

Niet-ingezetenen en indeling in meerjarig hoge kosten



Amsterdam, juni 2018
In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Niet-ingezetenen en indeling in meerjarig hoge kosten

WOR 918

Marloes Lammers
Caren Tempelman



seo economisch onderzoek

“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 winst-oogmerk en investeren continu in het intellectueel kapitaal van de medewerkers via promotietrajecten, het uitbrengen van wetenschappelijke publicaties, kennisnetwerken en congresbezoek.

SEO-rapport nr. 2018-50

ISBN 978-90-6733-926-1

Copyright © 2018 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

In het vereveningsjaar 2018 is de berekening van de normkosten somatische zorg voor niet-ingezetenen (tijdelijk) gewijzigd. Niet-ingezetenen zijn dat jaar niet langer ingedeeld in een MHK op basis van hun waargenomen zorgkosten, maar zijn allemaal ingedeeld in MHK 0 met een afslagpercentage van 60 procent. Wanneer in 2019 weer wordt teruggekeerd naar de indeling in een MHK, resulteert naar inschatting een overcompensatie van gemiddeld € 215 tot € 261 per niet-ingezetene verzekerdenjaar.

Aanleiding

De normkosten somatische zorg voor niet-ingezetenen zijn tot en met vereveningsjaar 2017 als volgt bepaald¹:

1. de kenmerken leeftijd/geslacht, AVI, MHK en GSM zijn voor iedereen bekend. Hiervoor worden de normbedragen uit het somatische model gebruikt;
2. de vereveningskenmerken FKG, DKG, HKG, FDG, VGG, GGG zijn niet bekend. Alle verzekerden worden ingedeeld in $FKG = DKG = HKG = FDG = VGG = GGG = 0$. Hierbij wordt echter niet het normbedrag uit het somatische model gebruikt, maar wordt gerekend met een afslagpercentage. In 2017 is dit respectievelijk 50 procent, 50 procent, 65 procent, 40 procent, 95 procent en 90 procent. Voor de VGG geldt dus niet een normbedrag van - € 184 (VGG 0 in het somatische model 2017) maar - € 175 (95 procent \times - € 184).

De normbedragen voor de vereveningskenmerken regio, SES en PPA worden buiten beschouwing gelaten in het berekenen van de normkosten somatische zorg voor niet-ingezetenen.

In het vereveningsjaar 2018 is de berekening van de normkosten somatische zorg voor niet-ingezetenen tijdelijk gewijzigd. Zij worden in 2018 niet langer ingedeeld in een MHK op basis van hun waargenomen zorgkosten in eerdere jaren. In plaats daarvan worden alle niet-ingezetenen ingedeeld in klasse MHK 0/geen MHK, waarbij gebruik wordt gemaakt van een afslagpercentage van 60%. Voor de verdeling in 2019 wordt weer teruggekeerd naar de systematiek die tot en met 2017 werd gehanteerd, tenzij (dit) onderzoek aantoont dat in dat geval substantiële ondercompensatie van niet-ingezetenen optreedt.

Normkosten en zorgkosten van niet-ingezetenen 2015

Wanneer niet-ingezetenen 2015 allen worden ingedeeld in een MHK op basis van hun geobserveerde zorgkosten, bedragen de normkosten 2018 gemiddeld € 1.135 per verzekerdenjaar. De ingeschatte zorgkosten 2018 van niet-ingezetenen 2015 bedragen gemiddeld € 874 tot € 920 per verzekerdenjaar. Per saldo worden niet-ingezetenen overgecompenseerd met € 215 tot € 261 per verzekerdenjaar wanneer niet-ingezetenen worden ingedeeld in een MHK bij bepalen van hun normkosten. Bij indeling van niet-ingezetenen in MHK 0 op basis van een afslagklasse is de overcompensatie nog groter. De indeling in een MHK bij bepaling van normkosten zorgt er dus voor dat de overcompensatie van niet-ingezetenen niet groter wordt én draagt (in theorie) bij aan een meer zuivere verdeling tussen verzekeraars.

¹ Zie beleidsregels vereveningsbijdrage Zvw 2017, Staatscourant 2016 nr. 55262, 21 oktober 2016. De verdeling is gebaseerd op de vereveningskenmerken in het vereveningsmodel en berekende afslagpercentages van het betreffende jaar.

Inhoudsopgave

Samenvatting	i
1 Inleiding	1
1.1 Onderzoeksvragen	3
1.2 Onderzoeksaanpak.....	3
2 Normkosten niet-ingezetenen 2015	5
2.1 Berekeningswijze normkosten.....	5
2.2 MHK-indeling en berekende normkosten	6
2.3 Conclusie.....	10
3 Zorgkosten niet-ingezetenen 2015	13
3.1 Zorgkosten in Nederland en via zorgverzekeraarroute	13
3.2 Zorgkosten buitenland via CAK 2015.....	14
3.3 Totale zorgkosten niet-ingezetenen 2015.....	18
4 Resultaat en conclusie	19
4.1 Resultaat.....	19
4.2 Conclusie.....	19
Literatuur	21
Bijlage A Zorgkosten buitenland	23
Bijlage B Data en databewerking	25

1 Inleiding

In het vereveningsjaar 2018 is de berekening van de normkosten somatische zorg voor niet-ingezetenen (tijdelijk) gewijzigd. Niet-ingezetenen zijn dat jaar niet langer ingedeeld in een MHK op basis van hun waargenomen zorgkosten, maar zijn allemaal ingedeeld in MHK 0 met een afslagpercentage van 60 procent. Voor de vereveningsbijdrage in 2019 worden niet-ingezetenen weer ingedeeld in een MHK, tenzij (dit) onderzoek aantoont dat in dat geval substantiële ondercompensatie van niet-ingezetenen optreedt.

In het onderzoeksjaar 2015/2016 heeft SEO onderzoek gedaan naar de compensatie van niet-ingezetenen in de risicoverevening (WOR 782). Vanwege incomplete informatie met betrekking tot de zorgkosten van niet-ingezetenen konden de totale zorgkosten van niet-ingezetenen alleen binnen een bandbreedte worden vastgesteld. Destijds is de gemiddelde overcompensatie van niet-ingezetenen ingeschat op € 75 tot € 667 per verzekerdenjaar. De overcompensatie in het somatische model bedroeg € 130 tot € 434 per verzekerdenjaar.

De normkosten somatische zorg voor niet-ingezetenen zijn tot en met vereveningsjaar 2017 als volgt bepaald²:

1. de kenmerken leeftijd/geslacht, AVI, MHK en GSM zijn voor iedereen bekend. Hiervoor worden de normbedragen uit het somatische model gebruikt;
2. de vereveningskenmerken FKG, DKG, HKG, FDG, VGG, GGG zijn niet bekend. Alle verzekerden worden ingedeeld in FKG = DKG = HKG = FDG = VGG = GGG = 0. Hierbij wordt echter niet het normbedrag uit het somatische model gebruikt, maar wordt gerekend met een afslagpercentage. In 2017 is dit respectievelijk 50 procent, 50 procent, 65 procent, 40 procent, 95 procent en 90 procent. Voor de VGG geldt dus niet een normbedrag van - € 184 (VGG 0 in het somatische model 2017) maar - € 175 (95 procent × - € 184).

De normbedragen voor de vereveningskenmerken regio, SES en PPA worden buiten beschouwing gelaten in het berekenen van de normkosten somatische zorg voor niet-ingezetenen.

In het vereveningsjaar 2018 is de berekening van de normkosten somatische zorg voor niet-ingezetenen tijdelijk gewijzigd. Zij worden in 2018 niet langer ingedeeld in een MHK op basis van hun waargenomen zorgkosten in eerdere jaren. In plaats daarvan worden alle niet-ingezetenen ingedeeld in klasse MHK 0/geen MHK, waarbij gebruik wordt gemaakt van een afslagpercentage van 60%. Dit als gevolg van toevoeging van een extra klasse aan het criterium MHK in het somatische vereveningsmodel – zie kader.³ Voor de verdeling in 2019 wordt weer teruggekeerd naar de systematiek die tot en met 2017 werd gehanteerd, tenzij (dit) onderzoek aantoont dat in dat geval substantiële ondercompensatie van niet-ingezetenen optreedt. Daarnaast geeft dit onderzoek inzicht in de vraag of de zorgkosten van niet-ingezetenen voldoende volledig op individuniveau staan geregistreerd, zodat een juiste indeling in de MHK op basis van deze zorgkosten mogelijk is.

² Zie beleidsregels vereveningsbijdrage Zvw 2017, Staatscourant 2016 nr. 55262, 21 oktober 2016. De verdeling is gebaseerd op de vereveningskenmerken in het vereveningsmodel en berekende afslagpercentages van het betreffende jaar.

³ Voor vereveningsjaar 2018 geldt daarnaast dat de kenmerken GSM en GGG niet meer meegenomen worden in de berekening van de normkosten voor niet-ingezetenen, omdat deze kenmerken zijn komen te vervallen.

Box 1 Wijziging in het criterium MHK in vereveningsjaar 2018 heeft gevolgen voor normbedrag niet-ingezetenen

In vereveningsjaar 2018 is er een extra klasse aan het criterium MHK toegevoegd in het somatische vereveningsmodel – zie Tabel 1.1. Het verschil in de vereveningsbijdrage tussen MHK 0 in 2017 en MHK 0 in 2018 bedraagt daardoor ruim € 300. Omdat de zorgkosten van niet-ingezetenen niet compleet zijn en zij relatief vaak gezond zijn, worden zij bovendien vaak ingedeeld in MHK 0. Veel van de niet-ingezetenen werden daardoor tot en met 2017 op basis van hun geobserveerde zorgkosten ingedeeld in MHK-0 (99,5% van de niet-ingezetenen uit 2013 werden ingedeeld in MHK 0, zie WOR 782). De introductie van de extra MHK-klasse verlaagt dus het normbedrag van niet-ingezetenen, wanneer zij worden ingedeeld in een MHK zoals tot en met 2017 gebruikelijk was.

De zorgkosten van niet-ingezetenen zijn om twee redenen incompleet:

(1) Ten eerste komt een deel van de kosten gemaakt in het buitenland vertraagd binnen. Het gaat om de kosten via de CAK/ZiN-route, zie WOR 782 en Bijlage A van dit rapport. Het MHK-criterium is gebaseerd op hoge kosten in t-1, t-2 en t-3. Dus voor vereveningsjaar 2017 (op basis van kostendata 2014) telden de kosten in 2011, 2012 en 2013 mee. Bij de indeling in een MHK worden echter alleen declaraties meegeteld die door de verzekeraar tot en met 31 december twee jaar later zijn ontvangen. Dus bijvoorbeeld voor kosten van het jaar 2012 tellen voor de indeling in MHK alleen de kosten over 2012 mee die tot en met 31 december 2014 op individuniveau door de zorgverzekeraar zijn geregistreerd. Door vertraagde binnenkomst van de kosten worden niet-ingezetenen dus ingedeeld in een te lage MHK, dit heeft een negatief effect op de berekende normkosten.

(2) Ten tweede werden kosten buitenland via de CAK/ZiN-route tot en met 2012 niet op individuniveau geregistreerd. Dat betekende dat ook de kosten buitenland via CAK/ZiN die wel op tijd door de zorgverzekeraar werden ontvangen niet konden worden toegewezen aan een bepaalde niet-ingezetene, waardoor zij alsnog niet mee telden bij indeling in een MHK. Vanaf 2013 dienen verzekeraars de kosten buitenland via CAK op individuniveau te registreren. Uit rondvraag van Vektis blijkt dat dit voor 88% van de niet-ingezetene verzekerdenjaren sinds 2014 ook gebeurt. Vanaf 2015 geldt dit zelfs voor 98% van de niet-ingezetene verzekerdenjaren. Op termijn is de beperkte registratie op individuniveau dus geen probleem meer.

Overigens is voor ongeveer 140.000 *ingezetene* verzekerden (ook) in het geheel geen kostenhistorie over 2012-2014 beschikbaar, kinderen geboren in 2015 niet mee geteld. Daarnaast zijn er nog eens 350.000 ingezetene verzekerden van wie slechts één of twee jaar kostenhistorie beschikbaar is, kinderen geboren na 2012 niet meegeteld (WOR 874, gegevensfase 2018). Dit zijn naar verwachting met name migranten, expats, onverzekerden en seizoenarbeiders met woonland Nederland. Deze bijna 500.000 *ingezetene* verzekerden zouden bij een volledige kostenhistorie dus mogelijk ook in een hogere MHK vallen.

Tabel 1.1 Normbedragen MHK volgens risicovereveningsmodel 2016-2018

Model 2016	Model 2017	Model 2018
Geen MHK	-264,99	Geen MHK
		Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren in top 30%
		113,21
2 voorafgaande jaren in top 10% (t-2 en t-1)	2.362,56	2 voorafgaande jaren in top 10% (t-2 en t-1)
		2.207,09
3 voorafgaande jaren in top 15%	2.210,03	3 voorafgaande jaren in top 15%
		2.119,92
3 voorafgaande jaren in top 10%	3.635,78	3 voorafgaande jaren in top 10%
		3.454,40
3 voorafgaande jaren in top 7%	5.774,50	3 voorafgaande jaren in top 7%
		5.343,50
3 voorafgaande jaren in top 4%	9.929,41	3 voorafgaande jaren in top 4%
		9.087,85
3 voorafgaande jaren in top 1,5%	28.602,76	3 voorafgaande jaren in top 1,5%
		18.185,00
		3 voorafgaande jaren in top 0,5%
		44.059,38
		3 voorafgaande jaren in top 0,5%
		44.194,51

Bron: WOR 749 (normbedragen 2016), WOR 814 (normbedragen 2017) en WOR 876 (normbedragen 2018)

1.1 Onderzoeksvragen

De onderzoeksvraag die het ministerie stelt is:

1. Welke overcompensatie of ondercompensatie resulteert in de somatische zorg wanneer niet-ingezetenen vanaf vereveningsjaar 2019 weer worden ingedeeld in een MHK?

Subvragen zijn:

- a. Wat zijn de gemiddelde somatische zorgkosten voor een niet-ingezetene in vereveningsjaar 2018?
- b. Wat zijn de gemiddelde normkosten somatische zorg voor een niet-ingezetene in vereveningsjaar 2018? Uitgaande van de situatie waarbij de niet-ingezetenen worden ingedeeld in een MHK. Uitgangspunt zijn de normbedragen uit het somatische model 2018.

De verandering in de berekening van de normkosten 2018 heeft plaatsgevonden in het somatische model. Ook in het eigen risicomodel heeft een verandering plaats gevonden: vanaf 2018 is het criterium MHK toegevoegd aan het eigen risicomodel.⁴ Niet-ingezetenen worden echter allen ingedeeld in MHK 0 met een afslagpercentage van 0 procent in het eigen risicomodel. Niet-ingezetenen vallen op basis van hun geobserveerde zorgkosten echter relatief vaak in MHK 0. Een indeling in een MHK op basis van geobserveerde zorgkosten zou daarom naar verwachting leiden tot een gemiddeld lager geraamde eigen risico opbrengst van niet-ingezetenen en dus een gemiddeld hogere vereveningsbijdrage richting de zorgverzekeraar.

Het onderzoek heeft alleen betrekking op de somatische zorg- en normkosten, en niet op het eigen risicomodel.

1.2 Onderzoeksaanpak

Voor het onderzoek zijn gegevens opgevraagd bij Zorginstituut Nederland, Vektis en CAK. Van Zorginstituut Nederland heeft SEO een bestand ontvangen met daarin voor alle niet-ingezetenen uit het jaar 2015: gepseudonimiseerde bsn, uzovnummer verzekeraar, inschrijfduur en de vereveningscriteria leeftijd/geslacht, AVI en MHK. Ook heeft Zorginstituut Nederland de kwantielgrenzen voor indeling in de MHK (somatisch) voor de jaren 2012-2015 geleverd. Van Vektis zijn bestanden ontvangen met somatische zorgkosten uit BASIC 2012, 2013, 2014 en 2015 voor alle verzekerden. Van CAK zijn macro kastranstabellen ontvangen met betrekking tot de zorgkosten buitenland via CAK (zie Tabel 3.2 en Tabel 3.3 in de hoofdtekst).

Op basis van deze gegevens zijn eerst de normkosten 2018 berekend wanneer niet-ingezetenen (zoals tot en met 2017 gebruikelijk) zouden worden ingedeeld in een MHK op basis van de zorgkosten voor zover die op individuniveau bekend zijn. Vervolgens is een inschatting gemaakt van de totale somatische zorgkosten voor niet-ingezetenen in 2015. Tot slot is voor de totale groep niet-ingezetenen 2015 het gemiddelde resultaat berekend.

⁴ In het eigen risicomodel wordt alleen onderscheid gemaakt tussen MHK 0 en MHK 1. Alle verzekerden met een MHK 2 of hoger (en/of een FKD/pDKG/sDKG/HKG) vallen niet onder het eigen risicomodel. Voor deze verzekerden wordt voor de vereveningsbijdrage 2018 uitgegaan van een geraamde opbrengst van € 362 per verzekerde. Zie beleidsregels vereveningsbijdrage Zvw 2018, Staatscourant 2017 nr. 59460, 23 oktober 2017.

2 Normkosten niet-ingezetenen 2015

De normkosten 2018 voor niet-ingezetenen 2015 zijn gemiddeld € 1.135 per verzekerdenjaar. De MHK-indeling is in deze berekening gebaseerd op de op individuniveau geregistreerde kosten uit 2012, 2013 en 2014. Dit bedrag vormt een ondergrens voor de inschatting van het normbedrag 2019 omdat de kosten 2012, 2013, 2014 niet door alle verzekeraars op individuniveau geregistreerd zijn.

2.1 Berekeningswijze normkosten

De normkosten somatische zorg voor niet-ingezetenen uit 2015 worden in vereveningsjaar 2018 als volgt bepaald⁵:

1. de kenmerken leeftijd/geslacht en AVI zijn voor iedereen bekend. Hiervoor worden de normbedragen uit het somatische model gebruikt;
2. Alle verzekerden worden ingedeeld in FKG = pDKG = sDKG = HKG = MHK
3. = FDG = VGG = 0. Hierbij wordt echter niet het normbedrag uit het somatische model gebruikt, maar wordt gerekend met een afslagpercentage. In 2018 is dit respectievelijk 50 procent, 55 procent, 50 procent, 55 procent, 60 procent, 75 procent en 95 procent. Voor de VGG geldt dus niet een normbedrag van - € 185 (VGG 0 in het somatische model 2018) maar - € 176 (95 procent × - € 185).

De normbedragen voor de vereveningskenmerken regio, SES en PPA worden buiten beschouwing gelaten in het berekenen van de normkosten somatische zorg voor niet-ingezetenen.

Het afslagpercentage voor bijvoorbeeld het VGG-criterium wordt door ZiN berekend op basis van een inschatting van het gewogen gemiddelde normbedrag voor het VGG-criterium van niet-ingezetenen. De berekening voor jaar t is als volgt:

1. Bereken per subgroep van *ingezetenen* het gewogen gemiddelde VGG-normbedrag in jaar t-1. De subgroepen worden bepaald op basis van hun leeftijd/geslacht en AvI. Dus bijvoorbeeld mannen van 30-34 jaar met AvI 'zelfstandige' vormen één subgroep.
2. Weeg deze gewogen gemiddelde normbedragen per subgroep met het percentage *niet-ingezetene verzekerdenjaren* dat tot de betreffende subgroep behoort om tot een gewogen gemiddelde normbedrag voor de niet-ingezetenen te komen.
3. Relateer dit gewogen gemiddelde normbedrag aan het normbedrag van niet-ingezetenen voor de afslagklasse. Bijvoorbeeld: het gewogen gemiddelde normbedrag op basis van de normbedragen 2015 voor het criterium VGG is - € 156. Het onafgeronde afslagpercentage voor 2016 wordt dan 93 procent (- € 156 / - € 167 (=normbedrag VGG 0 2016)).
4. Rond het berekende afslagpercentage af op 5%-punten. In dit geval dus naar 95 procent.

⁵ Zie beleidsregels vereveningsbijdrage Zvw 2018, Staatscourant 2017 nr. 59460, 23 oktober 2017.

2.2 MHK-indeling en berekende normkosten

Deze paragraaf bepaalt de normkosten van niet-ingezetenen 2015 bij verschillende manieren van indelen van niet-ingezetenen in een MHK. Ten eerste worden niet-ingezetenen 2015 ingedeeld volgens de MHK-indeling van het Zorginstituut op basis van kostengegevens in 2012, 2013 en 2014. Dit zijn de normkosten 2018 die opgetreden zouden zijn wanneer in 2018 geen verandering in de berekeningswijze voor de normkosten van niet-ingezetenen zou zijn doorgevoerd.

Dit rapport dient echter als input voor de beslissing om voor berekening van de vereveningsbijdrage 2019 wel of niet terug te keren naar de indeling van niet-ingezetenen in een MHK. Voor bepalen van deze vereveningsbijdrage zal de MHK-indeling uiteindelijk gebaseerd worden op kostengegevens uit 2016, 2017 en 2018. Vanaf 2015 zijn de kostengegevens van 98% van de niet-ingezetene verzekerdenjaren naar verwachting volledig op individuniveau geregistreerd.⁶ De kostengegevens van 2012, 2013 en 2014 staan echter niet allemaal op individuniveau geregistreerd, waardoor gebruik van kosten uit 2012, 2013 en 2014 resulteert in een lagere MHK-indeling en dus lagere normkosten. Om een inschatting te geven van de normkosten op het moment dat de normkosten (in de toekomst) zoveel mogelijk op individuniveau geregistreerd zijn, zijn ook normkosten berekend waarbij niet-ingezetenen 2015 ingedeeld zijn op basis van kostengegevens uit 2013, 2014 en 2015.

In alle berekeningen worden voor de indeling in MHK de kwantielgrenzen zoals aangeleverd door Zorginstituut Nederland gebruikt.

Normkosten op basis van MHK-indeling ZiN, kostenjaren 2012-2014

Ten behoeve van het onderzoek heeft ZiN een bestand geleverd met daarin alle niet-ingezetenen 2015. Dat wil zeggen: personen die in 2015 Zvw-verzekerd zijn en waarvan de verzekeraar in de jaarlijkse levering van gegevens aan ZiN hebben aangegeven dat zij niet-ingezetene zijn. Voor deze personen stelt ZiN de vereveningsbijdrage vast zoals beschreven in de vorige paragraaf. Het bestand bevat per verzekerde/uzovi combinatie de gepseudonimiseerde bsn, het uzovinumnummer, de inschrijfduur en de vereveningscriteria leeftijd/geslacht, AVI en MHK. Deze MHK-indeling is gebaseerd op de op individuniveau geregistreerde variabele zorgkosten uit 2012, 2013 en 2014 zoals aangeleverd aan het Zorginstituut.

De berekende normkosten 2018 op basis van de MHK-indeling van het Zorginstituut zijn gemiddeld € 1.135 per verzekerdenjaar, zie Tabel 2.1.⁷ Dit is vrijwel gelijk aan de berekende normkosten 2016 voor niet-ingezetenen van 2013 uit WOR 782 (€ 1.163). Enerzijds is de gemiddelde vereveningsbijdrage gedaald omdat de normkosten van MHK 0 met € 300 zijn gedaald. En relatief veel niet-ingezetenen vallen in MHK 0. Anderzijds is de gemiddelde vereveningsbijdrage gestegen omdat de normbedragen voor leeftijd/geslacht flink zijn toegenomen als gevolg van de stijging van Zvw-kosten van ingezetenen. Bijvoorbeeld de normkosten voor mannen van 18-34 zijn met ruim € 200 per verzekerdenjaar gestegen tussen 2016 en 2018. Per saldo blijven de normkosten gelijk.

⁶ Er zijn twee zorgverzekeraars met ieder ongeveer 1 procent van de niet-ingezetenen die ook in 2015 de buitenlandkosten via CAK nog niet volledig op individuniveau registreren.

⁷ Wanneer niet-ingezetenen 2015 allen worden ingedeeld in MHK 0 met een afslagpercentage van 60 procent, bedragen de gemiddelde normkosten € 1.213 per verzekerdenjaar

Het Zorginstituut baseert zich bij de indeling in de MHK op zorgkosten die tot en met eind t+2 zijn binnen gekomen. Dus voor 2012 tellen alleen de zorgkosten die tot en met eind 2014 bij de zorgverzekeraar zijn binnen gekomen. De kosten die meetellen voor indeling in een MHK zijn de somatische zorgkosten, exclusief verpleging en verzorging (V&V) en geriatrie revalidatiezorg (GRZ). Daarnaast geldt dat 90% van de kosten buitenland via CAK wordt mee gerekend bij de kosten die de MHK-indeling voor de somatische zorg bepalen.⁸

Tabel 2.1 Normkosten ruim € 1.100 per niet-ingezetene verzekerdenjaar

	ZiN2014	Vektis2014	Vektis2015	Vektis2015*	Vektis2015**
Jaar kostengegevens	2012-2014	2012-2014	2013-2015	2013-2015	2013-2015
Bron kostengegevens	KPV	BASIC	BASIC	BASIC	BASIC
Selectie verzekerden	Allen	Allen	Allen	Kosten via CAK volledig op individuniveau vanaf 2013 of 2014	Kosten via CAK volledig op individuniveau vanaf 2013
MHK 0/geen MHK	82,89%	82,33%	80,20%	81,79%	83,26%
Ten minste 1 van de 3 voorafgaande jaren in top 30%	16,28%	16,73%	18,74%	17,24%	15,86%
2 voorafgaande jaren in top 10% (t-2 en t-1)	0,26%	0,27%	0,35%	0,32%	0,26%
3 voorafgaande jaren in top 15%	0,28%	0,31%	0,32%	0,28%	0,28%
3 voorafgaande jaren in top 10%	0,11%	0,13%	0,14%	0,12%	0,11%
3 voorafgaande jaren in top 7%	0,08%	0,11%	0,11%	0,10%	0,10%
3 voorafgaande jaren in top 4%	0,08%	0,10%	0,11%	0,10%	0,09%
3 voorafgaande jaren in top 1,5%	0,02%	0,03%	0,03%	0,03%	0,02%
3 voorafgaande jaren in top 0,5%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%
Aantal verzekerden	293.054	293.054	293.054	269.408	209.020
Aantal verzekerdenjaren	173.491	173.491	173.491	153.289	108.708
% verzekerdenjaren van totaal	100%	100%	100%	88%	63%
Normkosten	€ 1.135	€ 1.146	€ 1.165	€ 1.142	€ 1.123

Bron: BASIC 2012-2015 en niet-ingezetenen 2015 via ZiN. Berekeningen SEO Economisch Onderzoek

Normkosten op basis van MHK-indeling Vektis, kostenjaren 2012-2014

Ten behoeve van het onderzoek heeft Vektis een bestand geleverd met somatische zorgkosten uit BASIC 2012, 2013, 2014 en 2015. Hierin zijn aanwezig: de totale somatische zorgkosten per verzekerde (inclusief V&V en GRZ, exclusief buitenlandkosten), de buitenlandkosten via de zorgverzekeraar en de buitenlandkosten via CAK. Deze bestanden bevatten alle kosten die zijn uitgedeclareerd tot en met eind 2017. Op basis van dit kostenbestand is een benadering gemaakt van de

⁸ De overige 10 procent wordt toegekend aan de kosten V&V. Deze verdeling is momenteel niet meer van toepassing.

kosten die door ZiN worden gebruikt voor de indeling in een MHK door de totale kosten somatische zorg (exclusief buitenlandkosten), de totale buitenlandkosten via de zorgverzekeraar en 90 procent van de buitenlandkosten via CAK bij elkaar op te tellen (de overige 10 procent wordt toegekend aan de kosten V&V). Deze kosten zijn hoger dan de werkelijke variabele kosten die zijn geleverd aan het Zorginstituut, omdat kosten V&V en GRZ zijn meegeteld en omdat kosten zijn uitgedeclareerd tot en met eind 2017 in plaats van tot en met eind t+2. Reden om toch uit te gaan van de kosten in BASIC en niet van kosten in de kosten per verzekerden-bestanden van het Zorginstituut is dat enkele verzekeraars in 2017 een inhaalslag gemaakt hebben met de registratie van zorgkosten via CAK die betrekking hebben op de jaren 2014 en verder. Dit geeft een betere vulling van de kosten voor het jaar 2014 in de BASIC bestanden.

De berekende normkosten 2018 op basis van de MHK-indeling die gebaseerd is op de zorgkosten uit 2012, 2013 en 2014 zoals geregistreerd in BASIC zijn gemiddeld € 1.146 per verzekerdenjaar, zie Tabel 2.1 – kolom Vektis2014. Deze kosten wijken nauwelijks af van de werkelijke normkosten 2018 op basis van de gegevens van het Zorginstituut.

Normkosten op basis van MHK-indeling Vektis, kostenjaren 2013-2015

Voor de uiteindelijke vereveningsbijdrage in 2019 zal de MHK-indeling worden gebaseerd op variabele zorgkosten uit 2016, 2017 en 2018. In die jaren zullen naar verwachting alle zorgverzekeraars de buitenlandkosten via CAK op individuniveau geregistreerd hebben. Voor de kosten van 2012, 2013 en 2014 is dat niet het geval. Het registratieprobleem speelt vooral (nog) in 2012. In dat jaar ontbreken daarnaast ook nog vaak de kosten buitenland via de zorgverzekeraar. Uit rondvraag van Vektis onder verzekeraars blijkt:

1. Bij een aantal verzekeraars (met gezamenlijk 40% van de verzekerdenjaren niet-ingezetenen) ontbreekt over 2012 een substantieel deel van de kosten buitenland via de zorgverzekeraar.
2. Over 2012 heeft vrijwel geen enkele verzekeraar de kosten buitenland via CAK nog op individuniveau vastgelegd
3. Over 2013 en 2014 zijn de kosten buitenland via de zorgverzekeraar voor alle verzekeraars op individuniveau geregistreerd.
4. Over 2013 en 2014 heeft een deel van de zorgverzekeraars de kosten buitenland via CAK op individuniveau vastgelegd.

Omdat de problemen met de registratie van zorgkosten voornamelijk in 2012 spelen, zijn de normkosten nogmaals berekend op basis van een MHK-indeling die gebaseerd is op de zorgkosten uit 2013, 2014 en 2015 zoals geregistreerd in BASIC. De normkosten bedragen dan gemiddeld € 1.165 per verzekerdenjaar, zie Tabel 2.1 – kolom Vektis2015. Deze normkosten zijn nauwelijks hoger dan de normkosten 2018 op basis van de zorgkosten 2012-2014 in BASIC. De verschuiving in de MHK-indeling is dan ook gering: zo'n 2 procentpunt van de verzekerden verschuift van MHK 0 naar MHK 1, maar het aantal verzekerdenjaren in de hogere MHK's verandert nauwelijks.

Eenzijds wordt de MHK van niet-ingezetenen nog altijd onderschat door uit te gaan van de jaren 2013-2015 (in plaats van de werkelijke jaren 2016-2018 voor de uiteindelijke vereveningsbijdrage 2019). Immers: ook over 2013 en 2014 heeft een deel van de zorgverzekeraars de kosten buitenland via CAK nog niet op individuniveau vastgelegd. Anderzijds wordt de MHK van niet-ingezetenen overschat door uit te gaan van de zorgkosten 2013-2015 in BASIC. Dit heeft drie redenen:

1. Niet-ingezetenen uit 2015 zijn mogelijk in de jaren 2012-2014 niet in Nederland verzekerd geweest, waardoor er geen zorgkosten voor hen zijn geobserveerd in die jaren. Niet-ingezetenen uit 2015 zijn in 2015 in ieder geval in Nederland verzekerd geweest: zorgkosten uit 2015 zijn voor hen dus bekend.
2. Niet-ingezetenen uit 2015 die in 2014 overlijden hebben mogelijk hoge kosten in 2014. Zij zijn echter in 2015 niet meer verzekerd want overleden. Hoge kosten bij sterfte leiden dus niet tot een indeling in een MHK. Wanneer 2015 als kostenjaar gebruikt wordt voor de indeling in de MHK worden sterfgevallen wél ingedeeld in een MHK.
3. De zorgkosten in BASIC zijn hoger dan de variabele kosten waarop ZiN de MHK-indeling baseert, omdat de kosten in BASIC zijn uitgedeclareerd tot en met eind 2017 en óók de kosten V&V en GRZ bevatten.

Normkosten op basis van MHK-indeling Vektis, kostenjaren 2013-2015. Alleen verzekerden met kosten die volledig op individuniveau staan geregistreerd

Voor ongeveer 12% van de niet-ingezetene verzekerdenjaren 2015 geldt dat hun kosten via CAK niet volledig op individuniveau geregistreerd staan in de jaren 2014 en/of 2015. Dat komt omdat zij in één van die jaren verzekerd waren bij een verzekeraar die in het betreffende jaar haar kostenregistratie nog niet op orde had. Voor de overige 88 procent van de niet-ingezetene verzekerdenjaren 2015 geldt dat hun zorgkosten in ieder geval in 2014 en 2015 op individuniveau geregistreerd zijn (maar mogelijk niet in 2013). Een verzekerde behoort tot deze groep wanneer zij:

1. In 2014 ofwel verzekerd is geweest bij een verzekeraar die vanaf 2014 (of eerder) alle zorgkosten op individuniveau heeft geregistreerd, ófwel niet verzekerd is geweest in 2014.
2. In 2015 verzekerd is geweest bij een verzekeraar die vanaf 2015 (of eerder) alle zorgkosten op individuniveau heeft geregistreerd.

Het gemiddelde normbedrag van deze verzekerden bedraagt € 1.142, zie Tabel 2.1 – kolom Vektis2015*. Dit bedrag is iets lager dan de € 1.165 gemiddelde normkosten voor alle verzekerden op basis van de kostenjaren 2013-2015. Dat komt omdat de groep verzekerden wiens Zvw-kosten wél bekend zijn relatief vaak verzekerden zijn die in voorgaande jaren helemaal niet in Nederland verzekerd waren.⁹ Omdat zij geen historische Zvw-kosten hebben, hebben zij een lagere kans op indeling in een MHK groter dan 0, zie Tabel 2.2 – kolom Vektis2015*.

Voor ongeveer 37% van de niet-ingezetene verzekerdenjaren 2015 geldt dat hun kosten via CAK niet volledig op individuniveau geregistreerd staan in de jaren 2013, 2014 en/of 2015. De overige 63% betreft verzekerden wiens Zvw-kosten wél volledig op individuniveau geregistreerd waren in alle jaren 2013-2015. Een verzekerde behoort tot deze groep wanneer zij:

1. In 2013 ofwel verzekerd is geweest bij een verzekeraar die vanaf 2013 (of eerder) alle zorgkosten op individuniveau heeft geregistreerd, ófwel niet verzekerd is geweest in Nederland in 2013. En bovendien:
2. In 2014 ofwel verzekerd is geweest bij een verzekeraar die vanaf 2014 (of eerder) alle zorgkosten op individuniveau heeft geregistreerd, ófwel niet verzekerd is geweest in 2014. En bovendien:

⁹ Niet-ingezetenen die in 2013 en/of 2014 niet in Nederland verzekerd zijn geweest worden meegeteld in de groep verzekerden wiens Zvw-kosten volledig op individuniveau geregistreerd zijn. Voor deze verzekerden zijn immers in de toekomst (bij volledige kostenregistratie door Nederlandse verzekeraars) ook geen historische kosten bekend. Hun normkosten veranderen daarom in de toekomst niet door de volledige kostenregistratie.

3. In 2015 verzekerd is geweest bij een verzekeraar die vanaf 2015 (of eerder) alle zorgkosten op individuniveau heeft geregistreerd.

Het gemiddelde normbedrag van deze groep bedraagt € 1.123, zie Tabel 2.1, kolom Vektis2015**. Ook hier speelt weer een selectieprobleem: tot de groep met volledig op individuniveau geregistreerde kosten vanaf 2013 behoren relatief veel verzekerden die in de voorgaande jaren helemaal niet in Nederland verzekerd waren, zie Tabel 2.2 – kolom Vektis 2015**.

Tabel 2.2 Bij gebruik van jaren 2013-2015 voor de indeling in MHK, hogere kans op indeling in een MHK voor niet-ingezetenen dan bij gebruik van jaren 2012-2014

	Vektis2014	Vektis2015	Vektis2015*	Vektis2015**
Jaar kostengegevens	2012-2014	2013-2015	2013-2015	2013-2015
Bron kostengegevens	BASIC	BASIC	BASIC	BASIC
Selectie verzekerden	Allen	Allen	Kosten via CAK volledig op individuniveau vanaf 2013 of 2014	Kosten via CAK volledig op individuniveau vanaf 2013
Aantal verzekerden	293.054	293.054	269.408	209.020
Percentage hele jaar verzekerd	35%	35%	31%	26%
Aantal verzekerdenjaren	173.491	173.491	153.289	108.708
Percentage in tenminste 1 van de 3 jaren verzekerd (dus kans op MHK1)	85%	100%	100%	100%
Percentage in 2 meest recente jaren verzekerd (dus kans op MHK2)	67%	82%	80%	74%
Percentage in alle jaren verzekerd (dus kans op MHK >2)	59%	67%	65%	52%
Normkosten	€ 1.146	€ 1.165	€ 1.142	€ 1.123

De tabel toont de kans om in een MHK terecht te komen. Bijvoorbeeld bij gebruik van kostengegevens 2012-2014 (tweede kolom) zijn 85% van alle niet-ingezetene verzekerdenjaren 2015 in minimaal 1 van de 3 jaren 2012-2014 verzekerd. Bij gebruik van kostengegevens 2013-2015 (derde kolom en verder) zijn wél alle niet-ingezetene verzekerdenjaren 2015 in minimaal 1 van de 3 jaren 2013-2015 verzekerd (namelijk 2015).

Bron: BASIC 2012-2015 en niet-ingezetenen 2015 via ZiN. Berekeningen SEO Economisch Onderzoek

2.3 Conclusie

De normkosten 2018 voor niet-ingezetenen 2015 zijn gemiddeld € 1.213 wanneer zij allen worden ingedeeld in MHK 0 met een afslagpercentage van 60 procent. De normkosten 2018 voor niet-ingezetenen 2015 zijn gemiddeld € 1.135 per verzekerdenjaar wanneer zij worden ingedeeld in een MHK op basis van hun geregistreerde ZVW-kosten in de jaren 2012-2014. Dit bedrag vormt een ondergrens van de uiteindelijke vereveningsbijdrage over 2019. Voor de uiteindelijke vereveningsbijdrage over 2019 zullen immers de kosten uit 2016, 2017, 2018 gebruikt worden. In die jaren zullen naar verwachting alle (bekende) kosten op individuniveau geregistreerd staan, waardoor de vereveningsbijdrage hoger zal uitvallen. Wanneer de kosten uit de jaren 2013-2015 worden gebruikt om een MHK-indeling vast te stellen, resulteert een gemiddeld normbedrag van € 1.165 per verzekerdenjaar. Het verschil met de normkosten op basis van kosteninformatie uit 2012-2014 bedraagt ongeveer € 30. Deze stijging wordt enerzijds veroorzaakt doordat de kosten uit de jaren 2013-2015

vaker op individuniveau geregistreerd zijn, maar ook omdat kosten uit het eigen vereveningsjaar gebruikt worden. Door kosten uit het eigen vereveningsjaar te gebruiken voor de indeling in MHK wordt niet gecorrigeerd voor sterfte en voor ontbreken van kosteninformatie van niet-ingezetenen die in 2015 voor het eerst in Nederland verzekerd zijn. Daarnaast worden meer kosten meegeteld dan de kosten waarop ZiN de MHK-indeling baseert. De impact van volledige op individuniveau geregistreerde kosten op het gemiddelde normbedrag is daarom naar verwachting beperkt.

3 Zorgkosten niet-ingezetenen 2015

De Nederlandse zorgkosten en de buitenlandkosten via de zorgverzekeraarroute bedragen gemiddeld € 401 per niet-ingezetene verzekerdenjaar in 2015. Een inschatting van de buitenlandkosten via CAK bedraagt gemiddeld € 416 tot € 458 per verzekerdenjaar. De gemiddelde kosten in 2015 bedragen daarmee € 817 tot € 859 per verzekerdenjaar.

Niet-ingezetene verzekerden maken, net als ingezetene verzekerden, op drie manieren zorgkosten:

- zorgkosten in Nederland;
- zorgkosten in het buitenland via de zorgverzekeraarroute;
- zorgkosten in het buitenland via CAK.

Een deel van de zorgkosten van niet-ingezetenen 2015 is volledig bekend op individuniveau in BASIC 2015. Dit zijn de zorgkosten die niet-ingezetenen maken in Nederland, en de zorgkosten buitenland die via de zorgverzekeraarroute binnenkomen. De zorgkosten buitenland via CAK zijn niet volledig bekend op individuniveau in BASIC 2015. Naast deze drie typen zorgkosten maken niet-ingezetenen ook zorgkosten die buiten de ZVW vallen, voornamelijk omdat zij vaak een deel van het jaar niet in Nederland verzekerd zijn. De zorgkosten die buiten de ZVW vallen worden niet meegenomen bij bepalen van de vereveningsbijdrage ZVW aangezien deze kosten niet door een Nederlandse zorgverzekeraar betaald worden. Deze kosten blijven daarom in dit hoofdstuk achterwege.

3.1 Zorgkosten in Nederland en via zorgverzekeraarroute

Tabel 3.1 toont de zorgkosten van niet-ingezetenen 2015 zoals geregistreerd in BASIC. De tabel laat zien dat de zorgkosten in Nederland voor niet-ingezetenen 2015 gemiddeld € 343 per verzekerdenjaar bedragen in 2015. De zorgkosten buitenland via de zorgverzekeraar bedragen gemiddeld € 41 per verzekerdenjaar. Gezamenlijk bedragen deze kosten € 343 + € 41 = € 384 per verzekerdenjaar. Dat is iets minder dan de € 404 in WOR 782 voor niet-ingezetenen in 2013.¹⁰ Ongeveer 4 procent van de verzekerdenjaren niet-ingezetenen 2015 uit het bestand van ZiN was niet terug te vinden in BASIC 2015. Het gaat om ruim 17.000 verzekerden/ruim 8.000 verzekerdenjaren. Deze personen hebben waarschijnlijk geen zorgkosten gemaakt in 2015: volgens de MHK-indeling van ZiN zit 96,4% van deze verzekerdenjaren in MHK 0 en 3,6% in MHK 1. Voor hen zijn daarom de zorgkosten 2015 op nul gezet in de berekening van de gemiddelde zorgkosten. Een alternatief is om deze verzekerden weg te laten in de berekening van de gemiddelde zorgkosten. Tabel 3.1, kolom 2015* laat zien dat de zorgkosten in Nederland en de zorgkosten buitenland via de zorgverzekeraar in dat geval € 358 + € 43 = € 401 bedragen. Nog altijd iets minder dan de € 404 in WOR 782 voor niet-ingezetenen in 2013.

¹⁰ WOR 782: er is € 82 miljoen aan somatische zorgkosten voor niet-ingezetenen geregistreerd op individuniveau in het KPV-2013. Hiervan behoort naar inschatting € 11 miljoen tot de buitenlandkosten via CAK. De zorgkosten Nederland en de buitenlandkosten via de zorgverzekeraar bedragen daarom € 71 miljoen / 175.893 niet-ingezetene verzekerdenjaren 2013 = € 404 per verzekerdenjaar.

Niet-ingezetenen die zowel in 2013 als in 2015 in Nederland verzekerd waren hebben hogere zorgkosten van gemiddeld € 436 + € 49 = € 485 per verzekerdenjaar, zie Tabel 3.1 – kolom 2013. Deze niet-ingezetenen zijn dus gemiddeld duurder dan eenmalige/nieuwe niet-ingezetenen. In ieder geval wanneer alleen gekeken wordt naar de zorgkosten Nederland en de buitenlandkosten die via de zorgverzekeraar binnen komen. De hogere zorgkosten komen deels omdat niet-ingezetenen die al langer ZVW-verzekerd zijn gemiddeld ouder zijn. Deels komt dit ook omdat niet-ingezetenen die al langer ZVW verzekerd zijn vaker grensarbeiders zijn, die gemiddeld hogere ZVW-kosten maken dan seizoenarbeiders.

Tabel 3.1 Gemiddelde op individuniveau geregistreerde zorgkosten in BASIC voor niet-ingezetenen 2015 bedraagt € 697 - € 730

	2012	2013	2014	2015	2015*
Aantal verzekerden	135.862	155.513	193.875	293.054	275.983
Wissels: andere uzovi in vergelijking met uzovi 2015	24%	20%	14%	nvt	nvt
Aantal verzekerdenjaren	107.790	120.213	142.757	173.491	165.804
Percentage verzekerdenjaren ook in jaar x verzekerd t.o.v. totaal in 2015	62%	69%	82%	100%	96%
Somatische zorgkosten totaal	733	775	815	697	730
Somatische zorgkosten excl. buitenlandkosten	473	436	387	343	358
Buitenlandkosten via zorgverzekeraar	45	49	46	41	43
Buitenlandkosten via CAK	215	290	381	314	329
Percentage verzekerdenjaren zonder zorgkosten	36%	36%	34%	39%	36%

De tabel toont het aantal verzekerden, verzekerdenjaren en zorgkosten van de niet-ingezetenen 2015 in 2015 en de jaren vóór 2015. In de kolommen met betrekking tot de jaren vóór 2015 zijn alleen niet-ingezetenen meegenomen die teruggevonden werden in het BASIC bestand van het betreffende jaar.

2015* is exclusief de niet-ingezetenen voor wie Vektis geen kostendata beschikbaar heeft. In de kolom '2015' zijn deze verzekerden wel mee genomen en zijn hun zorgkosten op nul gezet.

Het percentage wissels tussen 2014 en 2015 is berekend voor de 193.875 niet-ingezetenen 2015 die zowel in 2014 als in 2015 verzekerd waren. Een persoon telt mee als 'wisselaar' indien de uzovi waar zij in 2015 het langst verzekerd was afwijkt van de uzovi waar zij in 2014 het langst verzekerd was.

Bron: Berekeningen SEO Economisch Onderzoek

3.2 Zorgkosten buitenland via CAK 2015

Ook de kosten buitenland via CAK die verzekeraars tot december 2017 ter goedkeuring binnenkrijgen zijn zoveel mogelijk op individuniveau vastgelegd in BASIC. Sommige verzekeraars (met bijna 50 procent van de verzekerdenjaren niet-ingezetenen 2015) registreren de kosten buitenland via CAK op individuniveau vanaf 2013. Andere verzekeraars (met bijna 40 procent van de verzekerdenjaren niet-ingezetenen 2015) registreren volledig vanaf 2014.

Vanaf 2015 wordt voor 98% van de niet-ingezetenen de kosten buitenland via CAK op individuniveau geregistreerd. Maar omdat de zorgkosten buitenland via CAK vertraagd binnen komen, zijn de buitenlandkosten 2015 via CAK (nog) niet uitgedeclareerd. Deze kosten bedragen € 314 per verzekerdenjaar in BASIC 2015. In BASIC 2014 bedragen de gemiddelde kosten via CAK € 381

per verzekerdenjaar. Deze kosten zijn meer uitgedeclareerd dan de kosten uit 2015 omdat ze een jaar extra hebben gehad om binnen te komen. Ook de kosten 2014 zijn echter (nog) niet volledig. Dit komt omdat ongeveer 11% van de niet-ingezetenen verzekerdenjaren 2015 verzekerd is bij een verzekeraar die in 2014 de kosten via CAK nog niet volledig op individuniveau registreerde. Bovendien zal ook in 2018 en latere jaren naar verwachting nog een klein deel van de kosten 2014 binnen komen. Merk wel op dat de kosten 2014 in Tabel 3.1 alleen verzekerden betreft die zowel in 2014 als in 2015 in Nederland verzekerd waren. De totale groep niet-ingezetenen 2014 kan met de voor dit onderzoek beschikbare data niet geïdentificeerd worden.

Omdat de zorgkosten buitenland via CAK op individuniveau niet volledig uitgedeclareerd zijn, kan een inschatting van de zorgkosten buitenland via CAK alleen gemaakt worden op basis van de totale kosten buitenland via CAK, zie Tabel 3.2.

Inschatting totale zorgkosten buitenland via CAK

Tabel 3.2 laat zien dat in ieder van de jaren 2008-2013 de tot nu toe gedeclareerde buitenlandkosten ongeveer € 145 miljoen bedragen. De kosten uit 2014 die tot eind 2017 zijn binnen gekomen bedragen € 132 miljoen. De bedragen die over de jaren 2008-2013 zijn binnen gekomen tot en met eind t+3 bedragen € 130 - € 139 miljoen. Ná t+3 komt dus nog zo'n € 5 tot € 18 miljoen binnen. Het bedrag van 5 miljoen komt uit het transactiejaar 2013, dat nog niet volledig is uitgedeclareerd. Immers over 2007 komen zelfs in 2017 nog bedragen tot € 1 miljoen binnen. Het bedrag van € 18 miljoen uit transactiejaar 2008 lijkt daarom een betere inschatting. Voor 2014 zou dat betekenen dat uiteindelijk nog maximaal een bedrag van € 132 + € 18 = € 150 resulteert.

Tabel 3.2 Totale kosten buitenland via CAK, uitgesplitst naar vereveningsjaar en transactiejaar

Transactie- jaar	vereveningsjaar										Totaal	Totaal t/m t+3	Binnen ná t+3
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017			
x 1 miljoen €	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017			
2006	42	47	12	1	1	1	0	1	0	0	107	89	17
2007	3	64	43	6	3	1	0	1	0	1	122	110	12
2008	0	12	105	10	11	3	1	2	2	1	145	127	18
2009	0	0	32	31	65	9	2	2	1	1	142	128	15
2010	0	0	0	2	67	61	5	7	1	1	145	130	14
2011	0	0	0	0	18	70	41	11	3	1	145	130	15
2012	0	0	0	0	0	12	67	54	6	1	140	134	7
2013	0	0	0	0	0	0	6	103	30	5	144	139	5
2014	0	0	0	0	0	0	0	37	68	28	132	132	0
2015	0	0	0	0	0	0	0	0	40	84	124	?	?
2016									0	51	51	?	?
2017										0	0	?	?
Totaal	45	123	192	50	165	157	122	217	152	173	1.397	?	?

Bron: CAK, kosten buitenland. Door afronding tellen de afzonderlijke bedragen niet altijd op tot het totaalbedrag.

Inschatting zorgkosten buitenland via CAK toe te rekenen aan niet-ingezetenen

In WOR 782 is op basis van informatie van zorgverzekeraars bepaald dat (vrijwel) alle kosten geboekt op formulier 106 (verzekerden woonachtig in het buitenland) en 5 procent van de kosten

tijdelijk verblijf toegerekend kunnen worden aan niet-ingezetenen. Kosten buitenland behorende tot de toestemmingsgevallen worden niet of nauwelijks gemaakt door niet-ingezetenen.

Tabel 3.3 laat zien dat de buitenlandkosten die aan niet-ingezetenen kunnen worden toegewezen in de jaren 2010-2012 ongeveer € 65 miljoen bedragen, ofwel minder dan de helft van de totale kosten buitenland. De kosten uit 2012 die tot eind 2015 zijn binnen gekomen bedragen € 62 miljoen. De bedragen die ná t+3 nog zijn binnen gekomen variëren van 3 tot 10 miljoen over de jaren tot en met 2011. Het bedrag van 3 miljoen komt uit transactiejaar 2011, dat nog niet volledig is uitgedeclareerd. Immers over 2008 komen zelfs in 2015 nog bedragen tot € 1 miljoen binnen. Het bedrag van € 10 miljoen uit transactiejaar 2008 lijkt daarom een betere inschatting. Voor 2012 zou dat betekenen dat uiteindelijk maximaal een bedrag van € 62 + € 10 = € 72 miljoen resulteert. Verdeeld over 175.366 niet-ingezetenere verzekerdenjaren in 2012 komt dit neer op € 416 per verzekerdenjaar.

Informatie van de kosten buitenland voor niet-ingezetenen over kasjaren 2016 en 2017 ontbreekt. Helaas heeft CAK alleen de totale buitenlandkosten over de kasjaren 2016 en 2017 beschikbaar gesteld voor het onderzoek. De tabellen opgesplitst naar formulier worden niet meer gemaakt sinds CAK de verwerking van buitenlandkosten heeft overgenomen van ZiN. Over 2017 zijn alleen losse facturen beschikbaar bij het CAK. Deze facturen zijn niet gedeeld met de onderzoekers van SEO.

Tabel 3.3 Kosten buitenland via CAK: 100% formulier 106 + 5% tijdelijk verblijf

Transactie- jaar	vereveningsjaar								Totaal	Totaal t/m t+3	Binnen ná t+3	
	× 1 miljoen €	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014				2015
2006		9	23	7	1	1	0	0	0	41	32	9
2007		1	21	17	1	1	0	0	0	42	39	3
2008		0	5	37	4	8	1	0	1	57	46	10
2009		0	0	8	10	34	4	1	1	58	52	6
2010		0	0	0	1	29	32	3	2	67	62	5
2011		0	0	0	0	5	32	27	3	67	64	3
2012		0	0	0	0	0	2	33	27	62	62	0
2013		0	0	0	0	0	0	1	43	44	?	?
2014		0	0	0	0	0	0	0	9	9	?	?
2015		0	0	0	0	0	0	0	0	0	?	?
Totaal		10	49	70	17	79	70	66	87	1.397	?	?

Bron: ZiN, kosten buitenland.

Indexatie van kosten uit het verleden

Er is geen reden om aan te nemen dat de buitenlandkosten via CAK van niet-ingezetenen sterk zijn toegenomen of afgenomen tussen 2012 en 2015:

1. De totale buitenlandkosten via CAK zijn vanaf 2008 ongeveer gelijk
2. De buitenlandkosten van niet-ingezetenen zijn vanaf 2010 ongeveer gelijk.
3. Het aantal niet-ingezetenen vanaf 2012 is ongeveer gelijk. Ongeveer 60% van de niet-ingezetenen in 2015 was ook in 2012 al niet-ingezetenere (zie Tabel 2.2).
4. De Nederlandse zorgkosten + zorgkosten via de zorgverzekeraar zijn ook ongeveer gelijk gebleven tussen 2013 en 2015, zie paragraaf 3.1.

Enige bron van toename van de zorgkosten zou de algehele stijging van de zorgkosten tussen 2012 en 2015 kunnen zijn. In hoeverre de algehele kostenstijging in Nederland representatief is voor de stijging van buitenlandkosten van niet-ingezetenen kan niet uit de historische macrocijfers worden afgeleid. De kosten *per niet-ingezetene verzekerdenjaar* zijn vanaf 2008 immers steeds afgenomen, zie Tabel 3.4. Dit komt enerzijds omdat eerdere jaren al verder zijn uitgedeclareerd, en anderzijds omdat de niet-ingezetenen tussen 2008 en 2012 voor een steeds groter deel bestaat uit buitenlandse seizoenarbeiders met relatief lage zorgkosten – zie WOR 736 en WOR 782.

Tabel 3.5 werkt met twee scenario's: het scenario 'geen indexatie' gaat er vanuit dat de zorgkosten via CAK van niet-ingezetenen niet mee stijgen met de gemiddelde stijging van zorgkosten in Nederland (voor alle verzekerden). Het scenario 'wel indexatie' gaat er vanuit dat de zorgkosten buitenland via CAK van niet-ingezetenen net zo hard stijgen als de zorgkosten in Nederland (voor alle verzekerden), exclusief de stijging die is toe te wijzen aan vergrijzing van de Nederlandse bevolking.¹¹ De stijging van het MPB per verzekerdenjaar is gemiddeld 4 procent per jaar in de jaren 2012-2015 (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 3,3 procent per jaar voor de jaren 2012-2015.

De gemiddelde kosten via CAK per verzekerdenjaar voor niet-ingezetenen in 2015 bedragen daarmee € 416 tot € 458 euro. Dit is ongeveer gelijk aan de kosten via CAK voor niet-ingezetenen in 2013 zoals ingeschat in het 'lage' en 'midden' scenario in WOR 782 (respectievelijk € 427 en € 491). De bedragen zijn wel lager dan het 'hoge' scenario in WOR 782 (€ 558). Dat komt omdat in WOR 782 de (nog) relatief hoge kosten per verzekerdenjaar uit 2008 het uitgangspunt van de berekening vormen. Destijds werd hierbij al een kanttekening gemaakt dat deze kosteninschatting aan de hoge kant was, aangezien de groep niet-ingezetenen vanaf 2008 steeds meer uit (goedkopere) seizoenarbeiders bestaat.

Tabel 3.4 Kosten buitenland via CAK per niet-ingezetene verzekerdenjaar neemt vanaf 2008 af

Transactiejaar	Totaal kosten in miljoenen €	Verzekerdenjaren niet-ingezetenen	Kosten per verzekerdenjaar
2006	41	79.472	515
2007	42	105.992	400
2008	57	119.991	474
2009	58	140.155	414
2010	67	149.025	447
2011	67	159.585	418
2012	62	175.366	356

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

¹¹ Hiermee wordt verondersteld dat de kostenstijgingen in andere landen gemiddeld gelijk zijn aan de kostenstijging in Nederland. Dat lijkt een redelijke aanname. Het berekenen van een kostenstijging per land om te kunnen gebruiken bij de indexatie is erg bewerkelijk.

Tabel 3.5 Inschatting zorgkosten 2015 via CAK voor niet-ingezetenen bedraagt € 416 tot € 458 per verzekerdenjaar

Transactiejaar 2012, scenario	Totaal kosten in miljoenen €	Aantal verzekerdenjaren	Kosten per verzekerdenjaar	Indexatie naar 2015
Geen indexatie	72	175.366	416	416
Wel indexatie	72	175.366	416	458

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

3.3 Totale zorgkosten niet-ingezetenen 2015

Tabel 3.6 laat zien dat de totale kosten per niet-ingezetenene verzekerdenjaar 2015 € 817 tot € 859 bedragen. In de berekening van de zorgkosten via de zorgverzekeraar en Nederlandse zorgkosten zijn de personen voor wie geen zorgkostendata bekend was in BASIC niet mee genomen.

Tabel 3.6 Zorgkosten 2015 per niet-ingezetenene verzekerdenjaar 2015 € 817 tot € 859

Scenario	Kosten via CAK per verzekerdenjaar, euro's 2015	Kosten via zorgverzekeraar per verzekerdenjaar, euro's 2015	Nederlandse zorgkosten per verzekerdenjaar, euro's 2015	Totaal kosten per niet-ingezetenene verzekerdenjaar 2015
Geen indexatie	416	43	358	817
Wel indexatie	458	43	358	859

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

4 Resultaat en conclusie

De overcompensatie van niet-ingezetenen 2015 bedraagt naar inschatting gemiddeld € 215 tot € 261 per verzekerdenjaar wanneer niet-ingezetenen worden ingedeeld in een MHK bij bepalen van hun normkosten. De indeling in een MHK bij bepaling van normkosten zorgt ervoor dat de overcompensatie van niet-ingezetenen niet groter wordt én draagt bij aan een meer zuivere verdeling tussen verzekeraars.

4.1 Resultaat

De zorgkosten 2015 bedragen € 817 tot € 859 per verzekerdenjaar. Dit zijn echter de voorspelde zorgkosten 2015, voor een vergelijking met de normkosten dienen de zorgkosten 2015 te worden opgehoogd naar het niveau van 2018. De stijging van het MPB per verzekerdenjaar is gemiddeld 3 procent in de jaren 2015-2018. Na correctie voor de kostenstijging als gevolg van vergrijzing (0,7 procent), resulteert een indexatie van 2,3 procent per jaar voor de jaren 2015-2018. De ingeschatte zorgkosten zijn daarom € 874 tot € 920 per verzekerdenjaar – zie Tabel 4.1

Tabel 4.1 Positief resultaat niet-ingezetenen 2015 bij indeling in MHK

	Normkosten 2018	Zorgkosten 2018	Resultaat
Geen indexatie	1.135	874	261
Wel indexatie	1.135	920	215

Weergegeven zijn de gemiddelde normkosten, zorgkosten, en het resultaat per verzekerdenjaar
Bron: BASIC 2012-2015 en niet-ingezetenen 2015 via ZiN. Berekeningen SEO Economisch Onderzoek

De normkosten 2018 bedragen € 1.135 per verzekerdenjaar, op basis van kosteninformatie 2012-2014. Er resulteert dus een resultaat van gemiddeld ruim € 200 per verzekerdenjaar.

4.2 Conclusie

Dit onderzoek toont niet aan dat bij indelen van niet-ingezetenen in een MHK (substantiële) ondercompensatie optreedt. In tegendeel: de (gemiddelde) overcompensatie van niet-ingezetenen 2015 is ongeveer gelijk aan de overcompensatie van eerdere cohorten niet-ingezetenen, wanneer de normkosten worden bepaald op basis van indeling in een MHK. Bij indeling in de MHK 0 met een afslagpercentage van 60 procent zullen de normkosten hoger zijn en de overcompensatie groter. De indeling in een MHK zorgt er dus voor dat de overcompensatie van niet-ingezetenen niet groter wordt dan hij al is. Bovendien zorgt de indeling in een MHK ervoor dat verzekeraars die niet-ingezetenen met hoge historische kosten verzekeren, ook hogere normkosten krijgen toebedeeld.

Literatuur

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

WOR 782: Lammers M., Scholte R., Tempelman C. (2016). Buitenlandse seizoenarbeiders. Compensatie van niet-ingezetenen, Amsterdam: SEO Economisch Onderzoek

Bijlage A Zorgkosten buitenland

Deze bijlage is sterk gebaseerd op Hoofdstuk 2 van WOR 782. Het geeft achtergrondinformatie met betrekking tot de verschillende typen kosten voor niet-ingezetenen.

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 zorgverzekeraar¹²:

1. De verzekerde doet een beroep op het verdragsdocument (CAK-route).
In dit geval maakt de verzekerde gebruik van het verdragsdocument. De betaling van de zorgkosten loopt dan via het Centraal Administratie Kantoor (CAK) en buitenlandse verbindingsorganen. Het CAK 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 verzekerdeniveau net als bij zorgkosten die in Nederland worden gemaakt.

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

CAK-route

De kosten buitenland via het CAK 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.

¹² Zie onder andere IBO Grensoverschrijdende zorg (2014) en CVZ (2012), Buitenland in de risicoverevening.

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 dichterbij 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. Daarnaast is gebleken dat niet-ingezetenen deels kosten maken die onder kosten tijdelijk verblijf vallen en dat zij niet of nauwelijks kosten voor behandeling/toestemmingsgevallen maken (zie WOR 782). Deze komen dus vrijwel geheel voor rekening van de ingezetene verzekerden.

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.

Bijlage B Data en databewerking

Het analysebestand met niet-ingezetenen 2015 is samengesteld uit de volgende bronnen:

1. ZiN bestand met niet-ingezetenen 2015
2. Afslagen uit BASIC 2012, 2013, 2014 en 2015

1. ZiN bestand met niet-ingezetenen 2015

Het ZiN bestand bevat informatie voor alle niet-ingezetenen uit 2015. Het bestand bevat alle gegevens die nodig zijn om de normkosten 2018 van niet-ingezetenen in 2015 te berekenen: inschrijfduur, leeftijd/geslacht, AVI en MHK. Daarnaast bevat het bestand het uzovi-nummer en een pseudoniembsn.

Het bestand bevat is uniek op pseudoniembsn/uzovi en bevat 293.054 verzekerden met gezamenlijk 173.491 verzekerdenjaren. Het eerste jaar waarin een verzekeraar alle kosten buitenland via CAK op individuniveau heeft geregistreerd, verschilt per verzekeraar. Per verzekerde/uzovi combinatie wordt daarom een indicator aangemaakt die aangeeft vanaf welk jaar zijn verzekeraar alle kosten op individuniveau registreert. Bij een verzekerde met meerdere verzekeraars wordt het meest recente jaar bewaard. Het bestand is vervolgens uniek gemaakt op verzekerdeniveau door per verzekerde de inschrijfduren bij verschillende verzekeraars bij elkaar op te tellen. Wanneer de gezamenlijke inschrijfduur hoger werd dan 1, zijn de inschrijfduren herschaald zodat ze optellen tot 1. Dit komt 21 keer voor. Alle overige kenmerken (AVI, leeftijd/geslacht, MHK) verschillen voor dezelfde verzekerde bij verschillende verzekeraars.

Er is in het bestand geen onderscheid gemaakt naar 0-jarigen geboren in t-1 en 0-jarigen geboren in t. De aanwezige 0-jarigen zijn daarom 50/50 verdeeld over deze twee klassen in het vereveningsmodel. Het gaat om 356 0-jarige niet-ingezetenen.

2. Afslagen uit BASIC 2012, 2013, 2014 en 2015

De afslagen uit BASIC zijn ontvangen van Vektis en bevatten alle verzekerden in de betreffende jaren. De bestanden bevatten per pseudoniembsn/uzovi combinatie: de inschrijfduur, een landcode, de somatische zorgkosten exclusief buitenlandkosten, de buitenlandkosten via de zorgverzekerroute en de buitenlandkosten via CAK. Alle kosten die zijn doorgegeven aan Vektis tot en met eind 2017 zijn hierin verwerkt. Ook het vereveningskenmerk leeftijd/geslacht is aanwezig in de bestanden. Ook hier is geen onderscheid gemaakt tussen 0-jarigen geboren in t-1 en 0-jarigen geboren in t.

De bestanden zijn niet uniek op pseudoniembsn/uzovi. Daarom zijn eerst per pseudoniembsn/uzovi de inschrijfduren bij elkaar opgeteld. Wanneer de gezamenlijke inschrijfduur hoger werd dan 1, zijn de inschrijfduren herschaald zodat ze optellen tot 1. Ook de zorgkosten worden per pseudoniembsn/uzovi combinatie bij elkaar opgeteld. Vervolgens wordt het bestand uniek gemaakt op pseudoniembsn/uzovi. Soms verschilt de landcode tussen twee regels die betrekking hebben op dezelfde pseudoniembsn/uzovi combinatie. In dat geval wordt de landcode ongelijk aan Nederland bewaard. Als de landcode gelijk is, wordt de regel met de hoogste inschrijfduur bewaard.

Vervolgens zijn de bestanden uniek gemaakt op pseudoniembsn. Hiervoor worden dezelfde beslisseregels gehanteerd als bij het ZiN bestand: eerst wordt per verzekerde/uzuovi combinatie een indicator aangemaakt die aangeeft vanaf welk jaar zijn verzekeraar alle kosten op individuniveau registreert. Bij een verzekerde met meerdere verzekeraars wordt het meest recente jaar bewaard. Het bestand is vervolgens uniek gemaakt op verzekerdeniveau door per verzekerde de inschrijfduren bij verschillende verzekeraars bij elkaar op te tellen. Wanneer de gezamenlijke inschrijfduur hoger werd dan 1, zijn de inschrijfduren herschaald zodat ze optellen tot 1. Vervolgens zijn de landcode en het vereveningskenmerk leeftijd/geslacht bewaard die zijn geregistreerd door de uzovi waar de verzekerde in 2015 het langst verzekerd is geweest.

Koppelen bestanden tot analysebestand

Vervolgens zijn de BASIC-bestanden gekoppeld aan het bestand met de niet-ingezetenen 2015 van het ZiN. Er zijn ruim 17.000 verzekerden (van 293.000 niet-ingezetenen) ofwel 4% van alle verzekerdenjaren die niet zijn terug te vinden in BASIC 2015. Voor hen is verondersteld dat zij geen zorgkosten maken in 2015. Alleen de niet-ingezetenen 2015 behoren tot het uiteindelijke analysebestand. Tabel B.1 toont de kenmerken van de niet-ingezetenen 2015 in het analysebestand. Deze getallen zijn ook genoemd in Tabel 2.2 en Tabel 3.1 in de hoofdtekst.

Tabel B. 1 Kenmerken van niet-ingezetenen 2015

Kenmerk niet-ingezetenen 2015	
Verzekerden	293.054
Wissels: percentage verzekerden met andere uzovi in 2014 (t.o.v. 2015)	14%
Wissels: percentage verzekerden met andere uzovi in 2013 (t.o.v. 2015)	20%
Wissels: percentage verzekerden met andere uzovi in 2012 (t.o.v. 2015)	24%
Verzekerdenjaren	173.491
Percentage verzekerdenjaren heel jaar verzekerd	35%
Percentage verzekerdenjaren zonder zorgkosten in BASIC 2015	39%
Percentage verzekerdenjaren teruggevonden in BASIC 2015	96%
Percentage verzekerdenjaren teruggevonden in BASIC 2014	82%
Percentage verzekerdenjaren teruggevonden in BASIC 2013	69%
Percentage verzekerdenjaren teruggevonden in BASIC 2012	62%
Percentage verzekerdenjaren in tenminste 1 van de 3 jaren 2012-2014 teruggevonden in BASIC (dus kans op MHK 1)	85%
Percentage verzekerdenjaren in 2013 en 2014 verzekerd volgens BASIC (dus kans op MHK 2)	67%
Percentage verzekerdenjaren in alle jaren 2012-2014 verzekerd volgens BASIC (dus kans op MHK >=2)	59%

Aantal verzekerden, verzekerdenjaren, percentage heel jaar verzekerd zijn gebaseerd op alleen het ZiN-bestand zijn afkomstig uit Tabel 2.2. Het percentage verzekerden dat in 1 of meerdere jaren is teruggevonden in BASIC en daardoor kans hebben op een MHK >=1 zijn ook afkomstig uit Tabel 2.2. De overige getallen zijn afkomstig uit Tabel 3.1.

Het percentage wissels tussen 2014 en 2015 is berekend voor de 193.875 niet-ingezetenen 2015 die zowel in 2014 als in 2015 verzekerd waren. Een persoon telt mee als 'wisselaar' indien de uzovi waar zij in 2015 het langst verzekerd was afwijkt van de uzovi waar zij in 2014 het langst verzekerd was.

Bron: BASIC 2012-2015 en niet-ingezetenen 2015 via ZiN. Berekeningen SEO Economisch Onderzoek

Tot slot zijn er twee deelgroepen van verzekerden gedefinieerd die gebruikt worden in het rapport.

Ten eerste de groep verzekerden wiens zorgkosten in alle jaren 2013, 2014, 2015 op individuniveau geregistreerd zijn (maar nog niet uitgedeclareerd). Een verzekerde behoort tot deze groep wanneer zij:

1. In 2013 ofwel verzekerd is geweest bij een verzekeraar die vanaf 2013 (of eerder) alle zorgkosten op individuniveau heeft geregistreerd, ófwel niet verzekerd is geweest in Nederland in 2013. En bovendien:
2. In 2014 ofwel verzekerd is geweest bij een verzekeraar die vanaf 2014 (of eerder) alle zorgkosten op individuniveau heeft geregistreerd, ófwel niet verzekerd is geweest in 2014. En bovendien:
3. In 2015 verzekerd is geweest bij een verzekeraar die vanaf 2015 (of eerder) alle zorgkosten op individuniveau heeft geregistreerd.

Ten tweede een groep verzekerden wiens zorgkosten in ieder geval in 2014 en 2015 op individuniveau geregistreerd zijn (maar mogelijk niet in 2013). Een verzekerde behoort tot deze groep wanneer zij:

1. In 2014 ofwel verzekerd is geweest bij een verzekeraar die vanaf 2014 (of eerder) alle zorgkosten op individuniveau heeft geregistreerd, ófwel niet verzekerd is geweest in 2014.
2. In 2015 verzekerd is geweest bij een verzekeraar die vanaf 2015 (of eerder) alle zorgkosten op individuniveau heeft geregistreerd.

Landcode ongelijk aan Nederland in BASIC identificeert niet alle niet-ingezetenen

In totaal zijn er 293.054 niet-ingezetenen in 2015 volgens het bestand van ZiN. Er zijn 285.593 verzekerden met landcode ongelijk aan Nederland in BASIC 2015. Deze groepen overlappen niet geheel: er zijn in totaal 320.959 verzekerden die ofwel niet-ingezetene 2015 zijn ofwel landcode ongelijk aan Nederland hebben (of allebei). Van deze groep zijn 257.688 verzekerden zowel niet-ingezetene als aanwezig in BASIC met landcode ongelijk aan Nederland, een overlap van 80 procent (257.688 / 320.959). Ongeveer 90 procent van de verzekerden in BASIC met landcode ongelijk aan Nederland behoren tot de groep niet-ingezetenen (257.688 / 285.593). Ongeveer 88 procent van de niet-ingezetenen zijn aanwezig in BASIC met een landcode ongelijk aan Nederland (257.688 / 293.054). De verschillen tussen de gegevens van ZiN en BASIC kunnen ontstaan door gebruik van een andere peildatum, of omdat verzekeraars meer controles uitoefenen op de levering richting ZiN.



seo economisch onderzoek

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