

# WOR 1218 Onderzoeksprogramma Risicoverevening 2024/2025

## 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 Zorgverzekeringswet (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.

---

<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.

## Leeswijzer

Hieronder volgt het onderzoeksprogramma. De onderzoeken zijn opgedeeld in drie categorieën:

- A. Onderzoeken die worden uitgevoerd in 2024-2025
- B. Onderzoeken die worden uitgevoerd in 2025-2026 (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

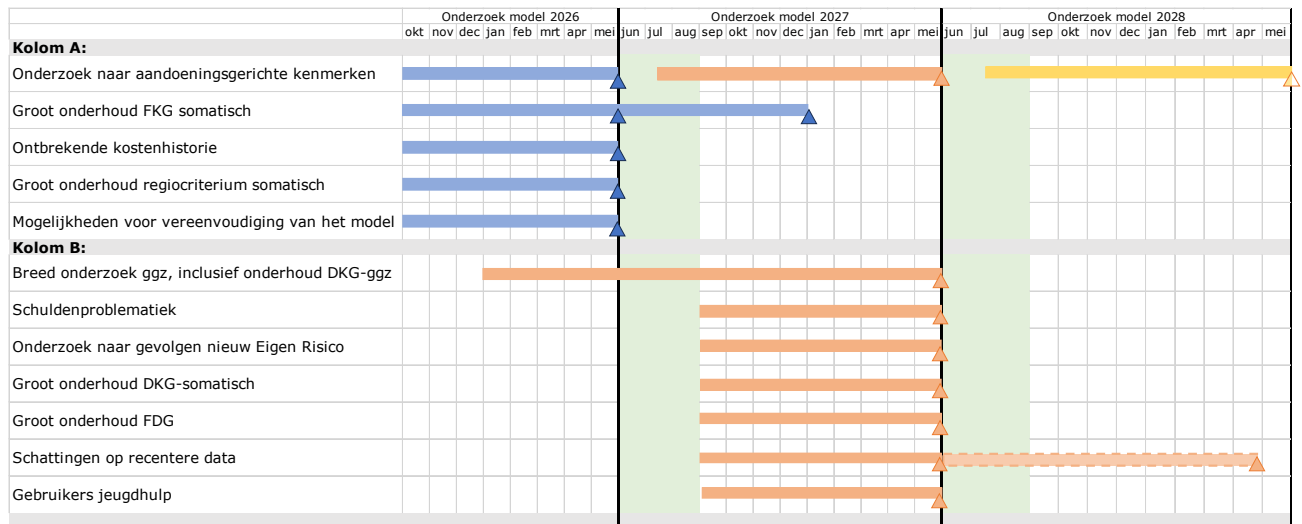
Achter elk onderzoek is aangegeven op welke gronden het onderzoek op het onderzoeksprogramma is opgenomen. De cijfers tussen haakjes verwijzen naar de opsomming in de inleiding. De volgorde van de genoemde onderzoeken is willekeurig.

<b>Aantal</b>	<b>A: 2024/2025<sup>2</sup></b>	<b>B: 2025/2026 (voorlopig)</b>	<b>C: Langere termijn</b>
1	Vervolgonderzoek naar aandoeningsgerichte kenmerken in de risicovereeniging (deel II) (5,6)	Breed onderzoek ggz, inclusief onderhoud DKG-ggz (1,3,5)	Onderhoud MHK-ggz (1)
2	Groot onderhoud FKG somatisch + ggz (1) (incl. FKG drempelwaarden (5))	Vervolgonderzoek naar aandoeningsgerichte kenmerken in de risicovereeniging (deel III) (5,6)	Vervolgonderzoek naar aandoeningsgerichte kenmerken in de risicovereeniging, gebruik nieuwe databronnen. (deel IV) (2,5,6)
3	Ontbrekende kostenhistorie (5)	Onderzoek naar gevolgen van de nieuwe vormgeving eigen risico op risicovereenigingsmodel (3)	Hoogte HKC-drempels (1,5)
4	Mogelijkheden vereenvoudiging van het risicovereenigingsmodel	Groot onderhoud DKG-somatisch (1)	Constrained Regression (1)
5	Tijdelijke oplossing Hulpmiddelen (1,3)	Groot onderhoud FDG (1)	Onderzoek naar hulpmiddelen in de risicovereeniging (1,3) <sup>3</sup>
6		Schuldenproblematiek (2)	Machine Learning (2)
7		Schattingen op recentere data (3)	Buitenlandzorg en de risicovereeniging (5)
8		Gebruikers jeugdhulp (2)	Onderzoek naar impact van modelwijzigingen op doelmatigheid en relevante toetsingsmaatstaven
		Groot onderhoud regiocriterium somatisch (1)	

<sup>2</sup> In 2024/2025 zal ook buiten WOR-verband een aantal zaken plaatsvinden. Zo wordt er weer een monitor risicovereeniging uitgevoerd. Daarnaast wordt op basis van de evaluatie van de catastroferegeling gekeken naar mogelijke verbeteringen daarvan en wordt er onderzoek naar de impact van het afschaffen van het 3-jaarscriterium in de Wlz op de risicovereeniging gedaan.

<sup>3</sup> Zorgverzekeraars bevestigen dat zij in de leidende positie zijn om tot een structurele oplossing te komen. De WOR verwacht dan ook dat zij zich het komende jaar zullen blijven inspannen om de registratie zo op orde te krijgen, opdat hulpmiddelengebruik weer benut kan worden voor de risicovereeniging.

Sommige onderzoeken zijn meerjarig. Als dat het geval is, dan wordt dat in de beschrijving van het onderzoek aangegeven. Daarnaast wordt de doorlooptijd van de de onderzoeken uit kolom A en kolom B in onderstaand schema weergegeven, om de meerjarigheid duidelijker te maken. N.B. Het schema geeft een grove indicatie van de start- en looptijd van onderzoeken. De daadwerkelijke maanden waarin het onderzoek loopt kan dus afwijken van dit schema. Per onderzoek zal bepaald worden wat hierin wenselijk is.



### Categorie A: onderzoeken per 2024/2025

#### 1. Vervolgonderzoek naar aandoeningsgerichte kenmerken in de risicoverevening onder andere met het oog op passende zorg (deel II)

Binnen het huidige risicovereveningsmodel zijn de morbiditeitskenmerken veelal gebaseerd op declaratiedata. Hierdoor wordt er dus indirect gecompenseerd voor de gemaakte kosten binnen een aandoening. Door kenmerken meer aandoeningsgericht te maken (of op basis van diagnose), verbeteren de prikkels tot het leveren van passende zorg voor verzekeraars. Verzekeraars worden dan namelijk gecompenseerd op basis van een aandoening van een verzekerde en niet zo zeer op basis van het gebruik van een bepaald medicijn of therapie. Dit vervolgonderzoek gaat verder met de aanbevelingen uit het verkennende onderzoek uit onderzoeksjaar 2023-2024 (WOR 1213). Zo moet verder worden onderzocht in hoeverre aandoeningen anders opgenomen kunnen worden in het model. De aandoeningen moeten ook inhoudelijk verder uitgewerkt worden, waar bijvoorbeeld aandacht is voor ziekteverloop. Hierbij is het belangrijk om nadrukkelijk te kijken naar meerjarigheid en sectoroverstijgend zorggebruik. Ook dient aandacht te zijn voor de interacties tussen aandoeningen, samenhang met andere kenmerken en relevante restricties. Dit onderzoek heeft een verdiepend karakter en zal dus niet (per se) resulteren in een concrete modelaanpassing voor het model van 2026. Dit onderzoek vormt de tweede stap binnen een meerjarig traject. Onder categorie B is daarom nog vervolgonderzoek voorzien. Daarnaast spant VWS zich, los van deze onderzoeksagenda, in om een verkenning te doen naar het ontsluiten van nieuwe databronnen. De verwachting is dat het niet op korte termijn lukt om data van voldoende kwaliteit beschikbaar te krijgen voor de risicoverevening. Op het moment dat dit wel het geval is, zal er een WOR onderzoek naar worden gedaan, zie daarvoor deel IV van dit onderzoek in categorie C.

#### 2. Groot onderhoud FKG somatisch + ggz

Het laatste groot onderhoud FKG vond plaats in 2020/2021 en zou dus in 2023/2024 weer aan de beurt zijn geweest. Er is vorig jaar besloten het groot onderhoud FKG een jaar op te schuiven naar onderzoeksjaar 2024/2025, omdat andere onderzoeken voorrang hadden. In dit onderhoud kan gekeken worden of er de afgelopen jaren relevante pakketwijzigingen zijn geweest. Daarnaast kunnen aanbevelingen uit het 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. Verder bleek uit het groot onderhoud MHK dat personen die zowel MHK-0 als een morbiditeitskenmerk hebben, worden overgecompenseerd. Dit betreft voor een aanzienlijk deel personen met FKG schilindicatoren. Er kan gekeken worden of de heterogeniteit van MHK0 verminderd kan worden door de indeling bij de schilindicatoren te wijzigen. Mogelijk kan daarmee de overcompensatie van deze groep verminderd worden. Daarnaast is er behoefte om de mogelijkheid voor hybride FKG's te onderzoeken, waarbij een FKG zowel extramurale als intramurale middelen bevat. Vanwege de omvang van dit onderzoek zal de looptijd langer zijn dan één 'reguliere' onderzoeksperiode. In de onderzoeksbeschrijving zal een duidelijke prioritering worden gemaakt waarbij de belangrijkste onderwerpen van het onderzoek worden afgerond voor model 2026. Voor het onderzoek naar de overige onderwerpen geldt dat het onderzoek langer door kan lopen, zodat eventuele modelverbeteringen in model 2027 landen.

### *3. Ontbrekende kostenhistorie*

Verzekerden die instromen in de Zvw worden momenteel niet ingedeeld in morbiditeitskenmerken en MHK door het ontbreken van gegevens om hen in te delen. Uit het groot onderhoud AVI/SES/PPA (WOR 1194) blijkt dat de groep zonder kostenhistorie uit iets minder dan 100.000 verzekerdenjaren bestaat met een gemiddelde ondercompensatie van -541 euro. Het gaat om een heterogene groep, bestaande bijvoorbeeld uit immigranten, ex-militairen, ex-gedetineerden, ex-verdragsverzekerden, Oekraïense ontheemden of niet-ingezetenen. Het negatieve resultaat vermindert naar verwachting na het jaar van instroom, doordat er een kostenhistorie ontstaat. In dit onderzoek kan worden gekeken naar hoe deze groep het beste kan worden meegenomen in de risicoverevening.

### *4. Mogelijkheden vereenvoudiging van het risicovereveningsmodel*

De afgelopen jaren is veel onderzoek gericht op uitbreiding van het model voor bepaalde subgroepen. Hierdoor is de complexiteit van het model toegekomen. In dit onderzoek wordt gekeken of vereenvoudiging van het model mogelijk is zonder dat er (te veel) inbreuk wordt gepleegd op de voorspelkracht of prikkels tot risicoselectie. Qua vereenvoudiging kan gedacht worden aan het versimpelen, gelijktrekken of verwijderen van kenmerken, klassen, voorwaarden of restricties in het model. De wijziging in peildatum in het AVI/SES/PPA-onderzoek is een goed voorbeeld van een concrete versimpeling. Daarbij wordt gekeken naar een concrete lijst met casussen die, in overleg met het ZIN en de OT-onderzoekers, in de onderzoeksbeschrijving worden uitgewerkt.

### *5. Tijdelijke oplossing Hulpmiddelen*

Voor model 2025 is besloten om de Hulpmiddel Kosten Groepen (HKG) in zijn geheel uit het model te laten. De reden was dat er registratie-issues spelen. Om het effect van het weglaten van de HKG te ondervangen wordt onderzoek gedaan naar een tijdelijke oplossing om hulpmiddelen toch mee te nemen. Er wordt gedacht aan een onderzoek naar een kostenkenmerk. Waar mogelijk worden hier ook componenten onderzocht die kunnen bijdragen aan een structurele oplossing. Tegelijkertijd wordt

## **Categorie B: onderzoeken per 2025-2026**

### *1. Breed onderzoek ggz, inclusief onderhoud DKG-ggz*

Een omvangrijk en breed onderzoek naar de ggz is wenselijk, omdat de verevenende werking van het ggz-model ligt een stuk lager dan bij het somatisch model en er met de invoering van het ZPM in 2022 een grote wijziging in de bekostigingsstructuur is gekomen. Door de bekostigingswijziging zullen onder andere de diagnoses die van belang zijn voor de huidige vormgeving van het DKG-ggz-kenmerk, op den duur niet meer als zodanig op de factuur staan. Wel is er sinds 2022 een

zorgvraagtypering op de factuur gekomen. Het DKG-ggz-kenmerk moet dus worden hervormd. In dit onderzoek kan fundamenteel gekeken hoe het ggz-model verbeterd kan worden en aangepast kan worden aan de nieuwe bekostigingsstructuur. Hoe dit onderzoek er exact uit zal zien moet nog verder worden uitgewerkt. 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. Ook kan er in dit onderzoek 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. Verder is er sinds 2019 informatie beschikbaar over het beveiligingsniveau van de intramurale zorg, die mogelijk relevant kan zijn voor de risicoverevening. Op een later moment kan nog worden nagedacht of alle onderwerpen in één opdracht terechtkomen, of dat bepaalde vragen in een los onderzoek uitgezocht worden. Gezien de omvang en complexiteit van het onderwerp en aangezien de onderzoeksvragen op dit moment nog niet geheel zijn uitgekristalliseerd, is het aannemelijk dat dit onderzoek een langere looptijd kent dan één 'reguliere' onderzoeksperiode. Waar mogelijk kan er al eerder worden begonnen dan 2025/2026. Ook is het verstandig om te toetsen op stabiliteit, wat pas kan als er ten minste drie datajaren met het ZPM beschikbaar zijn (kenmerken t-2/kosten t-1 & kenmerken t-1/kosten t)). Dat betekent dat dit onderzoek ook door moet lopen naar onderzoeksjaar 2026/2027.

## *2. Vervolgonderzoek naar aandoeningsgerichte kenmerken in de risicoverevening onder andere met het oog op passende zorg (deel III)*

Dit onderzoek maakt deel uit van een meerjarentraject naar meer aandoeningsgerichte kenmerken. Dit vervolgonderzoek gaat allereerst verder met de aanbevelingen uit voorgaande onderzoeken (deel I en deel II). Op basis van het eerste onderzoek naar aandoeningsgerichte kenmerken (WOR 1213, onderzoeksjaar 2023/2024) denken we dat in dit onderzoek een integraal en zo compleet mogelijk beeld geschetst moet worden van hoe een mogelijke alternatieve vormgeving van de kenmerken in de risicoverevening er kan zien en een afweging gemaakt worden of dat zinvol genoeg is. Hierbij is een mogelijke optie een gecombineerd model. Het is hierbij belangrijk om te onderzoeken wat de effecten van het toevoegen van een aandoeningsgericht kenmerk zijn op de (praktische) processen rondom de uitvoering van de risicoverevening. De resultaten van het onderzoek uit categorie A zullen extra input geven voor de vormgeving van dit onderzoek. Het betrekken van nieuwe databronnen is vooralsnog geen onderdeel van dit onderzoek, maar is voor nu te vinden in categorie C.

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

In het hoofdlijnenakkoord "HOOP, LEF EN TROTS" is afgesproken dat het eigen risico wordt gewijzigd. Per 2027 wordt het verplicht eigen risico verlaagd naar € 165. Daarnaast wordt de vormgeving van het eigen risico aangepast in de medisch-specialistische zorg naar een maximum van € 50 per declarabele prestatie (diagnosebehandelcombinatie of overig zorgproduct). Deze wijziging heeft gevolgen voor de opbrengsten van het verplicht eigen risico die zorgverzekeraars van hun verzekerden ontvangen. De effecten zijn waarschijnlijk niet evenredig over de zorgverzekeraars verdeeld. Bij de schatting van het eigenrisicomodel voor 2027 (en de jaren daarna) zal daarom rekening moeten worden gehouden met deze aangepaste vormgeving van het eigen risico. N.B. In het hoofdlijnenakkoord is ook afgesproken dat het verplicht eigen risico in 2026 wordt bevroren op een bedrag van € 385. Voor deze wijziging is echter geen apart risicovereveningsonderzoek nodig.

## *4. Groot onderhoud somatische Diagnose Kosten Groepen (DKG)*

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-19 op met name de ziekenhuiszorg. In onderzoeksjaar 2022/2023 is de clustering van de DKG's geüpdatet. 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. Mogelijk kan er ook gekeken worden

naar zingtuigelijk gehandicapten, al is dit wel een andere bekostigingsstroom dan de medisch-specialistische zorg (msz).

#### *5. Groot onderhoud FDG*

Het laatste groot onderhoud FDG vond plaats in 2020/2021 en het zou dus in 2023/2024 weer aan de beurt geweest zijn. In het groot onderhoud FDG kunnen aanbevelingen uit voorgaand groot onderhoud worden meegenomen. Ook in het 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. Er zijn nog geen signalen dat dit is gebeurd. Daarnaast zijn er ook geen grote pakketwijzigingen geweest. Daarom is dit onderzoek verplaatst naar onderzoeksjaar 2024/2025.

#### *6. Schuldenproblematiek*

Uit het onderhoud van AVI, SES en PPA is uit data van de Belastingdienst gebleken dat verzekerden met schulden verlieslatend zijn. De data van de Belastingdienst lijken zich te lenen om een kenmerk op te baseren om verzekerden met schulden goed te kunnen verevenen. In een onderzoek kan worden gekeken hoe dit kenmerk er precies uit zou moeten zien. Een belangrijke randvoorwaarde hierbij is dat er geen onwenselijke doelmatigheidseffecten ontstaan ten opzichte van de inzet van verzekeraars op de brede schuldhulpverlening.

#### *7. Schatting op recente data*

De schatting van de ex ante risicovereveningsmodellen is gebaseerd op drie jaar oude gegevens. Een van de belangrijkste redenen hiervoor is dat ggz-dbc's in het verleden een jaar lang konden doorlopen en dus relatief laat gedeclareerd konden worden. Met de invoering van het ZPM in 2022 zijn deze langlopende dbc's opgehouden te bestaan. Dit onderzoek brengt de (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.

#### *8. 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. Een belangrijk nadeel is dat het nog niet duidelijk is of en hoe data uit het CBS ook daadwerkelijk voor de risicoverevening gebruikt kunnen worden, dit vergt uitzoekwerk voordat dit onderzoek kan starten.

#### *9. Groot onderhoud regiocriterium somatisch*

Omdat het model voor het regiocriterium met ingang van 2017/2018 vereenvoudigd is, kan de indeling in het regiocriterium elk jaar worden geactualiseerd zonder een groot onderhoud. Samen met de druk op het onderzoeksprogramma van afgelopen jaren zorgt dit ervoor dat het groot onderhoud regio somatisch de afgelopen jaren is uitgesteld. In het onderzoek wordt gekeken naar hoe rekening kan worden gehouden met het feit dat het CBS geleidelijk zal stoppen met het onderscheid westerse en niet-westerse migranten (zij blijven wel het land van herkomst registreren). Het onderscheid westers en niet-westerse migranten vormt op dit moment een onderdeel van het huidige somatische regiocriterium. 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 regiokenmerk.

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

#### *1. 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 MHK-0 ook MHK-1 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 MHK-0 en MHK-1. Daarbij wordt ook de rest van het kenmerk tegen het licht gehouden. De invoering van het ZPM heeft invloed gehad op de hoogte van de kosten (in de vorm van de schadelastdip in 2021 vanwege het afkappen van dbc's), en ook op het patroon van de kosten. Omdat een MHK gebaseerd wordt op meerdere jaren, kan dit onderzoek pas op zijn vroegst in 2026/2027 worden gestart. Vanuit het oogpunt van de data is het zelfs beter om nog langer te wachten.

## *2. Onderzoek naar aandoeningsgerichte kenmerken in de risicoverevening onder andere met het oog op passende zorg, gebruik nieuwe databronnen (deel IV)*

Het gebruik van nieuwe databronnen kan de risicoverevening verbeteren. Het heeft potentie om de verevenende werking te verhogen en biedt ook kansen voor een meer aandoeningsgerichte verevening, waarbij de prikkels tot passende zorg verder geborgd in het vereveningsmodel worden. Vooral informatie van Dutch Hospital Data (DHD) wordt gezien als een relevante en kansrijke bron. Voordat er onderzoek gedaan kan worden naar de impact en eventuele toepassing in de risicoverevening, zijn er nog stappen te nemen. VWS moet eerst een verkenning uitvoeren wat de mogelijkheden zijn om deze data volledig en betrouwbaar te ontsluiten voor de risicoverevening. De verwachting is dat de verkenning naar deze data meerdere jaren kan duren. Daarom staat dit onderzoek op dit moment in categorie C.

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

Sinds 2020 wordt er een hoge kosten compensatie (HKC) toegepast binnen de ggz. Met ingang van 2024 is 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.

## *4. Constrained Regression*

In onderzoeksjaar 2023-2024 is het meest recente onderzoek naar constrained regression uitgevoerd. In dit onderzoek zijn verschillende definities onderzocht om een constraint op te baseren. Op dit moment zijn er geen aanknopingspunten om een nog betere definitie te vinden. Wel kan het in de toekomst interessant zijn om te kijken naar de ZIN aandoeningen lijst als deze verder wordt doorontwikkeld, of naar huisartsendata, op het moment dat de effecten van covid hier uit zijn verdwenen.

## *5. Onderzoek naar hulpmiddelen in de risicoverevening*

Voor model 2025 is besloten om de Hulpmiddel Kosten Groepen (HKG) in zijn geheel uit het model te laten. De reden was dat er registratie-issues spelen. In de loop van 2024 worden er steekproeven uitgevoerd om meer zekerheid en inzicht te krijgen in de gevolgen van de registratie issues. Daarnaast wordt er gezocht naar een structurele oplossing. Voordat een structurele oplossing is gevonden en er voldoende data is om een hulpmiddel kenmerk op vorm te geven, zijn we naar verwachting flink wat jaren verder. Er moet dan opnieuw onderzoek gedaan worden hoe de hulpmiddelen in de risicoverevening moeten landen. Mogelijkerwijs blijkt uit de steekproeven dat sommige hulpmiddelklassen geschikt zijn om op de "oude" manier te gebruiken in de verevening. Dan kan er wellicht al eerder een kleiner onderzoek hiernaar worden uitgevoerd. Het is nog niet bekend wanneer de steekproeven gereed zijn en wat daarvan de uitslag is. Ook moet de grootste prioriteit bij de structurele oplossing blijven liggen. In onderzoeksjaar 2024-2025 (zie kolom A) wordt een onderzoek gedaan naar een tijdelijke oplossing voor het wegvallen van de HKG's

## *6. 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 verklaaringskracht 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 verklaaringskracht kan komen. Hierbij dient aandacht te zijn in hoeverre de nieuwe/aangepaste variabelen de prikkel tot doelmatigheid beïnvloeden.

#### *7. 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.

#### *8. 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 ten aanzien van doelmatigheid. 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. Het is daarvoor wel van belang om eerst een duidelijke hypothese te hebben, alvorens over te gaan tot het toetsen daarvan. Aangezien deze concrete hypothese op dit moment ontbreekt, staat dit onderzoek onder C. 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.