

## **Bijlage 1 Resultaten onderzoeken risicoverevening**

In deze bijlage ga ik in op de resultaten van de onderzoeken die zijn uitgevoerd in de periode 2017-2018. Daarbij houd ik de volgorde en speerpunten aan zoals die ook zijn opgenomen in het meerjarig onderzoeksprogramma. Dit meerjarig onderzoeksprogramma heb ik op 8 september 2017 aan de Tweede Kamer gestuurd. Alleen de onderzoeken die afgelopen jaar zijn uitgevoerd worden besproken in dit overzicht.

### **Speerpunt A: Doorontwikkeling compensatie voor chronisch zieken en andere kwetsbare groepen**

#### *Groot onderhoud farmaciekostengroepen (FKG's) voor zowel somatiek als GGZ*

Periodiek vindt groot onderhoud plaats aan het vereveningscriterium FKG's (farmaciekostengroepen) voor zowel het somatische als het GGZ-model. Met dit criterium worden chronisch zieken geïdentificeerd op basis van hun geneesmiddelengebruik in het voorgaande jaar. In het groot onderhoud wordt getoetst of de vormgeving van het criterium nog up-to-date is. Het groot onderhoud leidt tot enkele aanpassingen aan de FKG-indeling. Zo wordt een aantal FKG's toegevoegd, bijvoorbeeld voor chronische antistolling en acromegalie (een ziekte van de hypofyse) voor het somatische en angststoornissen voor het GGZ-model. Ook worden enkele geneesmiddelen verplaatst van de ene naar de andere FKG en worden enkele geneesmiddelen uit de FKG's verwijderd. Daarnaast is de indeling van de Extreem Hoge Kostenclusters aangepast en is er een middel toegevoegd. Tot slot zijn ook de restricties tussen de verschillende FKG's opnieuw bezien en is, op basis van aanvullend onderzoek naar de chroniciteit van het geneesmiddelgebruik, gebleken dat de drempel voor indeling in de FKG voor een deel van de somatische FKG's kan worden verlaagd van 180 naar 90 DDD (defined daily dose). Als gevolg van verlaging van deze drempel worden meer chronisch zieken via de FKG's geïdentificeerd. Doordat er ook geneesmiddelen uit de FKG's zijn verwijderd (met name die tegen hoog cholesterol vanwege een te laag normbedrag), worden in totaal minder verzekerden ingedeeld bij een FKG. De aanpassing van de FKG's leidt tot een kleine verbetering van het model.

#### *Herclassificatie Chronisch zieken*

Momenteel worden in het risicovereveningsmodel chronisch zieken geïdentificeerd via geneesmiddelengebruik, ziekenhuisdiagnoses, gebruik van hulpmiddelen, wijkverpleging en diagnoses fysiotherapie en meerjarig hoge kosten. Voor sommige aandoeningen (zoals kanker en diabetes) wordt gecompenseerd via meerdere kenmerken. De compensatie van chronisch zieken zou, met name vanwege de multimorbiditeit van groepen verzekerden, mogelijk beter worden als geïdentificeerd wordt op basis van aandoeningen. Er is een vooronderzoek uitgevoerd naar drie veel voorkomende aandoeningen (diabetes, COPD/astma en hart- en vaatziekten). Uit dit onderzoek blijkt dat de groepen verzekerden met diabetes, COPD/astma en hart- en vaatziekten een beperkt negatief vereveningsresultaat kennen, met name wanneer deze verzekerden niet bij een FKG worden ingedeeld. Het onderzoek laat zien dat een andere, aandoeningsgerichte, aanpak mogelijk beter zou werken voor bepaalde groepen. Het onderzoek levert ook aanknopingspunten voor vervolgonderzoek.

#### *Huisartsgegevens in risicoverevening gebruiken*

In dit onderzoek is nagegaan in hoeverre informatie over huisartsenzorg mogelijk bruikbaar is voor de risicoverevening. Onderzocht is of het aantal consulten en visites en enkele meer medische inhoudelijke variabelen (intensieve zorg voor terminale patiënten, open wonden op het onderbeen, multidisciplinaire zorg en polyfarmacie) een voorspellend zijn voor de zorgkosten in het volgende jaar. Op basis van gegevens over 2014 blijkt het mogelijk de informatie op te nemen in de modellen. De effecten op de verevende werking zijn echter beperkt en er is veel overlap met de huidige vereveningskenmerken. Ook leiden de kenmerken gebaseerd op consulten en visites mogelijk tot ondoelmatigheidsprikkels. Belangrijk is dat met ingang van 2015 de huisartsenzorg op verschillende manieren gedeclareerd wordt. Er kan bijvoorbeeld een vast bedrag per verzekerde gedeclareerd

worden, verrichtingen zoals consulten en visites worden dan niet meer geregistreerd. Vanwege deze verschillen in registratie is de informatie niet geschikt om in de risicoverevening toe te passen.

### **Speerpunt B: Vervanging van de onorthodoxe kenmerken gebaseerd op het gebruik van wijkverpleging in het voorgaande jaar**

#### *Onderhoud Meerjarig Hoge Kosten (MHK)*

De kosten voor geriatrische revalidatiezorg (GRZ) zijn in het model 2018 niet meegeteld bij het MHK-kenmerk. Per 2018 is het kenmerk diagnose kostengroepen (DKG's) dermate verbeterd dat het onorthodoxe kenmerk gebaseerd op gebruik van GRZ in t-1 is vervallen. De WOR concludeert verder dat toevoegen van de GRZ-kosten aan de MHK weinig effect heeft, maar adviseert de GRZ-kosten bij het MHK-kenmerk mee te tellen.

Daarnaast is onderzoek gedaan naar een meerjarig kenmerk voor de wijkverpleging. Het risicovereveningsmodel voor de somatische zorg is in 2016 uitgebreid met een vereveningscriterium gebaseerd op de V&V-kosten van het voorgaande jaar (VGG). Dit criterium voorkomt dat verzekerden met V&V-gebruik in het voorgaande jaar voorspelbaar verliesgevend zijn in het vereveningsjaar. Vanwege het onorthodoxe karakter en de ongewenste mogelijke prikkelwerking die uitgaat van een kenmerk gebaseerd op kosten in voorgaand jaar (t-1) is de wens van VWS om VGG in het vereveningsmodel van 2019 te vervangen door een criterium dat minder direct afhankelijk is van kosten in t-1. Er is een meerjarig kenmerk (MVV) ontwikkeld waarbij verzekerden worden ingedeeld in een klasse op basis van de som van de kosten verpleging en verzorging in de afgelopen 3 jaar. Uit een schatting van model 2018 in dit onderzoek zonder VGG blijkt dat de kosten voor gebruikers wijkverpleging in t-1 al goed worden voorspeld voor blijvers en instromers van een instelling. Dit betekent dat voor deze V&V gebruikers er geen V&V criterium noodzakelijk is en deze groep in te delen is in een afslagklasse van het V&V criterium. Hierdoor neemt het aantal verzekerden met negatieve voorspelde zorgkosten sterk af.

### **Speerpunt C: Doorontwikkeling van de risicoverevening voor de GGZ**

#### *Institutionele huishoudens en beschermd wonen (Somatisch en GGZ)*

Dit onderzoek bestaat uit twee delen. In het eerste deel wordt onderzocht of het risicovereveningsmodel voor de GGZ verbeterd kan worden als informatie over mensen die beschermd wonen toegevoegd wordt. Mensen die beschermd wonen hebben doorgaans ook behandelkosten GGZ die ten laste komen van de Zorgverzekeringswet. Uit het onderzoek blijkt dat er 22.270 cliënten met beschermd wonen zijn die deze zorg (in natura) op enig moment in 2015 ontvangen; het vereveningsresultaat van deze cliënten is - € 813 voor de GGZ en - € 375 voor de somatische zorg. Er is een aantal modelvarianten doorgerekend voor de GGZ en de somatische zorg, waarbij beschermd wonen als apart kenmerk is opgenomen of als klasse van de institutionele huishoudens. De maatstaven van de verevenende werking wijzigen niet of nauwelijks zodra een dergelijk kenmerk of klasse wordt toegevoegd ten opzichte van het uitgangsmodel. Dit geldt voor zowel de somatische zorg als de GGZ. Wel wordt voor de groep cliënten beschermd wonen de ondercompensatie weggenomen. Omdat de gegevens met enkele onvolkomenheden zijn behept, adviseert de WOR om informatie over beschermd wonen niet te gebruiken voor het risicovereveningsmodel 2019, maar voor het model 2020 of 2021 opnieuw onderzoek te doen naar de groep beschermd wonen, in samenhang met onderzoek dat noodzakelijk is zodra de Wlz wordt opengesteld voor psychiatrische patiënten op basis van medisch-inhoudelijke criteria.

In het tweede deel van het onderzoek staat de vraag centraal of andere uitsplitsingen van de klasse 'institutioneel huishouden' zinvoller zijn dan de bestaande uitsplitsing naar mensen die al langere tijd in een institutioneel huishouden verblijven en mensen die in het betreffende jaar instromen. De toegevoegde waarde van de bestaande uitsplitsing blijkt het grootst. De WOR adviseert daarom de bestaande uitsplitsing te handhaven.

### *Gedwongen opnamen in de GGZ*

Het onderzoek is gestart en zal doorlopen in het volgende onderzoeksjaar. Ik zal u volgend jaar informeren over de uitkomsten van het onderzoek.

## **Speerpunt D. Onderhoud aan bestaande vereveningskenmerken**

### *Aanpassingen regiokenmerk*

Voor het somatische model is een nieuwe methode ontwikkeld om regionale effecten te modelleren. De schattingsmethode is vereenvoudigd en er zijn andere variabelen gebruikt om het regio-effect te bepalen. De regiovariabelen van het huidige model die samenhangen met aanbod van zorg zijn vervangen door variabelen die de vraag naar zorg voorspellen.

In een eerste stap is op basis van de literatuur een lijst opgesteld met regionale variabelen die zorgkosten voorspellen. In een tweede stap is statistisch nagegaan welke variabelen daadwerkelijk – naast de andere variabelen van het model- effect hebben op de voorspelbaarheid van zorgkosten. Uiteindelijk bleken drie variabelen op regionaal niveau significant bij te dragen aan de voorspelbaarheid van het model. Dit zijn het aandeel personen met niet-westerse en westerse migratie-achtergrond in de regio en het aandeel personen met sociaal economische status “laag” in de regio.

### *Vervolgonderzoek niet-ingezetenen/buitenlandse seizoenarbeiders*

Verzekerden woonachtig in het buitenland (niet-ingezetenen) worden normaliter bij het criterium MHK (meerjarig hoge kosten) in het model voor de somatische zorg ingedeeld op basis van hun (bekende) kosten. In 2018 geldt voor hen eenmalig een afwijkende berekeningswijze. Dit heeft te maken met de introductie in 2018 van een extra klasse voor gezonde verzekerden in dit criterium. Daarbij is afgesproken dat niet-ingezetenen vanaf 2019 weer op de gebruikelijke wijze worden ingedeeld bij het kenmerk MHK. Onderzocht is of dit geen onredelijke gevolgen heeft voor de compensatie van de niet-ingezetenen. Uit het onderzoek blijkt dat, bij terugkeer naar de gebruikelijke systematiek, de toegekende vereveningsbijdrage voor niet-ingezetenen daalt maar gemiddeld hoger blijft dan de kosten. Het verschil bedraagt naar verwachting gemiddeld ongeveer 215-261 euro per verzekerdenjaar. Het onderzoek geeft daarmee geen aanleiding om de eerder afgesproken terugkeer naar de reguliere systematiek te heroverwegen.

## **Speerpunt E. Fundamenteel onderzoek**

### *Maatstaven van multicollineariteit en statistische meerwaarde*

Dit onderzoek is vanwege herprioritering van onderzoeken niet uitgevoerd.

## **F. Jaarlijkse cyclus schatting normbedragen**

Naast de hierboven beschreven onderzoeken, vindt voor de risicoverevening ook een aantal jaarlijks terugkerende onderzoeken plaats. Deze onderzoeken resulteren in een schatting van het model op de meest recente data en de oplevering van de normbedragen. Voorafgaand moet een beslissing genomen worden of conversies van kosten noodzakelijk zijn.

### *Pre Overall Toets (optioneel)*

Dit betreft een eerste integrale doorrekening van de verbeteringen in het somatische model, waarbij alle resultaten van de losse onderzoeken worden gecombineerd. De belangrijkste resultaten heb ik in de brief reeds toegelicht.

### *Gegevensfase, Overall Toets en Normbedragenfase*

Dit onderzoek vindt deze zomer plaats op basis van de besluitvorming die nu is afgerond. Het onderzoek bestaat uit drie fasen. Allereerst worden de nieuwe gegevens gereed gemaakt. Vervolgens worden de nieuwe modellen geschat en als laatste worden normbedragen (die gepubliceerd worden in de Regeling risicoverevening 2019) definitief berekend op basis van de macrobedragen uit de Begroting van VWS en de meest actuele raming van de verzekerdenaantallen van het Zorginstituut.

### *Representatief maken gegevens somatische kosten*

Er heeft uiteindelijk een beperkt conversieonderzoek voor de medisch specialistische zorg plaatsgevonden. De prestaties over 2016 werden namelijk voldoende representatief bevonden voor de situatie in 2019. Wel zijn de gedeclareerde prijzen vervangen door mediaanbedragen, omdat de tot nu toe gedeclareerde prijzen niet tijdig kunnen worden gecorrigeerd voor de lumpsumafspraken en aanneemsommen.

### *Representatief maken gegevens geneeskundige en langdurige GGZ*

Voor de kosten van de geneeskundige GGZ heeft er een beperkt conversieonderzoek plaatsgevonden. Prestaties over 2016 werden voldoende representatief bevonden voor de situatie in 2019. Wel zijn de gedeclareerde prijzen vervangen door maximumtarieven 2016, omdat de tot nu toe gedeclareerde prijzen niet tijdig kunnen worden gecorrigeerd voor lumpsumafspraken en aanneemsommen. Voor de langdurige GGZ is er onderzoek gedaan om door middel van een simulatie de kosten over 2016 representatief te maken voor 2019. Sinds 2015 maakt de langdurige GGZ deel uit van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Voor iedereen die een ZZP-B indicatie had en intramurale zorg ontving op 31 december 2014, gold een overgangsregeling. Per 1 januari 2015 stroomden dus alleen 'nieuwe' patiënten in de langdurige GGZ. Er is dus sprake van een ingroeitraject, waardoor de kosten van de langdurige GGZ over 2016 niet representatief zijn voor 2019. Daarnaast is er gekeken naar het aantal onlogische zorgpaden en data-inconsistenties in 2016. Door gebruik van de nieuwe data is er in 2016 sprake van een daling van het aantal onlogische zorgpaden.

## **Jaarlijkse monitor risicoverevening**

Er wordt elk jaar een monitor van de risicoverevening verricht op basis van de werkelijke realisatiecijfers op verzekeraarniveau (de 'kwantitatieve analyse'). Gegeven een wijziging in de doelen die de risicoverevening nastreeft, wordt ook de jaarlijkse monitor aangepast. In 2018 is gestart met de kwantitatieve analyse 'nieuwe stijl'.

### *Monitor 2012*

Het afgelopen onderzoeksjaar is de monitor 2012 uitgevoerd. Er is gekeken naar de werking van de risicoverevening en naar de representativiteit van de informatie die in 2011 gebruikt is om de normbedragen voor 2012 vast te stellen<sup>1</sup>. De analyses zijn gedaan op macro-niveau en verzekeraarsniveau. Daarnaast is dit jaar voor het eerst ook gekeken naar verschillende subgroepen en de representativiteit op individueel niveau.

Op macroniveau blijkt de vereveningsbijdrage hoger uit te komen dan de werkelijke kosten. Hierdoor was er een positief vereveningsresultaat van € 1,3 miljard.<sup>2</sup> Op verzekeraarsniveau heeft de verevening gezorgd voor een aanzienlijke reductie van de spreiding van de vereveningsresultaten. Hiermee draagt het risicovereveningssysteem bij aan een gelijk speelveld. Bij de onderzochte subgroepen met de hoogste kosten zijn (soms aanzienlijke) ondercompensaties gevonden. Hier staan overcompensaties tegenover bij de (meeste) subgroepen met lagere kosten. Op verzekeraarsniveau is een sterke samenhang gevonden tussen de gegevens die gebruikt zijn voor de vaststelling van de normbedragen en de werkelijke realisaties. Representativiteit op individuniveau is getoetst door de normbedragen opnieuw te berekenen op basis van de werkelijke kosten en aantallen. De herberekende normbedragen wijken over het algemeen niet substantieel af van de normbedragen die in 2011 zijn vastgesteld. Dit betekent dat de informatie op individuniveau voldoende representatief was.

### *Monitor 2013*

De monitor over het jaar 2013 zal naar verwachting in augustus van dit jaar afgerond worden. Over de resultaten hiervan zal ik de kamer in de brief van september informeren.

<sup>1</sup> De risicoverevening is een ex ante systeem; in het jaar voorafgaand aan het vereveningsjaar (hier: 2012) worden de normbedragen vastgesteld op basis van de dan beschikbare gegevens.

<sup>2</sup> Op dit niveau waren al eerder voorlopige resultaten bekend. De kamer is hierover al eerder geïnformeerd. Zie: Kamerstukken 29689, nr. 663 en 690, vergaderjaar 2015-2016. Vanwege afrondingen en omdat de eerdere cijfers voorlopig waren kunnen de hier genoemde resultaten licht afwijken van de cijfers in de eerdere stukken.