



Zorginstituut Nederland

Verantwoording Verzekerdenraming 2016 (definitieve versie)

Datum 16 oktober 2015
Status definitief

Colofon

Volgnummer	2015110391, definitieve opzet
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 2016—9
3.1	Bronbestand verzekerdenraming 2016—9
3.2	Macro verzekerdenaantallen 2016 per leeftijd en geslacht (L1G)—9
3.3	Leeftijd en Geslacht (L5G)—10
4	Farmacie kostengroepen—11
5	Diagnose kostengroepen—15
5.1	DKG in somatisch model—15
5.2	DKG in GGZ-model—16
6	Meerjarig hoge kosten—19
6.1	MHK in somatisch model—19
6.2	MHK in GGZ-model—21
7	Hulpmiddelen kostengroepen—25
8	Generieke somatische morbiditeit—27
9	Aard van inkomen—29
10	Sociaal economische status en Personen per adres—33
10.1	Sociaal economische status—33
10.2	Personen per adres—34
11	Regio—37
12	Verpleging en verzorging kostengroepen (t-1) (VGG)—39
13	Geriatrische revalidatiezorg (t-1) (GGG)—40
14	Fysiotherapie (t-1) (FGG)—41
15	Intramurale GGZ (IGG)—42
16	Eigenrisicomodel—43
	Bijlage 1 Trendtabellen FKG's en HKG—45

1 Inleiding

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft Zorginstituut Nederland (ZIN) gevraagd om de verzekerdenraming 2016 voor de risicoverevening uit te voeren (opdrachtbrief van VWS, d.d. 15 juli 2015 met kenmerk 795662-139225-Z). Het doel van de verzekerdenraming 2016 is om voor elke klasse van een vereveningscriterium zo goed mogelijk het aantal verzekerdjaren te schatten van de definitieve vaststelling voor het vereveningsjaar 2016 in 2020. Het aantal verzekerdjaren is het aantal verzekerden gewogen met de inschrijfduur. In het vervolg 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 vereveningskenmerk voor het vereveningsjaar 2016 geraamd. Deze raming is voor twee producten gemaakt:

- 1 de vaststelling van de normbedragen 2016; voor deze vaststelling gebruiken de onderzoekers de geraamde (landelijke) aantallen verzekerden per (vijfjaars) leeftijds- en geslachtsklasse.
- 2 de ex-ante-bijdragebepaling 2016; voor de bepaling van de ex-ante bijdrage 2016 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 2016 voor elk onderscheiden deelbedrag gelijk is aan het bijbehorende macroprestatiebedrag 2016. Voor elk van de andere vereveningscriteria afzonderlijk geldt dat het product van de geraamde macro (landelijke) aantallen verzekerden en de normbedragen op landelijk niveau in principe op € 0 uitkomt, afgezien van afrondingsverschillen doordat de normbedragen op centen zijn afgerond.

De opbouw van deze verantwoordingsrapportage over de verzekerdenraming 2016 is als volgt. In hoofdstuk 2 komen de vereveningscriteria 2016 per deelmodel aan de orde, waarbij de veranderingen ten opzichte van 2015 kort zijn benoemd. ZIN baseert zich hierbij op de notitie 'Voorgenomen vormgeving Ex Ante 2016' (BOR 251) die op het Bestuurlijk Overleg op 3 juni 2015 is besproken. In dit hoofdstuk worden alle vereveningscriteria benoemd die in de verschillende modellen voorkomen.

De methodiek van de verzekerdenraming per vereveningskenmerk is opgenomen in hoofdstukken 3 t/m 16. In hoofdstuk 3 komt eerst de raming van het totaal aantal verzekerden in 2016 aan de orde, de macro verzekerdenraming. De daarop volgende hoofdstukken geven telkens een afzonderlijke beschrijving van de raming van ieder criterium en de daarbij onderscheiden klassen.

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 2016 vergeleken met de aantallen in de verzekerdenraming 2015 of in geval van een nieuw kenmerk/klasse met de aantallen uit het onderzoek. Deze plausibiliteitstoets is op 12 augustus 2015 besproken in een speciale vergadering van de Werkgroep Uitvoering Risicoverevening (WUR). Aan deze vergadering hebben VWS, ZN en onderzoekers van de Overall Toets deelgenomen.

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 vereveningskenmerk 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).¹

¹ Voor vereveningsjaar 2016 gaat dit niet op voor de vereveningskenmerken 'eenpersoonsadres' en 'fysiotherapiegebruikersgroepen'. Door een late besluitvorming zijn de verzekerden woonachtig in het buitenland (noodgedwongen) via een andere verdeelsleutel verdeeld dan volgens de definitieve regels. Het effect is in beide gevallen overigens kleiner dan een half miljoen euro en tegengesteld.

2 Onderdelen verzekerdenraming

De verzekerdenraming voor 2016 heeft betrekking op vier deelmodellen, te weten:

- 1 model voor de normering van de kosten voor de somatische zorg en V&V-kosten (somatisch model); de modellen voor deze deelbedragen zijn exact gelijk en hoeven in deze notitie niet afzonderlijk worden besproken;
- 2 model voor de normering van de eigen betalingen in het kader van het verplicht eigen risico (ER-model);
- 3 model voor de normering van de kosten geneeskundige GGZ (gGGZ-model);
- 4 model voor de normering van de kosten langdurige GGZ (IGGZ-model, nieuw in 2016).

Alle bestaande kenmerken van het gGGZ-model worden ook opgenomen in het IGGZ-model. Als in de hiernavolgende tekst het onderscheid tussen het gGGZ-model en het IGGZ-model niet relevant is, wordt in de tekst dan gesproken over het GGZ-model (dus zonder g- of l-prescript).

ZIN heeft de verzekerdenaantallen voor iedere klasse van elk vereveningskenmerk geraamd. Deze aantallen zijn consistent binnen elk model en tussen alle modellen. Er is rekening gehouden met het gegeven of verzekerden al dan niet 18/19/20 jaar of ouder zijn. Hieronder staat voor elk model een overzicht van de vereveningscriteria waar ZIN op basis van de (verwachte) Regeling Zvw 2016 is uitgegaan. Veranderingen ten opzichte van de raming 2015 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: implementatie Groot Onderhoud FKG met aanpassing/uitbreiding van declaratiecodes relevant voor de indeling, en aanpassing van percentage afslagklasse verzekerden woonachtig in het buitenland naar 50%;
- Diagnose kostengroepen voor het somatische model (DKG-S);
Veranderingen: implementatie Groot Onderhoud DKG met aanpassing/uitbreiding van declaratiecodes relevant voor de indeling, en aanpassing van percentage afslagklasse verzekerden woonachtig in het buitenland naar 55%.
- Meerjarig hoge kosten voor het somatische model (MHK-S);
Veranderingen: -
- Hulpmiddelen kostengroepen (HKG);
Veranderingen: -
- Aard van het inkomen (AVI);
Veranderingen: implementatie Groot Onderhoud AVI, waarbij o.a. IVA van wordt afgesplitst van arbeidsongeschikt, en hoogopgeleiden in de (oorspronkelijke) referentiegroep (werklozen, loontrekkers en overig) apart worden ingedeeld; een hoogopgeleide in IVA, arbeidsongeschikt, bijstand, student of zelfstandige blijft dus als dusdanig ingedeeld;
- Sociaal Economische Status (SES);
- **Veranderingen:** implementatie Groot Onderhoud met daarbij toepassing van de inkomensverdeling 20%-20%-30%-30% per afzonderlijke leeftijdsklasse; SES-0 is gebaseerd op >15 niet-studenten²; SES-0 is gesplitst in 'blijvers' en 'nieuwkomers' (18-64 en 65+); als inkomen is het totaal adresinkomen

² Indeling 'student 18-34 jaar' volgens DUO-bestand van 1 juni 2014.

- genomen in plaats van het gemiddelde inkomen per persoon per adres;
- Regio-indeling voor somatisch model (Regio-S);
Veranderingen: nieuwe indeling postcodes 2016;
- Generieke somatische morbiditeit (GSM);
Veranderingen: het nieuwe criterium FG (fysiotherapie gebruikersgroepen t-1) is toegevoegd bij de bepaling van de morbiditeitscategorie. NB: VWS heeft (alsnog) besloten om de (beoogde)opsplitsing naar leeftijd en naar morbiditeit niet in te voeren;
- Fysiotherapiegebruikersgroepen (t-1) (FG);
Nieuw criterium: op basis van kosten fysiotherapie t-1 is voor alle verzekerden³ in jaar t van 20 jaar en ouder bepaald of deze kosten boven de drempel uitkomen (top 2,0%);
- Verpleging en verzorging kostengroepen (t-1) (VVG);
Nieuw criterium: op basis van kosten V&V t-1 is bepaald of deze kosten boven een bepaalde drempel uitkomen (top 2,5%, 1,5%, 0,5% en 0,25%);
- Geriatrische revalidatiezorg gebruikersgroepen (t-1) (GG);
Nieuw criterium: op basis van kosten GG t-1 is bepaald of deze kosten boven een bepaalde drempel uitkomen (top 0,275%);
- NB: VWS heeft (alsnog) besloten om het (beoogde) vernieuwde criterium Personen per adres (PPA) in het somatische model niet in te voeren.

ER-model:

- Farmacie kostengroepen voor het somatische model (FKG-S), voor selectie verzekerden ER-model;
Veranderingen: implementatie Groot Onderhoud somatische FKG;
- Diagnose kostengroepen voor het somatische model (DKG-S), voor selectie verzekerden ER-model;
Veranderingen: implementatie Groot Onderhoud somatische DKG
- Meerjarig hoge kosten voor het somatische model (MHK-S), voor selectie verzekerden ER-model;
Veranderingen: -
- Hulpmiddelen kostengroepen (HKG);
Veranderingen: verzekerden in een positieve HKG zijn ook ingedeeld voor het forfaitaire bedrag (besluit WBR 9 juli);
- Fysiotherapiegebruikersgroepen (FG);
Opmerking: verzekerden in de positieve FG zijn niet ingedeeld voor het forfaitaire bedrag (besluit WBR 9 juli);
- Vijfjaars leeftijd/geslacht-indeling (L5G), vanaf leeftijdsklasse 18-24 jaar en hoogste leeftijdsklasse is 90+;
- Aard van het inkomen (AVI);
Veranderingen: grootonderhoud AVI (zie bij somatisch model);
- Regio-indeling voor Eigenrisicomodel (Regio-E);
Veranderingen: nieuwe indeling postcodes 2016 (is gelijk aan somatisch model).

gGGZ-model:

- Vijfjaars leeftijd/geslacht-indeling (L5G), leeftijd vanaf 18 jaar en hoogste leeftijdsklasse is 90+;
Veranderingen: -
- Farmacie kostengroepen voor het GGZ-model (FKG-G);
Veranderingen: -
- Diagnose kostengroepen voor het GGZ-model (DKG-G);
Veranderingen: nieuwe referentietabel op basis van regulier onderhoud; 18-

³ Dus ook inclusief de verzekerden zonder gedeclareerde fysiotherapiekosten (kosten=0).

jarigen zijn niet meer ingedeeld vanwege de overheveling van GGZ-kosten van verzekerden tot 18 jaar in 2015 (VWS heeft (alsnog) besloten dat deze verzekerden worden ingedeeld op basis van de aanwezige gegevens, veelal dus in de afslagklasse);

- Aard van het inkomen (AVI)
Veranderingen: zie somatische model;
- Sociaal Economische Status (SES)
Veranderingen: zie somatische model;
- Meerjarig hoge kosten voor GGZ-model (MHK-G)
Veranderingen: 18-jarigen zijn niet meer ingedeeld (VWS heeft besloten dat deze verzekerden worden ingedeeld op basis van de aanwezige gegevens, dus veelal in de afslagklasse of in de laagste positieve klasse);
- Personen per adres (PPA)
Veranderingen: NB: VWS heeft (alsnog) besloten om de beoogde veranderingen voor 2016 niet in te voeren;
- Regio-indeling voor GGZ-model (Regio-G)
Veranderingen: nieuwe indeling postcodes 2016.

IGGZ-model (geheel nieuw):

- Vijfjaars leeftijd/geslacht-indeling (L5G), leeftijd vanaf 18 jaar en hoogste leeftijdsklasse 90+, identiek als bij gGGZ-model;
- Alle bestaande kenmerken van gGGZ;
- Intramurale GGZ gebruikersgroepen (IGG) (t-1)
Nieuw criterium: criterium met twee positieve klassen, op basis van 1) gebruik intramurale geneeskundige GGZ in t-1 (meer dan 252 dagen) en 2) gebruik intramurale langdurige GGZ in t-1.

3 Raming aantal verzekerden in 2016

Het Persoonskenmerkenbestand 2015 (PKB) vormt de basis voor de raming van de aantallen verzekerden in 2016. Aan dit bestand worden gegevens van andere vereveningscriteria gekoppeld via het gepseudonimiseerde burgerservicenummer (BSN). Vervolgens vindt op basis van de macro verzekerdenraming een ophoging plaats naar het aantal verzekerden op macroniveau in 2016.

De indeling van verzekerden in vijfjaars leeftijds- en geslachtsklassen (L5G) uit de raming vormt weer de basisindeling voor de schatting van de normbedragen (onderzoek). In dit hoofdstuk zijn deze stappen nader toegelicht.

3.1 Bronbestand verzekerdenraming 2016

ZIN heeft met de meest recente gegevens van verzekerden in 2015 voor elke verzekerde een zo goed mogelijke inschatting gemaakt van diens vereveningscriteria in het vereveningsjaar 2016. De peildatum van het PKB-bestand is 30 april (2015). In beginsel telt elke verzekerde in het PKB voor één verzekerdendaar mee. Als een verzekerde in de PKB's van meerdere verzekeraars voorkomt, dan is er naar rato een gewicht aan toegekend. Vervolgens hebben alle verzekerden in het PKB 2015 een gewicht per klasse van elk vereveningscriterium meegekregen om op de verwachte populatie van Zvw-verzekerden 2016 uit te komen.

3.2 Macro verzekerdenaantallen 2016 per leeftijd en geslacht (L1G)

De macro verzekerdenraming betreft het aantal Zvw-verzekerdendaar 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 2016 geraamd op 16.901.000 (voor het vereveningsjaar 2015 was dit 16.842.000, dus in 2016 een verwachte toename van +59.000 verzekerden (0,35%)).

Deze macroraming 2016 is tot stand gekomen door eerst het aantal verzekerden met bekende leeftijd en geslacht in het PKB 2015 van alle verzekeraars bij elkaar op te tellen. Dit geeft een aantal van 16.842.416 verzekerden. Door naar rato gewichten toe te kennen voor de dubbel ingeschreven verzekerden blijven er 16.840.721 unieke verzekerden over (-1.695 verzekerden).

Door vertraagde aan- en afmelding en verwerking in de verzekerdensadministraties 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 2015). De correctie voor 0-jarigen is +14.597 verzekerden (+9% van aantal in PKB 2015) en voor sterfte -11.783 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.

Met de CBS-prognose van de Nederlandse bevolking naar L1G-niveau op 1 januari 2015, 2016 en 2017 is de ontwikkeling geraamd van 1 mei 2015 naar 1 juli 2016. Dit geeft een stijging van het verwachte totaal aantal Zvw-verzekerden van 60.279. Op L1G-niveau lopen de verwachtingen van het CBS uiteen: er zijn L1G-classes met een verwachte toename maar ook L1G-classes met een verwachte afname. Tot slot, net als in 2015 wordt ook voor 2016 geen extra toename van het totaal aantal verzekerden verwacht door het actief opsporen van onverzekerden (saldo-effect). Het definitief geraamde aantal Zvw-verzekerden voor 2016 (afgerond op 1.000-tallen) is 16.901.000, waarvan 3.390.000 18-minners en 13.511.000 18-plussers. De raming van het aantal gedetineerden (18+) is voor het vereveningsjaar 2016

uitgekomen op 9.000 (1.000 minder dan in de verzekerdenraming 2015).

3.3 Leeftijd en Geslacht (L5G)

Voor de verzekerdenraming 2016 is de leeftijd van verzekerden bepaald op de peildatum van het PKB, 30 april 2015. Om de leeftijd te berekenen is de geboortemaand en het geboortjaar uit het PKB gebruikt. 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 2016 zijn hetzelfde als die in 2015. De verzekerden in het PKB 2015 zijn voor de raming 2016 vermenigvuldigd met de L1G-specifieke factor volgens de macro verzekerdenraming 2016 (=aantal L1G macro verzekerdenraming 2016 / aantal L1G PKB 2015). Per verzekeraar wordt dus op L1G-niveau uitgegaan van exact dezelfde ontwikkeling van het aantal verzekerden van PKB 2015 naar 2016. Er is dus bijvoorbeeld geen rekening gehouden met verzekeraarspecifieke ontwikkelingen in het verzekerdenaantal in het verleden. Ook zaken als de premiestelling 2016, marketingbudgetten en serviceniveau blijven logischerwijs buiten beeld. Bij de Lenteherberekening 2016 vindt een correctie plaats naar de werkelijk gerealiseerde aantallen 2016 volgens de verzekerdenstand bij de premieprolongatie van maart 2016.

De klassen naar leeftijd en geslacht in de verzekerdenraming 2016 zijn weergegeven in Tabel 3.1.

Tabel 3.1 Klassenindeling 2016 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, gGGZ en IGGZ) gelijk. Voor het ER-model zijn alleen verzekerden in de leeftijdsklassen van 18 jaar en ouder in combinatie met FKG 0, DKG 0, HKG 0 en MHK 0 voor het somatische model van belang. Onder het gGGZ-model en IGGZ-model vallen alleen 18-plussers.

4 Farmacie kostengroepen

De Farmacie kostengroepen (FKG's) spelen in alle vier modellen voor de risicoverevening een rol, namelijk in het somatische model, het gGGZ-model, het IGGZ-model en het eigenrisicomodel, waarbij de laatste twee modellen gebruik maken van de twee voorgaande modellen.⁴ In het somatische model komen er in 2016 vier nieuwe FKG's bij en twee worden gesplitst. De nieuwe FKG's zijn: Psoriasis, Pulmonale arteriële hypertensie (PAH), Kanker (add-on) en Groeistoornissen (add-on). De gesplitste FKG's zijn: Chronische pijn excl. opioïden en Neuropathische pijn, en Hersen/ruggenmerg (overige aandoeningen) en Multiple sclerose (zie Tabel 4.1).

Tabel 4.1 Klassenindeling 2016 FKG in somatisch model

FKG-S klasse	Omschrijving
FKG-S 0	Geen FKG somatisch
FKG-S 1	Glaucoom
FKG-S 2	Schildklier-aandoeningen
FKG-S 3	Psychose, Alzheimer en verslaving
FKG-S 4	Depressie
FKG-S 5	Chronische pijn excl. opioïden
FKG-S 6	Neuropathische pijn
FKG-S 7	Hoog cholesterol
FKG-S 8	Diabetes type II zonder hypertensie
FKG-S 9	COPD/Zware astma
FKG-S 10	Astma
FKG-S 11	Diabetes type II met hypertensie
FKG-S 12	Epilepsie
FKG-S 13	Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa
FKG-S 14	Hartaandoeningen
FKG-S 15	Auto-immuunziekten o.b.v. add-on
FKG-S 16	Reuma overige aandoeningen
FKG-S 17	Parkinson
FKG-S 18	Diabetes type I
FKG-S 19	Transplantaties
FKG-S 20	Cystic fibrosis/pancreasenzymen
FKG-S 21	Multiple sclerose
FKG-S 22	Hersenen/ruggenmerg
FKG-S 23	Kanker
FKG-S 24	Hormoongevoelige tumoren
FKG-S 25	HIV/AIDS
FKG-S 26	Nieraandoeningen
FKG-S 27	Psoriasis
FKG-S 28	Pulmonale arteriële hypertensie
FKG-S 29	Kanker o.b.v. add-on
FKG-S 30	Groeistoornissen o.b.v. add-on

In 2016 zijn de volgende FKG's op basis van de kosten van add-ons vastgesteld: Auto-immuunziekten, Groeistoornissen, PAH en Kanker (add-ons; let op, er is ook

⁴ Dus de FKG's in het eigenrisicomodel zijn identiek aan de FKG's in het somatische model, en de FKG's in het IGGZ-model zijn identiek aan de FKG's in het gGGZ-model.

nog een "reguliere" FKG Kanker o.b.v. GVS). Bij vijf FKG's (Schildklierandoeningen; Psychose, Alzheimer en Verslaving; Depressie; Astma; Epilepsie) is de DDD-grens ("defined daily doses" ofwel standaarddagdosering) voor jongeren (tot en met 17 jaar in t-1) verlaagd van 180 DDD naar meer dan 90 DDD.

De indeling van de FKG's in het GGZ-model zijn in de verzekerdenraming 2016 niet veranderd (zie Tabel 4.2).

Tabel 4.2 Klassenindeling 2016 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 2016 van de FKG's maakt een onderscheid tussen FKG's voor middelen uit het Geneesmiddelen Vergoedingssysteem (GVS) (hieronder reguliere FKG's genoemd), en FKG's voor add-on geneesmiddelen (hieronder add-on FKG's genoemd). De raming van de reguliere FKG's is gebaseerd op farmaciebestanden die verzekeraars hebben aangeleverd over het schadejaar 2014. ZIN heeft deze bestanden rond 1 juni 2015 via ZorgTTP gekregen. Voor de bepaling van de trendtabel op basis van declaraties 2013-2014 (volgens de definitie van model 2016) zijn ook gegevens over 2013 nodig. Deze bestanden waren al in het bezit van ZIN.

Verder is voor de indeling van de FKG's een referentietabel nodig die de relatie legt tussen de FKG's en de ATC-codes en de standaarddagdosering per artikelnummer. Voor de add-on FKG's heeft ZIN een aparte uitvraag gedaan over 2013. Voor de trendtabel is ook een bestand over 2012 gebruikt.

Indeling van verzekerden naar FKG's (beide modellen)

De reguliere FKG's zijn als volgt bepaald. ZIN heeft per verzekerde de som van het aantal standaarddagdoseringen van de relevante declaraties per FKG bepaald. Bij de meeste reguliere FKG's komt een verzekerde pas 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 voorkomen in t-1. Een andere uitzondering is dat voor de FKG psychose depot 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. Verder is bij vijf FKG's (Schildklierandoeningen; Psychose, Alzheimer en Verslaving; Depressie; Astma; Epilepsie) de DDD-grens voor jongeren (tot en met 17 jaar in t-1) verlaagd naar meer dan 90 DDD.

Ook bij de add-on FKG's zijn verzekerden ingedeeld in een FKG als er voor meer dan 180 DDD's aan declaraties zijn in t-1. Uitzondering hierop is de FKG Kanker add-on, waarvoor minimaal drie receptregels geldt (overeenkomstig reguliere FKG Kanker). Voor sommige FKG's is de FKG niet uitsluitend af te leiden uit de optelling van de DDD's. In deze gevallen is ook gekeken naar de samenloop tussen FKG's (bijv. de samenloop (of juist niet) tussen FKG 'COPD/zware astma' en FKG 'astma').

Toepassing FKG-trendtabel

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

Voor de reguliere FKG's in het somatische model en voor alle FKG's in het GGZ-model, is een trendtabel over de jaren 2013-2014 berekend. Hiervoor heeft ZIN de aantallen FKG's per leeftijd- en geslachtsklasse (L15G) voor de schadejaren 2013 en 2014 bepaald, beide volgens de indeling van modeljaar 2016. Vervolgens is voor elke FKG het relatieve aantal verzekerden in 2013 en 2014 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 2013-2014 zijn vervolgens de relatieve aantallen 2014 gedeeld door de relatieve aantallen 2013. Omdat een verzekerde in meerdere FKG's kan terechtkomen, heeft ZIN de trend ook voor verzekerden in FKG-0 bepaald. Op deze wijze is een trendtabel berekend voor zowel de FKG's in het somatische model als de FKG's in het GGZ-model.

Voor de add-on FKG's in het somatische model gebruikt ZIN gegevens uit 2013 die 1 jaar ouder zijn dan de gegevens voor de reguliere FKG's. Bij deze FKG's past ZIN twee keer een trendtabel⁵ toe op basis van de gegevens voor 2012 en 2013 (de meest recent beschikbare gegevens). In Bijlage 1 staan de FKG-trendfactoren.

Ramingmethodiek FKG's voor verzekerden die in Nederland wonen

Verzekerden zijn voor de reguliere FKG's (in het somatische model en in het GGZ-model) ingedeeld op basis van declaraties 2014. Via het (gepseudonimiseerde) BSN is deze indeling gekoppeld aan het PKB van 2015. De indeling van verzekerden naar add-on FKG's in het somatische model op basis van declaraties 2013 is gekoppeld aan het PKB van 2014 en vervolgens aan het PKB van 2015, waarbij de laatste koppeling de relatieve prevalentie op L15G-niveau constant wordt gelaten vanwege uitval door met name sterfte.

Omdat de ex post vaststelling 2016 van het aantal verzekerden per FKG wordt gebaseerd op farmaciegegevens van schadejaar 2015, is een correctie uitgevoerd om van schadegegevens 2014/2013 naar 2015 te komen. Dit gebeurt met de bovengenoemde FKG-trendtabel. Er wordt een constante trend per FKG per L15G over de jaren verondersteld. In de eerste stap van de FKG-raming 2016 is bij de reguliere FKG's de weging van de verzekerden in het PKB van 2015 (per FKG en L15G) vermenigvuldigd met de waarde uit de FKG-trendtabel. Bij add-on FKG's is de weging uiteindelijk twee keer vermenigvuldigd met de trendfactor.

De tweede stap is een correctie van 'nieuwe' verzekerden in 2015 (verzekerden die in 2014 nog niet Zvw-verzekerd waren); zij kunnen immers wel terechtkomen in een positieve FKG in 2016 op basis van declaraties in 2015.

Om op het niveau van 2016 te komen zijn in een derde stap voor alle verzekerden uit het PKB 2015 de gewichten per FKG-klasse aangepast met de macro-schalingsfactoren 2015-2016 (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 2016 (ex post vaststelling) op basis van gegevens van schadejaar 2015.

Verzekerden in het buitenland

Verzekerden die in het buitenland wonen, worden niet regulier 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

⁵ De berekeningswijze van de trendtabel voor add-on FKG is identiek aan de berekeningswijze van de trendtabel van de reguliere FKG's.

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. Voor het vereveningsjaar 2016 is dit percentage voor de somatische FKG bepaald op 50% en voor de psychische FKG op 50%.

5 Diagnose kostengroepen

5.1 DKG in somatisch model

Brongegevens

De raming van de somatische DKG's is gebaseerd op de declaratiegegevens van 2013 en de daarbij behorende specialismecodes, diagnosecodes en DBC-zorgproductcodes. ZIN heeft het DBC-bestand van de zorgverzekeraars omstreeks 1 juni 2015 via ZorgTTP ontvangen.

Indeling van verzekerden naar DKG's

VWS heeft voor het vereveningsjaar 2016 een referentietabel vastgesteld voor de indeling van verzekerden naar de somatische DKG's op basis van het uitgevoerde Groot Onderhoud voor de somatische DKG's in 2015. Deze tabel geeft aan welke combinaties van specialisme- en diagnosecodes uit 2015 worden ingedeeld naar DX-groepen. Bij enkele DX-groepen geldt voor de indeling een minimum leeftijdsrestrictie. Vervolgens worden de DBC's in een DX-groep weer ingedeeld in een (positieve) DKG-klasse. De DBC's met een licht ambulant zorgproduct, de zogenaamde consult-DBC's, worden echter uitgesloten van de indeling naar de DKG's.

Daarnaast worden DBC's met specifieke nevenverrichtingen ingedeeld in DX-groepen en uiteindelijk in (positieve) DKG-klassen. Deze nevenverrichtingen zijn geselecteerd op basis van de zorgproductcodes in 2015.

Omdat de verzekerdenraming 2016 uitgaat van declaratiegegevens van 2013, moet de referentietabel en de aanvullende indeling van nevenverrichtingen worden aangepast naar specialisme-, diagnose- en zorgproductcodes in 2013. Tussen 2013 en 2015 zijn er weinig wijzigingen in de zorgproductcodes geweest, zodat besloten is om voor de DKG-raming 2016 geen conversietabel toe te passen voor de vertaling van zorgproductcodes in 2013 naar zorgproductcodes in 2015.

DKG-trendtabel

Sinds de invoering in de Zfw in 2004 werd bij de raming van de DKG's geen rekening gehouden met een eventuele ontwikkeling van deze prevalenties.

Voor 2016 is voor het eerst een trendtabel toegepast op basis van gegevens van 2011, 2012 en 2013.⁶ De trendtabel is berekend voor alle mogelijke specialisme- en diagnosecodes (SDC) en niet op het niveau van DKG's.

Ramingmethodiek DKG's voor verzekerden die in Nederland wonen

In de ex post situatie zijn de DBC-gegevens van het schadejaar 2015 bepalend voor het aantal DKG's in 2016, waarbij gecorrigeerd wordt voor de inschrijfduur in 2016 (aantal verzekerdenjaren). Tussen het jaar van de 'huidige' DBC-gegevens (2013) en het jaar van het PKB (2015) - het bestand waarop de verzekerdenraming is gebaseerd - zit echter twee jaar en niet één jaar.

In de raming is een correctie uitgevoerd vanwege de uitval van verzekerden veroorzaakt door dit extra jaar 'vertraging', bijvoorbeeld door sterfte. In dit geval is voor de uitstroom tussen het PKB 2014 en het PKB 2015 gecorrigeerd: verzekerden met een positieve DKG op basis van het declaratiebestand 2013 die ook in het PKB 2015 zitten, krijgen daardoor een hoger gewicht mee vanwege een relatief hoge sterfte voor deze groep tussen het PKB 2014 en het PKB 2015. Overeenkomstig de systematiek bij de FKJ's zijn de correctiefactoren bepaald per 15-jaars leeftijd- en

⁶ Vanwege een geringere stabiliteit bij de (somatische) DKG's is in de WUR gekozen voor een gemiddelde trend van drie jaar, dit in tegenstelling tot de trend over twee jaar bij de FKJ's.

geslachtsklasse (L15G). Per DKG en per L15G zijn de gewichten voor 2015 zo vastgesteld dat de relatieve prevalentie per DKG en per L15G op basis van de declaraties in 2013 bij koppeling met het PKB van 2014 gelijk is aan die van 2015. Immers, DKG's op basis van het schadejaar 2013 worden gebruikt voor de ex post vaststelling 2014 en DKG's op basis van het schadejaar 2015 voor de ex post vaststelling 2016. Tevens is de trendtabel twee keer toegepast voor de overbrugging van twee jaren (2014 en 2015). Om op het niveau van 2016 te komen zijn voor alle verzekerden uit het PKB 2015 de gewichten per DKG-klasse aangepast met de macro-schalingsfactoren 2015-2016 (per L1G-klasse). Naar verwachting zal het aantal DKG's (verzekerdjaren) in de verzekerdenraming 2016 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 regulier 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 55% van het normbedrag van de DKG-klasse 0 (afslagklasse).

5.2 DKG in GGZ-model

Brongegevens

Voor de verzekerdenraming van de DKG's psychische aandoeningen in 2016 zijn DBC-gegevens 2013 gebruikt. ZIN heeft deze bestanden omstreeks 1 juni 2015 via ZorgTTP ontvangen. Verder is het 'Kosten Per Verzekerde'-bestand 2012 gebruikt 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 is de conversietabel basis GGZ 2015 voor het gegevensjaar 2013 toegepast.

Indeling van verzekerden naar DKG's

VWS heeft voor het vereveningsjaar 2016 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 2013 niet representatief voor de psychische DBC's uit 2015 die worden toegepast voor de vaststelling van de DKG's psychische aandoeningen in 2016. Om het bestand zo representatief mogelijk te maken voor de raming 2016 is een conversietabel voor de basis GGZ toegepast. Aan alle DBC's is hiermee een kansverdeling voor psychische DKG's toegekend. Er wordt verondersteld dat meerdere DBC's per verzekerde op zich zelf staan (onafhankelijkheid), zodat alle verzekerden één (samengestelde) kansverdeling naar alle psychische DKG-klassen krijgen.

DKG-trendtabel

Net als bij de somatische DKG's bestond ook bij de psychische DKG's de optie om een raming met een trendtabel op te stellen. Door de onvolledigheid van de DBC-declaraties in 2012 is echter besloten om geen trendtabel toe te passen.

Ramingmethodiek psychische DKG's verzekerden woonachtig in Nederland

Net als bij het somatische DKG-model zijn voor het GGZ-model in de ex post situatie de DBC-gegevens van het schadejaar 2015 bepalend voor het aantal DKG's in 2016, waarbij gecorrigeerd wordt voor de inschrijfduur in 2016 (aantal verzekerdenjaren).

De raming van de psychische DKG's is dan ook op identieke wijze gebeurd als die voor de somatische DKG's, dit afgezien van het toepassen van trendfactoren. Voor vereveningsjaar 2016 doet zich voor het eerst het probleem voor dat in 2015 de GGZ-kosten voor verzekerden tot 18 jaar niet meer onder de Zvw vallen. Hierdoor kan een 18 jarige in 2016 in principe niet in een psychische DKG terechtkomen. Daarom is besloten om bij de raming alleen verzekerden van 19 jaar en ouder (in het PKB van 2014) in te delen in een psychische DKG. Zo wordt als het ware de werkelijke situatie van 2016 gesimuleerd.

Verzekerden in het buitenland

Verzekerden die in het buitenland wonen en 19 jaar en ouder zijn, worden (ook) niet regulier ingedeeld in één van de psychische DKG-klassen, 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 bepaald op 40% van het normbedrag van de DKG-GGZ-klasse 0 (afslagklasse).

6 Meerjarig hoge kosten

Het vereveningsmodel 2016 kent twee criteria Meerjarig Hoge Kosten (MHK), te weten 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 2016 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 2016 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 van de somatische MHK op de drie meest recente jaren waarvoor schadegegevens per verzekerde beschikbaar zijn. Voor de verzekerdenraming 2016 zijn dit 2011 (t-5), 2012 (t-4) en 2013 (t-3). ZIN heeft voor deze jaren de 'Kosten Per Verzekerde' (KPV-)bestanden ontvangen van de zorgverzekeraars (via ZorgTTP). Uit deze bestanden zijn 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 2013.

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	2.584	3.918	5.361	8.154	14.991
2013	2.601	3.995	5.517	8.627	16.369

In de drempelbedragen voor 2013 zijn de declaraties tot en met maximaal mei 2015 verwerkt. In de uiteindelijke bedragen zal ook de schade over 2013 worden meegenomen die in de rest van 2015 wordt gedeclareerd (voorlopig versus definitief KPV-bestand 2013). Verder zullen door plafond- en lumpsumafspraken deze kosten nog (kunnen) veranderen; in dit voorlopige bestand zijn de effecten van deze afspraken nog niet verwerkt.

Vervolgens zijn de verzekerden gekoppeld aan het PKB 2014 (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 2015. De groep van nieuw verzekerden in PKB 2015 krijgen dan de prevalentie van de verzekerden in het PKB 2014. Door de relatief hoge verwachte sterfte onder de positieve MHK-klassen verdwijnen zonder correctie te veel verzekerden. Vandaar dat correctiefactoren zijn berekend om op dezelfde relatieve prevalentie uit te komen als bij de koppeling met het PKB 2014. Om op het niveau van 2016 te komen zijn voor alle verzekerden uit het PKB 2015 de gewichten per MHK-klasse aangepast met de macro-schalingsfactoren 2015-2016 (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 2016 (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.

ZIN heeft van het onderzoeksbureau iBMG de prevalentie per MHK-klasse per L15G uit de OT ontvangen. De correctiefactoren zijn berekend door de *relatieve* prevalentie⁷ 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 0,819 en 1,213.

⁷ 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	1,213	0,995	0,949	0,915	0,842	0,898
18 t/m 29	1,076	0,919	0,819	0,836	0,849	1,027
30 t/m 44	1,052	0,961	0,930	0,971	0,930	0,913
45 t/m 59	1,065	0,984	0,961	0,961	0,946	0,882
60 t/m 74	1,050	0,985	0,953	0,971	0,988	0,994
75 e.o.	1,035	1,003	0,986	1,003	1,079	1,062

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	1,205	1,015	0,914	1,020	0,848	0,829
18 t/m 29	1,046	1,025	0,964	0,921	0,922	0,832
30 t/m 44	0,830	0,922	0,911	0,892	0,885	0,877
45 t/m 59	1,048	0,966	0,927	0,950	0,944	0,912
60 t/m 74	1,048	0,978	0,952	0,962	0,976	0,928
75 e.o.	1,041	0,962	0,946	0,949	0,970	0,913

6.2

MHK in GGZ-model

Op basis van GGZ-kostengegevens op verzekerdenniveau over de jaren t-3, t-2 en t-1 krijgen verzekeraars via de MHK in het GGZ-model een compensatie als een verzekerde in deze drie jaren GGZ-kosten heeft gemaakt. Voor het vereveningsmodel 2016 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 geen GGZ-kosten hebben gemaakt.

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

Tabel 6.4 Klassenindeling 2016 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 ten minste 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‰

Ramingmethodiek voor alle verzekerden

De raming van de psychische MHK is gebaseerd op GGZ-kosten per verzekerde 2011 (t-5), 2012 (t-4) en 2013 (t-3). ZIN heeft voor deze jaren de "Kosten Per Verzekerde" (KPV) bestanden ontvangen van de zorgverzekeraars (via ZorgTTP). Voor elk jaar zijn eerst de drempelbedragen van de top 12,5‰ en 5‰ vastgesteld. Hierbij zijn alle verzekerden, dus inclusief woonachtig in het buitenland, vanaf 18 jaar (in het desbetreffend jaar) met gewicht 1 meegeteld, ongeacht hun inschrijfduur. Tabel 6.5 geeft de drempelbedragen voor 2010 tot en met 2013.

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	3.681	7.945
2013	3.897	7.603

Net als bij de somatische MHK zijn de declaraties 2013 tot en met uiterlijk mei 2015 verwerkt. In de berekening van de uiteindelijke bedragen zal ook de schade over 2013 worden meegenomen die in de rest van 2015 wordt gedeclareerd (voorlopig versus definitief KPV-bestand 2013).

Vervolgens zijn de verzekerden gekoppeld aan het PKB 2014 (let op de overeenkomsten met de somatische MHK) en is de relatieve prevalentie per MHK-GGZ-klasse bepaald voor 2014. Vervolgens is dit bestand gekoppeld aan PKB 2015. De groep van nieuw verzekerden in PKB 2015 krijgt de prevalentie van de verzekerden in het PKB 2014. Ook bij de psychische MHK zijn correctiefactoren (voor correctie van sterfte) bepaald zodat de relatieve prevalentie per MHK-GGZ klasse per L15G van het PKB 2014 behouden blijft in 2015.

Voor vereveningsjaar 2016 doet zich voor het eerst het probleem voor dat in 2015 de GGZ-kosten voor verzekerden tot 18 jaar niet meer onder de Zvw vallen.

Hierdoor kan een 18 jarige in 2016 in principe niet in de twee hoogste MHK-GGZ-klassen terecht komen. Daarom is voor de raming 2016 besloten om uitsluitend verzekerden van 19 jaar en ouder (volgens het PKB 2014) in te delen in de MHK-GGZ.

Aanpassing aan prevalentie uit de Overall Toets

Voor de raming 2016 is in de WUR besloten om bij de psychische MHK een herschaling naar de prevalentie uit het onderzoek toe te passen. In de bestanden van ZIN voor 2011, 2012 en 2013 zit niet het effect van het onderscheid naar basis- en specialistische GGZ. De onderzoeksbestanden 2010, 2011 en 2012 zijn representatief gemaakt voor de situatie 2013, 2014 en 2015 (correctie basisGGZ). Dit is een argument voor gebruik van de prevalentie op basis van de OT-bestanden. Tabel 6.6. geeft een overzicht van de correctiefactoren voor de MHK in het GGZ-model. De correctiefactoren variëren tussen 0,732 en 1,079.

Tabel 6.6 Correctiefactoren van MHK-klassen in GGZ-model voor afstemming op relatieve prevalentie Overall Toets

Mannen Leeftijd	min. 1x GGZ-kosten	3x top 12,5‰	3x top 5‰
18 t/m 29	0,801	0,790	0,819
30 t/m 44	0,949	0,881	0,938
45 t/m 59	0,936	0,843	0,946
60 t/m 74	0,875	0,836	0,941
75 e.o.	1,079	0,946	0,808

Vrouwen Leeftijd	min. 1x GGZ-kosten	3x top 12,5‰	3x top 5‰
18 t/m 29	0,862	0,765	0,732
30 t/m 44	0,951	0,955	0,938
45 t/m 59	0,959	0,921	0,957
60 t/m 74	0,917	0,897	0,914
75 e.o.	1,071	0,845	1,056

Verzekerden woonachtig in het buitenland

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

7 Hulpmiddelen kostengroepen

In 2014 is het somatische model uitgebreid met het vereveningskenmerk Hulpmiddelen kostengroepen (HKG). Ook in het vereveningsmodel voor 2016 zijn vier positieve klassen onderscheiden (zie Tabel 7.1):

Tabel 7.1 Klassenindeling 2016 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 omstreeks 1 juni 2015 van de verzekeraars (via ZorgTTP) bestanden gekregen betreffende hulpmiddelendeclaraties 2014.

Indeling van verzekerden

In de verzekerdenraming 2016 zijn de declaraties via GPH-codes met behulp van het referentiebestand ingedeeld naar de vier HKG-klassen. De HKG is 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 hulpmiddelendeclaratiebestand 2014 loopt daarmee één jaar achter op de gegevens voor 2015 die nodig zijn om bij de verzekerdenbepaling voor het vereveningsjaar 2016 verzekerden in te kunnen delen in de HKG-klassen.

In de raming is het hulpmiddelendeclaratiebestand 2014 gebruikt om personen die volgens het PKB 2015 zijn verzekerd in te delen. Nieuwe verzekerden in het PKB 2015 worden ingedeeld op basis van de prevalentie van verzekerden die ook al in het PKB 2014 zijn opgenomen. Daarnaast is (per L15G) gecorrigeerd voor onder andere sterfte. Immers, verzekerden met een HKG op basis van declaraties in 2014 hebben vermoedelijk een grotere kans op sterfte dan 'gezonde' verzekerden; zonder correctie komt de raming te laag uit. Om op het niveau van 2016 te komen zijn voor alle verzekerden uit het PKB 2015 de gewichten per HKG-klasse aangepast met de macro-schalingsfactoren 2015-2016 (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).

Trendtabel

Bij HKG is voor de raming een trendtabel op basis van hulpmiddelengegevens voor 2013 en 2014 toegepast (zie Bijlage 1 voor de toegepaste trendfactoren).

8 Generieke somatische morbiditeit

In 2015 is het kenmerk Generieke Somatische Morbiditeit (GSM) ingevoerd. In dat vereveningsjaar is er onderscheid naar 65- en 65+ en gezond en ongezond (vier klassen).

In 2016 was het de bedoeling een verfijnde GSM in te voeren: opsplitsing naar meerdere leeftijdsklassen en opsplitsing van morbiditeit naar enkelvoudige en meervoudige morbiditeit. VWS heeft (alsnog) besloten om deze verfijning niet door te voeren voor 2016. Wel is het nieuwe criterium fysiotherapiegebruikersgroepen in t-1 (FGG, zie ook par. 14) toegevoegd bij de bepaling van morbiditeit. Tabel 8.1 geeft de klassen die uiteindelijk zijn opgenomen in het criterium GSM voor 2016.

Tabel 8.1 Klassenindeling 2016 Generieke somatische morbiditeit (GSM)

GSM-klasse	Morbiditeitscategorie	Leeftijdscategorie
GSM 1	geen morbiditeit	tot 65 jaar
GSM 2	geen morbiditeit	65-plus
GSM 3	morbiditeit	tot 65 jaar
GSM 4	morbiditeit	65-plus

Indeling van verzekerden

Een verzekerde komt terecht in de morbiditeitscategorie 'geen morbiditeit' als deze in alle afslagklassen van de somatische FKG, DKG, HKG, FGG en MHK valt. Voor elke leeftijdscategorie kan de GSM-klasse 'geen morbiditeit' als afslagklasse worden gezien.

Verzekerden worden ingedeeld in de categorie 'morbiditeit' als zij niet in de categorie 'geen morbiditeit' vallen, en dus in ten minste één van de positieve klassen vallen van de bovengenoemde somatische criteria.

Verzekerden in het buitenland

Verzekerden die in het buitenland wonen, lopen gewoon mee in de raming: de indeling heeft op dezelfde wijze plaatsgevonden 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 zijn gekomen in de categorie 'morbiditeit'.

9 Aard van inkomen

Het vereveningskenmerk 'Aard van het inkomen' (AVI) komt in alle onderscheiden modellen voor en is telkens op dezelfde wijze gedefinieerd. Voor het vereveningsjaar 2016 heeft er Groot Onderhoud plaatsgevonden. De hoofdklasse 'arbeidsongeschikten' is gesplitst in 'IVA' (volledig en duurzame arbeidsongeschikten) en 'overige arbeidsongeschikten'. Verder zijn de WSW-ers overgeheveld van 'arbeidsongeschikt' naar 'bijstandsgerechtigd'. Tot slot gaat de groep 'IOAW' van de hoofdklasse 'arbeidsongeschikt' naar de hoofdklasse 'werklozen' (en uiteindelijk naar de referentieklassse).

Er is bovendien een geheel nieuwe hoofdklasse bijgekomen, namelijk 'hoogopgeleid'. Deze hoofdklasse is, net als de hoofdklasse 'studenten', beperkt tot de leeftijdscategorie '18-34' jaar. In de trechtering komt deze hoofdklasse na de hoofdklasse 'zelfstandigen', maar heeft wel implicaties voor trechtering van de hoofdklassen 'werklozen en loontrekkers' en 'overig'. Immers, (alleen) werklozen, loontrekkers en overige verzekerden⁸ die hoogopgeleid en tussen 18 en 34 jaar zijn worden vanaf model 2016 in de hoofdklasse 'hoogopgeleid' geplaatst.

Brongegevens

UWV

Het aantal verzekerden met een arbeidsongeschiktheidsuitkering of een bijstandsuitkering is bepaald op basis van UWV-gegevens van juni 2014.

Belastingdienst

Het aantal verzekerden in de categorie 'zelfstandigen' is bepaald op basis van gegevens van de Belastingdienst (BDZ-bestanden) uit 2014 en de eerste maanden van 2015.

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). Voor de indeling van studenten is niet het DUO-bestand van 1 juni 2015 gebruikt, dit vanwege de nieuwe ramingsmethodiek voor AVI (zie verderop). We gebruiken het DUO-bestand van 2015 wel voor de indeling van verzekerden naar de hoofdklasse 'hoog opgeleid'⁹.

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.

Indeling verzekerden naar AVI-klassen

Aan de hand van de coderingen in de bronbestanden zijn verzekerden ingedeeld naar verschillende categorieën van arbeidsverhoudingen, inkomensbronnen en opleidingsniveau. Verzekerden kunnen echter in meerdere categorieën terecht komen. In de risicoverevening wordt een rangschikking ofwel trechtering toegepast, zodat voor elke verzekerde één categorie prevaleert (zie hiervoor tabel 9.1). In de uiteindelijke AVI-indeling zijn verzekerden in de hoofdklassen

⁸ D.w.z. verzekerden die **niet** in de hoofdklassen IVA, Arbeidsongeschikt, Bijstand en Zelfstandigen zitten.

⁹ Idealiter had dit het DUO-bestand van 2014 moeten zijn, maar dit heeft geen inhoudelijke implicaties voor de indeling en raming. Immers, 'hoog opgeleiden' in 2015 waren in 2014 of 'hoog opgeleid' of student. De Verzekerdenraming 2017 gaat (vanwege de samenhang) wel uit van het(zelfde) DUO-bestand van 2015.

‘loontrekkers en werklozen’ en ‘overig’ (beide zonder hoogopgeleid) samengevoegd tot de referentieklassse.

Tabel 9.1 AVI-trechtering

Positie na trechtering	AVI-hoofdklassen
1	IVA
2	(Overig) Arbeidsongeschikt
3	Bijstand
4	Student (18-34 jaar)
5*	Loontrekkers en werklozen, m.u.v. hoogopgeleid, 18-34 jaar
6	Zelfstandigen
7	Hoog opgeleid (18-34 jaar)
8*	Overig (m.u.v. hoogopgeleid, 18-34 jaar)

* Samengevoegd tot referentieklassse

De bovenstaande indeling is alleen toegepast op verzekerden tussen de 18 en 64 jaar. Hierbij is elke hoofdklasse verder uitgesplitst naar vier leeftijdscategorieën, namelijk 18-34 jaar, 35-44 jaar, 45-54 jaar en 55-64 jaar. Verzekerden tot 18 jaar en 65-plussers zijn elk apart gezet, net als de verzekerden met onbekende leeftijd (dit laatste kwam niet voor bij de raming). Tabel 9.2 geeft de indeling naar de uiteindelijke AVI-klassen.

Tabel 9.2 Klassenindeling 2016 van Aard van Inkomen

AVI-hoofdklasse	AVI-leeftijdscategorie					
	0-17	18-34	35-44	45-54	55-64	65-plus
0-17 jaar en 65-plus	AVI 1					AVI 2
IVA		AVI 3	AVI 4	AVI 5	AVI 6	
(Overig)arbeidsongeschikt		AVI 7	AVI 8	AVI 9	AVI 10	
Bijstand		AVI 11	AVI 12	AVI 13	AVI 14	
Student		AVI 15				
Zelfstandigen		AVI 19	AVI 20	AVI 21	AVI 22	
Hoogopgeleid		AVI 23				
Referentie		AVI 27	AVI 28	AVI 29	AVI 30	
Leeftijd onbekend	AVI 32					

Verzekerden in het buitenland

Ook verzekerden woonachtig in het buitenland zijn bij AVI ingedeeld volgens bovenstaande systematiek. Van hen is de aard van het inkomen bekend (d.w.z. als zelfstandige of in loondienst).

Bijraming AVI

De ramingsmethodiek voor AVI tot en met 2015 gaf een (geringe) onderschatting van het aantal arbeidsongeschikten en bijstandsgerechtigden. De reden hiervan was dat de leeftijd werd genomen van t-1 terwijl de UWV-bestanden van t-2 zijn. Hierdoor werden in de (voorgaande) raming(en) 18-jarige arbeidsongeschikten en bijstandsgerechtigden niet meegenomen (deze verzekerden waren in t-2 immers 17 jaar oud). Van 18 tot en met 64 jaar werd dus één relevante jaarlaag gemist. Voor 2016 is de raming voor AVI aangepast. Het uitgangspunt is nu dat AVI-gegevens van 2014 worden gekoppeld aan het persoonskenmerkenbestand (PKB) van 2014. Hiermee wordt het bovenstaande probleem van 18 jarigen voorkomen. De resultaten zijn vervolgens gekoppeld aan de gegevens van

persoonskenmerkenbestand van 2015, en (per L1G klasse) opgehoogd naar 2016 (conform de macroverzekerdenraming van 2016). Tot slot is er een correctie op de aantallen uitgevoerd zodat de relatieve prevalenties van alle AVI-klassen overeenkomt met die van 2014. Hiermee is ook de consistentie met de indeling naar leeftijdscategorieën geborgd.

10 Sociaal economische status en Personen per adres

10.1 Sociaal economische status

Veranderingen Sociaal economische status

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

Voor vereveningsjaar 2016 treden diverse wijzigingen op in het SES-criterium.

In plaats van het gemiddeld inkomen per adres wordt in 2016 het totale inkomen per adres genomen. Verder worden in 2016 drie percentielgrenzen voor het inkomen opgenomen, namelijk bij 20%, 40% en 70%. Hiermee ontstaan er dus vier inkomenscategorieën (zie Tabel 10.1). Bovendien geldt voor de klasse 15+-adres dat er meer dan 15 niet-studenten op een adres moeten wonen. In 2016 wordt hierbij ook een onderscheid gemaakt tussen 'blijvers', d.w.z. verzekerden die in t en in t-1 op een 15+-adres wonen, en 'instromers', d.w.z. verzekerden die in t op een 15+-adres maar niet in t-1. Deze opsplitsing geldt echter niet voor de leeftijdscategorie '0-17' jaar.

Brongegevens

Voor de raming van de SES zijn gegevens uit het PKB (leeftijdscategorie en in sommige gevallen adressleutel), de inkomensbestanden van de Belastingdienst en DUO-bestanden met ingeschreven HBO/WO studenten gebruikt.

Voor de verzekerdenraming 2016 zijn de inkomensgegevens gebaseerd op een inkomensbestand van de Belastingdienst van het jaar 2013. In de gevallen waarvoor in 2013 geen inkomensgegevens beschikbaar zijn bij de Belastingdienst, zijn de inkomensgegevens uit 2012 genomen.

Het woonadres van een verzekerde is uit het inkomensbestand van de Belastingdienst over 2014 overgenomen via een versleutelde adresidentificatie. Voor het onderscheid van 'blijver' of 'instromer' op een 15+-adres is tevens het woonadres van 2013 nodig. Als het adres van een persoon in het bestand van de Belastingdienst ontbreekt maar wel in het PKB voorkomt, dan is de adressleutel uit het PKB gebruikt. Vanwege de uitsluiting van studenten in de vaststelling van 15+-adressen zijn ook de DUO-bestanden met studenten in 2013 en 2014 nodig.

SES-indeling

In eerste instantie zijn twee groepen verzekerden afgezonderd bij de SES-indeling. Ten eerste, verzekerden die met meer dan 15 niet-studenten op één adres (sleutel) wonen vormen een aparte groep. Dit is een indicatie dat zij in een instelling wonen. Deze groep is vervolgens gesplitst in 'blijvers' en 'instromers'. Ten tweede zijn ook verzekerden woonachtig in het buitenland (en zonder adressleutel) apart geplaatst. Voor de overige verzekerden is het criterium SES gebaseerd op het totale inkomen van alle personen op een adres. Ook de niet-Zvw-verzekerden, bijvoorbeeld actieve militairen, zijn meegenomen in de bepaling van het totale inkomen per adres. De inkomens komen uit het bestand van de Belastingdienst 2013 en bij het ontbreken daarvan uit 2012. Inkomens die ook dan nog ontbreken zijn op 0 gezet. Voor personen die niet het gehele jaar verzekerd zijn geweest volgens het VPPER-bestand¹⁰ 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.

¹⁰ Verzekerde Periode en Persoonskenmerkenbestand.

Indeling naar inkomenscategorieën

De verzekerden die **niet** op een 15+-adres wonen zijn op basis van het totale (jaar)inkomen per adres ingedeeld naar leeftijdscategorie en inkomenscategorie. In elke leeftijdscategorie zijn vier inkomenscategorieën gecreëerd op basis van de decielen van de landelijke inkomensverdeling per leeftijdscategorie. Tabel 10.1 geeft per leeftijdscategorie de drempelbedragen voor de indeling naar de desbetreffende inkomenscategorieën.

Tabel 10.1 Drempelbedragen voor indeling inkomenscategorieën per leeftijdscategorie

Leeftijdscategorie	20%	40%	70%
0-17 jaar	23.649	41.125	64.817
18-64 jaar	24.015	40.201	64.969
65 jaar en ouder	19.328	26.413	42.233

De bovenstaande werkwijze levert de volgende klassen op, waarbij voor 15+-adres geen onderscheid is gemaakt naar 'instromer' en 'blijver'.

Tabel 10.2 Klassenindeling 2016 van Sociaal economische status

Sociaal economische status	Leeftijdscategorie		
Verzekerde in het buitenland of Ongeldig adres/leeftijd			
SES 0 Meer dan 15 personen op een adres (blijvers)	0-17	18-64	65+
SES 0 Meer dan 15 personen op een adres (instromers)		18-64	65+
SES 1 (onderste 20% van inkomens)	0-17	18-64	65+
SES 2 (volgende 20%)	0-17	18-64	65+
SES 3 (volgende 30%)	0-17	18-64	65+
SES 4 (hoogste 30% van inkomens)	0-17	18-64	65+

Bijraming SES

In de ramingen tot en met 2015 was er in theorie ceteris paribus een (geringe) onderschatting van het aantal 65-plussers op een 15+-adres.¹¹ De reden hiervan was dat deze ramingen uitgingen van de leeftijd in t-1 maar van de adressen in t-2. Om dit te verhelpen is ook de raming van de aantallen verzekerden in de SES-klassen op dezelfde wijze als bij AVI aangepast. Dus, na indeling van verzekerden in 2014 in SES-klassen zijn de resultaten eerst gekoppeld aan het persoonskenmerkenbestand (PKB) van 2014. Hierna volgt een koppeling aan het persoonskenmerkenbestand 2015 en een ophoging (per L1G klasse) naar 2016 (conform de macroverzekerdenraming van 2016). Tot slot is er een correctie op de aantallen uitgevoerd zodat de relatieve prevalenties van alle SES-klassen overeenkomen met die van 2014. Hiermee is ook de consistentie met de indeling naar leeftijd- en inkomenscategorieën geborgd.

10.2

Personen per adres

Het vereveningskenmerk 'aantal personen per adres' (PPA) is voor het vereveningsmodel 2016 (uiteindelijk toch) gelijk gebleven, en wordt in 2016 in beide GGZ-modellen toegepast. Tabel 10.3 geeft een overzicht van de PPA-klassen. Met het bestand van de Belastingdienst is het aantal personen met een bepaalde

¹¹ In werkelijkheid is er ook een trend naar meer zelfstandig wonen van ouderen, zodat het aantal 65-plussers op een 15+-adres in werkelijkheid afneemt. Enerzijds omdat het aantal 15+-adressen afneemt en anderzijds omdat het aantal bewoners per 15+-adres afneemt. Deze reële trend loopt dus parallel aan de technische onderschatting van de (oude) ramingstechniek.

adresleutel geteld. Een verzekerde is ingedeeld in de klasse 'één persoon per adres' als geen enkel ander persoon diezelfde adresleutel heeft. Verzekerden die niet als enige een bepaalde adresleutel hebben, zijn ingedeeld in de klasse 'meerdere personen per adres'. Verzekerden die in het buitenland wonen, vormen een aparte categorie.

Ook de ramingmethodiek van de aantallen verzekerden per PPA-klasse in 2016 is aangepast, en (wederom) op dezelfde wijze als bij de AVI en de SES-klassen.

Tabel 10.3 Klassenindeling 2016 naar Personen per adres

Klasse naam	
PPA buitenland/onbekend	PPA 3
PPA meerpersoonsadres	PPA 1
PPA eenpersoonsadres	PPA 2

11 Regio

Voor 2016 is voor het criterium Regio een nieuwe postcode-indeling bepaald voor het somatische model en het GGZ-model. 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 een selectie van verzekerden van 18 jaar en ouder (de 'gezonden'). Voor het GGZ-model (Regio-G) gelden afzonderlijke postcode-indelingen.

Ramingmethodiek voor alle Regio-indelingen

De ramingmethodiek van de verzekerdenaantallen naar regiocluster is voor alle modellen hetzelfde. De regio-indeling is via de 4-cijferige postcode gekoppeld aan het PKB van 2015, zodat aan iedere verzekerde met een 'geldige' 4-cijferige Nederlandse postcode een klasse van Regio-S en Regio-G 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.

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.

12 Verpleging en verzorging kostengroepen (t-1) (VGG)

In het risicovereveningsmodel 2016 is een nieuw vereveningskenmerk op basis van kosten Verpleging & Verzorging t-1 (VGG = Verpleging & Verzorginggebruikersgroepen) ingevoerd. Op basis van de hoogte van deze kosten krijgen verzekeraars een compensatie. Er zijn vier positieve klassen gedefinieerd, te weten: top 2,5%, 1,5%, 0,5% en 0,25%. De drempelbedragen behorend bij deze percentielen worden bepaald op basis van V&V-kosten van alle verzekerden ongeacht de inschrijfduur. Tabel 12.1 geeft de drempelbedragen op basis van de kosten voor 2013 weer.

**Tabel 12.1 Drempelbedragen voor kosten 2013
voor het criterium VGG in het somatisch model (in euro)**

Jaar	top 2,5%	top 1,5%	top 0,5%	top 0,25%
2013	236	2.635	11.559	16.567

Bestand V&V-kosten

Het ZIN beschikt niet over kostengegevens V&V op verzekerdeniveau. Voor de verzekerdenraming 2016 is een bestand gebruikt van het onderzoek naar de normbedragen. iBMG heeft hiervoor een kostenbestand beschikbaar gesteld met V&V-kosten uit 2013.

Ramingmethodiek

Aangezien het gegevens van 2013 betreffen, is er bijgeraamd. In de raming van de VGG-klassen wordt dezelfde systematiek gehanteerd als bij de DKG's. In het kort, op basis van de kostengegevens 2013 worden alle verzekerden in het VPPKB 2013 ingedeeld naar de verschillende VGG-klassen. Indien meerdere verzekerden kosten gelijk aan het drempelbedrag hebben, dan wordt het gewicht van deze verzekerden na rato verdeeld over de belendende klassen en wel zodanig dat precies aan de percentielen is voldaan.

Dit verzekerdenbestand met een indeling voor 2013 is vervolgens gekoppeld aan het PKB van 2014. In de stap naar het PKB van 2015 moet er worden bijgeraamd voor nieuw verzekerden in 2015, en worden gecorrigeerd voor uitval door met name sterfte. Per L15G wordt de prevalentie per klasse gelijk gehouden aan die van 2014. Tot slot vindt op L1G-niveau de aanpassing plaats naar het niveau van 2016.

Verzekerden woonachtig in het buitenland

Verzekerden woonachtig in het buitenland komen in een aparte klasse terecht met normbedrag € 0.

13 Geriatrische revalidatiezorg (t-1) (GGG)

In het risicovereveningsmodel 2016 is een nieuw vereveningskenmerk op basis van kosten geriatrische revalidatiezorg t-1 (GRZ-kosten; criterium GGG (= Geriatrische revalidatiezorg gebruikersgroepen)) ingevoerd. Op basis van de hoogte van deze kosten krijgen verzekeraars een compensatie. Er is één positieve klasse gedefinieerd, te weten: top 0,275%. Het drempelbedrag behorend bij dit percentiel wordt bepaald op basis van GRZ-kosten van alle verzekerden ongeacht de inschrijfduur. Het drempelbedrag op basis van kosten 2013 is 1.935 euro. Indien meerdere verzekerden kosten gelijk aan het drempelbedrag hebben, dan wordt het gewicht van deze verzekerden na rato verdeeld over de belendende klassen en wel zodanig dat precies aan de percentielen is voldaan.

Bestand GRZ-kosten

Het ZIN beschikt niet over kostengegevens GRZ op verzekerdeniveau. Voor de verzekerdenraming 2016 is een bestand gebruikt van het onderzoek naar de normbedragen. iBMG heeft hiervoor een kostenbestand beschikbaar gesteld met GRZ-kosten uit 2013.

Ramingmethodiek

Aangezien het gegevens van 2013 betreffen, is er bijgeraamd. In de raming van de GGG-klassen wordt dezelfde systematiek gehanteerd als bij VGG. In het kort, op basis van de gegevens 2013 is voor alle verzekerden in het VPPKB 2013 een klasse-indeling bepaald. Dit resultaatbestand is vervolgens gekoppeld aan het PKB van 2014. In de stap naar het PKB van 2015 moet er worden bijgeraamd voor nieuw verzekerden in 2015, en worden gecorrigeerd voor uitval door met name sterfte. Per L15G wordt de prevalentie per klasse gelijk gehouden aan die van 2014. Tot slot vindt op L1G-niveau de aanpassing plaats naar het niveau van 2016.

Verzekerden woonachtig in het buitenland

Verzekerden woonachtig in het buitenland komen in een aparte klasse terecht met normbedrag € 0.

14 Fysiotherapie (t-1) (FGG)

In het risicovereveningsmodel 2016 is een nieuw vereveningskenmerk op basis van kosten fysiotherapie t-1 (FGG = Fysiotherapie gebruikersgroepen) ingevoerd. Op basis van de hoogte van deze kosten krijgen verzekeraars een compensatie. Er is één positieve klasse gedefinieerd, te weten: top 2,0%. Vanwege het grote verschil in dekking, is gekozen om fysiotherapie onder de 18 jaar buiten dit kenmerk te houden. Aangezien voor leeftijd overal als peilmoment 30 juni wordt gebruikt, betekent dit dat 19 jaar als grens wordt gehanteerd in t-1 (2015). Voor t (2016) betekent dit dat verzekerden vanaf 20 jaar kunnen worden ingedeeld in de positieve klasse FGG.

Het drempelbedrag bij het 2%-percentiel wordt bepaald op basis van de fysiotherapiekosten van alle verzekerden ongeacht de inschrijfduur (in t-1), waarbij de fysiotherapiekosten van verzekerden jonger dan 19 jaar op 0 worden gezet. Het drempelbedrag op basis van kosten 2013 is 31,00 euro. Indien meerdere verzekerden kosten gelijk aan het drempelbedrag hebben, dan wordt het gewicht van deze verzekerden na rato verdeeld over de belendende klassen en wel zodanig dat precies aan de percentielen is voldaan.

Bestand fysiotherapiekosten

Het ZIN beschikt niet over kostengegevens fysiotherapie op verzekerdeniveau. Voor de verzekerdenraming 2016 is een bestand gebruikt van het onderzoek naar de normbedragen. iBMG heeft hiervoor een kostenbestand beschikbaar gesteld met fysiotherapiekosten uit 2013.

Ramingmethodiek

Aangezien het gegevens van 2013 betreffen, is er bijgeraamd. In de raming van de FGG-klassen wordt dezelfde systematiek gehanteerd als bij de VGG. Op basis van de gegevens 2013 worden verzekerden in de VPPKB 2013 ingedeeld in één van de FGG-klassen. Dit resultaatbestand is vervolgens gekoppeld aan het PKB van 2014. In de stap naar het PKB van 2015 moet er worden bijgeraamd voor nieuw verzekerden in 2015, en worden gecorrigeerd voor uitval door met name sterfte. Per L15G wordt de prevalentie per klasse gelijk gehouden aan die van 2014. Tot slot vindt op L1G-niveau de aanpassing plaats naar het niveau van 2016.

Verzekerden woonachtig in het buitenland

Verzekerden woonachtig in het buitenland komen in een aparte klasse terecht met normbedrag € 0.

15 Intramurale GGZ (IGG)

In het risicovereveningsmodel 2016 voor het IGGZ-model is een nieuw vereveningskenmerk op basis van declaratiegegevens voor het gebruik van (I)GGZ in t-1 ingevoerd (IGG = Intramurale GGZ gebruikersgroepen). Op basis hiervan krijgen verzekeraars een compensatie. Er zijn twee positieve klassen gedefinieerd, namelijk

- `IGG Gebruik intramurale gGGZ > 252 zorgdagen` voor het gebruik van intramurale geneeskundige GGZ in t-1 (met meer dan 252 verblijfdagen)
- `IGG Gebruik intramurale IGGZ` voor het gebruik van intramurale langdurige GGZ in t-1.

In geval een verzekerde op basis van het GGZ-gebruik in beide klassen ingedeeld kan worden, telt de hoogste klasse (`IGG Gebruik intramurale IGGZ`).

Bestand (I)GGZ-kosten

Het ZIN beschikt niet over de declaratiegegevens op verzekerdeniveau om dit vereveningskenmerk te kunnen ramen. Voor de verzekerdenraming 2016 is een bestand gebruikt van het onderzoek. APE heeft hiervoor een bestand beschikbaar gesteld met gegevens uit 2012.

Ramingmethodiek

Aangezien het gegevens van 2012 betreffen, is er bijgeraamd. In de raming van de IMG-klassen wordt dezelfde systematiek gehanteerd als bij de DKG's, met dit verschil dat er voor een extra jaar moet worden bijgeraamd. In het kort, op basis van de gegevens 2012 zijn verzekerden (door APE) ingedeeld in de IMG-klassen. Dit bestand is vervolgens gekoppeld aan het PKB van 2013. In de stap naar het PKB van 2015 moet er worden bijgeraamd voor nieuw verzekerden in 2014 en 2015, en worden gecorrigeerd voor uitval door met name sterfte. Per L15G wordt de prevalentie per klasse gelijk gehouden aan die van 2013. Tot slot vindt op L1G-niveau de aanpassing plaats naar het niveau van 2016.

Verzekerden woonachtig in het buitenland

Verzekerden woonachtig in het buitenland komen in een aparte klasse terecht met normbedrag € 0.

16 Eigenrisicomodel

In het vereveningsjaar 2016 vallen ook verzekerden met een positieve HKG-klasse buiten het eigenrisicomodel en worden geschaard onder het forfaitaire bedrag. Dus de groep verzekerden in het eigenrisicomodel (ER-model) met een positieve somatische FKG of DKG of MHK of HKG wordt 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 én niet in een positieve HKG worden ingedeeld op basis van de criteria leeftijd en geslacht, regio (somaatich) en aard van het inkomen.

Methodiek raming ER-model

Per verzekerde verschillen de gewichten voor de criteria FKG, DKG, MHK en HKG voor ophoging naar het niveau van 2016. Dit komt enerzijds doordat bij FKG, DKG en HKG rekening is gehouden met een trendmatige ontwikkeling en anderzijds door de verschillende perioden van de bijramingen. Voor de selectie van de verzekerden die onder het ER-model vallen, is voor de raming bij elke verzekerde uitgegaan 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, niet in een positieve DKG, niet in een positieve MHK én niet in een positieve HKG kan dan nooit groter zijn dan het minimum van de gewichten voor de bijbehorende verzekerde(jare)n.

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.

Bijlage 1 Trendtabellen FKG's en HKG

FKG somatisch model

Mannen	0	1	2	3	4	5
Leeftijd	Geen FKG	Glaucoom	Schildklieraandoeningen	Psychose, Alzheimer en verslaving	Depressie	Chronische pijn excl. opioïden
0 t/m 17	1,000	1,065	1,015	1,080	1,095	1,097
18 t/m 29	0,999	1,115	1,057	0,990	1,043	1,014
30 t/m 44	0,999	0,993	1,028	1,008	1,012	1,004
45 t/m 59	0,998	1,004	1,029	1,047	1,008	0,993
60 t/m 74	0,989	1,009	1,036	1,039	1,023	0,977
75 e.o.	0,996	1,003	1,026	0,952	1,004	0,935

Vrouwen	0	1	2	3	4	5
Leeftijd	Geen FKG	Glaucoom	Schildklieraandoeningen	Psychose, Alzheimer en verslaving	Depressie	Chronische pijn excl. opioïden
0 t/m 17	1,000	1,055	1,017	1,104	1,187	1,071
18 t/m 29	0,998	1,042	1,050	0,981	1,050	1,039
30 t/m 44	0,998	0,989	1,035	1,006	1,013	1,001
45 t/m 59	0,997	0,995	1,033	1,015	1,009	1,000
60 t/m 74	0,991	0,998	1,027	1,025	1,016	0,972
75 e.o.	0,998	1,000	1,025	0,934	1,000	0,939

Mannen	6	7	8	9	10	11
Leeftijd	Neuropatische pijn	Hoog cholesterol	Diabetes type IIb (zonder hypertensie)	COPD / Zware astma	Astma	Diabetes type IIa (met hypertensie)
0 t/m 17	1,215	1,097	1,008	0,871	1,009	1,073
18 t/m 29	1,215	1,002	1,008	0,993	1,023	1,073
30 t/m 44	1,135	0,988	1,014	1,010	1,014	0,993
45 t/m 59	1,098	1,008	1,015	0,984	1,020	0,994
60 t/m 74	1,085	1,035	1,000	1,011	1,009	0,991
75 e.o.	1,064	1,045	1,007	0,978	0,990	0,978

Vrouwen	6	7	8	9	10	11
Leeftijd	Neuropatische pijn	Hoog cholesterol	Diabetes type IIb (zonder hypertensie)	COPD / Zware astma	Astma	Diabetes type IIa (met hypertensie)
0 t/m 17	1,127	1,108	0,954	0,755	0,982	0,933
18 t/m 29	1,127	1,000	1,079	1,025	0,989	0,933
30 t/m 44	1,096	0,990	0,970	0,988	0,996	0,933
45 t/m 59	1,119	1,007	1,023	0,996	0,997	0,977
60 t/m 74	1,106	1,031	1,011	1,035	1,022	0,978
75 e.o.	1,079	1,058	0,990	1,001	1,027	0,957

FKG Somatisch (vervolg)

Mannen	12	13	14	15	16	17
Leeftijd	Epilepsie	Ziekte van Crohn / Colitis Ulcerosa	Hartaandoeningen	Auto-immuunziekten (add-on) ¹	Reuma	Parkinson
0 t/m 17	0,974	0,997	0,921	1,404	1,075	1,068
18 t/m 29	1,025	1,009	1,037	1,300	1,011	1,068
30 t/m 44	1,002	0,992	0,972	1,118	1,021	1,068
45 t/m 59	1,008	1,001	0,979	1,113	1,052	1,026
60 t/m 74	1,015	1,023	0,979	1,065	1,054	1,037
75 e.o.	1,011	0,995	0,970	1,150	1,017	1,015

Vrouwen	12	13	14	15	16	17
Leeftijd	Epilepsie	Ziekte van Crohn / Colitis Ulcerosa	Hartaandoeningen	Auto-immuunziekten (add-on) ¹	Reuma	Parkinson
0 t/m 17	1,012	1,078	1,106	1,418	1,029	1,162
18 t/m 29	1,000	1,004	0,976	1,237	1,061	1,162
30 t/m 44	0,991	0,994	0,946	1,114	1,042	1,162
45 t/m 59	1,008	1,016	0,969	1,038	1,029	1,021
60 t/m 74	1,021	1,025	0,977	0,978	1,058	1,029
75 e.o.	1,025	1,008	0,970	1,033	1,036	1,009

¹ Bij Add-on voor auto-immuunziekten is de trend voor 2012-2013 tweevoudig toegepast.

Mannen	18	19	20	21	22	23
Leeftijd	Diabetes type I	Transplantaties	Cystic fibrosis/ pancreas-enzymen	Multiple sclerose	Aandoeningen hersenen/ruggenmerg: overig	Kanker
0 t/m 17	1,021	1,030	0,992	1,117	1,038	1,553
18 t/m 29	1,043	1,023	1,010	1,117	1,114	1,165
30 t/m 44	0,993	1,025	1,028	1,109	1,046	1,148
45 t/m 59	1,012	1,036	1,101	1,054	1,049	1,099
60 t/m 74	1,007	1,027	1,094	1,000	1,006	1,094
75 e.o.	1,003	1,029	1,126	1,000	1,068	0,984

Vrouwen	18	19	20	21	22	23
Leeftijd	Diabetes type I	Transplantaties	Cystic fibrosis/ pancreas-enzymen	Multiple sclerose	Aandoeningen hersenen/ruggenmerg: overig	Kanker
0 t/m 17	1,023	1,049	0,991	1,066	1,106	1,189
18 t/m 29	1,027	0,971	1,019	1,066	1,057	1,189
30 t/m 44	1,002	1,003	1,020	1,060	1,020	1,134
45 t/m 59	1,007	0,994	1,128	1,004	1,006	1,113
60 t/m 74	0,993	1,047	1,075	1,003	1,050	1,120
75 e.o.	0,987	0,999	1,121	1,003	1,025	1,058

Mannen	24	25	26	27	28	29	30
Leeftijd	Hormoon-gevoelige tumoren	HIV / AIDS	Nier-aandoeningen	Psoriasis	Pulmonale arteriële hypertensie	Kanker (add-on) ²	Groei-stoornissen (add-on) ³
0 t/m 17	0,875	1,027	1,018	0,972	1,041	1,209	0,910
18 t/m 29	0,875	1,157	1,018	0,999	1,041	1,469	0,832
30 t/m 44	0,875	1,084	0,941	0,997	1,041	1,322	1,608
45 t/m 59	0,927	1,085	0,966	0,993	1,031	1,058	1,913
60 t/m 74	0,950	1,118	0,977	0,996	1,108	1,022	1,893
75 e.o.	0,953	1,183	0,970	0,964	0,975	0,928	1,893

Vrouwen	24	25	26	27	28	29	30
Leeftijd	Hormoon-gevoelige tumoren	HIV / AIDS	Nier-aandoeningen	Psoriasis	Pulmonale arteriële hypertensie	Kanker (add-on) ²	Groei-stoornissen (add-on) ³
0 t/m 17	1,202	1,082	0,946	0,936	1,175	1,301	0,828
18 t/m 29	0,836	0,976	0,946	0,867	1,175	1,108	1,000
30 t/m 44	1,036	1,062	1,029	1,026	0,994	1,194	1,282
45 t/m 59	0,999	1,098	0,967	1,050	1,044	0,992	1,541
60 t/m 74	0,998	1,176	0,881	0,994	1,053	0,967	1,789
75 e.o.	1,007	1,176	0,944	0,941	1,060	1,012	1,789

² Bij Add-on voor Kanker is de trend gebaseerd op de trend van Kanker (G.V.S.) voor 2012-2013, en is tweevoudig toegepast.

³ Bij Add-on voor Groeistoornissen is de trend voor 2012-2013 tweevoudig toegepast.

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								
8 t/m 29	0,999	0,974	1,088	1,035	0,962	1,063	1,005	1,132
30 t/m 44	0,999	0,996	1,048	1,009	1,021	1,003	0,991	1,160
45 t/m 59	0,999	1,044	1,037	1,011	1,072	0,989	1,007	1,185
60 t/m 74	0,999	1,060	0,995	1,026	1,160	0,994	1,017	1,225
75 e.o.	1,000	1,104	1,045	1,006	1,247	1,031	1,032	1,292

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								
18 t/m 29	0,998	0,957	1,134	1,044	1,001	1,022	1,022	1,145
30 t/m 44	0,999	0,996	1,020	1,012	1,038	0,997	0,977	1,177
45 t/m 59	0,999	1,010	0,979	1,011	1,055	0,987	0,991	1,218
60 t/m 74	0,999	1,040	1,010	1,020	1,132	1,008	0,981	1,192
75 e.o.	1,000	1,001	0,920	0,997	1,173	1,029	1,031	1,129

HKG somatisch model

Mannen	0	1	2	3	4
Leeftijd	Geen HKG¹	Insuline infuus-pompen	Catheters/urineopvang-zakken	Stoma-middelen	Tracheo-stoma-middelen
0 t/m 17	1,000	1,007	0,917	1,034	0,809
8 t/m 29	1,000	1,088	0,911	1,041	1,241
30 t/m 44	1,000	1,037	0,965	0,999	1,150
45 t/m 59	1,000	1,027	0,976	1,001	1,011
60 t/m 74	1,000	1,053	1,006	1,011	1,079
75 e.o.	0,998	1,171	1,015	1,002	1,376

Vrouwen	0	1	2	3	4
Leeftijd	Geen HKG¹	Insuline infuus-pompen	Catheters/urineopvang-zakken	Stoma-middelen	Tracheo-stoma-middelen
0 t/m 17	1,000	0,994	0,941	0,972	0,959
18 t/m 29	1,000	1,055	1,025	1,060	0,935
30 t/m 44	1,000	1,027	0,974	0,969	1,108
45 t/m 59	1,000	1,056	0,986	1,010	1,042
60 t/m 74	1,000	1,054	0,994	1,022	1,126
75 e.o.	0,999	0,939	1,029	1,028	1,253

¹ Er zijn weliswaar een trendfactoren berekend voor de afslagklasse (HKG-0), maar in de bijraming worden deze trendfactoren niet toegepast omdat het aantal verzekerden in de afslagklasse wordt berekend als restpost.