WOR 782
Buitenlandse seizoenarbeiders

seo economisch onderzoek

Amsterdam, mei 2016
In opdracht van het ministerie van VWS

WOR 782
Buitenlandse seizoenarbeiders

Overcompensatie van niet ingezetenen

Marloes Lammers
Robert Scholte
Caren Tempelman

seo economisch onderzoek

SEO Economisch Onderzoek - Roetersstraat 29 - 1018 WB Amsterdam - T (+31) 20 525 1630 - www.seo.nl - secretariaat@seo.nl
ABN-AMRO IBAN: NL14ABNA0411744356 BIC: ABNANL2A - ING: IBAN: NL96INGB0004641100 BIC: INGBNL2A
KvK Amsterdam 41197444 - BTW NL 003023965 B01

"De wetenschap dat het goed is"

SEO Economisch Onderzoek doet onafhankelijk toegepast onderzoek in opdracht van overheid en bedrijfsleven. Ons onderzoek helpt onze opdrachtgevers bij het nemen van beslissingen. SEO Economisch Onderzoek is gelieerd aan de Universiteit van Amsterdam. Dat geeft ons zicht op de nieuwste wetenschappelijke methoden. We hebben geen winstoogmerk en investeren continu in het intellectueel kapitaal van de medewerkers via promotietrajecten, het uitbrengen van wetenschappelijke publicaties, kennisnetwerken en congresbezoek.

SEO-rapport nr. 2016-31

ISBN 978-90-6733-812-7

Copyright © 2016 SEO Amsterdam. Alle rechten voorbehouden. Het is geoorloofd gegevens uit dit rapport te gebruiken in artikelen, onderzoeken en collegesyllabi, mits daarbij de bron duidelijk en nauwkeurig wordt vermeld. Gegevens uit dit rapport mogen niet voor commerciële doeleinden gebruikt worden zonder voorafgaande toestemming van de auteur(s). Toestemming kan worden verkregen via secretariaat@seo.nl

Samenvatting

Verzekeraars worden overgecompenseerd voor niet-ingezetenen. Niet-ingezetenen die in 2013 bij een Nederlandse zorgverzekeraar verzekerd waren hebben een positief resultaat van € 75 tot € 667 per verzekerdenjaar. Van bijna 50 procent van de kosten is niet bekend welke niet-ingezetene de kosten daadwerkelijk maakt. Wanneer dit deel van de kosten over alle niet-ingezetenen wordt verdeeld, blijkt dat alleen niet-ingezetenen tussen de 18 en 34 jaar in alle scenario's worden overgecompenseerd.

In de Tweede Kamer heeft de afgelopen jaren discussie plaatsgevonden over mogelijke risicoselectie door zorgverzekeraars op buitenlandse seizoenarbeiders. Naar aanleiding van de discussie en vragen in de Tweede Kamer heeft de minister toegezegd nader onderzoek te zullen doen naar de mogelijkheden ten aanzien van de risicovereveningsmodellering voor buitenlandse seizoenarbeiders. Vorig jaar is onderzoek gedaan dat aanwijzingen heeft opgeleverd dat buitenlandse seizoenarbeiders worden overgecompenseerd (zie WOR 736).

De berekeningen voor overcompensatie van buitenlandse seizoenarbeiders in het vorige onderzoek kenden een aantal beperkingen. Voor niet-ingezetene buitenlandse seizoenarbeiders zijn de zorgkosten niet compleet, namelijk de zorgkosten gemaakt in het buitenland die via het Zorginstituut binnenkomen. Dit komt omdat deze kosten met een aantal jaar vertraging beschikbaar komen. Bovendien worden de kosten die vóór 2013 bij het Zorginstituut binnenkomen niet op individuniveau geregistreerd. De berekeningen in het vorige onderzoek zijn gebaseerd op kostengegevens 2012 en het risicovereveningsmodel 2015. Het huidige onderzoek gaat uit van kostengegevens 2013 en het risicovereveningsmodel 2016. Mogelijk zijn er over 2013 al voldoende kosten op individuniveau bekend om een betrouwbare inschatting te kunnen maken van de zorgkosten van niet-ingezetene buitenlandse seizoenarbeiders.

Zorgkosten voor niet-ingezetene buitenlandse seizoenarbeiders niet vast te stellen
De totale kosten voor niet-ingezetenen kunnen – binnen een bandbreedte – goed ingeschat worden. Het is echter onzeker hoe deze kosten over niet-ingezetenen verdeeld zijn. Dat komt doordat van bijna 50 procent van de kosten van niet-ingezetenen niet bekend is welke verzekerde de kosten maakt. Daarom is het niet mogelijk om de zorgkosten te berekenen voor een specifieke groep niet-ingezetenen – zoals de buitenlandse seizoenarbeiders. Wel kan de (gemiddelde) overcompensatie van de totale groep niet-ingezetenen voldoende betrouwbaar vastgesteld worden. Daarom is door het ministerie van VWS besloten om alleen de overcompensatie van de totale groep niet-ingezetenen te laten berekenen. Ongeveer 45.000 van de 173.000 niet-ingezetene verzekerdenjaren zijn toe te rekenen aan buitenlandse seizoenarbeiders (zie WOR 736 - definitie 5 voor buitenlandse seizoenarbeiders).

Zorgkosten voor alle niet-ingezetenen
De totale zorgkosten van niet-ingezetenen in 2013 bedragen € 155 tot € 178 miljoen. Verdeeld over ongeveer 175.000 verzekerdenjaren maakten niet-ingezetenen in 2013 zorgkosten van gemiddeld € 879 tot € 1.011 per verzekerdenjaar.

Ruim € 90 miljoen van de totale zorgkosten van niet-ingezetenen in 2013 zijn op individuniveau bekend. Daarnaast is een deel van de kosten van niet-ingezetenen nog niet bekend, namelijk de kosten buitenland die via het ZiN binnenkomen. Deze kosten komen vertraagd binnen, op dit moment zijn alleen de kosten tot en met 2011 (nagenoeg) compleet. Aan de hand van de kosten uit de jaren 2008-2011 is daarom een inschatting gemaakt van de kosten buitenland die via het ZiN binnenkomen. Om de inschatting te kunnen maken zijn verschillende aannames gehanteerd. Of deze aannames per saldo leiden tot een overschatting of onderschatting van de zorgkosten is onbekend. Daarom is gewerkt met scenario's waarin de zorgkosten achtereenvolgens laag, midden en hoog zijn ingeschat. De werkelijke kosten buitenland via ZiN liggen naar verwachting tussen de kosten zoals ingeschat in het lage en hoge scenario, ofwel tussen € 64 en € 87 miljoen.

Overcompensatie van niet-ingezetenen

De overcompensatie van de totale groep niet-ingezetenen is vastgesteld in verschillende scenario's die variëren naar:

- de hoogte van de bijgeschatte zorgkosten: € 64, € 76 of € 87 miljoen;
- de wijze waarop de normkosten voor niet-ingezetenen berekend worden: volgens vereveningsbijdrage 2016 waarbij de afslagpercentages voor de nieuwe vereveningskenmerken FGG, VGG, GGG en lGG op 0 gezet zijn, of volgens vereveningsbijdrage 2017 waarbij de afslagpercentages voor de nieuwe vereveningskenmerken zijn berekend door het Zorginstituut;
- de toedeling van niet-ingezetenen in MHK-GGZ: de toedeling volgens model 2016 (hierbij wordt gekeken naar de GGZ-kosten in 2010, 2011, 2012), of de toedeling volgens de uiteindelijke berekening van de vereveningsbijdrage 2017 (hierbij wordt gekeken naar de GGZ-kosten in 2014, 2015, 2016);
- de mate waarin verzekeraars het eigen risico van niet-ingezetenen kunnen innen: volledig inbaar of niet-inbaar.

De overcompensatie van niet-ingezetenen wordt geraamd op € 75 tot € 667, afhankelijk van het gehanteerde scenario. De overcompensatie in het somatische model wordt geraamd op € 130 tot € 434, de overcompensatie in het GGZ-model op € 105 tot € 288. In het eigenrisicomodel worden niet-ingezetenen gemiddeld ondergecompenseerd met -€ 50 tot -€ 160.

Voorstel aanpassing berekening normkosten

Alleen niet-ingezetenen tussen de 18 en 34 jaar worden in alle scenario's overgecompenseerd. Het onderzoek biedt daarom aanleiding om de berekening van de normkosten van niet-ingezeten van 18-34 jaar aan te passen. De overcompensatie van jongeren van 18-34 jaar wordt geraamd op minimaal € 313 (scenario hoge inschatting zorgkosten, afslagpercentages volgens vereveningsbijdrage 2017, MHK-GGZ volgens vereveningsbijdrage 2017, niet-inbaar eigen risico). De zorgkosten voor de 18-34-jarigen in dit scenario zijn gemiddeld € 806, de gemiddelde normkosten € 1.119. Door de normkosten te vermenigvuldigen met een factor 806/1.119 = 0,72 sluiten de normkosten aan bij de berekende zorgkosten en worden de verevenende werking en prikkelwerking van de risicoverevening verbeterd.

De berekende over- en ondercompensatie naar leeftijd moet voorzichtig geïnterpreteerd worden. Van bijna 50 procent van de kosten is niet bekend welke niet-ingezetene de kosten daadwerkelijk maakt. Deze kosten zijn op basis van een uitgebreid risicoprofiel (leeftijd/geslacht, inschrijfduur, AvI, MHK somatisch) verdeeld over alle niet-ingezetenen. Bij de verdeling wordt geen rekening

gehouden met FKG´s, DKG´s, HKG´s, FGG, VGG en GGG, omdat deze kenmerken voor niet-ingezetenen niet op individuniveau bekend zijn. Door deze toedeling worden de zorgkosten van jongeren daarom naar verwachting nog overschat, en daarmee wordt hun overcompensatie onderschat.

Inhoudsopgave

Samenvatting ..... **i**

1 Inleiding **1**
1.1 Onderzoeksvragen 2
1.2 Onderzoeksaanpak 3

2 Zorgkosten buitenland **5**
2.1 Zorgkosten buitenland in de praktijk 5

3 Zorgkosten niet-ingezetenen 2013 ..... **9**
3.1 Zorgkostenbuitenland via ZiN 2013 9
3.2 Verdeling zorgkosten over individuen 16
3.3 Totaal zorgkosten 2013 per zorgverzekeraar 19
3.4 Conclusies 20

4 Zorgkosten niet-ingezetenen 2012 ..... **23**
4.1 Totale en gemiddelde zorgkosten 2012 24
4.2 Kosten buitenland via ZiN 2012 25
4.3 Conclusies 27

5 Overcompensatie niet-ingezetenen **29**
5.1 Kenmerken van niet-ingezetenen 29
5.2 Somatisch model 31
5.3 GGZ-model (inclusief langdurige GGZ) 33
5.4 Eigenrisicomodel 36
5.5 Totaalbeeld 38

6 Voorstel aanpassing normkosten **45**

Literatuur **49**

1 Inleiding

De Tweede Kamer heeft de vrees geuit dat zorgverzekeraars mogelijk risicoselectie toepassen met polissen die specifiek gericht zijn op buitenlandse seizoenarbeiders. Dit onderzoek maakt een zo betrouwbaar mogelijke inschatting van de zorgkosten voor niet-ingezetenen. Op basis van deze ingeschatte zorgkosten wordt de overcompensatie van niet-ingezetenen vastgesteld en een voorstel gedaan voor aanpassing van de huidige berekening van normkosten.

In de Tweede Kamer heeft de afgelopen jaren discussie plaatsgevonden over mogelijk risicoselectie door zorgverzekeraars op buitenlandse seizoenarbeiders. De discussie gaat om het feit dat zorgverzekeraars via collectiviteiten goedkope zorgverzekeringen aanbieden aan uitsluitend buitenlandse seizoenarbeiders. Het is mogelijk winstgevend om buitenlandse seizoenarbeiders te verzekeren.

Naar aanleiding van de discussie en vragen in de Tweede Kamer heeft de minister toegezegd nader onderzoek te zullen doen naar de mogelijkheden ten aanzien van de risicovereveningsmodellering voor buitenlandse seizoenarbeiders. Hiertoe zijn reeds twee onderzoeken uitgevoerd. In het eerste onderzoek (WOR 698) is vastgesteld dat er een aantal bruikbare registraties is om buitenlandse seizoenarbeiders te identificeren. Het tweede onderzoek (WOR 736) heeft aanwijzingen opgeleverd dat buitenlandse seizoenarbeiders worden overgecompenseerd.

Uit het tweede onderzoek bleek dat van een deel van de kosten (namelijk de zorgkosten in het buitenland die via het Zorginstituut lopen) niet bekend is door welke verzekerde deze kosten zijn gemaakt. Daarnaast komen deze kosten met grote vertraging beschikbaar. Als oplossing voor genoemde beperkingen is in het onderzoek gewerkt met gegevens op kasbasis. Dit houdt in dat de kosten worden geboekt in het jaar dat ze worden betaald, niet in het jaar dat ze worden gemaakt. Hierdoor sluiten de geboekte kosten minder goed aan bij de werkelijke zorgkosten voor de verzekerden in een bepaald jaar. De kosten zijn aan individuele niet-ingezetene verzekerden toegedeeld op basis van leeftijd/geslacht en inschrijfduur in de Zorgverzekeringswet (Zvw). De toegepaste werkwijze heeft ertoe geleid dat onzekerheid bestaat of de kosten voor (niet-ingezetene) buitenlandse seizoenarbeiders nauwkeurig genoeg zijn vastgesteld. Daarmee konden geen harde uitspraken worden gedaan over de overcompensatie van deze groep verzekerden en kon niet per 2016 overgegaan worden tot opname van een kenmerk voor buitenlandse seizoenarbeiders in de risicoverevening. Vastgesteld is dat daarvoor eerst vervolgonderzoek nodig is.

De minister heeft toegezegd in het onderzoeksjaar 2015-2016 vervolgonderzoek uit te laten voeren en, indien dit onderzoek de aanwijzingen bevestigt, in het model voor 2017 een kenmerk voor buitenlandse seizoenarbeiders op te nemen. Het ministerie van VWS heeft SEO Economisch Onderzoek gevraagd na te gaan of de beperkingen van het voorgaande onderzoek kunnen worden weggenomen of verminderd, zodat met voldoende zekerheid uitspraken gedaan kunnen worden over de kosten van buitenlandse seizoenarbeiders.

1.1 Onderzoeksvragen

Het onderzoek sluit aan bij de eerdere onderzoeken, maar wordt nu uitgevoerd op kostengegevens 2013 en gaat uit van het risicovereveningsmodel 2016. Het voorgaande onderzoek was gebaseerd op kostengegevens 2012 en het risicovereveningsmodel 2015. Voordeel van het gebruik van gegevens over 2013 is dat de kosten buitenland via het Zorginstituut (ZiN) die zorgverzekeraars vanaf 1 januari 2013 ter goedkeuring binnenkrijgen wel op individuniveau worden geregistreerd.

Het onderzoek bestaat uit twee delen. In het eerste deel wordt een inschatting gemaakt van de zorgkosten van niet-ingezetenen en van de onzekerheden die daarbij spelen. Het tweede deel betreft de vraag of sprake is van overcompensatie van (ingezetene en niet-ingezetene) buitenlandse seizoenarbeiders en, zo ja, hoe daarmee in de risicoverevening omgegaan kan worden. Het tweede deel wordt alleen uitgevoerd als voldoende aannemelijk is dat de kosten van buitenlandse seizoenarbeiders goed benaderd kunnen worden. Uit de eerste fase van het onderzoek is gebleken dat de totale kosten voor niet-ingezetenen goed ingeschat kunnen worden. Het is echter onzeker hoe deze kosten over niet-ingezetenen verdeeld zijn. Daarom is alleen de (gemiddelde) overcompensatie van de totale groep niet-ingezetenen betrouwbaar vast te stellen. Daarom is door het ministerie van VWS besloten om in het tweede deel van het onderzoek alleen de overcompensatie van de totale groep niet-ingezetenen te berekenen.

Dit geeft de volgende onderzoeksvragen:

Deel I Zorgkosten niet-ingezetenen

1. In welke mate spelen de beperkingen nog? Zijn voor 2013 voldoende gegevens op het niveau van de individuele verzekerde en op transactiebasis bekend? Of is het nog steeds nodig om kosten aan individuele verzekerden toe te rekenen, bijvoorbeeld op basis van demografische kenmerken, en met gegevens op kasbasis te werken?
   Indien dat laatste het geval is, moet inzichtelijk worden gemaakt welk effect het gebruik van gegevens op kasbasis heeft.
2. Welke kosten in het buitenland zijn aan niet-ingezetenen toe te schrijven?
   In het voorgaande onderzoek is slechts een deel van de grensoverschrijdende zorgkosten aan niet-ingezetenen toegekend, namelijk de kosten gemaakt in het buitenland door verzekerden wonend in het buitenland. Mogelijk komen ook andere kosten (bijvoorbeeld voor tijdelijk verblijf of behandeling) gedeeltelijk voor rekening van niet-ingezetenen.
3. Hoe kunnen de kosten op kasbasis aan individuele verzekerden worden toegekend?
   In het voorgaande onderzoek zijn de kosten op kasbasis voor grensoverschrijdende zorg over verzekerden verdeeld op basis van leeftijd/geslacht en inschrijfduur. Alternatieven zijn om de kosten op verzekeraarsniveau toe te delen of het risicoprofiel uit te breiden.

Deel II Overcompensatie niet-ingezetenen

4. Wat is de overcompensatie van niet-ingezetenen?
   Hierbij moet inzicht gegeven worden in de gemiddelde overcompensatie, in de variatie en in de resultaten op verzekeraarsniveau.
   Vanwege aanloopproblemen is het afslagpercentage voor de nieuwe vereveningskenmerken (FGG, VGG, GGG en IGG) op 0 procent gezet. Bij het berekenen van de vereveningsbijdrage

en de overcompensatie wordt gevarieerd met de afslagpercentages zoals door het ZiN berekend voor het vereveningsmodel 2017.

5. Hoe kan de overcompensatie van niet-ingezetenen worden opgelost?
   Als er sprake is van overcompensatie van niet-ingezetenen, dan dient een voorstel te worden uitgewerkt hoe hiermee in de risicoverevening rekening gehouden kan worden.

1.2 Onderzoeksaanpak

Voor het onderzoek zijn gegevens opgevraagd bij Zorginstituut Nederland met betrekking tot de zorgkosten van niet-ingezetenen in 2013 en 2012. Ten eerste het kosten-per-verzekerdenbestand 2012 (voorlopig en definitief) en het kosten-per-verzekerdenbestand 2013 (voorlopig). In deze bestanden zijn op individuniveau de Nederlandse zorgkosten en een deel van de buitenlandse zorgkosten beschikbaar. Ten tweede macrogegevens met betrekking tot het deel van de zorgkosten dat niet op individuniveau bekend is, namelijk de zorgkosten buitenland via ZiN. Daarnaast is gesproken met verschillende verzekeraars. Ook deze hebben gegevens aangeleverd over de zorgkosten van niet-ingezetenen. Aanvullend zijn vragen gesteld aan Vektis en iBMG. Op basis van al deze gegevens is een inschatting gemaakt van de totale zorgkosten voor niet-ingezetenen in 2013. Het deel van de zorgkosten dat niet op individuniveau bekend is, is vervolgens op drie manieren over niet-ingezetene verzekerden verdeeld. De kostengegevens 2012 zijn bestudeerd om mogelijk de toedeling van de kosten 2013 over zorgverzekeraars te verbeteren.Vervolgens is de overcompensatie voor de totale groep niet-ingezetenen berekend. Het rapport eindigt met een voorstel voor aanpassing van de berekening van normbedragen voor niet-ingezetenen.

2 Zorgkosten buitenland

Zorgkosten die verzekerden in het buitenland maken, kunnen op twee manieren vergoed worden. De eerste route is rechtstreeks bij de zorgverzekeraar. De tweede route loopt via het ZiN. Deze kosten worden onderverdeeld in kosten voor verzekerden woonachtig in het buitenland, kosten voor acute zorg bij tijdelijk verblijf in het buitenland en kosten voor geplande zorg waarvoor toestemming van de zorgverzekeraar nodig is.

2.1 Zorgkosten buitenland in de praktijk

Mensen die bij een Nederlandse zorgverzekeraar verzekerd zijn, maken ook zorgkosten in het buitenland. Vooral niet-ingezetene verzekerden maken vaak zorgkosten in het buitenland. Zij wonen immers in het buitenland. Maar ook mensen die in Nederland wonen, kunnen zorgkosten in het buitenland maken, bijvoorbeeld omdat zij tijdens een vakantie in het buitenland een ongeluk krijgen of omdat zij voor een behandeling naar het buitenland willen vanwege kortere wachtlijsten.

Zvw-verzekerden hebben twee mogelijkheden om zorgkosten die in het buitenland zijn gemaakt, vergoed te krijgen via hun Nederlandse zorgverzekeraar[1]:

1. De verzekerde doet een beroep op het verdragsdocument (ZiN-route).
   In dit geval maakt de verzekerde gebruik van het verdragsdocument. De betaling van de zorgkosten loopt dan via het Zorginstituut Nederland (ZiN) en buitenlandse verbindingsorganen. Het ZiN declareert deze kosten vervolgens bij de Nederlandse zorgverzekeraars. Verzekerden hoeven de zorgkosten niet voor te schieten. Het verzekerde pakket en de eigen betalingen in het betreffende land zijn dan van toepassing;
2. De verzekerde doet een beroep op de Zvw-verzekering via de zorgverzekeraar (Zorgverzekeraarroute).
   In dit geval declareert de verzekerde de rekening rechtstreeks bij zijn Nederlandse zorgverzekeraar. De zorg is conform de Zvw-polis en het eigen risico is van toepassing. De zorgverzekeraars registreren dit zorggebruik op verzekerdenniveau net als bij zorgkosten die in Nederland worden gemaakt.

Onderstaande paragraaf bespreekt de zogenaamde ZiN-route meer in detail. Daarna wordt nader ingegaan op de zorgverzekeraarroute.

2.1.1 ZiN-route

Het ZiN ontvangt vorderingen uit de verschillende buitenlanden. Het ZiN verstuurt aan de hand hiervan borderellen ter goedkeuring naar de Nederlandse zorgverzekeraars. Deze borderellen bevatten de zorgkosten die de verzekerden van die zorgverzekeraar in een bepaald land gemaakt hebben, en het relatienummer van de verzekerde. De borderellen bevatten weinig medische informatie, bijvoorbeeld over het type zorg. Ook het BSN ontbreekt, bij ZiN is dus niet op persoonsniveau bekend welke kosten zijn gemaakt. Verzekeraars keuren de betaling van de borderellen vervolgens wel of niet goed. Verzekeraars controleren bijvoorbeeld of de persoon nog wel verzekerd was ten

[1] Zie onder andere IBO Grensoverschrijdende zorg (2014) en CVZ (2012), Buitenland in de risicovereveening.

tijde van de behandeling. De door de verzekeraar afgekeurde kosten communiceert het ZiN aan het betreffende buitenland. Er kan vervolgens enige tijd overheen gaan voordat duidelijk is of deze kosten terecht afgekeurd zijn. Als het ZiN van alle zorgverzekeraars de borderellen retour heeft, kan het ZiN een lijst afhandelen en uitbetalen aan het betreffende buitenland. De kosten die door het ZiN in een jaar betaald zijn, worden in één keer in het jaar erop aan de verzekeraars doorbelast. De route via het ZiN kan erg tijdrovend zijn.

De kosten buitenland via het ZiN worden uitgesplitst naar drie kostensoorten:
- verzekerden woonachtig in het buitenland;
- tijdelijk verblijf;
- behandeling/toestemmingsgevallen.

Verzekerden woonachtig in het buitenland
In deze categorie vallen de zorgkosten die verzekerden woonachtig in het buitenland in hun woonland maken. Deze verzekerden ontvangen een formulier E106 (of S1, S72/S73) van de Nederlandse zorgverzekeraar. Met dit formulier kunnen zij in hun woonland laten zien dat zij een Nederlandse zorgverzekering hebben. Dit geeft hen recht op medische zorg in hun woonland.

Voorbeeld - Kosten verzekerde woonachtig in buitenland

De Poolse Janek woont in Warschau en werkt een deel van het jaar in Nederland als aspergesteker. Hij gaat gedurende zijn werkzame periode in Nederland voor een lang weekend terug naar Polen en bezoekt daar de huisarts vanwege lichamelijke klachten. Deze kosten worden vergoed op basis van formulier 106.

Tijdelijk verblijf
Het gaat hier om medisch noodzakelijke zorgkosten die gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland door een persoon met een Nederlandse zorgverzekering worden gemaakt, dit kunnen zowel ingezetene als niet-ingezetene verzekerden zijn. Het betreft zorg die niet kan worden uitgesteld tot terugkeer in Nederland. Verzekerden kunnen hierbij gebruikmaken van de EHIC-pas (European Health Insurance Card), zij hoeven dan geen geld voor te schieten. Voor sommige landen kan de EHIC-pas niet gebruikt worden en moet de verzekerde gebruikmaken van formulier E111 of E123.

Voorbeelden - Kosten tijdelijk verblijf

De Poolse Janek uit Warschau keert na een lang weekend Polen weer terug naar Nederland. In Duitsland krijgt hij een auto-ongeluk waardoor hij in het ziekenhuis belandt. Deze kosten worden vergoed op vertoning van zijn EHIC-pas.

De Nederlandse Anna uit Amsterdam gaat een weekje skiën in Oostenrijk. Bij een val breekt zij haar been. Ze wordt vanaf de piste naar het ziekenhuis gebracht waar haar been in het gips wordt gezet. Zij toont haar EHIC-pas en hoeft geen kosten voor te schieten.

Behandeling/toestemmingsgevallen
Tot slot kan een persoon met een Nederlandse zorgverzekering ook geplande zorg in het buitenland gebruiken. Redenen om naar het buitenland te gaan, zijn bijvoorbeeld omdat het buitenlandse ziekenhuis dichter bij de woonplaats is, kortere wachttijden heeft, de zorg niet in Nederland geleverd wordt enzovoorts. De verzekerde heeft hiervoor toestemming nodig van de zorgverzekeraar. Met een formulier E112 (of S2, S010) ontvangt de verzekerde deze toestemming.

Voorbeeld - Kosten behandeling/toestemmingsgevallen

De Nederlandse Jan woont in Roosendaal. Jan heeft al een tijdje last van zijn knieën. Het blijkt dat hij geopereerd moet worden aan zijn kruisbanden. Hij gaat hiervoor bij voorkeur naar een ziekenhuis in Antwerpen omdat hij dan snel geholpen kan worden. Zijn Nederlandse verzekeraar verstrekt hiervoor een formulier E112.

De kosten voor verzekerden woonachtig in het buitenland zijn in het geheel toe te rekenen aan niet-ingezetenen. Dat zijn immers de mensen die niet in Nederland wonen. Uit gesprekken met verzekeraars blijkt daarnaast dat niet-ingezetenen deels kosten maken die onder kosten tijdelijk verblijf vallen en dat zij niet of nauwelijks kosten voor behandeling/toestemmingsgevallen maken. Deze komen dus vrijwel geheel voor rekening van de ingezetene verzekerden.

2.1.2 Zorgverzekeraarroute

De buitenlandse zorgkosten die de verzekerde (zowel niet-ingezetene als ingezetene) rechtstreeks bij de verzekeraar declareert, registreert de verzekeraar op dezelfde wijze als Nederlandse zorgkosten. Deze zijn dus op individuniveau bekend en zijn opgenomen in het kosten-per-verzekerde-bestand van het Zorginstituut.

2.1.3 Buitenlandkosten in de OT

Omdat niet-ingezetenen niet kunnen worden ingedeeld bij een aantal vereveningskenmerken (o.a. regio, SES en kenmerken die gebruikmaken van historisch zorggebruik (HKG, FKG, DKG)), worden deze uit het OT-bestand verwijderd. Het risicovereveningsmodel wordt dus geschat op de ingezetenen.

De kosten buitenland in BASIC 2013 zijn € 275 miljoen. Het gaat hier voor het overgrote deel om kosten die via de zorgverzekeraar lopen. Van de kosten die via ZiN lopen, is slechts 10 procent in BASIC geregistreerd – zie WOR 747. In de OT is vervolgens gebruikgemaakt van een spreadsheet van Vektis met daarin per zorgverzekeraar een raming van de zorgkosten buitenland. Uit deze spreadsheet blijkt dat de totale raming van de zorgkosten buitenland voor 2013 € 268 miljoen bedraagt. De kosten buitenland in BASIC worden daarom per zorgverzekeraar met een factor verlaagd zodat de kosten optellen tot € 268 miljoen - zie WOR 747.

Bij ophoging van de kosten 2013 naar het Macro Prestatie Bedrag (MPB) 2016 worden de grensoverschrijdende zorgkosten meegenomen. Het gaat hier om de totale grensoverschrijdende kosten. Dus zowel de kosten voor ingezetenen als de kosten voor niet-ingezetenen en zowel de ZiN-route als de zorgverzekeraarroute.[2] Bij herweging naar de verzekerdenraming van het ZiN worden ook zowel verzekerdenjaren van ingezetenen als niet-ingezetenen meegenomen.

[2] Zie VWS (2015), Bepaling macro-deelbedragen 2016:
"Relevant voor het MPB zijn grensoverschrijdende zorg, zorgkosten in het buitenland van grensarbeiders en kosten van tijdelijk verblijf (circa € 520 miljoen). Voor de verdeling naar deelbedragen wordt per 2016 voornamelijk aangesloten bij de verdeling van kosten in het MPB en deels bij declaratiegegevens van het Zorginstituut Nederland met betrekking tot de kosten buitenland."

3 Zorgkosten niet-ingezetenen 2013

Voor niet-ingezetenen is in 2013 € 90 miljoen aan zorgkosten bekend op individuniveau. Een inschatting van de zorgkosten die nog niet bekend zijn op individuniveau (de kosten buitenland via ZiN) bedraagt € 64 tot € 87 miljoen. Een verdeling van deze kosten over verzekerden die rekening houdt met leeftijd, geslacht, inschrijfduur, AvI en MHK biedt de best mogelijke benadering van de werkelijkheid.

Niet-ingezetene verzekerden maken, net als ingezetene verzekerden, drie typen zorgkosten:
- zorgkosten in Nederland;
- zorgkosten in het buitenland via de zorgverzekeraarroute;
- zorgkosten in het buitenland via ZiN.

Een deel van de zorgkosten is bekend op individuniveau in het (voorlopig) kosten-per-verzekerdenbestand 2013 van het ZiN. Dit zijn de zorgkosten die niet-ingezetenen maken in Nederland, en de zorgkosten buitenland die via de zorgverzekeraarroute binnenkomen. Ook de kosten buitenland via ZiN die verzekeraars vanaf 1 januari 2013 ter goedkeuring binnenkrijgen worden op individuniveau vastgelegd in het kosten-per-verzekerdenbestand. De totale zorgkosten die op individuniveau in het (voorlopig) kosten-per-verzekerdenbestand 2013 bekend zijn bedragen ruim € 82 miljoen voor somatische zorg en € 8 miljoen aan GGZ-kosten. In het voorlopig kosten-per-verzekerdenbestand 2012 was dit € 72 miljoen en € 6 miljoen.

3.1 Zorgkostenbuitenland via ZiN 2013

Er is een aantal informatieproblemen in het bepalen van zorgkosten buitenland 2013 die via de ZiN-route binnenkomen, namelijk:
- deze kosten komen vertraagd binnen. Daardoor zijn de kosten 2013 op transactiebasis nog niet compleet. Tot en met december 2014 is slechts € 6 miljoen kosten buitenland via ZiN over 2013 geregistreerd. In 2015 is nog eens € 103 miljoen kosten buitenland via ZiN over 2013 geregistreerd;
- kosten die verzekeraars tot 1 januari 2013 ter goedkeuring binnenkrijgen zijn niet op individuniveau geregistreerd in het kosten-per-verzekerdenbestand. Van deze kosten is daarom onbekend welk deel is toe te kennen aan niet-ingezetenen.[3]

Daarnaast geldt dat zorgverzekeraars vanaf 2015 ook de zorgkosten van de langdurige GGZ en (een deel van) de Verpleging & Verzorging betalen. In 2013 waren dit nog geen Zvw-kosten, daarom dient een inschatting gemaakt te worden van deze kosten voor niet-ingezetenen.

Vanwege deze informatieproblemen is het exacte bedrag aan zorgkosten buitenland 2013 via ZiN niet bekend. Om een inschatting te kunnen maken van de kosten buitenland via ZiN die gemaakt zijn in 2013 kan a) worden uitgegaan van de kosten 2013 op kasbasis of b) worden uitgegaan van kosten op transactiebasis uit eerdere jaren. In WOR 736 is ervoor gekozen om uit te gaan van

[3] Vanaf 1 januari 2013 worden de kosten buitenland via ZiN die zorgverzekeraars ter goedkeuring binnenkrijgen wel op individuniveau geregistreerd.

kosten op kasbasis van € 165 miljoen. In 2012 kwamen relatief veel kosten binnen: in 2013 zijn de kosten op kasbasis € 157 miljoen. Een probleem met gebruik van kosten op kasbasis is dat de kosten die bijvoorbeeld in 2012 binnenkomen niet aansluiten bij de aantallen verzekerden en het kostenniveau van 2012. Wanneer het aantal verzekerden(jaren) en/of het kostenniveau toeneemt vormen de kosten op kasbasis 2012 een onderschatting van de kosten op transactiebasis 2012. Een ander probleem met de kosten op kasbasis is dat deze van jaar op jaar sterk kunnen verschillen. Bijvoorbeeld wanneer in een bepaald jaar een inhaalslag wordt gepleegd om ontstane achterstanden uit eerdere jaren weg te werken. Dit was het geval in 2011. Om te voorkomen dat al deze kosten op kasbasis zouden worden toegekend aan vereveningsjaar 2011, is een Convenant opgesteld waarbij deze kosten gedeeltelijk zijn toegekend aan de vereveningsjaren 2008, 2009 en 2010. Het resultaat is dat de kosten op kasbasis voor vereveningsjaar 2011 erg laag zijn (€ 50 miljoen, zie Tabel 3.1). Ook in 2014 is een achterstand ontstaan en zijn de kosten op kasbasis slechts € 122 miljoen. Deze achterstand wordt in 2015 weer weggewerkt – zie Tabel 3.1.

Tabel 3.1 Totale kosten buitenland via het Zorginstituut, uitgesplitst naar vereveningsjaar en transactiejaar

Transactiejaar	vereveningsjaar								Totaal
× 1 miljoen €	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	
2006	42	47	12	1	1	1	0	1	**106**
2007	3	64	43	6	3	1	0	1	**120**
2008	0	12	105	10	11	3	1	2	**142**
2009	0	0	32	31	65	9	2	2	**141**
2010	0	0	0	2	67	61	5	7	**142**
2011	0	0	0	0	18	70	41	11	**141**
2012	0	0	0	0	0	12	67	54	**134**
2013	0	0	0	0	0	0	6	103	**109**
2014	0	0	0	0	0	0	0	37	**37**
2015	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Totaal	**45**	**123**	**192**	**50**	**165**	**157**	**122**	**217**	**1.071**

Bron: Zorginstituut, kosten buitenland

Vanwege de problemen met gebruik van kosten op kasbasis, kan beter worden uitgegaan van kosten op transactiebasis uit eerdere jaren. Tabel 3.1 laat zien dat de kosten voor transactiejaren 2006-2011 (nagenoeg) compleet zijn.

Het is mogelijk een bandbreedte van de zorgkosten 2013 te bepalen door gebruik te maken van zorgkosten buitenland via ZiN uit de (nagenoeg) complete transactiejaren 2008-2011. De complete transactiejaren 2006 en 2007 worden niet meegenomen. De buitenlandkosten in 2006 en 2007 vormen geen goede basis voor een inschatting van de buitenlandkosten in 2013. In vergelijking met 2006 en 2007 bestond de populatie niet-ingezetene Zvw-verzekerden in 2013 voor een groot deel uit buitenlandse seizoenarbeiders met relatief lage zorgkosten.[4]Dit komt omdat het aantal Oost-Europese werknemers tussen 2007 en 2013 sterk toeneemt. Werknemers uit de nieuwe EU-landen (Cyprus, Malta, Estland, Letland, Litouwen, Polen, Tsjechië, Slowakije, Hongarije en Slovenië) hebben immers pas sinds 1 mei 2007 volledige toegang tot de Nederlandse arbeidsmarkt – zie WOR

[4] Zie WOR 736, de gemiddelde zorgkosten van buitenlandse seizoenarbeiders zijn naar inschatting ruim € 200 per verzekerdenjaar lager dan de gemiddelde zorgkosten van de totale groep niet-ingezetenen

698. Ook vanaf 2011 neemt het aantal buitenlandse seizoenarbeiders met relatief lage zorgkosten nog toe. De inschatting op basis van de jaren 2008-2011 leidt daarom waarschijnlijk nog altijd tot een overschatting van de zorgkosten 2013.

In een laag scenario schatten we een ondergrens van de zorgkosten. In een hoog scenario schatten we een bovengrens van de zorgkosten. Het middenscenario geeft de beste inschatting van de zorgkosten 2013. De berekening van de ingeschatte zorgbedragen in de scenario's bestaat uit vijf stappen namelijk:

1. inschatting welk deel van de totale kosten is toe te rekenen aan niet-ingezetenen;
2. inschatting van totale kosten per niet-ingezetene verzekerdenjaar 2013;
3. indexatie van kosten in het verleden;
4. correctie voor dubbele kosten;[5]
5. inschatting van kosten V&V en lGGZ voor niet-ingezetenen.[6]

Onderstaande tabel vat de gemaakte keuzes samen. In de rest van deze paragraaf worden de keuzes toegelicht.

Tabel 3.2 Keuzes gemaakt bij lage, midden en hoge inschatting van zorgkosten buitenland via ZiN 2013

	Laag Scenario	Midden Scenario	Hoog Scenario
1. Inschatting deel toerekenen aan niet-ingezetenen	Formulier 106: alles Toestemmingsgevallen: niets Tijdelijk verblijf: 5%	Formulier 106: alles Toestemmingsgevallen: niets Tijdelijk verblijf: 5%	Formulier 106: alles Toestemmingsgevallen: niets Tijdelijk verblijf: 5%
2. Inschatting totale kosten	Kosten per verzekerdenjaar nemen uit het jaar met laagste kosten per verzekerdenjaar	Kosten per verzekerdenjaar zijn een gemiddelde van de kosten 2008-2011	Kosten per verzekerdenjaar nemen uit het jaar met hoogste kosten per verzekerdenjaar
3. Indexatie	Alleen prijsstijging: 1 procent	Prijsstijging + volumestijging excl. vergrijzing: 3,3 procent	Prijsstijging + volumestijging excl. vergrijzing: 3,3 procent
4. Correctie voor dubbele kosten	€ 11 miljoen	€ 11 miljoen	€ 11 miljoen
5. Inschatting kosten V&V en lGGZ	€ 300.000	€ 300.000	€ 300.000
Ingeschat bedrag via ZiN 2013obv stap 1 t/m 5	€ 64 miljoen	€ 76 miljoen	€ 87 miljoen

3.1.1 Inschatting welk deel totale kosten is toe te rekenen aan niet-ingezetenen

Uit de informatie van zorgverzekeraars blijkt dat ongeveer 5 procent van de kosten tijdelijk verblijf kan worden toegerekend aan niet-ingezetenen. Twee zorgverzekeraars hebben informatie verschaft over de kosten buitenland via ZiN, opgesplitst naar verzekerden woonachtig in het buitenland

5 Een deel van de kosten voor zorg via de ZiN-route die is geleverd in 2013 zit ook in het KPV 2013, namelijk het deel van de betalingen via ZiN dat al is geaccordeerd op het moment dat verzekeraars het KPV 2013 aanleveren.

6 De kosten V&V en langdurige GGZ betreffen niet alleen kosten buitenland via ZiN maar ook Nederlandse zorgkosten en kosten buitenland via de zorgverzekeraarroute.

(formulier 106), tijdelijk verblijf en toestemmingsgevallen. Deze informatie is beschikbaar voor transactiejaren 2012, 2013 en 2014. Per jaar en vooral per zorgverzekeraar verschilt het percentage van de kosten tijdelijk verblijf dat wordt gemaakt door niet-ingezetenen. Bij een zorgverzekeraar met veel niet-ingezetenen wordt een relatief groot deel van de kosten tijdelijk verblijf gemaakt door niet-ingezetenen. Bij een zorgverzekeraar met weinig niet-ingezetenen slaat juist maar een klein deel van de kosten tijdelijk verblijf neer bij de niet-ingezetenen. De kosten tijdelijk verblijf zijn per zorgverzekeraar en per transactiejaar representatief gemaakt voor de verhouding niet-ingezetenen versus ingezetenen in Nederland – zie Box 3.1.Voor beide verzekeraars en in alle transactiejaren blijkt dan dat ongeveer 5 procent van de totale kosten tijdelijk verblijf in Nederland kan worden toegerekend aan niet-ingezetenen. Aangezien het berekende percentage ongeveer hetzelfde is voor beide verzekeraars en over alle transactiejaren, varieert het niet over scenario's. Het berekende percentage is representatief voor Nederland, omdat een groot deel van de niet-ingezetenen in Nederland verzekerd is bij de twee zorgverzekeraars die informatie hebben verschaft.

Box 3.1 Kosten tijdelijk verblijf op verzekeraarsniveau representatief gemaakt voor Nederland

Stel dat een zorgverzekeraar 50 procent niet-ingezetenen heeft, en € 50 kosten maakt voor zijn niet-ingezetenen en € 50 voor zijn ingezetenen. Dan maken ingezetenen en niet-ingezetenen beide gemiddeld per persoon evenveel kosten. Maar in Nederland is er maar 1 procent niet-ingezetenen. Als de ingezetenen en niet-ingezetenen per persoon dezelfde kosten maken wordt in Nederland dus maar 1 procent van de totale kosten tijdelijk verblijf door niet-ingezetenen gemaakt. In werkelijkheid maken niet-ingezetenen gemiddeld hogere kosten tijdelijk verblijf dan ingezetenen, en kan daarom niet 1 procent maar 5 procent van de kosten tijdelijk verblijf aan niet-ingezetenen worden toegewezen.

Uit dezelfde informatie van de zorgverzekeraars blijkt dat het overgrote deel van de buitenlandse zorgkosten die binnenkomen via ZiN en geboekt worden op formulier 106, toe te schrijven zijn aan niet-ingezetenen. Alle scenario's kennen dan ook 100 procent van de kosten geboekt op formulier 106 toe aan niet-ingezetenen. Buitenlandse zorgkosten via het ZiN die betrekking hebben op toestemmingsgevallen betreffen vrijwel altijd ingezetenen. Alle scenario's kennen dan ook 0 procent van de kosten geboekt als toestemmingsgevallen toe aan niet-ingezetenen.

Tabel 3.3 laat zien dat de totale kosten die per transactiejaar worden geboekt op formulier 106 € 55 miljoen tot € 64 miljoen bedragen. De totale kosten tijdelijk verblijf die kunnen worden toegerekend aan niet-ingezetenen bedragen € 2 - € 3 miljoen.

Tabel 3.3 Kosten buitenland via het Zorginstituut 2008-2011 – per formulier

Transactiejaar	**Totaal kosten in miljoenen €**		
	Formulier 106	Tijdelijk verblijf	5% Tijdelijk verblijf
08	55	46	2
2009	55	51	3
2010	64	52	3
2011	64	55	3

Bron: Zorginstituut, kosten buitenland. Berekeningen SEO Economisch Onderzoek

3.1.2 Inschatting van totale kosten per niet-ingezetene verzekerdenjaar 2013

Vanwege de problemen met gebruik van kosten op kasbasis, kan beter worden uitgegaan van kosten op transactiebasis uit eerdere jaren. Door per jaar de kosten te delen door het aantal niet-ingezetene verzekerdenjaren, resulteert een goede inschatting van de kostenper verzekerdenjaar voor de jaren 2008-2011, zie Tabel 3.4.

De kosten per verzekerdenjaar die worden geboekt op formulier 106 en op tijdelijk verblijf zijn vrij stabiel over de jaren 2008-2011. De kosten uit 2008-2011 zijn echter nog geen goede inschatting van de kosten in 2013. Tussen 2008 en 2013 zijn immers de zorgkosten gestegen, zowel door stijging in de prijs als in het volume van de geleverde zorg: gemiddeld steeg het MPB per verzekerde tussen 2008 en 2013 met ongeveer 4 procent per jaar.[7] In de periode 2008-2013 stijgen de zorgkosten ZWV met ongeveer 0,7 procentpunt per jaar door vergrijzing.[8] Het is niet aannemelijk dat de zorgkosten van buitenlandse seizoenarbeiders tussen 2008 en 2013 stijgen door vergrijzing. De zorgkosten uit de jaren 2008-2011 worden daarom geïndexeerd met 4 – 0,7 = 3,3 procent per jaar.

Tabel 3.4 Kosten buitenland via het Zorginstituut 2006-2010 per niet-ingezetene verzekerdenjaar, euro's 2013

Transactie-jaar	Totaal kosten in miljoenen €		Totaal kosten in miljoenen €	Verzekerdenjaren niet-ingezetenen	Kosten per Verzekerdenjaar, euro		Kosten per verzekerdenjaar, euro's 2013 (geïndexeerd 3,3%)	
	Form. 106	Tijdelijk verblijf	5% Tijdelijk verblijf		Form. 106	Tijdelijk verblijf	Form. 106	Tijdelijk verblijf
2008	55	46	2	119.991	455	19	**535**	**23**
2009	55	51	3	140.156	396	18	451	21
2010	64	52	3	149.025	429	17	473	19
2011	64	55	3	159.585	400	17	*427*	*18*

Bron: Zorginstituut, kosten buitenland. Berekeningen SEO Economisch Onderzoek

Tabel 3.4 laat zien dat de geïndexeerde zorgkosten buitenland via ZiN die geboekt zijn op formulier 106 (verzekerden woonachtig in het buitenland) in 2008 het hoogst zijn, namelijk € 535 per verzekerdenjaar. Het deel van de kosten voor tijdelijk verblijf toegekend aan niet-ingezetenen zijn ook het hoogst in 2008, namelijk € 23 per verzekerdenjaar. Deze getallen vormen de bovengrens van de kosten per verzekerdenjaar in 2013 ('scenario hoog'). Voor formulier 106 zijn de laagste kosten per verzekerdenjaar € 427, tegen minimale kosten van € 18 per verzekerdenjaar voor tijdelijk verblijf. Deze getallen vormen de ondergrens van de kosten per verzekerdenjaar in 2013 ('scenario laag'). Het gemiddelde van de kosten over de jaren 2008-2011 vormt een goede inschatting van de werkelijke kosten 2013 ('scenario midden').

7 Hierin zijn stijgingen van het MPB door opname van de geriatrische revalidatiezorg in het MPB (vanaf 2013) niet meegenomen. Gebruik van geriatrische revalidatiezorg lijkt niet relevant voor niet-ingezetenen, die veelal niet ouder zijn dan 64 (zie WOR 736, Tabel 2.8).

8 Bronnen: (1) Stijging zorgkosten tussen 2011 en 2013 te wijten aan vergrijzing is 0,7 procent: berekeningen ZiN op basis van informatie van Vektis omtrent Zvw-kosten per leeftijd/geslacht categorie en informatie uit de Voorlopige Vaststelling omtrent aantal verzekerden in 2011, 2012 en 2013. (2) Stijging zorgkosten tussen 2008 en 2011 te wijten aan vergrijzing is 0,7 procent: Vermeend W. & Boxtel R. van (2010).

3.1.3 Indexatie van kosten in het verleden

In Tabel 3.4 is gekozen om kosten uit het verleden vergelijkbaar te maken met te verwachten kosten in 2013 door te indexeren met de gemiddelde stijging van het MPB per verzekerdenjaar in de periode 2008-2013, exclusief de stijging die is toe te wijzen aan de vergrijzing van de Nederlandse bevolking. Het hoge scenario en middenscenario maakt gebruik van ditzelfde percentage. De stijging van alleen de prijs van zorg in de periode 2007-2011 is volgens het RIVM minder dan 1 procent.[9] Het lage scenario hanteert een percentage van 1 procent als inschatting van de stijging van de prijs van zorg in de periode 2008-2013. Dit betekent dat het lage scenario een mogelijke groei in het volume van zorggebruik door niet-ingezetenen niet honoreert. Tabel 3.5 toont de kosten per scenario inclusief de indexatie passende bij dit scenario.

Tabel 3.5 Scenario's kosten buitenland via het Zorginstituut, indexatie per scenario

Transactiejaar 2013, scenario:	**Kosten per verzekerdenjaar, euro's 2013**		**Verzekerdenjaren niet-ingezetenen**	**Totaal kosten in miljoenen €**		
	Formulier 106	Tijdelijk verblijf		Formulier 106	Tijdelijk verblijf	Formulier 106 + Tijdelijk verblijf
Hoog	**535**	**23**	175.894	94	4	98
Midden	471	20	175.894	83	4	86
Laag	*409*	*18*	175.894	72	3	75

Bron: Zorginstituut, kosten buitenland. Berekeningen SEO Economisch Onderzoek. De kosten per verzekerdenjaar in het lage scenario in deze tabel zijn lager dan de kosten in Tabel 3.4, vanwege indexatie met 1% in plaats van 3,3%.

3.1.4 Correctie voor dubbele kosten

Een deel van de kosten buitenland via ZiN is al op individuniveau aanwezig in het kosten-per verzekerdenbestand 2013. Het (voorlopig) kosten-per-verzekerdenbestand 2013 leveren zorgverzekeraars aan op 1 mei 2015. De afsluitdatum voor het kosten-per-verzekerdenbestand 2013 is gemiddeld 1 april 2015. Dit betekent dat de kosten over 2013 die tot en met het eerste kwartaal van 2015 binnenkomen aanwezig zijn in het (voorlopig) kosten-per-verzekerdenbestand 2013.

In kasjaar 2013 en 2014 is ongeveer € 6 miljoen aan kosten buitenland via ZiN gedeclareerd die betrekking hadden op transactiejaar 2013. In 2015 kwam daar nog € 103 miljoen bij – zie Tabel 3.1. Naar inschatting is daarom een bedrag van ongeveer € 32 miljoen (€ 6 miljoen + 25 procent van € 103 miljoen) tot en met het eerste kwartaal van 2015 binnengekomen.

Het deel van deze € 32 miljoen aan kosten dat wordt gemaakt door niet-ingezetenen wordt al meegeteld op individuniveau op basis van het (voorlopig) kosten-per-verzekerdenbestand. Dit deel moet dan ook niet meetellen in de verdeling van de kosten 2013 die (nog) niet op individu-niveau bekend zijn.

Naar schatting bedraagt € 11 miljoen van de € 32 miljoen aan kosten die al op individuniveau bekend zijn, kosten voor niet-ingezetenen. Dit bedrag bestaat uit € 10,3 miljoen kosten formulier 106, 5 procent van € 14,2 miljoen kosten tijdelijk verblijf en 0 procent van € 4,0 miljoen geplande

[9] Zie http://www.nationaalkompas.nl/zorg/trends-in-kosten/.

zorg.[10] Na correctie voor dubbele kosten resulteert een macrobedrag van € 64 miljoen tot € 87 miljoen kosten buitenland via ZiN dat is toe te rekenen aan niet-ingezetenen en nog niet op individuniveau bekend is (zie Tabel 3.6).

3.1.5 Inschatting kosten V&V en lGGZ voor niet-ingezetenen

Omdat Verpleging en Verzorging en langdurige GGZ in 2013 nog niet onder de Zvw vielen, maar in 2016 wel, dient een inschatting gemaakt te worden van de totale kosten (Nederland én buitenland) V&V en lGGZ voor niet-ingezetenen. Uit gesprekken met zorgverzekeraars komt naar voren dat kosten van langdurige GGZ voor niet-ingezetenen verwaarloosbaar zijn.[11] Alle scenario's rekenen daarom met € 0 aan kosten langdurige GGZ voor niet-ingezetenen. De kosten V&V voor niet-ingezetenen bedragen € 300.000 in 2013, ofwel € 1,70 per verzekerdenjaar. In totaal maken 71 niet-ingezetenen kosten V&V in 2013. iBMG heeft dit berekend op basis van een selectie van verzekerden uit BASIC2013 met woonland ongelijk aan Nederland en koppeling met de door Vektis ten behoeve van de OT geleverde AWBZ-data. Onduidelijk is of in de AWBZ-data ook kosten buitenland zijn meegenomen. Uit informatie van zorgverzekeraars blijkt echter dat de kosten buitenland V&V minimaal zijn, namelijk een paar eurocent per niet-ingezetene verzekerdenjaar in 2015. Dit betreffen de kosten V&V buitenland via de zorgverzekeraar, de V&V buitenland via ZiN over 2015 zijn (nog) niet compleet. Alle scenario's rekenen daarom met € 300.000 kosten V&V voor niet-ingezetenen. De € 300.000 kosten V&V worden opgeteld bij de inschatting van de kosten buitenland via ZiN en dit resulteert uiteindelijk in een macrobedrag van € 64 miljoen tot € 87 miljoen. Dit zijn de ingeschatte zorgkosten die niet op individuniveau bekend zijn (zie laatste kolom Tabel 3.6). Voor het gemak worden deze ingeschatte zorgkosten (inclusief V&V) in het vervolg aangeduid met 'kosten buitenland via ZiN'.

Tabel 3.6 Scenario's kosten buitenland via het Zorginstituut, correctie voor dubbele kosten en kosten lGGZ en V&V

Transactiejaar 2013, scenario:	**Totaal kosten in miljoenen €**				
	Formulier 106	Tijdelijk Verblijf	Formulier 106 + Tijdelijk Verblijf	Correctie voor dubbele kosten	Plus kosten lGGZ en V&V
Hoog	94	4	98	87	**87**
Midden	83	4	86	76	**76**
Laag	72	3	75	64	**64**

Bron: Zorginstituut, kosten buitenland. Berekeningen SEO Economisch Onderzoek.

[10] Zie Zorginstituut, kosten buitenland. Het gehele bedrag formulier 106 dat tot en met het eerste kwartaal van 2015 al binnen is over 2013 bedraagt € 11,4 miljoen. Een deel van dit bedrag (10 procent) wordt door zorgverzekeraars in 2013 toegekend aan het cluster vaste zorgkosten en zit daarom niet in het kosten-per-verzekerdenbestand. De dubbele kosten formulier 106 bedragen derhalve 0,9*€11,4 miljoen = € 10,3 miljoen. Hetzelfde geldt voor het bedrag geboekt op tijdelijk verblijf.

[11] Logischerwijs zullen kosten langdurige GGZ niet veel voorkomen onder niet-ingezetenen, omdat een persoon die langer dan vier maanden in Nederland verblijft zich in moet schrijven in de BRP. Hoewel inschrijving in de BRP niet precies hetzelfde is als ingezetene zijn voor de Zvw, zal bij een verblijf in een Nederlandse instelling langer dan een jaar (langdurige GGZ) het merendeel van de niet-ingezetenen inmiddels ingezetene zijn.

3.2 Verdeling zorgkosten over individuen

Om de zorgkosten voor niet-ingezetenen niet te onderschatten, moeten de kosten voor buitenlandse zorg die via het ZiN lopen en nog niet op individuniveau geregistreerd zijn, over de niet-ingezetenen verdeeld worden. In het vereveningsmodel 2016 worden de kosten voor grensoverschrijdende zorg die gemaakt zijn met toepassing van de internationale regeling voor 90 procent aangemerkt als variabele zorgkosten en voor 10 procent als kosten van verpleging en verzorging.[12] De zorgkosten buitenland via ZiN dienen dus te worden beschouwd als somatische zorgkosten.

Er zijn verschillende manieren om de kosten buitenland via ZiN te verdelen over individuen. In dit onderzoek worden drie manieren gehanteerd:

- op basis van leeftijd/geslacht en inschrijfduur (een beknopt risicoprofiel, cf WOR 736);
- op basis van leeftijd/geslacht, AvI, MHK en inschrijfduur (een uitgebreid risicoprofiel);
- op basis van aansluiting op zorgverzekeraarniveau.

Beknopt risicoprofiel (cf WOR 736)
Per scenario worden de macrokosten buitenlandzorg via ZiN verdeeld over niet-ingezetenen op basis van hun leeftijd/geslacht. Dit om ervoor te zorgen dat (net als bij de ingezetenen) een 60- tot 64-jarige hogere zorgkosten heeft dan een 30- tot 34-jarige. Daarnaast wordt rekening gehouden met de inschrijfduur: een persoon die slechts kort verzekerd was, heeft daardoor lagere kosten dan een persoon die het hele jaar verzekerd was. De schatting gaat zoals beschreven in WOR 736: ieder individu krijgt de normkosten uit het somatische risicovereveningsmodel toegewezen op basis van zijn of haar leeftijd en geslacht en inschrijfduur. Deze normkosten zijn dus gebaseerd op het risicoprofiel van ingezetenen. Vervolgens wordt bij iedereen hetzelfde percentage van deze kosten afgehaald, om ervoor te zorgen dat de kosten optellen tot het macrobedrag (€ 64, 76 of 87miljoen, afhankelijk van het gehanteerde scenario).

Uitgebreid risicoprofiel
Per scenario worden de macrokosten buitenlandzorg via ZiN verdeeld over niet-ingezetenen op basis van hun leeftijd/geslacht, inschrijfduur, AvI en MHK. Er wordt dus aanvullend rekening gehouden met AvI en MHK: een arbeidsongeschikte heeft hogere zorgkosten dan een bijstandsgerechtigde, en een persoon mét Meerjarig Hoge Kosten heeft hogere zorgkosten dan een persoon zonder Meerjarig Hoge Kosten. De schattingsprocedure is hetzelfde als onder het beknopte risicoprofiel.

Bij verdeling op basis van de risicoprofielen wordt weinig rekening gehouden met gezondheidscriteria – omdat deze niet bekend zijn voor niet-ingezetenen. Daardoor worden te weinig kosten toegekend aan ongezonde ouderen, en te veel aan gezonde jongeren. Hierbij wordt aangesloten bij de huidige berekening van normkosten voor niet-ingezetenen, zie Hoofdstuk 1. Beter zou zijn om het risicoprofiel te baseren op normkosten van een risicovereveningsmodel waarin alleen kenmerken opgenomen zijn die voor niet-ingezetenen bekend zijn, zodat kosten niet teveel toegerekend worden aan gezonde jongeren. Datzelfde geldt voor de huidige berekening van de normkosten.

[12] Zie Regeling risicoverevening 2016, Staatscourant 2015 nr. 39697, 25 november 2015, artikel 12 lid2.

Aansluiting op zorgverzekeraarniveau

Nadeel van een verdeling van kosten op basis van risicoprofielen is dat voor niet-ingezetenen slechts een beperkt aantal kenmerken (leeftijd, geslacht, AvI, MHK) bekend is. Met FKG, DKG en HKG kan geen rekening worden gehouden. Een ander nadeel is dat de kosten voor niet-ingezetenen worden verdeeld op basis van de verhouding in normkosten voor ingezetenen.

Een alternatief is daarom om aan te sluiten bij de zorgkosten per zorgverzekeraar. Wanneer uit wordt gegaan van totale zorgkosten op kasbasis, is dat betrekkelijk eenvoudig. De zorgkosten op kasbasis per zorgverzekeraar zijn bekend en kunnen per zorgverzekeraar worden verdeeld over verzekerden op basis van leeftijd, geslacht, inschrijfduur en eventueel ook AvI en MHK. Voor de berekening van de zorgkosten buitenland via ZiN is gekozen voor een inschatting op transactiebasis omdat kosten op kasbasis niet aansluiten bij de aantallen verzekerdenjaren, en omdat kosten op kasbasis sterk kunnen variëren van jaar op jaar. Op zorgverzekeraarniveau spelen de genoemde problemen met bedragen op kasbasis ook, zie Tabel 3.7.

Box 3.2 Problemen met kosten per verzekeraar op kasbasis

Er zijn verzekeraars (in de Tabel, verzekeraar A) met sterk oplopende kosten buitenland per verzekerdenjaar, bijvoorbeeld omdat ze krimpen. De hoge kosten die in 2013 nog binnenkomen worden dan omgeslagen over te weinig verzekerden. Voor deze zorgverzekeraars worden kosten in 2013 op kasbasis te hoog ingeschat. Vice versa worden voor verzekeraars die sterk groeien de zorgkosten te laag ingeschat (verzekeraar B in de Tabel). Dan zijn er nog verzekeraars die juist in 2013 heel hoge kosten maken (zorgverzekeraar C). Het lijkt onwaarschijnlijk dat deze hoge kosten worden veroorzaakt door een verandering in de eigenschappen van de niet-ingezetene verzekerden. Meer waarschijnlijk is dat in 2013 toevallig een borderel is afgesloten dat betrekking heeft op een buitenland waar zorgverzekeraar C een groot deel van haar buitenlandkosten maakt.

Tabel 3.7 Kosten buitenland via ZiN per niet-ingezetene verzekerdenjaar (formulier 106) verschillen sterk over kasjaren

Verzekeraar	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
A	€ 44	€ 178	€ 257	€ 104	€ 347	€ 427	€ 1.026
B	€ 243	€ 355	€ 90	€ 11	€ 21	€ 23	€ 24
C	€ 540	€ 404	€ 925	€ 105	€ 625	€ 1.176	€ 675

Bron: Zorginstituut, kosten buitenland. Berekeningen SEO Economisch Onderzoek.

Wanneer wordt uitgegaan van kosten op transactiebasis, is aansluiting op zorgverzekeraarniveau minder eenvoudig. De kosten 2013 op transactiebasis zijn nog niet compleet. Er dient daarom een inschatting te worden gemaakt van kosten 2013 op transactiebasis per zorgverzekeraar. Idealiter wordt bij een inschatting van kosten op transactiebasis per zorgverzekeraar dezelfde procedure gevolgd als bij de inschatting van de totale kosten op transactiebasis. Hierbij speelt een aantal problemen:

- op zorgverzekeraarniveau is niet bekend welk deel van de kosten tijdelijk verblijf wordt gemaakt door niet-ingezetenen. Alleen de kosten formulier 106 zijn daarom bruikbaar om een verdeling te maken op zorgverzekeraarniveau;
- de kosten op zorgverzekeraarniveau zijn niet volledig bekend op transactiebasis, ook niet voor de jaren 2008-2011. Dit komt omdat van kosten die worden verwerkt via de centrale verwerkingseenheid van CZ, Delta Lloyd en OHRA en de centrale verwerkingseenheid van Univé, VGZ, IZA, TRIAS en UMC niet bekend is door welke zorgverzekeraar de kosten zijn betaald.

Per kasjaar is wél bekend welk deel van de kosten van de centrale verwerkingseenheden door welke zorgverzekeraar is betaald;

- kosten op transactiebasis van nieuwe zorgverzekeraars kunnen niet worden ingeschat. Voor nieuwe verzekeraars zijn de kosten over 2008-2011 immers niet bekend. Aansluiten op zorgverzekeraarniveau is dus niet toekomstbestendig. Op dit moment speelt dit praktische probleem niet omdat alle verzekeraars die in 2013 aanwezig zijn in 2008 ook al bestonden.

Rekening houdend met deze praktische problemen is de procedure om het macrobedrag kosten buitenland ZiN 2013 (€ 64, 76 of 87 miljoen, afhankelijk van het scenario) te kunnen verdelen over zorgverzekeraars als volgt:

1. toewijzen van kosten centrale verwerkingseenheden op kasbasis aan transactiejaren per verzekeraar. De kosten op kasbasis die worden verwerkt door de centrale verwerkingseenheden moeten per zorgverzekeraar over transactiejaren worden verdeeld. Per kasjaar is wél bekend welk deel van de kosten van de centrale verwerkingseenheden door welke zorgverzekeraar is betaald. Bij deze bedragen op kasbasis wordt aangesloten bij de toewijzing van de kosten centrale verwerkingseenheden. De verdeelsleutel gaat ervan uit dat wanneer voor zorgverzekeraar A de kosten die in 2010 direct zijn betaald (niet via het centrale verwerkingsorgaan) bestaan uit 50 procent kosten uit 2009 en 50 procent kosten uit 2008, de kosten van het centrale verwerkingsorgaan in dat kasjaar ook voor 50 procent zijn toe te rekenen aan transactiejaar 2009 en voor 50 procent aan transactiejaar 2008;[13]
2. per zorgverzekeraar worden de kosten per verzekerdenjaar in transactiejaren 2008, 2009, 2010, 2011 bepaald. Alleen kosten geboekt op formulier 106 worden meegenomen;
3. per zorgverzekeraar worden de bedragen per verzekerdenjaar vermenigvuldigd met het aantal verzekerdenjaren in 2013. Dit geeft de geschatte kosten (formulier 106) 2013 per verzekeraar. Sommeren over verzekeraars geeft de totale geschatte kosten 2013. De zorgverzekeraars die in de jaren 2008-2011 wel bestonden maar in 2013 niet meer zijn niet meegenomen in de inschatting van de totale geschatte kosten 2013 op zorgverzekeraarniveau;
4. per zorgverzekeraar wordt in de transactiejaren 2008, 2009, 2010, 2011 bepaald welk percentage van de totale geschatte kosten 2013 aan die zorgverzekeraar is toe te rekenen;
5. per zorgverzekeraar wordt een gemiddeld percentage over alle transactiejaren berekend. Dit gemiddelde percentage is het aandeel van die zorgverzekeraar in het macrobedrag kosten buitenland ZiN 2013.

De resulterende macrobedragen per zorgverzekeraar worden over niet-ingezetenen verdeeld op basis van hun leeftijd, geslacht, inschrijfduur, MHK en AvI.

Nadeel van de inschatting van de aandelen per zorgverzekeraar is dat deze aandelen worden bepaald op basis van de kenmerken van de verzekerdenpopulatie in 2008-2011. Voor zorgverzekeraars wiens verzekerdenbasis is verslechterd tussen 2008 en 2013 wordt het aandeel in de macrokosten onderschat. Voor zorgverzekeraars wiens verzekerdenbasis is verbeterd tussen 2008 en 2013 wordt het aandeel in de macrokosten overschat. Dit is goed te zien bij de aandelen per transactiejaar van zorgverzekeraar B in Tabel 3.8. Deze zorgverzekeraar heeft in 2008 en 2009 een groot

[13] Voor kasjaar 2015 is niet bekend welk deel van de kosten centrale verwerkingseenheden door welke zorgverzekeraar zijn bepaald. Voor kasjaar 2015 wordt daarom aangesloten bij de verdeling van kasjaar 2014 over de verzekeraars.

aandeel in de kosten op transactiebasis, maar in 2010 en 2011 een klein aandeel. Haar verzekerdenpopulatie verbetert dus in de loop der jaren. Door te rekenen met een gemiddelde over 2008-2011 wordt het aandeel in de macrokosten voor deze verzekeraar waarschijnlijk overschat. Uitgaan van het meest recente volledige jaar op transactiebasis (2011) is ook geen oplossing: bij zorgverzekeraar E is 2011 toevallig een jaar met relatief hoge kosten. Door te rekenen met alleen 2011 wordt het aandeel in de macrokosten voor deze verzekeraar waarschijnlijk overschat.

Tabel 3.8 Aandeel per zorgverzekeraar in totale kosten varieert sterk per transactiejaar

	2008	2009	2010	2011	Gemiddeld
Zorgverzekeraar A	17,9	18,8	15,8	12,5	16,3
Zorgverzekeraar B	13,5	11,5	3,1	2,3	7,6
Zorgverzekeraar C	11,1	16,6	20,4	17,5	16,4
Zorgverzekeraar D	8,0	7,9	9,9	11,2	9,3
Zorgverzekeraar E	5,9	5,8	5,1	8,2	6,2
Zorgverzekeraar F	26,6	20,4	27,2	31,4	26,4

Bron: Zorginstituut, kosten buitenland. Berekeningen SEO Economisch Onderzoek. De tabel laat voor de zes verzekeraars met een berekend gemiddeld aandeel van meer dan 5 procent de aandelen per transactiejaar zien.

3.3 Totaal zorgkosten 2013 per zorgverzekeraar

Afhankelijk van het gehanteerde scenario voor de zorgkosten via ZiN bedragen de totale zorgkosten € 155 tot € 178 miljoen, ofwel € 879 tot € 1.011 per verzekerdenjaar (zie Tabel 3.9). De kosten per verzekerdenjaar zijn in alle scenario´s hoger dan de inschatting van € 811 kosten per verzekerdenjaar 2012 uit WOR 736. Dit komt doordat in het (voorlopig) KPV 2012 waarmee in WOR 736 is gerekend slechts € 78 miljoen kosten op individuniveau staan geregistreerd tegenover € 90 miljoen in het (voorlopig) KPV 2013. Het bijgeschatte bedrag in WOR 736 bedroeg € 68 miljoen tegenover € 64 - € 87 miljoen in de gehanteerde scenario's voor 2013.

Tabel 3.9 Totale zorgkosten niet-ingezetenen 2013 € 155 tot € 178 miljoen

Scenario	Kosten KPV 2013, miljoenen €	Bijschatting kosten buitenland via ZiN, miljoenen €	Zorgkosten, miljoenen €	Verzekerdenjaren	Zorgkosten per verzekerdenjaar	Zorgkosten per verzekerdenjaar – WOR 736
Laag	90	64	155	175.893	879	811
Midden	90	76	166	175.893	945	811
Hoog	90	87	178	175.893	1.011	811

Bron: Berekeningen SEO Economisch Onderzoek.

De kosten buitenland via ZiN zijn op drie manieren over niet-ingezetenen verdeeld: een verdeling op basis van leeftijd, geslacht en inschrijfduur (risicoprofiel), een verdeling op basis van leeftijd, geslacht, inschrijfduur, AvI en MHK (uitgebreid risicoprofiel) en aansluiting op het ingeschatte macrobedrag per zorgverzekeraar.

Tabel 3.10 laat zien dat de gemiddelde kosten en bandbreedte bij de drie methoden van verdelen ongeveer gelijk zijn. De gemiddelde kosten per verzekeraar zijn niet gewogen met het aantal verzekerden. Tussen de resultaten bij uitsmeren op basis van risicoprofiel en uitgebreid risicoprofiel is nauwelijks verschil: vrijwel alle niet-ingezetenen vallen in MHK 0 (99,5 procent) en AvI referentiegroep (92 procent).Het gemiddeld absolute verschil over zorgverzekeraars is € 6 in het lage scenario en € 8 in het hoge scenario. Dit betekent dat de berekende kosten per niet-ingezetene bij verdeling op basis van het uitgebreid risicoprofiel gemiddeld € 6 afwijkt van de berekende kosten per niet-ingezetene bij verdeling op basis van het eenvoudige risicoprofiel. Vanwege gebruik van meer gegevens verdient het aanbeveling om uit te gaan van het uitgebreide risicoprofiel, ook al zijn de verbeteringen minimaal. Kanttekening bij het gebruik van het kenmerk MHK voor niet-ingezetenen is wel dat niet-ingezetenen ook vaak in MHK 0 geplaatst worden omdat kosteninformatie over de drie voorafgaande jaren ontbreekt.

Tussen de resultaten bij uitsmeren op basis van risicoprofiel en aansluiting op zorgverzekeraarniveau zit iets meer verschil, namelijk gemiddeld € 133 (laag scenario) tot € 181 (hoog scenario) op een totaalbedrag van gemiddeld ongeveer € 1.200 per verzekerdenjaar. Wanneer wordt aangesloten op zorgverzekeraarniveau zijn de kosten per niet-ingezetene, gemiddeld over zorgverzekeraars, iets lager. De kosten komen bij deze manier van verdelen vaker terecht bij zorgverzekeraars met weinig niet-ingezetenen. De bandbreedte bij aansluiting op zorgverzekeraarniveau is iets hoger dan bij de andere twee manieren van verdelen.

Tabel 3.10 Gemiddelde kosten en bandbreedte bij drie methoden van verdelen ongeveer gelijk

	Gemiddelde kosten			Bandbreedte			Gemiddeld absolute verschil t.o.v. verdeling o.b.v. risicoprofiel		
	Laag	Midden	Hoog	Laag	Midden	Hoog	Laag	Midden	Hoog
Risicoprofiel	1.111	1.179	1.247	1.831	1.833	1.836	0	0	0
Uitgebreid risicoprofiel	1.114	1.182	1.251	1.848	1.853	1.858	6	7	8
Aansluiting op verzekeraarniveau	1.107	1.174	1.243	1.856	1.887	1.918	133	157	181

Bron: Berekeningen SEO Economisch Onderzoek. Weergegeven zijn de gemiddelde kosten en bandbreedte over de zorgverzekeraars. Het gemiddelde is berekend door per zorgverzekeraar de gemiddelde kosten per niet-ingezetene te bepalen en die te middelen over 26 risicodragers. Het gemiddeld absolute verschil is berekend door per zorgverzekeraar het absolute verschil te bepalen tussen de gemiddelde kosten op basis van verdelen o.b.v. risicoprofiel en één van de andere methoden, en die te middelen over 25 risicodragers.

3.4 Conclusies

De kosten buitenland via ZiN voor het kostenjaar 2013 zijn momenteel (nog) niet volledig bekend op transactiebasis. Daarom wordt in dit hoofdstuk een inschatting gemaakt van de kosten 2013 op basis van de wel (nagenoeg) complete transactiejaren 2008-2011. Dit gebeurt door de kosten uit de eerdere transactiejaren 2008-2011 te indexeren naar het niveau van 2013. Vervolgens worden de kosten buitenland via ZiN die al op individuniveau bekend zijn in het kosten-per-verzekerdenbestand in mindering gebracht. Deze dienen immers niet dubbel te worden geteld. Vervolgens wordt hier een inschatting van de kosten langdurige GGZ en Verpleging & Verzorging bij opgeteld. De resulterende ingeschatte kosten zijn € 64 miljoen in een laag scenario en € 87 miljoen in een hoog scenario. Het meest plausibele middenscenario schat de kosten buitenland via ZiN op € 76 miljoen.

Er is een aantal aannames gemaakt om tot deze inschattingen te komen, namelijk:

- 100 procent van de kosten geboekt op formulier 106 is gemaakt door niet-ingezetenen, 0 procent van de kosten die betrekking hebben op toestemmingsgevallen en 5 procent van de kosten tijdelijk verblijf. Dit blijkt uit informatie van twee verzekeraars met beide een groot aantal niet-ingezetenen;
- de kosten uit transactiejaren 2008-2011 zijn (nagenoeg) compleet. In werkelijkheid komt in 2015 over het transactiejaar 2007 nog ruim € 1 miljoen aan kosten buitenland via ZiN binnen, op een totaal van € 120 miljoen. Het jaar 2011 is nog het minst compleet: in 2015 komt nog € 7 miljoen binnen over 2010. Dit resulteert met name in het lage scenario in een onderschatting van de zorgkosten;
- de kosten uit transactiejaren 2008-2011 zijn representatief voor 2013. In werkelijkheid neemt het aantal buitenlandse seizoenarbeiders met relatief lage zorgkosten onder niet-ingezetenen alsmaar toe. Dit resulteert in een overschatting van de zorgkosten;
- de kosten uit 2008-2011 zijn geïndexeerd naar 2013 op basis van de stijging in het Nederlandse MPB per verzekerde, min de stijging veroorzaakt door vergrijzing. Relevant voor de stijging van de kosten buitenland via ZiN zijn de ziektekosten in de buitenlanden waar de kosten worden gemaakt, niet de ziektekosten in Nederland. Dit resulteert in een overschatting van de zorgkosten wanneer de ziektekosten in Nederland sterker stijgen dan in het buitenland, en een onderschatting wanneer de ziektekosten in Nederland minder sterk stijgen dan in het buitenland;
- de kosten buitenland via ZiN die al op individuniveau bekend zijn bedragen naar verwachting € 11 miljoen. Dit bedrag is een inschatting van de kosten buitenland via ZiN die tot en met maart 2015 binnenkomen over 2013. Sommige verzekeraars geven aan dat voor hun verzekerden de kosten buitenland via ZiN niet tot en met maart geregistreerd staan, maar bijvoorbeeld tot en met februari. Dit resulteert in een overschatting van de dubbele kosten, en dus een onderschatting in de totale zorgkosten. Omdat alleen kosten per jaar bekend zijn, is aangenomen dat 25 procent van de kosten die in het jaar 2015 binnenkomen over 2013 al op individuniveau bekend is. In werkelijkheid komen de kosten niet gelijkmatig over het jaar binnen;
- de inschatting van de kosten voor langdurige GGZ (€ 0) is gebaseerd op gesprekken met verzekeraars, plus de redenatie dat bij verblijf in een Nederlandse instelling langer dan een jaar (langdurige GGZ), de niet-ingezetene inmiddels ingezetene zal zijn;
- de inschatting van de kosten V&V (€ 300.000) bevat niet de kosten V&V buitenland via ZiN. Dit resulteert in een onderschatting van de zorgkosten.

Of de verschillende aannames per saldo leiden tot een overschatting of onderschatting van de zorgkosten is onbekend. Daarom is gewerkt met scenario's waarin de zorgkosten achtereenvolgens laag, midden en hoog zijn ingeschat. De werkelijke kosten buitenland via ZiN liggen naar verwachting tussen de kosten zoals ingeschat in het lage en hoge scenario.

De kosten worden op drie manieren verdeeld: op basis van leeftijd, geslacht en inschrijfduur (risicoprofiel), op basis van leeftijd, geslacht, inschrijfduur, AvI en MHK (uitgebreid risicoprofiel) en door aansluiting op zorgverzekeraarniveau. De verdeling op basis van het risicoprofiel en uitgebreid risicoprofiel geeft nagenoeg dezelfde resultaten, de verdeling door aansluiting op zorgverzekeraarniveau wijkt af. Omdat de verdeling op zorgverzekeraarniveau uitgaat van de kenmerken van de verzekerdenpopulatie in 2008-2011 (die in 2013 sterk veranderd kan zijn), gaat de voorkeur uit naar verdeling op basis van het uitgebreide risicoprofiel. Ook deze verdeling is echter onbetrouwbaar: ten eerste worden de kosten verdeeld op basis van een beperkt aantal kenmerken (leeftijd,

geslacht, AvI, MHK), ten tweede worden de kosten verdeeld op basis van de verhouding in normkosten voor ingezetenen. Bovendien worden kosten over alle niet-ingezetenen uitgesmeerd, terwijl in werkelijkheid de kosten naar verwachting bij een beperkt deel van de niet-ingezetenen terechtkomt.

4 Zorgkosten niet-ingezetenen 2012

Over 2012 zijn al meer kosten buitenland voor niet-ingezetenen op individuniveau geregistreerd. Het is echter niet mogelijk om de kosten buitenland 2012 die op individuniveau geregistreerd zijn te onderscheiden van Nederlandse zorgkosten en administratieve correcties. De toedeling van de ingeschatte kosten buitenland 2013 aan verzekeraars kan daarom niet worden verbeterd door gebruik te maken van de kostengegevens 2012.

In het (voorlopig) kosten-per-verzekerdenbestand 2013 zijn door verzekeraars gemiddeld de buitenlandkosten opgenomen die tot 1 april 2015 zijn betaald. Over 2013 zijn tot en met maart 2015 nog relatief weinig kosten buitenland via ZiN op individuniveau geregistreerd, namelijk ongeveer € 32 miljoen. Ongeveer € 11 miljoen daarvan zijn kosten die zijn toe te wijzen aan niet-ingezetenen (formulier 106 + 5 procent tijdelijk verblijf).

De kostengegevens over 2012 zijn al meer compleet, in dit hoofdstuk staan daarom de kosten uit 2012 centraal. Van ZiN zijn twee bestanden ontvangen:

1. een afslag uit het voorlopige kosten-per-verzekerdenbestand 2012 met informatie die verzekeraars opleveren op 1 mei 2014. Hierin staan de kosten buitenland via ZiN die zijn betaald tot 1 april 2014 (gemiddeld);
2. een afslag uit het definitieve kosten-per-verzekerdenbestand 2012 met informatie die verzekeraars opleveren op 1 mei 2015. Hierin staan de kosten buitenland via ZiN die zijn betaald tot 1 april 2015 (gemiddeld).

Tabel 4.1 laat zien dat € 27 miljoen aan extra zorgkosten geregistreerd staat in het definitieve kosten-per-verzekerdenbestand 2012, ten opzichte van het voorlopige kosten-per-verzekerdenbestand. De analyse in de rest van dit hoofdstuk maakt inzichtelijk of de extra kosten 2012 kunnen worden gebruikt om de verdeling van de buitenlandkosten 2013 via ZiN over verzekerden te verbeteren. Wanneer de extra geregistreerde kosten op individuniveau representatief zijn voor de totale kosten buitenland via ZiN, kunnen de buitenlandkosten 2013 worden verdeeld op basis van de leeftijd/geslachtverdeling van de kosten buitenland 2012 voor niet-ingezetenen, in plaats van de leeftijd/geslachtverdeling van de totale zorgkosten van Nederlanders. Daarnaast wordt de vraag beantwoord welk 2012-bestand het best gebruikt kan worden om de kosten buitenland via ZiN2012 te verdelen over verzekerden. Mogelijk kan op basis van het definitieve kosten-per-verzekerdenbestand een betere inschatting gegeven worden van (de verdeling van) de kosten buitenland via ZiN.

Tabel 4.1 Ruim € 27 miljoen extra zorgkosten in definitief KPV 2012

	Voorlopig 2012	Definitief 2012	Verschil (% van totaal verschil)
Aantal verzekerdenjaren	179.881	179.881	
DBC-zorgproducten	36,5	43,9	7,4 (27%)
Overige prestaties	27,5	41,9	14,4 (53%)
Variabele kosten	8,2	10,3	2,1 (8%)
GGZ	6,1	9,5	3,4 (12%)
Totaal	78,3	105,5	27,2

Bron: kosten-per-verzekerdenbestanden 2012 (KPV 2012), ZiN. Berekeningen SEO Economisch Onderzoek.

4.1 Totale en gemiddelde zorgkosten 2012

Voor de totale kosten buitenland voor niet-ingezetenen via ZiN die niet op individuniveau in het kosten-per-verzekerdenbestand zitten, is een inschatting gemaakt in drie scenario's. De gehanteerde methode is hetzelfde als Hoofdstuk 3. Voor het voorlopige 2012 bestand bedraagt de inschatting € 65 tot € 86 miljoen. De inschatting van de kosten die niet op individuniveau in het definitieve 2012 bestand zitten is € 27,2 miljoen lager, zie Tabel 4.1. Deze kosten zijn dan immers wel geregistreerd.

Tabel 4.2 Totale zorgkosten 2012 € 142 miljoen tot € 164 miljoen

Bestand	Scenario	Kosten KPV 2012, miljoenen €	Bijschatting kosten buitenland via ZiN miljoenen €	Zorgkosten, miljoenen €
Voorlopig 2012	Laag	78	65	143
	Midden	78	74	153
	Hoog	78	86	164
Definitief 2012	Laag	106	37	142
	Midden	106	46	152
	Hoog	106	57	163

De zorgkosten buitenland via ZiN worden zowel in het voorlopige bestand als in het definitieve bestand over individuen verdeeld. Dit gebeurt op basis van een beperkt en een uitgebreid risicoprofiel. De gemiddelde kosten per verzekeraar en bandbreedte zijn voor beide bestanden ongeveer gelijk - zie Tabel 4.3. De Tabel laat ook zien dat de berekende kosten per niet-ingezetene op basis van het definitieve KPV 2012 gemiddeld € 93 à € 94 per verzekeraar afwijken van de berekende kosten per niet-ingezetene op basis van het voorlopig KPV 2012. De bijschatting op basis van het definitieve KPV 2012 is maar € 27,2 miljoen ofwel € 151 per verzekerdenjaar minder dan de bijschatting op basis van het voorlopige KPV 2012. Een afwijking van € 93 op een totaal per verzekerdenjaar van € 151 is fors. Op het eerste gezicht lijkt dus een verbetering in de toewijzing van de kosten buitenland via ZiN mogelijk.

Tabel 4.3 Gemiddelde kosten en bandbreedte bij voorlopig en definitief bestand ongeveer gelijk

	Gemiddelde kosten			Bandbreedte			Gemiddeld absolute verschil t.o.v. voorlopig 2012		
	Laag	Midden	Hoog	Laag	Midden	Hoog	Laag	Midden	Hoog
Risicoprofiel – voorlopig 2012	983	1040	1106	1.143	1.147	1.152	0	0	0
Risicoprofiel – definitief 2012	982	1036	1101	1.136	1.140	1.145	94	94	94
Uitgebreid risicoprofiel – voorlopig 2012	989	1046	1114	1.175	1.184	1.195	0	0	0
Uitgebreid risicoprofiel – definitief 2012	985	1041	1106	1.155	1.163	1.174	93	93	93

Bron: Kosten-per-verzekerdenbestanden 2012 (KPV 2012), ZiN. Berekeningen SEO Economisch Onderzoek. Weergegeven zijn de gemiddelde kosten en bandbreedte over de zorgverzekeraars. Het gemiddelde is berekend door per zorgverzekeraar de gemiddelde kosten per niet-ingezetene te bepalen en die te middelen over 26 risicodragers. Het gemiddeld absolute verschil is berekend door per zorgverzekeraar het absolute verschil te bepalen tussen de gemiddelde kosten op basis van definitief en voorlopig 2012 bestand, en die te middelen over 26 risicodragers.

4.2 Kosten buitenland via ZiN 2012

De verdeling van de extra kosten over leeftijd/geslachtgroepen lijkt op het eerste gezicht logisch: de extra kosten per verzekerdenjaar zijn hoger voor de oudere leeftijdsgroepen, in ieder geval voor de leeftijdsgroepen met een groot aantal verzekerdenjaren (18-64, zie Tabel 4.4).

De totale extra kosten bedragen € 27,2 miljoen en sluiten daarmee redelijk goed aan op een inschatting van de kosten buitenland via ZiN voor niet-ingezetenen die vanaf het 2e kwartaal 2014 t/m het 1e kwartaal 2015 zijn binnengekomen over 2012. Op basis van spreadsheets van het ZiN blijkt dat in die periode naar inschatting € 28,5 miljoen extra aan zorgkosten buitenland via ZiN voor niet-ingezetenen is binnengekomen.[14]

De verdeling van de extra kosten over de posten verraadt echter dat de extra kosten in het definitieve 2012-bestand niet enkel kosten buitenland via ZiN betreffen. De kosten buitenland via ZiN 2012 dienen door verzekeraars in het kosten-per-verzekerdenbestand als volgt te worden verdeeld naar de vier schadebedragen: 35 procent DBC-zorgproducten, 35 procent overige prestaties, 10 procent variabele zorg en 10 procent GGZ. De overige 10 procent wordt toegekend aan vaste zorgkosten en niet meegenomen in het kosten-per-verzekerdenbestand – zie handboek zorgverzekeraars Zvw 2015. Deze verhoudingen zien we niet terug in Tabel 4.1, de extra kosten komen bijvoorbeeld veel sterker ten laste van overige prestaties dan ten laste van DBC-zorgproducten. Blijkbaar bedragen de extra kosten a € 27,2 miljoen niet alleen kosten buitenland via ZiN, maar ook kosten via de zorgverzekeraar, Nederlandse zorgkosten en/of administratieve correcties.

[14] Berekend volgens dezelfde methode als de inschatting van dubbele kosten in paragraaf 3.1.4: laatste 3 kwartalen van 2014 op basis van 75 procent van de kosten die binnenkomen in 2014, eerste kwartaal van 2015 op basis van 25 procent van de kosten die binnenkomen in 2015. Van deze kosten is 10 procent niet opgenomen in het kosten-per-verzekerdenbestand omdat verzekeraars 10 procent van de kosten buitenland in 2012 toekennen aan het cluster vaste zorgkosten. De ingeschatte kosten worden daarom vermenigvuldigd met een factor 0,9.

Ook zijn de extra kosten niet evenredig over zorgverzekeraars verdeeld: er is een zorgverzekeraar A waar vrijwel geen extra kosten binnenkomen, en een verzekeraar B waar € 11 miljoen aan extra kosten is geregistreerd. Dus 40 procent van de extra kosten komt bij één verzekeraar terecht. Dit kan wanneer de extra kosten die in 2014 zijn binnengekomen bepaalde buitenlanden betreft waar verzekerden van zorgverzekeraar A vrijwel geen kosten maken en verzekerden van verzekeraar B wel. Er is ook een verzekeraar waar de zorgkosten in het definitieve 2012-bestand € 1 miljoen lager zijn dan de kosten in het voorlopige 2012-bestand. Dit lijkt een administratieve correctie te zijn.

De extra kosten komen bij een klein aantal verzekerden terecht: in het voorlopige KPV 2012 wordt door ruim 38 procent van de niet-ingezetenen positieve zorgkosten gemaakt. De extra zorgkosten komen terecht bij 18 procent van de verzekerden. Ook dit is een indicatie dat de extra geregistreerde kosten selectief zijn.

Tabel 4.4 Verdeling extra kosten naar leeftijd/geslacht logisch

		2012 oud	2012 nieuw	Verschil	Verzekerden jaren	Verschil per verzekerdenjaar
Man:	0-jarigen	€ 474.912	€ 454.035	-€ 20.877	187	-€ 112
..	1-4 jaar	€ 502.708	€ 501.039	-€ 1.669	640	-€ 3
..	5-9 jaar	€ 459.426	€ 451.716	-€ 7.711	854	-€ 9
..	10-14 jaar	€ 295.260	€ 295.551	€ 291	639	€ 0
..	15-17 jaar	€ 200.723	€ 198.735	-€ 1.988	374	-€ 5
..	18-24 jaar	€ 2.955.139	€ 3.078.585	€ 123.446	14900	€ 8
..	25-29 jaar	€ 4.356.638	€ 4.854.162	€ 497.524	19287	€ 26
..	30-34 jaar	€ 3.963.008	€ 5.109.094	€ 1.146.085	16419	€ 70
..	35-39 jaar	€ 5.103.952	€ 5.557.329	€ 453.376	13926	€ 33
..	40-44 jaar	€ 4.614.024	€ 6.736.160	€ 2.122.136	13551	€ 157
..	45-49 jaar	€ 4.900.754	€ 7.841.647	€ 2.940.894	12614	€ 233
..	50-54 jaar	€ 5.264.062	€ 8.033.015	€ 2.768.953	9934	€ 279
..	55-59 jaar	€ 4.921.591	€ 7.339.974	€ 2.418.383	6760	€ 358
..	60-64 jaar	€ 3.647.513	€ 5.126.709	€ 1.479.196	3481	€ 425
..	65-69 jaar	€ 1.592.642	€ 1.911.146	€ 318.503	888	€ 358
..	70-74 jaar	€ 882.128	€ 1.011.508	€ 129.380	302	€ 428
Vrouw:	0-jarigen	€ 264.798	€ 270.310	€ 5.512	145	€ 38
..	1-4 jaar	€ 224.950	€ 229.434	€ 4.484	664	€ 7
..	5-9 jaar	€ 368.267	€ 365.605	-€ 2.662	758	-€ 4
..	10-14 jaar	€ 327.467	€ 333.280	€ 5.814	610	€ 10
..	15-17 jaar	€ 342.305	€ 351.247	€ 8.942	373	€ 24
..	18-24 jaar	€ 3.496.822	€ 3.816.810	€ 319.988	12406	€ 26
..	25-29 jaar	€ 5.007.182	€ 6.497.040	€ 1.489.858	11039	€ 135
..	30-34 jaar	€ 4.791.843	€ 7.204.908	€ 2.413.065	7734	€ 312
..	35-39 jaar	€ 4.094.111	€ 5.646.337	€ 1.552.226	6822	€ 228
..	40-44 jaar	€ 3.580.197	€ 5.300.338	€ 1.720.141	7376	€ 233
..	45-49 jaar	€ 3.130.268	€ 4.604.814	€ 1.474.547	6557	€ 225
..	50-54 jaar	€ 2.990.283	€ 4.667.992	€ 1.677.708	5142	€ 326
..	55-59 jaar	€ 2.643.314	€ 4.127.357	€ 1.484.043	3386	€ 438
..	60-64 jaar	€ 1.487.424	€ 2.003.905	€ 516.481	1463	€ 353
..	65-69 jaar	€ 592.355	€ 645.734	€ 53.379	365	€ 146

Bron: Kosten-per-verzekerdenbestanden 2012 (KPV 2012), ZiN. Berekeningen SEO Economisch Onderzoek.
De leeftijd/geslachtgroepen met minder dan 100 verzekerdenjaren worden niet getoond.

4.3 Conclusies

De extra kosten 2012 kunnen niet worden gebruikt om de verdeling van de buitenlandkosten 2013 via ZiN over niet-ingezetenen te verbeteren. De extra kosten 2012 bevatten niet alleen kosten buitenland via ZiN, maar ook administratieve correcties, kosten buitenland via de zorgverzekeraar en/of kosten Nederland. Bovendien zijn de kosten selectief: ze komen bij slechts een klein deel

van de verzekerden en verzekeraars binnen, omdat in 2014 bepaalde buitenlanden wel al geboekt zijn en andere buitenlanden niet. Dat de resultaten op zorgverzekeraarniveau verschillen wanneer kosten uit het voorlopige of het definitieve bestand worden verdeeld, zegt dus niet dat het toewijzingsmechanisme op basis van risicoprofiel/uitgebreid risicoprofiel onjuist is.

Verdeling van de kosten buitenland via ZiN over niet-ingezetenen kan het best op basis van het voorlopige KPV 2012. De extra kosten buitenland via ZiN uit het definitieve KPV 2012 zijn scheef verdeeld over verzekeraars. Door de resterende kosten buitenland via ZiN op basis van risicoprofiel/uitgebreid risicoprofiel over de verzekerden te verdelen, komt per saldo een te groot deel van de kosten terecht bij verzekeraars die al een groot deel van de kosten buitenland via ZiN op individuniveau geregistreerd hebben. Verzekeraars met verzekerden uit die buitenlanden die vertraagd binnenkomen worden dan benadeeld. Een mogelijke oplossing is om de verzekerden bij wie de extra zorgkosten terechtkomen (18 procent) uit te sluiten van de verdeling van het macrobedrag op basis van risicoprofiel/uitgebreid risicoprofiel. Dan nog worden verzekeraars met verzekerden uit buitenlanden die vertraagd binnenkomen benadeeld. Stel dat alleen Duitsland is binnengekomen. Zorgverzekeraar A heeft alleen Duitse verzekerden en heeft de zorgkosten buitenland via ZiN dus vrij compleet geregistreerd. Een groot deel van de Duitse verzekerden zal geen zorgkosten buitenland via ZiN maken, aan deze verzekerden wordt dan echter nog altijd een deel van de bijschatting kosten buitenland via ZiN toegekend. Het is daarom eerlijker om uit te gaan van het voorlopige KPV 2012 waarin nog nagenoeg geen kosten buitenland via ZiN geregistreerd staan. Dan worden alle kosten buitenland via ZiN verdeeld over verzekeraars op basis van risicoprofiel/uitgebreid risicoprofiel. Wanneer vrijwel alle kosten buitenland via ZiN op individuniveau bekend zijn, kan gebruikgemaakt worden van de registratie op individuniveau. Selectie is dan immers geen probleem meer.

5 Overcompensatie niet-ingezetenen

Niet-ingezetenen worden per saldo overgecompenseerd, variërend van € 75 tot € 667, afhankelijk van het gehanteerde scenario. De overcompensatie treedt zowel op in het somatische model als in het GGZ-model, in het eigenrisicomodel worden niet-ingezetenen gemiddeld ondergecompenseerd.

5.1 Kenmerken van niet-ingezetenen

Niet-ingezeten zijn voornamelijk man, jong, vallen in AvI referentie en hebben geen MHK – zie Tabel 5.1. Deze kenmerken van niet-ingezetenen zijn zeer vergelijkbaar met die van buitenlandse seizoenarbeiders. Vergelijking met de kenmerken van buitenlandse seizoenarbeiders uit WOR 736 in de laatste kolom van Tabel 5.1 laat wel zien dat de buitenlandse seizoenarbeiders gemiddeld nog iets jonger zijn dan de totale groep niet-ingezetenen. Dat komt omdat de totale groep niet-ingezetenen bijvoorbeeld ook veel grensarbeiders bevat. Grensarbeiders hebben mogelijk een ander risicoprofiel dan buitenlandse seizoenarbeiders, WOR 736 schat bijvoorbeeld in dat de overcompensatie van buitenlandse seizoenarbeiders hoger is dan de overcompensatie van de totale groep niet-ingezetenen. In 2012 behoren ongeveer 45.000 van 173.000 niet-ingezetene verzekerdenjaren tot de buitenlandse seizoenarbeiders – zie WOR 736 (definitie 5 buitenlandse seizoenarbeider). Aan de andere kant behoren ongeveer 19.000 ingezetenen verzekerdenjaren tot de buitenlandse seizoenarbeiders. Dit zijn bijvoorbeeld Poolse werknemers die zichzelf (tijdelijk) inschrijven in de BRP met een woonadres in Nederland.

Het feit dat 99,5 procent van de niet-ingezetenen geen somatische MHK heeft kan enerzijds komen doordat de niet-ingezetenen daadwerkelijk erg gezond zijn. Anderzijds worden voor niet-ingezetenen vaak geen zorgkosten in eerdere jaren waargenomen en belanden zij om die reden in MHK 0.

Opvallend is dat wel een substantieel deel van de niet-ingezetenen in de jaren 2010, 2011 en/of 2012 GGZ-kosten heeft gemaakt (MHK-GGZ=1). Dit komt voornamelijk doordat tot en met het jaar 2012 verzekeraars 10 procent van de kosten buitenland via ZiN moesten toewijzen aan GGZ. Vanaf transactiejaar 2011 mogen verzekeraars deze kosten in het KPV-bestand opnemen. Een niet-ingezetene die in 2011 en/of 2012 kosten buitenland via ZiN maakt (ook bijvoorbeeld door een bezoek aan de huisarts) komt daardoor automatisch in MHK-GGZ klasse 1 terecht. Voor de vereveningsbijdrage 2017 wordt voor de indeling in MHK-GGZ uiteindelijk gekeken naar kosten in 2014, 2015, 2016. Er zullen dus naar verwachting in de uiteindelijke berekening van de vereveningsbijdrage 2017 veel minder niet-ingezetenen in MHK-GGZ klasse 1 vallen dan is weergegeven in Tabel 5.1.

Tabel 5.1 Niet-ingezetenen voornamelijk man, jong, geen MHK

	Alle niet-ingezetenen 2013	Buitenlandse seizoenarbeiders 2012 – zie Tabel 2.8 WOR 736 (definitie 5)
Geslacht:		
Mannen	176.461	69.084
Vrouwen	104.866	37.433
Leeftijd:		
18 min	5.845	Nvt
18-34 jaar	151.529	67.993
35-44 jaar	56.532	20.682
45-54 jaar	45.228	13.900
55-64 jaar	19.740	3.942
65 plus	2.453	Nvt
Aard van inkomen:		
18 min en 65 plus	8.298	
IVA	119	
AO	1.445	
Bijstand	337	
Studenten	1.158	
Zelfstandig	5.631	
Hoogopgeleiden	4.342	
referentie: 18-64 jaar	259.997	
Meerjarig hoge kosten - somatisch:		
Geen MHK	279.934	
MHK 2 voorafgaande jaren hoge kosten in de top 10 procent	437	
MHK 3 jaar hoge kosten in top 15 procent	482	
MHK 3 jaar hoge kosten in top 10 procent	203	
MHK 3 jaar hoge kosten in top 7 procent	124	
MHK 3 jaar hoge kosten in top 4 procent	121	
MHK 3 jaar hoge kosten in top 1,5 procent	26	
Meerjarig hoge kosten - GGZ:		
GGZ-MHK 3 jaar geen kosten	224.999	
GGZ-MHK in 3 jaar ten minste 1x kosten	56.304	
GGZ-MHK 3 jaar hoge kosten in top 12,5 promille	19	
GGZ-MHK 3 jaar hoge kosten in top 5 promille	5	
Totaal aantal	**281.327**	**106.517**
Totaal verzekerdenjaren	**175.893**	**45.484**

Bron: Berekeningen SEO Economisch Onderzoek, WOR 736

5.2 Somatisch model

Zorgkosten

De somatische zorgkosten die op individuniveau bekend zijn in het KPV 2013 bedragen ruim € 82 miljoen. De kosten buitenland via ZiN zijn in Hoofdstuk 3 in drie scenario's ingeschat en bedragen € 64 tot € 87 miljoen, afhankelijk van het gehanteerde scenario. De totale somatische zorgkosten bedragen daarom € 146 tot € 170 miljoen. Verdeeld over 175.893 verzekerdenjaren resulteert een inschatting van de somatische zorgkosten van niet-ingezetenen van € 833 tot € 965 per verzekerdenjaar.

Dit zijn echter de voorspelde zorgkosten 2013, voor een vergelijking met de normkosten 2016 dienen de zorgkosten 2013 te worden opgehoogd naar het niveau van 2016. Dat gebeurt door middel van de methode van indexatie die ook is toegepast in paragraaf 3.1.2. De stijging van het MPB per verzekerde is gemiddeld 3 procent per jaar in de jaren 2013-2016 (exclusief de eenmalige stijging door toevoeging van kosten V&V en langdurige GGZ aan het MPB in 2015). Na correctie voor de kostenstijging als gevolg van vergrijzing (0,7 procent) resulteert een indexatie van 2,3 procent per jaar voor de jaren 2013-2016. De ingeschatte zorgkosten 2016 zijn daarom € 892 tot € 1.033 per verzekerdenjaar – zie Tabel 5.2.

Normkosten

De normkosten voor niet-ingezetenen worden berekend aan de hand van de volgende kenmerken[15]:

1. de kenmerken leeftijd/geslacht, Aard van het Inkomen, Meerjarig Hoge Kosten en Generieke Somatische Morbiditeit zijn voor iedereen bekend. Hiervoor worden de normbedragen uit het somatische model gebruikt;
2. de vereveningskenmerken FKG, DKG, HKG, FGG, VGG, GGG zijn niet bekend. Alle verzekerden worden ingedeeld in FKG=DKG=HKG=FGG=VGG=GGG=0. Hierbij wordt echter niet het normbedrag uit het somatische model gebruikt, maar wordt gerekend met een afslag. In 2016 is dit respectievelijk 50 procent, 55 procent, 65 procent, 0 procent, 0 procent en 0 procent. Voor de FKG 0 geldt dus niet een normbedrag van - € 256 (FKG 0 in het somatische model) maar - € 128 (50 procent × - € 256).

De normbedragen voor de vereveningskenmerken regio en SES worden buiten beschouwing gelaten.

De afslagpercentages voor jaar t worden door ZiN berekend op basis van de gewogen gemiddelde normbedragen voor ingezetenen in jaar t-1. De gemiddelde normbedragen worden gewogen met het risicoprofiel van niet-ingezetenen op basis van leeftijd/geslacht en AvI. Dus als er veel jonge ingezetenen in FKG 0 zitten, en de niet-ingezetenen zijn relatief vaak jongeren, dan wordt voor niet-ingezetenen een hoger gewicht toegekend aan het normbedrag voor FKG 0 in de berekening van het gemiddelde normbedrag. Om het afslagpercentage te bepalen wordt dit gewogen gemiddelde normbedrag gerelateerd aan het normbedrag van niet-ingezetenen voor de afslagklasse. Bijvoorbeeld: het gewogen gemiddelde normbedrag op basis van de normbedragen 2015 voor het criterium FKG is - € 128. Het afslagpercentage voor 2016 wordt dan 50 procent (- € 128 / - € 256).

[15] Zie beleidsregels vereveningsbijdrage 2016, Staatscourant 2015 nr. 36467, 23 oktober 2015.

De afslagpercentages van de nieuwe vereveningskenmerken FGG, VGG en GGG zijn in de risicoverevening voor 2016 op 0 gezet, omdat voor berekening van de afslagpercentages 2016 voor de nieuwe vereveningscriteria geen normbedragen 2015 beschikbaar waren. Deze zaten immers nog niet in het risicovereveningsmodel 2015. Voor de risicoverevening 2017 heeft ZiN inmiddels de afslagpercentages voor de nieuwe vereveningscriteria berekend. Deze bedragen respectievelijk 40 procent, 95 procent en 90 procent.[16] In een alternatief scenario wordt daarom gerekend met deze nieuwe afslagpercentages.

Resultaat

Tabel 5.2 laat zien dat de niet-ingezetenen in alle scenario's worden overgecompenseerd. Zelfs wanneer de kosten buitenland via ZiN hoog worden ingeschat en de afslagpercentages voor de nieuwe vereveningskenmerken worden aangepast zoals door ZiN voorgesteld voor model 2017 bedraagt de overcompensatie nog € 130 per verzekerdenjaar.

De berekende overcompensatie in het middenscenario is ongeveer gelijk aan de overcompensatie voor alle niet-ingezetenen berekend in WOR 736 (€ 217). Dit terwijl de berekende zorgkosten in alle scenario's een stuk hoger zijn dan in WOR 736 (€ 777).

De berekende normkosten voor de somatische zorg zijn hoger dan de berekende normkosten uit WOR 736 (€ 994), zeker wanneer de afslagpercentages op 0 worden gezet. Dit komt omdat door toevoeging van de nieuwe vereveningskenmerken (FGG, VGG, GGG) de normbedragen voor de kosten van verpleging en verzorging op de kenmerken MHK en GSM sterk zijn gaan schuiven. In model 2015 was het normbedrag voor MHK 0 - € 319, tegenover - € 14 in model 2016. In model 2015 was het normbedrag voor GSM 65-/geen morbiditeit - €81 tegenover - € 27 in model 2016. Vrijwel alle niet-ingezetenen vallen onder MHK 0 (99,5 procent) en GSM 65-/geen morbiditeit (98,7 procent). Dit wordt in de scenario's met de positieve afslagpercentages gedeeltelijk gecompenseerd door de negatieve bedragen op de afslagcategorieën van de nieuwe vereveningskenmerken (FGG, VGG, GGG), maar niet geheel.

Tabel 5.2 Resultaat niet-ingezetenen in het somatisch model

	Normkosten 2016	Zorgkosten 2016	Standaarddeviatie	Resultaat
Afslagpercentages nieuwe vereveningskenmerken op 0 gezet				
Laag	1.327	892	3.501	**434**
Midden	1.327	963	3.510	**364**
Hoog	1.327	1.033	3.519	**293**
Afslagpercentages nieuwe vereveningskenmerken 2017 (positief)				
Laag	1.163	892	3.501	**271**
Midden	1.163	963	3.510	**200**
Hoog	1.163	1.033	3.519	**130**

Weergegeven zijn de gemiddelde normkosten, zorgkosten, de standaarddeviatie van de zorgkosten en het resultaat per verzekerdenjaar
Bron: Berekeningen SEO Economisch Onderzoek

[16] WUR 288. Afslagpercentages op basis van normbedragen 2016 voor verzekerden in het buitenland. 21 januari 2016/1 februari 2016.

Nadere uitsplitsing naar persoonskenmerken laat zien dat vrouwelijke niet-ingezetenen sterker worden overgecompenseerd dan mannelijke niet-ingezetenen. De overcompensatie is duidelijk hoger bij personen tussen de 18 en 34 jaar. Oudere niet-ingezetenen (vanaf 65 jaar) worden zelfs in alle scenario's ondergecompenseerd. Dit is niet verwonderlijk: gezondheidsgerelateerde factoren zoals FKG's, DKG's en HKG's worden niet geobserveerd. Bij zowel jonge als oudere niet-ingezetenen wordt gewerkt met eenzelfde percentage van de afslagklassen. Het is aannemelijk dat in werkelijkheid ook bij de niet-ingezetenen juist de ouderen in een FKG, DKG of HKG zitten. Hier wordt in de huidige berekening van de normbedragen niet voor gecorrigeerd.

Tabel 5.3 Resultaat niet-ingezetenen somatisch model – naar persoonskenmerken

	vzjaren	Afslagpercentages 0			Afslagpercentages positief		
Scenario		**Laag**	**Midden**	**Hoog**	**Laag**	**Midden**	**Hoog**
Geslacht							
Vrouwen	64.112	517	436	355	354	273	191
Mannen	111.781	387	322	258	223	159	94
Leeftijd							
18 min	3.684	306	233	160	143	70	-4
18 tot 34 jaar	81.057	603	537	469	440	373	306
35 tot 44 jaar	40.110	350	285	220	186	122	56
45 tot 54 jaar	33.694	331	259	187	168	96	23
55 tot 64 jaar	15.551	148	57	-34	-16	-106	-198
65 plus	1.797	-644	-785	-927	-808	-949	-1.090

Weergegeven zijn de verzekerdenjaren en het gemiddelde resultaat per verzekerdenjaar voor uitsplitsingen naar persoonskenmerken.
Bron: Berekeningen SEO Economisch Onderzoek

De resultaten naar persoonskenmerken moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden De bijgeschatte zorgkosten buitenland via ZiN 2013 zijn op basis van het uitgebreide risicoprofiel (leeftijd/geslacht, inschrijfduur, AvI, MHK somatisch) verdeeld over de niet-ingezetenen. Het betreft een bedrag van € 64 tot € 87 miljoen op een totaalbedrag van € 155 tot € 178 miljoen aan zorgkosten. Onzeker is waar de zorgkosten daadwerkelijk terechtkomen. Wanneer ook de kosten buitenland via ZiN disproportioneel bij ouderen terechtkomen omdat in de verdeling geen rekening gehouden kan worden met FKG´s, DKG´s en HKG´s, is de ondercompensatie van ouderen in Tabel 5.3 onderschat (en de overcompensatie van jongeren ook onderschat).

5.3 GGZ-model (inclusief langdurige GGZ)

Zorgkosten

De GGZ-kosten voor verzekerden van 18 jaar en ouder die op individuniveau bekend zijn in het KPV 2013 bedragen een kleine € 8 miljoen. Verzekeraars schatten in dat niet-ingezetenen geen kosten maken voor langdurige GGZ – zie Hoofdstuk 3 paragraaf 3.1.5. Kosten voor langdurige GGZ hoeven dus niet bijgeschat te worden. De kosten buitenland via ZiN worden volledig toegerekend aan de somatische zorgkosten. Voor de GGZ zijn dus alleen de kosten op individuniveau relevant. Opgehoogd naar het niveau van 2016 en verdeeld over 175.893 verzekerdenjaren zijn de GGZ-kosten van niet-ingezetenen € 50 per verzekerdenjaar – zie Tabel 5.4.

Normkosten

De normkosten voor niet-ingezetenen van 18 jaar en ouder worden berekend aan de hand van de volgende kenmerken[17]:

1. de kenmerken leeftijd/geslacht, Aard van het Inkomen en Meerjarig Hoge Kosten GGZ zijn voor iedereen bekend. Hiervoor worden de normbedragen uit de modellen voor geneeskundige en langdurige GGZ gebruikt;
2. de vereveningskenmerken FKG, DKG en lGG zijn niet bekend. Alle verzekerden worden ingedeeld in FKG=DKG=lGG=0. Hierbij wordt echter niet het normbedrag uit het GGZ-model gebruikt, maar wordt gerekend met een afslag. In 2016 is dit respectievelijk 50 procent, 40 procent en 0 procent.

De normbedragen voor de vereveningskenmerken GGZ-regio, SES en éénpersoonsadres worden buiten beschouwing gelaten.

Het afslagpercentage van het nieuwe vereveningskenmerk lGG is in de risicoverevening voor 2016 op 0 gezet, omdat voor berekening van de afslagpercentages 2016 voor de nieuwe vereveningscriteria geen normbedragen 2015 beschikbaar waren. Deze zaten immers nog niet in het risicovereveningsmodel 2015. Voor de risicoverevening 2017 heeft ZiN inmiddels het afslagpercentage voor lGG berekend. Deze bedraagt 75 procent.[18] In een alternatief scenario wordt daarom gerekend met dit nieuwe afslagpercentage.

Ruim 20 procent van de verzekerdenjaren wordt aangemerkt als de GGZ-MHK in drie jaar ten minste 1 × kosten, met een normbedrag van ruim € 500 – zie Tabel 5.1. Dat komt omdat niet-ingezetenen die in 2011 en/of 2012 kosten buitenland via ZiN maken (ook bijvoorbeeld door een bezoek aan de huisarts) volgens model 2016 automatisch in MHK-GGZ klasse 1 terechtkomen – zie paragraaf 5.1. Voor de vereveningsbijdrage 2017 wordt voor de indeling in MHK-GGZ uiteindelijk gekeken naar kosten in 2014, 2015, 2016. Er zullen dus naar verwachting in de uiteindelijke berekening van de vereveningsbijdrage 2017 veel minder niet-ingezetenen in MHK-GGZ klasse 1 vallen dan is weergegeven in Tabel 5.1. In een alternatief scenario zijn daarom ook de normkosten van niet-ingezetenen berekend onder de aanname dat alle niet-ingezetenen die volgens Tabel 5.1 in MHK-GGZ klasse 1 vallen, voor de vereveningsbijdrage 2017 uiteindelijk in MHK-GGZ klasse 0 terechtkomen.

Resultaat

Tabel 5.4 laat zien dat niet-ingezetenen ook in het GGZ-model worden overgecompenseerd met een kleine € 300 wanneer wordt gerekend met MHK-GGZ uit model 2016. Wanneer wordt gerekend met MHK-GGZ klasse 1 op 0 gezet, is de verwachte overcompensatie ruim € 100. Onderscheid tussen de scenario's laag/midden/hoog is niet relevant omdat de kosten buitenland via ZiN in hun geheel worden toegerekend aan de somatische zorgkosten. Het variëren met het afslagpercentage voor het kenmerk lGGZ maakt weinig uit: de normkosten voor lGGZ=0 bedragen slechts - € 12.

17 Zie beleidsregels vereveningsbijdrage 2016, Staatscourant 2015 nr. 36467, 23 oktober 2015.
18 WUR 288. Afslagpercentages op basis van normbedragen 2016 voor verzekerden in het buitenland. 21 januari 2016/1 februari 2016.

De overcompensatie in de scenario's met MHK-GGZ op 0 gezet is iets lager dan de overcompensatie voor alle niet-ingezetenen berekend in WOR 736 (€ 144). Dit komt gedeeltelijk omdat de berekende zorgkosten hoger zijn dan in WOR 736 (€ 34). Daarnaast is het berekende normbedrag iets lager dan in WOR 736 (€ 178). Dat komt omdat in WOR 736 een kleine 10 procent van de verzekerdenjaren in MHK-GGZ klasse 1 vielen. In WOR 736 is gerekend met MHK-GZZ uit model 2015, dus GGZ-kosten 2009, 2010, 2011. Niet-ingezetenen die in 2011 kosten buitenland via ZiN maakten kwamen in WOR 736 daarom automatisch in MHK-GGZ klasse 1 terecht.

Tabel 5.4 Resultaat niet-ingezetenen (18plus) in het GGZ-model

	Normkosten 2016	Zorgkosten 2016	Standaarddeviatie	Resultaat
Afslagpercentages nieuwe vereveningskenmerken op 0 gezet				
MHK-GGZ model 2016	338	50	930	288
MHK-GGZ op 0 gezet	164	50	930	114
Afslagpercentages nieuwe vereveningskenmerken 2017 (positief)				
MHK-GGZ model 2016	329	50	930	279
MHK-GGZ op 0 gezet	155	50	930	105

Weergegeven zijn de gemiddelde normkosten, zorgkosten, de standaarddeviatie van de zorgkosten en het resultaat per verzekerdenjaar
Bron: Berekeningen SEO Economisch Onderzoek

Nadere uitsplitsing naar persoonskenmerken laat zien dat er geen duidelijke relatie is tussen de overcompensatie en leeftijd/geslacht van de verzekerden wanneer MHK-GGZ is gedefinieerd volgens model 2016. Ook in WOR 736 waren de verschillen in overcompensatie naar persoonskenmerken beperkt. Echter: wanneer wordt aangenomen dat voor de uiteindelijke verevening in 2017 alle personen die volgens model 2016 in MHK-GGZ klasse 1 vallen in MHK-GGZ klasse 0 terechtkomen, is er wel een duidelijke relatie tussen overcompensatie en leeftijd van de verzekerden. Net als in het somatische model worden jongeren overgecompenseerd, terwijl ouderen ondergecompenseerd worden.

Tabel 5.5 Resultaat niet-ingezetenen (18plus) GGZ-model – naar persoonskenmerken

	verzekerdenjaren	Afslagpercentages 0		Afslagpercentages positief	
Geslacht		MHK-GGZ model 2016	MHK-GGZ op 0 gezet	MHK-GGZ model 2016	MHK-GGZ op 0 gezet
vrouwen	62.311	298	110	289	101
mannen	109.898	282	117	273	108
Leeftijd					
18 tot 34 jaar	81.057	269	169	260	160
35 tot 44 jaar	40.110	302	88	293	79
45 tot 54 jaar	33.694	309	56	300	47
55 tot 64 jaar	15.551	319	35	310	26
65 plus	1.797	206	-17	197	-26

Weergegeven zijn de verzekerdenjaren en het gemiddelde resultaat per verzekerdenjaar voor uitsplitsingen naar persoonskenmerken
Bron: Berekeningen SEO Economisch Onderzoek

5.4 Eigenrisicomodel

Werkelijke eigen betalingen

Het betaalde eigen risico wordt berekend door alle zorgkosten (somatisch en GGZ) die op individuniveau bekend zijn bij elkaar op te tellen en te maximeren op het maximum eigen risico (€ 385 in 2016). De bijgeschatte kosten buitenland via ZiN worden niet meegenomen omdat bij deze kosten de regels gelden van het land waar de zorg wordt gegeven. Eventuele eigen bijdragen die in dat land gelden worden ingehouden op de vergoeding. Alleen de Nederlandse zorgkosten en de buitenlandkosten die direct bij de zorgverzekeraar worden gedeclareerd vallen dus onder het Nederlandse eigen risico.

Door gebruik te maken van alle zorgkosten die op individuniveau bekend zijn, wordt het betaalde eigen risico enigszins overschat. In het KPV 2013 is naar inschatting al € 11 miljoen aan zorgkosten buitenland via ZiN opgenomen – zie Hoofdstuk 3 paragraaf 3.1.4. Deze zorgkosten vallen niet onder het eigen risico, maar kunnen niet onderscheiden worden van de overige zorgkosten op individuniveau.

Het betaalde eigen risico wordt ook enigszins overschat omdat in het KPV 2013 geen onderscheid te maken is tussen kosten die wel en niet onder het eigen risico vallen. Alleen de posten 'variabele zorgkosten' en 'GGZ-kosten' zijn beschikbaar. Een deel van deze kosten valt echter niet onder het verplicht eigen risico, zoals de kosten voor huisarts, verloskunde en kraamzorg. Anderzijds missen er kosten die wel onder het verplicht eigen risico vallen, de vaste zorgkosten. Deze laatste zijn echter vaak een deel van de ziekenhuiskosten. In dat geval lijkt het waarschijnlijk dat deze mensen hun eigen risico toch al volmaken en het dus niet uitmaakt als een deel van hun kosten ontbreekt – zie WOR 736.

Daarnaast geldt dat in de praktijk het eigen risico vaak niet geïnd zal worden. Het eigen risico wordt namelijk geïnd naar rato van de inschrijfduur. Voor verzekerden die kort staan ingeschreven zijn de opbrengsten van het incasseren van het eigen risico vaak kleiner dan de kosten die ermee gepaard gaan. Daarnaast zijn deze mensen vaak op het moment van innen niet meer in Nederland wat het incasseren bemoeilijkt.

Dit onderzoek werkt daarom – net als WOR 736 – met twee scenario's. Eén scenario waarbij het eigen risico wordt overschat omdat het eigen risico ook berekend wordt over een deel van de kosten buitenland via ZiN en andere kosten die niet onder het verplicht eigen risico vallen (huisartskosten, kraamzorg) en één scenario waarbij het eigen risico wordt onderschat omdat ervan uit wordt gegaan dat verzekeraars het eigen risico nooit kunnen innen. In werkelijkheid zullen verzekeraars het eigen risico bij een deel van de verzekerden wel kunnen innen. Ook worden niet-ingezetenen soms verplicht om het eigen risico af te kopen met een aanvullende verzekering zodat zorgverzekeraars met inkomsten uit deze verzekering de kosten voor het eigen risico kunnen dekken. De werkelijkheid zal daarom tussen deze twee uitersten in liggen.

Normbetalingen

Voor verzekerden van 18 jaar en ouder die in een MHK, FKG, DKG of HKG ongelijk aan 0 zitten, wordt verondersteld dat zij het eigenrisicobedrag vrijwel allemaal zullen volmaken. Voor deze groep wordt uitgegaan van één forfaitair bedrag aan eigen betalingen, namelijk de gemiddelde eigen betaling van de niet-ingezetenen met MHK, FKG, DKG of HKG ongelijk aan 0 (€ 355 in 2016). Bij de niet-ingezetenen gaat het alleen om de personen met een MHK (uit het somatische model), aangezien gegevens over FKG, DKG en HKG niet bekend zijn. Dit betreft 0,5 procent van de niet-ingezetenen.

Voor verzekerden zonder MHK (99,5 procent van de niet-ingezetenen) worden de eigen betalingen geraamd door de verzekerden in te delen bij de kenmerken leeftijd/geslacht en Aard van Inkomen en overeenkomstige normbedragen uit het eigen risicomodel te gebruiken. Het kenmerk regio wordt buiten beschouwing gelaten.

Resultaat

Tabel 5.6 laat zien dat niet-ingezetenen in het eigenrisicomodel worden ondergecompenseerd met een bedrag tussen de € 50 en € 160. Onderscheid tussen de scenario's laag/midden/hoog is niet relevant omdat de kosten buitenland via ZiN niet onder het eigen risico vallen. Ook variëren met afslagpercentages voor nieuwe vereveningskenmerken is niet relevant omdat in het eigenrisicomodel 2016 geen nieuwe vereveningskenmerken zijn opgenomen. Het resultaat per verzekerde is gelijk aan de werkelijke betalingen (in twee scenario's) min de normbetalingen. Een negatief resultaat betekent dus dat verzekeraars minder eigen betalingen ontvangen dan geraamd door het model. Een positief resultaat betekent dat verzekeraars meer eigen betalingen ontvangen dan geraamd door het model.

De berekende ondercompensatie is ongeveer gelijk aan de ondercompensatie voor alle niet-ingezetenen berekend in WOR 736 (€ 71 tot € 163).

Tabel 5.6 Resultaat niet-ingezetenen (18plus) in het eigenrisicomodel

	Scenario 1 Alle kosten vallen onder ER			Scenario 2 ER wordt niet geïnd		
	Werkelijke betalingen	Geraamde betalingen	Resultaat	Werkelijke betalingen	Geraamde betalingen	Resultaat
Alle niet-ingezetenen 18plus	110	160	-50	0	160	-160

Weergegeven zijn de geraamde eigen betalingen, de werkelijk ontvangen eigen betalingen en het resultaat. Er wordt uitgegaan van twee scenario's: één waarbij alle gedeclareerde kosten onder het eigen risico vallen en één waarbij het eigen risico niet kan worden geïnd vanwege incassoproblemen.
Bron: Berekeningen SEO Economisch Onderzoek

Tabel 5.7 Resultaat niet-ingezetenen (18plus) eigenrisicomodel – naar persoonskenmerken

	verzekerdenjaren	Scenario 1 Alle kosten vallen onder ER	Scenario 2 ER wordt niet geïnd
Geslacht			
vrouwen	62.311	-66	-196
mannen	109.898	-41	-140
Leeftijd			
18 tot 34 jaar	81.057	-83	-153
35 tot 44 jaar	40.110	-32	-151
45 tot 54 jaar	33.694	-20	-167
55 tot 64 jaar	15.551	0	-201
65 plus	1.797	25	-248

Weergegeven zijn de verzekerdenjaren en het gemiddelde resultaat per verzekerdenjaar voor uitsplitsingen naar persoonskenmerken
Bron: Berekeningen SEO Economisch Onderzoek

Nadere uitsplitsing naar persoonskenmerken laat zien dat de ondercompensatie in scenario 1 het grootst is bij de groepen die in het somatische model het sterkst worden overgecompenseerd: vrouwen en jongeren tussen 18 en 34 jaar. In scenario 2 is de ondercompensatie juist het hoogst bij ouderen, omdat zij de hoogste zorgkosten en dus het hoogste eigen risico hebben – dat in dit scenario niet inbaar is.

5.5 Totaalbeeld

Resultaat

Tabel 5.8 en Tabel 5.9 laten zien dat niet-ingezetenen in totaal in alle scenario's worden overgecompenseerd. Zelfs wanneer de kosten buitenland via ZiN hoog worden ingeschat, de afslagpercentages voor de nieuwe vereveningskenmerken worden aangepast zoals door ZiN voorgesteld voor model 2017, iedere niet-ingezetene met MHK-GGZ klasse 1 ingedeeld wordt in klasse 0, én het eigen risico niet inbaar is, bedraagt de overcompensatie nog € 75 per verzekerdenjaar. Voor het totale resultaat zijn de resultaten uit het somatische model, GGZ-model(len) en eigenrisicomodel bij elkaar opgeteld.[19]

In de meeste scenario's is de berekende overcompensatie hoger dan de overcompensatie voor alle niet-ingezetenen berekend in WOR 736 (€ 290 wanneer het eigen risico wel inbaar is, € 199 wanneer het eigen risico niet inbaar is). Dit wordt veroorzaakt door een stijging van de normkosten voor niet-ingezetenen. De toegepaste normbedragen uit model 2016 zijn hoger dan de toegepaste normbedragen uit model 2015, onder andere als gevolg van toevoegen van de nieuwe vereveningskenmerken en opnemen van normkosten voor langdurige GGZ (terwijl niet-ingezetenen geen kosten maken voor langdurige GGZ). Daarnaast worden niet-ingezetenen in 2013 veel vaker dan in

[19] Het totale resultaat kan niet verkregen worden door de resultaten uit tabellen 5.2, 5.4 en 5.6 op te tellen. Dit komt omdat de resultaten voor het GGZ-model en het eigenrisicomodel (tabellen 5.4 en 5.6) alleen zijn gebaseerd op verzekerden van 18 jaar en ouder. De resultaten voor het somatische model en het totaal (tabellen 5.2 en 5.8) nemen ook de verzekerden onder de 18 jaar mee.

2012 ingedeeld in de GGZ-MHK 'in drie jaar ten minste 1 × kosten', met een normbedrag van ruim € 500 (20 procent) dan in 2012 (10 procent).

De overcompensatie in de scenario's die de verevening van 2017 het best benaderen (positieve afslagpercentages nieuwe vereveningskenmerken, iedereen met MHK-GGZ klasse 1 heringedeeld naar klasse 0 – de dikgedrukte scenario's in Tabel 5.8 en Tabel 5.9) komt goed overeen met de gevonden overcompensatie in WOR 736.

Tabel 5.8 Resultaat niet-ingezetenen totaal als eigen risico wel geïnd kan worden

	Normkosten	Zorgkosten	Standaarddeviatie	Resultaat
Afslagpercentages nieuwe vereveningskenmerken op 0 gezet, MHK-GGZ model 2016				
Laag	1.500	833	3.732	667
Midden	1.500	903	3.740	597
Hoog	1.500	974	3.748	526
Afslagpercentages nieuwe vereveningskenmerken op 0 gezet, MHK-GGZ op 0 gezet				
Laag	1.330	833	3.732	497
Midden	1.330	903	3.740	426
Hoog	1.330	974	3.748	356
Afslagpercentages nieuwe vereveningskenmerken 2017 (positief), MHK-GGZ model 2016				
Laag	1.328	833	3.732	495
Midden	1.328	903	3.740	425
Hoog	1.328	974	3.748	354
Afslagpercentages nieuwe vereveningskenmerken 2017 (positief), MHK-GGZ model op 0 gezet				
Laag	**1.157**	**833**	**3.732**	**324**
Midden	**1.157**	**903**	**3.740**	**254**
Hoog	**1.157**	**974**	**3.748**	**183**

Weergegeven zijn de gemiddelde normkosten, zorgkosten, de standaarddeviatie van de zorgkosten en het resultaat per verzekerdenjaar
Bron: Berekeningen SEO Economisch Onderzoek

Tabel 5.9 Resultaat niet-ingezetenen totaal als eigen risico niet geïnd kan worden

	Normkosten	Zorgkosten	Standaarddeviatie	Resultaat
Afslagpercentages nieuwe vereveningskenmerken op 0 gezet, MHK-GGZ model 2016				
Laag	1.500	941	3.767	559
Midden	1.500	1.011	3.775	489
Hoog	1.500	1.082	3.784	418
Afslagpercentages nieuwe vereveningskenmerken op 0 gezet, MHK-GGZ op 0 gezet				
Laag	1.330	941	3.767	389
Midden	1.330	1.011	3.775	319
Hoog	1.330	1.082	3.784	248
Afslagpercentages nieuwe vereveningskenmerken 2017 (positief), MHK-GGZ model 2016				
Laag	1.328	941	3.767	387
Midden	1.328	1.011	3.775	317
Hoog	1.328	1.082	3.784	246
Afslagpercentages nieuwe vereveningskenmerken 2017 (positief), MHK-GGZ model op 0 gezet				
Laag	**1.157**	**941**	**3.767**	**217**
Midden	**1.157**	**1.011**	**3.775**	**146**
Hoog	**1.157**	**1.082**	**3.784**	**75**

Weergegeven zijn de gemiddelde normkosten, zorgkosten, de standaarddeviatie van de zorgkosten en het resultaat per verzekerdenjaar
Bron: Berekeningen SEO Economisch Onderzoek

Tabel 5.10 - Tabel 5.13 geven de ondercompensatie in de verschillende scenario's opgesplitst naar persoonskenmerken. Opvallend is dat in het scenario met de kleinste gemiddelde overcompensatie (laatste kolom Tabel 5.14) alleen jongeren tussen de 18 en 34 jaar worden overgecompenseerd.

De resultaten naar persoonskenmerken moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden De bijgeschatte zorgkosten buitenland via ZiN 2013 zijn op basis van het uitgebreide risicoprofiel (leeftijd/geslacht, inschrijfduur, AvI, MHK somatisch) verdeeld over de niet-ingezetenen. Het betreft een bedrag van € 64 tot € 87 miljoen op een totaalbedrag van € 155 tot € 178 miljoen aan zorgkosten. Onzeker is waar de zorgkosten daadwerkelijk terechtkomen.

Tabel 5.10 Resultaat niet-ingezetenen totaal – naar persoonskenmerken. Scenario 1: inbaar eigen risico. MHK-GGZ zoals in model 2016 (GGZ-kosten in 2010, 2011, 2012).

	vzjaren	Afslagpercentages 0			Afslagpercentages positief		
Scenario		**Laag**	**Midden**	**Hoog**	**Laag**	**Midden**	**Hoog**
Geslacht							
vrouwen	64.112	743	662	581	571	490	408
mannen	111.781	624	559	495	451	387	322
Leeftijd							
18 min	3.684	306	233	160	143	70	-4
18 tot 34 jaar	81.057	789	722	655	616	549	482
35 tot 44 jaar	40.110	621	556	491	448	383	318
45 tot 54 jaar	33.694	620	548	475	447	375	303
55 tot 64 jaar	15.551	466	376	284	294	203	111
65 plus	1.797	-413	-554	-696	-585	-726	-868

Weergegeven zijn de verzekerdenjaren en het gemiddelde resultaat per verzekerdenjaar voor uitsplitsingen naar persoonskenmerken
Bron: Berekeningen SEO Economisch Onderzoek

Tabel 5.11 Resultaat niet-ingezetenen totaal – naar persoonskenmerken. Scenario 1: inbaar eigen risico. MHK-GGZ klasse 1 ingedeeld in klasse 0 (‘MHK-GGZ op 0 gezet’).

	vzjaren	Afslagpercentages 0			Afslagpercentages positief		
Scenario		**Laag**	**Midden**	**Hoog**	**Laag**	**Midden**	**Hoog**
Geslacht							
vrouwen	64.112	560	479	397	387	306	225
mannen	111.781	461	396	332	288	224	159
Leeftijd							
18 min	3.684	306	233	160	143	70	-4
18 tot 34 jaar	81.057	689	622	555	516	449	382
35 tot 44 jaar	40.110	407	342	277	234	170	104
45 tot 54 jaar	33.694	368	296	223	195	123	51
55 tot 64 jaar	15.551	183	92	1	11	-80	-172
65 plus	1.797	-636	-776	-918	-808	-949	-1.091

Weergegeven zijn de verzekerdenjaren en het gemiddelde resultaat per verzekerdenjaar voor uitsplitsingen naar persoonskenmerken
Bron: Berekeningen SEO Economisch Onderzoek

Tabel 5.12 Resultaat niet-ingezetenen totaal – naar persoonskenmerken. Scenario 2: niet inbaar eigen risico

	vzjaren	Afslagpercentages 0			Afslagpercentages positief		
Scenario		**Laag**	**Midden**	**Hoog**	**Laag**	**Midden**	**Hoog**
Geslacht							
vrouwen	64.112	616	535	454	444	363	282
mannen	111.781	527	463	398	354	290	225
Leeftijd							
18 min	3.684	306	233	160	143	70	-4
18 tot 34 jaar	81.057	719	652	585	547	480	413
35 tot 44 jaar	40.110	502	437	372	329	264	199
45 tot 54 jaar	33.694	473	402	329	301	229	157
55 tot 64 jaar	15.551	265	175	83	93	2	-90
65 plus	1.797	-686	-827	-969	-859	-999	-1.141

Weergegeven zijn de verzekerdenjaren en het gemiddelde resultaat per verzekerdenjaar voor uitsplitsingen naar persoonskenmerken
Bron: Berekeningen SEO Economisch Onderzoek

Tabel 5.13 Resultaat niet-ingezetenen totaal – naar persoonskenmerken. Scenario 2: niet inbaar eigen risico. MHK-GGZ klasse 1 ingedeeld in klasse 0 ('MHK-GGZ op 0 gezet').

	vzjaren	Afslagpercentages 0			Afslagpercentages positief		
Scenario		**Laag**	**Midden**	**Hoog**	**Laag**	**Midden**	**Hoog**
Geslacht							
vrouwen	64.112	433	352	270	260	179	98
mannen	111.781	364	300	235	191	127	62
Leeftijd							
18 min	3.684	306	233	160	143	70	-4
18 tot 34 jaar	81.057	619	553	485	447	380	313
35 tot 44 jaar	40.110	288	223	158	115	50	-15
45 tot 54 jaar	33.694	221	149	77	49	-23	-96
55 tot 64 jaar	15.551	-18	-109	-200	-190	-281	-373
65 plus	1.797	-909	-1.050	-1.191	-1.081	-1.222	-1.364

Weergegeven zijn de verzekerdenjaren en het gemiddelde resultaat per verzekerdenjaar voor uitsplitsingen naar persoonskenmerken
Bron: Berekeningen SEO Economisch Onderzoek

Verzekeraarniveau

De gewogen gemiddelde absolute afwijking op verzekeraarniveau (GGAA) is vrij hoog – zie Tabel 5.14. Dit hangt samen met de (gemiddelde) overcompensatie van niet-ingezetenen, tezamen met het feit dat in de meeste scenario's vrijwel alle niet-ingezeten en daardoor vrijwel alle verzekeraars worden overgecompenseerd (93 procent in scenario hoog met positieve afslagpercentages, MHK-GGZ model 2016 en inbaar eigen risico).De bandbreedte is vrij hoog, omdat voor één verzekeraar met een klein aantal niet-ingezetenen geldt dat zijn groep niet-ingezetenen in alle scenario´s wordt ondergecompenseerd. Nemen we deze verzekeraar en de verzekeraar met het meest positieve resultaat niet mee, dan resulteert een veel lagere bandbreedte. Bovendien is de bandbreedte in vergelijking met de GGAA vrij laag: voor ingezetenen is in 2016 de bandbreedte (204) een veelvoud van

de GGAA (32,4). De bandbreedte exclusief de twee verzekeraars met het meest extreme resultaat is voor ingezetenen nog altijd 151 – zie WOR 748.

Tabel 5.14 Verschil in resultaat voor niet-ingezetenen tussen verzekeraars

	Scenario 1 Alle kosten vallen onder ER			Scenario 2 ER kan niet worden geïnd		
	GGAA	Bandbreedte allen	Bandbreedte excl. 2	GGAA	Bandbreedte allen	Bandbreedte excl. 2
Afslagpercentages nieuwe vereveningskenmerken op 0 gezet, MHK-GGZ model 2016						
Laag	669	1.485	628	562	1.598	846
Midden	599	1.495	644	494	1.608	861
Hoog	528	1.504	660	428	1.618	878
Afslagpercentages nieuwe vereveningskenmerken op 0 gezet, MHK-GGZ op 0 gezet						
Laag	500	1.530	858	410	1.651	1.068
Midden	435	1.539	874	346	1.659	1.085
Hoog	371	1.548	891	292	1.668	1.102
Afslagpercentages nieuwe vereveningskenmerken model 2017 (positief), MHK-GGZ model 2016						
Laag	497	1.484	628	398	1.597	845
Midden	428	1.493	644	334	1.607	861
Hoog	359	1.503	660	271	1.616	878
Afslagpercentages nieuwe vereveningskenmerken model 2017 (positief), MHK-GGZ op 0 gezet						
Laag	341	1.529	857	271	1.649	1.068
Midden	277	1.538	874	264	1.658	1.085
Hoog	228	1.547	891	261	1.667	1.102

Weergegeven zijn de GGAA en bandbreedte op verzekeraarsniveau. De GGAA en bandbreedte alle zijn gebaseerd op 25 risicodragers. De bandbreedte excl. 2 is gebaseerd op 23 risicodragers. Hierin zijn de risicodragers met het meest positieve en meest negatieve resultaat niet meegenomen.
Bron: Berekeningen SEO Economisch Onderzoek.

Net als de resultaten naar persoonskenmerken dienen de resultaten op verzekeraarsniveau voorzichtig geïnterpreteerd te worden. Er is immers van een bedrag tussen de € 64 en € 87 miljoen op een totaalbedrag van € 155 tot € 178 miljoen aan zorgkosten bijgeschat. Deze bijgeschatte zorgkosten buitenland via ZiN zijn op basis van een uitgebreid risicoprofiel (leeftijd/geslacht, inschrijfduur, AvI, MHK somatisch) verdeeld over de niet-ingezetenen. Onzeker is welke verzekerden – en dus welke verzekeraars – deze kosten daadwerkelijk maken.

6 Voorstel aanpassing normkosten

De berekening van de normkosten voor niet-ingezetenen 18-34 jaar kan verbeterd worden door hun normkosten te vermenigvuldigen met een factor 0,72. Op die manier sluiten de normkosten aan bij de berekende zorgkosten, en worden de verevenende werking en prikkelwerking van de risicoverevening verbeterd.

Gemiddelde overcompensatie totale groep niet-ingezetenen
De groep niet-ingezetenen als totaal wordt overgecompenseerd. Binnen deze groep zijn echter grote verschillen gevonden: uit een analyse van subgroepen blijkt dat 65-plussers zelfs worden ondergecompenseerd. Dit komt vermoedelijk doordat in de huidige berekening van de normbedragen voor niet-ingezetenen zowel jonge als oudere niet-ingezetenen eenzelfde percentage van de afslagklassen FKG, DKG, HKG, FGG, VGG en GGG krijgen toegekend. Het is aannemelijk dat in werkelijkheid ook bij de niet-ingezetenen juist de ouderen in een FKG, DKG, HKG, FGG, VGG of GGG zitten. Hier wordt in de huidige berekening van de normbedragen niet voor gecorrigeerd.

De analysevoor subgroepen moet voorzichtig geïnterpreteerd worden. De bijgeschatte zorgkosten buitenland via ZiN zijn op basis van een uitgebreid risicoprofiel (leeftijd/geslacht, inschrijfduur, AvI, MHK somatisch) verdeeld over de niet-ingezetenen. Het betreft een bedrag van € 64 tot € 87 miljoen op een totaalbedrag van € 155 tot € 178 miljoen aan zorgkosten. Onzeker is bij wie de zorgkosten daadwerkelijk terechtkomen. Wanneer ook de kosten buitenland via ZiN disproportioneel bij ouderen terechtkomen omdat in de verdeling geen rekening gehouden kan worden met FKG´s, DKG´s, HKG´s, FGG, VGG en GGG, is de ondercompensatie van ouderen in de analyse nog onderschat (en ook de overcompensatie van jongeren is dan onderschat).

Alleen grond voor aanpassing berekening normkosten 18-34-jarigen
Omdat de berekende overcompensatie sterk verschilt naar leeftijd, is het niet raadzaam om de huidige normkosten voor niet-ingezetenen voor iedere niet-ingezetene met eenzelfde percentage te verlagen. Dat doet geen recht aan de gevonden ondercompensatie van ouderen.

Een alternatief is om per leeftijd/geslachtsgroep de huidige normkosten voor niet-ingezetenen te verlagen (of te verhogen in het geval van ouderen). In alle scenario's worden 18-34-jarigen overgecompenseerd, en 65-plussers ondergecompenseerd. Voor de overige leeftijdsgroepen wordt in de meeste scenario's overcompensatie gevonden, maar in sommige scenario's ook ondercompensatie. De resultaten geven daarom alleen grond voor een eventuele aanpassing van de berekening van normkosten voor 18-34-jarigen en voor 65-plussers.

Uitgaande van de positieve afslagpercentages voor de nieuwe vereveningskenmerken zoals die zullen worden gehanteerd in de verevening van 2017, is de ondercompensatie van ouderen minimaal € 585. Toegepast op 1.797 niet-ingezetene verzekerdenjaren 65plus wordt de totale groep ongeveer € 1 miljoen ondergecompenseerd. De ondercompensatie van ouderen zit voornamelijk in het somatische model. Volgens het toetsingskader voor de risicoverevening dienen de verwachte somatische meerkosten op macroniveau minimaal € 10 miljoen te zijn – zie WOR 760. Aan deze voorwaarde uit het toetsingskader is niet voldaan. De resultaten uit dit onderzoek geven daarom geen aanleiding om de normkostenberekening voor 65plussers aan te passen.

De overcompensatie van jongeren van 18-34 jaar is minimaal € 313 (scenario hoge inschatting zorgkosten, MHK-GGZ op 0 gezet, positieve afslagpercentages nieuwe vereveningskenmerken, niet inbaar eigen risico). Het betreft een groep van 81.057 niet-ingezetenen. De overcompensatie op macroniveau bedraagt daarmee € 313 * 81.057 = € 25,4 miljoen, ruim meer dan € 10 miljoen. Bovendien is de groep groot genoeg (groter dan 1.700 verzekerdenjaren), en de overcompensatie per verzekerde groot genoeg (€ 25,4 miljoen/151.529 verzekerden = € 167 per verzekerde, ruim meer dan de minimaal benodigde € 50 per verzekerde uit het toetsingskader). De resultaten uit dit onderzoek geven daarom wel aanleiding om de normkostenberekening voor 18-34-jarigen aan te passen.

Voorstel: factor toepassen op berekening normkosten 18-34 jaar

Een eenvoudige oplossing voor de overcompensatie van jonge niet-ingezetenen van 18-34 jaar is om de huidige berekening van de normkosten niet te veranderen, maar om de totale normkosten van alle niet-ingezetenen tussen de 18-34 met een factor kleiner dan één te vermenigvuldigen, zodat deze groep gemiddeld niet meer overgecompenseerd wordt. De overcompensatie van jongeren van 18-34 jaar is minimaal € 313 (scenario hoge inschatting zorgkosten, MHK-GGZ op 0 gezet, positieve afslagpercentages nieuwe vereveningskenmerken, niet inbaar eigen risico). De zorgkosten voor de 18-34-jarigen in dit scenario zijn gemiddeld € 806, de gemiddelde normkosten € 1.119. Door de normkosten te vermenigvuldigen met een factor 806/1.119 = 0,72 komen de normkosten dichter bij de werkelijkheid voor deze groep. Deze factor maakt gebruik van een conservatieve inschatting van de overcompensatie van jongeren, enerzijds omdat wordt uitgegaan van het scenario met de minste overcompensatie, anderzijds omdat door verdeling van de bijgeschatte zorgkosten over alle individuen de overcompensatie van jongeren in alle scenario's nog wordt onderschat. De factor is dus in ieder geval niet te laag vastgesteld.

Toetsingscriteria vereveningskenmerk

Voldoet het toepassen van een factor op de totale normkosten van alle 18-34-jarigen niet-ingezetenen aan de criteria van meetbaarheid, validiteit, stabiliteit, prikkelwerking, verevenende werking en eenvoud en transparantie?

De factor is meetbaar in enge zin: ieder jaar kan op grond van de in dit rapport gehanteerde methodologie de factor opnieuw bepaald worden. Het vereveningscriterium (niet-ingezetene) is echter niet op objectieve wijze in één maat uit te drukken. Het is bijvoorbeeld onbekend of verzekeraars op dezelfde manier omgaan met het vaststellen of een verzekerde ingezetene is of niet. Echter: ook in de huidige systematiek worden niet-ingezetenen al als aparte groep behandeld. De voorgestelde factor onderscheidt dus niet zozeer een nieuwe groep verzekerden, maar past een correctie toe op het berekende normbedrag voor een groep verzekerden die binnen de risicoverevening ook nu al als aparte groep onderscheiden wordt. Feit is ook dat bij het bepalen van de factor een aantal aannamen is gemaakt en dat de factor lastig door verzekeraars zelf te voorspellen is. Het is daarmee niet geheel eenvoudig en transparant. In de huidige systematiek worden echter ook aannamen gemaakt: normbedragen leeftijd/geslacht voor ingezetenen worden gebruikt voor niet-ingezetenen, en er wordt geen rekening gehouden met verschillen in gezondheid tussen niet-ingezetenen.

Validiteit: "het vereveningscriterium vertoont een systematisch verband met de op grond van de eigenschap te verwachten kosten voor verzekeraars". In het onderzoek is vastgesteld dat er een

relatie is tussen het criterium 'niet-ingezetene 18-34' en zorgkosten die zodanig laag zijn dat overcompensatie van enkele honderden euro's resulteert. Deze overcompensatie wordt bovendien gevonden in een zeer groot aantal scenario's waarin gevarieerd wordt met inschatting van de hoogte van zorgkosten, berekening van de normbedragen volgens systematiek uit verschillende vereveningsjaren (2016, 2017) en de mate waarin het eigen risico van niet-ingezetenen inbaar is. Daarmee is een systematische overcompensatie van deze groep aangetoond.

Stabiliteit: stabiliteit van de factor over de jaren heen is op basis van gegevens over één jaar niet vast te stellen. Echter lijkt het criterium stabiliteit hier van ondergeschikt belang: wanneer over twee jaar een groot deel van de kosten 2013 voor niet-ingezetenen op individuniveau bekend is, kan de overcompensatie van buitenlandse seizoenarbeiders bepaald worden en zal de factor vervangen kunnen worden met een vereveningscriterium voor buitenlandse seizoenarbeiders. De factor zal dus naar alle waarschijnlijkheid maar twee jaar gebruikt worden.

De factor varieert met de voorspelde overcompensatie voor niet-ingezetenen 18-34 jaar. De voorspelde overcompensatie is het verschil tussen (A) de normkosten zoals berekend zonder toepassing van de factor en (B) de werkelijke kosten (inclusief bijschatting). Ad (A) Tabel 5.8 laat zien dat in de huidige berekening de normkosten voor niet-ingezetenen sterk kunnen schuiven over de jaren: de normkosten volgens model 2016 en met MHK-GGZ gebaseerd op GGZ-kosten uit de jaren 2010/2011/2012 bedragen € 1.500 terwijl de uiteindelijke vereveningsbijdrage 2017 wordt ingeschat op € 1.157. Deze verschillen worden veroorzaakt door beleidsbeslissingen (tot en met 2012 10 procent% van de kosten buitenland via ZiN toekennen als GGZ-kosten, in 2016 afslagpercentages van nieuwe vereveningskenmerken op 0 gezet) en niet door verschuivingen in de zorgkosten van niet-ingezetenen. De huidige rekenregel levert dus niet altijd stabiele resultaten op. Wanneer in de toekomst de normkosten van niet-ingezetenen gaan schuiven terwijl geen verschuiving van de zorgkosten van niet-ingezetenen optreedt, wordt dit door de voorgestelde factor gecorrigeerd. De voorgestelde factor is in dat geval niet stabiel, maar leidt wel tot meer stabiele normkosten. Ad (B) De werkelijke kosten zijn voor een groot deel gebaseerd op een bijschatting. De hoogte van de bijschatting is onder andere gebaseerd op een inschatting van de kosten buitenland via ZiN die al op individuniveau bekend zijn in het KPV. In dit onderzoek ging het om kosten die t/m het eerste kwartaal van 2015 binnenkwamen over 2013. Omdat niet bekend is in welke maand de kosten precies binnenkwamen, zijn de kosten in het eerste kwartaal benaderd door 25 procent van de kosten te nemen die in heel 2015 binnenkomen over 2013. Stel dat in de toekomst wel bekend is in welke maand deze kosten binnenkomen en blijkt dat (bijvoorbeeld) een groot deel van de kosten binnenkomt in januari. Dan zal de inschatting van de dubbele kosten stijgen, zullen bijgeschatte zorgkosten dalen, zal de ingeschatte overcompensatie stijgen, en zal de factor hoger worden. De hoogte van de factor is daarmee onder andere afhankelijk van de onregelmatige declaratie van kosten buitenland via ZiN over de maanden van het jaar.

De mate waarin de voorgestelde factor verevenend werkt, kan niet zinvol op de gangbare manier berekend worden, aangezien een groot deel van de totale zorgkosten is uitgesmeerd over verzekerden. Maatstaven als de GGAA en de standaarddeviatie tonen dus niet de afwijking van de werkelijke zorgkosten per individu, subgroep of verzekeraar. Er mag verwacht worden dat de verevenende werking van het model toeneemt door het normbedrag voor niet-ingezetenen 18-34 jaar aan te laten sluiten op de berekende zorgkosten van 18-34-jarigen. Door toename van de verevenende

werking zal de prikkel tot risicoselectie op jonge niet-ingezetenen (zoals buitenlandse seizoenarbeiders) verminderd worden.

Voorstel houdt geen rekening met heterogeniteit niet-ingezetenen, net als huidige berekening normkosten

Het toepassen van één en dezelfde factor op de totale berekening van normkosten van 18-34- jarige niet-ingezetenen doet geen recht aan de heterogeniteit van de groep. Deze groep bevat naast buitenlandse seizoenarbeiders immers ook grensarbeiders en bijvoorbeeld wetenschappelijk personeel dat tijdelijk in Nederland verblijft. Echter, in de huidige berekening van de normkosten wordt ook geen rekening gehouden met deze heterogeniteit. De normkosten zijn gebaseerd op de normkosten leeftijd/geslacht, AvI, MHK, GSM en MHK-GGZ. Echter vallen vrijwel alle niet-ingezetenen, en zeker de niet-ingezetenen van 18-34 jaar in dezelfde AvI (referentie), MHK (0), GSM (65min geen morbiditeit) en voor de verevening van 2017 naar verwachting ook in dezelfde MHK-GGZ (0). Bovendien, voor zover in de huidige berekening wel rekening wordt gehouden met heterogeniteit, gaat die niet verloren door het toepassen van een generieke factor op de berekende normkosten.

Literatuur

Beleidsregels vereveningsbijdrage 2016, Staatscourant 2015 nr. 36467, 23 oktober 2015.

CVZ (2012), Buitenland in de risicoverevening, Diemen: CVZ.

IBO Grensoverschrijdende zorg (2014), Grenzeloos binnen de perken, Den Haag: Ministerie van Financiën.

Regeling risicoverevening 2016, Staatscourant 2015 nr. 39697, 25 november 2015.

Vermeend W. & Boxtel R. van. (2010), Uitdagingen voor een Gezonde Zorg. Amsterdam: Lebowski, 2010

VWS (2015), Bepaling macro-deelbedragen 2016, Den Haag: VWS

WOR 698: Tempelman C. & Lammers, M. (2014), Buitenlandse seizoenarbeiders. Beschikbare registraties voor de risicoverevening, Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.

WOR 736: Tempelman C. & Lammers, M. (2015), Buitenlandse seizoenarbeiders. Compensatie in de risicoverevening, Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek.

WOR 747: iBMG-projectteam risicoverevening (2015), Onderzoek risicoverevening 2016: Gegevensfase, Rotterdam: iBMG.

WOR 748: iBMG-projectteam risicoverevening (2015), Onderzoek risicoverevening 2016: Overall Toets, Rotterdam: iBMG.

WOR 760: Reuser M. &Koerhuis S. (2015), Voorstel actualisatie toetsingskader, ministerie van VWS.

WUR 288: Afslagpercentages op basis van normbedragen 2016 voor verzekerden in het buitenland. 21 januari 2016/1 februari 2016.

seo economisch onderzoek

Roetersstraat 29 . 1018 WB Amsterdam . T (+31) 20 525 16 30 . F (+31) 20 525 16 86 . www.seo.nl