

Risicoverevening 2016

Uitkomsten op
subgroepen uit de
Gezondheidsmonitor 2012

Dr. R.C. van Kleef

Dr. F. Eijkenaar

Dr. R.C.J.A. van Vliet

Risicoverevening 2016

Uitkomsten op subgroepen uit de Gezondheidsmonitor 2012

Definitief eindrapport, 23 januari 2017*

* Met dank aan professor dr. Wynand van de Ven, Anja Koster MSc en leden van de begeleidingscommissie "Wetenschappelijk onderzoek op WOR-bestanden" voor hun commentaar op eerdere versies van dit rapport.

Dr. R.C. van Kleef

Dr. F. Eijkenaar

Dr. R.C.J.A. van Vliet

Colofon

Risicoverevening 2016: Uitkomsten op subgroepen uit de
Gezondheidsmonitor 2012

Dr. R.C. van Kleef

Dr. F. Eijkenaar

Dr. R.C.J.A. van Vliet

Uitgever

Marketing & Communicatie iBMG

Vormgeving

www.panart.nl

Publicatiedatum

Rotterdam, januari 2017

www.eur.nl/bmg

Inhoudsopgave

1. Inleiding	6
2. Data	8
3. Onderzoeksmethode	10
4. Representativiteit steekproef Gemon-2012	11
5. Onder/overcompensaties variabele zorgkosten (inclusief V&V)	25
6. Onder/overcompensaties RV-2016: per deelbedrag en totaal	29
7. Conclusie	35
8. Discussie	36
Appendix. Beschrijving van subgroepen op basis van Gemon-2012	40

1. Inleiding

In de Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt een systeem van risicoverevening (RV) ingezet om zorgverzekeraars te compenseren voor voorspelbare verschillen in zorgkosten tussen verzekerden. Concreet betekent dit dat verzekeraars voor elke verzekerde in hun bestand een 'vereveningsbijdrage' ontvangen of betalen, gebaseerd op de voorspelde zorgkosten voor die verzekerde gegeven zijn/haar risicokenmerken (bijvoorbeeld leeftijd, geslacht en gezondheid).

In de afgelopen jaren heeft iBMG onderzocht in hoeverre het RV-model voor somatische zorg adequaat compenseert voor voorspelbare verschillen in zorgkosten (Van Kleef et al. 2012a, 2012b, 2014, 2015a). Hiertoe zijn databestanden die zijn samengesteld ten behoeve van de RV gekoppeld aan informatie uit de gezondheidsenquête die jaarlijks wordt uitgezet door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Deze koppeling maakt het mogelijk om voor selecte groepen van chronisch zieken danwel gezonde verzekerden na te gaan in hoeverre de door het RV-model voorspelde kosten aansluiten op de 'feitelijke' kosten.¹ Wanneer de gemiddelde voorspelde kosten voor een bepaalde subgroep hoger zijn dan de gemiddelde feitelijke kosten voor diezelfde subgroep is sprake van 'overcompensatie'; in het omgekeerde geval is sprake van 'ondercompensatie'.

Uit bovengenoemde onderzoeken is gebleken dat het RV-model voor somatische zorg sinds de introductie in 1993 sterk is verbeterd. Tevens is echter gebleken dat het RV-model van 2015 nog niet voor alle subgroepen tot een adequate compensatie leidt. Zo resteert voor mensen met 'tenminste één langdurige aandoening' (ongeveer een derde van de Nederlandse bevolking) een gemiddelde ondercompensatie van circa 200 euro per persoon per jaar. Voor de complementaire groep 'geen langdurige aandoening' (circa twee derde van de bevolking) resteert een gemiddelde overcompensatie van circa 100 euro per persoon per jaar. Deze onder/overcompensaties bieden ruimte voor risicoselectie, wat kan leiden tot ongewenste effecten zoals een vermindering van risicosolidariteit en een rem op doelmatigheidsverbetering en kwaliteitsverbetering in de zorg.

Per 2016 is het RV-model voor somatische zorg op een aantal punten aangepast. Zo zijn de bestaande vereveningskenmerken farmaciekostengroepen (FKG), diagnosekostengroepen (DKG), sociaaleconomische status (SES) en aard van het inkomen (AvI) verfijnd/bijgewerkt en zijn drie nieuwe vereveningskenmerken ontwikkeld op basis van het gebruik van extramurale verpleging en persoonlijke verzorging (V&V), fysiotherapie en geriatrische revalidatiezorg in het voorgaande jaar. Tegen deze achtergrond hebben wij in een eerder onderzoek de uitkomsten van het RV-model voor somatische zorg van 2016 (geschat op kostengegevens over 2013) gekoppeld aan de CBS-gezondheidsenquête van 2012 (Van Kleef et al. 2015b). Daarbij deed zich echter een probleem voor: door de toegenomen variatie in individuele zorgkosten in combinatie met de 'beperkte' totale steekproefomvang ($N \approx 14.440$) zijn de uitkomsten op subgroepe niveau (i.e. de over/ondercompensaties) met grote onzekerheid omgeven. De onder/overcompensaties in de steekproef geven daardoor een beperkt betrouwbaar beeld van de onder/overcompensaties in de gehele Zvw-populatie. Wij zijn daarom op zoek gegaan naar databestanden met een grotere omvang en zijn terecht gekomen bij de gezondheidsmonitor van de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Na samenvoeging met de CBS-enquête heeft de gezondheidsmonitor een steekproefomvang van 387.195 personen van 19 jaar en ouder (peildatum: 1 september 2012); in de rest van dit rapport zal dit totaalbestand worden aangeduid met "Gemon".

1 Feitelijke staat tussen aanhalingstekens omdat het technisch gezien niet de feitelijke kosten in jaar t-3 betreft, maar de kosten uit t-3 die representatief zijn gemaakt voor jaar t. Om een onderscheid te maken met de 'voorspelde' kosten zullen wij in de rest van dit rapport spreken van 'feitelijke' kosten. In dit rapport is jaar t gelijk aan 2016.

Naast de grotere steekproefomvang biedt voorliggend onderzoek een andere belangrijke uitbreiding ten opzichte van de eerdergenoemde onderzoeken: er wordt niet alleen gekeken naar de onder/overcompensaties voor somatische zorg, maar ook naar die voor de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (gGGZ), de langdurige geestelijke gezondheidszorg (LGGZ) en de eigen betalingen onder het verplichte eigen risico. Deze uitbreiding stelt ons in staat de onder/overcompensaties voor het totaal van de risicodragende zorgkosten te bepalen (i.e. de kosten waarvoor zorgverzekeraars – vrijwel – volledig financieel verantwoordelijk zijn in 2016).

Het doel van het voorliggende onderzoek is tweeledig: 1) het bepalen van de representativiteit van Gemon voor de qua leeftijd corresponderende Zvw-populatie 2) het bepalen van de onder/overcompensaties van subgroepen die in Gemon kunnen worden onderscheiden.

Dit rapport is als volgt opgebouwd. Allereerst beschrijft hoofdstuk 2 de beschikbare data-bestanden en gaat hoofdstuk 3 in op de onderzoeksmethode. In hoofdstuk 4 wordt vervolgens bepaald in hoeverre de groep respondenten in Gemon representatief is voor de qua leeftijd corresponderende Zvw-populatie (doelstelling 1). Vervolgens presenteert hoofdstuk 5 de onder/overcompensaties voor somatische zorg en presenteert hoofdstuk 6 de onder/overcompensaties voor het totaal van de risicodragende kosten (doelstelling 2). Hoofdstuk 7 vat de belangrijkste bevindingen samen. Hoofdstuk 8 bevat een discussie van de uitkomsten.

2. Data

Voor de empirische analyses zijn de onderzoeksbestanden beschikbaar die eerder in het kader van de Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR) zijn gebruikt voor de Overall Toets (OT) 2016 (WOR 748) en de pre-OT 2017 (WOR 789). Ten behoeve van dit onderzoek zijn de verschillende bestanden samengevoegd op basis van het BSN pseudoniem (zie verderop). Het totaalbestand wordt in dit rapport aangeduid als 'WOR-bestand' en bevat informatie over de Zvw-zorgkosten en vereveningskenmerken voor nagenoeg alle mensen met een zorgverzekering in 2013. Met dit bestand zijn onderstaande acht RV-modellen gereproduceerd.

1. Het 'startmodel' 2016 voor somatische zorg geschat op de variabele zorgkosten inclusief de kosten van V&V. Het startmodel komt overeen met het Uitgangsmodel 2016 (voor somatische zorg) met als verschil dat de vereveningskenmerken 'V&V gebruikersgroepen' (VGG) en 'geriatrische revalidatiezorg gebruikersgroepen' (GGG) buiten beschouwing blijven. Het startmodel is eerder doorgerekend in WOR 789.
2. Het Uitgangsmodel 2016 voor somatische zorg geschat op de variabele zorgkosten inclusief de kosten van V&V. Dit model is eerder doorgerekend in Appendix H van WOR 748.
3. Het Uitgangsmodel 2016 voor somatische zorg aangevuld met het vernieuwde vereveningskenmerk hulpmiddelenkostengroepen (HKG's), het nieuwe vereveningskenmerk 'fysiotherapie-diagnosegroepen' (FDG's) en de modelaanpassingen in het kader van de verbetering van de compensatie voor voorspelbaar extreem hoge kosten (VEHK). Dit model is eerder doorgerekend in WOR 789 en wordt verderop in dit rapport aangeduid als "model 2016 +". Deze modelwijzigingen worden per 2017 doorgevoerd.

Hoofdstuk 5 presenteert de uitkomsten van modellen 1-3. Vergelijking van model 2 met model 1 geeft een beeld van de impact van de 'onorthodoxe' vereveningskenmerken VGG en GGG. Vergelijking van model 3 met model 2 geeft een beeld van de impact van de nieuwe/aangepaste vereveningskenmerken in het somatische vereveningsmodel van 2017.

Hoofdstuk 6 presenteert vervolgens de resultaten van alle Uitgangsmodellen die worden onderscheiden voor de risicoverevening van 2016. Dit komt neer op de volgende modellen:

4. Het Uitgangsmodel 2016 voor somatische zorg geschat op de variabele zorgkosten exclusief de kosten van V&V. Dit model is eerder doorgerekend in Appendix H van WOR 748.
5. Het Uitgangsmodel 2016 voor somatische zorg geschat op de kosten van V&V sec. Dit model is eerder doorgerekend in Appendix H van WOR 748.
6. Het Uitgangsmodel 2016 voor gGGZ, zoals doorgerekend in Appendix H van WOR 748.
7. Het Uitgangsmodel 2016 voor LGGZ, zoals doorgerekend in Appendix H van WOR 748.
8. Het Uitgangsmodel 2016 voor de eigen betalingen als gevolg van het verplicht eigen risico in 2013 van 350 euro per volwassene per jaar. Dit model is niet eerder doorgerekend.²

Voor de modellen 4-8 zullen wij afzonderlijk het financieel resultaat per subgroep bepalen, waarbij 'financieel resultaat' (vanuit het perspectief van de verzekeraar) is gedefinieerd als de gemiddelde voorspelde minus de gemiddelde feitelijke kosten. De som van het financieel resultaat over de vijf modellen geeft het financieel resultaat voor de totale risicodragende zorgkosten.

2 Dit model is in WOR 748 doorgerekend voor een eigen risico van 375 euro per volwassene per jaar.

Naast het WOR-bestand hebben wij voor dit onderzoek de beschikking over Gemon 2012, dat wil zeggen informatie uit de gezondheidsmonitor die is gehouden in 2012. Dit bestand bevat enquête-informatie over 387.195 personen van 19 jaar en ouder (peildatum: 1 september 2012). Het gaat om informatie over onder meer de algemene gezondheidstoestand, fysieke en psychische gezondheid, zelf-gerapporteerde aandoeningen en leefstijl. Gemon heeft een landelijke dekking en is tot stand gekomen uit een samenwerking van alle GGD'en, het CBS en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Gemon is feitelijk een samenvoeging van gegevens uit de Volwassenenmonitor (19-64 jarigen), de Ouderenmonitor (65-plus) en de CBS-gezondheidsenquête (alle leeftijden). De gezondheidsenquête van het CBS bestaat uit twee delen. Deel 1 (basisvragenlijst) is naar alle personen in de steekproef verstuurd; deel 2 (aanvullende vragenlijst) is alleen naar personen verstuurd die aan het eind van deel 1 aangaven mee te willen doen met een vervolgvragenlijst. In tegenstelling tot de CBS-gezondheidsenquête sec is Gemon op zichzelf niet representatief voor de gehele bevolking. Zo bevat Gemon uitsluitend respondenten van 19 jaar en ouder, vallen mensen woonachtig in een instelling of tehuis buiten de doelgroep en is sprake van een zekere selectiviteit (CBS, 2015). Om voor het laatste te corrigeren heeft het CBS weegfactoren samengesteld. Deze weegfactoren corrigeren voor selectiviteit wat betreft geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, stedelijkheidsgraad, huishoudgrootte, etniciteit, inkomen, gemeente en GGD-regio. Bij alle in dit rapport gepresenteerde resultaten zijn deze weegfactoren toegepast, tenzij anders wordt vermeld. Belangrijk om hierbij op te merken is dat de vragen in Gemon niet altijd zijn gebaseerd op de gehele steekproef. Sommige vragen zijn bijvoorbeeld uitsluitend gesteld in de Volwassenenmonitor en Ouderenmonitor, terwijl andere vragen tevens zijn gesteld in deel 1 of deel 2 van de CBS-gezondheidsenquête. Afhankelijk van de exacte populatie kunnen de weegfactoren voor verschillende vragen iets afwijken. In onderhavig onderzoek kan dit ertoe leiden dat voor sommige sets van elkaar uitsluitende subgroepen de productsom van prevalentie en kosten (c.q. financieel resultaat) iets afwijkt van die voor een andere set van elkaar uitsluitende subgroepen. Voorts is het belangrijk om op te merken dat respondenten in de loop van 2012 zijn geënuquëerd. Dit heeft tot gevolg dat antwoorden van respondenten op vragen over hun gezondheid in de afgelopen 12 maanden niet alleen betrekking hebben op 2012 maar ook deels op 2011. Verderop in dit rapport zullen wij terugkomen op de implicaties hiervan.

Voor dit onderzoek zijn de bovengenoemde bestanden gekoppeld op basis van het Burgerservicenummer (BSN). Ter bescherming van de privacy van zowel de verzekerden in de administratieve WOR-gegevens als de Gemon-respondenten, is het BSN gepseudonimiseerd alvorens de bestanden beschikbaar zijn gesteld aan de onderzoekers. Alle analyses zijn uitgevoerd in een door het CBS beveiligde omgeving. Daarbij is ervoor gezorgd dat informatie in de uitvoergegevens niet herleidbaar is naar individuen of organisaties. Zorgverzekeraars Nederland en het ministerie van VWS hebben schriftelijk toestemming verleend voor het gebruik van bovengenoemde gegevensbestanden voor het onderhavige onderzoek.

3. Onderzoeksmethode

Als eerste stap in dit onderzoek zijn de in het voorgaande hoofdstuk genoemde modellen geschat op het WOR-bestand. Vervolgens zijn per model de voorspelde kosten op individuniveau bepaald. Deze voorspelde kosten zijn via ZorgTTP aangeleverd bij het CBS, samen met informatie over de feitelijke kosten en vereveningskenmerken van verzekerden. Na ontvangst heeft het CBS de aangeleverde bestanden in een afgeschermd virtuele analyseomgeving geplaatst. Binnen die virtuele omgeving hebben wij de tweede fase van het onderzoek uitgevoerd waarbij globaal de volgende vier stappen zijn doorlopen:

1. koppelen van het WOR-bestand 2013 aan Gemon-2012. Deze koppeling is uitgevoerd op het niveau van individuele verzekerden op basis van het BSN pseudoniem.
2. Definiëren van selecte subgroepen op basis van Gemon. Voor de definitie van subgroepen is deels aangesloten bij het eerdere onderzoek op de CBS-gezondheidsenquête (Van Kleef et al. 2015b). Omdat echter niet alle vragen uit de CBS-gezondheidsenquête onderdeel zijn van de Volwassenmonitor/Ouderenmonitor is een aantal subgroepen afgefallen. Dit betreft onder andere de subgroepen op basis van de SF-12 vragenlijst, algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en zelf-gerapporteerd zorggebruik. Daarentegen bevatten de Volwassenmonitor en Ouderenmonitor vragen die niet in de CBS-gezondheidsenquête zijn opgenomen, wat weer heeft geleid tot een uitbreiding ten opzichte van het eerdere onderzoek (Van Kleef et al. 2015b). Dit betreft onder andere vragen over leefstijl.
3. Bepalen en analyseren van de representativiteit van Gemon-respondenten die succesvol koppelen met het WOR-bestand. Hiertoe wordt de kostenverdeling in de steekproef (na genoemde weging, en uitsluitend voor respondenten die succesvol koppelen met het WOR-bestand) vergeleken met die in het WOR-bestand (voor wat betreft verzekerden die op 1 september 2012 tenminste 19 jaar oud zijn, zie hoofdstuk 4), afzonderlijk voor de variabele zorgkosten exclusief V&V, de kosten van V&V, de kosten van gGGZ, de kosten van LGGZ en de eigen betalingen onder het eigen risico. Daarnaast wordt een vergelijking gemaakt op basis van de prevalenties van (risicoklassen van) vereveningskenmerken.
4. Bepalen van het gemiddelde financiële resultaat van de subgroepen gedefinieerd in stap (2), afzonderlijk voor elk van de doorgerekende RV-modellen. Het financiële resultaat voor subgroep X wordt hier gepresenteerd vanuit verzekeraarsperspectief en is gelijk aan het verschil tussen de gemiddelde voorspelde kosten voor X en de gemiddelde feitelijke kosten voor X. Een negatief resultaat duidt op ondercompensatie, een positief resultaat op overcompensatie. De financiële resultaten in dit rapport moeten worden gezien als de 'verwachte' onder/overcompensaties bij toepassing van het risicovereveningsmodel-2016 gegeven de kostenpatronen in het OT-bestand 2016. Als de kostenpatronen in de praktijk blijken af te wijken van die in het OT-bestand 2016 kunnen de 'feitelijke' onder/overcompensaties kleiner of groter zijn dan de 'verwachte' onder/overcompensaties.

4. Representativiteit steekproef Gemon-2012

In totaal bevat Gemon-2012 informatie over 387.195 respondenten. Hiervan koppelen 384.004 respondenten succesvol met het WOR-bestand 2013 (99,2%). De 3.191 respondenten die niet koppelen met het WOR-bestand betreffen waarschijnlijk mensen die in de loop van 2012 zijn overleden of mensen die in 2013 geen zorgverzekering hebben afgesloten.³

Voor de interpretatie van de uitkomsten in dit onderzoek is het belangrijk een indruk te hebben van de representativiteit van de steekproef in termen van zorgkosten en vereveningskenmerken. De mate van representativiteit bepaalt in hoeverre de onder/overcompensaties in dit rapport een betrouwbare indicatie geven van de onder/overcompensaties op landelijk niveau.

Zoals aangegeven in het voorgaande hoofdstuk is Gemon op zichzelf niet representatief voor de gehele Nederlandse bevolking. Zo vallen personen jonger dan 19 jaar (peildatum: 1 september 2012) buiten de doelgroep. Hetzelfde geldt voor mensen die in 2012 woonachtig waren in een instelling of tehuis. Hiervoor kunnen wij geen correctie uitvoeren. Dit betekent dat de resultaten conditioneel zijn op de resterende groep. Technisch gezien moet het financieel resultaat op een bepaalde subgroep dus worden geïnterpreteerd als "de onder/overcompensatie voor verzekerden die op 1 september van jaar t-1 tenminste 19 jaar oud zijn en niet in een instelling of tehuis wonen". Naast deze selecties is ook binnen de uiteindelijke steekproef sprake van een zekere selectiviteit; de hier gepresenteerde resultaten zijn daarvoor gecorrigeerd door gebruik te maken van de door het CBS aangemaakte weegfactoren (zie hoofdstuk 2).

Om een indruk te geven van de representativiteit van Gemon maken Tabel 1 en Tabel 2 een vergelijking met de qua leeftijd corresponderende groep verzekerden in het WOR-bestand. Het laatste betekent dat wij het WOR-bestand hebben beperkt tot verzekerden die op 1 september 2012 tenminste 19 jaar oud waren; dat geldt overigens voor alle analyses in dit hoofdstuk.

Uit Tabel 1 blijkt dat de kosten in Gemon gemiddeld 116 euro lager liggen dan in het WOR-bestand: 2.377 versus 2.493.⁴ Dit vormt een indicatie dat de Gemon-groep gemiddeld genomen gezonder is dan de relevante groep in het WOR-bestand. Ook de gemiddelde voorspelde kosten zijn in Gemon lager dan in het WOR-bestand: 2.429 versus 2.493. Deze cijfers wijzen erop dat het verschil in zorgkosten tussen de twee groepen (116 euro) voor ongeveer de helft (64 euro) wordt verklaard door de RV-modellen 2016. Voor de groep respondenten als geheel resteert na toepassing van de RV-modellen 2016 een gemiddelde overcompensatie van 52 euro per persoon per jaar.⁵ De variabele zorgkosten zijn verantwoordelijk voor het grootste deel van deze overcompensatie (22 euro), gevolgd door gGGZ (18 euro) en V&V (11 euro).

3 Hierbij kan het gaan om mensen die niet verzekeringsplichtig zijn – zoals militairen in actieve dienst en personen die zich vanwege hun levensovertuiging niet willen/hoeven te verzekeren – of om mensen die wel verzekeringsplichtig zijn maar toch geen verzekering hebben afgesloten.

4 Dit verschil is statistisch significant verschillend van nul ($p < 0,05$).

5 Dit verschil is statistisch significant verschillend van nul ($p < 0,05$).

Tabel 1. Gemiddelde kosten: respondenten uit Gemon-2012 die succesvol koppelen met het WOR-bestand 2013 versus de totale relevante groep in het WOR-bestand 2013

	Respondenten Gemon-2012 die succesvol koppelen met het WOR-bestand 2013	WOR-bestand 2013 ^a
Aantal verzekerden en verzekerdenjaren 2013		
Aantal verzekerden	384004	12926184
Aantal verzekerdenjaren	381283	12774886
Totale risicodragende kosten 2013^b		
Gemiddelde feitelijke kosten	2377*	2493
Gemiddelde voorspelde kosten (Uitgangsmodel 2016)	2429*	2493
Gemiddeld financieel resultaat	52*	0
Variabele zorgkosten 2013 (exclusief V&V)		
Gemiddelde feitelijke kosten	2208	2223
Gemiddelde voorspelde kosten (Uitgangsmodel 2016)	2230	2221
Gemiddeld financieel resultaat	22*	-2
Kosten verpleging en verzorging (V&V) 2013		
Gemiddelde feitelijke kosten	192*	237
Gemiddelde voorspelde kosten (Uitgangsmodel 2016)	203*	237
Gemiddeld financieel resultaat	11*	0
Kosten geneeskundige GGZ 2013		
Gemiddelde feitelijke kosten	187*	236
Gemiddelde voorspelde kosten (Uitgangsmodel 2016)	205*	238
Gemiddeld financieel resultaat	18*	2
Kosten langdurige GGZ 2013		
Gemiddelde feitelijke kosten	4*	11
Gemiddelde voorspelde kosten (Uitgangsmodel 2016)	4*	11
Gemiddeld financieel resultaat	0	0
Eigen betalingen a.g.v. verplicht eigen risico 2013		
Gemiddelde feitelijke kosten	215*	214
Gemiddelde voorspelde kosten (Uitgangsmodel 2016)	213*	214
Gemiddeld financieel resultaat	-2*	0

^a Het WOR-bestand is hier beperkt tot verzekerden die op 1 september 2012 tenminste 19 jaar oud waren.

^b Totale risicodragende kosten = variabele kosten + V&V + gGGZ + LGGZ – eigen betalingen.

* Significant verschillend ten opzichte van het overeenkomstige cijfer in het WOR-bestand ($p < 0,05$).

Tabel 2 maakt een vergelijking op basis van vereveningskenmerken in het RV-model 2016. Over het algemeen komt het patroon in prevalenties tussen Gemon en het WOR-bestand zeer goed overeen. Wel bevat Gemon relatief weinig arbeidsongeschikten en relatief veel hoogopgeleiden, een typische (non-)respons bij enquêtes (waar de weegfactor in Gemon niet expliciet rekening mee houdt). Ook zijn mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) iets ondervertegenwoordigd in de steekproef (terwijl mensen met een hoge SES juist iets zijn oververtegenwoordigd), eveneens een typische non-respons bij enquêtes (waar de weegfactor in Gemon wél expliciet rekening mee probeert te houden). Dat zich onder de respondenten relatief weinig mensen in een instelling bevinden (i.e. de SES-klasse "Woonachtig op een adres met >15 personen") is geen verrassing aangezien personen in instellingen en tehuizen buiten de doelpopulatie van de gezondheidsmonitor vallen. Dat de prevalentie van deze groep in Gemon niet exact op nul uitkomt wordt veroorzaakt doordat respondenten tussen het moment van enquêteren en de peildatum voor het SES-criterium (2013) alsnog kunnen instromen in een instelling. Ten slotte valt op dat in termen van FKG, DKG, FGG en MHK de Gemon-groep relatief ongezond is. In termen van HKG, VGG, GGG en de morbiditeitskenmerken in de GGZ-modellen is de Gemon-groep juist relatief gezond.^{6 7}

6 De ondervertegenwoordiging van V&V-gebruikers in de steekproef spoort met de lage gemiddelde V&V-kosten in Gemon (Tabel 1).

7 De relatief lage prevalentie van het kenmerk "Intramuraal GGZ gebruik" onder Gemon-respondenten hangt samen met het feit dat personen in instellingen en tehuizen buiten de doelpopulatie van de gezondheidsenquête vallen.

Tabel 2. Prevalenties: respondenten uit Gemon-2012 die succesvol koppelen met het WOR-bestand 2013 versus de totale relevante groep in WOR-bestand 2013

	Respondenten Gemon-2012 die succesvol koppelen met het WOR-bestand 2013	WOR-bestand 2013 ^a
Leeftijd/geslacht		
Man, 0-17 jaar	---	---
Man, 18-34 jaar	11,8%	11,8%
Man, 35-44 jaar	8,7%	8,7%
Man, 45-54 jaar	9,7%	9,8%
Man, 55-64 jaar	8,4%	8,4%
Man, 65 jaar en ouder	10,3%*	10,1%
Vrouw, 0-17 jaar	---	---
Vrouw, 18-34 jaar	11,8%	11,8%
Vrouw, 35-44 jaar	8,7%	8,8%
Vrouw, 45-54 jaar	9,8%	9,8%
Vrouw, 55-64 jaar	8,4%	8,4%
Vrouw, 65 jaar en ouder	12,3%	12,4%
Regio		
Cluster 1-5	50,1%	50,2%
Cluster 6-10	49,9%	49,8%
Aard van het inkomen		
Jonger dan 18 of ouder dan 64 jaar	22,6%*	22,4%
Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)	0,4%	0,4%
Arbeidsongeschikten (excl. IVA)	4,4%*	5,4%
Bijstandsgerechtigden	3,1%*	3,6%
Student hoger onderwijs (HBO/WO)	4,3%*	3,6%
Inkomen uit zelfstandige onderneming	5,0%*	5,5%
Hoogopgeleiden (HBO/WO)	6,0%*	4,8%
Inkomen uit andere bron (waaronder loondienst)	54,2%*	54,4%
Sociaal Economische Status		
Woonachtig op een adres met >15 personen (SES-klasse 0)	0,2%*	1,1%
Inkomensdecielen 1-2 (SES-klasse 1)	18,6%*	19,7%
Inkomensdecielen 3-4 (SES-klasse 2)	19,9%	19,8%
Inkomensdecielen 5-7 (SES-klasse 3)	31,0%*	29,8%
Inkomensdecielen 8-10 (SES-klasse 4)	30,4%*	29,6%
Farmacie Kosten Groepen		
Ingedeeld bij ten minste één FKG	24,4%*	24,1%
Diagnose Kosten Groepen		
Ingedeeld bij een DKG	11,9%*	11,5%
Meerjarig Hoge Kosten		
Ingedeeld bij Meerjarig Hoge Kosten	7,3%*	7,1%

	Respondenten Gemon-2012 die succesvol koppelen met het WOR-bestand 2013	WOR-bestand 2013 ^a
Hulpmiddelen Kosten Groepen		
Ingedeeld bij een HKG	1,0%*	1,1%
Fysiotherapie Gebruikers Groepen		
Ingedeeld bij FGG	2,8%*	2,6%
Verpleging en Verzorging Gebruikers Groepen		
Ingedeeld bij VGG	2,2%*	2,6%
Geriatrische-revalidatiezorg Gebruikers Groepen		
Ingedeeld bij GGG	0,2%*	0,3%
Generieke somatische morbiditeit		
Geen morbiditeit, 65-min	60,4%	60,5%
Geen morbiditeit, 65-plus	8,6%*	8,8%
Wel morbiditeit, 65-min	17,0%	17,1%
Wel morbiditeit, 65-plus	13,9%*	13,6%
GGZ-regio		
Cluster 1-5	49,6%*	49,9%
Cluster 6-10	50,4%*	50,1%
Een/meerpersoonsadres		
Eenpersoonsadres	18,6%*	17,7%
Meerpersoonsadres	81,4%*	82,3%
Psychische Farmacie Kosten Groepen		
Ingedeeld bij ten minste één psychische FKG	4,3%*	4,7%
Psychische Diagnose Kosten Groepen		
Ingedeeld bij een psychische DKG	1,5%*	1,7%
Meerjarig Hoge GGZ-Kosten		
Ingedeeld bij Meerjarig Hoge GGZ-Kosten	12,0%*	12,7%
Intramuraal GGZ gebruik		
Gebruik intramuraal GGZ in voorgaand jaar	0,0089%*	0,0261%

^a Het WOR-bestand is hier beperkt tot verzekerden die op 1 september 2012 tenminste 19 jaar oud waren.

* Significant verschillend ten opzichte van het overeenkomstige cijfer in het WOR-bestand ($p < 0,05$).

Voor het beoordelen van de representativiteit van de Gemon-groep zijn niet alleen de prevalenties van risicoklassen van belang, maar ook de gemiddelde onder/overcompensatie van deze risicoklassen. Indien de gemiddelde onder/overcompensatie onder respondenten afwijkt van die in het WOR-bestand duidt dat erop dat – gecorrigeerd voor de vereveningskenmerken in het model – de groep respondenten afwijkt van de relevante Zvw-populatie. Uit Tabel 1 is gebleken dat voor de gehele groep respondenten sprake is van een gemiddelde overcompensatie van 52 euro per verzekerdenjaar. Uit Tabel 3 blijkt dat op het niveau van risicoklassen deze overcompensatie hoger dan wel lager uitpakt; in sommige gevallen is zelfs sprake van een ondercompensatie. In veel gevallen is het verschil in onder/overcompensatie tussen Gemon en WOR statistisch significant verschillend van nul. Echter, ten opzichte van de gemiddelde kosten in het WOR-bestand (voor de betreffende groep) is het verschil voor slechts vier groepen groter dan 5 procent, namelijk voor mannen van 35-44 jaar (7%), vrouwen van 45-54 jaar (6%), studenten (8%, doch niet statistisch significant) en SES-klasse 0 (-25%). De oorzaak van het forse verschil voor SES-klasse 0 wordt waarschijnlijk veroorzaakt doordat deze groep in Gemon 'instromers' betreft (zie hierboven) waarvoor de gemiddelde kosten relatief hoog zijn aangezien deze personen vaak als gevolg van gezondheidsproblemen in een instelling terecht komen.

Wat verder opvalt in Tabel 3 is dat binnen Gemon doorgaans sprake is van een relatief grote overcompensatie van verzekerden met morbiditeit. Dit vormt een indicatie dat groepen chronisch zieken in Gemon gemiddeld genomen iets gezonder zijn dan op landelijk niveau.

Tabel 3. Gemiddelde totale risicodragende kosten en financieel resultaat per persoon per risicoklasse na toepassing van de risicovereveningsmodellen 2016: respondenten uit Gemon-2012 die succesvol koppelen met het WOR-bestand 2013 versus de totale relevante groep in het WOR-bestand 2013

	Gemiddelde totale risicodragende kosten per persoon in euro's 2013 ^a		Gemiddeld financieel resultaat op de totale risicodragende kosten per persoon in euro's 2013 na toepassing van de risicovereveningsmodellen 2016 ^b	
	Gemon	WOR ^c	Gemon	WOR ^c
Leeftijd/geslacht				
Man, 0-17 jaar	---	---	---	---
Man, 18-34 jaar	828*	908	-36	-1
Man, 35-44 jaar	1090	1169	82*	-9
Man, 45-54 jaar	1575	1630	-14	-8
Man, 55-64 jaar	2554	2632	73	-2
Man, 65 jaar en ouder	5012*	5222	101*	2
Vrouw, 0-17 jaar	---	---	---	---
Vrouw, 18-34 jaar	1634	1671	8	-3
Vrouw, 35-44 jaar	1597	1620	30	-1
Vrouw, 45-54 jaar	1764*	1872	109*	-1
Vrouw, 55-64 jaar	2419*	2538	104*	12
Vrouw, 65 jaar en ouder	4809*	5176	89*	11
Regio				
Cluster 1-5	2573*	2697	74*	1
Cluster 6-10	2181*	2288	30*	0

	Gemiddelde totale risicodragende kosten per persoon in euro's 2013 ^a		Gemiddeld financieel resultaat op de totale risicodragende kosten per persoon in euro's 2013 na toepassing van de risicovereveningsmodellen 2016 ^b	
	Gemon	WOR ^c	Gemon	WOR ^c
Aard van het inkomen				
Jonger dan 18 of ouder dan 64 jaar	4902*	5197	95*	7
Duurzaam en volledig arbeidsongeschikten (IVA)	10338	9757	-281	60
Arbeidsongeschikten (excl. IVA)	5739*	5359	54	-10
Bijstandsgerechtigden	3221	3325	179	7
Student hoger onderwijs (HBO/WO)	607	663	50	12
Inkomen uit zelfstandige onderneming	1046	986	-36	28
Hoogopgeleiden (HBO/WO)	1057	1094	16	-4
Inkomen uit andere bron (waaronder loondienst)	1358*	1389	42*	-6
Sociaal Economische Status				
Woonachtig op een adres >15 personen (SES-klasse 0)	13607*	7417	-1841*	-119
Inkomensdecielen 1-2 (SES-klasse 1)	3417	3352	62	4
Inkomensdecielen 3-4 (SES-klasse 2)	2555*	2640	122*	-3
Inkomensdecielen 5-7 (SES-klasse 3)	2134*	2224	38	3
Inkomensdecielen 8-10 (SES-klasse 4)	1805*	1914	27	2
Farmacie Kosten Groepen				
Ingedeeld bij ten minste één FKG	5641*	5854	133*	29
Diagnose Kosten Groepen				
Ingedeeld bij een DKG	7709*	8120	244*	7
Meerjarig Hoge Kosten				
Ingedeeld bij Meerjarig Hoge Kosten	11607*	12189	371*	153
Hulpmiddelen Kosten Groepen				
Ingedeeld bij een HKG	14341	14419	377	264
Fysiotherapie Gebruik Groepen				
Ingedeeld bij FGG	8405*	8709	36	47
Verpleging en Verzorging Gebruik Groepen				
Ingedeeld bij VGG	16410	16302	156	268
Geriatrische-revalidatiezorg Gebruik Groepen				
Ingedeeld bij GGG	12813	13426	382	-25
Generieke somatische morbiditeit				
Geen morbiditeit, 65-min	881*	938	1	-10
Geen morbiditeit, 65-plus	2065*	2192	53*	-6
Wel morbiditeit, 65-min	4330*	4454	176*	29
Wel morbiditeit, 65-plus	6660*	7130	121*	15
GGZ-regio				
Cluster 1-5	2450*	2595	54*	-7
Cluster 6-10	2306*	2392	50*	7

	Gemiddelde totale risicodragende kosten per persoon in euro's 2013 ^a		Gemiddeld financieel resultaat op de totale risicodragende kosten per persoon in euro's 2013 na toepassing van de risicovereveningsmodellen 2016 ^b	
	Gemon	WOR ^c	Gemon	WOR ^c
Een/meerpersoonsadres				
Eenpersoonsadres	3676*	3814	171*	91
Meerpersoonsadres	2080*	2210	25*	-19
Psychische Farmacie Kosten Groepen				
Ingedeeld bij ten minste één FKG	5530*	5906	215*	-22
Psychische Diagnose Kosten Groepen				
Ingedeeld bij een DKG	8431*	9148	-26	-162
Meerjarig Hoge GGZ-Kosten				
Ingedeeld bij Meerjarig Hoge Kosten	3742*	4070	27*	-113
Intramurale GGZ gebruik				
Gebruik intramurale GGZ in voorgaand jaar	50034	47041	498	-906

^a Risicodragende kosten = variabele kosten + V&V + gGGZ + LGGZ – eigen betalingen.

^b Financieel resultaat (vanuit het perspectief van de verzekeraar) is de som van het financieel resultaat voor variabele kosten, V&V, gGGZ, LGGZ en de eigen betalingen als gevolg van het verplichte eigen risico.

^c Het WOR-bestand is hier beperkt tot verzekerden die op 1 september 2012 tenminste 19 jaar oud waren.

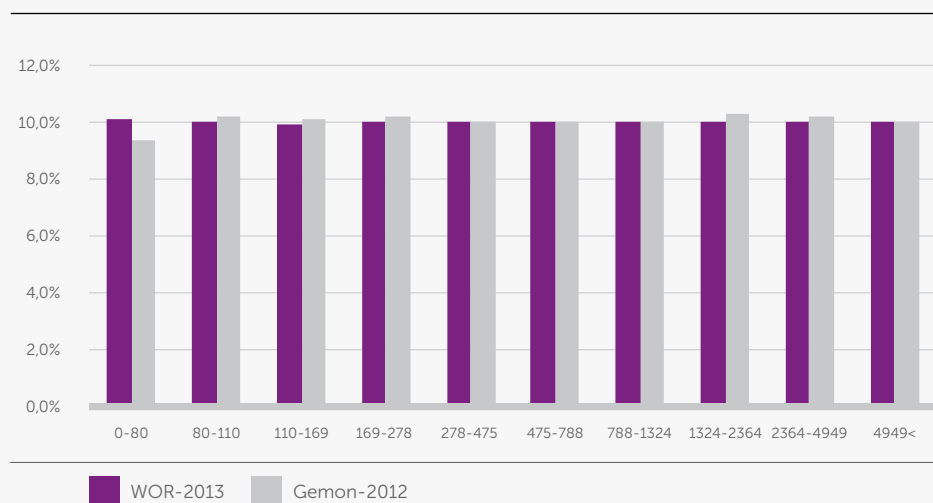
^d Voor de risicoklassen gebaseerd op vereveningskenmerken die in elk van de vijf modellen voorkomen – i.e.: leeftijd/geslacht, regio en aard van het inkomen – zouden geen onder- of overcompensaties mogen optreden. Dat we die toch zien, komt doordat we ons hier beperken tot verzekerden die op 1 september 2012 tenminste 19 jaar oud waren en doordat het model voor de eigen betalingen feitelijk is beperkt tot de 'niet-forfaitaire groep'.

* Significant verschillend ten opzichte van het overeenkomstige cijfer in het WOR-bestand ($p < 0,05$).

Ten slotte tonen Figuren 1a-5a en 1b-5b de prevalentie respectievelijk de gemiddelde kosten per verzekerdenjaar per kwantiel van de feitelijke kosten, afzonderlijk voor de variabele kosten exclusief V&V (Figuur 1a en 1b), de kosten van V&V (2a en 2b), de gGGZ-kosten (3a en 3b), de LGGZ-kosten (4a en 4b) en de eigen betalingen onder het verplicht eigen risico (5a en 5b). De kwantielgrenzen zoals afgebeeld op de X-assen zijn gebaseerd op het WOR-bestand (dat ook hier is beperkt tot verzekerden die op 1 september 2012 tenminste 19 jaar oud waren).

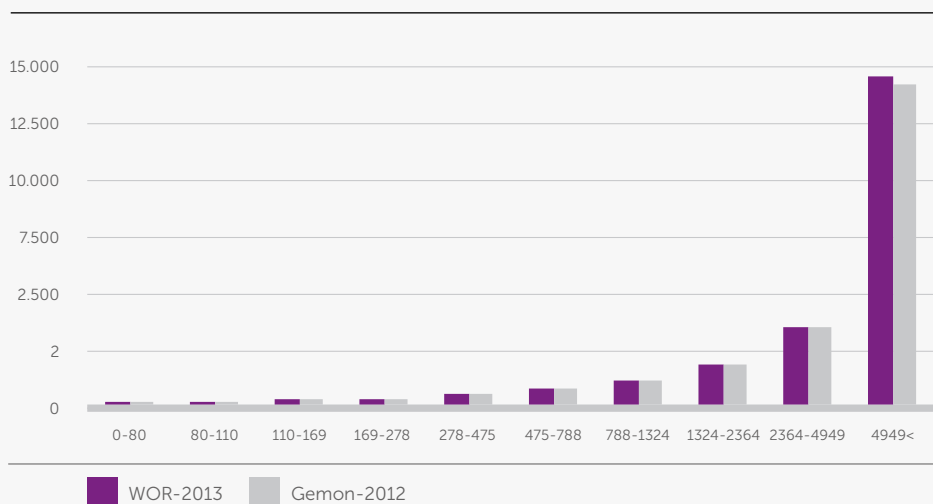
Figuren 1a en 1b hebben betrekking op de variabele zorgkosten exclusief de kosten voor V&V. De verdeling van verzekerden over de kostendecielen in Gemon strookt goed met die in het WOR-bestand (Figuur 1a). Wel blijkt het laagste deciel te zijn ondervertegenwoordigd in Gemon. De gemiddelde kosten per deciel komen goed overeen, met uitzondering van het hoogste deciel waarvoor de gemiddelde kosten in Gemon iets lager liggen dan in het WOR-bestand (Tabel 1b). Deze patronen sporen met de eerdere constatering dat de gemiddelde variabele zorgkosten in Gemon circa 15 euro lager liggen dan in het WOR-bestand (Tabel 1).

Figuur 1a. Prevalentie per deciel van variabele kosten: respondenten uit Gemon die succesvol koppelen met het WOR-bestand versus de totale relevante groep in het WOR-bestand^a



^a Het WOR-bestand is hier beperkt tot verzekerden die op 1 september 2012 tenminste 19 jaar oud waren. Dat de groene staafjes niet altijd exact op 10% uitkomen kan te maken hebben met het samenvallen van decielgrenzen met veelvoorkomende waarden.

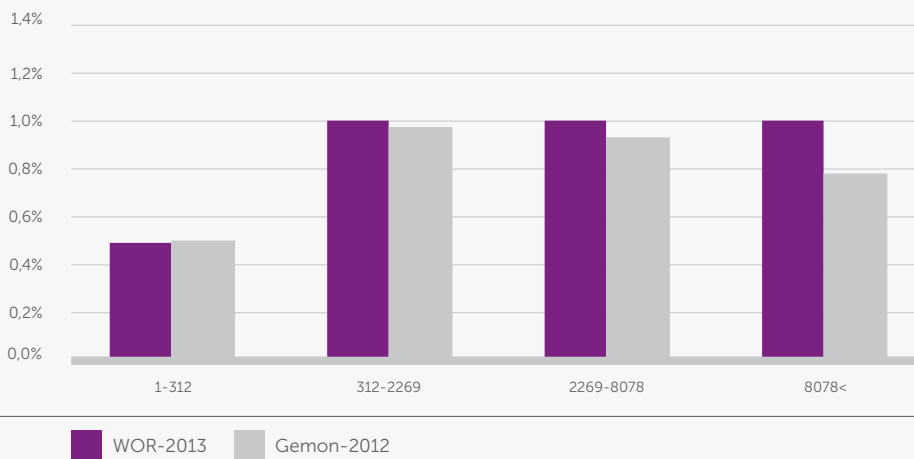
Figuur 1b. Gemiddelde variabele kosten per deciel: respondenten uit Gemon die succesvol koppelen met het WOR-bestand versus de totale relevante groep in het WOR-bestand^a



^a Het WOR-bestand is hier beperkt tot verzekerden die op 1 september 2012 tenminste 19 jaar oud waren.

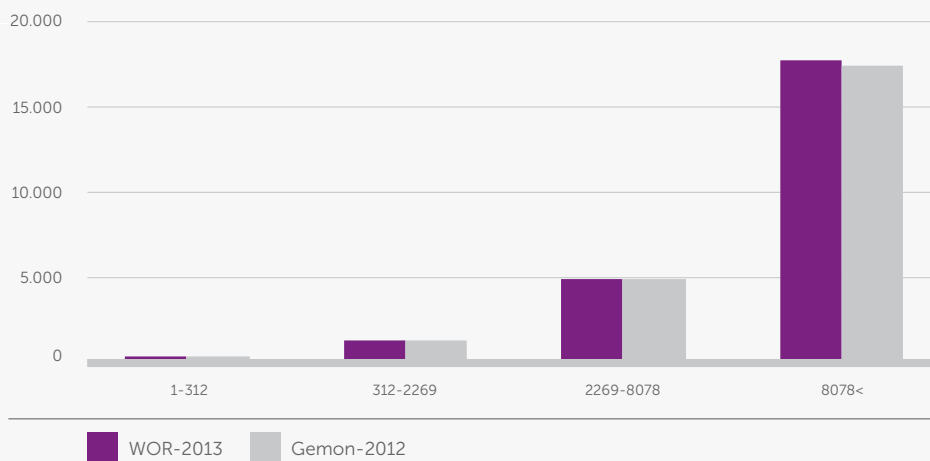
Figuren 2a en 2b hebben betrekking op de positieve V&V-kosten. Hieruit blijkt dat de prevalentie van V&V-gebruik in Gemon lager ligt dan in het WOR-bestand (Figuur 2a). Dat geldt vooral voor het hoogste kwantiel. In totaal blijkt 3,2% in Gemon V&V-kosten te hebben gehad tegenover 3,4% in het WOR-bestand. De gemiddelde kosten per kwantiel komen wel goed overeen (Figuur 2b). Deze patronen sporen met de eerdere constatering dat de gemiddelde kosten in Gemon 45 euro lager liggen dan in het WOR-bestand (Tabel 1).

Figuur 2a. Prevalentie per kwantiel van de positieve V&V-kosten: respondenten uit Gemon die succesvol koppelen met het WOR-bestand versus de totale relevante groep in het WOR-bestand^a



^a Het WOR-bestand is hier beperkt tot verzekerden die op 1 september 2012 tenminste 19 jaar oud waren.

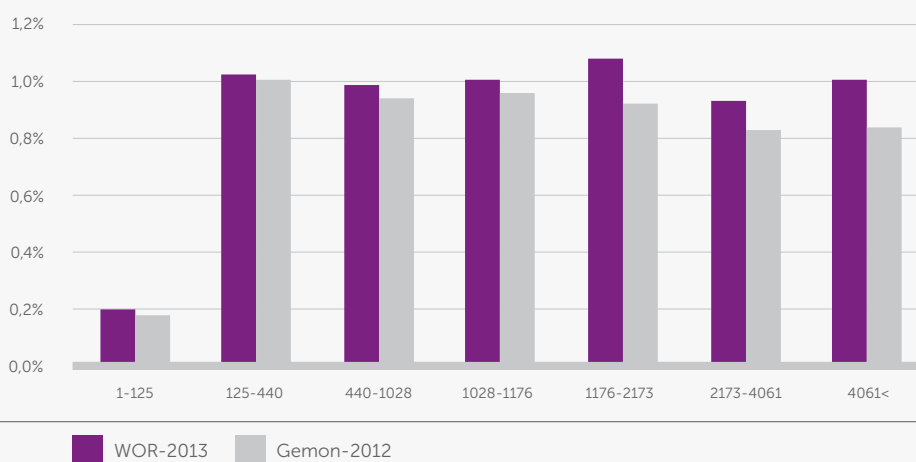
Figuur 2b. Gemiddelde V&V-kosten per kwantiel: respondenten uit Gemon die succesvol koppelen met het WOR-bestand versus de totale relevante groep in het WOR-bestand^a



^a Het WOR-bestand is hier beperkt tot verzekerden die op 1 september 2012 tenminste 19 jaar oud waren.

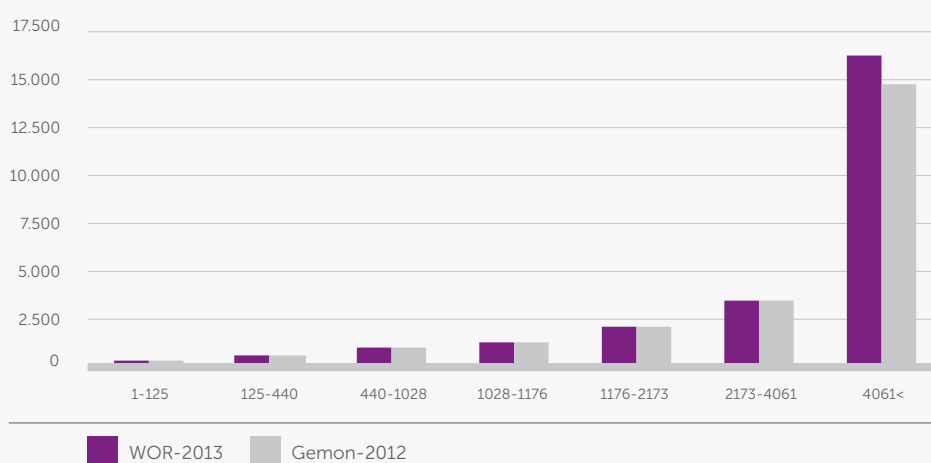
Figuren 3a en 3b hebben betrekking op de (positieve) gGGZ-kosten. Hieruit blijkt dat de prevalentie van gGGZ-gebruik in Gemon duidelijk lager ligt dan in het WOR-bestand (Figuur 3a). Dat geldt vooral voor de drie hoogste kwantilen. In totaal blijkt in Gemon 5,6% van de verzekerden gGGZ-kosten te hebben gehad tegenover 6,2% in het WOR-bestand. Voor het hoogste kwantiel geldt tevens dat de gemiddelde kosten in de Gemon-groep relatief laag zijn (Figuur 3b). De patronen in Figuur 3a en Figuur 3b sporen met de eerdere constatering dat de gemiddelde kosten in Gemon circa 50 euro lager liggen dan in het WOR-bestand (Tabel 1).

Figuur 3a. Prevalentie per kwantiel van de positieve gGGZ-kosten: respondenten uit Gemon die succesvol koppelen met het WOR-bestand versus de totale relevante groep in het WOR-bestand^a



^a Het WOR-bestand is hier beperkt tot verzekerden die op 1 september 2012 tenminste 19 jaar oud waren.

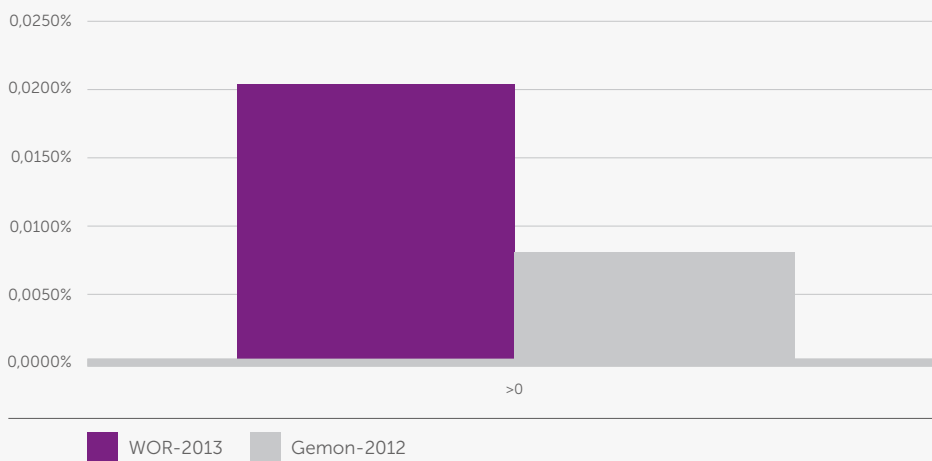
Figuur 3b. Gemiddelde gGGZ-kosten per kwantiel: respondenten uit Gemon die succesvol koppelen met het WOR-bestand versus de totale relevante groep in het WOR-bestand^a



^a Het WOR-bestand is hier beperkt tot verzekerden die op 1 september 2012 tenminste 19 jaar oud waren.

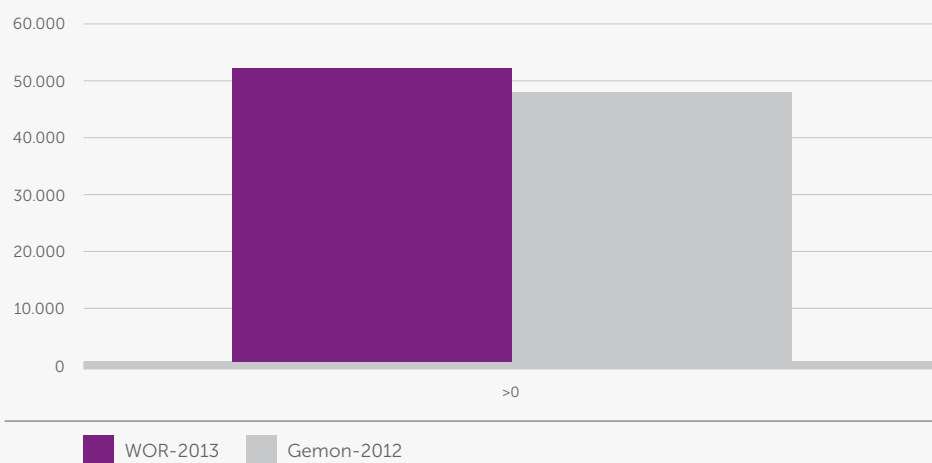
Figuren 4a en 4b hebben betrekking op de (positieve) LGGZ-kosten. Hieruit blijkt dat de prevalentie van LGGZ-gebruik in Gemon lager ligt dan in het WOR-bestand (Figuur 4a). Dit heeft weer te maken met het feit dat personen in instellingen en tehuizen buiten de doelpopulatie van Gemon vallen. Ook de gemiddelde kosten van gebruikers liggen in Gemon lager dan in het WOR-bestand (Figuur 4b). Deze patronen sporen met de eerdere constatering dat de gemiddelde kosten in de steekproef niet eens de helft bedragen van die in het WOR-bestand (Tabel 1).

Figuur 4a. Prevalentie per kwantiel van positieve LGGZ-kosten: respondenten uit Gemon die succesvol koppelen met het WOR-bestand versus de totale relevante groep in het WOR-bestand^a



^a Het WOR-bestand is hier beperkt tot verzekerden die op 1 september 2012 tenminste 19 jaar oud waren.

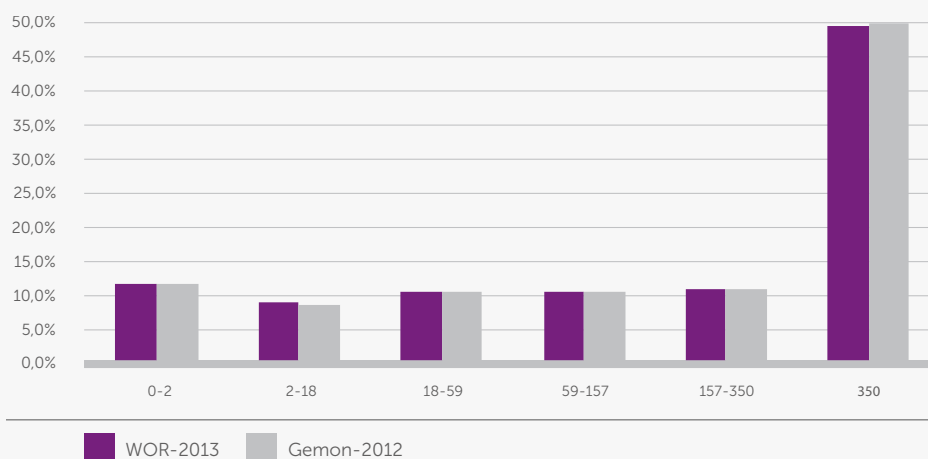
Figuur 4b. Gemiddelde LGGZ-kosten per kwantiel: respondenten uit Gemon die succesvol koppelen met het WOR-bestand versus de totale relevante groep in het WOR-bestand^a



^a Het WOR-bestand is hier beperkt tot verzekerden die op 1 september 2012 tenminste 19 jaar oud waren.

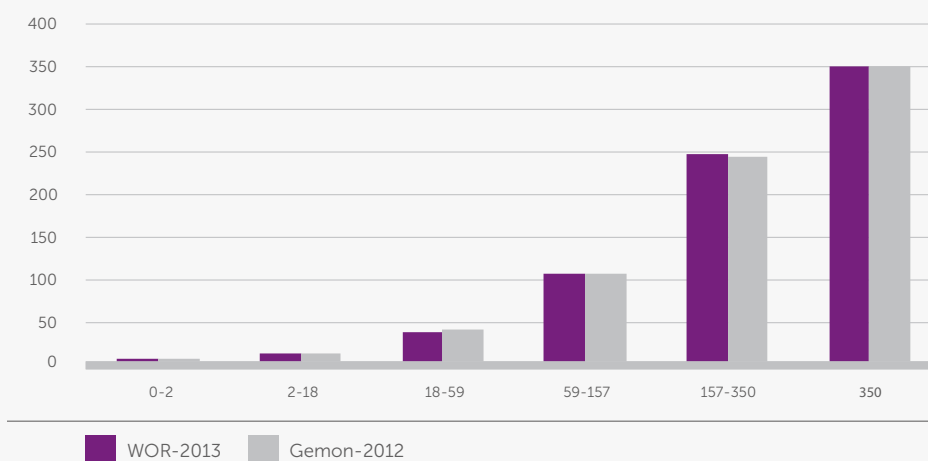
Figuren 5a en 5b hebben ten slotte betrekking op de eigen betalingen als gevolg van het verplicht eigen risico. Hieruit blijkt dat zowel de verdeling van verzekerden over de kwantielen als de gemiddelde eigen betalingen per kwantiel goed overeenkomen tussen de twee bestanden.

Figuur 5a. Prevalentie per kwantiel van eigen betalingen: Gemon-respondenten die succesvol koppelen met het WOR-bestand versus de totale relevante groep in het WOR-bestand^a



^a Het WOR-bestand is hier beperkt tot verzekerden die op 1 september 2012 tenminste 19 jaar oud waren.

Figuur 5b. Gemiddelde eigen betalingen per kwantiel: Gemon-respondenten die succesvol koppelen met het WOR-bestand versus de totale relevante groep in het WOR-bestand^a



^a Het WOR-bestand is hier beperkt tot verzekerden die op 1 september 2012 tenminste 19 jaar oud waren.

In dit hoofdstuk is een vergelijking gemaakt tussen de groep Gemon-respondenten die succesvol koppelen met het WOR-bestand en de qua leeftijd corresponderende groep in het WOR-bestand. Hieronder worden de belangrijkste conclusies samengevat.

Voor wat betreft de variabele zorgkosten en de eigen betalingen onder het verplichte eigen risico komen de patronen in Gemon doorgaans goed overeen met die in het WOR-bestand. Het is dan ook geen verrassing dat de gemiddelde kosten in de twee bestanden weinig verschillen.

Voor wat betreft V&V, gGGZ en LGGZ ligt het percentage gebruikers in Gemon lager dan in het WOR-bestand. Hetzelfde geldt voor de gemiddelde kosten in het hoogste kwantiel. Deze patronen zorgen ervoor dat de gemiddelde kosten in Gemon lager liggen dan in het WOR-bestand. In termen van V&V, gGGZ en LGGZ is de Gemon-groep gemiddeld genomen dus gezonder dan de qua leeftijd corresponderende Zvw-populatie. Daarbij moet echter worden opgemerkt dat de RV-modellen van 2016 grotendeels voor dit verschil corrigeren.

Ook op het niveau van de afzonderlijke risicoklassen in het RV-model komen de prevalenties, gemiddelde kosten en gemiddelde onder/overcompensaties tussen Gemon en het WOR-bestand goed overeen. Relatief gezien doen de grootste verschillen zich voor bij 'SES-klasse 0' en 'Gebruik intramurale GGZ t-1'. Deze verschillen hangen samen met het feit dat mensen in instellingen en tehuizen buiten de doelgroep van de gezondheidsmonitor vallen.

Het algemene beeld dat uit de cijfers in dit hoofdstuk naar voren komt is dat in termen van onder/overcompensatie de Gemon-steekproef gemiddeld genomen iets gezonder is dan de qua leeftijd corresponderende Zvw-populatie: voor wat betreft de totale risicodragende kosten resteert na toepassing van het RV-model 2016 een gemiddelde overcompensatie van 52 euro per verzekerdenjaar, of wel ongeveer 2%. Op basis hiervan kan worden verwacht dat het financieel resultaat voor een subgroep in Gemon iets *gunstiger* uitpakt dan op landelijk niveau. Dit betekent dat de ondercompensatie op groepen met een oververtegenwoordiging van chronisch zieken in de populatie naar verwachting groter zal zijn dan in dit onderzoek. Deze hypothese wordt ondersteund door Tabel 3 waaruit blijkt dat *binnen* Gemon gemiddeld genomen sprake is van een relatief grote overcompensatie van verzekerden met morbiditeit. De overcompensatie op groepen van gezonde verzekerden zal in de populatie naar verwachting juist kleiner zijn dan in dit onderzoek. Omdat we niet weten hoe het positieve resultaat op de gehele steekproef precies neerslaat bij specifieke groepen, hebben wij ervoor gekozen om hier niet voor te corrigeren. In plaats daarvan zullen wij deze afwijking in acht nemen bij de interpretatie van de resultaten.

5. Onder/overcompensaties variabele zorgkosten (inclusief V&V)

Op basis van de informatie uit Gemon-2012 zijn respondenten ingedeeld in selecte subgroepen. In dit hoofdstuk worden per subgroep de resultaten gepresenteerd van de volgende modellen:

1. Het 'startmodel' 2016 voor somatische zorg geschat op de variabele kosten inclusief V&V. Dit model komt overeen met het Uitgangsmodel 2016 met als verschil dat de kenmerken VGG en (GGG) buiten beschouwing blijven. Dit model is eerder doorgerekend in WOR 789.
2. Het Uitgangsmodel 2016 voor somatische zorg geschat op de variabele zorgkosten inclusief de kosten van V&V. Dit model is eerder doorgerekend in Appendix H van WOR 748.
3. Het Uitgangsmodel 2016 voor somatische zorg aangevuld met de vernieuwde HKG's, het nieuwe vereveningskenmerk FDG's en de modelaanpassingen in het kader van de verbetering van de compensatie voor VEHK. Deze modelwijzigingen zijn doorgevoerd in het RV-model 2017. Dit model is eerder doorgerekend in WOR 789.

Per subgroep worden de volgende zaken getoond: prevalentie (in procenten) ten opzichte van de populatie van 19 jaar en ouder (peildatum: 1-sept-2012), gemiddelde kosten per verzekerdenjaar en het gemiddelde financiële resultaat per verzekerdenjaar. Het financieel resultaat wordt getoond voor zowel een situatie zonder RV (i.e. voorspelde kosten = overall gemiddelde feitelijke kosten) als voor de drie modellen en wordt gepresenteerd vanuit het perspectief van de verzekeraar. Dit laatste betekent dat een negatief resultaat kan worden geïnterpreteerd als 'ondercompensatie' en een positief resultaat als 'overcompensatie'. Omdat Gemon een steekproef betreft, zijn de uitkomsten onderhevig aan toevalfluctuaties. Met gebruikmaking van de t-toets is voor elk van de subgroepen nagegaan of het gemiddelde financiële resultaat per verzekerdenjaar significant afwijkt van nul, bij zowel een significantieniveau van 5% als van 1%.

Bij de interpretatie van de resultaten in Tabel 4 moet worden bedacht dat de ondercompensatie op groepen van chronisch zieken op landelijk niveau naar verwachting groter zal zijn; de overcompensatie op groepen van gezonde verzekerden is naar verwachting juist kleiner.

Voor wat betreft de gehele populatie in het WOR-bestand (dat wil zeggen inclusief de 19-minners) bedragen de gemiddelde somatische kosten 2.131 euro per verzekerdenjaar (WOR 748). Tabel 4 laat zien dat de gemiddelde kosten op subgoepniveau hier flink van afwijken. Deels komt dat door de selectie op 19-plussers, maar deels ook door de onder/oververtegenwoordiging van chronisch zieken in deze groepen. Zonder RV zouden deze groepen substantieel verlies- of winstgevend zijn, variërend van -7.923 euro ("Kanker") tot +1.121 euro ("geen zelf-gerapporteerde aandoening"). Bij toepassing van het Uitgangsmodel 2016 worden deze voorspelbare winsten en verliezen voor een groot deel teniet gedaan.

Het Uitgangsmodel 2016 (de één-na-laatste kolom van Tabel 3) corrigeert niet volledig voor de voorspelbare winsten en verliezen. Na toepassing van dit model varieert het financieel resultaat van -973 euro ("Beroerte, hersenbloeding of herseninfarct in laatste 12 maanden") tot +173 euro ("geen zelf-gerapporteerde aandoening"). Groepen met een oververtegenwoordiging van chronisch zieken worden doorgaans ondergecompenseerd; groepen met een ondervertegenwoordiging daarvan worden doorgaans overgecompenseerd. In tegenstelling tot onze voorgaande onderzoeken zijn de financiële resultaten voor alle groepen significant verschillend van nul, met uitzondering van de groepen "suikerziekte" en "hartinfarct in laatste 12 maanden".

Vergelijking van de kolommen "Gemiddeld financieel resultaat uitgangsmodel 2016" en "Gemiddeld financieel resultaat startmodel 2016" leert dat de onorthodoxe vereveningskenmerken VGG en GGG een beperkt effect hebben op de ondercompensatie voor de hier gepresenteerde groepen. Voor sommige groepen neemt het financieel resultaat zelfs toe, zoals voor de groepen "Kanker" en "slechtste score algemene gezondheid". Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt door de ondervertegenwoordiging van V&V-gebruikers in de steekproef waardoor Gemon-respondenten relatief vaak in de afslagklasse van het vereveningskenmerk VGG terechtkomen.

Vergelijking van de kolommen "Gemiddeld financieel resultaat uitgangsmodel 2016" en "Gemiddeld financieel resultaat model 2016+" leert dat de introductie van de nieuwe HKG's, FDG's en VEHK-aanpassingen over het algemeen weinig effect heeft op het financieel resultaat voor de hier gepresenteerde groepen. Dit vormt een sterke indicatie dat ook bij het RV-model 2017 sprake zal zijn van onder/overcompensatie van de hier gepresenteerde groepen.

Tabel 4. Gemiddeld financieel resultaat per verzekerdenjaar per subgroep na toepassing van (varianten van) het somatisch vereveningsmodel^{a, b, c}

Subgroep op basis van Gemon-2012 (19 jaar en ouder; peildatum: 1 september 2012)	Omvang	Feitelijke kosten	Gemiddeld financieel resultaat zonder RV	Gemiddeld financieel resultaat startmodel 2016	Gemiddeld financieel resultaat uitgangsmodel 2016	Gemiddeld financieel resultaat model 2016+
Algemene gezondheid						
Slechtste score algemene gezondheid	23,4%	5480	-3349**	-367**	-396**	-390**
Beste score algemene gezondheid	76,6%	1432	699**	190**	169**	160**
Ernstig overgewicht (obesitas)	12,7%	3573	-1442**	-86*	-97**	-98**
Functionele beperkingen (OECD)						
Beperkt in het horen	4,1%	5358	-3227**	-470**	-251	-243**
Beperkt in het zien	5,7%	5022	-2891**	-497**	-319	-339**
Beperkt in beweeglijkheid	9,4%	7852	-5721**	-770**	-518	-526**
Zelfgerapporteerde aandoening ooit						
Suikerziekte	6,1%	6478	-4347**	70	-18	-24
Beroerte, hersenbloeding of herseninfarct	2,9%	7419	-5288**	-948**	-726**	-702**
Hartinfarct	3,2%	7330	-5199**	-126	-250**	-285**
Kanker	6,8%	6391	-4260**	-166**	-322**	-377**
Zelfgerapporteerde aandoening laatste 12 maanden						
Beroerte, hersenbloeding of herseninfarct	0,5%	9160	-7029**	-1222**	-973**	-925**
Hartinfarct	0,4%	8140	-6009**	-126	-240	-186
Hartaandoening	2,2%	8486	-6355**	-416**	-542**	-595**
Kanker	1,8%	10054	-7923**	-572**	-739**	-787**
Migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn	16,8%	2264	-133**	-90**	-87**	-96**
Hoge bloeddruk	18,3%	4289	-2158**	-74*	-140**	-155**
Vernauwing van de bloedvaten in buik of benen	2,8%	7374	-5243**	-480**	-507**	-527**
Astma, chronische bronchitis, longemfyseem, CARA	8,8%	4618	-2487**	-106*	-143**	-140**
Psoriasis	3,0%	3651	-1520**	-212**	-253**	-262**
Chronisch eczeem	5,4%	2627	-496**	-94*	-91*	-117*
Duizeligheid met vallen	4,4%	5416	-3285**	-569**	-390**	-420**
Ernstige of hardnekkige darmstoornissen, langer dan 3 maanden	4,8%	5092	-2961**	-559**	-527**	-560**
Onvrijwillig urineverlies (incontinentie)	6,9%	5318	-3187**	-403**	-243**	-273**

Subgroep op basis van Gemon-2012 (19 jaar en ouder; peildatum: 1 september 2012)	Omvang	Feitelijke kosten	Gemiddeld financieel resultaat zonder RV	Gemiddeld financieel resultaat startmodel 2016	Gemiddeld financieel resultaat uitgangsmodel 2016	Gemiddeld financieel resultaat model 2016+
Zelfgerapporteerde aandoening laatste 12 maanden						
Gewrichtslijtage (artrose, slijtagereuma) van heupen of knieën	14,8%	4685	-2554**	-152**	-178**	-198**
Chronische gewrichtsontsteking (ontstekingsreuma, chronische reuma, reumatoïde artritis)	5,6%	5647	-3516**	-260**	-274**	-288**
Ernstige of hardnekkige rugaandoening (incl. hernia)	11,1%	3913	-1782**	-157**	-182**	-210**
Andere ernstige of hardnekkige aandoening van nek of schouder	10,6%	3600	-1469**	-122**	-105**	-132**
Andere ernstige aandoening van elleboog, pols, hand	6,9%	4294	-2163**	-208**	-160**	-165**
Andere langdurige ziekte of aandoening	15,2%	4803	-2672**	-333**	-341**	-328**
Comorbiditeit						
Geen zelfgerapporteerde aandoening ^a	39,6%	1010	1121**	174**	173**	171**
1 zelfgerapporteerde aandoeningen	28,2%	2144	-13	105**	75**	67**
2 zelfgerapporteerde aandoeningen	14,9%	3044	-912**	-16	-74*	-88**
3 zelfgerapporteerde aandoeningen	7,7%	4233	-2102**	-150**	-229**	-241**
4 of meer zelfgerapporteerde aandoeningen	9,6%	6270	-4139**	-363**	-339**	-358**
Angst en depressie						
Laag risico op angststoornis of depressie	60,2%	1853	278**	173**	135**	125**
Matig risico op angststoornis of depressie	34,2%	2973	-842**	-81**	-112**	-107**
Hoog risico op angststoornis of depressie	5,6%	4113	-1982**	-405**	-281**	-302**

^a Geschat op het totale WOR-bestand 2013 (en kostenniveau 2013)

^b Zowel de feitelijke kosten als de financiële resultaten hebben uitsluitend betrekking op 'variabele zorgkosten inclusief V&V'.

^c Merk op dat het gewogen gemiddelde van het financieel resultaat voor complementaire groepen niet gelijk is aan nul euro (iets wat bij elke uitsplitsing van de totale Zwv-populatie wel het geval is). De oorzaak hiervan is dat de gemiddelde kosten in Gemon enigszins afwijken van die in het WOR-bestand (zie Tabel 1). Tevens geldt dat het gewogen gemiddelde financiële resultaat voor de ene set van elkaar uitsluitende subgroepen soms verschilt van die voor een andere set van elkaar uitsluitende subgroepen; dit wordt veroorzaakt doordat indelingen gebaseerd kunnen zijn op verschillende combinaties van de Ouderen/Volwassenenmonitor en de twee delen van de CBS-gezondheidsenquête wat leidt tot verschillen in weegfactoren.

^d In Gemon is het percentage "Tenminste één langdurige aandoening" aanmerkelijk hoger dan in de eerdere onderzoeken op basis van de CBS-gezondheidsenquête (circa 30%). Enerzijds dit hangt samen met de hier van toepassing zijnde selectie op 19-plussers. Anderzijds is mogelijk sprake van een iets andere definitie.

* p < 0,05, ** p < 0,01

6. Onder/overcompensaties RV-2016: per deelbedrag en totaal

In dit hoofdstuk worden per subgroep de resultaten gepresenteerd van de volgende modellen:

4. Het Uitgangsmodel 2016 voor somatische zorg geschat op de variabele zorgkosten exclusief de kosten van V&V. Dit model is eerder doorgerekend in Appendix H van WOR 748.
5. Het Uitgangsmodel 2016 voor somatische zorg geschat op de kosten van V&V. Dit model is eerder doorgerekend in Appendix H van WOR 748.
6. Het Uitgangsmodel 2016 voor gGGZ, zoals doorgerekend in Appendix H van WOR 748.
7. Het Uitgangsmodel 2016 voor LGGZ, zoals doorgerekend in Appendix H van WOR 748.
8. Het Uitgangsmodel 2016 voor de eigen betalingen als gevolg van het verplicht eigen risico in 2013 van 350 euro per volwassene per jaar. Dit model is niet eerder doorgerekend.⁸

Tabel 5 toont het financieel resultaat voor de afzonderlijke modellen. De som hiervan geeft het resultaat voor de totale risicodragende kosten. Ook hier moet weer worden bedacht dat de ondercompensatie op groepen chronisch zieken landelijk naar verwachting groter zal zijn, terwijl de overcompensatie op groepen gezonde verzekerden landelijk naar verwachting kleiner zal zijn.

In Tabel 5 valt een aantal zaken op. In de eerste plaats wordt het totale resultaat grotendeels bepaald door het resultaat op de variabele zorgkosten (exclusief V&V). Dit is niet verrassend aangezien de variabele zorgkosten bijna 90 procent van de totale Zvw-kosten beslaan. In de tweede plaats is het patroon in onder/overcompensaties voor V&V, gGGZ en LGGZ minder eenduidig dan voor de variabele zorgkosten. Ook dit is niet verrassend aangezien de subgroepen hoofdzakelijk zijn geselecteerd op basis van somatische gezondheidsproblemen (die soms positief en soms negatief gecorreleerd zullen zijn met het gebruik van V&V, gGGZ en LGGZ). Uitzondering daarop betreft de categorie "Angst en depressie", die ook voor de gGGZ duidelijk onderscheidend is: een gemiddelde overcompensatie van 43 euro voor verzekerden met een laag risico op angststoornis of depressie en een gemiddelde ondercompensatie van 284 euro voor verzekerden met een hoog risico hierop. In de derde plaats valt op dat het eigen risico model leidt tot een positief financieel resultaat op chronisch zieken en een negatief resultaat op gezonde verzekerden. Dit leidt tot enige demping van het resultaat op de totale risicodragende kosten. Desondanks resteert ook op totaalniveau voor nagenoeg alle groepen van chronisch zieken een ondercompensatie (met een maximum van -997 euro) en voor alle groepen van gezonde verzekerden een overcompensatie (met een maximum van +194 euro). De meeste van deze onder/overcompensaties zijn bovendien statistisch significant verschillend van nul euro. Dit laatste geldt niet voor zes subgroepen, waaronder "suikerziekte", "hartinfarct in laatste 12 maanden" en "chronisch eczeem".

8 Dit model is in WOR 748 doorgerekend voor een eigen risico van 375 euro per volwassene per jaar.

Tabel 5. Subgroepen op basis van directe gezondheidscategorieën: gemiddeld financieel resultaat per verzekerdenjaar per subgroep na toepassing van de RV-modellen 2016^{a,b}

Subgroep op basis van Gemon-2012 (19 jaar en ouder; peildatum: 1 september 2012)	Omvang	Totale risico dragende kosten	Gemiddeld financieel resultaat variabele kosten	Gemiddeld financieel resultaat V&V	Gemiddeld financieel resultaat gGGZ	Gemiddeld financieel resultaat LGGZ	Gemiddeld financieel resultaat eigen risico ^c	Gemiddeld financieel resultaat totaal
Algemene gezondheid								
Slechtste score algemene gezondheid	23,4%	5636	-407**	10	-30**	-2	31**	-398**
Beste score algemene gezondheid	76,6%	1354	157**	11**	32**	1	-7**	194**
Ernstig overgewicht (obesitas)	12,7%	3560	-110**	13	7	1	19**	-70**
Functionele beperkingen (OECD)								
Beperkt in het horen	4,1%	5570	-164**	-87**	-23	3**	25**	-246**
Beperkt in het zien	5,7%	5056	-275**	-45*	54**	2**	19**	-245**
Beperkt in beweeglijkheid	9,4%	7892	-440**	-78**	15	-3*	29**	-477**
Zelfgerapporteerde aandoening ooit								
Suikerziekte	6,1%	6336	-54	35*	29**	0	28**	38
Beroerte, hersenbloeding of herseninfarct	2,9%	7491	-584**	-142**	-37	-28**	25**	-766**
Hartinfarct	3,2%	7148	-278**	28	41**	-4	25**	-188*
Kanker	6,8%	6234	-370**	48**	18	-1	31**	-274**
Zelfgerapporteerde aandoening laatste 12 maanden								
Beroerte, hersenbloeding of herseninfarct	0,5%	9298	-890**	-83	18	-65	23**	-997**
Hartinfarct	0,4%	8059	-383	143**	6	1*	28**	-205
Hartaandoening	2,2%	8480	-529**	-12	-76**	1**	32**	-584**
Kanker	1,8%	9821	-748**	9	55**	0**	36**	-648**
Migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn	16,8%	2379	-84**	-2	-16	-2	18**	-86**
Hoge bloeddruk	18,3%	4158	-182**	42**	31**	-3**	32**	-80**
Vernauwing van de bloedvaten in buik of benen	2,8%	7374	-474**	-33	20	-18**	29**	-476**
Astma, chronische bronchitis, longemfyseem, CARA	8,8%	4609	-167**	24*	5	0	33**	-105*
Psoriasis	3,0%	3770	-280**	27	-86**	-16*	22**	-333**
Chronisch eczeem	5,4%	2714	-58	-33*	-9	-9**	23**	-86
Duizeligheid met vallen	4,4%	5663	-348**	-41	-60*	-16**	28**	-437**
Ernstige of hardnekkige darmstoornissen, langer dan 3 maanden	4,8%	5385	-514**	-13	-94**	-9*	37**	-593**
Onvrijwillig urineverlies (incontinentie)	6,9%	5352	-211**	-33	6	1	23**	-214**

Subgroep op basis van Gemon-2012 (19 jaar en ouder; peildatum: 1 september 2012)		Omvang	Totale risico dragende kosten	Gemiddeld financieel resultaat variabele kosten	Gemiddeld financieel resultaat V&V	Gemiddeld financieel resultaat gGGZ	Gemiddeld financieel resultaat LGGZ	Gemiddeld financieel resultaat eigen risico ^c	Gemiddeld financieel resultaat totaal
Zelfgerapporteerde aandoening laatste 12 maanden									
Gewrichtslijtage (artrose, slijtagereuma) van heupen of knieën	14,8%	4564	-204**	26**	39**	-3**	26**	26**	-116
Chronische gewrichtsontsteking (ontstekingsreuma, chronische reuma, reumatoïde artritis)	5,6%	5591	-270**	-4	25*	-9**	30**	30**	-228**
Ernstige of hardnekkige rugaandoening (incl. hernia)	11,1%	3913	-189**	7	30**	-4*	24**	24**	-132**
Andere ernstige of hardnekkige aandoening van nek of schouder	10,6%	3594	-96**	-8	37**	-5**	27**	27**	-45
Andere ernstige aandoening van elleboog, pols, hand	6,9%	4267	-153**	-7	33**	2*	29**	29**	-96
Andere langdurige ziekte of aandoening	15,2%	4986	-340**	-1	-13	3	27**	27**	-324**
Comorbiditeit									
Geen zelfgerapporteerde aandoening ^d	39,6%	997	176**	-3	32**	2*	-24**	-24**	183**
1 zelfgerapporteerde aandoeningen	28,2%	2097	55**	19**	19**	-3**	8**	8**	98**
2 zelfgerapporteerde aandoeningen	14,9%	2966	-97**	24**	27**	-1	25**	25**	-22
3 zelfgerapporteerde aandoeningen	7,7%	4230	-259**	30*	-15	0	33**	33**	-211**
4 of meer zelfgerapporteerde aandoeningen	9,6%	6316	-343**	4	-7	-4*	36**	36**	-314**
Angst en depressie									
Laag risico op angststoornis of depressie	60,2%	1712	116**	18**	43**	1**	-8**	-8**	170**
Matig risico op angststoornis of depressie	34,2%	2981	-117**	4	19**	-1	14**	14**	-81**
Hoog risico op angststoornis of depressie	5,6%	5164	-243**	-37	-284**	-12	32**	32**	-544**

^a Op basis van het WOR-bestand 2013 (en kostenniveau 2013)

^b Merk op dat het gewogen gemiddelde van het financieel resultaat voor complementaire groepen niet gelijk is aan nul euro (iets wat bij elke uitsplitsing van de totale Zvw-populatie wel het geval is). De oorzaak hiervan is dat de gemiddelde kosten in Gemon enigszins afwijken van die in het WOR-bestand (zie Tabel 1). Tevens geldt dat het gewogen gemiddelde financieel resultaat voor de ene set van elkaar uitsluitende subgroepen soms verschilt van die voor een andere set van elkaar uitsluitende subgroepen; dit wordt veroorzaakt doordat indelingen gebaseerd kunnen zijn op verschillende delen van de Volwassenen/ouderemonitor en de twee delen van de CBS-gezondheidsenquête wat leidt tot verschillen in weegfactoren.

^c Voor dit model is het financieel resultaat berekend als de feitelijke kosten (die de verzekeraar 'ontvangt' van verzekeren) minus de voorspelde kosten (die de verzekeraar moet afdragen aan het verzekeringsfonds). Voor de overige modellen is het financieel resultaat berekend als de voorspelde kosten minus de feitelijke kosten.

^d In Gemon is het percentage "Tenminste één langdurige aandoening" aantrekkelijk hoger dan in de eerdere onderzoeken op basis van de CBS-gezondheidsenquête (circa 30%). Enerzijds dit hangt samen met de hier van toepassing zijnde selectie op 19-plussers. Anderzijds is mogelijk sprake van een iets andere definitie.

* p < 0,05, ** p < 0,01

Naast de directe indicatoren voor gezondheid (zoals gebruikt voor de definitie van subgroepen in Tabellen 4 en 5) bevat Gemon ook een aantal minder-directe indicatoren. Tabel 6 toont de uitkomsten voor subgroepen op basis van dergelijke indicatoren. Ook voor deze groepen is doorgaans sprake van grote verschillen in gemiddelde zorgkosten. Hoewel de Uitgangsmoedellen 2016 grotendeels voor die verschillen compenseren, is voor het totaal van de risicodragende kosten nog altijd sprake van onder/overcompensaties (die in de meeste gevallen statistisch significant verschillend zijn van nul). Zo is het financieel resultaat voor mensen die zeer ernstig eenzaam zijn circa 600 euro slechter dan voor mensen die niet eenzaam zijn. Voor groepen gebaseerd op de Norm Gezond Bewegen bedraagt het maximale verschil circa 430 euro en voor groepen op basis van de Fitnorm circa 230 euro. Voor groepen gebaseerd op alcoholgebruik en roken bestaat een maximaal verschil in financieel resultaat van circa 160 en 350 euro. Ook hier moet weer worden bedacht dat de ondercompensatie op groepen met een oververtegenwoordiging van chronisch zieken landelijk naar verwachting groter zal zijn terwijl de overcompensatie op groepen gezonde verzekerden landelijk naar verwachting juist kleiner zal zijn.

Tabel 6. Subgroepen op basis van indirecte gezondheidsindicatoren: gemiddeld financieel resultaat per verzekerdenjaar per subgroep na toepassing van de RV-modellen 2016^{a, b}

Subgroep op basis van Gemon-2012 (19 jaar en ouder; peildatum: 1 september 2012)	Omvang	Totale risico dragende kosten	Gemiddeld financieel resultaat variabele kosten	Gemiddeld financieel resultaat V&V	Gemiddeld financieel resultaat gGGZ	Gemiddeld financieel resultaat LGGZ	Gemiddeld financieel resultaat eigen risico ^c	Gemiddeld financieel resultaat totaal
Eenzaamheid								
Niet eenzaam	61,3%	1900	44**	9**	42**	1*	-2**	94**
Matig eenzaam	30,4%	2727	-18	16**	20**	-1	4**	21
Ernstig eenzaam	5,3%	3785	-102*	-27	-84**	3**	18**	-192**
Zeer ernstig eenzaam	3,0%	4362	-127*	-14	-362**	-31*	20**	-514**
Emotioneel eenzaam	26,7%	3277	-86**	4	-41**	-5**	11**	-117**
Sociaal eenzaam	39,5%	2796	-2	8	-24**	-1	6**	-13
Bewegen (volgens Nederlandse Norm Gezond Bewegen)								
Inactief (0 dagen per week voldoende bewegen)	8,0%	5352	-213**	-109**	-1	1	9**	-313**
Semi-actief (1-4 dagen per week voldoende bewegen)	31,1%	2111	-28	20**	32**	-2	0	22
Normactief (>=5 dagen per week voldoende bewegen)	60,9%	2018	83**	21**	14**	1	1*	120**
Fitheid (volgens Fitnorm)								
Inactief (0 dagen per week zwaar bewegen)	53,6%	2593	-50**	-1	5	0	2**	-44**
Semi-actief (1-2 dagen per week zwaar bewegen)	21,8%	1736	89**	19**	36**	2	-2**	144**
Normactief (>=3 dagen per week zwaar bewegen)	24,7%	2218	129**	26**	30**	1	3**	189**
Alcoholgebruik								
Geen	18,4%	3632	11	1	29**	-3*	8**	46
Matig	73,2%	1944	50**	11**	22**	1	-1**	83**
Overmatig	8,4%	2067	-77*	7*	-19	7*	2*	-80*
Roken								
Niet	80,8%	2348	61**	14**	29**	1*	1**	106**
Matig	15,0%	2248	-102**	-5	-41**	-4	2**	-150**
Zwaar	4,1%	2938	-252**	-4	6	-5	11**	-244**
HBO/WO-afgerond								
Totaal	30,9%	1575	81**	2	29**	3**	-5**	110**

Subgroep op basis van Gemon-2012 (19 jaar en ouder; peildatum: 1 september 2012)									
	Omvang	Totale risico dragende kosten	Gemiddeld financieel resultaat variabele kosten	Gemiddeld financieel resultaat V&V	Gemiddeld financieel resultaat gGGZ	Gemiddeld financieel resultaat LGGZ	Gemiddeld financieel resultaat eigen risico ^c	Gemiddeld financieel resultaat totaal	
HBO/WO-afgerond									
Mannen	16,2%	1501	93**	7	39**	1**	-4**	136**	
Vrouwen	14,7%	1657	68**	-4	16*	6**	-6**	80**	
Student (alle niveaus)									
Totaal	5,7%	848	56*	-2	13	1**	-4	64*	
Mannen	2,7%	590	25	-3	1	1**	-4	20	
Vrouwen	3,0%	1080	83*	-2	24	1**	-3	103*	
Inkomen									
Moeite met rondkomen	22,5%	2916	-106**	15	8	-4*	12	-75*	
Afkomst									
Autochtoon	80,0%	2392	15	11**	14**	-1	1**	40**	
Allochtoon 1e generatie	11,9%	2334	90*	5	57**	0	5**	157**	
Allochtoon 2e generatie	8,1%	2291	-7	16*	0	5	7**	21	

^a Op basis van het WOR-bestand 2013 (en kostenniveau 2013).

^b Merk op dat het gewogen gemiddelde van het financieel resultaat voor complementaire groepen niet gelijk is aan nul euro (iets wat bij elke uitsplitsing van de totale Zvw-populatie wel het geval is). De oorzaak hiervan is dat de gemiddelde kosten in Gemon enigszins afwijken van die in het WOR-bestand (zie Tabel 1). Tevens geldt dat het gewogen gemiddelde financieel resultaat voor de ene set van elkaar uitsluitende subgroepen soms verschilt van die voor een andere set van elkaar uitsluitende subgroepen; dit wordt veroorzaakt doordat indelingen gebaseerd kunnen zijn op verschillende delen van de Volwassenen/ouderenmonitor en de twee delen van de CBS-gezondheidsenquête wat leidt tot verschillen in weegfactoren.

^c Voor dit model is het financieel resultaat berekend als de feitelijke kosten (die de verzekeraar 'ontvangt' van verzekeren) minus de voorspelde kosten (die de verzekeraar moet afdragen aan het vereveningsfonds). Voor de overige modellen is het financieel resultaat berekend als de voorspelde kosten minus de feitelijke kosten.

* p < 0,05; **; p < 0,01

7. Conclusie

Op basis van dit rapport kan worden geconcludeerd dat de risicoverevening-2016 grotendeels compenseert voor verschillen in zorgkosten tussen selecte groepen. Echter, de compensatie is nog niet volledig: groepen met een oververtegenwoordiging van chronisch zieken worden gemiddeld genomen ondergecompenseerd terwijl groepen met een oververtegenwoordiging van gezonde verzekerden worden overgecompenseerd. Voor de meeste groepen is de onder/overcompensatie bovendien statistisch significant verschillend van nul. Voor de totale risicodragende kosten varieert het financieel resultaat van -997 euro ("Beroerte, hersenbloeding of herseninfarct in laatste 12 maanden") tot +194 euro ("Beste score algemene gezondheid").

Voor sommige groepen van chronisch zieken is de ondercompensatie opvallend (bijvoorbeeld -997 euro voor de subgroep "Beroerte, hersenbloeding of herseninfarct in laatste 12 maanden") omdat daarvoor een expliciete FKG, DKG en/of HKG lijkt te bestaan. Blijkbaar worden niet alle verzekerden met de betreffende aandoening met deze vereveningskenmerken geïdentificeerd. Dat kan twee oorzaken hebben. In de eerste plaats moet worden bedacht dat FKG's, DKG's en HKG's zijn gebaseerd op informatie uit jaar t-1 terwijl de informatie in de gezondheidsmonitor deels ook betrekking heeft op jaar t-2 (in het geval van zelf-gerapporteerde aandoening in de laatste twaalf maanden) en de jaren daarvoor (in het geval van zelf-gerapporteerde aandoeningen ooit). In de tweede plaats moet worden bedacht dat voor de meeste FKG's geldt dat verzekerden daarvoor pas in aanmerking komen wanneer zij tenminste 180 dagdoseringen van een bepaald medicijn hebben gebruikt. Het kan dus voorkomen dat verzekerden in de enquête aangeven een aandoening te hebben, terwijl (nog) niet de drempel van 180 dagdoseringen is bereikt.

Een gunstige uitzondering onder de groepen met een oververtegenwoordiging van chronisch zieken is de groep met suikerziekte (circa 6 procent van de bevolking van 19 jaar en ouder). Voor deze groep vinden wij een *positief* resultaat (dat overigens niet statistisch significant verschillend is van nul). Dit vormt een indicatie dat deze groep – in tegenstelling tot andere groepen van chronisch zieken – niet voorspelbaar verliesgevend is voor verzekeraars. Dit hangt mogelijk samen met het feit dat diabetes een zeer chronisch karakter heeft en via verschillende vereveningskenmerken wordt opgepikt. Samen met de hoge gemiddelde kosten (ruim 6.000 euro per verzekerdenjaar) vormen suikerpatiënten daarmee een aantrekkelijke groep: een verzekeraar die 10 procent doelmatigheidswinst weet te boeken op suikerpatiënten houdt naar verwachting gemiddeld 600 euro per verzekerde over.

Het grootste deel van de onder/overcompensaties door de risicoverevening-2016 komt voor rekening van de variabele zorgkosten. Dat is geen verrassing aangezien de variabele zorgkosten bijna 90 procent van de totale risicodragende kosten beslaan. Uit onze analyses op de variabele zorgkosten afzonderlijk is gebleken dat de impact van een aantal modelaanpassingen per 2017 (te weten de nieuwe hulpmiddelenkostengroepen, de introductie van fysiotherapiediagnose-groepen en de modelaanpassingen in het kader van de verbetering van de compensatie voor voorspelbaar extreem hoge kosten) zeer beperkt is. Op basis hiervan moet worden verwacht dat somatisch model van 2017 leidt tot vergelijkbare onder/overcompensaties.

De hier gepresenteerde resultaten hebben betrekking op verzekerden van 19 jaar en ouder. Zo moet de ondercompensatie van 398 euro voor de groep "slechtste score algemene gezondheid" (Tabel 4, eerste regel) worden geïnterpreteerd als de ondercompensatie voor "verzekerden van 19 jaar en ouder met de slechtste score algemene gezondheid". Op basis van analyses in hoofdstuk 4 mag worden verwacht dat het financieel resultaat binnen Gemon iets gunstiger uitpakt dan binnen de totale – qua leeftijd corresponderende – Zvw-populatie. Dit betekent dat de ondercompensatie op groepen met een oververtegenwoordiging van chronisch zieken op landelijk niveau naar verwachting groter zal zijn dan in dit onderzoek. De overcompensatie op groepen van gezonde verzekerden zal landelijk gezien naar verwachting juist kleiner zijn.

8. Discussie

Het primaire doel van dit onderzoek was om onder/overcompensaties op het niveau van selecte groepen verzekerden in beeld te brengen. Maar wat betekenen deze resultaten voor het functioneren van het Nederlandse zorgstelsel? Hoe zouden onder/overcompensaties verder kunnen worden gereduceerd? En is dat wenselijk? Hieronder gaan wij kort in op deze vragen.

8.1. Implicaties van onder/overcompensaties voor het functioneren van het zorgstelsel

Onder/overcompensaties voor selecte groepen vormen een bedreiging voor het functioneren van het zorgstelsel. In de eerste plaats kunnen deze leiden tot een ongelijk speelveld voor verzekeraars. Als ondergecompenseerde verzekerden – om wat voor reden dan ook – zijn oververtegenwoordigd in het klantenbestand van een verzekeraar, dan ondervindt hij financieel nadeel van zijn portefeuillesamenstelling. Die verzekeraar zal dan een relatief hoge premie moeten vragen. Dit vormt niet alleen een bedreiging voor de concurrentiepositie van die verzekeraar, maar ook voor de solidariteit tussen gezonde verzekerden en chronisch zieken. Bovendien verstoort dit de marktwerking omdat premieverschillen dan geen zuivere afspiegeling zijn van verschillen in doelmatigheid en kwaliteit (maar deels ook van verschillen in gezondheid), waardoor verzekerden een ‘verkeerde’ zorgpolis kunnen kiezen.⁹

Een tweede bedreiging is dat verzekerden en verzekeraars kunnen anticiperen op onder/overcompensaties. Er is dan sprake van risicoselectie. Concurrentie geeft verzekeraars financiële prikkels om bij de vormgeving van hun polis selectief in te spelen op de preferenties van overgecompenseerde verzekerden en selectief niet in te spelen op de preferenties van ondergecompenseerde verzekerden, bijvoorbeeld door niet de beste artsen te contracteren. Dergelijk gedrag vormt een bedreiging voor de kwaliteit van zorg. Concurrentie prikkelt verzekeraars ook om via andere wegen overgecompenseerde verzekerden aan te trekken, bijvoorbeeld via tussenpersonen, collectiviteiten, marketing, en aanvullende verzekeringen. Dergelijk gedrag vormt een bedreiging voor de doelmatigheid van zorg omdat elke euro die aan risicoselectie wordt uitgegeven niet kan worden besteed aan doelmatigheidsverbetering).

8.2. Hoe zouden onder/overcompensaties verder kunnen worden gereduceerd?

Er zijn ten minste vier strategieën om onder/overcompensaties verder te verminderen. De beste strategie is het verbeteren van de risicoverevening, bijvoorbeeld door middel van het ontwikkelen van nieuwe/betere vereveningskenmerken. De resultaten van dit onderzoek kunnen daarvoor aanknopingspunten bieden. Zo is gebleken dat mensen die in de afgelopen 12 maanden een beroerte, hersenbloeding of herseninfarct hebben gehad, substantieel worden ondergecompenseerd. Dit vormt een indicatie dat het RV-model zou kunnen worden verbeterd via een vereveningskenmerk waarmee deze groep beter wordt geïdentificeerd. Daarnaast blijkt ook de groep die ooit een beroerte, hersenbloeding of herseninfarct heeft gehad fors te worden ondergecompenseerd. Dit kan pleiten voor een meerjarig karakter van het te ontwikkelen vereveningskenmerk. Op basis van de hier samengestelde onderzoeksbestanden kan overigens eenvoudig een indicatie worden verkregen van de meerwaarde van een dergelijk kenmerk: 1) verhoog de voorspelde kosten voor verzekerden die ooit een beroerte, hersenbloeding of herseninfarct

⁹ Met andere woorden: als premieverschillen wel een zuivere afspiegeling zouden zijn geweest van verschillen in doelmatigheid van zorg, dan hadden (sommige) verzekerden voorkeur gegeven aan een andere polis.

hebben gehad met een bedrag gelijk aan de ondercompensatie voor die groep, 2) verlaag de voorspelde kosten voor verzekerden die *nooit* een beroerte, hersenbloeding of herseninfarct hebben gehad met een bedrag gelijk aan de overcompensatie voor die groep en 3) bereken opnieuw het financieel resultaat op alle hier gepresenteerde subgroepen.

Een tweede strategie is het gebruik van een andere methode ter bepaling van de normbedragen. De huidige normbedragen zijn bepaald op basis van de kleinste-kwadraten methode. Het is echter denkbaar dat een andere set van normbedragen zou leiden tot een lagere onder/overcompensatie op de hier gepresenteerde groepen. Een methode die mogelijk tot betere uitkomsten leidt is "constrained regression". Met deze methode kan bij het schatten van de normbedragen expliciet de voorwaarde worden opgelegd dat de onder/overcompensatie voor specifieke groepen (bijvoorbeeld één of meer van de hier onderzochte groepen) op nul euro uitkomt. Zoals toegelicht door Van Kleef et al. (2015a) kunnen deze groepen worden gebaseerd op een steekproef; een landelijke dekking van de onderliggende informatie is daarvoor niet nodig. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat deze methode niet alleen de compensatie voor die specifieke groepen verbetert, maar ook voor een reeks van andere groepen. Voor details en een verdere beschouwing van deze methode verwijzen wij naar Van Kleef et al. (2015a).

Een derde strategie is het toepassen van ex-post kostencompensaties (i.e. "risk sharing"). Dit houdt in dat de compensatie voor verzekeraars niet alleen afhangt van voorspelde kosten (zoals bij de risicoverevening) maar ook van gerealiseerde kosten. Een belangrijk nadeel van deze strategie is echter dat het niet alleen de onder/overcompensaties vermindert, maar ook de prikkels voor verzekeraars om doelmatige zorg te bevorderen. Voor details en een verdere beschouwing van deze methode verwijzen wij naar Van de Ven en Ellis (2000).

Een vierde strategie is het toestaan van een zekere mate van premiedifferentiatie. Als verzekeraars aan groepen met hoge voorspelde kosten een hogere premie mogen vragen dan aan groepen met lage voorspelde kosten, dan zal dat de onder/overcompensatie op deze groepen dempen. Nadeel van deze strategie is echter dat daarmee de solidariteit wordt vermindert. Het is echter de vraag in hoeverre dat een probleem vormt (zie paragraaf 8.3).

8.3. Is het wenselijk dat onder/overcompensaties verder worden gereduceerd?

Compensatie is mogelijk niet voor alle subgroepen gewenst. Neem bijvoorbeeld de groepen uit Tabel 6 van dit rapport. De huidige onder/overcompensaties voor deze groepen worden mogelijk niet alleen veroorzaakt door een oververtegenwoordiging van mensen met een 'onvermijdbaar' gezondheidsprobleem, maar ook door een oververtegenwoordiging van mensen met een 'vermijdbaar' gezondheidsprobleem (bijvoorbeeld als gevolg van weinig bewegen, overmatig drinken en overmatig roken). Daarnaast is het denkbaar dat de onder/overcompensatie voor specifieke groepen (bijvoorbeeld op basis van etniciteit) samenhangt met een relatief lage danwel hoge consumptiegeïndheid. Mocht ervoor worden gekozen om bewust niet (volledig) te compenseren voor bepaalde factoren dan zou een logische consequentie zijn dat verzekeraars die factoren mogen gebruiken in hun premiestelling. Als verzekeraars dat niet mogen doen bieden de (bewuste) onder/overcompensaties ruimte voor risicoselectie met alle nadelige effecten van dien (zie paragraaf 8.1).

Referenties

Centraal Bureau voor de Statistiek. (2015). Opbouw en instructie totaalbestand Gezondheidsmonitor Volwassenen 2012.

Kleef, R.C. van, R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven. (2012a). "Risicoverevening tussen zorgverzekeraars: Kwantificering modelverbeteringen 1993-2011" TSG, 90: 312-326.

Kleef, R.C. van, R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven. (2012b). "Risicoverevening 2012: Een analyse van voorspelbare winsten en verliezen op subgroepniveau" Rapport iBMG, Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Kleef, R.C. van, R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven. (2014). "Risicoverevening 2014 voor somatische zorg: analyse van uitkomsten op subgroepniveau" Rapport iBMG, Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Kleef, R.C. van, R.C.J.A. van Vliet en W.P.M.M. van de Ven. (2015a). "Een innovatieve schattingsmethode voor de risicoverevening: Verkennend onderzoek naar mogelijkheden en effecten van constrained regression" Rapport iBMG, Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Kleef, R.C. van, R.C.J.A. van Vliet en F. Eijkenaar. (2015b). "Risicoverevening voor somatische zorg: Wat is het effect van de modelaanpassingen-2016 voor subgroepen uit de CBS-gezondheidsenquête?" Rapport iBMG, Rotterdam: Erasmus Universiteit.

Van de Ven W.P.M.M. en R.P. Ellis (2000), "Risk adjustment in competitive health insurance markets". In: Handbook of Health Economics. Culyer A.J. and J.P. Newhouse (2000), North-Holland, Amsterdam, 755-845.

WOR 748, iBMG-projectteam risicoverevening (2015). "Onderzoek risicoverevening 2016: Overall Toets" Definitieve eindrapportage iBMG, Rotterdam: Erasmus Universiteit.

WOR 789, iBMG-projectteam Risicoverevening (2016). Onderzoek risicoverevening 2017: uitbreiding van het somatisch model 2016 geschat op data 2013 (pre-OT). Rotterdam: iBMG, Erasmus Universiteit.

Appendix. Beschrijving van subgroepen op basis van Gemon-2012

Tabel A1. Beschrijving van subgroepen uit Tabel 4 en Tabel 5

Subgroep	Beschrijving
Algemene gezondheidsindicatie	
Slechtste score algemene gezondheid	De volgende vraag is met "gaat wel", "slecht" of "zeer slecht" beantwoord: "Hoe is over het algemeen uw gezondheid?"
Ernstig overgewicht	Ernstig overgewicht volgens de Quetelet-index (BMI-waarde > 30)
Tenminste één zelfgerapporteerde aandoening	Zie hieronder bij "Aantal zelfgerapporteerde aandoeningen"
Zelfgerapporteerde aandoeningen ooit	
Suikerziekte	De volgende vraag is met "ja" beantwoord: "Heeft u suikerziekte?"
Beroerte, hersenbloeding of herseninfarct	De volgende vraag is met "ja" beantwoord: "Heeft u ooit een beroerte, hersenbloeding of herseninfarct gehad?"
Hartinfarct	De volgende vraag is met "ja" beantwoord: "Heeft u ooit een hartinfarct gehad?"
Kanker	De volgende vraag is met "ja" beantwoord: "Heeft u ooit een vorm van kanker gehad?"
Zelfgerapporteerde aandoening laatste 12 maanden	
Migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn	"Heeft u in de afgelopen 12 maanden migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn gehad?"
Hoge bloeddruk	"Heeft u in de afgelopen 12 maanden hoge bloeddruk gehad?"
Vernauwing van de bloedvaten in buik of benen	"Heeft u in de afgelopen 12 maanden vernauwing van de bloedvaten in de buik of de benen (geen spataderen) gehad?"
Astma, chronische bronchitis, longemfyseem, CARA	"Heeft u in de afgelopen 12 maanden Astma of COPD (chronische bronchitis, longemfyseem) gehad?"
Psoriasis	"Heeft u in de afgelopen 12 maanden psoriasis gehad?"
Chronisch eczeem	"Heeft u in de afgelopen 12 maanden chronisch eczeem gehad?"
Duizeligheid met vallen	"Heeft u in de afgelopen 12 maanden duizeligheid met vallen gehad?"
Ernstige of hardnekkige darmstoornissen, langer dan 3 maanden	"Heeft u in de afgelopen 12 maanden ernstige of hardnekkige darmstoornissen langer dan 3 maanden gehad?"
Onvrijwillig urineverlies (incontinentie)	"Heeft u in de afgelopen 12 maanden onvrijwillig urineverlies (incontinentie) gehad?"
Gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma) van heupen of knieën	"Heeft u in de afgelopen 12 maanden gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma) van heupen of knieën gehad?"
Chronische gewrichtontsteking (ontstekingsreuma, chronische reuma, reumatoïde artritis)	"Heeft u in de afgelopen 12 maanden chronische gewrichtsontsteking (ontstekingsreuma, chronische reuma, reumatoïde artritis) gehad?"
Ernstige of hardnekkige rugaandoening (incl. hernia)	"Heeft u in de afgelopen 12 maanden een ernstige of hardnekkige aandoening van de rug (incl. hernia) gehad?"
Andere ernstige of hardnekkige aandoening van nek of schouder	De volgende vraag is met "ja" beantwoord: "Heeft u in de afgelopen 12 maanden een andere ernstige of hardnekkige aandoening van nek of schouder gehad?"
Andere ernstige aandoening van elleboog, pols, hand	"Heeft u in de afgelopen 12 maanden een andere ernstige aandoening van elleboog, pols of hand gehad?"
Andere langdurige ziekte of aandoening	"Heeft u nog een andere langdurige ziekte of aandoening gehad in de afgelopen 12 maanden?"

Subgroep	Beschrijving
Aantal zelfgerapporteerde aandoeningen	
Geen zelfgerapporteerde aandoening	afgelopen 12 maanden een andere ernstige hartaandoening gehad (zoals hartfalen of angina pectoris)?"; "Heeft u in de afgelopen 12 maanden een vorm van kanker (kwaadaardige aandoening) gehad?"; "Heeft u in de afgelopen 12 maanden migraine of regelmatig ernstige hoofdpijn gehad?"; "Heeft u in de afgelopen 12 maanden hoge bloeddruk gehad?"; "Heeft u in de afgelopen 12 maanden vernauwing van de bloedvaten in de buik of de benen (geen spataderen) gehad?"; "Heeft u in de afgelopen 12 maanden astma, chronische bronchitis, longemfyseem of CARA gehad?"; "Heeft u in de afgelopen 12 maanden psoriasis gehad?"; "Heeft u in de afgelopen 12 maanden chronisch eczeem gehad?"; "Heeft u in de afgelopen 12 maanden duizeligheid met vallen gehad?"; "Heeft u in de afgelopen 12 maanden ernstige of hardnekkige darmstoornissen langer dan 3 maanden gehad?"; "Heeft u in de afgelopen 12 maanden onvrijwillig urineverlies gehad?"; "Heeft u in de afgelopen 12 maanden gewrichtsslijtage (artrose, slijtagereuma) van heupen of knieën gehad?"; "Heeft u in de afgelopen 12 maanden chronische gewrichtsontsteking (ontstekingsreuma, chronische reuma, reumatoïde artritis) gehad?"; "Heeft u in de afgelopen 12 maanden een ernstige of hardnekkige aandoening van de rug (incl. hernia) gehad?"; "Heeft u in de afgelopen 12 maanden een andere ernstige of hardnekkige aandoening van nek of schouder gehad?"; "Heeft u in de afgelopen 12 maanden een andere ernstige aandoening van elleboog, pols of hand gehad?"; "Heeft u nog een andere langdurige ziekte of aandoening gehad in de afgelopen 12 maanden?";
Tenminste één zelfgerapporteerde aandoening	
1 zelfgerapporteerde aandoening	
2 zelfgerapporteerde aandoeningen	
3 zelfgerapporteerde aandoeningen	
4 of meer zelfgerapporteerde aandoeningen	
Angst en depressie	
Laag risico op angststoornis of depressie	Samengestelde maat gebaseerd op de volgende vragen: "Hoe vaak voelde u zich erg vermoeid zonder duidelijke reden?"; "Hoe vaak voelde u zich zenuwachtig?"; "Hoe vaak was u zo zenuwachtig dat u niet tot rust kon komen?"; "Hoe vaak voelde u zich hopeloos?"; "Hoe vaak voelde u zich rusteloos of ongedurig?"; "Hoe vaak voelde u zich zo rusteloos dat u niet meer stil kon zitten?"; "Hoe vaak voelde u zich somber of depressief?"; "Hoe vaak had u het gevoel dat alles veel moeite kostte?"; "Hoe vaak voelde u zich zo somber dat niets hielp om u op te vrolijken?"; "Hoe vaak vond u zichzelf afkeurenswaardig, minderwaardig of waardeloos?".
Matig risico op angststoornis of depressie	
Hoog risico op angststoornis of depressie	
Algemene gezondheidsindicatie	
Beste score algemene gezondheid	De volgende vraag is met "goed" of "zeer goed" beantwoord: "Hoe is over het algemeen uw gezondheid?"
Geen langdurige aandoening	Zie hierboven bij "Aantal zelfgerapporteerde aandoeningen"

Tabel A2. Beschrijving van subgroepen uit Tabel 6

Subgroep	Beschrijving
Eenzaamheid	
Niet eenzaam Matig eenzaam Ernstig eenzaam Zeer ernstig eenzaam Emotioneel eenzaam Sociaal eenzaam	Samengestelde maat op basis van de volgende items: "Er is altijd wel iemand in mijn omgeving bij wie ik met mijn dagelijkse probleempjes terecht kan."; "Ik mis een echt goede vriend of vriendin."; "Ik ervaar een leegte om mij heen."; "Er zijn genoeg mensen op wie ik in geval van narigheid kan terugvallen."; "Ik mis gezelligheid om mij heen."; "Ik vind mijn kring van kennissen te beperkt. Ik heb veel mensen op wie ik volledig kan vertrouwen."; "Er zijn voldoende mensen met wie ik me nauw verbonden voel."; "Ik mis mensen om mij heen."; "Vaak voel ik me in de steek gelaten."; "Wanneer ik daar behoefte aan heb, kan ik altijd bij mijn vrienden terecht."
Bewegen (volgens Nederlandse Norm Gezond Bewegen)	
Inactief (0 dagen per week voldoende bewegen) Semi-actief (1-4 dagen per week voldoende bewegen) Normactief (>=5 dagen per week voldoende bewegen)	Samengestelde maat op basis van aantal keer en duur van vragen over beweging en sporten.
Fitheid (volgens Fitnorm)	
Inactief (0 dagen per week zwaar bewegen) Semi-actief (1-2 dagen per week zwaar bewegen) Normactief (>=3 dagen per week zwaar bewegen)	Samengestelde maat op basis van aantal keer en duur van vragen over beweging en sporten
Alcoholgebruik	
Geen Matig Overmatig	Samengestelde maat op basis van aantal glazen alcohol per week.
Roken	
Niet Matig Zwaar	Samengestelde maat op basis van aantal sigaretten per dag.
HBO/WO-afgerond	
HBO/WO-afgerond	Respondent heeft aangegeven een opleiding te hebben afgerond op HBO of WO niveau
Student (alle niveaus)	
Student (alle niveaus)	Respondent heeft aangegeven een opleiding te volgen / te studeren.
Inkomen	
Moeite met rondkomen	Respondent heeft aangegeven in de afgelopen 12 maanden moeite te hebben gehad om van het inkomen van zijn/haar huishouden rond te komen.
Afkomst	
Autochtoon Allochtoon 1e generatie Allochtoon 2e generatie	Afgeleid uit het GBA.

Erasmus University Rotterdam (EUR)
Institute of Health Policy & Management

Bayle (J) Building

Burgemeester Oudlaan 50

3062 PA Rotterdam, The Netherlands

T +31 10 408 8555

E info@bmg.eur.nl

W www.bmg.eur.nl