

Definitieve Rapportage

Marktgedrag Zorgverzekeraars en  
zorgaanbieders door prikkels in de  
verevening?

WOR 803

Drs. Johan Visser

Gabriëlle Mazzola, BSc.

Jeanne Heijnen, MSc., MD

Dr. Piet Stam

SiRM – Strategies in Regulated Markets B.V.  
Nieuwe Uitleg 24  
2514 BR Den Haag

Den Haag, 26 mei 2016

Contactpersoon: Johan Visser  
E-mail: johan.visser@sirm.nl  
Telefoonnummer: 06 41 68 52 21

## Inhoudsopgave

1	Managementsamenvatting.....	4
2	De prikkels in de V&V zijn het sterkst maar leiden (nog) niet tot ondoelmatige afspraken.....	8
2.1	De vormgeving van het kenmerk VGG .....	8
2.2	De prikkels tot ondoelmatigheid zijn sterk aanwezig .....	9
2.3	De risico's zijn (nog) beperkt door de regelgeving in risicoverevening, bekostiging en zorgverlening.....	11
2.3.1	Beheersmaatregelen in de risicoverevening.....	11
2.3.2	Beheersmaatregelen in de bekostiging.....	12
2.3.3	Beheersmaatregelen in de zorgverlening.....	13
2.4	Grotere bekendheid met de regelgeving leidt tot een vergroting van de risico's .....	13
2.5	Eenvoudige maatregelen zijn mogelijk om de omvang van de prikkels te beperken.....	14
3	Geen aangepast marktgedrag geconstateerd; de prikkel is gericht op het in zorg houden van cliënten die in de LGGZ zijn ingestroomd.....	15
3.1	Vormgeving kenmerk IGG.....	15
3.2	De prikkels tot ondoelmatigheid in de langdurige GGZ zijn beperkt tot het langer in zorg houden van bestaande cliënten .....	16
3.3	Door andere regelingen zijn de prikkels bij IGG beperkt .....	17
3.3.1	De beheersmaatregelen in de risicoverevening.....	17
3.3.2	De beheersmaatregelen in de bekostiging .....	17
3.3.3	De beheersmaatregelen in de zorgverlening.....	18
3.4	Individuele afspraken geven wel ruimte om ondoelmatige afspraken te maken .....	18
3.5	Monitoring van de instroom, doorstroom en uitstroom in de langdurige GGZ is gewenst.....	19
4	Het opnemen van het kenmerk op basis van zorggebruik GRZ leidt niet tot ongewenste prikkels en ongewenst gedrag.....	20
4.1	Vormgeving kenmerk GGG.....	20
4.2	De prikkels tot ondoelmatigheid zijn in de GRZ afwezig .....	21

4.3	Door andere regelingen verminderen de prikkels tot ondoelmatigheid verder 21	
4.3.1	Beheersmaatregelen in de risicoverevening.....	21
4.3.2	Beheersmaatregelen in de bekostiging.....	22
4.3.3	Beheersmaatregelen in de zorgverlening.....	22
4.4	Geen aanvullende maatregelen noodzakelijk .....	23
5	Literatuurverwijzingen .....	24
6	Bijlage gehanteerde methode .....	25
6.1	Het in beeld brengen van de prikkelwerking.....	25
6.2	Het in beeld brengen van marktgedrag .....	25
7	Bijlage de werking van de prikkels .....	27
7.1	Vermindering van doelmatigheidsprikkels .....	27
7.1.1	De prikkel om extra verzekerden met kosten te krijgen is complex .....	27
7.1.2	Voorkomen van zorggebruik voor verzekerden met kosten.....	30
8	Bijlage verdienquotes .....	31
8.1	VGG.....	31
8.2	IGG.....	32
8.3	GRZ.....	34
9	Bijlage resultaten modelschatting VGG met 6 klassen.....	35
9.1	Meerkosten .....	35
9.2	Verevenende werking.....	36
9.3	Normbedragen.....	36

# 1 Managementsamenvatting

**We hebben geen indicatie van gedragseffecten als gevolg van het opnemen van onorthodoxe kenmerken in de risicoverevening gevonden. De prikkels als gevolg van het opnemen van de onorthodoxe kenmerken in het risicovereveningsmodel zijn minder sterk dan vooraf aangenomen. Het is gewenst om de effecten van het opnemen van onorthodoxe kenmerken in de risicoverevening empirisch te monitoren.**

In 2016 zijn een aantal kenmerken in het risicovereveningsmodel opgenomen, die gebaseerd zijn op de kosten van verzekerden in het voorafgaande jaar. Dit betreft de kenmerken VGG (Verpleging en Verzorging gebruikersgroep), IGG (intramurale GGZ gebruikersgroep) en GGG (Geriatrische Revalidatiezorg gebruikersgroep). Deze kenmerken zijn in het risicovereveningsmodel opgenomen zodat de overheveling van zorg naar de zorgverzekeringswet niet tot grote risico's op ondercompensatie zou leiden.

Het opnemen van kenmerken op basis van kosten in het verleden heeft tot gevolg dat de prikkels om doelmatige zorg in te kopen afnemen. Verzekeraars kunnen gedrag vertonen om bij meer verzekerden zorg - gerelateerd aan deze kenmerken - toe te staan, deze langer toe te staan of hogere kosten toe te staan. Ook kan een verzekeraar kiezen om minder actief op kostenbeheersing te sturen. Door deze prikkels is het gewenst om op termijn deze kenmerken te vervangen door kenmerken die gericht zijn op de gezondheidstoestand van de verzekerden.

In dit onderzoek gaan we na welke prikkels voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders ontstaan als gevolg van het opnemen van de kenmerken VGG, IGG en GGG in het risicovereveningsmodel. Tevens gaan we na of we ook aangepast gedrag van zorgaanbieders en zorgverzekeraars waarnemen. Voor dit onderzoek hebben we zowel deskresearch uitgevoerd als interviews gehouden. Empirisch onderzoek is vanwege het ontbreken van gegevens op dit moment nog niet mogelijk. (een uitgebreide beschrijving van de methode staat in bijlage 6)

## (Nog) geen ongewenst gedrag waargenomen

In dit onderzoek hebben wij niet waargenomen dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders (ondoelmatige) afspraken maken die voortkomen uit het opnemen van de kenmerken VGG, IGG en GGG in het risicovereveningsmodel. De vermindering van de prikkels om doelmatige zorg in te kopen is door een aantal beheersmaatregelen minder sterk dan op voorhand werd aangenomen.

Met name de aankondiging van de tijdelijkheid van het opnemen van deze kenmerken speelt een belangrijke rol. Daarnaast speelt ook de onzekerheid over de effectiviteit van het gedrag als gevolg van de verminderde prikkels tot doelmatigheid een grote rol. Deze onzekerheid ontstaat door aangekondigde wijzigingen in de risicoverevening en in de bekostiging van de aanbieders. Echter, deze onzekerheid zal in de loop van de tijd afnemen, waardoor het belang van de signaalwerking van de tijdelijkheid van het opnemen van deze kenmerken verder vergroot. (een uitgebreidere analyse van de prikkelwerking staat in bijlage 7)

#### Het grootste risico zit bij de wijkverpleging

Het grootste risico op ondoelmatig gedrag doet zich voor bij de wijkverpleging. Op korte termijn kan daar een win-win-win (verzekeraar, zorgaanbieder, cliënt) situatie gecreëerd worden. De kosten voor de samenleving van ondoelmatige zorg lopen in dat geval op. De win-win-win situatie ontstaat als verzekeraars met aanbieders afspraken maken om een groep verzekerden een beperkte hoeveelheid wijkverpleging te verlenen. De zorgverzekeraar en de zorgaanbieder moeten dan afspraken maken dat deze zorg meer kost dan de drempelwaarde voor het kenmerk VGG. De verzekeraar ontvangt dan een hogere bijdrage uit het zorgverzekeringsfonds, de aanbieder kan een hogere declaratie bij de zorgverzekeraar indienen en de cliënt ontvangt meer zorg zonder extra kosten.

Het risico dat dit gedrag plaatsvindt is vooralsnog beperkt. Een belangrijke reden hiervoor is dat de effecten op lange termijn onzeker zijn als gevolg van de beoogde afschaffing van het kenmerk VGG in de risicoverevening en de beoogde wijziging in de bekostiging. Daarnaast kunnen verzekeraars het drempelbedrag niet op voorhand exact bepalen.

Het risico op ongewenst gedrag kan nog verder worden beperkt door de onderscheiden subgroepen voor VGG in het risicovereveningsmodel verder op te delen. In het risicovereveningsmodel 2016 zijn aparte klassen opgenomen voor de verzekerden met de hoogste 2,5; 1,5; 0,5 en 0,25 procent kosten. Indien de laagste klassen verder opgedeeld worden, zodat een indeling op basis van de hoogste 2,5; 2,0; 1,5; 1,0; 0,5 en 0,25 procent kosten ontstaat, dan zijn de prikkels voor ondoelmatig gedrag kleiner.

#### In de Geriatrische Revalidatiezorg (GRZ) is het risico beperkt

Het opnemen van het kenmerk GGG in het risicovereveningsmodel leidt slechts beperkt tot een afzwakking van de prikkel tot doelmatigheid. De vergoeding uit het zorgverzekeringsfonds is lager dan de kosten die in het voorgaande jaar gemaakt moeten worden (om in aanmerking te komen voor opname in de toeslagklasse van GGG). Het verwachte resultaat van een verzekeraar voor een verzekerde die kosten in de GRZ

boven de drempel maakt, is negatief. Hierdoor heeft een verzekeraar geen prikkel om verzekerden eerder geriatrische revalidatiezorg te laten gebruiken.

### Wij adviseren om in de langdurige GGZ (LGGZ) de duur van de behandelingen te monitoren

In de LGGZ is de situatie complexer. De prikkel om meer mensen zorg te verlenen dan nodig is niet aanwezig, omdat in het eerste jaar van zorg – voordat verzekerden in de LGGZ terecht komen – de kosten hoog zijn. Deze kosten worden niet terugverdiend uit vergoedingen uit het zorgverzekeringsfonds in de periode dat de verzekerde in de LGGZ zit.

Wel bestaat een prikkel om verzekerden die eenmaal in de LGGZ zijn ingestroomd, in de LGZZ te houden. Dit is het geval indien deze verzekerden met een lage ZZP in de LGGZ kunnen blijven of door verzekerden langer te behandelen, waardoor ook in een nieuw jaar sprake is van LGGZ. Verzekeraars kunnen waarschijnlijk effectief omgaan met deze prikkel, omdat verzekeraars en zorgaanbieders – gegeven het aantal verzekerden – op individueel verzekerdeniveau afspraken maken in de zorginkoop.

Ook in de LGGZ hebben wij niet waargenomen dat verzekeraars ondoelmatiger zorg inkopen dan voorheen. Hierbij speelt de onzekerheid over de effectiviteit van het gedrag als gevolg van de verminderde prikkels tot doelmatigheid een grote rol. In de LGGZ zijn de onzekerheden over de toekomstige kosten en opbrengsten groot. Er bestaat bijvoorbeeld onzekerheid over mogelijke aanpassing van de regelgeving voor de toegang tot de WLZ en over het voornemen om in het risicovereveningsmodel rekening te houden met de uitstroom naar de WLZ. Dit laatste punt zal leiden tot een lagere vergoeding voor verzekerden die uitstromen naar de WLZ.

Wij adviseren om de duur van behandelingen in de LGGZ te monitoren omdat de prikkel in de LGGZ wel aanwezig is en omdat het waarschijnlijk is dat het kenmerk gebaseerd op kosten in de LGGZ langer actief blijft. De risico's op ondoelmatige zorg in de LGGZ kunnen op die manier worden beperkt

### Conclusies en aanbevelingen

In dit onderzoek hebben we niet geconstateerd dat er zorgaanbieders en zorgverzekeraars (ondoelmatige) afspraken maken die voortkomen uit het opnemen van de onorthodoxe kenmerken in het risicovereveningsmodel.

Tevens hebben we geconstateerd dat de prikkelwerking minder sterk is dan op voorhand aangenomen. Naast de maatregelen in de risicoverevening speelt hierbij ook de regulering van de bekostiging en de organisatie van de zorgverlening een rol. Ook

bij de zorgverlening en bij de bekostiging zitten elementen die ongewenst gedrag minder aantrekkelijk maken.

De prikkel om ondoelmatige afspraken te maken is het grootst in de V&V. Door opsplitsing van het kenmerk VGG kan deze prikkel worden verkleind. Op basis van deze rapportage moet een definitieve keuze worden gemaakt of deze opsplitsing wenselijk is.

In de GRZ is het risico op ondoelmatig gedrag beperkt. De opbrengsten uit de risicoverevening zijn lager dan de drempelwaarde om in aanmerking te komen voor dit kenmerk. Hier zijn geen aanvullende maatregelen nodig.

In de langdurige GGZ is sprake van een prikkel om verzekerden langer in zorg te houden. De prikkel om verzekerden onterecht in de langdurige GGZ is afwezig als gevolg van de hoge kosten voorafgaand aan de zorgverlening in de langdurige GGZ. Het verdient aanbeveling om in de komende jaren te monitoren of meer verzekerden langer zorg in de langdurige GGZ verkrijgen.

Vanaf komend jaar is het daarnaast mogelijk om ook empirisch na te gaan of sprake is van ondoelmatige afspraken. In dit onderzoek was dit nog niet mogelijk als gevolg van het ontbreken van declaratiegegevens voor de V&V, GRZ en IGGZ.

In het risicovereveningsmodel zijn naast de onorthodoxe kenmerken ook andere kenmerken die perverse prikkels tot gevolg kunnen hebben. Ook bij meerjarige Hoge Kosten, DKG's en FKG's spelen prikkels in de risicoverevening mogelijk een rol bij het marktgedrag van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Ook daar is het echter de vraag of hoe sterk deze prikkels tot ondoelmatigheid zijn en of deze prikkels in de praktijk kunnen worden gebracht. We adviseren om ook voor deze kenmerken het gedrag van zorgverzekeraars en zorgaanbieders te onderzoeken. Een voordeel is dat in dit geval ook empirisch onderzoek naar afwijkende kostenpatronen kan worden uitgevoerd, omdat deze kenmerken al langer onderdeel zijn van het risicovereveningsmodel.

## 2 De prikkels in de V&V zijn het sterkst maar leiden (nog) niet tot ondoelmatige afspraken

We hebben niet geconstateerd dat verzekeraars in de V&V door middel van afspraken in de zorginkoop sturen op basis van de prikkels in de risicoverevening. In de verpleging en verzorging zijn de prikkels voor ondoelmatig gedrag relatief sterk ten opzichte van de andere sectoren waar verzekeraars gecompenseerd worden op basis van kosten t-1. Dit wordt veroorzaakt door een relatief groot verschil tussen de drempelwaarde van het kenmerk VGG in kosten in de laagste klasse en de hoogte van het normbedrag voor deze klasse. De zorgverzekeraar ontvangt dit relatief hoge normbedrag door de uitgaven in beperkte mate te doen toenemen.

Verzekeraars en zorgaanbieders maken vooralsnog geen afspraken voor het leveren van meer zorg, omdat de onzekerheid over de impact van een eventuele aanpassing van het gedrag groot is. Het is voor zorgverzekeraars en zorgaanbieders praktisch onmogelijk om op dit moment een goede inschatting te maken van de werkelijke financiële effecten van eventuele afspraken. Ook speelt de onbekendheid met de regelgeving en de impact van veranderingen in de regelgeving hierbij een belangrijke rol.

### 2.1 De vormgeving van het kenmerk VGG

Het kenmerk VGG dat in het risicovereveningsmodel is opgenomen heeft de volgende elementen (zie Tabel 1):

1. Er zijn vier toeslag klassen opgenomen (met een positief normbedrag) en één afslagklasse (met een negatief normbedrag)
2. De normbedragen hebben dezelfde richting voor somatische zorg en voor V&V
3. De grenzen van de klassen zijn gebaseerd op het aandeel verzekerden dat kosten boven een drempel maakt
4. De hoogte van de drempel wordt ex ante vastgesteld op basis van het aandeel verzekerden met kosten boven de drempel.
5. De hoogte van de drempel wordt ex post aangepast zodat het aandeel verzekerden met kosten boven de drempel gelijk blijft.



Tabel 1. Hoogte van de normbedragen VGG

	Normbedrag somatische zorg	Normbedrag V&V	Totaal
Geen VGG	€ -29,29	-137,99	€ -167,28
2,5% verzekerden met hoogste kosten	€ 1.109,19	€ 1.333,92	€ 2.442,11
1,5% verzekerden met hoogste kosten	€ 1.415,00	€ 5.527,42	€ 6.942,42
0,5% verzekerden met hoogste kosten	€ 1.337,64	€ 11.225,84	€ 12.563,48
0,25% verzekerden met hoogste kosten	€ 1.923,73	€ 24.619,71	€ 26.543,44

## 2.2 De prikkels tot ondoelmatigheid zijn sterk aanwezig

In de praktijk kan in de V&V sector sprake zijn van een korte termijn win-win-win situatie. Door de effectuering van de prikkels kunnen zowel de verzekeraar, als de aanbieder als de verzekerde/cliënt op de korte termijn een positief resultaat behalen. In het kader hieronder wordt een fictief voorbeeld gegeven van een win-win-win situatie die ontstaat als zorgverzekeraars en zorgaanbieders “vinger aan de pols afspraken” met hun verzekerden/cliënten maken.

Een verzekerde komt in aanmerking voor een vergoeding voor VGG als hij of zij tot de groep 2,5% verzekerden met de hoogste kosten behoort. In 2013 kwam dit volgens ZIN neer op minstens € 236 aan V&V kosten (ZIN, 2015).

De werkelijke drempelwaarde bij de definitieve vaststelling kan hiervan afwijken. In de Pré OT hebben we gezien dat de variatie in de drempelwaarde voor de kosten groot kan zijn. Een inschatting van de drempelwaarde in de pré OT loopt uiteen van €1.049 in 2011 tot €180 in 2012. (iBMG, 2015a)

Ondanks de onzekerheid over de drempelwaarde van de kosten kan een verzekeraar een positief resultaat behalen voor verzekerden in de onderste klasse van het VGG kenmerk. Het normbedrag voor deze groep is immers €2.442 (zie tabel 1). Hierdoor ontstaat in theorie een positief resultaat van € 2.206 bij een drempelwaarde van € 236. Dit is het geval als deze verzekerde geen andere kosten maakt en de drempelwaarde bij het ex ante vaststelling bij de ex-post vaststelling niet wordt aangepast.

Eenzelfde redenering geldt voor de andere klassen. In Bijlage 8 hebben we voor elke subgroep een zogenaamde verdienquote berekend. De verdienquotes geven een indruk

van de mate waarin de kosten die een verzekeraar maakt voor een verzekerde in de betreffende klasse gedekt worden door de vergoeding uit het zorgverzekeringsfonds. Voor het kenmerk VGG is gebruik gemaakt van een marginale verdienquote.

De marginale verdienquote houdt rekening met de toename in kosten voor de cliënt die nodig is om in de naasthogere klasse met het hogere normbedrag te worden ingedeeld.

#### Fictief voorbeeld uitwerking “vinger aan de pols” afspraken

Een verzekeraar maakt afspraken met de zorgaanbieders over een “vinger aan de pols abonnement”. In dit abonnement kunnen zorgaanbieders nieuwe cliënten een beperkt aantal uren zorg aanbieden. Het beperkt aantal uren is zo gekozen dat met enige mate van zekerheid gesteld kan worden dat voor deze verzekerden de kosten hoger zijn dan de onderste drempel van de klasse V&V. De verzekeraar ontvang een aanvullende vergoeding uit de risicoverevening voor deze verzekerde die hoger is dan de extra kosten voor deze verzekerde.

De verzekeraar biedt de aanbieder een relatief hoge vergoeding per uur voor deze zorg, zodat ook de aanbieder een hogere vergoeding krijgt dan de kosten die de aanbieder voor de zorg aan deze cliënt heeft. Ook de zorgaanbieder krijgt daarmee een positief resultaat.

Een specifieke groep cliënten vindt het over het algemeen prettig om meer wijkverpleegkundige zorg te verkrijgen. Voor de groep ouderen die wel zelfstandig kunnen leven, maar weinig aanspraak meer hebben, is het “vinger aan de pols” abonnement een uitkomst.

Op deze manier ontvangt een groep verzekerden zorg die mogelijk niet strikt noodzakelijk is. Dit betekent dat de kosten voor de samenleving toenemen. De verzekeraar, de aanbieder en de cliënt hebben een gezamenlijk belang dat deze zorg geleverd wordt.

Dit voorbeeld maakt duidelijk dat het mogelijk is om voor de korte termijn ondoelmatige afspraken te maken, die een positief financieel resultaat opleveren. Het resultaat is echter op lange termijn onzeker. Dit is onder andere afhankelijk van de ontwikkelingen in de risicoverevening en bekostiging. In de risicoverevening is aangekondigd dat opname van VGG tijdelijk is en er wordt momenteel gewerkt aan een nieuw bekostigingssysteem. Het financiële effect op langere termijn is daarmee op dit moment niet voorspellen.

## 2.3 De risico's zijn (nog) beperkt door de regelgeving in risicoverevening, bekostiging en zorgverlening

We hebben niet geconstateerd dat bovenstaande afspraken tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliënten op dit moment gemaakt worden. Dit wordt voornamelijk veroorzaakt doordat het meerjarige effect van dergelijke afspraken voor zowel de zorgaanbieders als de zorgverzekeraars onzeker is. Daarnaast is sprake van specifieke regelgeving in de bekostiging en zorgverlening die de mogelijkheden voor ondoelmatige afspraken beperkt. Tot slot speelt mogelijk ook de verwachte reputatie-effecten van dergelijk gedrag voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars een rol.

### 2.3.1 Beheersmaatregelen in de risicoverevening

De onzekerheid over de resultaat-effecten wordt vergroot doordat:

1. Bij het opnemen van het kenmerk op basis van kosten t-1 is aangekondigd dat sprake is van een tijdelijke maatregel
2. Het exacte drempelbedrag om een verzekerde in een klasse in te delen niet vooraf bekend is
3. Het werkelijke resultaat voor een verzekeraar mede afhangt van de afspraken die andere verzekeraars met de zorgaanbieders maken
4. Naast extra zorggebruik in de V&V een vergroting van het zorgaanbod in die sector ook kan leiden tot hoger zorggebruik in de rest van de somatische zorg
5. Bij overstappen van de verzekerde of bij overlijden ontvangt de verzekeraar het normbedrag niet.

Ad 1) De afspraken die verzekeraars met aanbieders maken kunnen meerjarige effecten hebben. Afspraken om bij meer verzekerden zorggebruik in de V&V toe te staan, kan tot een structureel effect van meer zorgaanbod leiden. Doordat bij de invoering van het kenmerk VGG is aangekondigd dat sprake is van een tijdelijke maatregel, leidt een ruimhartiger zorgaanbod in dat geval tot een negatief resultaat voor de verzekeraar na afschaffing van het kenmerk VGG.

Ad 2) Het ex post vast te stellen drempelbedrag om in de VGG klassen ingedeeld te worden is niet vooraf bekend. Bij de vaststelling van de normbedragen is gerekend met de groep verzekerden met de hoogste 2,5% kosten. (Staatscourant, 2016) Het betreft de groep verzekerden met de hoogste 2,5% kosten in het voorafgaande jaar. De definitieve vaststelling of een verzekerde ingedeeld wordt in een VGG klasse gebeurt ex post. Afhankelijk van het aantal en de hoogte van de kosten van de verzekerden met kosten

kan de drempelwaarde voor de kosten hoger of lager worden. Door de mogelijkheid van ex post aanpassing van het drempelbedrag is het voor de verzekeraar en de zorgaanbieder op voorhand onzeker of een verzekerde in aanmerking komt voor opname in VGG.

Ad 3) Indien alle verzekeraars tegelijk afspraken maken om meer verzekerden kosten wijkverpleging te laten maken, is het waarschijnlijk dat de drempelwaarde voor de indeling in VGG omhoog gaat. Hierdoor bestaat de kans dat deze verzekerden niet in aanmerking komen voor opname in VGG klasse van de 2,5% verzekerden met de hoogste kosten, ondanks de kosten die de verzekeraar voor deze verzekerde maakt. Er is sprake van een zogenaamd 'prisoners' dilemma': als een verzekeraar afspraken maakt om bij meer verzekerden kosten toe te staan dan leidt dat tot een positief resultaat voor deze verzekeraar. Als echter alle verzekeraars dat doen dan leidt dat tot een negatief resultaat voor alle verzekeraars.

Ad 4) Het is bekend dat verzekerden die wijkverplegingszorg gebruiken ook relatief vaker gebruik maken van andere typen zorg. In het normbedrag zien we dit terug doordat verzekerden met V&V kosten ook een hoge normvergoeding voor somatische zorg krijgen. (iBMG, 2015b) Het is op voorhand moeilijk in te schatten wat de toename van de kosten voor somatische zorg is voor verzekerden met kosten V&V, indien een verzekeraar minder stringent stuurt op het voorkomen van kosten V&V.

Ad 5) Tot slot is van belang dat verzekerden met kosten V&V over het algemeen een grotere kans hebben om te overlijden. Als sprake is van overlijden zal een verzekeraar geen normuitkering meer krijgen voor deze verzekerde. Ook als een verzekerde van verzekeraar wisselt zal de verzekeraar die de extra kosten maakt geen aanvullende vergoeding uit het risicovereveningsfonds krijgen.

### 2.3.2 Beheersmaatregelen in de bekostiging

In de bekostiging van de V&V is sprake van een macrobeheersingsinstrument. Dit betekent dat zorgaanbieders gekort worden op hun budget bij overschrijdingen van het macrokader. Zorgaanbieders hebben daarmee een gezamenlijk belang om het macrokader niet te overschrijden. Daarentegen geldt dat als het macrokader toch wordt overschreden, het macrobeheersingsinstrument voor een individuele zorgaanbieder een prikkel oplevert om een grotere overschrijding te hebben dan de overschrijding van andere zorgaanbieders. (NZa, 2015a)

Daarnaast geldt dat in de V&V nog maar net sprake is van een gewijzigde regulering. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben in 2015 nog afspraken gemaakt op basis van een representatiemodel. Het jaar 2016 is het eerste jaar dat verzekeraars en zorgaanbieders individueel afspraken maken. De uitwerking van de afspraken over 2016

kan daarmee nog niet getoetst worden. Ook wordt gewerkt aan een nieuwe bekostigingssystematiek voor de wijkverpleging (Gupta, 2016; SiRM, 2015). Hierdoor wordt de onzekerheid over de effecten van een eventuele aanpassing van het gedrag verder vergroot.

Per saldo betekent het macrobeheersingsinstrument dat zorgaanbieders geen baat hebben bij een vergroting van het zorgaanbod, omdat dit tot gevolg kan hebben dat het macro kader wordt overschreden. Pas op het moment dat zeker wordt dat het macro kader wordt overschreden hebben zorgaanbieders er belang bij om de overschrijding te vergroten.

Verzekeraars en zorgaanbieders maken veelal plafondafspraken. Hierdoor krijgt een zorgaanbieder -als eenmaal het plafondbedrag verkregen is – geen extra budget meer bij een verdere toename van het aantal cliënten. De prikkel om meer zorg te verlenen wordt daarmee beperkt.

### 2.3.3 Beheersmaatregelen in de zorgverlening

Een belangrijk aspect in de prikkelwerking vormt de rol van de zorgverlener. Uiteindelijk is het namelijk de zorgverlener die de indicatie vaststelt. De wijkverpleegkundige bepaalt welke zorg noodzakelijk en wenselijk is voor de verzekerde/cliënt. Daarmee is de indicatiestelling normaal gesproken onafhankelijk van de werking van het risicovereveningsmodel.

Omdat geen sprake is van algemeen aanvaarde richtlijnen voor wijkverpleging (V&VN 2013) zijn hier geen sterke instrumentele belemmeringen om de financiële prikkels leidend te laten worden. De wijkverpleegkundigen zullen echter overtuigd moeten worden van de voordelen. De tegenstrijdigheid van de doelmatigheidsprikkels in de contracten van zorgverzekeraars met zorgaanbieders in het algemeen en specifieke afspraken over ondoelmatige zorg bij deze specifieke groep verzekerden zal de uitlegbaarheid van deze maatregelen moeilijk maken.

## 2.4 Grotere bekendheid met de regelgeving leidt tot een vergroting van de risico's

Naarmate regelgeving langer geldig is, bestaat het risico dat de prikkels effect gaan hebben en tot aanpassing van het gedrag leiden. Op dit moment is nog sprake van veel onzekerheid over de effecten van een eventuele aanpassing in het beleid van een verzekeraar. Naarmate regelgeving langer geldig is krijgen zorgverzekeraars mee informatie en zekerheid over de kosten en opbrengsten voor deze verzekerde bij

zorgverzekeraars en zorgaanbieders beschikbaar. Het inzicht in de effecten van gedrag neemt toe en de onzekerheid over de effecten neemt af. Minder onzekerheid in combinatie met meer inzicht leidt tot een sterkere ervaring van de prikkels en een grotere kans op effectuering.

## 2.5 Eenvoudige maatregelen zijn mogelijk om de omvang van de prikkels te beperken

De prikkel die ontstaat door het opnemen van het kenmerk VGG in het risicovereveningsmodel kan op twee manieren worden verkleind. De eerste methode is om de drempelwaarde van de laagste klasse van VGG te verhogen naar bijvoorbeeld 2,0%. Dit heeft als nadeel dat de onderste klasse van VGG vervalt, waarmee de toegevoegde waarde van het kenmerk VGG kleiner wordt.

Een alternatief is om de VGG klassen verder op te splitsen. Als de grenzen van de klassen dichter bij elkaar liggen, zijn de verschillen tussen de drempelwaarde van de kosten van een VGG klasse en de vergoeding uit het zorgverzekeringsfonds kleiner. De prikkel om ondoelmatige zorg te contracteren neemt af.

Om de prikkel voor het contracteren van ondoelmatige zorg zo klein mogelijk te houden, is het van belang dat de opname van het kenmerk VGG in het risicovereveningsmodel tijdelijk is. Ook is het van belang om in de communicatie de tijdelijkheid van het opnemen van VGG in het risicovereveningsmodel te blijven benadrukken.

Uit een verkennende analyse van de verevenende werking in een model met 2 extra toeslagklassen blijkt dat de het normbedrag van de onderste klasse met ca 500 Euro afneemt. Hierdoor daalt de verdienquote navenant. Desalniettemin blijft de mogelijkheid tot een win-win-win situatie bestaan.

### **3 Geen aangepast marktgedrag geconstateerd; de prikkel is gericht op het in zorg houden van cliënten die in de LGGZ zijn ingestroomd**

De impact van het opnemen van het kenmerk IGG in het risicovereveningsmodel voor de langdurige GGZ is enorm. Het normbedrag is extreem hoog in vergelijking tot de normbedragen voor de andere kenmerken in het risicovereveningsmodel voor de langdurige GGZ (iBMG, 2015b). Hierdoor heeft het kenmerk IGG een grote meerwaarde voor de voorspelkracht en het is in deze zin dat de impact van het opnemen van IGG in het risicovereveningsmodel voor de langdurige GGZ groot mag worden genoemd.

Voordat een verzekerde kosten in de LGGZ maakt, heeft een verzekerde al veel kosten in de geneeskundige GGZ gemaakt. In het eerste jaar dat de verzekerde kosten maakt, levert deze verzekerde de verzekeraar een verlies op. De kosten zijn hoger dan de opbrengsten uit de risicoverevening. Dit verlies kan in de jaren daarna beperkt worden door een verzekerde in zorg te houden. Het vereist specifiek strategisch gedrag om op deze prikkel in te spelen.

De financiële prikkel is gericht op het in zorg houden van verzekerden die al in de LGGZ zijn ingestroomd. Wij hebben niet geconstateerd dat dit gedrag op dit moment plaatsvindt.

Het risico dat dit gedrag in de toekomst gaat plaatsvinden is wel aanwezig. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders maken in de LGGZ afspraken over kleine aantallen patiënten. Hierdoor kunnen specifieke afspraken worden gemaakt. Op dit moment is het nog lastig om deze afspraken te effectueren omdat de verwachte resultaten nog onzeker zijn. Naarmate meer zekerheid ontstaat over de financiële effecten, zal de prikkel sterker ervaren worden. Het is dan ook belangrijk om de instroom, uitstroom en doorstroom van cliënten in de gGGZ, LGGZ en WLZ te monitoren om te constateren of verzekerden langer in de LGGZ blijven.

#### **3.1 Vormgeving kenmerk IGG**

Het kenmerk IGG in het model voor de langdurige GGZ is opgebouwd uit twee toeslagklassen en een afslagklasse. De onderste toeslagklasse (IGG gGGZ > 252 dagen) betreft verzekerden die minimaal 252 dagen intramurale geneeskundige GGZ

verkrijgen. De bovenste klasse (IGG IGGZ) betreft verzekerden die in het afgelopen jaar langdurige GGZ hebben gehad. Beide groepen hebben een sterk verhoogde kans op het gebruik van langdurige GGZ (Staatscourant, 2016).

Belangrijk om op te merken is dat in het model voor de langdurige GGZ de normbedragen voor het kenmerk IGG de andere kenmerken domineren. Bij geen van de andere kenmerken zijn de normbedragen zo hoog als bij de IGG.

Tabel 2 hoogte van de normbedragen voor het kenmerk IGG

Kenmerk	Normbedrag IGGZ
Geen IGG	€ -11,71
Gebruik intramurale gGGZ > 252 zorgdagen	€ 22.017,08
Gebruik intramurale IGGZ	€ 75.247,50

Merk ten slotte op dat de normbedragen veel hoger blijken uit te pakken dan de gerealiseerde gemiddelde kosten als gevolg van de gehanteerde ophoogfactor bij de berekening van de normbedragen. (ibMG, 2015b). Het MPB in 2016 is ongeveer 1,5 keer hoger dan de totale kosten in de declaratiebestanden 2013. De verklaring hiervoor lijkt te liggen in een toegenomen prevalentie. De normbedragen zijn hierdoor 1,5 keer hoger dan de kosten op basis van gegevens 2013.

### 3.2 De prikkels tot ondoelmatigheid in de langdurige GGZ zijn beperkt tot het langer in zorg houden van bestaande cliënten

De kosten van behandeling in de gGGZ voor de groep verzekerden die in aanmerking komen voor het kenmerk IGG zijn hoog. Deze kosten zijn in het eerste jaar minimaal €52.326<sup>1</sup>. Pas in het tweede jaar krijgt de verzekeraar de vergoeding voor deze verzekerden. Aangezien de kosten van de behandeling zo hoog zijn, is de prikkel om verzekerden in de LGGZ te laten behandelen niet aanwezig.

Als verzekerden eenmaal in de LGGZ behandeld worden, bestaat er wel een prikkel om deze verzekerden langer in zorg te houden. De minimale kosten om deze verzekerden in de klassen van IGG te houden zijn lager dan de normbedragen die een verzekeraar (op basis van het Risicovereveningsmodel 2016) hiervoor ontvangt.

<sup>1</sup> Berekening op basis van DBC tarieven (NZA, 2015b)



In Bijlage 8 tonen we de verdienquotes voor de IGG klassen naarmate verzekerden gedurende een aantal jaren intramurale GGZ gebruiken. In het eerste jaar is de verdienquote negatief, daarna is de verdienquote positief. Dat betekent dat er geen prikkel is tot instroom, maar wel tot het in zorg blijven houden. In de berekeningen is uitgegaan van een cumulatieve verdienquote. De cumulatieve verdienquote is gebaseerd op meerdere jaren. Een verzekerde wordt ingedeeld in een IGG klasse op basis van de kosten die in de afgelopen jaren gemaakt zijn. Bij de berekening van de verdienquote is daar rekening mee gehouden.

### 3.3 Door andere regelingen zijn de prikkels bij IGG beperkt

#### 3.3.1 De beheersmaatregelen in de risicoverevening

De normbedragen in het model 2016 lijken door de gehanteerde ophoogfactor te hoog vastgesteld. De verzekeraars lopen risico dat de normbedragen voor de komende jaren lager zijn dan dit bedrag. Dat heeft impact op de verdienquote. Deze zal lager worden en misschien zelfs negatief.

Daarnaast geldt dat voor IGG sprake is van criteriumneutraliteit in het risicovereveningsmodel 2016 (Staatscourant, 2016). Dit betekent dat bij een onderschatting van de prevalenties bij de verzekerdenraming het normbedrag voor de verzekerden zonder IGG negatiever wordt. Dit betekent dat het resultaat voor een verzekeraar voor een verzekerde met langdurige GGZ ook voor 2016 waarschijnlijk lager zal zijn dan op voorhand wordt ingeschat.

Met andere woorden, de inkomsten uit het zorgverzekeringsfonds voor de verzekeraars voor de LGGZ zijn onzeker. Verzekeraars kunnen op dit moment niet inschatten of het langer in zorg houden van verzekerden tot een positief resultaat zal leiden. Naarmate dit kenmerk langer in het risicovereveningsmodel is opgenomen, zal deze onzekerheid afnemen. Daarmee neemt het risico op ongewenst gedrag toe.

#### 3.3.2 De beheersmaatregelen in de bekostiging

De bekostiging van de GGZ is gesplitst in twee delen. Voor de geneeskundige GGZ kunnen zorgaanbieders DBC's in rekening brengen. De kosten van de DBC's voor intramurale GGZ zijn gebaseerd op behandeling en verblijf. Voor de langdurige GGZ gelden ZZP's. De kosten voor de ZZP's zijn over het algemeen lager dan de kosten voor DBC's. De behandelcomponent in de ZZP's valt over het algemeen lager uit.

Dit betekent dat het bedrag dat een verzekeraar voor een verzekerde in de LGGZ betaalt veelal lager is dan het bedrag voor een verzekerde die intramuraal behandeld wordt in de geneeskundige GGZ. Voor de verzekeraar is er daardoor een prikkel om verzekerden in te laten stromen in de LGGZ.

Op de GGZ is een macrobeheersingsinstrument van toepassing. Dit macrobeheersingsinstrument treedt in werking bij overschrijding van de vastgestelde kosten van 3.779 miljoen Euro (NZa, 2015c). Bij een overschrijding van dit bedrag, worden zorgaanbieders gekort op hun budget. Een zorgaanbieder heeft daardoor een belang om binnen dit MBI te blijven en geen ondoelmatige zorg te leveren. Pas bij overschrijding van het MBI heeft een zorgaanbieder een prikkel om meer zorg te leveren dan de andere zorgaanbieders.

De instroom in de langdurige GGZ wordt daarnaast beperkt door een landelijke checklist toegang tot de LGGZ. Deze checklist biedt een handvat om te bepalen of een verzekerde in aanmerking komt voor toegang tot de langdurige GGZ. De landelijke checklist vormt daarmee een instrument die de mogelijkheden voor het ondoelmatig LGGZ verlenen beperkt. (ZN 2015)

### 3.3.3 De beheersmaatregelen in de zorgverlening

Uiteindelijk is het de behandelaar die beslist over de noodzakelijke zorg voor een cliënt. De behandelaar bepaalt op basis van de situatie voor een cliënt welke zorg noodzakelijk is. De prikkels in de risicoverevening spelen normaal gesproken geen rol in de spreekkamer van de behandelaar.

Een verzekerde die geen behandeling nodig heeft, heeft er geen belang bij om zich in de langdurige GGZ op te laten nemen. Het is daarmee niet waarschijnlijk dat verzekerden zonder noodzaak in de langdurige GGZ opgenomen worden. Wel kan het zijn dat verzekerden die al zijn opgenomen langer behandeld worden dan strikt noodzakelijk. De grens wanneer behandeling wel en wanneer behandeling niet gewenst is, is niet scherp vast te stellen. Er is geen sprake van heel precieze richtlijnen voor het stellen van eenduidige grenzen.

## 3.4 Individuele afspraken geven wel ruimte om ondoelmatige afspraken te maken

Verzekeraars en aanbieders maken afspraken over de instroom van verzekerden in de langdurige GGZ. De verschillende verzekeraars gaan hier op verschillende wijze mee om. Voor alle verzekeraars geldt dat de afspraken kleine aantallen verzekerden per

zorgaanbieder betreffen. (APE 2016). Hierdoor kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken over de behandeling van individuele cliënten.

Hiermee kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders heel goed een gezamenlijke strategie bepalen die tot optimale (financiële) resultaten leidt voor zowel de aanbieder als de zorgverzekeraar. Bij het maken van deze afspraken kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders rekening houden met de (ervaren) prikkels (voor ondoelmatigheid).

Een nadeel van dergelijke afspraken voor de zorgverzekeraar en zorgaanbieder kan zijn dat op het moment dat dergelijke afspraken in de publiciteit komen de reputatieschade aanzienlijk is. Verzekeraars en zorgaanbieders zijn hierdoor minder geneigd om (ondoelmatige) afspraken te maken over langer en meer zorggebruik.

### 3.5 Monitoring van de instroom, doorstroom en uitstroom in de langdurige GGZ is gewenst

Uit de analyse van de prikkels en de regelgeving blijkt dat de prikkels om ondoelmatige zorgafspraken in de LGGZ te maken niet heel sterk zijn. We hebben ook niet geconstateerd dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken op basis van de prikkels die van het kenmerk IGG in de risicoverevening uitgaan.

De prikkel om verzekerden die eenmaal in zorg zijn, langer in zorg te houden is wel aanwezig in de risicoverevening. Omdat de impact van het opnemen van het kenmerk IGG in het risicovereveningsmodel voor de LGGZ in termen van verevenende werking zo groot is, zal het lastig zijn om hier alternatieven voor te vinden. Dat betekent dat IGG waarschijnlijk voor een langere periode in het risicovereveningsmodel blijft opgenomen. Dat vergroot de prikkel tot ondoelmatig handelen.

Wij achten het gewenst om de instroom, doorstroom en uitstroom van verzekerden in de LGGZ te monitoren. Door deze stromen te monitoren ontstaat inzicht of verzekeraars en zorgaanbieders uiting geven aan de prikkels voor ondoelmatige zorgverlening in de LGGZ. Wij denken dat deze monitoring noodzakelijk is, omdat:

- het waarschijnlijk is dat IGG voor langere tijd in het risicovereveningsmodel zal worden opgenomen
- de onzekerheid over de financiële effecten voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de loop van de tijd afneemt
- de prikkel om verzekerden langer in zorg te houden vanuit het huidige risicovereveningsmodel sterk aanwezig is.

## 4 Het opnemen van het kenmerk op basis van zorggebruik GRZ leidt niet tot ongewenste prikkels en ongewenst gedrag

In het risicovereveningsmodel voor de somatische zorg is een kenmerk GGG opgenomen gebaseerd op het gebruik van Geriatrische revalidatiezorg (GRZ) in het afgelopen jaar. Op basis van dit kenmerk worden verzekeraars gecompenseerd voor de hogere kosten van verzekerden met gebruik van GRZ in het afgelopen jaar.

Door opname van het kenmerk GGG in het risicovereveningsmodel is de prikkel om doelmatige zorg in te kopen minder sterk aanwezig. Echter gezien de kosten in het voorgaande jaar – om in aanmerking te komen voor opname in de klasse van het kenmerk GGG – hoger zijn dan het normbedrag dat daar tegenover staat, is er geen prikkel om verzekerden meer gebruik te laten maken van GGG.

Ook in de GRZ zijn beheersmaatregelen in de risicoverevening genomen die er toe leiden dat het moeilijker is om te sturen op het opnemen van verzekerden in de toeslagklasse van het kenmerk GGG. Daarnaast geldt een macrobeheersingsinstrument in de GRZ, waardoor de prikkels in de bekostiging ook een belemmering vormen voor het sturen op meer gebruik. Tot slot blijft uiteindelijk de zorgprofessional de belangrijkste besluitvormer.

Op basis van de huidige vormgeving van de risicoverevening en de aanvullende regelgeving bij de zorgverlening en de bekostiging is er op dit moment nauwelijks een prikkel tot ondoelmatige zorgverlening in de GRZ als gevolg van het opnemen van GGG in het risicovereveningsmodel. We zien dan ook geen gedrag dat duidt op ondoelmatige zorgverlening.

### 4.1 Vormgeving kenmerk GGG

Het kenmerk GGG in het somatische model is opgebouwd uit één toeslagklasse en een afslagklasse. De toeslagklasse betreft verzekerden die in het afgelopen jaar tot de verzekerden met de hoogste 0,275% kosten in de GRZ behoorden. Deze groep heeft een verhoogde kans op zorggebruik in het komende jaar (Staatscourant 2016).

Uit Tabel 3 blijkt dat de verzekeraars voor verzekerden zonder gebruik van GRZ een afslag op hun normbedrag krijgen van €1,48. Verzekeraars krijgen een aanvullende

vergoeding van €583,19 voor verzekerden die wel tot de verzekerden met de hoogste kosten in de GRZ behoren.

Tabel 3 hoogte van de normbedragen voor het kenmerk GGG

Klasse	Somatische zorg	V&V	Totaal
Geen GGG	€ 1,21	€ -2,59	€ -1,48
GGG > 0,275%	€ -515,30	€ 1.098,49	€ 583,19

## 4.2 De prikkels tot ondoelmatigheid zijn in de GRZ afwezig

De prikkel voor een verzekeraar om zorg te voorkomen wordt door opname van het kenmerk GGG in het risicovereveningsmodel minder sterk. Immers, een deel van de kosten krijgt de verzekeraar weer vergoed vanuit het zorgverzekeringsfonds als deze kosten boven de drempel uitkomen.

De verzekeraars ontvangen alleen een vergoeding voor de verzekerden met de hoogste 0,275% van de kosten. Het drempelbedrag dat hier in 2013 bij hoorde was €1.935. ZIN 2015) Een verzekerde moest 1.935 euro kosten hebben gemaakt om in aanmerking te komen voor opname in de GGG klasse > 0,275%. De aanvullende vergoeding die een verzekeraar voor deze groep ontvangt is €583,19. Dit betekent dat de kosten die een verzekeraar in t-1 maakt hoger zijn dan de vergoeding die de verzekeraar voor deze groep ontvangt. Het is daarmee voor een verzekeraar ongewenst om verzekerden onnodig kosten in de GRZ te laten maken, om te zorgen dat de verzekeraar voor deze verzekerden een hogere vergoeding ontvangen.

In Bijlage 8 hebben we de verdienquote voor het kenmerk GGG bepaald. Deze is negatief. Dat duidt er op dat de kosten voor de verzekeraar in het voorgaande jaar hoger zijn dan de opbrengsten uit het zorgverzekeringsfonds.

## 4.3 Door andere regelingen verminderen de prikkels tot ondoelmatigheid verder

### 4.3.1 Beheersmaatregelen in de risicoverevening

De drempelwaarde voor het kenmerk GGG is vastgelegd op basis van een percentage van de verzekerden met hoge kosten in de GRZ. De drempelwaarde wordt ex-post aangepast op basis van de gerealiseerde kosten in het voorgaande jaar. Dat betekent dat

niet op voorhand is te voorspellen welke kosten gemaakt moeten worden om in aanmerking te komen voor opname in de toeslagklasse van de GGG.

De drempelwaarde komt ex post hoger te liggen naarmate verzekeraars erop sturen om het gebruik van GRZ van hun verzekerden boven de drempel uit te laten komen. Dit vergroot de prikkel voor deze verzekeraars om de kosten van hun verzekerden toe te laten nemen nog meer. De onzekerheid over de drempelwaarde is daarmee groot. Om zeker te zijn dat een verzekerde in de toeslagklasse van de GGG valt zal de verzekerde meer kosten moeten maken dan de drempelwaarde.

#### 4.3.2 Beheersmaatregelen in de bekostiging

In de bekostiging van de GRZ is sprake van een macrobeheersinstrument. Dit betekent dat zorgaanbieders bij overschrijdingen van het macrokader gekort worden op hun budget. Zorgaanbieders hebben daarmee een gezamenlijk belang om het macrokader niet te overschrijden. Als het macrokader toch wordt overschreden, dan is er voor een individuele zorgaanbieder een prikkel een grotere overschrijding te bewerkstelligen dan andere zorgaanbieders. (NZa, 2015d en NZa, 2015e)

Daarnaast geldt dat in de GRZ nog maar net sprake is van een gewijzigde regulering. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben in 2015 nog afspraken gemaakt op basis van een representatiemodel. Het jaar 2016 is het eerste jaar dat verzekeraars en zorgaanbieders individueel afspraken maken. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars hebben afspraken gemaakt op basis van prijsplafonds. In het afgelopen jaar waren verzekeraars nog coulant met overschrijdingen. Het is de vraag hoe dat over 2016 zal verlopen. Daar is vooralsnog geen inzicht in.

#### 4.3.3 Beheersmaatregelen in de zorgverlening

Revalidatie is een complexe behandeling met het doel verbetering van functie en vermindering van beperkingen en participatie die het gevolg zijn van een onderliggende stoornis of ziekte. Geriatrische revalidatie is geïntegreerde multidisciplinaire zorg die gericht is op verwacht herstel van functioneren en participatie bij laag belastbare ouderen na een acute aandoening of functionele achteruitgang (Tijdschrift voor ouderengeneeskunde, 2015). In de geriatrische revalidatie is het gebruikelijk onderscheid te maken tussen vier hoofdgroepen van diagnoses:

1. CVA
2. Traumata (waaronder de helft heupfracturen)
3. Status na een electieve heup en knie vervanging
4. Restgroep (o.a. amputatie, COPD, hartfalen en oncologische aandoeningen)

Geriatrische revalidatie maakt onderdeel uit van de zorgpaden die gericht zijn op deze hoofdgroepen van diagnoses. Verzekerden ontvangen over het algemeen geen geriatrische revalidatie als ze niet in één van deze groepen vallen en binnen het zorgpad is gedefinieerd dat geriatrische revalidatiezorg gewenst is. Wel kan sprake zijn van onzekerheid over de wenselijkheid van de toepassing van geriatrische revalidatiezorg. Deze onzekerheid geldt dan met name ten aanzien van algemene geriatrische revalidatiezorg die niet gericht is op specifieke diagnosegroepen. Hiervoor is weinig bewijs voor de effectiviteit van de behandeling.

#### 4.4 Geen aanvullende maatregelen noodzakelijk

Er is geen sprake van een sterke prikkel vanuit de risicoverevening tot ondoelmatige geriatrische revalidatiezorg. We hebben ook geen gedrag geconstateerd waarmee ondoelmatigheid gestimuleerd wordt. Het is daarmee niet noodzakelijk om het huidige kenmerk GGG aan te passen.

Een mogelijkheid om meer inhoudelijke context te geven aan het kenmerk GGG is om het kenmerk GGG specifieker te maken aan de hand van de diagnoses waarvoor de effectiviteit van geriatrische revalidatie reeds is aangetoond. Onderzoek naar de mogelijkheden hiervoor is noodzakelijk.

## 5 Literatuurverwijzingen

APE 2016; WOR nog vast te stellen

Gupta 2016; Onderzoek bekostiging wijkverpleging, Januari 2016

iBMG 2015a; Onderzoek Risicoverevening 2016: Uitbreiding vereveningsmodel 2015 voor variabele zorgkosten inclusief V&V op data 2012, 19 mei 2015 (WOR 738)

iBMG 2015b; Onderzoek risicoverevening 2016: Berekening Normbedragen, 30 september 2015 (WOR 749)

NZa, 2015a; Beschikking Macrobeheersinstrument verpleging en verzorging 2016, 7 december 2015, TB/CU-7118-01

NZa, 2015b; Tariefbeschikking gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg 31 december 2015, TB/CU-5079

NZa, 2015c, Macrobeheersingsinstrument geneeskundige geestelijke gezondheidszorg 2016, BR/CU 5143

NZa, 2015c; Beschikking individueel MBI omzetplafond GRZ 2016, december 2015 BR-CU 2074-1

NZa, 2015d; Beschikking landelijk MBI omzetplafond GRZ 2016, december 2015 BR-CU 2075-1

SiRM 2015, Contouren bekostiging wijkverpleging, 20 maart 2015

Staatscourant 2016; Beleidsregels vereveningsbijdrage zorgverzekering 2016, 17 februari 2016

Tijdschrift voor ouderengeneeskunde februari 2015; Een overzicht van effectiviteit van algemene geriatrische revalidatie, Dr. R van Balen

V&VN 2013, Richtlijnen wijkverpleging, V&VN, Kenniscentrum zorginnovatie, Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, september 2013

ZN 2015, Landelijke checklist toegang en controle formulier, Bijv. <https://www.zn.nl/336986126/Document?documentregistrationid=987103234>, (geraadpleegd op 26 mei)

ZIN, 2015; Verantwoording verzekerdenraming 2016, definitieve versie, 16 oktober 2015



## 6 Bijlage gehanteerde methode

Het onderzoek bestaat uit twee deelvragen. De eerste deelvraag betreft de vraag wat de prikkelwerking voor de verschillende sectoren is. Deze deelvraag hebben we beantwoord aan de hand van deskresearch. De tweede deelvraag is of ook ongewenst marktgedrag voorkomt. Deze tweede deelvraag hebben we beantwoord door (telefonische) interviews en door het bestuderen van contracten en inkoopbeleid.

### 6.1 Het in beeld brengen van de prikkelwerking

Voor het in beeld brengen van de prikkelwerking hebben we de verschillende vormen van regulering onderzocht aan de hand van regels, richtlijnen en andere elementen die van belang zijn voor de prikkels in de betreffende sectoren.

In ieder geval hebben we voor elke sector onderzocht:

1. Wat de werking van het risicovereveningsmodel is voor dit kenmerk aan de hand van beleidsregels en andere documenten van het Zorginstituut
2. Op welke wijze de zorginkoop is gereguleerd aan de hand van beleidsregels en andere documenten van de Nederlandse Zorgautoriteit
3. Op welke wijze de zorgverlening is georganiseerd aan de hand van documenten waarin de richtlijnen en zorgpaden voor behandeling in de sector zijn vastgelegd.

### 6.2 Het in beeld brengen van marktgedrag

Voor dit onderzoek hebben we op verschillende manieren informatie over het marktgedrag van partijen. Allereerst hebben we verschillende partijen benaderd om te achterhalen welk gedrag zij vertonen. Omdat partijen over het algemeen niet geneigd zullen zijn om aan te geven dat ze frauderen hebben we hiervoor verschillende benaderingen hiervoor gekozen:

1. Een bijeenkomst met medewerkers van zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor de wijkverpleging, waarin we de wijze van contractering aan de orde hebben gehad. (2 zorgaanbieders en 2 zorgverzekeraars)
2. Gesprekken met vertegenwoordigers van branche- en beroepsorganisaties (2 gesprekken)

3. Individuele gesprekken met medewerkers van zorgaanbieders (2 gesprekken met medewerkers van verschillende zorgaanbieders)
4. Individuele gesprekken met medewerkers van zorgverzekeraars. (3 gesprekken met medewerkers van verschillende verzekeraars)

In de praktijk bleek het lastig om partijen over dit onderwerp te spreken te krijgen. Vooral voor zorgverkopers en in iets mindere mate voor zorginkopers bleek de risicoverevening een relatief onbekend terrein. “Ik weet dat het er is, maar hoe het werkt is mij onbekend.” Medewerkers van zorgaanbieders herkenden het onderwerp niet als zodanig en waren daarmee ook niet geïnteresseerd in een overleg hierover. De gesprekken hierover waren vrijblijvend van aard voor de deelnemers.

Tijdens de gesprekken hebben we constant een afweging gemaakt tussen het inventariseren van marktgedrag bij partijen en het informeren van partijen over de werking van het risicovereveningsmodel. Een belangrijk aspect daarbij is ook dat meer kennis over de prikkels ook tot ander gedrag kan leiden. Dit onderzoek zou daarmee op zichzelf tot ander gedrag van zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen leiden. Derhalve zijn we voorzichtig geweest in het benoemen van de mogelijke prikkels die als gevolg van het risicovereveningsmodel ontstaan. Dat leidt tegelijkertijd wel tot een beperking in de mogelijkheden om te achterhalen wat het marktgedrag is geweest.

Voor het verkrijgen van een volledig beeld van het marktgedrag hebben we ook verschillende contracten en het inkoopbeleid van verzekeraars onderzocht aan de hand van openbare documenten.

Voor het inschatten van de omvang van de prikkel zijn we uitgegaan van verdienquotes. De verdienquotes geven een indruk van de mate waarin de kosten die door een verzekeraar gemaakt worden, terugverdiend worden door het normbedrag. De verdienquote is gedefinieerd als:

$$\frac{[\text{normbedrag } (t)] - [\text{Ondergrens Kosten } (t - 1)]}{[\text{Ondergrens kosten } (t - 1)]}$$

Een verdienquote groter dan 1 betekent dat de verzekeraar in jaar t zijn kosten terugverdiend. Een verdienquote tussen 0 en 1 betekent dat de verzekeraar de kosten terugverdiend. Dit kan enkele jaren duren. Naarmate de verdienquote dichter bij 0 ligt neemt het risico voor de verzekeraar dat de kosten niet terugverdiend worden toe. Een verdienquote kleiner dan 0 betekent dat de verzekeraar de kosten niet terugverdiend.

## 7 Bijlage de werking van de prikkels

### 7.1 Vermindering van doelmatigheidsprikkels

Door het opnemen van kenmerken gebaseerd op kosten uit het verleden treden mogelijk twee financiële prikkels op:

1. Een prikkel om meer verzekerden met kosten te krijgen
2. Een verminderde prikkel om kosten bij verzekerden te voorkomen

In de vormgeving van het criterium zitten reeds enkele elementen die de sterkte van de prikkel beperken.

#### 7.1.1 De prikkel om extra verzekerden met kosten te krijgen is complex

Het opnemen van de kosten uit het voorgaande jaar in het risicovereveningsmodel leidt tot een prikkel voor zorgverzekeraars dat meer verzekerden zorg gebruiken tegen gemiddeld lagere kosten. De zorgverzekeraars krijgen immers een vergoeding per verzekerde die kosten maakt boven de drempel. De vergoeding is gebaseerd op de gemiddelde kosten van verzekerden die kosten boven de drempel maken. Voor een verzekeraar is het daarmee interessant om veel verzekerden te hebben met kosten boven de drempel, maar onder de gemiddelde kosten van de verzekerden met kosten boven de drempel.

De prikkel die hierbij uitgaat van het risicovereveningsmodel is echter complex. Voorbeeld 1 geeft inzicht in de effecten die voor een verzekeraar optreden die effectief gebruik weet te maken van de prikkel.

De prikkel hangt af van:

- Het verschil tussen normbedrag en de drempelwaarde op de kosten van de klasse
- De mogelijkheid van verzekerden om van verzekeraar te wisselen
- De omvang van de verzekeraar in relatie tot criteriumneutraliteit
- De mate waarin andere verzekeraars dezelfde prikkel weten te verzilveren
- De mate waarin een verzekeraar er in slaagt om de verzekerden kosten boven een drempel te laten maken.

Ten algemene kan daarmee gesteld worden dat de vermindering van de prikkel tot doelmatigheid complex en niet heel sterk is. Het is niet waarschijnlijk dat verzekeraars op basis van deze verminderde doelmatigheidsprikkel sturen op het verstrekken van extra zorg voor haar verzekerden. Tegelijkertijd leidt deze prikkel mogelijk wel tot een verminderde sturing van de verzekeraar op het voorkomen van zorgkosten voor verzekerden die wel al kosten maken.

#### Voorbeeld 1. Financiële prikkels zijn complex

De financiële prikkels die ontstaan door het opnemen van verzekerdersgroepen op basis van kosten zijn complex. In dit voorbeeld werken we een eenvoudige situatie met twee verzekeraars uit. In dit voorbeeld zijn er twee verzekeraars met 3 miljoen verzekerden. Eenzelfde percentage van de verzekerden heeft kosten in de V&V. Voor verzekerden met kosten krijgt een verzekeraar €1.000 op basis van het kenmerk kosten t-1. Voor verzekerden zonder kosten is dit als gevolg van criteriumneutraliteit -/- € 25,64. De gemiddelde kosten voor deze groep zijn gelijk aan €1.000.

Tabel box 1. Uitgangssituatie

Aantal verzekerden				Verzekerden klasse	Normbedrag
Verz.	Totaal (mljn)	Kosten boven drempel	Kosten 0 of onder drempel (mljn)		
1	3,0	75.000	2,9	Kosten 0 of onder drempel	€-/-25,64
2	3,0	75.000	2,9	Met kosten boven drempel	€ 1.000,-

Stel dat verzekeraar 1 in staat is om 10.000 extra verzekerden kosten te laten maken. Deze verzekerden maken kosten net boven de vastgestelde drempel van €180. De totale extra kosten voor deze verzekerden zijn dan gelijk aan €1.800.000. Daar staat tegenover dat de inkomsten voor deze verzekerden ook toenemen. De inkomsten nemen met €10.000.000 toe ( $1.000 \cdot 10.000$ ). Het resultaat voor deze verzekerden is dan €8.200.000.

In de praktijk zijn verschillende kanttekeningen te maken bij dit voorbeeld, waardoor het uiteindelijke effect kleiner zal zijn:

1. Door criteriumneutraliteit dalen de inkomsten voor een grote verzekeraar.
2. De kosten gaan voor de baten uit. In het eerste jaar maakt de verzekeraar extra kosten. In het tweede jaar ontvangt de verzekeraar de extra inkomsten. Bij overstappen van de verzekerde komen de extra inkomsten bij een andere verzekeraar.
3. Het zorginstituut past de normbedragen jaarlijks aan op basis van gegevens van drie jaar geleden. Dat betekent dat de lagere kosten in de groep verzekerden met kosten na het derde jaar in het normbedrag zijn opgenomen. De inkomsten uit de risicoverevening worden lager.
4. Als alle verzekeraars dezelfde acties ondernemen leidt het maken van extra kosten niet tot een resultaat. Als gevolg van criteriumneutraliteit krijgen alle verzekeraars te maken met een afslag op de verzekerde zonder kosten die de extra inkomsten voor de verzekerden met kosten teniet doet. Alleen de extra kosten blijven over.
5. Door een toename van het aantal verzekerden met kosten stijgt de drempelwaarde voor de groep verzekerden met kosten. De drempelwaarde is vastgesteld op een aandeel van de verzekerden met kosten. Als het aantal verzekerden met kosten stijgt en het drempelpercentage blijft gelijk stijgt de drempelwaarde. Het risico voor de verzekeraar is dat de kosten onder de drempelwaarde komen. De aanvullende vergoeding geldt niet voor deze verzekerden.

### 7.1.2 Voorkomen van zorggebruik voor verzekerden met kosten

Een tweede prikkel die verzekeraars mogelijk ervaren is de prikkel om niet noodzakelijke zorg te voorkomen. Het betreft het voorkomen van zorg voor verzekerden die al zorg gebruiken. Deze prikkel is voor een verzekeraar eenvoudiger om na te volgen. Zonder specifieke acties om de zorg te voorkomen zal deze verzekerde al zorg ontvangen. Hierdoor ontvangt de verzekeraar ook de vergoeding uit het risicovereveningsfonds. Het (financiële) resultaat om niet actief te sturen is dan mogelijk positief.

Voor de verzekeraar loont het echter nog steeds om de kosten voor deze verzekerde omlaag te brengen. Elke euro besparing levert een extra euro resultaat, tenzij de kosten voor deze verzekerde onder één van de drempels komen. Op dat moment dalen de inkomsten harder dan de kosten. Dit is derhalve financieel niet interessant.

## 8 Bijlage verdienquotes

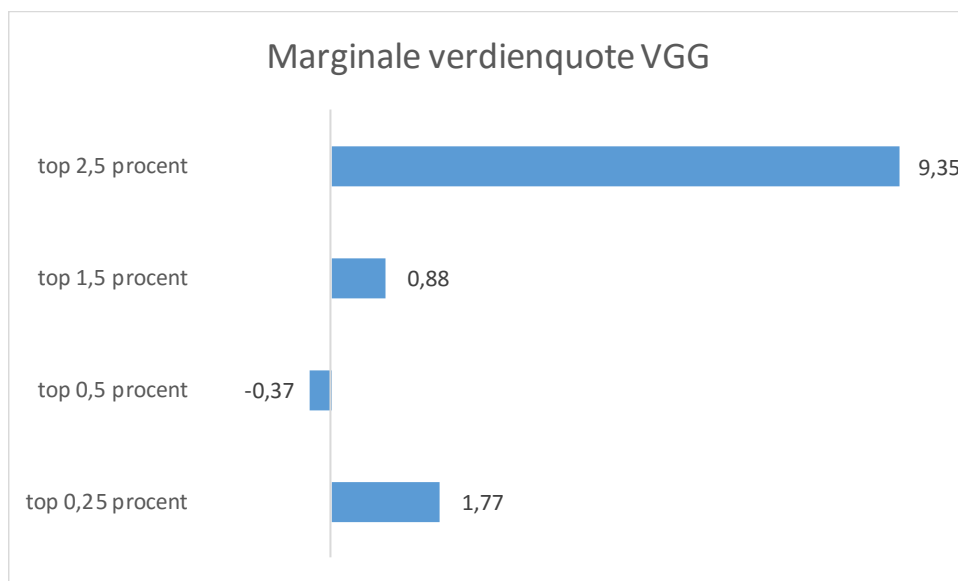
### 8.1 VGG

Omdat het kenmerk VGG bestaat uit meerdere subgroepen gaan we hierbij uit van een marginale verdienquote. Per subgroep gebruiken we niet de werkelijke drempelwaarde in de kosten en de werkelijke normbedragen, maar de marginale kosten en normbedragen ten opzichte van de naast lagere klasse. Hiermee toetsen we of het voor een zorgverzekeraar financieel aantrekkelijk is om de kosten op te laten lopen tot de naaste hogere kosten.

Bij de berekening van de verdienquote zijn we uitgegaan van het huidige model met de huidige normbedragen. Ook daarin kan naar de toekomst onzekerheid zitten voor de verzekeraar. De normbedragen kunnen anders uitpakken dan de huidige normbedragen. Hierdoor kan de verdienquote wijzigen.

De marginale verdienquote per subgroep staat vermeld in Tabel B1.

Figuur B1. Verdienquote VGG



In de figuur zien we dat de marginale verdienquote met name bij de onderste klasse 9,35 is. De inkomsten uit het zorgverzekeringsfonds in jaar t zijn voor deze verzekerden 9,35 keer zo groot als de kosten van de verzekeraar in jaar t-1. De marginale verdienquote bij de klasse top 0,5 % is negatief. Voor een verzekeraar is het niet aantrekkelijk om een verzekerde in deze klasse terecht te laten komen. Het is juist wel aantrekkelijk om deze verzekerden dan juist weer hogere kosten kan maken. Dat zal echter lastig te organiseren zijn. Zeker ook omdat de grenswaarde tussen deze klassen onzeker is.

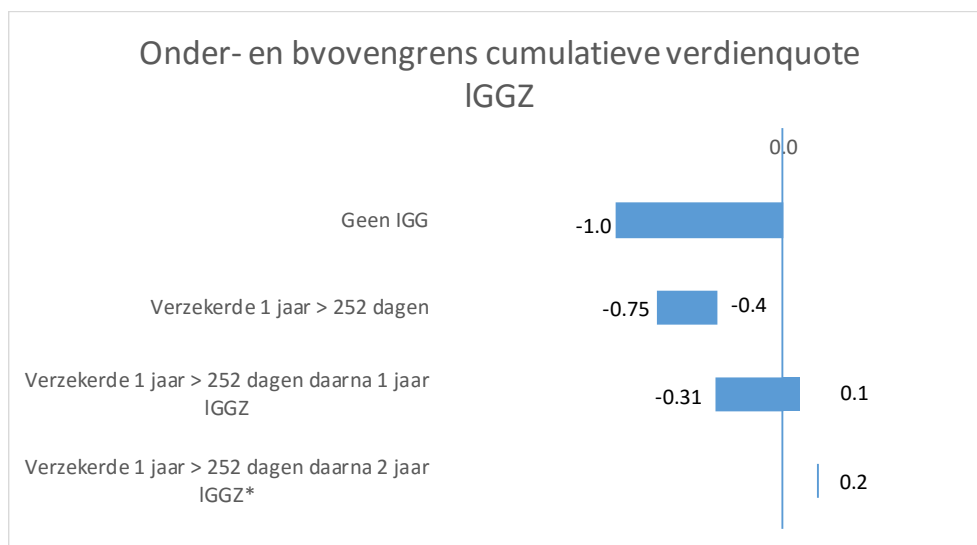
## 8.2 IGG

Bij de intramurale GGZ-gebruikers hebben we de verdienquote aangepast naar een cumulatieve verdienquote. Het gebruik van langdurige GGZ is afhankelijk van het gebruik in het afgelopen jaar. Indien sprake is van langdurige intramurale geneeskundige GGZ kan een verzekerde doorstromen naar de intramurale langdurige GGZ. Het is niet mogelijk om gelijk in de langdurige GGZ in te stromen. De cumulatieve verdienquote geeft daarmee de verdienquote vanaf het moment in zorg tot het jaar dat geld.

De cumulatieve verdienquote geeft weer wat de verdienquote zou zijn als een verzekerde tot dat punt in zorg wordt gehouden. Bij de cumulatieve verdienquote hanteren we een ondergrens en een bovengrens. De bovengrens geeft de verdienquote weer als de behandeling aan het begin van het betreffende jaar stopt. De ondergrens geeft de verdienquote als de behandeling gedurende het hele jaar nog doorgaat.



Figuur B2. Cumulatieve verdienquote IGG



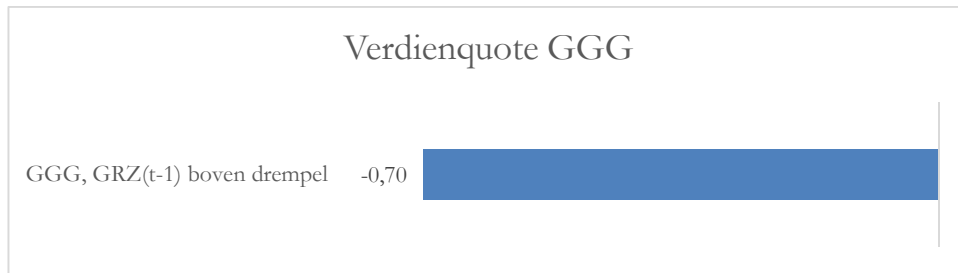
Bij de langdurige GGZ valt op dat de verdienquote toeneemt naarmate een verzekerde langer in zorg blijft. De verdienquote start negatief in het eerste jaar. In dat jaar worden al wel kosten gemaakt, maar ontvangt de verzekeraar nog geen normbedrag voor IGG. In het tweede jaar ontvangt de verzekeraar wel een normvergoeding voor deze verzekerde. De cumulatieve kosten zijn fors hoger dan in het eerste jaar. De verdienquote neemt echter toe. Na het tweede jaar is de vergoeding hoger dan het eerste jaar. De verzekeraar kan na het tweede jaar positief uitkomen. In het derde jaar maakt de verzekeraar geen kosten meer door overheveling naar de WLZ. De verzekeraar krijgt nog wel een normvergoeding. Overigens kan de hele cyclus weer opnieuw beginnen na doorstroming naar de WLZ. De verzekerde kan dan ook weer (ambulante) geneeskundige GGZ ontvangen. De kosten nemen dan weer toe.

In de LGGZ zijn de normbedragen extra onzeker. Dit wordt enerzijds veroorzaakt door de ophoogfactor die in het huidige model is meegenomen. Deze ophoogfactor zou in de komende jaren kunnen wegvallen, waardoor de verdienquote afneemt. Ten tweede geldt dat beoogd is een klasse toe te voegen voor de uitstroom naar de WLZ. Hierdoor zal met name de verdienquote in het laatste jaar anders worden. Tot slot is bij het kenmerk IGG sprake van criteriumneutraliteit. Bij een onderschatting van de prevalenties [zoals verwacht is werd bij de berekening van de normbedragen [##zie normbedragenrapport] zal de afslagklasse een negatiever normbedrag verkrijgen. Ook dit leidt tot extra onzekerheid over de inkomsten uit de normbedragen.

### 8.3 GRZ

In de GRZ is sprake van een negatieve verdienquote. De kosten in t-1 zijn hoger dan de inkomsten in jaar t.

**Figuur B3. Marginale verdienquote GGG**



## 9 Bijlage resultaten modelschatting VGG met 6 klassen

In deze paragraaf tonen we de resultaten van een analyse van de effecten op de verevenende werking van een nadere opsplitsing van het kenmerk VGG. Deze bijlage bevat een korte analyse van de meerkosten en van de resultaten van de modelschatting.

### 9.1 Meerkosten

We presenteren de kosten en meerkosten van VGG in 0,25% klassen. Op die manier ontstaat inzicht in logische grenswaarden voor een indeling in VGG. Op basis van de kosten en meerkosten van de 0,25% klassen lijkt een indeling in 6 toeslagklassen gewenst, namelijk

- Bovenste 2,5% - Bovenste 2,0%
- Bovenste 2,0% - Bovenste 1,5%
- Bovenste 1,5% - Bovenste 1,0%
- Bovenste 1,0% - Bovenste 0,5%
- Bovenste 0,5% - Bovenste 0,25%
- Bovenste 0,25%

De hoogste klasse kent behoorlijk afwijkende kosten en meerkosten, waardoor een aparte klasse voor de bovenste 0,25% gerechtvaardigd lijkt. Voor de overige klassen geldt dat de meerkosten redelijk logisch oplopen. Bij een nadere opsplitsing van de klasse met de laagste meerkosten VGG ontstaat dan logischerwijs bovenstaande indeling.

Tabel 8.1 Drempelwaarde kosten V&V, verzekerdenjaren, kosten en meerkosten 0,25% klassen VGG

V&V-klasse (in % verz. jaren)	Drempel kosten V&V t-1 (in €)	#Verz. jaren	Kosten (in € /vz.)	Meerkosten (in € /vz.)
<b>0,00-0,25</b>	14.934	34.093	39.423 (1,0)	22.003 (1,6)
<b>0,25-0,50</b>	10.220	35.332	22.332 (0,9)	9.497 (1,9)
<b>0,50-0,75</b>	7.210	34.743	18.424 (1,1)	6.616 (2,8)
<b>0,75-1,00</b>	5.112	34.372	16.187 (1,1)	4.994 (3,2)

1,00-1,25	3.502	33.713	14.600 (1,4)	3.685 (4,7)
1,25-1,50	2.242	32.364	13.468 (1,4)	2.654 (6,3)
1,50-1,75	1.456	33.217	11.293 (1,6)	1.251 (12,3)
1,75-2,00	905	33.630	10.674 (1,7)	985 (16,0)
2,00-2,25	490	33.758	9.926 (1,8)	476 (33,7)
2,25-2,50	180	34.627	9.665 (1,8)	406 (37,5)
<b>Overig</b>	-	16.227.154	1.827 (3,8)	-111 (-55,5)

## 9.2 Verevenende werking

We presenteren de resultaten van een modelschatting waarin VGG in 6 toeslagklassen en een afslagklasse is opgesplitst. De resultaten vergelijken we met een uitgangsmodel met daarin alle kenmerken opgenomen.

Uit de beoordelingsmaten blijkt dat de verevenende werking van een kenmerk gebaseerd op 6 toeslagklassen en een afslagklasse geen effect heeft op de beoordelingsmaten.

**Tabel 8.2 Verevenende werking model met nadere uitsplitsing indeling in VGG (met respectievelijk top 0,25%,; 0,5%; 1,0%;1,5%;2,0%;2,5%)**

Beoordelingsmaat		Uitgangsmodel		Nieuwe VVtmin1
<b>Individueel</b>				
R2 [%]		27,9%		27,9%
CPM [%]		29,9%		29,9%
GGAA [€/verz.]	€	1.878	€	1.877
St.dev. Van resultaat		6.689		6.687
Verklaarde scheefheid; GINI [%]		71,5%		71,5%
Verklaarde scheefheid; THEIL [%]		47,6%		47,7%
<b>Subgroep</b>				
GGAA [€/verz.]	€	379	€	379
<b>Risicodragers</b>				
R2 [%]		99,0%		99,0%
GGAA [€/verz.]	€	25	€	25
Bandbreedte [€/verz.]	€	266	€	267

## 9.3 Normbedragen

In onderstaande tabel staan de normbedragen voor een model waarin VGG in 6 toeslagklassen en een afslagklasse is opgedeeld.

De resultaten geven een logische ordening van het resultaat. De extra VGG klassen krijgen een normbedrag tussen de normbedragen uit de oude indeling van VGG. In de normbedragen voor de andere kenmerken verandert nauwelijks iets. De ongewijzigde subgroepen van de VGG Klasse 0,5% - 0,25% en VGG klasse top 0,25% kennen iets afwijkende normbedragen. Dit wordt veroorzaakt door kleine afwijkingen in de normbedragen bij de andere kenmerken.

Tabel 8.3 Vergelijking normbedragen<sup>2</sup> uitgangsmodel en model met aangepaste VGG indeling.

Subgroepen	Uitgangsmodel	Aangepast model
Geen VGG	-154	-155
2,5% - 2,0%	2.320	1.862
2,0% - 1,5%		2.808
1,5% - 1,0%	6.653	5.153
1,0% - 0,5%		8.130
0,5%- 0,25%	12.063	12.094
Top 0,25%	25.328	25.352

Door opsplitsing van het kenmerk VGG neemt de mogelijkheid om een positief resultaat te behalen af. Op basis van de berekeningen op basis van de gegevens uit de OT neemt het normbedrag voor de onderste klasse met 458 € af. De ondoelmatigheidsprikkel neemt daarmee ook af.

Desalniettemin blijft een aanzienlijke verdienquote over. Op basis van deze resultaten is de marginale verdienquote voor de onderste klasse  $1.862/180 = 10,3$ . Voor de een-na-onderste klasse is dit  $(2.808-1.862) / (490 -180) = 3,0$ .<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Er is sprake van kleine afwijkingen ten opzichte van de overall toets. De indeling van VGG is bijna exact gereproduceerd.

<sup>3</sup> Deze verdienquotes kun je niet goed vergelijken met de verdienquotes in bijlage 6. De verdienquotes hier zijn gebaseerd op de OT. In bijlage 6 zijn de verdienquotes gebaseerd op de normbedragen en verzekerdensraming.