

---

## **WOR 877**

Betreft: Advies aan de Minister van VWS over de vormgeving van het ex ante vereveningsmodel 2018  
Van: Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR)  
Datum: augustus 2017

---

### **1. Inleiding**

Voor u ligt het advies van de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR)<sup>1</sup> over de vormgeving van de ex ante vereveningsmodellen voor 2018. De voorgestelde vormgeving – aangeduid als ‘uitgangsmodellen’ – is in de Overall Toets 2018 doorgerekend.

Het advies van de WOR over de vormgeving van de ex ante risicovereveningsmodellen voor 2018 is opgenomen in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 3 en 4 worden de bevindingen van de Overall Toets (OT) besproken. Deze vormen de onderbouwing van het advies.

### **2. Conclusie en advies**

De WOR concludeert dat de gegevens in de OT representatief zijn en van voldoende kwaliteit. Ook de normbedragen van de vereveningscriteria acht de WOR voldoende stabiel. De enkele uitzonderingen zijn verklaarbaar.

Wel vraagt de WOR aandacht voor het criterium Diagnose Kosten groepen (DKG's). Vanwege de verkorting van de doorlooptijd van de DBC's (per 2015) zijn de onzekerheidsmarges bij de normbedragen en prevalenties wat groter.

Bij het somatische model is er sprake van een toename van het aantal verzekerdenjaren met negatieve normkosten (ten opzichte van vorig jaar). De WOR adviseert om hier het komend jaar aandacht aan te besteden.

Ook vraagt de WOR aandacht voor de doorwerking van de invoering van de klasse voor verzekerden met meerjarig lage kosten (MLK-klasse) voor de groep niet-ingezetenen.

De uitgangsmodellen voor de somatische zorg en het eigen risico laten een duidelijke verbetering van de verevenende werking zien op alle niveaus. Het uitgangsmodel voor de GGZ geeft lichte verbeteringen op individu- en subgroep niveau. Op verzekeraarniveau zijn de gevolgen voor de verevenende werking beperkt, maar wisselend.

Al met al adviseert de WOR om alle drie de doorgerekende uitgangsmodellen toe te passen bij de risicoverevening voor 2018.

Voor het model van de somatische kosten (inclusief kosten verpleging en

---

<sup>1</sup> De WOR is een technische werkgroep, met als belangrijkste taken het adviseren van de minister van VWS over de opzet van een jaarlijks onderzoeksprogramma naar de risicoverevening, het inhoudelijk beoordelen van de onderzoeken in dit onderzoeksprogramma, en vervolgens het adviseren van de minister van VWS over de technische verbetermogelijkheden van het ex ante risicovereveningsmodel.

verzorging) adviseert de WOR:

- Het criterium Aard van Inkomen (AVI) uit te breiden met een klasse hoogopgeleiden van 35-44 jaar.
- Het criterium Diagnosekostengroepen (DKG's) te actualiseren en uit te breiden met behandelingen voor vroeggeboorte, niertransplantaties en geriatrische revalidatiezorg.
- Toevoegen van zogenaamde secundaire DKG's. Bij de indeling van verzekerden in een DKG wordt alleen gebruik gemaakt van de declaratie met de hoogste vervolgcosten. Bij een secundaire DKG wordt een tweede declaratie gebruikt om de verzekerde in te delen. Dit gebeurt op de declaratie met de op één na hoogste vervolgcosten en alleen als het een andere aandoening betreft.
- Opsplitsen van de leeftijd-geslachtklassen voor nuljarigen in een groep die geboren is in het voorgaande jaar en een groep die geboren is in het lopende jaar.
- Opsplitsen van de hoogste kosten klasse van het criterium Verpleging en Verzorging Gebruikergroepen (VGG) naar een groep jonger dan 18 jaar en een groep van 18 jaar en ouder.
- Bij het criterium Personen per adres (PPA) de bepaling of iemand woonachtig is in een institutioneel huishouden te baseren op WLZ declaraties. Hiermee verandert ook het criterium Sociaal Economische Status (SES), omdat alle verzekerden woonachtig in een institutionele huishouden worden ingedeeld in de laagste klasse van de SES.
- Introductie van een klasse meerjarig lage kosten (MLK) bij het criterium Meerjarig Hoge Kosten (MHK). In de klasse vallen verzekerden die gedurende de afgelopen drie jaar lage kosten hebben gehad. Als grens geldt het 70% kwantiel.
- Niet meer opnemen van het criterium generieke somatische morbiditeit (GSM). Deze variabele is mede door toepassing van de MLK-klasse bij de MHK niet meer nodig.
- Niet meer opnemen van het criterium voor Geriatrische Revalidatiezorg Gebruikers Groep (GGG), omdat diagnoses voor geriatrische revalidatiezorg zijn meegenomen in de nieuwe DKG's.
- Het regiocriterium op drie punten aan te passen:
  - Actualisatie van de gegevens
  - Aanpassing aan het nieuwe uitgangsmodel 2018
  - Verwijderen van drie zorgaanbodvariabelen en toevoeging van drie nieuwe variabelen in het model waarmee het regiocriterium voor het somatische model wordt samengesteld.

Voor de GGZ adviseert de WOR de volgende aanpassingen:

- Het samenvoegen van de modellen voor de langdurige (IGGZ) en geneeskundige GGZ (gGGZ).
- Vernieuwing van het criterium Diagnose Kosten Groepen (DKG's) psychische aandoeningen. Er zijn 13 nieuwe DKG's psychische aandoeningen ontwikkeld op basis van diagnoses en historisch zorggebruik.
- Toepassen van een drempel bij de laagste klasse van het criterium Meerjarig Hoge Kosten (MHK-GGZ).
- Toepassing van een drempel bij de klassen ZPP 3/4/5 en ZPP 6/7 van het criterium intramuraal gebruik GGZ (IGG).
- De uitstroomklasse van het criterium IGG baseren op verblijf in december t-2 en december t-1 met als extra restrictie dat het totaal aantal verblijfdagen minimaal 455 dagen bedraagt.

- Het niet meer opnemen van het criterium zorgvraagzwaarte-indicator (ZVZi). De ZVZi heeft momenteel een beperkte toegevoegde waarde vanwege de verbeterde DKG's psychische aandoeningen en omdat voor de bepaling van de ZVZi nog een waarschijnlijkheidskoppeling nodig is.
- Integratie van de nieuwe DKG's psychische aandoeningen met het aangepaste criterium IGG.
- Conform het advies voor het somatische model:
  - Het criterium Aard van Inkomen (AVI) uit te breiden met een klasse hoogopgeleiden van 35-44 jaar
  - De bepaling of iemand woonachtig is in een institutioneel huishouden te baseren op WLZ-declaraties
- Bij het regiocriterium drie aanpassingen toe te passen:
  - Actualisatie van de gegevens
  - Aanpassing aan het nieuwe uitgangsmodel
  - Toevoegen van een extra variabele in het model waarmee het regiocriterium voor het GGZ model wordt samengesteld.

Voor het eigen risico model adviseert de WOR:

- Aansluitend op het somatische model een dummyvariabele MLK op te nemen voor verzekerden die gedurende drie jaar lage kosten hebben (onder het 70% kwantiel).
- Bij het criterium Aard van Inkomen (AVI) eveneens aan te sluiten bij model voor de somatische (en GGZ zorg): uitbreiding met een klasse hoogopgeleiden van 35-44 jaar
- Bij de definitie van de forfaitaire groep (waarvoor geen model wordt toegepast maar de gemiddelde eigen betaling van de groep wordt toegepast) aan te sluiten bij de nieuwe DKG's en ook de secundaire DKG's hierbij te betrekken
- Toepassing van het geactualiseerde regiocriterium uit het somatische model

### **3. Overall Toets**

Dit hoofdstuk bespreekt de uitkomsten van de Overall Toets 2018. De Overall Toets bestaat (voor elk van de drie vereveningsmodellen) uit drie onderdelen:

1. Nagaan wat het effect is van de overstap op nieuwe gegevens (van 2014 naar 2015)
2. Toetsen van de stabiliteit van de nieuwe en aangepaste vereveningscriteria
3. Het beoordelen van het uitgangsmodel

#### 3.1 Vereveningsmodel voor de somatisch kosten

##### 3.1.1 Effect van de nieuwe data

Het effect van de actualisatie van de gegevens (van 2014 naar 2015) is onderzocht door het vereveningsmodel 2017 door te rekenen op de nieuwe kostengegevens uit 2015 (representatief gemaakt voor 2018) en deze uitkomsten te vergelijken met de doorrekeningen van het vereveningsmodel 2017 op de kostengegevens uit 2014 (representatief gemaakt voor 2017).

Toepassing van de nieuwe gegevens leidt soms tot aanzienlijk mutaties bij de normbedragen. De verschuivingen zijn in lijn met de kostenontwikkelingen en goed verklaarbaar. Verder is de omvang van de mutaties bij de normbedragen vergelijkbaar met de mutaties van vorig jaar (2013-2014).

De verandering van data (2014 naar 2015) leidt op alle drie de aggregatieniveaus (individu, subgroep en verzekeraars) tot een minder goede verevenende werking. Oorzaak hiervoor zijn: het gedaalde normbedrag voor de DKG15 (nierdialyse), het (in het algemeen) toegenomen kostenniveau en de hogere variatie in de kosten.

### 3.1.2 Stabiliteit van de nieuwe en aangepaste criteria

De stabiliteit van de nieuwe en aangepaste criteria is onderzocht door modeluitkomsten op 2015 data te vergelijken met modeluitkomsten op 2014 data. Voor beide jaren wordt naar een model met en zonder de vernieuwing gekeken. Er worden dus vier verschillende uitkomsten vergeleken.

Er is een onderscheid gemaakt tussen de vernieuwingen die in de pre-OT zijn doorgerekend op (oude gegevens) en de MLK, die niet in de pre-OT is doorgerekend. Dit geeft twee modellen die op de nieuwe gegevens zijn geschat (en vergeleken worden met de uitkomsten op de oude gegevens).

Het eerste model is gelijk aan het meest uitgebreide model uit de pre-OT en bevat zes aanpassingen:

- Uitbreiding van de AVI-klasse met een klasse hoogopgeleiden 35-44 jaar
- Opsplitsing van de leeftijdklasse nuljarigen (M en V)
- Opsplitsen van de hoogste kostenklasse bij het criterium VGG in 18+/18-
- Aanpassing van de criteria PPA en SES (betere indentificatie van institutionele huishoudens)
- Vernieuwing van het DKG-criterium en toevoeging van secundaire DKG's.
- Verwijderen van de criteria GGG en GSM

Het tweede model is gelijk aan het uitgangsmodel 2017, maar exclusief de GSM en inclusief de MLK-klasse.

#### *Eerste model: model 2017 met zes aanpassingen*

De schattingen van het model met de zes vernieuwingen laten zien dat de normbedragen van de aangepaste en nieuwe criteria in beide jaren (2014 en 2015) globaal hetzelfde patroon hebben. Ook de mutaties ten opzichte van het model 2017 zijn in beide jaren vergelijkbaar. Uitzondering hierbij vormen de DKG's waarbij de veranderingen in 2015 wat groter uitpakken dan in 2014. Een plausibele verklaring hiervoor vormen de hogere normbedragen in 2015.

In beide jaren leiden de modelaanpassingen tot een betere verevenende werking op alle drie de niveaus. Op het niveau van individuen is de verbetering in 2014 iets groter dan in 2015. Dit wordt waarschijnlijk verklaard door hogere kostenvariatie in 2015. Op het niveau van subgroepen en verzekeraars zijn de verbeteringen nagenoeg gelijk.

#### *Tweede model: model 2017 met MLK-klasse en exclusief GSM*

De uitbreiding van het model 2017 met de MLK-klasse en weglaten van de GSM geeft stabiele resultaten. De normbedragen laten in beide jaren hetzelfde patroon zien en ook de verschillen tussen beide modellen zijn in beide jaren nagenoeg gelijk. Belangrijkste verandering is (in beide jaren) de afgenomen invloed van de criteria DKG en FKG. Ook zijn er verklaarbare gevolgen voor de normbedragen van het leeftijd/geslacht criterium: stijging bij jongeren en daling bij 55-plussers. Voor vrouwen in de vruchtbare leeftijd dalen de normbedragen, omdat alleen vrouwen die geen kinderen krijgen in de MLK-klasse kunnen vallen.

De verbetering van de verevenende werking is in beide jaren nagenoeg gelijk en komt op alle drie niveaus naar voren.

### 3.1.3 Uitgangsmodel 2018 vergeleken met model 2017 (2015 data)

Vergelijking van het uitgangsmodel 2018 (waarin alle besproken aanpassingen zijn verwerkt inclusief de aanpassingen van het regiocriterium) met het model 2017 laat verklaarbare mutaties van de normbedragen zien. Veranderingen zijn uiteraard het meest zichtbaar bij de vereveningscriteria die zijn vernieuwd. Maar er zijn ook mutaties bij criteria die niet veranderen. Zo neemt de invloed van de FKG's af, als gevolg van de aanpassingen bij de MHK, DKG's en PPA. De invloed van de MHK neemt toe met circa 20%, uiteraard door de nieuwe MLK-klasse. Ook de invloed van de DKG's neemt toe, vanwege de toevoeging van de secundaire DKG's. Het bereik van het regiocriterium is gedaald van 111 naar 92 euro. De veranderingen van de normbedragen zijn gemiddeld groter dan in de OT2017, maar kleiner dan in de OT2016.

De verevenende werking van het uitgangsmodel 2018 is beter dan van het uitgangsmodel 2017. Op alle drie de aggregatieniveaus is de verbetering zichtbaar. Op individuniveau neemt de  $R^2$  toe met 1,2 %-punt en komt uit op 31,8 %. Bij de meeste verzekeraars komt het resultaat dicht bij nul te liggen. Een gevolg hiervan is dat de bandbreedte tussen de resultaten van de verzekeraars aanzienlijk terugloopt. Dit geldt voor de totale groep, maar ook voor subgroepen van verzekeraars. Voor het totaal van de 24 risicodragers bedraagt de bandbreedte 213 euro. Dit is 70 euro lager dan bij het uitgangsmodel van 2017. Exclusief de twee uitersten komt de bandbreedte uit op 155 euro (tegenover 190 euro bij het uitgangsmodel 2017).

Het meest opvallend is de halvering van de over- en ondercompensatie bij de subgroepen met de 15% laagste en 15% hoogste kosten. De resultaten voor deze groepen komen uit op respectievelijk 104 en -134 euro.

## 3.2 Vereveningsmodel voor de GGZ-kosten

### 3.2.1 Effect van de nieuwe data

Het effect van de actualisatie van de gegevens (van 2014 naar 2015) is op dezelfde manier bepaald als in het somatische model. De normbedragen geschat met het GGZ-model 2018 vertonen over het algemeen een stabiel patroon van 2014 op 2015. De enkele relatief grote veranderingen zijn goed te verklaren uit de ontwikkelingen van de kosten en prevalenties.

Op alle drie de niveaus (individu, subgroep en verzekeraar) is de verevenende werking bij de 2015-gegevens beter dan bij de 2014-gegevens.

### 3.2.2 Stabiliteit nieuwe en aangepaste criteria

De stabiliteit van de nieuwe en aangepaste criteria is onderzocht door modeluitkomsten op 2015 data te vergelijken met modeluitkomsten op 2014 data. Voor beide jaren wordt naar een model met en zonder de vernieuwingen gekeken. Er worden dus vier verschillende uitkomsten vergeleken.

Er is (net als bij het somatische model) een onderscheid gemaakt tussen de vernieuwingen die in de pre-OT zijn doorgerekend (op oude gegevens) en de overige vernieuwingen, die niet in de pre-OT zijn doorgerekend. Dit geeft twee modellen die op de nieuwe gegevens zijn geschat (en vergeleken worden met de uitkomsten op de oude gegevens).

Het eerste model bevat twee vernieuwingen:

- Uitbreiding van de AVI-klasse met een klasse hoogopgeleiden 35-44 jaar
- Aanpassing van de criteria PPA en SES (betere identificatie van institutionele huishoudens)

Het tweede model bevat vijf aanpassingen:

- Vervanging van de 5 klassen in de DKG's psychische aandoeningen door 13 nieuwe klassen (gebaseerd op cliëntprofielen en historisch zorggebruik)
- Inbouwen van een drempel in de laagste kosten klasse van de MHK-GGZ
- Inbouwen van lage kostendrempels en wijziging van de uitstroomklasse bij de IGG
- Verwijderen van het ZVZ criterium
- Samenvoegen van de nieuwe DKG's psychische aandoeningen met de aangepaste IGG.

#### *Eerste model: uitbreiding AVI en verbetering PPA (en SES)*

Uit de schattingen blijkt dat de normbedragen voor beide jaren dezelfde patronen laten zien. Ook de veranderingen bij de normbedragen als gevolg van de modelaanpassingen zijn goed vergelijkbaar tussen de jaren (2014 en 2015).

De gevolgen voor de verevenende werking van de aanpassingen zijn gering en wisselend. Dit geldt voor zowel 2014 als voor 2015. Op verzekeraarniveau is sprake van een lichte verslechtering van de verevenende werking voor beide jaren. Op subgroepniveau blijft de verevenende werking in beide jaren (nagenoeg) gelijk. Op individuniveau is de verevenende werking in 2014 iets beter dan in 2015.

#### *Tweede model: vijf aanpassingen*

De modelaanpassingen hebben vooral effect op de normbedragen van de MHK-GGZ. Bij de overige criteria zijn de effecten beperkt. Dit geldt voor beide onderzochte jaren.

Op individuniveau verbetert de verevenende werking voor beide jaren. Voor de subgroepen blijft de verevenende werking in beide jaren gelijk. Op verzekeraarniveau verbetert de verevenende werking in de 2015-data, terwijl het beeld in de 2014-data gemengd is.

### 3.2.3 Uitgangsmodel 2018 vergeleken met model 2017 (2015 data)

Vergelijking van het uitgangsmodel 2018 (met daarin alle besproken aanpassingen en het nieuwe GGZ-regio criterium) met het model 2017 laat mutaties van de normbedragen zien, die in lijn zijn met de eerdere bevindingen. De grootste veranderingen zien we logischerwijs in de normbedragen van de aangepaste criteria.

Qua verevenende werking is er op individuniveau sprake van lichte verbetering. De  $R^2$  blijft gelijk (22,6%), maar de CPM neemt toe met 0,6% en komt uit op 30,2%. De CPM is minder gevoelig voor uitschieters dan de  $R^2$ . De verbetering van de verevenende werking treedt dus vooral op bij verzekerden met middelhoge/relatief lage kosten. Op subgroepniveau blijft de verevenende werking (nagenoeg) gelijk. De GGAA op alle subgroepen komt uit op 194 euro voor model 2017 en 193 euro voor model 2018. Op verzekeraarniveau is het beeld wisselend. De  $R^2$  neemt toe met 0,2% en komt uit op 98,4%, terwijl de bandbreedte en de GGAA van de resultaten licht toenemen. De bandbreedte voor het uitgangsmodel 2018 komt uit op 29,9 euro. Dit is 0,3 euro hoger dan voor het model 2017. De GGAA stijgt van 4,2 naar 4,4 euro.

## 3.3 Model voor het verplicht eigen risico

### 3.3.1 Stabiliteit (effect nieuwe data)

Het eigenrisicomodel van 2017 is uitermate stabiel. Doorrekening op de nieuwe 2015-data geeft nagenoeg dezelfde normbedragen en beoordelingsmaatstaven voor de verevenende werking als doorrekening op de 2014-data.

### 3.3.2 Uitgangsmodel 2018 vergeleken met model 2017 (2015 data)

Er zijn twee uitgangsmodellen voor het eigen risico berekend. In het eerste model zijn (vanwege consistentie met het somatische model) aanpassingen verwerkt betreffende twee criteria, namelijk AVI en regio. Ook is de definitie van de forfaitaire groep aangepast aan de nieuwe DKG's (vernieuwing huidige DKG's en toepassing van secundaire DKG's). In het tweede model is nog een dummyvariabele MLK toegevoegd voor verzekerden met meerjarige lage kosten (eveneens met het oog op consistentie met het somatische model).

De aanpassing van de DKG's heeft zeer beperkt invloed op de omvang en samenstelling van de forfaitaire groep. De omvang daalt met 0,1% en komt uit op 31,7% van de totale (18+)populatie. Het gemiddelde eigen risico bedraagt 348 euro (één euro minder dan bij de oude definitie).

#### *Eerste model*

In het eerste model zijn de verandering van de normbedragen conform

verwachting. Wezenlijk veranderingen doen zich alleen voor bij de criteria regio en AVI. De veranderingen bij het regiocriterium zijn groter dan in andere jaren gevonden is. Dit hangt samen met de aanpassingen van het regiomodel.

De gevolgen voor de verevenende werking van de aanpassingen uit het eerste model zijn beperkt. Op individuniveau stijgt de  $R^2$  van 29,5% naar 29,8%. De GGAA van alle subgroepen blijft gelijk; op verzekeraarniveau daalt de  $R^2$  van 89,8% naar 89,5%.

#### *Tweede model*

Toevoegen van de variabele MLK heeft duidelijk grotere gevolgen. De effecten zijn zoals verwacht.

De dummy voor verzekerden met meerjarig lage kosten komt uit op -28 euro. Voor de complementaire groep (tenminste één jaar geen lage kosten) bedraagt het normbedrag +56 euro. De normbedragen van jongeren worden iets hoger.

De gevolgen voor de verevenende werking zijn positief. De aansluiting tussen de geraamde en werkelijke eigen betalingen is beter geworden op alle drie de aggregatieniveaus. Op individuniveau stijgt de  $R^2$  met 3,5% naar 33,3% en op verzekeraarniveau stijgt de  $R^2$  met 2,7% naar 92,2%. Ook de bandbreedte van de resultaten daalt met 5 euro en komt uit op 29 euro. De GGAA op alle subgroepen uit het model daalt van 8,1 naar 7,7 euro.

## **4. Onderzoeksgegevens**

### 4.1 Representativiteit / volledigheid

De ex ante risicovereveningsmodellen zijn gebaseerd op kostengegevens over 2015 en verzekerd kenmerken over 2010 tot en met 2015.

Kosten van de overige prestaties (somatische zorg exclusief ziekenhuiskosten) komen uit BASIC2015 (Vektis). Dit jaar bevat BASIC voor het eerst de kosten van extramurale verpleging en persoonlijke verzorging (V&V) en extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten (EMZG). Hierdoor waren geen afleidingen uit de AWBZ-bestanden meer nodig en hoefden instellingen voor zintuiglijk gehandicapten niet meer rechtstreeks informatie aan te leveren. Bij BASIC is dit jaar wederom sprake van 100% dekking. Vergelijking met gegevens van ZIN laat verder zien dat BASIC 2015 een goed beeld geeft van de zorgkosten en demografische kenmerken van de Zvw-populatie.

De ziekenhuiskosten in het onderzoeksbestand zijn afkomstig uit het QZ-informatiesysteem van Vektis. Er is geen conversie van DBC's uitgevoerd, omdat de veranderingen in de DBC-zorgproductstructuur tussen 2015 en 2018 beperkt zijn. Vanwege lumpsummen en omzetplafonds zijn de kostengegevens representatief gemaakt door de gedeclareerde bedragen te vervangen door mediaanbedragen.

Vanwege de kortere doorlooptijd van de DBC's per 2015 is er sprake van een (éénmalige) schadelastdip in 2015. Hiervoor is gecorrigeerd door op het niveau van zorgproductgroep opslagpercentages op de kosten toe te passen. De percentages zijn gebaseerd op NZa-onderzoek.



De kortere doorlooptijd van de DBC's leidt tot hogere prevalenties bij het DKG-criterium. Hiermee is in dit onderzoek rekening gehouden. Dit is gebeurd door bij de bepaling van de DKG's naast declaraties van 2014 ook declaraties van 2013 te betrekken die doorlopen naar 2014 (zie WOR 835).

De kostengegevens met betrekking tot de geneeskundige GGZ zijn gebaseerd op een databestand van ZIN met gegevens over gedeclareerde DBC's van 2015. Er is sprake van 100% dekking. De tarieven uit de declaraties zijn vervangen door tarieven van de NZa, zodat kosten zijn geschoond voor (nog niet verwerkte) contractafspraken.

De kosten voor de langdurige GGZ zijn apart aangeleverd. Naast BASIC moest hiervoor nog informatie uit de AWBZ gebruikt worden, omdat er bij de kosten voor de langdurige GGZ rekening moet worden gehouden met het ingroeitraject.

De gegevens over het eerstelijnsverblijf zijn eveneens apart opgeleverd, omdat hiervoor in 2015 nog een subsidieregeling gold.

De kostengegevens over 2015 zijn verder representatief gemaakt voor het te verwachten schadebeeld in 2018 door correcties uit te voeren voor de pakket- en beleidsmaatregelen die in 2016, 2017 en 2018 zijn of worden genomen. Zo zijn de V&V-kosten opgehoogd vanwege het bestuurlijk akkoord en de prijsarrangementen betreffende 2015 verwerkt (voor de latere jaren is er nog geen informatie).

#### 4.2 Ontwikkeling prevalenties

De prevalenties in 2015 zijn per vereveningscriterium en per risicoklasse voor de somatische zorg en de GGZ vergeleken met 2014. De patronen in 2015 lijken sterk op die in 2014. De veranderingen van 2014 op 2015 zijn in het algemeen beperkt en de grotere veranderingen zijn goed verklaarbaar.

Ook op verzekeraarniveau blijken de vereveningscriteria veelal stabiel. Er zijn enkele uitzonderingen, maar die laten zich goed verklaren door in- en/of uitstroom met specifieke kenmerken.

#### 4.3 Ontwikkeling kostenpatronen

Voor de analyse van de kostenpatronen zijn de kosten verdeeld naar de twee categorieën somatische zorg en GGZ. De somatische zorg omvat de ziekenhuiszorg, (inclusief eerstelijnsdiagnostiek en geriatrische revalidatiezorg), de overige prestaties, verpleging en verzorging, extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten en eerstelijnsverblijf. De GGZ omvat geneeskundige GGZ en de langdurige GGZ. De indeling sluit hiermee aan op de twee verdeelmodellen die met ingang van 2018 gebruikt worden.

De kostenpatronen in 2015 bij de somatische zorg zijn vergelijkbaar met de kostenpatronen in 2014. Opvallende veranderingen zijn veelal verklaarbaar. Dit geldt zowel op verzekeraarniveau alsook op het niveau van de vereveningscriteria.

Bij de vereveningscriteria zijn ontwikkelingen in de kosten veelal te verklaren uit de ontwikkelingen bij de prevalenties. Een hogere prevalentie gaat in de regel

gepaard met een gemiddeld minder ongezonde groep verzekerden.  
Over het geheel genomen zijn de kostenpatronen stabiel dan vorig jaar (2013 op 2014).

Bij kosten GGZ is een zelfde beeld waarneembaar. Stabiele ontwikkelingen zowel op het niveau van de (enkelvoudige) risicoklassen alsook op het niveau van verzekeraars. De grotere mutaties zijn verklaarbaar.

#### 4.4 Ontwikkeling betalingen onder het eigen risico

De patronen van de betalingen onder het eigen risico zijn (eveneens) in de 2015 data goed vergelijkbaar met de patronen in de 2014-data. Frequentieverdelingen komen overeen. Hetzelfde geldt voor de gemiddelde eigen betaling verdeeld naar leeftijd en geslacht.