



## **WOR-advies en verslag van werkzaamheden**

**WOR 536**

Van	Wergroep Onderzoek Risicoverevening (WOR)
Betreft	Advies aan de minister van VWS over de vormgeving van de risicoverevening 2011
Datum	22 september 2010

---

### **1 Inleiding**

Voor u ligt het verslag van werkzaamheden en het advies van de werkgroep onderzoek risicoverevening (WOR) over de vormgeving van de ex ante risicoverevening 2011. De WOR is een technische werkgroep, met als belangrijkste taken het adviseren van de minister van VWS over de opzet van een jaarlijks onderzoeksprogramma naar de risicoverevening, het inhoudelijk begeleiden van de onderzoeken in dit onderzoeksprogramma en vervolgens de minister van VWS adviseren over de technische verbetermogelijkheden van het ex ante risicovereveningsmodel op basis van het uitgevoerde onderzoeksprogramma. Het definitieve WOR-advies zal worden voorgelegd aan de minister van VWS.

In de eerste helft van 2010 is een aantal onderzoeken afgerond, die van belang zijn voor de vormgeving van het ex ante risicovereveningsmodel 2011 en later. Ten behoeve van het risicovereveningsmodel 2011 zijn - jaarlijks terugkerende - onderzoeken naar de splitsing van de kosten van ziekenhuisverpleging, het Herijkingsonderzoek 2010 en de Overall Toets 2011 uitgevoerd. Daarnaast is onderzoek gedaan naar schadelastverschuivingen als gevolg van de invoering van DOT, inzicht in de onzekerheidsmarges bij balansposten, de registratie van hulpmiddelen, hoge-risicoverevening en meerjarig hoge en lage kosten als vereveningscriterium. Dit onderzoeksjaar zijn voor het vereveningsmodel geneeskundige GGZ voor het eerst Zvw-declaratiegegevens beschikbaar. Deze declaratiegegevens GGZ zijn bewerkt, om ze zoveel mogelijk representatief te maken voor 2011.

Op basis van de resultaten van deze onderzoeken komt de WOR tot het voorliggende advies. In dit advies zijn ook aanbevelingen voor vervolgonderzoek opgenomen. Samenvattend kan gesteld worden dat deze onderzoeken geen aanleiding hebben gegeven om het ex ante risicovereveningssysteem 2011 te wijzigen ten opzichte van 2010.

## 2 Managementsamenvatting

### *Ex ante risicovereveningssysteem 2011*

In het onderzoeksprogramma 2009-2010 is toegewerkt naar de vaststelling van het ex ante risicovereveningssysteem 2011 en de bijbehorende normbedragen voor de somatische zorg en geneeskundige GGZ. In het onderzoeksprogramma zijn geen onderzoeken uitgevoerd die gericht zijn op de toevoeging van nieuwe criteria aan het vereveningsmodel 2011. Daarom adviseert de WOR dit jaar geen aanpassingen van het ex ante vereveningsmodel 2011 ten opzichte van het ex ante vereveningsmodel 2010.

Onderstaand zijn in grote lijnen de belangrijkste conclusies van de diverse onderzoeken, die uitgevoerd zijn in het kader van het onderzoeksprogramma 2009-2010, weergegeven. Tevens is, indien van toepassing, per onderzoek benoemd welke vervolgvactiteiten de WOR adviseert.

### *Herijking en Overall Toets somatische zorg*

Het Herijkingsonderzoek somatische zorg 2010 heeft dit jaar voornamelijk de functie van een toets op de nieuwe kostengegevens en verzekerdkenmerken 2008. De toetsing van de stabiliteit van het model, in het bijzonder de normbedragen en de verevenende werking, is bemoeilijkt door onzekerheid in de hoogte van de balansposten in de ziekenhuiszorg. Vooral op verzekeraarsniveau zijn vertekeningen in de resultaten te zien, waardoor uit de vergelijking van het model 2010 op basis van 2007- en 2008-data minder duidelijke conclusies getrokken kunnen worden over de verevenende werking van het model 2010 op de nieuwe 2008-data. Ander gevolg van de onzekerheid in de balansposten is dat er geen tussentijdse update van het regiocriterium somatische zorg heeft plaatsgevonden. Er dient opgemerkt te worden dat – ondanks de problematiek met de balansposten - de conclusies uit het Herijkingsonderzoek voor wat betreft de beoordelingsmaatstaven op individu- en subgroepniveau, en ook de mate van stabiliteit van de normbedragen, in grote lijnen gehandhaafd blijven in de Overall Toets. Uiteindelijk zijn de aandachtspunten uit het Herijkingsonderzoek bij de kostengegevens van ziekenhuiszorg in de Overall Toets somatische zorg 2011 verholpen door verbeterde aanleveringen van verzekeraars.

- **Herijking somatische zorg:** De normbedragen in het model zijn nog steeds zeer stabiel, ondanks veranderingen in de normbedragen van een aantal FKG's en de DKG13 voor dialyse. In 2008 zijn de tarieven van dialyse-DBC's gehalveerd wat de directe oorzaak is voor een afname van de R-kwadraat op individuniveau met circa 5 procentpunt. Positief punt is dat dit jaar het onderzoeksbestand met 0,6 miljoen verzekerdjaren is uitgebreid tot 15,2 miljoen verzekerdjaren. Het Herijkingsonderzoek bracht onzekerheden in de hoogte van de balansposten aan het licht.
- **Overall Toets somatische zorg:** In de Overall Toets kan gebruikgemaakt worden van kostengegevens ziekenhuiszorg van betere kwaliteit ten opzichte van het Herijkingsonderzoek. Uit het onderzoek blijkt netto (na HKV en nacalculatie) een iets betere aansluiting tussen feitelijke kosten en normatieve vergoeding op verzekeraarsniveau, wanneer het model 2011 (op 2008-data) vergeleken wordt met het model 2010 (op 2007-data). Op individu- en subgroepniveau is de verevenende werking iets verminderd. Er zijn relatief veel wijzigingen in de regio-indeling als gevolg van de afgenomen invloed van de stedelijkheid. Qua kosten zijn de grote steden meer gaan lijken op de overige steden.

### *Herijking en Overall Toets geneeskundige GGZ*

Onderzoek naar het risicovereveningsmodel geneeskundige GGZ kan dit jaar voor het eerst uitgevoerd worden op DBC-declaratiegegevens van de verzekeraars, in plaats van de productiegegevens van zorgaanbieders in de GGZ. Nadat in het Herijkingsonderzoek een aantal aandachtspunten is benoemd, is het grootste deel hiervan voor de Overall Toets verholpen. Er kan in de Overall Toets worden beschikt over een nagenoeg uitgedeclareerde set gegevens 2008 van het CVZ (circa 9,5 kwartalen). Verder is bij de bepaling van het regiocriterium dit jaar ook regionaal GGZ-aanbod meegenomen.

- **Herijking geneeskundige GGZ:** Er kan worden beschikt over een uniforme bron GGZ-kostengegevens op basis van DBC's. Er komt echter een aantal aandachtspunten naar voren. De schades zijn nog schever verdeeld dan voorgaande jaren, omdat de kosten nog onvolledig zijn, wat soms hoge ophogingen voor balansposten oplevert. Ook kon in het Herijkingsonderzoek nog niet gecorrigeerd worden voor opbrengstverrekeningen en overloop-DBC's. Om deze redenen zijn de modeluitkomsten (o.a. de verevenende werking) van het Herijkingsonderzoek GGZ moeilijk te interpreteren.
- **Overall Toets geneeskundige GGZ:** Onder andere door de overgang van productiegegevens naar DBC's is de voorspelkracht van het model 2011 lager dan van het model 2010. Vóór HKV is de verevenende werking lager dan vorig jaar. De verevenende werking op basis van de netto resultaten (ná HKV) van het model 2011 op subgroep- en verzekeraarsniveau is iets verbeterd ten opzichte van het model 2010. De WOR adviseert voor het risicovereveningsmodel GGZ onderzoek te doen ten behoeve van de verdere ontwikkeling van het model. Hierbij zouden de resultaten van het literatuuronderzoek gebruikt kunnen worden.

### *Toekomstige nieuwe criteria in het ex ante risicovereveningsmodel*

In het kader van het onderzoeksprogramma 2009-2010 is een aantal onderzoeken uitgevoerd dat is gericht op de verbetering van het ex ante risicovereveningsmodel. Het gaat om de onderzoeken monitoring registratie hulpmiddelen, hoge-risicoverevening of meerjarig hoge of lage kosten als vereveningscriterium

Deze onderzoeken hebben een verkennend karakter en zullen een vervolg moeten krijgen in het onderzoeksprogramma 2010-2011, zodat het daadwerkelijk mogelijk wordt om het risicovereveningsmodel per 2012 uit te breiden met nieuwe vereveningscriteria op basis van meerjarige hoge kosten en/of hulpmiddelengebruik.

- **Monitoring hulpmiddelen:** De dekking van hulpmiddelen in 2006 en 2007 is verbeterd ten opzichte van een eerder onderzoek op gegevens 2004. Er zijn nog steeds indicaties dat de registratie niet voldoende uniform is om alle 14 HKG's te operationaliseren. Van een deel van de hulpmiddelen is de registratie mogelijk wel voldoende om een subset van de 14 HKG's te operationaliseren. De WOR adviseert om vervolgonderzoek te laten uitvoeren op declaratiegegevens uit 2008 en 2009.
- **Meerjarig lage kosten (MLK):** Een uitbreiding van het vereveningsmodel met MLK levert een zeer beperkte verbetering van verevenende werking. MLK heeft daarnaast een groot aantal principiële bezwaren. De WOR is van mening dat een vereveningscriterium op basis van meerjarig lage kosten niet in aanmerking komt als toekomstige uitbreiding op het vereveningsmodel en adviseert daarom om MLK niet verder te onderzoeken.
- **Hoge-risicoverevening en meerjarig hoge kosten (HRV/MHK):** Er is een zevental varianten doorgerekend en alle leveren een significante verbetering van de verevenende werking van het vereveningsmodel. Elk van de varianten is in staat om circa 1,5 miljard aan voorspelbare tekorten weg te nemen. Over het algemeen presteert HRV iets beter dan MHK. In de WOR zijn nog geen keuzes gemaakt voor een definitieve vormgeving van HRV

of MHK. De WOR adviseert om voor het vervolgonderzoek het aantal varianten te verminderen op basis van een specifiek beoordelingskader, waarin niet alleen wordt gekeken naar de verevenende werking, maar ook naar andere aspecten.

#### *Representativiteit van onderzoeksgegevens*

Op het aspect van de representativiteit van onderzoeksgegevens heeft een onderzoek plaatsgevonden om in de vaststelling van het risicovereveningsmodel 2011 rekening te kunnen houden met de invoering van DOT. Het onderzoek heeft goede eerste informatie opgeleverd. Declareren in DOT-zorgproducten wordt echter niet per 2011 ingevoerd. Dit biedt een mogelijkheid om in een vervolgonderzoek de geconstateerde gesimuleerde veranderingen als gevolg van DOT verder te onderzoeken.

Om in de toekomst de onzekerheid over de hoogte van balansposten van ziekenhuiszorg te verminderen heeft onderzoek plaatsgevonden naar onzekerheidsmarges op basis van geschatte en gerealiseerde balansposten.

- **Schadelastverschuiving DOT:** Op basis van een landelijke conversietabel van DBC's naar DOT-zorgproducten zijn bij de vereveningscriteria leeftijd, FKG's en DKG's schadelastverschuivingen te zien. De WOR neemt advies van de begeleidingscommissie van het onderzoek over om te verkennen of de landelijke conversie meer gedetailleerd naar type instelling en leeftijd gespecificeerd kan worden voor een vervolgonderzoek, om zo veranderingen beter te kunnen duiden.
- **Balansposten:** De balansposten ziekenhuiszorg die in het verleden voor de onderzoeksgegevens 2006 en 2007 voor de risicovereveningsmodellen 2009 en 2010 zijn geraamd, blijken overschattingen te bevatten. Er is een versnelling opgetreden in de declaratiestroom waardoor de gemiddelde balanspost van jaar op jaar is afgenomen. De uitkomsten van het onderzoek hebben houvast gegeven om balansposten 2008 te beoordelen op plausibiliteit en onregelmatigheden te signaleren. Verder bieden de resultaten mogelijk een basis om niet plausibele balansposten in de toekomst (de 2009-data in het onderzoek naar de risicoverevening 2012) in een vroeg stadium te verhelpen.

### **3 Advies risicoverevening 2011**

In 2011 zullen er geen wijzigingen zijn in de vormgeving van de ex ante risicovereveningsmodellen voor de somatische zorg en geneeskundige GGZ.

#### **3.1 Vormgeving ex ante risicovereveningsmodel**

In het onderzoeksprogramma 2009-2010 is toegewerkt naar de vaststelling van het ex ante risicovereveningssysteem 2011 en de bijbehorende normbedragen voor de somatische zorg en geneeskundige GGZ. In het onderzoeksprogramma zijn geen onderzoeken uitgevoerd die gericht zijn op de toevoeging van nieuwe criteria aan het vereveningsmodel 2011. Daarom adviseert de WOR dit jaar geen aanpassingen van het ex ante vereveningsmodel 2011 ten opzichte van het ex ante vereveningsmodel 2010.

#### **3.2 Aanbevelingen onderzoeksrichtingen volgend onderzoeksjaar**

De WOR beveelt aan om in het volgende onderzoeksjaar naast het nog lopende onderzoek (literatuuronderzoek GGZ) en de jaarlijks terugkerende onderzoeken (splitsing, Herijkingsonderzoek en Overall Toets) in ieder geval aandacht te besteden aan:

- Schadelastverschuivingen als gevolg van invoering DOT;
- Hoge-risicoverevening of meerjarige hoge kosten als vereveningscriterium;
- Groot onderhoud van FKG's;
- Monitoring registratie hulpmiddelengebruik;
- Ramingen van de balansposten door verzekeraars bij zeven kwartalen.

Om het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ verder te verbeteren acht de WOR het noodzakelijk om in het volgende onderzoeksjaar in ieder geval aandacht te besteden aan de volgende onderwerpen:

- Na zeven (en ook acht) kwartalen blijken de declaraties geneeskundige GGZ niet volledig, om tot een representatief beeld te komen moet fors opgehoogd worden. Door de relatief lage prevalentie van cliënten met zorg in de geneeskundige GGZ zorgen de ophogingen van de kosten per individu voor balansposten voor nog schever verdeelde schades. Onderzocht moet worden hoe zo snel mogelijk over een stabiel schadebeeld per verzekerde beschikt kan worden.
- Voor de schattingen in het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ wordt gebruik gemaakt van Restricted OLS. Dit voorkomt negatieve normbedragen. Deze schattingstechniek heeft echter als nadeel dat het bereik van de normbedragen wordt beperkt. Onderzocht moet worden of Restricted OLS nog steeds de aangewezen techniek is.
- In het najaar 2010 wordt een literatuuronderzoek uitgevoerd naar kenmerken van GGZ-gebruikers. Dit onderzoek zal mogelijk richting geven aan mogelijke verbeteringen van het vereveningsmodel geneeskundige GGZ.

#### **4 Resultaten onderzoek vereveningsmodel 2011**

Dit hoofdstuk beschrijft de resultaten van de jaarlijks terugkerende onderzoeken. Dit zijn de splitsing en bewerkingen van de kosten ziekenhuiszorg en specialistische hulp, het Herijkingsonderzoek, de Overall Toets en de uiteindelijke bepaling van de normgewichten van het vereveningsmodel 2011 voor zowel somatische zorg als geneeskundige GGZ. Omdat voor de schattingen gebruik gemaakt wordt van kostengegevens uit 2008, wordt in dit hoofdstuk ook de kwaliteit van de onderzoeksgegevens 2008 beschreven.

##### **4.1 Onderzoekgegevens 2008**

Een belangrijk deel van de beschikbare onderzoekscapaciteit en –budget van de WOR wordt gebruikt om de gegevens waarop het vereveningsmodel 2011 wordt geschat, te verzamelen en te bewerken. Het vereveningsmodel 2011 wordt geschat op de meest recente – zoveel mogelijk – uitgedeclareerde kostengegevens van alle zorgverzekeraars op individueel verzekerdeniveau. Het betreft de kostengegevens met bijbehorende verzekerdenkenmerken voor het jaar 2008. De vereveningscriteria DKG's en FKG's zijn gebaseerd op farmacie- respectievelijk DBC-gegevens uit 2007. De dummies voor de hoge- en lage kostendrempels GGZ zijn gebaseerd op kosten uit 2007.

##### **4.2 Splitsing kosten ziekenhuiszorg in drie deelbedragen**

Voorafgaand aan het Herijkingsonderzoek 2010 zijn kostengegevens 2008 van Zvw-verzekerden bij de verzekeraars verzameld door Vektis. De kosten ziekenhuiszorg over zeven declaratiekwartalen zijn in een separaat (splitsings)onderzoek bewerkt.

Bij Vektis zijn twee informatiebronnen beschikbaar met gegevens over kosten ziekenhuiszorg: BASIC en IZiZ. Deze kosten zijn gesplitst in de drie deelbudgetten: vaste kosten, variabele kosten en kosten van B-DBC's. De in eerdere jaren toegepaste splitsingsmethodiek op basis van declaraties uit IZiZ is ook dit jaar weer toegepast op de kosten ziekenhuiszorg 2008. Deze kostengegevens op prijspeil 2008 zijn representatief gemaakt voor de situatie 2010 (ten behoeve van het Herijkingsonderzoek 2010).

In het Herijkingsonderzoek 2010 bestaan de kosten van de B-DBC's uit de kosten van DBC's die in 2008 het B-segment vormden (tranche 2008), alsmede uit de kosten van de B-DBC's van de uitbreiding in 2009. De prijzen van de B-DBC's behorend tot tranche 2009 zijn vervangen door definitieve richtinggevende schoningsprijzen (inclusief generieke opslag voor kapitaallasten), die door de NZa zijn bepaald. De schoningsprijzen van de uitbreiding 2009 zijn gedefleerd tot kostenniveau 2008.

In 2008 was sprake van een (positief) opbrengstresultaat van de budgetten van ziekenhuizen (circa 1 miljard). In het splitsingsonderzoek zijn de kosten op basis van de declaraties uit IZiZ gecorrigeerd voor het definitieve opbrengstresultaat 2008.

Een laatste aanpassing om de kosten representatief te maken, is een (verzekeraarspecifieke) ophoging voor ontbrekende uitloopschade (de zogenaamde balanspost).

Tot slot dient te worden opgemerkt dat uit het splitsingsonderzoek op zeven kwartalen blijkt dat circa 4% van de kosten in IZiZ ontbreekt, terwijl deze kosten wel in BASIC zijn aangeleverd. Deze kosten kunnen aangevuld worden met kosten BASIC door middel van een modelmatige splitsing in het Herijkingsonderzoek.

##### **4.3 Herijkingsonderzoek somatische zorg 2010**

Zoals gebruikelijk wordt in het Herijkingsonderzoek het vereveningsmodel 2010 opnieuw geschat op de recente gegevens uit 2008. De uitkomsten van deze schatting worden

vergeleken met de uitkomsten van de schatting op gegevens 2007.<sup>1</sup> Met deze analyse wordt bezien in hoeverre de uitkomsten, zoals de normbedragen en de aansluiting van de verwachte kosten op de feitelijke kosten op verzekerden-, subgroep- en verzekeraarsniveau, stabiel zijn.

Het Herijkingsonderzoek 2010 is het eerste onderzoek waar wordt gewerkt met gegevens 2008. In dit onderzoek is veel aandacht besteed aan het controleren van de gegevens 2008.

#### **4.3.1 Onderzoeksgegevens 2008**

##### *Dekkingsgraad*

De gegevens van 24 (2007-data) en 27 (2008-data) in 2010 actieve risicodragers zijn bij het Herijkingsonderzoek 2010 betrokken. De gegevens van drie extra risicodragers (verzekeraars) kunnen worden toegevoegd aan het analysebestand 2008.

Het uiteindelijke analysebestand 2008-data bevat ongeveer 15,5 miljoen records, goed voor ongeveer 15,2 miljoen verzekerdenjaren.<sup>2</sup> Dit betekent een dekkingsgraad van 93,9%, wat een duidelijke toename is ten opzichte van de dekkingsgraad van 89,6% in 2007.

##### *Verzekerdengegevens*

Evenals in 2007 stond 96% van de verzekerden het volledige jaar ingeschreven bij dezelfde verzekeraar. Dit geeft aan dat verzekerden gedurende het kalenderjaar beperkt van verzekeraar wisselen.

Het aantal geboorten en sterfgevallen in 2008 is plausibel. Dit blijkt uit een vergelijking met wat op basis van CBS-cijfers verwacht mag worden.

De (gemiddelde) kosten van kinderen geboren in 2008 zijn plausibel. Dit wil zeggen dat variatie over de verzekeraars klein is en de verhouding ten opzichte van de kosten van kinderen geboren in 2007 plausibel is. In vergelijking met 2007 zijn de extremen in gemiddelde kosten voor 0-jarigen bij enkele verzekeraars duidelijk gemitigeerd. Op dit aspect is de kwaliteit van de gegevens verbeterd.

Er wordt geconcludeerd dat de verzekerdengegevens over 2007 en 2008 beter met elkaar vergelijkbaar zijn dan vorig jaar. In beide jaren zijn de verzekerdenkenmerken, waaronder ook de FKG's en DKG's, op overeenkomstige wijze vastgesteld op declaratiegegevens uit de Zvw. Daarnaast is de dekkingsgraad van de gegevens toegenomen.

##### *Kosten*

De gemiddelde kosten van overige prestaties in 2008 zijn met 3,5% gestegen ten opzichte van 2007 (na herweging naar de bevolking). De kosten van ziekenhuiszorg zijn voor wat betreft het variabele deel en de B-DBC's gestegen met 2,6% respectievelijk 7,7%. Ook de vaste kosten stijgen met 7,7%. In totaal zijn de zorgkosten met 4,4% gestegen.

---

<sup>1</sup> Het risicovereveningsmodel 2010 is in het kader van het Herijkingsonderzoek 2010 opnieuw geschat op 2007-data. De 2007-data hebben één bewerking ondergaan voorafgaand aan deze nieuwe schatting van model 2010, te weten:

- De ziekenhuiskosten van één verzekeraar zijn met 2,5% zijn opgehoogd.

Daarnaast wijken in dit Herijkingsonderzoek de gepresenteerde uitkomsten voor de 2007-data in meer of mindere mate af van eerder onderzoek op 2007-data. Het betreft twee wijzigingen:

- de verlaging van de nacalculatie op de variabele kosten van ziekenhuiszorg naar 30%;
- de verbeterde deflatie van de HKV-drempel.

<sup>2</sup> De verzekerden die niet in het analysebestand voorkomen zijn relatief jonger. Hiermee wordt in de analyses rekening gehouden.

Zoals verwacht dalen de gemiddelde feitelijke kosten 2008 door de herweging van het analysebestand op basis van BASIC-gegevens naar de bevolking met iets meer dan 1%. Dit betekent dat de ongeveer 1,0 miljoen ontbrekende verzekerden(jaren) conform de verwachting lagere gemiddelde kosten hebben.

Voor alle onderscheiden deelprestaties zijn de gemiddelde kosten per verzekerdenjaar vergeleken met de kosten zoals die gemeld worden door het CVZ voor 2008. Per deelprestatie zijn de verschillen zeer gering. In de meeste gevallen is het verschil minder dan 1 euro. Het grote verschil bij de kosten ziekenhuiszorg in 2007 is in 2008 niet meer aanwezig. Het verschil in 2007 werd veroorzaakt doordat de CVZ-cijfers door de onderzoekers nog niet waren gecorrigeerd voor de opbrengstverrekeningen.

Op verzekeraarsniveau blijken grote verschuivingen in ziekenhuiskosten op te treden van 2007 op 2008. Veel groter dan de afgelopen jaren gebruikelijk was. Deze verschuiving wordt mogelijk veroorzaakt door onzekerheden bij de inschattingen van de balansposten.

#### *Vereveningscriteria*

Voor het Herijkingsonderzoek 2010 zijn de FKG's gebaseerd op farmaciegegevens 2007. De overall stijging van het aantal FKG's (personen in meerdere FKG's zijn hierbij evenzoveel keer meegeteld) van 2007 op 2008 is 5,9%. Dit is hetzelfde percentage als in het Herijkingsonderzoek van vorig jaar.

De FKG's die het sterkst aan de overall stijging bijdragen zijn FKG's hoog cholesterol, antidepressiva, astma (de 'gewone' vorm) en schildklieraandoeningen. De FKG's reuma met TNF-alfa-remmers en groeihormonen hebben het grootste relatieve stijgingspercentage. Als gevolg van de wijzigingen in de DDD-waarde in de FKG-referentietabel bij enkele geneesmiddelen van de FKG kanker, halveert de prevalentie van deze FKG.

De DKG's in het analysebestand 2008 zijn door het CVZ bepaald op basis van DBC-informatie over 2007, die rechtstreeks is aangeleverd door de individuele verzekeraars. Het aantal mensen dat in 2008 (declaraties 2007) in een DKG>0 kan worden ingedeeld is ten opzichte van 2007 (declaraties 2006) met 4,5% gestegen. In de analysedata 2007 was de stijging ten opzichte van 2006 nog 18%. De grootste relatieve stijgingen doen zich voor bij DKG8 en DKG10 en DKG13 (nierdialyse).

Uit het Herijkingsonderzoek blijkt dat in de UWV-data 2008 de bijstandsgerechtigden van twee gemeenten (niet G4) mogelijk ontbreken. Om dit te verhelpen zijn voor deze gemeenten de gegevens uit 2007 gebruikt.

Het aantal zelfstandigen, zoals gedefinieerd met het vereveningskenmerk voor de aard van het inkomen (AVI), is van 2007 op 2008 met 27% gestegen. De onderzoekers hebben in het Herijkingsonderzoek geen verklaring voor deze stijging kunnen vinden. De WOR acht het ten behoeve van de Overall Toets 2011 essentieel dat er een verklaring voor deze stijging gegeven wordt. In overeenstemming met de verwachting is de omvang van zowel de groep arbeidsongeschikten als die van de bijstandstrekkers licht gedaald.

De verdeling van verzekerden over de vier SES-groepen is voor 2008 praktisch gelijk aan 2007. Dit is logisch omdat voor beide jaren de drie inkomensgroepen zodanig zijn gekozen dat ze 30, 40 respectievelijk 30 procent van alle Nederlanders bevatten. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de groep verzekerden woonachtig op adressen met meer dan 15 bewoners wederom enigszins is afgenomen. Wellicht komt dit doordat steeds meer ouderen steeds langer zelfstandig blijven wonen en kleinschalig wonen de trend is.



#### *Gemiddelde feitelijke kosten*

De gemiddelde feitelijke kosten nemen voor nuljarigen toe. De stijging houdt verband met een verbeterde registratie van vooral de kosten ziekenhuiszorg voor de groep 0-jarigen. Voor verzekerden van 65 jaar en ouder nemen de gemiddelde kosten juist iets af. Ondanks de uitbreiding van de groep zelfstandigen is er slechts een klein verschil tussen de gemiddelde feitelijke kosten in deze groep tussen de twee jaren. Wegens een tariefwijziging van DBC's per 2008 bij nierdialyse treedt een forse kostendaling op bij DKG13 en de FKG nieraandoeningen. De halvering in de prevalentie bij de FKG kanker resulteert in een kostenstijging, die grotendeels neerslaat bij de overige prestaties. In 2007 was er bij de FKG kanker nog sprake van een daling van de gemiddelde feitelijke kosten en een stijging van de prevalentie. Verder vertonen de feitelijke kosten per risicogroep een stabiel patroon.

#### **4.3.2 Uitkomsten normbedragen en verevenende werking**

##### *Normbedragen*

In het Herijkingsonderzoek wordt getoetst op de stabiliteit van de normbedragen. Deze normbedragen zijn gecorrigeerd voor HKV. In het risicovereveningsmodel 2010 is het onderscheid tussen de klasse nuljarigen en de klasse 1-4 jarigen ingevoerd. De normbedragen voor deze twee groepen vertonen een flink verschil, dat in 2008 groter is geworden. De normbedragen van nuljarigen stijgen met ruim 10% en die van de 1-4 jarigen blijven ongeveer gelijk, als gevolg van de verbeterde registratie voor de groep nuljarigen.

De normbedragen voor de meeste FKG's blijken licht te dalen. De daling is relatief groot bij de FKG cholesterol (-17%). Dit komt voort uit de prijsdalingen als gevolg van het preferentiebeleid van verzekeraars. Ook het normbedrag van de FKG nieraandoeningen daalt met 11%. Deze daling hangt samen met de een tariefwijziging voor DBC's voor nierdialyse die per 2008 heeft plaatsgevonden. Ook DKG13 laat een daling in het normbedrag zien (-24%). De daling voor het normbedrag is minder groot dan de daling bij de gemiddelde feitelijke kosten, omdat een groot deel van deze kosten in de HKV terecht komen. Bij de overige DKG's is de verandering in de normbedragen in 2008 ten opzichte van 2007 beperkt.

De normbedragen voor de aard van het inkomen stijgen voor de vier categorieën van zelfstandigen. Deze stijging is waarschijnlijk gerelateerd aan de uitbreiding van de groep zelfstandigen. Het kostenniveau van de toegevoegde groep zelfstandigen is gemiddeld hoger en ligt qua kostenpatroon 'tussen' de originele groep zelfstandigen en de referentiegroep. Het onderscheidend vermogen van het SES-criterium neemt toe. Het onderscheidend vermogen van het regiocriterium neemt daarentegen af. Het verschil in normbedrag tussen het hoogste en het laagste regiocluster neemt af van 149 euro in 2007 naar 132 euro in 2008.

Er kan worden gesteld dat met uitzondering van DKG13 de normbedragen een redelijk stabiel patroon vertonen. Dit blijkt tevens uit de GGAV (gewogen gemiddelde absolute verandering in normbedragen) van 2007 op 2008. Rekeninghoudend met HKV, komt de GGAV uit op 11,0 euro.

De correlatie tussen normkosten op basis van normbedragen geschat op 2007-data en normkosten op basis van normbedragen geschat op 2008-data is een maat voor de stabiliteit normbedragen en wordt berekend tussen twee sets van normatieve kosten op verzekerdeniveau. De correlatie bedraagt 0,997 voor overige prestaties; 0,988 voor variabele kosten ziekenhuiszorg en 0,997 voor kosten van B-DBC's. Deze resultaten bevestigen de stabiliteit van de normbedragen.

#### *Verevenende werking individuniveau*

Op individuniveau neemt de R-kwadraat af van 25,44% op 2007-data naar 19,46% op 2008-data. De onderzoekers hebben aangetoond dat deze afname wordt veroorzaakt door de halvering van ziekenhuiskosten bij DKG13<sup>3</sup>. Voor beide jaren is de voorspelkracht het grootst voor de kosten van overige prestaties en het kleinst voor de kosten van B-DBC's. De lage R<sup>2</sup>-waarden voor de kosten van B-DBC's worden veroorzaakt doordat een groot deel van deze kosten een incidenteel karakter heeft en daarmee moeilijk voorspelbaar is. De gewogen, gemiddelde absolute afwijking (GGAA) op individuniveau neemt van 2007 op 2008 iets toe. Dit hangt samen met een toename in de gemiddelde risicodragende<sup>4</sup> kosten.

#### *Verevenende werking subgroepniveau*

Op subgroepniveau stijgt de GGAA exclusief HKV en nacalculatie van 257 euro op 2007-data naar 265 euro op 2008-data; de GGAA inclusief HKV en nacalculatie van 170 euro op 2007-data naar 182 euro op 2008-data. Deze toename wordt veroorzaakt door de toename van de risicodragende kosten en door een toename in het aantal onderscheiden subgroepen vanwege de toename van het aantal verzekerden dat in een FKG en/of DKG ingedeeld is.

#### *Verevenende werking verzekeraarsniveau*

Op verzekeraarsniveau is de R-kwadraat voor zowel 2007 als 2008 hoog. Het blijkt dat 98% van de verschillen in kosten (rekening houdend met HKV en nacalculatie) tussen verzekeraars kan worden verklaard door verschillen in portefeuillesamenstelling zoals die met de vereveningskenmerken worden waargenomen.

De GGAA op verzekeraarsniveau neemt af van ongeveer 27,0 euro op 2007-data naar ongeveer 23,5 euro op 2008-data. Indien rekening wordt gehouden met HKV, nacalculatie en de bandbreedteregeling dan is de afname groter (van 16,5 naar 10,6 euro). De bandbreedte van het resultaat neemt echter toe van 260 euro in 2007 naar 320 euro in 2008. Indien rekening wordt gehouden met HKV en nacalculatie dan neemt de bandbreedte toe van 125 euro naar 150 euro.

Voor de meeste verzekeraars ligt het netto resultaat in 2008 dichter bij nul dan in 2007. Dit leidt tot een lagere GGAA in 2008 voor het bruto resultaat. De bandbreedte van het bruto resultaat wordt bepaald door uitschieters. Zonder vier grote uitschieters (met gezamenlijk 381.000 verzekerdenjaren) ligt de bandbreedte van het bruto resultaat voor zowel 2007 als 2008 op 147 euro.

Vanwege de uitschieters gaat in 2008 in dit Herijkingsonderzoek beduidend meer geld in de bandbreedteregeling om dan in 2007, waardoor de bandbreedteregeling in 2008 een grotere impact op de GGAA heeft dan in 2007. De grotere bandbreedte is voor een (klein) deel te verklaren door een kostenstijging van 2007 op 2008 van 3,9%.

In de 2008-data bestaat een correlatie van -0,74 tussen de absolute ophoging met balansposten (variabele kosten ziekenhuiszorg en kosten van B-DBC's) en het uiteindelijke bruto resultaat van verzekeraars. Dit betekent dat een relatief grote balanspost veelal gepaard gaat met een relatief slecht resultaat. Bij de interpretatie van de resultaten op verzekeraarsniveau moet hiermee rekening worden gehouden.

Ten behoeve van de analyse op verzekeraarsniveau is de gewogen gemiddelde absolute verschuiving van het resultaat (GGARV) van 2007-op-2008 bepaald. Zonder ex post compensaties ligt deze op 33,1 euro per verzekerdenjaar; rekening houdend met HKV en

---

<sup>3</sup> De forse afname in de R-kwadraat wordt verklaard doordat de zeer hoge kosten van dialysepatiënten ook nog eens zeer goed voorspelbaar zijn (WOR 518, voetnoot 24).

<sup>4</sup> Dit zijn de kosten somatische zorg inclusief overige prestaties, variabele kosten van ziekenhuiszorg en kosten van B-DBC's en exclusief vaste kosten van ziekenhuiszorg

nacalculatie ligt deze op 21,9 euro per verzekerdenjaar en tevens rekening houdend met de bandbreedteregeling ligt deze op 15,9 euro per verzekerdenjaar.

#### **4.4 Herijkingsonderzoek geneeskundige GGZ**

In het Herijkingsonderzoek geneeskundige GGZ wordt het vereveningsmodel 2010 opnieuw geschat op basis van gegevens uit 2008. De uitkomsten van deze schatting worden vergeleken met de uitkomsten van de schatting op gegevens uit 2007. Met deze analyse wordt bezien in hoeverre de uitkomsten, zoals de normbedragen en de aansluiting van de verwachte kosten op de feitelijke kosten op verzekerden-, subgroep- en verzekeraarsniveau, stabiel zijn.

Het Herijkingsonderzoek geneeskundige GGZ 2010 is het eerste onderzoek waar wordt gewerkt met gegevens geneeskundige GGZ 2008.

##### **4.4.1 Gegevens 2008**

###### *Gegevens van zorgverzekeraars*

Sinds 1 januari 2008 is de geneeskundige GGZ van de AWBZ overgeheveld naar de Zvw. Tot nu toe beruiste het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ op gegevens uit het AWBZ-tijdperk, die zijn verzameld bij GGZ-instellingen en franchiseorganisaties (de Verantwoording GGZ), en PAAZ-en (de LMR). Vanwege de overheveling van de geneeskundige GGZ in 2008 kan bij het Herijkingsonderzoek geneeskundige GGZ 2010 voor de eerste keer gebruik worden gemaakt van DBC-kostengegevens uit de administratie van zorgverzekeraars (BASIC 2008).

De gegevens 2008 die in het onderzoek gebruikt worden zijn niet volledig vergelijkbaar met de gegevens 2007. In voorgaande jaren waren gegevens met betrekking tot eerstelijns psychologische zorg, vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten en zorg bij nieuwe GGZ-aanbieders maar beperkt beschikbaar. Vanaf het Herijkingsonderzoek 2010 kan beschikt worden over een uniforme gegevensbron, waarin alle soorten geneeskundige GGZ opgenomen zijn. Voor de dummies die gebruikt worden bij kosten uit het verleden wordt gebruikt gemaakt van de gegevens uit het analysebestand van de Overall Toets 2010. Daarbij moet opgemerkt worden dat de gebruikte gegevens, die betrekking hebben op 2007, niet gebaseerd zijn op DBC-financiering.

Vanaf 1 januari 2008 wordt gedeclareerd in DBC's. De DBC's die zijn geopend in 2007 en waarvan de behandeling doorloopt in 2008 (de zogenaamde overloop-DBC's) behoren niet tot het structurele schadebeeld van een vereveningsjaar. Bij het representatief maken van de gegevens zouden deze kosten buiten beschouwing gelaten moeten worden. Voor het Herijkingsonderzoek geneeskundige GGZ 2010 was dit niet mogelijk. De schade in het Herijkingsonderzoek 2010 is door de aanwezigheid van overloop-DBC's hoger.

Bij de invoering van DBC's is de declaratiestroom slechts langzaam op gang gekomen. Bovendien blijkt dat DBC's in de geneeskundige GGZ in vergelijking met de somatische zorg gemiddeld een langere doorlooptijd hebben. Voor de nog te verwachten declaraties nemen zorgverzekeraars balansposten op. Tussen de diverse verzekeraars en per regio zijn aanzienlijke verschillen in de hoogte van de balanspost per verzekerde.

De onderzoeksgegevens 2008 zijn in het Herijkingsonderzoek nog niet gecorrigeerd voor overloop-DBC's, de balansposten zijn erg hoog en de gegevens zijn niet gecorrigeerd voor opbrengstresultaat.

Bovenstaande aandachtspunten resulteren in een overschatting van de kosten voor geneeskundige GGZ per verzekerde met kosten.

De WOR adviseert om tijdens de Overall Toets gebruik te maken van gegevens waarbij in elk geval een correctie is toegepast voor de overloop-DBC's.

De WOR adviseert de correctie voor de hoge balansposten in de gegevens voor de Overall Toets niet via ophoogfactoren generiek over alle verzekerden met kosten te laten plaatsvinden.

De WOR adviseert tijdens de Overall Toets gebruik te maken van kostengegevens die geschoond zijn voor opbrengstresultaat.

#### *Dekkingsgraad*

Net als vorige jaar heeft de analyse en de schatting van het model uitsluitend betrekking op verzekerden van 18 jaar en ouder. Voor verzekerden tot 18 jaar ontbreekt betrouwbare informatie over het GGZ-gebruik in het verleden.

Het onderzoeksbestand bevat 12,75 miljoen verzekerdenjaren (na ophoging conform aantal verzekerden in Persoonskenmerkenbestand van het CVZ) met een totaal van 3,3 miljard aan kosten (op basis van zeven kwartalen declaratiegegevens).

#### *Vereveningscriteria*

De operationalisering van de vereveningskenmerken leeftijd/geslacht, SES en AVI is identiek aan het risicovereveningsmodel voor de somatische zorg.

De FKG indeling voor het risicovereveningsmodel geneeskundige GGZ is conform model 2010 en is gebaseerd op farmaciegegevens 2007.

Zoals vorig jaar aangekondigd is onderzoek gedaan naar een update van het regiocriterium.

#### *Kosten*

In 2008 is de prevalentie lager, maar zijn de kosten per cliënt hoger dan in 2007. De lagere prevalentie is onder andere het gevolg van de invoering van DBC's, het langzaam opgang komen van de declaratiestroom en de grote balansposten. De hogere kosten zijn vooral het gevolg van de (forse) ophoogfactoren voor de kosten als gevolg van de grote balansposten, maar ook de overloop-DBC's in het bestand van het Herijkingsonderzoek dragen bij aan de hoge kosten. De kosten zijn het meest gestegen in de G4 en de zeer stedelijke gebieden.

De ophoogfactoren voor alle prestaties samen lopen per verzekeraar uiteen van 1,03 tot 1,37. Dit heeft regionaal een sterke invloed op de kostenpatronen. In werkgebieden van verzekeraars met hoge ophoogfactoren zijn de kosten per verzekerde hoger, terwijl in de gebieden met lage ophoogfactoren de kosten per verzekerde lager zijn.

#### **4.4.2 Uitkomsten**

Bij de beoordeling van de stabiliteit van de resultaten dient er rekening mee te worden gehouden dat de gegevens niet gecorrigeerd zijn voor overloop-DBC's, balansposten en opbrengstresultaat. Dit leidt tot grote verschillen in prevalentie en kosten per verzekerde in vergelijking met 2007. De WOR is van mening dat de modeluitkomsten daardoor slecht te interpreteren zijn.

#### *Normbedragen*

Door lagere prevalentie en hogere kosten wijken de normbedragen in 2008 in absolute zin af van de normbedragen 2007. De normbedragen 2008 kennen echter een vergelijkbaar patroon als de normbedragen 2007.

#### *Verevenende werking individuniveau*

Op individuniveau neemt de R-kwadraat af van 9,1 % op 2007-data naar 7,8% op 2008-data. Dit komt doordat de schades in het onderzoeksbestand voor de Herijking 2010 veel schever verdeeld zijn dan in het Overall Toets bestand 2010. De verklaarde variantie na toepassing van HKV neemt in 2008 toe ten opzichte van 2007. Dit is vooral het gevolg van de forse ophoging van de kosten waardoor meer kosten (0,5 euro mld. extra) in de HKV-pool terecht komen.

#### *Verevenende werking subgroepniveau*

Op subgroepniveau stijgt de GGAA exclusief HKV van 124 euro op 2007-data naar 180 euro op 2008-data. Voor HKV is de verevenende werking op 2007-gegevens beter dan op 2008-gegevens. De forse ophoging van de kosten in 2008 heeft tot veel schever verdeelde schades geleid, waardoor het model aan voorspelkracht inboet.

Door toepassing van HKV worden de verschillen in verevenende werking tussen 2007 en 2008 enigszins gemitigeerd.

#### *Verevenende werking verzekeraarsniveau*

Op verzekeraarsniveau stijgt de GGAA exclusief HKV van 14 euro op 2007-data naar 32 euro op 2008-data. Ook de bandbreedte neemt op 2008-data toe ten opzichte van 2007-data. Voor HKV is de verevenende werking op 2007-gegevens beter dan op 2008-gegevens. De forse ophoging van de kosten in 2008 heeft tot veel schever verdeelde schades geleid, waardoor het model aan voorspelkracht inboet.

Door toepassing van HKV worden de verschillen in verevenende werking tussen 2007 en 2008 kleiner. Dit komt doordat de HKV het resultaat bij verzekerden met schades boven de HKV afvlakt.

#### **4.4.3 Update regiocriterium**

De WOR heeft vorig jaar geadviseerd onderzoek te doen naar een betere specificatie van regionale factoren, die van invloed kunnen zijn op de het gebruik van geneeskundige GGZ. In het Herijkingsonderzoek is hiernaar onderzoek gedaan en dit heeft gerealiseerd in een voorlopige, update van het regiocriterium.

Het gebruik van geneeskundige GGZ wordt mede beïnvloed door specifieke regionale factoren, waaronder het aanbod. Ook stedelijkheid en regionaal klantenpotentieel zijn van belang voor de verklaring van regionale kostenverschillen.

De resultaten van het onderzoek zijn afhankelijk van de kwaliteit van de aangeleverde gegevens. Bij het onderzoek naar de update van het regiocriterium waren geen geactualiseerde aanbodgegevens beschikbaar.

De WOR adviseert bij de definitieve update van het regiocriterium uit te gaan van de meest recente aanbodgegevens.

#### *Uitkomsten verklaringsmodel voor regionale kostenverschillen*

Voor het verklaringsmodel voor regionale kosten verschillen zijn ten opzichte van de Overall Toets 2010 een aantal verklarende factoren toegevoegd. Het betreft:

- het relatief regionaal klantenpotentieel;
- de locatie van een intramurale GGZ-instelling op postcode niveau;
- het aantal GGZ-bedden per 1000 inwoners binnen een straal van 15 kilometer;
- het aantal verzekerden van 18 jaar en ouder.

Het verklaringsmodel verklaart in 2008 13 % van de regionale variatie tussen kosten en normkosten per verzekerdenjaar. Vooral aanbodfactoren en stedelijkheid hebben grote invloed in het model.

Per postcodegebied wordt een regiogewicht bepaald, vervolgens worden postcodes op basis van deze gewichten geclusterd en wordt per cluster het gemiddelde regiogewicht bepaald. Deze clustering resulteert in tien regioclusters met gelijke omvang. Het hoogste regiogewicht bedraagt 91,16 euro, het laagste min 34,75 euro. Het verschil in gewichten tussen clusters 4, 5, 6 en 7 is gering. Dit duidt op een groter middengebied waar de aansluiting tussen kosten en normkosten gelijk is.

Het regio-onderzoek vindt plaats op de residuen die ontstaan na toepassing van het Herijkingsonderzoek, en zijn dus sterk afhankelijk van de kwaliteit van de gegevens die in het Herijkingsonderzoek gebruikt worden. De WOR is van mening dat een goede beoordeling van de update van het regiocriterium pas plaats kan vinden nadat de kwaliteit van de onderzoeksgegevens verbeterd is.

#### *Normbedragen en verevenende werking*

Het risicovereveningsmodel 2010 is met de voorlopige update van het regiocriterium doorgerekend. De nieuwe voorlopige regio-indeling zorgt voor weinig veranderingen. De normbedragen worden in het algemeen iets kleiner (of minder negatief).

Voor de normbedragen voor GGZ-regio geldt dat vóór HKV in GGZ-regio 1 een sterke toename te zien is, vergeleken met de regio-indeling uit de Overall Toets 2010. De overige normbedragen voor het regiocriterium boeten aan betekenis in.

De GGAA op verzekeraarsniveau verbetert licht (van 32,2 euro naar 31,9 euro) na de voorlopige update, terwijl de GGAA op subniveau iets slechter wordt (van 181,0 euro naar 181,5 euro). Na HKV verbetert zowel de GGAA op verzekeraarsniveau als op subgroepniveau.

### **4.5 Overall Toets somatische zorg 2011**

#### **4.5.1 Bewerkingen onderzoeksgegevens 2008**

Het databestand waarmee in de Overall Toets 2011 is gerekend bevat informatie over 15,2 miljoen verzekerdenjaren. Dit is het zelfde aantal als in het Herijkingsonderzoek 2010 (paragraaf 3.3.1), maar 0,6 miljoen meer dan in het databestand van 2007.

De volgende aanvullingen en bewerkingen op de onderzoeksgegevens zijn in de Overall Toets extra uitgevoerd ten opzichte van het Herijkingsonderzoek:

1. De gesplitste kostengegevens van ziekenhuiszorg zijn nu gebaseerd op acht kwartalen declaratiegegevens.
2. De declaratiegegevens ziekenhuiszorg zijn nu vollediger – i.e. de aansluiting tussen BASIC en IZiZ is verbeterd - en er hoeven daardoor minder kosten modelmatig te worden gesplitst.

3. De ramingen van de totale kosten ziekenhuiszorg van 23 van de 32 zorgverzekeraars zijn naar beneden bijgesteld. De hieruit volgende ophogingen voor de balansposten zijn hierdoor veel plausibeler geworden.
4. De groep zelfstandigen ten behoeve van de aard van het inkomen 2008 is opnieuw vastgesteld<sup>5,6</sup>. De peildatum van de zelfstandigen in de Overall Toets is 31-12-2007.

De bovengenoemde aanpassingen op het databestand van 2008 hebben geen betrekking op de kosten van overige prestaties. Daardoor veranderen de kosten van overige prestaties niet ten opzichte van de 2008-data uit het Herijkingsonderzoek. Op basis van de hieronder genoemde pakketmaatregelen zullen de kosten van overige prestaties wel wijzigen. Als gevolg van de aanpassingen dalen de gemiddelde totale kosten van ziekenhuiszorg met circa 1,4%. De vaste en variabele kosten dalen elk met 1,7% en kosten van B-DBC's<sup>7</sup> dalen met 0,4%.

De kosten van overige prestaties 2008 zijn in de Overall Toets met 3,6% gestegen ten opzichte van 2007 (na herweging naar de bevolking). De kosten van ziekenhuiszorg zijn voor wat betreft het variabele deel en de B-DBC's met 0,8% respectievelijk 7,1% gestegen. Bij het vaste deel is sprake van een stijging met 5,6%. In totaal zijn de ziektekosten van 2007 op 2008 met 3,5% gestegen.

Naast aanpassingen in de kostengegevens is het FKG-criterium in de Overall Toets op geactualiseerde informatie bepaald en is het effect van een aantal pakketmaatregelen, dat naar verwachting per 2011 doorgevoerd zal worden, verwerkt:

5. Er zijn nieuwe FKG's gebruikt, gebaseerd op ATC-codes en DDD-waarden uit het geactualiseerde referentiebestand voor het vereveningsmodel 2011. In het Herijkingsonderzoek ging het nog om het referentiebestand voor het vereveningsmodel 2010.
6. De kosten van overige prestaties zijn gecorrigeerd voor een drietal pakketmaatregelen, die per 1/1/2011 doorgevoerd zullen worden. Vanaf 2011 vallen Tandheelkunde voor 18 t/m 21 jaar, de anticonceptiepil voor 21 jaar en ouder en eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen niet meer onder de verzekerde zorg.
7. Vanaf 1/1/2011 zullen bij de fysiotherapie en oefentherapie niet de eerste 9, maar de eerste 12 behandelingen voor eigen rekening van de verzekerden van 18 jaar en ouder komen.
8. De kosten van overige prestaties (farmacie) worden gecorrigeerd voor de overheveling van TNF-alfa-remmers van het geneesmiddelenkader naar het ziekenhuiskader (de vaste kosten).

Om de effecten van de aangepaste data (punten 1 t/m 4) te kunnen onderscheiden van de overige effecten (punten 5 t/m 8), wordt het vereveningsmodel twee keer doorgerekend. Eerst worden alleen de verbeterde data 2008 in het vereveningsmodel 2010 doorgerekend (paragraaf 3.5.2) en vervolgens worden ook de pakketmaatregelen verwerkt en doorgerekend in het uitgangsmodel 2011 (paragraaf 3.5.3). De pakketmaatregelen hebben, zoals te verwachten valt, een neerwaarts effect op de kosten overige prestaties. In

<sup>5</sup> Het databestand van de belastingdienst met de zelfstandigen over 2008 (peildatum 30-06-2008) uit het Herijkingsonderzoek blijkt achteraf niet juist samengesteld.

<sup>6</sup> Op basis van het nieuwe bestand blijkt dat het aantal zelfstandigen in de Overall Toets 2011 nog steeds hoger te liggen in vergelijking met de zelfstandigen in de Overall Toets 2010. Dit blijkt het gevolg van een verbetering in procedure van vaststelling.

<sup>7</sup> Definitie B-segment trance 2009.

totaal wordt circa 366 miljoen euro gecorrigeerd op de overige prestaties, waarvan circa 200 miljoen voor TNF-alfa-remmers.

Door onduidelijkheid over de omvang van de balansposten bij ziekenhuiszorg was een voorlopige update van het regiocriterium aansluitend op het Herijkingsonderzoek niet zinvol.

De nieuwe gegevens over ziekenhuiszorg 2008 zijn van betere kwaliteit dan die gebruikt zijn in het Herijkingsonderzoek. Dat blijkt vooral uit de veel geringere fluctuaties op verzekeraarsniveau van de gemiddelde kosten voor ziekenhuiszorg-variabel en van de gemiddelde kosten van B-DBC's over 2008 ten opzichte van 2007.

#### **4.5.2 Doorrekening model 2010 op aangepaste data 2008 en vergelijking met data 2007**

##### *Vergelijking Herijking en Overall Toets bij gebruik data 2008*

In het onderzoek is nagegaan wat de gevolgen zijn van de aanpassingen op de 2008-data. De resultaten uit het Herijkingsonderzoek en de Overall Toets worden met elkaar vergeleken. Voor normbedragen blijken de gevolgen gering. Er is een overall gemiddelde wijziging van de normbedragen met 3 euro. Dit is opmerkelijk weinig, gegeven de ingrijpende wijzigingen/verbeteringen in ziekenhuiskosten. Dit wijst op een robuust vereveningsmodel.

De verevenende werking van het risicovereveningsmodel 2010 op individu- en subgroepniveau is op de verbeterde 2008-data ongeveer gelijk aan of beter dan de op de originele 2008-data van het Herijkingsonderzoek. Op verzekeraarsniveau scoort het vereveningsmodel 2010 – exclusief bandbreedteregeling – in de Overall Toets beter dan bij het Herijkingsonderzoek. Dit komt vooral door de betere aansluiting tussen normatieve vergoedingen en feitelijke kosten voor de variabele ziekenhuiszorg en kosten van B-DBC's. Het beslag op de bandbreedteregeling is aanzienlijk kleiner dan in het Herijkingsonderzoek.

##### *Vergelijking resultaten vereveningsmodel 2010 op data 2007 en data 2008*

Het risicovereveningsmodel 2010 is doorgerekend op verbeterde 2008-data en vergeleken met de resultaten van dit model 2010 doorgerekend op 2007-data (paragraaf 3.2).

De normbedragen blijken van 2007 op 2008 minder te veranderen dan in het verleden gebruikelijk: de overall gemiddelde verandering is nu 10 euro, terwijl dat in eerdere jaren 12 en 13 euro was. Dit duidt op een toegenomen stabiliteit van de normbedragen, die zich vooral lijkt voor te doen bij de variabele ziekenhuiszorg.

De normbedragen met grotere veranderingen zijn de normbedragen van FKG's (met name hoog cholesterol, nieraandoeningen en kanker) en het normbedrag van DKG13 (dialyse). Deze wijzigingen werden eerder al in het Herijkingsonderzoek geconstateerd (paragraaf 3.3.2).

De voorspelkracht (R-kwadraat) op individuniveau komt voor de 2008-data uit op 19,9% en is 5,5 procentpunt lager dan voor de 2007-data. De verklaring voor deze afname is de halvering van de DBC-tarieven voor dialyse (DKG13).

Wat betreft de verevenende werking op subgroepniveau is de gemiddelde gewogen absolute afwijking (GGAA) zowel voor als na inzet van de ex post compensaties toegenomen van 2007 op 2008. Voor ex post (bruto) neemt de GGAA toe met 1,2% en na ex post (netto) met 6,5%. Dit kan verklaard worden door de kostenstijging tussen 2007 en 2008 en de toename van het aantal onderscheiden subgroepen, van ongeveer 279.000



voor 2007 naar 297.000 voor 2008. Het aantal subgroepen stijgt doordat het aantal verzekerden dat in een FKG en/of DKG terechtkomt, toeneemt. Het gemiddelde netto resultaat per verzekerdenjaar (bij gebruik regioclustering van 2010, gebaseerd op 2007-data) is in 2008 ten opzichte van 2007 voor de G4 toegenomen met bijna 10 euro. Het resultaat van de G21 neemt toe met circa 2 euro en het resultaat van de rest van Nederland neemt af met circa 2 euro.

De GGAA's op verzekeraarsniveau liggen in 2008 lager dan in 2007. Na toepassing van HKV, nacalculatie en bandbreedteregeling daalt de GGAA van 16,5 naar 12,6 euro. De bandbreedte is bij doorrekening op de 2008-data groter dan bij doorrekening op de 2007-data voor toepassing van de bandbreedteregeling. Dit kan verklaard worden door de kostenstijging van 2007 op 2008. Na toepassing van HKV, nacalculatie en bandbreedteregeling bedraagt de bandbreedte 125 euro berekend op 2007-data en 140 euro berekend op 2008-data.

De geringere invloed van de bandbreedteregeling blijkt uit het feit dat in 2007 er zes verzekeraars zijn die geld zouden ontvangen (samen 22,4 miljoen euro) en vijf verzekeraars die geld zouden moeten afdragen (samen 22,5 miljoen euro). In 2008 betreft dit één respectievelijk acht verzekeraars (samen 4,6 respectievelijk 12,1 miljoen euro). Gemeten in euro's is de invloed van de bandbreedteregeling dus meer dan gehalveerd.

Indien rekening wordt gehouden met de stijging van de kosten van 2007 op 2008 is de verevenende werking van het vereveningsmodel 2010 op individu- en subgroepniveau grosso modo gelijk gebleven bij gebruik van 2007- en 2008-data. Op verzekeraarsniveau is de verevenende werking van het model 2010 op de aangepaste 2008-data beduidend beter; de GGAA is lager en de verklaarde variatie iets hoger. Dat is vooral te danken aan de betere aansluiting tussen normatieve vergoedingen en de variabele kosten voor ziekenhuiszorg.

#### **4.5.3 Uitgangsmodel 2011 op data 2008 en vergelijking met model 2010**

In het onderzoek is het uitgangsmodel voor de risicoverevening in 2011 doorgerekend op 2008-data en de uitkomsten hiervan zijn vergeleken met de uitkomsten van het model 2010, geschat op dezelfde data. De vereveningskenmerken zijn voor deze modellen in principe identiek. Er zijn enkele verschillen (paragraaf 3.5.1). Door een actualisatie van de FKG-referentietabel zijn de prevalenties van hoog cholesterol en de ziekte van Crohn/colitis ulcerosa afgenomen met 12,4% respectievelijk 6,9%. Door de pakketmaatregelen per 2011 en de overheveling TNF-alfa-remmers dalen de kosten overige prestaties met circa 366 miljoen euro.

De verschillen in normbedragen tussen de twee modellen beperken zich tot de overige prestaties, en dan voornamelijk tot die voor leeftijd/geslacht en de FKG's. Voor de variabele kosten ziekenhuiszorg en de kosten van B-DBC's zijn er bijna geen verschillen in de normbedragen.

De verlaging van de kosten als gevolg van de pakketmaatregelen (een overall kostendaling van 1,6%) leidt automatisch ook tot lagere normatieve kosten en daardoor een lagere GGAA. Met name de overheveling van TNF-alfa-remmers beïnvloedt de veranderingen in deze beoordelingsmaatstaven voor de verevenende werking.

In termen van de GGAA en de standaarddeviatie (van het verschil tussen normatieve vergoedingen en feitelijke kosten) lijkt het uitgangsmodel 2011 iets beter; beide dalen in zeer lichte mate.

De daling is echter minder dan je zou verwachten op basis van de kostendaling als gevolg van de pakketmaatregelen. Dit betekent dat deze twee beoordelingsmaatstaven (GGAA en standaarddeviatie) eerder op een geringe verslechtering van de verevenende werking wijzen. Dit geldt zowel op individu- als op subgroepniveau

Ten slotte wijzen de beoordelingsmaatstaven op verzekeraarsniveau eveneens op een lichte verslechtering bij toepassing van het uitgangsmodel 2011 ten opzichte van het vereveningsmodel van 2010. De oorzaak is vooral een slechtere aansluiting van normatieve vergoedingen op feitelijke kosten voor de overige prestaties.

Hierbij moet wel bedacht worden dat de overstap van 2007- naar 2008-data in paragraaf 3.5.3 eerder al een duidelijke verbetering gaf van de verevenende werking op verzekeraarsniveau. De GGAA voor de netto financiële resultaten op verzekeraarsniveau scoort voor het uitgangsmodel 2011 op de 2008-data aanzienlijk beter dan het vereveningsmodel 2010 op de 2007-data: 15,1 versus 19,3 euro, gemiddeld per verzekerdenjaar.

#### **4.5.4 Analyse normatief model eigen risico**

Uit het onderzoek volgt dat het normatieve model voor de kosten onder het verplicht eigen risico van 165 euro<sup>8</sup> zoals geschat op de 2008-data nagenoeg gelijk is aan de schatting op de 2007-data. Dit geldt zowel qua normbedragen als qua verevenende werking. Het normatieve model is zeer stabiel.

De pakketmaatregelen per 2011 leiden tot een daling van het macro bedrag aan eigen betalingen onder het verplichte eigen risico door verzekerden met circa 26 miljoen euro. De gevolgen voor het normatieve model zijn marginaal. Dit geldt voor de normbedragen, voor de voorspelkracht (R-kwadraat) en voor de financiële resultaten op verzekeraarsniveau.

#### **4.5.5 Actualisatie van het regiocriterium**

Ten behoeve van de actualisatie van de regioclustering zijn per postcodegebied (4-cijferig) de gemiddelde kosten – apart voor overige prestaties en voor de variabele kosten ziekenhuiszorg en de kosten van B-DBC's – berekend alsmede de normatieve kosten volgens het vereveningsmodel 2011 doch *exclusief* het regiocriterium. Het databestand is daarbij eerst zodanig gewogen dat het representatief wordt voor de Nederlandse bevolking qua leeftijd, geslacht en postcode. Op de residuen per postcode – i.e.: feitelijke gemiddelde kosten minus gemiddelde normatieve kosten, ongecorrigeerd voor HKV – is vervolgens een nieuwe regioclustering bepaald. De schatting van de verklaringsmodellen en de bepaling van de regioclusters vindt plaats voor postcodegebieden met ten minste 500 verzekerdenjaren. Bij de indeling van postcodegebieden in regioclusters wordt uitgegaan van een vaste cluster grootte (met 10% van de verzekerdenjaren).

De verklaringskracht van het model voor de overige prestaties is gelijk gebleven (in beide gevallen 15%). De schattingsresultaten voor dit model vertonen een stabiel patroon.

De verklaringskracht van het model voor de variabele kosten van ziekenhuiszorg (inclusief de kosten van B-segment) is iets verminderd ten opzichte van 2007 (2007: 19%; 2008: 17%). Dat komt vooral door de sterk afgenomen invloed van de stedelijkheid. In het onderzoek wordt geconcludeerd dat de kosten ziekenhuiszorg 2008 op regionaal/stedelijk niveau anders zijn dan voorgaande jaren. De facto zijn de kosten van grote steden meer

---

<sup>8</sup> De definitieve hoogte van het verplichte eigen risico in 2011 was ten tijde van het onderzoek nog niet bekend.

gaan lijken op de kosten in overige steden. Gevolg is dat de bijdrage van de stedelijkheid (OAD) aan de verklaring van de regionale verschillen tussen kosten en normkosten, bij de variabele kosten ziekenhuiszorg is afgenomen. Met name OAD-klasse 1 en 2 zijn meer vergelijkbaar geworden met OAD-klasse 3.

De afgenomen invloed van stedelijkheid is duidelijk terug te zien aan de financiële resultaten in de grote steden. De G4 kennen dit jaar, in tegenstelling tot eerdere jaren, gemiddeld een licht positief resultaat zowel vóór als ná toepassing van het regiocriterium. Vóór regio en vóór HKV bedroeg het resultaat in 2007 circa -18 euro en dit is in 2008 met 20 euro toegenomen tot +2 euro. In Amsterdam en Utrecht is het onderliggend resultaat positief, terwijl Den Haag en Rotterdam een negatief resultaat laten zien. Voor de G21 geldt vóór regio en vóór HKV een negatief resultaat van -10 euro (was in 2007 -12 euro).

Na de toepassing van het regiocriterium (vóór HKV) laten Rotterdam en in mindere mate ook in de G21 een resultaatverbetering zien. Het resultaat van Utrecht wordt door toepassing van het regiocriterium minder positief. Door toepassing van het regiocriterium én HKV verminderen de resultaatverschillen tussen de G4, de G21 en de overige gemeenten. Onderliggend laten Amsterdam en Den Haag nog wel een duidelijk positief respectievelijk negatief resultaat zien.

Door veranderde kostenpatronen en door de veranderingen in het schattingsmodel kent de regio-indeling relatief veel wijzigingen. Ongeveer 46% van de postcodegebieden met 44% van de verzekerdenjaren verandert in 2008 niet van regiocluster. In voorgaande jaren lag dit percentage nog op ruim 60%. Circa 13% van de postcodegebieden met circa 16% van de verzekerdenjaren verschuift in 2008 twee of meer regioclusters.

#### **4.5.6 Toepassing van de regioclustering 2011**

Met de geactualiseerde regioclustering is model 2011 opnieuw doorgerekend. Dit is gebeurd met een HKV-drempel van 22.500 euro voor 2011 en met een nacalculatie van 30% op variabele kosten ziekenhuiszorg en van 0% op de kosten van B-DBC's. Voor de HKV-drempel is nu een deflering toegepast over drie jaar: van 2011 naar 2008. Het gevolg van de gewijzigde deflering is dat de poolomvang stijgt van 6,0% naar 6,3%, ten opzichte van de doorrekening van het model 2010 op 2008-data.

Na toepassing van het nieuwe regiocriterium veranderen de normbedragen in termen van de GGAV met gemiddeld 2 euro (ná HKV). Zoals verwacht neemt het bereik van het regiocriterium toe bij gebruik van de regioclusters van 2011, deze sluiten beter aan op de data. Gesommeerd over de drie deelbedragen zien we een toename in het bereik van 131 naar 137 euro. Opvallend is dat het bereik van de normbedragen voor overige prestaties toeneemt, terwijl het bereik voor variabele kosten ziekenhuiszorg afneemt.

De verklaringskracht op individuniveau blijft met een R-kwadraat van 19,2% ongewijzigd en de GGAA en de standaarddeviatie op individuniveau nemen licht af. De GGAA en het netto resultaat van de 15% laagste en hoogste kosten op subgroepniveau veranderen met enkele euro's. De GGAA, de R-kwadraat en de bandbreedte laten op verzekeraarsniveau een kleine verslechtering zien. De gemiddelde resultaatverschuiving (GGARV) op verzekeraarsniveau bedraagt 1,8 euro gemiddeld per verzekerdenjaar.

Na toepassing van de bandbreedteregeling stijgt de GGAA op verzekeraarsniveau van 14,1 euro voor het uitgangsmodel met de regioclustering van het vereveningsmodel van 2010

en de HKV-drempel van 22.500 euro (paragraaf 3.5.3), naar 14,4 euro voor het uiteindelijke risicovereveningsmodel 2011 (bedragen gemiddeld per verzekerdenjaar). Het zijn dezelfde verzekeraars die onder en boven het interval van de bandbreedte liggen. De totale hoeveelheid geld die in de bandbreedteregeling omgaat, stijgt van ongeveer 17 naar 22 miljoen euro, waarbij het positieve saldo voor het Zorgverzekeringsfonds ongeveer 10 miljoen euro bedraagt. Op basis van model 2010 met de 2007-data kwam de totale hoeveelheid geld die in de bandbreedte regeling omgaat uit op circa 45 miljoen euro. De invloed van de bandbreedteregeling is dus gehalveerd.

#### **4.6 Overall Toets geneeskundige GGZ 2011**

##### **4.6.1 Gegevens**

###### *Achtergrond*

Bij de ontwikkeling van het risicovereveningsmodel wordt uitgegaan van de meest recente – zo veel mogelijk – uitgedeclareerde kostengegevens van alle zorgverzekeraars op verzekerdeniveau over 2008.

Sinds 1 januari 2008 is de geneeskundige GGZ van de AWBZ overgeheveld naar de Zvw. Tot nu toe beruiste het risicovereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ op gegevens uit het AWBZ-tijdperk, die zijn verzameld bij GGZ-instellingen en franchiseorganisaties (de Verantwoording GGZ), en PAAZ-en (de LMR). In het onderzoek voor het vereveningsmodel 2011 wordt gebruik gemaakt van gegevens over 2008. Hiertoe zijn voor de eerste maal kostengegevens uit de administratie van zorgverzekeraars beschikbaar.

De gegevens 2008 die in het onderzoek gebruikt worden zijn hierdoor niet goed vergelijkbaar met de gegevens 2007. In voorgaande jaren waren gegevens met betrekking tot eerstelijns psychologische zorg, vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten en zorg bij nieuwe GGZ-aanbieders maar beperkt beschikbaar. Bovendien is per 1 januari 2008 de DBC-systematiek ingevoerd.

Op basis van het Herijkingsonderzoek heeft de WOR geadviseerd om:

- tijdens de Overall Toets gebruik te maken van gegevens waarbij in elk geval een correctie is toegepast voor de overloop-DBC's.
- de correctie voor de hoge balansposten in de gegevens voor de Overall Toets niet via ophoogfactoren generiek over alle verzekerden met kosten te laten plaatsvinden.
- tijdens de Overall Toets gebruik te maken van kostengegevens die geschoond zijn voor opbrengstverrekening.

##### **4.6.2 Overall Toets geneeskundige GGZ**

###### *Onderzoeksbestand*

Bij de invoering van DBC's is de declaratiestroom het eerste jaar langzaam op gang gekomen. Bovendien blijkt dat DBC's in de geneeskundige GGZ in vergelijking met de somatische zorg gemiddeld een langere doorlooptijd hebben. Zelfs begin 2010 zijn nog aanzienlijke declaraties door GGZ-aanbieders over 2008 ingediend. Gelet op bovenstaande is daarom besloten om in plaats van de declaratiebestanden van Vektis (8 kwartalen declaraties) uit te gaan van het CVZ-schadebestand. Dit bestand is een nagenoeg uitgedeclareerd bestand, op basis van (gemiddeld) 9,5 kwartalen declaraties.

Doordat dit bestand een nagenoeg uitgedeclareerd bestand is, hoeft geen ophoging van de kosten voor balansposten plaats te vinden. Daarnaast bevat het schadebestand de AGB-code van de declarerende zorginstelling of behandelaar. Dit maakt het mogelijk om in combinatie met gegevens van de NZa de opbrengstverrekening per gebudgetteerde GGZ-

instelling op verzekerdeniveau in het schadebestand te verwerken (in plaats van via een ruwe toerekening op basis van historische marktaandelen). Ook is het in het CVZ-schadebestand mogelijk de overloop-DBC's te onderscheiden van de structurele DBC's, zodat de overloop-DBC's direct buiten de analyse kunnen worden gehouden en alleen de structurele DBC's en de overige GGZ-kosten in beschouwing kunnen worden genomen.

Door het schonen van het schadebestand voor overloop-DBC's worden de totale kosten voor ruwweg € 1,0 miljard geschoond. Vervolgens wordt de opbrengstverrekening toegepast wat resulteert in een totale ophoging van de kosten met € 0,3 miljard. Deze opbrengstverrekening kent grote verschillen tussen verzekeraars en regio's.

#### *Dekkingsgraad*

Net als vorig jaar heeft de analyse en de schatting van het model uitsluitend betrekking op verzekerden van 18 jaar en ouder. Voor verzekerden tot 18 jaar ontbreekt betrouwbare informatie over het GGZ-gebruik in het verleden.

Het onderzoeksbestand bevat 12,75 miljoen verzekerden (na ophoging conform aantal verzekerden in Persoonskenmerkenbestand van CVZ) met een totaal van 3,6 miljard aan kosten na schoning voor overloop-DBC's en verwerking van de opbrengstverrekening.

#### *Conclusie*

Door gebruik van het declaratiebestand van het CVZ op basis van 9,5 kwartalen zijn veel van de problemen uit het Herijkingsonderzoek dus ondervangen. Dit heeft geleid tot een aanzienlijke verbetering van het onderzoeksbestand voor de Overall Toets ten opzichte van het Herijkingsonderzoek. Ondanks wat problemen bij de koppeling tussen AGB-codes en NZa-instellingcodes voor het verwerken van de opbrengstverrekening, is naar het oordeel van de WOR het onderzoeksbestand verbeterd.

De WOR adviseert ook volgend jaar de nodige aandacht aan de verwerking van de opbrengstverrekening te besteden. De WOR adviseert een vergelijking te maken van de (opbrengst)verrekenpercentages tussen 2008 en 2009, de gevolgde systematiek voor vaststelling te vergelijken met de systematiek bij de ziekenhuizen en het meerjarige effect op de GGZ-schade te onderzoeken.

### **4.6.3 Uitkomsten Overall Toets geneeskundige GGZ**

#### *Kosten en gebruik van GGZ in 2007 en 2008*

Doordat de kosten tussen 2007 en 2008 niet goed vergelijkbaar zijn, is geen goede uitspraak te doen over de kostenontwikkeling in absolute zin. We zien in 2007 en 2008 wel vergelijkbare patronen in de kosten per verzekerde; dezelfde groepen hebben hoge of lage GGZ-kosten. Soms zijn er lichte verschuivingen.

De kosten per verzekerde bij verzekerden jonger dan 55 jaar zijn aanzienlijk hoger dan bij ouderen en de kosten van verzekerden met een arbeidsongeschiktheid- of bijstandsuitkering zijn aanzienlijk hoger dan de kosten van de overige verzekerden.

Daarnaast blijkt zoals verwacht dat de kosten per verzekerde afnemen bij een toenemende sociaal-economische status en dat de institutionele huishoudens (SES 0: adressen met meer dan 15 bewoners) de hoogste GGZ-kosten kennen. De kosten per verzekerde zijn het hoogst in het westen van het land en stijgen bij een toenemende stedelijkheid. De GGZ-kosten in 2008 hangen sterk samen met de GGZ-kosten in het voorafgaande jaar.

#### *Prevalentie van GGZ in 2007 en 2008*

Ook de gegevens over prevalentie zijn niet goed te vergelijken doordat vanaf 2008 de financiering grotendeels via DBC's verloopt. In een DBC kan zorg over de jaargrens heen geleverd worden, in de oude AWBZ-systematiek zou deze cliënt in beide jaren terugkomen.

Ondanks dat de 65-plussers de leeftijdsgroep vormt met de hoogste GGZ-kosten per cliënt maakt deze groep relatief weinig gebruik van de geneeskundige GGZ. De GGZ-prevalentie en de GGZ-kosten per cliënt bij verzekerden met een arbeidsongeschiktheid- of bijstandsuitkering en van verzekerden in institutionele huishoudens (SES 0) zijn zoals verwacht beduidend hoger dan bij de overige verzekerden. In het westen van het land wordt relatief meer gebruik gemaakt van de geneeskundige GGZ. De GGZ-kosten per cliënt verschillen weinig per landsdeel, maar deze zowel per cliënt als de prevalentie zijn deze bovengemiddeld in de G4, G21 en in de sterk stedelijke postcodegebieden. De voorspellende waarde van historische kosten blijkt uit het feit dat de prevalentie en de kosten in 2008 ver bovengemiddeld is bij cliënten die in 2007 ook GGZ-kosten hebben gehad. Dit geldt helemaal voor cliënten die in 2007 meer dan € 2.500 kosten hadden.

#### **4.6.4 Update regiocriterium**

Een van de vereveningskenmerken in het vereveningsmodel voor de geneeskundige GGZ bestaat uit de GGZ-specifieke regioclusters. Het regiocriterium geneeskundige GGZ is ten opzichte van vorig jaar geactualiseerd. Bij de actualisatie is gebruik gemaakt van extra informatie: van Vektis (aanbod); van VWS (jaardocument) en van de GGZ-instellingen (NAW-gegevens). Daarnaast is ook de afstand tot extramuraal aanbod opgenomen als verklarende variabele.

Om het regiocriterium voor de geneeskundige GGZ te bepalen worden op postcodeniveau de verschillen tussen feitelijke kosten en de normatieve kosten exclusief regiocriterium bepaald. Op deze zogenaamde residuen per postcode is een nieuwe regioclustering bepaald. Er wordt uitgegaan van een vaste clustergrootte (10% van de verzekerdenjaren per cluster).

Het regiocriterium verklaart op postcodeniveau 10% van de verschillen tussen kosten en de normkosten. Na HKV neemt de verklarende kracht toe tot 18%. De aanbodkenmerken: locatie intramuraal instelling, afstand tot het extramuraal GGZ-aanbod en aantal bedden binnen een straal van 15 km leveren een belangrijke bijdrage aan de verklaring van kostenverschillen.

Het regiocriterium leidt gemiddeld tot een verbetering van het resultaat in de grote steden. Door de toepassing van de opbrengstverrekening, de uitbreiding van het gegevensbestand met extra zorgverzekeraars, de toevoeging van de kosten van eerstelijns psychologische zorg, PUK's en PGB's, de invoering van DBC-bekostiging en de uitbreiding van het verklarende model met extra aanbodgerelateerde verklarende variabelen verschuiven in deze Overall Toets veel postcodegebieden van regiocluster. De samenstelling van de regioclusters vertoont echter het gebruikelijke patroon.

#### *Conclusie*

De gevolgen van de toepassing van het geactualiseerde regiocriterium zijn beperkt. Door de gebruikte schattingsmethode (Restricted OLS) neemt het bereik van de regiogewichten sterk af. Voor HKV zijn er vier verschillende regiogewichten en na toepassing van de HKV-drempels nog van zes verschillende gewichten. De WOR merkt op dat de verminderde werking van het regiocriterium als gevolg van de gebruikte schattingsmethodiek aandacht

verdiend, waarbij onder andere goed moet worden gekeken naar Restricted OLS als gehanteerde schattingsmethode.

#### **4.6.5 Uitkomsten model 2011 op gegevens 2008**

##### *Normbedragen en verevenende werking*

Door lagere prevalentie en hogere kosten wijken de normbedragen in 2008 in absolute zin af van de normbedragen 2007. De normbedragen 2008 kennen echter per vereveningscriterium een vergelijkbaar patroon als de normbedragen 2007. Het effect van HKV is groot doordat GGZ-kosten zeer scheef verdeeld zijn. Omdat de totale kosten door de DBC-systematiek volledig aan een bepaald jaar worden toegerekend, ook als de behandeling over de jaargrens heen gaat (in het verleden betekende dit dat de cliënt twee achtereenvolgende jaren in de schadebestanden voorkwam) neemt het effect van HKV toe.

##### *Verevenende werking individuniveau*

Op individuniveau is de verklaringskracht (R-kwadraat) vóór HKV 4,9% en neemt deze ná HKV toe tot 17,6%. Dit is ten opzichte van 2007 een daling (2007: respectievelijk 9,1% en 18%) van de verevenende werking.

##### *Verevenende werking subgroepniveau*

Op subgroepniveau stijgt de GGAA voor HKV naar € 184,9 (2007: € 133). Door toepassing van HKV worden de verschillen tussen 2007 en 2008 gemitigeerd. Na HKV is de GGAA in 2008 € 62,1 dit is lager dan in het voorgaande jaar (2007: € 66,9). Na toepassing van de HKV treedt dus een lichte verbetering op ten opzichte van 2007, terwijl voor HKV de GGAA hoger uitvalt.

##### *Verevenende werking verzekeraarsniveau*

Op verzekeraarsniveau stijgt de GGAA voor HKV naar € 24,3 (2007: € 13,7). Ook de bandbreedte voor HKV neemt toe naar € 202 (2007: € 132). Door toepassing van HKV komt de GGAA uit op € 7,3 (2007: € 8,3) en de bandbreedte op € 75 (2007: € 101). Ook hier treedt hetzelfde effect op als op subgroepniveau, waarbij na HKV de GGAA lager uitvalt in 2008 ten opzichte van een hogere GGAA in 2008 voor HKV.

Door toepassing van de bandbreedteregeling met een bandbreedte van 15 euro (van -7,50 euro tot + 7,50 euro) ontvangen 7 verzekeraars een bijdrage uit het zorgverzekeringsfonds en moeten 8 verzekeraars een bijdrage aan het fonds betalen. In totaal gaat er circa 31 miljoen euro om in de bandbreedteregeling, het negatieve saldo voor het zorgverzekeringsfonds bedraagt 10 miljoen euro.

##### *Conclusie*

De WOR is van mening dat de voorspelkracht van het voorgestelde vereveningsmodel (voor HKV) voor 2011 minder goed is dan de voorspelkracht van het model 2010. Toepassing van HKV leidt er toe dat de verevenende werking van het model 2011 op het niveau van het model 2010 komt. De verevenende werking na HKV neemt licht af, maar op subgroepniveau en verzekeraarsniveau treedt een lichte verbetering op na toepassing van HKV. Over de vraag of de voorspelkracht ook voldoende is, is de WOR verdeeld. De WOR adviseert onderzoek te doen naar de operationalisering van alternatieve GGZ-specifieke vereveningscriteria zoals morbiditeitskenmerken. Hiervoor is een onderzoek uitgezet waarbij op basis van literatuuronderzoek wordt gekeken naar verklarende variabelen voor GGZ-gebruik. De uitkomsten van dit onderzoek kunnen worden gebruikt om in het onderzoeksjaar 2010–2011 verder onderzoek te doen naar nieuwe vereveningscriteria.

## **5 Verslag van werkzaamheden onderzoeken naar vereveningscriteria**

Het onderzoeksprogramma van de WOR bevat een aantal onderzoeken met als doel om de operationalisering van bestaande criteria te verbeteren. Het gaat hier om het onderhoud FKG's, DKG's en AvI. Zij opgemerkt dat dit jaar alleen klein onderhoud FKG's door het CVZ is uitgevoerd. Daarnaast bevat het onderzoeksprogramma onderzoeken met als doel het vereveningsmodel door middel van toevoeging van nieuwe criteria verder te ontwikkelen (onder andere HRV/MHK en HKG's). In deze categorie zijn drie onderzoeken uitgevoerd.

### **5.1 Monitoring hulpmiddelen**

Begin 2009 is nader onderzoek gedaan naar hulpmiddelengebruik als basis voor een vereveningscriterium Hulpmiddelenkostengroepen (HKG's) (WOR 419). In dit onderzoek werden declaratiegegevens uit 2004 gebruikt. Uit het onderzoek kwam naar voren dat de toevoeging van de geselecteerde hulpmiddelen categorieën, als afzonderlijke HKG's, aan het ex ante vereveningsmodel leidt tot een verbetering van de verevenende werking. Voor een zinvolle toepassing van deze HKG's was het hulpmiddelengebruik vanwege (grote) verschillen tussen verzekeraars in zowel registratie/administratie als inkoopwijze/contractering, nog onvoldoende meetbaar. De resultaten van dit onderzoek zijn destijds aanleiding geweest om aan verzekeraars te vragen toe te werken naar een eenduidige registratie.

In het nieuwe onderzoek "monitoring hulpmiddelen" is nagegaan in hoeverre de registratie van hulpmiddelengebruik door verzekeraars inmiddels voldoende volledig, gedetailleerd en uniform is, zodat alle veertien potentiële HKG's afgeleid kunnen worden. Om dit te kunnen beoordelen zijn op declaratie- en op verzekeraarsniveau analyses gedaan op kosten en prevalenties van HKG's.

Omdat in het onderzoek in eerste instantie gerapporteerd is op verzekeraarsniveau<sup>9</sup>, is dit onderzoek in eerste instantie door de WBR begeleid. Een versie van de onderzoeksrapportage, zonder verzekeraars specifieke informatie, is wel in de WOR besproken.

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van databestanden over hulpmiddelengebruik over de jaren 2006 en 2007 van vijftien verzekeraars. De dekking komt circa 60% van de verzekerden. Gegevens over hulpmiddelengebruik zijn afkomstig uit het Detail Informatiesysteem Hulpmiddelen (DISH) van Vektis. De uitkomsten op basis van DISH zijn ook vergeleken met uitkomsten uit een andere bron met declaratiegegevens over hulpmiddelen gebruikt: het Genees- en hulpmiddelenproject (GIP) van het CVZ.

In het onderzoek wordt geconcludeerd dat de databestanden 2006 en 2007 onvoldoende zijn voor het vaststellen en meten van *alle* veertien aangewezen HKG's. Hiervoor ontbreken gegevens van een te groot aantal verzekeraars. Daarnaast wijkt bij sommige zorgverzekeraars die wel gegevens aanleveren de gemiddelde prevalentie van een aantal HKG's dusdanig af, dat er twijfels zijn over de uniformiteit van de registratie van het hulpmiddelengebruik. Daarmee is de meetbaarheid onvoldoende zodat het niet zinvol is om de veertien HKG's door te rekenen in het risicovereveningsmodel. Uit het onderzoek blijkt dat de hulpmiddelen categorieën "Hulpmiddelen voor medische behandeling door de persoon zelf" en "Hulpmiddelen voor persoonlijke verzorging en persoonlijke bescherming" meer uniform geregistreerd wordt. Reden hiervoor is dat een

<sup>9</sup> Het rapport voor de WBR bevat zeer gedetailleerde informatie die naar individuele zorgverzekeraars herleidbaar is.



deel van deze hulpmiddelen via het afleverkanaal van de apothekers verstrekt is. Deze codering is daardoor meer gestandaardiseerd. HKG's die zijn gebaseerd op deze twee hulpmiddelencategorieën kunnen mogelijk al van voldoende kwaliteit zijn voor doorrekening in het vereveningsmodel.

Vanaf 2009 is een 100% registratie van hulpmiddelen een vereiste in de uitvoering van de Wtcg. Vektis registreert het gebruik van deze hulpmiddelen in DISH. Door de volledigheidseis uit de Wtcg zal de kwaliteit van de registratie van hulpmiddelengegevens toenemen. De WOR concludeert dat het zinvol is om de registratie te blijven monitoren. In een vervolgonderzoek zal naast verschillen in registratie mogelijk aandacht besteed moeten worden aan verschillen in contractering door zorginkoop (bijvoorbeeld het verschil tussen verstrekking in bruikleen of eigendom).

## **5.2 Meerjarig lage kosten als vereveningscriterium**

De volgende stap in de verbetering van het ex ante risicovereveningsmodel zal waarschijnlijk het toevoegen van (een vorm van) hoge-risicoverevening (HRV) of meerjarig hoge kosten als vereveningscriterium (MHK) zijn. Hiermee worden structurele ondercompensaties worden gereduceerd. Bij de bespreking van de vormgeving van HRV/MHK is voorgesteld om ook de tegenhanger hiervan die betrekking heeft op structurele overcompensaties te onderzoeken.

In het onderzoek naar meerjarig lage kosten (MLK) als vereveningscriterium worden groepen, die structureel worden overgecompenseerd, in kaart gebracht en er wordt onderzocht wat de omvang van deze structurele overcompensatie is. De doelstelling van dit onderzoek naar MLK is om het criterium vorm te geven en door te rekenen als aanvulling op het risicovereveningsmodel 2010.

Voor het operationaliseren van het MLK-criterium zijn twee varianten doorgerekend waarbij verzekerden geselecteerd die over de periode 2004-2006 elk jaar de laagste 15% respectievelijk 25% procent kosten hebben (totale kosten verzekerde zorg Zvw, inclusief vaste kosten ziekenhuiszorg). Het MLK-criterium wordt telkens vormgegeven door middel van één dummie-variabele voor al dan niet ingedeeld zijn bij MLK.

Het MLK-criterium is toegevoegd aan het risicovereveningsmodel 2010 en doorgerekend. Aan de hand van de verevenende werking is vervolgens bepaald wat de toegevoegde waarde van MLK is. Hoervoor wordt het vereveningsmodel 2010 op kostengegevens 2007 doorgerekend.

De groep MLK-ers met de 15% (dan wel 25%) laagste kosten in elk van de jaren 2004 – 2006 omvat 2,75% (respectievelijk 7,02%) van de verzekerden in 2007. In absolute termen is de drempelwaarde bij de MLK 15% variant circa 80 euro, terwijl deze bij de MLK 25% variant op circa 125 euro uitkomt. De omvang van de groep per jaar (15% of 25%) blijkt weinig effect te hebben op samenstelling van de groep MLK-verzekerden.

De MLK-ers zijn relatief sterk vertegenwoordigd in de groepen (jonge) mannen, zonder FKG of DKG, zelfstandigen, met een hoog inkomen, en woonachtig in de middelste regio's. De MLK-ers zijn zwak vertegenwoordigd in de groepen vrouwen (in vooral de vruchtbare leeftijdsgroepen), met FKG of DKG, arbeidsongeschikten, met een laag inkomen, en woonachtig in regio 1 of regio 10.

De gemiddelde feitelijke kosten van de MLK-ers in 2007 bedragen circa 300 euro, de normatieve vergoedingen (inclusief ex post compensaties) circa 700 euro. De minderkosten bedragen daarmee gemiddeld 400 euro.

De uitbreiding van het huidige vereveningsmodel met dummies voor de groepen met drie jaar kosten onder 15% en 25% doet de voorspelkracht (R-kwadraat) stijgen van 25,44% naar 25,47% respectievelijk 25,51%; overeenkomstig dalen de standaarddeviatie en de GGAA van de financiële resultaten op individuniveau licht; op verzekeraarsniveau daalt de GGAA met ongeveer 1 euro en de bandbreedte van de financiële resultaten daalt met 14 euro (gemiddeld per verzekerdenjaar).

De drempels in de beide varianten zijn relatief laag, wat een prikkel kan opleveren om deze verzekerden extra kosten te laten maken. De onderzoekers hebben bepaald dat een MLK variant waarbij verzekerden met elk jaar de laagste 50% van de kosten geselecteerd worden een drempel van circa 300 euro zou opleveren. Het bedrag aan macro minderkosten dat dan geïdentificeerd wordt, neemt dan verder toe.

Tot slot is onderzocht bij het operationaliseren van het MLK-criterium of er een zinvolle interactie mogelijk is met de overige vereveningscriteria. Een interactie met leeftijd en geslacht levert marginaal betere resultaten op de uitkomstmaatstaven.

Risicoverevening wordt ingezet om ervoor te zorgen dat risicoselectie voor zorgverzekeraars niet lonend is, en dat zorgverzekeraars met een ongezonde portefeuille niet in het nadeel zijn ten opzichte van zorgverzekeraars met een gezonde portefeuille. Zowel structurele overcompensatie (minderkosten) als structurele ondercompensatie (meerkosten) worden gereduceerd, teneinde een gelijk speelveld onder verzekeraars te realiseren. Door toevoegen van MLK als vereveningscriterium zullen de verschillen tussen verzekeraars afnemen. Er wordt immers een substantieel macrobedrag (circa een half miljard euro) aan minderkosten herverdeeld. Daarnaast neemt de bandbreedte op verzekeraarsniveau af.

De toegevoegde waarde van een MLK-criterium in termen van de meeste kwantitatieve beoordelingsmaatstaven is echter beperkt. Uit het onderzoek blijkt een beperkte toename in de voorspelkracht (R-kwadraat). Het beter voorspellen van structureel hoge kosten - bijvoorbeeld door HRV of MHK - zal naar verwachting tot een grotere modelverbetering leiden.

Ontbrekende of niet gedeclareerde kosten beïnvloeden de uitvoering en werking van risicoverevening met een vereveningscriterium dat gebaseerd is op (lage) kosten uit het verleden. Van de toevoeging van een vereveningscriterium voor MLK aan het vereveningsmodel zou daarnaast een verkeerde prikkel kunnen uitgaan. Het is voor verzekeraars gunstig om er voor te zorgen dat verzekerden (ten minste) één maal in de drie jaar boven de - relatief lage - kostendrempels uitkomen.

De WOR adviseert dat *indien* MLK nader zou worden verkend, dit in samenhang met HRV/MHK én het eigen risico zou moeten. De onderzoekers schatten in dat het effect van MLK - i.e. de identificeerde minderkosten - met circa een kwart afneemt na invoering van MHK/HRV. Daarnaast adviseert de WOR dat het drempelbedrag bij MLK hoger moet zijn dan de hoogte van het verplichte eigen risico. De schade onder de verplicht eigen risicogrens wordt namelijk door de verzekerde zelf betaald en niet door de verzekeraar.

In april 2010 is in WOR-verband een discussie gehouden over "prikkelwerking van vereveningscriteria gebaseerd op historische kosten". Door de WOR is toen een aantal principiële bezwaren en aandachtspunten met betrekking tot prikkelwerking aangedragen:

- Met MLK worden lagere kosten als gevolg van preventie bestraft.
- Met MLK wordt de premiekorting bij het vrijwillig eigen risico uitgehold.
- De voorspelbare winsten op gezonde verzekerden in het vereveningsmodel somatische zorg zijn een relatief voordeel, maar dit wordt (gedeeltelijk) gecompenseerd door een relatief nadeel in het normatief model verplicht eigen risico (WOR 499). Dit maakt een MLK als criterium in vereveningsmodel minder noodzakelijk/effectief.

Op grond hiervan zijn de WOR-leden geen voorstander van de invoering van MLK aan het risicovereveningsmodel.

Resumerend is de WOR van mening dat beleidmatige nadelen zwaarder wegen dan de (beperkte) verbetering van de verevenende werking. De WOR geeft geen prioriteit aan verder onderzoek van een MLK-criterium en adviseert om een MLK-criterium als verbetering van het risicovereveningsmodel niet verder te onderzoeken.

### **5.3 Hoge-risicoverevening en meerjarige hoge kosten als vereveningscriterium**

In 2007 is onderzoek uitgevoerd naar de vormgeving van hoge-risicoverevening (HRV) (WOR 323). Als alternatief voor HRV is door de WOR voorgesteld om ook meerjarige hoge kosten (MHK) als vereveningscriterium te onderzoeken. Met de invoering van HRV of MHK als vereveningscriterium wordt beoogd voorspelbare verliezen (structurele ondercompensatie) in het risicovereveningsmodel tegen te gaan, teneinde een gelijk speelveld voor verzekeraars te creëren. De toevoeging van HRV of MHK als vereveningscriterium zal naar verwachting de volgende stap zijn in de verbetering van het risicovereveningsmodel somatische zorg in 2012.

Doel van het onderzoek is HRV en MHK als vereveningscriterium concreet vorm te geven en om aantal verschillende varianten door te rekenen. Daarbij wordt het effect van het toevoegen van HRV of MHK aan het risicovereveningsmodel in kaart gebracht en uitgedrukt in de gangbare beoordelingsmaatstaven voor de verevenende werking (toetsingkader, WOR 461).

In het onderzoek zijn vier varianten voor HRV en drie varianten voor MHK vormgegeven en doorgerekend in het vereveningsmodel 2010 op basis van kostengegevens 2007. Er is gewerkt met één HRV-variant als benchmark (basisvariant), waarmee alternatieve vormgevingen van HRV en MHK kunnen worden vergeleken. In de basisvariant is de poolomvang, dit is het percentage mensen in 2007 dat in alle drie de voorgaande jaren de hoogste kosten heeft, vastgesteld op 4% ("HRV 4%"). Voor de HRV worden varianten vormgegeven door middel van variatie op een drietal kenmerken. Te weten:

- de omvang van de HRV-pool in termen van verzekerdenaantallen (basis: 4%; alternatief: 6%);
- de wijze van de vergoeding (basis: feitelijke kosten; alternatief: meerkosten);
- de wijze van financiering (basis: vergelijkbaar met financiering HKV-pool; alternatief: procentuele poolfinanciering).

Als alternatief voor HRV wordt MHK als vereveningscriterium onderzocht. De poolomvang van alle MHK-varianten is 4%. Bij de varianten van een MHK-criterium wordt het

vereveningsmodel uitgebreid met dummie-variabelen voor MHK. Wanneer een verzekerde geïdentificeerd wordt als MHK-verzekerde, dan wordt daar een normbedrag aan toegekend.

In twee MHK-varianten wordt het vereveningsmodel 2010 geschat door de normbedragen voor de dummies te baseren op de residuen of de feitelijke kosten. De spreiding in de feitelijke kosten van de verzekerden in de geïdentificeerde groep MHK-ers is groot, terwijl er 'slechts' één gemiddeld normbedrag voor de totale groep tegenoverstaat. Daarom is een derde variant vormgegeven, waarbij een nadere differentiatie in het normbedrag voor MHK-ers is aangebracht door middel van extra (continue) variabele die gebaseerd is op de gemiddelde feitelijke kosten uit de voorgaande drie jaren. Deze variant wordt aangeduid als "MHK 4% met continue variabele".

Voor het identificeren van verzekerden met structureel hoge kosten (de potentiële HRV/MHK-ers) wordt over de periode 2004-2006 elk jaar een groep verzekerden met de hoogste (totale) kosten geselecteerd. De procentuele groepsofvang is per variant in elk van de drie jaren hetzelfde.

In het onderzoek is de relatie tussen HRV en HKV is onderzocht. Op de basisvariant "HRV 4%" zijn alternatieve HKV-drempels toegepast, daarnaast is een variant zonder HKV bekeken. Een belangrijk uitgangspunt voor het onderzoek is dat voor een verzekerde die in het criterium HRV valt, geen gebruik gemaakt kan worden van HKV. MHK-ers kunnen (ex post) wel onder de HKV vallen.

Om in 2007 4% (dan wel 6%) van de verzekerden jaren in aanmerking te laten komen voor HRV/MHK dient in elk van de jaren 2004 – 2006 de 12,75% (16,25%) verzekerden met de hoogste kosten te worden geselecteerd. In het DBC-tijdperk (2005 en 2006) worden in de beiden varianten met drempelbedragen van respectievelijk circa 2.500 euro en 1.900 euro gehanteerd. Het percentage HRV/MHK-verzekerden varieert sterk over verzekeraars. HRV/MHK-verzekerden zijn relatief sterk vertegenwoordigd onder vrouwen, in FKG's en DKG's, onder arbeidsongeschikten, onder lage inkomens en in duurdere regio's.

De gemiddelde feitelijke kosten van HRV/MHK-verzekerden bedragen in 2007 (exclusief vaste kosten) 8.870 euro. Dit is ongeveer zeven keer zo hoog als de gemiddelde kosten voor alle verzekerden in 2007. De normatieve vergoedingen (inclusief ex post compensaties) van HRV/MHK-verzekerden komen uit op 6.706 euro. De netto meerkosten (en dus het structurele tekort) komen daarmee uit op gemiddeld 2.164 euro.

Er bestaat een forse overlap tussen HRV/MHK-verzekerden en verzekerden met kosten boven de HKV-drempel. Doordat verzekerden met meerjarig hoge kosten bij toepassing van HRV niet in aanmerking mogen komen voor HKV, daalt bij de HRV-varianten het percentage verzekerden jaren in de HKV-pool van 0,63 naar 0,39% en dalen de gemiddelde gepoolde kosten als gevolg van HKV van 98 euro naar 52 euro per verzekerdenjaar.

Over het algemeen leidt de variant HRV 4% met vergoeding op basis van de meerkosten tot de beste aansluiting van de netto normatieve vergoedingen op de feitelijke kosten. De variant HRV 4% met procentuele poolfinanciering resulteert in een relatief slechte aansluiting tussen normatieve vergoedingen en feitelijke kosten op subgroepniveau. Door een slechte aansluiting zou een prikkel tot risicoselectie kunnen ontstaan. MHK 4% met continue variabele presteert op de beoordelingscriteria slechter dan de HRV 4% met vergoeding op basis van meerkosten.

Toevoeging van een MHK-criterium aan het vereveningsmodel 2010 leidt tot een forse verhoging van de voorspelkracht (R-kwadraat) op individuniveau: van 25,44% naar 30,81% bij de variant "MHK 4% met continue variabele". Op de overige beoordelingsmaatstaven presteren de drie MHK-varianten wisselend. Over het algemeen is de aansluiting van netto normatieve vergoedingen op de feitelijke kosten bij geen van de MHK-varianten beter dan bij de 'beste' HRV-variant. De variant MHK 4% als dummies op residuen resulteert in een relatief slechte aansluiting tussen normatieve vergoedingen en feitelijke kosten op subgroepniveau. Dit houdt verband met de relatief grote spreiding in kosten binnen de groep MHK-verzekerden.

Op verevenende werking presteert de HRV-variant met een poolomvang van 6% logischerwijs beter dan HRV 4%. Ook bij de andere varianten zal een uitbreiding van 4% naar 6% altijd een verbetering opleveren.

Een verhoging van de HKV-drempel leidt (bij de variant HRV 4%) op subgroep- en verzekeraarsniveau tot een iets mindere aansluiting van de netto normatieve vergoedingen op de feitelijke kosten. Bij een HKV-drempel van 60.000 euro presteert HRV 4% op basis van de meeste beoordelingsmaatstaven nog steeds beter dan bij het vereveningsmodel 2010 met een HKV-drempel van 22.500 euro (WOR 517, tabel 20). Een verhoging van de HKV-drempel leidt tot een forse toename van de standaarddeviatie van het netto resultaat op individuniveau.

In het najaar van 2010 zal een vervolgonderzoek naar HRV/MHK plaatsvinden. Vóórdat dit vervolgonderzoek van start zal gaan, zal het aantal te onderzoeken varianten teruggebracht worden. Naast verevenende werking, zullen prikkelwerking en uitvoeringsaspecten meewegen bij de selectie van de varianten. Het vervolgonderzoek zal de basis zijn van een definitief besluit over toevoeging van HRV of MHK aan het uitgangsmodel voor de Overall Toets 2012.

De WOR adviseert om specifiek voor HRV/MHK een beoordelingskader uit te werken waarin naast verevenende werking ook andere criteria worden meegenomen bij de beoordeling van de varianten. In principe is voor de beoordeling van aanpassingen van het ex ante risicovereveningsmodel reeds een toetsingskader opgesteld (WOR 461). Het beoordelingskader dient als aanvulling op dit toetsingskader.

## **6 Verslag van werkzaamheden onderzoek naar representativiteit onderzoeksgegevens**

Binnen het WOR-onderzoeksprogramma zijn twee onderzoeken uitgevoerd die gerelateerd zijn aan de representativiteit van gegevens voor het onderzoek. Deze onderzoeken hebben betrekking op schadelastverschuiving als gevolg van DOT en de balansposten in de ziekenhuiszorg.

### **6.1 Schadelastverschuiving DOT**

Begin 2010 is de brief 'Waardering voor betere zorg IV' over de toekomst van de ziekenhuisbekostiging naar de Tweede Kamer gestuurd. Onderdeel van de brief is de invoering van DOT (DBC's Op weg naar Transparantie). De huidige DBC-structuur met 30.000 DBC's zou vervangen worden door circa 3.000 DOT-zorgproducten.

Het vervangen van de DBC-prestatie door een DOT-zorgproduct leidt mogelijk tot schadelastverschuivingen. Het is van belang dat deze schadelastverschuivingen voorspeld kunnen worden. Om de declaraties 2008 representatief te kunnen maken voor de berekening van de normbedragen 2011, is dit onderzoek uitgevoerd.

Het doel van het uit te voeren onderzoek is om na te gaan of een schadelastverschuiving optreedt ten gevolge van de invoering van DOT. Het onderzoek moet inzichtelijk maken hoe de schade verschuift tussen de in het risicovereveningsmodel onderscheiden risicogroepen.

In het onderzoek is met de kostengegevens ziekenhuiszorg 2007 gewerkt, die eerder ook gebruikt zijn voor de Overall Toets 2010 (WOR 467). Om de schadelastverschuiving ten gevolge van de invoering van DOT in kaart te brengen, zijn de originele DBC-declaraties geconverteerd naar (fictieve) DOT-zorgproducten, gesplitst naar de drie deelbedragen en representatief gemaakt voor 2011<sup>10</sup>. Bij de conversie is gebruik gemaakt van een door DBC-Onderhoud ontwikkelde landelijke (kans-)conversietabel (uitlevering RS04). De nieuwe kosten ziekenhuiszorg op basis van DOT-prijzen zijn op niveau van de vereveningscriteria vergeleken met de originele kosten op basis van DBC-prijzen

Op macroniveau zijn de totale kosten in termen van DOT-prijzen ongeveer gelijk met de kosten in de WOR-bestanden. Dit is niet conform de verwachting aangezien beide bestanden door de conversie verschillende uitgangspunten hebben. De WOR-bestanden bevatten bijvoorbeeld een ophoging voor balansposten en kosten van intramuraal verstrekte dure geneesmiddelen, terwijl dat op basis van DOT-uitgangspunten niet het geval is.

Bij specifieke groepen verzekerden zijn effecten te zien die duiden op een schadelastverschuiving. De verwachting dat ouderen hogere kosten zouden krijgen is slechts deels uitgekomen. De schadelast neemt toe voor 0-jarigen en voor verzekerden van 85 jaar en ouder. De groep ouderen van 65 tot 80 toont echter niet het verwachte effect. Hier is eerder een daling te zien. Voor hogere DKG- en FKG groepen daalt de schadelast.

De onderzoekers bevelen aan nader onderzoek te doen naar leeftijd, FKG en DKG om te bepalen in welke mate deze verschuivingen toe te schrijven zijn aan het gebruik van landelijke conversies. Ook zijn er vermoedens dat het uitmaakt in welk type ziekenhuizen verzekerden worden opgenomen. In academische ziekenhuizen is de zorg gemiddeld zwaarder en dat zou inhouden dat verzekerden gemiddeld in een 'zwaarder' DOT-

---

<sup>10</sup> Het betreft hier de situatie 2011, wanneer DOT daadwerkelijk ingevoerd zou zijn geworden.

zorgproduct komen dan in perifere ziekenhuizen. Deze stelling kan getoetst worden als er een ziekenhuistype specifieke conversietabel wordt gebruikt. Ook de begeleidingscommissie bij het onderzoek heeft aangegeven dat het noodzakelijk is om een meer gedetailleerd inzicht te krijgen naar leeftijd en ziekenhuistype.

Inmiddels is de invoering van DOT per 2011 uitgesteld. Het onderzoek heeft goede informatie opgeleverd over de (on)mogelijkheden van een conversie van DBC's naar DOT en is een belangrijke tussenstap voor invoering van DOT in 2012. Het is noodzakelijk om een vervolgonderzoek te laten uitvoeren voor het risicovereveningsmodel van 2012. Mogelijk kan een leeftijd- en instellingstype-specifieke conversietabel hierbij meer inzicht bieden in de te verwachten effecten, zodat de representativiteit van de onderzoeksgegevens voldoende nauwkeurig zal zijn. In overleg met DBC-onderhoud zal bepaald worden of het construeren van een meer gedetailleerde conversietabel mogelijk is.

## **6.2 Balansposten**

Het ramen van balansposten<sup>11</sup> ziekenhuiszorg door verzekeraars gaat gepaard met onzekerheid. Uit WOR-onderzoek is gebleken dat (te) hoge of lage balansposten niet plausibele onderzoeksresultaten kunnen opleveren. Dit geeft vooral een vertekening op de verevenende werking op verzekeraarsniveau. De WOR heeft aangegeven dat dit onwenselijk is.

Het doel van dit onderzoek is inzicht te bieden in de onzekerheidsmarges bij de balansposten, zodat het in de toekomst mogelijk wordt om de plausibiliteit van de geraamde balansposten te beoordelen. Onregelmatigheden kunnen zo eerder worden gesignaleerd en in overleg met de verzekeraars worden verholpen.

De voor WOR-onderzoek *geraamde* balansposten zijn geanalyseerd op drie onderdelen: een vergelijking 2006 en 2007; een vergelijking zeven en acht kwartalen (t.b.v. Herijking respectievelijk Overall Toets) en de spreiding van de balansposten tussen de zorgverzekeraars onderling.

Ook is gekeken naar de uiteindelijke 'gerealiseerde' balansposten (bij zeven en acht kwartalen), die gebaseerd zijn op de uitgedeclareerde geboekte kosten bij twaalf kwartalen. De analyse van de gerealiseerde balansposten geeft een beeld van de werkelijke gemiddelden en geeft aan wat de werkelijke spreiding in de balansposten bij zeven en acht kwartalen is.

Uit het onderzoek blijkt dat er een grote spreiding is in de hoogte van de balansposten. De balanspost wordt in procenten van de totale schadelast uitgedrukt. De laagste balanspost bedraagt 5,2% de hoogste 35%. In 2006 is de spreiding aanzienlijk groter dan in 2007. Dit wordt veroorzaakt door enkele uitschieters in de balansposten van verzekeraars in 2006. Deze uitschieters zijn het gevolg van foutief of onvolledig aangeleverde gegevens. In 2007 is er een minder grote spreiding. De vergelijkbaarheid tussen beide jaren is hierdoor minder goed.

Uit een vergelijking met realisatiecijfers op basis van 12 kwartalen, blijken de balansposten voor het WOR-onderzoek op kostengegevens 2007 (vereveningsmodel 2010) aan de hoge kant te zijn. De meeste zorgverzekeraars hebben hun schadelast overschat en in een derde van de gevallen bedraagt de overschatting meer dan 3%-punt.

Uit de analyse van realisatiecijfers blijkt dat de balansposten in 2007 structureel lager liggen dan in 2006. De gemiddelde balanspost neemt van 2006 op 2007 bij zeven

<sup>11</sup> De balanspost is het verschil tussen geboekte en totaal geraamde schadelast.

kwartalen af van 10,2% naar 7,4%. Voor acht kwartalen nam de balanspost af van 5,0% naar 2,8%. Dit is waarschijnlijk gevolg van een versnelling in het declaratieproces van 2006 op 2007; na zeven en acht kwartalen is er relatief meer schade verwerkt.

Uit het onderzoek kan worden geconcludeerd dat de geraamde balansposten in 2007 een meer consistent beeld lieten zien dan in 2006. De onderzoekers concluderen verder dat de ramingen die verzekeraars maken en die in het WOR-onderzoek gebruikt worden in de meeste gevallen hoger zijn dan de realisatie na 12 kwartalen. Hierbij speelt een rol dat het in de eerste jaren van de DBC-systematiek niet altijd eenvoudig was een kostenraming te maken. Er waren bijvoorbeeld relatief weinig ervaringcijfers beschikbaar, waardoor ramingen mogelijk meer prudent waren.

De resultaten van dit onderzoek zullen een handvat vormen bij de toekomstige beoordeling van de kwaliteit van de kostenramingen en balansposten in onderzoeken waarin gebruikgemaakt wordt van (gesplitste) kosten ziekenhuiszorg. Voor de beoordeling zijn twee criteria geformuleerd. Ten eerste heeft het onderzoek onder- en bovengrenzen opgeleverd die in het vervolg als signaalfunctie voor (in)plausibiliteit van opgegeven balansposten kunnen dienen. Ten tweede wordt bij de beoordeling van balansposten uit een bepaald jaar gekeken wat de afwijking is met de balanspost uit een jaar eerder. Wanneer het verschil groter is dan 4%-punt dan is dit een signaal om de balanspost nader te onderzoeken.

De resultaten van het onderzoek zijn dit jaar gebruikt in de beoordeling van de balansposten bij de onderzoeksgegevens over 2008, die ten grondslag liggen aan het Herijkingsonderzoek. Op basis van de geformuleerde criteria kon een groot deel van de onzekere balansposten gesignaleerd worden. Het was echter niet meer mogelijk om tijdig in het Herijkingsonderzoek verbeteringen te realiseren, waardoor pas in de Overall Toets gerekend kon worden met plausibele balansposten.