

WOR-advies en verslag van werkzaamheden

WOR 657

Van	Werkgroep Ontwikkeling Risicoverevening (WOR)
Betreft	Advies aan de minister van VWS over de vormgeving van het ex ante vereveningsmodel 2014
Datum	augustus 2013

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 voor de risicoverevening van 2014. De voorgestelde vormgeving – aangeduid als 'uitgangsmodel' – is in de Overall Toets 2014 doorgerekend.

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 beoordelen 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 2013 is een aantal onderzoeken afgerond, die van belang zijn voor de vormgeving van het ex ante risicovereveningsmodel 2014 en later. Ten behoeve van het risicovereveningsmodel 2014 zijn de volgende - jaarlijks terugkerende - onderzoeken uitgevoerd: onderzoek "Gegevensfase en Overall Toets 2014". Daarnaast is onderzoek gedaan naar verbeteringen van het vereveningsmodel door invoering van een criterium Hulpmiddelen Kosten Groepen, door invoering van psychische DKG's en door verbetering van het criterium Aard van Inkomen. Ook heeft onderhoud plaatsgevonden aan het criterium Farmacie Kosten Groepen.

Het (technisch) advies van de WOR over de vormgeving van de ex ante risicoverevening en de belangrijkste conclusies uit de onderzoeken van het onderzoeksprogramma zijn opgenomen in hoofdstuk 2. In hoofdstuk 3 worden de resultaten van de Overall Toets 2014 beschreven. Hoofdstuk 4 bevat het verslag van werkzaamheden. Het betreft onderzoeken naar verbetering van bestaande en invoering van nieuwe vereveningscriteria.

2 Advies

2.1 Inleiding

In het onderzoeksprogramma 2012-2013 worden onderzoeken uitgevoerd die een bijdrage leveren aan de vaststelling van het ex ante risicovereveningssysteem 2014 en de bijbehorende normbedragen van de ex ante vereveningsmodellen voor de somatische zorg, geneeskundige GGZ en de eigen betalingen onder het verplicht eigen risico.

De kern van dit WOR-advies en verslag van werkzaamheden betreft onderzoek naar de verbetering van bestaande vereveningscriteria (onderhoud) en de vormgeving van nieuwe criteria.

Na uitvoering van de verschillende onderzoeken heeft de WOR de resultaten beoordeeld en een advies gegeven over de vormgeving van de drie vereveningsmodellen voor 2014. De geadviseerde vormgeving wordt aangeduid als 'uitgangsmodel'. De uitgangsmodellen zijn doorgerekend in de Overall Toets 2014¹.

Samengevat adviseert de WOR dat voor de ex ante risicoverevening 2014:

- Het model voor de somatische zorg wordt uitgebreid met een vereveningscriterium Hulpmiddelenkostengroepen (HKG's). Bij de FKG's vervalt de FKG-klasse groeihormonen. Het criterium Aard van het Inkomen (AvI) wordt uitgebreid met een klasse student .
- Het model voor de geneeskundige GGZ wordt uitgebreid met psychische DKG's. Voor het criterium lage kosten drempel wordt een restrictie opgenomen, verzekerden die ingedeeld worden in een klasse (met positief normgewicht) van het criterium psychische DKG kunnen niet ingedeeld worden in (de klasse met positief normgewicht van) het criterium lage kosten drempel. Het criterium hoge kostendrempel komt te vervallen. De aanpassingen in het criterium AvI van het somatische model worden op dezelfde manier doorgevoerd in het GGZ model.
- De aanpassingen in het criterium AvI van het somatische model worden op dezelfde manier doorgevoerd in het model voor het verplicht eigen risico..

De WOR concludeert dat de vormgeving van psychische DKG's in belangrijke mate gebaseerd is op kosten (behandelduur en verblijf) en in veel mindere mate op gezondheidsgerelateerde informatie. De WOR beveelt daarom aan ten behoeve van het vereveningsmodel 2015 onderzoek te doen naar de mogelijkheden om het ex ante model voor de geneeskundige GGZ te verbeteren door gebruik te maken van zorg (vraag)zwaarte informatie.

2.2 Overalltoets 2014

2.2.1 Kwaliteit Onderzoeksgegevens

De ex ante vereveningsmodellen voor somatische zorg, de geneeskundige GGZ en kosten onder het eigen risico zijn gebaseerd op kostengegevens over 2011 en verzekerdenkenmerken over 2010 en 2011.

In paragraaf 2.3 wordt nader ingegaan op de representativiteit en bewerking van de onderzoeksgegevens.

De WOR concludeert dat de kwaliteit en volledigheid van de onderzoeksbestanden zijn verbeterd ten opzichte van vorig jaar. De declaratiegegevens over 2011 zijn representatief gemaakt voor het te verwachten schadebeeld in 2014 door correcties uit te voeren voor de pakket- en beleidsmaatregelen die in 2012, 2013 en 2014 zijn of worden genomen.

¹ Indien besluitvorming nog niet heeft geleid tot één vormgeving per model, kan besloten worden om in de Overall Toets meerdere modelvarianten door te rekenen.

De invoering van prestatiebekostiging en het declareren in termen van dbc-zorgproducten in 2012 en de introductie van generalistische BasisGGZ, en bijbehorende simulatie van de schadelast, leveren enige onzekerheid met betrekking tot de representativiteit van de gegevens voor de betreffende vereveningsmodellen. De WOR kan als gevolg van het ontbreken van nadere informatie geen uitspraak doen over de plausibiliteit van de conversie naar de BasisGGZ.

Met inachtneming van deze onzekerheden concludeert de WOR dat de gegevens van voldoende kwaliteit zijn en voldoende representatief zijn om de vereveningsmodellen 2014 op te baseren.

2.2.2 Somatische Zorg

De WOR concludeert dat het nieuwe criterium HKG's stabiel is, ook de toevoeging van de klasse student in het criterium AvI leidt tot een stabiel AvI criterium.

De WOR concludeert dat het uitgangsmodel 2014 voor de somatische zorg kwalitatief goed, stabiel en robuust is. Doorrekening van het voorgenomen ex ante vereveningsmodel voor 2014 op de meest recente gegevens resulteert in een lichte verbetering van het vereveningsmodel, in termen van de maatstaven. Verder wordt een aantal subgroepen beter gecompenseerd door de toevoeging van HKG's en de AvI-klasse student. Voor een zeer beperkt aantal verzekerden ontstaan negatieve normkosten. Het gaat om een zeer beperkt aantal verzekerden, de WOR acht het niet noodzakelijk dat er een aanpassingen gedaan wordt aan het uitgangsmodel 2014.

2.2.3 Geneeskundige GGZ

De WOR concludeert dat het nieuwe criterium psychische DKG's stabiel is, ook de toevoeging van de klasse student in het criterium AvI leidt tot een stabiel AvI criterium.

Doorrekening van het voorgenomen ex ante vereveningsmodel voor 2014 op de meest recente gegevens resulteert in grote veranderingen in de normbedragen bij de psychische FKG's, lage kostendrempel en AvI. Deze veranderingen zijn goed verklaarbaar. Het uitgangsmodel leidt op individu-, subgroep en verzekeraarsniveau tot een verbetering van de verevenende werking.

De WOR constateert dat in het uitgangsmodel 2014 voor de geneeskundige ggz de aansluiting tussen kosten en budget verbeterd is ten opzichte van het model 2013. Hierbij wordt opgemerkt dat, gegeven de huidige productstructuur in het GGZ-model in feite verschillen in behandelinzet worden gecompenseerd..

2.2.4 Uitgangsmodel voor het verplicht eigen risico

De WOR concludeert dat het uitgangsmodel 2014 voor de kosten onder het verplicht eigen risico kwalitatief goed, stabiel en robuust is. Doorrekening van het voorgenomen vereveningsmodel voor 2014 op de meest recente gegevens leidt tot kleine aanpassingen in de normbedragen die goed verklaarbaar zijn. Het uitgangsmodel leidt op verzekeraarsniveau tot een lichte verbetering van de verevenende werking

2.3 Onderzoeksgegevens

In de OT 2014 wordt gebruik gemaakt van onderzoeksbestanden op individuniveau met de meest recente, zo veel mogelijk uitgedeclareerde, kostengegevens en verzekerdenkenmerken over 2011. De onderzoekers concluderen dat de kwaliteit en volledigheid van de onderzoeksbestanden zijn verbeterd ten opzichte van vorig jaar. De dekking van de gegevens op individuniveau over ziektekosten en verzekerdenkenmerken van alle Zvw-verzekerden (BASIC) is voor het eerst 100 procent. Ook de dekking van

ziekenhuiskosten uit IZiZ is vollediger dan voorgaande jaren. De kwaliteit en volledigheid van de gegevens van volmachten is verbeterd, maar is nog niet op het niveau van de overige verzekeraars.

De kostengegevens over 2011 zijn representatief gemaakt voor het te verwachten schadebeeld in 2014 door correcties uit te voeren voor de pakket- en beleidsmaatregelen die in 2012, 2013 en 2014 zijn of worden genomen.

2.3.1 Representativiteit ziekenhuiszorg, medisch-specialistische zorg en overige prestaties

Door Vektis zijn op het niveau van individuele verzekerden kosten van ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg gecorrigeerd voor de invoering van prestatiebekostiging: ziekenhuizen declareren vanaf 2012 in termen van dbc-zorgproducten. De invoering van prestatiebekostiging en bijbehorende simulatie van de schadelast levert enige onzekerheid met betrekking tot de representativiteit van de kostengegevens voor het somatische model.

In de kostengegevens van de somatische zorg is rekening gehouden met aanpassingen in het te verzekeren pakket² en met de overheveling van verschillende extramuraal verstrekte dure geneesmiddelen³ naar het intramurale ziekenhuiskader. Als gevolg van aanpassingen van het te verzekeren pakket dalen de kosten overige prestaties met 221 miljoen euro⁴. Als gevolg van de overhevelingen van extramuraal verstrekte geneesmiddelen dalen de kosten overige prestaties met 569 miljoen euro, stijgen de variabele kosten ziekenhuiszorg met 92 miljoen euro en stijgen de vaste zorgkosten met 477 miljoen euro. De overheveling van paramedische behandeling en onderzoek en van verloskundige zorg door verloskundigen van het deelbedrag variabele kosten naar de overige prestaties levert een stijging van 51 miljoen euro.

2.3.2 Representativiteit geneeskundige GGZ

De kostengegevens voor de gGGZ zijn gecorrigeerd voor de opbrengstresultaten door de gedeclareerde tarieven te vervangen door de landelijk gemiddelde tarieven. Daarnaast zijn de kostengegevens zo goed mogelijk representatief gemaakt voor de invoering van generalistische BasisGGZ. De invoering van generalistische BasisGGZ en bijbehorende simulatie van de schadelast levert enige onzekerheid met betrekking tot de representativiteit van de kostengegevens voor gGGZ model. Over de plausibiliteit van de uitkomsten kan de WOR door het ontbreken van nadere informatie over de onderliggende aannames geen uitspraak doen. Uit het onderzoek blijkt dat het effect van de conversie beperkt is. Op macroniveau blijven de kosten nagenoeg gelijk en op het niveau van de vereveningscriteria zijn de effecten (zeer) beperkt.

De verschillende bewerkingen van de kostengegevens resulteren uiteindelijk in een onderzoeksbestand met gemiddeld per verzekerde kosten: overige prestaties 722 euro; variabele kosten 1.064 euro; vaste zorgkosten 51 euro en kosten GGZ 249 euro.

2.3.3 Prevalenties vereveningscriteria en kostenpatronen

De onderzoekers concluderen dat de prevalentiepatronen in 2011 sterk lijken op die in 2010. De veranderingen zijn over het algemeen beperkt en enkele afwijkingen zijn goed verklaarbaar. Dat geldt ook voor de vereveningscriteria waarmee de vereveningsmodellen per 2014 worden uitgebreid: psychische DKG's, HKG's en de AvI-klasse student. Dit duidt

² Beperking pakket: eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen, vruchtbaarheids-behandelingen voor vrouwen van 43 jaar en ouder, fysiotherapie, maagzuurremmers, geneesmiddelen met de vaste combinatie Paracetamol-Codeïne en dieetadvisering. Uitbreiding pakket: darmkankerscreening.

³ Overhevelingen dure geneesmiddelen (tussen haakjes het deelbedrag waar deze kosten in 2014 aan worden toegerekend): TNF-alfa-remmers (vast), groeihormonen (variabel), dure oncolytica (vast) en fertiliteitshormonen (variabel).

⁴ Inclusief correcties voor Functioneel LeeftijdsOntslag (FLO) bij ziekenvervoer en correcties voor toeslagen in achterstandswijken bij huisartsen en verloskunde .

op stabiliteit van deze modelaanpassingen. Voor alle volmachten liggen de prevalenties van FKG's, DKG's, HKG's en MHK's binnen de range van de prevalenties voor de overige verzekeraars. Dit betekent dat de gegevens van volmachten over vereveningscriteria plausibel zijn.

De onderzoekers concluderen dat de kostenpatronen in 2011 lijken op de kostenpatronen van vorig jaar. Duidelijke kostenstijgingen of –dalingen zijn goed verklaarbaar door wijzigingen in prevalenties van 2010 op 2011. Dat geldt ook voor de vereveningscriteria waarmee de vereveningsmodellen per 2014 worden uitgebreid: psychische DKG's, HKG's en de AvI-klasse student. De onderzoekers concluderen dat de kostenpatronen plausibel zijn. De ontwikkelingen zijn verklaarbaar en hebben zijn uitwerking op de normbedragen, zoals in paragraaf 3.1 zal blijken.

2.4 Nieuwe criteria en onderhoud van bestaande criteria

In het kader van het onderzoeksprogramma 2012-2013 is, voorafgaand aan de Overall Toets, een aantal onderzoeken uitgevoerd dat is gericht op de verbetering van het ex ante risicovereveningsmodel door verbetering van een bestaand criterium (onderhoud) of de toevoeging van een nieuw criterium.

2.4.1 Nieuw vereveningscriterium HKG's

De WOR constateert dat vier categorieën van hulpmiddelenzorg geschikt zijn voor de vormgeving van hulpmiddelenkostengroepen (HKG's). De volgende klassen worden binnen de HKG's onderscheiden: insuline infuuspompen, urine-opvang, stoma en tracheo-stoma. De WOR constateert dat het vereveningsmodel licht verbeterd, in termen van de maatstaven. Door invoering van HKG's neemt de prikkel tot risicoselectie af, omdat specifieke subgroepen van verzekerden met specifiek hulpmiddelengebruik nu beter gecompenseerd worden.

De WOR adviseert dat tijdens de Overall Toets een toetsing wordt uitgevoerd op de stabiliteit van het HKG-criterium in termen van prevalentie, vervolgcosten en normbedragen. Wanneer daar in de toekomst aanleiding toe is, zal opnieuw onderzocht worden hoe de HKG's verder ontwikkeld kunnen worden.

In het uitgangsmodel voor de somatische zorg worden de volgende HKG-klassen onderscheiden: insuline infuuspompen, urine-opvang, stoma en tracheo-stoma

2.4.2 Nieuw vereveningscriterium psychische DKG's

De WOR concludeert dat invoering van DKG's leidt tot verbetering van de verevenende werking van het vereveningsmodel voor de GGZ. De R-kwadraat op individuniveau stijgt van 10,4% naar 14%. Bij de voorgestelde vormgeving van de psychische DKG's speelt de meerjarigheid van aandoeningen een belangrijke rol en dit kan op dit moment alleen maar worden vormgegeven door kosten in t-2 mee te nemen in de vormgeving. De WOR neemt de conclusie uit het onderzoek over dat op deze manier de aansluiting tussen de vormgeving van psychische DKG's en de medische inhoudelijke onderbouwing van de doelgroep zo goed mogelijk is gegeven de beschikbare informatie. De WOR adviseert daarom om de psychische DKG's conform de vormgeving uit het onderzoek in te voeren vanaf 2014.

Er is een verschil van inzicht over de consequentie van de invoering van de psychische DKG's voor de lage en hoge kostendrempels (LDR/HDR).

In het onderzoek naar de verbetering van het GGZ-model is op aanwijzing van VWS uitgegaan van modelvarianten waarbij de lage en hoge kostendrempels zijn weggelaten. De kostendrempels kunnen namelijk perverse prikkels opleveren. Om deze reden is VWS van mening dat de kostendrempels moeten komen te vervallen bij de invoering van psychische DKG's.

De verzekeraars vinden het wenselijk dat de lage en/of hoge kostendrempel in 2014 als tijdelijk alternatief gehandhaafd blijven. De reden hiervoor is dat meer verzekerden

gecompenseerd worden via de kostendrempels (circa 6%) dan via de psychische DKG (circa 2%). De groep verzekerden die niet bij de DKG's en wel bij de kostendrempels worden ingedeeld, heeft relatief lage GGZ-kosten en de aansluiting tussen werkelijke kosten en bijdragen neemt naar verwachting af door afschaffing van de kostendrempels. Verzekeraars wensen daarom dat er nader onderzoek wordt gedaan naar het handhaven van de lage en/of hoge kostendrempel in een GGZ-model met psychische DKG's. Daarnaast adviseert de WOR dat de stabiliteit van de psychische DKG's in de OT wordt getoetst.

De invoering van meerjarig hoge kosten als vereveningscriterium is in 2014 nog niet mogelijk, maar gezien de hoopgevende uitkomsten in het onderzoek dient in vervolgonderzoek voor het model 2015 de vormgeving van dit criterium te worden opgenomen. De WOR is van mening dat er in het risicovereveningsmodel voor de GGZ aandacht besteed moet worden aan de duurste cliënten en dat de toegevoegde waarde van een maat voor zorgvraagzwaarte voor het risicovereveningsmodel verder moet worden verkend.

Het uitgangsmodel voor de geneeskundige GGZ wordt uitgebreid met psychische DKG's. Voor het criterium lage kosten drempel wordt een restrictie opgenomen, verzekerden die ingedeeld worden in een klasse (met positief normgewicht) van het criterium psychische DKG kunnen niet ingedeeld worden in (de klasse met positief normgewicht van) het criterium lage kosten drempel. Het criterium hoge kosten drempel komt te vervallen.

2.4.3 Onderhoud AvI/Student

De WOR constateert dat voor alle doorgerekende varianten geldt dat het effect op de verevenende werking minimaal is. Technisch gezien is er geen reden om de vormgeving van AVI aan te passen. Door de toevoeging van een klasse student neemt de prikkel tot risicoselectie af. Om deze reden onderschrijft de WOR toegevoegde waarde van student voor het vereveningsmodel. De WOR adviseert verder dat op technische gronden de indeling van zelfstandigen in loondienst en de WIJ-groep niet wijzigt en dat binnen de groep AO geen onderscheidt gemaakt wordt naar de mate van arbeidsongeschiktheid.

Uit het onderzoek blijkt dat er veel aanwijzingen zijn voor nader onderzoek naar het kostenhomogeen maken van AVI. Er is sprake van heterogeniteit binnen de leeftijdsklasse 18-34 jarigen en binnen de groep studenten levert een opsplitsing naar geslacht een betere aansluiting tussen de kosten en vereveningsbijdrage. De WOR adviseert dat dit wordt onderzocht in een groot onderhoud AvI en SES.

Met het oog op de representativiteit van de onderzoeksgegevens voor de Overall Toets adviseert de WOR dat eenmalig op basis van informatie uit 2012 wordt bepaald of WIJ'ers in de Overall Toets (verzekerdenraming) worden ingedeeld bij bijstandsgerechtigden of de referentiegroep.

In het uitgangsmodel voor somatische zorg, voor geneeskundige GGZ en voor kosten onder het verplicht eigen risico wordt criterium Aard van het Inkomen (AvI) uitgebreid met een klasse student .

2.4.4 Onderhoud FKG's

Per 1 januari 2013 zijn groeihormonen en dure oncolytica overgeheveld van het geneesmiddelenkader (extramuraal) naar het ziekenhuiskader (intramuraal). Hierdoor vervalt de FKG groeihormonen. De overheveling van dure oncolytica heeft geen gevolgen voor de vormgeving van de FKG's; de FKG kanker en FKG hormoongevoelige tumoren wijzigen niet.

Naar verwachting worden de kosten van deze chronisch zieke verzekerden gecompenseerd via MHK en de DKG's; er bestaat een grote overlap met beide vereveningscriteria. De WOR

adviseert dat in de Overall Toets wordt bekeken wat de consequenties zijn van het vervallen van de FKG's groeihormonen.

In het uitgangsmodel voor somatische zorg vervalt de FKG-klasse groeihormonen.

2.5 Aanbevelingen onderzoeksrichtingen volgend onderzoeksjaar

De WOR concludeert dat de voorgestelde vormgeving van psychische DKG's is in belangrijke mate gebaseerd op kosten (behandelduur en verblijf) en in veel mindere mate op gezondheidsgerelateerde informatie. De WOR beveelt daarom aan het komende jaar onderzoek te doen naar de mogelijkheden om het ex ante model voor de geneeskundige GGZ te verbeteren door gebruik te maken van zorg (vraag)zwaarte informatie.

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

- Verbeteren vereveningsmodel geneeskundige GGZ door het opnemen van een criterium dat gebaseerd is op meerjarig hoge kosten
- De uit de AWBZ over te hevelen zorg
 - Onderzoek naar verklarende variabelen
 - Onderzoek naar omvang en aard van de zorg

3 Resultaten Overall Toets vereveningsmodel 2014

3.1 Overall Toets somatische zorg 2014

Bij het bepalen van de kwaliteit van het vereveningsmodel worden vier stappen onderscheiden. Eerst wordt het effect van de overgang op nieuwe onderzoeksgegevens bepaald. Vervolgens wordt de stabiliteit van de nieuwe vereveningscriteria getoetst. Daarna wordt het regiocriterium geactualiseerd en tenslotte wordt het uitgangsmodel 2014 doorgerekend en worden de uitkomsten van deze doorrekening beoordeeld.

3.1.1 Effect nieuwe kostengegevens

Het vereveningsmodel 2013 is doorgerekend op de nieuwe kostengegevens uit 2011 (representatief gemaakt voor 2014) en de uitkomsten zijn vergeleken met doorrekeningen van het vereveningsmodel 2013 op kostengegevens uit 2010 (representatief gemaakt voor 2013).

De normbedragen vertonen over het algemeen een verklaarbaar (stabiel) patroon. Bij enkele vereveningscriteria doen zich relatief grote veranderingen voor. Deze veranderingen hangen samen met veranderingen in de onderliggende kostengegevens of met verschuivingen van verzekerden over de vereveningscriteria.

De onderzoekers constateren dat er, als gevolg van de overheveling van dure oncolytica van variabele kosten naar vaste zorgkosten en de overheveling van Intensive Care van vaste zorgkosten naar variabele kosten, een daling is in de prevalentie van de hoogste klasse van het criterium Meerjarig Hoge Kosten (MHK) terwijl tegelijkertijd het normbedrag voor de overgebleven verzekerden in de hoogste klasse stijgt. In het onderzoek naar MHK is gebleken dat er overlap bestaat tussen MHK en FKG's die – ceteris paribus – tot gevolg heeft dat een toename in normbedragen bij het ene criterium leidt tot een afname in normbedragen bij het andere criterium. De stijging van de normbedragen van MHK leidt dus tot een daling van de normbedragen van de duurste FKG's.

Ook constateren de onderzoekers dat de veranderingen in de normbedragen van Sociaal Economische Status (SES) relatief groot zijn in vergelijking met andere jaren. Dit is waarschijnlijk het gevolg van de verschuiving van met name 65-plussers over verschillende SES-klassen.

De verevenende werking (aansluiting tussen werkelijke en verwachte kosten) is op individu-, subgroep en verzekeraarsniveau op de 2011-data iets beter dan op de 2010-data.

Op individuniveau stijgt de R-kwadraat van 23,1 procent naar 24,5 procent. Op verzekeraarsniveau stijgt de R-kwadraat met 0,3 procentpunt naar 98,1 procent; de GGAA daalt met € 2 naar ruim € 22. De bandbreedte in de resultaten na verevening neemt toe van 184 euro naar 254 euro. Opmerkelijk is dat deze toename het gevolg is van de resultaten van twee kleine verzekeraars. Als deze verzekeraars buiten beschouwing blijven bedraagt de bandbreedte in het resultaat na verevening op 2010-data 114 euro en op 2011-data 118 euro.

3.1.2 Toetsing stabiliteit modelwijzigingen

Voor het toetsen van de stabiliteit van nieuwe vereveningscriteria (HKG's en AvI/student) is het vereveningsmodel 2013 aangevuld met dit nieuwe criterium en geschat op de kostengegevens van 2011.

HKG's

De normbedragen van de HKG's vallen lager uit dan in het eerdere onderzoek. Dit wordt veroorzaakt door de relatie tussen HKG's en MHK, net als bij de normbedragen voor FKG's, leidt de stijging van de normbedragen bij met name de hogere MHK-klasse tot een daling van de normbedragen van de HKG's. Een andere oorzaak voor de afname van de

normbedragen zijn de lagere (gemiddelde) kosten per HKG-klasse in 2011. De toevoeging van HKG's heeft een verlagend effect op de normbedragen van MHK. De effecten op FKG's, DKG's en leeftijd/geslacht zijn vergelijkbaar met die in eerder onderzoek. Het effect van de toevoeging van HKG's op de verevenende werking op individu-, subgroep- en verzekeraarsniveau komen overeen met eerder onderzoek. De onderzoekers concluderen dat het criterium HKG's stabiel is.

AvI/Student

De onderzoekers constateren dat het normbedrag voor de klasse student redelijk overeenkomt met dat uit eerder onderzoek. De toevoeging van de klasse student heeft in beide datajaren nauwelijks effect op de verevenende werking, maar leidt voor studenten wel tot een betere afstemming tussen normatieve kosten en werkelijke kosten. De onderzoekers concluderen dat het criterium AvI met de toevoeging van de klasse student stabiel is.

3.1.3 Actualisatie regiocriterium

In de Overall Toets wordt op basis van het uitgangsmodel 2014 en de representatief gemaakte kostengegevens over 2011 een actualisatie van de regioclustering voor de somatische zorg bepaald. Hiervoor is de gebruikelijke procedure gehanteerd waarbij eerst het Uitgangsmodel 2014 is doorgerekend zonder het regiocriterium, vervolgens een verklaringsmodel is geschat op de residuen van dat Uitgangsmodel op viercijferig postcodeniveau en tenslotte op grond van de geschatte residuen alle viercijferige postcodes zijn gegroepeerd in 10 regioclusters.

De verklaringskracht van het verklaringsmodel voor het regiocriterium is toegenomen van 19 procent naar 21 procent, de GGAA en de R-kwadraat na toepassing van het regiocriterium in 10 clusters blijken op 2010- en 2011-data nagenoeg gelijk te zijn. Door de toepassing van het regiocriterium komen de resultaten van de G4 en G21 dichter bij nul te liggen.

Door de actualisatie van het regiocriterium verschuiven dit jaar meer postcodes dan eerdere jaren. Circa 50% van de postcodes verandert niet, terwijl in de OT 2013 circa 69% van de postcodes niet veranderde.

3.1.4 Uitgangsmodel 2014

In de Overall Toets is het uitgangsmodel somatische zorg 2014 doorgerekend op nieuwe kostengegevens uit 2011. In het uitgangsmodel is ten opzichte van het vereveningsmodel 2013 een viertal wijzigingen doorgevoerd: het criterium HKG's is toegevoegd, de klasse student is toegevoegd aan AvI, het regiocriterium is geactualiseerd en bij de FKG's is de klasse groeihormonen vervallen en een regulier onderhoud door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) uitgevoerd⁵.

De vier wijzigingen hebben duidelijk effect op de normbedragen bij MHK (vooral bij de overige prestaties). Bij de overige criteria zijn de veranderingen beperkt. De onderzoekers constateren dat het uitgangsmodel voor enkele verzekerden negatieve normatieve kosten oplevert, die samenhangen met het feit dat het totaal van de normbedragen (voor overige prestaties en variabele kosten ziekenhuiszorg) voor de FKG-klasse transplantaties negatief is.

Het uitgangsmodel 2014 levert een iets betere verevenende werking op individuniveau. De R-kwadraat voor de totale kosten blijft gelijk op 24,5%, maar de R-kwadraat voor de overige prestaties stijgt licht van 37,5 naar 38,1%.

⁵ De FKG-klasse Groeihormonen is vervallen, omdat de extramuraal verstrekte geneesmiddelen die gebruikt worden voor de indeling in FKG's vanaf 2013 via add-ons worden gedeclareerd. Gevolg is dat verzekerden die voorheen ingedeeld werden in deze FKG-klasse niet meer volledig(kunnen) worden gecompenseerd. Via de overige vereveningscriteria wordt circa 80% van de werkelijke kosten verevend; de normatieve kosten voor deze groep dalen van circa 18.700 naar circa 14.700 euro.

Bij toepassing van de bandbreedteregeling (-40 en +40 euro per premie-betalende verzekerde) in het uitgangsmodel 2014 zijn er vier risicodragers die ontvangen (€ 10,1 miljoen) en twee risicodragers die afdragen (€ 8,4 miljoen).

3.2 Vereveningsmodel Geneeskundige ggz

Bij het bepalen van de kwaliteit van het vereveningsmodel worden vier stappen onderscheiden. Eerst wordt het effect van de overgang op nieuwe onderzoeksgegevens bepaald. Vervolgens wordt de stabiliteit van de nieuwe vereveningscriteria getoetst. Daarna wordt het regiocriterium geactualiseerd en tenslotte wordt het uitgangsmodel 2014 doorgerekend en worden de uitkomsten van deze doorrekening beoordeeld.

3.2.1 Effect nieuwe kostengegevens

Het vereveningsmodel 2013 is doorgerekend op de nieuwe kostengegevens uit 2011 (representatief gemaakt voor 2014, o.a. invoering generalistische BasisGGZ) en de uitkomsten zijn vergeleken met doorrekeningen van het vereveningsmodel 2013 op kostengegevens uit 2010 (representatief gemaakt voor 2013).

De normbedragen vertonen over het algemeen een verklaarbaar (stabiel) patroon. Bij enkele vereveningscriteria doen zich relatief grote veranderingen voor. Deze veranderingen kunnen over het algemeen verklaard worden door een verandering in de kostendefinities (verwerking van generalistische basisGGZ) en of verandering in de prevalentie.

De onderzoekers constateren dat de impact van de psychische FKG's in beide jaren gelijk is, maar dat de normbedragen van de psychische FKG's psychose en bipolaire stoornis met 10 procent à 15 procent gedaald zijn, deze afname hangt samen met de hogere prevalentie voor deze FKG's. Het normbedrag voor de psychische FKG ADHD verdubbelt. Onderzoekers vermoeden dat dit samenhangt met een gewijzigde leeftijdsopbouw van de ADHD-populatie.

De verevenende werking (aansluiting tussen werkelijke en verwachte kosten) is op individu-, subgroep en verzekeraarsniveau op de 2011-data iets beter dan op de 2010-data.

Op individuniveau stijgt de R-kwadraat van 10,2 procent naar 10,6 procent. Op verzekeraarsniveau stijgt de R-kwadraat met 1,8 procentpunt naar 97,3 procent; de GGAA op verzekeraarsniveau daalt met ruim 3 euro naar bijna 6 euro. De bandbreedte in de resultaten na verevening neemt toe van 60 euro naar 69 euro. De toename is het gevolg is van de resultaten van twee kleine verzekeraars. Als deze verzekeraars buiten beschouwing blijven bedraagt de bandbreedte in het resultaat na verevening op 2010-data 48 euro en op 2011-data 34 euro.

3.2.2 Toetsing stabiliteit modelwijzigingen

Voor het toetsen van de stabiliteit van nieuwe vereveningscriteria (psychische DKG's en AvI/student) is het vereveningsmodel 2013 aangevuld met dit nieuwe criterium en geschat op de kostengegevens van 2011.

Psychische DKG's

Bij deze modelaanpassing is het vereveningsmodel uitgebreid met psychische DKG's en wordt de hoge kostendrempel wordt niet meer toegepast. Aan de lage kostendrempel is een restrictie opgelegd, verzekerden met een psychische DKG komen niet meer in aanmerking voor de lage kostendrempel.

De normbedragen van het vereveningsmodel met psychische DKG's geschat op gegevens 2011 leidt over het algemeen tot dezelfde normbedragen als hetzelfde model geschat op 2010 data. De normbedragen van het criterium psychische DKG's dalen licht, dit hangt samen met het feit dat de optimalisering van de DKG-clustering plaatsvindt op 2010 gegevens.

De toevoeging van psychische DKG's geeft een duidelijke verbetering van de verevenende

werking op individu-, subgroep en verzekeraarsniveau. Deze resultaten komen overeen met eerder onderzoek. De onderzoekers concluderen dat het criterium DKG's stabiel is. De onderzoekers merken wel op dat prevalentie van verzekerden met een psychische-DKG stijgt tussen 2010 en 2011 met 8% stijgt. Dit komt overeen met de toename van het aantal GGZ-cliënten in deze periode.

AvI/Student

De onderzoekers constateren dat het normbedrag voor de klasse student overeenkomt met dat uit eerder onderzoek. De toevoeging van de klasse student heeft in beide datajaren nauwelijks effect op de verevenende werking, maar leidt voor studenten wel tot een betere afstemming tussen normatieve kosten en werkelijke kosten.

De onderzoekers concluderen dat het criterium AvI met de toevoeging van de klasse student stabiel is.

3.2.3 Actualisatie regiocriterium

In de Overall Toets wordt op basis van het uitgangsmodel 2014 en de representatief gemaakte kostengegevens over 2011 een actualisatie van de regioclustering voor de kosten van geneeskundige ggz bepaald. Hiervoor is de gebruikelijke procedure gehanteerd waarbij eerst het Uitgangsmodel 2014 is doorgerekend zonder het regiocriterium, vervolgens een verklaringsmodel is geschat op de residuen van dat Uitgangsmodel op viercijferig postcodeniveau en tenslotte op grond van de geschatte residuen alle viercijferige postcodes zijn gegroepeerd in 10 regioclusters.

Ook bij de actualisatie van het regiocriterium blijkt dat de kosten van geneeskundige ggz heterogeen zijn. Deze heterogeniteit is toegenomen ten opzichte van het regiocriterium op basis van gegevens 2010. Door opsplitsing van cluster 1 in twee gelijke delen verbetert de verklaringskracht van het regiomodel met 3 procentpunt. Onderzoekers doen de aanbeveling om ten behoeve van het vereveningsmodel 2015 onderzoek te doen naar de wijze van clustering.

De verklaringskracht van het verklaringsmodel voor het regiocriterium is toegenomen van 20 procent naar 24 procent. Door de toepassing van het nieuwe regiocriterium komen de resultaten van de G4 en G21 dichter bij nul te liggen.

Door de actualisatie van het regiocriterium verschuift 68% van de postcodes van cluster. Rekeninghoudend met de inperking van het waardebereik van het regiocriterium als gevolg van de restricties in ROLS/QP, verschuift dit jaar (slechts) circa 32 % van de postcodes.

3.2.4 Uitgangsmodel 2014

In de Overall Toets is het uitgangsmodel geneeskundige ggz 2014 doorgerekend op nieuwe kostengegevens uit 2011. In het uitgangsmodel is ten opzichte van het vereveningsmodel 2013 een drietal wijzigingen doorgevoerd: het criterium Psychische DKG's is toegevoegd (inclusief het schrappen van de hoge kostendrempel en de restrictie mbt lage kostendrempel), de klasse student is toegevoegd aan AvI en het regiocriterium is geactualiseerd.

De wijzigingen hebben duidelijk effect op de normbedragen bij psychische FKG's, de lage kostendrempel en Aard van Inkomen. Deze veranderingen zijn goed verklaarbaar. Het uitgangsmodel 2014 levert een betere verevenende werking op alle niveaus. Op individuniveau stijgt de R-kwadraat van 10,6% naar 14,7%, en daalt de GGAA van 352 euro naar 344 euro. De CPM op individuniveau stijgt van 23,7% naar 25,5% en is vergelijkbaar met de CPM voor de somatische zorg.

Op verzekeraarsniveau stijgt de R-kwadraat van 97,3 procent naar 97,9%. De bandbreedte in de resultaten na verevening neemt af van 69 euro naar 53 euro.

Toepassing van de hogekostencompensatie (met een drempel van 25.000 en een nacalculatiepercentage van 90% boven deze grens) verbetert de verklaringskracht van het model verder. De R-kwadraat op individuniveau stijgt bijna 10 procentpunt en bedraagt na HKC 23,8 procent (de CPM 27,9 procent), de GGAA op individuniveau neemt met 80 euro af en bedraagt na HKC 264 euro.

Ook de bandbreedte in de resultaten neemt door het toepassen van de HKC af en bedraagt nog 23 euro.

Toepassing van de bandbreedte regeling (met een bandbreedte van 25 euro) heeft geen invloed meer op de verevenende werking.

3.3 Normatief model verplicht eigen risico

Het normatief model voor het verplicht eigen risico (eigenrisicomodel) is gebaseerd op de kostengegevens die ten grondslag liggen aan de modellen voor de somatische zorg (inclusief de vaste zorgkosten op verzekerdenniveau) en de geneeskundige GGZ. Deze kosten zijn aangevuld met informatie (indicaties) over de geriatrische revalidatiezorg. De volgende zorgkosten worden buiten het eigen risico gelaten: kosten huisartsen, ketenzorg, verloskundige zorg door verloskundigen en medisch specialisten, kraamzorg.

In de Overall Toets is voor 2014 uitgegaan van een eigen risico van 365 euro. De wijzigingen die bij het criterium AvI en FKG's (regulier onderhoud) zijn ook in het eigenrisicomodel verwerkt. Het eigen risico is alleen van toepassing op 18-plussers. Verder is het eigenrisicomodel beperkt tot verzekerden die niet zijn ingedeeld in een FKG, DKG of MHK.

De stabiliteit van het eigenrisicomodel is getoetst door de uitkomsten van eigenrisicomodel 2013 op 2010-data te vergelijken met de uitkomsten van model 2013 op 2011-data, waarbij het eigen risico 350 bedraagt. Uit het onderzoek volgt dat het eigenrisicomodel, geschat op de 2011-data, nagenoeg dezelfde normbedragen en beoordelingsmaatstaven voor verevenende werking opleveren als de schatting op 2010-data. Het eigenrisicomodel is zeer stabiel. Dit blijkt ook uit de vergelijking van het uitgangsmodel 2014 en het eigenrisicomodel 2013 op 2011-data. De kleine veranderingen in normbedragen die optreden zijn goed verklaarbaar en leiden op verzekeraarsniveau tot een iets betere aansluiting van de normatieve kosten op de werkelijke kosten, terwijl de verevenende werking op individuniveau gelijk blijft.

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 om het onderhoud op het criterium AvI, wat deel uitmaakt van zowel het vereveningsmodel voor de somatische zorg als de GGZ. Daarnaast bevat het onderzoeksprogramma onderzoeken met als doel het vereveningsmodel verder te ontwikkelen door middel van toevoeging van nieuwe criteria. Het gaat hier om onderzoek naar de invoering van HKG's in het somatische model en psychische DKG's in het GGZ-model.

4.1 Vereveningscriterium HKG's

4.1.1 Inleiding

In het verleden is onderzoek gedaan naar de mogelijkheden om het ex ante risicovereveningsmodel te verbeteren met een vereveningscriterium op basis van hulpmiddelengebruik. De invoering van deze Hulpmiddelenkostengroepen (HKG's) was tot nu toe niet mogelijk, omdat de registratie van verzekeraars onvolledig en niet uniform was.

Doordat in de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) de tegemoetkoming mede gebaseerd is hulpmiddelengebruik, is de volledigheid van de registratie van hulpmiddelen met ingang van 2009 sterk verbeterd. Deze ontwikkeling is aanleiding om opnieuw onderzoek te doen naar vormgeving en toegevoegde waarde van HKG's. Doordat verzekeraars hebben aangegeven dat de hulpmiddelenregistratie vanaf 2013 uniform zal plaatsvinden, kunnen ook de prevalenties van HKG's in de uitvoering van de risicovervening 2014 vastgesteld worden.

4.1.2 Gegevens

Het onderzoek is uitgevoerd op het onderzoeksbestand uit de Overall Toets 2013. Dit bestand is gebaseerd op kostengegevens 2010. Deze (vervolg)kosten worden voorspeld met HKG's uit het voorgaande jaar (2009). Omdat in het onderzoek kan worden beschikt over de hulpmiddelendeclaraties uit 2009 én 2010, kunnen verschillende analyses uitgevoerd worden om de uniformiteit en volledigheid van de registratie te vast te stellen. Indien wordt besloten dat HKG's een onderdeel zijn van het uitgangsmodel 2014, dan zullen de HKG's in de Overall Toets 2014 gebaseerd zijn op hulpmiddelendeclaraties 2010.

De selectie van hulpmiddelen voor clustering in HKG's gebeurt op niveau van de Monitorcodes, het coderingssysteem dat door het CVZ ontwikkeld is. In totaal worden 161 monitorcodes (in het vervolg aangeduid als "categorieën") onderscheiden. In het onderzoek is onderzocht of een categorie geschikt is voor selectie voor de HKG's. Wanneer uit het onderzoek blijkt dat verzekeraars niet uniform registreren of er geen betrouwbare prevalenties vastgesteld kunnen worden vanwege onvolledige registratie, zullen categorieën afvallen voor indeling in HKG's.

Bij de bestanden met hulpmiddelendeclaraties zijn verschillende kanttekeningen te plaatsen. Wanneer de registratie niet uniform of onvolledig is of wanneer de kwaliteit ontoereikend is, zijn de HKG-prevalenties in het onderzoek mogelijk onbetrouwbaar. Dit kan doorwerken in de normbedragen van de HKG's, de overige morbiditeitscriteria en de regio.

4.1.3 Resultaten

Beoordeling hulpmiddelen

- De onderzoekers concluderen dat de meeste monitorcodes (categorieën) die in eerder onderzoek zijn geselecteerd, op basis van een medisch inhoudelijke beoordeling (validiteit), vervolgcosten/meerkosten en prikkelwerking nog steeds geselecteerd kunnen worden voor de HKG's. Deze eerdere selectie wordt uitgebreid, waardoor in totaal 19 categorieën (voorlopig) geschikt worden bevonden.

Selectiecriteria kwaliteit en uniformiteit registratie

- De hulpmiddelenregistratie door verzekeraars – over de gehele linie – over de jaren 2009 en 2010 is niet altijd uniform en/of volledig en dit verschilt per categorie. Gevolg is dat de HKG-prevalenties mogelijk te laag of te hoog zouden worden vastgesteld. Op basis van de selectiecriteria uniformiteit en volledigheid is het aantal categorieën dat in aanmerking komt voor de HKG's teruggebracht van 19 naar 10.
- Verschillen in de registratie van hulpmiddelen lijken vooral op te treden bij de gebruikshulpmiddelen, waarvan de levensduur twee of meer jaren bedraagt. Sommige verzekeraars blijken deze hulpmiddelen jaarlijks te registreren, terwijl anderen deze hulpmiddelen eenmalig afschrijven. De onderzoekers adviseren om alle categorieën die hoofdzakelijk bestaan uit gebruikshulpmiddelen (nog) niet te selecteren voor de HKG's in 2014. Er zijn geen garanties te geven dat deze hulpmiddelen in 2009-2010 of in 2013 uniform geregistreerd (gaan) worden.
- Uit het onderzoek komen indicaties naar voren die erop wijzen dat een aantal verzekeraars een "beperkte gegevenskwaliteit" heeft voor specifieke categorieën. Hierdoor bestaan er twijfels of er o.b.v. de HKG-prevalentie 2010 betrouwbare normbedragen voor 2014 geschat kunnen worden voor alle 10 de overgebleven categorieën. Uiteindelijk concluderen de onderzoekers – na exclusie van gebruikshulpmiddelen en rekening houdend met "beperkte gegevenskwaliteit" – dat er 4 categorieën zijn waarvan de gegevens voor alle verzekeraars voldoende betrouwbaar worden geacht. Dit zijn: Insuline infuuspompen (F15), urine-opvang (A1525/30/35), stoma (A10, exclusief wondverzorging A1030) en tracheo-stoma (A1541/42).

Clustering en toegevoegde waarde vereveningsmodel

- Na toepassing van de selectiecriteria uniformiteit en volledigheid blijven 10 categorieën over⁶. Op basis hiervan worden initieel vijf varianten voor de vormgeving HKG's uitgewerkt. Deze varianten verschillen in het aantal HKG-klassen dat wordt onderscheiden (2, 6 of 11 klassen) en de manier waarop wordt omgegaan met de gebruikshulpmiddelen (gebruikshulpmiddelen in één klasse of geheel weglaten). Er is bij het vaststellen van de clustering bovendien rekening gehouden met medische inhoud en kostenhomogeniteit.
- Bij het beoordelen van de toegevoegde waarde van HKG's zijn de gebruikelijke beoordelingsmaatstaven bepaald. De verevenende werking op individu- en op subgroepniveau verbetert voor alle vijf de varianten, t.o.v. Het vereveningsmodel 2013. De R-kwadraat voor de totale kosten stijgt met 0,15-0,24 procentpunt. Met name de R² op individuniveau voor de overige prestaties stijgt met ruim 1 procentpunt. De verbetering is het grootst bij variant 2 (11 klassen). Op verzekeraarsniveau blijft de verevenende werking ongeveer gelijk. Uit het onderzoek blijkt een sterke relatie met het vereveningscriterium MHK; HKG's nemen een deel van de verklaringskracht van MHK over waardoor ook de normbedragen van MHK fors dalen.
- Door de beperkingen van de kwaliteit van specifieke verzekeraars bestaan er twijfels bij de betrouwbaarheid van de normbedragen, wanneer deze in de Overall Toets 2014 gebaseerd zouden zijn op declaraties 2010. Rekening houden met deze aanvullende

⁶ Hier is nog geen exclusie op de gebruikshulpmiddelen binnen de tien categorieën toegepast. Bij het vaststellen van vormgeving van de HKG's komt dit tot uiting bij de selectie en clustering van de categorieën.

beperkingen en de advisering m.b.t. gebruikshulpmiddelen is een zesde variant uitgewerkt, waarbij de 4 overgebleven categorieën geclusterd zijn in 4 HKG-klassen.

- Bij deze variant wordt 0,78% van de verzekerden ingedeeld in een HKG en 260 mln. euro verevend. Deze variant presteert op individu- en subgroepniveau iets minder goed als de eerste vijf varianten, maar iets beter dan het vereveningsmodel 2013. Op verzekeraarsniveau zijn er geen verschillen. Duidelijker zijn de effecten op de maatstaven, wanneer in de doorrekeningen MHK geheel buiten beschouwing gelaten worden.

4.1.4 Conclusie en advies

Uit het onderzoek blijkt dat vier hulpmiddelencategorieën geschikt zijn voor de vormgeving van HKG's in het vereveningsmodel 2014. Een groot aantal categorieën is in het onderzoek afgevallen omdat (nog) niet is voldaan de criteria uniformiteit en volledigheid.

Het vereveningsmodel verbetert licht in termen van de maatstaven. Met name de R^2 op individuniveau voor de overige prestaties verbetert. De HKG's nemen een deel van de verklaringskracht van MHK over. Dit is wenselijk omdat er een sterkere inhoudelijke relatie is tussen HKG's en zorgkosten. Door invoering van HKG's neemt de prikkel tot risicoselectie af, omdat specifieke subgroepen van verzekerden met specifiek hulpmiddelengebruik nu beter gecompenseerd worden.

De WOR adviseert dat het vereveningsmodel wordt uitgebreid met 4 HKG's. De volgende klassen worden onderscheiden: insuline infuuspompen, urine-opvang, stoma en tracheostoma. Evenals bij de DKG's wordt een verzekerde alleen ingedeeld bij de HKG-klasse met het hoogste normbedrag.

Verder adviseert de WOR om tijdens de Overall Toets een toetsing uit te voeren op de stabiliteit van de relatie tussen het HKG-criterium en de vervolggkosten/normbedragen.

In totaal zijn in het onderzoek 19 categorieën aangewezen die potentieel bij het vormgeven van HKG's gebruikt kunnen worden. In 2014 kunnen er hiervan 4 voor de HKG's gebruikt worden. De WOR adviseert dat de ontwikkelingen in de registratie van hulpmiddelen worden gevolgd en dat, indien daar aanleiding toe is, wordt onderzocht of de HKG's uitgebreid kunnen worden.

4.2 Vereveningscriterium psychische DKG's

4.2.1 Inleiding

In dit onderzoek is gekeken naar de achtergrond van de duurste 1% patiënten en de aanknopingspunten die dit oplevert voor het vereveningsmodel. Daarnaast is gekeken in hoeverre het vereveningsmodel voor de GGZ verbeterd kan worden door toevoeging van criteria op basis van:

- Multimorbiditeit
- Diagnose, behandeling en verblijf (zogenaamde psychische DKG's)
- Meerjarige hoge kosten voor de geneeskundige GGZ

4.2.2 Gegevens

Voor de berekeningen voor het onderzoek is gebruik gemaakt van de WOR-bestanden 2008, 2009 en 2010 die zijn gebruikt voor de Overall Toets 2011, 2012 en 2013. Dit betreft het bestand met schadegegevens en achtergrondkenmerken over 2008, 2009 en 2010. Vanaf de Overall Toets 2013 is vanwege de normeerbaarheid besloten om de schadebestanden te schonen voor de opbrengstverrekening. Alle schadebestanden zijn zo bewerkt dat er over de drie verschillende jaren eenzelfde schadebestand is ontstaat⁷. Door

⁷ Bij de analyse naar dure cliënten is het schadebestand 2008 gebruikt dat nog niet geschoond was voor opbrengstverrekening.

de bewerking geldt voor alle instellingen eenzelfde tarief per productsoort. Mogelijke regionale prijsverschillen tussen instellingen blijven daardoor buiten beeld.

4.2.3 Resultaten

Bij dit onderzoek is een expertcommissie met medisch inhoudelijk deskundigen ingesteld. Het onderzoek is begeleid door een begeleidingscommissie (met verzekeraars, CVZ, VWS, APE en de Praktijk). De expertcommissie heeft vanuit de medische inhoud een advies gegeven over de vormgeving van de DKG's. Na bespreking in de begeleidingscommissie is het effect van het toevoegen van psychische DKG's vervolgens statistisch getoetst. Ook op de andere onderwerpen heeft de expertcommissie adviezen uitgebracht en input gegeven voor de discussies in de begeleidingscommissie.

Dure patiënten

Omdat de duurste groep patiënten de resultaten van het vereveningsmodel in sterke mate beïnvloedt, is op advies van de WOR onderzoek gedaan naar deze groep patiënten. In de analyses is gekeken naar patiënten die behoren tot de duurste 1%. Uit het onderzoek blijkt dat deze dure patiënten slechts beperkt te onderscheiden zijn van overige patiënten als wordt gekeken naar achtergrondkenmerken (diagnose, leeftijd etc.). Wanneer wordt gekeken naar de kostenpatronen over meerdere jaren valt op dat dure patiënten in 2010 ook in 2008 en 2009 vaker kosten maakten dan de niet dure patiënten in 2010. Het is echter niet zo dat de duurste 1% patiënten jaar in jaar uit de duurste 1% patiënten zijn. De patiënten die in 2010 bij de duurste 1% hoorden komen in eerdere jaren wel vaker bij de duurste 10% voor dan de niet dure patiënten (in 2009: 49% om 8% en in 2008: 30% om 6%). Deze groep verzekerden maakt dus in het verleden wel vaker hoge kosten, maar gemiddeld zijn deze kosten aanzienlijk lager dan in 2010.

De verwachting is dat door verbeteringen van het ex ante vereveningsmodel (DKG's, multimorbiditeit en MHK) de kosten voor de groep dure patiënten beter zullen worden voorspeld.

De expertcommissie heeft aangegeven dat de volgende kenmerken ter aanvulling op de reeds beschikbare gegevens mogelijk onderscheidend zijn voor dure patiënten:

- Patiënten die ook zwakbegaafd of geestelijk gehandicapt zijn of andere cognitieve beperkingen hebben
- Sterk gedragsgestoorde en agressieve patiënten
- Patiënten met een forensisch verleden
- Patiënten die ernstige beperkingen in het dagelijks leven ondervinden.

Dit leidt tot de aanbeveling om in vervolgonderzoek te kijken of deze patiëntkenmerken in een vereveningsmodel opgenomen kunnen worden.

Multimorbiditeit

Patiënten die lijden aan meer dan één psychiatrische aandoening hebben vaak een complexe zorgvraag en lange behandelduur en daarmee hogere (voorspelbare) zorgkosten dan andere patiënten. Er is onderzocht of multimorbiditeit van toegevoegde waarde kan zijn voor het risicovereveningsmodel van de GGZ en vervolgens hoe een dergelijk vereveningscriterium vorm gegeven kan worden.

Multimorbiditeit kan op verschillende manieren tot uiting komen in de registratie:

- De registratie van de nevendiagnose binnen de DBC (tbv aanlevering DIS)
- Meerdere DBC's met verschillende diagnoses
- Een combinatie van geneesmiddelengebruik (psychische FKG) en een diagnose voor verschillende aandoeningen

In dit onderzoek was geen beschikking over de gegevens over nevendiagnose die is geregistreerd binnen de DBC. Uit het onderzoek naar multimorbiditeit op basis van meerdere DBC's per verzekerde in een jaar bleek de veronderstelling van hogere

vervolgkosten juist. Echter, meerdere DBC's duidt niet in alle gevallen op multimorbiditeit, maar kan ook veroorzaakt worden door het wisselen van instelling / behandelaar of voortschrijdend inzicht gedurende de behandeling. Daarnaast lijken er onverklaarbare geografische verschillen te zijn in het percentage patiënten met meer dan 1 DBC (op het totaal aantal patiënten, per gemeente). Daardoor is het vormgeven van een multimorbiditeitscriterium op basis van meerdere DBC's per verzekerde niet mogelijk. De laatste optie waarbij multimorbiditeit is onderzocht op basis van combinaties van geneesmiddelengebruik en diagnose kende deze registratiebeperking niet. Toevoegen van dit criterium aan het vereveningsmodel leverde geen verbetering op.

De expertcommissie geeft aan dat patiënten die kampen met multimorbiditeit chronisch ongezonder zijn en een hoger zorggebruik kennen dan andere patiënten. Omdat de gegevens in dit onderzoek over nevendiaagnosen niet compleet zijn, is vormgeving van een eenduidig vereveningscriterium onmogelijk. Daarom wordt aanbevolen om de waarde van de registratie van nevendiaagnosen nader te onderzoeken. Daartoe zou informatie uit DIS gekoppeld moeten worden aan de risicovereveningsbestanden.

Psychische DKG's

In dit deel van het onderzoek is nagegaan of het mogelijk is om informatie met betrekking tot diagnose, behandeling en verblijf te gebruiken voor een vereveningscriterium. De psychische diagnosekostengroepen (DKG's) zouden verzekerden moeten identificeren die vanwege hun chronische psychiatrische problematiek (hoge) voorspelbare kosten hebben in de geneeskundige GGZ. De expertcommissie adviseert om bij de vormgeving van psychische DKG's uit te gaan van de groep patiënten die tot de groep ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) behoren en van de groep patiënten die tot de groep disease management van common mental disorders (DM) behoren.

De huidige diagnose-informatie heeft een beperkte voorspellende waarde, omdat dit alleen diagnose-informatie betreft op hoofdgroepniveau (geclusterde diagnoses). De totale kosten worden grotendeels bepaald door het aantal behandelminuten en of er al dan niet sprake is van verblijf, terwijl de behandelinzet (of kosten) dus maar beperkt wordt bepaald door de hoofddiagnose.

Ondanks dat de informatie om de groep EPA- en DM-patiënten exact te identificeren niet voorhanden is, is naar oordeel van de expertcommissie op basis van de aanwezige informatie wel een goede vormgeving van DKG's mogelijk waardoor een grote overlap ontstaat met de gewenste doelgroep (EPA + DM). Een van de onderscheidende factoren om bij de EPA groep ingedeeld te kunnen worden is langdurigheid van de stoornis. In de vormgeving van de DKG is dit meegenomen door zorggebruik in t-2 als voorwaarde op te nemen naast een diagnose in t-1⁸. De expertcommissie heeft aangegeven dat bij de diagnose schizofrenie en andere psychotische stoornissen deze extra voorwaarde niet hoeft te worden meegenomen. Deze diagnose leidt dus in alle gevallen tot indeling in een DKG. De vormgeving van DKG's die uit dit onderzoek naar voor komt is, gezien de medisch inhoudelijke onderbouwing, te verkiezen boven de vormgeving uit het Herijkingsonderzoek in 2012. De verschillende diagnoses worden geclusterd in een vijftal DKG's, waarvan het normbedrag oploopt van € 800,- tot € 24.000.

Met nieuwe DKG-vormgeving wordt een groep van circa 230.000 verzekerden ingedeeld in een DKG. Van de (1%) duurste patiënten wordt ruim 50% ingedeeld in een DKG. De invoering van DKG's zal dus deels oplossing bieden aan de beperkte voorspelbaarheid van de kosten van de duurste patiënten⁹.

⁸ De volgende diagnoses zijn uitgesloten van indeling in een DKG: Aanpassingsstoornissen (niet meer in basispakket), Overige stoornissen in de kindertijd (te lage frequentie), Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn (geen psychiatrische diagnose)

⁹ Naast dat niet alle dure patiënten worden ingedeeld in een DKG zal ook het normbedrag niet toereikend zijn voor de totale kosten, aangezien de gemiddelde kosten rond de € 80.000 liggen en het maximale normbedrag op basis van een DKG € 24.000 betreft.

De psychische DKG's zijn vervolgens aan het model toegevoegd ter vervanging van de kostendrempels. Dit resulteert in een stijging van de R-kwadraat op individuniveau van 10,4 naar 14%, de GGAA op individuniveau stijgt van 346 naar 353,1. Op subgroepniveau daalt de GGAA echter naar 140,7 (van 145,4). Ook op verzekeraarsniveau daalt de GGAA, van 10,0 naar 7,4. Op verzekeraarsniveau neemt de bandbreedte af met 20 euro (van 55,1 naar 35 euro).

Een vergelijking van coëfficiënten en modeluitkomsten door de tijd heen is niet mogelijk omdat hiervoor niet over voldoende jaren informatie wordt beschikt. Daarom is besloten via simulaties (bootstrapping) een uitspraak te doen over de robuustheid van de normbedragen. Bij de bootstrappingmethode is 1000 keer een random steekproef uitgevoerd (met teruglegging in het bestand) waarop het model geschat is. Op basis van de resultaten van de simulatie is geconcludeerd dat de resultaten van de psychische DKG's robuust zijn en op basis van beoordeling binnen het jaar een stabiel beeld vertonen.

Verkennde analyse meerjarige hoge kosten

In dit deel van het onderzoek is een verkennende analyse gedaan naar de mogelijkheden van MHK in de GGZ. Na diverse bewerking van de schadebestanden is het gelukt een goed onderzoeksbestand te genereren met vergelijkbare kosten over 2008, 2009 en 2010. Al tijdens het onderzoek naar dure patiënten bleek een substantieel deel van deze patiënten jaar in jaar uit hoge kosten te hebben. MHK kan een verbetering zijn voor de normering van kosten van de duurste patiënten. Tijdens de analyse naar MHK bleek het structurele karakter van hoge kosten ook breder te gelden (te weten de duurste 10%, 15% en 30%).

Vanwege de overheveling van de GGZ in 2008 is het aantal jaren schadegegevens GGZ nog beperkt. In dit onderzoek is daarom meerjarige hoge kosten in drie opvolgende jaren nog niet te onderzoeken (maximaal twee jaar). Bij de vormgeving van psychische DKG's geldt de voorwaarde dat er in twee opeenvolgende jaren zorg moet zijn geconsumeerd. Hierdoor is er veel overlap met een tweejarige MHK. Dit bleek ook uit de analyses. De overlap geldt uiteraard in mindere mate voor verzekerden die maar in een van de twee jaren hoge kosten hebben (de 'ja-nee' en de 'nee-ja' groepen). In een vervolgonderzoek, als meer schadejaren beschikbaar zijn, kan onderzocht worden hoe de patronen gebaseerd op drie jaar zijn.

4.2.4 Conclusie en advies

De WOR neemt de conclusie over dat uit het onderzoek blijkt dat invoering van DKG's leidt tot verbetering van de verevenende werking van het vereveningsmodel voor de GGZ; de R-kwadraat op individuniveau stijgt van 10,4 naar 14%. De WOR concludeert dat bij de voorgestelde vormgeving van de psychische DKG's de meerjarigheid van aandoeningen een belangrijke rol speelt en dat dit op dit moment alleen maar kan worden vormgegeven door kosten in t-2 mee te nemen in de vormgeving. De WOR neemt de conclusie uit het onderzoek over dat op deze manier de aansluiting tussen de vormgeving van psychische DKG's en de medische inhoudelijke onderbouwing van de doelgroep zo goed mogelijk is, gegeven de beschikbare informatie. De WOR adviseert dat in de OT de stabiliteit van de psychische DKG's wordt getoetst.

Over de invoering van psychische DKG's bestaat consensus, maar dit geldt niet voor de consequentie die dit heeft voor de huidige kostendrempels als vereveningscriteria. VWS is van mening dat de invoering van psychische DKG's gepaard kan gaan met het verwijderen van de kostendrempels uit het model. De verklaringskracht van een model met alleen psychische DKG's is hoger dan van het model met de kostendrempels. De psychische DKG's zijn medisch onderbouwd. De kostendrempels kunnen perverse prikkels opleveren. In het onderzoek is niet gekeken naar een model waarin kostendrempels én psychische DKG's zijn opgenomen.

De WOR constateert dat meer verzekerden gecompenseerd worden via de kostendrempels (circa 6%) dan via de psychische DKG (circa 2%). Het verschil betreft een groep met relatief lage GGZ-kosten. De aansluiting tussen werkelijke kosten en bijdragen neemt naar verwachting af. De introductie van meerjarig hoge kosten (MHK) kan mogelijk een oplossing bieden voor de groep verzekerden die niet bij de DKG's en wel bij de kostendrempels worden ingedeeld. De verzekeraars vinden het daarom wenselijk dat de lage en/of hoge kostendrempel in 2014 als tijdelijk alternatief gehandhaafd blijven. Daarbij zou een restrictie toegepast kunnen worden zodat verzekerden met een DKG niet in aanmerking komen voor een vergoeding op basis van het overschrijden van een kostendrempel. De verzekeraars vinden het belangrijk dat onderzocht wordt wat de effecten zijn van het handhaven van kostendrempels in het vereveningsmodel voor de GGZ.

Op basis van de verkennende analyse naar MHK wordt geconcludeerd dat de resultaten hoopvol zijn, maar dat het criterium in 2014 nog niet kan worden ingevoerd. Daarom wordt geadviseerd dit onderzoek op te nemen in het onderzoeksprogramma 2013-2014.

In het kader van het bestuurlijk akkoord wordt gesproken over het uitwisselen van informatie die een duidelijker verband zou moeten leggen tussen het zorgaanbod en de zorgvraag (de zorgvraagzwaarte-indicator genoemd). De informatie over de zorgvraagzwaarte zou een indicatie moeten geven welke behandelinzet is te verwachten. Daarmee wordt deze informatie noodzakelijk geacht voor de invulling van de rol van verzekeraars bij het inkopen van en toetsen op doelmatige zorg. Ook zal er onderzocht worden of de zorgvraagzwaarte-indicator ook gebruikt kan worden voor verdere verbetering van het ex ante vereveningsmodel.

De WOR adviseert om bij het vervolgonderzoek naar de dure patiënten uit te gaan van gegevens waarover verzekeraars (kunnen) beschikken en die uniform en volledig worden geregistreerd. De WOR concludeert op basis van deze redenering dat voor het onderzoek naar dure patiënten onderzoek naar zorgvraagzwaarte en forensische achtergrond op korte termijn daarmee als eerst in aanmerking komen.

De verzekeraars maken bij de invoering van de psychische DKG's de volgende kanttekening. De voorgestelde vormgeving van psychische DKG's is in belangrijke mate gebaseerd op kosten (behandelduur en verblijf) en in veel mindere mate op gezondheidsgerelateerde informatie. Zorgverzekeraars zijn van mening dat in de beleidsmatige afwegingen (in de BOR) bij de beoordeling van de kwaliteit van het ex ante vereveningsmodel na invoering van psychische DKG's ook de prikkelwerking van dit criterium meegewogen moet worden. Zorgverzekeraars geven aan dat de introductie van zorgvraagzwaarte als element in de risicoverevening een essentiële voorwaarde is voor een structureel adequaat ex ante vereveningsmodel. Het opnemen van DKG's in de voorgestelde vorm in het risicovereveningsmodel voor de GGZ moet daarom volgens zorgverzekeraars gezien worden als een tussenstap.

4.3 Onderhoud AvI/Student

4.3.1 Inleiding

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft naar aanleiding van het rapport "Evaluatie risicoverevening Zorgverzekeringswet" van de Commissie Don in het Algemeen Overleg van juni 2012 in de Tweede Kamer der Staten-Generaal onderzoek toegezegd naar het opnemen van student als criterium in de risicoverevening. Aan dit onderzoek zijn twee onderwerpen toegevoegd. De recente en in het Regeerakkoord 'Bruggen slaan' opgenomen wijzigingen in de sociale zekerheid en de ontwikkelingen

rond zelfstandig ondernemerschap (bijvoorbeeld de toename van het aantal ZZP-ers). In het onderzoek is nagegaan of deze wijzigingen en ontwikkelingen gevolgen zouden moeten hebben voor de indeling van verzekerden in het criterium aard van het inkomen (AVI).

4.3.2 Gegevens

Voor de berekeningen voor het onderzoek is gebruik gemaakt van de WOR-bestanden voor zowel de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg (gGGZ) als de somatische zorg die zijn gebruikt voor de Overall Toets 2012 en 2013. Dit betreft de bestanden met schadegegevens en achtergrondkenmerken van verzekerden over 2009 en 2010. Aan deze bestanden zijn de onderliggende basisgegevens voor de indeling in AVI-klassen en de gegevens van DUO (dienst uitvoering onderwijs) over studenten in 2009 en 2010 (MBO, HBO en WO) toegevoegd.

4.3.3 Resultaten

In het onderzoek is onderzocht hoe het criterium student opgenomen kan worden in de risicoverevening en of de wijzigingen in de sociale zekerheid en ontwikkelingen rond zelfstandig ondernemerschap gevolgen zouden moeten hebben voor de indeling van verzekerden in AVI. Voor de verschillende (sub)groepen zijn de kostenpatronen en het vereveningsresultaat in beeld gebracht. Daarnaast is gekeken naar een logische indeling in AVI op basis van de achtergrond van de groepen en de beschikbaarheid van goede representatieve gegevens. Op basis van deze analyse zijn diverse modelvarianten doorgerekend voor een mogelijke aanpassing van AVI. Dit betreft zowel varianten die de huidige indeling verder verfijnen (uitbreiden) als varianten waarbij AVI-klassen worden samengevoegd.

De doorgerekende modelvarianten zijn:

1. Leeftijdsgrens 18-34 jarigen opsplitsen in 18-24 jarigen en 25-34 jarigen
2. Student toevoegen
3. Opsplitsen AO naar mate van arbeidsongeschiktheid
4. WIJ'ers toevoegen aan bijstandgerechtigden (somatische model) en referentiegroep (GGZ-model)
5. Samenvoegen zelfstandigen en referentiegroep
6. Uitbreiding zelfstandigen met zelfstandigen in loondienst

Ad 2. Student toevoegen

Op basis van gegevens van DUO over studenten ingeschreven op het MBO, HBO en WO zijn voor vrouwelijke en mannelijke studenten de kosten, vereveningsbijdrage en vereveningsresultaat in beeld gebracht.

Tabel 1 Kosten, normbijdrage en vereveningsresultaat voor vrouwelijke en mannelijke studenten in het somatische en GGZ-model 2013

Model	Aantal verzekerdenjaren	Kosten	Normbijdrage	Resultaat
Somatische model				
Vrouw				
MBO	242.401	928	993	65
HBO	203.506	744	993	249
WO	110.787	628	976	348
Man				
MBO	269.907	684	684	0
HBO	187.931	525	587	62
WO	104.981	482	574	92
GGZ-model				
Vrouw				
MBO	157.687	218	261	43
HBO	187.310	176	220	44
WO	106.253	200	279	80
Man				
MBO	181.014	166	216	50
HBO	175.172	94	160	66
WO	101.286	105	212	107

Uit tabel 1 blijkt voor HBO en WO studenten een aanzienlijk positief vereveningsresultaat doordat de normbijdrage hoger is dan de kosten. Het positieve vereveningsresultaat is in het somatische model hoger voor vrouwelijke studenten dan voor mannelijke studenten. Een van de verklaringen voor het positieve vereveningsresultaat voor de groep vrouwelijke studenten zou kunnen zijn dat zij minder vaak kinderen krijgen dan vrouwelijke leeftijdsgenoten die niet studeren, waardoor de normbijdragen vanuit het vereveningscriterium leeftijd en geslacht voor vrouwelijke studenten relatief hoog is. Daarnaast hebben studenten tijdens hun studie doorgaans een laag inkomen en worden daardoor meestal ingedeeld in een lage SES klasse (met een hoog normbedrag). De resultaten komen overeen met de bevindingen van SEO tijdens de evaluatie van de risicoverevening door de commissie Don.

Op basis hiervan is student vorm gegeven als ingeschreven op het HBO of WO en toegevoegd als klasse aan AVI, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen mannelijke en vrouwelijke studenten. In het onderzoek is de restrictie toegepast waarbij de klasse student volgt na de klassen arbeidsongeschikten en bijstandsgerechtigden en is uitgegaan van gegevens op peilmoment 1 oktober in jaar t.

In tabel 2 is de verevende werking van de doorgerekende modelvarianten weergegeven aan de hand van de gebruikelijke statistische maatstaven. Uit deze tabel blijkt dat het effect van alle modelvarianten op de verevende werking minimaal is.

Tabel 2 Statistische maatstaven modelvarianten voor het somatische en GGZ-model 2013

Model	Niveau				
	Individu	Subgroep		Verzekeraar	
	R ²	GGAA	GGAA	GGAA	Bandbreedte
Somatische model					
0. Huidige model	23	1.515	472	25	184
1. Opsplitsen 18-34 jarigen in 18-24 jarigen en 25-34 jarigen	23	1.515	471	25	184
2. Student toevoegen ^{a)}	23	1.515	477	25	178
3. Opsplitsen AO naar mate van arbeidsongeschiktheid	23	1.515	473	25	184
4. WIJ'ers toevoegen aan bijstandgerechtigden	23	1.515	471	25	184
5. Samenvoegen zelfstandigen en referentiegroep	23	1.515	466	25	186
6. Uitbreiding zelfstandigen met zelfstandigen in loondienst	23	1.515	475	25	184
GGZ-model					
0. Huidige model	10	333	139	15	66
1. Opsplitsen 18-34 jarigen in 18-24 jarigen en 25-34 jarigen	10	334	137	15	68
2. Student toevoegen ^{a)}	10	333	139	15	68
3. Opsplitsen AO naar mate van arbeidsongeschiktheid	10	334	140	15	68
4. WIJ'ers toevoegen aan referentiegroep	10	334	136	15	70
5. Samenvoegen zelfstandigen en referentiegroep	10	333	135	15	68
6. Uitbreiding zelfstandigen met zelfstandigen in loondienst	10	334	139	15	68

a) De maatstaven die worden gepresenteerd zijn de maatstaven van de eindvariant die door SiRM is doorgerekend. In deze eindvariant zijn naast het toevoegen van een klasse student ook andere wijzigingen in AVI doorgevoerd. Omdat de andere wijzigingen geen effect hebben op de maatstaven, zijn de veranderingen in de maatstaven ten opzichte van het huidige model naar verwachting toe te schrijven aan de toevoeging van de klasse student aan AVI.

4.3.4 Conclusie en advies

Voor alle doorgerekende varianten geldt dat het effect op de verevenende werking minimaal is. Technisch gezien is er dus geen reden om de vormgeving van AVI aan te passen. Door de toevoeging van een klasse student neemt de prikkel tot risicoselectie af. Om deze reden onderschrijft de WOR toegevoegde waarde van student voor het vereveningsmodel. De WOR adviseert op technische gronden dat de indeling van zelfstandigen in loondienst en de WIJ-groep niet wijzigt en dat binnen de groep AO geen onderscheid wordt gemaakt naar de mate van arbeidsongeschiktheid. Het is aan de BOR om te beslissen of er beleidsmatige of uitvoeringstechnische afwegingen zijn om een wijziging door te voeren in de vormgeving van AVI.

Uit het onderzoek blijkt dat er veel aanwijzingen zijn voor nader onderzoek naar het kostenhomogeen maken van AVI. Er is sprake van heterogeniteit binnen de leeftijdsklasse 18-34 jarigen en binnen de groep studenten levert een opsplitsing naar geslacht een betere aansluiting tussen de kosten en vereveningsbijdrage. De WOR adviseert dat dit wordt onderzocht in een groot onderhoud.

Wat betreft de beleidsmatige en uitvoeringstechnische afwegingen adviseert de WOR om de volgende punten mee te nemen:

- **Student:** de groep studenten is voor zorgverzekeraars een herkenbare groep. Door het positieve vereveningsresultaat dat zorgverzekeraars in het huidige model op de groep studenten maken is er een prikkel tot risicoselectie. Het opnemen van een klasse student binnen AVI neemt deze prikkel weg. Wat betreft de vormgeving adviseert de WOR om student te definiëren als

- ingeschreven op het HBO of WO op 1 oktober in jaar t en de klasse student binnen AVI te plaatsen na arbeidsongeschikten en bijstandsgerechtigden.;
- Zelfstandigen: in de uitvoering blijkt de groep zelfstandigen een lastig te meten groep doordat wijzigingen van de gegevens over zelfstandigen doorgaans laat verwerkt (kunnen) worden door de Belastingdienst;
 - Wet investeren in jongeren (WIJ): de WIJ is per oktober 2009 ingevoerd en afgeschaft per 1 januari 2012 en heeft daarom alleen nog effect op de bepaling van de normbedragen voor vereveningsmodel 2014. De onderzoekers concluderen dat zowel indeling van de WIJ'ers aan de referentiegroep (zoals in model 2013) als aan de bijstandsgerechtigden niet lijkt aan te sluiten bij de te verwachten situatie in 2014.
 - Met het oog op de representativiteit van de onderzoeksgegevens voor de Overall Toets adviseert de WOR dat eenmalig op basis van informatie uit 2012 wordt bepaald of WIJ'ers in de Overall Toets (verzekerdenraming) worden ingedeeld bij bijstandsgerechtigden of de referentiegroep.

Wat betreft de aanbevelingen voor de toekomst onderschrijft de WOR het belang van groot onderhoud AVI-SES met aandacht voor:

- De verhoging van de AOW leeftijd en de wijzigingen in de sociale zekerheid door het sluiten van een sociaal akkoord in april 2013 en de komst van een nieuwe wet per 2015;
- Een AVI indeling op basis van kostenhomogeniteit van groepen, met specifieke aandacht voor de opsplitsing op basis van de mate van arbeidsongeschiktheid;

Voor alle mogelijke inkomstenbronnen (uitkering, loon etc.) aangeven in welke klasse in AVI de onderscheiden groep vallen op basis van de achtergrond en kostenpatronen en na te gaan in hoeverre deze groepen goed worden gecompenseerd binnen het vereveningsmodel zodat het totaaloverzicht ontstaat (in dit onderzoek zijn een aantal specifieke groepen binnen AVI onderzocht).

4.4 Onderhoud FKG's¹⁰

4.4.1 Inleiding

Per 1 januari 2013 zijn groeihormonen en dure oncolytica overgeheveld van extramuraal (geneesmiddelenkader) naar intramuraal (medisch specialistische zorg). Deze overheveling heeft mogelijk gevolgen voor de vormgeving van de FKG's in het vereveningsmodel voor de somatische zorg.

4.4.2 Resultaten

Als gevolg van de overheveling van groeihormonen is het in de risicoverevening van 2014 niet meer mogelijk om een FKG groeihormonen te baseren op extramuraal geneesmiddelendeclaraties.

De FKG kanker is gebaseerd op verschillende geneesmiddelen, waaronder de dure oncolytica. Circa 85% van de verzekerden met een FKG kanker (conform FKG-model 2013) wordt na de overheveling nog steeds ingedeeld in de FKG kanker o.b.v. de overige oncolytica.

Uit berekeningen blijkt dat 94,3% van de verzekerden met een FKG groeihormonen (conform FKG-model 2013) ook bij MHK wordt ingedeeld. Het percentage verzekerden met FKG groeihormonen en een DKG bedraagt 12,4%.

¹⁰ De gevolgen van de overheveling dure geneesmiddelen per 2013 voor de (somatische) FKG's zijn besproken in de WBR van 7 februari. Voor deze bespreking heeft het CVZ o.a. een analyse gemaakt (WBR 439 a+b) van de overlap tussen de FKG's en DKG/MHK. De conclusie heeft VWS in een aanvullende notitie verwerkt (WBR 438).

4.4.3 Conclusie en advies

De FKG groeihormonen vervalt noodgedwongen in de risicoverevening 2014. De FKG kanker kan blijven bestaan. Een overgroot deel van de verzekerden behoudt een FKG kanker op basis van de overige oncolytica. Het ex ante vereveningsmodel zal voor de overgrote meerderheid van de gebruikers van groeihormonen nog steeds een compensatie genereren via MHK en/of DKG.

Naar verwachting worden de kosten van deze chronisch zieke verzekerden gecompenseerd via MHK en de DKG's; er bestaat een grote overlap met beide vereveningscriteria. De WOR adviseert dat in de Overall Toets wordt bekeken wat de consequenties zijn van het vervallen van de FKG's groeihormonen voor de normbedragen, de verevenende werking en het financieel resultaat van deze verzekerden.