

WOR 699



Ondercompensatie van verzekerden
met V&V-gebruik in het
voorafgaande jaar

Eindrapportage

Nils Ellwanger
Maaïke van Asselt
Tom Everhardt

Onderzoek voor het ministerie van Volksgezond, Welzijn en Sport

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

Den Haag, versie 1 augustus 2014

Ondercompensatie van verzekerden met gebruik V&V in het voorafgaande jaar

Nils Ellwanger, Maaïke van Asselt en Tom Everhardt

Ape rapport nr. 1243

© 2014 **A**arts De Jong Wilms Goudriaan **P**ublic **E**conomics bv (APE)

Website: www.ape.nl

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

INHOUD

SAMENVATTING	3
1 INLEIDING	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Onderzoeksvragen	7
1.3 Indeling van het rapport	8
2 GEGEVENS EN BEWERKINGEN	11
3 OPZET VAN DE ANALYSES	13
4 RESULTATEN	15
4.1 Uitgangsmodel en Uitgangsmodel Plus	15
4.1.1 Verevenende werking modellen	15
4.1.2 (Norm-)kosten en resultaat per verzekerdenjaar	16
4.2 Uitgebreide Uitgangsmodel en Uitgebreide Uitgangsmodel plus	19
4.2.1 Verevenende werking modellen	20
4.2.2 (Norm-)kosten en resultaat per verzekerdenjaar	20
4.3 Chroniciteit V&V-gebruikers	23
5 CONCLUSIES	27
LITERATUUR	29
A BIJLAGE: NORMBEDRAGEN	31
B BIJLAGE: TABELLEN O.B.V. INDICATIE T-1	37

SAMENVATTING

Het Kamerlid Bruins Slot heeft een motie ingediend waarin wordt gesteld dat verzekerden met gebruik verpleging en verzorging (V&V) in het voorafgaande jaar in het risicovereveningsmodel (voor de somatische zorg) van het lopende jaar worden ondergecompenseerd. Deze ondercompensatie bedraagt enkele honderden euro's. Uit eerdere onderzoeken van APE in opdracht van het ministerie van VWS is gebleken dat verzekerden met een AWBZ-indicatie in het voorafgaande jaar (niet naar sector uitgesplitst) een negatief resultaat hebben in de somatische Zvw-zorg (€ -380 in 2009 en € -186 in 2010). Daarbij dient direct te worden opgemerkt dat dit een gemiddeld resultaat is over indicaties in t-1 voor de sectoren V&V, de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de Gehandicaptenzorg (GHZ). In het onderzoek over 2010 is ook gebleken dat het resultaat het meest negatief is in de sector V&V.

Deze rapportage geeft een berekening van de ondercompensatie voor de groep verzekerden die gebruik maakt van V&V in het voorafgaande jaar. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen de situatie met alleen somatische zorgkosten en de situatie met kosten van geriatrische revalidatiezorg (GRZ) en de extramurale V&V toegevoegd aan de somatische zorgkosten. Hierdoor is het mogelijk onderscheid te maken tussen somatische zorgkosten en de (recente) overhevelingen uit de AWBZ.

De ondercompensatie van de zorgkosten van deze beide varianten is vervolgens bepaald door het somatische risicovereveningsmodel toe te passen op de desbetreffende kosten. Vervolgens zijn de twee vereveningsmodellen nogmaals toegepast, maar dan met een extra kenmerk waarmee de groep verzekerden die gebruik maakt van V&V in het voorgaande jaar mogelijk gecompenseerd wordt. Dit kenmerk is een gecombineerd vereveningskenmerk met de klassen gezond 65-, ongezond 65-, gezond 65+ en ongezond 65. Dit gecombineerde vereveningskenmerk wordt Generieke Somatische Morbiditeit genoemd, kortweg GSM.

Uit de genoemde analyses kunnen we concluderen dat de ondercompensatie van gebruikers V&V in een vorig jaar substantieel is (- € 701 bij het model voor alleen somatische zorgkosten¹ en - € 3.681 bij het model voor de zorgkosten inclusief (recente) overhevelingen uit de

¹ Variabele kosten van medisch-specialistische zorg + overige prestaties

AWBZ²). De ondercompensatie is groter bij verzekerden met een extramurale indicatie, bij verzekerden met een intramurale indicatie zonder behandeling (de verzekerden in voormalige verzorgingshuizen) en bij jongere verzekerden (65-). Toevoeging van het criterium Generieke Somatische Morbiditeit (GSM) verbetert het resultaat van verzekerden met gebruik V&V in een vorig jaar nauwelijks. De GSM onderscheidt weliswaar gezonde verzekerden van ongezonde verzekerden, maar binnen de groep ongezonde verzekerden wordt te weinig gedifferentieerd naar de mate van ongezondheid.

APE heeft eerder onderzoek uitgevoerd naar ondercompensatie voor verzekerden met AWBZ indicaties in 2009 en 2010. Destijds is besloten om geen vereveningskenmerk te ontwikkelen dat gebaseerd is op AWBZ-indicaties, omdat ongeveer 80% van het verlies wordt veroorzaakt door onvoorspelbare kosten waarvoor de risicoverevening niet compenseert en er teveel onzekerheden waren rondom de hervorming van de AWBZ om een toekomstbestendig criterium te ontwikkelen. Deze onzekerheden zijn nu verleden tijd. De resultaten van dit onderzoek nopen tot een verbetering van het vereveningsresultaat voor gebruikers V&V. Dit onderzoek signaleert daarvoor de volgende mogelijkheden:

- Het uitbreiden van de huidige morbiditeitscriteria (farmacie-kostengroepen , diagnosekostengroepen , hulpmiddelenkostengroepen) met diagnoses of prestaties die specifiek gebruikt worden door verzekerden die ook gebruik maken van V&V.
- Uit dit onderzoek blijkt dat de zorgkosten van gezonde ouderen fors verschillen van ongezonde ouderen. Hetzelfde geldt voor het onderscheid tussen gezonde en ongezonde jongeren. Om het vereveningsresultaat van ongezonde verzekerden (zowel de jongeren als de ouderen) te verbeteren, kunnen leeftijdsafhankelijke morbiditeitskenmerken ontwikkeld worden. De vereveningsbijdrage voor de morbiditeit wordt dan gedifferentieerd naar leeftijd.
- Maken van een specifiek regiomodel waarin de variabelen van aanbod van V&V zorg en GRZ zorg worden meegenomen
- Ook kan een vereveningskenmerk van het V&V gebruik in t-1 gemaakt worden. Dit gebruik in t-1 dient dan wel een goede voorspeller te zijn van gebruik in t. De groep V&V gebruikers in t-1 heeft weliswaar een grotere overlijdenskans dan gemiddeld (ruim 15%), maar nog bijna 85% van deze groep leeft nog in jaar t. Ruim

² Variabele kosten van medisch-specialistische zorg + overige prestaties + geriatrie revalidatiezorg + extramurale verpleging en verzorging

95% van de groep overlevenden heeft in jaar t somatische zorgkosten (excl. V&V en GRZ). Bijna 45% maakt V&V-kosten en ruim 12% GRZ-kosten.

We merken hierbij wel op dat de prikkelwerking van een criterium dat alleen gebaseerd is op kosten in een vorig jaar discutabel wordt geacht.

1 INLEIDING

1.1 Aanleiding

Het Kamerlid Bruins Slot heeft een motie ingediend waarin wordt gesteld dat verzekerden met gebruik van verpleging en verzorging (V&V) in het voorafgaande jaar in het risicovereveningsmodel (voor de somatische zorg) van het lopende jaar worden ondergecompenseerd. Deze ondercompensatie bedraagt enkele honderden euro's. Uit eerdere onderzoeken van APE in opdracht van het ministerie van VWS is gebleken dat verzekerden met een AWBZ-indicatie in het voorafgaande jaar (niet naar sector uitgesplitst) een negatief resultaat hebben in de somatische Zvw-zorg (€ -380 in 2009 en € -186 in 2010)³. Daarbij dient direct te worden opgemerkt dat dit een gemiddeld resultaat is over indicaties in t-1 voor de V&V, de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en de Gehandicaptenzorg (GHZ). In het onderzoek over 2010 is ook gebleken dat het resultaat per sector voor de verzekerden die in 2010 ook nog een indicatie hebben het meest negatief is in de sector V&V (zie tabel 4.4, APE rapport 1000).

De motie Bruins Slot vraagt om de berekening van de ondercompensatie voor de groep verzekerden die gebruik⁴ maakt van V&V in het voorafgaande jaar. Ape heeft deze berekeningen uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS. In de voorliggende rapportage worden de berekeningen getoond en besproken.

1.2 Onderzoeksvragen

De primaire onderzoeksvraag luidt: wat zijn de gemiddelde kosten, de normkosten en het resultaat op de somatische Zvw-zorg van de groep verzekerden die gebruikt maakt van V&V in t-1 (2010) en de groep verzekerden zonder V&V-gebruik in t-1. Deze vraag wordt beantwoord

³ Thiel, J.H., M.M. van Asselt en R. Goudriaan, 2012, *Een analyse van de vereveningsresultaten van geïndiceerde AWBZ-cliënten in de Zorgverzekeringswet: Eindrapportage*, Den Haag: APE bv (APE-rapport 948), en Asselt, M.M. van, J.H. Thiel en R. Goudriaan, 2012, *Vereveningscriterium gebaseerd op AWBZ-indicaties: Een kwantitatieve verkenning*, Den Haag: APE bv (APE-rapport 1000).

⁴ Eerder genoemde resultaten hebben betrekking op verzekerden met een indicatie in t-1, hetgeen niet per definitie hoeft te betekenen dat dit ook verzekerden zijn die gebruik maken van zorg in t-1.

voor verschillende varianten waarbij de normkosten conform het onderzoeksplan zijn berekend op basis van:

1. de specificatie van het risicovereveningsmodel somatische zorg 2014 en definitie van de variabele kosten van de somatische zorg (variabele kosten van medisch-specialistische zorg + overige prestaties) uit de Overall Toets 2014 (*Uitgangsmodel*);
2. een uitbreiding van het Uitgangsmodel met een gecombineerd vereveningskenmerk Generieke Somatische Morbiditeit (GSM), bestaand uit de klassen gezond 65-, ongezond 65-, gezond 65+ en ongezond 65+, waarbij ongezond wordt gedefinieerd als een positieve waarde voor een DKG, en/of een FKG, en/of een HKG en/of MHK (*Uitgebreide Uitgangsmodel*).
3. de specificatie van het risicovereveningsmodel somatische zorg 2014 net als in het Uitgangsmodel, maar nu met kosten gedefinieerd als variabele kosten van medisch-specialistische zorg + overige prestaties + geriatrie revalidatiezorg + verpleging en verzorging (*Uitgangsmodel Plus*);
4. de specificatie van het uitgebreide Uitgangsmodel, maar met kosten gedefinieerd als variabele kosten van medisch-specialistische zorg + overige prestaties + geriatrie revalidatiezorg + verpleging en verzorging (*Uitgebreide Uitgangsmodel Plus*).

Het onderzoek is gebaseerd op gegevens van de Overall Toets 2014 (gebaseerd op kostengegevens 2011 en gebruik V&V in 2010). Ten tijde van de uitvoering van dit onderzoek waren de gegevens van de Overall Toets 2015 nog niet voorhanden. Varianten 3 en 4 zijn toegevoegd om de somatische zorgkosten te onderscheiden van de (recente) overhevelingen uit de AWBZ. De somatische zorgkosten uit de OT 2014 zijn daartoe aangevuld met de kosten die per 2015 onderdeel zijn van het somatische vereveningsmodel⁵: de geriatrie revalidatiezorg (GRZ) en de extramurale verpleging en verzorging (V&V). Het vereveningskenmerk GSM is toegevoegd omdat in de Overall Toets 2015 een vereveningsmodel wordt doorgerekend met dit kenmerk.

1.3 Indeling van het rapport

De indeling van het rapport is als volgt. Hoofdstuk 2 beschrijft de gegevens en de bewerkingen. In hoofdstuk 3 komt de opzet van de analyse kort aan de orde. Hoofdstuk 4 presenteert de resultaten en in

⁵ GRZ wordt onderdeel van de variabele zorgkosten, waarvoor verzekeraars volledig risicodragend worden per 2015, de V&V blijft een apart deelbedrag waarvoor verzekeraars niet volledig risicodragend worden per 2015.

Hoofdstuk 5 worden de conclusies getrokken. Normbedragen van de modelschattingen zijn in bijlage A opgenomen. Bijlage B toont de resultaten voor verzekerden met een indicatie V&V in t-1 in plaats van verzekerden die gebruik maken van V&V in t-1.

2 GEGEVENS EN BEWERKINGEN

Per 2013 is de geriatrische revalidatiezorg (GRZ) overgeheveld vanuit de AWBZ naar de ZVW. Dit betreft revalidatiezorg voor verzekerden die niet direct voorafgaand aan het gebruik van de GRZ zorg gebruik maken van intramurale AWBZ-zorg inclusief behandeling. Per 1-1-2015 wordt ook de extramurale verpleging en verzorging overgeheveld vanuit de AWBZ naar de ZVW. Extramurale (persoonlijke) verzorging betreft ondersteuning bij activiteiten op het gebied van de algemene dagelijkse levensbehoeften, zoals wassen en aankleden. De overheveling hiervan vindt alleen plaats bij cliënten die extramurale persoonlijke verzorging krijgen op basis van een somatisch probleem of lichamelijke handicap. Dit betreft ongeveer 95% van alle extramurale persoonlijke verzorging.

In het onderzoek hebben we gebruik gemaakt van het gegevensbestand van het onderzoek naar de ontwikkeling van een regiocriterium voor de V&V (WOR 697). Dit onderzoeksbestand bevat naast de vereveningskenmerken en de kosten van medisch-specialistische zorg en overige prestaties ook de kosten van de extramurale V&V. Van de extramurale V&V zijn de kosten van medisch-specialistische verzorging thuis (MSVT) reeds begrepen in de kosten van medisch-specialistische zorg. De kosten van de Zichtbare Schakel en de V&V-kosten van de 18-minners ontbreken in dit gegevensbestand.

Het oorspronkelijke onderzoeksbestand hebben we aangevuld met:

1. informatie over gebruik en indicaties V&V t-1 uit het OLZ 2010 (uitgesplitst naar extramurale indicaties en intramurale indicaties met en zonder behandeling);
2. de kosten van de geriatrische revalidatiezorg 2011 (GRZ) uit het OLZ 2011.

De drie afzonderlijke gegevensbestanden zijn op verzekerdeniveau via het gepseudonimiseerde burgerservicenummer (AWBZ-pseudoniem) gekoppeld tot één nieuw gecombineerd onderzoeksbestand. In dit gegevensbestand is vervolgens het GSM-kenmerk aangemaakt. We hebben de correlatie berekend van het GSM kenmerk met het gebruik van V&V in 2010. Het blijkt dat deze niet heel hoog is. Dat komt omdat de correlatie met de ongezonde mensen 65- licht negatief is (-0,01) en de correlatie met ongezonde mensen 65+ positief (0,32).

In tabel 2-1 is de opbouw van de kosten in het gekoppelde onderzoekbestand samengevat.

Tabel 2-1: Aanpassing van de kosten 2011 van V&V totaal ten opzichte van WOR 663

	Kosten (x € 1 mld.)	Kosten per verzekerdendaar (€)
Variabele kosten medisch-special. zorg	17,48	1.063
Overige prestaties	11,86	722
Extramurale V&V	2,27	138
Geriatrische revalidatiezorg	0,73	44
Totaal	32,34	1.967

Bron: APE

3 OPZET VAN DE ANALYSES

Ten eerste schatten we het risicovereveningsmodel voor de somatische zorg uit de Overall Toets 2014. Dit risicovereveningsmodel (1) vormt het Uitgangsmodel van het huidige onderzoek. Ten tweede breiden we het Uitgangsmodel uit met het gecombineerde kenmerk voor leeftijd en gezondheid: GSM. Dit risicovereveningsmodel (2) duiden we aan als het Uitgebreide Uitgangsmodel en wordt eveneens geschat. Ten derde voegen we de GRZ en extramurale V&V toe aan de huidige kosten van de somatische zorg toe en schatten we, op basis van deze kosten en de specificatie van het Uitgangsmodel het Uitgangsmodel Plus (3). Ten vierde schatten we voor de variabele kosten van somatische zorg + GRZ + V&V het Uitgebreide Uitgangsmodel Plus (4) met het GSM-kenmerk. Al deze modellen worden geschat op alle verzekerden (18+ en 18-) met de kleinstekwadratenmethode (OLS).

Voor (1) het Uitgangsmodel, (2) het Uitgebreide Uitgangsmodel, (3) het Uitgangsmodel Plus en (4) het Uitgebreide Uitgangsmodel Plus bepalen we vervolgens de kosten en de normkosten van de individuele verzekerden en het resultaat op deze verzekerden. In hoofdstuk 4 vergelijken we eerst modellen 1 en 3 met elkaar, en vervolgens modellen 2 en 4. Daarna kijken we naar de chroniciteit van de V&V gebruikers.

4 RESULTATEN

4.1 Uitgangsmodel en Uitgangsmodel Plus

In deze paragraaf vergelijken we het Uitgangsmodel (het risicovereveningsmodel voor de somatische zorg uit de Overall Toets 2014) met het Uitgangsmodel Plus (kosten GRZ en extramurale V&V toegevoegd aan de huidige kosten van de somatische zorg).

4.1.1 Verevenende werking modellen

Op verzekerdenniveau ontloopt de verevenende werking van de twee risicovereveningsmodellen elkaar niet veel (zie tabel 4.1). Het Uitgangsmodel Plus presteert iets beter op zowel verklaarde variantie als CPM. De verevenende werking van model 3 wijkt af van hetgeen dat gepresenteerd is voor dezelfde modelspecificatie in eerder onderzoek van iBMG (WOR 671). De reden hiervoor is dat de definitie van de over te hevelen extramurale V&V-kosten veranderd is (zie WOR 697).

Tabel 4.1: Verevenende werking op verzekerdenniveau van modellen 1 en 3 voor verpleging en verzorging, 2011

	Verklaarde variantie (R ² x 100)	CPM
Model 1	24,51	24,98
Model 3	26,38	25,61

Ook op verzekeraarsniveau (zie tabel 4.2) presteert het Uitgangsmodel Plus iets beter op de verklaarde variantie, maar slechter op de GGAA en de bandbreedte van het resultaat. Op subgroepniveau neemt de GGAA ook toe in de Plus-variant.

Tabel 4.2: Verevenende werking op subgroep- en verzekeraarsniveau van modellen 1 en 3 voor verpleging en verzorging, 2011

	Verzekeraarsniveau			Subgroepniveau
	Bandbreedte van het resultaat (€)	GGAA	Verklaarde variantie (R ² x 100)	GGAA
Model 1	247,5	20,8	98,9	461,1
Model 3	258,4	26,6	99,0	571,9

4.1.2 (Norm-)kosten en resultaat per verzekerdenjaar

In deze paragraaf vergelijken we de kosten en de normkosten voor de verzekerden met en zonder V&V gebruik in t-1. In tabel 4-3 zijn de (norm-)kosten en het resultaat gegeven voor het uitgangsmodel. Verzekerden die gebruik maken van V&V in het voorgaande jaar komen op een negatief resultaat van - € 701. De 65-plussers hebben een minder negatief resultaat dan de 65-minners. De normkosten voor de 65-minners zijn lager dan die van de 65-plussers vanwege de lagere leeftijds/geslachts normbedragen. De groep die gebruik maakt van V&V in het voorgaande jaar bestaat voor ruim 60% uit vrouwen van 65+. De normkosten voor de groep die gebruik maakt van V&V in t-1 heeft wel substantieel hogere normkosten, maar dit is niet voldoende om de hogere kosten te compenseren.

Het negatieve resultaat van V&V gebruikers in t-1 komt voornamelijk door de verzekerden met een extramurale indicatie⁶ in het voorgaande jaar (- € 1.034 per verzekerdenjaar), terwijl de verzekerden met een intramurale indicatie in het voorgaande jaar gemiddeld een positief resultaat hebben (€ 104).

We kunnen de verzekerden met een intramurale indicatie vervolgens splitsen in verzekerden met behandeling (dit zijn verzekerden in voormalige verpleeghuizen) en verzekerden zonder behandeling (dit zijn verzekerden in voormalige verzorgingshuizen). De verzekerden met behandeling hebben een groot positief resultaat (€ 473). Dit positieve resultaat wordt veroorzaakt doordat somatische kosten van verzekerden in de voormalige verpleeghuizen ten laste van de huidige AWBZ kwamen, en dus niet ten laste van de Zvw. De somatische Zvw-kosten voor deze groep zijn daardoor lager dan de normkosten.

Verzekerden die gebruik maken van V&V in t-1 met een intramurale indicatie zonder behandeling (verzekerden in voormalige verzorgingshuizen) hebben een negatief resultaat (- € 304). Bij deze verzekerden kwamen de zorgkosten wel voor rekening van de Zvw.

⁶ Deze groep komt het meest overeen met de groep die wordt overgeheveld naar de Zvw.

Tabel 4-3: Uitsplitsing van de kosten, de normkosten en het resultaat per verzekerdenjaar in model 1 naar V&V-gebruik en indicaties t-1, 2011

Gebruik t-1	Normkosten ^a	Kosten ^a	Resultaat	Verzekerden (x 1.000)	%
<i>Geen V&V-gebruik</i>					
<i>t-1</i>					
Man 65-	1.160	1.148	12	6.916	42,1
Man 65+	4.217	4.160	57	1.068	6,5
Vrouw 65-	1.425	1.413	12	6.816	41,5
Vrouw 65+	3.451	3.390	61	1.216	7,4
Totaal	1.651	1.632	19	16.016	97,4
<i>Wel V&V-gebruik t-1</i>					
Man 65-	7.729	10.896	-3.167	25	0,2
Man 65+	8.295	8.890	-595	102	0,6
Vrouw 65-	7.744	10.244	-2.500	33	0,2
Vrouw 65+	6.135	6.416	-281	263	1,6
Totaal	6.874	7.576	-701	423	2,6
<i>Type indicatie^b</i>					
Extramuraal	7.298	8.332	-1.034	317	1,9
Intramuraal	6.211	6.107	104	151	0,9
- met behandeling	5.670	5.196	473	79	0,5
- zonder behandeling	6.799	7.104	-304	72	0,4

a Gebaseerd op de variabele kosten van somatische zorg.

b Het komt voor dat personen zowel een intramurale als extramurale indicatie hebben in een jaar. De verzekerden die gebruik maken van V&V in t-1 met een intramurale indicatie in t-1 en de verzekerden die gebruik maken van V&V in t-1 met een extramurale indicatie in t-1 tellen op tot meer dan het totaal aantal verzekerden dat gebruik maakt van V&V omdat deze personen bij de uitsplitsing bij beide worden meegeteld.

Vervolgens worden de variabele kosten van somatische zorg aangevuld met de kosten geriatrische revalidatiezorg en verpleging en verzorging en bovenstaande analyse herhaald. De resultaten van het Uitgangsmodel Plus staan in tabel 4-4. Ten opzichte van het uitgangsmodel nemen de negatieve resultaten flink toe voor V&V-gebruikers in het voorgaande jaar (-€ 3.187; was -€ 701).

Hierbij moet wel worden opgemerkt dat de vereveningskenmerken nog niet zijn aangepast aan de overhevelingen. Dat betekent bijvoorbeeld dat de kosten GRZ en V&V niet meegenomen zijn bij het bepalen van de MHK,

en dat er geen specifieke diagnoses of prestaties die relevant zijn voor de GRZ of de V&V zijn meegenomen in de FKG's en DKG's.

Voornamelijk ouderen hebben hoge kosten V&V en GRZ. Met de vereveningskenmerken van het somatische vereveningsmodel krijgen ouderen bij toevoeging van de GRZ en V&V-kosten ook een grotere bijdrage. Dit blijkt uit de toename van de positieve resultaten bij 65+ verzekerden zonder gebruik van V&V in het voorgaande jaar. Daartegenover staat dat de verzekerden met gebruik van V&V in het voorgaande jaar (en vaak ook hoge kosten in het huidige jaar) een groot negatief resultaat hebben. Met de vereveningskenmerken uit het somatische vereveningsmodel worden de ouderen weliswaar gecompenseerd bij toevoeging van de GRZ en V&V-kosten, maar voor de ouderen met hoge kosten is dit niet voldoende.

Als we kijken naar het verschil tussen intramurale en extramurale indicaties blijkt dat verzekerden met een extramurale indicatie sterk ondergecompenseerd worden (€ -4.571 versus € -1.034). Voor verzekerden met een intramurale indicatie is de ondercompensatie veel minder, zij het nog steeds substantieel (€ -152). De reden hiervoor is dat intramuraal gemaakte V&V-kosten niet overkomen naar de Zvw, maar onderdeel blijven van de WLZ. Ook de kosten voor de thuiswonende verblijfsgeïndiceerden zijn niet meegenomen in de kosten V&V, omdat zij voorlopig recht op zorg uit de WLZ blijven hebben. Hetzelfde geldt voor een aantal lichtere (te extramuraliseren) ZZP's die vanwege overgangsrecht niet meegenomen zijn in de extramurale V&V kosten (zie WOR 697).

Als we kijken naar het verschil tussen intramurale indicatie met behandeling (de voormalige verpleeghuizen) en zonder behandeling (de voormalige verzorgingshuizen), zien we dat het resultaat positief is bij verzekerden met behandeling (dit was negatief) en negatief bij verzekerden zonder behandeling (dit was positief). Dit wordt grotendeels veroorzaakt door de relatief hoge GRZ-kosten bij de verzekerden met behandeling in t-1, die door de vereveningskenmerken van het somatische model niet verklaard worden. Blijkbaar volgt de GRZ niet direct op de zorg met behandeling omdat deze kosten anders voor rekening van de AWBZ waren gekomen.

Tabel 4-4: Uitsplitsing van de kosten, de normkosten en het resultaat per verzekerdenjaar in model 3 naar V&V-indicaties t-1, 2011

Gebruik t-1	Normkosten ^a	Kosten ^a	Resultaat	Verzekerden (x 1.000)	%
<i>Geen V&V-gebruik t-1</i>					
Man 65-	1.190	1.169	21	6.916	42,1
Man 65+	4.743	4.418	325	1.068	6,5
Vrouw 65-	1.462	1.436	26	6.816	41,5
Vrouw 65+	4.311	3.756	555	1.216	7,4
Totaal	1.780	1.696	84	16.016	97,4
<i>Wel V&V-gebruik t-1</i>					
Man 65-	9.054	14.878	-5.823	25	0,2
Man 65+	10.293	13.717	-3.424	102	0,6
Vrouw 65-	9.110	14.517	-5.407	33	0,2
Vrouw 65+	8.588	11.152	-2.564	263	1,6
Totaal	9.066	12.252	-3.187	423	2,6
<i>Type indicatie^b</i>					
Extramuraal	9.547	14.117	-4.571	317	1,9
Intramuraal	8.360	8.511	-152	151	0,9
- met behandeling	7.438	8.608	-1.170	79	0,5
- zonder behandeling	9.366	8.375	991	72	0,4

a Gebaseerd op de variabele kosten van somatische zorg + kosten GRZ + kosten V&V.

b Het komt voor dat personen zowel een intramurale als extramurale indicatie hebben in een jaar. De verzekerden die gebruik maken van V&V in t-1 met een intramurale indicatie in t-1 en de verzekerden die gebruik maken van V&V in t-1 met een extramurale indicatie in t-1 tellen op tot meer dan het totaal aantal verzekerden dat gebruik maakt van V&V omdat deze personen bij de uitsplitsing bij beide worden meegeteld.

4.2 Uitgebreide Uitgangsmodel en Uitgebreide Uitgangsmodel plus

In deze paragraaf vergelijken we het Uitgebreide Uitgangsmodel (Uitgangsmodel met gecombineerde kenmerk voor leeftijd en gezondheid: GSM) met het Uitgebreide Uitgangsmodel Plus (variabele kosten van somatische zorg + GRZ + V&V met het GSM-kenmerk).

4.2.1 Verevenende werking modellen

Op verzekerdenniveau ontloopt de verevenende werking van de twee risicovereveningsmodellen elkaar niet veel (zie tabel 4.5). Het Uitgebreide Uitgangsmodel Plus presteert net als in de vorige paragraaf iets beter op zowel verklaarde variantie als CPM.

Tabel 4.5: Verevenende werking op verzekerdenniveau van modellen 2 en 4 voor verpleging en verzorging, 2011

	Verklaarde variantie (R ² x 100)	CPM
Model 2	24,53	25,03
Model 4	26,39	25,62

Ook op verzekeraarsniveau (zie tabel 4.6) presteert het Uitgebreide Uitgangsmodel Plus iets beter op de verklaarde variantie, maar slechter op de GGAA en de bandbreedte van het resultaat. Op subgroepniveau neemt de GGAA toe bij het toevoegen van de kosten GRZ en V&V.

Tabel 4.6: Verevenende werking op subgroep- en verzekeraarsniveau van modellen 2 en 4 voor verpleging en verzorging, 2011

	Verzekeraarsniveau			Subgroepniveau
	Bandbreedte van het resultaat (€)	GGAA	Verklaarde variantie (R ² x 100)	GGAA
Model 2	244,2	20,6	98,9	458,8
Model 4	260,2	26,7	99,0	570,9

4.2.2 (Norm-)kosten en resultaat per verzekerdenjaar

In deze paragraaf vergelijken we de kosten en de normkosten voor de verzekerden met en zonder V&V gebruik in t-1.

Tabel 4-7 toont de (norm-)kosten en resultaten voor het Uitgebreide Uitgangsmodel (inclusief het GSM-kenmerk). Het resultaat voor de V&V-gebruikers in het voorgaande jaar wordt iets negatiever in vergelijking met het uitgangsmodel (-€ 711 versus -€ 701). Dit wordt veroorzaakt doordat de 65-plussers een iets negatiever resultaat krijgen. De 65-minners krijgen een iets positiever resultaat. Het effect van het GSM-kenmerk is echter beperkt. De normkosten voor de groep die gebruik maakt van V&V in t-1 heeft substantieel hogere normkosten dan de groep die geen

gebruik maakt van V&V in t-1, maar dit is niet voldoende om de hogere kosten te compenseren.

Tabel 4-7: Uitsplitsing van de kosten, de normkosten en het resultaat per verzekerdenjaar in model 2 naar V&V-indicaties t-1, 2011

Gebruik t-1	Normkosten ^a	Kosten ^a	Resultaat	Verzekerden (x 1.000)	%
<i>Geen V&V-gebruik</i>					
<i>t-1</i>					
Man 65-	1.160	1.148	12	6.916	42,1
Man 65+	4.219	4.160	59	1.068	6,5
Vrouw 65-	1.425	1.413	12	6.816	41,5
Vrouw 65+	3.453	3.390	63	1.216	7,4
Totaal	1.651	1.632	19	16.016	97,4
<i>Wel V&V-gebruik</i>					
<i>t-1</i>					
Man 65-	7.751	10.896	-3.145	25	0,2
Man 65+	8.271	8.890	-618	102	0,6
Vrouw 65-	7.756	10.244	-2.488	33	0,2
Vrouw 65+	6.126	6.416	-290	263	1,6
Totaal	6.865	7.576	-711	423	2,6
<i>Type indicatie^b</i>					
Extramuraal	7.286	8.332	-1.046	317	1,9
Intramuraal	6.206	6.107	99	151	0,9
- met behandeling	5.668	5.196	471	79	0,5
- zonder behandeling	6.792	7.104	-312	72	0,4

a Gebaseerd op de variabele kosten van somatische zorg.

b Het komt voor dat personen zowel een intramurale als extramurale indicatie hebben in een jaar. De verzekerden die gebruik maken van V&V in t-1 met een intramurale indicatie in t-1 en de verzekerden die gebruik maken van V&V in t-1 met een extramurale indicatie in t-1 tellen op tot meer dan het totaal aantal verzekerden dat gebruik maakt van V&V omdat deze personen bij de uitsplitsing bij beide worden meegeteld.

Ten slotte staan de resultaten van het Uitgebreide Uitgangsmodel Plus in tabel 4-8. Ten opzichte van het Uitgebreide Uitgangsmodel nemen de negatieve resultaten flink toe voor V&V-gebruikers in het voorgaande jaar (-€ 3.173; was -€ 711). Ook hier zijn de normkosten voor de groep die gebruik maakt van V&V in t-1 wel substantieel hoger, maar niet voldoende om de hogere kosten te compenseren.

Voornamelijk ouderen hebben hoge kosten V&V en GRZ. Met de vereveningskenmerken van het somatische vereveningsmodel krijgen ouderen bij toevoeging van de GRZ en V&V-kosten ook een grotere bijdrage. Dit blijkt uit de toename van de positieve resultaten bij 65+ verzekerden zonder gebruik van V&V in het voorgaande jaar. Daartegenover staat dat de verzekerden met gebruik van V&V in het voorgaande jaar (en vaak ook hoge kosten in het huidige jaar) een groot negatief resultaat hebben.

Als we kijken naar het verschil tussen intramurale en extramurale indicaties blijkt dat verzekerden met een extramurale indicatie sterk ondergecompenseerd worden (€ -4.552 versus € -1.046). Voor verzekerden met een intramurale indicatie is de ondercompensatie veel minder, zij het nog steeds substantieel (€ -144).

Tabel 4-8: Uitsplitsing van de kosten, de normkosten en het resultaat per verzekerdenjaar in model 4 naar V&V-indicaties t-1, 2011

Gebruik t-1	Normkosten ^a	Kosten ^a	Resultaat	Verzekerden (x 1.000)	%
<i>Geen V&V-gebruik</i>					
<i>t-1</i>					
Man 65-	1.190	1.169	22	6.916	42,1
Man 65+	4.742	4.418	324	1.068	6,5
Vrouw 65-	1.462	1.436	26	6.816	41,5
Vrouw 65+	4.305	3.756	549	1.216	7,4
Totaal	1.779	1.696	84	16.016	97,4
<i>Wel V&V-gebruik t-1</i>					
Man 65-	9.012	14.878	-5.866	25	0,2
Man 65+	10.311	13.717	-3.406	102	0,6
Vrouw 65-	9.059	14.517	-5.458	33	0,2
Vrouw 65+	8.612	11.152	-2.540	263	1,6
Totaal	9.079	12.252	-3.173	423	2,6
<i>Type indicatie^b</i>					
Extramuraal	9.565	14.117	-4.552	317	1,9
Intramuraal	8.367	8.511	-144	151	0,9
- met behandeling	7.423	8.608	-1.186	79	0,5
- zonder behandeling	9.399	8.375	1.024	72	0,4

a Gebaseerd op de variabele kosten van somatische zorg + kosten GRZ + kosten V&V.

b Het komt voor dat personen zowel een intramurale als extramurale indicatie hebben in een jaar. De verzekerden die gebruik maken van V&V in t-1 met een intramurale indicatie in t-1 en de verzekerden die gebruik maken van V&V in t-1 met een extramurale indicatie in t-1 tellen op tot meer dan het totaal aantal verzekerden dat gebruik maakt van V&V omdat deze personen bij de uitsplitsing bij beide worden meegeteld.

4.3 Chroniciteit V&V-gebruikers

Om de mogelijkheid voor een compenserend vereveningscriterium, gebaseerd op het gebruik van V&V in t-1, te onderzoeken is het van belang te weten in hoeverre de groep die ondergecompenseerd wordt een chronisch karakter heeft. Wil het gebruik van V&V in jaar t-1 een goede voorspeller zijn voor het gebruik in jaar t dan dient min of meer dezelfde groep personen gebruik te maken van de zorg in jaar t als de groep personen die gebruik maakt van V&V in jaar t-1.

In eerdere onderzoeken over 2009 en 2010 is gebleken dat de sterftekans voor verzekerden met een indicatie hoger ligt⁷. Het is bekend dat verzekerden meer kosten maken in het jaar waarin ze overlijden. In deze paragraaf geven we daarom inzicht in de overlijdenskans en de prevalentie van zorggebruik in jaar t van de V&V gebruikers in t-1.

Van de verzekerden die in 2010 een indicatie V&V hadden, is ruim 15% overleden in datzelfde jaar. Het grootste aandeel overledenen vinden we in de groep mannen van 65+ (21,7%). Van de groep die in 2011 nog verzekerd is, heeft het grootste deel ook kosten in 2011, voornamelijk somatisch. De meeste verzekerden die kosten PVVP of kosten GRZ hebben, hebben ook somatische kosten. We hebben de ondergrens voor de somatische kosten gelegd op €100, en voor de kosten V&V en GRZ op € 0.

Als we de groepen met en zonder V&V gebruik in t-1 vergelijken dan zien we dat het percentage verzekerden met kosten in 2011 veel hoger is bij de groep verzekerden die wel gebruik V&V hebben in t-1 dan in de groep die geen gebruik V&V hebben in t-1. Ruim 40% van de mensen met V&V gebruik in t-1 heeft ook nog kosten V&V in jaar t, tegen ruim 1% van de verzekerden zonder V&V gebruik in t-1. Ook het aantal verzekerden dat overlijdt in 2011 is groter in de groep verzekerden met V&V gebruik in t-1 dan in de groep zonder V&V gebruik in t-1.

⁷ Thiel, J.H., M.M. van Asselt en R. Goudriaan, 2012, *Een analyse van de vereveningsresultaten van geïndiceerde AWBZ-cliënten in de Zorgverzekeringswet: Eindrapportage*, Den Haag: APE bv (APE-rapport 948), en Asselt, M.M. van, J.H. Thiel en R. Goudriaan, 2012, *Vereveningscriterium gebaseerd op AWBZ-indicaties: Een kwantitatieve verkenning*, Den Haag: APE bv (APE-rapport 1000).

Tabel 4-9: overlijdenskans en aantal verzekerden met kosten in 2011 van de verzekerden met V&V gebruik in t-1

	% overleden in 2010	Verzeker- den 2011 (x 1.000)	Waarvan kosten ^a somatisch (%)	Waarvan kosten ^a V&V (%)	Waarvan kosten ^a GRZ (%)	% overleden in 2011
<i>Geen V&V- gebruik t-1</i>						
Man 65-		6.916	78,8	0,3	0,0	0,1
Man 65+		1.068	99,2	4,5	0,7	1,3
Vrouw 65-		6.816	89,0	0,4	0,0	0,1
Vrouw 65+		1.216	99,2	6,6	1,2	0,9
Totaal		16.016	86,0	1,1	0,2	0,2
<i>V&V-gebruik t-1</i>						
Man 65-	13,8	25	95,4	31,8	3,3	2,8
Man 65+	21,7	102	96,2	45,9	6,2	9,8
Vrouw 65-	11,2	33	97,8	37,8	2,9	2,5
Vrouw 65+	13,0	263	95,1	44,6	6,1	6,6
Totaal	15,2	423	95,6	43,6	5,7	6,8

a: kosten 2011 uitgangsmodel > € 100, kosten PVVP > € 0 en kosten GRZ > € 0.

5 CONCLUSIES

De primaire onderzoeksvraag van dit onderzoek luidt: wat zijn de gemiddelde kosten, de normkosten en het resultaat op de somatische Zvw-zorg van de groep verzekerden die gebruikt maakt van V&V in t-1 (2010) en de groep verzekerden zonder dit gebruik in t-1? In de beantwoording van deze vraag splitsen we gebruikers naar leeftijd, geslacht en type indicatie, en onderscheiden we kosten (variabele zorgkosten, GRZ, V&V). Ook onderzoeken we of een generiek morbiditeitscriterium het resultaat van de gebruikers V&V in een voormalig jaar verbetert.

We concluderen dat de ondercompensatie van gebruikers V&V in een vorig jaar substantieel is (- € 701 bij het model voor met alleen somatische zorgkosten⁸ en - € 3.681 bij het model voor de zorgkosten inclusief (recente) overhevelingen uit de AWBZ⁹). De ondercompensatie is sterker bij verzekerden met een extramurale indicatie, bij verzekerden met een intramurale indicatie zonder behandeling (de verzekerden in voormalige verzorgingshuizen) en bij jongere verzekerden (65-). Toevoeging van het criterium Generieke Somatische Morbiditeit (GSM) verbetert het resultaat van verzekerden met gebruik V&V in een vorig jaar nauwelijks. De GSM onderscheidt weliswaar gezonde verzekerden van ongezonde verzekerden, maar binnen de groep ongezonde verzekerden wordt te weinig gedifferentieerd naar de mate van ongezondheid.

In eerdere onderzoeken naar ondercompensatie werd een gemiddeld resultaat berekend over de indicaties V&V, Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en Gehandicaptenzorg (GHZ). Wel was duidelijk dat de ondercompensatie in de sector V&V het hoogste is. Destijds is besloten om geen vereveningskenmerk te ontwikkelen dat gebaseerd is op AWBZ-indicaties om twee redenen. Ten eerste omdat uit het onderzoek bleek dat ongeveer 80% van het verlies wordt veroorzaakt door onvoorspelbare kosten waarvoor de risicoverevening niet compenseert, ten tweede omdat er teveel onzekerheden waren rondom de hervorming van de AWBZ om een toekomstbestendig criterium te ontwikkelen¹⁰. Deze onzekerheden zijn nu verleden tijd. De resultaten van dit onderzoek nopen tot een

⁸ Variabele kosten van medisch-specialistische zorg + overige prestaties

⁹ Variabele kosten van medisch-specialistische zorg + overige prestaties + geriatrische revalidatiezorg + extramurale verpleging en verzorging

¹⁰ Brief aan de Tweede Kamer 2012, Voorgenomen vormgeving ex ante risicovereveningsmodel 2014, kenmerk 124084-105236-Z

verbetering van het vereveningsresultaat voor gebruikers V&V. Wij zien hiervoor de volgende mogelijkheden:

- Uitbreiden van de huidige morbiditeitscriteria (farmacie-kostengroepen, diagnosekostengroepen, hulpmiddelenkostengroepen) met diagnoses of prestaties die specifiek gebruikt worden door verzekerden die ook gebruik maken van V&V.
- Uit dit onderzoek blijkt dat de zorgkosten van gezonde ouderen fors verschillen van ongezonde ouderen. Hetzelfde geldt voor het onderscheid tussen gezonde en ongezonde jongeren. Om het vereveningsresultaat van ongezonde verzekerden (zowel de jongeren als de ouderen) te verbeteren, kunnen leeftijdsafhankelijke morbiditeitskenmerken ontwikkeld worden. De vereveningsbijdrage voor de morbiditeit wordt dan gedifferentieerd naar leeftijd.
- Maken van een specifiek regiomodel waarin de variabelen van aanbod van V&V zorg en GRZ zorg worden meegenomen
- Ook kan een vereveningskenmerk van het V&V-gebruik in t-1 gemaakt worden. Dit gebruik in t-1 dient dan wel een goede voorspeller te zijn van gebruik in t. De groep V&V-gebruikers in t-1 heeft weliswaar een grotere overlijdenskans dan gemiddeld (ruim 15%), maar nog bijna 85% van deze groep leeft nog in jaar t. Ruim 95% van de groep overlevenden heeft in jaar t somatische zorgkosten (excl. V&V en GRZ). Bijna 45% maakt V&V-kosten en ruim 12% GRZ-kosten.

We merken hierbij wel op dat de prikkelwerking van een criterium dat alleen gebaseerd is op kosten in een vorig jaar discutabel wordt geacht.

LITERATUUR

- J.H. Thiel, Asselt, M.M. van, en R. Goudriaan, 2012, *Een analyse van de vereveningsresultaten van geïndiceerde AWBZ-cliënten in de Zorgverzekeringswet*, Den Haag: APE (APE-rapport 948).
- Asselt, M.M. van, J.H. Thiel, en R. Goudriaan, 2012, *Vereveningscriterium gebaseerd op AWBZ-indicaties*, Den Haag: APE (APE-rapport 1000).
- WOR 648, Eijkenaar, F., R.C. van Kleef, S.H.C.M. van Veen en R.C.J.A. van Vliet, 2013, *Onderzoek risicoverevening 2014: Gegevensfase*, Rotterdam: iBMG.
- WOR 649, Eijkenaar, F., R.C. van Kleef, S.H.C.M. van Veen en R.C.J.A. van Vliet, 2013, *Onderzoek risicoverevening 2014: Overall Toets*, Rotterdam: iBMG.
- WOR 663, Mazzola G.J., M.M. van Asselt, T.P. Everhardt en R. Goudriaan, 2013, *Kwantitatief onderzoek overheveling AWBZ: Een analyse van het gebruik en de kosten*, Den Haag: APE (APE-rapport 1149).
- WOR 671, Eijkenaar, F., R.C. van Kleef, S.H.C.M. van Veen en R.C.J.A. van Vliet, 2013, *Vervolgonderzoek risicoverevening 2014: het somatische vereveningsmodel 2014 inclusief geriatrische revalidatiezorg uitgebreid met verpleging en verzorging*, Rotterdam: iBMG.
- WOR 697, Mazzola G.J., T.P. Everhardt M.M. van Asselt, en R. Goudriaan, 2013, *Ontwikkeling van een regiocriterium voor de verpleging en verzorging*, Den Haag: APE (APE-rapport 1224).

A BIJLAGE: NORMBEDRAGEN

Tabel A-1 geeft een overzicht van de normbedragen voor modellen 1 t/m 4. Model 1 is het Uitgangsmodel, model 2 het Uitgebreide Uitgangsmodel (met een gecombineerd vereveningskenmerk met de klassen gezond 65-, ongezond 65-, gezond 65+ en ongezond 65+), model 3 het Uitgangsmodel Plus (kosten inclusief GRZ en V&V) en model 4 het Uitgebreide Uitgangsmodel Plus.

Tabel A-1: Normbedragen voor modellen 1 t/m 4 (in €)

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Mannen 0	4.060	4.056	4.164	4.140
Mannen 1-4	1.417	1.407	1.506	1.482
Mannen 5-9	1.350	1.340	1.438	1.414
Mannen 10-14	1.259	1.249	1.347	1.323
Mannen 15-17	1.309	1.300	1.398	1.374
Mannen 18-24	1.182	1.172	1.294	1.270
Mannen 25-29	1.139	1.127	1.245	1.222
Mannen 30-34	1.152	1.137	1.251	1.229
Mannen 35-39	1.246	1.228	1.341	1.321
Mannen 40-44	1.321	1.301	1.415	1.397
Mannen 45-49	1.472	1.447	1.563	1.550
Mannen 50-54	1.624	1.593	1.705	1.698
Mannen 55-59	1.948	1.911	2.026	2.029
Mannen 60-64	2.157	2.113	2.220	2.234
Mannen 65-69	2.564	2.676	2.590	2.687
Mannen 70-74	2.979	3.091	3.066	3.147
Mannen 75-79	3.339	3.452	3.616	3.683
Mannen 80-84	3.460	3.572	4.244	4.304
Mannen 85-89	3.405	3.508	4.984	5.042
Mannen 90+	3.417	3.505	6.263	6.322

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Vrouwen 0	3.592	3.588	3.696	3.672
Vrouwen 1-4	1.262	1.254	1.355	1.331
Vrouwen 5-9	1.243	1.236	1.336	1.312
Vrouwen 10-14	1.234	1.226	1.324	1.300
Vrouwen 15-17	1.435	1.425	1.524	1.501
Vrouwen 18-24	1.520	1.506	1.626	1.604
Vrouwen 25-29	1.964	1.945	2.054	2.031
Vrouwen 30-34	2.120	2.096	2.198	2.176
Vrouwen 35-39	1.792	1.765	1.868	1.848
Vrouwen 40-44	1.556	1.530	1.634	1.616
Vrouwen 45-49	1.661	1.631	1.738	1.725
Vrouwen 50-54	1.786	1.753	1.866	1.858
Vrouwen 55-59	1.924	1.886	2.019	2.021
Vrouwen 60-64	2.057	2.015	2.176	2.186
Vrouwen 65-69	2.330	2.446	2.460	2.559
Vrouwen 70-74	2.631	2.746	2.935	3.019
Vrouwen 75-79	2.884	2.999	3.602	3.675
Vrouwen 80-84	2.985	3.094	4.551	4.618
Vrouwen 85-89	2.995	3.093	5.621	5.687
Vrouwen 90+	2.937	3.020	6.696	6.767
SES 0 (18-)	15	15	14	14
SES 1 (18-)	15	15	14	14
SES 2 (18-)	-23	-23	-22	-22
SES 3 (18-)	16	16	17	17
SES 0 (18-64)	28	34	30	24
SES 1 (18-64)	24	24	28	28
SES 2 (18-64)	19	19	14	14
SES 3 (18-64)	-38	-38	-35	-36
SES 0 (65+)	-130	-120	-1.162	-1.154
SES 1 (65+)	248	250	473	470

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
SES 2 (65+)	-34	-34	7	3
SES 3 (65+)	-67	-69	-108	-100
AVI overig (18- of 65+)	0	0	0	0
Student (18-34)	-250	-248	-261	-261
Werknemer (18-34)	17	18	11	11
Zelfstandige (18-34)	-108	-106	-113	-113
AO (18-34)	656	627	808	814
Bijstand (18-34)	232	225	223	224
Werknemer (35-44)	-45	-43	-46	-47
Zelfstandige (35-44)	-161	-156	-160	-162
AO (35-44)	715	686	733	749
Bijstand (35-44)	343	334	338	343
Werknemer (45-54)	-68	-66	-73	-76
Zelfstandige (45-54)	-228	-222	-230	-235
AO (45-54)	661	645	694	718
Bijstand (45-54)	443	434	480	491
Werknemer (55-64)	-99	-98	-118	-123
Zelfstandige (55-64)	-264	-260	-281	-292
AO (55-64)	505	500	564	589
Bijstand (55-64)	287	285	446	461
Regio 1	97	97	110	110
Regio 2	58	58	53	53
Regio 3	32	32	29	29
Regio 4	2	2	-6	-6
Regio 5	-2	-2	-7	-7
Regio 6	4	4	-1	-1
Regio 7	-24	-24	-26	-26
Regio 8	-45	-45	-43	-43
Regio 9	-49	-49	-43	-43
Regio 10	-68	-68	-62	-62

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
Geen FKG	-194	-152	-231	-205
Glaucoom	332	204	369	237
Schildklieraandoeningen	211	41	160	80
Psychose/Alzheimer/verslaving	519	329	624	557
Depressie	296	88	389	320
Neuropathische pijn	1.135	1.031	1.746	1.703
Hoog cholesterol	373	170	288	142
Diabetes type II zonder hypertensie	687	478	853	723
COPD/zware astma	1.606	1.515	1.778	1.699
Astma	693	496	659	589
Diabetes type II met hypertensie	1.010	842	1.148	1.008
Epilepsie	915	769	1.406	1.358
Ziekte van Crohn/Colitis Ulcerosa	964	835	915	871
Hartaandoeningen	1.431	1.352	2.100	1.980
Reuma	559	494	646	615
Ziekte van Parkinson	1.553	1.493	3.444	3.352
Diabetes type I	1.441	1.311	2.006	1.921
Transplantaties	-353	-454	-1.054	-1.056
Cystic Fibrosis/pancreasenzymen	3.835	3.781	2.953	2.934
Aandoeningen van hersenen/ruggenmerg	947	840	4.322	4.316
Kanker	2.095	2.060	2.208	2.172
Hormoongevoelige tumoren	282	253	154	116
HIV /AIDS	3.651	3.545	1.698	1.721
Nieraandoeningen	5.592	5.617	5.681	5.672
DKG 0	-200	-185	-206	-198
DKG 1	432	310	261	230
DKG 2	703	505	654	555
DKG 3	865	665	739	630
DKG 4	1.169	989	1.079	981
DKG 5	1.592	1.449	1.870	1.772

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4
DKG 6	2.166	2.052	2.243	2.162
DKG 7	2.820	2.682	2.991	2.905
DKG 8	3.952	3.808	4.468	4.373
DKG 9	3.764	3.590	4.117	4.014
DKG 10	6.890	6.727	7.742	7.648
DKG 11	9.357	9.173	10.717	10.610
DKG 12	9.362	9.253	9.989	9.916
DKG 13	16.218	16.061	18.679	18.606
DKG 14	65.927	65.796	65.204	65.139
DKG 15	62.076	61.779	60.779	60.687
Geen MHK	-234	-231	-284	-281
MHK: 2 x top 10%	2.377	2.250	2.701	2.643
MHK: 3 x top 15%	2.039	1.976	2.364	2.312
MHK: 3 x top 10%	3.210	3.180	3.953	3.918
MHK: 3 x top 7%	4.970	4.967	6.315	6.297
MHK: 3 x top 4%	8.664	8.683	11.165	11.169
MHK: 3 x top 1,5%	23.742	23.743	27.764	27.783
Geen HKG	-13	-13	-25	-25
Insuline infuuspompen	529	473	-941	-878
Katheters/urineopvangzakken	1.455	1.357	3.846	3.767
Stoma	2.072	1.980	3.271	3.197
Tracheo-stoma	5.727	5.667	9.070	9.019
Ongezond (65-)		322		76
Gezond (65-)		-57		-14
Ongezond (65+)		144		199
Gezond (65+)		-201		-277

Bron: APE

B BIJLAGE: TABELLEN O.B.V. INDICATIE T-1

In deze bijlage presenteren we tabellen op basis van indicaties in t-1 in plaats van gebruik t-1, die in de hoofdtekst zijn gegeven. De verschillen tussen deze tabellen en de tabellen in de hoofdtekst zijn beperkt.

Tabel B-1: Uitsplitsing van de kosten, de normkosten en het resultaat per verzekerdenjaar in model 1 naar V&V-indicaties t-1

Indicatie	Normkosten ^a	Kosten ^a	Resultaat	Verzekerden
<i>Geen V&V-indicatie t-1</i>				
Man 65-	1.145	1.127	18	6.896.925
Man 65+	4.161	4.098	63	1.052.039
Vrouw 65-	1.410	1.393	17	6.797.431
Vrouw 65+	3.392	3.327	66	1.181.143
Totaal	1.624	1.600	24	15.927.538
<i>Wel V&V-indicatie t-1</i>				
Man 65-	7.152	9.994	-2.843	44.718
Man 65+	8.227	8.788	-560	117.850
Vrouw 65-	7.390	9.631	-2.241	51.482
Vrouw 65+	6.057	6.317	-260	297.372
Totaal	6.787	7.542	-755	511.422
<i>Type indicatie^b</i>				
Extramuraal	7.252	8.395	-1.143	360.108
Intramuraal	6.182	6.168	14	197.860
- met behandeling	5.495	4.960	535	85.313
- zonder behandeling	6.703	7.084	-381	112.547

a Gebaseerd op de variabele kosten van somatische zorg.

b Het komt voor dat personen zowel een intramurale als extramurale indicatie hebben in een jaar. De verzekerden met een intramurale indicatie t-1 en de verzekerden met een extramurale indicatie t-1 tellen op tot meer dan het totaal aantal verzekerden met een indicatie t-1 omdat deze personen bij de uitsplitsing bij beiden worden meegeteld.

Tabel B-2: Uitsplitsing van de kosten, de normkosten en het resultaat per verzekerdenjaar in model 2 naar V&V-indicaties t-1

Indicatie	Normkosten ^a	Kosten ^a	Resultaat	Verzekerden
<i>Geen V&V-indicatie t-1</i>				
Man 65-	1.145	1.127	18	6.896.925
Man 65+	4.164	4.098	65	1.052.039
Vrouw 65-	1.410	1.393	17	6.797.431
Vrouw 65+	3.395	3.327	68	1.181.143
Totaal	1.624	1.600	24	15.927.538
<i>Wel V&V-indicatie t-1</i>				
Man 65-	7.187	9.994	-2.807	44.718
Man 65+	8.205	8.788	-583	117.850
Vrouw 65-	7.413	9.631	-2.218	51.482
Vrouw 65+	6.048	6.317	-270	297.372
Totaal	6.782	7.542	-760	511.422
<i>Type indicatie^b</i>				
Extramuraal	7.246	8.395	-1.149	360.108
Intramuraal	6.176	6.168	9	197.860
- met behandeling	5.492	4.960	533	85.313
- zonder behandeling	6.695	7.084	-389	112.547

a Gebaseerd op de variabele kosten van somatische zorg.

b Het komt voor dat personen zowel een intramurale als extramurale indicatie hebben in een jaar. De verzekerden met een intramurale indicatie t-1 en de verzekerden met een extramurale indicatie t-1 tellen op tot meer dan het totaal aantal verzekerden met een indicatie t-1 omdat deze personen bij de uitsplitsing bij beiden worden meegeteld.

Tabel B-3: Uitsplitsing van de kosten, de normkosten en het resultaat per verzekerdenjaar in model 3 naar V&V-indicaties t-1

Indicatie	Normkosten ^a	Kosten ^a	Resultaat	Verzekerden
<i>Geen V&V-indicatie t-1</i>				
Man 65-	1.173	1.135	37	6.896.925
Man 65+	4.670	4.299	371	1.052.039
Vrouw 65-	1.444	1.403	41	6.797.431
Vrouw 65+	4.215	3.618	598	1.181.143
Totaal	1.745	1.643	102	15.927.538
<i>Wel V&V-indicatie t-1</i>				
Man 65-	8.406	14.121	-5.715	44.718
Man 65+	10.179	13.493	-3.314	117.850
Vrouw 65-	8.704	14.063	-5.359	51.482
Vrouw 65+	8.472	10.846	-2.374	297.372
Totaal	8.883	12.066	-3.183	511.422
<i>Type indicatie^b</i>				
Extramuraal	9.348	14.253	-4.905	360.108
Intramuraal	8.373	8.586	-213	197.860
- met behandeling	7.229	8.143	-914	85.313
- zonder behandeling	9.241	8.923	319	112.547

a Gebaseerd op de variabele kosten van somatische zorg + kosten GRZ + kosten V&V.

b Het komt voor dat personen zowel een intramurale als extramurale indicatie hebben in een jaar. De verzekerden met een intramurale indicatie t-1 en de verzekerden met een extramurale indicatie t-1 tellen op tot meer dan het totaal aantal verzekerden met een indicatie t-1 omdat deze personen bij de uitsplitsing bij beiden worden meegeteld.

Tabel B-4: Uitsplitsing van de kosten, de normkosten en het resultaat per verzekerdenjaar in model 4 naar V&V-indicaties t-1

Indicatie	Normkosten ^a	Kosten ^a	Resultaat	Verzekerden
<i>Geen V&V-indicatie t-1</i>				
Man 65-	1.173	1.135	37	6.896.925
Man 65+	4.668	4.299	369	1.052.039
Vrouw 65-	1.444	1.403	41	6.797.431
Vrouw 65+	4.210	3.618	592	1.181.143
Totaal	1.745	1.643	102	15.927.538
<i>Wel V&V-indicatie t-1</i>				
Man 65-	8.375	14.121	-5.746	44.718
Man 65+	10.197	13.493	-3.295	117.850
Vrouw 65-	8.662	14.063	-5.401	51.482
Vrouw 65+	8.495	10.846	-2.351	297.372
Totaal	8.894	12.066	-3.172	511.422
<i>Type indicatie^b</i>				
Extramuraal	9.363	14.253	-4.890	360.108
Intramuraal	8.382	8.586	-205	197.860
- met behandeling	7.207	8.143	-936	85.313
- zonder behandeling	9.272	8.923	350	112.547

a Gebaseerd op de variabele kosten van somatische zorg + kosten GRZ + kosten V&V.

b Het komt voor dat personen zowel een intramurale als extramurale indicatie hebben in een jaar. De verzekerden met een intramurale indicatie t-1 en de verzekerden met een extramurale indicatie t-1 tellen op tot meer dan het totaal aantal verzekerden met een indicatie t-1 omdat deze personen bij de uitsplitsing bij beide worden meegeteld.