van het MPB 2013 te komen (zie tabel 3.2).

Tabel 3.2: Kosten van de geneeskundige GGZ per verzekerde van 18 jaar en ouder): herwogen analysebestand 2010 versus MPB 2013

	Bedrag	Bedragen in euro's per		
	(x 1 mln. euro)	verzekerdenjaar 18+		
	MPB 2013	MPB 2013	Analysebestand na herweging	Schaalfactor
Geneeskundige GGZ	3.483,1	261,49	216,77	1,206

De bedragen per verzekerdenjaar in de tabel komen niet overeen met die weergegeven in tabel 5.1 in paragraaf 5.3 van deel I, doordat in die tabel de GGZ-kosten van volwassenen gerelateerd zijn aan alle verzekerden (in plaats van aan de verzekerden van 18 jaar en ouder, zoals in tabel 3.2) en doordat daar een andere niet specifiek op de geneeskundige GGZ toegesneden ophogingsfactor is gehanteerd.

3.4 HKV-Pool

Na herweging en ophoging kunnen we de omvang van de HKV-pool vaststellen. De HKV-drempel voor de geneeskundige GGZ bedraagt in 2013

(evenals in 2012) 10.000 euro. De kosten boven de HKV-drempel worden voor 90% verevend. Tabel 3.3 illustreert dat van het totale MPB 2013 voor de geneeskundige GGZ voor volwassenen naar verwachting 39,5% in de HKV-pool terecht komt. Dit is 90% van de kosten boven de HKV-drempel van 10.000 euro.

Tabel 3.3: Kosten van de geneeskundige GGZ onder en boven de HKV-drempel, 2013

	Kosten (x 1 mln. euro)	Kosten (in % van MPB 2013)
Risicodragende kosten	2.106,6	60,5
HKV-pool	1.376,5	39,5
Totaal	3.483,1	100,0

Bijna 58.000 verzekerden(jaren) hebben kosten boven de HKV-drempel. Dit komt overeen met ongeveer 0,4 % van het totale aantal verzekerden-jaren van 18 jaar en ouder.



4 NORMBEDRAGEN GENEESKUNDIGE GGZ 2013

4.1 Inleiding

De normbedragen voor de geneeskundige GGZ 2013 worden conform de in het voorgaande hoofdstuk beschreven werkwijze bepaald. Deel III geeft de berekende normbedragen voor de geneeskundige GGZ 2013. Het betreft de normbedragen voor leeftijd x geslacht, aard van het inkomen x leeftijd, SES x leeftijd, GGZ-regio, FKG's psychische aandoeningen, eenpersoonsadres, kosten van geneeskundige GGZ boven lage drempel en kosten van geneeskundige GGZ boven hoge drempel.

Het CVZ baseert de ex-ante toekenning van de vereveningsbijdrage op de verwachte *totale* netto kosten (= niet gecorrigeerd voor HKV, maar wel voor eigen bijdragen). De ex-post vaststelling van de uiteindelijke vereveningsbijdrage heeft betrekking op de *risicodragende* (norm)kosten (= gecorrigeerd voor HKV en eigen bijdragen).

Deel III van deze rapportage bevat daarom twee categorieën normbedragen:

- normbedragen voor de berekening per verzekeraar van de verwachte *totale* (netto) kosten (ex-ante toekenning van vereveningsbijdragen);
- normbedragen voor de berekening per verzekeraar van de verwachte *risicodragende* kosten (ex-post vaststelling van vereveningsbijdragen).

4.2 Restricties, schattingsmethode en HKV-correctie

Het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ heeft betrekking op verzekerden vanaf 18 jaar. Voor verzekerden tot en met 17 jaar geldt een afwijkend regime (zie paragraaf 4.3). In het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ zijn analoog aan het risicovereveningsmodel voor de somatische zorg restricties ingebouwd op de normbedragen van de 17 risicogroepen voor de aard van het inkomen x leeftijd. Deze restricties zorgen ervoor dat per leeftijdsgroep (18-34, 35-44, 45-54 en 55-64 jaar) de normbedragen voor de vier klassen van de aard van het inkomen (arbeidsongeschikt, bijstand, zelfstandig en overigen) op macroniveau gewogen met de bijbehorende verzekerdenaantallen optellen tot nul. Voor SES x leeftijd zijn om dezelfde reden analoge restricties ingebouwd. Voor

de 10 regioclusters zijn restricties gehanteerd die ervoor zorgen dat de gewogen som van de betreffende normbedragen op macroniveau optelt tot nul. Verder zijn restricties ingebouwd voor de FKG's psychische aandoeningen, eenpersoonadres, lage drempel en hoge drempel, zodanig dat op macroniveau de normbedragen per kenmerk gewogen optellen tot nul. De normbedragen per leeftijds/geslachtsgroep tellen gewogen met de bijbehorende verzekerdenaantallen op tot het MPB.

De geneeskundige GGZ kent een scheve verdeling van de kosten over de verzekerden: veel verzekerden zonder kosten en een kleine groep verzekerden met heel hoge kosten. Het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ wordt daarom geschat met Restricted OLS, teneinde negatieve normkosten voor verzekerden te voorkomen.²⁹ Bij de modelschatting leggen we ten eerste de restrictie op dat de normatieve kosten van alle verzekerden niet negatief zijn. Ten tweede hanteren we de restrictie dat de normbedragen voor leeftijd/geslacht gewogen (met de bijbehorende aantallen verzekerdenjaren) optellen tot het MPB. Ten derde leggen we de hiervoor besproken restricties op dat de normbedragen van alle andere vereveningskenmerken gewogen optellen tot nul (of in het geval van de aard van het inkomen en de SES gewogen tot nul optellen per onderscheiden leeftijdsgroep). Door de nonnegativiteitsrestrictie voor de normatieve kosten resulteert voor sommige categorieën verzekerden hetzelfde normbedrag; bijvoorbeeld vrouwen in de hogere leeftijdsklassen of verzekerden in de hogere regioclusters.³⁰

De schatting van de normbedragen na correctie voor HKV levert gemiddelde normkosten per verzekerde op die gelijk zijn aan het gemiddelde van de risicodragende kosten. Deze gemiddelden zijn uiteraard lager dan het gemiddelde van de totale netto GGZ-kosten, omdat naar verwachting 39,5% van de kosten in de HKV-pool terecht komt. Om ervoor te zorgen dat de normbedragen na correctie voor HKV weer optellen tot het MPB 2013 voor de geneeskundige GGZ, worden de normbedragen opgehoogd met een correctiefactor, die afgerond 1,653 bedraagt.

²⁹ Restricted OLS is de kleinstekwadratenmethode met een (nonnegativiteits)-restricties op de voorspelde normatieve kosten.

³⁰ Bij de toepassing van de gewone kleinstekwadratenmethode (OLS) zouden voor deze groepen verzekerden negatieve normatieve kosten worden voorspeld.

4.3 Normbedragen voor verzekerden tot en met 17 jaar

Zorgverzekeraars zijn bij de geneeskundige GGZ niet risicodragend voor de kosten van verzekerden tot en met 17 jaar. Daarom wordt voor deze groep verzekerden geen risicovereveningsmodel geschat. Wel ontvangen zorgverzekeraars voor verzekerden tot en met 17 jaar een ex-ante toekenning gebaseerd op de gemiddelde verwachte kosten van de geneeskundige GGZ per verzekerde in deze leeftijdsgroep. Het bijbehorende normbedrag wordt gevonden door de kosten van de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jeugd (inclusief dyslexie) conform het MPB 2013 te delen door het aantal verzekerden tot en met 17 jaar conform de verzekerdenraming 2013 van het CVZ.

DEEL III: NORMBEDRAGEN 2013

Deel III bevat vier bijlagen met per vereveningskenmerk de normbedragen in euro's voor het jaar 2013. De normbedragen hebben in bijlagen 1, 2, 3 en 4 achtereenvolgens betrekking op:

1. het risicovereveningsmodel voor de somatische zorg:
 - variabele kosten van medisch-specialistische zorg (voorheen: ziekenhuiszorg-variabel plus vrije segment);
 - kosten van overige prestaties;
2. het ex-ante risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ (alleen volwassenen);
3. het ex-post risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ (alleen volwassenen);
4. de normering van de eigen betalingen ten gevolge van het verplicht eigen risico (alleen volwassenen, zonder FKG/DKG/MHK).

De nummering van de bijlagen en tabellen correspondeert met de bijlagen die behoren bij de Regeling Risicoverevening 2013. Hetzelfde geldt voor de opbouw en inhoud.

BIJLAGE 1, BEHORENDE BIJ ARTIKEL 5 EN 10, EERSTE LID VAN DE REGELING RISICOVEREVENING 2013 (VEREVENINGSMODEL SOMATISCHE ZORG)

De bijlage betreft kosten van zorg behorende tot de clusters 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' en 'overige prestaties'. De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex ante berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (art. 5) en vormen de basis voor de herberekening van de gewichten ten behoeve van de ex post berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (art. 10, eerste lid).

Tabel B 1.1: Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerdenjaar)

		Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestaties
Mannen	0 jaar	3.630,87	945,77
	1-4 jaar	771,38	684,43
	5-9 jaar	619,53	770,02
	10-14 jaar	595,94	713,17
	15-17 jaar	647,29	723,42
	18-24 jaar	644,04	531,72
	25-29 jaar	645,80	547,66
	30-34 jaar	670,73	572,17
	35-39 jaar	715,12	590,06
	40-44 jaar	765,01	610,76
	45-49 jaar	875,92	655,82
	50-54 jaar	1.009,89	701,62
	55-59 jaar	1.240,12	783,76
	60-64 jaar	1.420,90	829,16
	65-69 jaar	1.786,63	953,66
	70-74 jaar	2.094,71	1.011,25
	75-79 jaar	2.474,33	1.105,11
80-84 jaar	2.444,22	1.238,28	
85-89 jaar	2.333,58	1.480,92	
90+ jaar	2.170,21	1.868,00	
Vrouwen	0 jaar	3.149,55	840,71
	1-4 jaar	671,89	630,14
	5-9 jaar	580,80	701,71
	10-14 jaar	584,16	715,23
	15-17 jaar	684,13	826,11
	18-24 jaar	801,96	739,46
	25-29 jaar	1.115,93	1.021,04
	30-34 jaar	1.191,84	1.066,54
	35-39 jaar	1.023,15	831,35
	40-44 jaar	902,28	713,85
	45-49 jaar	979,63	739,15
	50-54 jaar	1.075,89	788,28
	55-59 jaar	1.158,77	846,84
	60-64 jaar	1.262,18	881,61
	65-69 jaar	1.481,11	997,38
	70-74 jaar	1.661,91	1.066,25
	75-79 jaar	1.844,80	1.197,40
80-84 jaar	1.829,09	1.368,61	
85-89 jaar	1.716,11	1.605,57	
90+ jaar	1.469,58	1.919,50	

Tabel B 1.2: Gewichten voor het criterium FKG's (in euro's per verzekerdenjaar)

FKG's	Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestatie
Geen FKG	-72,75	-136,16
Glaucoom	106,05	193,92
Schildklieraandoeningen	68,48	113,33
Psychose, Alzheimer en verslaving	-486,26	1.097,32
Depressie	113,58	190,78
Neuropathische pijn	477,69	700,92
Hoog cholesterol	120,40	233,79
Diabetes type II zonder hypertensie	229,11	475,92
COPD/Zware astma	692,41	939,33
Astma	201,37	503,71
Diabetes type II met hypertensie	353,16	625,82
Epilepsie	221,93	602,92
Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	547,47	472,58
Hartaandoeningen	1.135,33	328,73
Reuma	393,67	23,23
Parkinson	-440,07	2.378,66
Diabetes type I	195,10	1.313,03
Transplantaties	-464,51	755,30
Cystic fibrosis/pancreasenzymen	592,32	4.453,23
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg	-3.035,16	4.874,37
Kanker	857,86	-372,26
Hormoongevoelige tumoren	-373,38	560,96
HIV/AIDS	-3.113,34	7.161,88
Nieraandoeningen	3.455,45	2.189,00
Groeihormonen	11.520,36	-7.182,31

Tabel B 1.3: Gewichten voor het criterium DKG's (in euro's per verzekerdenjaar)

DKG's	Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestaties
0	-165,64	-34,60
1	249,17	149,16
2	588,45	134,10
3	771,74	111,71
4	1.049,24	166,09
5	1.265,74	427,14
6	2.016,00	297,65
7	2.286,42	701,02
8	3.473,36	644,03
9	2.761,03	1.029,08
10	4.699,02	1.495,54
11	5.760,07	3.929,63
12	6.212,85	3.984,07
13	9.322,14	2.597,59
14	57.547,16	542,88
15	71.142,21	-4.876,40

Tabel B 1.4: Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerdenjaar)

		Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestatie
	0-17 jaar	0,00	0,00
Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	252,56	399,56
	35-44 jaar	299,53	390,69
	45-54 jaar	305,43	313,62
	55-64 jaar	268,54	194,71
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	83,48	17,05
	35-44 jaar	173,58	159,16
	45-54 jaar	204,53	199,40
	55-64 jaar	161,24	133,09
Zelfstandigen	18-34 jaar	-64,02	-61,95
	35-44 jaar	-88,72	-58,08
	45-54 jaar	-128,00	-79,20
	55-64 jaar	-139,16	-88,12
Referentiegroep	18-34 jaar	-9,72	-14,87
	35-44 jaar	-16,93	-25,09
	45-54 jaar	-26,32	-32,06
	55-64 jaar	-48,74	-37,15
	65+ jaar	0,00	0,00

Tabel B 1.5: Gewichten voor het criterium regio (in euro's per verzekerdenjaar)

Regio	Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestaties
1	68,81	16,14
2	31,98	5,24
3	19,36	4,02
4	12,11	6,13
5	5,70	3,18
6	-2,97	0,72
7	-16,30	1,85
8	-31,74	-5,19
9	-34,58	-7,07
10	-51,85	-24,79

Tabel B 1.6: Gewichten voor het criterium sociaal-economische status (in euro's per verzekerdenjaar)

		Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestatie
SES > 15 bewoners	0-17 jaar	11,81	15,60
	18-64 jaar	139,96	-64,67
	65+ jaar	-298,54	379,52
SES 1 (laag)	0-17 jaar	11,81	15,60
	18-64 jaar	38,55	21,19
	65+ jaar	370,15	120,47
SES 2 (midden)	0-17 jaar	-13,75	-9,38
	18-64 jaar	11,76	17,47
	65+ jaar	-35,75	-12,25
SES 3 (hoog)	0-17 jaar	-4,73	-33,33
	18-64 jaar	-44,72	-33,61
	65+ jaar	-99,22	-85,31

Tabel B 1.7: Gewichten voor het criterium meerjarig hoge kosten (in euro's per verzekerdenjaar)

MHK's	Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestatie
Geen MHK	-122,39	-146,40
MHK 2 voorafgaande jaren hoge kosten in de top 10 procent	1.425,35	1.066,82
MHK 3 jaar hoge kosten in top 15 procent	994,86	1.018,29
MHK 3 jaar hoge kosten in top 10 procent	1.526,83	1.758,11
MHK 3 jaar hoge kosten in top 7 procent	2.372,46	2.906,61
MHK 3 jaar hoge kosten in top 4 procent	3.826,59	5.179,35
MHK 3 jaar hoge kosten in top 1,5 procent	8.354,40	13.281,83

Tabel B 2.2: Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerdenjaar)

		Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Mannen	18-24 jaar	314,69
	25-29 jaar	315,94
	30-34 jaar	317,10
	35-39 jaar	295,02
	40-44 jaar	268,89
	45-49 jaar	265,44
	50-54 jaar	249,29
	55-59 jaar	237,26
	60-64 jaar	237,26
	65-69 jaar	213,16
	70-74 jaar	213,07
	75-79 jaar	211,96
	80-84 jaar	224,70
	85-89 jaar	205,88
90+ jaar	205,88	
Vrouwen	18-24 jaar	335,88
	25-29 jaar	298,73
	30-34 jaar	274,71
	35-39 jaar	268,89
	40-44 jaar	268,89
	45-49 jaar	262,40
	50-54 jaar	249,29
	55-59 jaar	237,26
	60-64 jaar	237,26
	65-69 jaar	216,39
	70-74 jaar	220,53
	75-79 jaar	210,62
	80-84 jaar	205,88
	85-89 jaar	205,88
90+ jaar	205,88	

Tabel B 2.3: Gewichten voor het criterium GGZ-regio (in euro's per verzekerdenjaar)

GGZ-regio	Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder
1	77,51
2	11,55
3	6,04
4	-13,73
5	-13,73
6	-13,73
7	-13,73
8	-13,73
9	-13,73
10	-13,73

Tabel B 2.4: Gewichten voor het criterium FKG psychische aandoeningen in euro's per verzekerdenjaar)

FKG's	Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Geen FKG psychische aandoeningen	-39,34
FKG psychose	3.136,39
FKG psychose depot	7.241,89
FKG chronische stemmingsstoornissen	340,78
FKG verslaving	2.258,04
FKG bipolair regulier	868,29
FKG bipolair complex	2.513,17
FKG ADHD	89,67

Tabel B 2.5: Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerdenjaar)

		Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	958,12
	35-44 jaar	353,43
	45-54 jaar	138,95
	55-64 jaar	40,34
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	625,36
	35-44 jaar	442,90
	45-54 jaar	279,92
	55-64 jaar	114,84
Zelfstandigen	18-34 jaar	-49,77
	35-44 jaar	-43,94
	45-54 jaar	-24,34
	55-64 jaar	-12,32
Referentiegroep	18-34 jaar	-49,77
	35-44 jaar	-37,09
	45-54 jaar	-24,34
	55-64 jaar	-12,32
	65+ jaar	0,00

Tabel B 2.6: Gewichten voor het criterium sociaal-economische status (in euro's per verzekerdenjaar)

		Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder
SES > 15 bewoners	18-64 jaar	1.939,17
	65+ jaar	90,69
SES 1 (laag)	18-64 jaar	-16,81
	65+ jaar	20,05
SES 2 (midden)	18-64 jaar	3,48
	65+ jaar	-7,91
SES 3 (hoog)	18-64 jaar	-26,97
	65+ jaar	-7,91

Tabel B 2.7: Gewichten voor het criterium eenpersoonsadres (in euro's per verzekerdenjaar)

		Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Eenpersoonsadres		
Niet		-21,13
Wel		106,81

Tabel B 2.8: Gewichten voor het criterium kosten geneeskundige GGZ boven de lage drempel (in euro's per verzekerdenjaar)

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder	
Kosten geneeskundige GGZ boven lage drempel	
Niet	-39,24
Wel	876,49

Tabel B 2.9: Gewichten voor het criterium kosten geneeskundige GGZ boven de hoge drempel (in euro's per verzekerdenjaar)

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder	
Kosten geneeskundige GGZ boven hoge drempel	
Niet	-84,53
Wel	5.656,90

**BIJLAGE 3, BEHORENDE BIJ ARTIKEL 10, TWEDE LID VAN
DE REGELING RISICOVEREVENING 2013 (EX-POST
VEREVENINGSMODEL GGZ; ALLEEN VOLWASSENEN)**

De bijlage betreft kosten van zorg behorend tot de cluster 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg' voor verzekerden van achttien jaar en ouder. De in deze bijlage genoemde gewichten vormen de basis voor de herberekening van de gewichten ten behoeve van de ex post berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar (art. 10, tweede lid). De gewichten bevatten een correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B 3.1: Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerdenjaar)

		Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Mannen	18-24 jaar	283,73
	25-29 jaar	297,24
	30-34 jaar	303,64
	35-39 jaar	299,24
	40-44 jaar	279,69
	45-49 jaar	276,09
	50-54 jaar	254,14
	55-59 jaar	234,63
	60-64 jaar	219,97
	65-69 jaar	192,74
	70-74 jaar	192,92
	75-79 jaar	200,08
	80-84 jaar	215,85
	85-89 jaar	199,59
90+ jaar	191,65	
Vrouwen	18-24 jaar	338,43
	25-29 jaar	338,01
	30-34 jaar	312,54
	35-39 jaar	309,82
	40-44 jaar	294,08
	45-49 jaar	284,08
	50-54 jaar	261,30
	55-59 jaar	230,27
	60-64 jaar	219,97
	65-69 jaar	191,65
	70-74 jaar	191,65
	75-79 jaar	191,65
	80-84 jaar	191,65
	85-89 jaar	191,65
90+ jaar	191,65	

Tabel B 3.2: Gewichten voor het criterium GGZ-regio (in euro's per verzekerdenjaar)

GGZ-regio	Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder
1	48,97
2	16,97
3	10,02
4	-6,61
5	-9,92
6	-12,01
7	-12,01
8	-12,01
9	-12,01
10	-12,01

Tabel B 3.3: Gewichten voor het criterium FKG psychische aandoeningen

FKG's	Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Geen FKG psychische aandoeningen	-35,04
FKG psychose	2.348,78
FKG psychose depot	4.545,34
FKG chronische stemmingsstoornissen	392,84
FKG verslaving	1.653,96
FKG bipolair regulier	817,88
FKG bipolair complex	1.808,66
FKG ADHD	228,99

Tabel B 3.4: Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerdenjaar)

		Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	640,44
	35-44 jaar	389,92
	45-54 jaar	182,80
	55-64 jaar	41,97
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	498,48
	35-44 jaar	429,81
	45-54 jaar	302,31
	55-64 jaar	100,92
Zelfstandigen	18-34 jaar	-72,97
	35-44 jaar	-71,28
	45-54 jaar	-46,18
	55-64 jaar	-12,00
Referentiegroep	18-34 jaar	-33,14
	35-44 jaar	-35,87
	45-54 jaar	-27,43
	55-64 jaar	-12,00
	65+ jaar	0,00

Tabel B 3.5: Gewichten voor het criterium sociaal-economische status (in euro's per verzekerdenjaar)

		Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder
SES > 15 bewoners	18-64 jaar	674,32
	65+ jaar	30,84
SES 1 (laag)	18-64 jaar	1,15
	65+ jaar	23,52
SES 2 (midden)	18-64 jaar	8,33
	65+ jaar	-5,99
SES 3 (hoog)	18-64 jaar	-22,31
	65+ jaar	-5,99

Tabel B 3.6: Gewichten voor het criterium eenpersoonsadres (in euro's per verzekerdenjaar)

		Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Eenpersoonsadres		
Niet		-20,12
Wel		101,70

Tabel B 3.7: Gewichten voor het criterium kosten geneeskundige GGZ boven de lage drempel (in euro's per verzekerdenjaar)

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder	
Kosten GGZ boven lage drempel	
Niet	-51,85
Wel	1.158,12

Tabel B 3.8: Gewichten voor het criterium kosten geneeskundige GGZ boven de hoge drempel (in euro's per verzekerdenjaar)

Kosten van geneeskundige GGZ voor verzekerden van achttien jaar en ouder	
Kosten GGZ boven hoge drempel	
Niet	-66,65
Wel	4.460,00

R
O
O
P
S
T
E
R
I
J
K

**BIJLAGE 4, BEHORENDE BIJ ARTIKELEN 8, TWEDE LID, EN
21, TWEDE LID VAN DE REGELING RISICOVEREVENING
2013 (NORMATIEVE MODEL VOOR EIGEN BETALINGEN
T.G.V. HET VERPLICHT EIGEN RISICO; ALLEEN
VOLWASSENEN ZONDER FKG/DKG/MHK)**

De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de berekening van de specifiek voor de zorgverzekeraar geraamde opbrengst van het verplichte eigen risico.

Tabel B 4.1: Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerdenjaar)

		Eigen bijdrage ten gevolge van verplicht eigen risico
Mannen	18-24 jaar	122,94
	25-29 jaar	117,93
	30-34 jaar	122,39
	35-39 jaar	127,32
	40-44 jaar	133,33
	45-49 jaar	142,66
	50-54 jaar	155,52
	55-59 jaar	174,90
	60-64 jaar	189,61
	65-69 jaar	210,91
	70-74 jaar	232,35
	75-79 jaar	252,45
	80-84 jaar	264,57
85-89 jaar	271,26	
90+ jaar	272,23	
Vrouwen	18-24 jaar	189,18
	25-29 jaar	200,53
	30-34 jaar	208,00
	35-39 jaar	192,08
	40-44 jaar	182,53
	45-49 jaar	186,75
	50-54 jaar	196,58
	55-59 jaar	203,90
	60-64 jaar	211,22
	65-69 jaar	228,34
	70-74 jaar	246,02
	75-79 jaar	261,57
	80-84 jaar	269,82
85-89 jaar	270,40	
90+ jaar	261,94	

Tabel B 4.2: Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerdenjaar)

		Eigen bijdrage ten gevolge van verplicht eigen risico
Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	59,80
	35-44 jaar	63,27
	45-54 jaar	54,57
	55-64 jaar	35,35
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	42,96
	35-44 jaar	51,39
	45-54 jaar	47,60
	55-64 jaar	16,77
Zelfstandigen	18-34 jaar	-6,95
	35-44 jaar	-9,08
	45-54 jaar	-12,96
	55-64 jaar	-12,50
Referentiegroep	18-34 jaar	-2,26
	35-44 jaar	-3,24
	45-54 jaar	-3,21
	55-64 jaar	-3,42
	65+ jaar	0,00

Tabel B 4.3: Gewichten voor het criterium regio (in euro's per verzekerdenjaar)

		Eigen bijdrage ten gevolge van verplicht eigen risico
Regio		
1		11,49
2		7,12
3		4,93
4		2,11
5		0,73
6		-0,20
7		-2,43
8		-5,22
9		-6,85
10		-9,74

LITERATUUR

- WBR 408/A, Vliet, R.C.J.A. van, M.M. van Asselt en R. Goudriaan, 2012, *Overall Toets risicovereveningsmodel somatische zorg 2013: Eindrapportage, Concept*, Den Haag: APE bv.
- WBR 409, M.M. van Asselt, G.J. Mazzola, T.P. Everhardt e.a. 2012, *Overall Toets risicovereveningsmodel geneeskundige GGZ 2013, Concept*, Den Haag: APE bv.
- WOR 230a, Vliet, R.C.J.A. van, R. Goudriaan, S.H. Meulenbelt, en V. Thio, 2006, *Overall toets risicovereveningsmodel 2007; bundel deelrapportages*, Den Haag: APE bv (APE-rapport nr. 429a).
- WOR 393, Vliet, R.C.J.A. van, en R.C. van Kleef, 2008, *Herijkingsonderzoek vereveningsmodel 2008: Herijking en stabiliteit risicovereveningsmodel 2008, op basis van kostendata 2006*, Rotterdam: instituut BMG, Erasmus Universiteit.
- WOR 439, Mazzola, G.J., A. Notenboom, en R. Goudriaan, 2009, *Stabiliteit en validiteit van het regiocriterium voor de somatische zorg: Eindrapportage*, Den Haag: APE bv (APE-rapport nr. 632).
- WOR 518, Vliet, R.C.J.A. van, en R.C. van Kleef, 2010, *Herijkingsonderzoek vereveningsmodel 2010: Herijking en stabiliteit risicovereveningsmodel 2010, op basis van kostendata 2008*, Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- WOR 537, Vliet, R.C.J.A. van, M.M. van Asselt, G.J. Mazzola, T.P. Everhardt, R. Goudriaan en A. Notenboom, 2010, *Berekening normbedragen risicovereveningsmodel 2011: Normbedragen voor de somatische zorg en de geneeskundige GGZ*, Den Haag: APE bv (APE-rapport 747c).
- WOR 581, Vliet, R.C.J.A. van, M.M. van Asselt, T.P. Everhardt, G.J. Mazzola en R. Goudriaan, 2011, *Berekening normbedragen risicovereveningsmodel 2012: Normbedragen voor de somatische zorg en de geneeskundige GGZ*, Den Haag: APE bv (APE-rapport 881c).
- WOR 584, Vliet, R.C.J.A. van, R.C. van Kleef en E.M. van Rooijen, *Groot onderhoud DKG's*, Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- WOR 586, Stam P., L. Boonen, B.J. Otter, en J. van Loenhout, 2012, *Groot onderhoud FKG's 2012 geneeskundige GGZ*. Den Haag: SiRM bv.

- WOR 611, Secretariaat WOR, 2012, *verslag junivergadering WOR*, Den Haag, ministerie van VWS.
- WOR 615, Vliet, R.C.J.A. van, en R.C. van Kleef, 2012, *Herijkingsonderzoek vereveningsmodel 2012: Herijking en stabiliteit risicovereveningsmodel 2012, op basis van kostendata 2010*, Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit.
- WOR 616, Vliet, R.C.J.A. van, 2012, *Vereveningsmodel voor eigen betalingen onder het verplicht eigen risico*, Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit.
- WOR 617, Romp, M.G.N., en A. Smits, 2012, *Conversie en toedeling kosten ziekenhuiszorg 2010 t.b.v. Overall Toets 2013, Eindrapportage*, Zeist: Vektis.
- WOR 624, M.M. van Asselt, G.J. Mazzola, T.P. Everhardt, J.H. Thiel en R. Goudriaan, G.J. Mazzola en T.P. Everhardt, 2012, *Overall Toets risicovereveningsmodel geneeskundige GGZ 2013*, Den Haag: APE (APE-rapport 972b).
- WOR 625, Vliet, R.C.J.A. van, M.M. van Asselt, R. Goudriaan, G.J. Mazzola en T.P. Everhardt, 2012, *Overall Toets risicovereveningsmodel somatische zorg 2013: Eindrapportage*, Den Haag: APE (APE-rapport 972a).
- WOVM 519, Vliet, R.C.J.A. van, 2002, *Overall Toets ZFW-verdeelmodel 2003: Bundel deelrapportages*, Den Haag: APE bv (APE-rapport 87).