



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bylage 1

2012-08-30

WOR-advies en verslag van werkzaamheden

WOR 622

Van	Wergroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR)
Betreft	Advies aan de minister van VWS over de vormgeving van de risicoverevening 2013
Datum	30 augustus 2012

1 Inleiding

Voor u ligt het verslag van werkzaamheden en het advies van de werkgroep onderzoek risicoverevening (WOR) over de vormgeving van het ex ante vereveningsmodel 2013. 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 het adviseren van de minister van VWS over de technische verbetermogelijkheden van het ex ante risicovereveningsmodel.

In de eerste helft van 2012 is een aantal onderzoeken afgerond, die van belang zijn voor de vormgeving van het ex ante risicovereveningsmodel 2013 en later. Ten behoeve van het risicovereveningsmodel 2013 zijn de volgende - jaarlijks terugkerende - onderzoeken uitgevoerd: onderzoek ter verbetering van de representativiteit van de kosten van ziekenhuiszorg, het Herijkingsonderzoek 2012 en de Overall Toets 2013. Daarnaast is onderzoek gedaan naar verbeteringen van het vereveningsmodel voor de geneeskundige Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en het model voor het verplicht eigen risico, invoering van een vereveningscriterium o.b.v. AWBZ-indicaties, groot onderhoud op de Diagnosekostengroepen (DKG's), de FKG's van het GGZ-model en onderhoud op het vereveningscriterium meerjarig hoge kosten (MHK).

Op basis van de resultaten van deze onderzoeken komt de WOR tot het voorliggende advies. In dit advies zijn ook aanbevelingen voor vervolgonderzoek opgenomen.

2 Advies

2.1 Inleiding

In het onderzoeksprogramma 2011-2012 werkt de WOR toe naar de vaststelling van het ex ante risicovereveningssysteem 2013 en de bijbehorende normbedragen voor de somatische zorg, geneeskundige GGZ en de eigen betalingen onder het verplicht eigen risico. Het eerste deel van het onderzoeksprogramma richt zich op onderzoeken naar de beschikbaarheid en de kwaliteit van de meest recente gegevens, het representatief maken van de gegevens voor het vereveningsjaar en mogelijke verbeteringen aan de ex ante vereveningsmodellen voor de somatische zorg, de geneeskundige GGZ en het verplicht eigen risico. Na afloop van deze onderzoeken geeft de WOR een advies over de vormgeving van deze modellen. Deze modellen worden doorgerekend in de Overall Toets 2013.

Samengevat adviseert de WOR dat ex ante risicoverevening 2013 voor de somatische zorg, de geneeskundige GGZ en het model voor het verplicht eigen risico is gebaseerd op de uitgangsmoedellen zoals deze in de Overall Toets zijn doorgerekend.

2.2 Overall Toets 2013

2.2.1 Somatische zorg

De WOR constateert dat de kostengegevens 2010 zo goed mogelijk representatief gemaakt zijn voor 2013. De volledigheid van de gegevens is toegenomen naar 98,5% dekking en de kwaliteit van de data is ongeveer gelijk gebleven ten opzichte van 2012. In het uitgangsmoedel 2013 dat is doorgerekend in de Overall Toets worden de DKG's (uitbreiding niet-klinische behandelingen), MHK (opschoning klasse twee jaar hoge kosten) en de FKG's (vervallen één FKG) aangepast. Er treden wijzigingen op in de normbedragen voor leeftijd/geslacht, FKG's, DKG's en MHK die plausibel zijn en verklaard kunnen worden door wijzigingen in het vereveningsmoedel en de kostenstructuur. Het vereveningsmoedel is daarmee robuust.

Wel moet opgemerkt worden dat met name door de toewijzing van deels onvoorspelbare (en op individuniveau hoge) kosten van Intensive Care (IC) aan de variabele kosten medisch-specialistische zorg de voorspelkracht van het vereveningsmoedel voor dit deelbedrag afneemt.

De WOR constateert dat door de aanpassingen in het vereveningsmoedel 2013, los van de wijzigingen in kostenstructuur (overheveling Intensive Care, dure geneesmiddelen), het vereveningsmoedel technisch en inhoudelijk verbetert. Met name de verbreding van de DKG's naar poliklinische behandelingen en dagopnamen levert een compensatie voor meer verzekerden met specifieke chronische aandoeningen.

2.2.2 Geneeskundige GGZ

Het databestand van 2010 waarmee in de Overall Toets 2013 is gerekend bevat informatie van alle verzekeraars (inclusief die van de volmachten). De schadegegevens zijn representatief gemaakt door per geleverde prestatie voor alle instellingen eenzelfde tarief per productsoort 2010 als schadebedrag te nemen. Door te modelleren op basis van landelijke tarieven worden regionale verschillen niet meegewogen terwijl deze er mogelijk wel zullen zijn. Deze regionale verschillen zullen deels verklaard worden door een verschil in zorgzwaarte van de patiënten. Om te bepalen of iemand voldeed aan de kostendrempels in t-1 is gebruik gemaakt van de kosten per verzekerdenbestanden 2009 (CVZ). De kosten per verzekerde zijn in dit bestand zo goed mogelijk gecorrigeerd voor

opbrengstverrekening. Dit brengt echter wel met zich mee dat regionale verschillen, die deels worden veroorzaakt door verschillen in zorgzwaarte, niet worden meegewogen.

In het vereveningsmodel GGZ zijn twee FKG's opgesplitst (FKG psychose en FKG bipolaire stoornis). Door deze splitsing is een groep gebruikers afgesplitst met complexere problematiek die leidt tot hogere voorspelbare kosten. Dit resulteert in de volgende zeven FKG's in het GGZ model: bipolair regulier, bipolair complex, psychose, psychose depot, ADHD, chronische stemmingsstoornis en verslaving.

De WOR constateert dat de verklaringskracht van het voorgestelde vereveningsmodel voor 2013 (vóór HKC) is verbeterd, die met name zichtbaar is in de stijging van de verklaringskracht op individuniveau en de flinke daling van de bandbreedte in de resultaten op verzekeraarsniveau. Ná HKC zijn de verbeteringen ten opzichte van vorig jaar beperkt.

De verbetering is met name het gevolg van het gebruik van de nieuwe kostengegevens 2010 en de aanpassingen die gedaan zijn om deze representatief te maken voor 2013. Hierdoor is de invloed van extreem hoge kosten, die in het verleden voorkwamen door zeer hoge (opbrengst)verrekeningen, substantieel afgenomen. Ook de opsplitsing van de FKG's psychose en bipolaire stoornis naar groepen met lichtere en complexere problematiek heeft (weliswaar in beperkte mate) bijgedragen aan een verbeterde verklaringskracht.

De WOR adviseert de ingeslagen weg, om de verwerking van opbrengstverrekening achterwege te laten, in de toekomstige jaren te vervolgen. Aangezien voor het vereveningsjaar 2014 de opbrengstverrekening niet meer relevant is (ook niet voor LDR en HDR), lijkt dit ook een logische keuze. Door de bemoedigende resultaten uit Herijkingsonderzoek, verwacht de WOR dat volgend jaar verdere verbetering van het model mogelijk is door invoering van psychische DKG's. De WOR adviseert om naast onderzoek naar de DKG's ook in te zetten op onderzoek naar een mogelijke vertaling van het verschil in zorgzwaarte van cliënten in de risicoverevening.

2.3 Onderzoeksgegevens 2010

2.3.1 Herijkingsonderzoek somatische zorg 2012

In het Herijkingsonderzoek somatische zorg wordt het risicovereveningsmodel 2012 opnieuw geschat op de nieuwe kosten- en verzekerdengegevens uit 2010. De WOR concludeert dat de volledigheid van de onderzoeksgegevens is toegenomen. Ten opzichte van eerdere jaren constateert de WOR meer verschuivingen in de normbedragen voor vereveningscriteria FKG, DKG en MHK. Dit wordt veroorzaakt door de overheveling van TNF-alfa-remmers van het farmaceutische naar het ziekenhuiskader. Ondanks de (verklaarbare) verschuiving in de normbedragen vertonen de normatieve kosten (verwachte bijdragen op verzekerdenniveau) een stabiel patroon over jaren. Dit duidt erop dat het vereveningsmodel robuust is.

Door het gebruik van de nieuwe 2010-gegevens neemt de verklaringskracht van het model af. Vooral de (verevenings)resultaten op verzekeraarsniveau vertonen grotere verschuivingen in vergelijking met vorig jaar. Dit heeft deels te maken met onzekerheden in de balansposten van verzekeraars.

De overheveling van twee groepen dure geneesmiddelen (groeihormonen en dure oncolytica) per 2013 maakt het niet noodzakelijk dat de vormgeving van de FKG's wordt aangepast.

De WOR constateert dat de overheveling van TNF-alfa-remmers per 2012 tot gevolg heeft dat in het Herijkingsonderzoek de normbedragen voor twee FKG's negatief worden (in de Overall Toets geldt dit nog maar één FKG). Dit is het gevolg van de samenhang tussen de vereveningscriteria DKG, FKG en MHK. De WOR concludeert dat ondanks de negatieve normbedragen de vormgeving van FKG's in het vereveningsmodel 2013 niet hoeft te worden aangepast. De normatieve kosten voor verzekerden met deze FKG's zijn gemiddeld genomen positief en stabiel.

Consequentie van de overheveling van de TNF-alfa-remmers per 2012 is daarnaast dat de FKG reuma TNF-alfa-remmers in het vereveningsmodel 2013 niet meer is te operationaliseren. Er zijn geen extramurale declaraties meer, deze FKG vervalt.

2.3.2 Representativiteit kostengegevens ziekenhuiszorg

In het onderzoeksprogramma 2011-2012 zijn twee onderzoeken uitgevoerd om kostengegevens ziekenhuiszorg representatief te maken. Als eerste worden kosten 2010 representatief gemaakt voor het Herijkingsonderzoek 2012 (paragraaf 5.1). Vervolgens worden kosten 2010 representatief gemaakt voor de Overall Toets 2013 (paragraaf 5.2).

De WOR concludeert dat eerder ontwikkelde systematiek om de kosten ziekenhuiszorg 2010 representatief te maken voor 2013 verbeterd is ten opzichte van 2012. In verband met de invoering van prestatiebekostiging per 1 januari 2012, is er een vertaling (conversie) van dbc's naar dbc-zorgproducten uitgevoerd en is het vrije segment uitgebreid naar circa 70%. Bovendien zijn kosten van ziekenhuiszorg toegedeeld naar de vier deelbedragen die in 2012 worden onderscheiden: "kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment", "variabele kosten ziekenhuiszorg", "vaste kosten ziekenhuiszorg" en "kosten van overige prestaties".

De WOR concludeert dat de kostengegevens 2010 zo goed mogelijk representatief gemaakt voor 2013. Ten opzichte van vorig jaar is er minder onzekerheid over de representativiteit van de gegevens van de gehanteerde conversietabel. Ook zijn patronen (o.a. de schadelastverschuiving) vergelijkbaar met eerder onderzoek en kan worden beschikt over een verbeterde productstructuur en prijzen/tarieven. Wel merkt de WOR op dat een toets van aldus gesimuleerde kostenpatronen op de werkelijkheid pas over enkele jaren kan plaats vinden.

De WOR adviseert dat de deelbedragen variabele kosten van ziekenhuiszorg en kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment in de risicoverevening 2013 worden samen gevoegd tot één deelbedrag.

2.3.3 Herijkingsonderzoek geneeskundige GGZ 2012

Dit jaar is wederom geen klassiek Herijkingsonderzoek uitgevoerd, maar is onderzoek verricht dat is gericht op het vergroten van voorspelbaarheid van de kosten door toevoeging of een verbetering van de vereveningskenmerken. Tijdens dit onderzoek is voor de doorrekeningen gebruik gemaakt van het WOR bestand voor de Overall Toets 2012. Dit bestand is gebaseerd op schadegegevens 2009.

2.4 Nieuwe criteria en onderhoud van bestaande criteria

In het kader van het onderzoeksprogramma 2011-2012 is een aantal onderzoeken uitgevoerd dat is gericht op de verbetering van het ex ante risicovereveningsmodel door verbetering van een bestaand criterium of de toevoeging van een nieuw criterium.

2.4.1 Nieuwe vereveningscriterium gebaseerd op AWBZ-indicaties

De WOR concludeert dat uit het kwalitatieve onderzoek naar een vereveningscriterium gebaseerd op AWBZ-indicaties blijkt dat er voldoende basis is om een kader te ontwikkelen op basis waarvan indicaties geselecteerd kunnen worden die samenhangen met de gezondheidstoestand van verzekerden. Het onderzoek heeft de aanzet tot een conceptueel kader voor indicaties Verpleging en Verzorging (V&V) opgeleverd. De WOR stelt vast dat de doorlooptijd van het onderzoek echter te kort was om met een goed uitgewerkt voorstel voor een AWBZ-indicator voor alle AWBZ sectoren te komen.

De WOR concludeert dat het kwantitatieve onderzoek naar een model met een indicator gebaseerd op een V&V AWBZ indicatie nog niet heeft geleid tot de verwachte modelverbetering. De resultaten op verzekerdeniveau zijn niet overtuigend, en de effecten op verzekeraarsniveau zijn niet voldoende te duiden.

De WOR adviseert om geen AWBZ-indicator op te nemen in het vereveningsmodel 2013 en om vervolgonderzoek te doen naar het operationaliseren van een AWBZ-indicator.

2.4.2 Groot onderhoud DKG's

De WOR concludeert dat de DKG's ook op basis van DOT-informatie kunnen worden geoperationaliseerd. Bovendien adviseert de WOR een viertal nieuwe diagnoses toe te voegen: hemofilie, slaapapneu, nierziekten bij kinderen, en shuntchirurgie ten behoeve van nierlijden.

De WOR adviseert op basis van medisch inhoudelijke argumenten om *alle* niet-klinische diagnoses toe te voegen en deze bovendien samen te voegen met hun klinische tegenhangers. Hierop is één uitzondering, vanwege prikkelwerking is besloten dat 'consult-dbc's' niet worden meegenomen. Per saldo levert de nieuwe vormgeving van de DKG's een verbetering van de aansluiting tussen verwachte en de feitelijke kosten op alle niveaus, ten opzichte van de huidige vormgeving. Het grootste deel van de verbetering van de verevenende werking komt voor rekening van de toevoeging van de vier nieuwe diagnoses.

2.4.3 Onderhoud MHK

De WOR adviseert om in het MHK-criterium de klasse met verzekerden die twee jaar hoge kosten (de zogenaamde groep "nee-ja-ja") gedeeltelijk te schonen voor verzekerden die niet chronisch ziek zijn. De aanpassing houdt in dat de klasse wordt ingeperkt tot verzekerden die de twee voorafgaande jaren hoge kosten in de top-10% hebben. Nu is dat nog twee jaar in de top-15%. Door deze aanpassing neemt de verevenende werking nauwelijks af, ten opzichte van het huidige model.

2.4.4 Groot onderhoud FKG's GGZ

De WOR adviseert de aanpassingen aan de FKG indeling volgend uit het groot onderhoud FKG's over te nemen. Dit betekent dat een tweetal FKG's worden opgesplitst (FKG psychose en FKG bipolaire stoornis). Door deze splitsing is een groep gebruikers afgesplitst met complexere problematiek die leidt tot hogere voorspelbare kosten. Dit resulteert in de volgende zeven FKG's in het GGZ model: bipolair regulier, bipolair complex, psychose, psychose depot, ADHD, chronische stemmingsstoornis en verslaving.

2.5 Herijking normatief model verplicht eigen risico

De WOR concludeert dat het huidige normatieve model voor het verplichte eigen risico iets minder adequaat functioneert bij hogere eigenrisicobedragen. Reden hiervoor is dat het percentage verzekerden met een FKG dat zijn eigen risico volmaakt afneemt, bij een toenemend eigen risico. Er zijn vier alternatieve modellen doorgerekend. Deze

alternatieven leveren een beperkte verbetering van de verevenende werking op, ongeacht de hoogte van het verplicht eigen risico. De WOR concludeert dat inhoudelijk gezien de voorkeur uitgaat naar een eigenrisicomodel waarin rekening wordt gehouden met groepen chronische zieken. Dus, een variant waarin naast FKG'ers, ook DKG'ers en MHK'ers worden uitgesloten van het eigenrisicomodel. Er zijn twee alternatieven doorgerekend waarin dit het geval is. Van deze twee varianten levert de variant waarin voor elk van de zeven combinaties van FKG'ers, DKG'ers en MHK'ers vaste, forfaitaire bedragen worden gehanteerd (combinatie-variant) de beste aansluiting tussen de verwachte en werkelijke eigen betalingen vanwege het verplicht eigen risico. Het nadeel van deze variant is dat deze qua uitvoering complexer is dan het huidige eigenrisicomodel.

Naar aanleiding hiervan is een extra variant uitgewerkt en doorgerekend waarin ook FKG'ers, DKG'ers en MHK'ers uitgesloten worden van het eigenrisicomodel. Deze variant is uitvoeringstechnisch eenvoudiger. Voor deze verzekerden wordt echter één vast forfaitair bedrag gehanteerd ter hoogte van de gemiddelde eigen betaling onder het verplicht eigen risico. Deze variant levert een beperkte verbetering van de verevende werking op, ongeacht de hoogte van het verplicht eigen risico en is daarnaast goed uitvoerbaar. De WOR adviseert dat deze laatste variant het uitgangmodel wordt voor 2013.

2.6 Aanbevelingen onderzoeksrichtingen volgend onderzoeksjaar

De WOR beveelt aan om in het volgende onderzoeksjaar naast de jaarlijks terugkerende onderzoeken in ieder geval aandacht te besteden aan:

- Verbeteren vereveningsmodel geneeskundige GGZ
 - Ontwikkeling psychische DKG's
 - Onderzoek duurste cliënten
 - Meerjarige hoge kosten GGZ
 - Rekeninghouden met zorgvraagzwaarte
- Een vereveningscriterium o.b.v. AWBZ-indicaties
 - Kwalitatief kader
 - Kwantitatieve analyses
- Een groot onderhoud op de criteria AvI/SES
 - Reguliere onderhoudsvragen
 - Samenhang AVI en SES
 - Regionaal instituut voor begeleid zelfstandig wonen (RIBW)
- Samenhang tussen verschillende morbiditeitscriteria
- Representatief maken van de kosten Geriatrische Revalidatiezorg

3 Resultaten Overall Toets vereveningsmodel 2013

3.1 Overall Toets somatische zorg 2013

3.1.1 Onderzoeksgegevens 2010

Gegevens kenmerken en algemeen

Het databestand van 2010 waarmee in de Overall Toets 2013 is gerekend bevat informatie over 16,1 miljoen verzekerdenjaren. De volledigheid van het databestand is met circa 0,8 miljoen verzekerdenjaren toegenomen, waaronder de gegevens van circa 650.000 volmachtverzekerden. Er heeft vervolgens een herweging naar de gehele Nederlandse bevolking plaatsgevonden. Hierdoor zijn de onderzoeksgegevens representatief, met betrekking tot de samenstelling verzekerdenpopulatie.

De kwaliteit van de onderliggende basisgegevens is gelijk gebleven ten opzichte van vorig jaar. Waarbij opgemerkt moet worden voor een klein deel van de volmachtverzekerden en voor een groep nuljarigen een modelmatige splitsing van ziekenhuiskosten is toegepast. Voor het MHK-vereveningscriterium is geen simulatie meer nodig voor de 6% verzekerden met deels onbekende kostenhistorie. In het Herijkingsonderzoek werden de resultaten beïnvloed door balansposten voor ziekenhuiszorg. Voor een aantal verzekeraars zijn deze aangepast.

Ziekenhuiszorg

In 2012 is de prestatiebekostiging in de ziekenhuiszorg ingevoerd. Dit heeft ook navolging gehad is de risicovereeniging. Historische kosten ziekenhuiszorg moeten daarom representatief worden gemaakt voor de nieuwe situatie en worden toegedeeld naar deelbedragen:

- In de Overall Toets zijn de kostengegevens ziekenhuiszorg gebaseerd op acht kwartalen, waarbij een conversie van dbc's 2010 naar zorgproducten 2013 is gemaakt. Hierin zijn de meest recente inzichten m.b.t. de DOT-productstructuur (inclusief prijzen/tarieven) verwerkt en heeft een ophoging voor balansposten plaatsgevonden (zie paragraaf 5.1). Met deze bewerkingen zijn de kostengegevens 2010 zo goed mogelijk representatief gemaakt voor 2013. Ten opzichte van vorig jaar is er minder onzekerheid over de representativiteit van de gegevens van de gehanteerde conversietabel.

Voor de risicovereeniging van 2012 is vorig jaar ook een nieuwe wijze van toedeling van kosten ziekenhuiszorg naar de verschillende deelbedragen toegepast. In 2013 zijn opnieuw enkele wijzigingen doorgevoerd: Er worden nog maar twee deelbedragen voor ziekenhuisverpleging en medisch-specialistische zorg onderscheiden. De risicodragende kosten worden aangeduid als deelbedrag "variabele kosten van medisch-specialistische zorg" (kortweg: *variabele kosten*). Daarnaast wordt een deelbedrag "vaste zorgkosten" (kortweg: *vaste kosten*) onderscheiden. De kosten voor opnames op de Intensive Care (IC) en de kosten van hemostatica voor behandeling van hemofiliepatiënten worden in 2013 toebedeeld aan de variabele kosten. In 2012 werden deze kosten nog als vaste kosten aangemerkt. Hierdoor nemen de variabele (risicodragende) ziekenhuiskosten toe met ruim 1 miljard euro.

Uiteindelijk is 93% van de ziekenhuiskosten toebedeeld aan het deelbudget variabele kosten, 3% aan de vaste kosten en 4% van de kosten (eerstelijnsdiagnostiek) is aan

overige prestaties toebedeeld. In deze percentages zijn de kosten van add-ons, expertproducten en de geriatrische revalidatiezorg niet meegenomen; deze vallen onder de vaste kosten, waardoor het percentage vast binnen het totaal aan kosten ziekenhuiszorg in de praktijk wat hoger zal worden.

Overige prestaties

In de Overall Toets is – evenals in het Herijkingsonderzoek – gewerkt met kostengegevens overige prestaties over zeven kwartalen. Ook deze kosten zijn representatief gemaakt voor 2013. Een aantal (voorgenomen) pakket- en beleidsmaatregelen uit 2011, 2012 en 2013, is verwerkt in de kostengegevens 2010:

Maatregelen per 1/1/2011 en 1/1/2012:

- Bij fysiotherapie wordt de vergoeding aangepast: vanaf 2012 zullen de eerste 20 behandelingen bij verzekerden van 18 jaar en ouder voor eigen rekening komen en bovendien is ook de vergoeding voor fysiotherapie voor hartaandoeningen en reumatische aandoeningen geheel vervallen. Daarnaast zijn de volgende aanspraken vervallen: anticonceptiepillen voor 21 jaar en ouder, tandheelkunde voor 18 t/m 21 jaar, dieetadvisering en maagzuurremmers voor niet chronische gebruikers.
- De TNF-alfa-remmers worden overgeheveld van het geneesmiddelenkader (overige prestaties) naar het ziekenhuiskader (vaste kosten).

Maatregelen per 1/1/2013:

- De dieetadvisering wordt vergoed (tot maximaal drie uur), de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen gaan uit het pakket en de vruchtbaarheidsbehandelingen (o.a. IVF, IUI en ICSI) voor vrouwen van 43 jaar en ouder worden niet meer vergoed.
- De extramurale geneesmiddelen dure oncolytica en groeihormonen worden overgeheveld van het geneesmiddelenkader naar het ziekenhuiskader. Deze kosten worden toegerekend aan respectievelijk de vaste en de variabele kosten.

De pakket- en beleidsmaatregelen (inclusief de maatregelen die reeds in het Herijkingsonderzoek zijn verwerkt¹) hebben een neerwaarts effect op de kosten overige prestaties. In totaal wordt circa 980 miljoen euro gecorrigeerd (verwijderd) in de kostencijfers 2010, waarvan circa 520 miljoen euro voor TNF-alfa-remmers, dure oncolytica en groeihormonen. Circa 730 miljoen euro aan eerstelijnsdiagnostiek wordt aan de overige prestaties toegevoegd, zodat de daling van het deelbedrag overige prestaties per saldo 250 miljoen euro bedraagt (circa 16 euro per verzekerde).

De WOR concludeert dat de kostengegevens 2010 zo goed mogelijk representatief zijn gemaakt. Verschillende pakket- en beleidsmaatregelen, waaronder de invoering van prestatiebekostiging, zijn op verzekerdeniveau verwerkt. Uiteindelijk resulteert dit in een onderzoeksbestand met kosten (gemiddeld per verzekerde) overige prestaties van 687 euro, variabele kosten 1016 euro en vaste kosten 61 euro^{2,3}.

¹ De kosten van overige prestaties zijn gecorrigeerd voor een drietal pakketmaatregelen per 1/1/2011. Tandheelkunde voor 18 t/m 21 jaar en de anticonceptiepillen voor 21 jaar en ouder worden niet meer vergoed. Daarnaast zal bij de fysiotherapie niet de eerste 9, maar de eerste 12 behandelingen voor eigen rekening van de verzekerden van 18 jaar en ouder komen.

² De vaste kosten zullen in de praktijk hoger uitvallen door het ontbreken van kosten voor verschillende add-ons, expertproducten en de geriatrische revalidatiezorg.

³ Ongeveer de helft van deze vaste kosten hebben betrekking op de kosten voor TNF-alfa-remmers en dure geneesmiddelen.

3.1.2 Wijzigingen vereveningsmodel somatische zorg

De minister heeft op advies van de WOR besloten het vereveningsmodel somatische zorg op de volgende punten te wijzigen:

- De vormgeving van de DKG's wordt aangepast. Er worden vier nieuwe diagnosegroepen onderscheiden: hemofilie, slaapapneu, nierziekten bij kinderen, en shuntchirurgie ten behoeve van nierlijden. Bovendien worden de DKG's per 2013 mede gebaseerd op diagnose-informatie van niet-klinische behandelingen (uitgezonderd zorgproducten die 'Lichte behandeling op de polikliniek' betreffen).
- De klasse twee voorafgaande jaren hoge kosten (de zogenaamde klasse "nee-ja-ja") binnen het vereveningscriterium MHK is beperkt tot verzekerden die in zowel jaar t-1 als jaar t-2 met hun kosten tot de top-10% behoorden (in plaats van tot de top-15%).
- Bij de FKG's is op grond van een regulier onderzoek van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) een aanpassing van het referentiebestand doorgevoerd. Daarnaast is de FKG reuma o.b.v. TNF-alfa-remmers vervallen, omdat het met ingang van 2012 niet meer mogelijk is om deze verzekerden te identificeren op basis van extramurale declaraties.

De schattingen van het vereveningsmodel in de Overall Toets zijn uitgevoerd in twee stappen om de effecten van de verschillende aanpassingen te kunnen onderscheiden. Als eerste zijn de wijzigingen die reeds in het Herijkingsonderzoek zijn onderzocht (WOR 615, hoofdstuk 5, 6 en 7), gecombineerd doorgerekend. Als tweede zijn de nieuwe kostengegevens ziekenhuiszorg (acht kwartalen, representatief voor 2013) verwerkt, zijn verschillende pakketmaatregelen per 2013 verwerkt en zijn de aanpassingen bij de FKG's doorgevoerd.

3.1.3 Effecten wijzigingen in model en kostenstructuur

- *Veranderingen eerste modelschatting: tussenvariant*

Als eerste zijn de modelaanpassingen voor DKG's (zie paragraaf 4.2) en MHK doorgevoerd (zie paragraaf 4.3) en is de overheveling dure oncolytica en groeihormonen doorgevoerd. De gecombineerde effecten worden doorgerekend op het onderzoeksbestand uit het Herijkingsonderzoek (zie paragraaf 6.1) waarin de onderliggende ziekenhuisgegevens nog gebaseerd zijn op zeven kwartalen.

Door de aanpassing van DKG's worden naast klinische ook poliklinische behandelingen en dagopnamen meegenomen. Gevolg is dat de 'impact'⁴ van het DKG-criterium is toegenomen. Dit heeft een afname bij MHK tot gevolg. De invloed van de aandoeningsspecifieke DKG's is toegenomen, ten koste van het meer generieke MHK-criterium. De invloed van MHK neemt bovendien af omdat de klasse "nee-ja-ja" is ingeperkt. Hierdoor halveert de prevalentie van deze klasse maar stijgt het normbedrag.

Normbedragen (1)

De overheveling van de groeihormonen heeft weinig effect op het vereveningsmodel als geheel. Het normbedrag van de betreffende FKG voor variabele kosten stijgt ongeveer evenveel als het normbedrag voor overige prestaties daalt. Zoals verwacht leidt de overheveling van de dure oncolytica naar de vaste kosten bij de FKG's kanker en

⁴ Deze impact is een indicatie van voor de invloed die een morbiditeitscriterium heeft binnen het risicovereveningsmodel. De impact wordt berekend door het normbedrag voor de afslag-klasse te vermenigvuldigen met de prevalentie. Dit zijn de macro kosten die worden verevenend via de FKG-, DKG, en MHK-classes voor verzekerden met chronische aandoeningen.

hormoongevoelige tumoren tot een daling van het (gesommeerde) normbedrag. Bij laatstgenoemde FKG wordt het normbedrag licht negatief.

Verevenende werking (1)

De verevenende werking van de tussenvariant laat een stijging van de R-kwadraat op individuniveau met bijna 1 procentpunt zien, deze stijging is met name het gevolg van het vernieuwde DKG-criterium. Op subgroep- en verzekeraarsniveau is eveneens sprake van verbeteringen in de verevenende werking.

- *Veranderingen tweede modelschatting: uitgangsmodel 2013*

In de tweede modelschatting is het effect bepaald van het gebruik van de nieuwe kostengegevens ziekenhuiszorg (acht kaskwartalen, verbeterde balansposten, geactualiseerde zorgproducten-conversie en aangepaste toedeling naar deelbedragen), aanpassingen van FKG's en correcties voor pakketmaatregelen 2013.

Normbedragen (2)

Door toepassing van de nieuwe FKG's en de drie pakketmaatregelen wijzigen de normbedragen voor de overige prestaties vrijwel niet ten opzichte van de tussenvariant. Bij de normbedragen variabele kosten treden veranderingen op die zijn toe te schrijven aan de verschuiving van de IC-kosten van vast naar variabel. De normbedragen van nuljarigen en oudere mannen zijn (soms sterk) gestegen en ook de normbedragen voor de FKG's nemen toe.

Door het vervallen van de FKG reuma o.b.v. TNF-alfa-remmers ontstaat een verwachte toename van de prevalentie en het normbedrag van de FKG reuma o.b.v. overige middelen; een deel van de gemiddeld duurder verzekerden ge. Het toepassen van de nieuwe FKG-referentietabel heeft geen effect op de normbedragen van de overige FKG's. Wel dalen de normbedragen van de FKG's nieraandoeningen, kanker en groeihormonen en de DKG's 10 (o.a. kanker), 14 (nierdialyse) en 15 (hemofilie). Dit is waarschijnlijk het gevolg van de geactualiseerde DOT-productstructuur en prijzen/tarieven in de nieuwe kostencijfers ziekenhuiszorg.

In vergelijking met het Herijkingsonderzoek valt nog slechts bij één FKG (hormoongevoelige tumoren) een negatief normbedrag te constateren. Het gesommeerde normbedrag is met -112 euro nog altijd hoger dan de afslag van -178 euro voor de risicoklasse FKG 'Geen FKG'.

Verevenende werking (2)

De verschuiving van IC heeft ook effect op de verevenende werking. De R-kwadraat op individuniveau voor de variabele kosten daalt met ruim 6 procentpunt. De verklaring hiervoor is dat de IC-kosten deels onvoorspelbaar zijn, waardoor ook de voorspelkracht van het model op de kostenstructuur 2013 afneemt⁵. Wanneer de verschuiving van IC buiten beschouwing gelaten wordt, laat het uitgangsmodel 2013 op acht kwartalen ziekenhuiskosten een (aanzienlijke) verbetering zien. Op subgroepniveau (zonder IC-kosten) is een afname van de verevenende werking waar te nemen, maar op verzekeraarsniveau is juist sprake van een verbetering van de aansluiting tussen

⁵ Merk op dat deze kosten in de risicoverevening van 2012 voor één jaar zijn toegewezen aan de vaste kosten, wat incidenteel een verhoging van de voorspelkracht heeft opgeleverd. De verslechtering dit jaar is groter dan de verbetering van vorig jaar omdat de nieuwe IC-tarieven circa 50% hoger liggen dan de oude tarieven. De kosten zijn nog steeds even slecht voorspelbaar, maar wel substantieel hoger.

normatieve kosten⁶ en werkelijke kosten; de GGAA en de bandbreedte nemen met respectievelijk 1 euro en 9 euro af.

Ondanks deze afname van de verklaringskracht van het vereveningsmodel op individuniveau, kan uit de analyses (waarin IC-kosten buiten beschouwing worden gelaten) geconcludeerd worden dat de modelstructuur van het vereveningsmodel een verbetering heeft ondergaan. De R-kwadraat op individuniveau neemt toe van 29,0 naar 31,3 procent en de GGAA op verzekeraarsniveau neemt af van 26,7 naar 24,1, wat blijkt uit een vergelijking tussen het Herijkingsonderzoek 2012 en het Uitgangsmodel 2013.

Wanneer een vergelijking wordt gemaakt tussen de Overall Toetsen van 2012 en 2013 zien we dat de GGAA op verzekeraarsniveau op de 2010-data een hogere waarde laat zien dan op de 2009-data; deze stijgt van 15,6 naar 24,7 euro. Daarentegen neemt de bandbreedte af van 223 naar 186 euro. Dit effect op de GGAA was reeds zichtbaar in het Herijkingsonderzoek 2012, maar werd daar grotendeels toegerekend aan niet plausibele balansposten. Nu zijn deze balansposten verbeterd, maar de resultaten liggen nog niet in lijn met vorig jaar. De onderzoekers constateren dat de (ongewogen) spreiding in de vereveningsresultaten over alle verzekeraars ongeveer gelijk is gebleven, maar dat met name enkele grotere verzekeraars een invloed hebben op een hoge GGAA. Mogelijke oorzaken zijn resterende onzekerheid in de balansposten (of (in)efficiëntie zorginkoop): de onderzoekers geven aan dat 1 procentpunt hogere of lagere kosten bij een verzekeraar met 2 mln. verzekerden een stijging van de GGAA met 2 euro kan betekenen. Tot slot kan opgemerkt worden dat de hogere GGAA vooral samenhangt met de variabele kosten. De GGAA voor overige prestaties blijft ongeveer gelijk.

Bij toepassing van de bandbreedteregeling in het uitgangsmodel 2013 zijn er zes risicodragers die ontvangen (€ 30 miljoen) en tien risicodragers die afdragen (€ 50 miljoen). Bij toepassing van het model 2012 waren er vijf die ontvingen (€ 17 miljoen) en vijf die afdroegen (€ 16 miljoen).

Conclusies

De WOR constateert dat wijzigingen in de kostenstructuur – in het bijzonder de toedeling van kosten IC aan het deelbedrag variabele kosten – een afname van de voorspelbaarheid oplevert. De R-kwadraat op individuniveau neemt af. Deze afname is in mindere mate ook te zien op subgroepniveau, maar op verzekeraarsniveau is een verbetering te zien. Oorzaak van de afgenomen voorspelbaarheid op individuniveau is dat de kosten voor IC niet goed voorspelbaar zijn en zeer scheef over verzekerden zijn verdeeld. Dat de scheefheid van deze slecht voorspelbare kosten geen consequenties heeft voor het gelijke speelveld blijkt uit het feit dat de verevenende werking op verzekeraarsniveau is verbeterd.

De modelstructuur 2013 is verbeterd ten opzichte van 2012. De verschillende maatstaven geven verbeteringen. De verbreding van de DKG's naar niet-klinische behandelingen en de aanpassingen van MHK zijn vooral een inhoudelijke verbeteringen. Enerzijds wordt een grotere groep verzekerden met chronische aandoeningen gecompenseerd via de risicoverevening, onafhankelijk van het type behandeling. En anderzijds is de invloed van de aandoening specifieke DKG's toegenomen, ten koste van het meer generieke MHK-criterium.

⁶ Normatieve kosten zijn de door het vereveningsmodel voorspelde kosten.

3.1.4 Actualisatie van het regiocriterium

Voor de vaststelling van het APE-regiocriterium somatische zorg 2013 is op basis van de nieuwe voor 2013 representatief gemaakte kostengegevens en het uitgangsmodel 2013 een nieuwe regioclustering bepaald.

Bij de kosten ziekenhuiszorg is de verklaringskracht gelijk gebleven op 19%. De verklaringskracht van het model voor de overige prestaties is ten opzichte van 2012 toegenomen van 15% naar 18%. De kwantitatieve betekenis van niet-westerse allochtonen en de afstand tot het ziekenhuis is in de 2010-data (representatief voor 2013) toegenomen.

De G4 kennen een negatief resultaat, zowel vóór als na toepassing van het regiocriterium. Toepassing van het regiocriterium doet het resultaat van de G4 stijgen van -37 euro naar -15 euro. Het regiocriterium leidt tot een belangrijke resultaatsverbetering in Rotterdam, Den Haag en in iets mindere mate ook in Amsterdam en de G21. Het regiocriterium vermindert de resultaatverschillen tussen de G4, G21 en de overige gemeenten.

Ten opzichte van vorig jaar blijkt dat de heterogeniteit is toegenomen is binnen de tien regioclusters. Dit blijkt onder andere uit het feit dat de GGAA bij de overgang van de continue naar de discrete variant stijgt van 64,1 naar 66,9 euro (+2,8 euro). Bij de actualisatie van het regiocriterium voor 2012 was sprake van een zeer beperkte toename (+0,7 euro). De WOR vraagt aandacht voor dit verschijnsel en adviseert dat in toekomstig onderzoek wordt getoetst of dit effect structureel optreedt. Als de toename van de heterogeniteit structureel blijkt te zijn, dan adviseert de WOR dat onderzocht moet worden of dit een wijziging van de methodiek vereist.

Dit jaar hebben geen ingrijpende veranderingen in de model- en kostenstructuur plaatsgevonden. Het schattingsmodel van de regio-indeling heeft daardoor relatief weinig wijzigingen. Ongeveer tweederde van de postcodes verandert niet van regiocluster en slechts 2% verandert meer dan één regiocluster.

3.1.5 Toepassing van de regioclustering 2012

Met de geactualiseerde regioclustering is het uitgangsmodel 2012 opnieuw doorgerekend. Na toepassing van het nieuwe regiocriterium veranderen de normbedragen in termen van de GGAV met gemiddeld 0,5 euro. Zoals verwacht neemt het bereik van het regiocriterium toe bij gebruik van de regioclusters van 2013, deze sluiten beter aan op de data.

De maatstaven (R-kwadraat, GGAA standaarddeviatie) op verzekerden-, subgroep- en verzekeraarsniveau wijzigen (nagenoeg) niet door toepassing van het geactualiseerde regiocriterium. Op verzekeraarsniveau treden kleine veranderingen op: de bandbreedte neemt met 2 euro af van 186 naar 184 euro en de GGA daalt met 0,2 euro. De gemiddelde resultaatverschuiving (GGARV) op verzekeraarsniveau bedraagt 0,44 euro gemiddeld per verzekerdendaar.

3.1.6 Normatief model verplicht eigen risico

Het model is gebaseerd op de kostengegevens die ten grondslag liggen aan de modellen voor de somatische zorg (inclusief de vaste kosten) en de GGZ. In de berekeningen kon nog niet worden beschikt over de kosten geriatrische revalidatiezorg op individueel niveau, die per 2013 wordt overgeheveld naar de Zvw. Deze zullen in de definitieve schatting van de normbedragen beschikbaar zijn.

Het normatief model voor de verwachte eigen betaling onder het verplicht eigen risico wordt op twee punten gewijzigd. Het model wordt beperkt tot volwassen verzekerden die niet zijn ingedeeld bij een FKG, DKG of MHK (tot 2013: volwassen verzekerden die niet ingedeeld waren bij een FKG). Voor de overige volwassen verzekerden wordt uitgegaan van één forfaitair bedrag ter hoogte van de gemiddelde eigen betaling van deze verzekerden onder het verplicht eigen risico (tot 2013: het bedrag aan verplicht eigen risico).

Uit het onderzoek volgt dat het model bij een verplicht eigen risico van 220 euro zoals geschat op de 2010-data nagenoeg gelijk is aan de schatting op de 2009-data. En dat de uitkomsten op de beoordelingsmaatstaven bij een verplicht eigen risico van 350 euro op 2010-data vrijwel precies in het midden liggen van de uitkomsten bij 300 en 400 euro op 2009-data (ten tijde van de herijking was de hoogte van het verplicht eigen risico voor 2013 nog niet bekend en was de drempel van 350 euro niet doorgerekend). Het model is daarmee zeer stabiel.

Daarnaast volgt uit het onderzoek dat het model voor 73 procent van de volwassen verzekerden de verwachte eigen betaling onder het verplicht eigen risico schat. Voor de overige 27 procent geldt een forfaitair bedrag gelijk aan 331 euro bij een verplicht eigen risico van 350 euro. De gemiddelde eigen betaling voor alle verzekerden komt uit op 224 euro. De macro-opbrengst van het verplicht eigen risico van 350 euro ligt naar verwachting met bijna 3 miljard euro ongeveer 1 miljard euro hoger dan dat van het huidige verplicht eigen risico van 220 euro.

3.1.7 Algemene conclusie model somatische zorg

De WOR constateert dat de kostengegevens 2010 zo goed mogelijk representatief gemaakt zijn voor 2013. De volledigheid van de gegevens is toegenomen naar 98,5% dekking en de kwaliteit van de data is ongeveer gelijk gebleven. Er treden verschillende wijzigingen op in de normbedragen voor leeftijd/geslacht, FKG's, DKG's en MHK die plausibel zijn en verklaard kunnen worden door wijzigingen in het model en de kostenstructuur. Het model is daarmee robuust.

Er moet opgemerkt worden dat met name de toewijzing van onvoorspelbare (hoge) IC-kosten aan de variabele kosten medisch-specialistische zorg een afname van de voorspelkracht van het vereveningsmodel voor dit deelbedrag tot gevolg heeft. Deze IC-kosten worden als verzekeraarsrisico gezien.

De WOR constateert dat door de aanpassingen van het vereveningsmodel 2013, los van de wijzigingen in kostenstructuur, technisch en inhoudelijk verbeterd. Met name de verbreding van de DKG's naar poliklinische behandelingen en dagopnamen levert een compensatie voor meer verzekerden met specifieke chronische aandoeningen.

3.2 Overall Toets Geneeskundige GGZ 2013

Het vereveningsmodel voor de GGZ is voor 2013 niet wezenlijk veranderd. Dit in tegenstelling tot de bewerking van de schadegegevens. Dit betreft enerzijds het niet verwerken van de opbrengstverrekening in de schadebestanden. Daarnaast is besloten de pakketmaatregelen GGZ specifiek te verwerken. Dit houdt in dat de eigen bijdragen en pakketmaatregelen aan het betreffende individu worden toegerekend, waar vorig jaar (2012) is gekozen dit generiek te verwerken (schalen van de totale kosten).

3.2.1 Onderzoeksgegevens

Opbrengstverrekening

Voor het vereveningsmodel 2013 is besloten de schadegegevens representatief te maken door per geleverde prestatie het tarief 2010 als schadebedrag te nemen (BOR 174). Hierdoor geldt voor alle instellingen eenzelfde tarief per productsoort. Dit zorgt voor meer stabiliteit in de kosten wat ten goede komt aan de verklarende werking. Er vindt dus geen verwerking van de opbrengstverrekening plaats. De belangrijkste overweging bij het op deze wijze representatief maken van de schadegegevens is de instabiliteit in de verrekenpercentages. Niets wijst er op dat de verrekentarieven 2010 voorspellend zijn voor de verrekentarieven 2013. Op basis van drie jaar verrekentarieven is gekeken naar de stabiliteit en de patronen. De schommelingen over de jaren zijn aanzienlijk en eenduidige patronen ontbreken. Daarnaast speelt het feit mee dat het verrekenpercentage betrekking heeft op een boekjaar. Schadejaar en boekjaar lopen niet synchroon. Hierdoor ontstaan vreemde situaties. De verrekentarieven 2010 lijken voor een groot deel een administratieve achtergrond te hebben in plaats van een zorginhoudelijke. Het niet langer verwerken van de opbrengstverrekening sluit daarnaast aan bij de overgang op prestatiebekostiging in de GGZ vanaf 2013, waarbij de opbrengstverrekening is komen te vervallen. Door de gekozen systematiek worden ook de (mogelijk als gevolg van verschillen in zorgzwaarte ontstane) regionale kostenverschillen gecorrigeerd.

Om te bepalen of iemand voldeed aan de kostendrempels in t-1 is gebruik gemaakt van de kosten per verzekerdenbestanden 2009 (CVZ). De kosten per verzekerde zijn in dit bestand zo goed mogelijk gecorrigeerd voor opbrengstverrekening. Hiermee zijn de kosten in het onderzoeksbestand vergelijkbaar met de situatie in 2013, in 2012 vindt immers nog wel opbrengstverrekening plaats..

Pakketmaatregelen

Per 1 januari 2012 zijn diverse maatregelen getroffen in de curatieve GGZ. Dit betreft:

- een combinatie van pakketmaatregel (van max. 8 naar 5 zittingen) en verhoging eigen bijdrage eerstelijns psychologische zorg (van 10 naar 20 euro)
- invoering eigen bijdrage behandeling 2^e lijn GGZ (€ 200,- bij behandeling > 100 minuten, € 100,- bij behandeling van 100 minuten)
- invoering eigen bijdrage verblijf (vanaf 2^e maand € 145,- per maand)

Deze pakketmaatregelen zijn specifiek verwerkt. Dit houdt in dat deze aan het betreffende individu zijn toegerekend. Dit is als volgt vorm gegeven:

- De kosten voor de eerstelijns psychologische zorg kunnen per persoon maximaal € 325 bedragen, aangezien vanaf 2012 maximaal 5 zittingen vergoed worden met een eigen bijdrage van € 20 (uitgaande van een tarief van € 85).
- Per DBC wordt vanwege de eigen bijdrage de schade met € 200 verminderd, met uitzondering van DBC met een behandelduur korter dan 100 minuten waarvoor een eigen bijdrage geldt van € 100 en de categorieën die vrijgesteld zijn van de eigen bijdrage.
- Voor DBC's met verblijf geldt vanaf de tweede maand een eigen bijdrage van € 145 per maand. Doordat in de productstructuur 2010 nog werd gewerkt met een bandbreedte van het aantal dagen (bijv. 80-200 dagen) is gewerkt met het gemiddelde van de bandbreedte.

De uitzondering van bemoeizorg voor de eigen bijdrage per DBC is niet verwerkt. Na verwerking van de eigen bijdragen sluiten de macrobedragen goed aan bij de raming van de opbrengst bij invoering van de eigen bijdragen.

Het databestand van 2010 waarmee in de Overall Toets 2013 is gerekend bevat informatie van alle verzekeraars (inclusief die van de volmachten). Doordat afgelopen jaren is gebleken dat in de GGZ nog veel schade in het 9e kwartaal binnen komt is besloten te werken met een zoveel mogelijk uitgedeclareerd bestand. Het databestand is gebaseerd op 9 kwartalen schadegegevens, waarbij de gegevens voor de tweedelijns GGZ afkomstig is van het CVZ (prestatiecodebestand) en voor de eerstelijns psychologische zorg en overig kosten GGZ gebruik is gemaakt van BASIC 2010 (Vektis).

Het gegevensbestand bevat dus voor 2010 schadegegevens van 9 kwartalen van alle verzekeraars. De keuzes die zijn gemaakt om de gegevens representatief te maken waren goed te verwerken op basis van de beschikbare gegevens in het bestand. Ook de gegevens voor bepaling van het voldoen aan de kostendrempels t-1 hebben betrekking op alle verzekeraars. Ondanks de volledigheid van het bestand heeft het proces om daar te komen de nodige uitdagingen gekend doordat niet alle gegevensbestanden tijdig aangeleverd konden worden.

3.2.2 Wijziging vereveningsmodel GGZ

De minister heeft op advies van de WOR besloten het vereveningsmodel GGZ te wijzigen door een tweetal FKG's op te splitsen (FKG psychose en FKG bipolaire stoornis). Door deze splitsing is een groep gebruikers afgesplitst met complexere problematiek die leidt tot hogere voorspelbare kosten. Dit resulteert in de volgende zeven FKG's in het GGZ model: bipolair regulier, bipolair complex, psychose, psychose depot, ADHD, chronische stemmingsstoornis en verslaving.

Daarnaast is de lage kostendrempel verlaagd naar € 400,-. Door de invoering van een eigen bijdrage wordt een deel van de lasten bij de cliënt neergelegd. Hierdoor dalen dus de lasten van de verzekeraar. Deze kosten waarvoor is gecorrigeerd voor de eigen bijdrage, ook wel de netto kosten, zijn de kosten die mogen worden ingebracht in de risicoverevening. De verlaging van de lage kostendrempel is dus geen modelaanpassing, maar een aanpassing om tot hetzelfde model te komen als voorheen.

3.2.2 Kosten en gebruik van GGZ

De methodiek die is gekozen om de schadegegevens 2010 zo representatief mogelijk te maken voor 2013 heeft ertoe geleid dat incidentele hoge kosten die louter zijn ontstaan door zeer hoge verrekentarieven niet meer voorkomen. Dat is naar verwachting voor een belangrijk deel de verklaring voor het feit dat er minder kosten in de HKC-pool worden ingebracht (37,7% vs 44,7%) terwijl het aantal personen dat boven de HKC grens uitkomt nagenoeg gelijk blijft (in beide jaren 6%).

Doordat de opbrengstverrekening niet is verwerkt in de schade en vervolgens specifiek is gecorrigeerd voor de diverse maatregelen zijn de gegevens over kosten 2010 niet goed vergelijkbaar met die van 2009. Dit heeft echter niets veranderd in de kostenpatronen in de kosten per vereveningscriterium, deze komen overeen met de patronen die vorig jaar ook zijn waargenomen. De GGZ-prevalentie is bij mannen wederom gemiddeld lager dan bij vrouwen zoals dit ook geldt voor ouderen (55+). De GGZ-prevalentie neemt wederom af bij een toenemend inkomen en in het westen en het noorden van het land is ook in

2010 relatief meer gebruik gemaakt van de geneeskundige GGZ dan in het oosten en het zuiden van het land.

Ondanks dat alle patronen qua kosten vergelijkbaar zijn, treden er dus wel mutaties op in de hoogte van de kosten in absolute zin. Deze mutatie zijn veelal het gevolg van het aangepaste schadebegrip vanwege het achterwege laten van de verwerking van de opbrengstverrekening en de correctie van pakketmaatregelen en eigen bijdragen.

3.2.4 Actualisatie van het regiocriterium

De opbrengstverrekening leidt tot flinke regionale verschillen. Het is daardoor conform verwachting dat het achterwege laten van de verwerking van de opbrengstverrekening in de kostencijfers leidt tot flinke verschuivingen in het regiocriterium. Uiteindelijk verschuift 72% van het aantal postcodegebieden van cluster. Deze forse verschuiving is vergelijkbaar met voorgaande jaren. De verklaringskracht van het regiocriterium op postcodeniveau is 21% na toepassing van HKC. Dit is een lichte stijging ten opzichte van vorig jaar (16%). Het regiocriterium vermindert de resultaatverschillen tussen de G4, G21 en de overige gemeenten wel, al is het effect zeer beperkt.

Wat opvalt voor de doorrekening van het regiocriterium is het sterk positieve resultaat van de G4. Den Haag en Rotterdam springen er uit met een flink positief resultaat. Dit is het gevolg doordat in deze steden op basis van de 2009 gegevens aanzienlijk vaker wordt voldaan aan de hoge kostendrempel (HDR) dan het landelijk gemiddelde. Dit wordt verklaard doordat in die steden in 2009 de kosten zijn opgehoogd door een flinke onderdekking bij de aanbieder(s) van GGZ. Hierdoor ontstaat er binnen de G4 een splitsing waarbij Amsterdam en Utrecht een negatief resultaat kennen en Rotterdam en Den Haag een positief resultaat.

Dus ondanks de grote verschuivingen in de regio-indeling heeft dit criterium een zeer beperkt effect op nagenoeg alle maatstaven. Dit komt mede door de gehanteerde schattingsmethode van het risicovereveningsmodel GGZ (Restricted Ordinary Least Squares, ofwel ROLS). Hierdoor wordt het bereik van de regiogewichten sterk ingeperkt om negatieve normkosten op verzekerdenniveau tegen te gaan.

3.2.5 Uitkomsten model 2013

De resultaten in de OT GGZ 2013 zijn bemoedigend. De verklaringskracht op individuniveau van het vereveningsmodel 2013 op gegevens 2010 bedraagt bijna 10%. Ten opzichte van vorig jaar (8,5%) is dit een aanzienlijke verbetering. Alle maatstaven verbeteren en de bandbreedte van de resultaten op verzekeraarsniveau neemt met 40% af. Het ex ante model werkt door de gegevensbewerkingen beter. Ná HKC zijn de verschillen met vorig jaar beperkt, maar treedt alsnog een lichte verbetering op. Op individuniveau bedraagt de R-kwadraat ná HKC 24,9%. Dit is ten opzichte van model 2012 een lichte stijging (24%).

Op subgroepniveau bedraagt de GGAA voor het uitgangsmodel vóór HKC € 137,90. De GGAA van het vereveningsmodel 2012 bedroeg € 151,30. Door toepassing van HKC wordt de GGAA, zoals verwacht, lager. Ná HKC is de GGAA € 56,-. In 2012 bedroeg deze € 55,6, maar door de uitsplitsing van de FKG's is het aantal subgroepen toegenomen, wat in het algemeen leidt tot een hogere GGAA.

De GGAA op verzekeraarsniveau voor het vereveningsmodel 2013 vóór HKC bedraagt € 10,20. Dit neemt dus ten opzichte van vorig jaar met bijna 20% af (in 2012 € 12,50).

Ook de bandbreedte in de resultaten vóór HKC voor het vereveningsmodel 2013 neemt af naar € 59,30. Dit is 40% lager dan vorig jaar (€ 99,40).

Door toepassing van de bandbreedteregeling met een bandbreedte van 15 euro (van - 7,50 euro tot + 7,50 euro en 90% nacalculatie) ontvangen 6 verzekeraars een bijdrage uit het zorgverzekeringsfonds en moeten 4 verzekeraars een bijdrage aan het fonds betalen. In totaal gaat er dan circa 8 miljoen euro om in de bandbreedteregeling, het saldo voor het zorgverzekeringsfonds bedraagt dan + 0,4 miljoen.

De patronen in de normbedragen zijn vergelijkbaar met eerdere jaren, maar door het aangepaste schadebegrip en de correctie voor eigen bijdragen treden er wel verschuivingen in absolute bedragen op. Door de eigen bijdragen worden de kosten verlaagd, hierdoor ontstaan, zoals verwacht, lagere normbedragen. De gekozen methodiek voor het representatief maken van de gegevens pakt dus goed uit voor de verevenende werking, waarbij op alle maatstaven zowel voor als ná HKC betere resultaten worden gepresenteerd.

3.2.6. Algemene conclusie model geneeskundige GGZ

Het databestand van 2010 waarmee in de Overall Toets 2013 is gerekend bevat informatie van alle verzekeraars (inclusief die van de volmachten). De schadegegevens zijn representatief gemaakt door per geleverde prestatie voor alle instellingen eenzelfde tarief per productsoort 2010 als schadebedrag te nemen. Door te modelleren op basis van landelijke tarieven worden regionale verschillen niet meegewogen terwijl deze er mogelijk wel zullen zijn. Deze regionale verschillen zullen deels verklaard worden door een verschil in zorgzwaarte van de patiënten. Om te bepalen of iemand voldeed aan de kostendrempels in t-1 is gebruik gemaakt van de kosten per verzekerdenbestanden 2009 (CVZ). De kosten per verzekerde zijn in dit bestand zo goed mogelijk gecorrigeerd voor opbrengstverrekening. Hiermee zijn de kosten in het onderzoeksbestand vergelijkbaar met de situatie in 2013, in 2012 vindt immers nog wel opbrengstverrekening plaats

In het vereveningsmodel GGZ zijn twee FKG's opgesplitst (FKG psychose en FKG bipolaire stoornis). Door deze splitsing is een groep gebruikers afgesplitst met complexere problematiek die leidt tot hogere voorspelbare kosten. Dit resulteert in de volgende zeven FKG's in het GGZ model: bipolair regulier, bipolair complex, psychose, psychose depot, ADHD, chronische stemmingsstoornis en verslaving.

De WOR constateert dat de verklaringskracht van het voorgestelde vereveningsmodel voor 2013 (vóór HKC) is verbeterd. Met name de stijging van de verklaringskracht op individuniveau en de flinke daling van de bandbreedte in de resultaten op verzekeraarsniveau ziet de WOR als bemoedigende resultaten. Ná HKC zijn de verbeteringen ten opzichte van vorig jaar beperkt.

De verbetering is met name het gevolg van het gebruik van de nieuwe kostengegevens 2010 en de aanpassingen die gedaan zijn om deze representatief te maken voor 2013. Hierdoor is de invloed van extreem hoge kosten, die in het verleden voorkwamen door zeer hoge (opbrengst)verrekeningen, substantieel afgenomen. Ook de opsplitsing van de FKG's psychose en bipolaire stoornis naar groepen met lichtere en complexere problematiek heeft (weliswaar in beperkte mate) bijgedragen aan een verbeterde verklaringskracht

Bij de doorrekening van het regiocriterium valt een sterk positief resultaat voor de G4 op, dit geldt met name voor Den Haag en Rotterdam. Dit komt doordat in deze steden op basis van de 2009 gegevens aanzienlijk vaker wordt voldaan aan de hoge kostendrempel

(HDR) dan het landelijk gemiddelde. In Rotterdam en Den Haag zijn de kosten 2009 opgehoogd voor een flinke onderdekking bij de aanbieder(s) van GGZ.

De WOR adviseert de ingeslagen weg, om de verwerking van opbrengstverrekening achterwege te laten, in de toekomstige jaren te vervolgen. Aangezien voor het vereveningsjaar 2014 de opbrengstverrekening niet meer relevant is (ook niet voor LDR en HDR), lijkt dit ook een logische keuze. Door de bemoedigende resultaten uit Herijkingsonderzoek, verwacht de WOR dat volgend jaar verdere verbetering van het model mogelijk is door invoering van psychische DKG's. De WOR adviseert om naast onderzoek naar de DKG's ook in te zetten op onderzoek naar een mogelijke vertaling van het verschil in zorgzwaarte van cliënten in de risicoverevening.

4 Verslag van werkzaamheden onderzoeken naar vereveningscriteria

Het jaarlijkse onderzoeksprogramma in het kader van de risicoverevening bevat een aantal onderzoeken met als doel om de operationalisering van bestaande criteria te verbeteren. Het gaat hier bijvoorbeeld om het onderhoud FKG's in het GGZ-model, DKG's en MHK. Het onderhoud MHK is binnen het Herijkingsonderzoek uitgevoerd. Daarnaast bevat het onderzoeksprogramma onderzoeken met als doel het vereveningsmodel verder te ontwikkelen door middel van toevoeging van nieuwe criteria. Het gaat hier om een vereveningscriterium op basis van AWBZ-indicatie.

4.1 Vereveningscriteria o.b.v. AWBZ-indicaties

4.1.1 Inleiding

Begin dit jaar is onderzoek gedaan naar de vereveningsresultaten in de Zvw voor verzekerden met een AWBZ-indicatie. Uit dit onderzoek is gebleken dat de vereveningsbijdrage voor verzekerden met een AWBZ-indicatie lager is dan de Zvw-kosten van deze verzekerden. Hierdoor lijden verzekeraars een verlies op verzekerden met een AWBZ-indicatie van gemiddeld 1.800 euro per verzekerde per jaar. De resultaten van het onderzoek waren aanleiding voor vervolgonderzoek naar de vraag in hoeverre deze verliezen in de risicoverevening gecompenseerd zouden moeten worden.

Belangrijk punt dat uit nadere, uitgevoerde analyses blijkt, is dat de verliezen voor verzekerden met alleen in het lopende jaar een AWBZ-indicatie veel groter zijn dan voor verzekerden die meerjarig een AWBZ-indicatie hebben. In 2009 leden verzekeraars op verzekerden die in dat jaar voor het eerst een AWBZ-indicatie hadden een verlies van circa 3.800 euro per verzekerde. Voor verzekerden die ook al in 2008 een AWBZ-indicatie hebben was het verlies lager, ruim 565 euro per verzekerde.

Voor een belangrijk deel van de verliezen op AWBZ-verzekerden gaat het dus om aanzienlijke maar niet-structurele Zvw-kosten. Het gaat daarbij om kosten die volgens de minister onder het verzekeraarsrisico vallen. Door structurele (voorspelbare) verliezen die verzekeraars lijden op verzekerden met een (meerjarige) AWBZ-indicatie zouden verzekeraars een prikkel kunnen ervaren tot indirecte risicoselectie.

In het vervolgonderzoek is nagegaan hoe het ex ante vereveningsmodel zo aangepast kan worden dat verzekeraars geen voorspelbare (lees: structurele) winsten of verliezen lopen op verzekerden met een AWBZ-indicatie. Hierbij wordt aandacht besteed aan zowel kwantitatieve als aan kwalitatieve aspecten. Tevens wordt aandacht besteed aan juridische inpasbaarheid en uitvoeringsaspecten.

In het kwalitatieve deel van het onderzoek is onder andere nagegaan welke AWBZ-indicaties zich al dan niet lenen voor opname in het vereveningsmodel (gegeven de doelen van risicoverevening) en de prikkelwerking die van de vormgeving van een nieuwe criterium uitgaat.

In het kwantitatieve deel is aanvullend onderzoek gedaan naar de vereveningsresultaten van verzekerden met een AWBZ-indicatie en is inzicht gegeven in de verevenende werking als een vereveningscriterium gebaseerd op AWBZ-indicaties in het vereveningsmodel wordt opgenomen.

4.1.2 Resultaten

4.1.2.1 Kwantitatieve analyse

Vergelijking resultaten 2009-2010

Het onderzoek van begin dit jaar is uitgevoerd op basis van AWBZ-indicatie gegevens 2008 en 2009 en Zvw-gegevens over 2009. Omdat nu meer recente gegevens beschikbaar zijn, te weten AWBZ-indicatie gegevens 2010 en Zvw-gegevens 2010, is in het kwantitatieve deel van het vervolgonderzoek nagegaan in hoeverre de patronen op basis van Zvw-gegevens 2010 vergelijkbaar zijn met de uitkomsten van het onderzoek op basis van de 2009-gegevens.

Uit de analyse blijkt dat de verdeling over vereveningscriteria van verzekerden met een AWBZ-indicatie op basis van gegevens 2010 in grote lijnen overeenkomt met de verdeling op basis van de gegevens over 2009. In 2010 zijn de AWBZ-geïndiceerden iets jonger dan in 2009, en hebben de AWBZ-geïndiceerden iets vaker een DKG of FKG.

Net als in het onderzoek op basis van de gegevens over 2009 is er ook op basis van de gegevens 2010 een groot verschil in vereveningsresultaat tussen AWBZ-geïndiceerden en de overige verzekerden. In tabel 1 wordt een vergelijking gegeven tussen de resultaten op basis van gegevens 2009 en 2010.

Tabel 1. Vergelijking vereveningsresultaten 2009 en 2010

	Gegevens 2009	Gegevens 2010
Aantallen		
Totaal verzekerden	12.110.000	12.860.000
Verzekerden zonder indicatie in jaar t	11.477.000	12.039.000
Verzekerden met indicatie in jaar t	633.000	821.000
Verzekerden met indicatie in jaar t en t-1	345.000	575.000
Vereveningsresultaat		
Verzekerden zonder indicatie in jaar t	€ 77	€ 120
Verzekerden met indicatie in jaar t	-/- € 1.824	-/- € 1.803
Verzekerden met indicatie in jaar t en t-1	-/- € 565	-/- € 351
Verzekerden met alleen in jaar t een indicatie	-/- € 3.828	-/- € 5.164

Uit tabel 1 blijkt dat voor zowel 2009 als voor 2010 geldt dat verzekeraars winst maken op verzekerden zonder AWBZ-indicatie en verlies lijden op verzekerden met een indicatie; ook geldt voor beide jaren dat verzekeraars veel meer verlies lijden op verzekerden die in het vereveningsjaar geïndiceerd worden dan op verzekerden die al langer een AWBZ-indicatie hebben. Uit deze tabel blijkt echter ook dat er verschillen zijn in de hoogte van de vereveningsresultaten voor de onderscheiden groepen voor de onderzochte jaren. Ook de prevalentie van verzekerden met een AWBZ-indicatie verschilt tussen 2009 en 2010. In 2009 had 5% van de verzekerden een AWBZ-indicatie; van deze verzekerden had 55% in 2008 ook al een indicatie. In 2010 bedroegen deze percentages 6% resp. 70%. De onderzoekers geven aan dat een deel van de verschillen ontstaat doordat de indicatiegegevens over 2008 onvolledig waren.

Vereveningsresultaat naar AWBZ-sector

Uit het vervolgonderzoek blijkt dat de vereveningsresultaten per AWBZ-sector verschillen. De resultaten voor verzekerden met een indicatie voor Verzorging en Verpleging (V&V) zijn het meest negatief (het gemiddeld verlies voor verzekerden die in 2010 geïndiceerd worden bedraagt € 6.847, en voor verzekerden die ook in 2009 een indicatie hebben

bedraagt het verlies € 584). De verliezen in de sectoren Gehandicaptenzorg (GHZ) en Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) zijn veel lager. In 2010 hebben circa 570.000 verzekerden een V&V-indicatie, terwijl ca 165.000 verzekerden een GHZ-indicatie hebben en ca. 115.000 verzekerden een GGZ-indicatie. Voor V&V geldt dat 385.000 (68%) ook in 2009 al een indicatie had, voor GHZ 135.000 (82%) en GGZ 75.000 (66%).

Scheve verdeling AWBZ-indicaties over verzekeraars

De verschillen in AWBZ-prevalentie tussen de zorgverzekeraars zijn groot. Bij de verzekeraar met de laagste prevalentie heeft nog geen 0,9% van de verzekerden van 18 jaar en ouder en AWBZ-indicatie, terwijl dat percentage bij de verzekeraar met de hoogste prevalentie ca. 11,5% bedraagt. De gemiddelde prevalentie bedraagt 6,2%. De prevalentie van verzekerden met een AWBZ-indicatie blijkt sterk samen te hangen met het aandeel 75-plussers dat een verzekeraar in zijn portefeuille heeft. De prevalentie van AWBZ-indicaties wordt in sterke mate bepaald door de prevalentie van de V&V indicaties. Uit het onderzoek blijkt verder dat de verschillen in prevalentie substantieel afnemen wanneer gecorrigeerd wordt voor leeftijd en geslacht. Dit betekent dat vooral de verzekeraars met relatief veel jongere verzekerden de verzekeraars met de laagste AWBZ-prevalenties zijn (en omgekeerd). Dit betekent niet dat de winsten op verzekerden zonder en met indicatie op een overeenkomstige manier over verzekeraars verdeeld zijn. De winsten voor verzekerden zonder indicatie zijn namelijk niet voor alle leeftijdsklassen gelijk. Voor de hogere leeftijdsklassen zijn deze winsten aanmerkelijk hoger dan voor lagere leeftijdsklassen. Dat betekent dat een verzekeraar met relatief veel oudere verzekerden niet alleen relatief veel oudere verzekerden met een AWBZ-indicatie heeft, waar hij verlies op maakt, maar dat hij in de regel ook relatief veel oudere verzekerden zonder een AWBZ-indicatie heeft waar hij winst op maakt. Er is geen eenduidige relatie tussen de hoogte van de AWBZ-prevalentie en het vereveningsresultaat, dit blijkt ook uit de hoogte van de correlatie tussen deze twee (-0,35).

Resultaten voor de geneeskundige GGZ

Ook bij de geneeskundige GGZ blijkt een verband te zijn tussen de vereveningsresultaten en AWBZ-indicaties. Het onderzoek is uitgevoerd op Zvw gegevens 2009, en AWBZ-indicaties uit 2008 en 2009. Net als voor somatische zorg lijden verzekeraars verlies voor verzekerden met een AWBZ-indicatie, en is het verlies voor verzekerden die in 2009 geïndiceerd worden groter, dan het verlies voor verzekerden die ook al in 2008 een indicatie hadden. De gemiddelde verliezen zijn, zoals verwacht, echter veel lager dan die voor de somatische zorg, en halveren na toepassing van HKC.

4.1.2.2 Kwalitatieve analyse

Conceptueel kader

Bij de invoering van de Zorgverzekeringswet zijn (onder andere in de toelichting bij het besluit) afbakeningen opgenomen met betrekking tot het doel en de vormgeving van de risicoverevening. De overheid beoogt verzekeraars alleen te compenseren voor verschillen in leeftijd, geslacht en gezondheid tussen verzekerden.

Nader onderzoek is gedaan in hoeverre AWBZ-indicaties een relatie met gezondheid hebben. De AWBZ-zorg kan grofweg gesplitst worden in twee categorieën. De eerste categorie is de AWBZ-zorg die volgt na een medische gebeurtenis, bijvoorbeeld een behandeling in een ziekenhuis (Zvw -> AWBZ).

De tweede categorie is die zorg waar AWBZ-zorg een voorspeller is voor hogere kosten Zvw (AWBZ -> Zvw).

Bij de categorie Zvw -> AWBZ volgt de AWBZ zorg op een medische gebeurtenis (in de regel een ziekenhuisopname). De duur van de AWBZ zorg is hier meestal beperkt en er is een duidelijk verband met de genoten Zvw zorg. Het gaat veelal om extramurale AWBZ-zorg (verpleging (VP) en persoonlijke verzorging (PV)). In relatief veel gevallen is er sprake van een medische gebeurtenis dat eindigt met het overlijden van de betrokken persoon. In deze gevallen is de AWBZ-indicatie geen voorspeller van hogere Zvw kosten, maar juist het gevolg van een "Zvw-incident". In het kwantitatieve onderzoek (zoals hierboven is beschreven) betreft het vooral de verzekerden die in het vereveningsjaar voor het eerst geïndiceerd werden. In het reguliere traject van WOR-onderzoek naar kenmerken voor de risicoverevening worden deze kosten meegenomen.

De categorie AWBZ-> Zvw is wel een voor het vereveningsmodel belangrijke groep. Het gaat hier om AWBZ-indicaties waarbij de AWBZ-indicatie zelf voorspeller is voor meer Zvw zorg. Het gaat hierbij vooral om verschillen in Zvw-kosten vanwege het onderliggende structurele verschil in gezondheidstoestand van AWBZ-geïndiceerden ten opzichte van niet-AWBZ geïndiceerden.

In het kwantitatieve deel van het onderzoek (zie ook paragraaf 4.1.2.3) wordt onderzocht of er structurele verschillen zijn in de gezondheidstoestand van deze AWBZ-geïndiceerden ten opzichte van niet geïndiceerden die in het vereveningsmodel gecorrigeerd zouden moeten worden.

Relatie met indicatieduur

Uit de analyse blijkt dat het gemiddelde vereveningsresultaat per verzekerde meer negatief is voor verzekerden met een V&V indicatieduur van korter dan een jaar. Deze relatie is nog sterker voor verzekerden met een V&V indicatieduur korter dan 6 maanden. Ook blijkt dat het uitstroomprofiel uit de (intramurale) V&V AWBZ voor verzekerden met een totale indicatie van minder dan 6 maanden sterk afwijkt van de uitstroomprofielen van verzekerden met een langere indicatieduur.

In het onderzoek wordt er vanuit gegaan dat de groep van mensen met een indicatie korter dan 6 maanden is geïndiceerd na een medische gebeurtenis (incident) dat tot Zvw kosten heeft geleid (Zvw -> AWBZ) en in het onderzoek is dan ook besloten om in het vereveningsmodel kortdurende indicaties niet mee te nemen als criterium.

Door het niet meenemen van de groep verzekerden met een korte indicatieduur wordt naar verwachting het grootste deel van de categorie Zvw->AWBZ uitgefilterd. De resterende groep verblijft al langer in de (intramurale) AWBZ en de hogere Zvw kosten zijn dan waarschijnlijk het resultaat van een structureel andere gezondheidstoestand.

Indicatieklassen

Intramurale Indicaties

In het risicovereveningsmodel worden zorgverzekeraars niet gecompenseerd voor de kosten voor overlijden. Het risico op overlijden wordt als verzekeraarsrisico gezien. Om die reden worden de indicaties voor ZZZ 10 (palliatieve zorg) niet als vereveningscriterium meegenomen.

De geriatrische revalidatiezorg (ZZZ 9a) wordt in 2013 overgeheveld naar de Zvw. Indicaties voor geriatrische revalidatie worden ook niet als vereveningscriterium meegenomen.

De overige ZZZ's worden opgedeeld in drie klassen. De eerste klasse bestaat uit ZZZ 1, ZZZ 2 en ZZZ 3. Dit is een klasse met lichte intramurale zorg. In het lenteakkoord is

besloten dat deze ZZP's extramuraal zullen gaan worden. De tweede klasse bestaat uit ZZP 5 en ZZP 7. In deze klasse vallen met name psychogeriatrische behandelingen. De derde klasse is een restklasse die bestaat uit de overige ZZP's.

Extramurale indicaties

Voor extramurale indicaties worden 5 indicatiegroepen onderscheiden:

- alleen persoonlijke verzorging (PV);
- alleen verpleging (VP);
- persoonlijke verzorging en verpleging (PV en VP);
- behandeling (BH);
- verblijf tijdelijk.

4.1.2.3 Modeldoorrekeningen

Vereveningscriteria

In dit kwantitatieve onderdeel van het onderzoek worden de effecten van het opnemen van een AWBZ-indicator gebaseerd op intramurale V&V zorg (obv bovengenoemde 3 klassen) en of extramurale V&V zorg (met indeling in bovengenoemde 5 indicatiegroepen) op het vereveningsmodel voor de somatische kosten Zvw 2010 onderzocht. Bij het operationaliseren van de indicatoren kon niet worden uitgegaan van indicatie met een duur van 6 maanden of langer zoals boven wel beargumenteerd. In plaats daarvan zijn de kenmerken, omwille van de korte doorlooptijd van het onderzoek, gebaseerd op AWBZ-indicaties in t-1 (2009).

Bij de verdeling van verzekerden over de indicatieklassen valt op dat de lichte intramurale indicaties (klasse 1) en de extramurale indicatiegroepen 1 (PV) en 3 (PV en VP) grote groepen zijn. De extramurale indicatiegroep 5 (tijdelijk verblijf) is de kleinste groep. Daarnaast wordt het eerder geconstateerde patroon, dat een groot deel van de verzekerden twee achtereenvolgende jaren een indicatie heeft, bevestigd.

Verzekeraars lijden op bijna alle onderscheiden extramurale indicatiegroepen verlies voor verzekerden die twee jaar achter elkaar een AWBZ-indicatie (V&V) hebben en maken winst voor verzekerden die in 2010 geen AWBZ-indicatie (V&V) meer hebben. De enige uitzondering hierop is indicatiegroep 5 (tijdelijk verblijf) hiervoor wordt voor beide groepen een kleine winst gerealiseerd.

Voor verzekerden die in de intramurale klassen vallen is het beeld meer gedifferentieerd. Voor verzekerden in klasse 1 (lichte intramurale AWBZ-zorg) lijden verzekeraars verlies voor verzekerden die twee jaar achter elkaar een AWBZ-indicatie (V&V) hebben en maken winst voor verzekerden die in 2010 geen AWBZ-indicatie (V&V) meer hebben. Op de andere klassen wordt voor beide groepen winst gemaakt. Dit verschil in resultaat is waarschijnlijk te verklaren uit het feit dat bij AWBZ klasse 2 en 3 veel zorg binnen de AWBZ gerealiseerd wordt, terwijl voor klasse 1 de zorg buiten de AWBZ (dus in de Zvw) geleverd wordt.

Modelvarianten

In totaal zijn de effecten voor 5 model varianten doorgerekend:

- Model 1: uitgangsmodel 2012
- Model 2: uitgangsmodel 2012 plus intramurale V&V-indicaties t-1
- Model 3: uitgangsmodel 2012 plus extramurale V&V-indicaties t-1
- Model 4: uitgangsmodel 2012 plus intra- en extramurale V&V-indicaties t-1

- Model 5: uitgangsmodel 2012 plus intra- en extramurale V&V-indicaties t-1, en dummies voor V&V-indicatie in t-1 (uitgesplitst naar intra- en extramuraal) en V&V-indicatie in t.

Verevenende werking en effect op resultaat per verzekeraar

Voor alle 5 modellen is de verevenende werking op verzekerden- en verzekeraarsniveau bepaald. Het effect van het toevoegen van aanvullende vereveningscriteria heeft betrekkelijk weinig effect op de verevenende werking. Ten opzichte van het uitgangsmodel stijgt de verklaarde variantie met maximaal 0,1%.

Als het effect van het toevoegen van de alternatieve vereveningscriteria op het resultaat van de zorgverzekeraars bekeken wordt, valt op dat het toevoegen van intramurale indicaties voor de meeste verzekeraars een positief effect op het resultaat heeft, terwijl het toevoegen van extramurale indicaties voor de meeste verzekeraars een negatief effect op het resultaat heeft. Deze patronen zijn lastig te duiden.

4.1.3 Conclusies en aanbevelingen

In het eerste deel van het onderzoek is onderzocht in hoeverre de patronen in de resultaten voor verzekerden met een AWBZ-indicatie die voor 2009 gevonden zijn ook voor 2010 gelden. Uit dit deel blijkt dat de patronen in grote lijnen gelijk zijn, maar door onvolledigheid in de AWBZ-indicaties over 2008 kan geen precieze vergelijking tussen de jaren gemaakt worden.

Ook is gebleken dat de gevonden patronen in resultaten ook voor de curatieve GGZ gelden. Bij de curatieve GGZ is het verlies dat verzekeraars lijden op verzekerden met een AWBZ-indicator echter lager dan voor de somatische zorg.

Uit het kwalitatief onderzoek blijkt dat voor een groot deel van de verzekerden met een AWBZ-indicatie deze indicatie niet voorspellend zal zijn voor Zvw-kosten, maar dat de indicatie juist het gevolg is van een behandeling in de Zvw.

Ook blijkt dat een deel van de kosten van verzekerden met een AWBZ-indicatie gerelateerd zijn aan het overlijden. Compensatie van deze onvoorspelbare kosten passen niet binnen de doelstelling van de risicoverevening.

Uit het kwalitatieve onderzoek blijkt dat er voldoende basis is om een kader te ontwikkelen op basis waarvan indicaties geselecteerd kunnen worden die samenhangen met de gezondheidstoestand van verzekerden.

Het onderzoek naar het opnemen van een vereveningscriterium gebaseerd op AWBZ-indicaties heeft de aanzet tot een conceptueel kader opgeleverd. De doorlooptijd van het onderzoek was echter te kort om met een goed uitgewerkt voorstel voor een AWBZ-indicator voor alle AWBZ sectoren te komen.

Het kwantitatieve onderzoek naar een model met een indicator gebaseerd op een V&V AWBZ indicatie heeft niet geleid tot de verwachte modelverbetering. De resultaten op verzekerdeniveau zijn niet overtuigend, en de effecten op verzekeraarsniveau zijn niet voldoende te duiden.

De WOR adviseert om vervolgonderzoek te doen naar een AWBZ-indicator en heeft bij dat onderzoek de volgende aanbevelingen:

- Het onderzoek moet zich niet alleen beperken tot het vereveningsmodel voor de somatische zorg, maar ook betrekking hebben op het vereveningsmodel voor de curatieve GGZ.

- In het onderzoek moet een afwegingskader geformuleerd worden voor het opnemen van alle AWBZ-indicaties, daarbij zou ook gekeken moeten worden naar bijvoorbeeld het effect van meerjarige AWBZ-indicaties en het effect van het splitsen van intramurale indicaties.
- De wijze van indicatiestelling is sterk in beweging; hiermee moet rekening worden gehouden bij de vormgeving van het criterium.
- Om de voorstellen voor een vereveningscriterium medisch-inhoudelijk te beoordelen in te richten zullen AWBZ-deskundigen in de begeleidingscommissie deel moeten nemen.
- De vraag in welke mate via een AWBZ-criterium compensatie wordt gegenereerd voor kostenverschillen voor zover ze samenhangen met gezondheidsverschillen (en dus niet met overige factoren) en of er manieren zijn om de AWBZ-indicatie te schonen voor ongewenste compensatie moet voor alle sectoren beantwoord worden.
- De veronderstelling dat de groep mensen met een indicatie korter dan 6 maanden is geïndiceerd na een incident dat tot Zvw kosten voor ziekenhuiszorg heeft geleid moet kwantitatief ondersteund worden.
- De stabiliteit van de geschatte normbedragen moet onderzocht worden.
- Nagegaan moet worden of zorggebruik gefinancierd vanuit de WMO in een later stadium gebruikt kan worden om het model verder aan te scherpen.

4.2 Groot onderhoud DKG's

4.2.1 Inleiding

Met ingang van 2012 wordt gedeclareerd in termen van zorgproducten. Dit betekent dat in de risicoverevening van 2013 de DKG's gebaseerd zijn op zorgproductinformatie. In het onderzoek naar de vaststelling van het ex ante risicovereveningsmodel 2013 worden de DKG's nog steeds afgeleid uit dbc-informatie. Het is van belang dat zo goed mogelijk een aansluiting wordt gezocht tussen dbc's (onderzoek) en zorgproducten (uitvoering). Met het onderzoek worden twee hoofdvragen beantwoord. Dit zijn:

1. Op welke wijze kunnen DKG's worden afgeleid uit zorgproducten in 2012 en hoe kan een zo goed mogelijke aansluiting worden gemaakt met de DKG's die momenteel worden afgeleid uit dbc's?
2. Kan het vereveningsmodel worden uitgebreid met DKG's op basis van niet-klinische informatie?

4.2.2 Gegevens

De DKG's in het onderzoek zijn gebaseerd op dbc's uit 2008 die zijn geconverteerd naar zorgproducten. Hiermee worden vervolggkosten in 2009 voorspeld. Het gebruik van geconverteerde zorgproducten geeft enige onzekerheid in de afgeleide (gesimuleerde) prevalenties. In de huidige DKG-vormgeving wordt een onderscheid naar type behandeling gebruikt (ofwel de setting⁷). Onder DOT kan dit onderscheid niet meer expliciet gemaakt worden. Dit is een complicerende factor, waardoor de aansluiting tussen DKG's o.b.v. dbc's en zorgproducten mogelijk minder goed is. Door DBC-onderhoud wordt een benadering gemaakt. Het effect is binnen dit onderzoek niet goed in te schatten.

4.2.3 Resultaten

Als antwoord op de eerste hoofdvraag toont het onderzoek aan dat het mogelijk is om DKG's te baseren op zorgproducten. Zowel de diagnosecode als het specialisme wordt nog geregistreerd. De overgang naar zorgproducten heeft in principe alleen gevolgen voor een

⁷ De setting specificeert of een behandeling klinisch is en dus gaan gepaard met ziekenhuis-opname(n), of dat het om niet-klinische behandelingen (poliklinische trajecten en dagopnamen) gaat.

drietal nevenverrichtingen. Voor de nevenverrichtingen predialyse en nierdialyse en alle andere diagnosegroepen (ofwel *DXgroepen*) kunnen de DKG's gebaseerd blijven op het huidige coderingssysteem. Dit levert de minste wijzigingen en dus de beste aansluiting.

Bij de vertaling van de nevenverrichtingen naar zorgproductinformatie is nagegaan of de bestaande DXgroepen nog voldoende homogeen zijn. Er wordt een viertal 'nieuwe' diagnoses (slaapapneu, hemofilie, shuntchirurgie en nierziekten bij kinderen) afgesplitst van huidige DXgroepen omdat deze medisch inhoudelijk en qua (meer)kosten verschillen. Dit levert een verbetering van de verevenende werking.

Tweede hoofdvraag betreft de uitbreiding van de DKG's met niet-klinische diagnoses. In de beantwoording worden drie deelvragen onderscheiden. 1) Kunnen niet-klinische diagnoses worden toegevoegd? 2) En zo ja, kunnen alle tegenhangers van de huidige klinische DXgroepen toegevoegd worden, of een selectie? 3) En moeten de klinische en niet-klinische diagnoses dan samengevoegd worden in één DXgroep of niet?

Ad 1. In het onderzoek is vastgesteld dat de verzekerden met niet-klinische diagnoses ook chronische aandoeningen hebben. Alleen de behandelsetting verschilt. Medisch inhoudelijk wordt dit verklaard doordat het om dezelfde patiëntengroep gaat, maar dat deze patiënten zich in verschillende stadia cq. gradatie van hun ziekte bevinden. De niet-klinische en klinische perioden wisselen elkaar af, maar de diagnose is een constante. Uit het onderzoek blijkt dat de meerkosten van de niet-klinische DXgroepen grofweg de helft bedragen van de klinische tegenhangers. Dit bevestigt dat er heterogeniteit is in kosten bij verschillende behandelsettings. De toevoeging van *alle* niet-klinische diagnoses levert een lichte verbetering van de verevenende werking. De mate waarin, hangt af van hoe omgegaan wordt met de toegevoegde niet-klinische diagnoses (zie ad 3).

De WOR adviseert dat niet-klinische behandelingen worden toegevoegd aan de DKG's. De diagnose, waarmee verzekerden met chronische aandoeningen worden geselecteerd, is een constante factor. Het hebben van een chronische aandoening is een voorspeller van vervolgcosten.

Ad 2. Een volgende deelvraag betreft het eventueel selecteren op de niet-klinische diagnoses die worden toegevoegd. Uit de resultaten blijkt dat een deel van de niet-klinische DXgroepen mogelijk een relatief slechte indicator is voor hoge vervolgcosten, omdat deze groepen voor de helft bestaan uit verzekerden met negatieve meerkosten. Dit kan mogelijk worden ondervangen met een empirisch gestuurde selectieprocedure. Daarbij plaatsen de onderzoekers de kanttekening dat het bij het vaststellen van een selectieprocedure zeer lastig is om een eenduidige lijn te trekken, zowel op basis van de empirische normen als de medisch inhoudelijke beoordeling. Ook enkele klinische diagnoses blijken namelijk een minder goede indicator voor meerkosten.

De WOR adviseert dat er geen selectieprocedure toegepast wordt op niveau van DXgroepen⁸. Medisch inhoudelijk betreft het in alle gevallen diagnoses van chronische aandoeningen. Indien een empirisch criterium op niveau van DXgroepen noodzakelijk blijkt, dan adviseert de WOR dat dit consequent wordt toegepast op zowel niet-klinische als klinische diagnoses. Dit kan een mogelijk onderwerp zijn in een volgend onderhoud DKG's,

⁸ Het toetsingkader specificiert dat op niveau van DXgroepen alleen een medisch inhoudelijke beoordeling plaatsvindt. De criteria die gebaseerd zijn op meer kwantitatieve 'normen' worden toegepast op niveau van DKG-klassen.

Ad 3. Bij het toevoegen van niet-klinische diagnoses dient een besluit genomen te worden over het *wel of niet samenvoegen* van de huidige klinische en de niet-klinische tegenhangers in één DXgroep. Medisch inhoudelijk is er in de meeste gevallen geen bezwaar om samen te voegen, omdat het om dezelfde chronische aandoeningen gaat. Het betreft echter verschillende stadia cq. gradatie van de aandoening, wat een heterogeniteit impliceert. Dit is mogelijk een bezwaar om samen te voegen.

Samenvoeging betekent dat via de normatieve vergoeding van een DKG-klasse een gemiddelde compensatie wordt gegenereerd, terwijl er een heterogeniteit in kosten is. Een vormgeving waarbij klinische en niet-klinische diagnoses niet worden samengevoegd, houdt beter rekening met de heterogeniteit en presteert iets beter op individuniveau. Op subgroep- en verzekeraarniveau is er echter geen verschil. De onderzoekers geven aan dat het samenvoegen de stabiliteit van het DKG-criterium over jaren heen zal verbeteren.

De WOR adviseert dat alle klinische en niet-klinische diagnoses (exclusief consult-dbc's⁹) worden samengevoegd. Verzekerden kunnen afwisselend klinische en niet-klinische trajecten doorlopen, omdat zij zich in verschillende stadia van de aandoening bevinden. Daarom zijn er verschillen in meerkosten, die uitmiddelen door samen te voegen. Er ontstaat een meerjarigheid in de DKG-systematiek die meer stabiliteit over jaren oplevert, ten koste van extra heterogeniteit binnen een jaar.

Per saldo levert de nieuwe vormgeving van de DKG's (advies t.b.v. uitgangsmodel 2013) een verbetering van de verevende werking op alle niveaus, ten opzichte van de huidige vormgeving. De R2 op individuniveau stijgt met circa 1,6 procentpunt, van 29,7 naar 31,3%. De R2 op verzekeraarsniveau stijgt met iets meer dan 0,1 procentpunt, van 98,7 naar 98,8%. De bandbreedte neemt af met circa 19 euro, van 196 naar 177 euro. Het grootste deel van de verbetering komt voor rekening van de toevoeging van de vier nieuwe diagnoses. Door enkel de toevoeging van niet-klinische diagnoses blijft de verklaringskracht van het model ongeveer gelijk. De prevalentie neemt toe van 2,5% naar 7,5%.

4.2.4 Toetsing stabiliteit op nieuwe gegevens

In het Herijkingsonderzoek somatische zorg 2012 is een toets op de uitkomsten uitgevoerd op gegevens uit een recenter jaar. De DKG's zijn gebaseerd op dbc's uit 2009 en hiermee worden vervolgcosten uit 2010 voorspeld. De doorrekeningen van verschillende modelvarianten voor de DKG's bevestigen eerdere onderzoeksresultaten en duiden op stabiliteit. De doorrekeningen op de 2010-data blijken stabiele uitkomsten te geven, ten opzichte van de 2009-data. Ook nu leveren de nieuwe DKG's per saldo een verbetering van de verevende werking op individuniveau. De R-kwadraat op individuniveau stijgt per saldo met 1,2 procentpunt en komt vooral op conto van de toevoeging van de vier nieuwe diagnoses. De toevoeging van de niet-klinische diagnoses levert een kleine verslechtering van de R-kwadraat op individuniveau. De R-kwadraat en GGAA op verzekeraarsniveau is constant, maar de bandbreedte neemt af met ruim 10 euro. Aandachtspunt is dat de nieuwe DKG's leiden tot een negatief normbedrag voor de FKG hormoongevoelige tumoren.

4.2.5 Conclusies en aanbevelingen

Het onderzoek wijst uit dat het mogelijk is om ook onder DOT DKG's te maken. Met de introductie van DOT gaat eigenlijk geen informatie verloren die nodig is om DKG's te

⁹ Selectie van de verzekerden met consult-dbc's geschiedt op basis van zorgproductinformatie; dbc-zorgproducten met de beschrijving "Lichte behandeling op de polikliniek" leiden niet tot een DKG.

maken. M.u.v. drie nevenverrichtingen kunnen de DKG's gebaseerd blijven op huidige coderingen.

De WOR adviseert op basis van medisch inhoudelijke argumenten – de diagnose is een constante waarmee chronische aandoeningen in verschillende stadia kunnen worden geïdentificeerd – om *alle* niet-klinische diagnoses toe te voegen (ad 1 en 2) en deze bovendien samen te voegen met hun klinische tegenhangers (ad 3).

4.3 Onderhoud MHK

4.3.1 Inleiding

Uit eerder onderzoek is gebleken dat de helft van de verzekerden in de klasse "nee-ja-ja" (kortweg: **njj**) in het vereveningsjaar zelf geen hoge kosten heeft (WOR 543, voetnoot 15). Dit zijn dus eigenlijk geen chronische zieken, conform de definitie "drie jaar hoge kosten in de top-15%". De subgroep zonder hoge kosten wordt overgecompenseerd; deze groep heeft in het vereveningsjaar zelf geen hoge kosten. De complementaire subgroep wordt ondergecompenseerd. Dit is onwenselijk.

4.3.2 Resultaten

In het kader van het onderhoud MHK zijn binnen het Herijkingonderzoek 2012 drie varianten doorgerekend die ertoe zouden kunnen leiden dat de groep **njj** beperkt wordt tot verzekerden die werkelijk voorspelbaar hoge kosten hebben in jaar t. De varianten zijn:

1. Klasse **njj** schonen door schrappen van subgroep(en);
2. MHK baseren op vier jaar historische kosten. Een verzekerde is chronisch ziek wanneer deze ten minste 3 van de 4 jaren hoge kosten heeft;
3. Geheel schrappen van klasse **njj**.

Ad 1. Voor variant 1 hebben de onderzoekers in overleg met VWS klasse **njj** beperkt tot verzekerden met twee jaar (hoge) kosten in de top-10%. Dit komt neer op het schrappen van de subgroep met verzekerden die slechts twee keer tot de top-15% behoren, maar niet tot de top-10%. Van de groep verzekerden die in het huidige model worden ingedeeld in de klasse **njj**, is ongeveer de helft niet chronisch ziek (drie jaar hoge kosten). Deze variant levert een schoning van circa 60% van de onterecht ingedeelde verzekerden.

Ad 2. De tweede variant resulteert in het vervallen van een deel van de **njj**-verzekerden die nu nog wel worden ingedeeld. Dit is de groep **n-njj** (nu **njj** en in t-4 geen hoge kosten). Tegelijkertijd worden de groepen **j-jnj** en **j-jjn** toegevoegd. De onderzoekers concluderen dat het hebben van hoge kosten in jaar t-4 geen scherp onderscheid oplevert binnen de groep **njj**.

Ad 3. De derde variant houdt in dat de klasse **njj** in zijn geheel geschrapt wordt. Deze variant komt in beeld wanneer de overige varianten onvoldoende verbetering opleveren.

4.3.3 Conclusies en aanbevelingen

Elk van de drie varianten verevent minder geld dan het vereveningsmodel 2012, met de huidige vormgeving voor MHK. De wijzigingen in de vormgeving hebben ook invloed op de verevening via de FKG's en DKG's. Van de drie varianten presteert de variant 1 (schonen klasse **njj**) het best, maar marginaal slechter dan de huidige vormgeving.

De WOR adviseert dat de vormgeving van MHK in het uitgangsmodel 2013 wordt aangepast: de MHK-klasse "nee-ja-ja" wordt beperkt tot verzekerden met twee jaar hoge kosten in de top-10%. Door deze aanpassing wordt deze klasse geschoond voor verzekerden die geen voorspelbaar hoge kosten hebben. De prevalentie van MHK neemt hierdoor af van 7,1 naar 5,9%.

4.4 Groot Onderhoud FKG's GGZ-model

4.4.1 Inleiding

Voor het risicovereveningsmodel van de geneeskundige GGZ is het van belang dat er periodiek onderhoud plaatsvindt om de voorspellende waarde van het model te verhogen en ervoor te zorgen dat het model aan blijft sluiten bij de praktijk. Het onderzoek groot onderhoud FKG's GGZ is gericht op de vormgeving van de indeling van medicijngebruik in FKG's. In het onderzoek is gekeken naar de huidige FKG indeling, de impact van off-label medicatie en alternatieve indicatoren zoals het aantal FKG's en het toevoegen van de somatische FKG's.

4.4.2 Gegevens

Voor de berekeningen voor het onderzoek is gebruik gemaakt van het WOR-bestand 2009 dat is gebruikt voor de Overall Toets 2012. Dit betreft het bestand met schadegegevens over 2009 inclusief de overige vereveningscriteria. De FKG's in het onderzoeksbestand zijn ingedeeld op basis van declaratiegegevens farmacie 2008 van het CVZ.

4.4.3 Resultaten

Het onderzoek kent een aantal fases. Ten eerste is op basis van medisch inhoudelijke gronden en ontwikkelingen in de praktijk gekeken naar mogelijke aanpassingen in de huidige FKG indeling. Dit heeft geleid tot een aantal voorstellen. Vervolgens zijn de diverse voorstellen doorgerekend en getoetst.

Medische beoordeling

Dit heeft geleid tot het voorstel om de FKG-indeling te wijzigen, waarbij twee FKG's worden gesplitst. Dit betreft de FKG psychose en de FKG bipolaire stoornis. Uit de FKG psychose worden depotpreparaten (bepaalde middelen) verwijderd en ingedeeld in een separate FKG. Conform verwachting hebben de gebruikers van depotpreparaten hogere vervolgcosten dan de overige cliënten in de groep FKG psychose. Ditzelfde geldt voor de FKG bipolaire stoornissen, waaruit een groep met complexere problematiek wordt gedestilleerd. Een verzekerde wordt ingedeeld in deze nieuwe FKG (bipolair complex) indien naast een indeling in de FKG bipolaire stoornis ook middelen worden gebruikt uit de FKG's voor psychose (beiden) dan wel bepaalde middelen die vallen onder de FKG epilepsie.

Vormgeving FKG indeling

De nieuwe FKG's betreffen de FKG voor Psychose depot en de FKG Bipolaire stoornis complex. Voor de FKG psychose depot geldt geen minimale dosering van 180 standaard dagdoseringen (ddd's), maar een enkel voorschrift is voldoende voor indeling in de FKG. Hiervoor is gekozen omdat binnen de groep die wordt behandeld met depotpreparaten ook een groep gebruikers is die niet therapietrouw is (en dus niet voldoet aan het criteria minimaal 180 ddd's). Ook voor deze cliënten geldt dat zij hoge vervolgcosten hebben. Voor de FKG Bipolair complex geldt dat voor het gebruik van overige middelen (epilepsie, antipsychotica) niet de eis wordt gesteld van 180 ddd's, maar dat een enkel voorschrift voldoende is. Voor beide nieuwe FKG's geldt een restrictie, wat inhoudt dat indeling in de

FKG bipolair complex de indeling in de FKG bipolair regulier uitsluit (ditzelfde geldt dus ook voor de FKG psychose depot). De overige drie FKG's (Chronische stemmingsstoornissen, Verslaving en ADHD) blijven gelijk aan het model 2012. De begeleidingscommissie heeft daarnaast geconcludeerd dat het toevoegen aan het model van de somatische FKG's en het aantal FKG's als indicator een (te) beperkte toegevoegde waarde heeft. Aangezien off-label medicatie op basis van de beschikbare gegevens niet te identificeren is, heeft de begeleidingscommissie geconcludeerd dat hiervoor geen separate FKG kan worden ontwikkeld.

Doorrekening van de effecten

De normbedragen voor de niet gewijzigde FKG's wijzigen logischerwijs nauwelijks, waarbij er bij de aangepaste FKG's wel een wijziging optreedt. Bij de normbedragen zien we dat het nieuwe model leidt tot een aanzienlijk betere compensatie voor de specifieke subgroepen die binnen dit onderzoek zijn gedefinieerd. Het vereveningsmodel verbetert hiermee licht ten opzichte van het oude model. De verevenende werking op individu-, subgroep- en verzekeraarsniveau laten geen grote verschuiving zien. De R-kwadraat op individuniveau stijgt van 8,47% naar 8,64%. Op subgroepniveau neemt de spreiding (GGAA) licht toe van 151 naar 153 euro (wat wordt veroorzaakt door toename van het aantal subgroepen). De R-kwadraat op verzekeraarsniveau neemt iets toe (van 94,5 naar 94,6%), de GGAA iets af (van 12,8 naar 12,7) net als de bandbreedte (van 100 naar 98). Daarbij zien we, bij de huidige verzekerdenportefeuille van verzekeraars, geen grote resultaat verschuivingen tussen de verzekeraars.

4.4.4 Conclusies en aanbevelingen

De WOR concludeert dat het nieuwe model de gedetecteerde subgroepen beter compenseert en dat de verevenende werking een lichte verbetering laat zien. Het voorspelbare verlies voor de specifieke subgroepen die binnen dit onderzoek zijn gedefinieerd neemt aanzienlijk af. Dit beperkt de prikkel tot risicoselectie voor deze groepen. Aangezien de wijzigingen beter aansluiten bij de realiteit en de aanzienlijke effecten binnen deze subgroepen concludeert de WOR dat het gewenst is de bovengenoemde wijzigingen in de FKG indeling over te nemen. Dit leidt dan tot de volgende zeven FKG's in het GGZ model: bipolair regulier, bipolair complex, psychose, psychose depot, ADHD, chronische stemmingsstoornis en verslaving.

Daarnaast worden de volgende aanbeveling opgenomen in het onderzoeksprogramma of krijgen een plaats binnen het reguliere of grote (over 2 jaar) onderhoud van het FKG model in de GGZ:

- het monitoren van het medicijngebruik in verband met de perverse prikkels;
- het jaarlijks nagaan of de anti-epileptica die betrokken worden bij de FKG bipolair complex nog up to date zijn;
- voor de FKG ADHD wordt geadviseerd deze groep te monitoren omdat deze groep groeiende is en dus mogelijk in de toekomst wel relevant in een dergelijk onderzoek.

5 Verslag van werkzaamheden onderzoek naar representativiteit onderzoeksgegevens

5.1 Conversie en toedeling t.b.v. Herijkingsonderzoek 2012

5.1.1 Inleiding

In het Herijkingsonderzoek 2012 is de doorrekening van het ex ante vereveningsmodel gebaseerd op kostengegevens uit 2010. Deze gegevens dienen zo representatief mogelijk te zijn. Vanwege de invoering van prestatiebekostiging per 1 januari 2012, moet er een vertaling (conversie) plaatsvinden van dbc's naar dbc-zorgproducten. Ook wordt de uitbreiding van het vrije segment doorgevoerd. Daarnaast moeten de kosten van ziekenhuiszorg toegedeeld worden naar de deelbedragen: "kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment", "variabele kosten ziekenhuiszorg", "vaste kosten ziekenhuiszorg" en "kosten van overige prestaties".

5.1.2 Gegevens

In het onderzoek wordt een databestand met ziekenhuisdeclaraties over zeven kwartalen 2010 gebruikt. De dbc's worden 'geconverteerd' met een leeftijd- en instellingstype specifieke conversietabel naar zorgproducten. Ook de originele prijzen/tarieven van dbc's 2010 worden vervangen door de tarieven en kostprijzen (zowel instellingskosten en honoraria) voor de dbc-zorgproducten in 2012. De conversietabel en de prijzen/tarieven zijn bepaald door DBC-Onderhoud. Door DBC-Onderhoud is een verantwoordingsdocument opgesteld dat ingaat op de kwaliteit van de onderliggende DIS-data. Conclusie is dat deze data completer en meer representatief zijn geworden dan vorig jaar.

De dekking van het databestand 2010 bedraagt circa 97% van de verzekerden. De kwaliteit van de gegevens van verzekeraars die zowel in 2009 als 2010 beschikbaar waren, is goed en vergelijkbaar tussen jaren. Van bijna alle volmachten zijn gegevens aangeleverd, maar een aantal valt af omdat de kwaliteit van de kostengegevens nog niet voldoende is. De onderzoekers verwachten dat de kwaliteitsproblemen voor de Overall Toets 2013 kunnen worden opgelost¹⁰. Uit het onderzoek blijkt dat de balansposten bij zeven kwartalen in 2010 hoger liggen dan in 2009. Hiervoor is geen verklaring gevonden, maar deze ontwikkeling is grosso modo bij alle verzekeraars terug te zien. De onderzoekers geven aan dat dit daarom niet duidt op een intrinsiek kwaliteitprobleem van de data.

5.1.3 Resultaten

Het onderzoek bestaat uit twee onderdelen. Als eerste worden dbc's geconverteerd naar zorgproducten. Vervolgens worden deze ziekenhuisdeclaraties toegedeeld naar vier deelbedragen.

Conversie

De conversietabel wordt toegepast op 14,45 miljoen dbc's. Circa 0,2% van de declaraties (en 0,7% van de kosten) kan om verschillende redenen niet geconverteerd worden. Dit wordt aangeduid als 'uitval'. Ten opzichte van de conversie op declaraties 2009 is de uitval over de gehele linie meer dan gehalveerd. Toen kwamen deze percentages op respectievelijk 0,5% en 1,4% uit. Een verklaring voor de afname zit in de verbetering van

¹⁰ Een zestal volmachten valt af omdat de kosten in IZiZ niet correct zijn geregistreerd. In het Herijkingsonderzoek 2012 worden de kosten ziekenhuiszorg uit BASIC modelmatig 'gesplitst' naar deelbedragen zodat deze volmachtverzekerden toch meegenomen kunnen worden in de berekeningen.

de DIS-data die gebruikt zijn voor het construeren van de conversietabel. De uitval bij revalidatie is - ondanks de verbetering - nog steeds het grootste in vergelijking met andere specialismen.

Na de conversie van de dbc-systematiek naar de zorgproductstructuur worden ook de tarieven en verwachte prijzen van dbc-zorgproducten toegepast. Uit het onderzoek blijkt dat de conversie een volume-effect heeft van circa 11%. Dit is vergelijkbaar met vorig onderzoek en uitkomsten van DBC-onderhoud. Dit is een indicatie voor stabiliteit van de conversie. Ook blijkt dat de totale kosten in termen van zorgproducten 5,9% lager liggen dan de originele, niet voor opbrengstverrekeningen gecorrigeerde kosten van dbc's. Een deel van het verschil wordt o.a. verklaard door het ontbreken van kosten voor add-ons en expertproducten.

Toedeling

Tot slot worden de geconverteerde kosten, de originele kosten van OVP's en de kosten van niet dbc-plichtige instellingen toegedeeld naar vier deelbedragen. De kosten van eerstelijnsdiagnostiek worden toegedeeld aan de overige prestaties. Dit is 4,4% van de totale kosten ziekenhuiszorg. Het vrije segment omvat 74,7% van de kosten en de variabele kosten ziekenhuiszorg 14,2%. De vaste kosten ziekenhuiszorg (inclusief IC-dagen gedeclareerd via OVP's) omvatten 6,7% van de kosten. De aandelen op 2010-data zijn (op verzekeraarsniveau) vergelijkbaar met vorig onderzoek op 2009-data. Het aandeel in het vrije segment neemt in de 2010-data gemiddeld met circa 1 procentpunt toe, ten opzichte van de 2009-data. De onderzoekers geven aan dat het aandeel vaste kosten in werkelijkheid hoger is, omdat de kosten voor add-ons en expertproducten niet zijn meegeteld. De overige aandelen vallen dan lager uit.

5.1.4 Conclusies en aanbevelingen

De WOR concludeert dat de kostengegevens 2010 door toepassing van de conversie zo goed mogelijk representatief gemaakt zijn voor 2012. De conversie levert minder uitval op, wat onder meer veroorzaakt wordt door een verbetering in de DIS-data die gebruikt worden voor het construeren de conversietabel. Er zijn bij de data op 7 kwartalen nog enkele aandachtspunten dat die in de Overall Toets verholpen kunnen worden.

De WOR adviseert dat de deelbedragen variabele kosten van ziekenhuiszorg en kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment in de risicoverevening 2013 worden samen genomen tot één deelbedrag. Door het afschaffen van de nacalculatie op de variabele kosten per 2012 is inmiddels de noodzaak vervallen om de twee risicodragende componenten van ziekenhuiszorg te onderscheiden.

5.2 Conversie en toedeling t.b.v. Overall Toets 2013

Ten behoeve van de Overall Toets somatische zorg wordt opnieuw een conversie en toedeling uitgevoerd op de ziekenhuisdeclaraties. De gebruikte conversietabel en de prijzen/tarieven van dbc-zorgproducten zijn geactualiseerd. In de conversietabel zijn conversies toegevoegd voor thuisbeademing. Het ontbreken hiervan was eerder een punt van aandacht in het groot onderhoud DKG's.

De gegevens van de volmachtverzekeraars zijn verbeterd. Hierdoor neemt de dekking van het onderzoeksbestand toe met 2 procentpunt. Een aantal niet plausibele balansposten is aangepast en door de overstap van 7 naar 8 kwartalen nemen deze balansposten per saldo af van 8,3% naar 3,3%. Voor wat betreft de uitval bij de conversie levert dit vrijwel gelijk resultaten als in het onderzoek conversie en toedeling t.b.v. Herijkingsonderzoek.

Circa 0,3% van de declaraties (en 0,8% van de kosten) kan om verschillende redenen niet geconverteerd worden.

In het onderzoek is ook de schadelastverschuiving naar leeftijdsklasse in kaart gebracht. De verschuivingen zijn grotendeels in lijn met de patronen die vorig jaar in de 2009-data naar voren kwamen. Dit bevestigt de stabiliteit van de conversiemethodiek. Het totaal effect laat een daling van de schadelast zien voor verzekerden jonger dan 65 jaar, en een stijging bij de 65-plussers. De kosten van nuljarigen nemen toe met ruim 22%. Deze stijging wordt veroorzaakt door een verhoging van de verpleegdagkostprijzen voor kindergeneeskunde.

De WOR concludeert dat de kostengegevens 2010 zo goed mogelijk representatief gemaakt voor 2013. Ten opzichte van vorig jaar is er minder onzekerheid over de representativiteit van de gegevens van de gehanteerde conversietabel. Ook zijn patronen (o.a. de schadelastverschuiving) vergelijkbaar met eerder onderzoek en kan worden beschikt over een verbeterde productstructuur en prijzen/tarieven. De WOR merkt op dat een toets van aldus gesimuleerde kostenpatronen op de werkelijkheid pas over enkele jaren kan plaats vinden.

6 Verslag van werkzaamheden onderzoek Herijkingsonderzoek

6.1 Herijkingsonderzoek somatische zorg 2012

Zoals gebruikelijk wordt in het Herijkingsonderzoek het risicovereveningsmodel t opnieuw doorgerekend op gegevens uit t-2. Dit betekent dat nu het risicovereveningsmodel 2012 opnieuw doorgerekend is op gegevens uit 2010. De uitkomsten van deze schatting worden vergeleken met de uitkomsten van de doorrekening op gegevens 2009 (WOR 578). 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. Hierdoor kunnen ook eventuele (data-)problemen in een vroegtijdig stadium worden gesignaleerd. Aanvullend worden in het Herijkingsonderzoek ook modelvarianten doorgerekend waarbij de effecten van de aangepaste vormgeving voor onder andere de DKG's en MHK in beeld worden gebracht. De resultaten zijn opgenomen in hoofdstuk 4. Dit is een opstap van het vereveningsmodel 2012 naar het uitgangsmodel 2013. Deze doorrekening geeft inzicht in de effecten van eventuele modelaanpassingen.

6.1.1 Onderzoeksgegevens

De volledigheid en representativiteit van de onderzoeksgegevens is toegenomen. Punt van aandacht zijn de balansposten. Er kan worden beschikt over de verzekerdenkenmerken en kosten van nagenoeg alle Zvw-verzekerden. De dekking is toegenomen van 93,8% tot 98,5%. Het uiteindelijke analysebestand 2010-data bevat ongeveer 16,1 miljoen verzekerdenjaren. De uitbreiding van het analysebestand wordt hoofdzakelijk veroorzaakt door de aanlevering volmachtverzekeraars. Verschillende controles wijzen uit dat deze volmachtportefeuilles niet sterk afwijken van de 'reguliere' verzekeraars. Hierbij dient opgemerkt te worden dat er wel enkele kanttekeningen te plaatsen zijn bij de kwaliteit van aangeleverde volmachtgegevens. Het beschikbare onderzoeksbestand is qua opbouw naar leeftijd, geslacht en postcode representatief voor de gehele Zvw-populatie. Dit blijkt uit het feit dat de gemiddelde kosten vóór en ná herweging gelijk zijn.

Kanttekening bij de gegevens is dat de kwaliteit van de ziekenhuisgegevens van enkele verzekeraars is afgenomen. Hun balansposten zijn vermoedelijk overschat waardoor hun kosten een bovengemiddelde stijging laten zien en dit beïnvloedt de resultaten op verzekeraarsniveau (paragraaf 6.1.2). Naar verwachting zullen de balansposten voor de Overall Toets worden herzien.

Een vergelijking van de prevalenties en gemiddelde kosten voor de criteria leeftijd/geslacht, AvI, regio en DKG duidt op stabiliteit tussen jaren. De instabiliteit bij SES a.g.v. wijzigingen in het inkomen van ouderen, die in de 2009-data werd geconstateerd, heeft zich niet voortgezet. Bij de FKG's en MHK is een aantal constatering te doen. De FKG-prevalenties voor Cholesterol, HIV/Aids en Reuma TNF-alfa-remmers stijgen met meer dan 10%. De prevalentie van de hoogste MHK-klasse (3x top-1,5%) daalt, omdat een groot deel van de gebruikers van TNF-alfa-remmers is wegvallen. Dit is het gevolg van de verwerking van de overheveling van TNF-alfa-remmers¹¹ in de kostencijfers 2009 en 2010. Hierdoor worden deze gebruikers niet meer in de hoogste MHK-klasse ingedeeld en daarnaast nemen ook hun vervolgcosten substantieel af¹².

¹¹ Deze middelen zijn per 1/1/2012 overgeheveld van het extramurale farmaceutische kader naar het intramurale ziekenhuiskader.

¹² In de Overall Toets 2012 had de overheveling alleen een effect op de hoogte van de vervolgcosten. De gebruikers van TNF-alfa-remmers werden grotendeels ingedeeld in de hoogste klasse o.b.v. hun hoge kosten farmacie in 2006, 2007 en 2008.

6.1.2 Doorrekening model 2012

Normbedragen

Ten opzichte van eerdere jaren zijn er meer verschuivingen in de normbedragen voor vereveningscriteria FKG, DKG en MHK. De grotere veranderingen in de normbedragen blijken o.a. uit de waarde van de Gewogen Gemiddelde Absolute Verandering (GGAV). Deze is toegenomen van 10,1 euro naar 13,1 euro.

Dit wordt veroorzaakt doordat de gebruikers van TNF-alfa-remmers uit de hoogste MHK-klasse (3x top-1,5%) zijn weggevallen. Binnen deze klasse hadden de gebruikers van TNF-alfa-remmers relatief lage vervolgstkosten en het normbedrag voor deze klasse neemt daarom toe. Voor sommige subgroepen van verzekerden met chronische aandoeningen resulteert dit in een overcompensatie die vervolgens wordt 'gecorrigeerd' via een lager normbedrag voor de FKG of DKG waar deze verzekerden zijn ingedeeld. Dit heeft onder andere tot gevolg dat het normbedrag voor de FKG transplantaties negatief wordt.

Ondanks de verschuiving in normbedragen vertonen de normatieve kosten op verzekerdeniveau een stabiel patroon over jaren. De veranderingen in de normbedragen op niveau van (enkelvoudige) criteria heeft geen invloed op de verwachte kosten van alle individuele verzekerden (inclusief de chronische zieken die bij een FKG of DKG zijn ingedeeld). Dit blijkt uit de correlaties op individuniveau tussen enerzijds de normatieve kosten 2010 berekend met de normbedragen op basis van 2009-data, en anderzijds de normatieve kosten 2010 berekend met de normbedragen op basis van 2010-data. De correlatie bedraagt 0,993 voor overige prestaties, 0,991 voor de variabele kosten van ziekenhuiszorg en 0,999 voor kosten van dbc-zorgproducten in het vrije segment. Deze uitkomsten bevestigen de robuustheid van het vereveningsmodel. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met dezelfde analyse van 2008-op-2009 data (WOR563).

Verevenende werking

Op *individuniveau* neemt de aansluiting tussen van normatieve kosten op werkelijke kosten af; de R-kwadraat voor de totale kosten daalt met 0,6% naar 29,0%. Dit kan worden verklaard dat een toename van het aandeel kosten ziekenhuiszorg in de totale kosten. De verklaringskracht van het vereveningsmodel van de kosten ziekenhuiszorg (19%) is lager dan voor overige prestaties (39%). De Gewogen Gemiddelde Absolute Afwijking (GGAA) en de standaarddeviatie nemen toe. Dit hangt grotendeels samen met de stijging van de totale kosten van 2009 op 2010.

Op *subgroepe niveau* neemt de GGAA toe voor alle mogelijke combinaties van vereveningscriteria. Dit hangt samen met de kostenstijging en de toename van het aantal gevulde subgroepen. Voor inwoners van de G4 neemt het resultaat af van 2009 op 2010 van -12 naar -19 euro. Het resultaat van de G21 neemt toe van +3 naar +18 euro.

Op *verzekeraarsniveau* blijft de bandbreedte nagenoeg gelijk maar neemt de GGAA substantieel toe van 14,4 naar 26,7 euro. Dit wordt vrijwel geheel veroorzaakt door een toename van de GGAA voor de kostenposten voor ziekenhuiszorg.

Bij toepassing van de bandbreedteregeling in het vereveningsmodel 2012 op 2010-data zijn er vier risicodragers die geld ontvangen (€ 92 miljoen) en negen risicodragers die geld afdragen (€ 68 miljoen). Dit is een duidelijke toename ten opzichte van het 'beslag' van de bandbreedteregeling op 2009-data; toen waren er vijf verzekeraars die geld ontvingen (€ 12 miljoen) en zes verzekeraars die geld moesten afdragen (€ 16 miljoen).

Zowel de verslechtering van de verevenende werking op verzekeraarsniveau als de toename van het 'beslag' van de bandbreedteregeling worden voor een groot deel veroorzaakt door de onzekerheden (overschattingen) in de balansposten. De onderzoekers achten het essentieel dat deze gegevens in de Overall Toets, bij gebruik van acht kaskwartalen, worden bijgesteld.

Om de stabiliteit op verzekeraarsniveau te toetsen is de Gewogen Gemiddelde Absolute Verschuiving van het Resultaat (GGARV) van 2009-op-2010 bepaald. Zonder bandbreedteregeling komt deze op 19,3 euro per verzekerdenjaar (met bandbreedteregeling: 9,2 euro). De GGARV is hoger dan vorig jaar, wat erop duidt dat er grotere mutaties in de financiële resultaten op verzekeraarsniveau zijn opgetreden.

In het onderzoek zijn de financiële resultaten voor drie groepen verzekeraars berekend voor de 2009- en de 2010-data. Het resultaat van 'kleine' verzekeraars (tot 100.000 verzekerden) neemt af van 26,8 naar 20,5 euro. Het resultaat van 'middel grote' verzekeraars (100.000 tot 500.000 verzekerden) neemt toe van 3,1 naar 7,9 euro. Het resultaat van 'grote' verzekeraars (vanaf 500.000 verzekerden) neemt af van -1,7 naar -3,0 euro.

6.1.3 Gevolgen overheveling dure geneesmiddelen

Per 1 januari 2013 worden drie groepen¹³ dure geneesmiddelen (dure oncolytica, groeihormonen en fertiliteithormonen) overgeheveld van extramuraal naar intramuraal. In het Herijkingsonderzoek is bepaald of de overheveling gevolgen heeft voor de werking van het model, en dan in het bijzonder de FKG's.

De overheveling heeft weinig gevolgen voor de verevenende werking wanneer de betreffende kosten risicodragend blijven. Dat wil zeggen een toerekening aan de variabele kosten of kosten ziekenhuiszorg in het vrije segment, i.p.v. de overige prestaties. Ook de resultaten op verzekeraarsniveau na toepassing van de bandbreedteregeling blijven praktisch gelijk.

Daarentegen treden er – verklaarbare – veranderingen op in de normbedragen op bij FKG's, DKG's, MHK en leeftijd/geslacht. Als gevolg van de in paragraaf 6.1.2 geconstateerde afhankelijkheid leiden mutaties in normbedragen MHK tot compenserende mutaties in normbedragen FKG en DKG.

Wanneer in een aanvullende variant¹⁴ de oncolytica bij de vaste kosten ziekenhuiszorg wordt opgeteld, treden beperkte veranderingen in de beoordelingsmaatstaven op. De financiële resultaten op verzekeraarsniveau verschuiven dan met gemiddeld 0,36 euro per verzekerdenjaar. Op individuniveau blijven de normbedragen van de meest betrokken FKG's – voor kanker en groeihormonen – positief.

6.1.4 Conclusies en aanbevelingen

De volledigheid en representativiteit van de onderzoeksgegevens is toegenomen. Punt van aandacht zijn de balansposten. De WOR acht het essentieel dat voor de Overall Toets 2013 de gegevens 2010 verder worden aangevuld. Het gaat hierbij vooral om het baseren van de kostengegevens op het maximaal beschikbare aantal kwartalen

¹³ Ten tijde van het Herijkingsonderzoek werd beoogd om drie groepen dure geneesmiddelen over te hevelen. Later is de overheveling van fertiliteithormonen vervallen.

¹⁴ Een voorwaarde om oncolytica risicodragend te laten blijven in 2013, is dat de verstrekking van deze middelen via het intramurale kanaal beperkt is. Dit wordt momenteel nagegaan.

declaratiegegevens (voor de ziekenhuiszorg betreft dit acht kwartalen). Verder wordt aanbevolen dat niet plausibele (te hoge) balansposten worden bijgesteld. Deze vertekenen de resultaten op verzekeraarsniveau in grote mate.

Ten opzichte van eerdere jaren zijn er meer verschuivingen in de normbedragen voor vereveningscriteria FKG, DKG en MHK. Dit wordt veroorzaakt door de overheveling van TNF-alfa-remmers. Ondanks de verschuiving in normbedragen vertonen de normatieve kosten op verzekerdenniveau een stabiel patroon over jaren. Dit duidt erop dat het vereveningsmodel robuust is.

Consequentie van de overheveling van de TNF-alfa-remmers per 2012 is verder dat de FKG reuma TNF-alfa-remmers in het vereveningsmodel 2013 niet meer is te operationaliseren. Er zijn geen extramuraal declaraties meer, deze FKG vervalt.

De WOR constateert dat de overheveling voor dure geneesmiddelen het niet noodzakelijk maakt dat de vormgeving van de FKG's wordt aangepast. De WOR constateert bovendien dat wijzigingen in overheidsbeleid tot gevolg kunnen hebben dat er veranderingen in de normbedragen en/of prevalentie van morbiditeitskenmerken optreden.

De WOR constateert dat de normbedragen voor de twee FKG's negatief zijn. Dit is het gevolg van de samenhang tussen de vereveningscriteria DKG, FKG en MHK. De WOR concludeert dat dit geen aanpassing vereist in de vormgeving van de FKG's voor het vereveningsmodel 2013. De normatieve kosten voor deze verzekerden zijn gemiddeld genomen positief en stabiel.

6.2 Herijkingsonderzoek geneeskundige GGZ

6.2.1 Inleiding

De kern van een klassiek Herijkingsonderzoek betreft het doorrekenen van het risicovereveningsmodel op gegevens uit t-2 (dus nu op 2010). De uitkomsten van deze doorrekening dienen te worden vergeleken met die van het model doorgerekend op gegevens uit 2009. Zoals vorige jaren ook al is gebleken, komt een groot deel van de gedeclareerde schade bij de GGZ pas laat binnen bij verzekeraars. Dit leidt tot aanzienlijke balansposten ten tijde van het Herijkingsonderzoek en daardoor wordt het onderzoek vervuild. Daarom is geen klassiek Herijkingsonderzoek uitgevoerd, maar is onderzoek verricht dat is gericht op het vergroten van voorspelbaarheid van de kosten door toevoeging of een verbetering van de vereveningskenmerken. Daarbij is de toegevoegde waarde van de volgende vereveningskenmerken onderzocht als voorspellers voor GGZ kosten:

- diagnose-informatie uit de GGZ (psychische DKG's);
- somatische DKG's;
- het kenmerk meerjarig hoge kosten van somatische zorg (MHK);
- cumulatie van aandoeningen (inclusief combinaties van somatische en psychische aandoeningen);
- een indicator voor functionele beperkingen door psychische aandoeningen;
- een indicator voor verblijf in een GGZ-instelling in het voorafgaande jaar;

Het effect van de aanvullende vereveningskenmerken is doorgerekend ten opzichte van het risicovereveningsmodel 2012 zonder de lage en de hoge kostendrempel als vereveningscriteria. De ervaringen van het Herijkingsonderzoek 2011 hebben geleerd dat de samenloop van nieuwe vereveningscriteria en de kostendrempels vaak groot is,

waardoor het effect van het toevoegen van een nieuw vereveningscriterium wordt gemitigeerd. Hierdoor is het uiteindelijke effect slecht in te schatten.

Daarnaast is onderzoek verricht naar het effect van splitsen van GGZ-kosten om zodoende beter aan te sluiten bij de beïnvloedbaarheid en voorspelbaarheid. Vervolgens is gekeken naar de versturende werking van de knip GGZ voor het vereveningsmodel.

6.2.2 Gegevens

Voor de berekeningen voor het onderzoek is veelal gebruik gemaakt van het WOR-bestand 2009 dat is gebruikt voor de Overall Toets 2012. Dit betreft het bestand met schadegegevens over 2009 inclusief de overige vereveningscriteria. Dit bestand bevat geen declaratiecodes, waardoor voor het onderdeel DKG's in de GGZ het onderzoeksbestand is verrijkt met DBC gegevens 2008 uit het DGZ bestand van Vektis. In dit bestand ontbreken gegevens van 10 zorgverzekeraars (2,5 mln. verzekerdenjaren). Voor het onderzoek naar de splitsing van de kosten in extramurale en intramurale kosten en de doorrekening van het model is gebruik gemaakt van het DGZ bestand van Vektis met gegevens 2009. In dit bestand ontbreken verzekerden van de volmachthouders en 1 kleine verzekeraar.

6.2.3 Resultaten

Onderstaand worden de resultaten van de doorrekening van de verschillende 'potentiële nieuwe vereveningscriteria' gepresenteerd. Omdat het onderzoek is gericht op verbetering van het ex ante vereveningsmodel betreft het de resultaten vóór toepassing van de hoge kostencompensatie.

Psychische DKG's

Op basis van medische inhoudelijke expertise is gekeken welke diagnoses voorspellend zijn voor toekomstige GGZ-kosten. Het onderzoek richt zich dus op langdurige, chronische psychiatrische problematiek, die niet met eenmalige, kortdurende behandeling te verhelpen is, maar naar verwachting een of meer jaar na het stellen van de diagnose nog tot zorggebruik leidt. Dit heeft geleid tot een selectie van DBC's, waarbij is gekeken naar een combinatie van de hoofddiagnose, de behandeltime en of er sprake is van verblijf of niet. Deze combinatie is nodig omdat de diagnose-informatie in de GGZ die wordt uitgewisseld tussen aanbieders en verzekeraars een relatief hoog abstractieniveau kent. Na de selectie van de betreffende DBC's is gekeken op welke manier deze te clusteren zijn in kostenhomogene groepen. Bij het clusteren van DBC's in DKG's is een aantal arbitraire keuzes gemaakt, waarvan het effect op voorhand niet te bepalen was. Daarom is besloten om vier DKG-varianten door te rekenen. Voor de vier DKG-varianten is gevarieerd met het aantal minimale behandelminuten dat nodig is voor indeling in een DKG: 1800 of 6000 behandelminuten. In combinatie met het voorgaande is gevarieerd in het aantal te vormen DKG's; een clustering in een beperkt aantal DKG's (3) en een clustering die leidt tot meer DKG's (7). Voor de DBC's die vallen onder de diagnosecategorie "Schizofrenie en stoornissen in psychose spectrum" en "Bipolaire stoornis" is een uitzondering gemaakt, bij deze DBC's geldt geen minimale minutengrens om ingedeeld te worden in een DKG.

Van alle vier de varianten is geconcludeerd dat zij qua grootte van de groep binnen de bandbreedte vallen van de inschatting hoe groot deze groep langdurig zorgafhankelijken in werkelijkheid is. De vormgeving van de DKG's sluit dus qua aantal personen aan bij de inschatting van de grootte van de doelgroep.

Qua verevenende werking scoren alle vier de doorgerekende varianten vergelijkbare uitkomsten. Hieruit is te concluderen dat het effect van de keuze voor het aantal behandelminuten en de clustering van DKG's beperkt lijkt. Voor de variant die het beste te lijkt te scoren (1800 minuten als ondergrens en 7 DKG's) laat de verevenende werking op individu-, subgroep- en verzekeraarsniveau een goede verbetering zien ten opzichte van het uitgangsmodel zonder kostendrempels als vereveningscriteria. De R^2 op individuniveau stijgt van 3,9% naar 12,9%. Ten opzichte van het huidige vereveningsmodel met kostendrempels levert het een verbetering op van de verevenende werking op individuniveau van 8,5% naar 12,9% en neemt de spreiding af op subgroepniveau waarbij de GGAA daalt van 113,6 naar 112,2. Op verzekeraarsniveau neemt de R^2 iets af van 99,4% naar 99%. De GGAA neemt daar toe van 12,3 naar 13,1 en de bandbreedte stijgt van 98 naar 128.

Overige alternatieve vereveningskenmerken

Van de overige alternatieve vereveningskenmerken is geconcludeerd dat de toegevoegde waarde voor het vereveningsmodel voor de GGZ te beperkt is. Voor de somatische DKG's, meerjarige hoge somatische kosten (MHK) en de combinatie somatische DKG en psychische DKG bleek dat deze vereveningskenmerken niet specifiek genoeg waren om GGZ-kosten goed te voorspellen. Dit geldt ook voor de combinatie psychische FKJ en aard van het inkomen. Net als bij het Herijkingsonderzoek van vorig jaar bleek de toegevoegde waarde van deze modelaanpassing zeer beperkt.

Het vereveningskenmerk verblijf t-1 bleek wel een aanzienlijke verbetering op te leveren ten opzichte van het uitgangsmodel zonder kostendrempels. Verblijf in t-1 bleek een goede voorspeller van verblijf in jaar t (circa 80% komt weer terug). Qua verevenende werking op individuniveau leverde het inbrengen van dit vereveningscriterium een vergelijkbare R^2 op als het uitgangsmodel inclusief de schadedrempels. Op subgroep en verzekeraarsniveau verslechteren de resultaten ten opzichte van het uitgangsmodel inclusief de schadedrempels. Uit nader onderzoek blijkt dat dit criterium verschillend uitpakt voor verzekeraars, waarbij verzekeraars die meer extramurale behandeling inkopen meer negatieve resultaten hebben. De samenloop van dit criterium met de psychische DKG's is groot omdat ook verblijf in de vormgeving van de DKG's een van de bepalende factoren is. Invoering van beide nieuwe vereveningscriteria is daardoor niet gewenst. Vanwege de betere resultaten op alle maatstaven gaat de voorkeur uit naar het invoeren van psychische DKG's.

Splitsing van GGZ-kosten

Naast het toevoegen van vereveningscriteria is ook voor een eerste maal verkennend onderzoek gedaan naar de splitsing van GGZ-kosten om de verklaringskracht van het model te verbeteren. Uiteindelijk heeft dit geleid tot het doorrekenen van een tweetal modellen waarbij er enerzijds een splitsing is gemaakt op basis van de hoogte van de kosten en anderzijds de kosten zijn gesplitst afhankelijk van de behandelsetting. Deze zijn vervolgens doorgerekend met het huidige vereveningsmodel (inclusief de kostendrempels).

Voor wat betreft de splitsing van de kosten op basis van de hoogte van de kosten zijn twee modellen doorgerekend. Dit betreft een model waarbij de duurste 5% cliënten uit het model zijn verwijderd en een model waarbij dit voor de duurste 0,5% is gedaan. De scheve verdeling van de GGZ-kosten werd bij deze doorrekening zeer zichtbaar doordat bij variant 1 bijna 60% van de kosten uit het model verdween. Bij variant 2 was dit bijna 20%, maar betrof dit slechts 4450 cliënten. Door de dure cliënten uit het bestand te

verwijderen steeg de R^2 op individuniveau aanzienlijk van 8,5% naar 24,3% voor variant 1 en naar 13% voor variant 2. Hierbij valt op bij laatstgenoemde variant dat het weglaten van een zeer beperkt aantal verzekerden een flinke stijging van de R^2 laat zien. Hieruit valt af te leiden dat vooral voor deze dure cliënten het model niet goed werkt. Uit nader onderzoek bleek dat deze dure cliënten scheef zijn verdeeld over verzekeraars (2,36% tot 6,97% voor de duurste 5% cliënten en 0,265% tot 0,664% voor de duurste 0,5% cliënten).

De resultaten van de splitsing van kosten in intramurale en extramurale kosten leidt ook tot een verwacht beeld, waarbij de extramurale kosten op individuniveau beter te voorspellen zijn ($R^2 = 15,8\%$) dan de intramurale kosten ($R^2 = 4,4\%$). Omdat op basis van de beschikbare gegevens niet alle kosten goed kunnen worden toegewezen aan het juiste deelbudget zijn in het geval van intramurale kosten bij een cliënt alle kosten die de betreffende cliënt heeft gemaakt als intramurale kosten beschouwd.

Het onderzoek geeft vooral inzichten in de effecten van splitsing van kosten en de varianten zijn nog in mindere mate qua uitvoerbaarheid doordacht. De splitsing op basis van hoge kosten lijkt ex post goed aan te brengen. Een goede ex ante vormgeving zal lastig zijn. Dit geldt in mindere mate voor het splitsen van de kosten in intra- en extramurale deelbijdragen. Echter, ook hier geldt dat de huidige beschikbare databestanden voor het vereveningsmodel niet aansluiten bij hoe een dergelijk model idealiter wordt vormgegeven zodat alle kosten daadwerkelijk tot het goede deelbudget worden toegewezen.

Knip GGZ

Bij deze onderzoeksvraag is onderzocht in hoeverre de knip GGZ zorgt voor verstoring van het vereveningsmodel. Cliënten die na verblijf van 365 dagen aaneengesloten vervolgens volledig ten laste van de AWBZ komen, hebben in het daaropvolgende jaar geen Zvw kosten meer. In dit onderzoek is dus gekeken naar de cliënten die uit de Zvw verdwijnen en vervolgens volledig ten laste van de AWBZ worden gefinancierd. Uit de analyse naar deze groep cliënten blijkt dat de groep beperkt is qua omvang en de versturende werking van het vereveningsmodel ook als beperkt wordt ingeschat. Vanaf de productstructuur 2012 zijn deze cliënten te onderscheiden en zou hiervoor gecorrigeerd kunnen worden in het vereveningsmodel.

Van de ruim 20.000 verzekerden met een AWBZ-indicatie voor begeleid zelfstandig wonen, heeft 73% behandeling ten laste van de Zvw. Deze verzekerden, die in een RIBW (Regionaal instituut voor begeleid zelfstandig wonen) verblijven en voor wie behandeling uit de Zvw gefinancierd wordt, behoren tot de groep verzekerden waarvoor het uitgangsmodel 2012 zonder kostendrempels niet voldoende compenseert. Voor deze verzekerden geldt een ondercompensatie van gemiddeld ruim € 4.000,- per cliënt. Naar verwachting betreft het cliënten met structureel hoge kosten ten laste van de Zvw.

6.2.4 Conclusies en aanbevelingen

De resultaten uit het Herijkingsonderzoek zijn hoopvol voor verdere ontwikkeling van het vereveningsmodel en leveren goede aanknopingspunten voor vervolgonderzoek. Met name de resultaten van de psychische DKG's lijken kansen te bieden voor verbetering van het ex-ante vereveningsmodel op de korte termijn. Daarnaast bleek uit de analyse naar de splitsing van de GGZ-kosten dat nader onderzoek naar de groep duurste cliënten in de GGZ gewenst is, omdat met name voor deze cliënten het model de kosten niet goed voorspelt. De duurste cliënten zijn zeer waarschijnlijk intramurale cliënten, aangezien de

gemiddelde kosten van de duurste 0,5% ruim boven de € 100.000,- liggen. Daardoor is dit dus deels verklarend voor de uitkomsten bij de splitsing van kosten in intramurale en extramurale kosten, waarbij de intramurale kosten minder goed worden voorspeld dan de extramurale kosten met het huidige model.

De DKG-indeling heeft plaatsgevonden op een onvolledig (qua verzekeraars) gegevensbestand met diagnosecodes over 2008 waarbij de nodige kanttekeningen zijn te plaatsen. Daarnaast zijn er gedurende het proces een aantal keuzes gemaakt waarvoor verdere verdieping gewenst is. Aan de hand van medisch inhoudelijke expertise dient de vormgeving van DKG's verder doorontwikkeld te worden en dient te worden vastgesteld in hoeverre de resultaten stabiel zijn. De WOR adviseert daarom om in het onderzoek naar de vormgeving van het risicovereveningsmodel GGZ 2014 in te zetten op de ontwikkeling van diagnose kostengroepen in de GGZ met als doel dit criterium uiteindelijk toe te voegen aan het vereveningsmodel 2014.

Vervolgens adviseert de WOR om in het vervolgonderzoek ook de cumulatie van geestelijke aandoeningen te betrekken omdat is gebleken dat dit binnen de vormgeving van de DKG's niet goed was te vertalen. Daarbij adviseert de WOR dit in samenhang te bezien met meerjarige hoge GGZ kosten als nieuw vereveningscriterium.

Ondanks dat verwacht wordt dat de vereveningscriteria DKG's en MHK een goede bijdrage kunnen leveren aan de voorspelbaarheid van de GGZ-kosten, zal dit geen afdoende oplossing bieden voor de cliënten met zeer hoge schades. Omdat deze groep cliënten de resultaten van het vereveningsmodel in sterke mate beïnvloeden, adviseert de WOR dat onderzoek wordt gedaan naar de duurste groep cliënten. Daarbij dient gekeken te worden naar de kenmerken van deze cliënten en wat de reden is van de beperkte voorspelbaarheid van deze kosten in het huidige vereveningsmodel (incidenten, verrekenpercentages, instroom, crisissituatie etc.). Op basis van dit onderzoek dient te worden bezien hoe met deze groep cliënten dient te worden omgegaan in het risicovereveningsmodel GGZ.

Zowel dit jaar als vorig jaar is onderzoek verricht naar de voorspelkracht van somatische aandoeningen voor GGZ-kosten. Echter, dit is niet te operationaliseren door somatische vereveningscriteria aan het GGZ-model toe te voegen omdat enerzijds vaak de aandoeningen te specifiek zijn en anderzijds de heterogeniteit binnen deze groepen zeer hoog is. Dit houdt dus in dat de komende periode vooral wordt ingezet op de ontwikkeling van DKG's en MHK in de GGZ aangevuld met onderzoek naar de achtergrond van de duurste groep cliënten.

Wat betreft de Overall Toets 2013 adviseert de WOR de aanpassing van het FKG model GGZ volgend uit het onderzoek groot onderhoud FKG's over te nemen en geen verdere aanpassing aan het vereveningsmodel door te voeren.

De WOR adviseert tijdens de OT een variant door te rekenen waarbij het begeleid zelfstandig wonen als vereveningskenmerk aan het GGZ-model voor 2013 toe wordt voeged. De WOR adviseert dit vorm te geven door aanpassing van het vereveningscriterium Sociaal Economische Status (SES), waarin de woonsituatie reeds is opgenomen. In de huidige vormgeving wordt echter maar 37% van deze groep betrokken.

6.3.1 Inleiding

Voor het verplichte eigen risico is vanaf 2008 een normatief model van kracht (kortweg eigenrisicomodel). Het eigenrisicomodel berekent de kosten die verzekerden naar verwachting zelf moeten betalen vanwege het verplicht eigen risico. Het huidige model gaat er vanuit dat verzekerden ingedeeld in een FKG ($FKG > 0$) het verplicht eigen risico volmaken. Voor de overige verzekerden houdt het model rekening met leeftijd/geslacht, regio en aard van het inkomen, opgesplitst in dezelfde risicogroepen als gehanteerd voor het somatische vereveningsmodel. Verschillende ontwikkelingen zijn aanleiding geweest om onderzoek te doen naar het eigenrisicomodel. Ten eerste is in 2012 een aantal wijzigingen doorgevoerd in het vereveningsmodel voor de somatische zorg die geen opvolging in het eigenrisicomodel hebben gehad. Daarnaast zal op het eigenrisicobedrag in 2013 een substantiële verhoging worden doorgevoerd.

In het onderzoek is de verevende werking van vier alternatieve modellen vergeleken met de verevende werking van het huidige eigenrisicomodel bij vier hoogtes van het verplicht eigen risico: 220, 300, 400 en 500 euro.

6.3.2 Gegevens

Voor de berekeningen van het onderzoek is gebruik gemaakt van het WOR-bestand 2010 dat is gebruikt in het Herijkingsonderzoek somatische zorg 2012. Aan dit bestand zijn de kosten van geneeskundige GGZ toegevoegd. Kanttekening hierbij is dat de kosten van geneeskundige GGZ betrekking hebben op zeven (in plaats van acht) (kas)kwartalen (met ophoging voor uitloop en balansposten, zonder correctie voor opbrengstverrekening) en bovendien geen GGZ-kosten bevat van vijf volmachten. Volgens het onderzoek lijkt de invloed hiervan marginaal. De DKG's in het bestand zijn gebaseerd op de vormgeving zoals deze voor 2013 wordt geadviseerd (paragraaf 4.2).

6.3.3 Resultaten

Uit het onderzoek blijkt dat doorrekeningen van het huidige model op 2010-data zeer goed sporen met de uitkomsten op 2009-data (Overall Toets 2011). Op basis van de beoordelingsmaatstaven (R-kwadraat, GGAA en standaarddeviatie) kan worden geconcludeerd dat het huidige model iets minder adequaat functioneert bij een hoger eigen risico. Zeker omdat steeds minder FKG'ers over het verplicht eigen risico heengaan naarmate het eigen risico hoger wordt, terwijl de verwachte eigen betaling voor hen wel forfaitair op het maximale bedrag aan verplicht eigen risico wordt gezet.

De vier alternatieve modellen die zijn vergeleken met het huidige model zijn:

1. Het huidige model waarbij voor FKG'ers de gemiddelde eigen betaling wordt gehanteerd in plaats van het maximale bedrag aan verplicht eigen risico.
2. De combinatie-variant: het huidige model wordt beperkt tot verzekerden die niet zijn ingedeeld bij FKG, DKG of MHK. Voor FKG'ers, DKG'ers en MHK'ers worden vaste, forfaitaire bedragen gehanteerd, voor elk van de zeven combinaties van deze subgroepen afzonderlijk.
3. De rangorde-variant: het huidige model wordt beperkt tot verzekerden die niet zijn ingedeeld bij FKG, DKG of MHK. Voor FKG'ers, DKG'ers en MHK'ers worden vaste, forfaitaire bedragen gehanteerd. Bij samenloop geldt een rangorde van de bedragen.
4. Het compromis model: aan het huidige model worden dummy's voor ja/nee $DKG > 0$ en ja/nee $MHK > 0$ toegevoegd aan het model.

Uit de vergelijking van de vier alternatieve modellen blijkt een beperkte verbetering van de verevende werking, ongeacht de hoogte van het verplicht eigen risico. Van de vier alternatieve modellen levert de combinatievariant de beste aansluiting tussen de verwachte en de werkelijke eigen betalingen vanwege het verplicht eigen risico.

6.3.4 Conclusies en aanbevelingen

De WOR concludeert dat het huidige normatieve model voor het verplichte eigen risico iets minder adequaat functioneert bij hogere eigenrisicobedragen. Reden hiervoor is dat het percentage verzekerden met een FKG dat zijn eigen risico volmaakt afneemt, bij een toenemend eigen risico. Er zijn vier alternatieve modellen doorgerekend. Deze alternatieven leveren een beperkte verbetering van de verevende werking op, ongeacht de hoogte van het verplicht eigen risico. De WOR concludeert dat inhoudelijk gezien de voorkeur uitgaat naar een eigenrisicomodel waarin rekening wordt gehouden met groepen chronische zieken. Dus, een variant waarin naast FKG'ers, ook DKG'ers en MHK'ers worden uitgesloten van het eigenrisicomodel. Er zijn twee alternatieven doorgerekend waarin dit het geval is. Van deze twee varianten levert de variant waarin voor elk van de zeven combinaties van FKG'ers, DKG'ers en MHK'ers vaste, forfaitaire bedragen worden gehanteerd (combinatie-variant) de beste aansluiting tussen de verwachte en werkelijke eigen betalingen vanwege het verplicht eigen risico. Het nadeel van deze variant is dat deze qua uitvoering complexer is dan het huidige eigenrisicomodel.

Naar aanleiding hiervan is een extra variant uitgewerkt en doorgerekend waarin ook FKG'ers, DKG'ers en MHK'ers uitgesloten worden van het eigenrisicomodel. Deze variant is uitvoeringstechnisch eenvoudiger. Voor deze verzekerden wordt echter één vast forfaitair bedrag gehanteerd ter hoogte van de gemiddelde eigen betaling onder het verplicht eigen risico. Deze variant levert een beperkte verbetering van de verevende werking op, ongeacht de hoogte van het verplicht eigen risico en is daarnaast goed uitvoerbaar. De WOR adviseert dat deze laatste variant het uitgangmodel wordt voor 2013.

