

Onderzoek risicovereveningsmodel 2014: berekening normbedragen

Onderzoek voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

F. Eijkenaar
R.C. van Kleef
S.H.C.M. van Veen
R.C.J.A. van Vliet
(In alfabetische volgorde)

Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG)
Erasmus Universiteit Rotterdam

Eindrapportage, 23 september 2013 ¹

¹ Met dank aan professor Dr. W.P.M.M. van de Ven en de leden van de WBR voor hun commentaar op een eerdere versie van deze rapportage.

Vooraf

De voorliggende rapportage is onderdeel van het onderzoeksproject 'Normbedragen risicoverevening 2014' dat het iBMG heeft uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Dit project bestond uit drie deelonderzoeken:

1. 'Gegevensfase': in dit deelonderzoek zijn nieuwe onderzoeksgegevens (o.a. kostengegevens van 2011) gecontroleerd, bewerkt en gekoppeld. Dit heeft geresulteerd in drie onderzoeksbestanden die (in deelonderzoeken 2 en 3) gebruikt zijn om de vereveningsmodellen voor de somatische zorg, voor de geneeskundige GGZ en voor de eigen betalingen onder het verplicht eigen risico te schatten.
2. 'Overall Toets' (OT): dit deelonderzoek bestond uit het doorrekenen van de vereveningsmodellen van 2013 op de nieuwe onderzoeksgegevens, het toetsen van de stabiliteit van nieuwe en aangepaste vereveningscriteria, het actualiseren van de regiocriteria (voor somatische zorg en geneeskundige GGZ) en het doorrekenen van de Uitgangsmodellen voor 2014.
3. 'Schatting Normbedragen': in dit deelonderzoek zijn de definitieve vereveningsmodellen voor 2014 geschat met als uiteindelijk resultaat de definitieve set van normbedragen ten behoeve van de risicoverevening 2014.

Bij elk van de drie deelonderzoeken is een afzonderlijke rapportage opgeleverd. De voorliggende rapportage doet verslag van de 'Schatting Normbedragen'. Bijlage B (B1 t/m B4) bevat de geschatte normbedragen van de vereveningsmodellen voor de somatische zorg, de geneeskundige GGZ en de eigen betalingen onder het verplicht eigen risico. De nummering van de bijlagen en de daarin weergegeven tabellen correspondeert met de bijlagen bij de 'Regeling risicoverevening 2014'.

Voor een beschrijving van de gebruikte onderzoeksbestanden en de bevindingen van de geschatte Uitgangsmodellen verwijzen wij naar de rapportages van de Gegevensfase (WOR 648) en de Overall Toets (WOR 649).

Inhoud

Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	9
1.1. Doel.....	9
1.2. Verschillen in kostendefinities 2014 versus 2013.....	10
1.3. Verschillen in vereveningsmodellen 2014 versus 2013.....	10
1.4. Verschillen in ex-post compensaties 2014 versus 2013.....	11
1.5. Opbouw rapportage.....	12
2. Vereveningsmodel voor somatische zorg.....	13
2.1. Vereveningscriteria.....	13
2.2. Structuur vereveningsmodel.....	15
2.3. Herweging naar CVZ-verzekerdenraming 2014.....	15
2.4. Schaling naar macro-prestatiebedragen 2014.....	18
2.5. Schattingsmethode en restricties.....	20
3. Vereveningsmodel voor geneeskundige GGZ	23
3.1. Vereveningscriteria.....	23
3.2. Structuur vereveningsmodel.....	24
3.3. Herweging naar CVZ-verzekerdenraming 2014.....	25
3.4. Schaling naar macro-prestatiebedrag 2014 en omvang HKC-pool.....	26
3.5. Schattingsmethode en restricties.....	27
4. Vereveningsmodel voor eigen betalingen onder het eigen risico	29
4.1. Vereveningscriteria.....	29
4.2. Structuur vereveningsmodel.....	30
4.3. Herweging naar CVZ-verzekerdenraming 2014.....	30
4.4. Schaling naar macro-prestatiebedrag 2014.....	31
4.5. Schattingsmethode en restricties.....	32
5. Plausibiliteit normbedragen 2014	33
5.1. Inleiding.....	33
5.2. Veranderingen in normbedragen somatische model.....	33
5.3. Veranderingen in normbedragen GGZ-model.....	35
5.4. Veranderingen in normbedragen eigenrisicomodel.....	36
5.5. Conclusie.....	36
Bijlage A. Toelichting RAS methode	37
Bijlage B.1. Normbedragen vereveningsmodel somatische zorg.....	41
Bijlage B.2. Normbedragen ex-ante vereveningsmodel geneeskundige GGZ.....	45

Bijlage B.3. Normbedragen ex-post vereveningsmodel geneeskundige GGZ.....	49
Bijlage B.4. Normbedragen vereveningsmodel voor eigen betalingen onder het eigen risico; alleen volwassenen zonder FKG/ DKG/ MHK	53
Referenties	55

Managementsamenvatting

Deze rapportage beschrijft de berekening van de normbedragen voor de risicovereveningsmodellen 2014 van de somatische zorg, de geneeskundige GGZ en de eigen betalingen onder het verplicht eigen risico. Hierbij is gebruik gemaakt van de bevindingen en uitkomsten van WOR 648 (de gegevensfase van de risicovereveningsmodellen 2014), WOR 649 (de Overall Toets van de risicovereveningsmodellen 2014), de besluiten over de vormgeving van de modellen die mede op basis daarvan in de geëigende gremia zijn genomen, alsmede van de verzekerdensraming voor 2014 van CVZ en de macro-prestatiebedragen (MPB) voor 2014 opgesteld door het ministerie van VWS. In de bijlagen (B1 t/m B4) zijn de geschatte normbedragen opgenomen, in de volgorde en met de lay-out zoals ze ook in de 'Regeling risicoverevening 2014' voorkomen.

Wij hebben de geschatte normbedragen 2014 op diverse manieren gecheckt. Met name zijn vergelijkingen gemaakt met de normbedragen van het vereveningsmodel 2013 (WOR 626) en met de uitkomsten van de Overall Toets (WOR 649). Op basis van deze vergelijkingen en gegeven de bevindingen in WOR 648 en WOR 649 achten wij de geschatte normbedragen plausibel. Deze conclusie is door de WBR van 19 september 2013 onderschreven (verslag: WBR 492).

1. Inleiding

1.1. Doel

Deze rapportage beschrijft de berekening van de normbedragen voor de risicovereveningsmodellen 2014 van de somatische zorg, de geneeskundige GGZ en de eigen betalingen onder het verplicht eigen risico. Hierbij is gebruik gemaakt van de bevindingen en uitkomsten van WOR 648 en WOR 649 (de gegevensfase respectievelijk de Overall Toets van de risicovereveningsmodellen 2014), de besluiten over de vormgeving van de modellen die mede op basis daarvan in de geëigende gremia zijn genomen, en van de verzekerdeneraming voor 2014 van CVZ en de macro-prestatiebedragen (MPB) voor 2014 opgesteld door het ministerie van VWS. In de bijlagen (B1 t/m B4) zijn de geschatte normbedragen opgenomen, in de volgorde en met de lay-out zoals ze in de 'Regeling risicoverevening 2014' voorkomen.

De opzet van deze rapportage wijkt af van de overeenkomstige rapportages van afgelopen jaren (bijvoorbeeld WOR 626, met de schatting van de normbedragen 2013). Daarin werd in principe het gehele onderzoekstraject beschreven waarlangs vanuit de aangeleverde gegevensbestanden was gekomen tot de onderzoeksbestanden waarop uiteindelijk de normbedragen voor het betreffende vereveningsjaar werden geschat. De constructie van de onderzoeksbestanden is dit jaar uitvoerig beschreven in de rapportage van de Gegevensfase (WOR 648), aangevuld met analyses van de ontwikkeling in prevalenties van de risicoklassen binnen de vereveningscriteria en van de gemiddelde kosten per risicoklasse. We volstaan hier daarom met de constatering dat de onderzoeksbestanden gebaseerd zijn op (kosten-)gegevens van 2011, een dekkinggraad van 100% hebben met balansposten van 0,5% en 2,3% voor overige prestaties respectievelijk ziekenhuiszorg, en dat deze bestanden naar verwachting een goed beeld geven van de kostenpatronen in 2014. De laatste bewerkingen die vóór de schatting van de normbedragen op de onderzoeksbestanden zijn uitgevoerd, betreffen de herweging naar de verzekerdeneraming 2014 van CVZ en de schaling van de zorgkosten naar het MPB van 2014 zoals vastgesteld door VWS. In hoofdstukken 2 tot en met 4 beschrijft onderhavige rapportage deze bewerkingen voor respectievelijk de modellen voor somatische zorg, geneeskundige GGZ en eigen betalingen onder het verplicht eigen risico.

De rest van dit hoofdstuk bevat een overzicht van de verschillen van de drie vereveningsmodellen van 2014 ten opzichte van die van 2013 qua kostendefinities (paragraaf 1.2), qua vereveningscriteria (1.3) en qua ex-post compensaties (1.4).

1.2. Verschillen in kostendefinities 2014 versus 2013

Bij vergelijking van de normbedragen van de drie vereveningsmodellen van 2014 met die van 2013 kunnen de volgende verschillen in kostendefinities van belang zijn:¹

- de somatische zorgkosten zijn nu opgehoogd in verband met de verwachte vervolggkosten van darmkankerscreening voor 55–75-jarigen die per 2014 wordt ingevoerd [dit gaat macro om +36 miljoen euro (kostenniveau 2011), waarvan 75% voor de variabele kosten van medisch-specialistische zorg];
- binnen de somatische zorg zijn de kosten van fertiliteitshormonen overgeheveld van de extramurale farmacie naar het variabele deel van medisch-specialistische zorg (36 miljoen euro);
- de kosten van paracetamol/codeïnepreparaten zijn verwijderd uit de extramurale farmacie omdat deze kosten per 2013 niet meer in het basispakket van de Zvw zitten (-14 miljoen euro; vorig jaar is deze pakketmaatregel bij de schatting van de normbedragen generiek verwerkt, via het MPB);
- de kosten van eerstelijnsdiagnostiek, die al met ingang van het vereveningsmodel 2012 worden overgeheveld van ziekenhuiszorg naar overige prestaties, zijn nu door Vektis (WOR 647) aangevuld met de kosten van paramedische zorg en verloskunde in het ziekenhuis (samen ongeveer 100 miljoen euro);
- de verwachte kostenverschuivingen ten gevolge van de invoering van de Basis GGZ per 2014 zijn in het onderzoeksbestand verwerkt (naar verwachting omvat de Basis GGZ in 2014 ruim 400 miljoen euro, ofwel ongeveer 10% van de kosten van de geneeskundige GGZ);
- bij de schatting van het GGZ-model zijn nu – in tegenstelling tot vorig jaar – geen kosten afgetrokken vanwege eigen bijdragen;²
- in het eigenrisicomodel wordt er nu voor het eerst rekening mee gehouden dat ketenzorg en tweedelijnsverloskunde **niet** meetellen voor het (verplicht) eigen risico.

1.3. Verschillen in vereveningsmodellen 2014 versus 2013

Voor wat betreft vereveningscriteria verschillen de drie modellen van 2014 als volgt van die van 2013:

- somatische model:

¹ Genoemde verschillen in kostendefinities zijn verwerkt in de onderzoeksbestanden waarop de vereveningsmodellen worden geschat, en zijn als zodanig beschreven in de rapportage van de Gegevensfase (WOR 648). De aanvulling van eerstelijnsdiagnostiek is impliciet in de Gegevensfase verwerkt (maar niet expliciet in WOR 648 beschreven).

² Ten tijde van de schatting van de normbedragen vorig jaar waren eigen bijdragen voorzien voor de geneeskundige GGZ per 2013. Uiteindelijk is deze maatregel geschrapt. Ook voor 2014 gelden geen eigen bijdragen binnen de geneeskundige GGZ.

- uitgebreid met hulpmiddelenkostengroepen (HKG), gebaseerd op gebruik van specifieke hulpmiddelen in t-1;
- FKG voor groeihormonen geschrapt en de prevalentie van kanker met 15% gezakt (als gevolg van de overheveling naar ziekenhuiskosten per 2013 van groeihormonen respectievelijk dure oncolytica)
- aard van het inkomen (AvI) uitgebreid met een klasse voor studenten;
- regiocriterium geactualiseerd;
- GGZ-model:
 - aangevuld met psychische DKG's, gebaseerd op DBC's van intramurale GGZ in t-1
 - hoge drempel voor kosten in t-1 vervallen;
 - lage drempel voor kosten in t-1 verhoogd van 400 naar 550 euro (vanwege het schrappen eigen bijdragen) en beperkt tot verzekerden die niet bij een psychische DKG zijn ingedeeld;
 - AvI uitgebreid met een klasse voor studenten;
 - regiocriterium geactualiseerd;
- eigenrisicomodel:
 - AvI uitgebreid met een klasse voor studenten;
 - FKG voor groeihormonen geschrapt;
 - regiocriterium (van somatische zorg) geactualiseerd.

Voor de evaluatie van deze modelwijzigingen verwijzen wij naar de rapportage van de Overall Toets (WOR 649).

1.4. Verschillen in ex-post compensaties 2014 versus 2013

Per 2014 doen zich de volgende veranderingen in ex-post kostencompensaties voor:

- de enige overgebleven ex-post compensatie binnen het somatisch vereveningsmodel is de bandbreedteregeling, welke inhoudt dat 90% nacalculatie plaatsvindt als het resultaat van een verzekeraar op de variabele kosten van medisch-specialistische zorg per premie-equivalent meer dan een bepaald bedrag afwijkt van het gemiddelde marktresultaat. Het betreffende bedrag is per 2014 verhoogd van 25 naar 40 euro (dit heeft overigens geen consequenties voor de normbedragen zelf);
- binnen het GGZ-model stijgt de drempel voor hogekostencompensatie van 10.000 naar 25.000 euro en geldt de bandbreedteregeling vanaf een afwijking van meer dan 12,5 euro, per premie-equivalent (dat was 7,5 euro in 2013).

1.5. Opbouw rapportage

Het volgende hoofdstuk beschrijft de structuur van het somatische vereveningsmodel, de herweging en schaling van het betreffende onderzoeksbestand naar de verwachte populatiekenmerken van 2014, alsmede de schattingsmethode inclusief restricties gehanteerd voor de berekening van de normbedragen 2014. Hoofdstuk 3 doet hetzelfde voor het GGZ-model en hoofdstuk 4 voor het eigenrisicomodel. De plausibiliteit van de normbedragen komt ten slotte aan de orde in hoofdstuk 5.

Bijlage B (B1 t/m B4) bevat de geschatte normbedragen van de drie vereveningsmodellen van 2014.

Merk op dat de in Bijlage B gepresenteerde normbedragen niet rechtstreeks vergelijkbaar zijn met die van de Uitgangsmodellen in de rapportage van de Overall Toets (WOR 649, appendices B en D) vanwege de hier toegepaste herweging naar de verzekerdenraming en de schaling naar het MPB.

2. Vereveningsmodel voor somatische zorg

2.1. Vereveningscriteria

Het risicovereveningsmodel 2014 voor de somatische zorg bevat acht vereveningscriteria met 132 risicogroepen:

1. Leeftijd/geslacht: per geslacht ingedeeld in 18 leeftijdsgroepen van elk 5 jaar, plus een categorie voor 90 jaar en ouder, plus een afzonderlijke categorie voor nuljarigen [in totaal $(18 + 1 + 1) \times 2 = 40$ risicogroepen]. De groep 15–24 jaar kent een afwijkende indeling: 15–17 en 18–24 jaar. Leeftijd wordt bepaald per 30 juni van het (data)jaar t ; voor kinderen geboren in de tweede helft van jaar t wordt de leeftijd op 0 gezet.
2. Farmaciekostengroepen: 23 FKG's, gebaseerd op extramuraal afgeleverde farmacie-recepten in jaar $t-1$, aangevuld met de groep van verzekerden die bij geen enkele FKG zijn ingedeeld (in totaal 24 risicogroepen). Verzekerden kunnen in meerdere FKG's tegelijk zijn ingedeeld, behoudens een aantal restricties.³ Zie de 'Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering' voor een nadere toelichting.
3. Diagnosekostengroepen: 15 DKG's, gebaseerd op DBC's, specialismen en DOT-zorg-producten van ziekenhuisbehandelingen in jaar $t-1$, aangevuld met de groep verzekerden die niet zijn ingedeeld in een DKG (in totaal 16 risicogroepen). Van verzekerden die in eerste instantie in meerdere DKG's zijn ingedeeld, telt alleen de zwaarste mee; dat is de DKG met de hoogste gemiddelde meerkosten. Zie de 'Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering' en WOR 584 voor een nadere toelichting.
4. Hulpmiddelenkostengroepen: vier HKG's gebaseerd op het gebruik in $t-1$ van insuline infuuspompen, katheters/urine-opvangzakken, stomamiddelen en tracheo-stomamiddelen; plus een risicogroep voor verzekerden die deze middelen niet hebben gebruikt (in totaal vijf risicogroepen). Van verzekerden die in meerdere HKG's zijn ingedeeld, telt ook hier alleen de HKG met de hoogste gemiddelde meerkosten. Zie WOR 631 voor een nadere toelichting.
5. Aard van het inkomen (Avl) x leeftijd: arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden, studenten, zelfstandigen en overigen (mensen in loondienst, WW'ers et cetera en medeverzekerden van 18 tot 65 jaar), onderscheiden naar vier leeftijdsgroepen (18–

³ Op de indeling van verzekerden bij de 23 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.

- 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 (in totaal 18 risicogroepen).^{4,5}
6. Regio: 10 clusters van viercijferige postcodegebieden specifiek voor het somatische vereveningsmodel.
 7. Sociaaleconomische status (SES) x leeftijd: indeling van verzekerden in drie groepen op basis van het gemiddeld adresinkomen (laag, midden en hoog inkomen) in jaar t plus een aparte groep voor verzekerden woonachtig op adressen met meer dan 15 bewoners. Het risicovereveningsmodel 2014 houdt rekening met deze vier groepen in interactie met drie leeftijdscategorieën: 0–17 jaar, 18–64, en 65+ (4 x 3 = 12 risicogroepen).
 8. Meerjarig hoge kosten (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 een 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). Hierbij worden verzekerden uitsluitend ingedeeld in de meest selectieve klasse. Zo wordt iemand met 3x kosten in de top-1,5% uitsluitend ingedeeld in de betreffende klasse (en niet ook nog eens bij 3x kosten in de top-4%). Verzekerden die niet zijn ingedeeld in deze zes klassen komen in een aparte klasse (zeven risicogroepen).

In totaal onderscheidt het somatische vereveningsmodel 132 (= 40 + 24 + 16 + 5 + 18 + 10 + 12 + 7) risicogroepen (of 133, als we bij de aard van het inkomen de 0–17-jarigen en de 65-plussers als afzonderlijke risicogroepen tellen). Ten opzichte van het vereveningsmodel 2013 zijn er vijf risicogroepen bijgekomen voor HKG plus één voor Avl/studenten, terwijl één risicogroep is vervallen, namelijk de FKG voor groeihormonen.

Zoals beschreven in de rapportage over de Gegevensfase (WOR 648) heeft CVZ de meeste informatie over de vereveningscriteria van het somatische model kant-en-klaar voor analyse aangeleverd. Uitzonderingen zijn leeftijd en geslacht (afkomstig uit BASIC), HKG [afgeleid als onderdeel van het HKG-onderzoek van afgelopen voorjaar (WOR 631)], regio (vastgesteld in appendix A van WOR 649) en MHK (door iBMG bepaald op basis van de onderzoeksbestanden waarop de vereveningsmodellen van de afgelopen jaren zijn geschat; paragraaf 3.7 van WOR 648).

⁴ De Avl-klasse voor studenten heeft betrekking op Zwv-verzekerden van 18 tot en met 34 jaar die op 1 oktober van het vereveningsjaar staan ingeschreven bij een HBO of universiteit, en die **geen** arbeidsongeschiktheids- of bijstandsuitkering krijgen.

⁵ 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) studenten (18–34 jaar); (5) zelfstandigen (exclusief degenen die tevens in loondienst zijn dan wel een WW- of andere uitkering hebben); (6) werknemers, WW'ers en overigen van 18 tot en met 64 jaar.

Dit rest van dit hoofdstuk gaat achtereenvolgens in op de structuur van het somatische vereveningsmodel (paragraaf 2.2), de herweging van het onderzoeksbestand naar de verzekerdenpopulatie van 2014 (paragraaf 2.3), de schaling naar het MPB van 2014 (paragraaf 2.4) en op de schattingsmethode met de bijbehorende restricties (paragraaf 2.5).

2.2. Structuur vereveningsmodel

Het vereveningsmodel voor de somatische zorg onderscheidt vooralsnog de kosten van overige prestaties en de variabele kosten van medisch-specialistische zorg (voorheen: ziekenhuiszorg-variabel plus vrije segment).⁶ Hiervoor worden dan ook afzonderlijke modellen geschat, met precies dezelfde set van verklarende variabelen, i.e. de 132 risicogroepen beschreven in de vorige paragraaf, omgezet naar dummy (0/1) variabelen.

De twee modellen zijn geschat met de kleinstekwadratenmethode, dat wil zeggen: de naar het MPB 2014 opgehoogde kosten zijn met de kleinstekwadratenmethode (multivariaat) geregresseerd op de acht vereveningscriteria (analyse-niveau: de 16,8 miljoen afzonderlijke records in het onderzoeksbestand 2011, herwogen naar de CVZ-verzekerdenraming voor 2014 met de in paragraaf 2.3 beschreven RAS-methode).

Diverse restricties op de geschatte normbedragen (zie paragraaf 2.5) zorgen er voor dat het totale MPB in eerste instantie wordt verdeeld op basis van leeftijd en geslacht, waarna de som van de normbedragen van elk van de andere vereveningscriteria afzonderlijk, op macroniveau optelt tot nul.

De normbedragen zullen worden afgerond op eurocenten. Hierdoor kan de som van de normbedragen op macroniveau zeer beperkt afwijken van het MPB. Evenals voorgaande jaren vindt hiervoor geen correctie plaats: als gevolg van de verzekerden-nacalculatie zal achteraf toch al niet precies op het MPB worden uitgekomen. Voor het somatische vereveningsmodel van 2013 bedroeg de afwijking van het MPB als gevolg van de afronding van de normbedragen per saldo rond de 18.000 euro en voor 2014 is dat nu 6.000 euro; dit is verwaarloosbaar op het totale MPB van ongeveer 36 miljard euro voor de somatische zorg.

2.3. Herweging naar CVZ-verzekerdenraming 2014

⁶ De bepaling van de vereveningsbijdrage voor de vaste zorgkosten per verzekeraar blijft hier buiten beschouwing.

Hoewel ook in 2011 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 voor hen een gewicht te hanteren dat gelijk is aan de inschrijfduur gedeeld door 365. Voor een verzekerde die bijvoorbeeld alleen de eerste 6 dagen van januari 2011 stond ingeschreven en in die periode 2.000 euro aan zorgkosten 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 uitkomsten.⁷ Bij de schatting van de modellen worden de records in de onderzoeksbestanden gewogen met het hier beschreven gewicht.

Uiteraard zal de (verwachte) samenstelling van de Zvw-populatie in 2014 voor de in paragraaf 2.1 opgesomde 132 risicogroepen niet (precies) gelijk zijn aan die van 2011 zoals waargenomen in het onderzoeksbestand van 2011, gewogen met inschrijfduur. Dit komt enerzijds door de selecties vanwege onbruikbare data – hieronder vallen ook Zvw-verzekerden woonachtig in het buitenland – (zie WOR 648, Tabel 2.2), en anderzijds door de bevolkingsontwikkeling. Het CVZ heeft daarom voor de Zvw-populatie van 2014 een naar leeftijd/geslacht uitgesplitste verzekerdenraming gemaakt [gebaseerd op onder meer de bevolkingsprognoses voor 2014 van het CBS en het PersoonsKenmerkenBestand (PKB) van het CVZ d.d. juni 2013]. Hiermee hebben wij het onderzoeksbestand herwogen, per record rekening houdend met de zojuist beschreven weging voor de inschrijfduur.

Speciaal voor de herweging heeft het CVZ een spreadsheet aangeleverd met de verzekerdenraming 2014, bestaande uit zeven tabellen met uitsplitsingen naar leeftijd/geslacht van elk van de andere (zeven) vereveningscriteria.⁸ Hieruit hebben wij de volgende 30 één-dimensionale tabellen afgeleid:⁹

⁷ De programmatuur checkt of records zoals in het voorbeeld door de herweging wellicht vaak (meer dan 5x) gaan meetellen bij het schatten van de modellen. Dat blijkt niet het geval te zijn.

⁸ In de oorspronkelijke verzekerdenraming 2014 van CVZ komen ruim 170.000 verzekerdenjaren voor waarvan het regiocluster, de SES en de HKG-indeling 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 betreffende risicogroepen in het vereveningsmodel, 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 (afgerond) 55% uitkomt van het normbedrag voor FKG0, en het gemiddelde normbedrag voor DKG'ers op (afgerond) 50% van het normbedrag voor DKG0.

⁹ Voor indelingen (4) tot en met (7) is leeftijd opgesplitst in dezelfde 20 klassen die het vereveningsmodel zelf onderscheidt. Daarentegen zijn voor indelingen (1) tot en met (3) zes leeftijdsgroepen van elk in principe 15 jaar gebruikt omdat anders de aantallen verzekerden per subgroep te klein worden.

1. FKG's naar leeftijd – in klassen van 15 jaar – en geslacht: 24 één-dimensionale tabellen met elk $6 \times 2 \times 2 = 24$ categorieën;¹⁰
2. DKG's naar leeftijd – in klassen van 15 jaar – en geslacht: één tabel met $16 \times 6 \times 2 = 192$ categorieën;
3. HKG's naar leeftijd – in klassen van 15 jaar – en geslacht: één tabel met $5 \times 6 \times 2 = 60$ categorieën;
4. Avl uitgesplitst naar leeftijd en geslacht: één tabel met in totaal 100 categorieën (< 18 jaar: $5 \times 1 \times 2 = 10$; $18 \leq \text{leeftijd} \leq 64$: $9 \times 4 \times 2 + 3 \times 1 \times 2 = 78$; ≥ 65 : $6 \times 1 \times 2 = 12$ categorieën);
5. 10 regio's voor somatische zorg, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht: één tabel met $10 \times 20 \times 2 = 400$ categorieën;
6. SES naar leeftijd en geslacht: één tabel met $4 \times 20 \times 2 = 160$ categorieën;
7. MHK naar leeftijd en geslacht: één tabel met $7 \times 20 \times 2 = 280$ categorieën, waarvan de 12 categorieën met nuljarigen per definitie leeg zijn, ergo: 268 categorieën.

Dit levert in totaal 30 (= 24 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1) één-dimensionale tabellen op.

Voor de herweging van het onderzoeksbestand 2011 naar de CVZ-verzekerdenraming 2014 is gebruik gemaakt van de RAS-methode. Deze methode, meer in detail beschreven in Bijlage A, combineert bovengenoemde 30 tabellen tot één 30-dimensionale matrix (met in *theorie* ongeveer 44 miljoen cellen). Combinatie met de overeenkomstige matrix berekend op het onderzoeksbestand zelf, geeft vervolgens de benodigde gewichten per subgroep. Als we ten slotte de afzonderlijke waarnemingen in het onderzoeksbestand wegen met deze gewichten, dan leidt dat tot gewogen aantallen verzekerden die, uitgesplitst naar elke combinatie van leeftijd/geslacht met de zeven andere vereveningscriteria, exact overeenkomen met de verzekerdenraming.

Ruim 98% van de subgroepen die in *theorie* zijn te onderscheiden in de 30-dimensionale wegingsmatrix, blijkt in het onderzoeksbestand geen enkele waarneming te bevatten. Voor de ruim 831.000 niet-lege subgroepen in de wegingsmatrix (het aantal subgroepen in de *praktijk*) blijkt 98% van de gewichten tussen de 0,68 en 1,56 te liggen, en 90% tussen 0,83 en 1,27 (gewogen met de omvang van de subgroepen). Deze marges komen goed overeen met die gevonden bij de schatting van de normbedragen voor het risicovereveningsmodel 2013 (WOR 626). Vanwege de toename van het aantal niet-lege subgroepen – van ruim 747.000 naar ruim 831.000 – als gevolg van de uitbreiding met HKG's, zou men juist meer

Vanwege de opgeschoven leeftijdsgrens in de groep 15–24 jaar, bestaan de twee jongste leeftijdsgroepen uit 0–17-jarigen respectievelijk 18–29-jarigen.

¹⁰ Voor elke FKG zijn per combinatie van leeftijd en geslacht 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 de FKG's in totaal 23 tabellen op, plus nog één voor FKG0 (degenen die bij geen enkele FKG zijn ingedeeld), met elk 24 categorieën. Alleen *als* FKG's niet meervoudig zouden kunnen voorkomen, *dan* zou 1 één-dimensionale tabel hier volstaan om de relevante informatie mee te laten wegen in de RAS-methode; nu zijn er 24 tabellen nodig.

spreiding in de gewichten verwachten. Dat we desondanks vrijwel dezelfde spreiding vinden duidt erop dat het onderzoeksbestand 2011 een betere afspiegeling is van de Nederlandse Zwv-populatie dan het onderzoeksbestand 2010. De reden is dat nu alle volmachtverzekerden in het onderzoeksbestand zijn opgenomen, waar deze in het onderzoeksbestand van 2010 nog deels ontbraken. De grootste gewichten – groter dan 1 – treffen we aan voor jonge bijstandsgerechtigden: dit gaat om mensen die voorheen onder de WIJ vielen en in het onderzoeksbestand bij de referentiegroep waren ingedeeld.

2.4. Schaling naar macro-prestatiebedragen 2014

Na koppeling van de gewichten uit de 30-dimensionale wegingsmatrix aan het onderzoeksbestand met kostengegevens van 2011, zijn de gewogen gemiddelde kosten per verzekerdenjaar berekend voor 14 deelprestaties:

1. ziekenvervoer;
2. huisartsenzorg;
3. paramedische zorg;
4. farmaceutische zorg;
5. verloskunde;
6. kraamzorg;
7. hulpmiddelen;
8. mondzorg;
9. ketenzorg;
10. eerstelijnsdiagnostiek;
11. variabele kosten van medisch-specialistische zorg;
12. vaste zorgkosten;
13. tweedelijnsverloskunde;
14. geneeskundige GGZ.

De kosten van deelprestaties (1) tot en met (8) zijn – waar nodig in bijgewerkte vorm (zie WOR 648) – afkomstig uit BASIC. De kosten van ketenzorg (voor diabetes, COPD, en hartfalen en verhoogd risico hart- en vaatziekten) zijn afgeleid uit de variabele 'overige kosten' in BASIC, gecombineerd met FKG-informatie (zie WOR 648, pagina 17). Informatie over deelprestaties (10) tot en met (13) komen, na conversie en toedeling door Vektis (WOR 647), uit IZiZ en betreffen dus kosten gemaakt in het ziekenhuis. De kosten van de geneeskundige GGZ zijn bepaald in WOR 648 (paragraaf 2.5.4), mede rekening houdend met de verwachte kostenverschuivingen ten gevolge van de invoering van de Basis GGZ per 2014.

Het ministerie van VWS heeft ons voor elk van deze deelprestaties afzonderlijk het macro-prestatiebedrag (MPB) geleverd, uitgaande van de VWS-begroting voor 2014. De

verhoudingen van de gemiddelde kosten in het herwogen onderzoeksbestand ten opzichte van de overeenkomstige cijfers van het MPB geven in principe 14 ophoogfactoren. Tabel 2.1 geeft een overzicht van de ophoogfactoren, waarbij – op verzoek van VWS – de informatie over de tien componenten van overige prestaties is samengevat.¹¹

Tabel 2.1. MPB 2014 en ophoogfactoren van het onderzoeksbestand 2011 (na herweging naar de CVZ-verzekerdenraming) naar het MPB

	Bedragen in	Bedragen in euro's, per		Ophoog- factoren
	mln. euro's	verzekerdenjaar		
	MPB 2014	MPB 2014 ^a	WOR 2011	
Overige prestaties	13.663,3	813,58	740,90	1,09810
Variabele kosten med.-spec. zorg	19.136,6	1.139,49	1.085,15	1,05008
Vaste kosten med.-spec. zorg ^b	1.776,7	105,79	64,63	1,63692
Geneeskundige GGZ (18-plus) ^{b,c}	3.739,0	222,64	202,21	1,10103
Rest ^d	1.518,2	---	---	---
MPB totaal	39.833,8	---	---	---

^a De gemiddelde bedragen van het MPB 2014 zijn berekend door de macrobedragen te delen door het aantal verzekerdenjaren voor 2014 uit de verzekerdenraming van het CVZ: 16.794.000.

^b De vaste kosten van medisch-specialistische zorg en de kosten van de geneeskundige GGZ (18-plus) worden hier ook opgehoogd omdat deze meetellen voor het verplicht eigen risico en daarmee van belang zijn in het eigenrisicomodel (hoofdstuk 4). De tabel vermeldt alleen de GGZ-kosten van volwassenen (doch wel gedeeld door het totaal aantal geraamde verzekerdenjaren van 16.794.000).

^c Tabel 3.1 meldt een ophoogfactor van 1,0843 voor de kosten van de geneeskundige GGZ. Het verschil met de 1,1010 uit deze tabel wordt veroorzaakt doordat in hoofdstuk 4 een andere, specifiek op de GGZ toegesneden verzekerdenraming is gebruikt.

^d Voor de volledigheid meldt de tabel ook het deel van het MPB dat geen rol speelt bij de schatting van de normbedragen. Dat betreft de (vaste) kosten van geriatrische revalidatie, kinder- en jeugdpsychiatrie en dyslexie (samen 1.518,2 miljoen euro). In principe valt eerstgenoemde zorgcomponent onder het verplicht eigen risico maar in het onderzoeksbestand weten we alleen ja/nee gebruik van deze zorg (zie hoofdstuk 4 voor de wijze waarop deze informatie bij de schatting van het eigenrisicomodel is betrokken).

Tabel 2.1 laat een ophoogfactor van 1,0981 zien voor overige prestaties. (Benadrukt zij dat bij de databewerkingen feitelijk is gewerkt met tien ophoogfactoren voor de tien afzonderlijke componenten van overige prestaties.) Bij deze forse ophoging dient men te bedenken dat er drie jaren liggen tussen de gegevens waarop we het model schatten – 2011 – en het jaar waarop het geschatte model van toepassing is – 2014. Daar staat tegenover dat het kostenniveau, zoals waargenomen in het onderzoeksbestand met kostengegevens van 2011, al is gestegen door de herweging naar de verzekerdenraming 2014. Een nadere analyse wees uit dat de herweging *zelf* al zorgt voor een overall stijging van de gemiddelde kosten voor overige prestaties met 2,7%; voor de variabele kosten van medisch-specialistische zorg is dit 2,1%; en voor deze twee deelprestaties samen 2,4%. Dit komt redelijk overeen met de kostenstijging van tussen de 1,9% en 2,2% als gevolg van de vergrijzing die men over een periode van drie jaar mag verwachten.¹²

¹¹ Het MPB 2014 is door het ministerie vastgelegd in de Regeling risicoverevening 2014.

¹² Polder, Barendregt en Oers (2006) berekenen een stijging van de gemiddelde kosten van tussen de 0,61 en 0,71% per jaar vanwege de vergrijzing.

De grote ophoogfactor voor de vaste kosten van medisch-specialistische zorg heeft te maken met het ontbreken van add-ons en expertproducten in het onderzoeksbestand: deze ziekenhuiskosten in het IZiZ-bestand van 2011 konden door Vektis niet worden geconverteerd (van DBC's in 2011 naar DOT-zorgproducten van 2013; WOR 647).

2.5. Schattingsmethode en restricties

De multivariate kleinstekwadratenmethode die we gebruiken om het somatische vereveningsmodel te schatten, zorgt er voor dat de gemiddelde normatieve kosten voor elk van de 132 risicogroepen die het risicovereveningsmodel 2014 expliciet onderscheidt, in principe gelijk zijn aan de gemiddelde werkelijke kosten (afgezien van de – geringe – invloed van de restricties op FKG's en SES). Dit betekent dat als een verzekeraar een representatieve steekproef van – bijvoorbeeld – alle 18- tot 34-jarige arbeidsongeschikten in zijn portefeuille zou hebben, dan mag hij verwachten dat de normatieve kosten voor die groep verzekerden gelijk zijn aan hun werkelijke kosten. Hetzelfde geldt voor de andere 131 risicogroepen in het risicovereveningsmodel somatische zorg 2014.

2.5.1. Bindende restricties

Bij de schatting van het somatische vereveningsmodel zijn zodanige restricties ingebouwd voor de FKG-*risicogroepen* – inclusief FKG0 (i.e. de klasse 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 2013 ook gehanteerd; deze zijn hoofdzakelijk bedoeld voor transparantie en ter vereenvoudiging van de uitvoeringspraktijk (bijvoorbeeld bij de toepassing van macroneutraliteit voor bepaalde vereveningscriteria). 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 geen enkel gevolg hadden voor de uitkomsten van het model; 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 meerdere FKG's tegelijk kunnen worden ingedeeld, zoals met ingang van het risicovereveningsmodel 2007 het geval is geweest. Daarom is het vereveningsmodel van 2007 in een verkennende analyse zowel mét als zónder restricties geschat (WOR 230a, deel I). 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 kostengegevens van het jaar 2009 (WOR 581).

Een gevolg van de restrictie op de normbedragen voor FKG's is dat de gemiddelde **normatieve** kosten per FKG niet meer precies gelijk zijn de gemiddelde **werkelijke** kosten. Voor de FKG's in het somatische vereveningsmodel 2014 is de afwijking maximaal 3,8 euro.

Een tweede bindende restrictie in het somatische vereveningsmodel betreft het normbedrag 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 hun leeftijdsgenoten in SES-klasse 1 (laag gemiddeld adresinkomens). Ook deze restrictie zal enige invloed hebben op de uitkomsten van het model, maar ook daarvoor geldt dat die invloed uiterst gering is, gezien de geringe omvang van de betrokken groep.

2.5.2. Niet-bindende restricties

Naast de bovengenoemde – bindende – restricties worden bij de schatting van het somatische vereveningsmodel ook een aantal niet-bindende restricties gehanteerd, dat wil zeggen: restricties die geen enkele invloed hebben op de verwachte, normatieve kosten die met het model voor individuele verzekerden kunnen worden berekend.

In de eerste plaats gaat het om een restrictie op de geschatte normbedragen voor leeftijd/ geslacht, welke ervoor zorgt dat het totale MPB wordt verdeeld op basis van deze twee vereveningscriteria.

In de tweede plaats is het somatische vereveningsmodel geschat met restricties op de normbedragen van de 18 risicogroepen voor Avl x leeftijd. Deze restricties zorgen ervoor dat **per leeftijdsgroep** (17–34, 35–44, 45–54 en 55–64 jaar) de normbedragen voor de vijf Avl- klassen (arbeidsongeschikten, bijstandsgerechtigden, studenten, zelfstandigen en de referentiegroep) op macroniveau optellen tot nul. Dit voorkomt dat een deel van de leeftijdseffecten 'weglekt' via de interactie tussen Avl en leeftijd. Voor SES x leeftijd is hetzelfde type restricties ingebouwd, om dezelfde reden.

In de derde plaats zijn voor de 16 DKG's restricties gehanteerd die ervoor zorgen dat de som van de betreffende normbedragen op macroniveau uitkomt op nul. Hetzelfde is gedaan – afzonderlijk – voor de vijf HKG-klassen, de zeven MHK-klassen en de tien regio's.

Nogmaals zij benadrukt dat deze – niet-bindende – restricties geen enkele invloed hebben op de normatieve kosten die voor een individuele verzekerde met het model 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 restricties worden hoofdzakelijk toegepast ter vergroting van de transparantie van de

resulterende sets van normbedragen en ter vereenvoudiging van de uitvoering van de risicoverevening.

2.5.3. *Negatieve normkosten*

In de Overall Toets van dit jaar (WOR 649) bleek het Uitgangsmodel 2014 voor een handvol verzekerden normatieve kosten kleiner dan 0 te genereren, mede als gevolg van de combinatie van negatieve normbedragen voor zowel de FKG van transplantatie als voor de nieuwe Avl-klasse van studenten. Na schatting van het definitieve vereveningsmodel 2014 op de herwogen en geschaalde versie van hetzelfde onderzoeksbestand als gebruikt in WOR 649, blijkt dit niet meer voor te komen: de normatieve kosten van alle verzekerden liggen boven de 55 euro. Een mogelijke verklaring is dat de deelprestatie(s) die in de Overall Toets zorgde(n) voor negatieve normkosten, bij de schaling naar het MPB van 2014 relatief minder sterk zijn opgehoogd dan de andere deelprestaties.

3. Vereveningsmodel voor geneeskundige GGZ

3.1. Vereveningscriteria

Het risicovereveningsmodel 2014 voor de geneeskundige GGZ – dat zich beperkt tot verzekerden van 18 jaar en ouder – bevat acht vereveningscriteria met 84 risicogroepen:

1. Leeftijd/geslacht: op dezelfde manier gedefinieerd als in paragraaf 2.1 voor het somatische model (15 x 2 = 30 risicogroepen).
2. Zeven FKG's voor psychische aandoeningen gebaseerd op extramuraal afgeleverde farmacierecepten in t-1, plus een restgroep voor verzekerden die in geen enkele psychische FKG zijn ingedeeld (in totaal acht risicogroepen). Verzekerden kunnen bij meerdere psychische FKG's tegelijk zijn ingedeeld, behoudens enkele restricties.¹³
3. Vijf DKG's voor psychische aandoeningen gebaseerd op DBC's van intramurale GGZ-behandelingen in t-1, plus een risicogroep voor verzekerden die in geen enkele psychische DKG zijn ingedeeld (in totaal zes risicogroepen). Van verzekerden die in eerste instantie in meerdere DKG's zijn ingedeeld, telt alleen de zwaarste mee; dat wil zeggen: de DKG met de hoogste gemiddelde meerkosten. Een extra voorwaarde voor indeling bij een psychische DKG is dat men in t-2 gebruik heeft gemaakt van de geneeskundige GGZ.
4. Avl: op dezelfde manier gedefinieerd als in paragraaf 2.1 voor het somatische model, dus inclusief de klasse voor studenten (18 risicogroepen).
5. Regio: 10 clusters van viercijferige postcodegebieden specifiek voor het GGZ-model;
6. SES: op dezelfde manier gedefinieerd als in paragraaf 2.1 voor het somatische model (acht risicogroepen).
7. Eenpersoonsadres: de verzekerde woont wel of niet alleen (twee risicogroepen).
8. Lage kostendrempel: de verzekerde heeft wel of niet meer dan 550 euro aan GGZ-kosten gehad in t-1 (twee risicogroepen); een verzekerde die al bij een psychische DKG is ingedeeld, komt automatisch in de 'niet'-klasse.¹⁴

In totaal onderscheidt het GGZ-model 84 (= 30 + 8 + 6 + 10 + 18 + 8 + 2 + 2) risicogroepen. Ten opzichte van het vereveningsmodel 2013 zijn er zes risicogroepen bijgekomen voor psychische DKG's plus één voor Avl/studenten, terwijl er twee risicogroepen zijn vervallen, namelijk voor het wel/niet overschrijden van de hoge kostendrempel in t-1.

Zoals beschreven in de rapportage van de Gegevensfase (WOR 648) heeft CVZ de meeste informatie over de vereveningscriteria van het GGZ-model kant-en-klaar voor analyse

¹³ De restricties hebben betrekking op bipolaire stoornissen (verzekerden in de FKG 'Bipolair stoornis complex' kunnen niet ook worden ingedeeld bij 'Bipolair stoornis regulier') en op psychose (verzekerden in de FKG 'Psychose depot' kunnen niet ook worden ingedeeld bij 'Psychose').

¹⁴ In het onderzoeksbestand – waar t-1 betrekking heeft op 2010 – is feitelijk een kostendrempel van 507,60 euro aangehouden.

aangeleverd. Uitzonderingen zijn leeftijd en geslacht (afkomstig uit BASIC) en regio (vastgesteld in appendix C van WOR 649).

De rest van dit hoofdstuk gaat achtereenvolgens in op de structuur van het vereveningsmodel voor de GGZ (paragraaf 3.2), de herweging van het onderzoeksbestand naar 2014 (paragraaf 3.3), de schaling naar het MPB van 2014 (paragraaf 3.4) en op de schattingsmethode met de bijbehorende restricties (paragraaf 3.5). Paragraaf 3.4 schenkt ook aandacht aan de omvang van de hogekostencompensatie (HKC)

3.2. Structuur vereveningsmodel

Qua structuur wijkt het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ op twee aspecten af van het somatische model: in de eerste plaats beperkt het model zich tot 18-plussers. De GGZ-kosten van 18-minners vormen onderdeel van de vaste zorgkosten, waarvoor 100% nacalculatie geldt.

In de tweede plaats is er vanwege de HKC feitelijk sprake van twee vereveningsmodellen:

1. een model voor de ex-ante toekenning van de vereveningsbijdrage aan de afzonderlijke zorgverzekeraars gebaseerd op de verwachte, totale kosten van de geneeskundige GGZ (dus niet gecorrigeerd voor HKC);
2. een model voor de ex-post vaststelling van de uiteindelijke vereveningsbijdrage gebaseerd op de risicodragende (norm)kosten (dus gecorrigeerd voor HKC).

Deze modellen worden in dit rapport aangeduid met 'ex-ante GGZ-model' respectievelijk 'ex-post GGZ-model'.

Voor het ex-post GGZ-model vormen de kosten minus het deel dat in de HKC-pool terechtkomt (90% van de kosten boven de HKC-drempel) de te verklaren variabele bij de schatting. Uiteraard levert schatting van dat model gemiddelde normatieve kosten per verzekerde op die beduidend lager zijn dan het gemiddelde van de totale GGZ-kosten: in paragraaf 3.4 zal blijken dat het verschil 20,7% bedraagt. Om ervoor te zorgen dat de normbedragen na correctie voor HKC weer optellen tot het MPB 2014 voor de geneeskundige GGZ, worden deze normbedragen opgehoogd met een correctiefactor, die afgerond $1,26 [\approx 1 / (1 - 0,207)]$ bedraagt.

Evenals bij het somatische model zorgen restricties op de geschatte normbedragen (zie paragraaf 3.5) er voor dat het totale MPB in eerste instantie wordt verdeeld op basis van leeftijd en geslacht, waarna de som van de normbedragen van elk van de andere vereveningscriteria afzonderlijk, op macroniveau optelt tot nul.¹⁵

¹⁵ Evenals bij het somatische model (zie paragraaf 2.2) wijkt de som van de normbedragen op macroniveau als gevolg van afrondingen enigszins af van het MPB. Voor het ex-ante GGZ-model

3.3. Herweging naar CVZ-verzekerdenraming 2014

Vanzelfsprekend wijkt het aantal verzekerdenjaren in het GGZ-onderzoeksbestand 2011 door veranderingen in de omvang en samenstelling van de verzekerdenpopulatie af van de verzekerdenraming 2014 van het CVZ. Daarom wordt het GGZ-onderzoeksbestand herwogen naar het niveau van de verzekerdenraming 2014 van het CVZ, op dezelfde manier als het onderzoeksbestand voor de somatische zorg (paragraaf 2.3). Voor de herweging heeft het CVZ een spreadsheet aangeleverd met de verzekerdenraming 2014 specifiek voor het GGZ-model, bestaande uit zeven tabellen met uitsplitsingen naar leeftijd/geslacht van elk van de andere (zeven) vereveningscriteria.¹⁶ Daaruit hebben wij de volgende 14 één-dimensionale tabellen afgeleid:¹⁷

1. acht FKG's voor psychische aandoeningen (inclusief de klasse voor geen FKG) naar leeftijd – in klassen van 15 jaar – en geslacht: acht één-dimensionale tabellen met elk $5 \times 2 \times 2 = 20$ categorieën;
2. zes DKG's voor psychische aandoeningen (inclusief DKG0) naar leeftijd – in klassen van 15 jaar – en geslacht: één tabel met $6 \times 5 \times 2 = 60$ categorieën;
3. Avl uitgesplitst naar leeftijd en geslacht: één tabel met in totaal 90 categorieën ($18 \leq \text{leeftijd} \leq 64: 9 \times 4 \times 2 + 3 \times 1 \times 2 = 78; \geq 65: 6 \times 1 \times 2 = 12$ categorieën);
4. 10 regio's voor GGZ-kosten, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht: één tabel met $10 \times 15 \times 2 = 300$ categorieën;
5. vier SES-klassen naar leeftijd en geslacht: één tabel met $4 \times 15 \times 2 = 120$ categorieën;
6. eenpersoonsadres (wel/niet) naar leeftijd en geslacht: één tabel met $2 \times 15 \times 2 = 60$ categorieën;
7. lage kostendrempel (wel/niet) naar leeftijd en geslacht: één tabel met $2 \times 15 \times 2 = 60$ categorieën.

Dit levert in totaal 14 (= 8 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1 + 1) één-dimensionale tabellen op.

2014 bedraagt de afwijking 151.000 euro; voor het ex-post model is dat 104.000 euro. Beide bedragen zijn verwaarloosbaar op het MPB van ruim 3,7 miljard euro voor de geneeskundige GGZ van volwassenen.

¹⁶ Op soortgelijke wijze als voor het somatische model (zie paragraaf 2.3) heeft CVZ de oorspronkelijke verzekerdenraming opgeplust voor verzekerden met (deels) onbekende waarden van de vereveningscriteria (dit betreft vrijwel uitsluitend Zvw-verzekerden woonachtig in het buitenland). Voor wat betreft psychische FKG's heeft CVZ daarbij een procedure gehanteerd die ervan uitgaat dat het gemiddelde normbedrag voor FKG'ers in deze groep op (afgerond) 50% uitkomt van het normbedrag voor FKG0. Voor wat betreft de andere vereveningscriteria zijn deze verzekerden naar rato verdeeld, rekening houdend met leeftijd en geslacht.

¹⁷ Voor indelingen (3) tot en met (7) is leeftijd opgesplitst in dezelfde 15 klassen die het vereveningsmodel zelf onderscheidt voor 18-plussers. Daarentegen zijn voor indelingen (1) en (2) vijf leeftijdsgroepen van elk in principe 15 jaar gebruikt omdat anders de aantallen verzekerden per subgroep te klein worden. De jongste leeftijdsgroep bevat de 18–29-jarigen.

Op dezelfde manier als voor het somatische model (zie paragraaf 2.3) hebben wij aan de hand van deze tabellen en gebruikmakend van de RAS-methode het GGZ-onderzoeksbestand herwogen naar de GGZ-specifieke verzekerdenraming 2014. Voor de ruim 106.000 niet-lege subgroepen in de 14-dimensionale wegingsmatrix blijkt 98% van de gewichten tussen de 0,65 en 1,58 te liggen, en 90% tussen 0,82 en 1,28 (gewogen met de omvang van de subgroepen).

De rapportage over de schatting van de normbedragen 2013 (WOR 626, deel II, paragraaf 3.2) heeft aandacht besteed aan de gevolgen van de herweging voor de GGZ-kosten in het onderzoeksbestand. De conclusie was dat de gemiddelde kosten per verzekerdenjaar door de herweging dalen met 4,0%, vooral als gevolg van een lagere prevalentie van jonge bijstandsgerechtigden in de verzekerdenraming ten opzichte van het onderzoeksbestand. In de huidige analyse zien we juist een stijging van de gemiddelde GGZ-kosten (met 3,6%) ten gevolge van de herweging, mede veroorzaakt door een hogere prevalentie van jonge bijstandsgerechtigden in de verzekerdenraming.

3.4. Schaling naar macro-prestatiebedrag 2014 en omvang HKC-pool

Vervolgens schalen we de kosten naar het macro-prestatiebedrag (MPB) van 2014. Tabel 3.1 vat de berekening van de benodigde ophoogfactor samen.

Tabel 3.1. MPB 2014 en ophoogfactor van het GGZ-onderzoeksbestand 2011 (na herweging naar de CVZ-verzekerdenraming) naar het MPB

	Bedragen in	Bedragen in euro's, per		Ophoog- factor
	mln. euro's	MPB 2014 ^a	WOR 2011	
Geneeskundige GGZ ^b	3.739,0	279,64	257,90	1,08429

^a Het gemiddelde bedrag van het MPB 2014 is berekend door het macrobedrag te delen door het aantal verzekerdenjaren van 18-plussers uit de verzekerdenraming van het CVZ voor 2014: 13.371.000.

^b De hier gevonden ophoogfactor wijkt af van die gevonden in Tabel 2.1 doordat in hoofdstuk 2 een andere, op het somatische vereveningsmodel toegesneden verzekerdenraming is gebruikt.

De gemiddelde kosten in het GGZ-onderzoeksbestand – na herweging: 257,90 euro per verzekerdenjaar – wijken om twee redenen af van die in Tabel 2.1, met ophoogfactoren voor het somatische onderzoeksbestand. In de eerste plaats zijn in die tabel de GGZ-kosten van 18-plussers gerelateerd aan *alle* verzekerden (in plaats van aan de verzekerden van 18 jaar en ouder, zoals in Tabel 3.1). In de tweede plaats is voor Tabel 2.1 een andere niet specifiek op de geneeskundige GGZ toegesneden herweging van het onderzoeksbestand gehanteerd.

Na herweging en schaling kunnen we de (verwachte) omvang van de HKC-pool vaststellen. De HKC-drempel voor de geneeskundige GGZ is met ingang van 2014 verhoogd van 10.000 naar 25.000 euro. De kosten boven de HKC-drempel worden voor 90% verevend. Tabel 3.2 laat zien dat van de totale GGZ-kosten voor volwassenen naar verwachting 20,7% in de HKC-pool terecht komt; voor 2013 – met een HKC-drempel van 10.000 euro – was dit bijna het dubbele, namelijk 39,5%. Die 20,7% komt voor rekening van slechts 0,2% van alle verzekerden van 18 jaar en ouder.

Tabel 3.2. Omvang HKC-pool (GGZ-onderzoeksbestand 2011, na herweging en schaling naar 2014)

	% verzekerdenjaren	Gemiddelde kosten	% kosten
Risicodragende kosten	99,8	221,79	79,3
HKC-pool	0,2	57,85	20,7
Totaal	100	279,64	100

3.5. Schattingsmethode en restricties

In voorgaande jaren is gebleken dat schatting van het GGZ-model met de kleinste-kwadratenmethode (OLS), verwachte, normatieve kosten kan opleveren die kleiner zijn dan nul. Daarom is vanaf het vereveningsjaar 2010 gebruikgemaakt van een aangepaste versie van OLS, te weten Restricted OLS (ROLS), waarin de restrictie is opgelegd dat de normatieve kosten van individuele verzekerden altijd groter of gelijk aan nul moeten zijn. Inmiddels is ROLS vervangen door een kwadratische programmeringsmethode (QP) die beter overweg kan met de (meervoudige) FKG's waarmee het GGZ-model per 2012 is uitgebreid.

3.5.1. Bindende restricties

De belangrijkste restrictie in het GGZ-model is dat het model niet mag leiden tot negatieve verwachte, normatieve kosten. In de praktijk komen de gevolgen van deze (bindende) restrictie vooral tot uiting in de normbedragen van het regiocriterium, waarvan het bereik duidelijk wordt ingeperkt. Echter, ook bij bepaalde, vooral oudere, leeftijdsgroepen wordt het bereik ingeperkt.

Een tweede bindende restrictie in het GGZ-model betreft de psychische FKG's: analoog aan het somatische model (zie paragraaf 2.5.1) is bij de schatting van het model een zodanige restrictie opgelegd dat de normbedragen van alle psychische FKG's – inclusief FKG0, voor degenen die bij geen enkele psychische FKG zijn ingedeeld – op macroniveau optellen tot nul.

3.5.2. Niet-bindende restricties

De niet-bindende restricties in het GGZ-model – die dus geen enkele invloed hebben op de verwachte, normatieve kosten die met het model kunnen worden berekend – voor leeftijd/ geslacht, psychische DKG's, Avl, regio en SES zijn analoog gedefinieerd aan die in het somatische model (paragraaf 2.5.2).

Ook voor de twee klassen van het vereveningscriterium van eenpersoonsadres is gezorgd dat de normbedragen op macroniveau, gewogen met de prevalenties, optellen tot nul. Hetzelfde is gedaan voor de twee klassen van het criterium voor lage kosten in $t-1$.

4. Vereveningsmodel voor eigen betalingen onder het eigen risico

4.1. Vereveningscriteria

In 2014 bedraagt het verplicht eigen risico voor volwassen verzekerden (18+) in de Zvw 360 euro per kalenderjaar. Het verplicht eigen risico houdt in dat verzekerden de zorgkosten onder dit bedrag in principe zelf moeten betalen [in 2014: **exclusief** huisarts, verloskunde¹⁸, kraamzorg en ketenzorg, doch **inclusief** de vaste zorgkosten (waaronder de geriatrische revalidatiezorg¹⁹) en de geneeskundige GGZ], waardoor die kosten niet ten laste van de zorgverzekeraars komen. Verzekeraars met veel oudere/ongezonde verzekerden raken daardoor meer kosten 'kwijt' dan verzekeraars met een jonge/gezonde portefeuille. Dit kan leiden tot een verstoring van het gelijke speelveld tussen verzekeraars. Om hiervoor te corrigeren, bevat het risicovereveningssysteem een normatief model dat de kosten onder het eigenrisicobedrag (de 'eigen betalingen') moet verevenen.

Het eigenrisicomodel van 2014 gaat er vanuit dat verzekerden met een FKG of DKG dan wel ingedeeld bij MHK>0 (hierna: FKG≠DKG≠MHK≠0), vrijwel allemaal het eigenrisicobedrag zullen volmaken.²⁰ Het model zelf heeft vervolgens alleen betrekking op de complementaire groep (met FKG=DKG=MHK=0). Het eigenrisicomodel van 2014 bevat drie vereveningscriteria met in totaal 58 risicogroepen:

1. Leeftijd/geslacht: op dezelfde manier gedefinieerd als in paragraaf 2.1 voor het somatische model (15 x 2 = 30 risicogroepen);
2. Avl: op dezelfde manier gedefinieerd als in paragraaf 2.1 voor het somatische model, dus inclusief de klasse voor studenten (18 risicogroepen).
3. Regio: 10 clusters van viercijferige postcodegebieden specifiek voor het somatische model, vastgesteld in appendix A van WOR 649.

In het totaal onderscheidt het eigenrisicomodel 58 (= 30 + 18 + 10) risicogroepen. Ten opzichte van het vereveningsmodel 2013 is er één risicogroep bijgekomen, namelijk voor de Avl-klasse van studenten.

Dit rest van dit hoofdstuk gaat achtereenvolgens in op de structuur van het eigenrisicomodel (paragraaf 4.2), de herweging en schaling van het onderzoeksbestand naar 2014

¹⁸ Ook tweedelijnsverloskunde telt niet mee voor het verplicht eigen risico. In eerder WOR-onderzoek werd deze zorg – evenals ketenzorg overigens – wel meegeteld omdat we geen informatie hadden over de betrokken kosten (en die dus niet konden aftrekken van de variabelen waarvan ze deel uitmaken, te weten ziekenhuiszorg en 'overige kosten').

¹⁹ Vanwege de overheveling van geriatrische revalidatiezorg van de AWBZ naar de Zvw per 2013 tellen ook deze kosten mee voor het volmaken van het verplicht eigen risico. (Deze overheveling heeft geen gevolgen voor het somatische vereveningsmodel 2014 omdat de betreffende kosten ook in 2014 nog voor 100% als 'vast' worden aangemerkt.)

²⁰ Merk op: waar in dit hoofdstuk gesproken wordt van FKG's of DKG's wordt steeds bedoeld op de **somatische** varianten daarvan.

(paragrafen 4.3 en 4.4) en op de schattingsmethode met de bijbehorende restricties (paragraaf 4.5).

4.2. Structuur vereveningsmodel

Het eigenrisicomodel wordt geschat op het onderzoeksbestand van de somatische zorg geschaald naar 2014, aangevuld met de GGZ-kosten uit het GGZ-onderzoeksbestand (eveneens geschaald naar 2014) en met een indicator die aangeeft of de betreffende verzekerde al dan niet gebruik heeft gemaakt van geriatrische revalidatiezorg. Is dit laatste het geval, dan nemen we aan dat hij/zij het verplicht eigen risico volledig heeft volgemaakt, de eigen betaling is dan dus per definitie 360 euro (in WOR 649 bleek deze aanname vrijwel altijd correct).

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.

Zoals boven beschreven is het uitgangspunt dat vrijwel alle verzekerden in de groep met $FKG \neq DKG \neq MHK \neq 0$ het eigenrisicobedrag zullen volmaken. Uit onze rapportage van de Gegevensfase (WOR 648, hoofdstuk 7) blijkt dat volwassenen die bij een FKG of DKG zijn ingedeeld en/of meerjarig hoge kosten hebben ($MHK > 0$) inderdaad met een zeer grote kans (bijna 90%) het eigen risico (van 350 euro) zullen volmaken. Voor deze groep wordt met ingang van het vereveningsjaar 2013 uitgegaan van een forfaitair bedrag aan eigen betalingen ten gevolge van het verplichte eigen risico ter waarde van de gemiddelde eigen betaling zoals die in het onderzoek wordt berekend voor deze groep. Het feitelijke eigenrisicomodel heeft dus alleen betrekking op de complementaire groep, met $FKG = DKG = MHK = 0$. De vereveningscriteria in dit model zijn: leeftijd/geslacht, Avl en regio (van somatische zorg).

4.3. Herweging naar CVZ-verzekerdenraming 2014

Het eigenrisicomodel wordt geschat met de herweging naar de verzekerdenraming van het somatische vereveningsmodel beschreven in paragraaf 2.3. Vervolgens worden de geschatte normbedragen gecombineerd met de frequentieverdelingen (van volwassenen met $FKG = DKG = MHK = 0$) naar – afzonderlijk – leeftijd/ geslacht, regio en Avl die CVZ heeft aangeleverd uit de verzekerdenraming 2014. Samen met het product van de gemiddelde eigen betaling in het onderzoeksbestand voor de groep met $FKG \neq DKG \neq MHK \neq 0$ en de

omvang van die groep volgens de verzekerdensraming, levert dit de **verwachte** macro-‘opbrengst’ van het verplichte eigen risico, **gegeven** de onderzoeksbestanden, de herweging naar de CVZ-verzekerdensraming en de schaling naar het MPB vastgesteld door VWS. In het verleden bleek deze **verwachte** opbrengst nogal eens af te wijken van de officiële macro-opbrengst uit het MPB. Om hiervoor te corrigeren passen we een schaling toe.

4.4. Schaling naar macro-prestatiebedrag 2014

In aanvulling op de macro-prestatiebedragen bevat de Regeling risicoverevening een raming van de opbrengst van het verplicht eigen risico. Voor 2014 bedraagt deze raming 3.098,1 miljoen euro. Gecombineerd met de verwachte opbrengst die uit de schatting van het eigenrisicomodel volgt (3.094,5 miljoen euro), geeft dit een schalingsfactor van 1,00115. Hiermee worden de geschatte normbedragen (en het forfaitaire bedrag voor de groep met FKG≠DKG≠MHK≠0) bijgesteld om ervoor te zorgen dat de combinatie van normbedragen en verzekerdensraming precies op de geraamde opbrengst van de Regeling risicoverevening uitkomt 2014. Tabel 4.1 geeft een overzicht.

Tabel 4.1. Eigen betalingen t.g.v. verplicht eigen risico van 360 euro, onderzoeksbestand 2011, herwogen en geschaald naar 2014, alleen 18-plussers

	# Verz.jaren ^a	Bedragen in euro's per verzekerdenjaar		Schalingsfactor
	CVZ-raming 2014	Onderzoeksbestand 2011	Model 2014	
FKG=DKG=MHK=0	9.445.400	187,47	187,68	---
FKG≠DKG≠MHK≠0	3.915.600	338,09	338,48	---
Totaal	13.361.000	231,61	231,88 ^b	1,00115 ^c

^a In de verzekerdensraming 2014 zijn 10.000 gedetineerden verwerkt, die – tijdelijk – geen verplicht eigen risico hebben. Het totaal aantal verzekerden(jaren) in de verzekerdensraming is daarom: 13.371.000 volwassenen minus 10.000 = 13.361.000.

^b De Regeling risicoverevening 2014 meldt 3.098,1 miljoen euro als macro-opbrengst aan eigen betalingen. Gecombineerd met het totaal aantal verzekerden dat onder het verplicht eigen risico valt volgens de verzekerdensraming, geeft dit de geraamde gemiddelde eigen betaling van 231,88 euro.

^c De schalingsfactor is het quotiënt van enerzijds de geraamde gemiddelde eigen betaling die volgt uit de combinatie van MPB en verzekerdensraming, en anderzijds de gemiddelde eigen betaling die uit het herwogen en opgehoogde onderzoeksbestand komt. De schalingsfactor is in de tabel gebruikt voor de bepaling van de gecursiveerde bedragen.

De gemiddelde eigen betaling berekend in het herwogen en geschaalde onderzoeksbestand dient gelijk te worden gesteld aan de geraamde eigen betaling volgens de Regeling risicoverevening 2014 en de verzekerdensraming 2014. Dit betekent schaling met een factor 1,00115, zodat het forfaitaire bedrag voor de groep met FKG≠DKG≠MHK≠0 op 338,48 euro uitkomt en de gemiddelde eigen betaling van de complementaire groep op 187,68 euro. Het

forfaitaire bedrag voor eerstgenoemde groep maakt deel uit van de Regeling risicoverevening 2014.²¹

4.5. Schattingsmethode en restricties

Het eigenrisicomodel wordt met behulp van de kleinstekwadratenmethode geschat op de groep volwassenen met $FKG=DKG=MHK=0$.

De restricties in het eigenrisicomodel voor leeftijd/geslacht, Avl en (somatische) regio zijn analoog gedefinieerd aan die in het somatische model (paragraaf 2.5.2).

Na schatting van het model hebben we gecontroleerd dat de verwachte eigen betalingen voor geen enkele verzekerde onmogelijke waarden – buiten het interval van 0 tot en met 360 euro – oplevert: het minimum en maximum komen uit op 103 respectievelijk 303 euro voor de groep met $FKG=DKG=MHK=0$. De schatting levert dus plausibele waarden op.

²¹ De som van de normbedragen op macroniveau wijkt als gevolg van afrondingen van de normbedragen op eurocenten ongeveer 56.000 euro af van de opbrengst – van ruim 3 miljard euro – volgens het MPB; een verwaarloosbare afwijking.

5. Plausibiliteit normbedragen 2014

5.1. Inleiding

Dit hoofdstuk doet verslag van de plausibiliteitstoets die wij als laatste stap in dit onderzoek hebben uitgevoerd. Deze toets houdt in dat de geschatte normbedragen van 2014 worden vergeleken met die van 2013 (WOR 626). Eventuele verschuivingen moeten kunnen worden verklaard vanuit de volgende oorzaken: (1) veranderingen in de onderliggende data, (2) veranderingen in het vereveningsmodel en/of (3) verschillen in ophoging naar het MPB en herweging naar de verzekerdensraming. Als eventuele verschuivingen inderdaad vanuit deze oorzaken kunnen worden verklaard, zullen de normbedragen plausibel worden geacht.

De plausibiliteitstoets wordt hieronder per model toegelicht. Daarbij worden steeds twee stappen doorlopen. Eerst wordt de verschuiving in normbedragen 2014 ten opzichte van het Uitgangsmodel 2014 bepaald (door vergelijking van bijlage B met WOR 649) en wordt nagegaan of deze verschuiving kan worden verklaard door de ophoging naar het MPB en herweging naar de verzekerdensraming (oorzaak 3). Vervolgens wordt de totale verschuiving in normbedragen van 2013-op-2014 bepaald (door vergelijking van bijlage B met WOR 626). Voor zover de afwijking ten opzichte van het model 2013 verschilt van de afwijking ten opzichte van het Uitgangsmodel zal worden nagegaan of dit verschil wordt verklaard uit veranderingen in de onderliggende data (oorzaak 1) en veranderingen in het vereveningsmodel (oorzaak 2).

De verschuiving in normbedragen wordt uitgedrukt als de Gemiddelde Gewogen Absolute Verandering (GGAV) in normbedragen. Deze maatstaf geeft aan hoeveel euro de geschatte normbedragen van 2014 in absolute zin afwijken van die van het Uitgangsmodel respectievelijk het vereveningsmodel van 2013, gewogen met het aantal verzekerdensjaren per risicoklasse. Hierbij wordt gecorrigeerd voor verschillen in kostenniveaus. De GGAV wordt steeds per model bepaald waarbij binnen het somatische model de 'kosten van overige prestaties' en 'variabele kosten van medisch-specialistische zorg' worden samengenomen. Bij het GGZ-model wordt de GGAV afzonderlijk bepaald voor de normbedragen *exclusief* en *inclusief* de correctie voor hogekostencompensatie (HKC).

5.2. Veranderingen in normbedragen somatische model

Uit Tabel 5.1 blijkt dat de normbedragen ten opzichte van het Uitgangsmodel met gemiddeld 6,6 euro zijn verschoven. Deze verschuiving is kleiner dan bij het vereveningsmodel van 2013 waarvoor de GGAV ten opzichte van het Uitgangsmodel op 11,4 euro uitkwam. Dit spoort met de eerdere bevinding dat de spreiding in herwegingsfactoren verhoudingsgewijs

kleiner is dan vorig jaar (zie paragraaf 2.3). Op het niveau van afzonderlijke risicoklassen zijn de verschuivingen beperkt met uitzondering van de AvI-klasse voor bijstandsgerechtigden van 18-34 jaar en DKG15 (hemofilie). De verklaring voor de relatief grote toename van het normbedrag voor eerstgenoemde risicoklasse is dat de zogenaamde WIJ-groep in het onderzoeksbestand nog was ingedeeld bij de referentieklassie terwijl deze in de verzekerdensraming zijn aangemerkt als bijstandsgerechtigden. Als gevolg van deze wijziging vindt in de klasse van bijstandsgerechtigden van 18-34 jaar een flinke herweging plaats die van invloed is op de gemiddelde kosten en daarmee het normbedrag. De oorzaak van de forse daling van het normbedrag bij DKG15 is dat door een samenloop van toevallige omstandigheden de gemiddelde kosten voor deze zeer kleine groep – ongeveer 1.800 verzekerdenjaren – flink dalen. Door deze daling lopen de normbedragen van de DKG's niet meer geheel monotoon op met het DKG-nummer. Ten slotte valt op dat – evenals voorgaande jaren – de invloed van FKG's en DKG's iets is toegenomen, wat het gevolg is van de toename in prevalenties zoals dit uit de verzekerdensraming van CVZ naar voren komt.

De GGAV ten opzichte van vereveningsmodel 2013 komt op 24,2 euro. De totale verschuiving in normbedragen van 2013-op-2014 is daarmee duidelijk groter dan de verschuiving ten opzichte van het Uitgangsmodel. Op het niveau van afzonderlijke vereveningscriteria zijn de verschuivingen over het algemeen beperkt. Uitzonderingen hierop kunnen goed worden verklaard uit veranderingen in onderliggende data en wijzigingen in het vereveningsmodel. Zo wordt de daling van het normbedrag voor nuljarigen veroorzaakt door een daling van de gemiddelde variabele kosten van medisch-specialistische zorg bij deze groep (WOR 648, paragraaf 5.2). De stijging van de normbedragen voor jongeren en de daling voor ouderen kunnen worden verklaard uit een relatieve kostenstijging respectievelijk kostendaling voor deze groepen (WOR 648, paragraaf 4.2). De toename in het normbedrag voor de hoogste MHK-klasse komt doordat deze groep selectiever is geworden (WOR 649, paragraaf 2.2). De toenames van de normbedragen voor DKG13 en DKG14 zijn gerelateerd aan de gestegen kosten voor nierdialyse (WOR 648). Overige – minder grote – verschuivingen kunnen worden verklaard door de modelwijzigingen, te weten de toevoeging van HKG's, de toevoeging van de AvI-klasse voor studenten, het vervallen van de FKG voor groeihormonen en de actualisatie van het regiocriterium (zie WOR 649, paragraaf 2.5).

Met inachtneming van de bovengenoemde ontwikkelingen komen de patronen van de normbedragen 2014 goed overeen met die van 2013. De gemiddelde verandering is overigens duidelijk lager dan vorig jaar: voor het model van 2013 was de overeenkomstige GGAV 55,6 euro.²²

²² Een kanttekening bij de grote GGAV voor 2013 is dat toen de DKG's zijn uitgebreid met diagnoses van niet-klinische behandelingen, wat grote verschuivingen in de normbedragen tot gevolg had.

Tabel 5.1. GGAV in normbedragen voor somatisch zorg vergeleken met het Uitgangsmodel en het vereveningsmodel van voorgaand jaar (som van overige prestaties en variabele kosten van medisch-specialistische zorg)

	2013	2014
GGAV in normbedragen t.o.v. Uitgangsmodel	11,4	6,6
GGAV in normbedragen t.o.v. model van voorgaand jaar	55,6	24,2

5.3. Veranderingen in normbedragen GGZ-model

Uit Tabel 5.2 blijkt dat de verschuiving in normbedragen ten opzichte van het Uitgangsmodel beperkt is. Voor de normbedragen zónder correctie voor HKC komt de GGAV op 2,4 euro en voor de normbedragen mét correctie voor HKC op 1,8 euro. Rekening houdend met het verschil in macrokosten is deze verschuiving iets groter dan bij het somatische model. Op het niveau van afzonderlijke risicoklassen zijn de verschuivingen beperkt, met uitzondering van de risicoklasse van bijstandsgerechtigden van 18-34 jaar waarvoor het normbedrag relatief sterk toeneemt. De verklaring hiervoor is hetzelfde als die voor de toename van het normbedrag voor dezelfde klasse in het somatische model.

De GGAV ten opzichte van het vereveningsmodel 2013 komt op 12,8 euro voor de normbedragen zónder correctie voor HKC en 9,4 euro voor de normbedragen mét correctie voor HKC. De totale verschuiving in normbedragen van 2013-op-2014 is daarmee wat groter dan de verschuiving ten opzichte van het Uitgangsmodel. Op het niveau van vereveningskenmerken zijn de verschuivingen over het algemeen beperkt. Uitzondering hierop zijn de normbedragen voor psychische FKG's (in vier van de zeven klassen is sprake van een daling van meer dan 500 euro), wat samenhangt met de invoering van psychische DKG's. Ook andere – minder grote – verschuivingen kunnen worden verklaard door wijzigingen in het vereveningsmodel, te weten de toevoeging van psychische DKG's, het vervallen van de hoge kostendrempel, de wijziging van de lage kostendrempel, de toevoeging van de AvI-klasse voor studenten en de actualisatie van het regiocriterium (zie WOR 649 voor een uitgebreidere toelichting). Bij de normbedragen gecorrigeerd voor HKC wordt de verschuiving ten opzichte van 2013 tevens veroorzaakt door de verhoging van de HKC-drempel (van 10.000 naar 25.000 euro).

Met inachtneming van de bovengenoemde ontwikkelingen komen de patronen van de normbedragen 2014 goed overeen met die van 2013.

Tabel 5.2. GGAV in normbedragen voor geestelijke gezondheidszorg vergeleken met het Uitgangsmodel en het vereveningsmodel van voorgaand jaar

	2013		2014	
	Zonder correctie voor HKC	Met correctie Voor HKC	Zonder correctie voor HKC	Met correctie voor HKC
GGAV in normbedragen t.o.v. Uitgangsmodel	n.b.	n.b.	2,4	1,8
GGAV in normbedragen t.o.v. model van voorgaand jaar	n.b.	n.b.	12,8	9,4

5.4. Veranderingen in normbedragen eigenrisicomodel

Tabel 5.3 laat zien dat de verschuivingen in normbedragen voor het eigenrisicomodel zeer gering zijn. Ten opzichte van het Uitgangsmodel 2014 bedraagt de GGAV 1,2 euro. Dit kan goed worden verklaard uit de ophoging naar het MPB en de herweging naar de verzekerdensraming.²³ Ten opzichte van het vereveningsmodel 2013 bedraagt de GGAV 1,0 euro. Dit kan goed het gevolg zijn van de stijging van het eigenrisicobedrag van 350 naar 360 euro en van de veranderingen in het vereveningsmodel (i.e. toevoeging van de Avl-klasse voor studenten, het vervallen van de FKG voor groeihormonen en de actualisatie van het regiocriterium). Ook op het niveau van vereveningskenmerken zijn de veranderingen beperkt. Met inachtneming van deze ontwikkelingen komen de patronen van de normbedragen 2014 goed overeen met die van 2013.

Tabel 5.3. GGAV in normbedragen voor de eigen betalingen onder het eigen risico vergeleken met het Uitgangsmodel en het vereveningsmodel van voorgaand jaar

	2013	2014
GGAV in normbedragen t.o.v. Uitgangsmodel	0,5	1,2
GGAV in normbedragen t.o.v. model van voorgaand jaar	13,0	1,0

5.5. Conclusie

Samenvattend kan worden gesteld dat de patronen in de normbedragen van 2014 goed overeenkomen met die van 2013. Over het algemeen zijn de verschuivingen beperkt. Enkele uitzonderingen hierop kunnen goed worden verklaard door (1) veranderingen in onderliggende data, (2) veranderingen in het vereveningsmodel en/of (3) verschillen als gevolg van ophoging naar het MPB en herweging naar de verzekerdensraming. Concluderend kunnen de geschatte normbedragen 2014 plausibel worden geacht. Dit geldt voor zowel het somatische model als het GGZ-model als het model voor de eigen betalingen onder het verplicht eigen risico.

²³ Een andere factor is dat in de OT nog werd gerekend met een eigen risico van 365 euro en hier met 360 euro.

Bijlage A. Toelichting RAS methode

Voor de herweging van het onderzoeksbestand naar de verzekerdenraming is gebruikgemaakt van de zogenaamde RAS-methode. Dit was nodig omdat de verzekerdenraming van CVZ bestaat uit meerdere **afzonderlijke** indelingen van het aantal verzekerden. Aan de hand van een voorbeeld zullen we toelichten waarom dit problematisch is en op welke wijze de RAS-methode dit probleem oplost.

Stel dat het onderzoeksbestand alleen hoeft te worden gewogen naar:

1. leeftijd/geslacht en regio ($20 \times 2 \times 10 = 400$ subgroepen);
2. leeftijd/geslacht en DKG ($20 \times 2 \times 16 = 640$ subgroepen).

Als het zou gaan om weging naar uitsluitend indeling (1) dan is de oplossing simpel:

- a. bepaal in het onderzoeksbestand het aantal verzekerdenjaren voor elk van de 400 subgroepen;
- b. deel de ramingen door deze aantallen, dit geeft 400 verhoudingsgetallen;
- c. gebruik die verhoudingsgetallen als gewichten voor de afzonderlijke waarnemingen in het onderzoeksbestand.

Met alleen deze weging is het echter onwaarschijnlijk dat de gewogen aantallen verzekerden per leeftijd/geslacht **en DKG** precies uitkomen op de CVZ-raming. De oplossing lijkt te zijn: voer (a), (b) en (c) vervolgens ook uit met de raming naar leeftijd/geslacht en DKG. Echter, dan zal zeer waarschijnlijk de indeling naar leeftijd/geslacht en regio weer niet kloppen. Wel zal deze nieuwe indeling al dichter bij de ramingen liggen dan de oorspronkelijke.

De RAS-methode (ook wel “sample-balancing” of “raking” genoemd) zorgt ervoor dat indelingen (1) en (2) worden gecombineerd met de feitelijke aantallen in het onderzoeksbestand tot een wegingsmatrix (met – in dit geval – $20 \times 2 \times 10 \times 16 = 6.400$ cellen) zodanig dat de toevoeging van deze gewichten aan het onderzoeksbestand leidt tot gewogen aantallen verzekerden die exact overeenkomen met indeling (1) én met indeling (2). In feite komt het erop neer dat de bewerkingen (a), (b), (c) een aantal keer achter elkaar wordt uitgevoerd, afwisselend om raming (1) en raming (2) te benaderen. Na vier iteraties blijkt in dit geval de gewenste wegingsmatrix verkregen te zijn [alle afwijkingen ten opzichte van indelingen (1) en (2) zijn dan kleiner dan 1 verzekerdenjaar].

Dit is een vereenvoudigd voorbeeld. In de praktijk hebben voor het somatische onderzoeksbestand niet te maken met twee indelingen maar met 30 (zie paragraaf 2.3) en voor het GGZ-model met 14 (paragraaf 3.3). Dit betekent dat de bewerkingen (a), (b) en (c)

een flink aantal keer moeten worden uitgevoerd: voor het somatische model 117 keer en voor het GGZ-model 334 keer.

Izrael et al. (2000) hebben de RAS-methode geïmplementeerd in een SAS-macro, uitgaande 'sample-balancing' zoals beschreven door Deming (1943). Wij hebben de betreffende macro opgevraagd en hier toegepast.

Voor een verdere toelichting op de RAS-methode verwijzen wij de geïnteresseerde lezer naar http://en.wikipedia.org/wiki/Iterative_proportional_fitting.

Bijlage B. Normbedragen 2014

Deze bijlage bestaat uit vier delen met per vereveningscriterium de normbedragen voor het jaar 2014. 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 2014. Hetzelfde geldt voor de opbouw en de inhoud.

Bijlage B.1. Normbedragen vereveningsmodel somatische zorg (behorende bij artikelen 5 en 10, eerste lid van de Regeling risicoverevening 2014)

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 verzekerde)

Leeftijd en geslacht		Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestaties
Mannen	0 jaar	3345,71	977,19
	1-4 jaar	843,37	705,54
	5-9 jaar	694,89	802,44
	10-14 jaar	657,09	731,13
	15-17 jaar	705,83	734,72
	18-24 jaar	728,96	566,92
	25-29 jaar	698,67	554,04
	30-34 jaar	697,10	562,67
	35-39 jaar	764,80	597,43
	40-44 jaar	824,30	617,41
	45-49 jaar	938,33	658,18
	50-54 jaar	1054,95	700,77
	55-59 jaar	1312,79	779,45
	60-64 jaar	1487,87	824,88
	65-69 jaar	1818,99	926,95
	70-74 jaar	2203,81	988,09
	75-79 jaar	2507,48	1069,04
80-84 jaar	2527,21	1181,20	
85-89 jaar	2285,04	1375,82	
90+ jaar	2013,59	1706,07	
Vrouwen	0 jaar	2962,75	860,28
	1-4 jaar	727,80	653,07
	5-9 jaar	641,58	732,12
	10-14 jaar	634,71	724,18
	15-17 jaar	737,42	836,01
	18-24 jaar	902,90	771,85
	25-29 jaar	1157,36	1005,40
	30-34 jaar	1250,98	1048,52
	35-39 jaar	1117,98	826,38
	40-44 jaar	982,71	707,58
	45-49 jaar	1055,09	739,40
	50-54 jaar	1136,98	791,74
	55-59 jaar	1223,60	847,54
	60-64 jaar	1321,04	889,72
	65-69 jaar	1515,22	998,37
	70-74 jaar	1741,60	1093,24
	75-79 jaar	1891,04	1221,41
80-84 jaar	1838,99	1386,24	
85-89 jaar	1640,89	1604,18	
90+ jaar	1360,39	1869,67	

Tabel B.1.2. Gewichten voor het criterium FKG's (in euro's per verzekerde)

FKG's	Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestaties
Geen FKG	-71,05	-151,47
Glaucoom	147,69	195,76
Schildklierandoeningen	137,51	74,24
Psychose, Alzheimer en verslaving	-587,95	1148,12
Depressie	111,20	204,35
Neuropathische pijn	483,22	760,30
Hoog cholesterol	137,12	246,73
Diabetes type II zonder hypertensie	108,99	643,51
COPD/ Zware astma	647,08	1070,45
Astma	212,76	514,17
Diabetes type II met hypertensie	276,10	814,46
Epilepsie	327,08	657,05
Ziekte van Crohn/ Colitis Ulcerosa	533,10	458,67
Hartaandoeningen	1150,15	353,70
Reuma	445,00	148,69
Parkinson	-481,60	2275,53
Diabetes type I	225,16	1363,88
Transplantaties	-1013,83	662,08
Cystic fibrosis/pancreasenzymen	-8,41	3980,78
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg	-2645,40	4155,66
Kanker	1619,26	623,11
Hormoongevoelige tumoren	-168,10	467,59
HIV/AIDS	-3461,19	7591,28
Nieraandoeningen	3484,96	2484,92

Tabel B.1.3. Gewichten voor het criterium DKG's (in euro's per verzekerde)

DKG's	Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestaties
0	-186,63	-34,27
1	398,44	59,88
2	576,35	155,12
3	791,98	117,87
4	1052,63	181,87
5	1312,63	358,85
6	2017,89	253,50
7	2338,78	639,03
8	3527,87	693,03
9	3176,70	817,22
10	5658,76	1679,08
11	6369,98	3604,79
12	6363,81	3203,48
13	14629,34	2379,84
14	68420,65	700,43
15	61454,70	-2966,14

Tabel B.1.4. Gewichten voor het criterium HKG's (in euro's per verzekerde)

HKG's	Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestaties
Geen HKG	0,15	-17,17
Insuline infuuspompen	-1184,23	1988,31
Katheters/urine-opvangzakken	195,21	1499,52
Stoma	56,71	2449,27
Tracheo-stoma	1592,17	5395,50

Tabel B.1.5. Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde)

Aard van het inkomen		Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestaties
	0-17 jaar	0,00	0,00
Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	354,92	361,17
	35-44 jaar	378,68	381,78
	45-54 jaar	371,48	331,56
	55-64 jaar	317,82	221,87
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	201,76	100,13
	35-44 jaar	188,13	172,60
	45-54 jaar	252,38	225,32
	55-64 jaar	157,15	163,75
Studenten	18-34 jaar	-177,01	-110,22
Zelfstandigen	18-34 jaar	-67,92	-52,34
	35-44 jaar	-111,07	-61,73
	45-54 jaar	-157,58	-81,34
	55-64 jaar	-172,61	-99,94
Referentiegroep	18-34 jaar	15,59	3,21
	35-44 jaar	-21,36	-26,15
	45-54 jaar	-32,36	-35,52
	55-64 jaar	-54,40	-42,37
	65+ jaar	0,00	0,00

Tabel B.1.6. Gewichten voor het criterium regio (in euro's per verzekerde)

Regio	Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestaties
1	75,71	27,40
2	44,10	17,74
3	24,30	10,38
4	-2,02	4,06
5	-0,52	-0,90
6	1,73	2,87
7	-18,85	-6,36
8	-37,12	-10,36
9	-37,27	-15,29
10	-46,27	-27,62

Tabel B.1.7. Gewichten voor het criterium sociaaleconomische status (in euro's per verzekerde)

SES		Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestaties
SES 0 (> 15 bewoners)	0-17 jaar	2,47	14,75
	18-64 jaar	96,38	-45,23
	65+ jaar	-381,14	282,82
SES 1 (laag)	0-17 jaar	2,47	14,75
	18-64 jaar	15,78	7,42
	65+ jaar	193,77	74,03
SES 2 (midden)	0-17 jaar	-15,13	-8,76
	18-64 jaar	6,11	15,28
	65+ jaar	-31,33	2,05
SES 3 (hoog)	0-17 jaar	36,24	-32,49
	18-64 jaar	-20,46	-21,20
	65+ jaar	-9,88	-70,90

Tabel B.1.8. Gewichten voor het criterium meerjarig hoge kosten (in euro's per verzekerde)

	Variabele kosten van medisch-specialistische zorg	Kosten van overige prestaties
Meerjarig hoge kosten		
Geen MHK	-132,37	-121,80
MHK 2 voorafgaande jaren hoge kosten in de top 10 procent	1609,80	936,31
MHK 3 jaar hoge kosten in top 15 procent	1160,69	994,63
MHK 3 jaar hoge kosten in top 10 procent	1760,51	1647,11
MHK 3 jaar hoge kosten in top 7 procent	2680,18	2601,46
MHK 3 jaar hoge kosten in top 4 procent	4558,44	4629,36
MHK 3 jaar hoge kosten in top 1,5 procent	11615,02	13146,18

Bijlage B.2. Normbedragen ex-ante vereveningsmodel geneeskundige GGZ (behorende bij artikel 5 van de Regeling risicoverevening 2014)

De bijlage betreft de kosten van zorg behorende tot het cluster 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg'.

De in deze bijlage genoemde gewichten zijn bedoeld voor de ex ante berekening van het normatieve bedrag ten behoeve van een zorgverzekeraar.

De gewichten bevatten geen correctie voor hogekostencompensatie.

Tabel B.2.1. Gewichten voor het criterium leeftijd en geslacht (in euro's per verzekerde)

Leeftijd en geslacht		Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Mannen	18-24 jaar	372,19
	25-29 jaar	333,95
	30-34 jaar	333,95
	35-39 jaar	300,19
	40-44 jaar	281,96
	45-49 jaar	267,96
	50-54 jaar	259,10
	55-59 jaar	246,36
	60-64 jaar	235,80
	65-69 jaar	215,71
	70-74 jaar	224,68
	75-79 jaar	227,49
	80-84 jaar	226,59
	85-89 jaar	218,43
90+ jaar	215,55	
Vrouwen	18-24 jaar	410,59
	25-29 jaar	339,66
	30-34 jaar	333,95
	35-39 jaar	295,80
	40-44 jaar	281,96
	45-49 jaar	277,89
	50-54 jaar	260,39
	55-59 jaar	235,80
	60-64 jaar	235,80
	65-69 jaar	224,60
	70-74 jaar	230,75
	75-79 jaar	219,60
	80-84 jaar	215,55
	85-89 jaar	215,55
90+ jaar	215,55	

Tabel B.2.2. Gewichten voor het criterium ggz-regio (in euro's per verzekerde)

ggz-regio	Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder
1	72,46
2	25,91
3	-5,77
4	-10,83
5	-13,67
6	-13,67
7	-13,67
8	-13,67
9	-13,67
10	-13,67

Tabel B.2.3. Gewichten voor het criterium FKG psychische aandoeningen (in euro's per verzekerde)

FKG's psychische aandoeningen	Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Geen FKG psychische aandoeningen	-31,42
FKG psychose	1968,10
FKG psychose depot	4534,28
FKG chronische stemmingsstoornissen	351,79
FKG verslaving	1338,92
FKG bipolair regulier	707,42
FKG bipolair complex	1312,02
FKG ADHD	259,16

Tabel B.2.4. Gewichten voor het criterium DKG psychische aandoeningen (in euro's per verzekerde)

DKG's psychische aandoeningen	Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder
0	-100,86
1	1820,77
2	6922,96
3	13031,18
4	20556,21
5	27212,92

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

Aard van het inkomen		Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	652,51
	35-44 jaar	275,55
	45-54 jaar	91,17
	55-64 jaar	14,34
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	677,44
	35-44 jaar	333,43
	45-54 jaar	178,43
	55-64 jaar	70,96
Studenten	18-34 jaar	-103,89
Zelfstandigen	18-34 jaar	-101,33
	35-44 jaar	-51,89
	45-54 jaar	-29,04
	55-64 jaar	-5,73
Referentiegroep	18-34 jaar	-32,25
	35-44 jaar	-27,87
	45-54 jaar	-14,71
	55-64 jaar	-5,73
	65+ jaar	0,00

Tabel B.2.6. Gewichten voor het criterium sociaaleconomische status (in euro's per verzekerde)

SES		Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder
SES 0 (> 15 bewoners)	18-64 jaar	1545,18
	65+ jaar	71,28
SES 1 (laag)	18-64 jaar	-2,89
	65+ jaar	27,32
SES 2 (midden)	18-64 jaar	-3,08
	65+ jaar	-8,34
SES 3 (hoog)	18-64 jaar	-22,85
	65+ jaar	-8,34

Tabel B.2.7. Gewichten voor het criterium eenpersoonsadres (in euro's per verzekerde)

Eenpersoonsadres		Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Niet		-18,54
Wel		92,26

Tabel B.2.8. Gewichten voor het criterium kosten geneeskundige ggz boven de lage drempel (in euro's per verzekerde)

Kosten geneeskundige ggz boven lage drempel		Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Niet		-42,72
Wel en DKG psychische aandoeningen is '0'		1407,48
Wel en DKG psychische aandoeningen is niet '0'		-42,72

Bijlage B.3. Normbedragen ex-post vereveningsmodel geneeskundige GGZ
(behorende bij artikel 10, tweede lid van de Regeling risicoverevening 2014)

De bijlage betreft kosten van zorg behorend tot de cluster 'geneeskundige geestelijke gezondheidszorg'.

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 verzekerde)

Leeftijd en geslacht		Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Mannen	18-24 jaar	350,75
	25-29 jaar	323,51
	30-34 jaar	323,51
	35-39 jaar	305,96
	40-44 jaar	291,44
	45-49 jaar	278,63
	50-54 jaar	266,74
	55-59 jaar	248,29
	60-64 jaar	233,78
	65-69 jaar	210,17
	70-74 jaar	213,58
	75-79 jaar	218,42
	80-84 jaar	227,26
85-89 jaar	221,15	
90+ jaar	210,17	
Vrouwen	18-24 jaar	397,64
	25-29 jaar	357,57
	30-34 jaar	323,51
	35-39 jaar	316,76
	40-44 jaar	297,90
	45-49 jaar	293,54
	50-54 jaar	271,72
	55-59 jaar	240,27
	60-64 jaar	233,78
	65-69 jaar	210,17
	70-74 jaar	211,69
	75-79 jaar	210,17
	80-84 jaar	210,17
85-89 jaar	210,17	
90+ jaar	210,17	

Tabel B.3.2. Gewichten voor het criterium ggz-regio (in euro's per verzekerde)

ggz-regio	Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder
1	55,57
2	28,89
3	1,44
4	-4,19
5	-10,60
6	-10,59
7	-15,14
8	-15,14
9	-15,14
10	-15,14

Tabel B.3.3. Gewichten voor het criterium FKG psychische aandoeningen (in euro's per verzekerde)

FKG's psychische aandoeningen	Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Geen FKG psychische aandoeningen	-30,75
FKG psychose	1746,01
FKG psychose depot	3403,00
FKG chronische stemmingsstoornissen	387,64
FKG verslaving	1201,47
FKG bipolair regulier	738,51
FKG bipolair complex	1274,61
FKG ADHD	256,32

Tabel B.3.4. Gewichten voor het criterium DKG psychische aandoeningen (in euro's per verzekerde)

DKG's psychische aandoeningen	Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder
0	-95,11
1	2102,61
2	7140,97
3	10703,16
4	15343,68
5	19003,28

Tabel B.3.5. Gewichten voor het criterium aard van het inkomen (in euro's per verzekerde)

Aard van het inkomen		Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	513,93
	35-44 jaar	300,18
	45-54 jaar	130,47
	55-64 jaar	20,14
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	539,10
	35-44 jaar	356,23
	45-54 jaar	216,83
	55-64 jaar	72,01
Studenten	18-34 jaar	-96,54
Zelfstandigen	18-34 jaar	-87,34
	35-44 jaar	-64,47
	45-54 jaar	-39,77
	55-64 jaar	-6,81
Referentiegroep	18-34 jaar	-21,98
	35-44 jaar	-29,18
	45-54 jaar	-19,37
	55-64 jaar	-6,81
	65+ jaar	0,00

Tabel B.3.6. Gewichten voor het criterium sociaaleconomische status (in euro's per verzekerde)

SES		Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder
SES 0 (> 15 bewoners)	18-64 jaar	711,13
	65+ jaar	26,70
SES 1 (laag)	18-64 jaar	5,74
	65+ jaar	22,83
SES 2 (midden)	18-64 jaar	4,64
	65+ jaar	-5,63
SES 3 (hoog)	18-64 jaar	-22,43
	65+ jaar	-5,63

Tabel B.3.7. Gewichten voor het criterium eenpersoonsadres (in euro's per verzekerde)

Eenpersoonsadres		Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Niet		-19,03
Wel		94,70

Tabel B.3.8. Gewichten voor het criterium kosten geneeskundige ggz boven de lage drempel (in euro's per verzekerde)

Kosten geneeskundige ggz boven lage drempel		Kosten van geneeskundige ggz voor verzekerden van achttien jaar en ouder
Niet		Zie artikel 11, vierde lid van de Regeling risicoverevening 2014
Wel en DKG psychische aandoeningen is '0'		1466,19
Wel en DKG psychische aandoeningen is niet '0'		Zie artikel 11, vierde lid van de Regeling risicoverevening 2014

Bijlage B.4. Normbedragen vereveningsmodel voor eigen betalingen onder het eigen risico; alleen volwassenen zonder FKG/ DKG/ MHK
(behorende bij artikelen 7, tweede lid, en 20, tweede lid van de Regeling risicoverevening 2014)

De bijlage betreft het eigen risico.

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

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

Leeftijd en geslacht		Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
Mannen	18-24 jaar	134,92
	25-29 jaar	127,97
	30-34 jaar	131,34
	35-39 jaar	138,39
	40-44 jaar	144,71
	45-49 jaar	154,77
	50-54 jaar	167,39
	55-59 jaar	195,95
	60-64 jaar	211,99
	65-69 jaar	232,76
	70-74 jaar	256,04
	75-79 jaar	271,31
	80-84 jaar	283,28
	85-89 jaar	290,68
90+ jaar	289,34	
Vrouwen	18-24 jaar	196,02
	25-29 jaar	197,42
	30-34 jaar	201,05
	35-39 jaar	197,42
	40-44 jaar	193,06
	45-49 jaar	199,82
	50-54 jaar	210,40
	55-59 jaar	226,01
	60-64 jaar	234,43
	65-69 jaar	250,98
	70-74 jaar	270,24
	75-79 jaar	282,45
	80-84 jaar	289,30
	85-89 jaar	286,60
90+ jaar	274,89	

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

Aard van het inkomen		Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
Arbeidsongeschikten	18-34 jaar	69,00
	35-44 jaar	73,64
	45-54 jaar	63,58
	55-64 jaar	38,45
Bijstandsgerechtigden	18-34 jaar	54,37
	35-44 jaar	57,27
	45-54 jaar	49,84
	55-64 jaar	14,81
Studenten	18-34 jaar	-14,78
Zelfstandigen	18-34 jaar	-7,22
	35-44 jaar	-11,59
	45-54 jaar	-15,17
	55-64 jaar	-15,48
Referentiegroep	18-34 jaar	-0,93
	35-44 jaar	-3,85
	45-54 jaar	-3,64
	55-64 jaar	-3,30
	65+ jaar	0,00

Tabel B.4.3. Gewichten voor het criterium regio (in euro's per verzekerde)

Regio	Eigen betaling ten gevolge van verplicht eigen risico
1	12,95
2	8,35
3	5,28
4	2,60
5	-0,27
6	0,25
7	-3,86
8	-4,69
9	-7,68
10	-10,16

Referenties

- Deming, W.E. (1943), *Statistical Adjustment of Data*. New York: Wiley.
- Izrael, D, D.C. Hoaglin en M.P. Battaglia (2000), "A SAS Macro for Balancing a Weighted Sample". Proceedings of the Twenty-Fifth Annual SAS Users Group International Conference, Cary, NC: SAS Institute Inc., pp. 1350-1355.
- Polder, J.J., J.J. Barendregt en J.A.M. Oers (2006), "Ontketent de grijze golf een tsunami in de zorgkosten?", 21-4-2006, pp. 181-184, *ESB*.
- WBR 492, Secretariaat WBR (2013), "Verslag vergadering Werkgroep Beleid Risicoverevening 19 september 2013", Den Haag: ministerie van VWS.
- 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.
- 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 581, Vliet, R.C.J.A. van, M.M. van Asselt, T.P. Everhardt, e.a. (2011), *Berekening normbedragen risicovereveningsmodel 2012: Normbedragen voor de somatische zorg en de geneeskundige GGZ*, Den Haag: APE.
- WOR 584, Vliet, R.C.J.A. van, R.C. van Kleef en E.M. van Rooijen (2012), *Groot onderhoud DKG's*, Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit.
- WOR 626, Vliet, R.C.J.A. van, M.M. van Asselt, G.J. Mazzola, e.a. (2012), *Berekening normbedragen risicovereveningsmodel 2013: Normbedragen voor de somatische zorg en de geneeskundige zorg*, Den Haag: APE.
- WOR 631, Vliet, R.C.J.A. van, R.C. van Kleef en E.M. van Rooijen (2013), *Vormgeving Hulpmiddelen Kosten Groepen*, Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit.
- WOR 647, Romp, M.G.N., P.P.A.B. Merx en A. Smits (2013), *Conversie en toedeling kosten ziekenhuiszorg t.b.v. Overall Toets 2014: Eindrapportage*, Zeist: Vektis.
- WOR 648, Eijkenaar, F., R.C. van Kleef, S.H.C.M. van Veen en R.C.J.A. van Vliet (2013), *Onderzoek risicoverevening 2014: Gegevensfase; eindrapportage*, Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit.
- WOR 649, Eijkenaar, F., R.C. van Kleef, S.H.C.M. van Veen en R.C.J.A. van Vliet (2013), *Onderzoek risicoverevening 2014: Overall Toets; eindrapportage*, Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit.