

# WOR 1168 Onderzoeksprogramma Risicoverevening 2023/2024

## Inleiding

Het onderzoek naar de risicoverevening wordt onderverdeeld in de volgende categorieën.

- 1. Regulier groot onderhoud aan bestaande kenmerken*  
Onderzoek naar bestaande inhoudelijke kenmerken zoals DKG, FKG en HKG wordt gemiddeld één keer in de drie jaar uitgevoerd om ontwikkelingen in de zorg mee te nemen. De cyclus van drie jaar is geen wet van Meden en Perzen. Het kan wenselijk zijn dat onderzoek eerder of later wordt gepland bijvoorbeeld vanwege ontwikkelingen. De WOR kan dus beredeneerd van de een keer in de drie jaar afwijken. De niet-inhoudelijke kenmerken, zoals MHK, MVV en leeftijd/geslacht, lopen niet mee in deze cyclus. Kenmerken als MVV en MHK zijn gebaseerd op kosten en worden alleen onderzocht als, bijvoorbeeld door de OT, hier aanleiding toe wordt gegeven. Mocht andere nieuwe informatie aanleiding geven tot een onderzoek op één van de kenmerken, dan kan dit onderzoek op dat moment incidenteel toegevoegd worden aan de onderzoeksagenda. Om bovenstaande te bepalen lopen we bij het opstellen van het jaarlijkse onderzoeksprogramma de bestaande kenmerken langs.
- 2. Onderzoek vanwege beschikbaarheid van nieuwe data*  
Dit onderzoek wordt enkel uitgevoerd wanneer de verwachting is dat de data een grote voorspellende waarde hebben voor de zorgkosten.
- 3. Onderzoek vanwege bekostigingswijzigingen*  
Indien de bekostiging in een sector wijzigt, is het van belang om te kijken of het gepaard gaat met een schadelastverschuiving tussen groepen verzekerden. Indien er sprake is van een substantiële schadelastverschuiving zal gekeken worden of er een conversieonderzoek kan worden uitgevoerd. Daarnaast kunnen ook sectoroverstijgende bekostigingswijzigingen, zoals bundelbekostiging, aanleiding zijn voor onderzoek.
- 4. Onderzoek vanwege overhevelingen van zorg naar de Zvw*  
Indien zorg die nu in de Wlz of Wmo zit wordt overgeheveld naar de Zvw, is het van belang om deze zorgkosten goed te kunnen voorspellen.
- 5. Onderzoek op het terrein waar nog restrisico's worden gezien.*  
Onderzoek met zowel ex-ante als meer ex-post oplossingen om verzekeraars beter te compenseren voor groepen verzekerden waar nog restrisico's worden gezien.
- 6. Onderzoek naar aandoeningsgerichte vereveningskenmerken onder andere met het oog op passende zorg*  
Onderzoek dat zich richt op (de transitie naar) het compenseren gebaseerd op aandoeningen onder andere met het oog op passende zorg (initiatieven).<sup>1</sup> Dit onderzoek verkent een alternatieve opbouw van de vereveningskenmerken en heeft daarom het karakter van een meerjarig traject.
- 7. Jaarlijks terugkerende onderzoeken*  
Onderzoeken die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de risicoverevening (OT, Monitor, Gegevensfase etc.) zullen worden gecontinueerd. Deze onderzoeken zijn niet opgenomen in dit onderzoeksprogramma.

## Leeswijzer

Hieronder volgt het onderzoeksprogramma.

De onderzoeken zijn opgedeeld in drie categorieën:

---

<sup>1</sup> Het evalueren van de prikkels voor passende zorg en de juiste zorg op de juiste plek is expliciet onderdeel van het toetsingskader (WOR 1130). Ieder onderzoek uitgevoerd in WOR-verband heeft daarmee aandacht voor de prikkels voor passende zorg in de risicoverevening. Onderzoeken over passende zorg in deze categorie hebben daarentegen als hoofddoel de beweging naar passende zorg vanuit de risicoverevening zo veel als mogelijk te accommoderen, bijvoorbeeld door te zoeken naar een andere opbouw van vereveningskenmerken.

- A. Onderzoeken die worden uitgevoerd in 2023-2024
- B. Onderzoeken die worden uitgevoerd in 2024-2025 (inventariserend: volgend jaar wordt bepaald hoeveel onderzoeken uitgevoerd kunnen worden en welke de hoogste prioriteit hebben)
- C. Onderzoeksvoorstellen die mogelijk op de langere termijn worden uitgevoerd

Achter elk onderzoek is aangegeven op welke gronden het onderzoek op het onderzoeksprogramma is opgenomen. De cijfers tussen haakjes verwijzen naar de opsomming in de inleiding. De volgorde van de genoemde onderzoeken is willekeurig.

<b>Aantal</b>	<b>A: 2023/2024<sup>2</sup></b>	<b>B: 2024/2025 (voorlopig)</b>	<b>C: Langere termijn</b>
1	Vervolgonderzoek definitie niet-ingezetenen	Groot onderhoud FKG somatisch en GGZ (1) (incl. FKG drempelwaarden (5))	Andere schattingsmethoden zoals Machine Learning (2)
2	Restrisico onderzoek: Vervolgonderzoek constrained regression (5)	Groot onderhoud regiocriterium somatisch <sup>3</sup> (1)	Gebruik huisartsenregistraties (2,5)
3	Restrisico onderzoek: Verkennend onderzoek naar aandoeningsgerichte kenmerken in de risicoverevening (5, 6)	Doelmatigheid binnen de risicoverevening: onderzoek naar impact van modelwijzigingen op doelmatigheid en relevante toetsingsmaatstaven.	Vervolgonderzoek naar aandoeningsgerichte kenmerken in de risicoverevening (5, 6)
4	Restrisico onderzoek: Onderhoud MHK inclusief uitsplitsing MHK0 (1, 5)	Gebruikers jeugdhulp (2)	Schattingen op recentere data (3)
5	Onderzoek gevolgen andere vormgeving eigen risico op risicovereveningsmodel (3)	Vervolgonderzoek naar aandoeningsgerichte kenmerken in de risicoverevening (5, 6)	Conversieonderzoek nieuwe bekostiging wijkverpleging (3)
6	Groot onderhoud AVI, SES en PPA (1)	Groot onderhoud DKG psychisch (1)	Breed onderzoek naar het GGZ model
7		Onderhoud MHK-GGZ (1)	Meerjarig vasthouden van kenmerken en compenseren van gezondheidsverandering (5)
8			Groot onderhoud DKG-somatisch (1)
9			Hoogte HKC-drempels
10			Buitenlandzorg en de risicoverevening (5)
11			Groot onderhoud FDG (1)

<sup>2</sup> In 2023/2024 zal ook in WBR-verband corona-gerelateerd onderzoek en een monitor risicoverevening uitgevoerd worden. Daarnaast wordt de catastroferegeling buiten WOR-verband geëvalueerd.

<sup>3</sup> Dit onderzoek kan mogelijk in WBR-verband worden uitgevoerd

## **Categorie A: onderzoeken per 2023/2024**

### *Vervolgonderzoek definitie niet-ingezetenen*

Afgelopen jaren is veelvuldig onderzoek gedaan naar de definitie en de adequate compensatie voor niet-ingezetenen. Het meest recente onderzoek naar dit onderwerp is in 2022/2023 uitgevoerd. Ook hieruit bleek dat het niet eenvoudig is om een goede en eenduidige definitie te hanteren voor seizoensarbeiders en overige niet-ingezetenen. Met betrekking tot de adequate compensatie voor de niet-ingezetenen zijn in dit onderzoek verschillende methoden onderzocht en vergeleken met de huidige methodiek. Hierbij is gebleken dat er mogelijk alternatieven zijn die een verbetering opleveren, maar er waren nog te veel openstaande vraagpunten om de methodiek te kunnen optimaliseren. Inmiddels is er een onderzoek gestart waarin verder gezocht wordt naar een eenduidige en werkbaar definitie voor alle verzekeraars en waarin de te hanteren methodiek verder wordt onderzocht en uitgewerkt. Dit onderzoek loopt door in 2023/2024.

### *Vervolgonderzoek constrained regression*

In 2022/2023 is een onderzoek uitgevoerd naar de toepassing van constrained regression in de risicoverevening. Dit onderzoek heeft veel vragen naar de toepassing van deze methode beantwoord en laten zien dat een significant deel van de resterende onder- en overcompensaties verminderd kunnen worden. Daarom is besloten om per 2024 constrained regression toe te passen in de risicoverevening. Wel is er in de WOR gebleken dat er behoefte is om dit onderwerp nog verder te onderzoeken. Allereerst zal dit vervolgonderzoek zich richten op de mogelijke optimalisatie/verfijning van de huidige constraint. Vervolgens zal dit onderzoek ook een verkenning doen naar de mogelijkheden en toepasbaarheid van de lijst met chronische aandoeningen<sup>4</sup> in de huidige vorm (zoals opgenomen in het toetsingskader) als basis voor een constraint. In dit vervolgonderzoek dienen verder de aanbevelingen uit het onderzoek van afgelopen jaar meegenomen te worden. Het bepalen van de 'relevante' subgroepen voor evaluatie maakt geen onderdeel uit van dit onderzoek.

### *Verkenning onderzoek naar aandoeningsgerichte kenmerken in de risicoverevening onder andere met het oog op passende zorg*

In het onderzoek naar passende zorg (WOR 1143) van afgelopen jaar is de aanbeveling gedaan om onderzoek te doen naar de verbetering van prikkels voor passende zorg via meer aandoeningsgerichte compensatie in de risicoverevening. Binnen het huidige risicovereveningsmodel zijn de morbiditeitskenmerken namelijk veelal gebaseerd op declaratiedata. Hierbij wordt er dus indirect gecompenseerd voor zorggebruik of gemaakte zorgkosten. Het streven is om met de risicoverevening juist meer aandoeningsgericht te gaan compenseren in plaats van gebaseerd op declaraties. Door meer aandoeningsgericht (of op basis van diagnose) te gaan compenseren, verbeteren (mogelijk) de doelmatigheidsprikkels en prikkels voor passende zorg voor verzekeraars. Dit onderzoek vormt een eerste verkenning naar deze transitie. Een eerste stap richting meer aandoeningsgericht compenseren die nu gezet kan worden, is het onderzoeken van de toepasbaarheid en potentie van de lijst met chronische aandoeningen zoals opgesteld door het Zorginstituut. Deze lijst is weliswaar nog steeds gebaseerd op declaratieinformatie, maar baseert indeling in een chronische aandoening niet enkel op het gebruik van een bepaald medicijn of therapie. Indeling in een chronische aandoening volgens deze lijst is namelijk (mede) gebaseerd op behandelrichtlijnen en indicaties. Daarbij worden de declaraties van verschillende zorgvormen gecombineerd om tot een aandoeningsgerichte indeling te komen. Deze chronische lijst is afgelopen jaar (2022/2023) voor het eerst gebruikt binnen de risicoverevening als extra toetsingsmaatstaf (WOR 1130). Aangezien deze data nog niet direct geïmplementeerd kunnen

---

<sup>4</sup> Zowel het vervolgonderzoek naar constrained regression als het verkennend onderzoek naar aandoeningsgerichte kenmerken in de risicoverevening maakt gebruik van de lijst met chronische aandoeningen. De verwachting is echter dat de transitie naar aandoeningsgerichte kenmerken in het risicovereveningsmodel een breder en meerjarig traject is. Constrained regression op basis van de chronische lijst kan dan mogelijk een goede tussenstap vormen.

worden in de risicoverevening, is dit onderzoek gericht op de verdere verkenning van de toepasbaarheid van deze data. Dit onderzoek heeft een exploratief karakter en zal daarom dus niet (per se) resulteren in een concrete modelaanpassing voor komend jaar. Dit onderzoek vormt een eerste stap binnen een meerjarig traject. Onder categorie B en C zijn daarom al vervolgonderzoeken voorzien.

#### *Onderhoud MHK inclusief uitsplitsing MHK0*

De aanleiding voor dit onderzoek is tweeledig. Ten eerste is in WOR 1080 geopperd dat een verdere uitsplitsing van MHK0 de overcompensatie op gezonde verzekerden verder zou kunnen verminderen. Na aanleiding hiervan ligt de focus van dit groot onderhoud op de verdere uitsplitsing van de lagere klassen van het MHK-criterium. Als tweede is op basis van het onderzoek naar de zwangerschappen en bevallingen geadviseerd om een breder onderhoud naar het MHK-kenmerk uit te voeren en daarbij de verschillende kostensoorten die meelopen in MHK kritisch tegen het licht te houden, te beginnen bij de kosten voor zwangerschappen en bevallingen. Hierdoor kan er mogelijk een zuiverdere indeling in MHK tot stand gebracht worden.

#### *Onderzoek gevolgen andere vormgeving eigen risico op risicovereveningsmodel*

In het coalitieakkoord "Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst" is afgesproken dat de vormgeving van het eigen risico wordt gewijzigd. Per 2025 wordt het verplicht eigen risico in de MSZ aangepast naar een maximum van € 150 per declarabele prestatie (dbc of overig zorgproduct). Deze hervorming heeft gevolgen voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico die zorgverzekeraars van hun verzekerden ontvangen. Omdat de prijs van prestaties in de MSZ vaak hoger ligt dan € 385 is een verzekerde in de huidige situatie direct door zijn volledige verplicht eigen risico heen. In de nieuwe systematiek is dat niet meer het geval. Hierdoor betekent deze aanpassing naar verwachting voor circa één miljoen verzekerden een lastenverlichting, omdat ze (gemiddeld € 100) minder gaan betalen aan het verplicht eigen risico. De betreffende verzekerden zijn waarschijnlijk niet evenredig over de zorgverzekeraars verdeeld. Bij de schatting van het eigen-risicomodel voor 2025 (en de jaren daarna) zal daarom rekening moeten worden gehouden met deze aangepaste vormgeving van het eigen risico.

#### *Groot onderhoud AVI, SES en PPA*

De kenmerken AVI, SES en PPA zijn toe aan een nieuw groot onderhoud: voor de kenmerken AVI, SES en PPA heeft in 2018/2019 het laatste groot onderhoud plaatsgevonden. De aanbevelingen uit dit laatste groot onderhoud kunnen verder onderzocht worden, waaronder onderzoek naar statushouders en mensen met schuldenproblematiek. Hierbij is het van belang om te kijken naar de beschikbaarheid en bruikbaarheid van data rondom schuldenproblematiek en statushouders voor de risicoverevening. Met betrekking tot het toevoegen van nieuwe leeftijdsgroepen, is het in onderzoeksjaar 2023/2024 mogelijk om de groep AVI 70-74 jaar toe te voegen. De groep hoogopgeleid 45-54 jaar kan pas in 2027 worden ingevoerd. Er zou eventueel wel gekeken kunnen worden of het toevoegen van de groep hoogopgeleid 45-49 jaar toegevoegde waarde heeft. Ook wordt, mits de data van voldoende kwaliteit en op korte termijn beschikbaar is, in dit onderzoek gekeken wat er mogelijk is met betrekking tot het includeren van de extramurale Wlz-prestaties in de risicoverevening. Dit zou de mogelijke belemmeringen van de transitie van intramuraal naar extramuraal kunnen verminderen en daarbij het leveren van (meer) passende zorg accomoderen. Daarbij wordt ook bekeken of de risicoverevening rekening dient te houden met of een intramurale Wlz-cliënt een behandeling ontvangt vanuit de Wlz, aangezien dit van invloed is op de gedeclareerde Zvw-kosten. Als laatste wordt gevraagd te kijken naar de consequenties van de verruiming van de Wlz (sinds 2021), wat mogelijk invloed kan hebben op de Wlz-gerelateerde klassen. Naast het onderzoeken van bovenstaande uitbreidingen en aanpassingen, wordt ook ruimte ingebouwd om naar mogelijke vereenvoudiging of een andere vormgeving van deze drie kenmerken te kijken.

### **Categorie B: onderzoeken per 2024/2025**

(inventariserend)

### *Groot onderhoud FKG somatisch + GGZ*

Het laatste groot onderhoud FKG vond plaats in 2020/2021 en is dus in 2023/2024 weer aan de beurt. Er is echter besloten het groot onderhoud FKG een jaar op te schuiven naar onderzoeksjaar 2024/2025, omdat andere groot onderhoud de afgelopen jaren veel zijn uitgesteld en voorrang hebben. Daarnaast hebben andere onderzoeken meer prioriteit dan het groot onderhoud FKG. In dit onderhoud kan gekeken worden of er de afgelopen jaren relevante pakketwijzigingen zijn geweest. Daarnaast kunnen aanbevelingen uit voorgaand groot onderhoud FKG en regulier onderhoud EHK worden meegenomen. Tijdens het laatste groot onderhoud FKG's ontstond een discussie rondom de drempelwaarden die gehanteerd worden. Het doel van de drempelwaarden is om alleen te compenseren bij langdurig gebruik van een geneesmiddel. Er is gebleken dat verzekerden die net onder de drempelwaarde vallen vaak worden ondergecompenseerd. Mogelijk is een andere opzet van de FKG's/drempels beter. Daarnaast is er behoefte om de mogelijkheid voor hybride FKG's te onderzoeken, waarbij een FKG zowel extramurale als intramurale middelen bevat. Ook wordt er aandacht gevraagd om te beoordelen of er nieuwe informatie beschikbaar is.

### *Groot onderhoud regio somatisch*

Omdat het model voor het regiocriterium met ingang van 2017/2018 vereenvoudigd is, kan de indeling in het regiocriterium elk jaar worden geactualiseerd. Dit maakt een groot onderhoud minder van belang. Daarom, en gezien de druk op het onderzoeksprogramma afgelopen jaren, is het onderzoek verplaatst naar 2024/2025. Het CBS zal geleidelijk stoppen met het onderscheid westerse en niet-westerse migranten. Dit onderscheid vormt een onderdeel van het huidige somatische regiocriterium. Het is van belang om na te gaan of dit kenmerk in de toekomst nog door het CBS geleverd kan worden en zo niet, of en hoe het regiocriterium hierop aangepast dient te worden. Ook zou alvast gekeken kunnen worden naar de beschikbaarheid en mogelijke toegevoegde waarde van de SES-indicator op wijkniveau van het CBS voor groot onderhoud naar het regio-kenmerk.

### *Onderzoek naar impact van modelwijzigingen op doelmatigheid en relevante toetsingsmaatstaven*

In de WOR op 21 april 2022 is geopperd om onderzoek te doen naar de impact van modelwijzigingen op het gedrag van verzekeraars. De vraag is of theoretische perverse prikkels tot doelmatigheid ook in de realiteit leiden tot ander declaratiegedrag. Dit kan onderzocht worden door na te gaan of het declaratiepatroon (met name rondom drempelwaarden) wijzigt na de invoering van een modelwijziging. Daarnaast wordt ook aan onderzoekers gevraagd na te denken wat goede toetsingsmaatstaven zijn voor het beoordelen van modelwijzigingen op doelmatigheid. De toetsingsmaatstaven zoals opgenomen in het toetsingskader vormen hierbij het uitgangspunt.

### *Gebruikers jeugdhulp*

Gebruikers van jeugdhulp hebben naar verwachting een grotere kans om als zij eenmaal volwassen zijn gebruik te maken van de GGZ die onder de Zvw valt. Het CBS heeft een betrouwbare en nagenoeg complete registratie op persoonsniveau van gebruikers jeugdhulp vanaf 2015. Dit onderzoek bekijkt of deze registratie van toegevoegde waarde is voor de risicoverevening. We zullen eerst onderzoeken of (juridische) bezwaren tegen het gebruik van CBS-data kunnen worden weggenomen.

### *Vervolgonderzoek naar aandoeningsgerichte kenmerken in de risicoverevening onder andere met het oog op passende zorg*

Binnen het huidige risicovereveningsmodel zijn de morbiditeitskenmerken veelal gebaseerd op declaratiedata. Hierbij wordt er dus indirect gecompenseerd voor de gemaakte kosten binnen een aandoening. Door meer aandoeningsgericht (of op basis van diagnose) te gaan compenseren, verbeteren de doelmatigheidsprikkels voor verzekeraars. Verzekeraars worden dan namelijk gecompenseerd op basis van een aandoening en niet zo zeer op basis van het gebruik van een bepaald medicijn of therapie. Dit vervolgonderzoek gaat allereerst verder met de aanbevelingen uit het vorige verkennend onderzoek (zie categorie A). Daarnaast kunnen de mogelijkheden van het gebruik van de International Classification of Diseases (ICD) gegevens verkend (voor zover dat

aansluit bij de aanbevelingen van het vorige verkennend onderzoek, zie categorie A). Momenteel wordt deze data niet gebruikt in de risicoverevening. Ondanks dat aan de ICD-gegevens ook zorggebruik ten grondslag ligt, kunnen verzekerden op diagnoses sec worden ingedeeld. Voor het gebruik van deze data zal eerst de beschikbaarheid en bruikbaarheid voor de risicoverevening onderzocht moeten worden. Een andere optie (voor zover dat aansluit bij de aanbevelingen van het vorige verkennend onderzoek, zie categorie A) is te onderzoeken hoe en met welke gegevens er beter onderscheid naar zorgzwaarte gemaakt kan worden in de risicoverevening, omdat een declaratie en geleverde behandeling niet altijd de verschillen in zwaarte van de aandoening weergeeft en daarmee ook voorspellend is voor toekomstige verwachte kosten.

#### *Onderhoud DKG's psychische aandoeningen n.a.v. invoering Zorgprestatiemodel (ZPM)*

Het laatste onderhoud DKG's psychische aandoeningen is van 2018/2019. Daarnaast is er met de invoering van het ZPM in 2022 een grote wijziging in de bekostigingsstructuur gekomen, waardoor de diagnoses zoals gebruikt onder de oude bekostigingsstructuur in principe niet meer op de declaraties staan. Dit betekent dat diagnoses uit t-1 niet meer beschikbaar zijn en het DKG-G kenmerk herzien moet worden. Voor de herziening van dit kenmerk is nodig dat een aantal jaar aan data onder het ZPM beschikbaar zijn, dat is pas over een aantal jaar het geval. Verder kan er mogelijk ook gekeken worden of er een inhoudelijke zinvolle toevoeging aan de DKG's psychische aandoeningen kan worden gedaan vanwege mogelijke beschikbaarheid van informatie over het beveiligingsniveau van de intramurale zorg (beschikbaar per 2019).

#### *Onderhoud MHK-GGZ*

In dit onderzoek wordt onderhoud gepleegd aan het MHK-GGZ kenmerk. Aanleiding hiervoor is dat in de OT2024 is gebleken dat naast MHK0 ook MHK1 een negatief normbedrag heeft gekregen en daarmee niet meer onderscheidend lijken. Dit is mogelijk een gevolg van de overgang naar het ZPM. In dit onderzoek wordt in ieder geval gekeken naar het onderscheid tussen MHK0 en MHK1. Daarbij wordt ook de rest van het kenmerk tegen het licht gehouden.

### **Categorie C: onderzoeken langere termijn**

#### *Machine Learning*

Machine learning (ML) biedt kansen om de huidige data op een andere manier te gebruiken en zo het model te verbeteren. Vanwege het gebrek aan transparantie is een ML-model op dit moment (nog) niet geschikt ter vervanging van het risicovereveningsmodel. ML kan bijvoorbeeld wel gebruikt worden om interacties tussen variabelen op te sporen en variabelen met de hoogste verklaringskracht te selecteren. Afgelopen jaren zijn er steeds meer wetenschappelijke onderzoeken gedaan naar de toepassingsmogelijkheden van Machine Learning ten behoeve van de risicoverevening. In dit verkennend onderzoek wordt de bestaande literatuur samengevat en wordt gekeken welke toepassingen behulpzaam kunnen zijn voor het Nederlandse risicovereveningsmodel. Een voorbeeld is of we door middel van ML kunnen komen tot een meer optimale set van variabelen waarmee de huidige OLS regressie tot een hogere verklaringskracht kan komen. Hierbij dient aandacht te zijn in hoeverre de nieuwe/aangepaste variabelen de prikkel tot doelmatigheid beïnvloeden.

#### *Gebruik huisartsenregistraties*

De huisartsenregistraties bevatten diagnoses die niet per se gepaard gaan met zorggebruik in de tweede lijn of medicijngebruik. Dit wordt in potentie gezien als relevante informatie voor de risicoverevening, omdat middels deze aanvullende informatie de gezondheid van verzekerden mogelijk beter kan worden gevangen. Dit kan leiden tot een betere compensatie voor zowel ongezonde als gezonde verzekerden. VWS is de afgelopen tijd bezig geweest om de mogelijkheden omtrent gebruik van de huisartsenregistraties in de risicoverevening te verkennen. Uit deze eerste verkenningen blijkt dat er nog een dusdanig aantal haken en ogen zit aan het verkrijgen en het gebruik van deze data, dat er op dit moment geen zicht is op het (op korte termijn) populatiebreed verkrijgen van deze data. Daarnaast liggen er nog een aantal vragen over de bruikbaarheid van de data (bijvoorbeeld qua validiteit). Daarbij is voor nu de focus verschoven naar het gebruik en de

toepasbaarheid van de lijst met chronische aandoeningen zoals opgenomen in het toetsingskader in de risicoverevening. VWS gaat op een later moment verder met het verkennen van de mogelijkheden van het gebruik van huisartsenregistraties ter verbetering van de risicoverevening.

#### *Vervolgonderzoek naar aandoeningsgerichte kenmerken in de risicoverevening onder andere met het oog op passende zorg*

Binnen het huidige risicovereveningsmodel zijn de morbiditeitskenmerken veelal gebaseerd op declaratiedata. Hierbij wordt er dus indirect gecompenseerd voor de gemaakte kosten binnen een aandoening. Door meer aandoeningsgericht (of op basis van diagnose) te gaan compenseren, verbeteren de doelmatigheidsprykkels voor verzekeraars. Verzekeraars worden dan namelijk gecompenseerd op basis van een aandoening en niet zo zeer op basis van het gebruik van een bepaald medicijn of therapie. Dit vervolgonderzoek gaat allereerst verder met de aanbevelingen uit voorgaand onderzoek.

#### *Schatting op recente data*

De schatting van de ex ante risicovereveningsmodellen is gebaseerd op drie jaar oude gegevens. Dit onderzoek brengt (on)mogelijkheden en voor- en nadelen in kaart om over te gaan naar gegevens t-2. Dit zou zowel voor het somatisch model als het GGZ model onderzocht kunnen worden wanneer de data voor de nieuwe bekostiging in de GGZ beschikbaar is.

#### *Breed onderzoek GGZ model*

De verevenende werking van het GGZ model ligt een stuk lager dan bij het somatisch model. Het blijkt moeilijker om de GGZ kosten per verzekerde goed te voorspellen. Daarom is het wenselijk om in brede zin te kijken hoe het GGZ model verbeterd kan worden. Er kan in dit onderzoek onder andere ruimte zijn voor specifiek dure GGZ-cliënten. Uit eerder onderzoek (WOR 958) blijkt dat hogemeerkostenverevening (HMK) voor deze groep eventueel als vervanging kan dienen van de huidige hoge kosten compensatie (HKC). Belangrijk is dat dan eerst meer onderzoek wordt gedaan naar onder andere de uitvoering. Mogelijk zou je voor het model als geheel kunnen kijken wat het effect is van het samenvoegen van het GGZ model en het somatische model op de algehele verevenende werking. Het is verstandig om breed onderzoek naar het GGZ model pas uit te voeren nadat de data onder het ZPM ruim beschikbaar zijn (ook met oog op het onderzoeken van de stabiliteit van een eventueel nieuw criterium met klasse-indeling op basis van ZPM-data). Dat betekent op zijn vroegst in onderzoeksjaar 2026/2027.

#### *Meerjarig vasthouden van kenmerken en compenseren gezondheidsverandering*

Vanuit de WOR is de wens naar voren gekomen om breed onderzoek te doen naar het meerjarig vasthouden van kenmerken in de risicoverevening. Dit is onder andere na aanleiding van het onderzoek Passende zorg (WOR 1143) en het meest recente groot onderhoud HKG (WOR 1146). Het meerjarig vasthouden kan ook een oplossing zijn voor het compenseren van gezondheidsverandering. De risicoverevening in de huidige vormgeving houdt slechts in beperkte mate rekening met verandering in gezondheid van een individu. Hierbij is bijvoorbeeld te denken aan het verloop van een ziekte met verschillende kostenpatronen in verschillende fases maar ook aan de verbetering van de gezondheid door inzet van leefstijlinterventies. In hoeverre dit alternatief impact kan hebben op de onder- en overcompensaties voor de restrisicogroepen moet nog nader worden onderzocht. Een potentieel nadeel/aandachtspunt van ex ante kenmerken die rekening houden met verandering in gezondheid is de correlatie met bestaande kenmerken in het model. Dit kan de stabiliteit van het model doen verminderen en verhoogt de complexiteit. Een ander potentieel nadeel/aandachtspunt is de impact hiervan op de doelmatigheidsprykkels.

#### *Groot onderhoud Diagnose Kosten Groepen (DKG) somatisch*

Groot onderhoud DKG somatisch vond plaats in 2019/2020 en het zou dus in 2022/2023 weer aan de beurt geweest zijn. Het datajaar 2020 bleek voor wat betreft de DKG's niet bruikbaar vanwege de invloed van covid op met name de ziekenhuiszorg. Daarnaast lijkt het niet nuttig om een groot onderhoud DKG uit te voeren op de data van 2019 in plaats van 2020, aangezien dat betekent dat er slechts twee jaar recentere data gebruikt worden ten opzichte van het vorig groot onderhoud.

Gezien het datajaar 2020 ten minste twee jaar in de onderzoeksbestanden voor zal komen (eerst als kostenjaar, daarna ter vorming van de kenmerken), wordt dit onderzoek ten minste twee jaar opgeschoven en zal op zijn vroegst in 2024/2025 uitgevoerd kunnen worden. In 2022/2023 is de clustering van de DKG's al geüpdatet. In het groot onderhoud kan vervolgens naast relevante pakketwijzigingen ook ruimte zijn om te kijken naar het gebruik van meerjarige diagnose-informatie in het risicovereveningsmodel. Daarnaast kunnen aanbevelingen uit voorgaand groot onderhoud en het onderzoek chronisch zieken (WOR 1060) worden meegenomen. Zo kan er bijvoorbeeld gekeken worden naar de toegevoegde waarde van bepaalde incidentele kenmerken die de heterogeniteit van de DKG-C's mogelijk verkleinen.

#### *Hoogte van de HKC-drempels*

Sinds 2020 wordt er een hoge kosten compensatie (HKC) toegepast binnen de GGZ. Met ingang van 2024 wordt er ook een HKC geïntroduceerd voor het somatisch model. In dit onderzoek worden beide HKC's opnieuw bekeken en geëvalueerd. Hierbij wordt onder andere ook de hoogte van de toegepaste drempel onderzocht en bekeken of deze verdere optimalisatie behoeft.

#### *Buitenlandzorg en de risicoverevening*

Verzekerden mogen voor zorg uitwijken naar het buitenland. Het is echter mogelijk dat deze verzekerden ondergecompenseerd worden vanuit de risicoverevening. Dit kan onwenselijk zijn als dit leidt tot een ongelijk speelveld en een barrière om zorg te organiseren in het buitenland als dat het meest passend is. Een mogelijke reden waardoor er ondercompensatie kan ontstaan is dat buitenlandse zorgaanbieders niet vanzelf volgens dezelfde administratieve voorwaarden als Nederlandse zorgaanbieders declareren. Hierdoor leiden de behandelingen niet automatisch tot indeling in een morbiditeitskenmerk. Kosten van zorg in het buitenland worden overigens wél automatisch meegenomen in de kostenkenmerken, zoals MHK. Het kan echter zo zijn dat deze kosten te laat worden gedeclareerd om in het onderliggende Kosten Per Verzekerde (KPV) bestand te worden meegenomen. Voorafgaand aan dit onderzoek dient er verkend te worden wat verzekeraars zelf kunnen realiseren in samenwerking met buitenlandse zorgaanbieders om bovengenoemde problemen te verminderen. Mocht dit niet voldoende opleveren, dan wordt in dit onderzoek gekeken of en in welke mate de risicoverevening leidt tot ondercompensatie van verzekerden die zorg in het buitenland gebruiken. Vervolgens kunnen mogelijke oplossingsrichtingen verkend worden. N.B. Dit onderzoek heeft betrekking op ingezetenen, en dus niet op niet-ingezetenen.

#### *Groot onderhoud FDG*

Het laatste groot onderhoud FDG vond plaats in 2020/2021. In het groot onderhoud FDG kunnen aanbevelingen uit voorgaand groot onderhoud worden meegenomen. Ook in het onderzoek chronisch zieken (WOR 1060) zijn aanbevelingen gedaan om te kijken naar kenmerken gebaseerd op paramedie (ergotherapie en dietetiek). Uit het voorgaand groot onderhoud FDG is echter gebleken dat er voor deze vormen van paramedie eerst een verbetering in de registratie is vereist.