



Zorginstituut Nederland

Verantwoording Verzekerdenraming 2015

Datum 5 september 2014
Status Definitief

Colofon

Volgnummer	2014110346
Contactpersoon	H.P.W.A. Creusen +31 (0)20 797 86 48
Afdeling Team	Verzekering Zakelijk Team Risicoverevening
Auteurs	Harold Creusen/Frank Bakker

Inhoud

	Colofon—1
1	Inleiding—4
2	Onderdelen verzekerdenraming—6
3	Raming aantal verzekerden in 2015—9
3.1	Bronbestand verzekerdenraming 2015—9
3.2	Macro verzekerdenaantallen 2015 per leeftijd en geslacht (L1G)—9
3.3	Leeftijd en Geslacht (L5G)—10
4	Farmacie kostengroepen—13
5	Diagnose kostengroepen—17
5.1	DKG in somatisch model—17
5.2	DKG in GGZ-model—18
6	Meerjarig hoge kosten—21
6.1	MHK in somatisch model—21
6.2	MHK in GGZ-model—23
7	Hulpmiddelen kostengroepen—25
8	Generieke somatische morbiditeit—27
9	Zorgvraagzwaarte—29
10	Aard van inkomen—31
11	Sociaal economische status en Personen per adres—33
11.1	Sociaal Economische Status—33
11.2	Personen per adres—34
12	Regio—35
13	Eigenrisicomodel, Verpleging en Verzorging—37
13.1	Eigenrisicomodel—37
13.2	Verpleging en Verzorging—37
	Bijlage 1 Trendtabellen FKG's—39

1 Inleiding

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft Zorginstituut Nederland (ZIN) gevraagd om de verzekerdenraming 2015 voor de risicoverevening uit te voeren (zie opdrachtbrief van VWS, d.d. 22 mei 2014 met kenmerk 36095-119733-Z). Het doel van de verzekerdenraming 2015 is om voor elke klasse van een verdeelcriterium zo goed mogelijk het aantal verzekerdjaren te schatten die zullen worden gebruikt bij de definitieve vaststelling voor het vereveningsjaar 2015 in 2019. Het aantal verzekerdjaren is het aantal verzekerden gewogen met de inschrijfduur. In het vervolg van deze verantwoordingsrapportage zal voor de leesbaarheid over aantallen verzekerden worden gesproken waar het feitelijk om verzekerdjaren gaat.

ZIN heeft het aantal verzekerden voor elke onderscheiden klasse van een vereveningscriterium voor het vereveningsjaar 2015 geraamd. Deze raming dient als invoer voor twee producten:

- 1 een onderzoeksbestand voor de vaststelling van de normbedragen 2015; voor deze vaststelling gebruiken de onderzoekers de geraamde (landelijke) aantallen verzekerden per (vijfjaars) leeftijds- en geslachtsklasse.
- 2 een bestand voor de ex-ante bijdragebepaling 2015; voor de bepaling van de ex-ante bijdrage 2015 gebruikt ZIN de geraamde aantallen per verzekeraar.

Een belangrijke uitkomst van de bepaling van de ex-ante-bijdrage is dat voor het criterium leeftijd en geslacht het product van het geraamde macro (landelijk) aantal verzekerden en de normbedragen 2015 voor elk onderscheiden deelbedrag gelijk is aan het bijbehorende macroprestatiebedrag 2015. Voor elk van de overige vereveningscriteria afzonderlijk geldt dat het product van de geraamde macro (landelijke) aantallen verzekerden en de normbedragen op landelijk niveau op € 0 uitkomt, afgezien van afrondingsverschillen doordat de normbedragen op centen zijn afgerond.

De opbouw van deze verantwoordingsrapportage over de verzekerdenraming 2015 is als volgt. In hoofdstuk 2 komen de vereveningscriteria 2015 per deelmodel aan de orde, waarbij de veranderingen ten opzichte van 2014 kort zijn benoemd. ZIN baseert zich hierbij op de notitie 'Bijlage 2 Vormgeving Ex Ante 2015' die op het Bestuurlijk Overleg op 10 juni 2014 is besproken. In dit hoofdstuk worden alle vereveningscriteria benoemd die in de verschillende modellen voorkomen. De methodiek van de verzekerdenraming per vereveningscriterium is opgenomen in hoofdstukken 3 t/m 13. In hoofdstuk 3 komt eerst de raming van het totaal aantal verzekerden in 2015 aan de orde. De daarop volgende hoofdstukken geven telkens een afzonderlijke beschrijving van de raming van ieder criterium en de daarbij onderscheiden klassen.

De macro (landelijk) geraamde aantallen verzekerden in elke klasse van een vereveningscriterium zullen worden opgenomen in de landelijke bijlage bij de ex-ante-bijdragebepaling; deze bijlage is te zijner tijd afzonderlijk te verkrijgen.

Voor alle vereveningscriteria en klassen is een plausibiliteitstoets opgesteld. Hierin zijn voor elk criterium de aantallen verzekerden per klasse en per verzekeraar uit de verzekerdenraming 2015 vergeleken met de aantallen in de verzekerdenraming 2015. Deze plausibiliteitstoets is op 13 augustus 2014 besproken in een speciale vergadering van de Werkgroep Uitvoering Risicoverevening (WUR). Aan deze vergadering hebben VWS, ZN en de onderzoekers van de Overall Toets

deelgenomen. Uit dit overleg zijn geen punten naar voren gekomen die aanleiding geven om de verzekerdenraming 2015 aan te passen.

Tot slot, in de bestanden met de verzekerdenaantallen voor de schatting van de definitieve normbedragen komen de verzekerden die in het buitenland wonen niet voor. Om op de totale aantallen per vereveningscriterium uit te komen zijn voor de onderzoekers de verzekerden in de categorie 'onbekend of in het buitenland wonend' verdeeld over de andere klassen en wel zodanig dat voor zowel het onderzoek (landelijk niveau) als voor de verzekeraars gezamenlijk (ook landelijk niveau) geldt dat de aantallen vermenigvuldigd met de normbedragen voor alle criteria op € 0 uitkomt (afgezien van afrondingsverschillen en afgezien van het criterium leeftijd en geslacht).

2 Onderdelen verzekerdenraming

De verzekerdenraming voor 2015 heeft betrekking op vier deelmodellen, te weten:

- 1 model voor de normering van de kosten voor de somatische zorg (somatisch model);
- 2 model voor de normering van de kosten verpleging en verzorging (V&V-model, nieuw in 2015);
- 3 model voor de normering van de eigen betalingen in het kader van het verplicht eigen risico (ER-model);
- 4 model voor de normering van de kosten voor de geneeskundige GGZ (GGZ-model).

Het model voor verpleging en verzorging kent zeer veel overlap met het somatische model wat betreft de verzekerdenskenmerken; alleen het regio-criterium wijkt af en wordt hieronder apart beschreven.

In de beleidsvoorbereiding is ook de introductie van een deelmodel voor de 'langdurige GGZ' aan de orde geweest. De raming van alle vereveningscriteria en -klassen in dit deelmodel zou echter overeenkomen met de raming van de desbetreffende criteria en klassen van het (geneeskundige) GGZ-model. Daarom heeft ZIN voor de onderzoekers hiervoor geen aparte verzekerdenraming opgesteld.

Voor de andere modellen heeft ZIN (dus) wel de verzekerdenaantallen voor iedere klasse van elk vereveningscriterium geraamd. Deze aantallen zijn consistent binnen elk model, zodat dus rekening wordt gehouden met het gegeven dat verzekerden al dan niet 18 of ouder zijn, of dat zij al dan niet gedetineerd zijn. Hieronder staat voor elk model een overzicht van de vereveningscriteria waar ZIN op basis van de (verwachte) Regeling Zvw 2015 is uitgegaan. Veranderingen ten opzichte van de raming 2014 staan overal genoemd achter **Veranderingen/Nieuw criterium**.

Somatisch model:

- Vijfjaars leeftijd/geslacht-indeling (L5G), met aparte categorieën voor 0-jarigen en 1-4 jarigen, leeftijdsknip bij 17-18 jaar en hoogste leeftijdsklasse 90+
Veranderingen: -
- Farmacie kostengroepen voor het Somatische model (FKG-S)
Veranderingen: toevoeging van FKG Reuma TNF-alfa-remmers op basis van add-ons.
- Diagnose kostengroepen voor het Somatische model (DKG-S)
Veranderingen: toepassing van een nieuwe referentietabel op basis van regulier onderhoud.
- Meerjarig hoge kosten voor het Somatische model (MHK-S)
Veranderingen: -
- Hulpmiddelen kostengroepen (HKG)
Veranderingen: voor verzekerden woonachtig in het buitenland wordt een normbedrag gelijk aan 65% van het normbedrag van de HKG-afslagklasse toegepast
- Aard van het inkomen (AVI)
Veranderingen: peildatum van het gegevensbestand voor de indeling van verzekerden in de klasse 'student' wordt 1 juni
- Sociaal Economische Status (SES)
Veranderingen: toepassing van de inkomensverdeling 30%-40%-30% per afzonderlijke leeftijdsklasse
- Regio-indeling voor Somatisch model (Regio-S)

- **Veranderingen:** nieuwe indeling postcodes 2015
- Generieke somatische morbiditeit (GSM)
 - **Nieuw criterium:** Verzekerden worden ingedeeld naar 65-minners of 65-plussers en naar wel of geen morbiditeit. Verzekerden komen in de hoofdklasse 'geen morbiditeit' als zij in alle afslagklassen van de somatische FKG, DKG, MHK en HKG ingedeeld zijn, of in de hoofdklasse 'wel morbiditeit' als zij in ten minste één positieve klasse van deze criteria ingedeeld zijn. Voor verzekerden woonachtig in het buitenland wordt geen uitzondering gemaakt; deze kunnen op basis van de MHK worden ingedeeld op wel of geen 'morbiditeit'. Deze laatste keuze is consistent met de keuze bij het ER-model.

Verpleging en Verzorging (V&V-)model (geheel nieuw):

- Vijfjaars leeftijd/geslacht-indeling (L5G), met aparte categorieën voor 0-jarigen en 1-4 jarigen, leeftijdsknip bij 17-18 jaar en hoogste leeftijdsklasse 90+, identiek als bij somatisch model
- Meerjarig hoge kosten (MHK-V), identiek als bij somatisch model maar alleen voor 65-plussers
- Regio-indeling voor V&V-model (Regio-V), op basis van indeling postcodes 2015

ER-model:

- Farmacie kostengroepen voor het somatische model (FKG), voor selectie verzekerden ER-model
 - **Veranderingen:** toevoeging van FKG Reuma TNF-alfa-remmers
- Diagnose kostengroepen voor het somatische model (DKG), voor selectie verzekerden ER-model
 - **Veranderingen:** -
- Meerjarig hoge kosten voor het somatische model (MHK), voor selectie verzekerden ER-model
 - **Veranderingen:** -
- Vijfjaars leeftijd/geslacht-indeling (L5G), vanaf leeftijdsklasse 18-24 jaar en hoogste leeftijdsklasse is 90+
- Aard van het inkomen (AVI)
 - **Veranderingen:** peildatum van het gegevensbestand voor de indeling van verzekerden in de klasse 'student' wordt 1 juni
- Regio-indeling voor Eigenrisicomodel (Regio-E)
 - **Veranderingen:** nieuwe indeling postcodes 2015

GGZ-model:

- Vijfjaars leeftijd/geslacht-indeling (L5G), met leeftijdsknip bij 17-18 jaar en hoogste leeftijdsklasse is 90+.
- Leeftijdscategorie 0-17 jaar (vast normbedrag per verzekerde):
 - **Veranderingen:** vervalt per 2015
- Farmacie kostengroepen voor het GGZ-model (FKG-G)
- Diagnose kostengroepen voor het GGZ-model (DKG-G)
 - **Veranderingen:** alleen indeling van verzekerden in de specialistische GGZ door toepassing van conversietabel basis GGZ van KPMG; nieuwe referentietabel op basis van regulier onderhoud; voor verzekerden woonachtig in het buitenland wordt een normbedrag gelijk aan 40% van het normbedrag van de DKG-G afslagklasse toegepast
- Aard van het inkomen (AVI):
 - **Veranderingen:** peildatum van het gegevensbestand voor de indeling van verzekerden in de klasse 'student' wordt 1 juni
- 'Lage Drempel'-criterium (LDR)
 - **Veranderingen:** vervalt per 2015

- Sociaal Economische Status (SES)
Veranderingen: toepassing van de inkomensverdeling 30%-40%-30% per afzonderlijke leeftijdsklasse
- Meerjarig hoge kosten voor GGZ-model (MHK-G)
Nieuw criterium: Verzekerden worden ingedeeld in drie positieve klassen en een afslagklasse op basis van hun GGZ-kosten in de drie voorgaande jaren. Voor verzekerden woonachtig in het buitenland wordt geen uitzondering gemaakt; zij worden ook op basis van GGZ-kosten ingedeeld in de GGZ-MHK.
- Zorgvraagzwaarte (ZVZ):
Nieuw criterium: Verzekerden worden ingedeeld in vijf positieve klassen en een afslagklasse op basis van de zorgvraagzwaarte van de diagnose/ behandeling in het voorgaand jaar. Voor verzekerden woonachtig in het buitenland wordt een normbedrag gelijk aan 0% van het normbedrag van de ZVZ-afslagklasse toegepast. ZIN heeft een raming voor ZVZ gemaakt. In het BOR van 28 augustus is echter besloten dat dit criterium niet in 2015 wordt ingevoerd vanwege onzekerheid over de vastlegging van de zorgvraagzwaarte op de DBC-GGZ declaraties in 2014.
- Personen per adres (PPA)
- Regio-indeling voor GGZ-model (Regio-G)
Veranderingen: nieuwe indeling postcodes 2015

3 Raming aantal verzekerden in 2015

Het Persoonskenmerkenbestand 2014 (PKB) aangeleverd door de verzekeraars vormt de basis voor de raming van de aantallen verzekerden in 2015. Aan dit bestand worden gegevens van andere verdeelcriteria gekoppeld via het gepseudonimiseerde burgerservicenummer (BSN). Vervolgens vindt op basis van de macro verzekerdenraming een ophoging plaats naar het aantal verzekerden op macroniveau in 2015. De indeling van verzekerden in vijfjaars leeftijds- en geslachtsklassen vormt de basisindeling van de resultaten voor de Overall Toets. In dit hoofdstuk zijn deze stappen nader toegelicht.

3.1 Bronbestand verzekerdenraming 2015

Op basis van de meest recente gegevens van verzekerden in 2014 maakt ZIN voor elke verzekerde een zo goed mogelijke inschatting van diens vereveningscriteria in het vereveningsjaar 2015. Vanaf 2014 is de peildatum van het PKB-bestand op 30 april (2014). In beginsel telt elke verzekerde in het PKB voor één verzekerdenjaar mee. Als een verzekerde in de PKB's van meerdere verzekeraars voorkomt, dan wordt er naar rato een gewicht aan toegekend. Vervolgens hebben alle verzekerden die zijn opgenomen in het PKB 2014 een gewicht per klasse van elk verdeelcriterium meegekregen om op de verwachte populatie van Zvw-verzekerden 2015 uit te komen.

3.2 Macro verzekerdenaantallen 2015 per leeftijd en geslacht (L1G)

De macroverzekerdenraming betreft het aantal Zvw-verzekerdenjaren op het niveau van 1-jaars leeftijd- en geslachtsklasse, met als hoogste leeftijdsklasse 99 jaar en ouder (L1G-niveau). VWS heeft het totaal aantal verzekerden in 2015 geraamd op 16.842.000 (voor het vereveningsjaar 2014 was dit 16.794.000, dus in 2015 een toename van +48.000 verzekerden (0,29%)). Deze macroraming 2015 is tot stand gekomen door eerst het aantal verzekerden met bekende leeftijd en geslacht in de PKB's 2014 van alle verzekeraars bij elkaar op te tellen. Dit geeft een aantal van 16.779.502 verzekerden. Door naar rato gewichten toe te kennen voor de dubbel ingeschreven verzekerden blijven er 16.777.163 unieke verzekerden over (-2.339 verzekerden).

Door vertraagde aan- en afmelding en verwerking in de verzekerdenadministraties van verzekeraars is er in het PKB een onderregistratie van 0-jarigen en een overregistratie van vooral ouderen (sterfte nog niet verwerkt in het PKB met peilmoment 30 april 2014). De correctie voor 0-jarigen is +15.274 verzekerden (+9% van aantal in PKB 2013) en voor sterfte -12.501 verzekerden. De 0-jarigen-correctie is gebaseerd op CBS-aantallen van 0-jarigen en 1-4-jarigen. De fractie van de aantallen verzekerde 1- tot en met 4-jarige jongetjes en meisjes van het PKB ten opzichte van de CBS-aantallen is gelijk verondersteld voor 0-jarige jongetjes en 0-jarige meisjes.

Op basis van de CBS-prognose van de Nederlandse bevolking naar L1G-niveau op 1 januari 2014, 2015 en 2016 is de ontwikkeling geraamd van 1 mei 2014 naar 1 juli 2015. Dit geeft een stijging van het verwachte totaal aantal Zvw-verzekerden van +61.611. Op L1G-niveau lopen de verwachtingen van het CBS uiteen: er zijn L1G-klassen met een verwachte toename maar ook L1G-klassen met een verwachte afname. Tot slot, net als in 2014 wordt ook voor 2015 geen extra toename van het totaal aantal verzekerden verwacht door het actief opsporen van onverzekerden

(saldo-effect).

Het definitief geraamde aantal Zvw-verzekerden voor 2015 (afgerond op 1.000-tallen) is 16.842.000, waarvan 3.406.000 18-minners en 13.436.000 18-plussers. De raming van het aantal gedetineerden (18+) is voor het vereveningsjaar 2015 gelijk gesteld aan 10.000 (gelijk aan de (macro)verzekerdenraming voor 2014).

3.3

Leeftijd en Geslacht (L5G)

Voor de verzekerdenraming 2015 is de leeftijd van verzekerden bepaald op de peildatum van het PKB, 30 april 2014. Om de leeftijd te berekenen gebruikt ZIN de geboortemaand en het geboortjaar uit het PKB. Omdat de peildatum de laatste dag van de maand is, heeft het voor de berekening van de leeftijd geen gevolgen dat de geboortedag ontbreekt.

Hierop worden de verzekerden ingedeeld naar 5-jaars Leeftijds- en Geslachtsklasse (L5G). De leeftijdsknippen in het vereveningsjaar 2015 zijn hetzelfde als die in 2014. Verzekerden voor wie ZIN geen leeftijd of geslacht kan bepalen zijn in een restklasse ingedeeld en worden verder niet meegenomen in de raming (dit betrof overigens maar één verzekerde). Alle andere verzekerden in het PKB 2014 zijn voor de raming 2015 vermenigvuldigd met de L1G-specifieke factor volgens de macroverzekerdenraming 2015 (=aantal L1G macroverzekerdenraming 2015 / aantal L1G PKB 2014). Per verzekeraar wordt dus op L1G-niveau uitgegaan van exact dezelfde ontwikkeling van het aantal verzekerden van PKB 2014 naar 2015. Er is dus bijvoorbeeld geen rekening gehouden met verzekeraarspecifieke ontwikkelingen in het verzekerdenaantal in het verleden. Ook zaken als de premiestelling 2015, marketingbudgetten en serviceniveau blijven logischerwijs buiten beeld. Bij de Lenteherberekening 2015 vindt een correctie plaats naar de werkelijk gerealiseerde aantallen 2015 volgens de verzekerdenstand bij de premieprolongatie van maart 2015.

De klassen naar leeftijd en geslacht die ZIN heeft gebruikt in de verzekerdenraming 2015 zijn weergegeven in Tabel 3.1.

Tabel 3.1 Klassenindeling 2015 leeftijd en geslacht (L5G)

Klasse naam	Geslacht	Leeftijd	Klasse naam	Geslacht	Leeftijd
L5G 1	Man	0	L5G 21	Vrouw	0
L5G 2	Man	1-4	L5G 22	Vrouw	1-4
L5G 3	Man	5-9	L5G 23	Vrouw	5-9
L5G 4	Man	10-14	L5G 24	Vrouw	10-14
L5G 5	Man	15-17	L5G 25	Vrouw	15-17
L5G 6	Man	18-24	L5G 26	Vrouw	18-24
L5G 7	Man	25-29	L5G 27	Vrouw	25-29
L5G 8	Man	30-34	L5G 28	Vrouw	30-34
L5G 9	Man	35-39	L5G 29	Vrouw	35-39
L5G 10	Man	40-44	L5G 30	Vrouw	40-44
L5G 11	Man	45-49	L5G 31	Vrouw	45-49
L5G 12	Man	50-54	L5G 32	Vrouw	50-54
L5G 13	Man	55-59	L5G 33	Vrouw	55-59
L5G 14	Man	60-64	L5G 34	Vrouw	60-64
L5G 15	Man	65-69	L5G 35	Vrouw	65-69
L5G 16	Man	70-74	L5G 36	Vrouw	70-74
L5G 17	Man	75-79	L5G 37	Vrouw	75-79
L5G 18	Man	80-84	L5G 38	Vrouw	80-84
L5G 19	Man	85-89	L5G 39	Vrouw	85-89
L5G 20	Man	90+	L5G 40	Vrouw	90+

De leeftijdsklassen naar L5G zijn voor de verschillende modellen (Somatisch, ER, GGZ en V&V) gelijk. Voor het ER-model zijn alleen verzekerden in de leeftijdsklassen van 18 jaar en ouder in combinatie met FKG 0, DKG 0 en MHK 0 voor het somatische model van belang (zie paragraaf 3.12). Onder het GGZ-model vallen alleen 18-plussers. Het criterium jonger dan 18 jaar komt met de verzekeringenraming 2015 te vervallen. In het nieuwe vereveningsmodel voor Verpleging en Verzorging (V&V model) worden alle verzekerden meegenomen. Echter, alle 65-minners krijgen uitsluitend een vast normbedrag per L5G, en alleen 65-plussers worden ingedeeld naar de (onderliggende) L5G-klassen, MHK-klassen en Regioclusters voor het V&V-model (zie paragraaf 3.15).

4 Farmacie kostengroepen

De Farmacie kostengroepen (FKG's) spelen in drie modellen voor de risicoverevening een rol, namelijk in het somatische model, het GGZ-model en het eigenrisicomodel. In het somatische model komt er in 2015 een nieuwe FKG bij, namelijk de FKG Reuma TNF-alfa-remmers. Vanaf 2015 worden de kosten van de add-on TNF-alfa-remmers (door intramurale verstrekking) voor de verzekeraars risicodragend. Deze add-on wordt echter toegevoegd aan de andere FKG's die juist gebaseerd zijn op extramuraal declaraties. Deze wijziging werkt ook door in (de definitie van) het aantal verzekerden in het eigenrisicomodel. De indeling van de FKG's in het GGZ-model zijn in de verzekerdenraming 2015 niet veranderd. Tabel 4.1 geeft een overzicht van de FKG-classes in het somatische model, Tabel 4.2 een overzicht van de FKG-classes in het GGZ-model.

Tabel 4.1 Klassenindeling 2015 FKG in somatisch model

FKG-S klasse	Omschrijving
FKG-S 0	Geen FKG somatisch
FKG-S 1	Glaucoom
FKG-S 2	Schildklierandoeningen
FKG-S 3	Psychose, Alzheimer en verslaving
FKG-S 4	Depressie
FKG-S 5	Neuropathische pijn
FKG-S 6	Hoog cholesterol
FKG-S 7	Diabetes type II zonder hypertensie
FKG-S 8	COPD/Zware astma
FKG-S 9	Astma
FKG-S 10	Diabetes type II met hypertensie
FKG-S 11	Epilepsie
FKG-S 12	Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa
FKG-S 13	Hartaandoeningen
FKG-S 14	Reuma TNF-alfa-remmers
FKG-S 15	Reuma overige aandoeningen
FKG-S 16	Parkinson
FKG-S 17	Diabetes type I
FKG-S 18	Transplantaties
FKG-S 19	Cystic fibrosis/pancreasenzymen
FKG-S 20	Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg
FKG-S 21	Kanker
FKG-S 22	Hormoongevoelige tumoren
FKG-S 23	HIV/AIDS
FKG-S 24	Nieraandoeningen

Tabel 4.2 Klassenindeling 2015 FKG in GGZ-model

FKG-G klasse	Omschrijving
FKG-G 0	Geen FKG GGZ
FKG-G 1	Psychose
FKG-G 2	Psychose depot
FKG-G 3	Chronische stemmingsstoornissen
FKG-G 4	Verslaving
FKG-G 5	Bipolair regulier
FKG-G 6	Bipolair complex
FKG-G 7	ADHD

Brongegevens (beide modellen)

De verzekerdenraming 2015 van de (reguliere) FKG's, d.w.z. alle FKG's behalve de FKG Reuma TNF-alfaremmers, is gebaseerd op farmaciebestanden die verzekeraars hebben aangeleverd over het schadejaar 2013. ZIN heeft deze bestanden rond 1 juni 2014 via Zorg TTP gekregen. Naast deze gegevens zijn voor de bepaling van de trendtabel 2012-2013 (op basis van het model 2015) gegevens over 2012 nodig. De bestanden over schadejaar 2012 waren al in het bezit van het ZIN. Voor de indeling van de FKG's is een referentietabel nodig die de relatie legt tussen de FKG's en de ATC-codes en de standaard dagdosering (DDD-waarden) per artikelnummer. Voor de nieuwe FKG Reuma TNF-alfa-remmers heeft ZIN een bestand van Vektis gekregen met add-ons over 2012.

Indeling van verzekerden naar FKG's (beide modellen)

De (reguliere) FKG's zijn op dezelfde wijze bepaald als vorig jaar. ZIN heeft per verzekerde de som van het aantal standaard dagdoseringen (DDD's) van de relevante declaraties per FKG bepaald. Een verzekerde komt in een FKG terecht indien het aantal DDD's boven de 180 uitkomt. Een uitzondering hierop vormt de FKG Kanker, waarbij een verzekerde wordt ingedeeld als er minimaal drie receptregels zijn te traceren in t-1. Een andere uitzondering is dat voor de FKG psychose depot geen minimum aantal dagdoseringen van 180 DDD's geldt, maar dat één enkel voorschrift voldoende is voor indeling in deze FKG. Hiervoor is gekozen omdat er binnen de groep die wordt behandeld met depotpreparaten ook een groep gebruikers is die niet therapietrouw is. Verzekerden worden ingedeeld in de FKG Reuma TNF-alfa remmers als zij declaraties voor deze add-on hadden (voor meer dan 180 DDD's).

Voor sommige FKG's is de FKG niet uitsluitend af te leiden uit de optelling van de DDD's. In deze gevallen heeft ZIN ook gekeken naar de samenloop tussen FKG's (zie bijvoorbeeld de samenloop (of juist niet) tussen FKG 'COPD/zware astma' en FKG 'astma'). Daarnaast is er een restrictie tussen de FKG Reuma TNF-alfa remmers en FKG Reuma overige aandoeningen. Als een verzekerde *aanvankelijk* in beide FKG's ingedeeld zou worden, dat vervalt voor deze verzekerde de FKG Reuma overige aandoeningen.

Toepassing FKG-trendtabel

Bij de raming van de FKG's wordt al sinds de invoering in de ZFW 2002 rekening gehouden met een ontwikkeling van de prevalentie door middel van een trendtabel naar 15-jaars leeftijds- en geslachtindeling (L15G).

Op dezelfde wijze als voorgaande jaren heeft ZIN voor alle FKG's, behalve voor de FKG Reuma TNF-alfa-remmers, een trendtabel over de jaren 2012-2013 berekend.

Hiervoor heeft ZIN de aantallen FKG's per leeftijd- en geslachtsklasse (L15G) voor de schadejaren 2012 en 2013 bepaald, beide volgens de indeling van het modeljaar 2015. Vervolgens is voor elke FKG het relatieve aantal verzekerden in 2012 en 2013 per leeftijd- en geslachtsklasse (L15G) berekend als het aantal FKG's als aandeel in het totaal aantal verzekerden per L15G-klasse. Voor de FKG-trendtabel 2012-2013 zijn vervolgens de relatieve aantallen 2013 gedeeld door de relatieve aantallen 2012. Omdat een verzekerde in meerdere FKG's kan terechtkomen, heeft ZIN de trend ook voor verzekerden in FKG 0 bepaald. Op deze wijze berekent ZIN een trendtabel voor zowel de FKG's in het somatische model als de FKG's in het GGZ-model.

Voor de nieuwe FKG Reuma TNF-alfa-remmers gebruikt ZIN gegevens uit 2012 die 1 jaar ouder zijn dan de gegevens voor de overige FKG's. Bij deze FKG past ZIN twee keer een trendtabel¹ toe op basis van de gegevens voor 2010 en 2011 (het laatste jaar dat deze middelen extramuraal werden verstrekt).

Bijlage 1 geeft de FKG-trendtabel voor 2012-2013 (bij reguliere FKG's) en 2010-2011 bij de FKG Reuma TNF-alfaremmers, waarbij de trend twee keer is toegepast.

Ramingmethodiek FKG's voor verzekerden die in Nederland wonen

Op verzekerdeniveau heeft ZIN de FKG-gegevens over schadejaar 2013 via het (gepseudonimiseerde) BSN gekoppeld aan gegevens in het PKB van 2014 en in het PKB van 2013.

Omdat de ex post vaststelling 2015 van het aantal verzekerden per FKG wordt gebaseerd op farmaciegegevens van schadejaar 2014, heeft het ZIN een correctie uitgevoerd om van schadegegevens 2013 naar 2014 te komen. Dit gebeurt met de bovengenoemde FKG-trendtabel. Er wordt een constante trend per FKG per 15-jaars leeftijd- en geslachtsklasse (L15G) over de jaren verondersteld. De eerste stap in de FKG-raming 2015 is dat per FKG en L15G de weging van de verzekerden in het PKB van 2014 wordt vermenigvuldigd met de waarde uit de FKG-trendtabel. Dit kan gezien worden als een correctiefactor binnen een risicoklasse (per leeftijd- en geslachtsklasse (L15G) bijvoorbeeld meer FKG's). De tweede stap is een correctie van 'nieuwe' verzekerden in 2014 (verzekerden die in 2013 nog niet Zvw-verzekerd waren); zij kunnen immers wel terechtkomen in een positieve FKG in 2015. Om op het niveau van 2015 te komen zijn in een derde stap voor alle verzekerden uit het PKB 2014 de gewichten per FKG-klasse aangepast met de macro-schalingsfactoren 2014-2015 (per L1G-klasse). Deze stap kan worden gezien als een correctiefactor voor de ontwikkeling van het totaal aantal verzekerden per risicoklasse (meer ouderen, bijvoorbeeld). Het aantal FKG's (uitgedrukt in verzekerdenjaren) komt zo naar verwachting overeen met het niveau van het aantal FKG's in 2015 (ex post vaststelling) op basis van gegevens van schadejaar 2014.

Verzekerden in het buitenland

Verzekerden die in het buitenland wonen worden niet ingedeeld voor het criterium FKG. Zij worden wel als aparte groep onderscheiden, omdat ze wel meetellen bij de toedeling van de vereveningsbijdrage. De bijdrage via FKG voor een verzekerde die in het buitenland woont (met een doorgaans gunstiger risicoprofiel), wordt gelijkgesteld aan een percentage van het normbedrag voor een in Nederland woonachtige verzekerde die in FKG-klasse 0 (afslagklasse) valt. Net als voorgaand vereveningsjaar 2014 wordt dit percentage in het vereveningsjaar 2015 voor de somatische FKG gelijk gesteld aan 55% en voor de psychische FKG aan 50%.

¹ De berekeningswijze van de trendtabel voor FKG Reuma TNF-alfaremmers is identiek aan de berekeningswijze van de trendtabel van de reguliere FKG's.

5 Diagnose kostengroepen

5.1 DKG in somatisch model

Brongegevens

De raming van de somatische DKG's is gebaseerd op de declaratiegegevens van 2012 en de daarbij behorende specialismecodes, diagnosecodes en DBC-zorgproductcodes. ZIN heeft deze bestanden van afzonderlijke zorgverzekeraars uiterlijk 1 juni 2014 via Zorg TTP ontvangen.

Indeling van verzekerden naar DKG's

VWS heeft voor het vereveningsjaar 2015 een referentietabel vastgesteld voor de indeling van verzekerden naar de somatische DKG's. Deze tabel geeft aan welke combinaties van specialisme- en diagnosecodes uit 2012 worden ingedeeld naar DX-groepen. Vervolgens worden de DBC's in een DX-groep weer ingedeeld in een (positieve) DKG-klasse. De DBC's met een licht ambulante zorgproduct, de zogenaamde consult-DBC's, worden echter uitgesloten van de indeling naar de DKG's.

Daarnaast zijn DBC's met specifieke nevenverrichtingen ingedeeld in DX-groepen en uiteindelijk in (positieve) DKG-klassen. Deze nevenverrichtingen zijn geselecteerd op basis van de zorgproductcode op de declaratie. Om zoveel mogelijk aan te sluiten bij de ex post situatie (DKG's zijn immers op basis van t-1) zijn de DBC-zorgproducten uit 2012 geconverteerd naar DBC-zorgproducten 2014. Voor deze conversie heeft ZIN een conversietabel van DBC-Onderhoud voor 2012-2015 (versies RZ12B- RZ15A)² gebruikt, waarbij ook een onderscheid wordt gemaakt naar geslacht, leeftijdscategorie en instellingstype.

Door de conversie van DBC-zorgproducten worden aan alle declaraties een kansverdeling naar alle DKG-klassen toegekend. Bij meerdere DBC's per verzekerde wordt verondersteld dat deze op zich zelf staan, zodat de kansverdelingen van deze DBC's kunnen worden samengevoegd. Elke verzekerde krijgt uiteindelijk dus één (samengestelde) kansverdeling naar alle DKG-klassen.

Geen DKG-trendtabel

Sinds de invoering in de ZFW 2004 wordt bij de raming van de DKG's (in het somatische model) geen rekening gehouden met een eventuele ontwikkeling van deze prevalenties, ook niet in de verzekeringenraming 2015. De reden hiervoor is dat de prevalentie(ontwikkeling) van de DKG's (zeer) instabiel is, vooral bij afzonderlijke DKG-klassen in combinatie met 15-jaars leeftijd- en geslachtsklasse (L15G). Daarnaast zijn consistente trendtabellen door de overgang van DBC-prestatiecodes naar een indeling met DBC-zorgproducten moeilijk/onmogelijk te berekenen.

Ramingmethodiek DKG's voor verzekerden die in Nederland wonen

In de ex post situatie zijn de DBC-gegevens van het schadejaar 2014 bepalend voor het aantal DKG's in 2015, waarbij gecorrigeerd wordt voor de inschrijfduur in 2015 (aantal verzekerdenjaren). Tussen het jaar van de 'huidige' DBC-gegevens (2012) en het jaar van het PKB (2014) - het bestand waarop de verzekeringenraming is

² De zorgproductcodes van 2015 zijn representatief voor de zorgproductcodes van 2014 die voor de relevant zijn voor de DKG-indeling. De verschillen in de zorgproductstructuur van 2014 en van 2015 beperken zich voornamelijk tot langdurige zorgproducten. Door de verkorting van de trajectduur worden de ambulante (bij)producten van deze zorgproducten afgesplitst en behoudt de "primaire behandeling" de oorspronkelijke zorgproductcode.

gebaseerd - zit echter twee jaar en niet één jaar.

ZIN heeft in de raming een correctie uitgevoerd vanwege de uitval van verzekerden veroorzaakt door uitsluitend dit extra jaar 'vertraging', bijvoorbeeld door sterfte. In dit geval heeft ZIN voor de uitstroom tussen het PKB 2013 en PKB 2014 gecorrigeerd: verzekerden met een positieve DKG op basis van het declaratiebestand 2012 die in het PKB 2014 zitten, krijgen daardoor een hoger gewicht mee vanwege een relatief hoge sterfte voor deze groep tussen PKB 2013 en PKB 2014. Overeenkomstig de systematiek bij de FKG's zijn de correctiefactoren bepaald per 15-jaars leeftijd- en geslachtsklasse (L15G). Per DKG en per L15G zijn de gewichten voor 2014 zo vastgesteld dat de relatieve prevalentie per DKG en per L15G op basis van de schade in 2012 bij koppeling met het PKB van 2013 gelijk is aan die van 2014. Immers, DKG's op basis van het schadejaar 2012 worden gebruikt voor de ex post vaststelling 2013 en DKG's op basis van het schadejaar 2014 voor de ex post vaststelling 2015. Om op het niveau van 2015 te komen zijn voor alle verzekerden uit het PKB 2014 de gewichten per DKG-klasse aangepast met de macro-schalingsfactoren 2014-2015 (per L1G-klasse). Naar verwachting zal het aantal DKG's (verzekerdjaren) in de verzekerdraming 2015 overeenkomen met het aantal DKG's zoals in de ex post situatie zal worden bepaald.

Verzekerden in het buitenland

Net als bij de FKG's zijn verzekerden die in het buitenland wonen niet ingedeeld naar DKG's. Deze verzekerden zijn echter wel als aparte groep onderscheiden omdat ze wel meetellen bij de toedeling van de vereveningsbijdrage. Bij de somatische DKG's is de bijdrage voor een verzekerde die in het buitenland woont gelijk gesteld aan 50% van het normbedrag van de DKG-klasse 0 (afslagklasse) (ook bij de verzekerdraming 2014 was dit 50%).

5.2

DKG in GGZ-model

De belangrijkste wijziging bij de verzekerdraming van de DKG's psychische aandoeningen is dat een conversietabel voor basis GGZ wordt toegepast zodat alleen verzekerden met declaraties voor specialistische GGZ worden ingedeeld. Daarnaast verdwijnt de samenloop met de LDR en wordt het afslagpercentage voor verzekerden die in het buitenland wonen aangepast.

Brongegevens

Voor de verzekerdraming van de DKG's psychische aandoeningen in 2015 maakt ZIN gebruik van DBC-gegevens 2012. ZIN heeft deze bestanden vóór 1 juni 2014 via Zorg TTP ontvangen. Verder gebruikt ZIN het 'Kosten Per Verzekerde'-bestand 2011 om vast te stellen of een verzekerde GGZ-kosten in het jaar voorafgaand aan een psychische DBC-declaratie heeft. Na de indeling van alle declaraties naar DKG-klassen past ZIN de conversietabel basis GGZ 2014 voor het gegevensjaar 2012 van KPMG toe.

Indeling van verzekerden naar DKG's

VWS heeft voor het vereveningsjaar 2015 een referentietabel vastgesteld voor de indeling van verzekerden naar de psychische DKG's. Deze tabel geeft aan welke combinaties van diagnosecodes, behandelcodes of zorgtypen, indicatie voor verblijf en indicaties voor wel/geen GGZ-kosten in het jaar voorafgaand aan de opening van de DBC tot de vijf (positieve) klassen van de DKG psychische aandoeningen leiden. Door de invoering van de basis GGZ is het declaratiebestand van 2012 niet representatief voor de psychische DBC's uit 2014 die worden toegepast voor de vaststelling van de DKG's psychische aandoeningen in 2015. Om het bestand zo representatief mogelijk te maken voor de raming 2015 is een conversietabel voor de basis GGZ toegepast. Hierdoor worden aan alle DBC's een kansverdeling voor alle

psychische DKG's toegekend. Net als bij de somatische DKG's wordt verondersteld dat meerdere DBC's per verzekerde op zich zelf staan, zodat alle verzekerden één (samengestelde) kansverdeling naar alle psychische DKG-classes krijgen.

Geen DKG-trendtabel

Net als bij de somatische DKG's wordt ook bij de psychische DKG's geen trendtabel toegepast. De DBC-GGZ-declaratiegegevens van 2010 tot en met 2012 wijzen op sterke fluctuaties in het aantal DKG's, en dus niet op een stabiele en significante trend.

Ramingmethodiek psychische DKG's voor verzekerden die in Nederland wonen

Net als bij het somatische DKG-model zijn voor het GGZ-model in de ex post situatie de DBC-gegevens van het schadejaar 2014 bepalend voor het aantal DKG's in 2015, waarbij gecorrigeerd wordt voor de inschrijfduur in 2015 (aantal verzekerdenjaren). De raming van de psychische DKG's gebeurt dan ook op identieke wijze als die voor de somatische DKG's.

Verzekerden in het buitenland

Verzekerden die in het buitenland wonen worden (ook) niet ingedeeld in één van de psychische DKG-classes, maar tellen wel mee bij de toedeling van de vereveningsbijdrage. Bij de DKG psychische aandoeningen is de bijdrage voor een verzekerde die in het buitenland woont gelijk gesteld aan 40% van het normbedrag van de DKG-GGZ-klasse 0 (afslagklasse).

6 Meerjarig hoge kosten

In de verzekerdenraming 2015 wordt het criterium Meerjarig hoge kosten (MHK) ook in het GGZ-model en het nieuwe V&V-model geïntroduceerd. De MHK in het GGZ-model wordt gebaseerd op de GGZ-kosten in de drie voorgaande jaren, en wordt verdeeld in een afslagklasse en drie positieve klassen. De indeling van de MHK in het V&V-model is (vooralsnog) identiek aan de indeling van de MHK in het somatisch model, maar voor het V&V-model wordt alleen gekeken naar verzekerden vanaf 65 jaar. Hieronder volgt alleen een toelichting op de raming van de MHK in het somatische model en de MHK in het GGZ-model.

6.1 MHK in somatisch model

Op basis van schadegegevens op verzekerdeniveau over de jaren t-3, t-2 en t-1 krijgen verzekeraars een compensatie in geval een verzekerde in deze drie jaren bepaalde schadedrempels heeft overschreden. Voor het vereveningsmodel 2015 zijn er zes (positieve) MHK-klassen en een afslagklasse:

- de MHK-klasse 1 ('nee-ja-ja') bestaat uit verzekerden die in t-3 geen hoge kosten hebben, maar zowel in t-2 als in t-1 tot de verzekerden in de top-10% van hoogste kosten behoren
- de MHK-klassen 2 t/m 6 bestaat uit verzekerden die in alle drie voorgaande jaren telkens in de top-x% van hoogste kosten vallen

Tabel 6.1 geeft een overzicht van alle MHK-klassen.

Tabel 6.1 Klassenindeling 2015 van de MHK in het somatisch model

MHK-S klasse	Omschrijving
MHK-S 0	afslagklasse
MHK-S 1	in 2 voorgaande jaren kosten in top 10% ('nee-ja-ja')
MHK-S 2	in 3 voorgaande jaren kosten in top 15%
MHK-S 3	in 3 voorgaande jaren kosten in top 10%
MHK-S 4	in 3 voorgaande jaren kosten in top 7%
MHK-S 5	in 3 voorgaande jaren kosten in top 4%
MHK-S 6	in 3 voorgaande jaren kosten in top 1,5%

Ramingmethodiek voor alle verzekerden

ZIN baseert de raming voor de somatische MHK op de drie meest recente jaren waarvoor schadegegevens per verzekerde beschikbaar zijn. Voor de raming van 2015 zijn dit 2010 (t-5), 2011 (t-4) en 2012 (t-3). ZIN heeft voor deze jaren de "Kosten Per Verzekerde" (KPV-)bestanden ontvangen van de zorgverzekeraars (via ZorgTTP). Uit deze bestanden heeft ZIN per jaar de deelbedragen 'overige prestaties', 'ziekenhuisverpleging variabel en specialistische hulp' en 'B-dbc's' per verzekerde bij elkaar opgeteld. Vervolgens zijn voor elk jaar de grenzen van de top 15%, 10%, 7%, 4% en 1,5% bepaald. Hierbij tellen alle verzekerden in een jaar met gewicht 1 mee, ongeacht de inschrijfduur. Tabel 6.2 geeft de drempelbedragen van de jaren 2006 tot en met 2012.

Tabel 6.2 Drempelbedragen per schadejaar voor de MHK in het somatisch model

Jaar	top 15%	top 10%	top 7%	top 4%	top 1,5%
2006	1.787	2.777	3.820	5.984	11.846
2007	2.044	3.089	4.203	6.493	12.744
2008	2.154	3.259	4.458	6.806	13.016
2009	2.288	3.479	4.802	7.431	14.195
2010	2.379	3.631	5.014	7.738	14.663
2011	2.413	3.693	5.116	7.899	14.738
2012	2.658	4.035	5.539	8.474	15.678

In de drempelbedragen voor 2012 zijn de declaraties tot en met maximaal mei 2014 verwerkt. In de uiteindelijke bedragen zal ook de schade over 2012 worden meegenomen die in de rest van 2014 wordt gedeclareerd (voorlopig versus definitief KPV-bestand 2012). Verder zullen door plafondafspraken en lumpsumafspraken de ziekenhuiskosten nog veranderen; in dit voorlopige bestand zijn de effecten van deze afspraken nog niet verwerkt. Naar verwachting zal dit een neerwaarts effect hebben op de drempelbedragen.

Vervolgens zijn de verzekerden gekoppeld aan het PKB 2013 (let op de overeenkomsten met het DKG-criterium). Na deze koppeling zijn de relatieve prevalenties bepaald per MHK-klasse. Vervolgens is dit bestand gekoppeld aan het PKB 2014. De groep van nieuw verzekerden in PKB 2014 krijgen dan de prevalentie van de verzekerden in het PKB 2013. Door de relatief hoge verwachte sterfte onder de positieve MHK-klassen verdwijnen zonder correctie te veel verzekerden. Vandaar dat ZIN correctiefactoren heeft berekend om op dezelfde relatieve prevalentie uit te komen als bij de koppeling met het PKB 2013. Om op het niveau van 2015 te komen zijn voor alle verzekerden uit het PKB 2014 de gewichten per MHK-klasse aangepast met de macro-schalingsfactoren 2014-2015 (per L1G-klasse).

Correctie en aanpassing aan de Overall Toets

De raming van de MHK gaat uit van relatief 'oude' kostengegevens. Als door beleids- en definitiewijzigingen grote verschillen ontstaan in Zvw kosten tussen t-5 en t-3, dan kan er ook een verschil ontstaan tussen de raming en de uiteindelijke verzekerdenbepaling. Om de effecten van tussentijdse beleidswijzigingen te ondervangen worden de geraamde aantallen verzekerden voor de somatische MHK afgestemd op de prevalenties van de Overall Toets 2015 (OT). De OT gaat weliswaar uit van kosten uit t-6, t-5 en t-4, maar op deze kosten zijn correcties toegepast om ze representatief te maken voor de situatie in de jaren t-3, t-2 en t-1, met name vanwege pakketwijzigingen en kostenoverhevelingen.

Voor de correctie aan de OT heeft ZIN van het onderzoeksbureau iBMG de prevalentie per MHK-klasse per L15G uit de OT ontvangen. De correctiefactoren zijn berekend door de *relatieve* prevalentie³ uit de OT te delen door de relatieve prevalentie (eveneens op L15G-niveau) die aanvankelijk uit de verzekerdenraming komt. Tabel 6.3 geeft een overzicht van deze correctiefactoren. De uiteindelijke raming van het aantal verzekerden per MHK-klasse is dan het aanvankelijke aantal per MHK-klasse en leeftijd- en geslachtsklasse (L15G) vermenigvuldigd met de desbetreffend correctiefactor. De correctiefactoren variëren tussen 0,738 en 1,132.

³ D.w.z. per L15G-klasse het aantal verzekerden in een MHK-klasse ten opzichte van het totaal aantal verzekerden (in dezelfde L15G-klasse).

Tabel 6.3 Correctiefactoren van somatische MHK-classes voor afstemming op relatieve prevalentie Overall Toets

Mannen Leeftijd	'nee-ja-ja'	3x top 15%	3x top 10%	3x top 7%	3x top 4%	3x top 1,5%
0 t/m 17	1,030	0,976	0,891	0,833	0,771	0,823
18 t/m 29	1,050	0,915	0,797	0,787	0,829	0,970
30 t/m 44	1,027	0,995	0,908	0,938	0,890	0,938
45 t/m 59	1,102	1,023	0,972	0,989	0,911	0,936
60 t/m 74	1,088	1,024	0,976	1,007	1,033	0,992
75 e.o.	1,080	1,015	1,002	1,056	1,132	1,108

Vrouwen Leeftijd	'nee-ja-ja'	3x top 15%	3x top 10%	3x top 7%	3x top 4%	3x top 1,5%
0 t/m 17	1,018	1,030	0,960	0,917	0,794	0,738
18 t/m 29	1,085	1,004	0,899	0,845	0,810	0,818
30 t/m 44	0,897	0,940	0,855	0,861	0,857	0,843
45 t/m 59	1,052	0,992	0,962	0,961	0,957	0,904
60 t/m 74	1,073	1,005	0,962	0,968	0,986	0,893
75 e.o.	1,053	0,976	0,940	0,965	0,997	0,927

6.2 MHK in GGZ-model

In de verzekerdraming 2015 wordt ook de MHK voor het GGZ-model geïntroduceerd. Op basis van GGZ-kostengegevens op verzekerdenniveau over de jaren t-3, t-2 en t-1 krijgen verzekeraars een compensatie in geval een verzekerde in deze drie jaren bepaalde kosten heeft gemaakt. Voor het vereveningsmodel 2015 zijn er drie (positieve) klassen en één afslagklasse:

- verzekerden worden ingedeeld in de MHK-classes 2 of 3 als zij in de voorgaande jaren telkens GGZ-kosten hebben gemaakt die in de top 12,5 ‰ respectievelijk top 5‰ van hoogste GGZ-kosten (over alle verzekerden boven de 18 jaar) vallen
- verzekerden worden ingedeeld in de MHK-klasse 1 als zij in de 3 voorgaande jaren ten minste 1 jaar GGZ-kosten hebben gemaakt maar niet in de MHK-klasse 2 of 3 vallen
- verzekerden vallen in de MHK-klasse 0 als zij in de 3 voorgaande jaren géén GGZ-kosten hebben gemaakt.

Tabel 6.4 vat de klassenindeling van de MHK in het GGZ-model nog eens samen.

Tabel 6.4 Classenindeling 2015 van de MHK in het GGZ-model

MHK-klasse	Omschrijving
MHK-G 0	in 3 voorgaande jaren geen GGZ-kosten (MGK/afslag)
MHK-G 1	in 3 voorgaande jaren tenminste 1 keer GGZ-kosten
MHK-G 2	in 3 voorgaande jaren GGZ-kosten in top 12,5‰
MHK-G 3	in 3 voorgaande jaren GGZ-kosten in top 5‰

Met de invoering van de MHK in het GGZ-model vervalt het vereveningscriterium 'Lage Drempel voor GGZ-kosten' (LDR) in het GGZ-model.

Ramingmethodiek voor alle verzekerden

ZIN baseert de raming van de psychische MHK op de drie meest recente jaren waarvoor gegevens van GGZ-kosten per verzekerde beschikbaar zijn. Voor de raming van 2015 zijn dit 2010 (t-5), 2011 (t-4) en 2012 (t-3). ZIN heeft voor deze jaren de "Kosten Per Verzekerde" (KPV) bestanden ontvangen van de zorgverzekeraars (via ZorgTTP).

Voor elk jaar heeft ZIN eerst de drempelbedragen van de top 12,5‰ en 5‰ vastgesteld. Hierbij zijn alle verzekerden vanaf 18 jaar (in het desbetreffend jaar) met gewicht 1 meegeteld, ongeacht hun inschrijfduur. Tabel 6.5 geeft de drempelbedragen voor de jaren 2010 tot en met 2012.

Tabel 6.5 Drempelbedragen per schadejaar voor de MHK in het GGZ-model

Jaar	top 12,5 ‰	top 5 ‰
2010	3.376	7.372
2011	3.804	8.013
2012	3.592	7.776

Net als bij de somatische MHK zijn de drempelbedragen gebaseerd op de declaraties voor 2012 die tot en met uiterlijk mei 2014 zijn verwerkt. In de berekening van de uiteindelijke bedragen zal ook de schade over 2012 worden meegenomen die in de rest van 2014 wordt gedeclareerd (voorlopig versus definitief KPV-bestand 2012). Door deze uitlooschade zullen de definitieve drempelbedragen over 2012 naar verwachting hoger uitvallen.

Vervolgens worden de verzekerden gekoppeld aan het PKB 2013 (let op de overeenkomsten met de somatische MHK), en wordt de relatieve prevalenties per MHK-GGZ-klasse bepaald voor 2013. Vervolgens wordt dit bestand gekoppeld aan PKB 2014. De groep van nieuw verzekerden in PKB 2014 krijgt dan de prevalentie van de verzekerden in het PKB 2013. Ook bij de psychische MHK berekent ZIN correctiefactoren (voor correctie van sterfte) zodat de relatieve prevalentie per MHK-GGZ klasse per L15G van het PKB 2013 behouden blijft in 2014.

Geen correctie en aanpassing aan de Overall Toets

In tegenstelling tot de somatische MHK vindt er bij de psychische MHK *geen* herschaling plaats naar de prevalentie uit het onderzoek. In het gegevensjaar 2012 is er veel veranderd in de eigen bijdrage voor GGZ. Deze veranderingen worden wel opgepakt in de verzekerdenraming (en verzekerdenbepaling) maar niet in de OT 2015. Bij de psychische MHK is correctie/aanpassing aan de OT 2015 dan juist niet gepast.

Verzekerden woonachtig in het buitenland

Aangezien het bij dit vereveningscriterium gaat om kosten per verzekerde kunnen verzekerden woonachtig in het buitenland gewoon meelopen

7 Hulpmiddelen kostengroepen

Naast het farmaciegebruik (FKG) en de ziekenhuisbehandelingen (DKG) is het gebruik van sommige hulpmiddelen (chronisch gebruik) een goede voorspeller van toekomstige ziektekosten. In 2014 is het somatische model uitgebreid met het vereveningscriterium Hulpmiddelen kostengroepen (HKG). Ook in het vereveningsmodel voor 2015 zijn vier positieve klassen onderscheiden (zie Tabel 7.1):

Tabel 7.1 Klassenindeling 2015 van de HKG

HKG-klasse	Omschrijving (type hulpmiddel)
HKG 0	Afslag
HKG 1	Insuline infuuspompen
HKG 2	Catheters/urine-opvangzakken
HKG 3	Stomamiddelen
HKG 4	Tracheo-stomamiddelen

Brongegevens

ZIN heeft op 1 juni van de verzekeraars (via ZorgTTP) bestanden gekregen betreffende hulpmiddelendeclaraties 2013.

Indeling van verzekerden

In de verzekerdenraming 2015 zijn de declaraties via GPH-codes met behulp van het referentiebestand ingedeeld naar de vier HKG-klassen. De HKG's vormen een enkelvoudig criterium, dus voor elke verzekerde telt alleen de hoogste HKG-klasse. Verder is voor elke verzekerde één declaratie in t-1 voldoende om in t in een positieve HKG te vallen.

Ramingmethodiek HKG's voor verzekerden die in Nederland wonen

De indeling van verzekerden in HKG-klassen gebeurt ex post op basis van declaraties uit het jaar daarvoor. Het hulpmiddelen-databestand 2013 loopt daarmee één jaar achter op de gegevens voor 2014 die nodig zijn om bij de verzekerdenbepaling voor het vereveningsjaar 2015 verzekerden in te kunnen delen in de HKG-klassen.

In de raming is het hulpmiddelen-databestand 2013 gebruikt om personen die volgens het persoonskenmerkenbestand (PKB) in 2014 zijn verzekerd in te delen. Nieuwe verzekerden in het PKB 2014 worden ingedeeld op basis van de prevalentie van verzekerden die ook al in PKB 2013 zijn opgenomen. Daarnaast is (per L15G) ook gecorrigeerd voor onder andere sterfte. Immers, verzekerden met een HKG op basis van declaraties in 2013 hebben vermoedelijk een grotere kans op sterfte dan 'gezonde' verzekerden, en zonder de correctie komt de raming dan te laag uit. Om op het niveau van 2015 te komen zijn voor alle verzekerden uit het PKB 2014 de gewichten per HKG-klasse aangepast met de macro-schalingsfactoren 2014-2015 (per L1G-klasse).

Verzekerden in het buitenland

Door het ontbreken van declaratiegegevens zijn verzekerden die in het buitenland wonen bij de HKG niet ingedeeld. Zij zijn echter wel als aparte groep onderscheiden omdat ze wel meetellen bij de toedeling van de vereveningsbijdrage. Bij de HKG's is de bijdrage voor een verzekerde die in het buitenland woont gelijk gesteld aan 65% van het normbedrag van de HKG-klasse 0 (afslagklasse).

8 Generieke somatische morbiditeit

Gezonde 65-plussers worden overgecompenseerd in het huidige vereveningsmodel. Dit wordt onder andere veroorzaakt doordat de afslagklassen bij de (somatische) FKG, DKG, HKG en MHK niet leeftijdsafhankelijk zijn. Per vereveningsjaar 2015 komt er een nieuw criterium in het somatische model dat deze omissie opvangt: het criterium Generieke somatische morbiditeit (GSM). Het betreft een criterium met vier klassen, namelijk een opsplitsing naar 65- en 65+ en 'wel/geen morbiditeit' (zie Tabel 8.1).

Tabel 8.1 Klassenindeling 2015 van Generieke somatische morbiditeit (GSM)

GSM-klasse	Omschrijving
GSM 1	65- en 'geen morbiditeit'
GSM 2	65- en 'wel morbiditeit'
GSM 3	65+ en 'geen morbiditeit'
GSM 4	65+ en 'wel morbiditeit'

Indeling van verzekerden

ZIN deelt een verzekerde in in de hoofdklasse 'geen morbiditeit' als deze in alle afslagklassen van de somatische FKG, DKG, HKG en MHK valt. De klassen 65-/'geen morbiditeit' en 65+/'geen morbiditeit' kunnen beide als afslagklasse worden gezien.

Verzekerden in het buitenland

ZIN neemt de verzekerden die in het buitenland wonen gewoon mee in de raming, en deelt deze op dezelfde wijze in als de verzekerden woonachtig in Nederland. Dit betekent dat verzekerden woonachtig in het buitenland uitsluitend op basis van een indeling naar een somatische MHK-klasse terecht kunnen komen in de hoofdklasse 'wel morbiditeit'. Dit sluit aan bij de keuze zoals gemaakt voor het eigenrisicomodel (zie hoofdstuk 13).

9 Zorgvraagwaarte

In het voorjaar van 2014 is er onderzoek gedaan naar de introductie van de Zorgvraagwaarte (ZVZ) als nieuw vereveningscriterium in het GGZ-model. Doordat (waarschijnlijk) een deel van de ZVZ-gegevens in 2014 ontbreekt is de verevening op het criterium ZVZ in het GGZ-model voor 2015 niet uitvoerbaar. Derhalve is alsnog besloten om dit criterium niet in te voeren in het vereveningsmodel voor 2015.

Desalniettemin heeft ZIN op basis van SiRM gegevens een raming gemaakt van het aantal verzekerden in de (beoogde) ZVZ-klassen. Hierbij worden verzekerden vanaf 18 jaar op basis van de zorgvraagwaarte op hun GGZ-declaratie ingedeeld in één van de vijf positieve ZVZ-klassen of in de ZVZ-afslagklasse. Tabel 9.1 geeft de klassenindeling van dit (beoogde) criterium.

Tabel 9.1 Klassenindeling 2015 van Zorgvraagwaarte (ZVZ)

ZVZ-klasse	Omschrijving
ZVZ 0	afslagklasse
ZVZ 1	basis GGZ
ZVZ 2	specialistische GGZ met zorgvraagwaarte 1, 2, 3 of 99 (onbekend)
ZVZ 3	specialistische GGZ met zorgvraagwaarte 4 of 5
ZVZ 4	specialistische GGZ met zorgvraagwaarte 6
ZVZ 5	specialistische GGZ met zorgvraagwaarte 7

Brongegevens

Deze raming is gebaseerd op gegevens van SiRM over 2011⁴. Dit databestand geeft voor elke DBC-GGZ-declaratie een kansverdeling dat de declaratie in de basis GGZ valt of in één van de afzonderlijke ZVZ-categorieën. Deze kansverdeling ontstaat door de toepassing van de conversietabel om een onderscheid te maken tussen de POH, de basis GGZ en de specialistische GGZ.

Indeling van verzekerden

Op basis van het verzekerdenbestand van SiRM deelt ZIN de declaraties in naar ZVZ-klassen. Voor verzekerden met meerdere declaraties wordt vervolgens een (samengestelde) kansverdeling vastgesteld. Hierbij wordt verondersteld dat de declaraties per verzekerde onafhankelijk zijn. De (samengestelde) kansverdeling geeft voor elke ZVZ-klasse de kans dat deze klasse de hoogste ZVZ-klasse is over alle declaraties van de verzekerde.

Ramingmethodiek ZVZ voor verzekerden die in Nederland wonen

Voor de ZVZ zouden in de ex post situatie GGZ-gegevens van 2014 bepalend zijn voor de aantallen naar ZVZ-klasse in 2015, waarbij gecorrigeerd wordt voor de inschrijfduur in 2015 (aantal verzekerdenjaren). Tussen het jaar van de gegevens (2011) en het jaar van het PKB (2014) - het bestand waarop de verzekerdenraming wordt gebaseerd - zit echter drie jaar en niet één jaar. Na de indeling van verzekerden in PKB 2012 heeft ZIN de aantallen verzekerden per ZVZ-klasse voor de tussenliggende jaren 2013 en 2014 bijgeraamd. Hierbij zijn de correctiefactoren per leeftijd- en geslachtsklasse (L15G) op de zelfde wijze bepaald als bij de

⁴ SiRM heeft met de DIS-gegevens van DBC-Onderhoud (per declaratie) een inschatting gemaakt van de zorgvraagwaarte, en vervolgens deze gegevens gekoppeld aan de DBC-gegevens van Vektis. Vervolgens heeft SiRM hierop een conversietabel van KPMG toegepast voor het onderscheid naar specialistische GGZ/basis GGZ/POH en een waarschijnlijkheidskoppeling uitgevoerd op de ontbrekende verzekerden/bsn's.

(psychische) DKG's. Per L15G worden de gewichten dus zó vastgesteld dat de prevalentie van ZVZ-klassen in 2014 overeenkomt met de prevalentie op basis van de kosten in 2011 en het gekoppelde PKB van 2012. Om op het niveau van 2015 te komen zijn voor alle verzekerden uit het PKB 2014 de gewichten per ZVZ-klasse aangepast met de macro-schalingsfactoren 2014-2015 (per L1G-klasse).

Verzekerden in het buitenland

Verzekerden woonachtig in het buitenland zijn ook bij ZVZ niet ingedeeld. Vanwege de onvolledige data zou ZIN in de verzekerdenraming 2015 hierop een normbedrag van 0% van de afslagklasse toepassen.

10 Aard van inkomen

Het vereveningscriterium 'Aard van het inkomen' (AVI) komt in drie modellen (Somatisch, ER en GGZ) voor en is voor deze modellen op dezelfde wijze gedefinieerd.

Brongegevens

UWV

ZIN heeft het aantal verzekerden met een arbeidsongeschiktheidsuitkering of een bijstandsuitkering bepaald op basis van UWV-gegevens van juni 2013. De gegevensaanlevering is met het UWV afgestemd, met name wat betreft de volledigheid (op gemeenteniveau). De UWV-gegevens voor 2013 zijn volledig, en hoefden derhalve niet te worden aangevuld met UWV-gegevens op een eerdere peildatum.

Belastingdienst

ZIN heeft het aantal verzekerden in de categorie 'zelfstandigen' bepaald op basis van gegevens van de Belastingdienst (BDZ-bestanden) uit 2013 en de eerste maanden van 2014. Wel is er rekening gehouden met een eventuele samenloop met andere klassen van AVI.

DUO

DUO heeft een bestand ter beschikking gesteld met daarin alle verzekerden die in 2014 als HBO- of WO-student zijn ingeschreven. De peildatum van het DUO-bestand is 1 juni (2014) en heeft betrekking op het schooljaar/collegejaar 2013/2014.

Indeling verzekerden naar AVI-klassen

Bij de definitieve vaststelling zal de bepaling van het aantal verzekerden per AVI-klasse plaatsvinden op de peildatum van 30 juni van dat jaar (studenten 1 juni). Hierdoor is het niet nodig om bij een vaststelling te kijken naar wisselingen binnen een jaar, maar kan worden volstaan met de waarde op een specifiek peilmoment. Een nadeel van één peildatum in een jaar is dat geen rekening wordt gehouden met seizoensinvloeden.

In de verzekerdenraming 2015 zijn verzekerden in vier stappen ingedeeld naar AVI-klassen. In de eerste stap zijn verzekerden in vastgestelde arbeids- en inkomensgroepen op basis van de UWV- en BDZ-bestanden ingedeeld naar AVI-codes (AVI-codes 1 t/m 6, en AVI-code 7 voor overigen). Als een verzekerde in meerdere AVI-codes is ingedeeld, dan geldt de laagste AVI-code. Bijvoorbeeld, iemand die in loondienst (AVI-code 5) en als zelfstandige (AVI-code 6) werkzaam is, krijgt AVI-code 5 toegewezen.

In de tweede stap heeft ZIN een correctie toegepast voor studenten: verzekerden die tussen 18 en 34 jaar oud zijn en die HBO- of WO-student zijn hebben AVI-code 8 gekregen, mits zij niet arbeidsongeschikt of bijstandsgerechtigd zijn.

In de derde stap zijn verzekerden op basis van hun AVI-code ingedeeld naar zes verzekeringsgronden (VG):

- VG1 = AVI-code 1 = 0-17 jarigen en 65-plussers
- VG2 = AVI-code 2 = arbeidsongeschikten
- VG3 = AVI-code 3 = bijstandsgerechtigden
- VG4 = AVI-code 8 = studenten

VG5 = AVI-code 6 = zelfstandigen
 VG6 = AVI-code 4, 5 en 7 = referentiegroep bestaande uit respectievelijk werklozen, personen in loondienst en overigen

In de vierde stap bepaalt de combinatie van de verzekeringsgrond en de AVI-leeftijdsklasse in welke AVI-klasse (dit is dus iets anders dan AVI-code) een verzekerde terechtkomt. Voor de verzekerdraming 2015 zijn er zes AVI-leeftijdsklassen onderscheiden: 0-17 jaar, 18-34 jaar, 35-44 jaar, 45-54 jaar, 55-64 jaar en 65-plus. Tabel 10.1 geeft de indeling naar de uiteindelijke AVI-klassen.

Tabel 10.1 Klassenindeling 2015 van Aard van Inkomen

Verzekeringsgrond	AVI-leeftijdsklasse					
	0-17	18-34	35-44	45-54	55-64	65-plus
leeftijd onbekend	AVI 0					
VG 1 (0-17 jaar en 65-plus)	AVI 1					AVI 2
VG 2 (arbeidsongeschikt)		AVI 3	AVI 4	AVI 5	AVI 6	
VG 3 (bijstand)		AVI 7	AVI 8	AVI 9	AVI 10	
VG 4 (student)		AVI 11				
VG 5 (zelfstandig)		AVI 15	AVI 16	AVI 17	AVI 18	
VG 6 (referentie)		AVI 19	AVI 20	AVI 21	AVI 22	

Verzekerden in het buitenland

Ook verzekerden woonachtig in het buitenland worden bij AVI ingedeeld volgens bovenstaande systematiek. Van hen is de aard van het inkomen bekend.

11 Sociaal economische status en Personen per adres

11.1 Sociaal Economische Status

Het vereveningscriterium Sociaal economische status (SES) komt voor in het somatische model en het GGZ-model.

Voor vereveningsjaar 2015 treedt een kleine wijziging op in het SES-criterium. Tot en met 2014 werden de percentielgrenzen voor de 30%-40%-30%-verdeling van het gemiddeld "adresinkomen" bepaald over *alle* verzekerden. Dit gaf instabiliteit van de verzekerdenaantallen in achtereenvolgende verzekerdenramingen en – bepalingen door verschillen in inkomensontwikkelingen tussen leeftijdsklassen. Voor 2015 is gekozen om een leeftijdsafhankelijke 30%-40%-30%-verdeling toe te passen (0-17 jaar, 18-64 jaar en 65+ jaar). Dit geeft expliciet meer stabiliteit in de SES-aantallen naar leeftijdsklasse.

Brongegevens

Voor de raming van de SES zijn gegevens uit het PKB (leeftijdsklasse en in sommige gevallen adresleutel) en de inkomensbestanden van de Belastingdienst gebruikt. Voor de verzekerdenraming 2015 zijn de inkomensgegevens gebaseerd op een inkomensbestand van de Belastingdienst van het jaar 2012. In de gevallen waarvoor in 2012 geen inkomensgegevens beschikbaar zijn bij de Belastingdienst, valt ZIN terug op de inkomensgegevens uit 2011.

Het woonadres van een verzekerde is uit het inkomensbestand van de Belastingdienst over 2013 overgenomen via een versleutelde identificatie. Als het adres van een persoon in het bestand van de Belastingdienst ontbreekt maar wel in het PKB 2014 voorkomt, dan is de adresleutel uit het PKB 2014 gebruikt.

Ramingmethodiek voor alle verzekerden

Het criterium SES is gebaseerd op het gemiddelde inkomen per persoon op een adres. Om dit inkomen te bepalen zijn van zowel de inkomens op een adres als van het aantal personen op een adres de som bepaald. Ook de niet-Zvw-verzekerden, bijvoorbeeld actieve militairen, zijn meegenomen in de bepaling van het gemiddelde inkomen per adres. De inkomens komen uit het bestand van de Belastingdienst 2012 en bij het ontbreken daarvan uit 2011. Inkomens die ook dan nog ontbreken zijn op 0 gezet. Voor personen die niet het gehele jaar verzekerd zijn geweest volgens het VPPER-bestand⁵ van dat inkomensjaar is het inkomen gecorrigeerd naar een jaarinkomen (jaarinkomen nieuw = jaarinkomen oud gedeeld door fractie Zvw-verzekerd). De niet-Zvw-verzekerden tellen zonder meer mee voor één in deze berekening.

Indeling van verzekerden

Voor elke verzekerde die in Nederland woont, kan in principe het gemiddelde inkomen op het woonadres worden berekend. Op basis van dit gemiddelde inkomen per adres wordt de verzekerde ingedeeld naar leeftijdsklasse en inkomensgroep. In elke leeftijdsklasse worden drie inkomensgroepen gecreëerd op basis van de decielen van de landelijke inkomensverdeling (per leeftijdsklasse). De onderste 30% van de inkomens vormt de eerste groep (SES laag), de tweede groep bevat de middelste 40% (SES midden) en de derde groep de hoogste 30% van de inkomens (SES hoog). Tabel 11.1 geeft (per leeftijdsklasse) de drempelbedragen voor de desbetreffende inkomensgroepen.

⁵ Verzekerde Periode en Persoonskenmerkenbestand.

Tabel 11.1 Indeling inkomensgroepen per leeftijdsklasse

Leeftijdsklasse	SES laag	SES midden	SES hoog
0-17 jaar	€ 0 - € 8.795,83	€ 8.795,84 - € 16.698,24	€ 16.698,25 en meer
18-64 jaar	€ 0 - € 13.041,67	€ 13.041,68 - € 25.467,66	€ 25.467,67 en meer
65 jaar en ouder	€ 0 - € 14.386,00	€ 14.386,01 - € 24.132,99	€ 24.133,00 en meer

Verzekerden die met meer dan 15 personen op één adres (sleutel) wonen vormen een aparte groep. Dit is een indicatie dat zij in een AWBZ-instelling wonen. Deze twee groepen worden afgezonderd en komen in aparte SES-klassen terecht.

De bovenstaande werkwijze levert de volgende klassen op:

Tabel 11.2 Klassenindeling 2015 van Sociaal Economische Status

Sociaaleconomische Status	Leeftijdsindeling		
Verzekerde in het buitenland of ongeldige postcode/ ongeldige leeftijd			
Meer dan 15 personen op een adres	0-17	18-64	65+
SES laag (onderste 30% van inkomens)	0-17	18-64	65+
SES middel (middelste 40% van inkomens)	0-17	18-64	65+
SES hoog (hoogste 30% van inkomens)	0-17	18-64	65+

Verzekerden in buitenland

Verzekerden die in het buitenland wonen of die geen geldige adressleutel/leeftijd hebben worden niet ingedeeld en komen in een aparte klasse terecht.

11.2 Personen per adres

Het vereveningscriterium 'aantal personen per adres' (PPA) is een op zichzelf staand criterium in het GGZ-model (één versus meerdere personen) en speelt - zoals reeds beschreven - als parameter ook een rol in het SES-criterium (meer dan 15 personen).

Met het bestand van de Belastingdienst heeft ZIN het aantal personen met een bepaalde adressleutel bepaald. Een verzekerde is ingedeeld in de klasse 'één persoon per adres' als geen enkel ander persoon diezelfde adressleutel heeft. Verzekerden die niet als enige een bepaalde adressleutel hebben, zijn ingedeeld in de klasse 'Meerdere personen per adres'. Verzekerden die in het buitenland wonen, vormen een aparte categorie met normbedrag € 0.

Tabel 3.14 Klassenindeling 2015 naar Personen per adres

Klasse naam	Personen per adres
PPA onbekend	In het buitenland wonend
PPA 0	Meerdere personen per adres
PPA 1	Eén persoon per adres

12 Regio

Als onderdeel van het onderzoeksprogramma heeft het onderzoeksbureau iBMG heeft de regio-indeling 2015 bepaald voor het somatische model, het GGZ-model en het V&V model. De bestanden die iBMG heeft opgeleverd bevat een indeling van 4-cijferige postcodes naar de desbetreffende regioclusters. Voor het somatisch model en het ER-model is de postcode-indeling gelijk; hiervoor is dus dezelfde verzekerdenraming gebruikt (Regio-S). In het somatisch model gaat het om alle verzekerden en in het eigenrisicomodel om verzekerden van 18 jaar en ouder. Voor het GGZ-model (Regio-G) en het V&V-model (Regio-V; nieuw voor 2015) gelden afzonderlijke postcode-indelingen.

Ramingmethodiek voor alle Regio-indelingen

De ramingmethodiek van de verzekerdenaantallen (=verzekerdenjaren) naar regiocluster is voor alle modellen hetzelfde. Het bestand van iBMG is via de 4-cijferige postcode gekoppeld aan het PKB van 2014, zodat aan iedere verzekerde met een 'geldige' 4-cijferige Nederlandse postcode een klasse van Regio-S, Regio-G en Regio-V is toegekend. De 4-cijferige postcodes voor postbussen zijn ingedeeld bij dezelfde regio als de gemeente waar deze postbussen zijn gevestigd. Regio-S en Regio-G zijn beide ingedeeld in tien (vrijwel) even grote klassen. Regio-V kent in 2015 vijf klassen.

Verzekerden in buitenland

Per regio-indeling is er één klasse met daarin de verzekerden die in het buitenland wonen en de verzekerden met een niet-koppelbare postcode. De verzekerden in categorie 'geen geldige postcode' en 'woonachtig in het buitenland' komen in dezelfde klasse terecht voor de schatting van de normbedragen (het normbedrag voor deze klasse is gelijk aan € 0).

13 Eigenrisicomodel, Verpleging en Verzorging

13.1 Eigenrisicomodel

In het vereveningsjaar 2015 wordt de groep verzekerden in het eigenrisicomodel (ER-model) in een positieve somatische 'FKG of DKG of MHK' afgezonderd en krijgt een apart normbedrag (geschatte eigen betaling van deze groep). Deze groep wordt beschouwd als een homogene groep. De verzekerden die niet zijn ingedeeld in een 'positieve' FKG én niet in een 'positieve' DKG én niet in een 'positieve' MHK worden ingedeeld op basis van de criteria leeftijd en geslacht, regio (somatisch) en aard van het inkomen.

Methodiek raming ER-model

Per verzekerde verschillen de gewichten voor de criteria FKG, DKG en MHK voor ophoging naar het niveau van 2015. Dit komt doordat bij FKG rekening gehouden moet worden met de trendmatige ontwikkeling en bij DKG door de bijraming. Voor de selectie van de verzekerden die onder het ER-model vallen, gaat ZIN voor de raming bij elke verzekerde uit van het minimum van de gewichten voor de afslagklassen van de drie criteria. Het idee hierachter is dat elk gewicht een aantal verzekerdenjaren representeert. Het aantal verzekerdenjaren dat niet is ingedeeld in een 'positieve' FKG én niet in een 'positieve' DKG én niet in een 'positieve' MHK kan dan nooit groter zijn dan het minimum van de gewichten voor de bijbehorende verzekerde(jaren).

Verzekerden in buitenland

Verzekerden woonachtig in het buitenland kunnen worden ingedeeld in een positieve MHK-klasse. Vandaar dat deze verzekerden gewoon meelopen overeenkomstig de verzekerden woonachtig in Nederland.

13.2 Verpleging en Verzorging

Doordat de kosten voor verpleging en verzorging vanaf 2015 worden overgeheveld van de AWBZ naar de Zvw komt er een nieuw deelbedrag voor Verpleging en Verzorging (V&V-model). Gezien de specifieke verdeling van deze kosten is gekozen voor een apart vereveningsmodel uitsluitend voor verzekerden van 65 jaar en ouder. Verzekerden tot 65 jaar worden uitsluitend genormeerd op basis van L5G. ZIN heeft voor verzekerden vanaf 65 jaar de volgende vereveningscriteria geraamd: L5G, Regio-V en somatische MHK. Merk hierbij op dat ZIN voor de onderzoekers sowieso al een raming per criterium per klasse naar L5G heeft gemaakt. Dus de aantallen voor L5G en MHK in het V&V-model zijn reeds opgenomen in de raming voor het somatische model. Voor de verzekeraars heeft ZIN nog een extra uitsplitsing gemaakt van de aantallen verzekerden in de L5G- en MHK-klassen naar verzekeraar.

Bijlage 1 Trendtabellen FKG's

FKG somatisch model

Mannen	0	1	2	3	4	5
Leeftijd	Geen FKG	Glaucoom	Schildklier-aandoeningen	Psychose, Alzheimer en verslaving	Depressie	Neuro-pathische pijn
0 t/m 17	1,001	1,138	1,022	1,018	1,018	1,117
18 t/m 29	1,000	0,976	1,043	1,003	1,031	1,117
30 t/m 44	1,001	1,019	1,030	1,023	1,009	1,046
45 t/m 59	1,002	0,966	1,036	1,027	1,002	1,041
60 t/m 74	0,997	0,994	1,039	1,034	1,030	1,046
75 e.o.	0,997	0,993	1,029	0,971	0,973	1,072

Vrouwen	0	1	2	3	4	5
Leeftijd	Geen FKG	Glaucoom	Schildklier-aandoeningen	Psychose, Alzheimer en verslaving	Depressie	Neuro-pathische pijn
0 t/m 17	1,000	1,141	1,040	1,163	1,167	1,171
18 t/m 29	1,000	1,019	1,026	0,961	1,029	1,069
30 t/m 44	1,001	1,019	1,036	0,982	1,006	1,028
45 t/m 59	1,002	0,969	1,027	1,005	1,003	1,032
60 t/m 74	0,998	0,989	1,028	1,011	1,018	1,037
75 e.o.	0,998	0,996	1,026	0,966	0,992	1,031

Mannen	6	7	8	9	10	11
Leeftijd	Hoog cholesterol	Diabetes type IIb	COPD / zware astma	Astma	Diabetes type IIa	Epilepsie
0 t/m 17	1,041	0,912	0,917	0,915	0,888	1,003
18 t/m 29	0,978	0,912	0,974	0,919	0,888	0,985
30 t/m 44	0,969	1,000	1,011	0,933	0,944	0,994
45 t/m 59	0,998	1,010	0,985	0,959	0,969	0,989
60 t/m 74	1,030	0,983	0,993	0,968	0,979	1,002
75 e.o.	1,063	1,003	0,969	0,981	0,969	1,007

Vrouwen	6	7	8	9	10	11
Leeftijd	Hoog cholesterol	Diabetes type IIb	COPD / zware astma	Astma	Diabetes type IIa	Epilepsie
0 t/m 17	1,101	1,120	0,891	0,921	0,789	0,998
18 t/m 29	0,971	0,942	1,008	0,926	0,789	0,988
30 t/m 44	0,981	0,971	0,967	0,943	0,952	0,998
45 t/m 59	0,996	0,997	0,993	0,968	0,962	1,000
60 t/m 74	1,029	0,974	1,023	0,985	0,954	0,997
75 e.o.	1,075	0,961	0,997	0,996	0,949	1,009

FKG Somatisch (vervolg)

Mannen	12	13	14	15	16	17
Leeftijd	Ziekte van Crohn / Colitis Ulcerosa	Hartaandoeningen	Reuma TNF-alfa - remmers ¹	Reuma overige aandoeningen	Parkinson	Diabetes type I
0 t/m 17	0,977	1,073	1,026	1,125	0,991	1,034
18 t/m 29	1,006	0,966	1,143	1,000	0,991	1,041
30 t/m 44	0,995	0,962	1,127	1,012	0,991	1,000
45 t/m 59	1,011	0,942	1,140	1,017	1,007	0,996
60 t/m 74	1,016	0,953	1,165	1,005	1,021	1,003
75 e.o.	1,012	0,958	1,131	1,044	0,993	1,015

Vrouwen	12	13	14	15	16	17
Leeftijd	Ziekte van Crohn / Colitis Ulcerosa	Hartaandoeningen	Reuma TNF-alfa - remmers ¹	Reuma overige aandoeningen	Parkinson	Diabetes type I
0 t/m 17	0,944	0,992	1,191	1,047	0,847	1,009
18 t/m 29	0,959	1,043	1,164	0,989	0,847	1,047
30 t/m 44	0,974	0,949	1,131	1,027	0,847	0,992
45 t/m 59	1,004	0,949	1,122	1,024	0,998	0,995
60 t/m 74	1,019	0,946	1,089	1,012	0,988	0,988
75 e.o.	1,001	0,956	1,260	1,020	0,988	0,998

¹ Bij FKG Reuma TNF-alfa remmers is de trend voor 2010-2011 tweevoudig toegepast.

Mannen	18	19	20	21	22	23	24
Leeftijd	Transplantaties	Cystic fibrosis/ pancreas-enzymen	Aandoeningen van hersenen / ruggenmerg	Kanker	Hormoon-gevoelige tumoren	HIV / AIDS	Nier-aandoeningen
0 t/m 17	1,077	0,996	1,006	1,099	1,321	1,088	1,059
18 t/m 29	1,027	0,947	1,046	1,212	1,321	1,136	1,059
30 t/m 44	1,015	1,066	1,099	1,150	1,017	1,069	1,014
45 t/m 59	1,004	1,057	1,003	1,028	0,973	1,084	0,943
60 t/m 74	1,048	1,105	0,993	1,011	0,977	1,120	0,945
75 e.o.	1,069	1,017	0,980	0,963	0,974	1,129	0,961

Vrouwen	18	19	20	21	22	23	24
Leeftijd	Transplantaties	Cystic fibrosis/ pancreas-enzymen	Aandoeningen van hersenen / ruggenmerg	Kanker	Hormoon-gevoelige tumoren	HIV / AIDS	Nier-aandoeningen
0 t/m 17	1,085	0,989	0,980	1,140	1,017	1,041	0,989
18 t/m 29	0,995	1,030	1,126	1,053	0,948	1,022	0,989
30 t/m 44	1,016	1,064	1,064	1,093	1,007	1,058	0,923
45 t/m 59	1,019	1,062	1,045	0,996	1,014	1,123	0,936
60 t/m 74	1,017	1,110	1,039	0,983	1,023	1,128	0,969
75 e.o.	0,983	1,006	0,999	1,006	1,001	1,128	0,937

FKG GGZ-model

Mannen	0	1	2	3	4	5	6	7
Leeftijd	Geen FKG GGZ	Psychose	Psychose Depot	Chronische stemmingsstoornissen	Verslaving	Bipolair regulier	Bipolair complex	ADHD
0 t/m 17	1,000	1,018	1,009	1,023	1,110	1,070	1,003	1,018
8 t/m 29	0,999	0,995	1,009	1,029	1,110	1,070	1,003	1,069
30 t/m 44	0,999	1,027	1,060	1,010	0,974	0,974	0,990	1,093
45 t/m 59	0,999	1,030	1,039	1,004	1,016	0,979	1,004	1,107
60 t/m 74	0,999	1,069	0,984	1,032	1,102	0,977	1,016	1,088
75 e.o.	1,001	1,004	0,895	0,976	1,204	0,969	0,989	1,024

Vrouwen	0	1	2	3	4	5	6	7
Leeftijd	Geen FKG GGZ	Psychose	Psychose Depot	Chronische stemmingsstoornissen	Verslaving	Bipolair regulier	Bipolair complex	ADHD
0 t/m 17	0,999	1,152	0,996	1,173	0,990	0,990	1,031	1,057
18 t/m 29	0,999	0,962	0,996	1,027	0,990	0,990	1,031	1,118
30 t/m 44	1,000	0,984	1,007	1,004	0,950	0,980	0,962	1,071
45 t/m 59	1,000	1,019	0,961	1,004	0,997	0,950	1,008	1,103
60 t/m 74	0,999	1,043	0,985	1,017	0,984	0,983	1,049	1,155
75 e.o.	1,001	0,993	0,996	0,989	0,909	1,024	0,965	0,988